



# VI CONGRESO DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS

Del 17 al 19 de mayo, 2017  
El Ateneo, Valencia

Top 10  
en radiología  
de urgencias

**CASOS PUBLICADOS**



**CASOS TOP TEN EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS**

ISBN-978-84-697-2777-5

Valencia, Mayo 2017

Editor SERAU

Dirección y coordinación: Gorka Arenaza Choperena, Daniela de Araujo Martins-Romeo, Ana Blanco Barrio, Susana Borrueal Nacenta, Magdalena Carreras Aja, Cristina Cortés León, Rosa Dosda Muñoz, Pilar Estellés Muñoz, Mikel Grau García, Milagros Martí de Gracia, Luz Parra Gordo, Agustina Vicente Bártulos y Elena Martínez Chamorro.

Maquetación TILTAC APPS

*(el orden de los casos no es consecutivo pues hay casos que no han pasado los criterio de selección.)*

# TOP 10 EN RADIOLOGIA DE URGENCIAS



# ÍNDICE

<b>Caso 1</b>	RM de columna urgente ¡horror! <i>Elena Núñez Miguel</i>	1
<b>Caso 2</b>	Hematoma retroperitoneal. Una causa infrecuente. <i>Esther García Rodríguez</i>	4
<b>Caso 3</b>	Colecistitis enfisematosa: una urgencia atípica en un contexto clínico clásico. <i>Rebeca Sigüenza González</i>	6
<b>Caso 4</b>	Isquemia mesentérica por trombosis venosa primaria. <i>Mónica María Román Sastre</i>	8
<b>Caso 6</b>	Importancia de la RX simple. Fractura en tiza con traslación. 6 puntos en tics. <i>Olga María Sanz de León</i>	10
<b>Caso 7</b>	Gastritis enfisematosa: una causa infrecuente de abdomen agudo. <i>Elena Moya Sánchez</i>	12
<b>Caso 8</b>	Absceso de pared abdominal secundario a apendicolito caído. <i>José Antonio González Nieto</i>	15
<b>Caso 10</b>	Obstrucción intestinal secundaria a divertículo de Meckel con enterolitos. <i>Ana Rodríguez Molina</i>	17
<b>Caso 12</b>	Utilidad diagnóstica de la ecografía con contraste para confirmación de apendicitisepiloica. <i>Rodrigo Blanco Salado</i>	19
<b>Caso 15</b>	Dime qué sospechas (fístula carótida cavernosa) y te diré que miro en la TC sin contraste (vena oftálmica). <i>Guillermo González Zapico</i>	22
<b>Caso 17</b>	Prótesis aórtica: no es trombo todo lo que no reluce. Aspergillus flavus "fungusball". <i>Elena Moya Sánchez</i>	24
<b>Caso 18</b>	Trombosis de la vena ovárica izquierda en el puerperio asociada a doble vena cava inferior. <i>Ana Rodríguez Molina</i>	27
<b>Caso 19</b>	Hernia de Spiegelincarcerada como causa de cuadro suboclusivo en el servicio de urgencias. <i>Nicolás Albertz Arévalo</i>	29
<b>Caso 20</b>	Colecistitis enfisematosa con perforación. <i>NersesNersesyan</i>	31
<b>Caso 22</b>	Neumoperitoneo: buscando el resquicio. <i>Yolanda Marcelino Reyes</i>	34
<b>Caso 23</b>	Complicación de endoprótesis aortoiliaca: a propósito de un caso. <i>Carmen María Escobedo Araque</i>	37
<b>Caso 26</b>	Rotura uretral por litiasis vesical <i>Daniel Corominas</i>	40
<b>Caso 27</b>	Absceso esplénico, la clave es la imagen. <i>Raquel Pérez Pérez</i>	42
<b>Caso 28</b>	Debutinusual de teratoma ovárico. <i>Marta Herrero Redondo</i>	44
<b>Caso 29</b>	¡Sorpresa! una falsa sospecha de colecistitis. <i>Rebeca Sigüenza González</i>	46
<b>Caso 30</b>	Grand Slam. <i>Montserrat MonzonGaspá</i>	48
<b>Caso 31</b>	Absceso talámico en paciente inmunocompetente, un diagnóstico infrecuente.	50

	<i>Carmen Martínez Huertas</i>	
<b>Caso 32</b>	Aspergilosis invasiva con afectación pulmonar y cerebral. <i>Ines Pecharromán de las Heras</i>	54
<b>Caso 33</b>	Hipoxemia grave en paciente con poliglobulia familiar. <i>Marta Herrero Redondo</i>	57
<b>Caso 34</b>	Fascitis necrotizante . <i>Lidia Nicolás Liza</i>	60
<b>Caso 35</b>	Trombosis de la vena pulmonar superior izquierda como complicación de ablación mediante radiofrecuencia de venas pulmonares. <i>Nerses Nersesyan</i>	62
<b>Caso 36</b>	Signo del halo en la TC de tórax en neumonía por varicela-zoster. <i>Emilio José valbuena Duran.</i>	65
<b>Caso 37</b>	Invaginación intestinal como presentación del divertículo de Meckel. <i>Laura Fernández Navarro</i>	67
<b>Caso 39</b>	Vólvulo de ciego como causa infrecuente de obstrucción intestinal. <i>Laura Fernández Navarro</i>	69
<b>Caso 41</b>	Infarto testicular segmentario: causa infrecuente de escroto agudo <i>Guillermo González Zapico</i>	71
<b>Caso 42</b>	Hernia intrapericárdica de íleon encarcerada. <i>Ana Rodríguez Molina</i>	73
<b>Caso 43</b>	Signo del “halo invertido” en la mucormicosis pulmonar. <i>Elisabeth Cruces Fuentes</i>	75
<b>Caso 46</b>	Íleo bilar. <i>Lidia Nicolás Liza</i>	78
<b>Caso 47</b>	Causa inesperada de parálisis facial. <i>Laura Abenza Oliva</i>	80
<b>Caso 48</b>	Infecciones pulmonares de repetición. <i>Laura Abenza Oliva</i>	82
<b>Caso 49</b>	Vasculitis, un diagnóstico no sospechado. <i>Sonia Santos-Ochoa de Eribe</i>	84
<b>Caso 50</b>	Íleo paralítico secundario a rotura vesical intraperitoneal iatrogénica. <i>Agustina Vicente Bártulos</i>	87
<b>Caso 51</b>	Rabdomiosarcoma embrionario pélvico. <i>Pablo Marazuela García</i>	89
<b>Caso 52</b>	Hematoma perirrenal espontáneo tras cateterismo cardíaco. <i>Pablo Marazuela García</i>	91
<b>Caso 54</b>	Atragantamiento con “signo del cerebelo blanco” como augurio de un desenlace fatal. <i>Marta Tovar Pérez</i>	93
<b>Caso 55</b>	Dissección aórtica en paciente con sospecha de cólico renoureteral. <i>Beatriz Alba Pérez</i>	96
<b>Caso 56</b>	Fístula arteriovenosailio-iliaca: una rara complicación del aneurisma de aorta abdominal. <i>Gianluca Martinelli</i>	98
<b>Caso 57</b>	Isquemia mesentérica aguda: una urgencia de mal pronóstico. <i>Ana Belén Gil Guerra</i>	100
<b>Caso 58</b>	Rotura ureteral secundaria a litiasis renal. <i>Beatriz Alba Pérez</i>	102
<b>Caso 59</b>	Trombosis venosa cerebral: siempre en nuestro pensamiento.	104

	<i>Maria Esther Gómez San Martín</i>	
<b>Caso 60</b>	Diverticulosis yeyunal perforada como causa de abdomen agudo. <i>Maria Esther Gómez San Martín</i>	106
<b>Caso 63</b>	¡Cuidado con los implantes dentarios! <i>Ana Oliva Martí</i>	108
<b>Caso 64</b>	A no olvidar en la urgencia abdominal: el gas extraluminal. <i>Alberto Ibáñez Ibáñez</i>	110
<b>Caso 65</b>	Extensa neumatosis gastrointestinal con neumoperitoneo y gas en sistema portomesentérico en paciente con trasplante de progenitores hematopoyéticos. <i>Nerses Nersesyan</i>	112
<b>Caso 66</b>	Laceración de la vía excretora urinaria tras traumatismo abdominal leve. <i>Cecilia Rubio Maicas</i>	115
<b>Caso 67</b>	Fractura-luxación cervical traumática: valor de la imagen. <i>Carmen Dolores Herrero Platero</i>	117
<b>Caso 68</b>	Paciente joven con dolor de pubis y antecedentes de amigdalitis aguda. <i>Garazi Elizundia Lopez</i>	119
<b>Caso 73</b>	Otitis media aguda complicada: empiema subdural y neumoencéfalo. <i>M<sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández</i>	121
<b>Caso 74</b>	Tromboflebitis de la vena oftálmica. <i>Mónica Fdez. del Castillo Ascanio</i>	123
<b>Caso 75</b>	Trombosis arterial distal aguda como manifestación inicial de disección aórtica. <i>Carmen Dolores Herrero Platero</i>	125
<b>Caso 76</b>	Enfermedad de Marchiafava-Bignami. <i>Mónica Fdez. del Castillo Ascanio</i>	128
<b>Caso 78</b>	Síndrome de aorta media: ¿qué es y cuándo debe ser sospechada por el radiólogo? <i>Guido Finol Vaccariello</i>	130
<b>Caso 81</b>	Alerta en el paciente crítico. <i>Mónica Fdez. del Castillo Ascanio</i>	132
<b>Caso 84</b>	Quistes intratesticulares en edad pediátrica: infrecuentes pero posibles de ver. <i>Alba Alonso de León</i>	135
<b>Caso 85</b>	Mejorando la sensibilidad diagnóstica en la urgencia de la torsión testicular. <i>Alberto Ibáñez Ibáñez</i>	137
<b>Caso 86</b>	Hiperdensidad en TC sin contraste: más allá de la hemorragia. <i>Glenis Nieves Perdomo</i>	139
<b>Caso 88</b>	Dolor en FID, no todo es apendicitis. <i>Sonia Benítez Rivero</i>	141
<b>Caso 89</b>	"Colecciones postquirúrgicas: más allá del absceso". <i>Glenis Nieves Perdomo</i>	143
<b>Caso 93</b>	Hemiplejía derecha y parálisis facial ipsilateral postraumática. ¿Cómo es posible? <i>MARTA PEREZ BEA</i>	145
<b>Caso 96</b>	Ovarios hiperestimulados como factor predisponente para la torsión anexial. <i>Sonia Benítez Rivero</i>	147
<b>Caso 98</b>	Aumento de volumen cervical y enfisema subcutáneo en paciente crítico, <i>Sonia Benítez Rivero</i>	150
<b>Caso 99</b>	Traumatismo craneoencefálico: lesión axonal difusa. <i>M<sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández</i>	153



<b>Caso 100</b>	Dolor cervical y parestesias de causa inesperada. <i>MariaJesus Fernández Ferrando</i>	155
<b>Caso 103</b>	Pseudomixoma peritoneal secundario a rotura de mucocoele. <i>Almudena Ureña Vacas</i>	157
<b>Caso 104</b>	Obstrucción intestinal alta por falta de grasa: síndrome de la arteria mesentérica superior. <i>Pablo Tomás Muñoz</i>	160
<b>Caso 105</b>	Colección perirrenal: ¿qué puede esconder? <i>Irene MiguelsanzMartinez</i>	162
<b>Caso 106</b>	Estallido ocular por malformación arteriovenosa. <i>Marta Huertas Moreno</i>	164
<b>Caso 107</b>	Pool de sangre en el seno de un hematoma intramural: ¿una variante de disección? <i>Irene MiguelsanzMartinez</i>	167
<b>Caso 108</b>	Diverticulitis: más allá del colon. <i>Marta Huertas Moreno</i>	169
<b>Caso 109</b>	Síndrome de MayThurner. <i>Paola Andrea Rueda Mejía</i>	171
<b>Caso 112</b>	Hernia de Amyand complicada. <i>Vanesa Rueda Sainz-Aja</i>	174
<b>Caso 113</b>	Rotura vesical extraperitoneal. <i>Olatz Gorriño Angulo</i>	177
<b>Caso 114</b>	Trombosis del seno cavernoso: una urgencia potencialmente mortal. <i>Ángela Fernández López</i>	180
<b>Caso 118</b>	Neoplasia mucinosa apendicular orientada como apendicitis aguda en el servicio de urgencias. <i>Antonio Navarro Baño</i>	183
<b>Caso 119</b>	Dolor abdominal y shock hipovolémico: rotura aneurisma aorta abdominal. <i>Mª Carmen Ojados Hernández</i>	186
<b>Caso 122</b>	Hemorragia digestiva baja como complicación de cuadro obstructivo intestinal. <i>Esther Gorostiza Bermejo</i>	188
<b>Caso 123</b>	Colecistitis hemorrágica perforada. <i>Esther Gorostiza Bermejo</i>	190
<b>Caso 124</b>	Diverticulitis de Meckel/diverticulitis sigma. <i>Maria Teresa Jaén Reyes.</i>	192
<b>Caso 127</b>	Una visita al hospital complicada: hematoma retroperitoneal espontáneo. Síndrome de Wunderlich. <i>Cristina López Cárceles</i>	194
<b>Caso 128</b>	¿Obstrucción intestinal? ¿masa en fosa iliaca derecha? <i>Celia Izco García-Cubillana</i>	197
<b>Caso 129</b>	Complicaciones de las apendicitis. <i>Celia Izco García-Cubillana</i>	199
<b>Caso 131</b>	Calcificaciones intracraneales: posible clave diagnóstica. <i>Xiomara Plasencia Cruz</i>	201
<b>Caso 132</b>	El radiólogo debe ser también clínico. <i>Elena López Miralles</i>	204
<b>Caso 133</b>	Malformación linfática complicada en el adulto. <i>Elena López Miralles</i>	206
<b>Caso 135</b>	Trombosis aguda de arteria aorta abdominal, una entidad infrecuente y mortal en la urgencia. <i>Álvaro Moyano Portillo</i>	208
<b>Caso 137</b>	Ruptura de testículo unilateral. <i>Jimena María Pedrosa Arroyo</i>	210

<b>Caso 138</b>	Apendicitis y uropatía obstructiva, dos entidades ocasionalmente relacionadas. <i>Álvaro Moyano Portillo</i>	213
<b>Caso 139</b>	Rentabilidad diagnóstica del angio-TC de arterias pulmonares, más allá del TEP. <i>Álvaro Moyano Portillo</i>	215
<b>Caso 142</b>	Hematoma espontáneo de los oblicuos, una localización infrecuente. <i>Álvaro Moyano Portillo</i>	217
<b>Caso 144</b>	Perforación intestinal por causa inesperada. correlación radiografía-TCMD. <i>Jimena María Pedrosa Arroyo</i>	219
<b>Caso 146</b>	Fascitis necrotizante secundaria a úlcera de decúbito. <i>Álvaro Moyano Portillo</i>	222
<b>Caso 148</b>	Abscesos hepáticos y piosalpinx. ¿cómo relacionarlos? <i>Álvaro Moyano Portillo</i>	224
<b>Caso 149</b>	Pielonefritis en la urgencia: lo que la ecografía puede ver. <i>Gonzalo Lecumberri Cortes</i>	226
<b>Caso 153</b>	Osteomielitis crónica disfrazada de quiste óseo. <i>Marta Tovar Pérez</i>	229
<b>Caso 155</b>	Síndrome de Wunderlich por angiomiolipoma renal: papel activo del radiólogo. <i>Alba Alonso de León</i>	231
<b>Caso 156</b>	Hemoperitoneo como signo de presentación de un embarazo ectópico roto. <i>María del mar García Gallardo</i>	233
<b>Caso 158</b>	Hemoptisis y sus manifestaciones radiológicas. <i>Sandra Bermúdez Nieto</i>	235
<b>Caso 159</b>	Endocarditis infecciosa en válvula protésica. <i>Paola Andrea Rueda Mejía</i>	237
<b>Caso 160</b>	Íleo biliar. <i>Carmen Pérez Ramírez</i>	239
<b>Caso 163</b>	Seminoma de presentación atípica con metástasis ganglionar pélvica por drenaje linfático aberrante. <i>Ana Higuera Higuera</i>	242
<b>Caso 164</b>	Gran absceso cervical de origen dentario. Hallazgos en TC. <i>Carmen Martínez Huertas</i>	244
<b>Caso 166</b>	Aneurisma de la arteria hepática. Causa infrecuente de ictericia obstructiva. <i>Cristina López Cárceles</i>	246
<b>Caso 168</b>	Fármacos antiangiogénicos: un nuevo desafío para el radiólogo en la urgencia. <i>Alfonso López-Frías López-Jurado</i>	248
<b>Caso 169</b>	Síndrome de Lemierre y circulación de Fontan ¿dónde debemos buscar? <i>Beatriz Miriam Rodríguez Chikri</i>	250
<b>Caso 170</b>	Colitis estercorácea, una causa infrecuente pero potencialmente mortal de colitis. <i>María Jesús Gayán Belmonte</i>	252
<b>Caso 171</b>	Neumatosis portal, no siempre es isquemia intestinal. <i>Juan Manuel Pazos Guarín</i>	255
<b>Caso 172</b>	Hemoperitoneo secundario a ruptura de aneurisma de la arteria gastroepiplóica izquierda. <i>María Jesús Gayán Belmonte</i>	257
<b>Caso 173</b>	Oclusión de una pequeña arteria con catastrófico resultado: arteria de Percheron. <i>Ángela Fernández López</i>	260

<b>Caso 174</b>	Significado clínico del gas en vena porta. <i>Maria Amparo Revert Ros</i>	263
<b>Caso 175</b>	Paciente con dolor abdominal brusco y rotura de aneurisma del tronco celíaco. <i>Laura Díaz Rubia</i>	265
<b>Caso 178</b>	Dolor en fosa iliaca derecha. Otro diagnóstico diferencial. <i>Xaira María Cortés Sañudo</i>	267
<b>Caso 179</b>	Linfoma cerebral en paciente con sospecha de encefalitis <i>Santiago Resano Pardo</i>	269
<b>Caso 181</b>	Perforaciones múltiples tras intento autolítico. <i>Roco Gil</i>	271
<b>Caso 182</b>	Pseudomixoma peritoneal. <i>Xaira María Cortés Sañudo</i>	273
<b>Caso 183</b>	Proptosis ocular: un amplio diagnóstico diferencial. <i>Xiomara Plasencia Cruz</i>	275
<b>Caso 184</b>	Fractura de Jefferson inestable. <i>Alba Patricia Solano Romero</i>	278
<b>Caso 185</b>	Malrotación intestinal con vólvulo de íleon. <i>Alba Patricia Solano Romero</i>	281
<b>Caso 188</b>	Fístula traqueoesofágica por ingesta de pila de botón. <i>Alba Patricia Solano Romero</i>	283
<b>Caso 190</b>	Gangrena de Fournier: una verdadera emergencia. <i>María Esther Gómez San Martín</i>	286
<b>Caso 191</b>	Dissección aórtica tipo A en paciente de 27 años con síndrome de Marfan. <i>Juan Enrique Gutiérrez Alliende</i>	288
<b>Caso 193</b>	Varón joven con demencia rápidamente progresiva. <i>Patricia Menal Muñoz</i>	291
<b>Caso 194</b>	Íleo biliar: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. <i>Karen del Castillo Arango</i>	293
<b>Caso 196</b>	Hematuria en un paciente politraumatizado. <i>Juan Enrique Gutiérrez Alliende</i>	295
<b>Caso 197</b>	Íleo biliar. <i>Marta Valle</i>	297
<b>Caso 198</b>	Traumatismo torácico: lo importante son los detalles. <i>Marta Elena Gómez Gil</i>	299
<b>Caso 199</b>	A vueltas con el estómago: vólvulo gástrico organoaxial. <i>Ana de MenezesFalcao</i>	301
<b>Caso 200</b>	Íleo biliar, una causa de obstrucción intestinal. <i>Juan Enrique Gutiérrez Alliende</i>	303
<b>Caso 201</b>	Dolor cervicotorácico inusual y urgente. <i>María Luisa Collado Torres</i>	305
<b>Caso 202</b>	Sepsis de origen desconocido: una causa poco frecuente <i>Marta Elena Gómez Gil</i>	307
<b>Caso 203</b>	Hemorragia adrenal bilateral en el postoperatorio de una hemicolectomía derecha <i>Patricia Menal Muñoz</i>	309
<b>Caso 204</b>	Infarto renal: una causa rara de dolor agudo en flanco y la importancia de un diagnóstico precoz. <i>Xenia Codó</i>	311
<b>Caso 205</b>	El cólico renoureteral como dilema diagnóstico. <i>María Luisa Collado Torres</i>	314
<b>Caso 208</b>	Hematoma subdural laminar. <i>Antonia Mora Jurado</i>	316
<b>Caso 209</b>	Torsión tubárica: cómo sospecharla? <i>María Luz Parra Gordo</i>	318

<b>Caso 211</b>	Síndrome de Lemierre. <i>Antonia Mora Jurado</i>	320
<b>Caso 212</b>	Tumor inflamatorio de Pott como manifestación rara de una sinusitis complicada en un niño. <i>Antonia Mora Jurado</i>	322
<b>Caso 214</b>	Meningiomaintraventricular con hemorragia asociada. <i>Aitana Palomares Morales</i>	324
<b>Caso 215</b>	Carcinoma de colon simulando diverticulitis aguda. <i>Karen del Castillo Arango</i>	328
<b>Caso 216</b>	Gangrena de fournier: hallazgos precoces como escroto agudo. <i>Antonio Castillo García</i>	330
<b>Caso 217</b>	Torsión ovárica por teratoma quístico maduro con nódulo de Rokitansky, apariencia en pokeball. <i>Antoni Boscà Ramon</i>	332
<b>Caso 218</b>	Urinoma iatrogénico. <i>Alberto Jiménez Rodrigo</i>	334
<b>Caso 219</b>	Absceso secundario a colelitiasis caída. <i>Jaime Salvador</i>	337
<b>Caso 220</b>	Un hallazgo inesperado. <i>Alberto Jiménez Rodrigo</i>	340
<b>Caso 221</b>	Lesión sólida con realce en anillo cerebral. <i>Josima Luchsinger</i>	343
<b>Caso 222</b>	Fractura tipo Toddler. <i>María Dolores Lopez Parra</i>	345
<b>Caso 223</b>	Rotura de bazo en dos tiempos. <i>Nuria Pérez Peláez</i>	347
<b>Caso 224</b>	Hallazgos en imagen de vólvulo en sigma. <i>Francisco Brunie</i>	349
<b>Caso 225</b>	Título: ¿qué se esconde tras una fractura aislada de maléolo tibial?: fractura de Maisonneuve. <i>Amalia García Chiclano</i>	351
<b>Caso 227</b>	Patología inflamatoria del tejido adiposo intraabdominal. <i>Marta Gallego Riol</i>	353
<b>Caso 228</b>	Isquemia mesentérica: las pistas que ocultan las asas afectas. <i>Cesar Oterino Serrano</i>	355
<b>Caso 229</b>	Hemorragia retroperitoneal aguda. <i>Marta Gallego Riol</i>	358
<b>Caso 230</b>	Marisco... ¿quién dijo exento de riesgo? <i>Cesar Oterino Serrano</i>	360
<b>Caso 231</b>	Caso "top" de la basilar. <i>Antonio Delgado Cotán</i>	362
<b>Caso 232</b>	Hemoperitoneo en mujer en edad fértil. Mira bien en pelvis. <i>Patricia Camino Marco</i>	364
<b>Caso 233</b>	Hematoma epidural medular postraumático. <i>Lucía Terán Álvarez</i>	366
<b>Caso 234</b>	Hallazgos en TC de la herniación transtentorial ascendente. <i>M<sup>a</sup> Ángeles Calatayud Sánchez</i>	368
<b>Caso 236</b>	Hematoma retroperitoneal con sangrado activo. <i>Pablo Velázquez Fragua</i>	370
<b>Caso 239</b>	Daños cerebrales secundarios a intoxicación por metanol. <i>Tania Díaz Antonio</i>	372
<b>Caso 240</b>	Fístula aorto-entérica: causa infrecuente de hemorragia digestiva. <i>Tania Díaz Antonio</i>	375
<b>Caso 241</b>	¡No nos olvidemos del muñón ureteral! <i>Paola A Barón Ródiz</i>	377

<b>Caso 242</b>	Rotura esplénica atraumática. <i>Celia Astor Rodríguez</i>	379
<b>Caso 244</b>	Proctitis complicada con gangrena de fournier. <i>Paola A Barón Ródiz</i>	382
<b>Caso 245</b>	Infarto de la arteria de Percheron, localización infrecuente de ictus. <i>Carmen María Martínez Porras</i>	384
<b>Caso 246</b>	Vólvulo de intestino medio como causa de abdomen agudo en un adulto joven. <i>Fares Salame</i>	386
<b>Caso 247</b>	Luxación atlantoaxial anterior. <i>María Dolores López Parra</i>	388
<b>Caso 248</b>	Importancia de la sospecha clínica en el síndrome de encefalopatía posterior reversible. <i>Inmaculada Alcantud González</i>	390
<b>Caso 249</b>	Diverticulitis de divertículo gigante de colon. <i>Sandra Sánchez García</i>	392
<b>Caso 250</b>	Evaluación radiológica de la lesión craneal por arma de fuego. <i>Inmaculada Alcantud González</i>	394
<b>Caso 251</b>	Sacroileítis infecciosa postraumática. <i>Cristina de Gracia Serrano</i>	396
<b>Caso 252</b>	Miositosisificante de hombro <i>M<sup>a</sup> del Carmen Gutiérrez Sánchez</i>	399
<b>Caso 253</b>	Obstrucción intestinal, debut de síndrome de compresión vascular <i>Carmen María Martínez Porras</i>	402
<b>Caso 255</b>	Abdomen agudo intestinal. <i>Carmen María Escobedo Araque</i>	404
<b>Caso 256</b>	Neumonías virales en la comunidad, ¿se diagnostican más en la actualidad? <i>Marta Baldomà</i>	407
<b>Caso 260</b>	Absceso del septo nasal en inmunodeprimido. <i>Juan José Delgado Moraleda</i>	410
<b>Caso 262</b>	¿tromboembolismo pulmonar o artefacto de flujo? <i>Juan José Delgado Moraleda</i>	412
<b>Caso 263</b>	Cuadro de pancreatitis aguda en adolescente de 15 años, ¿por qué a esa edad? <i>María del Carmen Alcántara Zafra</i>	414
<b>Caso 265</b>	Fístula colecistoduodenal con evolución a síndrome de Bouveret. <i>Frank Farfán Leal</i>	416
<b>Caso 266</b>	Catéter de port-a-cath condiciona un síndrome de vena cava superior de instauración lenta y progresiva. <i>Frank Farfán Leal</i>	418
<b>Caso 267</b>	Embolismos sépticos pulmonares por absceso anal. <i>Juan José Delgado Moraleda</i>	420
<b>Caso 270</b>	Íleo biliar. <i>Juan José Delgado Moraleda</i>	422
<b>Caso 272</b>	Craniectomía descompresiva: ¿siempre la mejor opción? <i>Juan José Delgado Moraleda</i>	424
<b>Caso 273</b>	Hernia de Spiegel tipo Richter. <i>Juan José Delgado Moraleda</i>	427
<b>Caso 275</b>	Bodypacker: arriesgando la vida. <i>Mónica Pérez González</i>	430
<b>Caso 276</b>	Caso de un torero desafortunado. <i>Jenny Soraya Cárdenas Herrán</i>	433
<b>Caso 278</b>	Hemoperitoneo por rotura vesicular: una complicación poco	435

	frecuente de colecistitis. <i>Lucía Zambrana Aguilar</i>	
<b>Caso 279</b>	Trombosis porto-mesentérica como causa de abdomen agudo. <i>Carmen de la Torre Valdivia</i>	437
<b>Caso 280</b>	Obstrucción intestinal de alto grado. ¿dónde está la causa? <i>José Ignacio</i>	440
<b>Caso 281</b>	Ateromatosis y trombosis aguda abdominal. ¿cuándo sospecharla? <i>José Ignacio</i>	444
<b>Caso 282</b>	"Infarto omental abscesificado". <i>Lara Martínez González</i>	448
<b>Caso 284</b>	Dolor torácico en paciente de 17 años. <i>Lucía Zambrana Aguilar</i>	450
<b>Caso 288</b>	Tromboembolia pulmonar: cuando la angio-TC pulmonar no es concluyente. <i>Luisa Fernanda Londoño Villa</i>	452
<b>Caso 289</b>	Rotura de cuerpo cavernoso: la utilidad de la ecografía. <i>Carmen de la Torre Valdivia</i>	455
<b>Caso 293</b>	Hernia interna, reporte de un caso. <i>Melanie MoanaSanchez</i>	458
<b>Caso 294</b>	Fractura-sublucación postraumática de columna cervical. <i>Mª Carmen Ojados Hernández</i>	460
<b>Caso 295</b>	Ocupación de senos paranasales: más allá de la sinusitis. <i>Diego Páez Granda</i>	462
<b>Caso 297</b>	Perforación gástrica por espina de pescado que produce colecistitis aguda. <i>Mª Rosa López Pedreira</i>	464
<b>Caso 299</b>	¿Hematoma subdural agudo espontáneo en varón joven? hay que cerrar el caso. <i>Pablo Tomás Muñoz</i>	466
<b>Caso 300</b>	Vesícula biliar ectópica ¿informar o no informar? <i>Julio César Rivera Mata</i>	469
<b>Caso 301</b>	Hematoma epidural: no siempre una urgencia neuroquirúrgica. <i>Alexandre Perez-Girbes</i>	472
<b>Caso 302</b>	Embolia séptica como complicación de tromboflebitis. <i>Julio César Rivera Mata</i>	474
<b>Caso 303</b>	Tumor del estroma gastrointestinal. <i>Lara Martínez González</i>	477
<b>Caso 304</b>	Colecistitis enfisematosa perforada. <i>Juan Carlos Soler Perromat</i>	479
<b>Caso 305</b>	"Traumatismo de peñasco: buscar para encontrar". <i>María Adela Rodríguez-Fuentes</i>	482
<b>Caso 306</b>	Cistitis enfisematosa como hallazgo inesperado. <i>José Miguel Blanc Molina</i>	484
<b>Caso 307</b>	Obstrucción de intestino delgado de origen inesperado: invaginación intestinal por lipoma. <i>Noelia Padrón Rodríguez</i>	486
<b>Caso 308</b>	Enfermedad frecuente de localización infrecuente: apendicitis aguda izquierda. <i>Dolores Lora Jiménez</i>	488
<b>Caso 309</b>	Micosis fungoide asociada a linfoma intestinal. <i>Lucía Zambrana Aguilar</i>	490
<b>Caso 310</b>	Disección de arteria vertebral. <i>Ana Belén Gil Guerra</i>	492
<b>Caso 311</b>	Perforación duodenal durante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.	494

	<i>Ana Belén Gil Guerra</i>	
<b>Caso 312</b>	Isquemia de miembro inferior derecho como único síntoma de disección aórtica tipo A. <i>Irene Navas Fernández-Silgado</i>	496
<b>Caso 313</b>	Sangrado activo como simulador de estructura vascular. <i>Juan Francisco Martínez Martínez</i>	499
<b>Caso 315</b>	"Torsión ovárica: el gran imitador". <i>M<sup>a</sup> Adela Rodríguez-Fuentes</i>	502
<b>Caso 316</b>	Signo del remolino. <i>Paula Concejo Iglesias</i>	504
<b>Caso 318</b>	Atrapamiento de la arteria humeral por fractura supracondílea. <i>Carmen Martínez Huertas</i>	506
<b>Caso 321</b>	Angiomiolipoma renal con aneurisma sangrante a raíz de cuadro de dolor abdominal agudo. <i>Irene Cases Susarte</i>	508
<b>Caso 322</b>	Aneurisma abdominal roto, ¿un gran simulador? <i>Andrés Adolfo Painel Seguel</i>	511
<b>Caso 323</b>	Obstrucción intestinal: más allá de las asas. <i>Lucía Gómez-Pimpollo García</i>	513
<b>Caso 324</b>	Íleo biliar secundario con fistula vesiculoduodenal. <i>Verónica Lorenzo Quesada</i>	515
<b>Caso 325</b>	Dolor torácico agudo: un caso de disección aórtica. <i>M<sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández</i>	518
<b>Caso 327</b>	¿Una simple espina de pescado o la espada de Damocles alimentaria? <i>Ana María López Moreno</i>	521
<b>Caso 328</b>	Estenosis hipertrófica del píloro, presentación atípica. <i>Carmen María Martínez Porras</i>	523
<b>Caso 329</b>	Hallazgos radiológicos en paciente con síndrome de Boerhaave. <i>Laura Díaz Rubia</i>	526
<b>Caso 330</b>	Abdomen agudo, torsión de bazo ectópico. <i>Carmen María Martínez Porras</i>	528
<b>Caso 331</b>	Aire vesicular en paciente con abdomen agudo: colecistitis gangrenosa. <i>Wilmar Antonio Ocampo Toro</i>	530
<b>Caso 332</b>	Fístula carótido-esofágica por ingesta de cuerpo extraño (batería). <i>Depetris Marina Aurora</i>	532
<b>Caso 333</b>	Lesiones óseas que pueden simular neoplasia y deberíamos conocer. <i>Rafael Sabatel Hernández</i>	534
<b>Caso 336</b>	Enfermedad post-quirúrgica no bien conocida que nos puede llevar a error. <i>Rafael Sabatel Hernández</i>	536
<b>Caso 339</b>	Trombosis de la vena anastomótica de Trolard en varón de 38 años. <i>Ana Barceló Cárceles</i>	538
<b>Caso 340</b>	Teratoma, no todo es eco, mejor el TC si hay estudios previos <i>Lucía Hernández Sánchez</i>	540
<b>Caso 341</b>	¿Qué debemos tener en cuenta en el estudio ecográfico de la meningitis aguda bacteriana del lactante? <i>Laura Cuesta Lujano</i>	543
<b>Caso 343</b>	Correlación de hallazgos en TC y RM en la lesión axonal difusa. <i>Danyelle Sánchez Paré</i>	546
<b>Caso 344</b>	Disfagia e inestabilidad de la marcha tras sobre esfuerzo cervical. <i>Ana Barceló Cárceles</i>	548

<b>Caso 345</b>	Invaginación ileocólica en un paciente con fibrosis quística: la importancia de conocer los antecedentes. <i>Antonio Gámez Martínez</i>	550
<b>Caso 346</b>	Hemorragia intracraneal múltiple sincrónica. <i>Paula Concejo Iglesias</i>	552
<b>Caso 347</b>	Embolismo pulmonar por cemento como complicación grave de la vertebroplastia percutánea. <i>María Vicente Quílez</i>	555
<b>Caso 349</b>	Litiasis vesical gigante como causa de IRA post-renal. <i>Olaya Fernández Nieto</i>	557
<b>Caso 351</b>	Afectación del SNC por tuberculosis: un diagnóstico diferencial a tener en cuenta. <i>Paula María Hernández Guilabert</i>	559
<b>Caso 352</b>	Infección respiratoria aguda con patrón pulmonar micronodular por actinomyces de origen odontogénico. <i>Javier Martínez Ollero</i>	561
<b>Caso 353</b>	Perforación de intestino delgado por espina de pescado. <i>Cecilia Rubio Maicas</i>	563
<b>Caso 355</b>	Hiperperfusión e hiperemia cerebral en el infarto isquémico agudo, hallazgo infrecuente en los estudios de perfusión cerebral. <i>Virginia Jiménez Coronel</i>	565
<b>Caso 358</b>	Isquemia gástrica. <i>Juan Carlos Pérez Herrera</i>	568
<b>Caso 360</b>	Tiflitis: simulador de apendicitis en pacientes neutropénicos. <i>Ángela Fernández López</i>	570
<b>Caso 361</b>	Diseción de aorta tipo B con rotura aórtica. <i>Carlos Pérez Serrano</i>	572
<b>Caso 363</b>	Trombosis venosa cerebral. Reto diagnóstico en urgencias. <i>Carolina Méndez Lucena</i>	574
<b>Caso 365</b>	“La lesión intestinal en politraumas: el reto. El líquido libre, la pista”. <i>Lucía FernándezRodríguez</i>	576
<b>Caso 366</b>	Pielonefritisxantogranulomatosa y algo más. <i>Laura Cuesta Lujano</i>	578
<b>Caso 367</b>	Fallo hepático agudo en postoperatorio de lobectomía hepática. <i>Tomás Vallejo Palomino</i>	581
<b>Caso 368</b>	¿Dónde tenemos el bazo? <i>Victoria De Lara Bendahan</i>	235
<b>Caso 369</b>	Torsión ovárica secundaria a cistoadenoma seroso <i>Cristina Narváez Galán</i>	586
<b>Caso 370</b>	Absceso hepático piógeno con fistulización. <i>Margarita Fuentes</i>	588
<b>Caso 371</b>	Percheron: una variante a tener en cuenta. <i>Iñigo Goicoechea Maturana</i>	591
<b>Caso 372</b>	Isquemia aguda en miembro superior por costilla cervical. <i>Alejandro Marín Toribio</i>	594
<b>Caso 375</b>	Lesiones ocupantes de espacio hemorrágicas.intraparenquimatosas cerebrales: diagnóstico diferencial. <i>Ana María Carrillo Colmenero</i>	596
<b>Caso 376</b>	Trombosis venosa mesentérica. <i>Estibaliz Gómez García</i>	599
<b>Caso 377</b>	Colecistitis hemorrágica perforada, una causa infrecuente de dolor abdominal. <i>Sandra Sánchez García</i>	601
<b>Caso 378</b>	Trombosis venosa cerebral: revisión del diagnóstico por imagen	603



	en urgencias. <i>Elena López Banet</i>	
<b>Caso 379</b>	Síndrome de Bouveret: hallazgos específicos en imagen. <i>Elena López Banet</i>	605
<b>Caso 381</b>	Hipoplasia congénita del arco posterior del atlas en un niño <i>Aleiny Berlina Castro García</i>	607
<b>Caso 382</b>	Síndrome de encefalopatía posterior reversible (pres) simulando un código ictus. <i>Elena López Banet</i>	609
<b>Caso 385</b>	Lesión traqueal tras intubación. Hallazgos por TC. <i>Guadalupe Rueda Monago</i>	612
<b>Caso 386</b>	Una causa infrecuente de enoftalmos. <i>Danyelle Sánchez Paré</i>	614
<b>Caso 387</b>	Esclerosis peritoneal encapsulante. <i>Maria Elena Borja Orellana</i>	616
<b>Caso 389</b>	Fascitis necrotizante cervical de origen dentario. Hallazgos en TC. <i>Carmen Martínez Huertas</i>	618
<b>Caso 391</b>	Celulitis y miositis orbitaria secundaria a sinusitis maxilar. <i>Inés Pecharromán de las Heras</i>	620
<b>Caso 393</b>	Traumatismo pélvico. Más allá de las fracturas. <i>Carlos Fernández Cabrera</i>	622
<b>Caso 394</b>	Parálisis unilateral reversible del nervio hipogloso por fractura del cóndilo occipital. <i>Cristina Zorzo Sánchez</i>	625
<b>Caso 395</b>	Obstrucción completa de la arteria lobar inferior con ausencia de retorno venoso. <i>Ángeles Silva Rodríguez</i>	627
<b>Caso 396</b>	Absceso retrofaríngeo por cuerpo extraño. <i>Laura Alonso Irigaray</i>	629
<b>Caso 397</b>	Dolor rotuliano en adolescente deportista. <i>Ernesto García Santana</i>	632
<b>Caso 398</b>	Neumatosis portal masiva. <i>Ernesto García Santana</i>	634
<b>Caso 399</b>	Perforación por cuerpo extraño. <i>Ernesto García Santana</i>	637
<b>Caso 402</b>	Úlcera gástrica perforada: un cuadro en peligro de extinción. <i>Ernesto García Santana</i>	639
<b>Caso 403</b>	Esa colitis fácil y sencilla que no te debes dejar pasar. <i>Virginia Navarro Cutillas</i>	641
<b>Caso 405</b>	Subluxación rotatoria atlanto-axoidea en niño con traumatismo cervical y tortícolis refractaria a tratamiento médico. <i>María José Martínez-Cutillas</i>	644
<b>Caso 407</b>	Dolor en FID, reporte de un caso. <i>Melanie MoanaSanchez</i>	646
<b>Caso 408</b>	El reto diagnóstico de lesión mesentérica en el paciente politraumatizado. <i>Inmaculada Alcantud González</i>	648
<b>Caso 409</b>	Dolor en hipogastrio, reporte de un caso. <i>Melanie MoanaSanchez</i>	650
<b>Caso 414</b>	Rabdomiólisis post nefrectomía laparoscópica. <i>Leire Calvo</i>	652
<b>Caso 416</b>	Piometra. una causa rara de infección pélvica a tener en cuenta. <i>Miguel Bello Erias</i>	654
<b>Caso 417</b>	Isquemia mesentérica aguda: una patología que hay que sospechar.	656

	<i>Estefanía González Montpetit</i>	
<b>Caso 420</b>	Pensar más allá de lo obvio. <i>María Dolores Guirau Rubio</i>	659
<b>Caso 421</b>	Masa apendicular: un caso de hiperplasia folicular linfoide exuberante asociada a oxiuros. <i>Mireia PitarchDiago</i>	661
<b>Caso 423</b>	Causa poco frecuente de ictericia obstructiva en la urgencia: el ampuloma. <i>Sandra Isabel Duque Fernandez De Vega</i>	663
<b>Caso 424</b>	Complicación urgente poco frecuente a tener en cuenta tras cirugía en hemiabdomen superior: la trombosis de las venas porta y mesentérica. <i>Sandra Isabel Duque Fernandez De Vega</i>	665
<b>Caso 426</b>	Complicación urgente del linfoma: síndrome de vena cava superior. <i>Sandra Isabel Duque Fernandez De Vega</i>	668
<b>Caso 427</b>	Mucocele apendicular. <i>María Velasco Ruiz</i>	671
<b>Caso 428</b>	Dos hallazgos excepcionales, solo uno es urgente. <i>Diego Javier Páez Granda</i>	673
<b>Caso 429</b>	Enterocolitis necrotizante del adulto. <i>Jaime Salvador</i>	676
<b>Caso 430</b>	Cefalea y hemorragia subaracnoidea espontánea. <i>Daniel Lourido García</i>	679
<b>Caso 431</b>	Cómo diagnosticar una lesión ureteral. <i>JelenaVucetic</i>	681
<b>Caso 432</b>	Cirugía de tumor neuroendocrino de páncreas complicado con trombosis del tronco celíaco y afectación isquémica de bazo e hígado. <i>Laura Díaz Rubia</i>	683
<b>Caso 433</b>	Aneurisma tipo blister: un reto diagnóstico. <i>Carlos Vilches Catalán</i>	685
<b>Caso 436</b>	Rotura traumática de hemidiafragma izquierdo. <i>Carlos Vilches Catalán</i>	688
<b>Caso 437</b>	Traumatismo cráneo-cervical severo con sección medular cervical en la edad pediátrica. <i>Rosalina Grau Solà</i>	690
<b>Caso 439</b>	Hemosuccuspancreaticus. Complicacion hemorrágica de la pancreatitis que requiere un rápido manejo diagnostico-terapéutico. <i>Ignacio García Trujillo</i>	694
<b>Caso 441</b>	Quiste de colédoco tipo IV. <i>María Carrillo García</i>	696
<b>Caso 442</b>	Dolor en hipocondrio derecho, no siempre un clásico <i>María Dolores Guirau Rubio</i>	698
<b>Caso 443</b>	Fosa iliaca derecha : ¿el apéndice o el ovario? <i>Elena Martínez Carapeto</i>	700
<b>Caso 444</b>	Escroto agudo: cuando el diagnóstico llega tarde. <i>Lucía Gómez-Pimpollo García</i>	702
<b>Caso 445</b>	Mi caso top 10: fracturas de peñasco. <i>AranzazuGutierrez Pantoja</i>	704
<b>Caso 446</b>	Pulmón hiperclaro unilateral en niño de tres años. <i>Adriana María López Ruiz</i>	706
<b>Caso 447</b>	Hallazgos en TC tóraco-abdominal durante parada cardio-respiratoria. <i>Reyes Petruzzella</i>	708
<b>Caso 448</b>	La enfermedad de Moyamoya: cuando una imagen vale más que	710

	mil palabras. <i>Amaia GoienetxeaMurgiondo</i>	
<b>Caso 450</b>	No sólo hay ictus. <i>Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara</i>	712
<b>Caso 451</b>	Estenosis hipertrófica de píloro. <i>Adriana María López Ruiz</i>	714
<b>Caso 453</b>	Fracturas faciales tras agresión. <i>María Paula García Rodríguez</i>	716
<b>Caso 454</b>	Hematuria como presentación de síndrome de Wunderlich en el servicio de urgencias. <i>Arnaldo Fernández Orué</i>	718
<b>Caso 455</b>	Dolor pélvico agudo secundario a torsión ovárica. <i>Francisco Brunie</i>	721
<b>Caso 456</b>	Hematoma intraabdominal secundario a embarazo ectópico abdominal. <i>Nuria Pérez Peláez</i>	723
<b>Caso 457</b>	Quiste de duplicación intestinal actuando como "cabeza" de una invaginación ileocólica. <i>Adriana María López Ruiz</i>	725
<b>Caso 458</b>	Trombosis venosa pulmonar. <i>Adriana María López Ruiz</i>	727
<b>Caso 459</b>	Colecistitis hemorrágica: urgencia rara pero potencialmente fatal <i>Vanessa Terán Pareja</i>	729
<b>Caso 460</b>	No pierdas el tiempo y acelera el tratamiento. <i>Alberto Quirce Vázquez</i>	731
<b>Caso 463</b>	El seno frontal: ventana abierta al sistema nervioso central. <i>JOSE PABLO MARTÍNEZ GONZÁLEZ</i>	733
<b>Caso 465</b>	No todo déficit motor es ictus. <i>JOSE PABLO MARTÍNEZ GONZÁLEZ</i>	736
<b>Caso 469</b>	Diverticulitis de localización atípica. <i>Paloma Arias Baldó</i>	739
<b>Caso 470</b>	Directo al corazón: laceración cardíaca por herida de arma blanca. <i>Lucía Terán Álvarez</i>	741
<b>Caso 471</b>	Hallazgos radiológicos por TCMD en el mucocele apendicular <i>Laura Díaz Rubia</i>	743
<b>Caso 472</b>	Hemorragia intraquística de los plexos coroideos post-traumática. <i>Nuria Alonso Ordás</i>	745
<b>Caso 473</b>	Afectación hepática secundaria a pielonefritis. <i>Nuria Alonso Ordás</i>	747
<b>Caso 474</b>	Hernia intestinal intravesical complicada con obstrucción <i>Raquel Monreal Beortegui</i>	749
<b>Caso 476</b>	Embolia grasa pulmonar <i>Elena IngunzaLoizaga</i>	752
<b>Caso 477</b>	Más allá de la pancreatitis aguda <i>Diana Plata Ariza</i>	754
<b>Caso 478</b>	Dolor abdominal por isquemia mesentérica aguda. <i>Paula Calvo Ramírez</i>	756
<b>Caso 479</b>	Leucostasis: una complicación real y fatal. <i>Elena IngunzaLoizaga</i>	758
<b>Caso 481</b>	Isquemia intestinal aguda. Trombosis de arteria mesentérica superior. <i>Luis Alemañ Romero</i>	761
<b>Caso 483</b>	Un caso de enfermedad pélvica inflamatoria: el absceso tubo-ovárico.	763

	<i>Luis Alemañ Romero</i>	
<b>Caso 484</b>	Trombosis venosa cerebral con infarto venoso poco convencional. <i>Jorge González Plaza</i>	765
<b>Caso 487</b>	Hernia obturatriz: causa infrecuente de oclusión intestinal. <i>Maribel Cugat Gimeno</i>	768
<b>Caso 489</b>	Obstrucción intestinal en asa cerrada secundaria a hernia interna transmesentérica. <i>Adriana María López Ruiz</i>	770
<b>Caso 490</b>	Obstrucción intestinal en asa cerrada. A propósito de un caso. <i>Alicia Matilla Muñoz</i>	772
<b>Caso 491</b>	Leucoencefalopatía multifocal progresiva en paciente VIH no conocido, pruebas de imagen como clave para el diagnóstico. <i>Ana Milena Muñoz</i>	774
<b>Caso 492</b>	Cuerpo extraño en vía aérea en el adulto. <i>Adriana María López Ruiz</i>	776
<b>Caso 493</b>	El gran reto diagnóstico del dolor en fosa ilíaca derecha. <i>José Fernando Antezana Tapia</i>	778
<b>Caso 494</b>	Íleo biliar, una causa no tan poco común de obstrucción intestinal. <i>Elena Serrano Alcalá</i>	781
<b>Caso 495</b>	La prostatitis más allá de la pelvis: pileflebitis. <i>SatishNagraniChellaram</i>	784
<b>Caso 497</b>	Estallido ocular. ¿qué debemos conocer? <i>Inés Hernández Delgado</i>	787
<b>Caso 498</b>	Hematoma epidural posterior en paciente hemofílico. <i>Ángela Fernández López</i>	789
<b>Caso 502</b>	Fístula arteriovenosadural (FAVD): sospechosa insospechada. <i>Candela González González</i>	791
<b>Caso 504</b>	Traumatismo craneoencefálico en lactante. <i>Adriana María López Ruiz</i>	793
<b>Caso 506</b>	Estudio ecográfico ocular: apoyo diagnóstico para el oftalmólogo. <i>Francisco Pozo Piñón</i>	795
<b>Caso 509</b>	Criterios de muerte cerebral en angioTC. <i>Andrés Francisco Jiménez Sánchez</i>	798
<b>Caso 510</b>	Síndrome de Mirizzi. Manifestación poco frecuente de coledoclitiasis sintomática. <i>Andrés Francisco Jiménez Sánchez</i>	801
<b>Caso 511</b>	Trombosis venosa aguda en el trasplante renal. Claves diagnósticas. <i>Andrés Francisco Jiménez Sánchez</i>	803
<b>Caso 513</b>	Abdomen agudo por embarazo ectópico: siempre una posibilidad diagnóstica en la mujer en edad fértil. <i>Noelia Padrón Rodríguez</i>	806
<b>Caso 515</b>	Rotura traqueal de origen iatrogénico. <i>Antonio Ginés Santiago</i>	808
<b>Caso 517</b>	Rotura de aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal <i>Jaime Salvador</i>	810
<b>Caso 518</b>	Hernia transmesosigma y vólvulo de sigma: una combinación fatal. <i>Enrique Ladera González</i>	813
<b>Caso 520</b>	Tras la pista del signo del delta vacío. <i>Marta Relaño Mesa</i>	815
<b>Caso 522</b>	¿diverticulitis duodenal? <i>Rut Romera Sánchez</i>	817
<b>Caso 524</b>	Dolor abdominal recurrente: del síntoma “inespecífico” a la	819

	enfermedad neoplásica. <i>M<sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro</i>	
<b>Caso 525</b>	Síndrome de HELLP: una temida complicación postparto <i>Ana Giménez Sánchez de la Blanca</i>	822
<b>Caso 526</b>	Dolor en hipocondrio derecho, no todo es colecistitis !!! <i>Diana Plata Ariza</i>	825
<b>Caso 528</b>	Neumoperitoneo secundario a perforación de úlcera duodenal: papel del TCMD. <i>Laura García Camacho</i>	827
<b>Caso 529</b>	¿Simple aneurisma? <i>Rut Romera Sánchez</i>	830
<b>Caso 531</b>	Invaginación intestinal en adulto. <i>Rut Romera Sánchez</i>	832
<b>Caso 532</b>	Gastritis flemonosa: una causa olvidada de abdomen agudo. <i>Esperanza Elías Cabot</i>	834
<b>Caso 533</b>	Vólvulo cecal complicado. <i>Adrián Martínez Vázquez</i>	836
<b>Caso 535</b>	Vólvulo gástrico: existe. <i>Cristina Berastegi Santamaría</i>	838
<b>Caso 537</b>	La hemorragia subaracnoidea como signo de trombosis venosa cerebral. <i>M<sup>a</sup> Angeles Calatayud Sánchez</i>	841
<b>Caso 538</b>	Enfermedad de Crohn fistulizante en ecografía y enterorm. <i>Laura Díaz Rubia</i>	843
<b>Caso 540</b>	Rotura uretral por litiasis vesical. <i>Daniel Corominas</i>	845
<b>Caso 541</b>	Sangrado activo en el trasplante renal. <i>Isabel García Chaume</i>	847
<b>Caso 542</b>	La lesión esplénica: una rara complicación de la colonoscopia. <i>Marcos Villalta Santamaría</i>	849
<b>Caso 543</b>	Lesión neoplásica como causa menos frecuente de obstrucción de intestino delgado: hallazgos en TC. <i>Laura García Camacho</i>	851
<b>Caso 545</b>	Fascitis necrotizante: una complicación grave de la cirugía. <i>Eva María García Gámez</i>	854
<b>Caso 546</b>	Fractura de Jefferson, una fractura por estallido. <i>María José Martínez-Cutillas</i>	856
<b>Caso 547</b>	Importancia de la fase excretora en el postquirúrgico ginecológico. <i>Paula María Hernández Guilabert</i>	858
<b>Caso 548</b>	Importancia de la radiografía simple en urgencias: a propósito de un caso de espondilodiscitis tuberculosa. <i>Inmaculada Alcantud González</i>	860
<b>Caso 549</b>	Apendicitis y suboclusión secundaria a cuerpo extraño <i>Mireia Tomas Chenoll</i>	862
<b>Caso 551</b>	Traumatismo orbitario con estallido de globo ocular <i>José Vicente Quirante</i>	864
<b>Caso 552</b>	Síndrome del colgajo hundido <i>María José Martínez-Cutillas</i>	867
<b>Caso 554</b>	Compresión medular por infiltración epidural extensa de linfoma no Hodgkin. <i>Fernando Brahm</i>	870
<b>Caso 555</b>	Neumatosis intestinal benigna de origen multifactoral. <i>Fernando Brahm</i>	872
<b>Caso 556</b>	Cefalea y lumbalgia aguda como presentación de hemorragia subaracnoidea (HSA) secundaria a malformación vascular	874

	espinal (MVE). <i>Fernando Brahm</i>	
<b>Caso 558</b>	Fractura de cuerpos cavernosos. <i>Ruth Expósito Díaz</i>	876
<b>Caso 559</b>	Hallazgos en TC de rotura cardíaca contenida postinfarto. <i>JoanaElejondoOddo</i>	878
<b>Caso 560</b>	Síndrome de vena cava superior: correlación clínico-radiológica. <i>Carlos Borrega Harinero</i>	880
<b>Caso 561</b>	Fractura del suelo orbitario en edad pediátrica. <i>Cristina Montes Durán</i>	882
<b>Caso 562</b>	Un sangrado inesperado . <i>Paula María Hernández Guilabert</i>	884
<b>Caso 563</b>	Enfisema subcutáneo espontáneo asociado a consumo de cocaína. <i>Ángel Alberto Marín Suarez</i>	887
<b>Caso 564</b>	Torsión ovárica en edad pediátrica, una causa de abdomen agudo. <i>IacopoCiampa</i>	889
<b>Caso 565</b>	Peritonitis esclerosanteencapsulante: causa poco frecuente de obstrucción intestinal en pacientes en diálisis peritoneal. <i>Daniel Alfonso Torres Gamboa</i>	891
<b>Caso 566</b>	Perforación intestinal: manifestación inusual del melanoma. <i>Ángeles Jalón Navas</i>	893
<b>Caso 568</b>	FID, una vez más no fue apendicitis. <i>María Conde Martín</i>	895
<b>Caso 569</b>	Ictus isquémico, más allá de la arteria cerebral media. <i>Carola Rocafuerte Avila</i>	897
<b>Caso 570</b>	La gravedad enmascarada del síndrome de Boerhaave. <i>Ángeles Jalón Navas</i>	900
<b>Caso 572</b>	Un caso inusual de encefalitis por adenovirus en un preescolar. <i>Renzo Javier Andrade Gonzales</i>	903
<b>Caso 573</b>	Hemoptisis masiva secundaria a un aneurisma de Rasmussen. <i>Irene Sánchez Serrano</i>	905
<b>Caso 574</b>	Abscesos litogénicos vs adenocarcinoma de páncreas. <i>Carmen Picón Serrano</i>	907
<b>Caso 576</b>	Colecistitis enfisematosa en paciente diabética. <i>Esther TabernerLopez</i>	909
<b>Caso 577</b>	Hematomas musculares espontáneos por déficit de factor VIII <i>Ernesto Fernández Torvisco</i>	912
<b>Caso 578</b>	Bezoar: una causa rara de obstrucción intestinal. <i>Irene Sánchez Serrano</i>	915
<b>Caso 579</b>	Hematometrocolpos secundario a himen imperforado: causa de dolor abdominopélvico en adolescentes. <i>Macarena Barreda Solana</i>	918
<b>Caso 580</b>	Un postoperatorio inesperado: obstrucción intestinal secundaria a un hematoma intraluminal. <i>Irene Sánchez Serrano</i>	920
<b>Caso 581</b>	La importancia de la densidad de los senos venosos: trombosis venosa cerebral. <i>Renzo Javier Andrade Gonzales</i>	922
<b>Caso 583</b>	Masa que sugiere teratoma maduro, aunque no siempre es lo que parece. <i>Alba Mas Sánchez</i>	924
<b>Caso 584</b>	Síndrome de cascanueces. <i>Renzo Javier Andrade Gonzales</i>	926
<b>Caso 586</b>	Laceración esplénica por plasmodiumvivax.	928

	<i>JessieZulay Ramírez Calderón</i>	
<b>Caso 587</b>	¿A todo gas? cistitis enfisematosa disecando la pared abdominal anterior. <i>JessieZulay Ramírez Calderón</i>	931
<b>Caso 590</b>	Disecación de arterias viscerales, una rara causa de dolor abdominal en paciente de mediana edad. <i>Juan Francisco Ferrer Soriano</i>	934
<b>Caso 591</b>	Rotura diafragmática postraumática: patología infrecuente con alta morbimortalidad. <i>GuildaMorell González</i>	936
<b>Caso 592</b>	Fístula aorto-entérica inducida por bevacizumab. <i>María Victoria Álvarez Martínez</i>	938
<b>Caso 593</b>	Infección periprotésica: rara complicación de las endoprótesis de aneurismas de aorta abdominal. <i>Macarena Barreda Solana</i>	940
<b>Caso 594</b>	Un caso de hiperperfusión cerebral: estatus epiléptico focal. <i>Renzo Javier Andrade Gonzales</i>	942
<b>Caso 595</b>	Secuestro pulmonar imitando un cuadro de TEP. <i>Renzo Javier Andrade Gonzales</i>	944
<b>Caso 596</b>	Neumomediastino por inhalación de cocaína. <i>Silvia Paulina Gallegos Espinoza</i>	946
<b>Caso 598</b>	Extravasación de contraste post-trombectomía. Un caso excepcional. <i>Xiomara Altagracia Santos Salas</i>	948
<b>Caso 601</b>	Sangrado por arma blanca, intento de autolisis. <i>Alba Mas Sanchez</i>	950
<b>Caso 602</b>	¿absceso o cambios postquirúrgicos? <i>GuildaMorell González</i>	952
<b>Caso 604</b>	Ventana de hueso, más allá de fracturas. <i>Helena MartinezMaicas</i>	954
<b>Caso 605</b>	Apendicitis aguda, no solo nos confunde clínicamente... <i>Iliana Romero Batista</i>	956
<b>Caso 607</b>	Isquemia gástrica. <i>Mónica Fdez. del Castillo Ascanio</i>	958
<b>Caso 608</b>	Angiomiolipoma complicado. <i>Lautaro Meneses</i>	960
<b>Caso 609</b>	Síndrome de Lemierre como complicación de una angina de Ludwig. <i>Lautaro Meneses</i>	962
<b>Caso 610</b>	Dolor pélvico: la torsión ovárica y sus hallazgos. <i>Lautaro Meneses</i>	964
<b>Caso 611</b>	Pseudoaneurisma aórtico de origen traumático. <i>Cristina Rodríguez</i>	966
<b>Caso 612</b>	Afectación hepato-renal en paciente con enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. <i>Agustina Vicente Bártulos</i>	969
<b>Caso 613</b>	Rotura esplénica tras colonoscopia. <i>Elena Bello Martínez</i>	971
<b>Caso 614</b>	Hematoma epidural espinal espontáneo. <i>Cristina Rodríguez</i>	973
<b>Caso 615</b>	¿Una simple sinusitis, o hay algo más? <i>Laura Abenza Oliva</i>	975
<b>Caso 616</b>	Colitis y perforación de causa isquémica en paciente psiquiátrico <i>Agustina Vicente Bártulos</i>	977
<b>Caso 617</b>	Perforación esofágica por cuerpo extraño (pepita de mandarina) <i>Cristina Álvarez Sánchez</i>	980

<b>Caso 619</b>	Síndrome de vena cava superior. <i>Laura García Alonso de caso</i>	982
<b>Caso 620</b>	Neumoperitoneo benigno <i>Laura García Alonso de Caso</i>	984
<b>Caso 621</b>	Proctitis secundaria a linfogranuloma venéreo rectal. <i>Gonzalo Lecumberri Cortés</i>	987
<b>Caso 623</b>	La “apendicitis izquierda”: correlación de ecografía y TC. <i>Carlos Martín Gómez</i>	989
<b>Caso 625</b>	Buscando la causa de la obstrucción intestinal. <i>Carlos Martín Gómez</i>	991
<b>Caso 627</b>	Cuando el grano de café hace su aparición en la guardia. <i>Carlos Martín Gómez</i>	993
<b>Caso 628</b>	Pielonefritis en paciente pediátrica con fecaloma rectal. <i>Jenny Soraya Cárdenas Herrán</i>	996
<b>Caso 629</b>	Agnesia de la vena cava infrarrenal asociada a extensa trombosis venosa pélvica y de miembros inferiores. <i>Irene Vicente Zapata</i>	999
<b>Caso 630</b>	Más allá de la apendicitis en la FID: bridas congénitas. <i>Marta Tovar Pérez</i>	1001
<b>Caso 631</b>	Síndrome de Grisel: subluxación atloaxoideapostinfeciosa. <i>Francisco Pozo Piñón</i>	1003
<b>Caso 632</b>	A vueltas con los vólvulos. <i>Ana Isabel Barrio Alonso</i>	1006
<b>Caso 633</b>	Síndrome vena cava superior. <i>Ana Isabel Barrio Alonso</i>	1008
<b>Caso 635</b>	Cistitis enfisematosa. <i>Ana Isabel Barrio Alonso</i>	1010
<b>Caso 637</b>	Pielonefritis enfisematosa. <i>Pablo Marazuela García</i>	1012
<b>Caso 638</b>	Gist: causa de hemorragia digestiva recurrente. <i>María del Mar Muñoz Ruiz</i>	1014
<b>Caso 639</b>	Las apariencias engañan: no es una hemorragia intraventricular. <i>Carlos Alberto Marichal Hernández</i>	1016
<b>Caso 640</b>	Pielonefritis enfisematosa. <i>Carlos Alberto Marichal Hernández</i>	1018
<b>Caso 641</b>	Pileflebitis secundaria a coledocolitiasis. <i>María del Mar Muñoz ruiz</i>	1020
<b>Caso 645</b>	Una forma de presentación aguda del síndrome de BuddChiari. <i>Luis Ángel Rubio Romero</i>	1022
<b>Caso 648</b>	Invaginación intestinal como causa transitoria de dolor en adulto. <i>Patricia Virginia García Pérez</i>	1024
<b>Caso 649</b>	Síncope como presentación de neurinoma del acústico. <i>Jesus Venegas Gómez</i>	1026
<b>Caso 650</b>	Dolor en FID: lo primero pensar en apendicitis aguda. <i>Álvaro Arribas Marcos</i>	1029
<b>Caso 652</b>	Gonalgia de causa infrecuente: complicación de osteocondroma. <i>Patricia Virginia García Pérez</i>	1031
<b>Caso 653</b>	Más allá del TEP: otros diagnósticos alternativos (I) <i>Álvaro Arribas Marcos</i>	1033
<b>Caso 654</b>	Más allá del TEP: otros diagnósticos alternativos (II) <i>Álvaro Arribas Marcos</i>	1035
<b>Caso 655</b>	Importancia de TCMD en traumatismo torácico. <i>Alejandra Doroteo Lobato</i>	1037
<b>Caso 656</b>	Traumatismo mesentérico y perforación diferida de colón. <i>Alejandra Doroteo Lobato</i>	1039
<b>Caso 657</b>	Torsión testicular : importancia del eco Doppler.	1041



	<i>Alejandra Doroteo Lobato</i>	
<b>Caso 659</b>	Causa infrecuente de dolor en FID: más allá de la apendicitis. <i>Patricia Virginia García Pérez</i>	1043
<b>Caso 660</b>	Linfoma de Burkitt abdominal en pediatría. <i>María Berásteguilmaz</i>	1045
<b>Caso 661</b>	Infarto omental. <i>Beatriz Sastre Borregón</i>	1047
<b>Caso 662</b>	Hiperplasia folicular linfoide del apéndice. <i>Beatriz Sastre Borregón</i>	1049
<b>Caso 663</b>	Infarto medular agudo secundario a malformación vascular espinal. <i>Almudena Isabel Ureña Vacas</i>	1051
<b>Caso 664</b>	Íleo biliar: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. <i>Yasmin El KhatibGhzal</i>	1053
<b>Caso 665</b>	Rotura de aneurisma de aorta abdominal con fístula aorto-cava. <i>Yasmin El KhatibGhzal</i>	1055
<b>Caso 666</b>	Intoxicación por monóxido de carbono. Hallazgos precoces en TC craneal. <i>Juan Sanz Díaz</i>	1057
<b>Caso 667</b>	Complicación no infecciosa en paciente con neoplasia hematológica: leucostasis. <i>Antoni BoscàRamon</i>	1059
<b>Caso 669</b>	Crisis comicial. <i>Ana Isabel Barrio Alonso</i>	1062
<b>Caso 670</b>	Retroneumoperitoneo , ¿ qué debemos buscar? <i>María José Raya Núñez</i>	1064
<b>Caso 671</b>	Neuroblastoma retroperitoneal en lactante. <i>Laura Adrián Lozano</i>	1066
<b>Caso 672</b>	Traumatismo mesentérico tras atragantamiento y maniobra de Heimlich. <i>Antoni BoscàRamon</i>	1068
<b>Caso 673</b>	Embolización arterial de hemoptisis amenazante en paciente con TBC. <i>Antoni BoscàRamon</i>	1070
<b>Caso 677</b>	Dissección aórtica. <i>Manuel Varo Alonso</i>	1072
<b>Caso 678</b>	No todo lo hiperdenso es sangre o calcio : baile, hiperglucemia e hiperdensidad en TC de cráneo <i>Clara Gil Perea</i>	1074
<b>Caso 679</b>	Sarcoidosis: la importancia de pensar. <i>Rubén Eduardo Pacios Blanco</i>	1077
<b>Caso 680</b>	Neumoencéfalo a tensión. Signo del monte Fuji. <i>Juan Sanz Díaz</i>	1081
<b>Caso 681</b>	Aproximación diagnóstica a la fístula carótido-cavernosa en urgencias. <i>María del Mar García Gallardo</i>	1084
<b>Caso 683</b>	Un molde perfecto para los huesos de oliva: los bronquios lobares inferiores <i>Irene Vicente Zapata</i>	1086
<b>Caso 684</b>	Infarto omental izquierdo abscesificado. <i>Irene Vicente Zapata</i>	1088
<b>Caso 685</b>	Apendicitis herniada: reporte de un caso de hernia de Amyand. <i>Loren Marbello García</i>	1090
<b>Caso 686</b>	Apendicitis epiploica: un diagnóstico que puede evitar intervenciones innecesarias. <i>Lucía Hernández Sánchez</i>	1093

<b>Caso 687</b>	Infarto esplénico necrosado como causa de neumoperitoneo. <i>Manuel Delgado Márquez</i>	1095
<b>Caso 688</b>	Obstrucción intestinal por cuerpo extraño endoluminal. <i>Carlos Borrega Harinero</i>	1098
<b>Caso 691</b>	Torsión de fibroma ovárico. <i>Alexandre Soler Perromat</i>	1101
<b>Caso 692</b>	Obstrucción intestinal con sorpresa. <i>Lara Martínez González</i>	1103
<b>Caso 693</b>	Rotura de AAA: una urgencia vital. <i>Xiomara Plasencia Cruz</i>	1105
<b>Caso 694</b>	Utilidad de la radiología convencional <i>Juan Lloret del Hoyo</i>	1107
<b>Caso 695</b>	Importancia de la "anamnesis" ecográfica. <i>Ana Vidal González</i>	1109
<b>Caso 696</b>	Indicaciones de la TC torácica urgente. Diagnóstico sorpresa. <i>Ana Vidal González</i>	1111
<b>Caso 697</b>	Hallazgos ecográficos y en TC de diverticulitis duodenal perforada en paciente con clínica sugerente de colecistitis aguda <i>Laura Díaz Rubia</i>	1113
<b>Caso 698</b>	Politraumatismo. <i>Pablo Santos Velasco</i>	1115
<b>Caso 699</b>	Torsión anexial como causa infrecuente de abdomen agudo. <i>Tania Diaz Antonio</i>	1118
<b>Caso 700</b>	Cuando la TC cuenta lo que el paciente no puede ¿qué hay detrás de este enfisema subcutáneo? <i>Irene Cases Susarte</i>	1120
<b>Caso 702</b>	Pneumatosiscystoidesintestinalis. <i>Luis Gijón de la Santa</i>	1122
<b>Caso 703</b>	Trombosis de senos venosos duros secundaria a síndrome nefrótico en paciente pediátrico. <i>Laura Cuesta Lujano</i>	1125
<b>Caso 704</b>	Formas atípicas de presentación de la TBC. <i>Irene Cases Susarte</i>	1128
<b>Caso 706</b>	Mucocele apendicular coexistente con apendicitis aguda. <i>Isabel María González Moreno</i>	1130
<b>Caso 708</b>	Rotura espontánea de esófago: un diagnóstico en el que pensar en la urgencia. <i>Maitane Alonso Lacabe</i>	1132
<b>Caso 712</b>	Shock cardiogénico y síndrome de Tako-tsubo (stt) invertido como forma de presentación de feocromocitoma suprarrenal. <i>Irene Vicente Zapata</i>	1134
<b>Caso 713</b>	Obstrucción intestinal mecánica de causa atípica. <i>Luis Moreno Domínguez</i>	1136
<b>Caso 715</b>	Cólico renal: piensa más que en la litiasis. <i>Irantzu Aloa Hermoso de Mendoza</i>	1138
<b>Caso 716</b>	Una trombosis de senos duros inesperada. <i>Manuel Salomón de la Vega</i>	1140
<b>Caso 717</b>	Relevancia de la variante fetal de la circulación craneal en el código ictus. <i>Manuel Salomón de la Vega</i>	1143
<b>Caso 718</b>	Pileflebitis como complicación de procesos infecciosos intestinales. <i>Manuel Salomón de la Vega</i>	1145
<b>Caso 719</b>	Pielonefritisxantogranulomatosa: la necesidad de un diagnóstico combinado. <i>David Esteban Díaz Pérez</i>	1147

<b>Caso 723</b>	Mieloma múltiple extraóseo: una etiología poco habitual de masa retroperitoneal. <i>David Esteban Díaz Pérez</i>	1149
<b>Caso 726</b>	Rotura traqueal postintubación. <i>Jade García Espinosa</i>	1151
<b>Caso 728</b>	La radiografía lateral de tórax: la gran desconocida . <i>María Duque Muñoz</i>	1154
<b>Caso 729</b>	Viendo cómo sangra el divertículo. <i>Alejandro Cernuda García</i>	1157
<b>Caso 730</b>	Complicaciones en paciente con colecistitis aguda en tratamiento conservador . <i>Carmen Dolores Herrero Platero</i>	1159
<b>Caso 731</b>	Invaginación de intestino delgado en adulto. <i>Jenny Soraya Cárdenas Herrán</i>	1161
<b>Caso 734</b>	No es disección todo lo que parece. <i>Lucía Terán Álvarez</i>	1163
<b>Caso 735</b>	Apendagitis epiploica. Dolor en fosa ilíaca izquierda en urgencias no es sinónimo de diverticulitis. <i>Andrea Domínguez Igual</i>	1165
<b>Caso 737</b>	Poliposis yeyunal sangrante, invaginación yeyuno-yeyunal, colecistitis perforada y neoplasia pulmonar diseminada...¿¿¿todo yo???	1167
	<i>Elena Diez Lasheras</i>	
<b>Caso 738</b>	Herniación medular traumática: el papel de la RM. <i>Elena Esteban García</i>	1169
<b>Caso 739</b>	Paquimeningopatía secundaria a meningitis crónica en paciente con sospecha de hematoma subdural agudo. <i>Margarita González Fernández</i>	1171
<b>Caso 740</b>	Invaginación intestinal en el adulto: un diagnóstico a tener en cuenta. <i>Eder Douze</i>	1173
<b>Caso 741</b>	Signos de inminente rotura en un aneurisma de aorta toracoabdominal. <i>Alice Pérez De Los Ríos</i>	1175
<b>Caso 742</b>	¿hemorragia o contraste? esa es la cuestión.? <i>Alejandro Cernuda García</i>	1177
<b>Caso 743</b>	Oclusión intestinal secundaria a hernia obturatriz incarcerada. <i>Carme Lozano Roca</i>	1180
<b>Caso 744</b>	La “sutileza” de una lesión pélvica inestable. <i>María Jesús García Sánchez</i>	1182
<b>Caso 745</b>	Hematoma intramural intestinal espontáneo. <i>Carme Lozano Roca</i>	1184
<b>Caso 746</b>	RM urgente, cada día más frecuente. <i>Alejandro Cernuda García</i>	1186
<b>Caso 747</b>	Rectorragia incapacitante. <i>Ana Isabel Barrio Alonso</i>	1188
<b>Caso 748</b>	TC-perfusión en el diagnóstico diferencial del ictus agudo. <i>Ewa Joanna Maciag</i>	1190
<b>Caso 749</b>	¿a dónde se va la orina? ¿cirugía o alta?? <i>Alejandro Cernuda García</i>	1192
<b>Caso 750</b>	Actinomicosis pélvica, la “tumoración del DIU” . <i>María Jesús García Sánchez</i>	1194
<b>Caso 751</b>	Tuberculosis peritoneal, una causa de “omental cake” que no debemos olvidar. <i>Isabel María González Moreno</i>	1196
<b>Caso 752</b>	Presentación infrecuente de infección del tracto urinario inferior: cistitis enfisematosa.	1199

	<i>Virginia Jiménez Coronel</i>	
<b>Caso 753</b>	Transformación hemorrágica infarto venoso cerebral. <i>Ángeles Silva Rodríguez</i>	1201
<b>Caso 754</b>	Diplopia y enoftalmos agudos: síndrome del seno silente. <i>Enrique Álvarez Arranz</i>	1203
<b>Caso 757</b>	Disección aislada de la arteria mesentérica superior. <i>JosimaLuchsinger</i>	1205
<b>Caso 758</b>	Perforación sigmoidea: una causa infrecuente. <i>Rogelio José Velazco Ramírez</i>	1207
<b>Caso 759</b>	Fuga peritoneal como complicación de la diálisis peritoneal. <i>Ana Belén Veas López</i>	1209
<b>Caso 760</b>	CEUS en el trasplante renal: detección de complicaciones vasculares agudas. <i>Yesica Martínez Paredes</i>	1211
<b>Caso 761</b>	Fractura triplana de tibia proximal: una lesión grave de localización excepcional. <i>Antonio Gámez Martínez</i>	1214
<b>Caso 762</b>	Obstrucción gástrica con fístula colecistoduodenal: síndrome de Bouveret. <i>M<sup>a</sup> Teresa Álvarez de Eulate García</i>	1217
<b>Caso 763</b>	Perforación vesical yatrogénica. <i>Ana Belén Veas López</i>	1219
<b>Caso 764</b>	Fístula colecistocolónica con litiasis migrada a colon. <i>Elena Martínez Carapeto</i>	1222
<b>Caso 765</b>	Mirando a la convexidad. <i>Mar Sarmiento de la Iglesia</i>	1224
<b>Caso 768</b>	Hazle caso a las enzimas hepáticas. <i>Santiago IbanezCaturla</i>	1227
<b>Caso 769</b>	Abdomen agudo en paciente adulto con divertículo de Meckel complicado. <i>Rocío Carreño González</i>	1229
<b>Caso 770</b>	Pseudoaneurisma periprotésico tras disección aórtica tipo A <i>Santiago IbañezCaturla</i>	1231
<b>Caso 771</b>	Obstrucción intestinal por hernia de Spiegel. <i>Santiago IbanezCaturla</i>	1233
<b>Caso 775</b>	Trombosis portal en la urgencia. ¿cuál puede ser la causa? <i>Santiago Ibañez Caturla</i>	1235
<b>Caso 776</b>	Invaginación intestinal en adulto mayor. <i>JosimaLuchsinger</i>	1238
<b>Caso 777</b>	Hernia de hiato gigante complicada con vólvulo gástrico. <i>Rocío Carreño González</i>	1240
<b>Caso 778</b>	Complicaciones gastrointestinales agudas en paciente neutropénico: colitis por citomegalovirus. <i>Cecilia Rubio Maicas</i>	1242
<b>Caso 779</b>	Obstrucción intestinal secundario a brida y divertículo de Meckel. <i>Cecilia Rubio Maicas</i>	1244
<b>Caso 780</b>	Hemorragia ventricular primaria como forma de presentación de una enfermedad de Moyamoya. <i>Fares Salame</i>	1246
<b>Caso 781</b>	Mucocele apendicular: una entidad infrecuente <i>María Luz Parra Gordo</i>	1248
<b>Caso 783</b>	Dificultad para tragar sin visualizar cuerpo extraño, ¿qué hacemos ahora? <i>Patricia Camino Marco</i>	1251
<b>Caso 784</b>	Rotura aórtica traumática: hallazgos radiológicos. <i>Rocío Carreño González</i>	1253

<b>Caso 785</b>	Aumento del tamaño escrotal en postoperatorio. <i>Elena Cebada</i>	1255
<b>Caso 786</b>	Torsión de la hidátide de Morgagni: buscando el punto azul <i>Mónica Pérez González</i>	1257
<b>Caso 789</b>	Pielonefritis aguda enfisematosa secundaria a litiasis ureteral <i>Carmen Botía González</i>	1260
<b>Caso 790</b>	Traumatismo renal <i>Marta Valle</i>	1262
<b>Caso 791</b>	Paciente con dolor torácico interescapular. <i>Patricia Camino Marco</i>	1264
<b>Caso 792</b>	Código sepsis: papel del radiólogo. <i>María Luz Parra Gordo</i>	1266
<b>Caso 793</b>	Cesárea electiva en mujer de 39 años con síndrome de Marfan, ¿qué puede pasar? <i>Alberto Ibáñez Ibáñez</i>	1269
<b>Caso 795</b>	No todo dolor en fosa ilíaca derecha es una apendicitis aguda. <i>Carmen Botía González</i>	1271
<b>Caso 796</b>	Catéter venoso central introducido en drenaje venoso pulmonar anómalo parcial. <i>Jaime Salvador</i>	1273
<b>Caso 797</b>	Complicaciones de los tratamientos de fertilidad: más allá del síndrome de hiperestimulación ovárica. <i>Carmen Botía González</i>	1276
<b>Caso 799</b>	Hemorragia cerebelosa remota: una complicación postoperatoria inesperada. <i>Pablo Tomás Muñoz</i>	1278
<b>Caso 801</b>	Traumatismo esplénico: ¿cómo realizar la TC para contar al cirujano lo que necesita saber? <i>Carmen Botía González</i>	1280
<b>Caso 802</b>	Hemorragia subaracnoidea: busca el aneurisma. <i>A.B. Molina Navarro</i>	1282
<b>Caso 803</b>	Rotura de tráquea tras colocación de tubo endotraqueal. <i>Carmen Botía González</i>	1284
<b>Caso 804</b>	Infestación intestinal por ascarislumbricoides como causa de abdomen agudo. <i>Beatriz Rodríguez Fisac</i>	1287

<b>Caso</b>	(001) RM DE COLUMNA URGENTE ¡HORROR!
<b>Autores</b>	Elena Núñez Miguel María Pina Pallin, Rebeca Sigüenza Gonzalez, Alicia Matilla Muñoz, Esther Gómez San Martín, Ana Gil Guerra
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Presentación:**

Paciente de 85 años de edad con ingreso previo en otro hospital por presentar según figura en informe, fractura D9 sin afectación neurológica. Después acude a Urgencias del Hospital Clínico presentando una paraplejía completa. HALLAZGOS: Fractura T9, Disrupción del ligamento común vertebral anterior, Lesión del complejo ligamentario posterior, Colección epidural posterior.

### **Discusión:**

Las causas más frecuentes del traumatismo raquímedular son los accidentes de tráfico y las caídas

Los lugares más frecuentes de afectación son la columna cervical media-baja y la transición dorsolumbar

Fuerzas de gran magnitud y especialmente aquellas con un elemento de torsión llevan a rupturas ligamentosas y lesión o desplazamiento óseo.

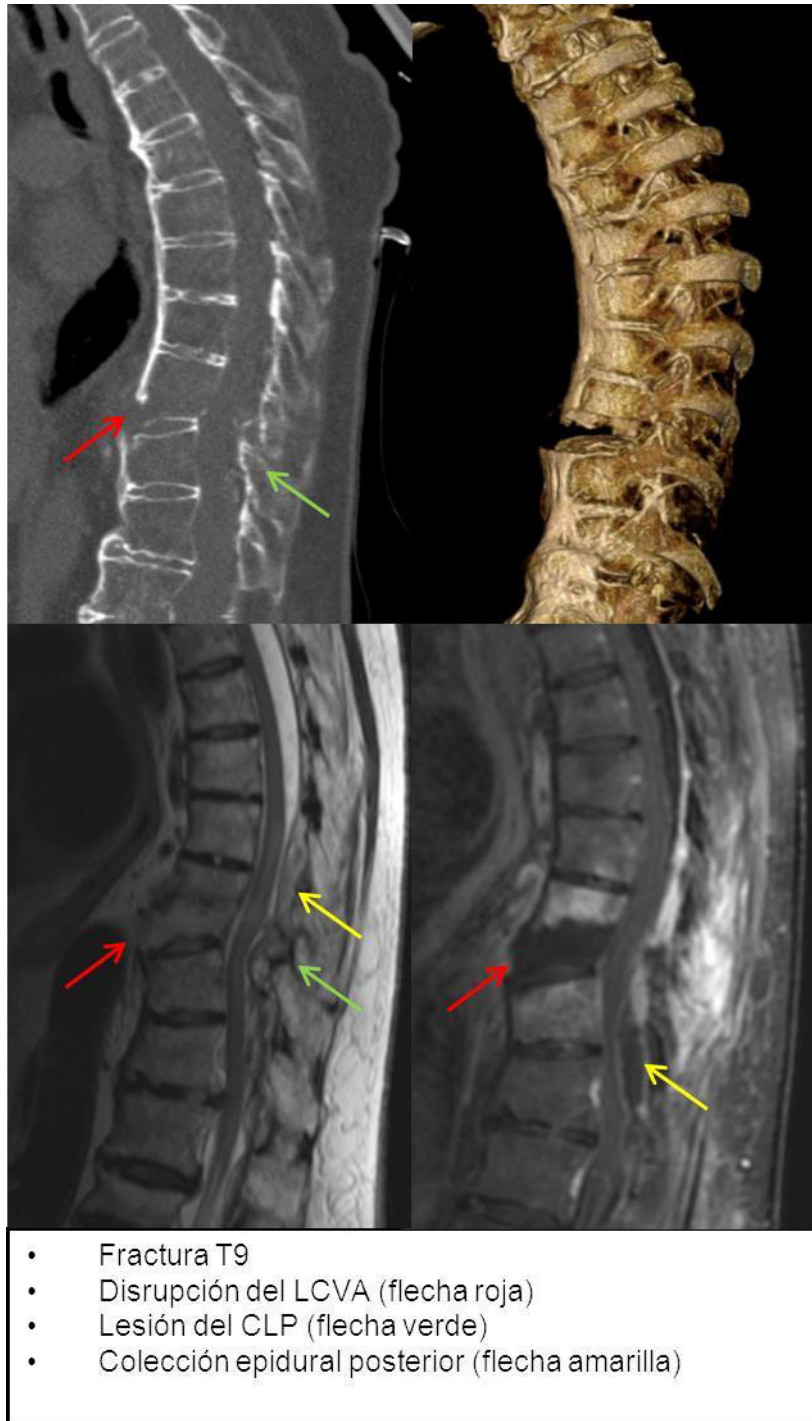
El daño neurológico puede estar producido por edema o hemorragia medular, fisura o disrupción medular, compresión medular (por fragmentos óseos, hernia discal o hematoma epidural)

Lo más importante para el radiólogo es detectar lesión del complejo ligamentario posterior, lo que hace la lesión inestable.

### **Conclusión:**

La RM ha revolucionado el diagnóstico del daño medular: permite detectar y tipificar la lesión medular aguda.

La importancia de la RM en el traumatismo raquímedular radica en la detección de compresión medular por lesiones óseas, discales o hematoma epidurales, así como la presencia de una lesión inestable que pudiera causar/empeorar una lesión medular, ya que permite establecer la necesidad de intervención quirúrgica.



**Fractura T9 por flexión-distracción**

**Bibliografía:**

Goradia D, Linnau KF, Cohen WA, Mirza S, Hallam DK, Blackmore CC. Correlation of MR imaging findings with intraoperative findings after cervical spine trauma. AJNR Am J Neuroradiol Feb 2007;28:209 –15

Sliker CW, Mirvis SE, Shanmuganathan K. Assessing cervical spine stability in obtunded blunt trauma patients: review of medical literature. *Radiology* 2005; 234:733–739

Cusick JF, Yoganandan N. Biomechanics of the cervical spine 4: major injuries. *Clinical Biomechanics* 2002 (17):1-20.



<b>Caso</b>	(002) Hematoma retroperitoneal. Una causa infrecuente.
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Esther Garcia Rodriguez  
A. Oliva Marti, M. Herrero Redondo, M. Viveros Castaño, F.  
García Lorente, M. Cugat Gimeno  
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

**Presentación:**

• Datos clínicos Paciente con estenosis de canal lumbar, al que se realiza intervención quirúrgica consistente en liberación del canal y artrodesis instrumentada L3-L5 sin incidencias intraoperatorias. Horas después de la cirugía presenta dolor abdominal e hipotensión, objetivando anemia en la analítica, por lo que se realiza TC abdominal urgente. • Descripción de los hallazgos Angio-TC abdominal: Gran hematoma retroperitoneal derecho en íntima relación con el espacio paravertebral, con moderado efecto de masa sobre las estructuras adyacentes y con dos focos de sangrado activo/seudoaneurisma en posible relación con lesión de arteria lumbar (no visible). Cambios postquirúrgicos lumbares, laminectomía L2-L3-L4 y material de fijación transpedicular normoposicionado. En control analítico presenta descenso de hematocrito con compromiso de la función renal y mal estado general. Se traslada a otro centro con Unidad de Radiología Intervencionista donde se efectúa angiografía de aorta abdominal, identificando extravasación de contraste a nivel de L2, que se emboliza.

**Discusión:**

- Diagnóstico

Hematoma retroperitoneal postquirúrgico secundario a lesión de arteria lumbar.

- Reflexión docente

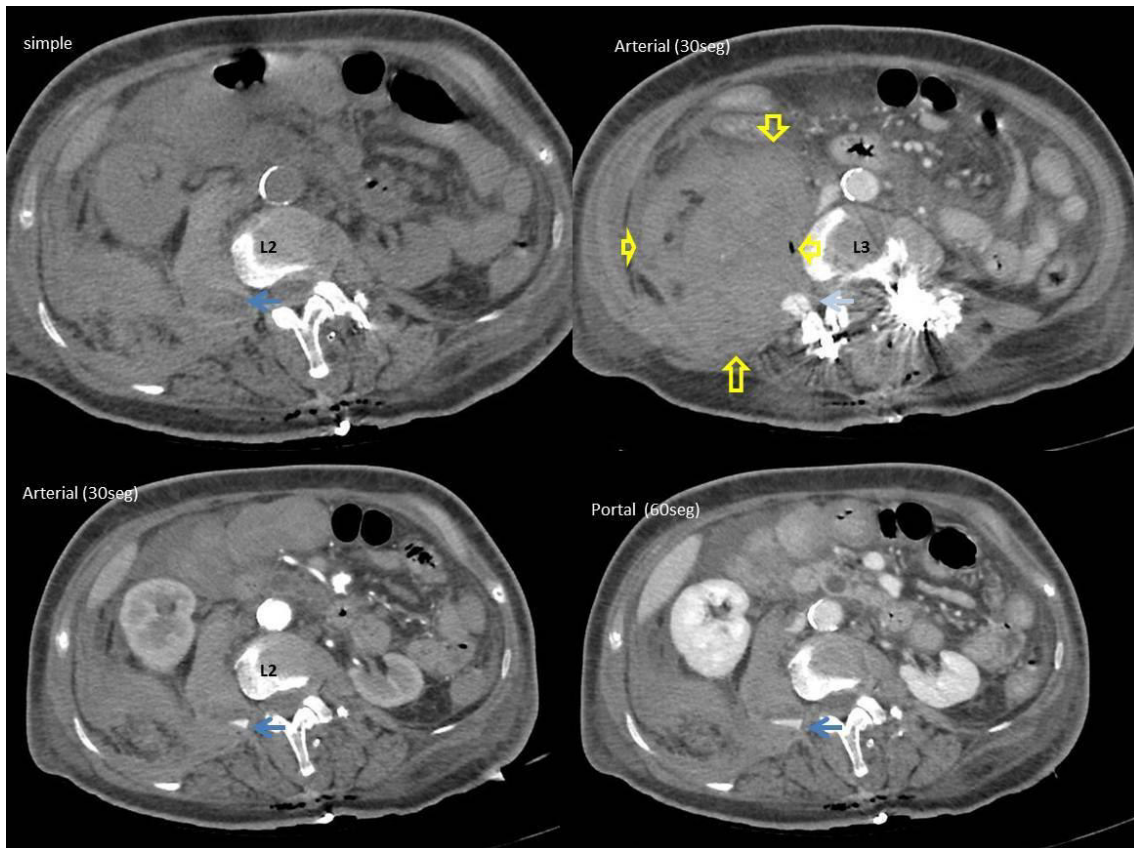
La lesión iatrogénica de arterias lumbares secundaria a cirugía vertebral es una complicación muy poco frecuente, a pesar de su estrecha relación con la columna (trayecto paravertebral y 3 ramas hacia apófisis transversa, carilla articular y musculatura paraespinal).

Suele consistir en la formación de un seudoaneurisma secundario a disrupción focal de la arteria durante el proceso de decorticación de la apófisis transversa para colocación del material de fijación ósea, y puede no identificarse durante la cirugía; condicionando posteriormente un hematoma retroperitoneal agudo o subagudo y shock hipovolémico.

El tratamiento de elección es la embolización.

**Conclusión:**

Las complicaciones vasculares tras cirugía lumbar son infrecuentes, siendo el hematoma retroperitoneal una complicación rara potencialmente letal, que hay que conocer a pesar de ausencia de incidencias intraoperatorias ni alteraciones tomográficas en el material de fijación lumbar.



**Hematoma retroperitoneal derecho (flechas amarillas huecas) en íntima relación con el espacio paravertebral, con moderado efecto de masa identificando un desplazamiento anterior del riñón ipsilateral. Presencia de dos focos de sangrado activo paravertebral derecho a nivel de L2 (se muestra estudio simple, arterial y portal –flecha azul–) y a nivel de L3 (–flecha azul celeste–).**

### Bibliografía:

1. Young Min Oh, M.D., Ph.D. Delayed Retroperitoneal Hemorrhage due to Lumbar Artery Pseudoaneurysm after Lumbar Posterolateral Fusion. J Korean Neurosurg Soc. 2013 Oct; 54(4): 344–346.
2. Sandri A, Regis D, Marino MA, Puppini G, Bartolozzi P. Lumbar artery injury following posterior spinal instrumentation for scoliosis. Orthopedics. 2011 Apr 11;34(4): 317.
3. Liu Y. Analysis of vascular injury in lumbar spine surgery. Pak J Med Sci 2012;28(5):791-794

<b>Caso</b>	(003) Colecistitis enfisematosa: Una urgencia atípica en un contexto clínico clásico
<b>Autores</b>	Rebeca Sigüenza González Elena Nuñez Miguel, M <sup>a</sup> Teresa Álvarez De Eulate, María Pina Pallín, M <sup>a</sup> Isabel Jiménez Cuenca, Laura Casadiego Matarranz
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Presentación:**

Varón, 49 años, sin antecedentes de interés, que refiere abdominalgia súbita en hipocondrio derecho, acompañada de náuseas, Murphy positivo y en analítica leucocitosis. Se realiza ecografía abdominal ante sospecha de colecistitis. Se observa una vesícula distendida con burbujas aéreas internas (ecos internos con artefacto “ring-down” o “cola de cometa”) y engrosamiento mural de 1 cm (A). En infundíbulo vesicular presenta una litiasis de 1.3 cm (B). Resto del estudio normal. Diagnóstico: Colecistitis enfisematosa. Se somete a colecistectomía urgente, mostrando una evolución favorable.

### **Discusión:**

La colecistitis enfisematosa representa el 1% de todas las colecistitis agudas(1). Se caracteriza por la presencia de gas en la vesícula biliar en ausencia de éste en el sistema biliar o en el tracto digestivo. Está causada por microorganismos productores de gas (*Clostridium*) y aparece con mayor frecuencia en ancianos, varones y diabéticos(2). La clínica es indistinguible de cualquier otro tipo de colecistitis aguda, pero tiene peor pronóstico (2). Por ello, su diagnóstico debe basarse no sólo en la clínica sino también en las pruebas de imagen, principalmente la ecografía abdominal.

Nuestro caso concierne a un varón joven que no presentaba diabetes mellitus ni ningún otro antecedente, a parte del sexo, sugestivo de colecistitis enfisematosa. Sin embargo, los hallazgos ecográficos condujeron a un diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad sin utilizar otras pruebas de imagen. La clave diagnóstica es el gas vesicular, representado por ecos brillante asociados a artefacto “ring-down” (línea alargada, hiperecogénica, irradiada desde una colección de gas)(2).

### **Conclusión:**

El artefacto ecográfico “ring-down” es signo inequívoco de gas y permite diagnosticar precozmente una colecistitis enfisematosa ante unos antecedentes y clínica inespecíficos.



***Ecografía de abdomen que muestra una vesícula distendida con engrosamiento mural y presencia de gas representado por ecos internos con artefacto en cola de cometa (flecha A). Además, se observa un cálculo en infundíbulo (flecha B).***

### **Bibliografía:**

- 1.Konno K et al. Emphysematous cholecystitis: sonographic findings. *Abdom Imagen* 2002; 27:191-195.
- 2.Middleton WD et al. *Ecografía*. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Marbán; 2005; 2:39

<b>Caso</b>	(004) ISQUEMIA MESENTÉRICA POR TROMBOSIS VENOSA PRIMARIA.
<b>Autores</b>	Mónica María Román Sastre Carmen Lechuga, Ana Mañas, Marina Bertólez.
<b>Centro</b>	Clínico San Carlos.

**Presentación:**

Desarrollo del Caso Varón 54 años, ex fumador, sin otros antecedentes; antecedentes familiares de trombo- flebitis de repetición (padre). Refiere plenitud y dolor postprandial en epigastrio e hipocondrio derechos desde una ingesta copiosa dos semanas atrás. Se intensifican tras la ingesta y en decúbito. Dos días antes se diagnostica en Urgencias cólico biliar al detectar barro biliar mediante ecografía. Acude nuevamente por empeoramiento del dolor a pesar del tratamiento pautado ( analgésicos y omeprazol) con aparición de vómitos biliosos. Abdomen doloroso a la palpación profunda. Analítica normal, exceptuando elevación de LDH, PCR y fibrinógeno. 1.

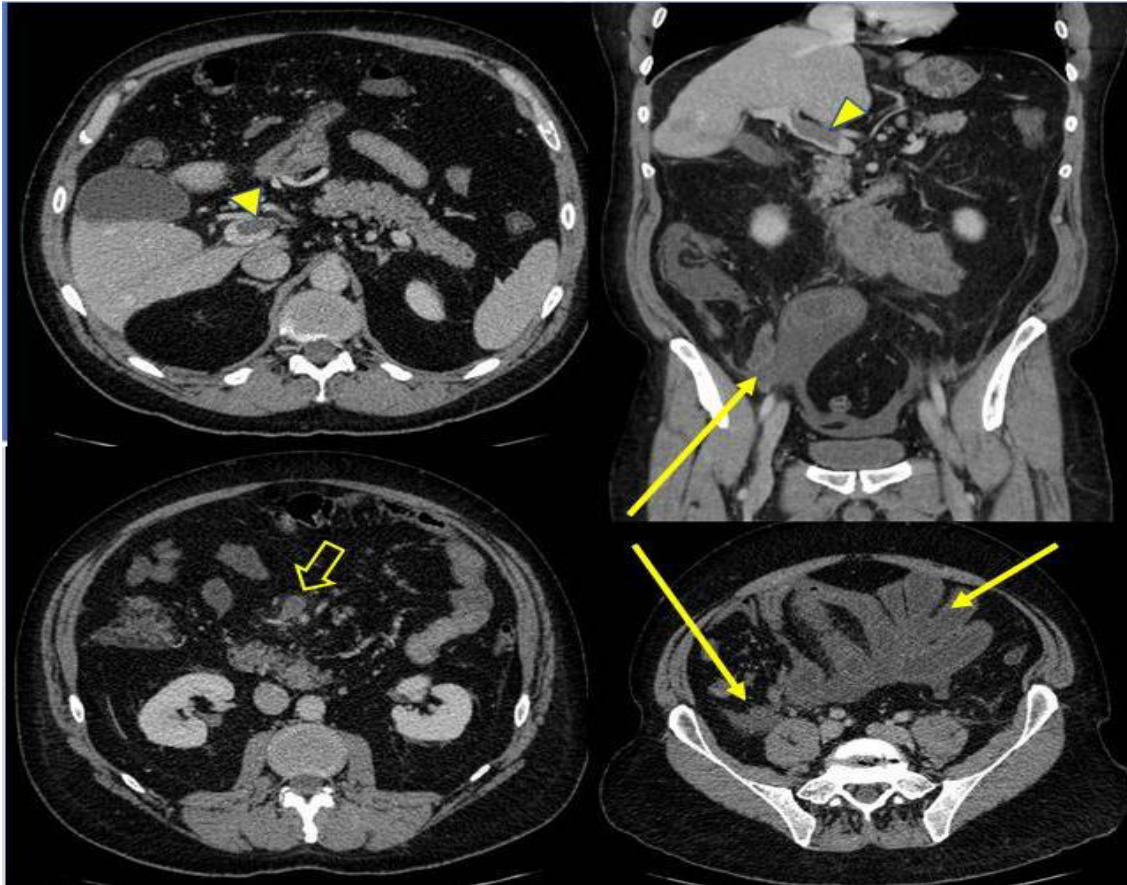
Contexto clínico que motiva la exploración o exploraciones de imagen. Se solicita TC abdomino – pélvica para descartar isquemia mesentérica. 2. Hallazgos de las pruebas de imagen. TC abdomino-pélvica con contraste: trombo ocupando la luz de ambas venas mesentéricas y hasta la confluencia esplenoportal; porta intra y extrahepática permeable. No hay trombos en las arterias esplácnicas. Engrosamiento y ausencia de realce mural de la práctica totalidad del intestino delgado con moderada cantidad de líquido libre, traduciendo isquemia intestinal.

**Discusión:**

3. Diagnóstico diferencial/final. La sospecha inicial de cólico biliar se descartó en la segunda consulta a Urgencias considerando el ritmo del dolor (postprandial) y la analítica, sugerentes de origen isquémico.

**Conclusión:**

4. Reflexión docente. El dolor abdominal, motivo de consulta frecuentísimo en Urgencias, puede tener numerosas etiologías, lo cual dificulta su diagnóstico. Las pruebas complementarias pueden conducirnos al diagnóstico equivocado por encontrar hallazgos que inicialmente satisfacen nuestra presunción diagnóstica , descartando otras opciones quizás menos frecuentes. 5. Conclusión. La trombosis venosa mesentérica ( 5-10% de casos de isquemia intestinal aguda), puede ser primaria o secundaria a inflamación, neoplasia o estados de hipercoagulabilidad y tiene mejor pronóstico que la de causa arterial.



**IMAGEN** Defecto de repleción en relación con trombo en la confluencia esplenoportal (puntas de flecha) y en la luz de la vena mesentérica superior ( flecha hueca). Asas de intestino delgado de paredes engrosadas, edematosas y con disminución de realce y líquido libre intraperitoneal en relación con isquemia intestinal ( flechas).

### Bibliografía:

Bibliografía 1. Acosta S, Alhadad A, Svensson P, Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. Br J Surg, 2008 Oct;95(10):1245-51. 2. Del Río Solá ML, González - Fajardo JA, Vaquero Puerta C Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. Angiología. 2015;67(2):133--139 3. Gómez Jiménez JF, Molina Nuevo, JD, Juliá EJ, Losa Palacios A, Peinado Rodenas.J.Angio-TC en la urgencia en el diagnóstico de isquemia mesentérica aguda. Póster S-1349. Congreso SERAM 2014. 4. H. Zaghouani, Z. Kraiem, M. Allegue, I. Chouchene, M. Limeme,H. Amara,D. Bakir, C. Kraeim; Sousse/TN. The ischemic bowel: A Pictorial review and guide for the emergency radiologist. Poster No.: C-2291 Congress: ECR 2014.Type: Educational Exhibit 5. Bradbury MS, Kavanagh PV, Bechtold RE, Ott DJ, Regan JD, Weber TM. Mesenteric Venous Thrombosis: Diagnosis and Noninvasive Imaging. Radiographics 2002; 22:527-541. 6. Rhee RY, Glociczki P, Mendonca CT, et al. Mesenteric venous thrombosis: still a lethal disease in the 1990s. J Vasc Surg 1994; 20:688-697

<b>Caso</b>	(006) Importancia de la RX simple. Fractura en tiza con traslación. 6 puntos en TLICS.
<b>Autores</b>	Olga María Sanz De León Vega García Blázquez, Sandra Bermúdez Nieto , Almudena Ureña Vacas, Ángeles Silva Rodríguez, Agustina Vicente Bártulos,
<b>Centro</b>	Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente de 68 años, caída hace cinco días. Dolor.

**Discusión:**

En la RX simple de columna dorsolumbar se observa fractura en tiza en paciente con signos de Espondilitis Anquilopoyética (E.A.) con traslación posterior del fragmento inferior de T12. En TC se confirma la fractura, cuyo grado de desplazamiento posterior disminuye, al situarse el paciente en decúbito supino. El TC permite identificar fractura de elementos posteriores y confirma la calcificación del ligamento longitudinal anterior y la presencia de entesofitos y otras alteraciones que permiten establecer el diagnóstico de E.A. Esta lesión tiene 6 puntos en la clasificación TLICS por imagen, lo que implica necesidad de cirugía y además la E. A. es un factor modulador que aumenta el riesgo de inestabilidad a largo plazo.

**Conclusión:**

La RX es imprescindible como prueba de inicio en sospecha de fracturas, la TC es complementaria e imprescindible en ocasiones, y en caso de duda orienta a la necesidad de realización de RM. Debemos tener siempre en cuenta la posición del paciente en TC y RM de columna para no minusvalorar las listesis en ambas técnicas, y correlacionarla siempre con la RX simple, de la que debemos estudiar detenidamente las proyecciones lateral y AP, que nos puede aportar mucha información.



*Fractura en tiza desplazada en RX y TC*

**Bibliografía:**

Traumatic Thoracolumbar Spine Injuries: What the surgeon wants to know. Bheri Khurana. Radiographics. 2013; 33:2031-46

A new classification for Thoracolumbar injuries. The importance of injury morphology, the integrity of the posterior ligamentous complex, and neurologic status. A.R. Vaccaro et. al. Spine. 2005; 30 (20): 2325-33.



<b>Caso</b>	(007) Gastritis enfisematosa: una causa infrecuente de abdomen agudo
<b>Autores</b>	Elena Moya Sánchez Víctor Medina Salas, Antonio Gámez Martínez, Eduardo Ruiz Carazo, Genaro López Milena
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario Granada

### **Presentación:**

Paciente de 82 años que consulta por presentar dolor abdominal, diarrea y vómitos de aspecto hemático. A la exploración se encuentra el abdomen distendido y doloroso de forma difusa. En la analítica destaca neutrofilia sin leucocitosis. Se realiza una angio-TC de abdomen y pelvis (Fig.1), evidenciándose gas intramural en la pared gástrica (Fig.1A), asociado a dilatación gástrica (Fig.1B) y gas en el interior de la vena porta (Fig.1C) así como neumoperitoneo (Fig.1A). En la TC de control realizada una semana después de la intervención aparece la pared gástrica de grosor normal sin neumatosis parietal ni evidencia de gas portal o neumoperitoneo (Fig.1D).

### **Discusión:**

Podemos encontrar gas en el interior de la pared gástrica en tres situaciones diferentes: enfisema gástrico, neumatosis gástrica y gastritis enfisematosa.

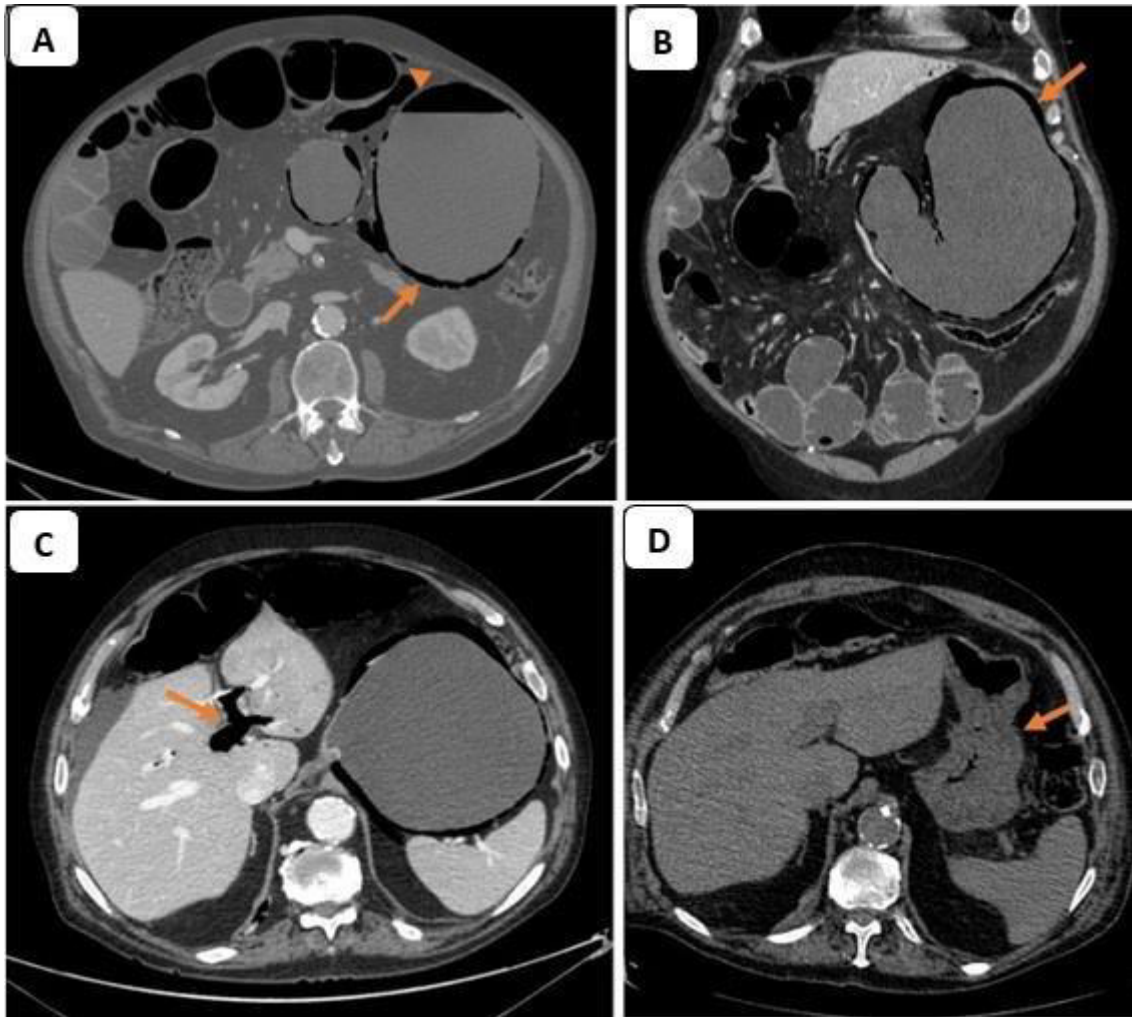
El término enfisema gástrico se usa cuando hay daño en la mucosa pero no hay infección asociada. Es asintomático y se resuelve espontáneamente. La gastritis enfisematosa está provocada por microorganismos productores de aire por diseminación local o vía hematógena desde un foco distante, los cuales invaden la pared gástrica y producen gas intramural asociándose en la mayoría de los casos con un daño previo de la mucosa gástrica. Cursa con síntomas que consisten en dolor abdominal, vómitos y ocasionalmente hematemesis y melenas.

Los hallazgos en la TC incluyen los propios de la inflamación: engrosamiento parietal y edema, junto con gas intramural que puede diseminarse hacia el sistema venoso portal.

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

### **Conclusión:**

La presencia de aire en la pared gástrica es un hallazgo infrecuente. Entre las patologías que cursan con este hallazgo se encuentra la gastritis enfisematosa. Esta entidad tiene una alta mortalidad, por lo que es necesario identificar sus hallazgos por imagen, con el objetivo de realizar un tratamiento adecuado.



*Angio-TC abdominal donde se aprecian los hallazgos típicos de la gastritis enfisematosa: gas en el interior de la pared del estómago (A), dilatación gástrica (B) y aire en sistema venoso portal (C), apreciándose buena evolución en TC de control realizado una semana después de la instauración del tratamiento, donde el grosor parietal gástrico es normal sin apreciarse imágenes aéreas intraparietales o extraluminales (D).*

### **Bibliografía:**

1. Van Mook WN, van der Geest S, Goessens ML, Schoon EJ, Ramsay G. Gas within the wall of the stomach due to emphysematous gastritis: case report and review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14(10):1155-60.
2. Moosvi AR, Saravolatz LD, Wong DH, Simms SM. Emphysematous gastritis: case report and review. *Rev Infect Dis* 1990; 12:848-855.
3. Paul M, John S, Menon MC, Golewale NH, Weiss SL, Murthy UK. Successful medical management of emphysematous gastritis with concomitant portal venous air: a case report. *J Med Case Rep* 2010;4:140.

4. Guillén-Morales C, Jiménez-Miramón FJ, Carrascosa-Mirón T, Jover-Navalón JM. Emphysematous gastritis associated with portal venous gas: Medical management to an infrequent acute abdominal pain. *Rev Esp Enferm Dig* 2015;107(7):455-6.

5. Loi TH, See JY, Diddapur RK, Issac JR. Emphysematous gastritis: a case report and a review of literatura. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36(1):72-3.

6. Matsushima K, Won EJ, Tangel MR, Enomoto LM, Avella DM, Soybel DI. Emphysematous gastritis anda gastric emphysema: similar radiographic findings, distinct clinical entities. *World J Surg* 2015;39(4):1008-1017.

7. Guniganti P, Bradenham CH, Raptis C, Menias CO, Mellnick VM. CT of gastric emergencies. *Radiographics* 2015;35(7):1909-21.

<b>Caso</b>	(008) Absceso de pared abdominal secundario a apendicolito caído.
<b>Autores</b>	José Antonio González Nieto Ronny Rodelo Haad; Estefanía González Montpetit; Esther Blanc García
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Doctor Peset

### **Presentación:**

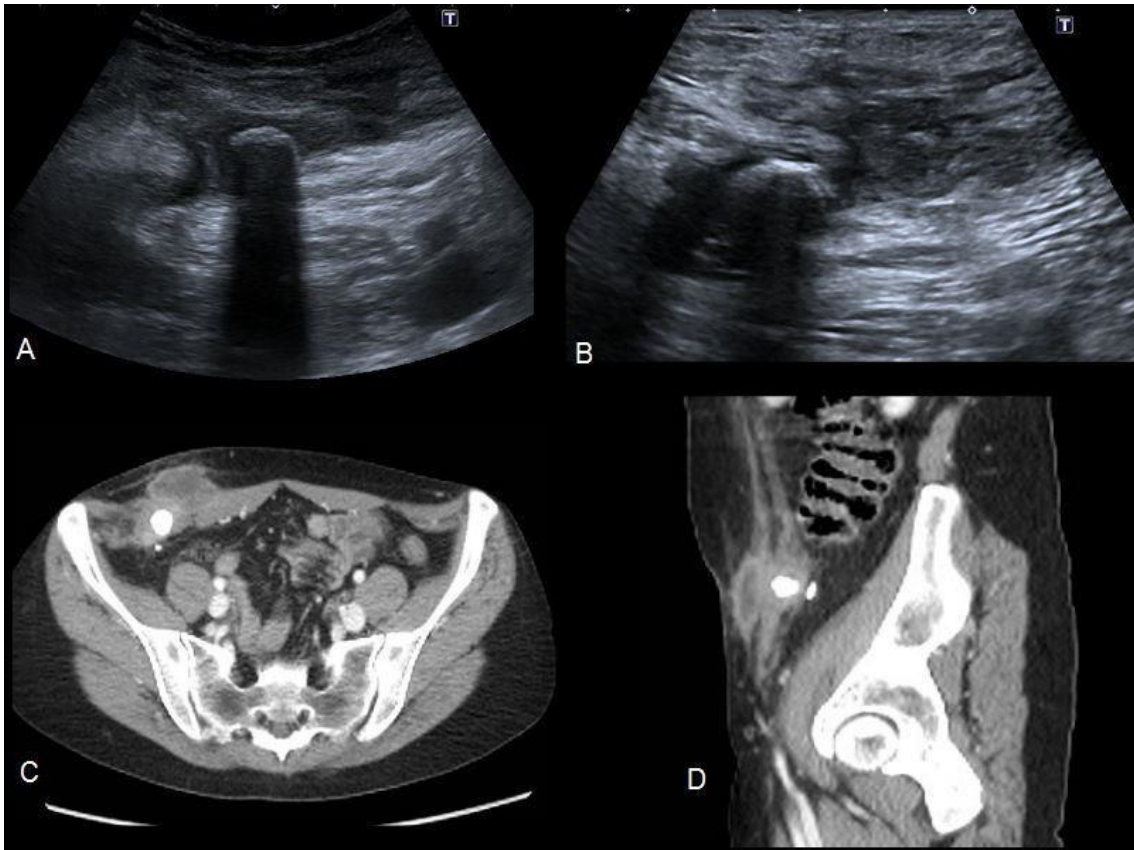
Mujer 37 años que consulta al servicio de urgencias por un cuadro de 2 semanas de evolución de dolor en FID. Como antecedente destaca una intervención quirúrgica dos años antes por apendicitis aguda perforada y peritonitis secundaria. Se realiza una ecografía abdominal, evidenciando una colección hipoeoica con presencia de imagen cálcica en su interior, por lo que se realizó un TC abdominopélvico que mostró una colección hipodensa con captación periférica y una calcificación redondeada en su interior. Dicha colección se encontraba en el trayecto de la cicatriz de la apendicectomía lo que sugiere el diagnóstico de absceso de pared secundario a apendicolito caído. La paciente fue intervenida mediante incisión en MacBurney con resección en bloque del absceso que contenía apendicolito sin penetrar en cavidad peritoneal.

### **Discusión:**

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica urgente más frecuente y su tratamiento actual es la apendicectomía laparoscópica. Una de las causas es la obstrucción de luz apendicular por un apendicolito. El apendicolito caído (o retenido) es una complicación infrecuente que puede ocurrir por la expulsión del apendicolito antes o durante la apendicectomía. Este apendicolito puede predisponer a la formación de absceso en un futuro, al igual que ocurre con las litiasis biliares caídas. Puede existir una latencia de pocos días a años desde la apendicectomía hasta las manifestaciones clínicas de un apendicolito caído. La localización típica es el espacio paracecal y menos frecuentemente el espacio de Morrison, siendo infrecuente otras localizaciones. En la literatura, no hemos encontrado ningún caso de absceso de pared por apendicolito caído. El tratamiento definitivo es la extirpación del apendicolito, ya que un tratamiento conservador implica una alta tasa de recidiva.

### **Conclusión:**

El apendicolito caído debe ser sospechado siempre que exista una colección con contenido cálcico en un paciente apendicectomizado y su tratamiento definitivo debe ser la extirpación del mismo.



**Figura 1:** A y B, Imágenes de ecografía en FID con sondas convex de 10 Mhz y lineal de 14 Mhz respectivamente, que muestran colección mal definida en pared abdominal y línea ecogénica con sombra acústica en su vertiente posterior y lateral en relación con apendicolito. C y D. TC pélvico con contrastes intravenoso en fase portal, corte axial y reconstrucción sagital respectivamente, donde se objetiva absceso en pared abdominal hasta extenderse a tejido celular subcutáneo y apendicolito situado entre el músculo oblicuo interno y medio derechos.

### **Bibliografía:**

1. Sauerland S, Agresta F, Bergamaschi R, et al. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* 2006; 20:14–29.
2. Kim N, Reed WP Jr, Abbas MA, Katz DS. CT identification of abscesses after dropped appendicoliths during laparoscopic appendectomy. *AJR* 2004; 182:1203–1205.
3. Coughlin WF, Wilson JL, Haggerty MF. A postappendectomy fecalith detected by ultrasound. *J Clin Ultrasound* 1989; 17:197–199.
4. Singh AK, Hahn PF, Gervais D, et al. Dropped Appendicolith: CT Findings and Implications for Management. *AJR* 2008; 190:707–711.

<b>Caso</b>	(010) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL CON ENTEROLITOS.
<b>Autores</b>	Ana Rodriguez Molina Tania Díaz Antonio, Maria Del Mar García Gallardo
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

**Presentación:**

Varón de 55 años que presenta dolor abdominal, vómitos alimenticios, estreñimiento, leucocitosis sin neutrofilia y aumento de la PCR. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se realiza radiografía de abdomen en la que se observa dilatación de asas de intestino delgado e imágenes densidad calcio en hipogastrio sugestivas de colelitiasis vs. enterolitos. En la TC de abdomen con contraste intravenoso se confirma la dilatación de asas de intestino delgado a expensas de yeyuno e íleon con cambio de calibre brusco en el íleon distal donde se observa una estructura tubular que termina en fondo de saco y presenta enterolitos en su interior, hallazgos compatibles con obstrucción intestinal secundaria a divertículo de Meckel con enterolitos asociados, diagnóstico confirmado en la cirugía.

**Discusión:**

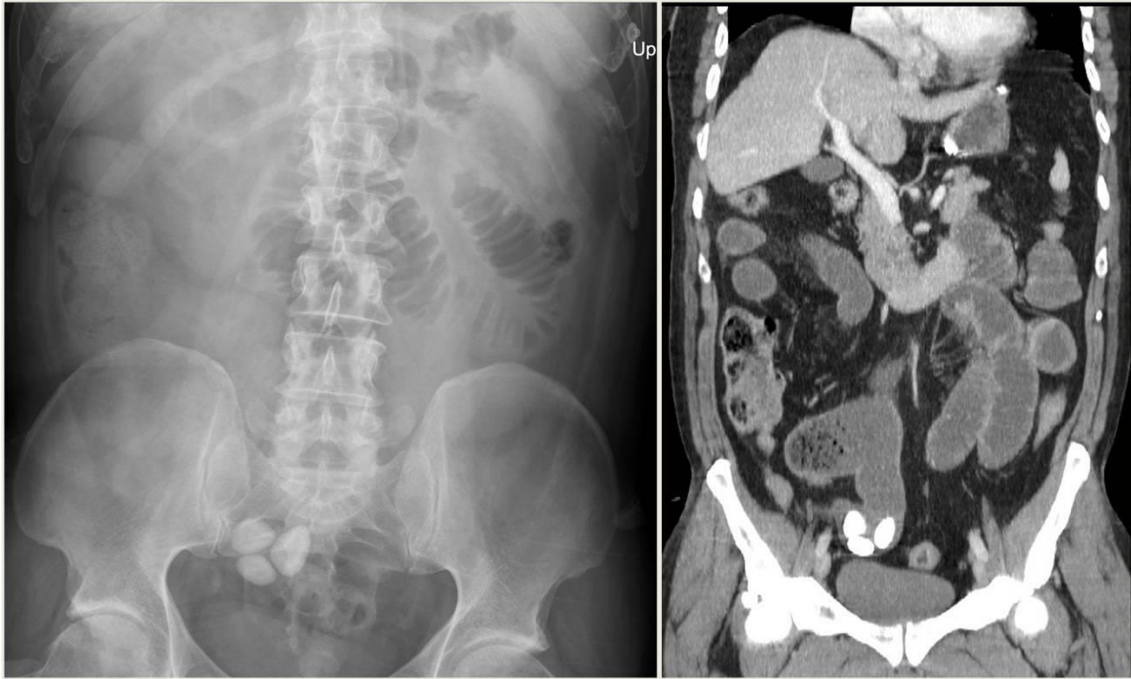
El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Surge del cierre incompleto del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico, aparece en el borde antimesentérico del intestino delgado a 40-100cm de la válvula ileocecal y su tamaño generalmente oscila entre 1- 10cm.

Aproximadamente la mitad presentan mucosa heterotópica , generalmente gástrica (60 %) seguida en frecuencia por mucosa pancreática.

Se estima que el 4 % de los divertículos de Meckel se harán sintomáticos, siendo las principales complicaciones el sangrado, la obstrucción intestinal y la diverticulitis. La hemorragia suele ocurrir en los divertículos con mucosa gástrica ectópica y en la población pediátrica menor de dos años. La obstrucción intestinal y la inflamación, por este orden de frecuencia, son las complicaciones más comunes en la población adulta.

**Conclusión:**

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita poco común, que raramente se vuelve sintomática pero cuando lo hace en la edad adulta suele manifestarse como obstrucción intestinal o abdomen agudo, por lo que debemos incluirlo en el diagnóstico diferencial de estas patologías.



**Radiografía de abdomen y reconstrucción MIP coronal del TC de abdomen c/c: dilatación de asas de intestino delgado con presencia de enterolitos en la luz del divertículo de Meckel.**

### **Bibliografía:**

1. Gonzalo Garrigós G, Ángel Gómez S, Peris N, Ripollés T, Martínez Abad M. Obstrucción intestinal por enterolitiasis de un divertículo de Meckel. Servicio de Radiodiagnóstico y servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Doctor Peset, Valencia, España
2. De Beule T, Op de Beeck K, De Hertogh G, Sergeant G, Maleux G. CT diagnosis of a post-embolization ischemic diverticulitis of Meckel. Acta Radiol Short Rep. 2014 Oct 7;3(9) Collection 2014.
3. Zhang M, Zhuang H, Luo Y. Retrospective analysis of ultrasound imaging characteristics of 58 patients with Meckel's diverticulum disease. Sheng Wu Yi Xue Gong Cheng Xue Za Zhi. 2014 Aug;31(4):875-80.

<b>Caso</b>	(012) Utilidad diagnóstica de la ecografía con contraste para confirmación de apendicitis epiploica.
<b>Autores</b>	Rodrigo Blanco Salado José Vizuete Del Río
<b>Centro</b>	Hospital Universitari Dr. Peset

**Presentación:**

Varón de 51 años, acude con dolor abdominal de 4 días de evolución, focalizado "a punta de dedo" en fosa iliaca izquierda. Analítica dentro de la normalidad. Sospecha clínica de diverticulitis aguda.

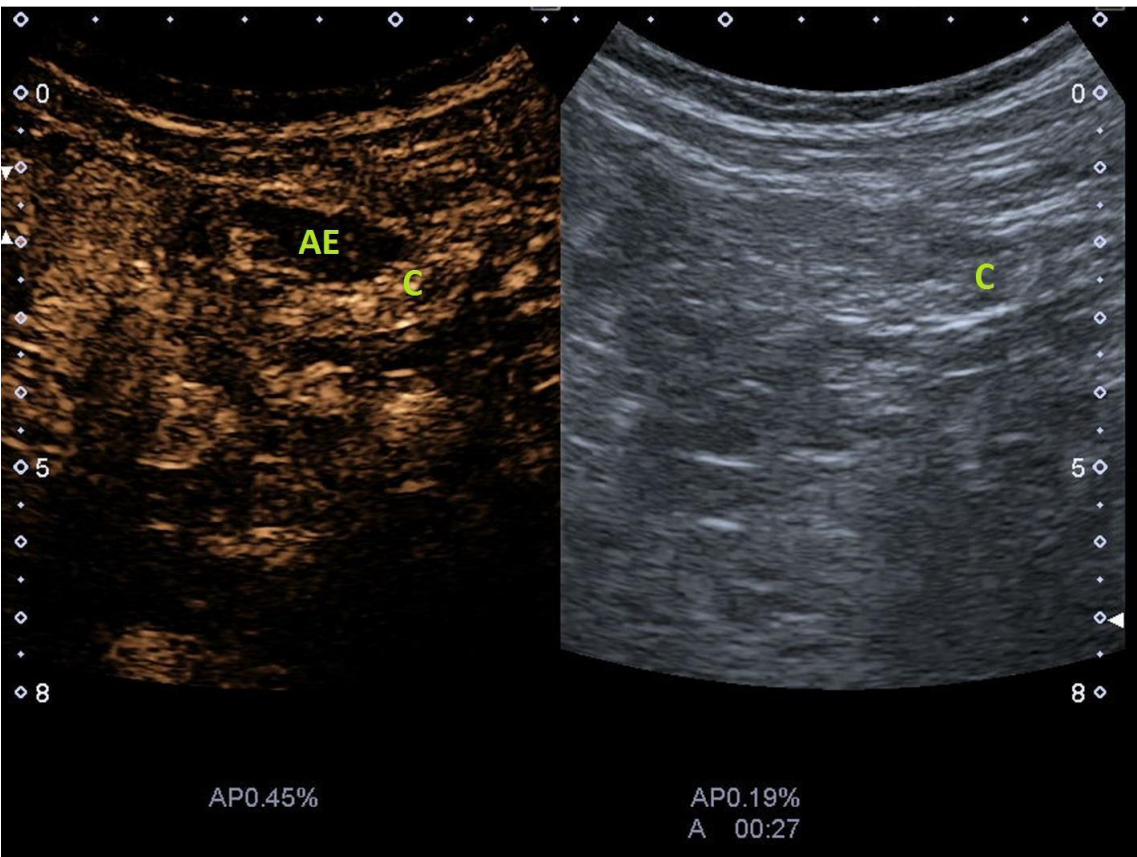
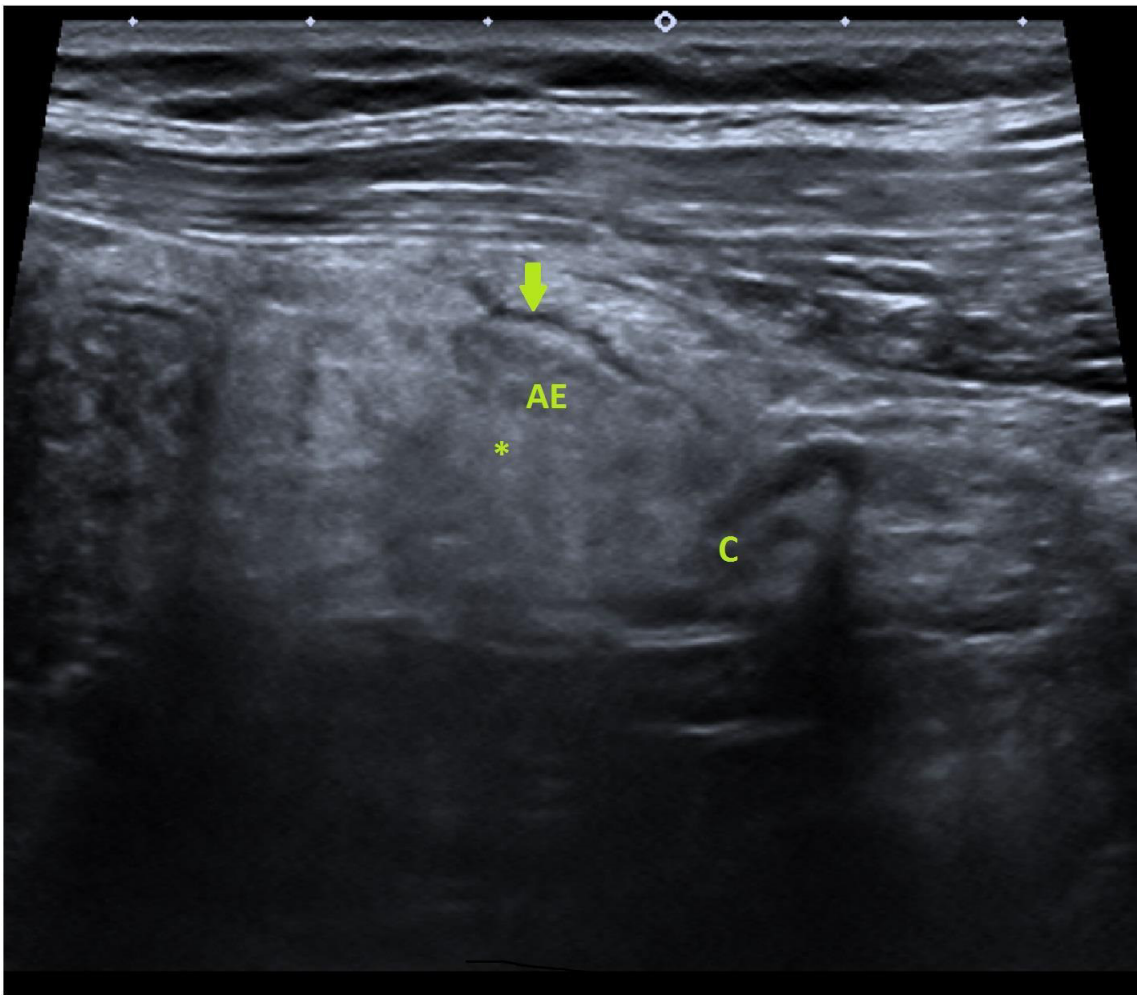
**Discusión:**

Ilustramos la utilidad de la ecografía con contraste (CEUS) en el diagnóstico y confirmación radiológica de apendicitis epiploica ante hallazgos clínico-radiológicos no concluyentes.

**Conclusión:**

La ecografía con contraste es un método alternativo al TC multicorte para la confirmación de apendicitis epiploica constatando la ausencia de realce de contraste pseudonodular en el interior de un área de tejido graso ecogénicamente alterado adyacente al marco cólico.





***Área de alteración ecográfica de la grasa intrabdominal (\*)rodeando una lesión focal hipoecoica correspondiente al apéndice epiploico (AE) y que ejerce efecto masa sobre el colon (C). En el estudio con contraste se confirma la ausencia de realce de contraste del apéndice epiploico. Fina lámina de líquido adyacente al apéndice epiploico (flecha).***

**Bibliografía:**

Görg C, Egbring J, Bert T. Contrast-enhanced ultrasound of epiploic appendagitis. *Ultraschall Med.* 2009 Apr;30(2):163-7.

Guido Menozzi,corresponding author Valeria Maccabruni, Matteo Zanichelli, Marco Massari. Contrast-enhanced ultrasound appearance of primary epiploic appendagitis. *J Ultrasound.* 2014 Feb 14;17(1):75-6.

<b>Caso</b>	(015) Díme qué sospechas (fístula carótida cavernosa) y te diré que miro en la TC sin contraste (vena oftálmica)
<b>Autores</b>	Guillermo González Zapico Esther Gorostiza Bermejo, Itziar Tavera Bahillo, Manuel Salomón De La Vega
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Cruces

**Presentación:**

Una mujer de 80 años sin antecedentes de interés acude a Urgencias por cefalea de dos días de evolución, a la que se le ha sobreañadido en las últimas horas retropulsión ocular derecha y diplopia. Se le realizó un TC cerebral sin contraste para descartar fístula carótido-cavernosa que fue informado como normal. Una RM posterior confirmó la presencia de fístula.

**Discusión:**

La fístula carótido-cavernosa clínicamente significativa es una patología detectable indirectamente en TC sin contraste si sabemos que buscar: ingurgitación de la vena oftálmica del lado afecto / asimetría respecto a la contralateral.

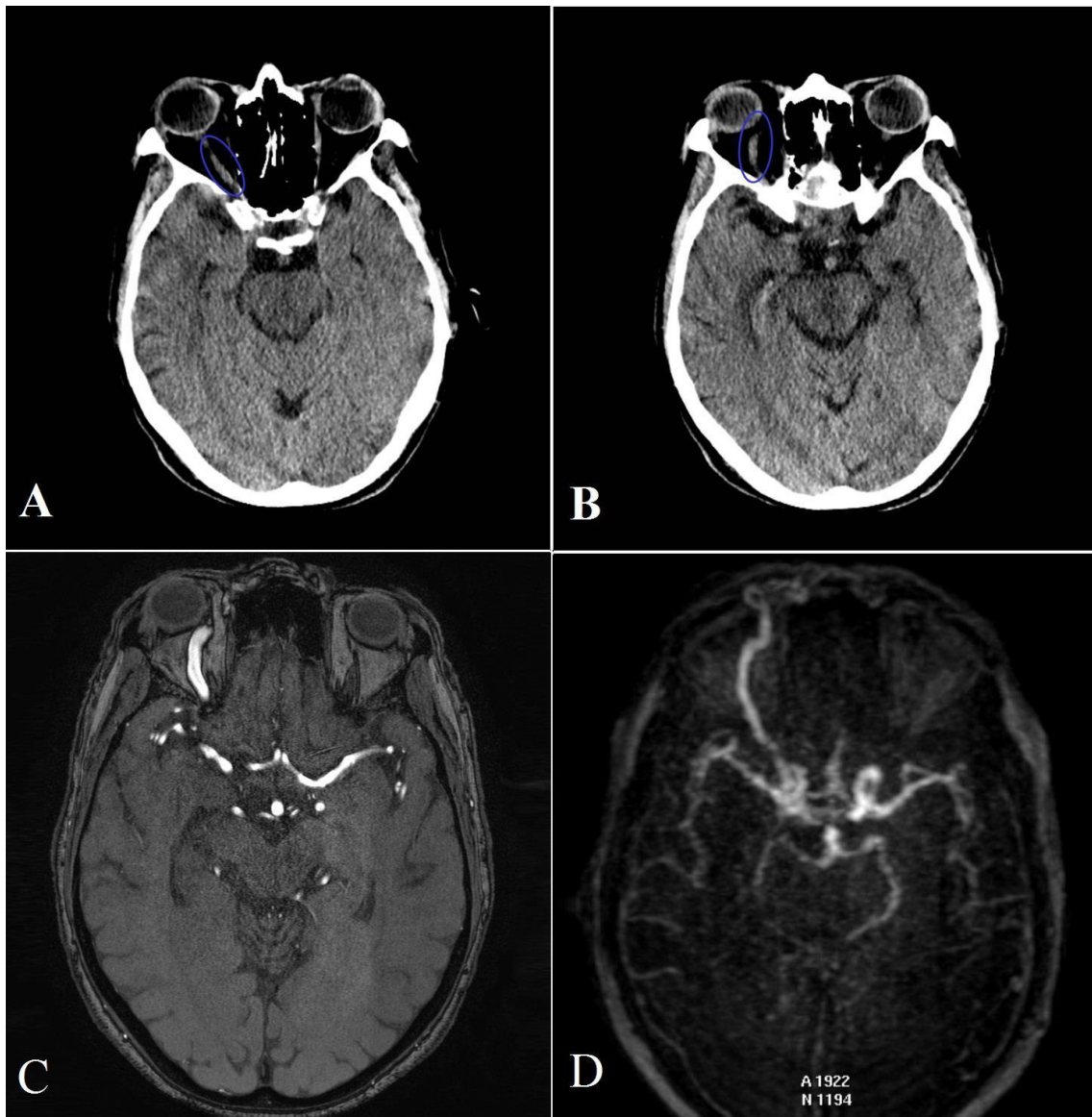
-Las fístulas de tipo directo tienen una presentación aguda y suelen ser secundarias a rupturas de aneurismas carotídeos en su trayecto intracavernoso o a traumatismos.

- Las fístulas de tipo indirecto, como fue este caso, son típicas de mujeres postmenopáusicas y siguen un curso más insidioso.

La tríada clásica que presentará el paciente será exoftalmos pulsátil, hemorragia subconjuntival y pérdida visual progresiva, todo ello secundario al alto flujo que recibirá la vena oftálmica.

**Conclusión:**

Ante una sospecha clínica de fístula carótida cavernosa, es necesario fijarse en el calibre de la vena oftálmica ipsilateral.



*A, B y C: TC sin contraste y secuencia TOF muestran vena oftálmica ingurgitada; D: MIP de secuencia dinámica tras Gd muestra hiperflujo hacia la vena en fase arterial.*

### **Bibliografía:**

1. Castillo M. Neuroradiology companion, methods, guidelines, and imaging fundamentals. Lippincott Williams & Wilkins. (2006).
2. Bojanic G et al. Carotid Cavernous Fistulas in Postmenopausal Women Acta Clin Croat (2008) 47 (S1): 53-57

<b>Caso</b>	(017) Prótesis aórtica: no es trombo todo lo que no reluce.
<b>Autores</b>	Aspergillus Flavus "fungus ball". Elena Moya Sánchez
<b>Centro</b>	Eduardo Ruiz Carazo, María Dolores García Roa, Antonio Gámez Martínez, Álvaro Moyano Portillo, Genaro López Milena Complejo Hospitalario Universitario Granada

**Presentación:**

Mujer de 24 años con antecedente de válvula aórtica bicúspide con estenosis aórtica intervenida en la infancia que fue sometida a una nueva intervención a los veintidós años para sustitución de la válvula aórtica por una prótesis mecánica y tubo de Dacron. Acude a urgencias un año después por presentar picos febriles y dolor epigástrico. Se realiza angio-TC, apreciándose pequeñas imágenes sugerentes de trombos adheridos a la pared aórtica, que afectan al segmento ocupado por el tubo supracoronario (Fig.1). A los tres días, a pesar del tratamiento anticoagulante, se produce un empeoramiento por lo que se realizan dos nuevas angio-TC, observándose crecimiento en el tamaño y en el número del material trombótico adherido a la pared (Fig.2). Se decide practicar cirugía urgente, teniendo lugar el fallecimiento de la paciente durante la intervención. Se remite a Microbiología el material biológico presente en el interior protésico, aislándose *Aspergillus Flavus*.

**Discusión:**

Las infecciones protésicas vasculares suelen afectar a pacientes inmunocompetentes.

El organismo se adquiere por contaminación de esporas fúngicas en forma de bioaerosoles que se depositan en la prótesis durante la cirugía.

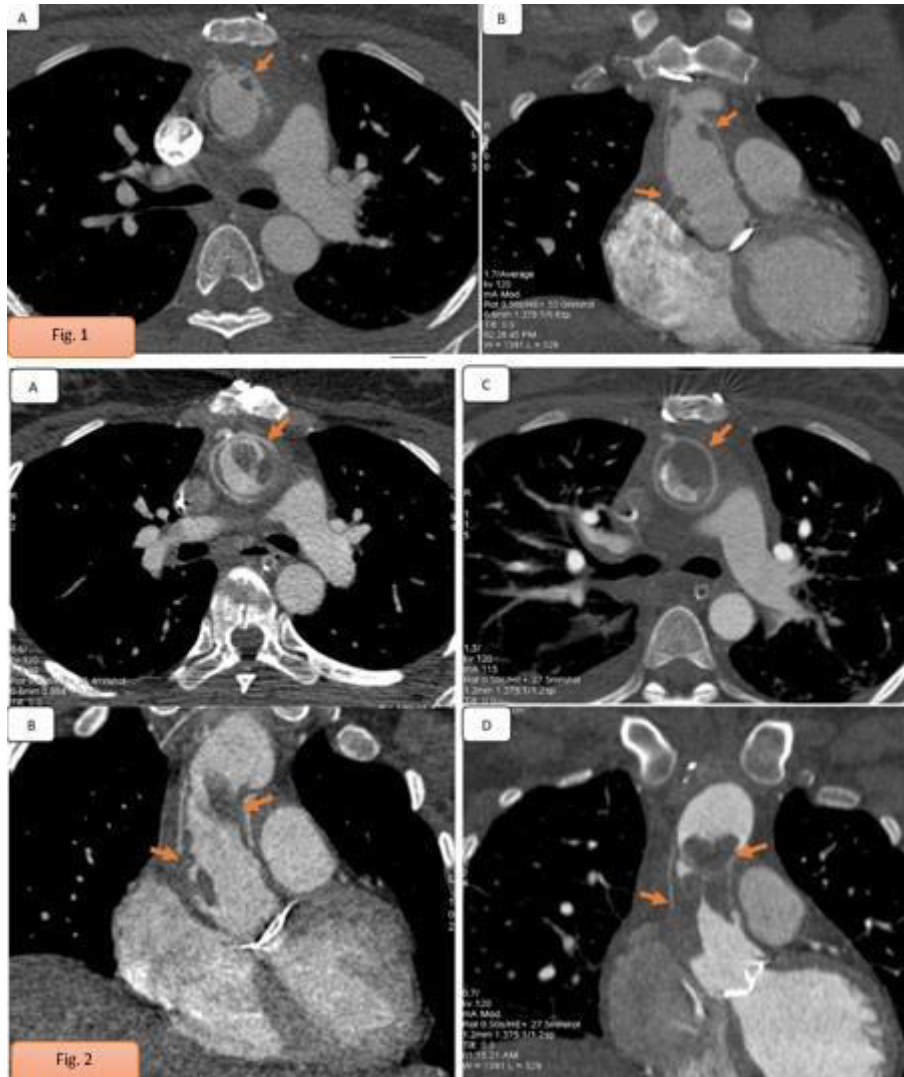
La infección fúngica tardía de una prótesis vascular debe ser sospechada en pacientes que presentan fiebre inexplicable con hemocultivos negativos y que no responden a tratamiento antibiótico. En la TC aparece material hipodenso en la luz del vaso, adherido al material protésico, que no muestra realce tras la administración de contraste intravenoso, simulando una trombosis. Si el material hipodenso crece a pesar del tratamiento anticoagulante, el diagnóstico más probable es una infección fúngica.

La etiología microbiológica se suele confirmar post-mortem.

**Conclusión:**

Las infecciones protésicas por *Aspergillus* son una complicación grave e infrecuente de la cirugía vascular.

El diagnóstico es difícil debido a que los hemocultivos suelen ser negativos, por lo que es importante para el radiólogo conocer esta entidad.



**Fig. 1 (A y B).** Angio-TC de aorta torácica con imagen axial (1A) y coronal (1B). Se observan pequeños defectos de repleción en la luz del tubo supracoronario, adheridos a su pared y sugerentes de trombos (flechas). **Fig. 2 (A, B, C y D):** Angio-TC de aorta torácica sucesivas con imágenes axiales y coronales, realizadas 20 días (2A, 2B) y 25 días (2C, 2D) después de la primera. Existe un aumento progresivo en el tamaño y en el número de los defectos de repleción en la luz del tubo supracoronario, con oclusión casi total del mismo (flechas).

### Bibliografía:

1. Glotzbach RE (1982) Aspergillus terreus infection of pseudoaneurysm of aortofemoral vascular graft with contiguous vertebral osteomyelitis. Am J Clin Pathol 77:224-227.
2. Pasqualotto AC, Denning DW (2006) Post-operative aspergillosis. Clin Microbiol Infect: 12: 1060-76.

3. Rakhonen M, Hautala T, Syväniemi E, Takalo R, Kauma H (2012) Late-presenting vascular graft infection caused by *Aspergillus* in an immunocompetent patient. *Mycoses* 55: 95-8.
4. Collazos J, Mayo J, Martínez E, Ibarra S (2001) Prosthetic vascular graft infection due to *Aspergillus* species: case report and literature review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 20: 414-7.
5. Oyama J, Zhou L, Mehta SA, Laury AR, Tsakonas JS, Laks H, Honda HM, Yang EH (2013) *Aspergillus fumigatus* vegetation of a prosthetic aortic root graft with mycotic aneurysm and subarachnoid hemorrhage. *Int J Infect Dis* 17: 773-776.
6. Marroni M, Cao A, Repetto A, Prattichizzo L, Parlani G, Fiorio M (2001) *Aspergillus flavus* infection of an aortic bypass. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 20: 439-441.
7. Attia RQ, Nowell JL, Roxburgh JC (2012) *Aspergillus* endocarditis: a case of near complete left ventricular outflow obstruction. *Int J Infect Dis* 14: 894-896.
8. Kalokhe AS, Roupheal N, El Chami MF, Workowski KA, Ganesh G, Jacob JT (2010) *Aspergillus* endocarditis: a review of the literature. *Int J Infect Dis* 14: 1040-1047.
9. Yamakawa H, Takayanagi N, Ishiguro T, Miyahara Y, Shimizu Y, Sugita Y (2013) An autopsy case of pulmonary aspergillosis with fungus ball formation in an artificial aortic graft. *Intern Med* 52: 2117-2119.

<b>Caso</b>	(018) TROMBOSIS DE LA VENA OVÁRICA IZQUIERDA EN EL PUERPERIO ASOCIADA A DOBLE VENA CAVA INFERIOR.
<b>Autores</b>	Ana Rodríguez Molina Tania Díaz Antonio, Margarita González Fernández, Maria Del Mar García Gallardo
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

**Presentación:**

Mujer primípara a término por cesárea, sin antecedentes de interés, que en el tercer día de puerperio presenta dolor y defensa abdominal en hipogastrio-flanco izquierdo, picos febriles, leucocitosis y aumento de PCR. Se solicita TAC abdominopélvica c/c en la que se observa doble vena cava inferior(VCI) como variante de la normalidad y aumento de calibre y ausencia de realce de la vena ovárica izquierda(VOI) que muestra ocupación de su luz por material hipodenso, en relación con trombosis de VOI con extensión a la confluencia con VCI. La paciente es tratada con antibioterapia de amplio espectro y heparina intravenosa con buena respuesta.

**Discusión:**

La trombosis de la vena ovárica (TVO) es una complicación infrecuente (0,17% de los partos) y potencialmente letal casi siempre relacionada con el puerperio. Generalmente ocurre entre los 2-17 días postparto y es más frecuente tras cesárea. También se ha descrito como complicación de otros procesos como enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía ginecológica, enfermedad de Crohn y tumores malignos.

Es más frecuente unilateral y derecha (80%) debido a que la vena ovárica derecha es más larga y a la dextroversión uterina durante el embarazo. Su diagnóstico temprano es clave para prevenir complicaciones como trombosis de VCI y/o venas renales, tromboembolismo pulmonar(TEP), sepsis y muerte.

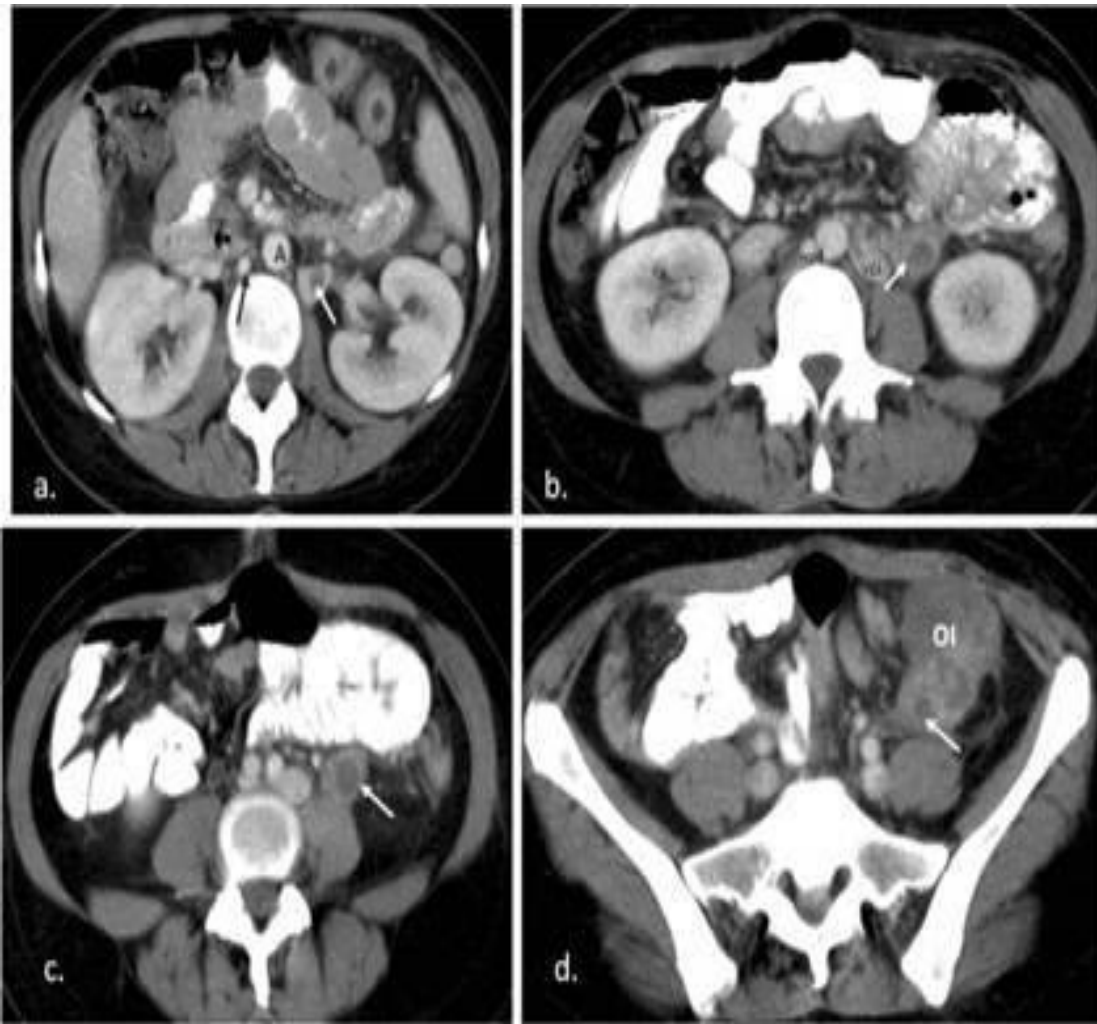
Suele presentarse como dolor abdominal bajo, fiebre en picos y taquicardia, planteando diagnóstico diferencial con endometritis, torsión anexial, pielonefritis y apendicitis.

Su manejo incluye terapia anticoagulante y antibióticos de amplio espectro, recurriendo a terapias invasivas en caso de TEP o mala respuesta al tratamiento médico.

**Conclusión:**

La TVO es una complicación rara y potencialmente letal de difícil diagnóstico clínico. Debemos sospecharla ante dolor abdominal y síndrome febril en los primeros días postparto que no responde a antibioterapia. Por su baja especificidad clínica el diagnóstico se basa en pruebas de imagen, siendo de elección la TAC abdominopélvica c/c.





**TAC abdominopélvico con contraste intravenoso en el que se observa: a) VCI derecha hipoplásica (flecha negra) y VCI izquierda dilatada con trombo en su luz (flecha blanca), b y c) VOI aumentada de calibre, con defecto de repleción en relación con trombosis y mala definición de sus contornos (flecha blanca) y d) corte axial de la pelvis en el que se aprecia la VOI trombosada (flecha blanca) y el ovario izquierdo aumentado de tamaño e hipodenso. A= aorta, vcd=vena cava derecha, vci= vena cava izquierda, OI= ovario izquierdo, VCI= vena cava inferior, VOI=vena ovárica izquierda.**

### **Bibliografía:**

1. Forner J, Talens A, Flores M, et al. Trombosis de la vena ovárica derecha. *Radiología* 2001; 43(10):493-495.
2. Palavecino T, Torres R, Quinteros N, et al. Trombosis de vena ovárica y vena cava inferior asociada a endometritis en el puerperio. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2010; 53(5):206-208.
3. Sánchez Pascual M, Lobato Miguelez J.L, Larrazábal Echevarría E, et al. Trombosis venosa ovárica bilateral idiopática. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2013; 40(6):286-288.

<b>Caso</b>	(019) Hernia de Spiegel incarcerada como causa de cuadro suboclusivo en el servicio de urgencias.
<b>Autores</b>	Nicolás Albertz Arévalo Juan José Delgado Moraleda, Sara Brugger Frigols, Rosa María Piqueras Olmeda
<b>Centro</b>	Hospital La Fe

**Presentación:**

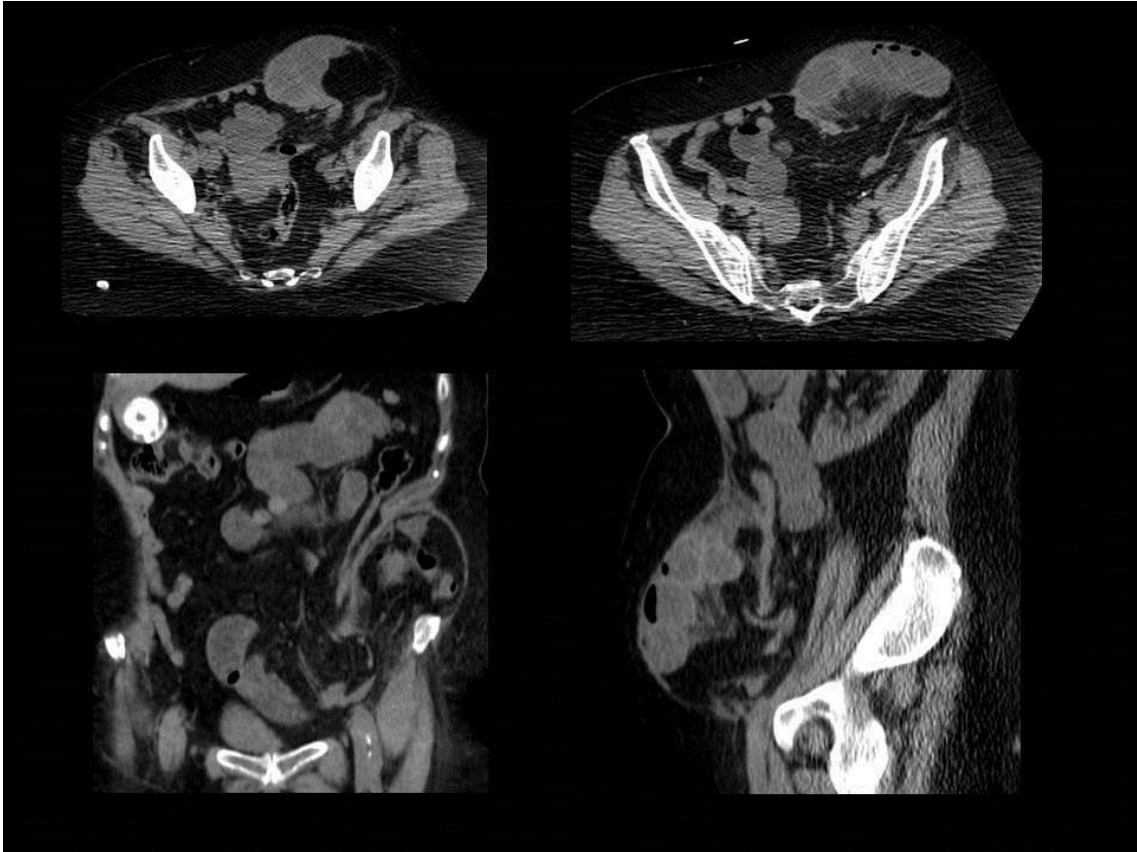
Mujer de 62 años con antecedentes de obesidad mórbida y hernia epigástrica operada. Consulta en urgencias por dolor abdominal brusco en flanco izquierdo, náuseas y vómitos. Al examen físico destaca un abdomen globuloso, blando y depresible. Se palpa tumoración de gran tamaño en flanco izquierdo, indurada, dolorosa, no reductible, sugestiva de hernia incarcerada.

**Discusión:**

Dentro del dolor abdominal agudo y de cuadros suboclusivos no debemos olvidar la patología herniaria como una de sus principales causas. Si bien las hernias de Spiegel son poco frecuentes, debemos conocer su mecanismo de producción y características para realizar un diagnóstico oportuno y preciso. Estas se producen por una debilidad localizada en la línea semilunar, entre los músculos oblicuo interno y recto del abdomen. Las asas quedan contenidas por la aponeurosis superficial.

**Conclusión:**

La hernia de Spiegel se produce por un defecto en la unión de los músculos oblicuo interno y recto del abdomen y pueden producir cuadros oclusivos/suboclusivos en caso de manejo inadecuado. Sus mecanismos de producción e imágenes características deben ser conocidas y dominadas por el radiólogo de urgencias.



***Herniación de asas de intestino delgado y sigma por línea semilunar izquierda, contenidas por la aponeurosis superficial. Las asas de delgado están rellenas de líquido y dilatadas. Existe edema del meso herniado y pequeña cantidad de líquido en saco herniario, sugestivos de cambios inflamatorios agudos. Las asas de yeyuno, anteriores a la herniación se encuentran dilatadas y rellenas de líquido. El sigma se encuentra colapsado.***

### **Bibliografía:**

1. Polistina FA, Garbo G, Trevisan P, Frego M. Twelve years of experience treating Spigelian hernia. *Surgery*. 2015 Mar;157(3):547-50. doi: 10.1016/j.surg.2014.09.027.
2. Ruiz de la Hermosa A, Amunategui Prats I, Machado Liendo P, Nevarez Noboa F, Muñoz Calero A. Spigelian hernia. Personal experience and review of the literature. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010 Oct;102(10):583-6.

<b>Caso</b>	(020) Colecistitis Enfisematosa con perforación.
<b>Autores</b>	Nerses Nersesyan
<b>Centro</b>	Boscà A, Dosda R, Cervera I, Rubio C, Rengel M. Hospital Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Paciente valorado por dolor abdominal difuso con Diabete Mellitus y enfermedad de Alzheimer en estadio avanzado.

**Discusión:**

La colecistitis enfisematosa es una complicación grave de colecistitis aguda causada por bacterias productoras de gas como *C. perfringens*, *E. coli*, y *B. fragilis*, y se asocia con diabetes mellitus subyacente. La mayoría de los pacientes se encuentra en el rango de 50 a 80 años de edad, siendo 2 veces más frecuente en los hombres. Se considera que el compromiso vascular de la arteria cística juega un papel esencial en la fisiopatología de la enfermedad.

Los hallazgos clínicos son frecuentemente insidiosos, requiriendo de alto índice de sospecha, así como de correcta valoración de los antecedentes del paciente.

La TC Abdominal se considera la prueba diagnóstica de elección al ser altamente específica y sensible. Permite valorar la presencia del gas que puede tener una localización tanto en la pared de la vesícula como dentro de la misma. Además, permite la identificación del neumoperitoneo, hallazgo indicativo de perforación vesicular con el consecuente colepeirtoneo. Otros hallazgos inespecíficos en el TC son la discontinuidad de la pared, el líquido perivesicular y la formación de abscesos.

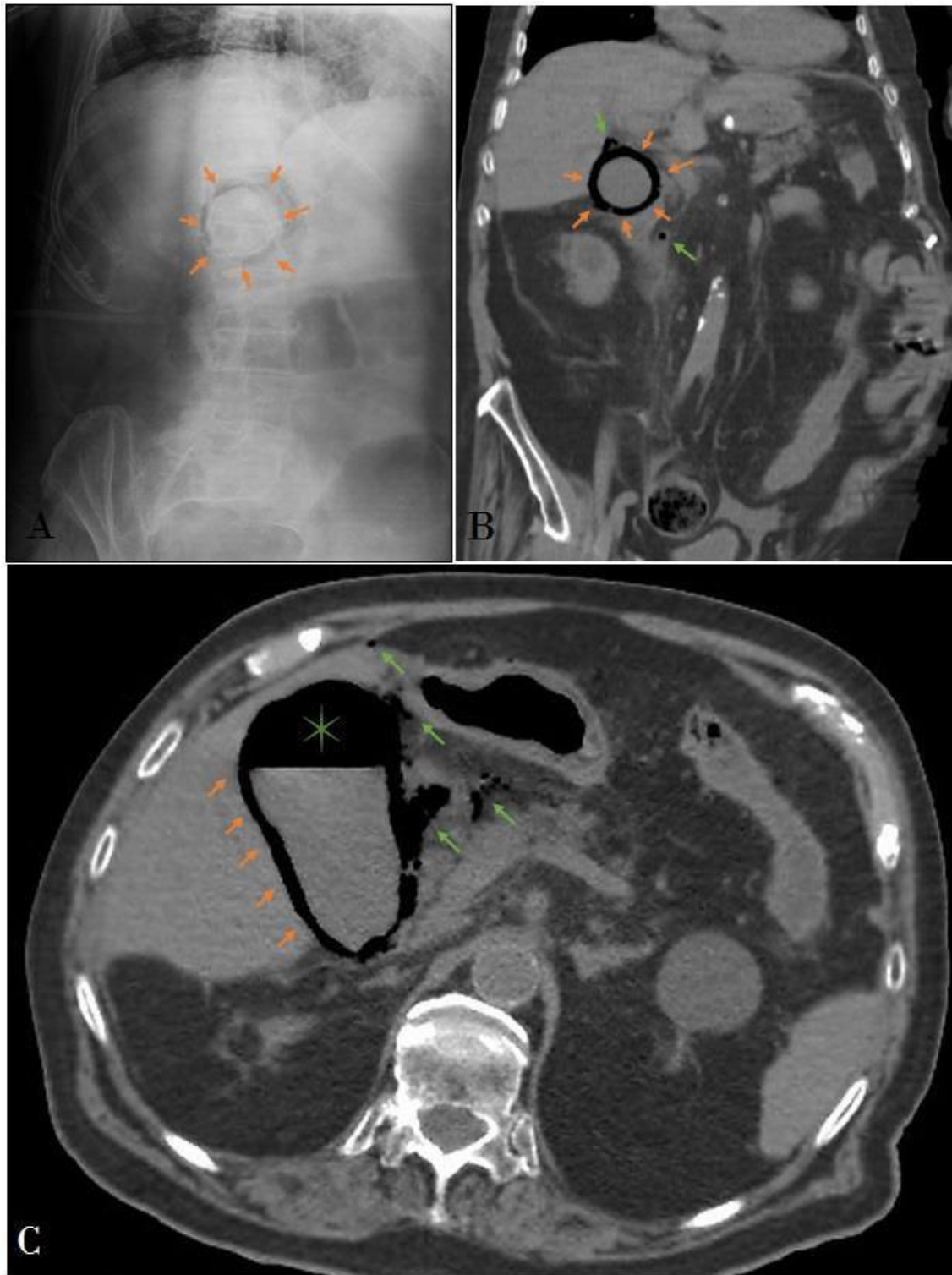
La ultrasonografía es una técnica útil para la valoración de la vesícula, pudiendo observarse, el artefacto de reverberación indicativo de aire intravesicular. Como desventajas, plantea diagnóstico diferencial con vesícula en porcelana y explorador dependiente.

Debido al mal estado general y los antecedentes clínicos de estos pacientes, la mortalidad es de aproximadamente 20%. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica urgente y, en caso de contraindicación quirúrgica, debe valorarse la colecistostomía percutánea.

Como reflexión docente del caso cabe recordar que la colecistitis enfisematosa es una entidad poco frecuente asociada a Diabetes Mellitus, de presentación clínica insidiosa y de alta mortalidad. La TC Abdominal es la prueba diagnóstica de elección y permite identificar la presencia tanto del aire en la pared vesicular como del neumoperitoneo, indicativo de perforación.

**Conclusión:**

Colecistitis enfisematosa con perforación vesicular.



**A.** Imagen radiolúcida centroabdominal en la radiografía simple de abdomen (flechas de color naranja). **B.** Correlación de los hallazgos en TC abdominal en la proyección sagital, donde se observa aire en la pared vesicular (flechas de color naranja) y pequeñas burbujas de neumoperitoneo (flechas de color verde). **C.** Trabeculación de la grasa perivesicular, observando aire en la pared vesicular (flechas de color naranja), así como neumobilia (asterisco) y neumoperitoneo (flechas de color verde). Hallazgos compatibles con colecistitis enfisematosa.

**Bibliografía:**

1. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD et-al. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. Radiographics. 2002;22 (3): 543-61.
2. Patel NB, Oto A, Thomas S. Multidetector CT of emergent biliary pathologic conditions. 1. Radiographics. 2013;33 (7): 1867-88.

<b>Caso</b>	(022) Neumoperitoneo: Buscando el resquicio
<b>Autores</b>	Yolanda Marcelino Reyes Raquel Pérez Pérez, Marta Elena Gómez Gil, Cristina Gonzalez Delgado, Ibrahim Hernández Gonzalez, Sergio Pitti Reyes
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**Presentación:**

Datos clínicos: Paciente mujer de 40 años, que presenta dolor abdominal difuso de varias semanas de evolución, sin antecedentes personales conocidos. Exploración física: Abdomen agudo. Descripción de los hallazgos: Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso con adquisición en fase portal observando engrosamiento e hiperrealce de la pared gástrica a nivel del antro pilórico con defecto mural y pequeña colección adyacente. Se objetiva moderado neumoperitoneo de predominio en hemiabdomen superior que se introduce en hilio hepático y ascitis abdómino-pélvica difusa.

**Discusión:**

Diagnóstico:

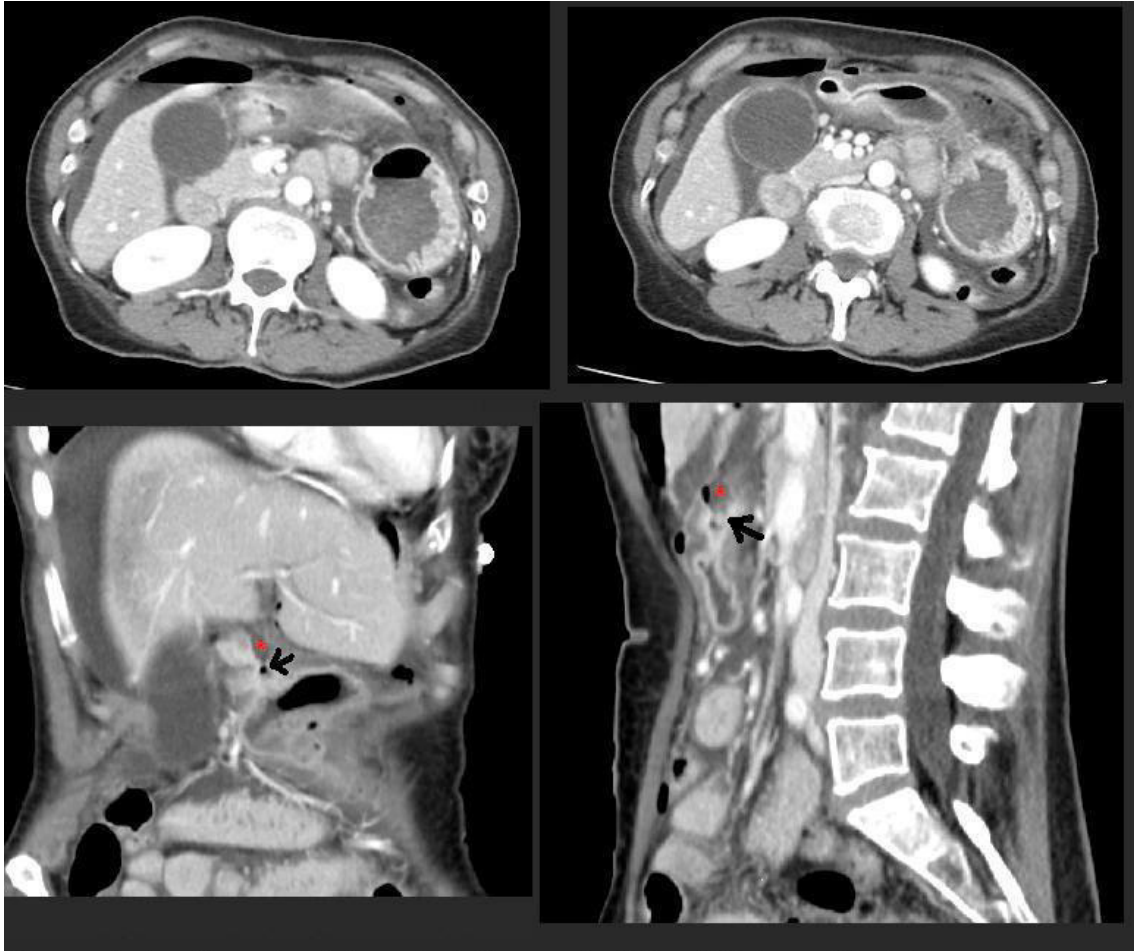
Úlcus gástrico perforado.

Reflexión docente:

Cada vez es más frecuente la solicitud de TC abdominal en los casos de neumoperitoneo ante la sospecha de perforación de víscera hueca para determinar su localización previo a la cirugía, pues de ello varía la indicación, el abordaje y el tipo de cirugía a realizar. La causa más frecuentes de neumoperitoneo por perforación de víscera hueca es el úlcus gastro-duodenal, aunque también se puede presentar en cualquier tramo del tracto gastro-intestinal por cuerpo extraño, procesos inflamatorios, infecciosos o isquémicos, así como por traumatismos abiertos, cerrados o causa yatrogénica.

**Conclusión:**

La perforación de víscera hueca es la causa más frecuente de neumoperitoneo en nuestro medio; la realización de TC abdominal mejora la calidad asistencial del paciente, dado que según el lugar de perforación, la etiología y las complicaciones asociadas a la misma va a variar el abordaje y el tipo de cirugía a realizar disminuyendo el tiempo y muchas veces la dificultad quirúrgica.



Engrosamiento e hiperrealce de la pared gástrica en antro pilórico. Defecto mural (flecha) y pequeña colección adyacente (asterisco). Moderado neumoperitoneo.

***Engrosamiento e hiperrealce de la pared gástrica en antro pilórico. Defecto mural (flecha) y pequeña colección adyacente (asterisco). Moderado neumoperitoneo.***

### **Bibliografía:**

- Kim HC, Yang DM, Kim SW, Park SJ. Gastrointestinal tract perforation: evaluation of MDCT according to perforation site and elapsed time. Eur Radiol. 2014; 24(6):1386-93. Disponible en: <https://cbseram.com/2014/06/14/tc-multidetector-en-la-perforacion-del-tracto-gastrointestinal/>
- Llamas Blasco M.I., Bonilla Hernández M.V., Juárez Barillasc F.J., Meneses Yarurod M.T. Gutae O.,E. Suelim. Dolor abdominal agudo por ulcus gástrico perforado. SEMERGEN. 2015;41 (Espec Congr):1307. Disponible en: <http://www.elsevier.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=22&idSesion=2064&idComunicacion=21810&r=40>.
- Prado Miranda E., Martínez Chamorro E., Moltó García J., Arroyo López M., Rueda Sainz-Aja V., Borrueal S. Perforación de intestino delgado por cuerpo extraño: hallazgos en el TC. Radiología. 2016;58(Espec Cong):1884. Disponible en:



<http://www.elsevier.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=24&idSesion=2413&idComunicacion=25995&r=119>.

<b>Caso</b>	(023) Complicación de endoprótesis aortoiliaca: a propósito de un caso.
<b>Autores</b>	Carmen María Escobedo Araque Tomás Vallejo Palomino, Carmen Martínez Huertas, José Luis Rojas Vega, Sebastián Urbano Catarain, Ana María Carrillo Colmenero.
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario de Jaén

**Presentación:**

Clínica: Varón de 67 años hipertenso, intervenido de aneurisma aórtico infrarrenal (endoprótesis aortoiliaca). Posteriormente precisó cirugía urgente hace 15 días por rotura de pseudoaneurisma anastomótico. Acude a urgencias por fiebre y diarrea. Se solicita Angio-TC.

**Discusión:**

Diagnóstico radiológico: fístula enteroaórtica.

Fístula aortoentérica: comunicación anormal entre luz aórtica y tracto digestivo. En la mayoría de casos afecta a duodeno distal.

Es causa muy infrecuente de hemorragia gastrointestinal, con elevada mortalidad.

Uno de los factores de riesgo más importantes es la reparación aórtica con injertos, constituyendo fístulas aortoentéricas secundarias (frente a primarias, menos frecuentes, debidas a enfermedades aórticas o procesos patológicos vecinos)

En su mayoría se producen por combinación de factores infecciosos y mecánicos.

Herramienta diagnóstica de elección: TC con civ, si bien algunos casos podrían diagnosticarse mediante endoscopia.

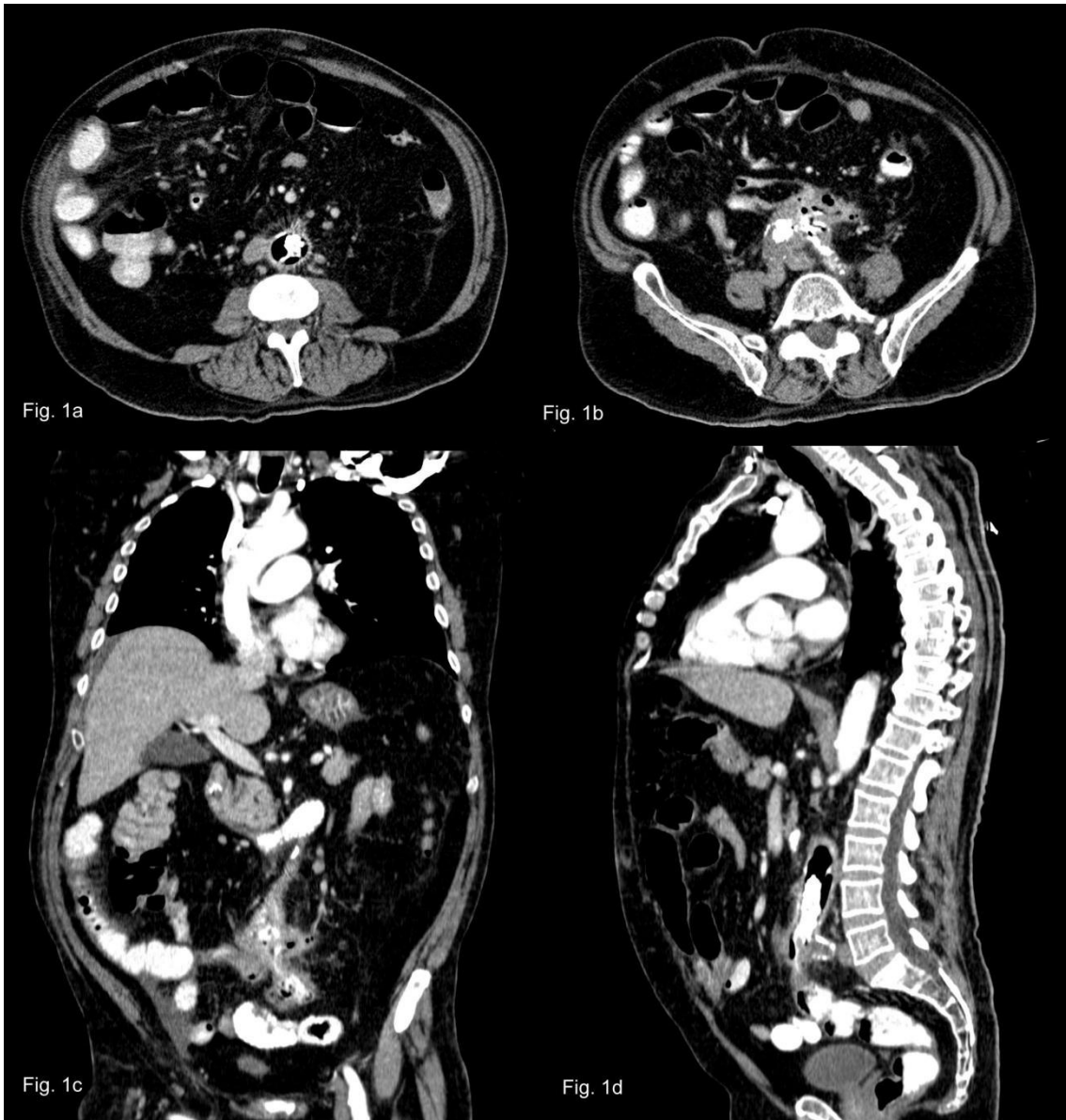
Características radiológicas: pérdida del plano de separación graso entre aorta e intestino adyacente, interrupción de pared aneurismática, aumento de tejidos blandos periprotésicos y/o entre el injerto y la pared aneurismática, presencia de gas ectópico o material de contraste ectópico, edema. Sin embargo, los signos pueden ser mínimos, inexistentes o normales en contexto de reciente cirugía, siendo precisa una alta sospecha clínica para su diagnóstico.

Diagnóstico diferencial:

- Infección periprotésica sin fístula.
- Fibrosis retroperitoneal.
- Infección de aneurisma aórtico.
- Aortitis infecciosa.

**Conclusión:**

- La endoscopia puede ser útil, pero es la TC con contraste la prueba de imagen de mayor rendimiento.
- Es un diagnóstico muy infrecuente pero de gran urgencia por su alta mortalidad.
- La sospecha diagnóstica es fundamental, especialmente en pacientes de riesgo.
- Deben revisarse los hallazgos en el contexto clínico y la historia del paciente.



**Angio-TC: Se aprecia aire y contraste oral entre endoprótesis y pared aórtica, en la bifurcación y parte proximal de arterias ilíacas (Fig. 1a-d). Imagen de partes blandas periprotésica, con aire y contraste oral extraluminal. Adyacente a la cuál: asa de intestino delgado y sigma (Fig. 1a-d)**

**Bibliografía:**

- Lee, Sagel, Stanley, et al. Body TC con correlación RM. Edición en español de Computed body tomography with MRI correlation. 4ªEd. Marbán. Tomo 2, pág. 1067-1068.
- Wolters Kluwer, Lippincott Waillims & Wilkins. Radiology review manual. Wolfgang Dahnert, M.D. 6ª Ed. Pág. 620-621.
- Luo CY, Lai CH, Wen JS, Lin BW. Secondary aortocolic fistula: case report and review of the literatura. Ann Vasc Surg. 2010; 24:256
- Aorto-enteric fistula, Dr Avni K P Skandhan et al; disponible en <https://radiopaedia.org/articles/aorto-enteric-fistula>.
- Aortoenteric Fistulas: CT Features and Potential Mimics; disponible en <http://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.291075185>.

<b>Caso</b>	(026) Rotura uretral por litiasis vesical
<b>Autores</b>	Daniel Corominas
<b>Centro</b>	Hospital Clínic de Barcelona

### **Presentación:**

Se trata de un paciente de 82 años con enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo importante que acude por edema penoescrotal y escoriación del dorso peneano. Se realizó una ecografía vesical urgente, evidenciándose una retención aguda de orina con dos litiasis intravesicales. Se procedió a la colocación de una sonda suprapúbica. Se realizó una Tomografía Computadorizada (TC) abdominopélvica, que evidenció, una próstata de gran tamaño, una vejiga distendida con dos grandes litiasis piramidales, un escroto edematoso con líquido libre y la presencia de dos litiasis de 14 y 12 mm en uretra peneana. En la pared lateral derecha de la uretra bulbar se identificó una solución de continuidad como posible causa de la extravasación de urinaria. Estos hallazgos se confirmaron quirúrgicamente y se realizaron una ureterolitotomía y una reconstrucción de la uretra.

### **Discusión:**

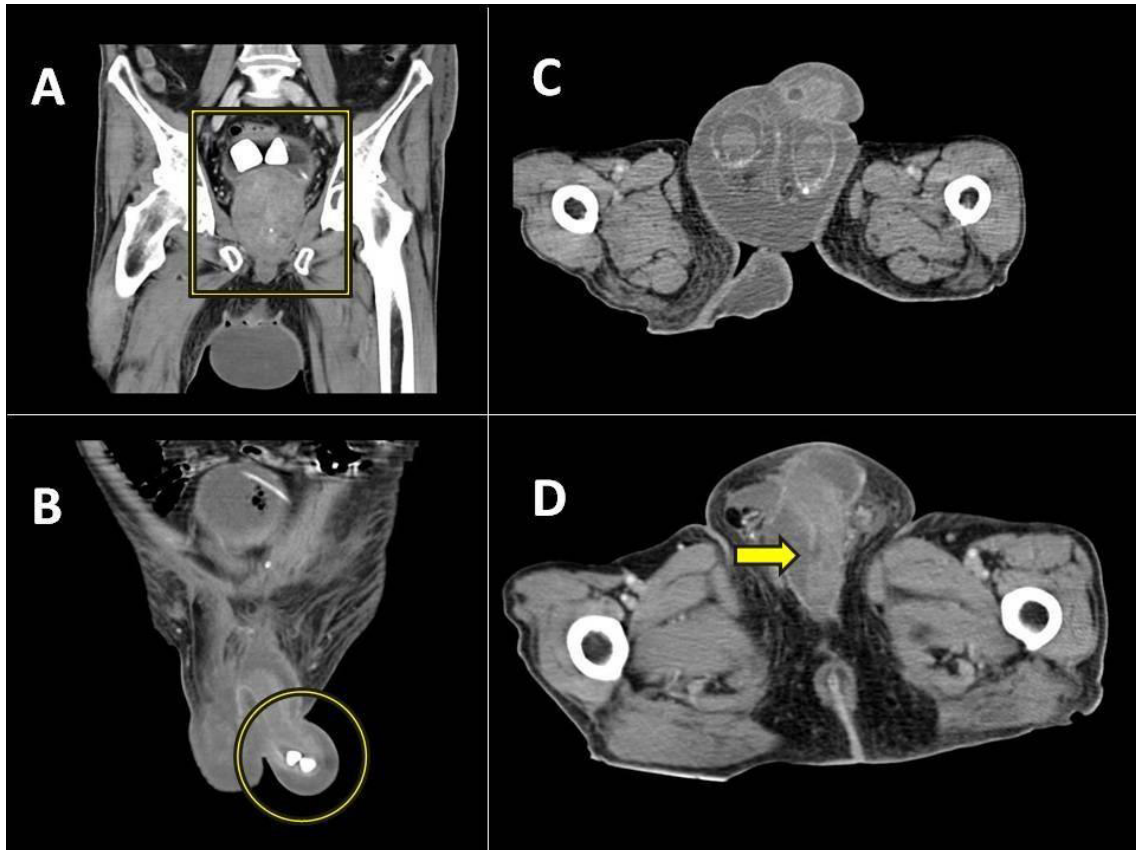
La rotura de uretra es una entidad que puede asociarse a la fractura de pene en los traumatismos genitales relacionados con las relaciones sexuales, siendo mucho más infrecuentes las lesiones aisladas en este contexto.

Por otro lado los pacientes con hiperplasia benigna de próstata pueden presentar, más allá de los síntomas irritativos (poliaquiuria , tenesmo o nicturia), síntomas obstructivos como la retención aguda de orina. Son también más propensos a la formación de litiasis intravesicales.

La migración de estas litiasis formadas en la vejiga hacia la uretra es infrecuente pero cuando sucede pueden producir roturas de la misma.

### **Conclusión:**

La rotura aislada de la uretra asociada a la migración de litiasis intravesicales es una entidad rara y pocas veces reportada . Conlleva además cierto factor de gravedad debido a las complicaciones que puede acarrear como la extravasación de orina o la gangrena de Fournier.



**Fig A:** reconstrucción coronal pélvica. Rectángulo amarillo: próstata de volumen aumentado (170 cc) y dos grandes litiasis intravesicales de forma piramidal. **Fig B:** reconstrucción coronal del área genital. En el círculo amarillo: dos litiasis en la uretra peneana. **Fig C:** corte axial a nivel perineal. Edema escrotal y líquido libre. **Fig D:** corte axial a nivel perineal. Flecha amarilla: solución de continuidad en la uretra bulbar y extravasación de orina.

### Bibliografía:

1. Mamarelis , G, moris, D, Vernadakis, S. Fournier's gangrene after urethral rupture: an uncommon complication of a common procedure. Am Surg. 2014;80(5): 150-151.
2. Philippou, P, Moraitis, K, Masood, J, Junaid, I, buchholz, N. The management of bladder lithiasis in the modern era of endourology. Urology. 2012;79(5): 980-986.
3. Elgammal, M.A. Straddle injuries to the bulbar urethra: management and outcome in 53 patients. Int Braz J Urol. 2009;35(4): 450-458.
4. Marra, G, sturch, P, oderda, M, tabatabaei, S, Muir, G. Systematic review of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia surgical treatments on men's ejaculatory function: Time for a bespoke approach?. Int J Urol. 2016;23(1): 22-35.

<b>Caso</b>	(027) Absceso esplénico, la clave es la imagen
<b>Autores</b>	Raquel Pérez Pérez Yolanda Marcelino Reyes, Marta Elena Gómez Gil, Alba Alonso De Leon, Natalia Lilian Mylonas Leegstra, Sergio Pitti Reyes
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**Presentación:**

Datos clínicos: Paciente varón de 89 años hospitalizado por úlcera de decúbito infectada en miembro inferior izquierdo, que inicia cuadro de dolor abdominal difuso inespecífico. Descripción de los hallazgos: Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso obteniendo adquisición en fase portal. Se observa bazo de tamaño normal con varias lesiones parcheadas, intraparenquimatosas, hipodensas, con componente aéreo, que se extienden extracapsularmente hacia los tejidos adyacentes. Presencia de moderada cantidad de líquido libre en hemiabdomen superior y mínimo neumoperitoneo en hipocondrio izquierdo.

**Discusión:**

Diagnóstico:

Abscesos esplénicos embolígenos con ruptura capsular.

Reflexión docente:

El dolor difuso abdominal es una causa frecuente de realización de tomografía computarizada en el Servicio de Radiología de Urgencias.

Este puede deberse a cualquiera de las múltiples patologías que pueden afectar a los órganos de la cavidad. La afectación esplénica es poco habitual, siendo las lesiones isquémicas, traumáticas e infecciosas las más frecuentes dentro de éstas por lo que es fundamental que el radiólogo las conozca.

Los abscesos constituyen un reto diagnóstico clínico, sobre todo en los casos que no se asocian con endocarditis, como es el caso presentado, por lo que el diagnóstico radiológico correcto es fundamental.

**Conclusión:**

Los abscesos esplénicos tienen una frecuencia relativamente poco común, pero una alta mortalidad si no son diagnosticados y tratados de forma correcta, lo que es de gran dificultad de forma clínica, por lo que las técnicas de imagen son clave en su diagnóstico.



*Lesiones hipodensas esplénicas con burbujas aéreas (flechas)*

### **Bibliografía:**

- Llenas-García J, Fernández-Ruiz M, Caurcel L et-al. Splenic abscess: a review of 22 cases in a single institution. Eur. J. Intern. Med. 2009;20 (5): 537-9. Disponible en:10.1016/j.ejim.2009.04.009.
- Chiang IS, Lin TJ, Chiang IC et-al. Splenic abscesses: review of 29 cases. Kaohsiung J. Med. Sci. 2003;19 (10): 510-5. Disponible en: 10.1016/S1607-551X(09)70499-1.
- Tung CC, Chen FC, Lo CJ. Splenic abscess: an easily overlooked disease?. Am Surg. 2006;72 (4): 322-5.



<b>Caso</b>	(028) Debut inusual de teratoma ovárico
<b>Autores</b>	Marta H Errero R Edondo Esther García Rodríguez, Ana Oliva Martí, Mildred Viveros Castaño, Marta Bonfill Garcín, Antonio Camps Pemán
<b>Centro</b>	Verge de la Cinta

**Presentación:**

Mujer de 30 años con dolor abdominal de 1 mes de evolución. Acude por fiebre, PCR de 200 e intensificación progresiva del dolor desde hace siete días. Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso que muestra gran masa heterogénea en douglas con contenido adiposo y calcio , líquido libre en distintas localizaciones , nivel grasa-líquido en flanco izquierdo y múltiples implantes de grasa sobre todo en hemiabdomen superior.

**Discusión:**

Se diagnostica de rotura de teratoma ovárico que se confirma en laparotomía.

El teratoma ovárico maduro representa 10-20% del total de las neoplasias ováricas, originado en las células germinales con contenido principalmente de tejido ectodérmico.

Aparece fundamentalmente en mujeres en edad fértil y puede ser bilateral hasta en 10-15%.

Habitualmente es asintomática o se presenta como masa abdominal en ecografía pélvica rutinaria.

La rotura es una complicación rara (1-2%) que puede ocurrir espontáneamente o más comúnmente asociada a torsión, trauma, iatrogenia o infección .La rotura intraperitoneal puede presentarse de forma aguda o crónica.

La forma aguda cursa con dolor abdominal agudo por peritonitis química y la Tc es el método diagnóstico de elección , mostrando líquido libre , implantes de grasa dispersos y a menudo niveles líquido-grasa , asociado a masa pélvica quística que contiene grasa y/o calcio.

Se debe establecer diagnóstico diferencial con apendicitis, sigmoiditis o absceso tuboovárico.

**Conclusión:**

La rotura de teratoma quístico ovárico es una complicación rara que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo en mujer en edad fértil cuando en la TC se observa una masa quística pélvica con contenido graso y/o cálcico asociado a líquido libre con o sin niveles líquido-grasa e implantes de grasa intraperitoneales.



**A Y B Masa pélvica heterogénea con contenido graso y calcio C y D Implantes intraperitoneales de grasa y nivel grasa-líquido en flanco izdo (flechas)**

### **Bibliografía:**

1. Carmen Sebastià , Manuel Sarrias, Esther Sánchez-Aliaga , Sergi Quiroga , Rosa Boyé, Agustí Álvarez-Castells Rotura de teratoma quístico maduro de ovario: hallazgos por tomografía computarizada. Radiología 2004;46(1):34-37
2. Paulina Merino O. 1, Francisca de Jourdan H. 2, Pilar Valenzuela M. 1, Roger Gejman E. 4, Cristián Pomés C. 3, Guillermo Durruty V. 3, Mauricio Cuello F. Manejo quirúrgico del teratoma maduro: ¿laparoscopia o laparotomía? REV CHIL OBSTET GINECOL 2008; 73 (1): 42-50
3. Todd F. Intraperitoneal rupture of a benign cystic ovarian teratoma: findings at CT and MR imaging. AJR Am J Roentgenol 2000; 174:261-2.

<b>Caso</b>	(029) ¡Sorpresa! una falsa sospecha de colecistitis...
<b>Autores</b>	Rebeca Sigüenza González Elena Nuñez Miguel, Borja Toribio Calvo, Teresa Álvarez De Eulate, María Pina Pallín, M <sup>a</sup> Isabel Jiménez Cuenca
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

### Presentación:

Mujer 67 años, refiere abdominalgia súbita, en hipocondrio-flanco derecho, y estreñimiento. La analítica muestra 23.000 leucocitos y PCR de 250. El departamento de urgencias solicita ecografía abdominal para descartar colecistitis, dado el dolor en hipocondrio derecho. Ecográficamente, la vesícula es normal, sin embargo, en flanco-fosa ilíaca derechos se observan asas intestinales distendidas, edematosas con engrosamiento parietal (A). Se decide completar estudio con TC de abdomen con contraste, confirmando la existencia de asas de intestino delgado (en fosa ilíaca derecha) distendidas, con engrosamiento mural y “signo del doble halo”(B). Además, existe un defecto de repleción en vena porta distal que se extiende a la vena mesentérica superior y vena esplénica (C,D). Hallazgos compatibles con isquemia intestinal secundaria a una trombosis de la vena mesentérica. Se realiza intervención quirúrgica urgente (resección ileal) y una semana después, la paciente es dada de alta.

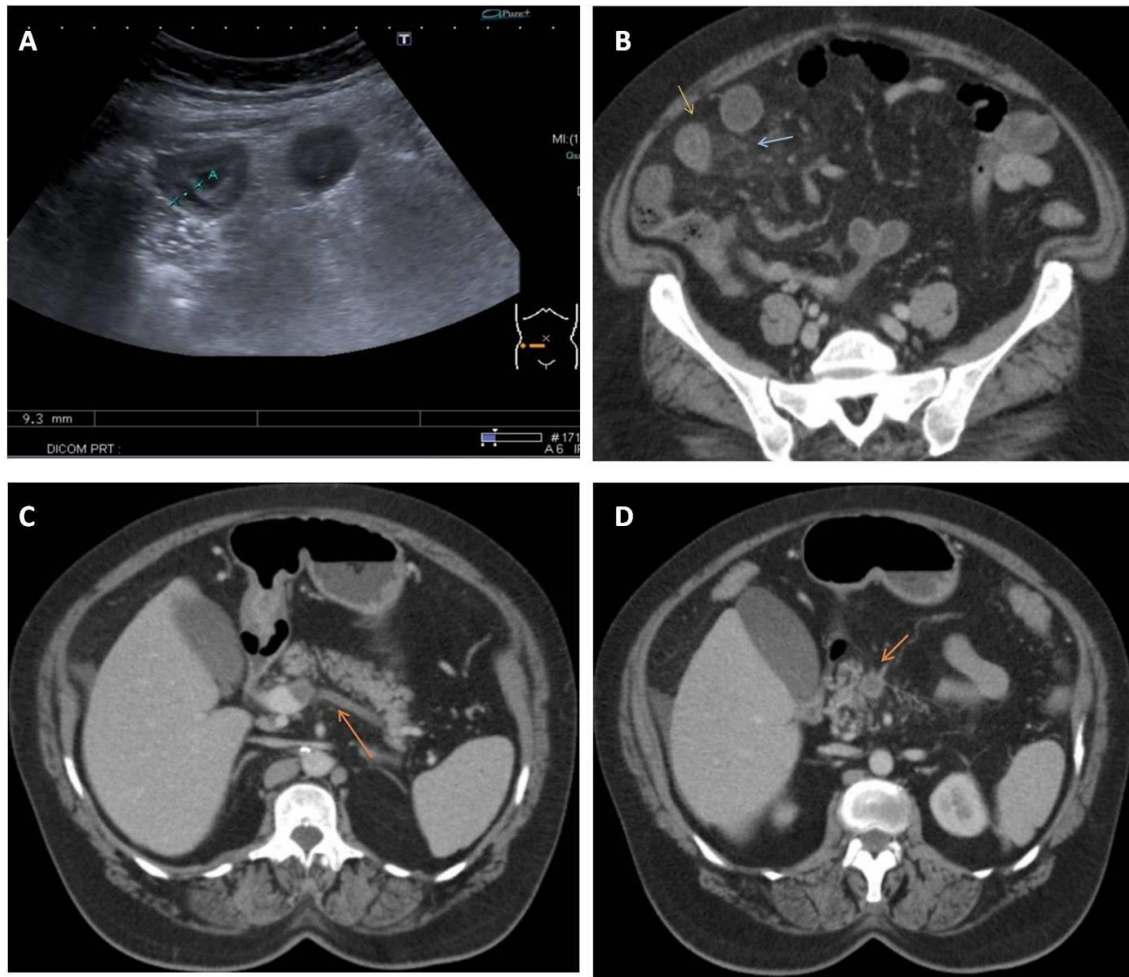
### Discusión:

El signo del “doble halo” indica engrosamiento mural estratificado visualizando dos capas, mucosa (más externa, de alta atenuación) y submucosa (interna, edematosa). Puede verse en enfermedades idiopáticas, inflamatorias, infecciosas o vasculares. En nuestro caso la trombosis venosa mesentérica (TVM) sugiere una causa isquémica.

La TVM es una causa infrecuente de isquemia intestinal aguda. Sin embargo, al igual que la arterial, tiene un alto riesgo de complicaciones (infarto...) y mortalidad (12-50%)[1]. Dada la inespecificidad de la clínica (abdominalgia difusa, asintomática...), los hallazgos radiológicos pueden conducir a un diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad, siendo TC el “gold estándar” de las pruebas de imagen.

### Conclusión:

El signo del “doble halo” es un hallazgo con un amplio diagnóstico diferencial. En caso de urgencia, en un paciente con abdominalgia súbita, sin antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal es necesario descartar causa isquemia.



**Ecografía abdominal (A):** Asas de intestino delgado distendidas con engrosamiento mural. **TC abdomen con contraste (B,C,D):** Asas intestino delgado con engrosamiento mural y signo del "doble halo" (mucosa hipercaptante y submucosa hipodensa)(flecha amarilla B), se acompaña de trabeculación de la grasa adyacente (flecha azul B). Defecto de repleción compatible con trombo en vena porta distal que se extiende a la vena esplénica (flecha C) y vena mesentérica superior (D).

### Bibliografía:

1. Wittenberg J et al. Algorithmic Approach to CT Diagnosis of the Abnormal Bowel Wall. *Radiographics* 2002;22:1093-1109

Caso	(030) GRAND SLAM
Autores	Montserrat Monzon Gaspa Xavier Salvador, Auxi Peralta, Sonia Rodríguez, Angel Seara
Centro	Nostra Senyora de Meritxell

**Presentación:**

Paciente de 21 años que presenta dolor epigástrico irradiado a espalda e hipogastrio con soplo mesogástrico. AP: cirugía cardiaca por estenosis pulmonar. Se solicita angiotac aórtico y se completa con una ecografía doppler que confirmó el diagnóstico de Síndrome del Lligamento Arcuato Medio (SLAM) o de Dunbar.

**Discusión:**

El ligamento arcuato medio, en condiciones normales, pasa por encima de la aorta, a la altura del primer cuerpo vertebral lumbar, superior al origen del tronco celíaco. En un 10-24% de la población inmediatamente por encima del tronco celíaco. En un pequeño porcentaje de los pacientes puede producir un compromiso de flujo hemodinámicamente significativo originando cierto grado de isquemia intestinal y el subsecuente dolor. La mayoría de los pacientes son mujeres jóvenes, con una complexión delgada.

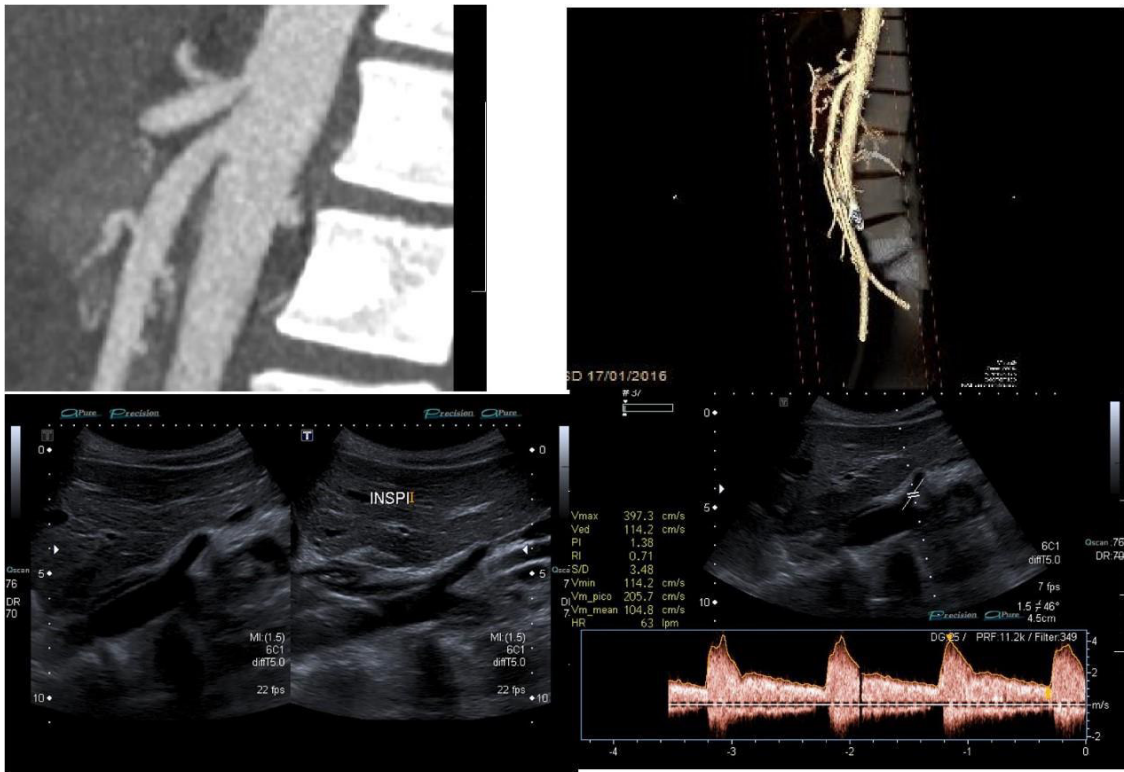
Los hallazgos característicos del angiotac muestran un estrechamiento focal de la porción proximal del tronco celíaco, por lo general a 5 mm desde su origen, en forma de gancho o "hook-shaped". Si el estrechamiento focal se ve durante la fase inspiratoria en el TC, se trata de una estenosis significativa, ya que la compresión transitoria sólo se ve durante la espiración.

El estudio se completa con ecografía Doppler color para medir el flujo del eje celíaco, en el que velocidades pico sistólicas  $> 200$  cm/s sugieren estenosis, así como una relación de la arteria aorta/ tronco celíaco mayor de 3,0 tanto en inspiración como en espiración.

La base del tratamiento de esta enfermedad consiste en la descompresión del tronco celíaco, ya sea con cirugía abierta o vía laparoscópica.

**Conclusión:**

Los signos radiológicos característicos en asociación con dolor abdominal, soplo mesogástrico y pérdida de peso, en un paciente sin otra enfermedad conocida causante de los síntomas, deben hacer sospechar el diagnóstico de exclusión de SLAM.



***Estrechamiento proximal del tronco celíaco con velocidades sistólicas aumentadas***

### **Bibliografía:**

- 1.A.T. Ilica,M. Kocaoglu,A. Bilici,F. Ors,Y. Bukte,A. Senol. Median arcuate ligament syndrome: multidetector computed tomography findings. J Comput Assist Tomogr, 2007, 31: 728-731
- 2.Norton KM, Talamini MA, Fishman EK. Median arcuate ligament syndrome: evaluation with CT angiography. RadioGraphics 2005; 25: 1177-82.
- 3.Soliva Martínez D, Fernández Iglesias P, Belda González I, Martínez Yunta JA, Hernández Muñoz L, Blanco López ME. Hallazgos poco conocidos en el síndrome del ligamento arcuato mediano. Doi 10.1594/seram2014/S-0407.
- 4.Meilán Martínez, M. Jiménez de la Pena, M. Recio Rodríguez, J. Carrascoso Arranz. Síndrome del ligamento mediano arcuato: una entidad controvertida. Radiologia 2009, 51: 204–207

<b>Caso</b>	(031) ABSCESO TALÁMICO EN PACIENTE
<b>Autores</b>	INMUNOCOMPETENTE, UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE. Carmen Martinez Huertas
<b>Centro</b>	Leandro Jesus Delgado Escudero, María Gomez Huertas, Maria Antonia Garrido Collado, Ana Carrillo Colmenero Complejo Hospitalario de Jaén

**Presentación:**

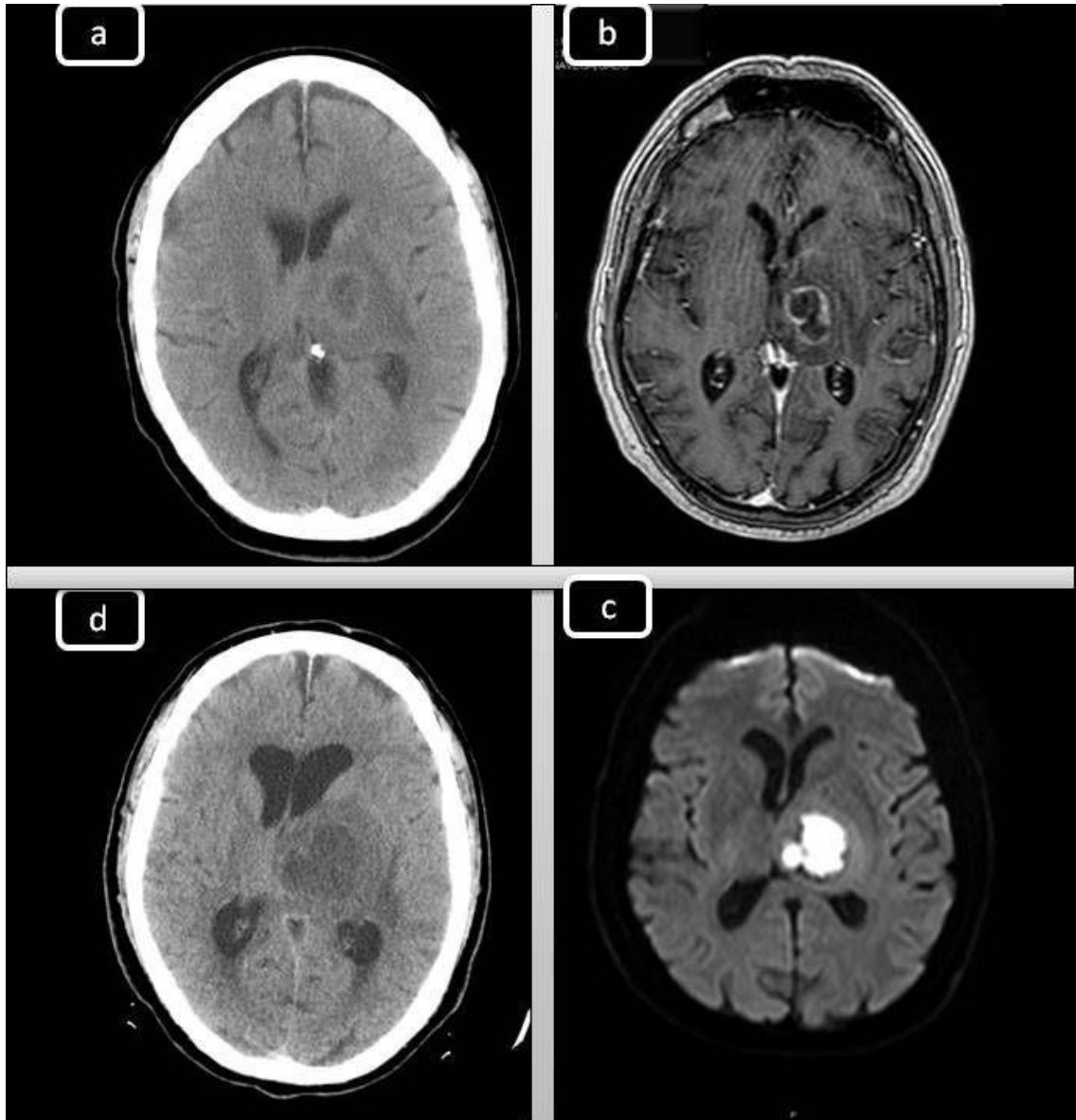
Paciente de 51 años, sin antecedentes de interés, que comienza de manera progresiva en los últimos días con decaimiento, inestabilidad y disartria. Se le realizó TC urgente en el que se evidenció lesión en tálamo izquierdo con edema perilesional. Se revisan datos clínicos y analíticos observando solo discreta neutrofilia y se completa estudio con RM. La RM mostró lesión talámica de contornos irregulares con captación de contraste en anillo e importante restricción de difusión, lo cual sugirió el diagnóstico de absceso intracraneal. La ausencia de sintomatología infecciosa, la analítica prácticamente anodina y el hecho de tratarse de un paciente inmunocompetente sin antecedentes de cirugía cerebral hizo dudar a los clínicos del diagnóstico, orientándose más hacia lesión tumoral. Se le pauto tratamiento antibiótico y a los dos días se repitió la TC observando un importante aumento de tamaño. El paciente se intervino y se confirmó la presencia de material purulento, con resultado de AP negativo y no llegó a encontrarse el origen.

**Discusión:**

El absceso intracraneal es una patología grave, que requiere alto nivel de sospecha y una actuación terapéutica rápida. Las principales causas son inoculación directa debido a traumatismos o cirugía, infección en contiguidad o diseminación hematógena de una infección a distancia, pero hasta en un 40% de los casos se desconoce el origen. Son más frecuentes en lóbulos frontal y temporal y en la mayoría de los casos deben tratarse quirúrgicamente.

**Conclusión:**

El absceso talámico es mucho menos frecuente que en otras localizaciones intracraneales, no obstante, no se debe descartar esta posibilidad. La TC puede llevar a un diagnóstico precoz, lo cual mejora el pronóstico y es la técnica de elección para evaluar la evolución del paciente; La RM puede ayudar a realizar el diagnóstico de presunción en caso de dudas o cuando se sospechen abscesos múltiples así como sus complicaciones.



**a.** TC craneal de urgencias sin contraste. Lesión única expansiva intraaxial en ganglios basales izquierdos con centro hipodenso y edema perilesional. **b.** RM. T1 Gadolinio: Lesión de contornos irregulares en tálamo izquierdo con centro hipointenso en pT1 y captación periférica de contraste en anillo. **c.** Difusión b1000. Importante restricción de difusión. **d.** TC de control a los 2 días. Marcado aumento de tamaño de la lesión con importante efecto masa.

### Bibliografía:

1. M. Ortega-Martínez; J.M. Cabezudo; I. Fernández-Portales; L. Gómez-Perals; J.A. Rodríguez-Sánchez; L. GarcíaYagüe; L.F. Porras; L.M. Lorenzana; F. Ugarriza; M. Pineda-Palomo y L.M. Bernal-García. Abscesos piógenos encefálicos. Nuestra experiencia en 60 casos consecutivos. Neurocirugía 2006;17:23-33
2. Rath TJ, Hughes M, Arabi M, Shah GV. Imaging of cerebritis, encephalitis, and brain abscess. Neuroimaging Clin N Am 2012 Nov;22(4):585-60.



3. Ashley H. Aiken. Central Nervous System Infection. Neuroimaging Clinics of North America 2010;20(4): 557-580



<b>Caso</b>	(032) Aspergilosis invasiva con afectación pulmonar y cerebral.
<b>Autores</b>	Ines Pecharromán De Las Heras A. Vicente Bártulos, E. García Casado, S. Resano Pardo, O. M <sup>a</sup> Sanz De León, J. Blázquez Sánchez.
<b>Centro</b>	H. U. Ramón y Cajal, Madrid.

### **Presentación:**

Paciente con hepatitis autoinmune fulminante con hemiparesia derecha de predominio en miembro superior derecho de 1 día de evolución. Se obtiene información adicional verbal tras realizar el TC craneal, el paciente presenta también fiebre e intensa neutropenia.

Se realiza TC craneal sin/con CIV urgente, observando múltiples lesiones bilaterales focales, hipodensas e hipocaptantes, en la unión corticosubcortical; sin efecto de masa significativo y que podrían estar en relación con amplia variedad etiológica: metástasis, infartos múltiples, tuberculosis, toxoplasmosis, linfoma, aspergilosis.

En RM craneal urgente, se confirman las lesiones nodulares expansivas bilaterales e intraaxiales, con escaso edema perilesional. En ipT2 muestran halo periférico de pérdida de señal, característico de enfermedad fúngica, con restricción anular periférica y realce anular fino en estudio con contraste.

Se realiza asimismo una TC torácica unos días después, que muestra infiltrado alveolar con cavitación adyacente en LID, de paredes gruesas e irregulares que obligan a descartar una cavidad por neoplasia, neumonía necrotizante, absceso, aspergiloma, etc Otros hallazgos son atelectasias, neumotórax derecho y enfisema subcutáneo.

### **Discusión:**

Diagnóstico final: aspergilosis invasiva cerebral y pulmonar.

Reflexión docente. En Urgencias es fundamental descartar y diagnosticar la patología intracraneal que requiera una intervención terapéutica urgente (ictus, hematomas, herniación, etc), patología a la que, por regla general, se está más acostumbrado. Pero, es fundamental también, conocer un amplio diagnóstico diferencial de las lesiones focales, no para diferenciar una estirpe tumoral, pero si para diferenciar esas otras lesiones focales que pueden ser infecciosas y requerir también un tratamiento urgente (quirúrgico o no) como los abscesos e infecciones de otro tipo.

Así mismo el conocimiento del estado de inmunosupresión de los pacientes y otros factores de riesgo o antecedentes tumorales son fundamentales para realizar un diagnóstico radiológico preciso.

La aspergilosis cerebral invasiva presenta características típicas en IRM como las descritas.

El neumotórax espontáneo por micetoma es una complicación pleural frecuente. El diagnóstico se confirmó mediante ELISA (*Aspergillus fumigatus* Ag. positivos).

### Conclusión:

Lesiones cerebrales múltiples en paciente con inmunosupresión y neutropenia, que sugieren lesiones de aspergilosis, principalmente en el estudio de RM y con afectación torácica añadida y diagnosticada posteriormente. En pacientes con inmunosupresión severa aumenta la probabilidad de aspergilosis invasiva sistémica.



**Imagen 1. TC craneal con CIV urgente: múltiples lesiones bilaterales focales, hipodensas e hipocaptantes, en la unión corticosubcortical; sin efecto de masa significativo.**

**Imagen 2. TC torácica con CIV, ventana de parénquima: infiltrado alveolar con cavitación adyacente en LID, de paredes gruesas e irregulares en relación con absceso o neumonía necrotizante. Atelectasias. Neumotórax derecho, con tubo de tórax. Enfisema subcutáneo iatrogénico.**

**Imágenes 3 y 4. RM craneal urgente, ipT2 (imagen 3) e ipT1 con Gadolinio i.v. (imagen 4): lesiones nodulares expansivas bilaterales e intraaxiales, con escaso edema perilesional. En ipT2 muestran halo periférico de pérdida de señal, característico de enfermedad fúngica, con restricción anular periférica (no mostrado) y realce anular fino (ipT1 con Gd i.v.).**

### Bibliografía:

Osborn AG, Salzman KL, Barkovich AJ. Diagnóstico por Imagen Cerebro. Ed. MARBÁN. 2ª edición, 2011. ISBN: 978-1-931884-72-3

Walker CM. Imaging pulmonary infection: classics signs and paterns. American Journal of Roentgenology. 2014;202:479-492.

<b>Caso</b>	(033) Hipoxemia grave en paciente con poliglobulia familiar
<b>Autores</b>	Marta Herrero Redondo Esther García Rodríguez, Ana Oliva Martí, Mildred Viveros Castaño, Isabel Cugat Gimeno, José Antonio Izuel Navarro
<b>Centro</b>	Verge de la Cinta

**Presentación:**

Mujer de 44 años con historia familiar de poliglobulia y epistaxis recurrentes desde la infancia. Niega disnea habitual. Acude por disnea, cianosis labial y acra. Saturación de O<sub>2</sub> del 80%. La exploración ORL muestra telangiectasias en cornete inferior derecho , septum , labios y paladar duro. Se realiza TC torácica con civ que muestra seudonódulos hipercaptantes en segmento posterior del LSD y de menor entidad en segmento posterobasal del LII compatibles con malformaciones arteriovenosas (MAV) La angiografía selectiva muestra MAV compleja con tres pedículos en LSD y simple de gran diámetro en LII que se embolizan y múltiples periféricas menores a 3 mm.

**Discusión:**

Se trata de reciente diagnóstico de Enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) con disnea grave provocado por malformaciones vasculares pulmonares.

La HHT es una enfermedad genética autosómica dominante, que condiciona desorden en la pared vascular, sin preferencia de sexo, con una prevalencia de 1 cada 5000-8000 habitantes

El diagnóstico se basa en los criterios de Curaçao según signos clínicos compatibles e historia familiar.

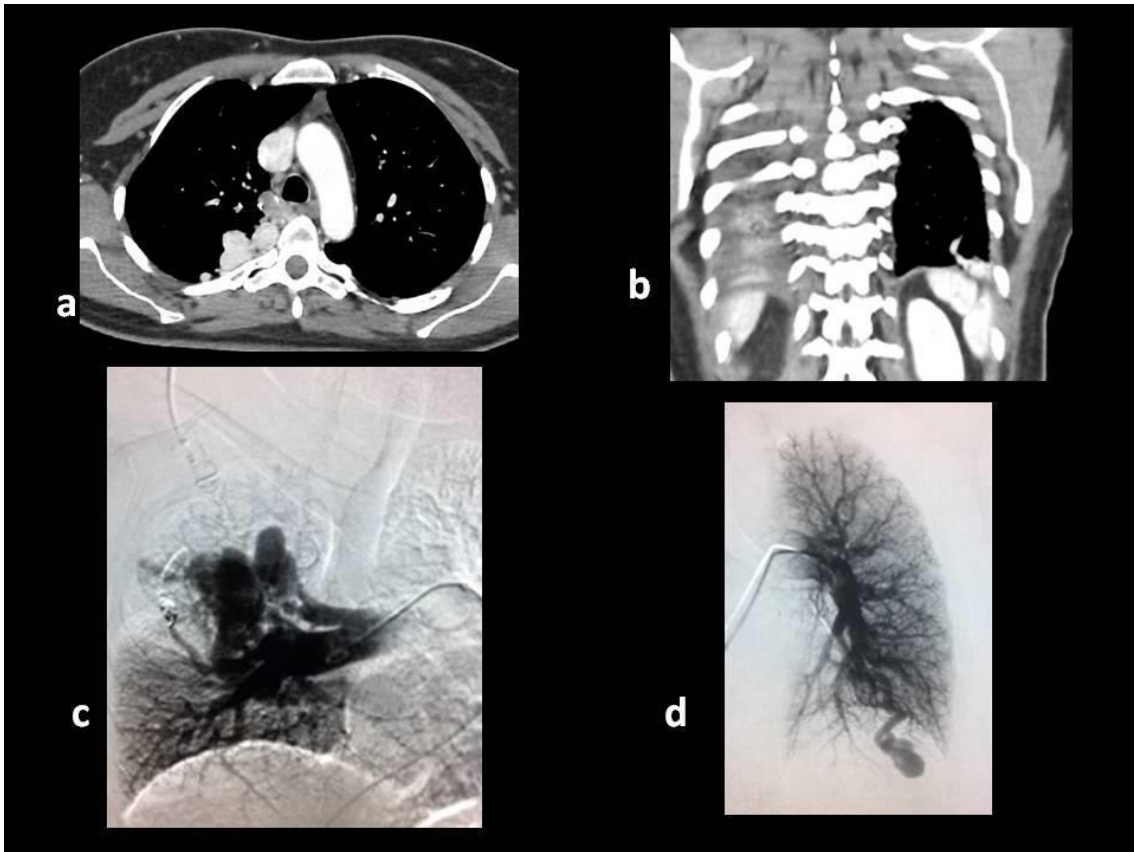
Se caracteriza por epistaxis recurrentes que comienzan en la infancia en 90% de los pacientes, telangiectasias en piel y mucosas y malformaciones arteriovenosas (MAV) viscerales, sobre todo pulmonares , que están presentes hasta el 30% de los pacientes con HHT e inversamente hasta el 70% de las MAV pulmonares se asocia a HHT.

Las MAVP suelen ser múltiples con preferencia por lóbulos inferiores Pueden ser simples o complejas. Clínicamente cursan con hipoxemia por cortocircuito derecha-izquierda pulmonar que condiciona aparición de disnea, cianosis y policitemia, embolias paradójicas sistémicas y raro hemoptisis y hemotórax.

El tratamiento de elección es la embolización selectiva si son sintomáticas o mayores de 3mm

**Conclusión:**

Ante la presencia de disnea/hipoxemia grave en paciente con epistaxis recurrentes pensar en la posibilidad de MAV pulmonar en contexto de HHT.



*Pseudonodulos hipercaptantes en segmento posterior del LSD (a) y segmento posterobasal del LII (b) en Tc torácica con cív Arteriografía selectiva de la arteria pulmonar derecha (c) que muestra malformación vascular compleja en LSD y de la arteria pulmonar izda (d) que muestra malformación vascular simple sacular en LII*

### **Bibliografía:**

1. Alfonso Pérez del Molino, Roberto Zarrabeitia, África Fernández Telangiectasia hemorrágica hereditaria. Med Clin 2005;124:583-7
2. Di Cosola M, Cazzolla AP, Scivetti M, Testa NF, Lo Muzio L, Favia GCarrillo de Albornoz A, Bascones A Síndrome de Rendu-Osler-Weber o Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT): Descripción de dos casos y revisión de la literatura Odontoestomatol vol.21 no.6 Madrid nov./dic. 2005
3. O. Ramírez Balza , L. García-Guereta, M.D. Rubio Vidal M.J. del Cerro Marín, M. Parrón Síndrome de Rendu-Osler-Weber: causa infrecuente de hipoxemia en la infancia. An Pediatr 2010;73:272-6 - Vol. 7
4. Miguel Ángel de Gregorio, Manuel Maynar, Horacio D'Agostino, Joaquin Medrano, Teresa Higuera, Alicia Laborda . MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

PULMONARES. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR  
Intervencionismo 2007; 7.2: 68-76

5. Khalil A, Farres MT, Mangiapan G, Tassart M, Bigot JM, Carette MF. Pulmonary arteriovenous malformations. Chest 2000 May;117(5):1399-1403.



<b>Caso</b>	(034) Fascitis necrotizante
<b>Autores</b>	Lidia Nicolás Liza L. Gijón De La Santa, B. Sastre Borregón, Ja. Pérez Retortillo, Mj. Raya Núñez, J. Martínez Ollero
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Guadalajara

**Presentación:**

Varón de 63 años acude a urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución consistente en fiebre (40°C) y un episodio brusco de dolor en miembro inferior derecho, con rápida progresión a rigidez, edema, crepitación subcutánea y disminución del pulso. Se solicita TC urgente identificando los hallazgos posteriormente descritos. En las horas siguientes empeora con shock séptico, requiriendo ingreso en UVI y amputación del miembro.

**Discusión:**

Infección rara, rápidamente progresiva, caracterizada por necrosis extensa del tejido subcutáneo y de la fascia intermuscular. Se acompaña normalmente de importante toxicidad sistémica. La tasa de mortalidad es alta si no se diagnostica de manera precoz.

Los principales factores de riesgo son inmunosupresión, diabetes, arteriopatía periférica y cirugías recientes.

Hay dos formas: polimicrobiana, infección sinérgica de microorganismos aerobios-anaerobios (más común); y monomicrobiana (estreptocócica) en inmunocompetentes.

El reconocimiento clínico precoz es difícil, puede ser imposible diferenciar de una celulitis. Afecta a cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente en extremidades, periné y tronco.

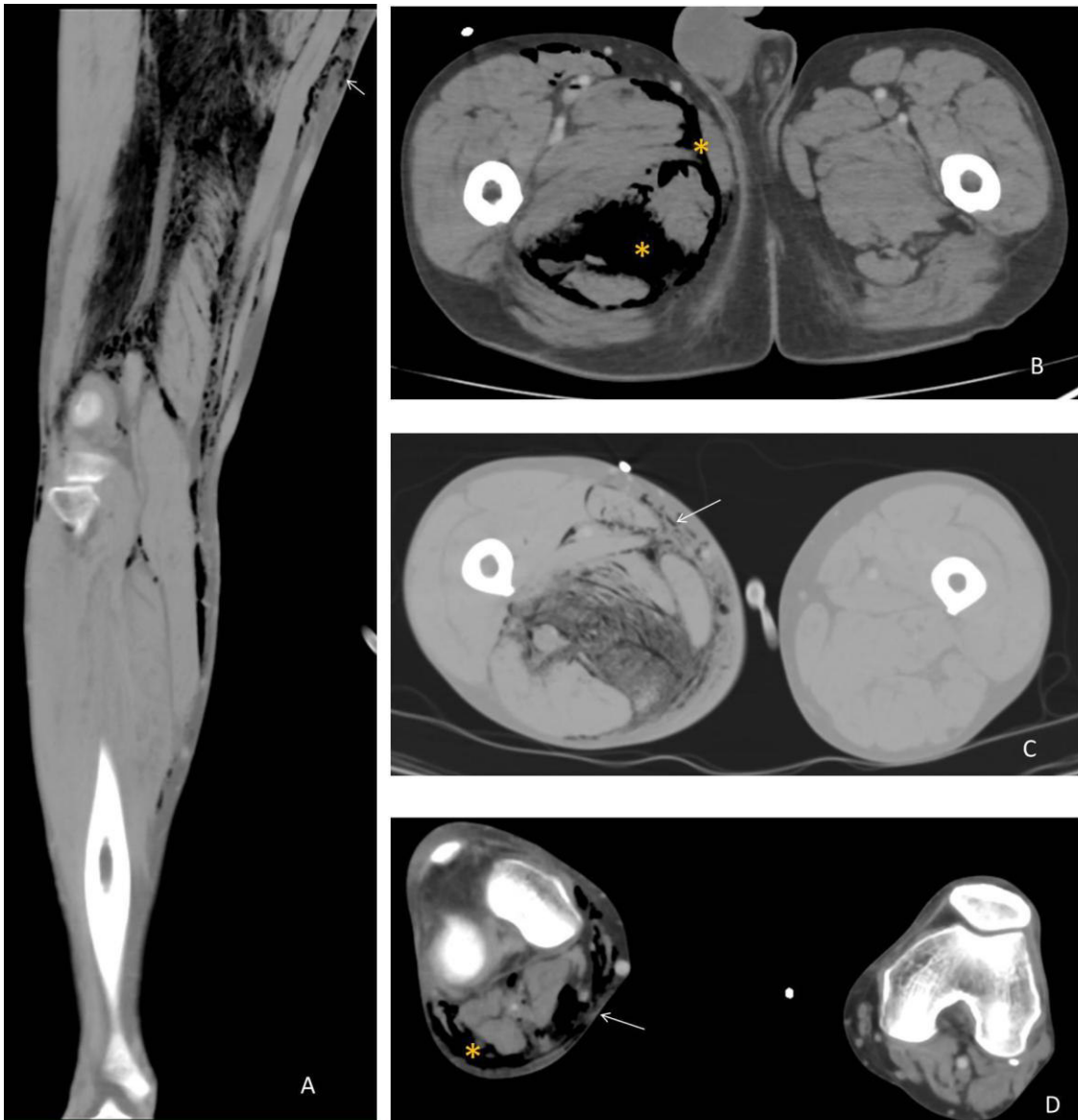
Radiológicamente es característica la presencia de gas en partes blandas que va disecando los planos fasciales, aumento del espesor fascial y trabeculación de la grasa circundante. El realce de la fascia es variable (en necrosis bien establecidas puede ser mínimo/ausente). Pueden desarrollar abscesos.

El diagnóstico puede facilitarse mediante TC/RM. Pero, si la sospecha clínica es alta, el desbridamiento quirúrgico no debería posponerse a la realización de técnicas de imagen.

Como diagnóstico diferencial deben considerarse otras infecciones de partes blandas (celulitis, fascitis superficial, mionecrosis...), así como enfisema subcutáneo no infeccioso.

**Conclusión:**

Fascitis necrotizante por *Clostridium septicum*.



*Trabeculación de la grasa del tejido celular subcutáneo con extensa presencia de burbujas de gas (flecha), que se introducen entre los planos superficiales y profundos de las fascias musculares del miembro inferior derecho, predominantemente en los compartimentos medial y posterior, hasta la región infrapoplítea (asteriscos).*

### **Bibliografía:**

1. Mulcahy H, Richardson ML. Imaging of necrotizing fasciitis: self-assessment module. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;195 (6): S66-9.
2. Wysoki MG, Santora TA, Shah RM et-al. Necrotizing fasciitis: CT characteristics. *Radiology.* 1997;203 (3): 859-63.

<b>Caso</b>	(035) Trombosis de la Vena Pulmonar Superior Izquierda como Complicación de Ablación mediante Radiofrecuencia de Venas Pulmonares.
<b>Autores</b>	Nerses Nersesyan Parrilla Muñoz C, Meneses Vega Lf, Molla Landete Ma, Dosda Muñoz R, Delgado Moraleda Jj.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Paciente varón de 42 años con antecedente de ablación mediante radiofrecuencia de venas pulmonares, acude por hemoptisis, dolor torácico y malestar general.

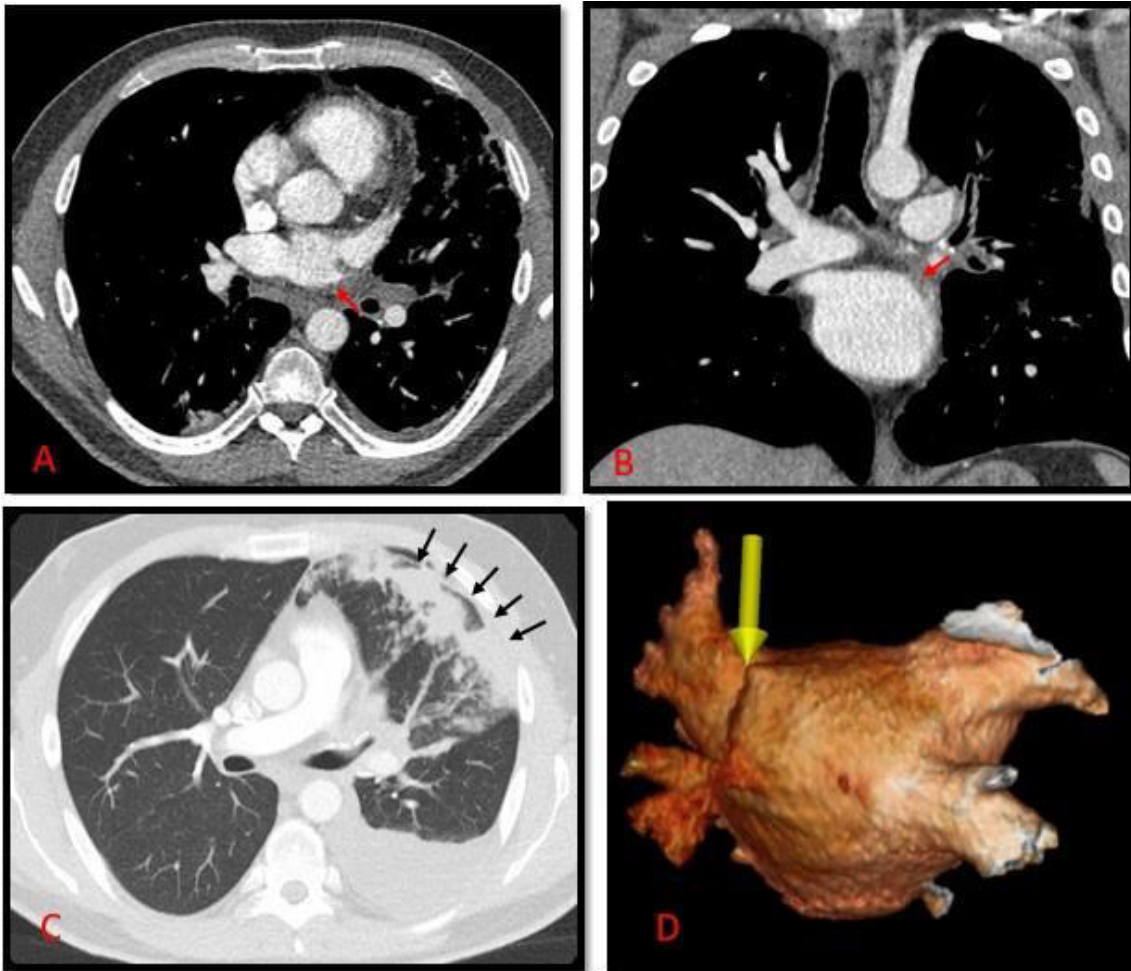
**Discusión:**

La ablación mediante radiofrecuencia de venas pulmonares (ARVP) se emplea como primera línea de tratamiento en pacientes con fibrilación auricular sintomática o resistente a antiarrítmicos de fase I o III. Las técnicas más comúnmente utilizadas son la ablación circunferencial de la región extraostial de las venas pulmonares, además de la creación de lesiones lineales en diferentes localizaciones anatómicas de la aurícula izquierda.

Aunque la incidencia de complicaciones suele ser baja (<3%), éstas pueden conllevar una alta morbimortalidad, por lo que es conveniente familiarizarse con las técnicas de imagen empleadas para su diagnóstico. Entre las complicaciones que afectan a las propias venas pulmonares, destacan la estenosis y la trombosis de las mismas. La estenosis de las venas pulmonares es una complicación relativamente frecuente que puede ocurrir tanto días como meses después del tratamiento. La sintomatología clínica es proporcional a la gravedad de la estenosis, recomendando control a los 3 meses si ésta es menor del 70% y, al mes, en el caso de ser mayor del 90%. El tratamiento de elección es la angioplastia, con o sin colocación de stent. La trombosis es una complicación menos frecuente que suele ocurrir, aproximadamente, 3 meses después de la ARVP. Los síntomas predominantes son el dolor torácico, la hemoptisis y la disnea que puede tener tanto un inicio brusco como una instauración progresiva. Los hallazgos en el Angio-TC Torácico permiten observar la oclusión completa de la luz de la vena, siendo frecuente la infiltración perivenosa y las adenopatías locorregionales. En el parénquima pulmonar, en el territorio del vaso correspondiente, se pueden observar consolidaciones periféricas en forma de cuña, compatibles con infartos pulmonares. Como reflexión docente del caso clínico cabe pensar en la posibilidad de trombosis o estenosis de las venas pulmonares en los pacientes que acudan con sintomatología compatible y antecedente de ARVP.

**Conclusión:**

Infarto pulmonar a consecuencia de trombosis de la vena pulmonar superior izquierda tras ablación mediante radiofrecuencia de venas pulmonares.



*A y B. Ventana de mediastino en planos axial y coronal donde se observa trombosis de vena pulmonar superior izquierda (flechas rojas). C. En la ventana de parénquima pulmonar se identifica consolidación pulmonar periférica subpleural en el lóbulo superior izquierdo que asocia áreas en vidrio deslustrado, compatible con infarto pulmonar (flechas negras). Además, se observa derrame pleural izquierdo. D. Reconstrucción 3D de las venas pulmonares que pone de manifiesto la trombosis de la vena pulmonar superior izquierda (flecha amarilla).*

### **Bibliografía:**

1. G. Shroff, M. Guirguis, E. Ferguson, S. Oldham, B. Kantharia. CT imaging of complications of catheter ablation for atrial fibrillation. Clin Radiol., 69 (2014), pp. 96-102.
2. J.M. Madrid Pérez, P.M. García Barquín, A.J. Villanueva Marcos, J.I. García Bolao, G. Bastarrika Alemañ. Complicaciones asociadas a la ablación mediante radiofrecuencia de venas pulmonares. Radiología. 2016 Nov - Dec;58(6):444-453.
3. A. Gupta, T. Perera, A. Ganesan, T. Sullivan, D.H. Lau, K.C. Roberts-Thomson. Complications of catheter ablation of atrial fibrillation: a systematic review Circ Arrhythm Electrophysiol., 6 (2013), pp. 1082-1088.



<b>Caso</b>	(036) Signo del halo en la TC de tórax en neumonía por varicela-zoster
<b>Autores</b>	Emilio Jose Valbuena Duran Beatriz Sastre Borregon, J.a. Perez Retortillo, Luis Gijon De La Santa, Ana Ortigado García
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

**Presentación:**

Mujer de 34 años que acude a Urgencias por disnea, malestar general y erupción cutánea pruriginosa. En analítica presenta anemia ferropénica. Tiene hijo con varicela. Ante la sospecha de varicela y tras Rx tórax (pasaron desapercibidos los hallazgos en Rx por clínico que la atendió) se decide tratamiento específico y reposo domiciliario. Dos días después acude por aumento de disnea y sensación de fatiga extrema. Se consulta con radiólogo de urgencias y tras revisar la Rx previa se decide ante el empeoramiento clínico la realización de una TC de tórax

**Discusión:**

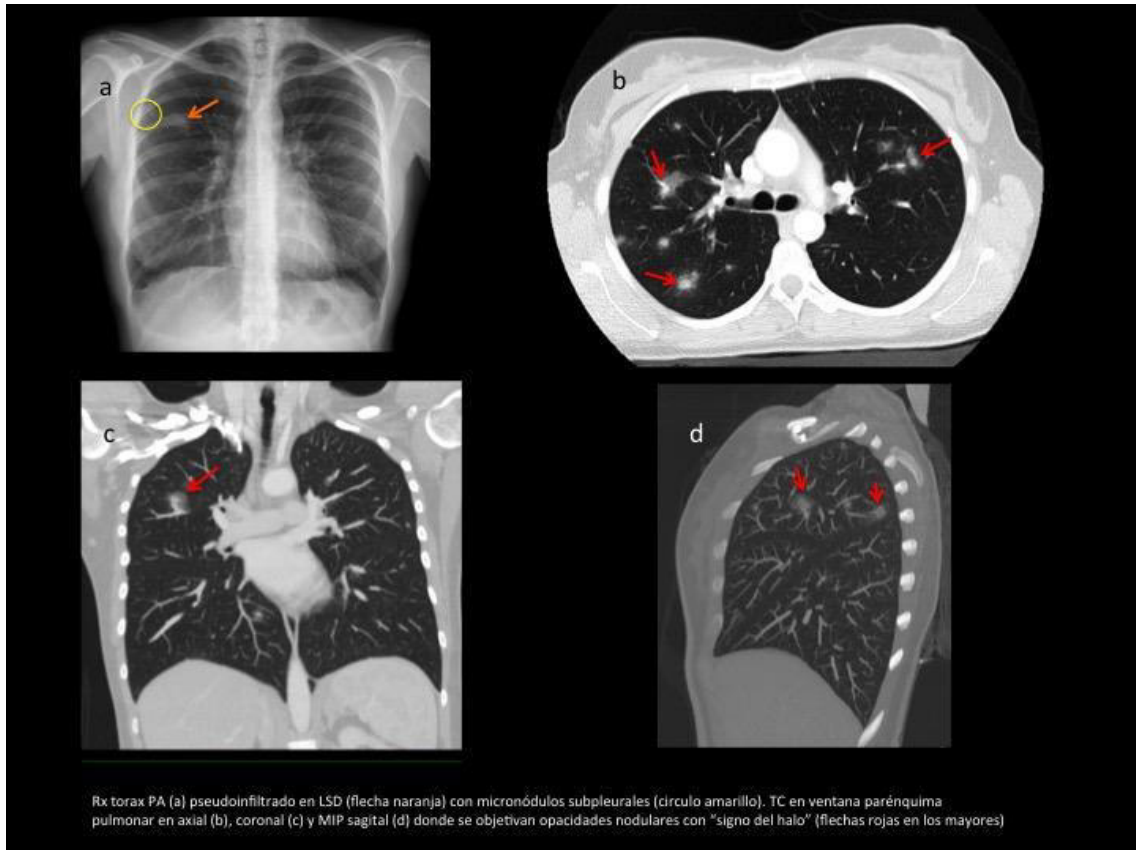
En la TC se objetivan múltiples opacidades nodulares con diámetros entre 5-10 mm rodeados de halo de baja atenuación, es decir con "signo del halo" distribuidas por ambos hemitórax en mayor número y tamaño en lóbulos superiores y algunos de ellos con tendencia a la coalescencia, sin cavilación ni calcificación.

Ante la epidemiología familiar de la paciente, la clínica y los hallazgos de las pruebas de imagen el diagnóstico más probable es que se trate bronconeumonía vírica secundaria a varicela-zoster y cuyas opacidades pulmonares probablemente correspondan con pseudoinfiltrados con sangrado perilesional (signo del halo).

El "signo del halo" ofrece un amplio diagnóstico diferencial (infecciones: aspergillosis angioinvasiva, hongos, virus,...inflamatoria: granulomatosis de Wegener o de causa tumoral: adenocarcinoma de pulmón, metástasis hemorrágicas como del melanoma, coriocarcinoma,...). Es fundamental, como en este caso, una correcta historia clínica y naturaleza aguda del proceso para acotar dicho diagnóstico. También juega un papel muy importante el seguimiento radiológico con el fin de descartar el resto de etiologías.

**Conclusión:**

En cualquier patología torácica urgente es clave la información clínica y el trabajo en equipo entre el clínico-radiólogo para hacer un diagnóstico lo más certero posible con el objetivo de establecer el tratamiento correcto con la mayor celeridad posible



### Bibliografía:

Franquet T.

Imaging of Pulmonary Viral Pneumonia.

Radiology. July 2011; vol 260: number 1

Parrón M, Torres I.

Signo del halo en la TC de tórax: diagnóstico diferencial con correlación anatomopatológica

Arch Bronconeumología. 2008; 44: 386-92

Lee Y.R., Choi Y.W.

CT halo sign: the spectrum of pulmonary diseases

Br J Radiol. 2005; 78: 862

<b>Caso</b>	(037) Invaginación intestinal como presentación del divertículo de Meckel.
<b>Autores</b>	Laura Fernández Navarro Ángela Salmerón Ruiz, Elena Moya Sánchez, Álvaro Moyano Portillo, Juan Francisco Ferrer Soriano
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves

### **Presentación:**

Paciente de 18 años, con dolor abdominal, náuseas y vómitos de dos días de evolución, última deposición hace más de 24 horas. Analítica con leucocitosis de 17450. Se aporta Rx con signos de obstrucción intestinal. Se realiza ecografía de abdomen observando dilatación de asas de delgado hasta ileon preterminal donde se observa una imagen que sugiere invaginación ileo-ileal de larga longitud. En el interior de la invaginación se evidencia hiperecogenicidad de la grasa mesentérica, mínima cantidad de líquido libre y una estructura tubular que pudiera corresponder con un divertículo de Meckel. Se completa estudio con TC abdominopélvico con contraste iv confirmando la existencia de obstrucción intestinal de delgado por invaginación intestinal, en cuyo seno se observa una estructura tubular en fondo de saco ciego, dilatada, de 2 cm de espesor máximo, que podría corresponder a divertículo de Meckel como origen de la invaginación.

### **Discusión:**

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, contiene las tres capas de la pared intestinal, y puede contener mucosa heterotópica, gástrica o pancreática. Se origina en el borde antimesentérico del ileon distal, debido a un cierre incompleto del conducto onfalomesentérico.

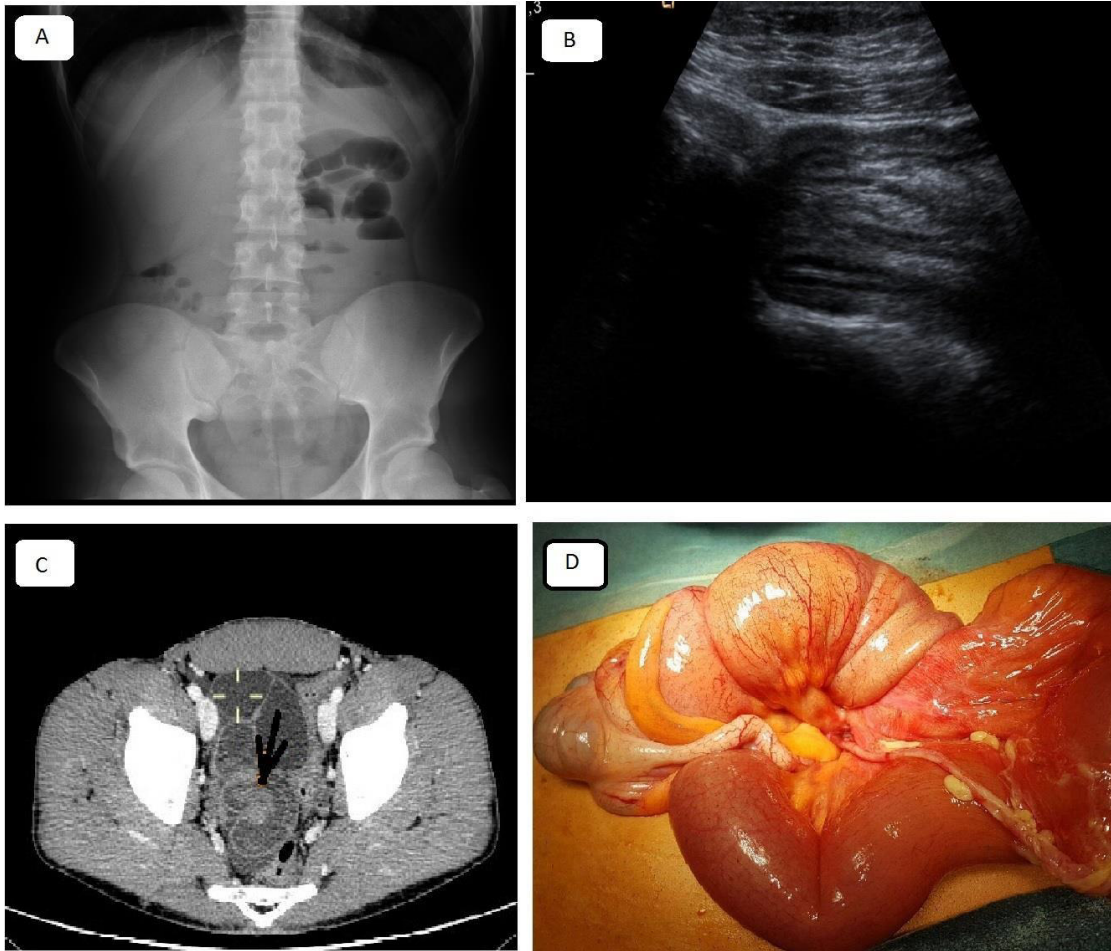
Puede ser difícil de diagnosticar ya que suele permanecer asintomático y se reconoce cuando se complica, pudiendo presentarse como diverticulitis, obstrucción, invaginación, perforación.

El divertículo se visualiza como una estructura tubular en fondo de saco ciego que crece del borde antimesentérico del ileon a una corta distancia de la válvula ileocecal. Las pruebas de medicina nuclear juegan un papel importante en el diagnóstico siempre que exista mucosa gástrica.

### **Conclusión:**

La presencia de un divertículo de Meckel puede pasar desapercibida o bien simular otras patologías por la clínica con la que se presenta por lo que debemos prestar atención a sus hallazgos en imagen para el correcto diagnóstico.





**Fig.1A:** Rx de abdomen donde se aprecia dilatación de asas de intestino delgado, niveles hidroaéreos, así como ausencia de gas distal, como signos de obstrucción intestinal. **Fig.1B:** Ecografía en la que se observa una imagen longitudinal de la invaginación ileoileal, apreciándose el signo del sándwich, en cuyo interior se observa hiperecogenicidad de la grasa mesentérica y una estructura tubular compatible con divertículo de Meckel **Fig.1C:** TC abdomenopélvico con contraste iv en fase portal donde se confirma la presencia de una imagen tubular en el seno de la invaginación. **Fig.1D:** Imagen que muestra la invaginación durante la cirugía.

### Bibliografía:

1. Citgez B, Yetkn G, Uluda M, Karakoc S, Akgun S, Karta A. A rare combination of intestinal invagination and Meckel's diverticulum in an adult: A case report. *Turk J Gastroenterol* 2012; 23 (1): 63-6.
2. Dinesh R Singh, Geophy G Pulickal, Zhiwen J Lo, Wilfred CG Peh. *Clinics in diagnostic imaging*. Singapore Med J 2015; 56(9): 523-527.
3. Omer Anwar M, Ibn Ahmed H, Al Hindi S, Al Omran Y. Meckel's diverticulum with intussusception in a 5-year-old patient with Down's syndrome. *BMJ Case Rep* 2014.

<b>Caso</b>	(039) Vólvulo de ciego como causa infrecuente de obstrucción intestinal.
<b>Autores</b>	Laura Fernández Navarro Ángela Salmerón Ruiz, Elena Moya Sánchez, Juan Francisco Ferrer Soriano, Álvaro Moyano Portillo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves

### **Presentación:**

Paciente de 86 años que acude por dolor torácico opresivo, que él atribuye a origen digestivo (lleva 4-5 días sin defecar). En la consulta de urgencias presenta un vómito en posos de café. Se aporta Rx de abdomen con signos de obstrucción. Se realiza TC abdominopélvica sin y con contraste iv apreciándose marcada dilatación de ciego, hasta 9 cm, el cual se encuentra posicionado en flanco izquierdo y región supraumbilical apreciando rotación mesentérica a través de arteria ileocólica sugerente de vólvulo de ciego. Se observa válvula ileocecal incompetente y dilatación de asas de delgado. Mínima cantidad de líquido que rodea a ciego como único signo de sufrimiento intestinal. Existe flujo filiforme de arteria ileocólica y arterias ileales condicionada por la rotación del meso.

### **Discusión:**

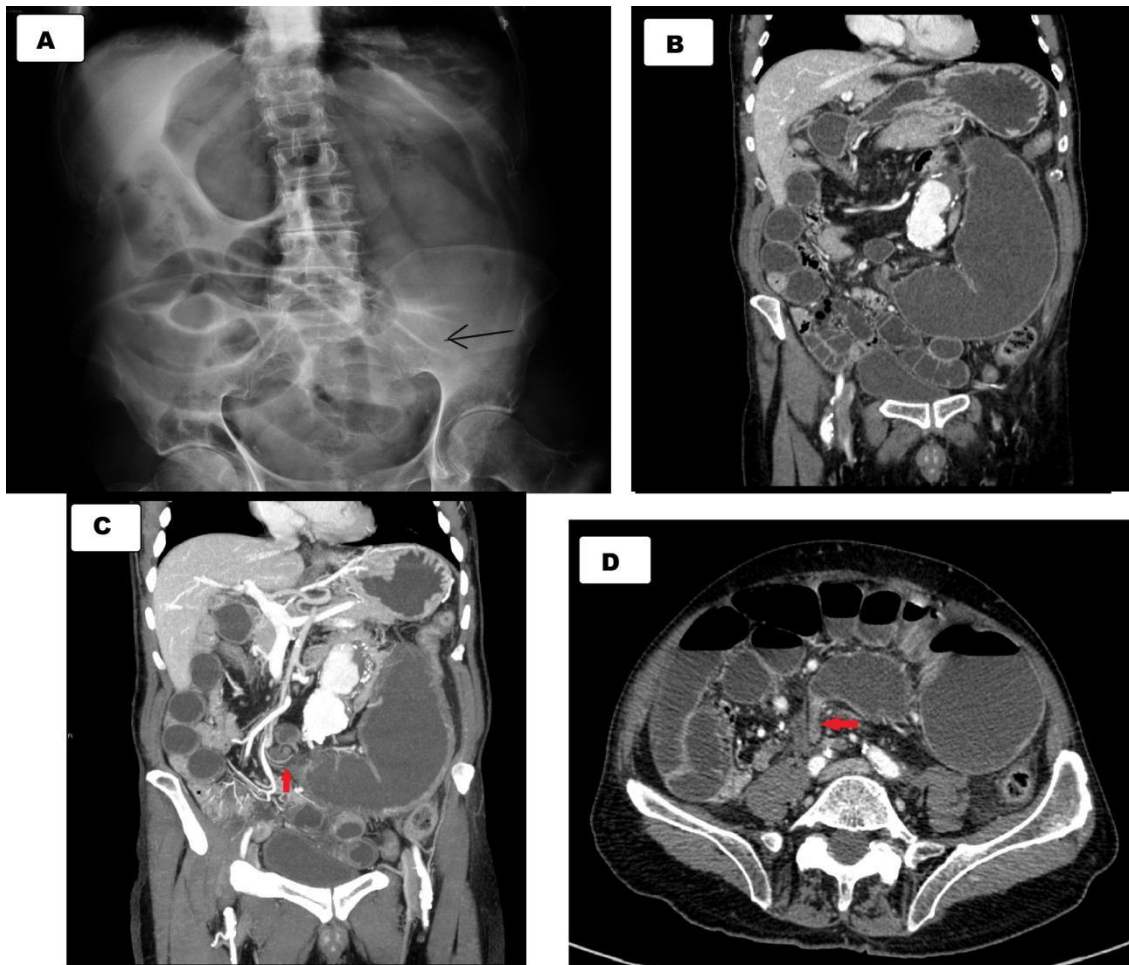
El vólvulo cecal se describe como una torsión del ciego en torno a su propio mesenterio que afecta habitualmente al colon ascendente y al íleon terminal, lo que resulta frecuentemente en un cuadro de obstrucción

Los posibles hallazgos de Rx y TC incluyen un asa desproporcionadamente dilatada con morfología oval o en grano de café, localizada más frecuentemente en hemiabdomen superior, con presencia de haustras, niveles hidroaéreos en el ciego, dilatación de ID y colapso del colon izquierdo. Otros hallazgos característicos son el signo del remolino, signo del pico de pájaro, así como la aparición de signos de isquemia (engrosamiento de la pared cecal, edema mesentérico, neumatosis intestinal, líquido libre, neumoperitoneo o gas en porta)

Es relativamente infrecuente y supone el 1-1,5% de todas las causas de oclusión intestinal, está causado por exceso de movilidad del ciego.

### **Conclusión:**

El vólvulo cecal es una causa rara de obstrucción intestinal con altas tasas de mortalidad, de ahí la importancia de identificar sus hallazgos por imagen, con el objetivo de realizar un tratamiento adecuado.



**Fig.1A:** Rx de abdomen donde se observa un asa muy distendida localizada en el flanco izquierdo, con haustras (flecha) y dilatación de intestino delgado. **Fig.1B:** TC abdominopélvico con contraste iv en fase portal donde se observa una gran dilatación del ciego que se sitúa en el flanco izquierdo y región supraumbilical. **Fig.1C:** Podemos visualizar el signo del remolino, por la rotación del asa de ciego en torno a los vasos del mesenterio. **Fig.1D:** También se observa el signo del pico de pájaro, como una imagen de afilamiento del asa, o cambio de calibre a nivel de la torsión.

### Bibliografía:

1. López-Pérez E, Martínez-Pérez MJ, Ripollés González T, Vila Miralles R, Flors Blasc L. Vólvulo cecal: características en imagen. Radiología. 2010;52(4):333–341.
2. Ramírez-Ramírez MM, Villanueva-Sáenz E, Ramírez-Wiella-Schwuchow G. Colectomía derecha laparoscópica electiva por vólvulo cecal: reporte de un caso y revisión de la literatura. Cirugía y cirujanos. 2017;85(1):87-92.
3. Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. Indian J Surg 2012; 74(6):476–479.

<b>Caso</b>	(041) Infarto testicular segmentario: causa infrecuente de escroto agudo
<b>Autores</b>	Guillermo González Zapico Esther Gorostiza Bermejo, Itziar Tavera Bahillo, Manuel Salomón De La Vega, Irma Arrieta Artieda, Leticia Múgica
<b>Centro</b>	Álvarez, Aritz De La Fuente Gaztañaga Hospital Universitario Cruces

**Presentación:**

Acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital un varón de 47 años con dolor testicular agudo, asociando náuseas y vómitos. A la exploración el teste está indurado y aumentado de tamaño. En la ecografía que se le practica se evidencia un área parenquimatosa hipoecoica cuneiforme periférica, que presenta un ribete hiperecogénico y ausencia de señal Doppler en su interior.

**Discusión:**

El infarto testicular segmentario es una patología infrecuente, aunque sus características ecográficas son altamente sugestivas de dicho diagnóstico asociadas a clínica de escroto agudo.

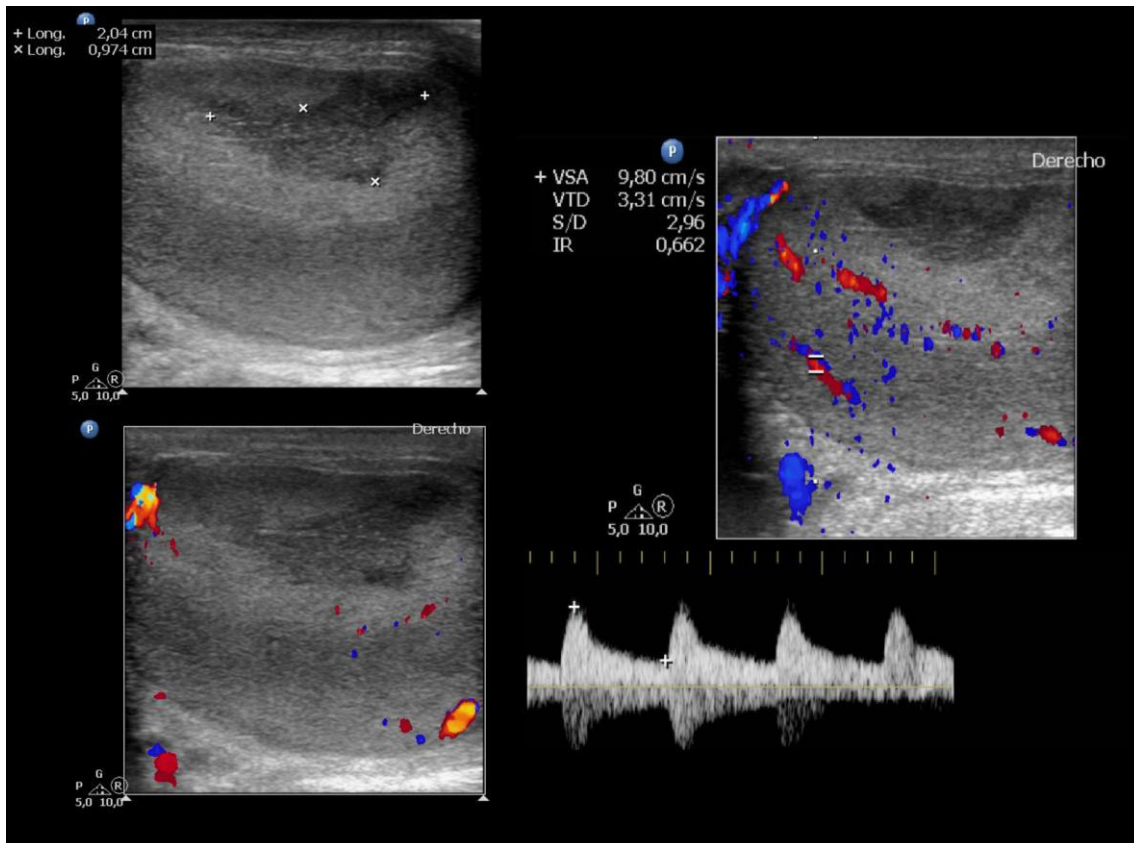
Ante la duda se puede recomendar realización de RM, que confirmará un área con ausencia de vascularización.

El diagnóstico diferencial se hará con absceso, neoplasia, tumor o afectación focal secundaria por proceso linfoproliferativo, los cuales en cualquier caso se presentan de forma distinta.

No obstante se recomienda un control clínico y ecográfico para confirmar la lenta disminución del área infartada.

**Conclusión:**

Hay otras causas que provocan clínica de escroto agudo más allá de la orquiepididimitis, la torsión testicular y la torsión de hidática, y el infarto testicular segmentario es una de ellas. Conviene saber reconocerlo para evitar un manejo agresivo o pruebas complementarias innecesarias.



**Área hipoeoica periférica en parénquima testicular sin señal Doppler interna: se correspondió con un infarto testicular segmentario.**

### Bibliografía:

- 1) Sommers D, Winter T. Ultrasonography evaluation of scrotal masses. Radiol. Clin. North Am. 2014;52 (6): 1265-81.
- 2) Akin EA, Khati NJ, Hill MC. Ultrasound of the scrotum. Ultrasound Q. 2005;20 (4): 181-200.

<b>Caso</b>	(042) HERNIA INTRAPERICÁRDICA DE ÍLEON INCARCERADA
<b>Autores</b>	Ana Rodríguez Molina Tania Díaz Antonio, Margarita González Fernández, Maria Del Mar García Gallardo, María Rodríguez Molina
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Presentación:**

Paciente de 62 años que acude a Urgencias por dolor epigástrico de 48h de evolución, náuseas y vómitos biliosos. Ocho días antes consultó por caída de 2m de altura golpeándose hemitórax izquierdo. A la exploración presenta mal estado general, ingurgitación yugular y mala perfusión. En la analítica, leucocitosis y aumento de la PCR. La radiografía de abdomen evidencia asas de intestino delgado dilatadas y en localización anómala en el hipocondrio derecho que provocan desplazamiento inferior del ángulo hepático del colon y una hernia diafragmática interpretada como hiatal. El TC de abdomen c/c demuestra la existencia de una hernia diafragmática intrapericárdica de íleon encarcerada que provoca taponamiento cardíaco, apreciándose compresión de cavidades cardíacas derechas y congestión hepática. El paciente es intervenido (hernioplastia diafragmática con resección de íleon encarcerado) y dado de alta a los seis días.

**Discusión:**

La ruptura del diafragma y herniación de los órganos abdominales transpericárdica suele ocurrir tras un traumatismo contuso. Es una patología rara y de difícil diagnóstico, cuya sospecha clínica se suele omitir por su baja frecuencia, clínica inespecífica y relación temporal variable con respecto al evento traumático que la provocó. Puede causar síntomas abdominales secundarios a la encarceración de las asas en el saco herniario, problemas cardíacos por compresión de las cavidades cardíacas y problemas respiratorios.

El TCMC con contraste iv. y reconstrucciones multiplanares es la técnica diagnóstica de elección ya que aporta información necesaria tanto para su diagnóstico como para valorar las complicaciones asociadas y planificar el abordaje quirúrgico.

El tratamiento apropiado debe ser la reparación primaria del defecto pericárdico y diafragmático.

**Conclusión:**

Es importante que los médicos de urgencias tengan en cuenta la posibilidad de hernia diafragmática post-traumática, no sólo en el contexto de un paciente después de un traumatismo agudo, sino también en el caso de paciente con antecedente de traumatismo abdominal contuso.



**Fig.1:** Radiografía de abdomen en la que se visualizan asas de intestino delgado dilatadas superpuestas a la silueta hepática (flecha), desplazando el ángulo hepático del colon inferiormente, sugestivo de hernia interna. Burbuja de gas supradiafragmática, posible hernia diafragmática (estrella). **Fig.2:** Hernia diafragmática intrapericárdica de asas de íleon encarcerada (estrella) que comprime cavidades cardiacas derechas. **Fig.3:** Signos de congestión hepática y trayecto herniario de asas de íleon por delante de la silueta hepática (flecha).

### Bibliografía:

- Sharma OP. Pericardio-diaphragmatic rupture: five new cases and literature review. The Journal of Emergency Medicine 1999; 17(6):963-68.
- Barrett J, Satz W. Traumatic , pericardio-diaphragmatic rupture: an extremely rare cause or pericarditis. The Journal of Emergency Medicine, 2006; 30(2): 141–145.
- Reina A, Vidaña E, Soriano P et-al. Traumatic intrapericardial diaphragmatic hernia: case report and literature review. Injury, Int. J. Care Injured 32 (2001) 153–156.
- Öz N, Karg? AB, Zeybek A. Co-existence of a rare dyspnea with pericardial diaphragmatic rupture and pericardial rupture: a case report. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2015; 12 (2): 173-175.

<b>Caso</b>	(043) Signo del “halo invertido” en la mucormicosis pulmonar.
<b>Autores</b>	Elisabeth Cruces Fuentes Juana María Plasencia Martínez, Irene Vicente Zapata, Ana Sánchez González, Isabel González Moreno, Irene Cases Susarte
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

**Presentación:**

Hombre de 57 años con mielofibrosis primaria sometido a trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (TCH). El día de la infusión presenta fiebre refractaria a antibioterapia de amplio espectro coincidiendo con fase de neutropenia severa. Las radiografías de tórax revelaron una opacidad pseudonodular en el lóbulo superior derecho rápidamente progresiva, indicación de TC torácica urgente, que mostró una extensa consolidación nodular con un componente de vidrio deslustrado central (signo del “halo invertido”) y periférico (signo del “halo”). El lavado broncoalveolar (LBA) aisló las hifas típicas de mucormicosis (1). El día +6 una TC cerebral, indicada por congestión nasal, demostró un émbolo séptico que progresó a absceso cerebral el día +22.

**Discusión:**

La Mucormicosis pulmonar (MP) es una infección fúngica oportunista grave típica de pacientes inmunocomprometidos (1). Cursa con fiebre, disnea, tos no productiva y dolor torácico (2,3).

Las manifestaciones radiológicas son inespecíficas: consolidación lobar, masa solitaria, lesión cavitada o forma diseminada (4-6). Sin embargo, el signo del “halo invertido” en TC (vidrio deslustrado rodeado de consolidación) se ha descrito como un signo bastante específico de MP (7-9).

El diagnóstico definitivo requiere identificar las hifas o cultivar el organismo a partir de muestras de esputo, secreciones nasales, LBA o material de biopsia. No existen antígenos específicos de Mucorales (3). Los signos radiológicos de la TC pueden anticiparse hasta 5 días a los microbiológicos, permitiendo un tratamiento precoz.

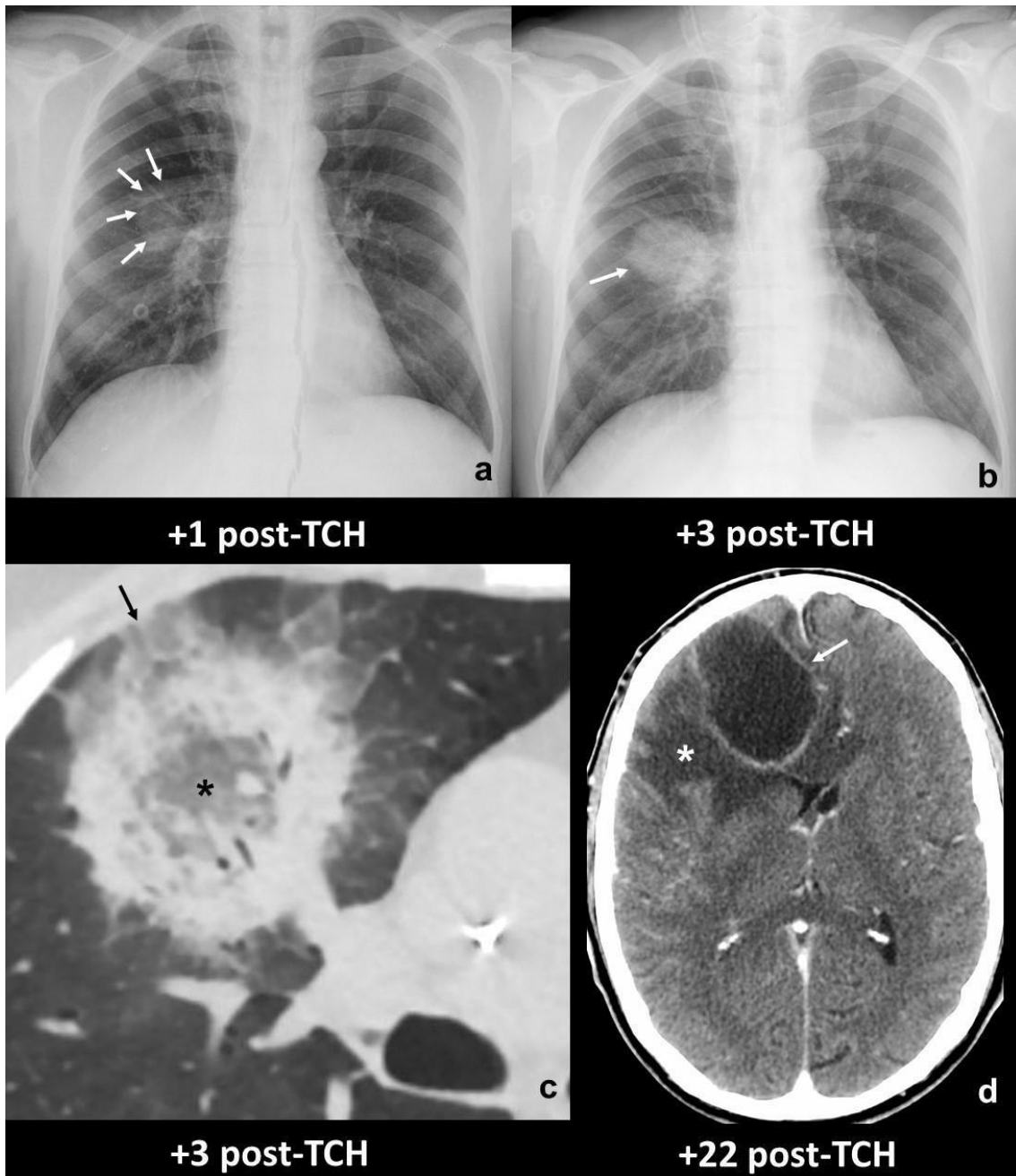
La MP tiene una alta incidencia de diseminación hematológica. El cerebro es el lugar más comúnmente afectado (10). La mortalidad alcanza el 50-70%, aumentando al 95% cuando existe diseminación extratorácica (2).

El tratamiento quirúrgico asociado a terapia antifúngica sistémica (anfotericina B) proporciona la mayor supervivencia (2).

**Conclusión:**

En pacientes neutropénicos, el signo del “halo invertido” debe hacernos sospechar una posible mucormicosis pulmonar en el contexto clínico adecuado.





**Radiografías de tórax PA el día +1 (a) y +3 (b) donde se aprecia una consolidación pseudonodular en el LSD (flechas) que progresa rápidamente. En corte axial de TC torácica con ventana pulmonar (c) identificamos una masa nodular con tres componentes: consolidación en anillo, vidrio deslustrado periférico circundante (signo del halo) (flecha) y central (signo del halo invertido) (\*). En la TC craneal con contraste intravenoso (d) se aprecia un absceso cerebral con realce en anillo (flecha) y edema vasogénico (\*) secundario a émbolo séptico.**

### Bibliografía:

1. Pagano L, Offidani M, Fianchi L, Nosari A, Candoni A, Picardi M, et al. Mucormycosis in hematologic patients. *Haematologica*. 2004; 89(2):207-14

2. Spellberg B, Edwards J, Ibrahim A. Novel perspectives on mucormycosis: Pathophysiology, presentation, and management. *Clinical Microbiology Reviews*. 2005.
3. Walsh TJ, Gamaletsou MN, McGinnis MR, Hayden RT, Kontoyiannis DP. Early clinical and laboratory diagnosis of invasive pulmonary, extrapulmonary, and disseminated mucormycosis (zygomycosis). *Clin Infect Dis*. 2012; 54 (suppl\_1): S55-S60.
4. Wang X, Guo L, Xue S, Chen Y. Pulmonary mucormycosis: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2016 Mar 22;11(5):3049–53.
5. Horgler M, Hebart H, Schimmel H, Vogel M, Brodoefel H, Oechsle K, et al. Disseminated mucormycosis in haematological patients: CT and MRI findings with pathological correlation. *Br J Radiol*. 2006;79:e88–95.
6. McAdams HP, De Christenson MR, Stollo DC, Patz EF. Pulmonary mucormycosis: Radiologic findings in 32 cases. *Am J Roentgenol*. 1997; 168(6):1541-8.
7. Georgiadou SP, Sipsas N V., Marom EM, Kontoyiannis DP. The diagnostic value of halo and reversed halo signs for invasive mold infections in compromised hosts. *Clin Infect Dis*. 2011;52(9):1144–55.
8. Godoy M, Viswanathan C, Marchiori E, Truong MT, Benveniste MF, Rossi S, et al. The reversed halo sign: Update and differential diagnosis. *Br J Radiol*. 2012;85:1226–35.
9. Marchiori E, Zanetti G, Hochegger B, Irion KL, Carvalho ACP, Godoy MCB. Reversed halo sign on computed tomography: State-of-the-art review. *Lung*. 2012; 190(4):389-94.
10. Higo T, Kobayashi T, Yamazaki S, Ando S, Gono W, Ishida M, et al. Cerebral embolism through hematogenous dissemination of pulmonary mucormycosis complicating relapsed leukemia. *Int J Clin Exp Pathol*. e-Century Publishing Corporation; 2015;8(10):13639–42.

<b>Caso</b>	(046) Íleo bilar
<b>Autores</b>	Lidia Nicolás Liza L. Gijón De La Santa, B. Sastre Borregón, A. Joaquín Laguna, Mj. Raya Núñez, J. Martínez Ollero
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Guadalajara

**Presentación:**

Mujer de 89 años acude a urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución consistente en náuseas y vómitos oscuros, asociados a dolor abdominal difuso con ausencia de tránsito intestinal. Abdomen timpánico, doloroso a la palpación superficial. Elevación de reactantes de fase aguda.

**Discusión:**

Evaluando todos los hallazgos, obstrucción intestinal mecánica por litiasis ectópica de origen biliar y neumobilia, en ausencia de cirugía biliar previa, debemos sospechar íleo biliar. Estos signos constituyen la tríada de Rigler y confirman el diagnóstico definitivo.

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción mecánica de intestino delgado. Aunque en ancianos no es rara.

Ocurre cuando un cálculo biliar atraviesa una fístula formada entre vesícula e intestino delgado (frecuentemente duodeno), favorecida por un proceso inflamatorio recurrente perivesicular. El cálculo migra intraluminalmente hasta impactarse en intestino delgado (comúnmente en la válvula ileocecal) y producirá una obstrucción mecánica con dilatación retrógrada.

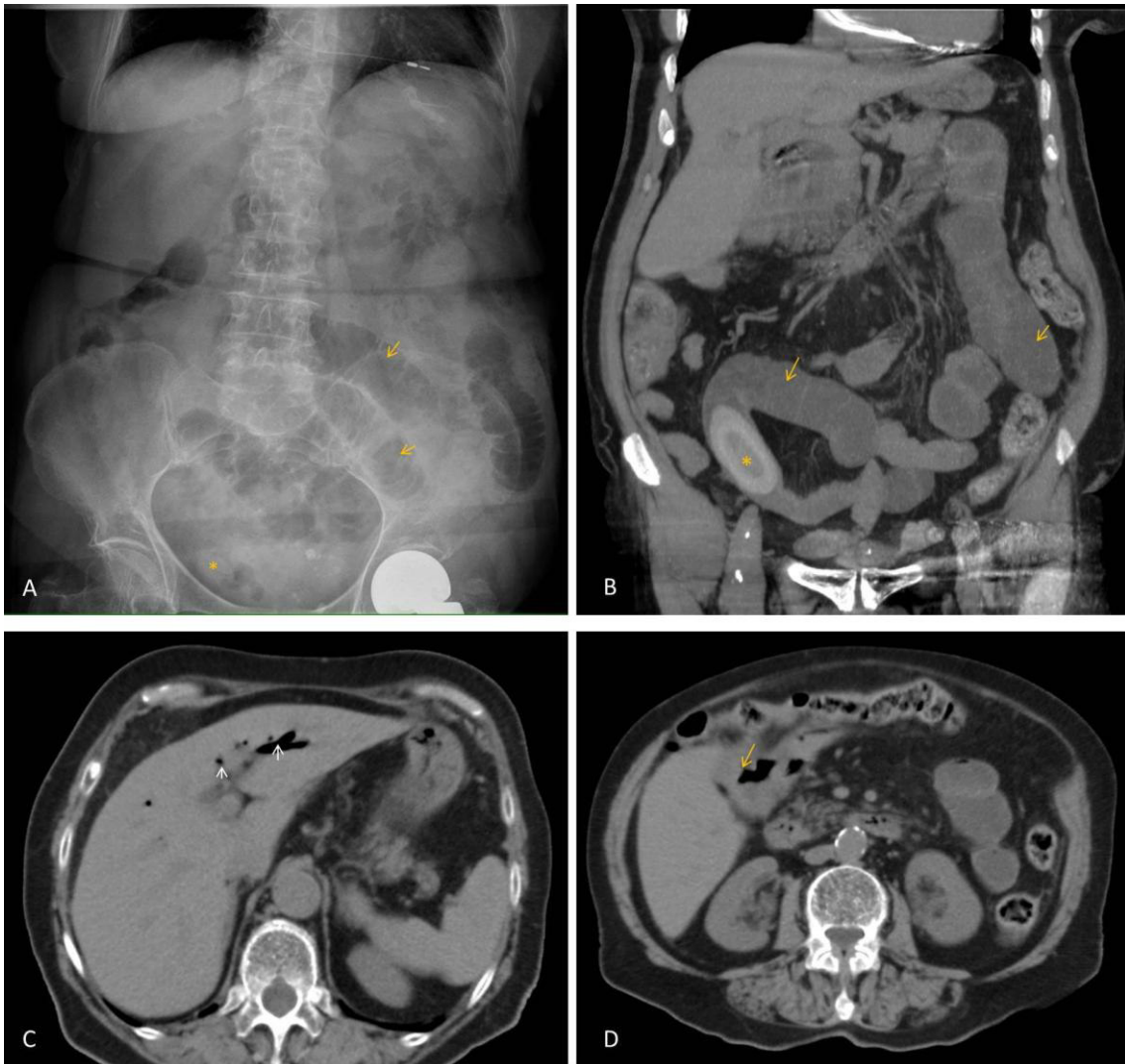
Suele presentarse como dolor abdominal agudo, tipo cólico, vómitos oscuros y distensión abdominal con ausencia de emisión de heces/gases.

La radiografía puede establecer el diagnóstico. Sin embargo, la TC tiene mayor sensibilidad y especificidad, pues confirma el diagnóstico, valora la severidad de la obstrucción, identifica el punto de transición y detecta complicaciones (líquido libre, neumoperitoneo...) que empeoran el pronóstico.

El tratamiento definitivo suele ser quirúrgico, aunque hay controversia si realizar sólo enterolitotomía exclusivamente o combinar enterolitotomía, colecistectomía y cierre de la fístula bilioentérica.

**Conclusión:**

Íleo bilar.



**A. Radiografía simple:** dilatación de asas de intestino delgado (flechas), identificando en fosa ilíaca derecha una imagen radioopaca ovalada (asterisco). **TC abdominal civ:** B) dilatación de intestino delgado (flechas), observando en la zona de transición (ileon distal) una gran imagen intraluminal, calcificada en "capas de cebolla", compatible con litiasis ectópica (asterisco). C) Aerobilia intrahepática (flechas). D) Vesícula de pequeño tamaño con contenido aéreo (flecha).

### Bibliografía:

1. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2016;8(1):65-76. doi:10.4240/wjgs.v8.i1.65.
2. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A et-al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;185 (5): 1159-65.

<b>Caso</b>	(047) Causa inesperada de parálisis facial.
<b>Autores</b>	Laura Abenza Oliva M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernandez, M <sup>o</sup> Jesús Fernández Ferrando, Carmen Alemán Navarro, M <sup>a</sup> Del Carmen Gutierrez Sánchez, Lucía Sanchez Alonso
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

**Presentación:**

Mujer de 68 con parálisis facial periférica de horas de evolución. Se solicitó un TC craneal urgente, en el que no se detectaron alteraciones intracraneales. En las últimas imágenes se objetiva una imagen nodular localizada en el espacio parotídeo derecho. Ante los hallazgos se realizó una ecografía encontrando una lesión sacular hipoecogénica, que presentaba el signo del ying-yang con el Doppler, compatible con un pseudoaneurisma. La lesión se localizaba en contacto teórico con el trayecto extracraneal del nervio facial. En el TC de cuello y en la reconstrucción 3D se objetivo una lesión hiperdensa de densidad similar a la vena. Además se observa artefacto por múltiples hilos metálicos subcutáneos debidos a cirugía estética.

**Discusión:**

Los pseudoaneurismas venosos son una causa rara de masa en el cuello, generalmente son debidos a un traumatismo. En nuestro caso la paciente se sometió a estiramientos con hilos de oro que se introducían desde la cavidad oral hacia la piel lo que presumiblemente daño la vena retromandibular provocando un pseudoaneurisma y el trayecto extracraneal del nervio facial.

El diagnóstico de pseudoaneurisma venoso puede lograrse utilizando principalmente con ecografía-Doppler o angiografía por TC o RM.

Los pseudoaneurismas en el territorio facial pueden dar clínica de inicio agudo de parálisis facial, debilidad de los músculos faciales y hormigueo de la mejilla o la boca.

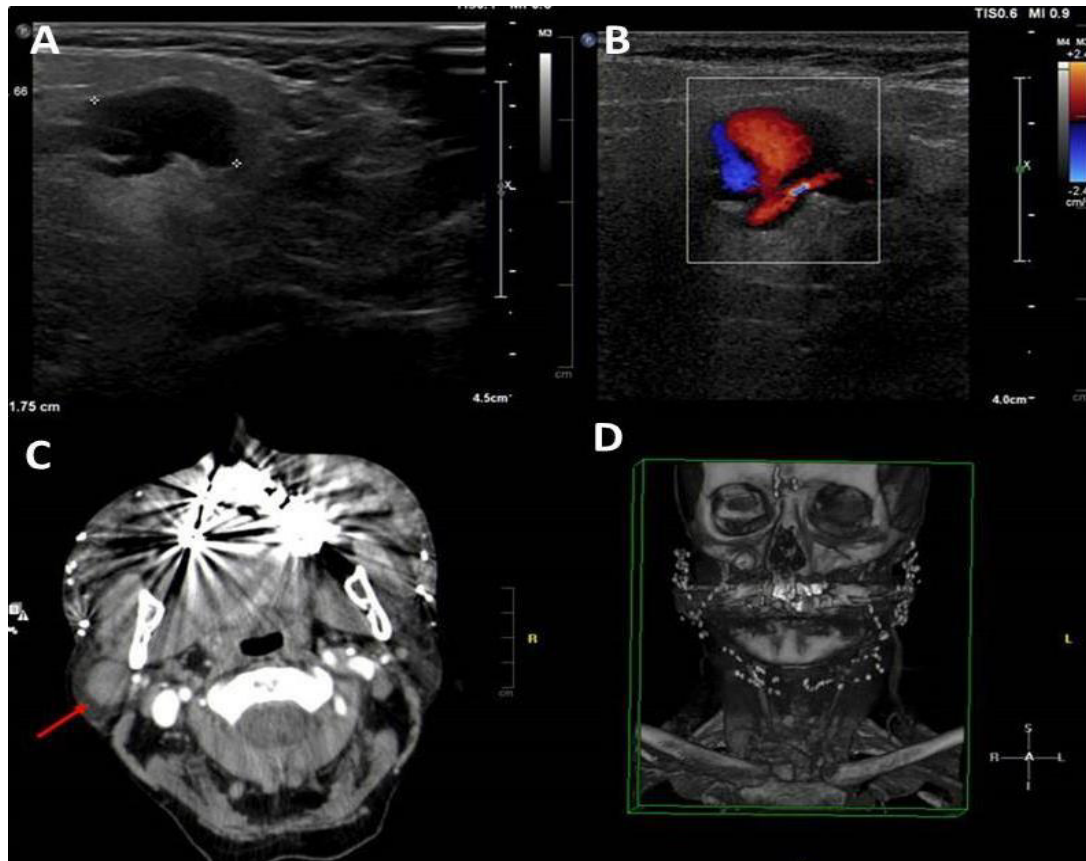
Algunas complicaciones pueden ser la ruptura, efecto de masa sobre las estructuras adyacentes, embolia por coagulación o formación de trombo, infección o necrosis cutánea.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con hematomas, tumores parotídeos, quistes, aneurisma arterial, ganglio linfático...

El tratamiento de elección de los pseudoaneurismas es el manejo endovascular con embolización o reparación quirúrgica.

**Conclusión:**

Ante parálisis facial hay que tener en cuenta patologías poco frecuentes, incluidas causas iatrogénicas, siendo fundamentales las pruebas de imagen para su correcta caracterización.



**Imagen sacular anecoica (A), con signo Ying-Yang con eco-Doppler (B) sugestivo de pseudoaneurisma. Corte axial TC cuello con contraste: lesión hiperdensa similar a los vasos en el espacio parotídeo derecho y múltiples artefactos metálicos subcutáneos (C). VR3D: hilos de oro por cirugía estética (D).**

### **Bibliografía:**

1. Ku YK, Chen H.Wu, Chen H.-Wen, Fu C.J., Chin SC., and Liu YC. Giant Extracranial Aneurysms of Both Internal Carotid Arteries with Aberrant Jugular Veins in a Patient with Neurofibromatosis Type 1 . AJNR Am J Neuroradiol October. 2008; 29: 1750-1752.
2. Pinjala RK, Joshi S, and Rammurti S. Traumatic pseudoaneurysm of the Internal Maxillary Artery. European Society for Vascular Surgery. 2007; Extra 14: 54-5.
3. Battal B, Dursun E. External jugular vein aneurysm: clinical and radiologic imaging findings. The internet Journal of Head and Neck Surgery. 2008; ISSN: 1937-819X.

<b>Caso</b>	(048) Infecciones pulmonares de repetición.
<b>Autores</b>	Laura Abenza Oliva M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández, M <sup>a</sup> Jesús Fernández Ferrando, M <sup>a</sup> Del Carmen Gutierrez Sánchez, Francisca Cegarra
<b>Centro</b>	Navarro, Luis Alemañ Romero Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

**Presentación:**

Mujer de 29 años que acude a urgencias por presentar tos, dolor costal de características pleuríticas y expectoración maloliente. En la radiografía simple de tórax se observa una imagen redondeada, retrocardiaca, con nivel hidroaéreo asociado a derrame pleural izquierdo. En el Angio-TC torácico se observa una imagen de consolidación en el lóbulo inferior izquierdo, de bordes bien delimitados con nivel hidroaéreo. Presenta componentes quísticos múltiples, con realce heterogéneo alrededor de los mismos, además de un aporte vascular sistémico anómalo desde la aorta torácica sugestivo de secuestro pulmonar.

**Discusión:**

El secuestro pulmonar, es una entidad poco frecuente.

Se trata de un segmento pulmonar anómalo no funcionando que no comunica con el árbol traqueobronquial y presenta vascularización arterial sistémica.

Se clasifica en dos grupos: extralobar e intralobar.

El intralobar es el más frecuente, está contenido por la pleura visceral, no presentando pleura propia, y su drenaje venoso es a las venas pulmonares. Puede diagnosticarse en niños mayores o adultos como un hallazgo incidental.

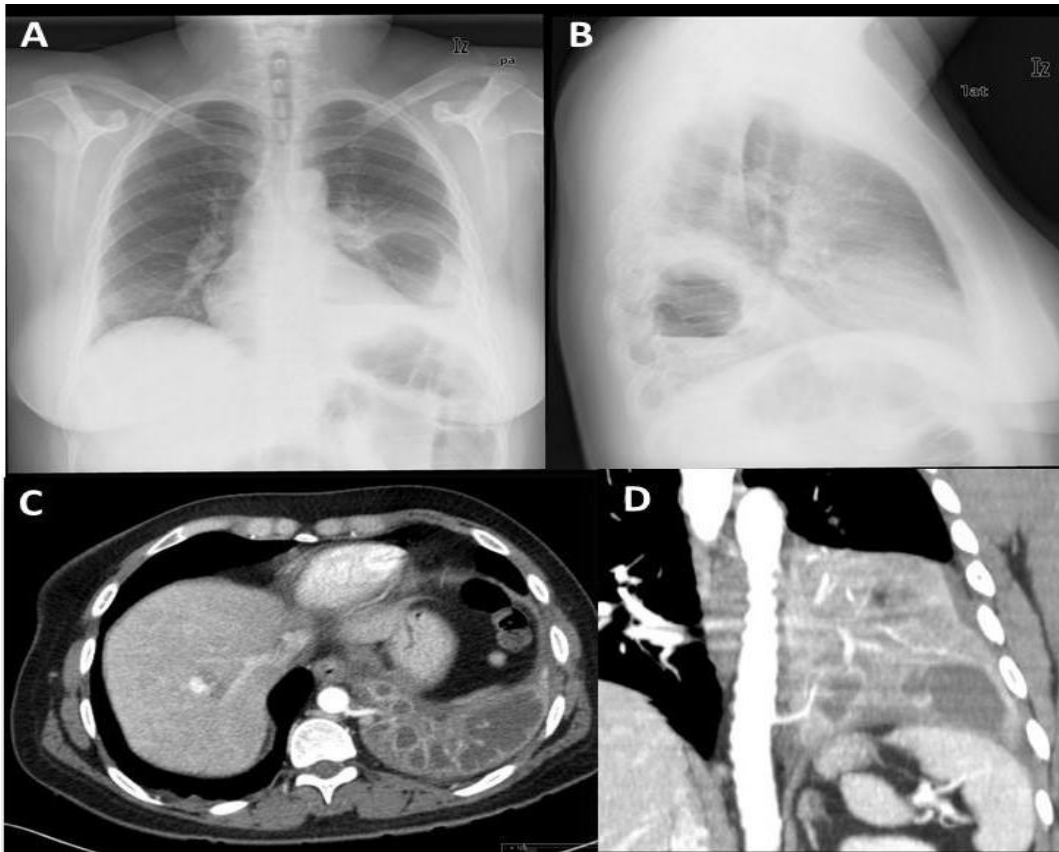
El extralobar se encuentra cubierto por su propia pleura y su drenaje venoso es sistémico, a la vena cava inferior, sistema ácigos o vena porta. Se detecta normalmente en el periodo neonatal.

Es característico encontrar una opacidad focal o masa pulmonar en los segmentos posteriores de los lóbulos inferiores, más frecuente en el lado izquierdo, al igual que en el caso de nuestra paciente.

Es importante conocer las posibles complicaciones tales como las infecciones de repetición y hacer el diagnóstico diferencial con patologías tanto benignas, como malignas que presentan imágenes radiológicas similares (absceso, neumonía, ca. broncogénico, malformación congénita quística adenomatoide...)

**Conclusión:**

El secuestro pulmonar, es una entidad poco frecuente, que puede ser causa de infecciones de repetición. Es imprescindible reconocer sus hallazgos radiológicos característicos para realizar un correcto tratamiento posterior.



*Radiografía de tórax PA y L: imagen retrocardiaca con nivel hidroaéreo, asociado a derrame pleural izquierdo (figuras A y B). Corte axial de TC de tórax con contraste: consolidación en el segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo con múltiples áreas quísticas (C) y en corte coronal se identifica un aporte vascular sistémico anómalo desde la aorta torácica (D).*

### **Bibliografía:**

- 1.- Congenital Abnormalities of Intrathoracic Airways. A Desir, B Ghaye. Radiol Clin N Am 47 (2009) 203-225
- 2.- Multidetector CT Evaluation of Congenital Lung Anomalies. E Y Lee, P Boiselle, R H Cleveland. Radiology (2008); 247: 3



<b>Caso</b>	(049) Vasculitis, un diagnóstico no sospechado
<b>Autores</b>	Sonia Santos-ochoa De Eribe L Alonso Irigaray, E Diez Lasheras, I Hermoso Mendoza, I Enciso Baztan, E Sanz González
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Araba

**Presentación:**

Mujer de 65 años con dolor en hemicara y cuello, sudoración y sensación de mareo. Se realizó un angioTC con protocolo de disección aórtica, la cual fue descartada (fig. 1c). Se objetivó un engrosamiento difuso de arterias subclavias, axilares y aorta torácica con hiperatenuación de la grasa adyacente, compatible con vasculitis (fig. 1a, 1c indicado con flechas). Se complementó con una PET-TC que demostró aumento del metabolismo de glucosa en dichas arterias (fig. 1b, 1d indicado con flechas).

**Discusión:**

La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa de grandes vasos de causa desconocida con una incidencia de 1,26 por millón de habitantes en Europa. Los síntomas y signos clínicos varían dependiendo de los vasos afectados, habitualmente la aorta y ramas principales. La fase temprana se manifiesta como un síndrome constitucional. La fase tardía se caracteriza por manifestaciones relacionadas con estenosis, oclusión o dilatación arterial.

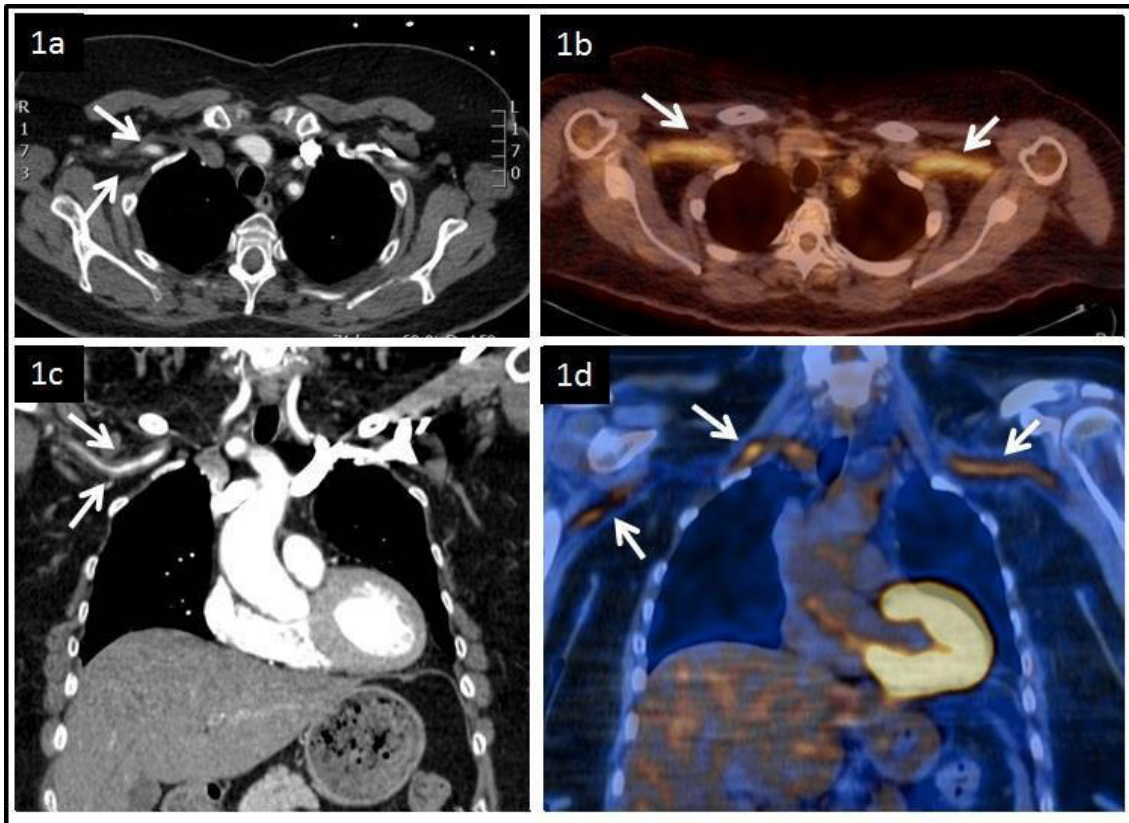
Para el diagnóstico de la enfermedad se utilizan diferentes criterios clínicos, radiológicos e histológicos, como los de la American College of Rheumatology o Ishikawa; aunque hasta un 40-70% no cumplen los criterios necesarios. Nuestra paciente únicamente presentaba unos pulsos radiales débiles y tensión arterial braquial baja. Los niveles elevados de VSG, PCR, leucocitosis o anemia, son indicadores de actividad, que aunque poco específicos, la paciente los tenía elevados.

El diagnóstico de confirmación es la biopsia, siendo a menudo inaccesible por la localización. La angioTC fue la que orientó el diagnóstico en ausencia de sospecha clínica. Se complementó con una PET-TC, la cual es muy sensible para el diagnóstico. Utiliza la escala visual de Meller, en la que se compara la captación de los tejidos con respecto a la del hígado, siendo la captación igual o mayor a la hepática muy sugestiva de vasculitis.

El tratamiento se basó en la administración de corticoides.

**Conclusión:**

La enfermedad de Takayasu es habitualmente un diagnóstico poco sospechado clínicamente, con dolores tóraco-abdominales de difícil explicación clínica, patología vascular atípica o síndrome constitucional. Las pruebas de imagen pueden resultar altamente rentables en el diagnóstico precoz.



**Figuras 1a y 1c: imágenes axial y coronal de angioTC Figuras 1b, 1d: imágenes axial y coronal de PET-TC**

### Bibliografía:

1. Ramírez-Cruzl GB, Criales-Vera SA. Enfermedad de Takayasu: espectro de hallazgos por imagen. *Anales de Radiología México* 2013;4:255-261
2. Villa I, Agudo M, Martínez-Taboada VM. Avances en el diagnóstico de las vasculitis de vasos de gran calibre: identificación de biomarcadores y estudios de imagen. *Reumatol Clin* 2011;7(3):22-7
3. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med* 1994; 120(11):919-29.
4. Pacheco MC, Mínguez M, Martínez A, Bernabeu MP. Diagnóstico preco de las vasculitis de grandes vasos. Utilidad de la tomografía por emisión de positrones con la tomografía axial computarizada. *Reumatol Clin*. 2013; 9(1):65-8
5. Urruela S, Madrazo M, Muñoz I, Marín A, Nieto C, Esteban E, et al. Vasculitis de grandes vasos: papel de la imagen en el diagnóstico y tratamiento. *Rev Clin Esp*. 2013; 213:637
6. Madrazo M, Muñoz I, Urruela S, Esteban E, Gallego F, et al. Vasculitis de grandes vasos: ¿un diagnóstico casual? *Rev Clin Esp* 2013; 213:608

7. Walter MA, Melzer RA, Schindler C, Müller-Brand J, Tyndall A, Nitzsche EU. The value of [18F]FDG-PET in the diagnosis of large-vessel vasculitis and the assessment of activity and extent of disease. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging* 2005; 32(6): 674-681

8. Stenova E, Mistec S, Povinec P. FDG-PET/CT in large-vessel vasculitis: its diagnostic and follow-up role. *Rheumatol Int* 2010; 30:1111-1114

<b>Caso</b>	(050) Ileo parálitico secundario a rotura vesical intraperitoneal iatrogénica
<b>Autores</b>	Agustina Vicente Bártulos A. Ureña Vacas, O. Sanz De León, S. Resano Pardo, C. Campos Ferrer, I. Pecharromán De Las Heras.
<b>Centro</b>	H.U. Ramón y Cajal.

**Presentación:**

Paciente de 73 años intervenido de resección transuretral (RTU) hace 5 días. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal, náuseas y ausencia de deposición. Ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal/ ileo parálitico, se solicita TC abdominal.

**Discusión:**

Inicialmente se realiza TC abdominopélvico sin contraste oral y sin CIV pero se visualiza contraste oral en asas intestinales debido a la administración de gastrografin, indicado por médico de urgencias, para resolución del posible ileo/obstrucción.

Las asas de intestino delgado están distendidas y se visualiza paso de contraste hasta colon, sin causa obstructiva. Se identifica líquido libre en pelvis y entre asas y se decide completar el estudio con Cisto-TC administrando contraste yodado a través de sonda vesical diluido al 10%. Se objetiva así extravasación de contraste por espacios intraperitoneales y pelvis, además de objetivar vejiga con escasa repleción, lo que sugiere se trate de una rotura vesical intraperitoneal. En reconstrucciones MPR-sagital y coronal se identifica solución de continuidad en pared superior y posterior de vejiga, y la evidencia de la fuga de contraste.

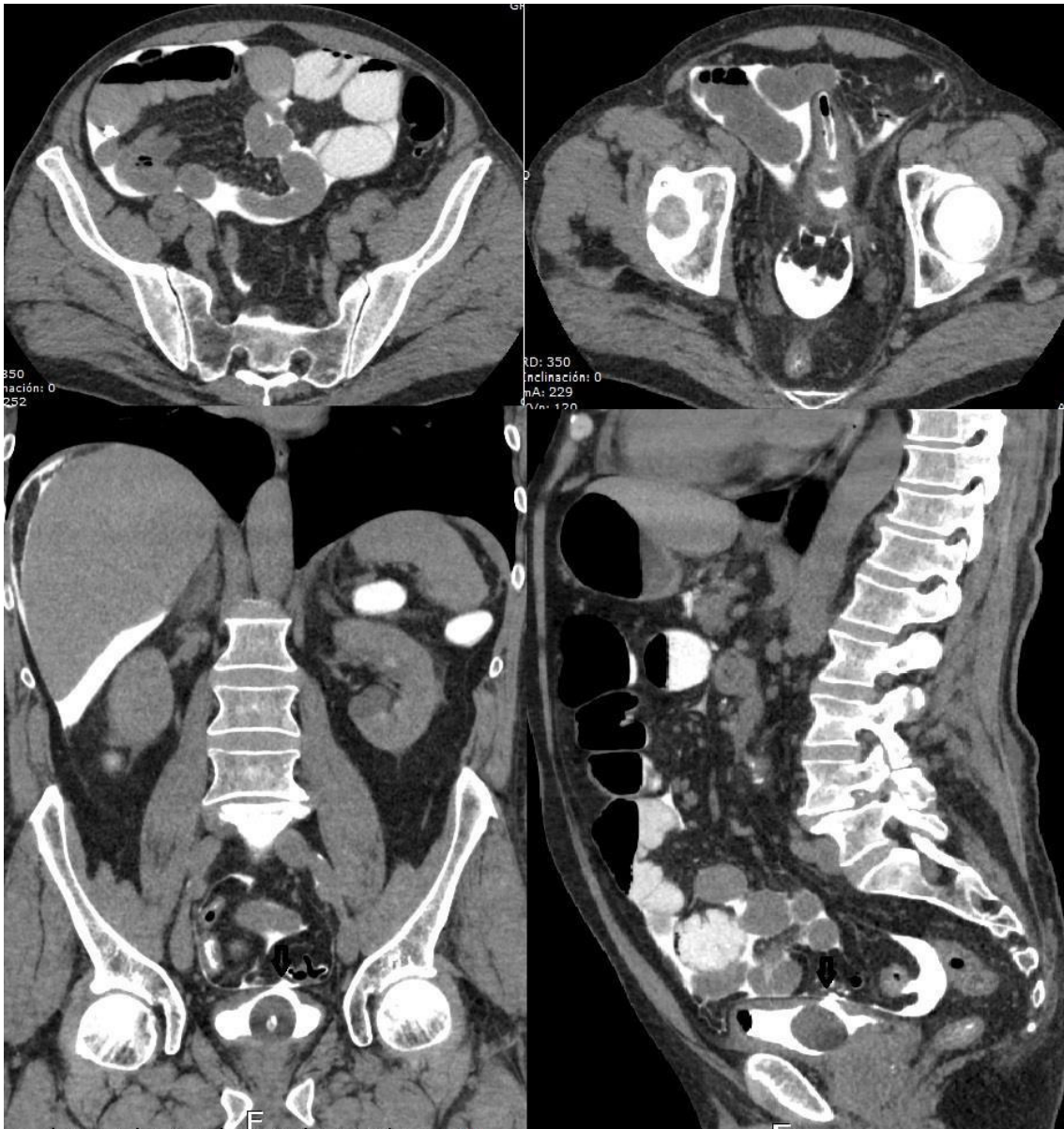
A pesar de la técnica urológica realizada y que no fue compleja durante su realización, la rotura intraperitoneal de la vejiga, no sospechada, fue iatrogénica y requirió una cistografía laparoscópica.

El uso de varios contrastes en pacientes de urgencias (contraste oral junto con contraste endovenoso o contraste intravesical) y en los que se demuestre extravasado, puede dificultar la identificación de su origen. En este caso la mayor densidad del contraste extravasado que la del intestinal, la igualdad de densidad con el vesical y la disminución del contenido vesical dejan clara su dependencia. Por otro lado, la identificación de la solución de continuidad en la vejiga, ya es totalmente diagnóstica.

Si el estudio se hubiera realizado sólo con CIV en fase excretora en vez de cisto-TC podía no haberse demostrado extravasado por falta de distensión vesical. Por ello ante lesiones o cirugías vesicales la administración de contraste vesical es imprescindible al igual que el endorrectal ante sospechas de dehiscencia.

**Conclusión:**

Ileo parálitico secundario a rotura vesical intraperitoneal iatrogénica.



***Cortes axiales y MPR coronal y sagital en TC-Abdominal y cisto-TC. Extravasación de contraste vesical a pelvis y abdomen y solución de continuidad en pared vesical en relación con rotura vesical intraperitoneal. Ileo paralítico secundario.***

**Bibliografía:**

- 1.-Ribeiro da Silva MN1, Lopes Neto AC, Zambon JP, Verotti MJ, Wroclawski ER. Vesical explosion during transurethral resection of the prostate: report of a case. Arch Esp Urol. 2006 Jul-Aug;59(6):651-2.
- 2.- Deck AJ1, Shaves S, Talner L, Porter JR. Computerized tomography cystography for the diagnosis of traumatic bladder rupture. J Urol. 2000 Jul;164(1):43-6.

<b>Caso</b>	(051) Rabdomiosarcoma embrionario pélvico.
<b>Autores</b>	Pablo Marazuela García I. Coronel Bermúdez-prats, B. Alba Pérez, A. López-frías López-jurado, J.m. Blanc Molina, I.c. Mota Goitia
<b>Centro</b>	H.U. Ramón y Cajal.

**Presentación:**

Niña de 24 meses con decaimiento y apatía. Fiebre de hasta 38,2 °C y vómitos desde hace 4 días, en tratamiento con Amoxicilina por diagnóstico previo, el día anterior, de neumonía en SU ajeno. Exploración abdominal con leve dolor a la palpación profunda. Datos de laboratorio: Hb 4,9 y Hcto 15%.

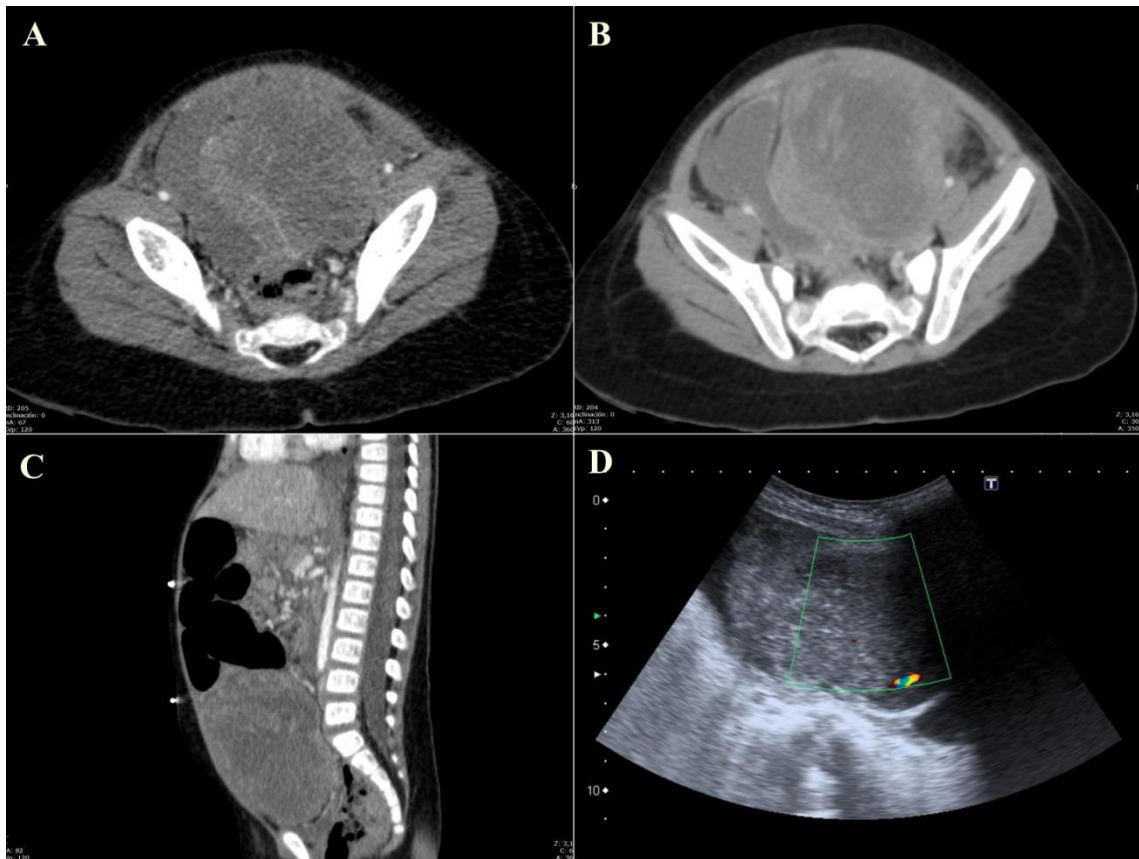
**Discusión:**

De manera inicial se realiza estudio ecográfico en el que se observa abundante líquido libre intraperitoneal ecogénico. Se completa estudio con TC multifásico. Confirmación de la presencia de líquido libre intraperitoneal, con signo del hematocrito, compatible con hemoperitoneo, sin punto de sangrado evidente en fase arterial. Se identifica una masa pélvica de aproximadamente 5,6 x 8 x 7.5 cm, que parece depender del útero. La lesión presenta un aspecto hipodenso, con pared nodular que capta contraste y con algunas bandas densas en su interior que no se modifican en las distintas fases del estudio, sugiriendo contenido hemático. El margen lateral izquierdo de la misma no se define correctamente lo que podría sugerir rotura a dicho nivel. Se plantea el diagnóstico diferencial de rabdomiosarcoma / rabdomiosarcoma botrioide.

A pesar de tratarse de una entidad bastante rara, el rabdomiosarcoma es el tumor más frecuente del tracto genitourinario inferior en las dos primeras décadas de vida. Sin embargo la invasión de estructuras adyacentes puede dificultar el lograr establecer una correcta órgano-dependencia. Dentro de los rabdomiosarcomas en edad infantil la mayoría de casos pertenecen al subtipo histológico embrionario.

**Conclusión:**

Se realizó estudio RM diferido, tras estabilización de la paciente, concluyendo el mismo diagnóstico diferencial que en la TC. Tras la resección quirúrgica de la lesión, el estudio AP caracterizó la lesión como rabdomiosarcoma embrionario pélvico, iniciándose a los 15 días el correspondiente tratamiento quimioterápico.



**A. Corte axial fase arterial. B. Corte axial fase venosa. C. Reconstrucción sagital fase arterial. D. Imagen ecográfica inicial.**

### **Bibliografía:**

1. Geoffrey A. Agrons, MD. Brentj Wagner, MD. Gaelj Lonergan, Maf, USAF, MC. Glenn E. Dickey, Lt Col, USAF, MC. Michael S. Kaufman, MD. From the Archives of the AFIP. Genitourinary Rhabdomyosarcoma in Children Radiologic-Pathologic Correlation. Radiographics 1997 vol 17. Pages 919-937.
2. Ling-Ling Qiu, MD, Ri-Sheng Yu, MD, PhD, Ying Chen, MD, and Qin Zhang, MD. Sarcomas of Abdominal Organs: Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging Findings. Seminars in Ultrasound CT and MRI 2011. Pages 405-421.

<b>Caso</b>	(052) Hematoma perirrenal espontáneo tras cateterismo cardíaco.
<b>Autores</b>	Pablo Marazuela García A. Arribas Marcos, B. Alba Pérez, A. López-frías López-jurado, J.m. Blanc Molina, M. Navarro Hidalgo.
<b>Centro</b>	H.U. Ramón y Cajal.

### **Presentación:**

Paciente de 22 años con antecedentes de TGA, ventrículo único izquierdo, atresia tricuspídea, arco aórtico derecho, yuxtaposición izquierda de orejuelas, VCSI con drenaje en seno coronario. FA paroxística controlada con Sintrom desde hace un año. Ingreso de forma programada y realización de cateterismo cardíaco para colocación de Stents en conducto bicavo y rama pulmonar izquierda. Dolor abdominal y anemia importante con sospecha de hematoma con sangrado activo.

### **Discusión:**

TC abdominal con CIV:

Se identifica un voluminoso hematoma renal izquierdo de hasta 6 cm de espesor, con múltiples focos de sangrado activo en fase arterial que aumentan significativamente en fase venosa, tanto en polo superior, región interpolar, como inferior del riñón izquierdo. El hematoma de localización subcapsular y perirrenal se extiende también a espacios pararenal anterior y posterior, además de contenido hemático en gotiera ipsilateral. Condiciona significativo efecto de masa sobre el parénquima renal, desplazándolo anteriormente. Se visualizan así mismo focos hipodensos parcheados en su parénquima, sugestivo de zonas de isquemia. No apreciamos clara alteración de la arteria renal izquierda ni de las ramas polares visualizadas.

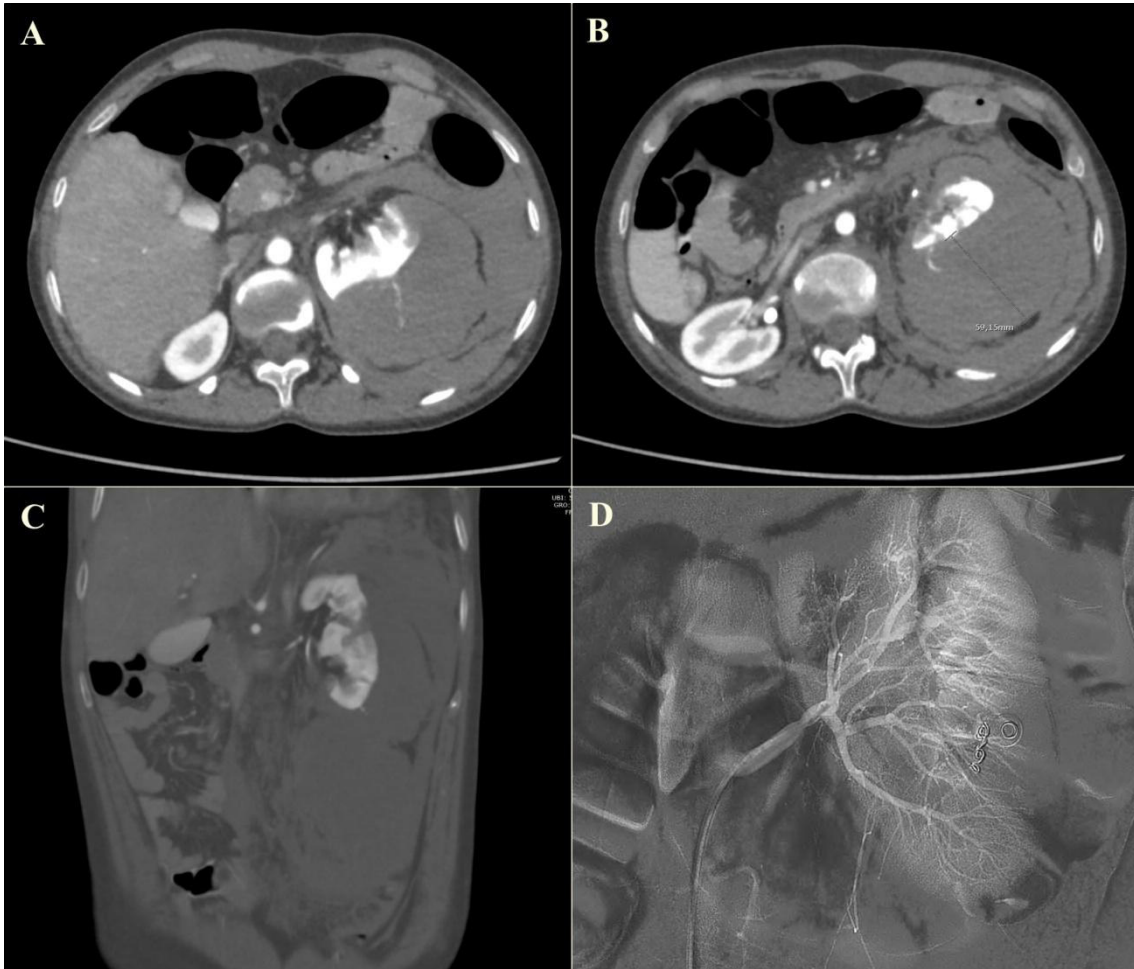
Se planteó como diagnóstico diferencial la afectación vascular tras proceso de cateterismo cardíaco. Sin embargo los hallazgos del estudio mediante TC sugieren sangrado renal izquierda grado IV que asocia voluminoso hematoma perirrenal abierto a peritoneo, sin otra causa valorable. Estos hallazgos sean probablemente debidos a alteración de la coagulación. Los hematomas provocados por desórdenes en la coagulación o alteraciones vasculares suelen ser más voluminosos y poseen una mayor tendencia a la ocupación de los espacios pararenales. El signo del hematocrito así como la afectación del parénquima renal apoyan la alteración de la coagulación como causa probable.

Este caso ilustra como el estudio mediante TC es la mejor herramienta diagnóstica que tenemos para valorar hemorragias activas internas. Nos permite además de ver la cuantía, diferenciar el origen del sangrado gracias a las fases arterial y venosa, detectando extravasaciones activas de CIV superiores a 0,3 ml/s. Así mismo nos es de gran utilidad descartando otras lesiones vasculares y proporciona una valiosa información sobre el mapa vascular, previa a posibles procesos intervencionistas posteriores.

### **Conclusión:**



Embolización por angiografía de rama segmentaria medial izquierda mediante coils. Persistencia de puntos de sangrado no embolizables mediante intervencionismo. Laparotomía y nefrectomía izquierda. Parénquima renal con áreas de necrosis isquémica cortical, en transición con zonas congestivas.



**A y B: Cortes axiales en fase arterial. C: Reconstrucción coronal en fase arterial. D: Puntos de sangrado activo en angiografía.**

### **Bibliografía:**

1. Mao Y, De Oliveira IS, Hedgire S, Prapruttam D, Harisinghani M. Aetiology, imaging features, and evolution of spontaneous perirenal haemorrhage. Clin Radiol. 2017 Feb;72(2):175.e19-175.e26.
2. Federle M.P., Brooke Jeffrey R, Woodward P.J., Borhani A.A. Hemorragia retroperitoneal por coagulopatía. Diagnóstico por imagen abdomen. Pages 924-927.

<b>Caso</b>	(054) Atragantamiento con “signo del cerebelo blanco” como augurio de un desenlace fatal.
<b>Autores</b>	Marta Tovar Pérez Irene Vicente Zapata, Juana M <sup>a</sup> Plasencia Martínez, Carmen Botía González, Lucía Hernández Sánchez, Elisabeth Cruces Fuentes.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer.

**Presentación:**

Mujer de 49 años que es traída por el equipo de emergencias al hospital debido a parada cardiorrespiratoria por atragantamiento con gajo de naranja. Ante esta clínica, se realiza TC de cráneo simple, observándose una pérdida de la diferenciación entre la sustancia blanca (SB) y la gris (SG) con obliteración bilateral del patrón de surcos, disminución del tamaño de los ventrículos y el “signo del cerebelo blanco”. Estos hallazgos indican edema cerebral difuso. Ante la ausencia de mejoría clínica a los 4 días se realiza nueva TC, donde los hallazgos descritos son más acentuados. La paciente falleció 6 días más tarde.

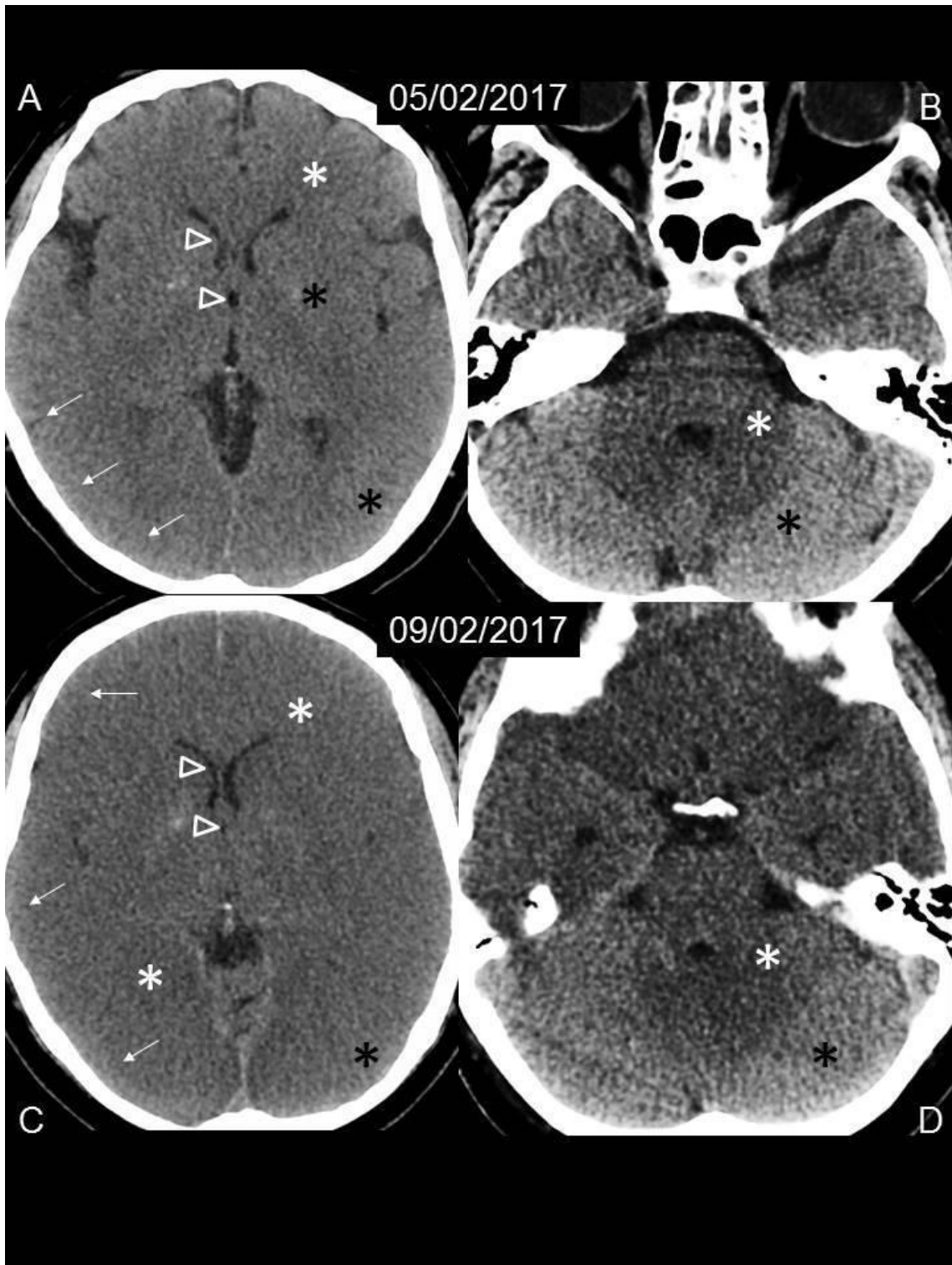
**Discusión:**

El edema cerebral difuso constituye una causa frecuente de mortalidad y discapacidad neurológica grave. En adultos suele deberse a encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria a parada cardiorrespiratoria o a enfermedad cerebrovascular.

Radiológicamente se caracteriza por una pérdida de la interfase entre la SB y la SG, dando lugar a una hipoatenuación de los hemisferios cerebrales. La densidad del troncoencéfalo y del cerebelo queda preservada. El contraste entre la densidad supra e infratentorial se conoce como “signo del cerebelo blanco”. En ocasiones puede estar también aumentada la densidad del troncoencéfalo, tálamos y ganglios basales, hallazgos que constituyen el “signo reverso”. Tanto el signo del cerebelo blanco como el signo reverso asocian un pronóstico neurológico sombrío por daño neurológico irreversible.

**Conclusión:**

Reconocer el signo del cerebelo blanco y el signo reverso en la encefalopatía hipóxico-isquémica ayuda a establecer el pronóstico de estos pacientes.



*Tc craneal simple inicial (A-B) y evolutivo (C y D): ausencia de diferenciación entre sustancia blanca (asterisco blanco) y gris (asteriscos negros) con hipoatenuación de ambos hemisferios cerebrales, a diferencia de los hemisferios cerebelosos, donde la densidad permanece conservada ("signo del cerebelo blanco"). Obliteración del patrón de surcos supratentorial con disminución del tamaño de sistema ventricular (cabezas de flecha). Los hallazgos empeoran en el estudio evolutivo (C-D)*

**Bibliografía:**

- 1.Huang BY, Castillo M. Hypoxic-Ischemic Brain Injury: Imaging Findings from Birth to Adulthood. RadioGraphics. 2008; 28(2):417-439.
- 2.Maciel C, D'Amico R, Gupta A. The Reversal Sign. The Neurohospitalist. 2015; 5 (4):251-252.
- 3.Kavanagh E. The Reversal Sign. Radiology. 2007; 245(3):914-915.

<b>Caso</b>	(055) Disección aórtica en paciente con sospecha de cólico renoureteral.
<b>Autores</b>	Beatriz Alba Pérez C. Picón Serrano, J.m. Blanc Molina, A. López-frías López-jurado, P. Marazuela García, M.a. Fernández Méndez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente con intenso dolor lumbar irradiado a abdomen, deterioro de la función renal y antecedentes personales de cólicos renoureterales.

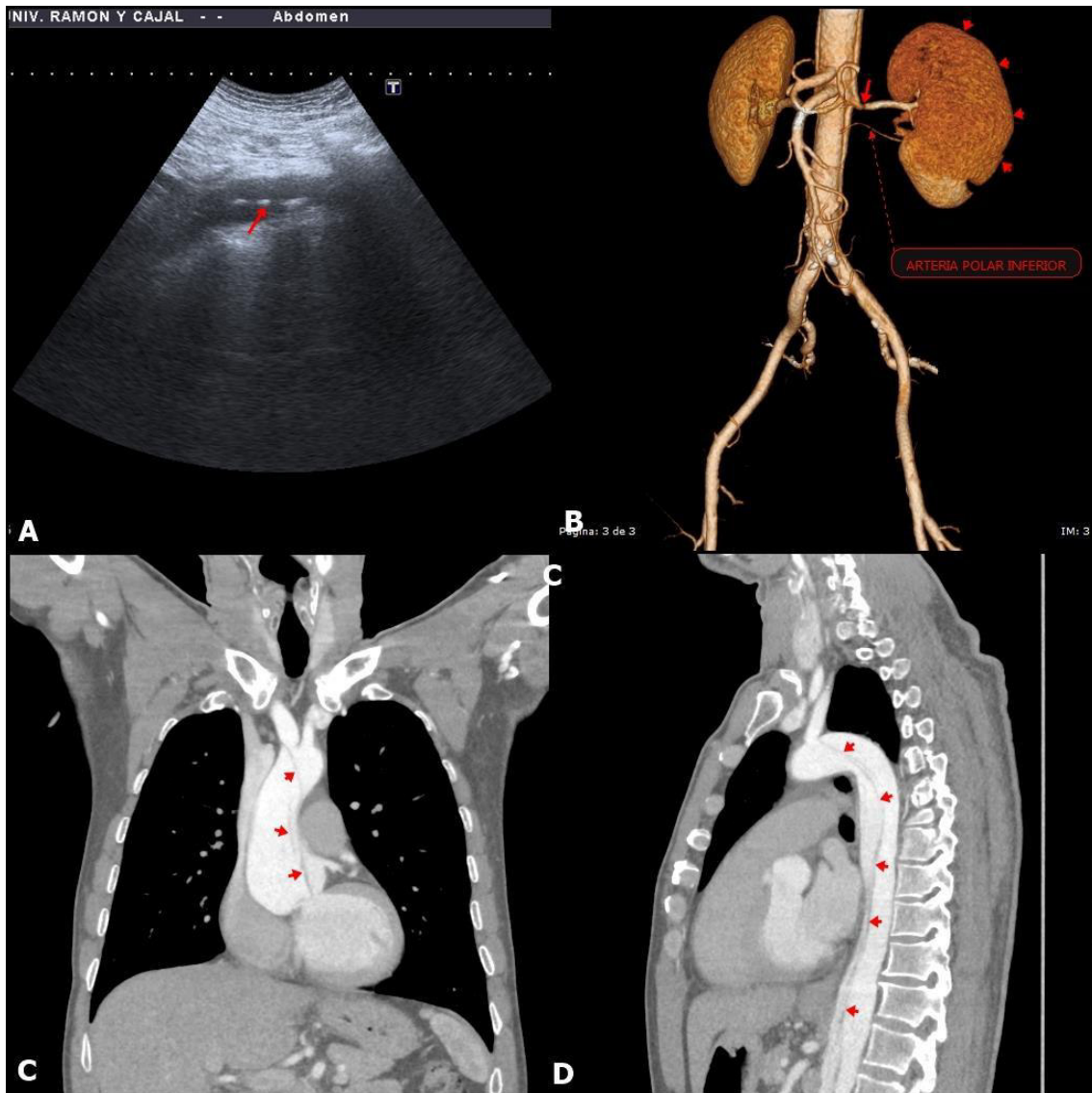
**Discusión:**

Ante la sospecha clínica, se realizó una ecografía abdominal, sin identificarse litiasis renoureterales ni uropatía obstructiva, pero llamaba la atención una imagen lineal hiperecogénica en la luz de la aorta abdominal, sugestiva de flap intimal. Se decidió completar el estudio con TC de tórax-abdomen-pelvis sin y tras administración de contraste intravenoso, en fases arterial y venosa, donde se evidenciaba una imagen lineal con origen en el plano valvular aórtico que se extendía por aorta toracoabdominal, origen de ambas ilíacas e ilíaca externa izquierda, compatible con flap intimal de disección aórtica aguda. La disección se extendía hasta la primera porción de arteria renal izquierda y asociaba extensa hipodensidad de la valva posterior del riñón izquierdo en relación con infarto renal. La presencia de una rama polar inferior izquierda independiente preservaba el resto del parénquima renal.

Este caso ilustra la dificultad para establecer una correcta sospecha clínica en pacientes con dolor abdominal agudo, ya que puede enmascarar múltiples entidades. En estos casos, el estudio ecográfico sistemático, que incluye la valoración de grandes vasos retroperitoneales, permite realizar un diagnóstico correcto y modificar la sospecha clínica inicial (justificable por el infarto renal) por una entidad (disección aórtica aguda) considerada una emergencia quirúrgica. En pacientes con clínica de cólico renoureteral, el despistaje de patología aórtica aguda debe ser evaluado en el estudio ecográfico, ya que los síntomas pueden ser superponibles y un rápido diagnóstico y tratamiento quirúrgico, determinan el pronóstico de estos pacientes.

**Conclusión:**

Paciente con sospecha de cólico renoureteral, con diagnóstico final de disección aórtica tipo A e isquemia renal secundaria.



**A.** Imagen lineal ecogénica en luz de aorta abdominal, compatible con flap intimal. **B.** Reconstrucción 3D con línea de disección en aorta abdominal, ilíacas y extensión al origen de arteria renal izquierda. Arteria polar inferior renal izquierda. Hipoperfusión parcial de riñón izquierdo. **C y D.** Reconstrucciones coronal y sagital de la disección en aorta torácica, con respeto de salida de troncos supraaórticos y arterias coronarias.

### Bibliografía:

1. Rucker CM, Menias CO, Bhalla S (2004) Mimics of renal colic: alternative diagnoses at unenhanced helical CT. *Radiographics* 24(Suppl 1):S11–S28, discussion S-33.
2. McMahon MA, Squirrell CA. Multidetector CT of Aortic Dissection: a pictorial review. *Radiographics* 2010; 30:445–60. doi: 10.1148/rg.302095104. pmid:20228328

<b>Caso</b>	(056) Fístula arteriovenosa ilio-ílica: una rara complicación del aneurisma de aorta abdominal.
<b>Autores</b>	Gianluca Martinelli Cristina Cortés León, Marta Escribano Perez, Yamilet Cepeda Ibarra, Jorge Escartin Lopez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

**Presentación:**

Varón de 58 años fumador e hipertenso que ingresa tras ser diagnosticado en urgencias de tromboembolismo pulmonar agudo con afectación de la arteria lobar inferior izquierda y sus ramas segmentarias. Durante su estancia hospitalaria refiere importante dolor constante en zona lumbar, incremento de la disnea y malestar general, con tensión arterial de 99/59 mm Hg. y frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto. En la analítica destacan: elevación de la troponina y la proteína C reactiva con valores de creatinquinasa normales. Ante la clínica, nos solicitan AngioTC urgente para descartar patología aórtica aguda. Se realiza angioTC de aorta con bolus tracking que demuestra gran aneurisma de aorta infrarrenal parcialmente trombosado que interesa también a ambas arterias iliacas comunes. Asocia comunicación entre la arteria iliaca común derecha y la vena iliaca común izquierda, que muestra opacificación temprana, similar a la de la aorta, con reflujo patológico de contraste a vena cava inferior y tromboembolismo pulmonar paradójico.

**Discusión:**

## DISCUSIÓN:

Se diagnóstica por tanto de aneurisma de aorta complicado con fístula arteriovenosa ilioiliaca.

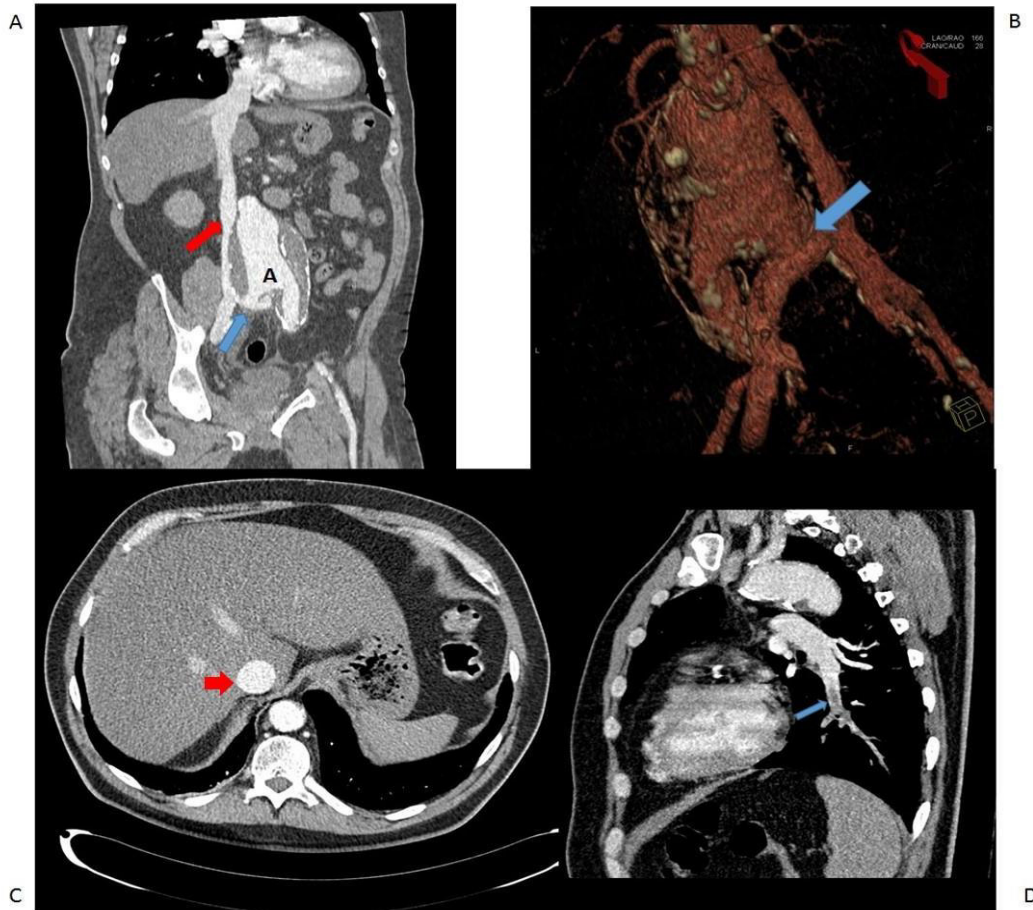
## Reflexión docente:

La realización de una angio TC de urgencia con protocolo específico para aorta proporcionó un diagnóstico rápido y preciso: por un lado, diagnóstico la existencia de un aneurisma infrarrenal con afectación de ambas iliacas. Por otro lado puso de manifiesto la existencia de una complicación, demostrando la existencia de una fístula arteriovenosa, el punto de comunicación exacto y su diámetro. Añadió por tanto información fundamental para el manejo del paciente.

**Conclusión:**

Las fístulas aortocava e ilio-liacas representan una rara complicación (1%) del aneurisma aórtico que requiere tratamiento quirúrgico urgente.

La angio TC proporciona un diagnóstico preoperatorio rápido y preciso y permite la adecuada planificación del tratamiento quirúrgico, influyendo radicalmente sobre el manejo del paciente.



**Angio TC de Aorta y reconstrucción coronal y sagital con técnica MIP y VRT demuestra gran aneurisma de aorta infrarrenal parcialmente trombosado que interesa también a ambas arterias iliacas comunes (Fig.A) Las flechas azules muestran el punto de comunicación entre la arteria iliaca común derecha y la vena iliaca común izquierda (Fig.A, B) Las flechas rojas (Fig A y C) indican la opacificación temprana, similar a la de la aorta, de la vena cava inferior. Fig.D : Defecto de repleción en arteria lobar inferior izquierda y sus ramas segmentarias (flecha) en relación con tromboembolismo pulmonar paradójico.**

### **Bibliografía:**

Davis MP, Gloviczki P, Cherry KJ, Toomey et al. Aorto-caval and ilioiliac arteriovenous fistulae. Am J Surg 1998; 176: 115-8.

Marinel·lo-Roura J. Aspectos clínicos y diagnósticos de los aneurismas de aorta. In Estevan-Solano JM, ed. Tratado de aneurismas. Barcelona: J. Uriach; 1997. p. 83.



<b>Caso</b>	(057) Isquemia mesentérica aguda: una urgencia de mal pronóstico
<b>Autores</b>	Ana Belén Gil Guerra María Pina Pallín, Laura Casadiego Matarranz, Elena Núñez Miguel, Esther Gómez San Martín, Mohamed Brahem Salik.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

**Presentación:**

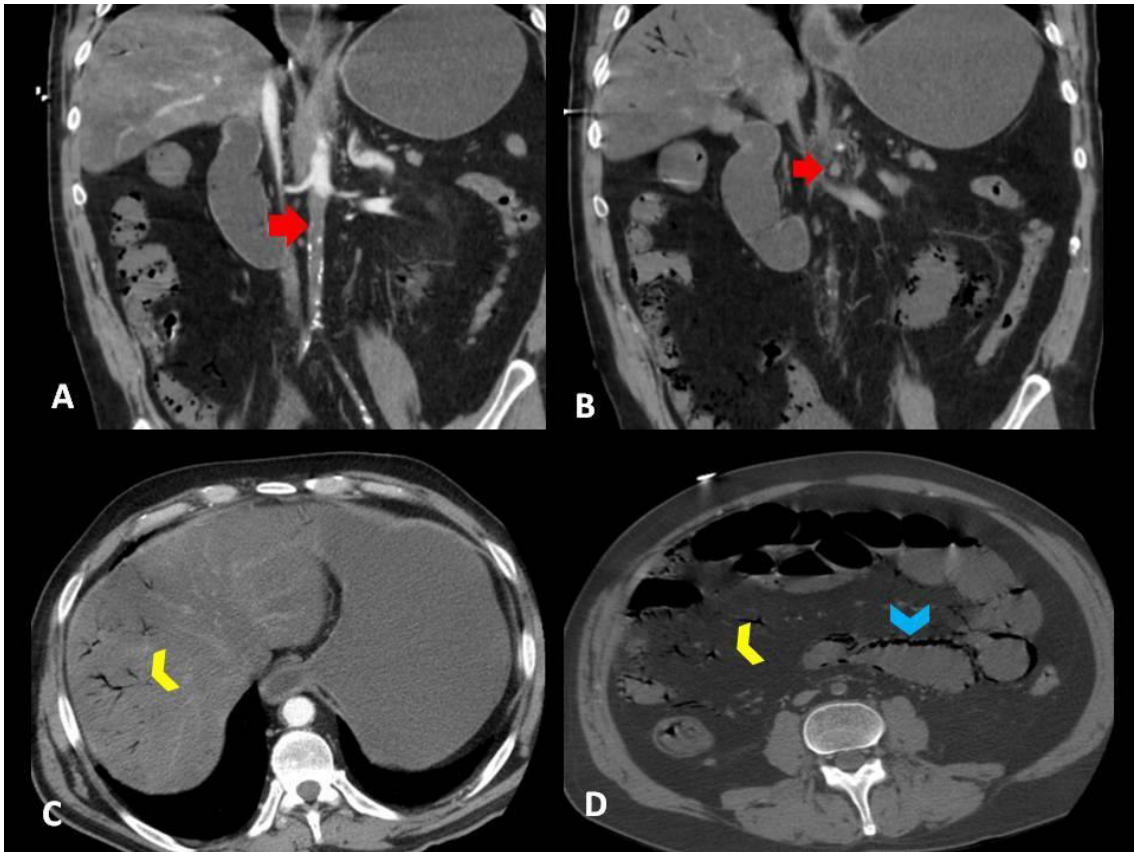
Varón de 48 años con antecedentes de HTA e isquemia arterial crónica, tabaquismo y enolismo importantes. Acude por dolor abdominal de días de evolución, con deposiciones diarreicas y melénicas, asocia inestabilidad hemodinámica. Abdomen distendido, doloroso a la palpación sin signos de peritonismo. En la analítica presenta leucocitosis de 45.370/ml (neutrófilos 90,7%), LDH 2653, lactato 19.39 y PCR 226. Ante la sospecha de isquemia intestinal aguda se realiza TC abdominal con contraste iv, donde se visualiza trombosis de la aorta abdominal infrarrenal y la arteria mesentérica superior, asas intestinales dilatadas y con neumatosis y gas en sistema portomesentérico. Los hallazgos son compatibles con isquemia mesentérica arterial aguda. Se realiza laparatomía exploradora y se objetiva isquemia intestinal masiva de todo el intestino delgado y colon ascendente. El paciente fallece en quirófano.

**Discusión:**

La isquemia mesentérica aguda es una de las urgencias abdominales de peor pronóstico, con una mortalidad del 60-80%. Se requiere un diagnóstico precoz debido al escaso tiempo que pasa desde la disminución del flujo hasta la instauración de la necrosis intestinal. La clínica es insidiosa y su frecuencia aumenta con la edad. La TC es la prueba indicada para su confirmación, permite valorar la vascularización y el estado de las asas intestinales. La trombosis arterial es menos frecuente que la embolia y de peor pronóstico. Los hallazgos radiológicos incluyen defecto de repleción en arteria visceral y como signos intestinales indicativos de necrosis, pared intestinal fina con ausencia de realce, neumatosis de pared y aire en venas portomesentéricas.

**Conclusión:**

La TC es la prueba de elección para la confirmación de la sospecha clínica de isquemia intestinal aguda.



*TC abdominal con contraste iv. A. Trombosis de la aorta abdominal infrarrenal, con ateromatosis calcificada. B. Defecto de repleción en arteria mesentérica superior. C. Gas en porta. D. Gas en ramas de la vena mesentérica superior (flecha amarilla) y neumatosis intestinal (flecha azul).*

### **Bibliografía:**

J.L del Cura, S. Pedraza, A. Gayete. Radiología esencial. SERAM 2010

A. Furukawa et al. CT Diagnosis of Acute Mesenteric Ischemia from Various Causes. AJR2009; 192:408–416.

<b>Caso</b>	(058) Rotura ureteral secundaria a litiasis renal
<b>Autores</b>	Beatriz Alba Pérez A. Silva Rodríguez, J.m. Blanc Molina, A. López-frías López-jurado, P. Marazuela García, J. Gredilla Molinero.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente con intenso dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio e hipocondrio derecho e irradiado a regiones inguinal y lumbar ipsilateral, con leucocitosis y hematuria microscópica asociadas.

**Discusión:**

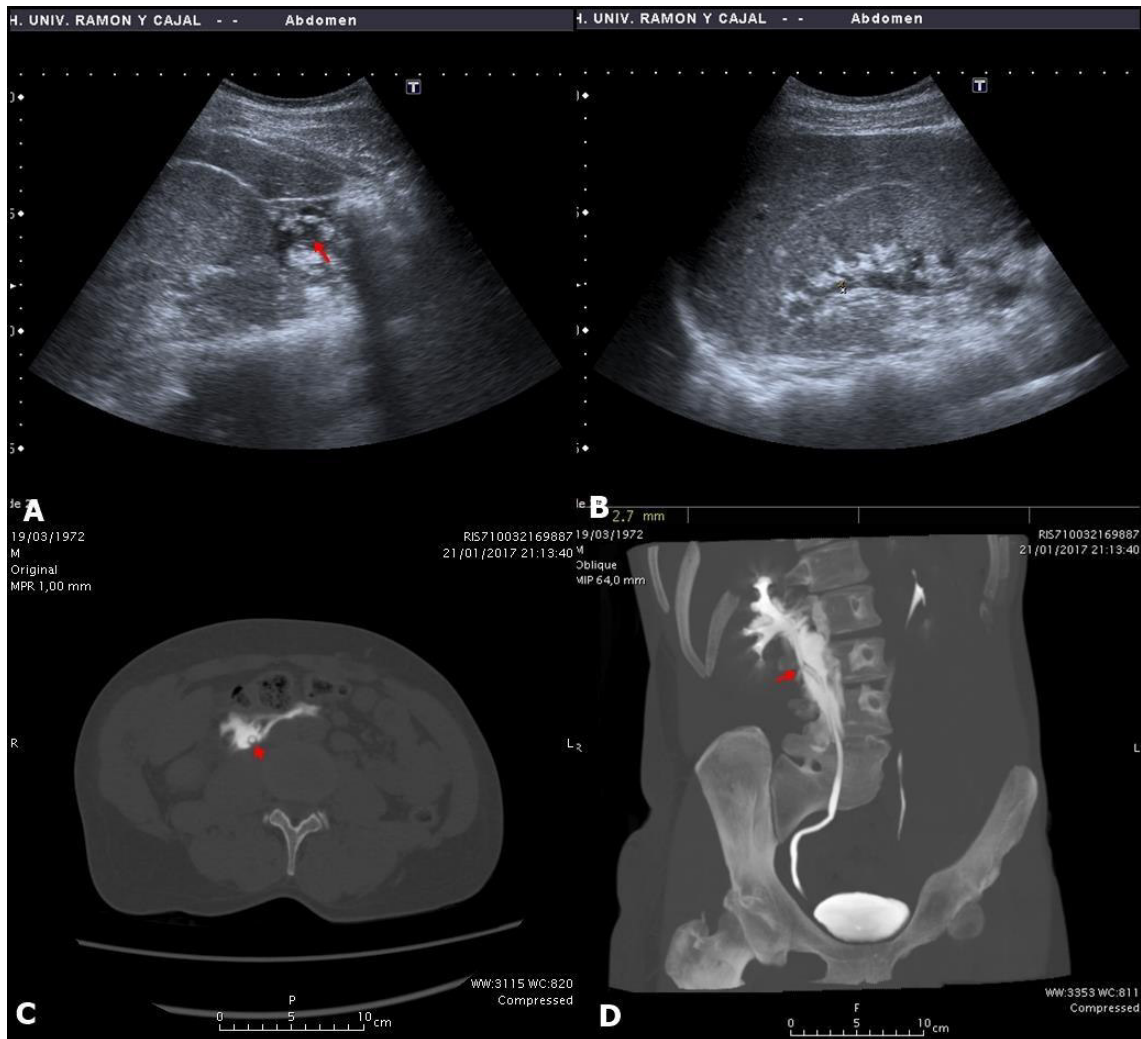
En primer lugar se realizó una ecografía abdominal donde se visualizaba una ligera dilatación de la vía excretora derecha, así como una colección líquida perirrenal compatible con urinoma. No se visualizó punto de rotura ni litiasis, por lo que se decidió completar el estudio con un TC abdominopélvico incluyendo una fase basal, portal y dos fases tardías tras la administración de contraste intravenoso, a los 7 y 35 minutos.

Se identificó una litiasis en el uréter distal derecho, que condicionaba una leve dilatación pielocalicial y extravasación del contraste rodeando la pelvis renal y unión pieloureteral y que disecaba los planos periureterales. Además en la fase excretora realizada a los 35 minutos, se observaba gran cantidad de contraste extravasado en el espacio pararenal anterior derecho y periureteral, hallazgos compatibles con uropatía obstructiva derecha secundaria a litiasis ureteral complicada con perforación en la pelvis renal-unión pieloureteral y urinoma secundario.

La rotura ureteral es una complicación habitualmente postraumática, siendo infrecuente que se produzca de forma espontánea secundaria a litiasis renales. No obstante, debemos sospecharla ante un cólico renoureteral con mala evolución clínica y colección periureteral asociada. La extravasación del contraste en la fase excretora es un hallazgo fundamental que nos orienta hacia esta complicación, sin embargo, no siempre es evidente y realizar una fase excretora más tardía facilita su diagnóstico, ayudándonos a localizar con mayor exactitud el punto de rotura.

**Conclusión:**

Paciente con rotura ureteral y urinoma periureteral secundario, por litiasis localizada en uréter distal derecho, que fue tratado mediante colocación de un catéter de drenaje ureteral externo.



**A.** Imagen ecográfica de urinoma secundario a la rotura ureteral derecha. **B.** Leve dilatación pielocalicial secundaria a litiasis distal. **C y D.** Reconstrucciones MPVR axial y coronal en fase excretora tardía donde se observaba abundante extravasación de contraste a nivel de pelvis y unión pieloureteral.

### Bibliografía:

1. Tifton RL, Gervais DA, Hahn PF, Harisinghani MG, Arellano RS, Mueller PR. Urine leaks and urinomas: diagnosis and imaging-guided intervention. *RadioGraphics*. 2003;23:1133–1147. doi: 10.1148/rg.235035029.
2. Pace K, Spiteri K, German K. Spontaneous proximal ureteric rupture secondary to ureterolithiasis. *Journal of Surgical Case Reports*. 2016; 2016(11): 1-3.

<b>Caso</b>	(059) TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: SIEMPRE EN NUESTRO PENSAMIENTO.
<b>Autores</b>	Maria Esther Gómez San Martín Maria Rosa Lopez Pedreira, Maria Pina Pallín, Santiago Pérez Fernández
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Valladolid

**Presentación:**

Paciente de 43 años con factores de riesgo vascular (obesidad, hiperlipidemia, ex-tabaquismo) que consulta por crisis parcial con generalización secundaria, con evidencia en TC sin contraste al ingreso de hemorragia subaracnoidea silviana derecha e interhemisférica y aparente hiperdensidad en seno transversal derecho (signo “de la cuerda densa”).

**Discusión:**

Trombosis venosa cerebral (TVC) de etiología indeterminada. Es una forma poco frecuente de ictus, que afecta sobre todo a gente joven.

Se relaciona con unos factores de riesgo conocidos, tales como traumatismos, infecciones, neoplasias, toma de anticonceptivos orales, trastornos de la coagulación (factor V Leiden, deficiencia antitrombina III, proteína C y S), conectivopatías, deshidratación, e idiopáticas (25%).

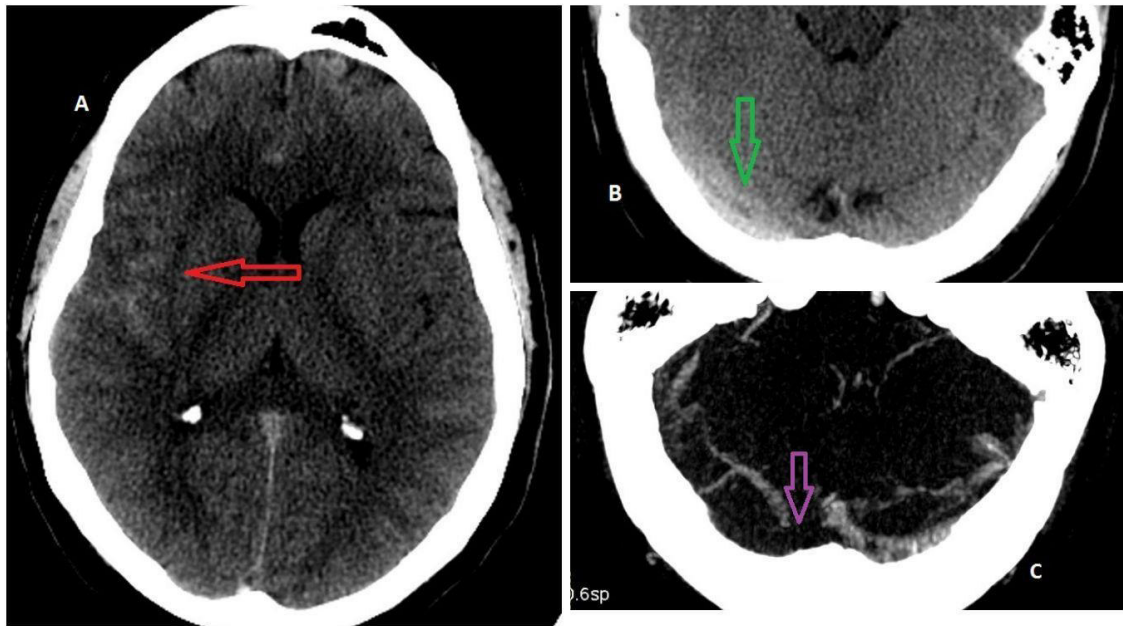
Es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz ya que tanto la trombosis como las alteraciones parenquimatosas derivadas de ella son potencialmente reversibles.

Es necesario sospecharlo ante hipodensidades o hemorragias subcorticales que no sigan una distribución arterial.

**Conclusión:**

La TVC es una entidad infrecuente pero grave, a tener en cuenta como posible etiología ante ictus en pacientes jóvenes.

Los hallazgos en TC sin contraste pueden ser sutiles. Las técnicas más útiles para la confirmación diagnóstica son el angioTC en fase venosa y la venoRM.



*TC craneal: A: HSA. B: Signo de la cuerda densa. C: AngioTC: trombosis seno transverso.*

### **Bibliografía:**

- Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis. Stroke.2011; 42: 1158-92.
- Cerebral Venous Thrombosis and Multidetector CT Angiography: Tips and Tricks. RadioGraphics 2006; 26: S5–S18.
- Imaging of Cerebral Venous Thrombosis: Current Techniques, Spectrum of Findings, and Diagnostic Pitfalls. RadioGraphics 2006; 26: S19–S41.
- Actualización en el diagnóstico neurorradiológico de la trombosis venosa cerebral. Radiología 2009; 51(4):351–61.

<b>Caso</b>	(060) DIVERTICULOSIS YEYUNAL PERFORADA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO
<b>Autores</b>	María Esther Gómez San Martín María Rosa López Pedreira, María Pina Pallín, Elena Nuñez Miguel
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Valladolid

**Presentación:**

Paciente 85 años hipertensa con dolor abdominal de localización centroabdominal y signos de irritación peritoneal. Sin alteraciones analíticas significativas.

**Discusión:**

Se realiza TC abdominopélvica con contraste iv que muestra un asa de delgado con neumatosis de su pared con neumoperitoneo asociado, en relación a perforación intestinal.

Ante estos hallazgos se indica laparotomía urgente, confirmándose que se trata de una diverticulosis de yeyuno masiva perforada con enfisema en borde mesentérico del asa. Se realiza resección intestinal y anastomosis, con buena evolución de la paciente en el postoperatorio.

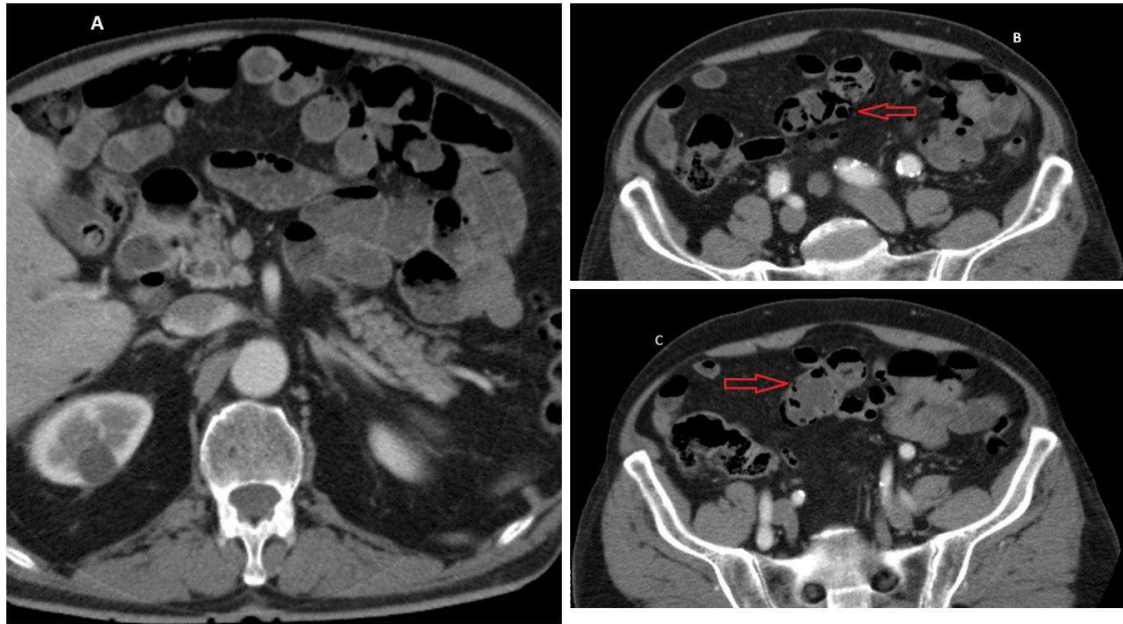
La diverticulosis de intestino delgado es una entidad poco frecuente, en torno al 1-2% en la población general. Suele ser un hallazgo casual en pruebas de imagen realizadas por otro motivo.

Generalmente es clínicamente silente aunque puede causar síntomas inespecíficos crónicos; puede presentarse como un cuadro de abdomen agudo en relación a complicaciones asociadas a la diverticulosis como son la diverticulitis, hemorragia, obstrucción intestinal y perforación.

A pesar de su rareza, el radiólogo siempre debe tener en cuenta esta patología como posible etiología de abdomen agudo.

**Conclusión:**

La diverticulosis yeyunal es una entidad muy infrecuente que puede ser causa de abdomen agudo en los casos en los que se encuentre complicada. Presenta una elevada tasa de mortalidad, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico precoz y conciso.



*TC abdomen con contraste iv: neumoperitoneo(A) y asa de yeyuno con neumatosis de pared (B,C).*

### **Bibliografía:**

-Abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal perforada. Gastroenterología y Hepatología 2014; 37(8): 467-8.

-CT features of jejunal pathology. Clin Radiol 2007; 62: 1154-62.

-Acquired jejunoileal diverticulosis and its complications: a review of the literature. Am Surg 2008; 74: 849-54.

-Small intestinal nonmeckelian diverticulosis; clinical review. J Clin Gastroenterol 2009; 43: 2017-7.



<b>Caso</b>	(063) ¡Cuidado con los implantes dentarios!
<b>Autores</b>	Ana Oliva Martí M. Viveros Castaño, M. Cugat Gimeno, J. Izuel Navarro, E. García Rodríguez, F. García Lorente
<b>Centro</b>	Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

### **Presentación:**

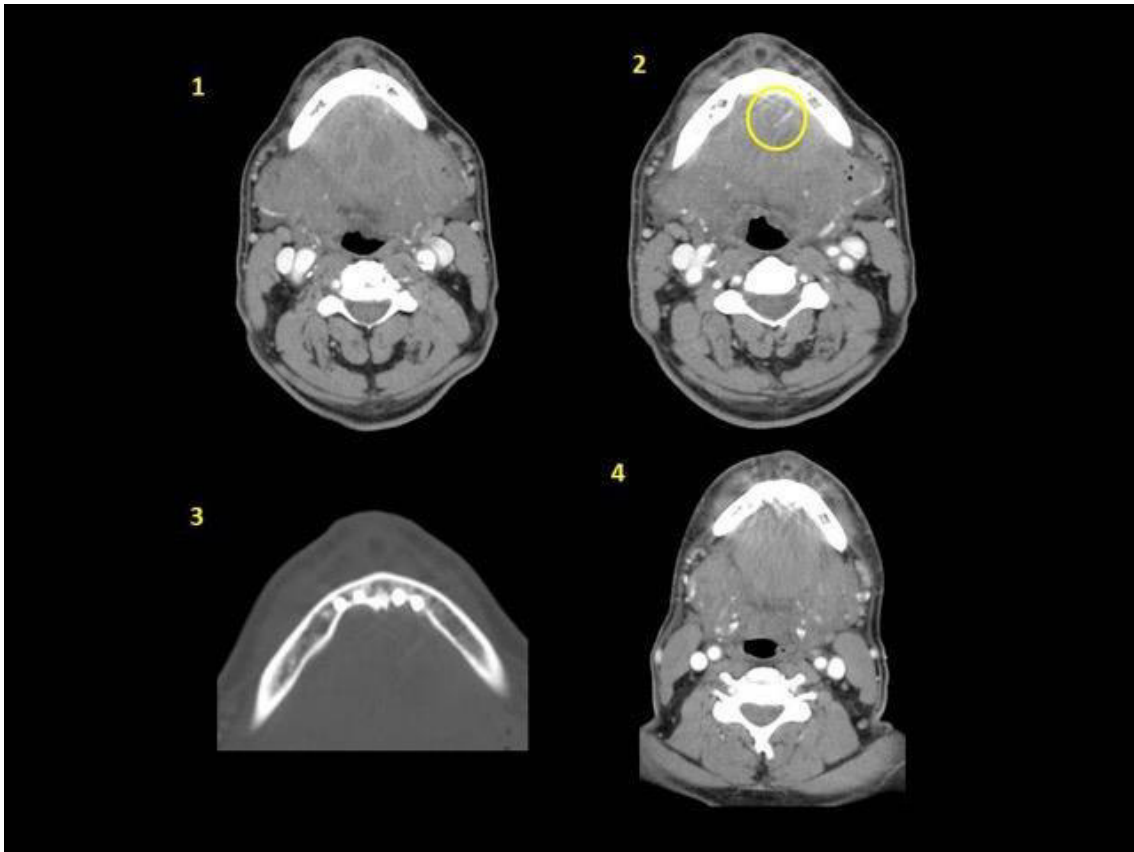
Hombre de 59 años que, tras colocarse unos implantes dentarios, inicia de forma súbita edema sublingual y sensación disneica. A la exploración destaca gran edema y probable hematoma en el suelo de la boca. Se solicita TC dentario, que demuestra hematoma submentoniano heterogéneo que desplaza las glándulas submaxilares inferiormente y condiciona estenosis faríngea. Con el contraste endovenoso se identifica una imagen hiperdensa filiforme, probable rama de la arteria sublingual izquierda, sin poder descartar un foco de sangrado activo. El paciente es controlado en urgencias. Al día siguiente se realiza TC que objetiva hematoma de menor tamaño y más organizado, sin signos de sangrado activo. Se deriva al hospital Joan XXIII, donde el paciente evoluciona favorablemente.

### **Discusión:**

Actualmente la implantología dental ha adquirido gran popularidad, y a pesar de que es considerada una intervención de bajo riesgo, no está exenta de complicaciones, en algunos casos fatales, casi todas secundarias a hemorragias que comprometen la vía aérea. La vascularización del suelo de la boca depende de la arteria sublingual (rama de la arteria lingual) y la submentoniana. El sangrado puede ser inmediato y/o hasta horas después del daño vascular. A veces la hemorragia puede generar un hematoma disecante, que junto con el proceso edematoso y la retracción de los tejidos secundarios a la manipulación quirúrgica, aumentará el volumen de los tejidos laxos circundantes con compromiso de la vía aérea. A pesar de que en los estudios preoperatorios estándar de rutina no se considera necesario la realización de un TC, esta puede ser de gran ayuda para aportar información más precisa de la morfología ósea y para verificar si existe foco de sangrado.

### **Conclusión:**

A pesar de ser una intervención rutinaria, la colocación de implantes dentarios no está exenta de riesgos, por lo que es necesario detectar precozmente los signos que indiquen una complicación vascular.



**Foto 1:** Hematoma submentoniano heterogéneo que condiciona estenosis faríngea. **Foto 2:** Imagen hiperdensa filiforme, probable rama de la arteria sublingual izquierda. **Foto 3:** Con la ventana de hueso se observan los implantes dentarios, algunos rompen la cortical interna del hueso. **Foto 4:** TC de control, a las semanas del episodio agudo, que demuestra desaparición del hematoma de partes blandas adyacentes y musculatura normal.

### **Bibliografía:**

- Inmaculada Anguita-Sánchez Carolina Sepúlveda-Rojas Ramón Terré-Falcón Francisco J. Sánchez-González, Alicia González Palomino Vicente Guillén Guerrero. "Hemorragia crítica de suelo de boca tras colocación de implante dental: Estudio de un caso".
- Barredo J, Rodríguez O, Villoria R, Iturre B, Berástegui M, Gil, A. PATOLOGÍA DENTAL: lo que el radiólogo debe saber

<b>Caso</b>	(064) A no olvidar en la urgencia abdominal: el gas extraluminal.
<b>Autores</b>	Alberto Ibáñez Ibáñez C López Cárceles, L López Martínez, A Fernández López, P Camino Marco, I Alcantud González
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Varón de 65 años con dolor abdominal tipo cólico, desde hace cuatro días. Exploración: regular estado general, abdomen globuloso, doloroso a la palpación, Blumberg positivo. Se solicita TC: perforación de íleon terminal por cuerpo extraño (aparente espina de pescado o fragmento de hueso). Se le practicó ileostomía que confirmó el diagnóstico radiológico

**Discusión:**

La perforación del intestino delgado constituye una urgencia médica. Suele presentarse como un abdomen agudo clínico, normalmente quirúrgico. La demora en su diagnóstico empeora el pronóstico, pudiendo complicarse con una peritonitis, con el consiguiente aumento de morbimortalidad

Se considera a la Tomografía Computerizada Multidetector como la técnica de imagen de elección, por su sensibilidad (85-100%) y especificidad frente a otras pruebas de imagen como la radiografía simple ya que permite determinar el lugar y, con frecuencia, la causa de la perforación, ayudando a planificar una cirugía óptima y minimizar la morbimortalidad asociada.

En nuestro caso, la TC junto con las reconstrucciones multiplanares fue la clave para el diagnóstico, ya que la orientación clínica era de apendicitis, mostrando en nuestro paciente, la localización de la perforación (íleon distal), su causa (espina de pescado) y signos de perforación (defecto mural, visualización de gas extraluminal, engrosamiento focal parietal, reticulación de la grasa mesentérica).

**Conclusión:**

La perforación de víscera hueca es una entidad urgente que todo radiólogo debe reconocer, siendo el TCMD la técnica de elección para su estudio.



**TCMD A (sagital) y b) (axial): íleon distal de paredes engrosadas con cuerpo extraño lineal de alta densidad (flecha roja) en su interior. Burbujas de gas extraluminal, alteración de la grasa adyacente y láminas de líquido libre locorregional (flecha verde).**

### **Bibliografía:**

1. Webb WR, Brant WE, Major NM. Fundamentos de TAC BODY. 3ª ed. USA: Marbán; 2007. p. 328-335.
2. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. World J Surg 2006; 30(3): 372-7.

<b>Caso</b>	(065) Extensa neumatosis gastrointestinal con neumoperitoneo y gas en sistema portomesentérico en paciente con Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos.
<b>Autores</b>	Nerses Nersesyan Douze E, Flores Casaperalta S, Rubio Maicas C, Delgado Moraleda Jj, Dosda Muñoz R.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Paciente con Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) en fase precoz que presenta empeoramiento clínico y dolor abdominal difuso.

**Discusión:**

El TPH es el tratamiento más frecuentemente utilizado en las enfermedades hematológicas malignas. Cerca del 80% de los pacientes con TPH presentan complicaciones abdominales.

Las complicaciones se clasifican según el periodo del tiempo que tardan en manifestarse postTPH. En la fase neutropénica (? 30 días) predominan las infecciones fúngicas y bacterianas, mientras que en la fase precoz (30-100 días) se normaliza el recuento de neutrófilos, persistiendo la alteración de la inmunidad celular y humoral. Las complicaciones principales en la fase tardía (>100 días) son la EICH crónica y la enfermedad linfoproliferativa.

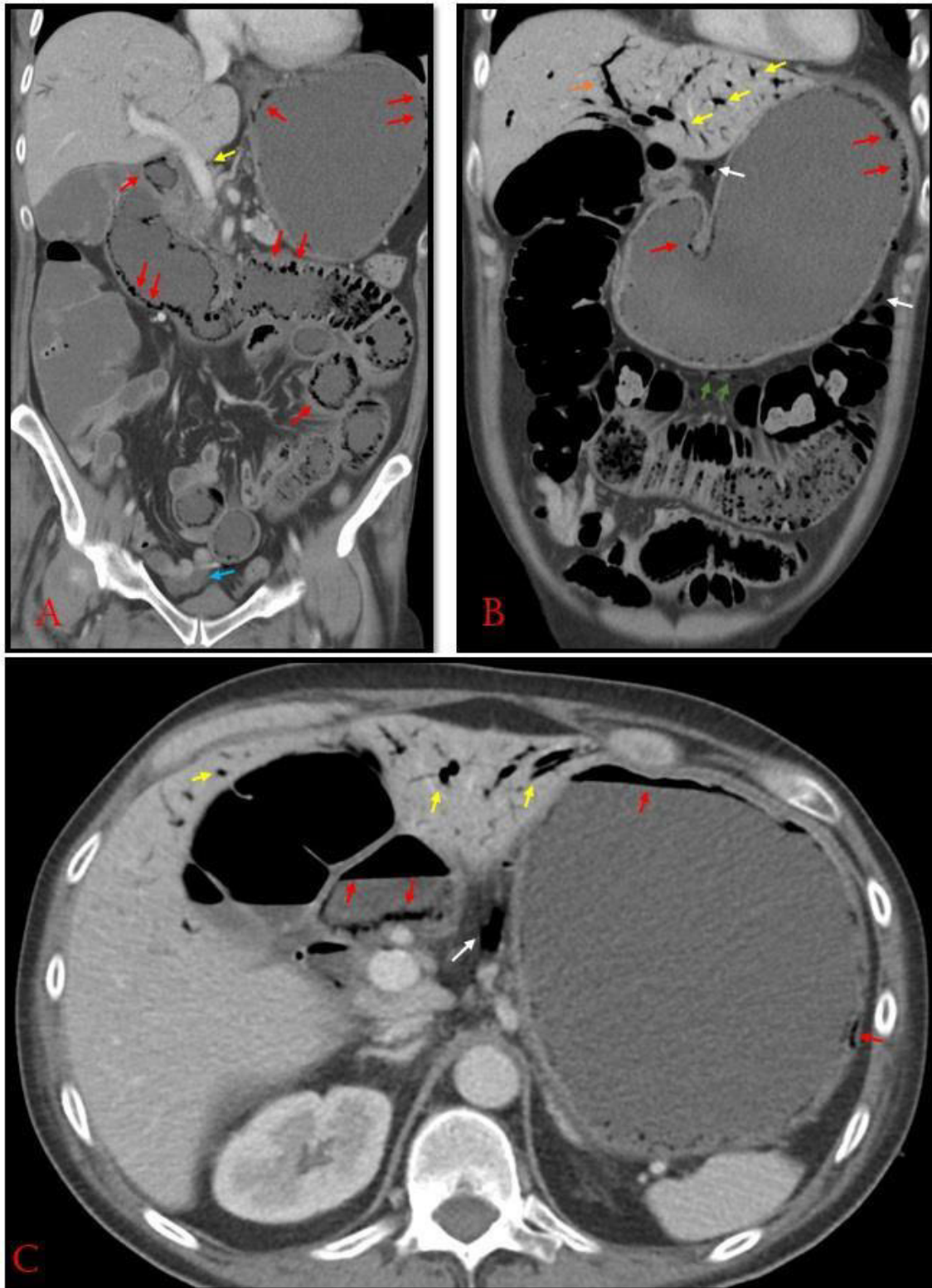
La neumatosis benigna suele aparecer en la fase neutropénica, siendo consecuencia de la hipertrofia de las placas de Peyer, inducida por el tratamiento corticoideo. Todo ello resulta en defectos mucosos y la disección de las capas submucosa y subserosa, debido a la entrada del aire intraluminal. El aire intraluminal puede observarse también en las venas porta y mesentérica, así como en la cavidad abdominal (neumoperitoneo). Los pacientes suelen ser asintomáticos y el manejo, conservador.

Se debe plantear el diagnóstico diferencial con enterocolitis infecciosa, donde el hallazgo más significativo es el engrosamiento parietal nodular de un segmento largo del intestino. La presencia de perforación intestinal y el mal estado general del paciente pueden justificar un manejo quirúrgico agresivo. No cabe olvidar que los shunts arteriovenosos de los vasos mesentéricos, el vasoespasmo y la trombogénesis son mecanismos de la isquemia mesentérica inducida por medicación.

El paciente de nuestro caso fue intervenido quirúrgicamente tras presentar empeoramiento clínico, en la que no se observó afectación del tracto gastrointestinal, confirmándose el diagnóstico de neumatosis benigna inducida por medicación.

**Conclusión:**

Como reflexión docente cabe recordar que la neumatosis intestinal no es un hallazgo radiológico diagnóstico de enfermedad urgente y debe evaluarse en conjunción con la clínica, analítica y los antecedentes del paciente.



**Planos coronales (A y B) y axiales (C) de TC abdominopélvica tras administración de contraste intravenoso, observando extensa neumatosis gastrointestinal (flechas rojas), con mínima cantidad de líquido libre en pelvis (flecha azul) e interasas. Además, destaca gas en vena porta (flechas amarillas) en ramas venosas mesentéricas (flechas verdes) y neumoperitoneo (flechas blancas). Se puede observar neumobilia (flecha naranja), debido a un procedimiento quirúrgico anterior. Dados los antecedentes del paciente (TPH) y el tratamiento corticoideo los hallazgos eran compatibles con neumatosis benigna, sin poder descartar la isquemia mesentérica ante la presentación clínica con dolor abdominal.**

**Bibliografía:**

Abdominal Complications Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Lourdes del Campo, Gómez León, Diana Castaño Palacios, Claudio Lagana, David Tagarro. RadioGraphics 2014 34:2, 396-412.

Imaging of Drug-induced Complications in the Gastrointestinal System. Melissa J. McGettigan, Christine O. Menias, Zhenqiang J. Gao, Vincent M. Mellnick, and Amy K. Hara. RadioGraphics 2016 36:1, 71-87.

Imaging of the Porta Hepatis: Spectrum of Disease. Sree Harsha Tirumani, Alampady Krishna Prasad Shanbhogue, Raghunandan Vikram, Srinivasa R. Prasad, Christine O. Menias. RadioGraphics 2014 34:1, 73-92.

<b>Caso</b>	(066) Laceración de la vía excretora urinaria tras traumatismo abdominal leve
<b>Autores</b>	Cecilia Rubio Maicas Nerses Nersesyan, Juan José Pomares Pomares, Juan Ignacio Cervera Miguel, Rosa Dosdá Muñoz, Julio Palmero Da Cruz
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

**Presentación:**

Mujer de 79 años que acude a urgencias por dolor costal izquierdo y hematuria tras contusión abdominal por caída casual en su domicilio. Se realiza TC abdominopélvico en vacío y tras administración de contraste intravenoso en fase arterial, venosa y excretora, donde se objetiva extravasación de contraste en la fase excretora a nivel de la unión ureteropielica izquierda asociado a mínima cantidad de líquido libre y cambios inflamatorios.

**Discusión:**

El riñón es un órgano de localización retroperitoneal muy protegido por las estructuras que lo rodean (costillas, musculatura, peritoneo y grasa). Tras un traumatismo abdominal, el riñón puede estar afectado hasta en un 10% de los casos. Suelen ser lesiones menores pero en los casos graves es frecuente que asocien afectación de otros órganos. Lo más frecuente son los traumatismos cerrados por impacto directo o desaceleración rápida. La tomografía computarizada (TC) es la prueba de elección para el diagnóstico precoz por ser la más rápida y accesible siendo recomendable realizar cuatro fases (basal, arterial, venosa y excretora). Nos aporta información anatómica y funcional permitiendo clasificar las lesiones renales en cinco grados, siendo el grado I (contusión y/o hematoma renal) el más frecuente. Así mismo, nos permite valorar la afectación de la vía excretora (unión ureteropielica, uréteres, unión ureterovesical y vejiga) y de las estructuras vasculares.

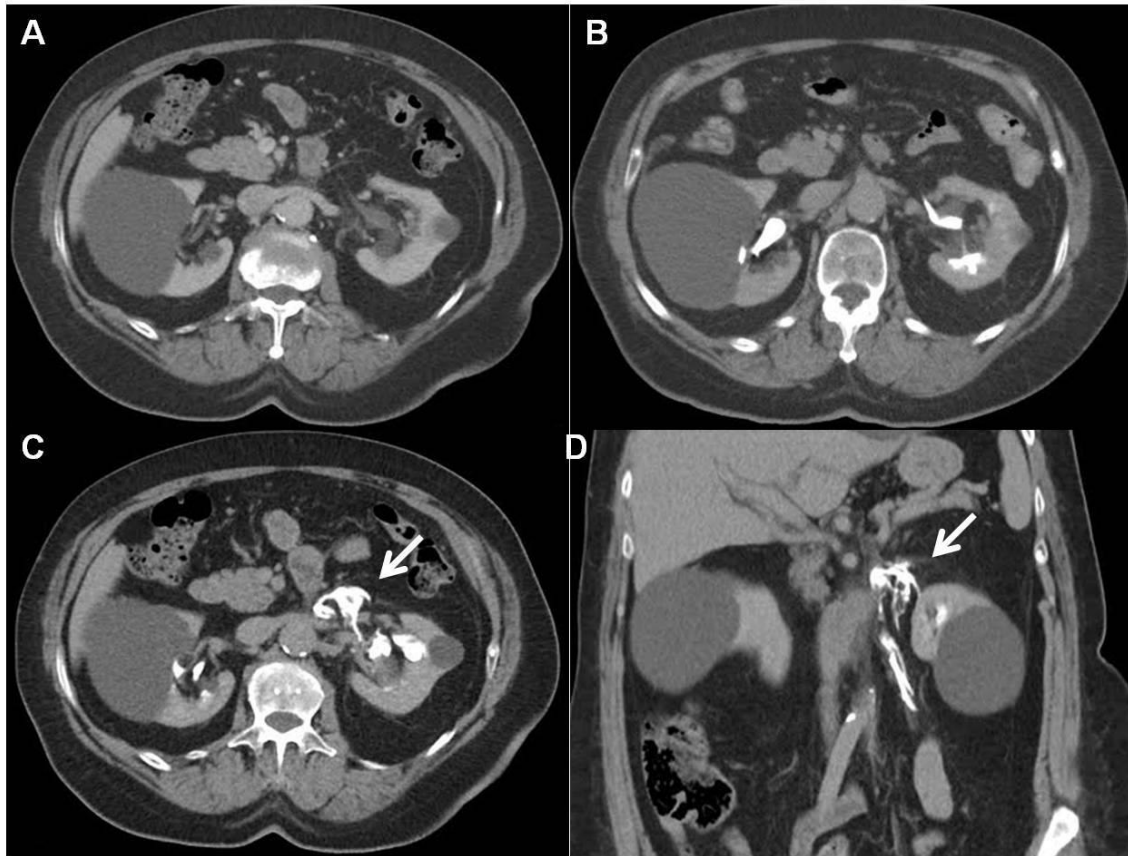
Las complicaciones secundarias a un traumatismo renal pueden ser tempranas (primer mes) o tardías. Las más frecuentes son la fuga urinaria, el urinoma infectado, absceso perirrenal, HTA e hidronefrosis.

El tratamiento suele ser conservador pero hasta un 5-10% de los pacientes requerirán cirugía. En los traumatismos a partir de grado IV se recomienda realizar control radiológico 24-48h tras el ingreso si se ha decidido realizar manejo conservador sobre todo si existe extravasación urinaria.

**Conclusión:**

La afectación renal y de la vía excretora urinaria supone hasta un 10% de las lesiones en pacientes politraumatizados. El diagnóstico precoz mediante TC en distintas fases es fundamental para el inicio del tratamiento y para evitar las complicaciones.





*Mujer de 79 años. TC abdominopélvico axial en vacío (A), fase arterial (B), fase excretora (C) y coronal fase excretora (D). Laceración de la vía excretora izquierda con extravasación de contraste a nivel de la unión ureteropélica (flechas)*

### **Bibliografía:**

CT findings in blunt renal trauma. Harris et al. RadioGraphics, 2001, October, Vol.21 Special Issue.

Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma. Raquel Cano Alonso, Susana Borrueal Nacenta, Patricia Diez Martinez, Angel Sanchez Guerrero, Carlos Garcia Fuentes. RadioGraphics, 2009, Vol.29: 2033-2053.

MDCT findings of renal trauma. Soo Jin Park, Jeong Kon Kim, Kyoung Won Kim, Kyoung-Sik Cho. AJR:187, August 2006.

<b>Caso</b>	(067) FRACTURA-LUXACIÓN CERVICAL TRAUMÁTICA: VALOR DE LA IMAGEN
<b>Autores</b>	Carmen Dolores Herrero Platero Carreño Gonzalez , Rocio; Muñoz Ruiz, Maria Del Mar
<b>Centro</b>	HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUIA

**Presentación:**

Acude por cervicalgia persistente tras caída accidental de 4 metros de altura hace 30 horas con exploración neurológica normal. Por persistencia del dolor se realiza radiografía cervical detectando luxación C3-C4. Se amplía el estudio con TAC cervical y craneal objetivando focos contusivos bifrontales , sangrado subaracnoideo, fractura lineal occipital, de apófisis unciforme C4, luxación y leve rotación del cuerpo de C3, separación de apófisis espinosas sugerente de rotura ligamentaria, indicativo de inestabilidad .Ante los hallazgos, aunque no existe clínica neurológica se realiza RM cervical para valoración medular que muestra además edema óseo, hernia discal C3-C4, hematoma epidural, rotura del ligamento interespinoso y edema de partes blandas sin afectación medular.

**Discusión:**

Con diagnostico de fractura –luxación C3-C4 inestable se realiza discectomía y artrodesis C3-C4 con buena evolución.

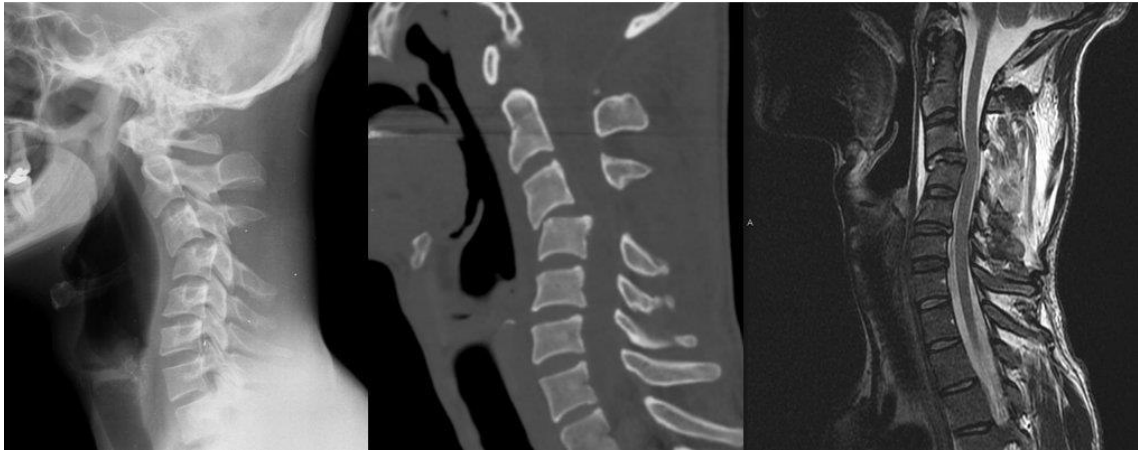
Tras traumatismo de alta energía está indicado de inicio TC, obviando la RX simple. En nuestro caso , dado el tiempo transcurrido y sin clínica neurológica se comenzó con RX simple al no sospechar los hallazgos encontrados. Posteriormente la RM permitió la mejor valoración de tejidos blandos y descartar con seguridad afectación medular.

**Conclusión:**

La elección de la técnica de imagen resulta imprescindible para un correcto manejo diagnóstico y terapéutico de las fracturas vertebrales.

Los equipos TCMD permiten reconstrucciones MPR de gran calidad fundamentales para la toma de decisión quirúrgica de las lesiones vertebrales.

La RM es complementaria ,si se considera necesario una mejor valoración del estado de las estructuras ligamentarias, y la afectación medular



*Fractura-luxación C3-C4*

### **Bibliografía:**

Núñez Jr. El diagnóstico de la lesión traumática cervical: una década de cambios basados en la evidencia. Radiología 2006;48:185-8

E. Garcés Redolat, A. C. Vela, A. García Gámez, L. E. Dinu, M. Marin Cardenas, J. M. Artigas Martin. Actualización en el diagnóstico radiológico del traumatismo vertebral. Congreso de la SERAM 2012, 24-28 de mayo

<b>Caso</b>	(068) Paciente joven con dolor de pubis y antecedentes de amigdalitis aguda.
<b>Autores</b>	Garazi Elizundia Lopez Miguel Grau Garcia, Marta Sarabia Unibaso, Marta Perez Bea, Olatz Gorriño Angulo, Domingo Grande Icaran
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Basurto

**Presentación:**

Mujer de 19 años con dolor en zona púbica de 15 horas, refractario a analgesia. Presenta fiebre y astenia. Antecedente de amigdalitis aguda en los días previos.

**Discusión:**

Diagnóstico: embolismos sépticos pulmonares y artritis séptica del pubis secundarios a infección faríngea.

Se aisló *Fusobacterium Necrophorum* en el esputo y en el drenaje quirúrgico del pubis. *F. Necrophorum* causa brotes de faringoamigdalitis aguda en adolescentes y adultos jóvenes y tiene una mayor proporción de complicaciones como el síndrome de Lemierre, trombosis de las venas yugulares .

A la paciente se le realizó ecografía doppler de las venas yugulares y TC de cuello con contraste descartando la trombosis de las mismas.

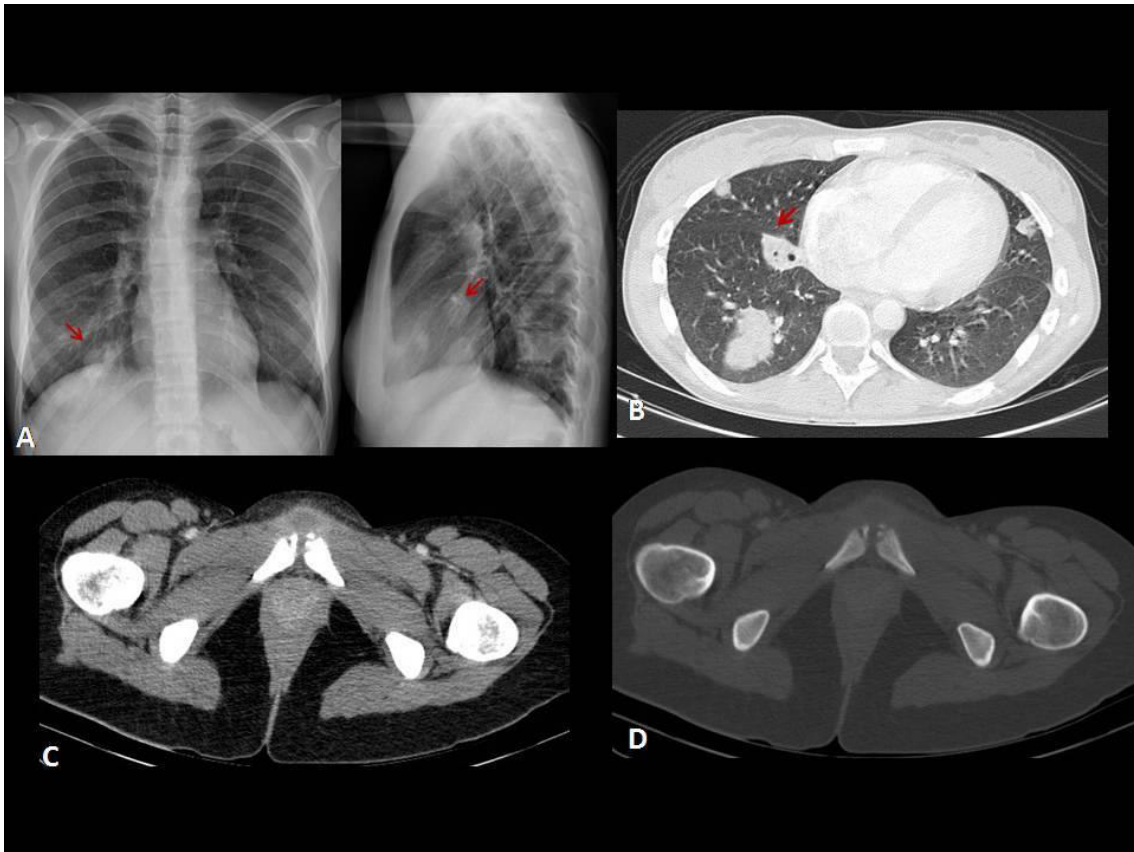
El tratamiento de los embolismos sépticos y la artritis séptica es médico mediante administración de antibiótico específico para *F. necrophorum*.

**Conclusión:**

*F. necrophorum* puede provocar amigdalitis agudas complicadas con septicemia.

En pacientes con infecciones orofaríngeas que no mejoran es importante descartar complicaciones como el síndrome de Lemierre.

En nuestro se encontraron émbolos sépticos aún sin trombosis de las venas yugulares.



**Figura 1:** Rx de tórax PA y lateral (A): múltiples nódulos de predominio en bases pulmonares. Sección de tomografía computarizada (TC) de tórax con ventana de pulmón (B): nódulos pulmonares bilaterales de predominio subpleural, alguno de ellos cavitado. TC de pelvis con contraste, ventana de partes blandas (C) y hueso (D): destrucción del hueso subcondral a ambos lados de la sínfisis del pubis asociado a aumento de partes blandas en la región prepúbica con área central de menor atenuación compatible con abscesificación.

### Bibliografía:

1. Huang RM, Naidich DP, Lubat E et-al. Septic pulmonary emboli: CT-radiographic correlation. AJR Am J Roentgenol. 1989;153 (1): 41-5.
2. Khashper A, Discepola F, Kosiuk J et-al. Nonthrombotic pulmonary embolism. AJR Am J Roentgenol. 2012;198 (2): W152-9
3. Fayad LM, Carrino JA, Fishman EK. Musculoskeletal infection: role of CT in the emergency department. Radiographics. 27 (6): 1723-36.
4. Terry Riordan. Human Infection with *Fusobacterium necrophorum* (Necrobacillosis), with a Focus on Lemierre's Syndrome. Clin Microbiol Rev. 2007 Oct; 20(4): 622–659.

<b>Caso</b>	(073) OTITIS MEDIA AGUDA COMPLICADA: EMPIEMA SUBDURAL Y NEUMOENCÉFALO
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández Laura Abenza Oliva, Luis Alemañ Romero, M <sup>a</sup> Jesús Fernández Ferrando, M <sup>a</sup> Carmen Gutierrez Sánchez, M <sup>a</sup> Carmen Alcántara Zafra.
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofía

**Presentación:**

Mujer de 43 años en tratamiento por otitis media (OM) que presenta disartria y disminución de movilidad de 2-3 horas de evolución.

**Discusión:**

A nuestra paciente se le realizó un TC de cráneo simple y TC de cráneo con contraste i.v. Los hallazgos radiológicos consistieron en ocupación parcial por material de partes blandas de celdillas mastoideas izquierdas compatible con mastoiditis, colecciones extraaxiales fronto-parieto-temporales con realce leptomeníngeo y algunas burbujas de neumoencéfalo asociadas, compatible con empiemas subdurales, que ejercen efecto masa sobre ventrículo lateral y desviación de la línea media.

La mastoiditis aguda se define como la abscesificación de la apófisis mastoides y puede ser una complicación de una OM. Se caracteriza por osteítis de las celdas mastoideas con fenómenos de resorción ósea. Puede producir complicaciones intratemporales (abscesos de Bezold, empiema subperióstico, laberintitis, parálisis facial y pérdida de audición) o intracraneales (tromboflebitis venosa dural, absceso epidural, empiema subdural o meningitis)

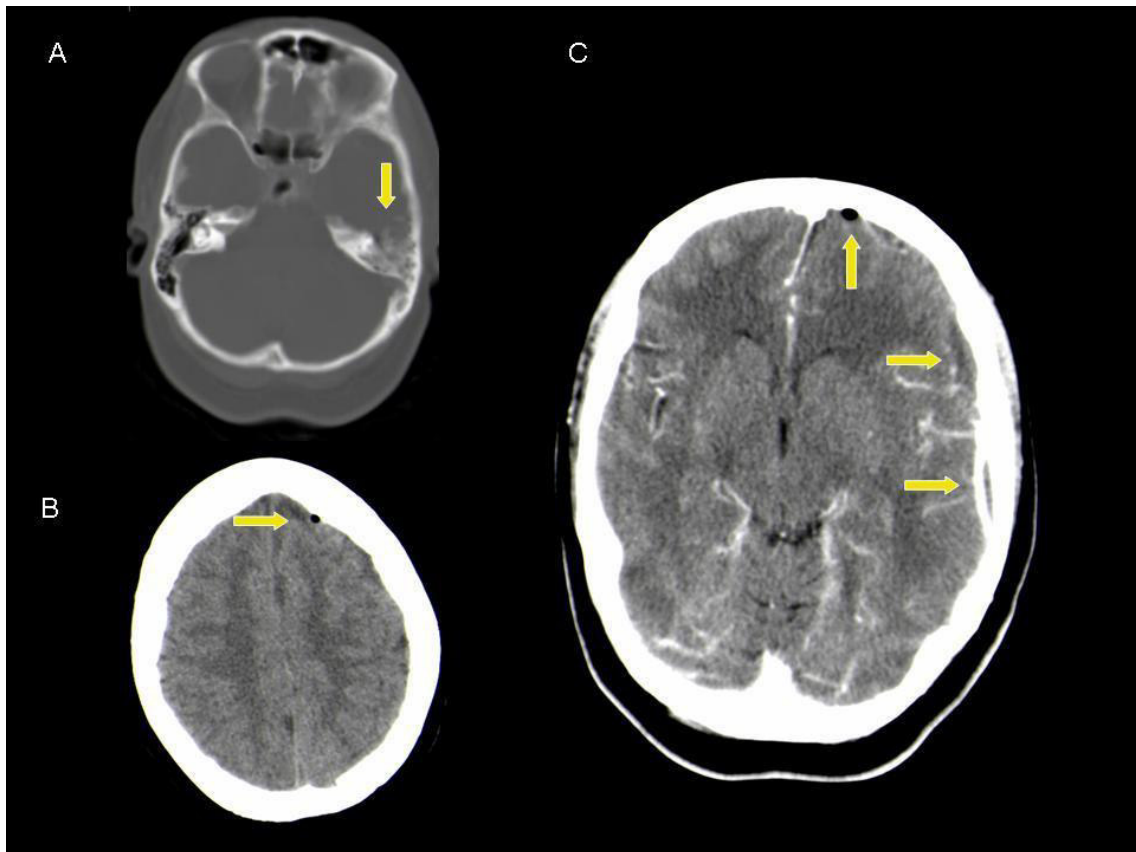
La prueba de elección para el diagnóstico de la mastoiditis es el TC que confirma el diagnóstico y permite descartar la presencia de otras complicaciones. Si se sospechan complicaciones intracraneales se debe extender el estudio a todo el parénquima cerebral

En TC y RM la mastoiditis se muestra como una ocupación de las celdillas mastoideas por material de tejidos blandos.

El empiema subdural puede localizarse en la cisura interhemisférica y en tienda de cerebelo y se muestra como una colección extraaxial con efecto de masa asociado.

**Conclusión:**

La clínica neurológica de la paciente fue secundaria a complicación intracraneal de mastoiditis, presentando empiemas subdurales que producían efecto de masa y desviación de la línea media.



*Colección de imágenes axiales de TC craneal Ventana ósea (A), donde se aprecia la ocupación de las celdillas mastoideas izquierdas por material de atenuación partes blandas (flecha amarilla). Ventana de parénquima cerebral (B), con presencia de burbuja de gas extraaxial (flecha amarilla). Estudio con contraste I.V. (C) que permite delimitar las colecciones extraaxiales frontotemporales izquierdas (asterisco), el realce meníngeo (flecha roja), el efecto masa asociado y el desplazamiento de línea media (cabeza de flecha azul).*

### **Bibliografía:**

1. Cerebral venous sinus thrombosis secondary to otomastoiditis. R. Saat, A.H. Laulajainen-Hongisto, G. Mahmood, L.J. Lempinen, A.A. Aarnisalo, A.T. Markkola, and J.P. Hero
2. Imaging of Complications of Acute Mastoiditis in Children. Elida Vazquez, MD Amparo Castellote, MD Joaquim Piqueras, MD Susana Mauleon, MD Santiago Creixell, MD Felix Pumarola, MD Concepción Figueras, MD Juan-Carlos Carreño, MD Javier Lucaya, MD

<b>Caso</b>	(074) Tromboflebitis de la vena oftálmica
<b>Autores</b>	Mónica Fdez. Del Castillo Ascanio Fdez. Del Castillo Ascanio Nuñez Vila, Pilar Nimar; Marichal Hdez, Carlos Alberto; El Khatib Yasmín; Eiroa Guitierrez, Daniel; Benitez Rivero Sonia.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria (HUNSC)

### **Presentación:**

Se trata de una mujer de 85 años con Alzheimer que es traída al servicio de urgencias por aumento de volumen del ojo derecho con equímosis asociada además de proptosis (fig a). Ante dicha clínica el oftalmólogo de guardia solicita valoración por nuestra parte. Se realiza un TC orbitario sin y con civ donde objetivamos ingurgitación de la vena oftálmica superior a la vez que se identifica un defecto de repleción en su interior (fig b, c, d), siendo estos hallazgos compatibles con tromboflebitis de dicha vena.

### **Discusión:**

Todo radiólogo que haga guardias ha de estar familiarizado con patología orbitaria infecciosa, inflamatoria, vascular y traumática (1).

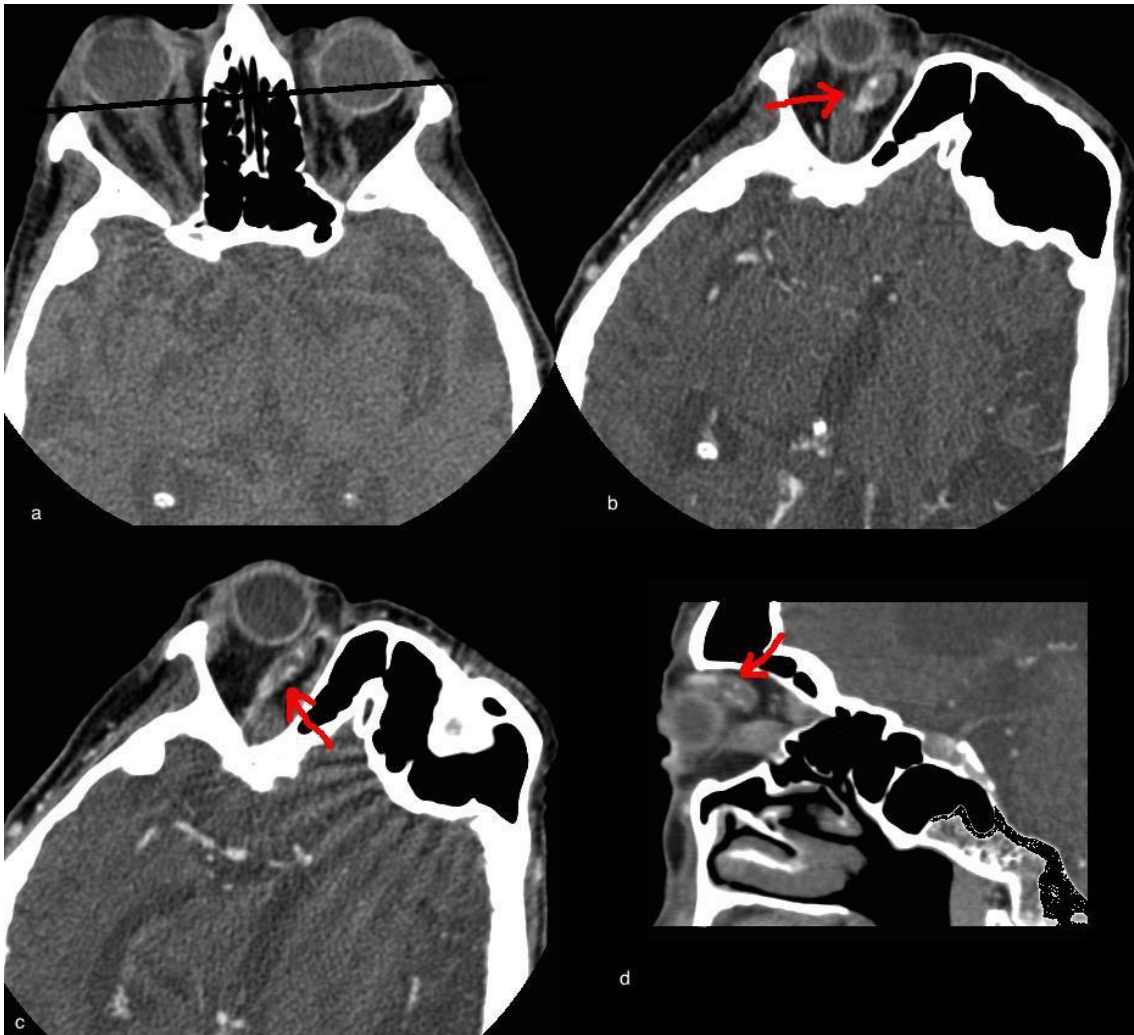
La tromboflebitis de la vena oftálmica, aunque poco frecuente, si no se detecta puede generar complicaciones devastadoras para el paciente (2). Los factores de riesgo son múltiples (infección, trauma, inflamación, alteraciones de la coagulación, neoplasia concomitante, etc). La infección orbitaria activa el funcionamiento de la cascada inflamatoria que puede culminar en una tromboflebitis, siendo los agentes causantes más frecuentes el *S. Aureus* y streptococos anaerobios.

Dentro de la patología orbitaria de urgencias la más frecuente es la infecciosa, la cual a su vez puede degenerar en patología vascular como en nuestro caso. La tromboflebitis de la vena oftálmica se suele asociar a una sinusitis paranasal, y en el TC los datos concluyentes serán aumento de calibre de dicha vena además del seno cavernoso, engrosamiento de la musculatura extraocular, exoftalmos y edema periorbitario (1).

### **Conclusión:**

No olvidar nunca la asociación entre patología inflamatoria/infecciosa orbitaria y la tromboflebitis de la vena oftálmica, especialmente ante un exoftalmos sin una causa visible en TC sin civ.





*Figura a. TC sin civ axial que muestra la proptosis del ojo derecho. b, c, d TC con civ en los planos axial y coronal que donde se identifica la elongación y el defecto de repleción en el interior de la vena oftálmica superior.*

### **Bibliografía:**

1. Christina A. LeBedis, Osamu Sakai. Nontraumatic orbital conditions: Diagnosis with CT and MR Imaging in the emergent setting. *RadioGraphics* 2008; 28:1741–1753.
2. Jaya Badhwar kumar, Betsy Colón-Acevedo, Jason Liss. Diagnosis and Management of superior orbital vein thrombosis. *BCSC Section 5*, 2013-2014.

Caso	(075) TROMBOSIS ARTERIAL DISTAL AGUDA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE DISECCIÓN AÓRTICA
Autores	Carmen Dolores Herrero Platero Rocio Carreño Gonzalez, Alejandra Doroteo Lobato
Centro	HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA

**Presentación:**

Mujer de 78 años ingresa por aumento de su disnea crónica. Antecedentes de HTA, alveolitis alérgica extrínseca, bronquiectasias, hiperreactividad bronquial, TEP previo. Presenta dolor brusco en MII con frialdad del mismo. Se realiza eco-doppler objetivándose trombo en a.femoral común izquierda. Se realiza angioTAC de aorta y MMII detectando disección aórtica aguda tipo A, hasta a. iliaca primitiva izquierda con defecto de repleción hasta femoral común y leve repermeabilización distal.

**Discusión:**

Diagnóstico inicial ecográfico de trombosis arterial aguda distal y posterior, con angioTAC, de disección aórtica tipo A.

Ante clínica inicial con sospecha de isquemia aguda en MII se realizó ecodoppler. Para diagnóstico etiológico se realizó angioTAC de aorta y MMII. La disección aórtica puede producir trombosis arterial. Suele localizarse en aorta torácica, pero sus falsos conductos pueden afectar a vasos de extremidades superior e inferior, así como a ramas viscerales de la aorta. En ocasiones, la manifestación inicial de una disección aórtica es la isquemia aguda en una extremidad, como en nuestro caso.

**Conclusión:**

Las técnicas de imagen juegan un papel vital en el manejo del síndrome aórtico agudo. La radiografía de tórax es ampliamente utilizada, sin embargo con sensibilidad muy baja y tendencia a mala interpretación.

Ante manifestaciones infrecuentes como isquemia aguda distal es muy útil inicialmente la ecografía doppler.

La TCMD es el método de elección para su diagnóstico tanto por su alta sensibilidad y especificidad, como por ser técnica rápida, fácil y disponible en la mayoría de servicios hospitalarios de urgencias.



*Disecion aortica con trombosis arterial periférica*

**Bibliografía:**

R. Quintana de la Cruz, M. A. Rienda Moreno, M. Pedrosa Garriguet, E. Domínguez Ferreras, M. L. Rozas Rodríguez, J. E. Gordillo Arnaud Manejo del síndrome aórtico agudo. Congreso SERAM 2014

Juan Bustamante-Munguira, Marina Juez . Síndrome aórtico agudo. Cirugía Cardiovascular, Volume 23, Issue 1, Pages 38-44

<b>Caso</b>	(076) Enfermedad de Marchiafava-Bignami
<b>Autores</b>	Mónica Fdez. Del Castillo Ascanio Marichal Hdez, Carlos Alberto; El Khatib Yasmín; Eiroa Guitierrez, Daniel; Benitez Rivero Sonia; Vázquez Sánchez, Victor
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nstra. Sra. Candelaria (HUNSC)

**Presentación:**

Desde el servicio de medicina de urgencias de nuestro hospital se solicita un TC cerebral en una paciente varón de 48 años con visión borrosa de 3 días de evolución y alteración de la marcha desde hace 2 meses. Tras la realización del mismo se objetiva una atrofia cortical generalizada siendo el hallazgo más llamativo la hipodensidad de la rodilla del cuerpo caloso (fig a), motivo por el cual se consulta con el clínico los antecedentes personales del paciente donde nos revelan que se trata de una paciente con alcoholismo crónico. Durante el ingreso del paciente se realiza una RM cerebral corroborando nuestro diagnóstico (fig b, c).

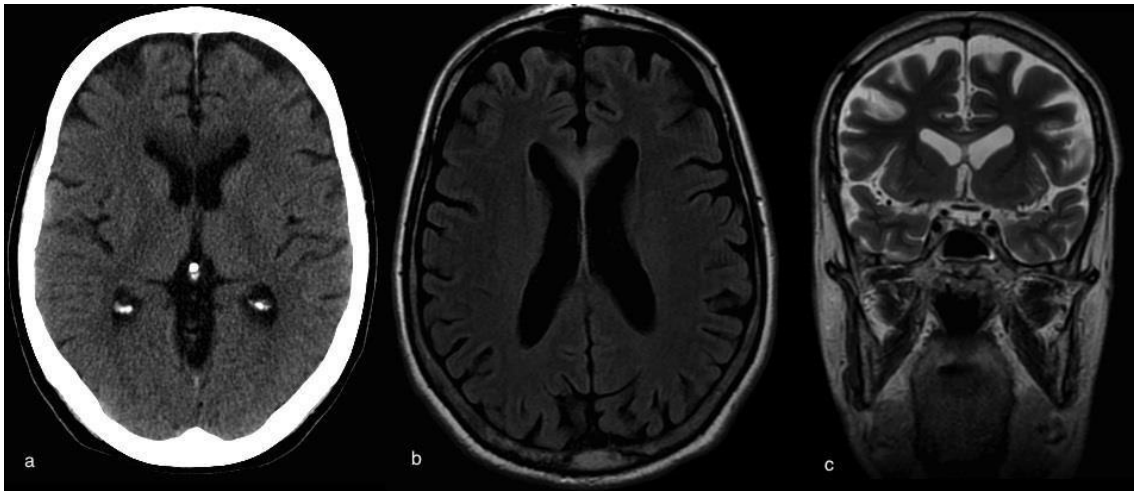
**Discusión:**

Se trata de una rara entidad que desemboca en una desmielinización progresiva del cuerpo caloso (1, 2). Su etiología más frecuente es el alcoholismo, si bien, también existen casos descritos en pacientes no alcohólicos (1). El cuadro clínico es variado, siendo los síntomas más frecuentes la demencia, los trastornos de atención, la dificultad para la marcha y el síndrome de desconexión in-terhemisférica (2).

Esta patología suele estar infradiagnóstica ya que su diagnóstico clínico es difícil, si bien nuestro índice de sospecha ha de ser alto ante dichos hallazgos en TC y RM (la atrofia córtica en un paciente joven nos ha de poner en alerta sobre sus antecedentes personales siendo el alcoholismo y el consumo de tóxicos una causa frecuente).

**Conclusión:**

Ante la falta habitual de datos clínicos en las peticiones urgentes, el radiólogo de urgencias/guardia ha de estar familiarizado con este tipo de patología y ampliar su diagnóstico diferencial para compensar la falta de dichos datos con un diagnóstico correcto.



*Figura a. TC axial sin civ donde se objetiva la hipodensidad de la rodilla del cuerpo caloso. Figura b. RM axial Flair, donde vemos el aumento de señal de la rodilla del cuerpo caloso. Figura c. RM coronal T2, donde objetivamos los mismos hallazgos además de una importante atrofia cortical para la edad del paciente.*

### **Bibliografía:**

1. Giulio Zuccoli, Nasir Siddiqui, Isabel Cravo, Ariel Bailey, Massimo Gallucci Clive G. Harper. Neuroimaging findings in alcohol-related encephalopathies. *AJR* 2010; 195:1378–1384 .
2. S. RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ, J. BRAVO-DOVISO, L.A. RAMOS-GÓMEZ, C. MARTÍN-DELGADO, R. ORTIZ-LÓPEZ Y T. PUENTE-DOMÍNGUEZ. Enfermedad de Marchiafava-Bignami en Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2005;29(7):396-9.

<b>Caso</b>	(078) Síndrome de aorta media: ¿Qué es y cuándo debe ser sospechada por el radiólogo?
<b>Autores</b>	Guido Finol Vaccariello Castaño Reyero, Marta. Navarro Cutillas, Virginia. Terán Pareja, Vanessa. Guerrero Salcedo, Nancy.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de octubre

**Presentación:**

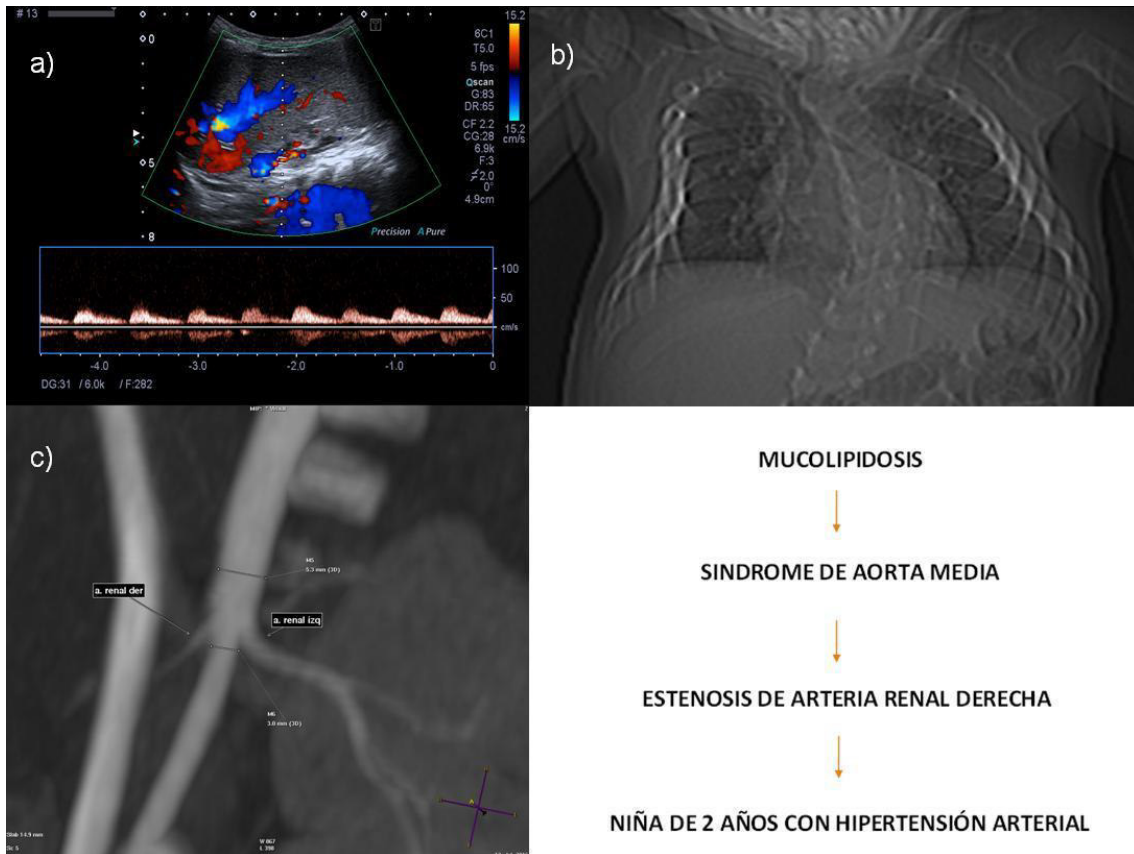
Niña de 2 años diagnosticada de Mucopolipidosis tipo II que ingresa en la planta de pediatría por HTA no controlada. Ante el empeoramiento de las crisis hipertensivas, se solicita ecografía de urgencia. Al radiólogo le llama la atención que el riñón derecho presenta disminución del grosor parenquimatoso y que en el estudio doppler se identifican signos de estenosis de la arteria renal derecha (ARD). En el Angio-TC abdominal también se evidencia una estenosis generalizada de toda la aorta infrarrenal. El radiólogo, en vista de los datos clínicos y los hallazgos, sugiere un Síndrome de Aorta Media como causa de la HTA.

**Discusión:**

El Síndrome de Aorta Media (SAM) es un raro cuadro clínico que consiste en una estenosis de la aorta abdominal asociada a disminución del calibre de las arterias renales. El primer síntoma suele ser la HTA. La ecografía será la primera prueba de imagen de aproximación. El radiólogo siempre debe considerar la posibilidad de un SAM y realizar un estudio doppler de las arterias renales y evaluar el calibre de los vasos abdominales. Si existe clara sospecha, los hallazgos serán confirmados mediante TC y/o RM.

**Conclusión:**

La mayoría de los casos de Síndrome de Aorta Media son idiopáticos (61%). No obstante, puede ser secundario a otras enfermedades como la mucopolisacaridosis. Aunque es un síndrome infrecuente, es una causa importante de HTA en niños y adolescentes que siempre debe ser sospechado por el médico radiólogo.



**a) Doppler de arterias intrarrenales derechas. Flujo Parvus Tardus. Manifestación distal de estenosis de ARD. b) Malformaciones del esqueleto axial, características de la Mucopolipidosis. c) Disminución brusca de calibre de aorta abdominal desde la salida de las arterias renales. Estenosis de arteria renal derecha desde su origen.**

## Bibliografía:

M.J. Martínez Sapiña-Llanas, A. Rois Siso. La angiografía TCMD en el diagnóstico de la patología aórtica en pacientes pediátricos. SERAM 2014 / S-1302

Eric T. Kimura-Hamaya, Gabriela Meléndez. Uncommon congenital and acquired aortic diseases. Role of multidetector CT-Angiography. RADIOGRAPHICS. January 2010. Volume 30. Issue 1.

M.I. Martínez León, D. Alcaide Martín. Síndrome de aorta media: Presentación de tres casos pediátricos. Radiología, 2013.



<b>Caso</b>	(081) Alerta en el paciente crítico
<b>Autores</b>	Mónica Fdez. Del Castillo Ascanio Marichal Hdez, Carlos Alberto; El Khatib Yasmín; Eiroa Guitierrez, Daniel; Benitez Rivero Sonia; Garrido Carrasco, M <sup>a</sup> Soledad
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria (HUNSC)

### **Presentación:**

Varón de 65 años que ingresa en la unidad de medicina intensiva tras sufrir un infarto agudo de miocardio. Durante su ingreso evoluciona de forma desfavorable, y al 4 día presentó hemiparesia corporal izquierda, motivo por el que se realiza un TC simple cerebral donde se identifica un área de diferenciación córtico-subcortical en territorio limítrofe entre ACM-ACP (figura 2) compatible con lesión isquémica aguda (al 2º día del ingreso sufrió un cuadro de agitación psicomotriz motivo por el cual ya se la había realizado un TC que fue normal, figura 1). Por si fuera poco, tras varios días el paciente comienza con fiebre, distensión y dolor abdominal. Desde la UVI contactan con la sección de radiología de urgencias y procedemos a realizar un TC de abdomen-pelvis con CIV (figura c) donde identificamos un importante neumoperitoneo supra e inframesocólico además de una colección que parece originarse en el duodeno, dando como diagnóstico final: Perforación de 2ª porción duodenal con signos de peritonitis difusa, diagnóstico confirmado en la cirugía.

### **Discusión:**

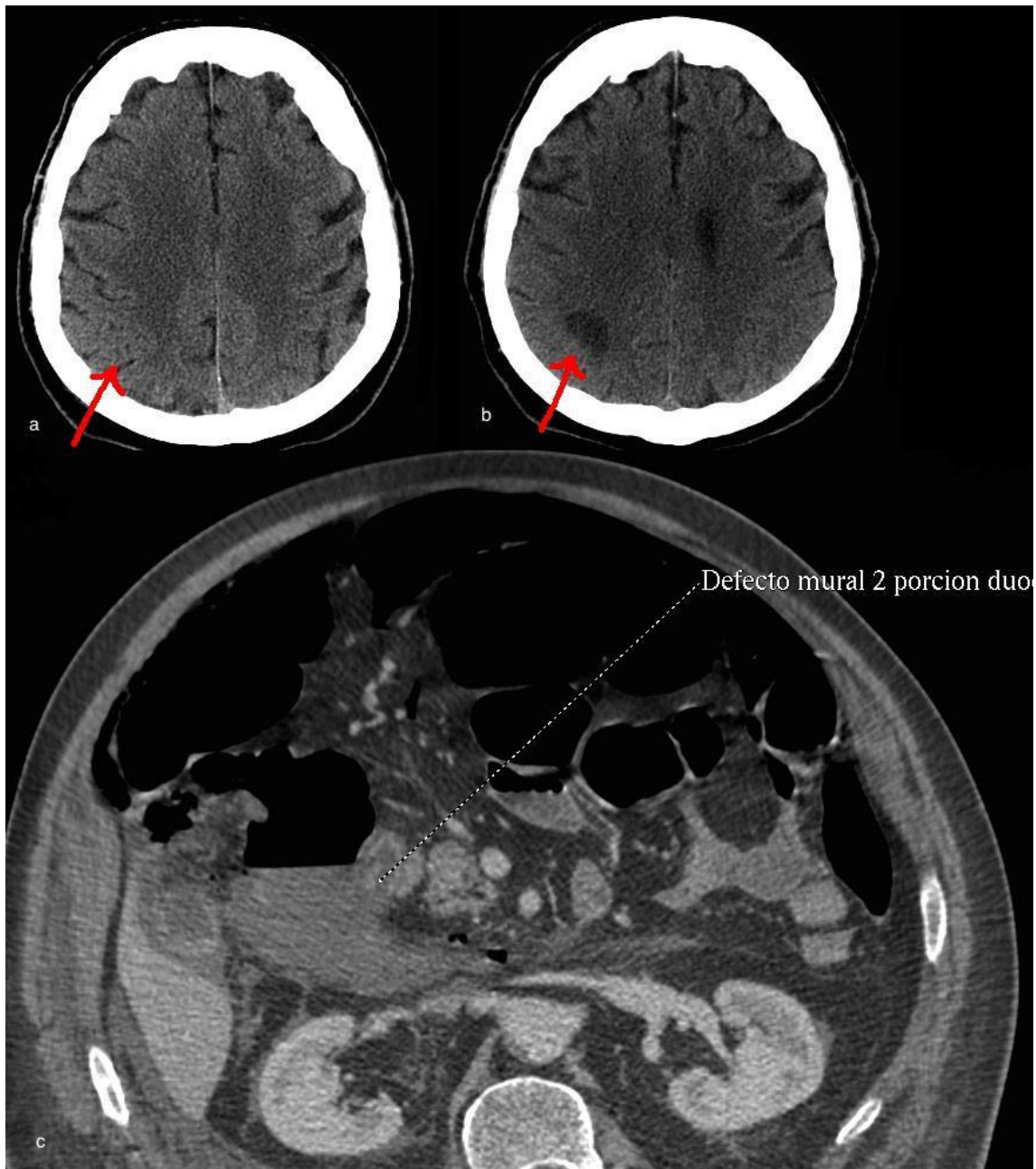
El curso del paciente crítico puede conllevar muchas complicaciones por las que el radiólogo ha de estar alerta ante la solicitud de diferentes pruebas complementarias.

Se llama úlcera de estrés al desarrollo de una diversidad de lesiones en la mucosa gastro-duodenal que varían desde pequeñas erosiones hasta grandes úlceras. Los principales factores involucrados son la isquemia mural, el estrés psíquico, la histamina, la presencia de flujos gástricos inadecuados y el reflujo biliar (1). El duodeno proximal está expuesto al efecto corrosivo de la pepsina y el ácido hidroclorehídrico provocando una rotura de la integridad mucosa lo cual llevará a la úlcera (2).

Como radiólogos debemos tener en cuenta que el neumoperitoneo masivo se suele originar del colon o bien de perforaciones gastro-duodenales como en nuestro caso. Otro dato que nos puede orientar hacia una perforación gastro-duodenal sería la localización ectópica de gas a nivel del ligamento falciforme, ligamento hepato-duodenal o gastrohepático (3).

### **Conclusión:**

Todo radiólogo es capaz de ver un neumoperitoneo, ahora bien, el tener la capacidad de buscar su origen en los casos más complicados debe ser un reto y punto de motivación para el radiólogo de urgencias, destacando en éste aspecto sobre el resto.



**Figura a.** TC cráneo normal. **Figura b,** lesión isquémica en territorio limítrofe ACM/ACP. **Figura c,** TC abdomen-pelvis con civ donde objetivamos neumoperitoneo y colección hidra-aérea con origen en 2ª porción duodenal.

### Bibliografía:

1. Gustavo A. Zúniga. Úlcera de stress. *Rev. Médica Honduras*. Vol 49-1981.
2. Melissa J. McGettigan, MD Christine O. Menias, MD Zhenqiang J. Gao, MD Vincent M. Mellnick, MD Amy K. Hara, MD. Imaging in drug-induced complications in the gastrointestinal system. *RadioGraphics* 2016; 36:71–87.

3. J. Gómez Herrera, J. Sánchez Hdez, J. Catalayud, A. Martín. Pneumoperitoneum dissemination pathways. A comprehensive review from an anatomical point of view. ECR 2015. 10.1594/ecr2015/C-0065.

<b>Caso</b>	(084) QUISTES INTRATESTICULARES EN EDAD PEDIÁTRICA: INFRECUENTES PERO POSIBLES DE VER
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Alba Alonso De León  
 María Teresa Rodrigo Bello, Cristina González Delgado,  
 Yolanda Marcelino Reyes, José Ramón Muñiz Montes, Juan  
 Antonio Hernández Ponce  
 Hospital Universitario de Canarias

**Presentación:**

Datos clínicos: varón de 5 meses que es traído a urgencias por aumento del volumen testicular derecho de 1 semana de evolución, según su madre. A la exploración, la pediatra palpa un nódulo de consistencia dura y solicita ecografía testicular. Descripción de los hallazgos: lesión intratesticular bien delimitada, anecoica, de 2 x 1.5 cm de diámetro. Ausencia de vascularización intralesional en Modo Doppler color y pulsado.

**Discusión:**

Diagnóstico: Se repite nueva ecografía de forma programada y se solicita RM para descartar malignidad, realizándose el diagnóstico de quiste simple intratesticular.

Reflexión docente:

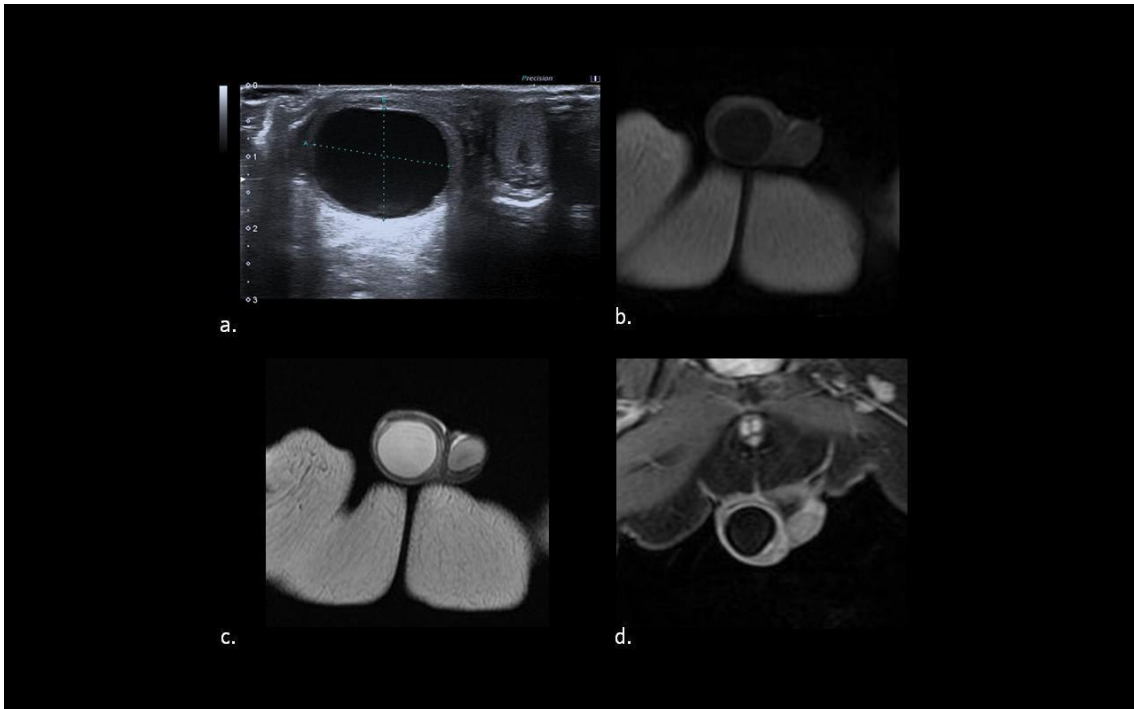
A pesar de su aparente sencillez, la dificultad de este caso reside en lo infrecuente que es esta patología en la edad pediátrica.

Los quistes simples intratesticulares se suelen observar en adultos en torno a la 4ª década de vida o mayores. Sus características por imagen son: pared fina, contenido anecoico, refuerzo acústico posterior, ausencia de vascularización y pueden ser de cualquier tamaño.

Si bien su aspecto es aparentemente benigno, debido a su rareza lo primero que hay que descartar es un tumor testicular. Estos son muy poco frecuentes en la edad pediátrica pero se observan con mayor frecuencia que los quistes, y tienen dos picos de prevalencia: antes de los 3 años y en el periodo postpuberal. Su presentación más característica es la de una masa sólida aunque también pueden tener aspecto quístico (fundamentalmente los teratomas). Por tanto, durante la inspección ecográfica de una lesión quística, se debe descartar la presencia de componente sólido y posteriormente es conveniente realizar una RM así como solicitar marcadores tumorales para confirmar el diagnóstico y evitar una intervención quirúrgica innecesaria (orquiectomía).

**Conclusión:**

Los quistes intratesticulares en la edad pediátrica son infrecuentes pero es necesario conocer su existencia para realizar un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.



**Figura 1. Quiste intratesticular derecho. (a) Ecografía Modo B: lesión bien delimitada, anecoica, con refuerzo acústico. Avascular en Modo Doppler color y pulsado. (b, c, d) RM testicular SE T1 axial, SE T2 axial y coronal SE T1 con supresión grasa tras contraste i.v.: lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, que no muestra captación de contraste.**

### **Bibliografía:**

Woodward P. J., Sohaey R., O'Donoghue M. J., Green D. E. From the Archives of the AFIP. Tumors and Tumorlike Lesions of the Testis: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2002; 22: 189-216.

Dogra V. S., Gottlieb R. H., Rubens D. J., Liao Lydia. Benign Intratesticular Cystic Lesions: US Features. *RadioGraphics* 2001; 21: S273-S281.

Sung E. K., Setty B. N., Castro-Aragon I. Sonography of the Pediatric Scrotum: Emphasis on the Ts-Torsion, Trauma, and Tumors. *AJR* 2012; 198:996-1003.

Coursey Moreno C., Small W. G., Camacho J. C., Master V., Kokabi N., Lewis M., Hartman M., Mittal P. K. Testicular Tumors: What Radiologists Need to Know- Differential Diagnosis, Staging, and Management. *RadioGraphics* 2015; 35: 400-415.

Aso C., Enríquez G., Fité M., Torán N., Piró C., Piqueras J., Lucaya J. Gray-Scale and Color Doppler Sonography of Scrotal Disorders in Children: An Update. *RadioGraphics* 2005; 25: 1197-1214.

<b>Caso</b>	(085) Mejorando la sensibilidad diagnóstica en la urgencia de la torsión testicular
<b>Autores</b>	Alberto Ibáñez Ibáñez P Camino Marco, Mi Tercero Azorín, C López Cárceles, A Fernández López, I Alcantud González
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

### **Presentación:**

Paciente de doce años que acude por dolor testicular izquierdo desde hace ocho horas. A la exploración muestra testículo eritematoso, agrandado, reflejo cremastérico abolido. Se solicita ecografía testicular urgente: torsión completa de testículo izquierdo. Tras detorsión intraoperatoria de cordón espermático y ante signos de necrosis testicular se practica orquiectomía izquierda.

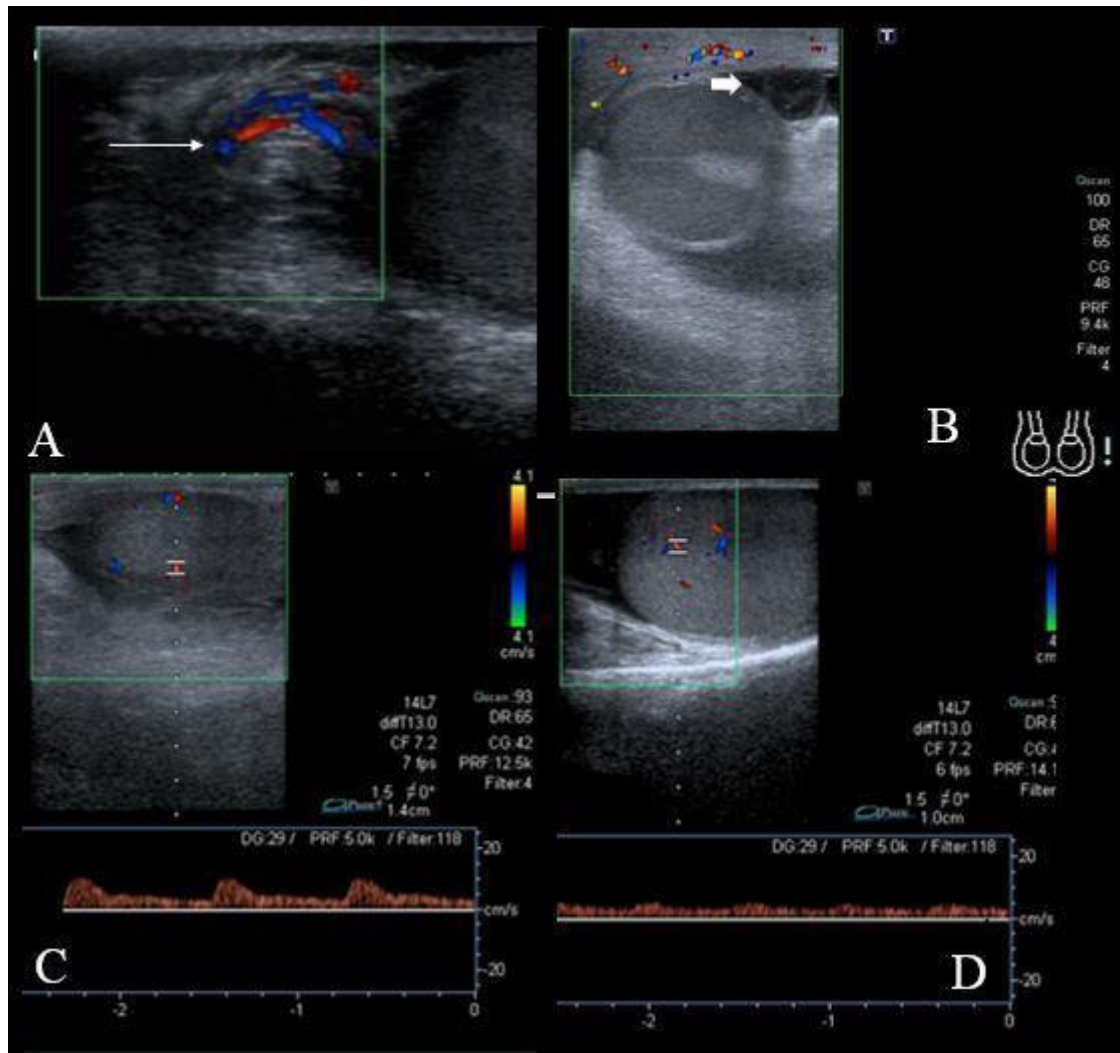
### **Discusión:**

La viabilidad testicular está relacionada directamente con la duración de la torsión y el número de vueltas del cordón espermático; con alto riesgo de infarto tras cuatro horas de evolución de ahí la importancia de un diagnóstico precoz.

En el diagnóstico, la ecografía convencional aporta datos indirectos como el “signo del remolino”, horizontalización testicular, hidrocele reactivo y engrosamiento de túnicas escrotales, siendo la ecotextura inhomogénea de aparición tardía. La sensibilidad del estudio aumenta significativamente al sumar el Doppler color y espectral, detectando ausencia o disminución asimétrica de vascularización testicular, descartando así otros diagnósticos diferenciales, como la epidídimo-orquitis y las torsiones de apéndices testiculares.

### **Conclusión:**

- El estudio del dolor testicular agudo debe incluir el estudio ecográfico en escala de grises para valoración morfológica, siendo imprescindible el Doppler pulsado y espectral para estudiar la vascularización.
- Ventajas del estudio ecográfico son: ausencia de radiación ionizante, bajo coste y alta disponibilidad respecto a otras técnicas como la gammagrafía o la resonancia magnética.
- No se debe olvidar los falsos negativos con preservación de la vascularización Doppler color, pero con índices de resistencia elevados ( $IR > 0.75$ ), como en la torsión incompleta o la intermitente.



**A) Ecografía longitudinal que muestra el “nudo de torsión” del complejo epidídimo-cordón espermático (flecha blanca delgada). B) Doppler pulsado longitudinal: testículo heterogéneo, sin flujo, hidrocele reactivo (flecha blanca gruesa) e hiperemia de pared escrotal. C) y D) Ecografía longitudinal con Doppler espectral que muestra disminución de amplitud de onda de arteria testicular en testículo torsionado (D) respecto al normal (C).**

### Bibliografía:

1. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, Levine D. Diagnóstico en ecografía. Vol 1. 4ª ed. USA: Marbán; 2014. p. 753-783.
2. Dogra VS, Rubens DJ, Gottlieb RH, Bhatt S. Torsion and beyond: new twists in spectral Doppler evaluation of the scrotum. J Ultrasound Med 2004;23:1077-1085.

<b>Caso</b>	(086) Hiperdensidad en TC sin contraste: más allá de la hemorragia
<b>Autores</b>	Glenis Nieves Perdomo Ignacio Gonzalez García, Maria Adela Rodriguez-fuentes, Maria Beatriz De Lorenzo Caceres, Sara Acosta González, Rafael Sarmiento Herrera
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**Presentación:**

Mujer de 75 años de edad. AP: HTA, dislipemia y bloqueo AV. Acude a urgencias por hemiparesia derecha y alteración del lenguaje de 1h de evolución. Se activa protocolo de código ictus, demostrando oclusión del segmento M1 de ACM izquierda. Se realiza trombectomía mecánica con resultado satisfactorio y buena recuperación neurológica. A las 5 h la paciente presenta crisis comicial indicándose TC de craneo urgente (Fig. 1 y 2) y otro a las 24h de control (Fig. 3 y 4)<sup>2</sup>. Descripción de los hallazgos: 33 TC 5 h: Aumento de densidad en ganglios de la base izquierdos y entre surcos parietooccipitales ipsilaterales. TC 24h: Resolución de los hallazgos descritos en TC previo.

**Discusión:**

Diagnóstico:

Extravasación de contraste

Reflexión docente:

Se considera hemorragia posttrombectomía cuando persiste la hiperdensidad transcurrido al menos 24 horas, o cuando se corresponde con área de baja señal en RM craneal T2-eco de gradiente.

La lesión hemorrágicas se definen como hiperdensidad menor a 90 UH que persisten en la TC de control a las 24 horas.

Hay dos características de las hiperdensidades en espacio subaracnoideo que nos van a ayudar a diferenciar entre hemorragia y extravasación de contraste después de procedimientos angiográficos:

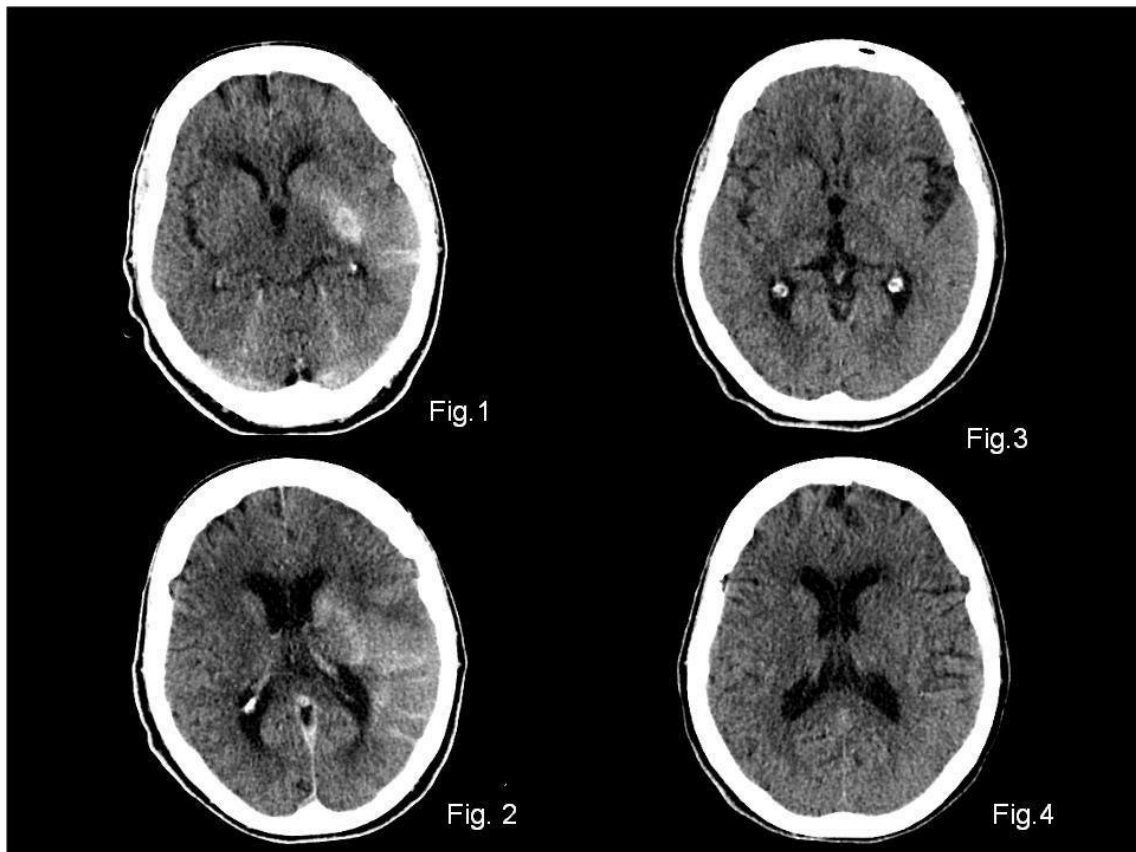
En los casos secundarios a la extravasación de contraste, la densidad suele ser mas alta que la sangre (la sangre suele oscilar entre 40-60 UH)

El contraste en el espacio subaracnoideo se reabsorbe rápidamente, dentro de las primeras 24h, en cambio la sangre tiene una reabsorción más lenta, menos del 50% en 24 h.

**Conclusión:**

Cuando valoramos un TC de control tras trombectomía mecánica es importante conocer el tiempo de evolución para diferenciar entre hemorragia y extravasación de contraste.





*TC simple 5 horas y 24 horas*

### **Bibliografía:**

Phan CM, Yoo AJ, Hirsch JA, Nogueira RG, Gupta R. Differentiation of Hemorrhage from Iodinated Contrast in Different Intracranial Compartments Using Dual-Energy Head CT. 2012 January. 10.3174/ajnr. A2909

Nakano S, Iseda T, Kawano H, Yoneyama T, Ikeda T, Wakisaka S. Parenchymal Hiperdensity on Computed Tomography After Intra-Arterial Reperfusion Therapy for Acute Middle Cerebral Artery Occlusion: Incidence and Clinical Significance. Stroke. 2001; 32:2042-2048.

<b>Caso</b>	(088) Dolor en FID, no todo es apendicitis
<b>Autores</b>	Sonia Benítez Rivero Yasmin El Khatib Ghzal; Carlos Marichal Hernández; Daniel Eiroa Gutiérrez; Víctor Vázquez Sánchez; Nimar Núñez Vila
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

### **Presentación:**

Datos clínicos: Paciente de 49 años con cuadro de 3 días de evolución de dolor selectivo en fosa ilíaca derecha, con signos de irritación peritoneal, leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada, con sospecha inicial de apendicitis aguda. Descripción de los hallazgos: La ecografía de abdomen mostró un segmento de íleon con engrosamiento mural y aumento de ecogenicidad de la grasa adyacente. El TC de abdomen con contraste mostró igualmente la presencia de un segmento de íleon con engrosamiento mural y aumento de densidad de la grasa mesentérica a dicho nivel, junto con la presencia de una imagen diverticular en el borde antimesentérico del íleon sugestiva de divertículo de Meckel. Tras exploración quirúrgica se confirmaron los hallazgos, evidenciando además la existencia de una invaginación intestinal con el divertículo actuando como cabeza de la misma, hallazgo no presente inicialmente en el TC realizado.

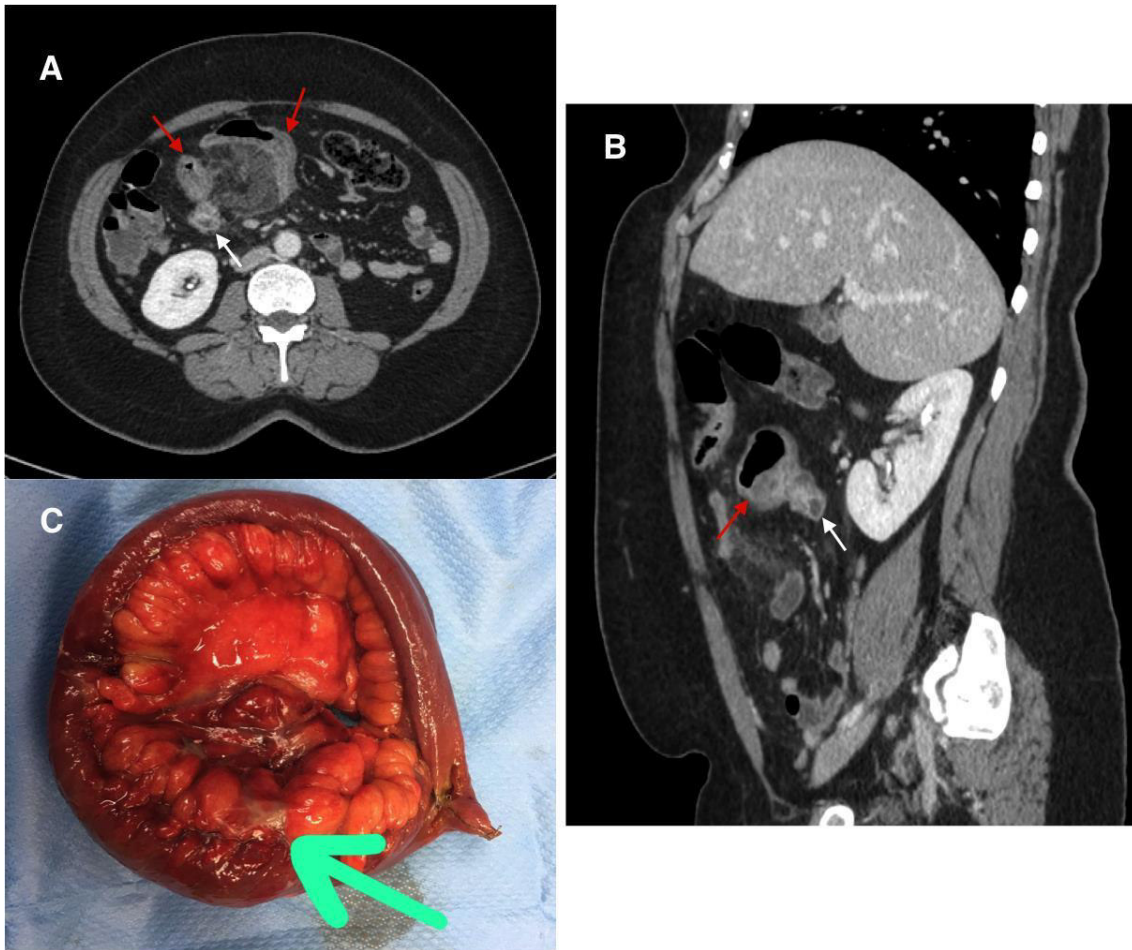
### **Discusión:**

Diagnóstico: Diverticulitis de Meckel

Reflexión docente: El divertículo de Meckel es un resto del primitivo conducto onfalomesentérico que en el embrión comunica el intestino con el saco vitelino. Es la anomalía más frecuente del tracto gastrointestinal, afectando al 2-3% de la población. Se localiza en el borde antimesentérico del íleon, aproximadamente a 40-100 cm de la válvula ileocecal. Aproximadamente un 19% de estos divertículos presentan complicaciones, siendo la más frecuente la obstrucción intestinal. Otra complicación frecuente es la diverticulitis, que, como en nuestro caso, puede presentarse con síntomas de apendicitis aguda.

### **Conclusión:**

A pesar de que las complicaciones del divertículo de Meckel son bien conocidas, tanto clínica como radiológicamente, su diagnóstico preoperatorio es difícil de establecer. Además su presentación clínica puede ser similar a otros procesos inflamatorios abdominales, lo que complica aún más el diagnóstico. La utilización cada vez más frecuente de las técnicas de imagen (ecografía y TC) para la valoración del abdomen agudo en urgencias, puede ayudar a realizar un diagnóstico preoperatorio de esta rara entidad.



**TC abdominal con contraste en fase venosa portal, corte axial (A) y reconstrucción sagital (B): Engrosamiento mural de un segmento de íleon (flechas rojas), identificando una imagen diverticular en la cara antimesentérica de dicho segmento (flechas blancas), asociado a aumento de densidad y estriación de la grasa mesentérica adyacente. Todos estos hallazgos en relación con divertículo de Meckel con cambios inflamatorios. (C) Fotografía intraoperatoria del mismo paciente donde se visualiza el divertículo de Meckel en el borde antimesentérico del íleon con cambios inflamatorios, evidenciando además durante el acto quirúrgico la existencia de una invaginación intestinal con el divertículo actuando como cabeza de la misma.**

### **Bibliografía:**

Angela D. Levy, Christine M. Hobbs. Meckel Diverticulum: Radiologic Features with Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2004; 24:565–587.

Khaled M. Elsayes, Christine O. Menias, Howard J. Harvin, Isaac R. Francis. Imaging Manifestations of Meckel's Diverticulum. *AJR* 2007; 189:81–88.

Salvador Costa, M. Jesús Martínez, Tomás Ripollés, Fructuoso Delgado. Diverticulitis de Meckel: hallazgos en ecografía y TC. *Radiología* 2004;46(2):101-106.

<b>Caso</b>	(089) "Colecciones postquirúrgicas: más allá del absceso"
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Glenis Nieves Perdomo  
 María Adela Rodríguez-fuentes, Ignacio González García, Sara Acosta Gonzalez, María Beatriz Sánchez De Lorenzo-cáceres,  
 Juan Luis Conchuela Fumero  
 Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**Presentación:**

Mujer de 44 años intervenida hace 10 días de neurofibroma atípico sacro derecho con componente intrapélvico. Acude a urgencias por dolor, distensión abdominal y cese de deposiciones. TC de abdomen y pelvis con contraste iv (Fig 1 y 2). Tras los hallazgos de imagen se realiza punción de las colecciones obteniéndose líquido seroso claro cuyo análisis muestra niveles elevados de creatinina, por lo cual se realiza nuevo TC sin contraste para confirmar fuga urinaria ( fig 3 y 4). Descripción de los hallazgos: TC inicial (Fig. 1 y 2): Colección en flanco derecho asociada a moderada cantidad de líquido libre. Realce difuso peritoneal de predominio derecho que traduce peritonitis. Marcada dilatación de asas intestinales y colon transversal e izquierdo. TC 6 horas ( Fig. 3 y 4): Aumento de densidad de la colección abdominal en flanco derecho por contraste extravasado en relación con fuga urinaria.

**Discusión:**

Dignóstico:

Urinoma.

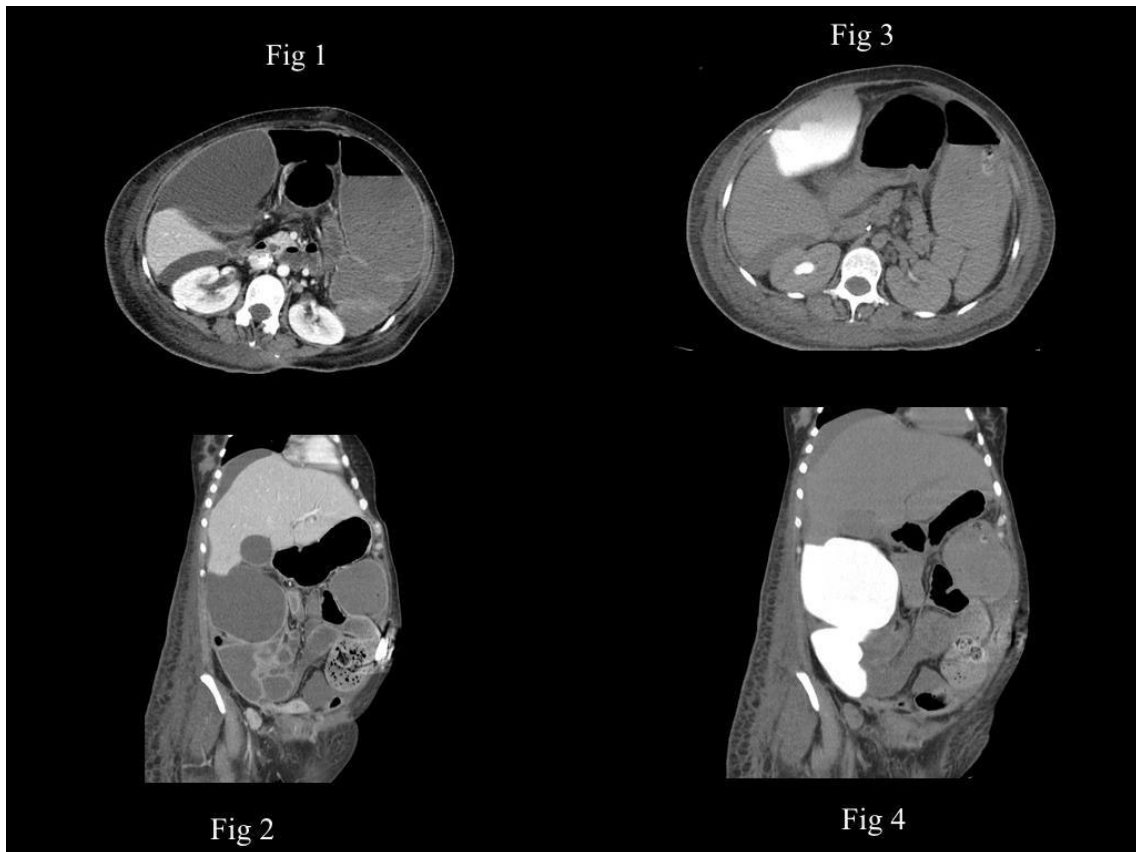
Reflexión docente:

Los urinomas son acumulaciones de orina debido a una fuga urinaria. El mejor indicio diagnóstico es la acumulación de líquido que contiene contraste IV, excretado por los riñones. Se recomienda obtener imágenes con retraso de 5 minutos durante la fase excretora. Las causas más frecuentes se debe a los traumatismos renales con laceración cortical profunda o fractura, a fracturas vesicales y a lesiones quirúrgicas del sistema colector o del uréter

Entre los diagnósticos diferenciales debemos incluir los hematomas, abscesos y linfocelos.

**Conclusión:**

Es importante conocer el procedimiento quirúrgico realizado y posibles complicaciones derivadas del mismo, para aplicar el protocolo de imagen adecuado. La obtención de imágenes con retraso de 5 o más minutos es clave para el diagnóstico de la fuga de contraste.



*TC con contraste y TC sin contraste tardío (6 horas)*

**Bibliografía:**

Michael P. Federle, R. Brooke Jeffrey, Paula J. Woodward, Amir A Borhani. Diagnóstico por imagen del abdomen. Segunda edición. Madrid. Marban libros.2011

<b>Caso</b>	(093) HEMIPLEJIA DERECHA Y PARALISIS FACIAL IPSILATERAL POSTRAUMATICA. ¿COMO ES POSIBLE?.
<b>Autores</b>	Marta Perez Bea Mikel Grau, clara Morandeira, sandra Delgado, garazi Elizundia, marta Sarabia
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

**Presentación:**

Niño de 18 meses que acude a Urgencias tras TCE biparietal por compresión tras cierre de puerta automática. A su llegada muestra hemiparesia derecha y parálisis facial homolateral. En el TC craneal inicial se aprecia signo de la ACM hiperdensa insular izquierda. A las 24 horas se practica nuevo TC que demuestra infarto establecido en territorio de la ACM izquierda. El estudio de angioTC de TSA identifica afilamiento fusiforme de la ACI izquierda con oclusión distal sugestivo de disección. La reconstrucción VR muestra la compresión sobre la región craneofacial derecha que justifica la parálisis facial.

**Discusión:**

El paciente presenta exploración neurológica paradójica con parálisis facial y de hemicuerpo homolaterales; Es conocido que el infarto de la ACM condicionaría hemiparesia con parálisis facial contralateral.

Los hallazgos radiológicos demostraron disección de la ACI izquierda con infarto en territorio de ACM que explica la hemiparesia derecha. La reconstrucción VR ilustra la compresión del nervio facial periférico derecho como causa de la parálisis.

La disección arterial se produce por un desgarramiento intimal que permite la entrada de sangre entre la íntima y la media con estenosis y reducción del flujo sanguíneo.

En la patogenia se han implicado traumatismos y/o una susceptibilidad individual.

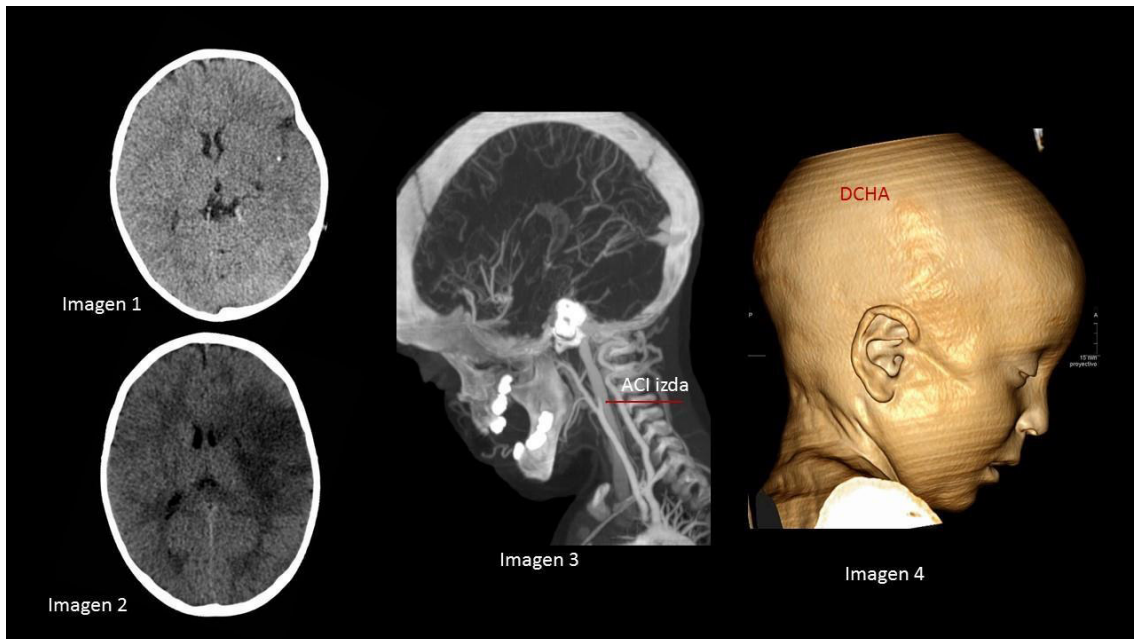
La mayoría de disecciones traumáticas son resultado de accidentes o actividades violentas, pero a veces sólo hay un desencadenante trivial.

La aparición de infarto cerebral puede diferirse meses tras el traumatismo.

**Conclusión:**

La disección de la arteria carótida interna es una causa importante de ictus isquémico en niños y pacientes jóvenes.

El conocimiento del mecanismo de producción de los traumatismos es importante para comprender los hallazgos clínico-radiológicos.



**IMAGEN 1- Hiperdensidad ACM insular izda IMAGEN 2- Infarto establecido en territorio de ACM izda IMAGEN 3 Afilamiento y obstrucción de la ACI izda sugestiva de disección IMAGEN4- VR muestra compresión del facial derecho**

### **Bibliografía:**

-Craniocervical Arterial Dissection: Spectrum of Imaging Findings and Differential Diagnosis

Mathieu H. Rodallec, Véronique Marteau, Sophie Gerber, Loïc Desmottes, Marc Zins

RadioGraphics, Oct 2008, Vol. 28: 1711–1728.

-Infarto cerebral isquémico por disección de arteria carótida interna

J.R. Bretón Martínez, J.I. Muñoz Bonet, M.C. Llopis Garrido, F. Núñez Gómez, L. Lacruz Pérez, A. Cánovas Martínez, R. Hernández Marco

An Pediatr 2003;59:286-9

<b>Caso</b>	(096) Ovarios hiperestimulados como factor predisponente para la torsión anexial
<b>Autores</b>	Sonia Benítez Rivero Mónica Fernández Del Castillo Ascanio; Dácil Suárez González; Daniel Eiroa Gutiérrez; Yasmin El Khatib Ghzal; José Fernando De Luis Escudero
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

### **Presentación:**

Datos clínicos: Mujer de 25 años con carcinoma de mama intervenido 5 meses antes (mastectomía + linfadenectomía), en tratamiento con paclitaxel hasta el mes previo al ingreso y sometida a terapia de estimulación ovárica previo al inicio del tratamiento de su patología. Presenta cuadro de dolor en fosa ilíaca izquierda con moderada leucocitosis. Descripción de los hallazgos: Se realizó ecografía abdominal y transvaginal, donde se objetivó un aumento de volumen de ambas estructuras anexiales. El ovario derecho presentaba múltiples folículos de 15-25 mm. El ovario izquierdo presentaba edema del estroma y folículos de menor tamaño que el contralateral, evidenciando en el estudio Doppler únicamente flujo arterial, sin presencia de flujo venoso. Asimismo existía líquido libre en pelvis en cantidad moderada. Con la sospecha de torsión ovárica se realizó laparotomía urgente confirmándose este diagnóstico y procediendo a detorsión del anejo.

### **Discusión:**

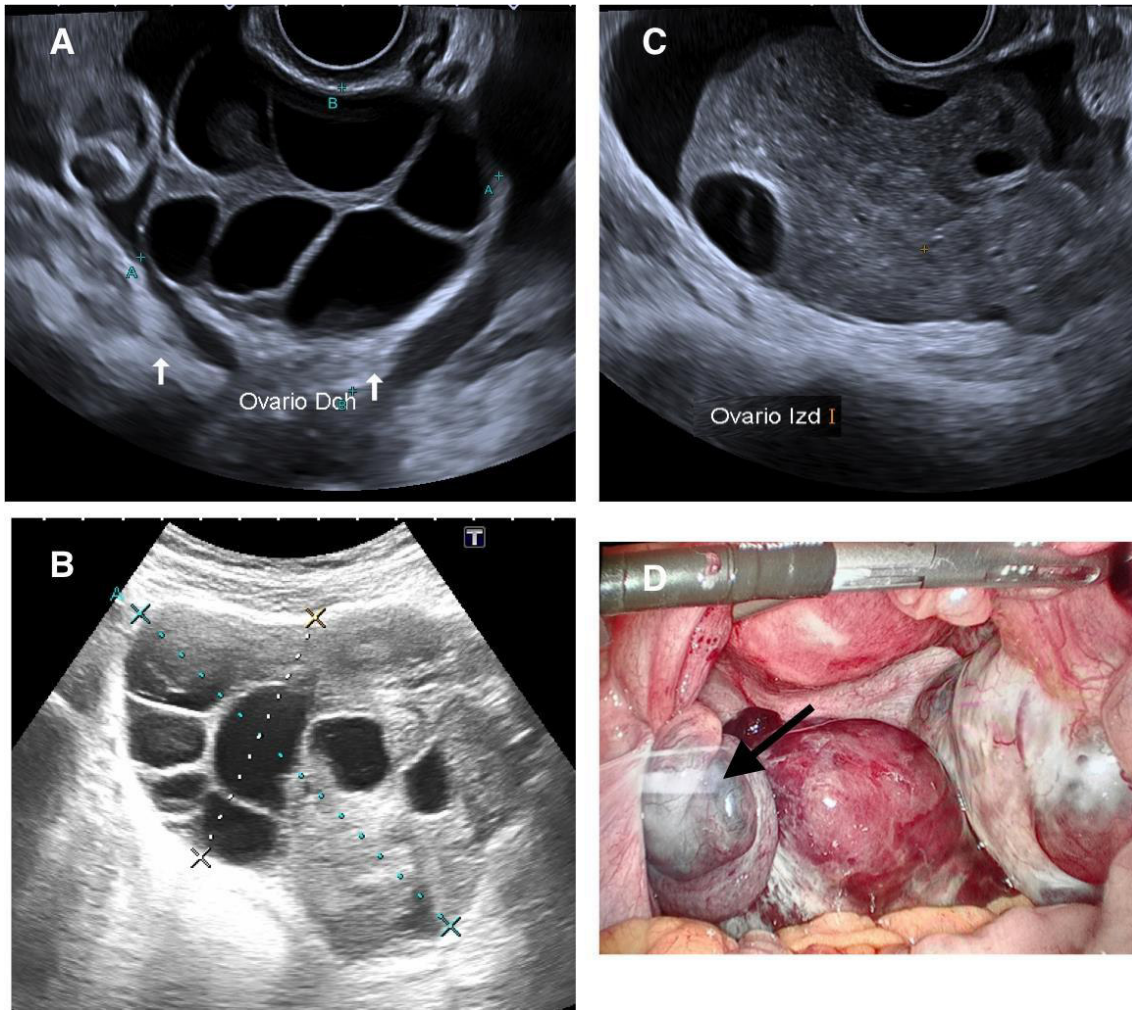
Diagnóstico: Torsión anexial en paciente con hiperestimulación ovárica.

Reflexión docente: La torsión ovárica es una patología con síntomas inespecíficos, siendo a menudo difícil de diferenciar de otras causas de dolor abdominal agudo. Inicialmente produce compromiso del flujo venoso y linfático, con edema y aumento de volumen ovárico, preservando el flujo arterial, por lo que los hallazgos del Doppler serán variables dependiendo de la cronología y el grado de torsión. Hasta en un 75% de casos la ecografía demuestra múltiples quistes de hasta 25 mm en la periferia del ovario. Entre las condiciones predisponentes para esta patología hay que considerar los síndromes de estimulación ovárica. Tal como en nuestro caso, una de las características que ayuda a distinguir un ovario hiperestimulado torsionado es la separación de los elementos quísticos por el marcado edema del estroma.

### **Conclusión:**

El diagnóstico de una torsión ovárica requiere un alto grado de sospecha. El hallazgo más constante es un aumento de volumen del ovario, siendo los hallazgos del Doppler variables dependiendo del grado de torsión. Las grandes estructuras quísticas observadas en los síndromes de estimulación ovárica deben ser tenidos en cuenta como factor predisponente para esta patología.





**A, B.** Ovario derecho de 64 x 54 mm, con múltiples folículos de 15-25 mm, visualizados en ecografía transvaginal (A) y abdominal (B). **C.** Ovario izquierdo ocupando el espacio de Douglas de 87 x 44 mm con folículos de menor tamaño que el contralateral y con edema del estroma, asociado a líquido libre en pelvis en cantidad moderada. **D.** Fotografía intraoperatoria de la misma paciente donde se visualiza el ovario izquierdo torsionado sobre sí mismo y de color oscuro secundario a la isquemia.

### **Bibliografía:**

Hannah C. Chang, Shweta Bhatt, Vikram S. Dogra. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. *RadioGraphics* 2008; 28:1355–1368.

Debra Houry, Jean T. Abbott. Ovarian Torsion: A Fifteen-Year Review. *Ann Emerg Med* 2001;38:156–159.

Keren Tuvia Baron, Kemi T. Babagbemi, Elizabeth K. Arleo, Ashwin V. Asrani, Robert N. Troiano. Emergent Complications of Assisted Reproduction: Expecting the Unexpected. *RadioGraphics* 2013; 33:229–244.

M. Tsirigotis, Ian Craft. Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS): How Much Do We Really Know About It? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 55:151–155.

<b>Caso</b>	(098) Aumento de volumen cervical y enfisema subcutáneo en paciente crítico
<b>Autores</b>	Sonia Benítez Rivero Yasmin El Khatib Ghzal; Dácil Suárez González; Daniel Eiroa Gutiérrez; Víctor Vázquez Sánchez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

### **Presentación:**

Datos clínicos: Varón de 41 años ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por status epiléptico. A las 24 horas del ingreso en esta unidad y del inicio de la ventilación mecánica comienza con aumento generalizado de volumen cervical, enfisema subcutáneo y eritema local, asociado a inestabilidad hemodinámica. Descripción de los hallazgos: Se realizó TC de cuello y tórax con contraste objetivando un enfisema subcutáneo masivo afectando a ambas regiones laterocervicales, el cual disecaba planos musculares, y se extendía a pared torácica anterior, ambas regiones supraclaviculares de predominio izquierdo, así como a región anterosuperior de pared abdominal. Asimismo se evidenció presencia de moderado neumomediastino y neumoperitoneo.

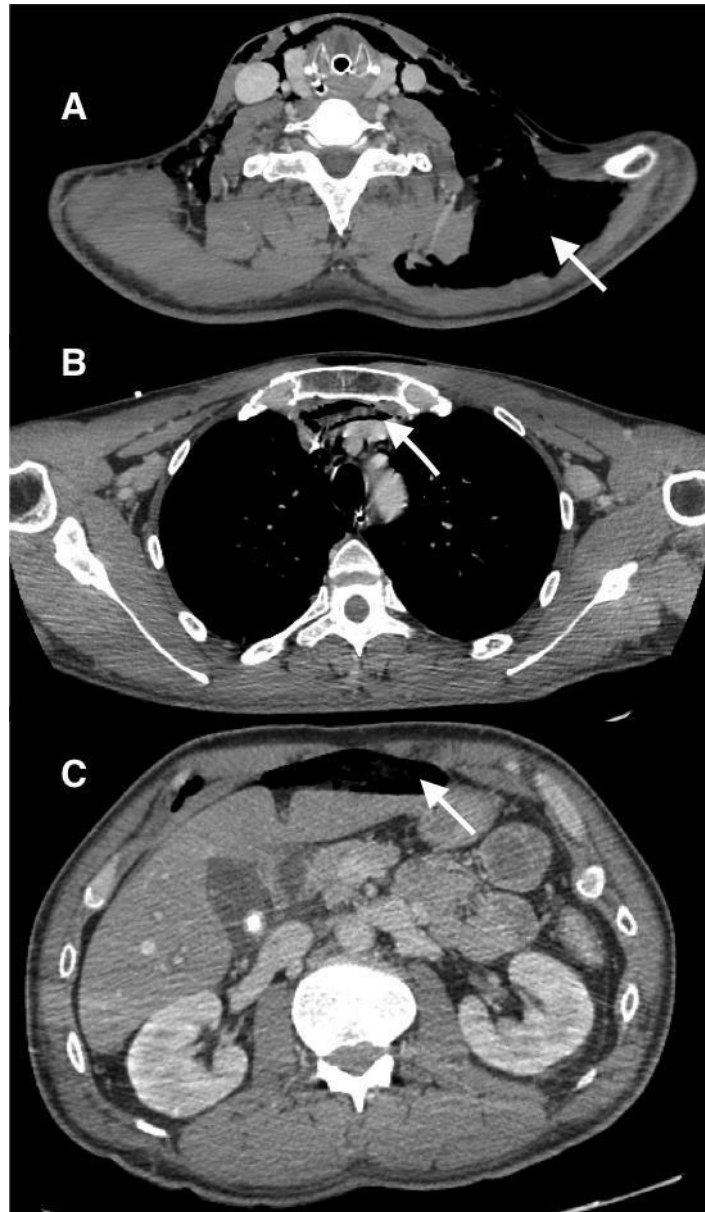
### **Discusión:**

Diagnóstico: Barotrauma asociado a ventilación mecánica.

Reflexión docente: El barotrauma pulmonar es una de las complicaciones más temidas en los pacientes sometidos a ventilación mecánica. Aparece en el 14%-27% de estos pacientes y presenta una mortalidad del 10-35%. Se produce como consecuencia de la rotura alveolar en aquellas zonas pulmonares sometidas a presiones inspiratorias excesivamente altas que causan hiperinsuflación y sobredistensión de los alveolos. Radiológicamente, los hallazgos característicos son la presencia de aire a distintos niveles: neumotórax, neumomediastino, neumopericardio, neumoperitoneo y enfisema subcutáneo. El enfisema subcutáneo secundario a barotrauma suele afectar a región cervical y región anterosuperior del tórax y no requiere tratamiento específico. Por el contrario, es importante el diagnóstico de neumotórax, neumomediastino y neumopericardio, ya que estos pueden poner en peligro la vida del paciente y requerir drenaje urgente.

### **Conclusión:**

El barotrauma se define por la presencia de aire extraalveolar en pacientes que se encuentran en ventilación mecánica, consecuencia de la sobredistensión y rotura alveolar. Las formas clínicas de barotrauma incluyen neumotórax, neumomediastino, neumopericardio, neumoperitoneo y enfisema subcutáneo. Debe tenerse un alto grado de sospecha en pacientes críticos con estos hallazgos, ya que esta patología puede tener consecuencias fatales.



*TC de cuello y tórax con contraste, cortes axiales. Enfisema subcutáneo masivo afectando a ambas regiones laterocervicales, disecando planos musculares y extendiéndose a espacios supraclaviculares de predominio izquierdo (A), asociado a moderado neumomediastino (B) y neumoperitoneo (C).*

### **Bibliografía:**

Silvio Antonio Ñamendys-Silva, Juan Gabriel Posadas-Calleja. Daño pulmonar agudo asociado a ventilación mecánica. Revista de investigación clínica. 2005;57(3): 473-480.

C. Reina Ferragut, J. López-Herce. Complicaciones de la ventilación mecánica. An Pediatr 2003;59(2):155-80.

A. Gil Cano, M.I. Monge García, M. Gracia Romero, J.C. Díaz Monrové. Incidencia, características y evolución del barotrauma durante la ventilación mecánica con apertura pulmonar. Med Intensiva 2012;36(5):335-342.

<b>Caso</b>	(099) TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: LESIÓN AXONAL DIFUSA
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández Laura Abenza Oliva, Luis Alemañ Romero, Lucía Sánchez Alonso, Isabel Pena Fernández, Alejandro Puerta Sales.
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofía

**Presentación:**

Mujer de 15 años que tras sufrir accidente de tráfico acude en coma al servicio de urgencias.

**Discusión:**

A su llegada a urgencias se realiza un TC de cráneo sin contraste observando una pequeña contusión cortical frontal izquierda. Estos hallazgos no justificaban el deterioro neurológico de la paciente por lo que se realizó una RM cerebral detectando varios focos subcorticales hipointensos en secuencias potenciadas en T2\* correspondientes a zonas de microsangrado subcortical insular izquierdo, en circunvoluciones frontales superiores y lóbulo parietal derecho, así como un pequeño foco en cuerpo calloso. Todos estos hallazgos son compatibles con una lesión axonal difusa grado 2.

La lesión axonal difusa se produce por fuerzas de aceleración-desaceleración entre zonas del cerebro ancladas de forma distinta y que no se mueven igual. Estas fuerzas van a producir una lesión del axón con pérdida neuronal.

Clínicamente se presenta como una pérdida de conciencia en el momento del impacto. Está asociado con una alta morbi/mortalidad.

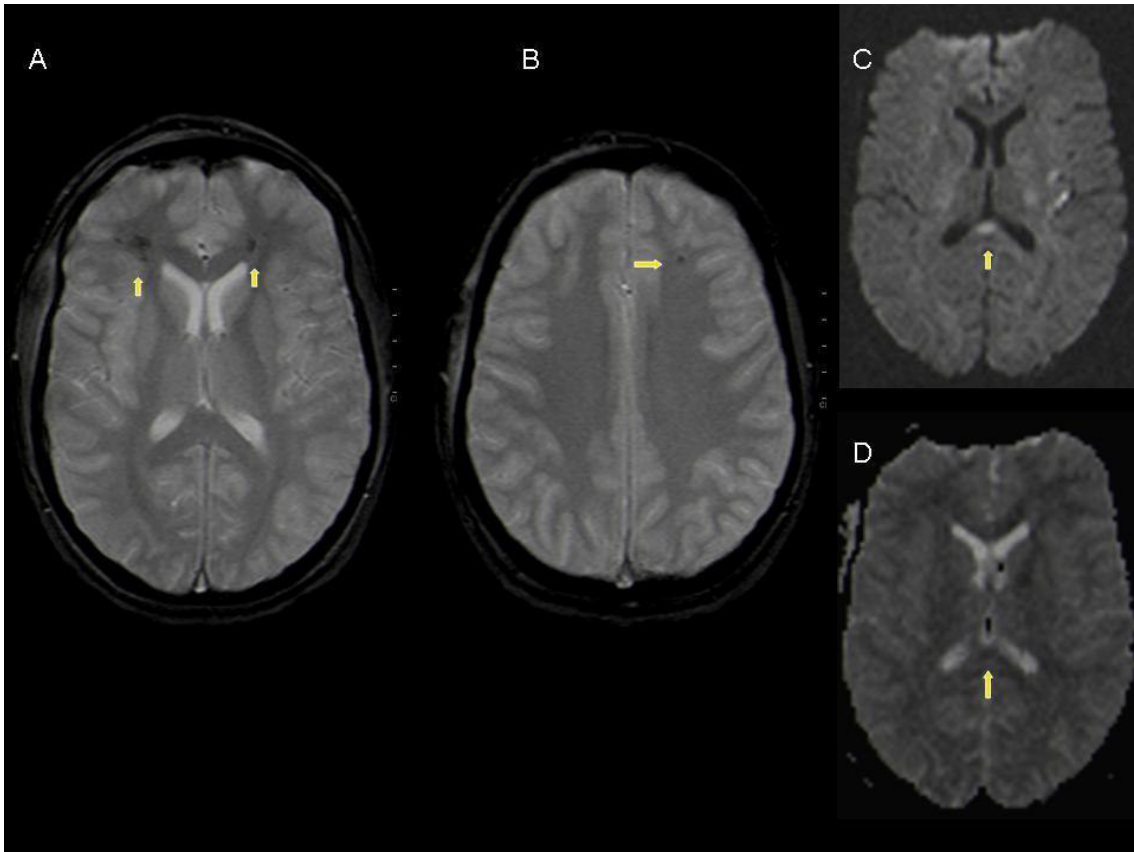
La utilidad de TC suele ser limitada al no ser una técnica sensible para detectar microsangrados. Es por ello que la RM es la técnica indicada ante la sospecha de este cuadro.

Existen distintos grados según la localización:

- Grado I: afecta sólo a la interfase sustancia gris-sustancia blanca
- Grado II: Grado I + lesión del cuerpo calloso
- Grado III: Grado II + lesión en la cara dorsolateral de la parte superior del troncoencéfalo.

**Conclusión:**

En nuestro caso la paciente presenta la clínica típica de pérdida de conciencia inmediata secundaria al traumatismo, clínica que no era congruente con los hallazgos del TC de cráneo. La RM es la técnica más sensible para su detección.



*Imágenes A y B: Corte axial de secuencias potenciadas en T2\* donde se aprecian focos puntiformes de baja señal subcortical frontal bilateral (flechas). Lesión de alta señal en esplenio de cuerpo calloso en difusión (C) e hiposeñal en mapa ADC (D).*

### **Bibliografía:**

1. Diffusion-weighted MR Imaging in Closed Head Injury: High Correlation with Initial Glasgow Coma Scale Score and Score on Modified Rankin Scale at Discharge. Pamela W. Schaefer, MD, Thierry A. G. M. Huisman, MD, A. Gregory Sorensen, MD, R. Gilberto Gonzalez, MD, PhD, and Lee H. Schwamm, MD.
2. Fast Detection of Diffuse Axonal Damage in Severe Traumatic Brain Injury: Comparison of Gradient-Recalled Echo and Turbo Proton Echo-Planar Spectroscopic Imaging MRI Sequences. Elisabetta Giugnia, Umberto Sabatinia, Gisela E. Hagberga, Rita Formisanoa, Alessandro Castriota-Scanderbeg.

<b>Caso</b>	(100) Dolor cervical y parestesias de causa inesperada.
<b>Autores</b>	Maria Jesus Fernández Ferrando Laura Abenza Oliva, M <sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro, Lucía Sánchez Alonso, M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández, Plácida Alemán Díaz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia

### **Presentación:**

Mujer de 49 años que acudió a urgencias por dolor cervical y parestesias de 3 semanas de evolución, más intensos en los últimos dos días. Como antecedentes personales destacar que era fumadora desde hace 20 años. En el servicio de Urgencias se le realizó una radiografía cervical, sin mostrar hallazgos patológicos y una radiografía de tórax donde se observó una consolidación pulmonar basal derecha, sospechosa de neoplasia pulmonar. La paciente fue ingresada para estudio, realizándose un TC de tórax que confirmaba los hallazgos de la radiografía y una RM cervico-dorsal que mostraba una lesión intramedular que se extendía desde C3 hasta C5 y asociaba extenso edema medular .

### **Discusión:**

Los hallazgos descritos en RM cervical fueron compatibles con una metástasis intramedular de una neoplasia pulmonar tipo "oat cell".

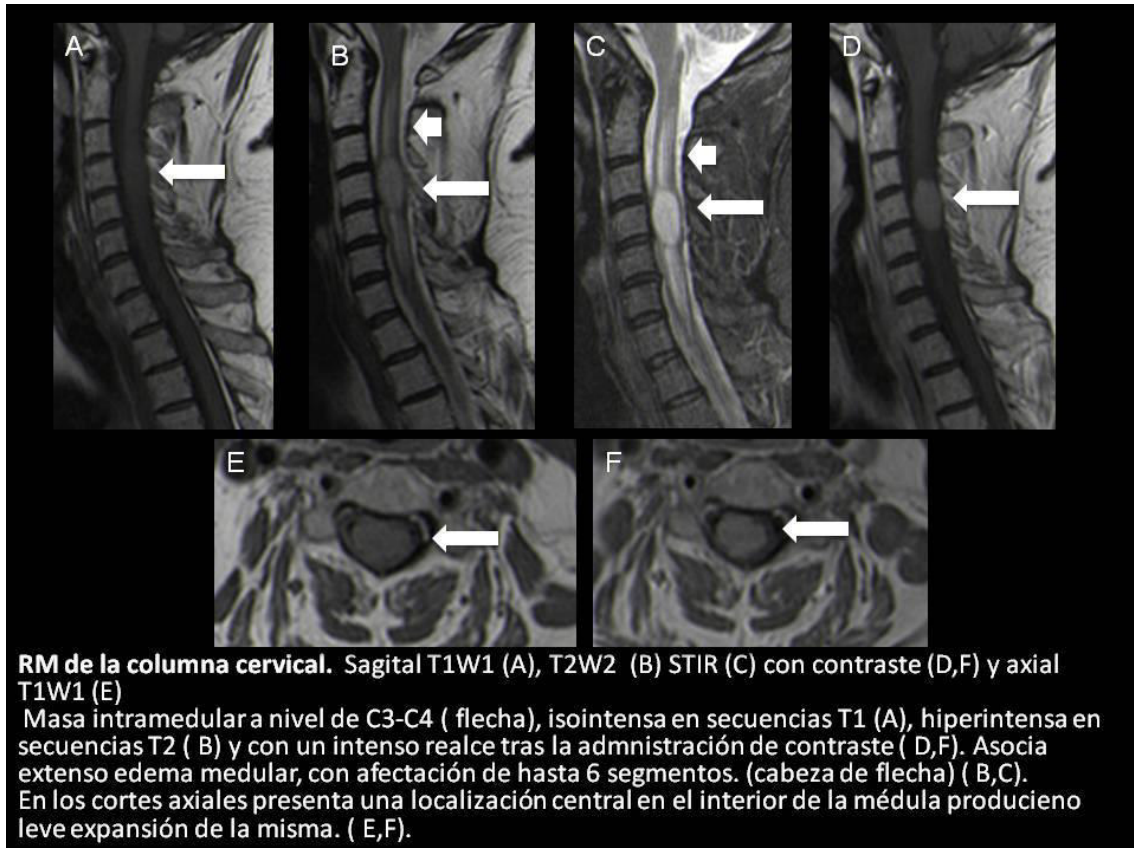
Las metástasis intramedulares son poco comunes afectando al 0,1-0,4% de pacientes con cáncer. Normalmente suelen ser metástasis de carcinoma de pulmón (29-54%) y manifiestarse en estadios avanzados de la enfermedad, pero en determinados casos como el nuestro, los síntomas neurológicos pueden preceder a los del tumor primario.

La RM con contraste intravenoso es la técnicas de preferencia y suelen presentarse con las características descritas en nuestro caso . El diagnóstico diferencial debe realizarse con tumores primarios intramedulares: ependimoma o astrocitoma. En dichos tumores los síntomas suelen ser de larga duración, mientras que en las metástasis suelen durar menos de un mes antes del diagnóstico. La existencia de hemorragias o cambios quísticos intratumorales son raros en las metástasis.

### **Conclusión:**

Las metástasis intramedulares son raras, debemos sospecharlas ante un paciente con clínica neurológica de poco tiempo de evolución y una neoplasia primaria conocida, sobretodo de pulmón. En nuestro caso la realización de una radiografía de tórax en urgencias permitió llegar al diagnóstico final y justificar la clínica presentada por el paciente.





***Metástasis intramedular cervical***

**Bibliografía:**

J.B. Rykken, F.E. Diehn, C.H. Hunt, K.M. Schwartz, L.J. Eckel, C.P. Wood et al. Intramedullary Spinal Cord Metastases: MRI and Relevant Clinical Features From a 13- Year Institutional Case Series. AJNR.2013 Oct;34(10):2043-9.

F.E.Diehn, J.B. Rykken, J.T. Wald, C.P. Wood, L.J. Eckel, C.H. Hunt et al. Intramedullary spinal cord metastases: prognostic value of MRI and clinical features from a 13-year institutional case series. AJNR.2015 Mar;36(3):587-93.

Ondrej Kalita. Current Insights into Surgery for Intramedullary Spinal Cord Metastases: A Literature Review. International Journal Of Surgical Oncology. 2011vol. 2011, Article ID 989506, 5 pages, 2011

<b>Caso</b>	(103) PSEUDOMIXOMA PERITONEAL SECUNDARIO A ROTURA DE MUCOCELE
<b>Autores</b>	Almudena Ureña Vacas Dr. García Santana, Dra Pérez-templado, Dra. Bermudez Nieto, Dra. Alba Pérez, Dra. García Casado
<b>Centro</b>	Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Mujer de 56 años de edad que acude por astenia de un mes de evolución, aumento progresivo del perímetro abdominal y supuración mucoide por ombligo. -Ecografía: abundante líquido libre intraabdominal de aspecto mucinoso (imagen A). Estructura tubular incompleta en vacío derecho. -TC abdominopélvico: líquido libre de baja atenuación, tabicado, con medialización de asas intestinales y engrosamiento peritoneal. Se identifica apéndice dilatado, con calcificaciones parietales y disrupción de su pared (flecha imagen C). La supuración por ombligo se justifica por hernia umbilical (flecha imagen D).

**Discusión:**

El diagnóstico que inicialmente se planteó desde la realización de la ecografía fue el de pseudomixoma peritoneal dado el característico aspecto del contenido intraperitoneal, descartando otras posibles causas de ascitis, como descompensación hidrópica.

Por otro lado realizamos un diagnóstico etiológico de presunción tras el TC, considerando el apéndice como probable origen dados los hallazgos descritos anteriormente. Descartamos así el otro posible origen más frecuente, el ovario.

El pseudomixoma peritoneal es una patología rara (1/1.000.000 al año), siendo más frecuente en mujeres de edad media. La causa más frecuente de pseudomixoma peritoneal es la ruptura del apéndice a la cavidad peritoneal por carcinomas mucinosos de bajo grado (cistoadenoma), sin descartar la posibilidad cistoadenocarcinoma mucinoso como posible origen.

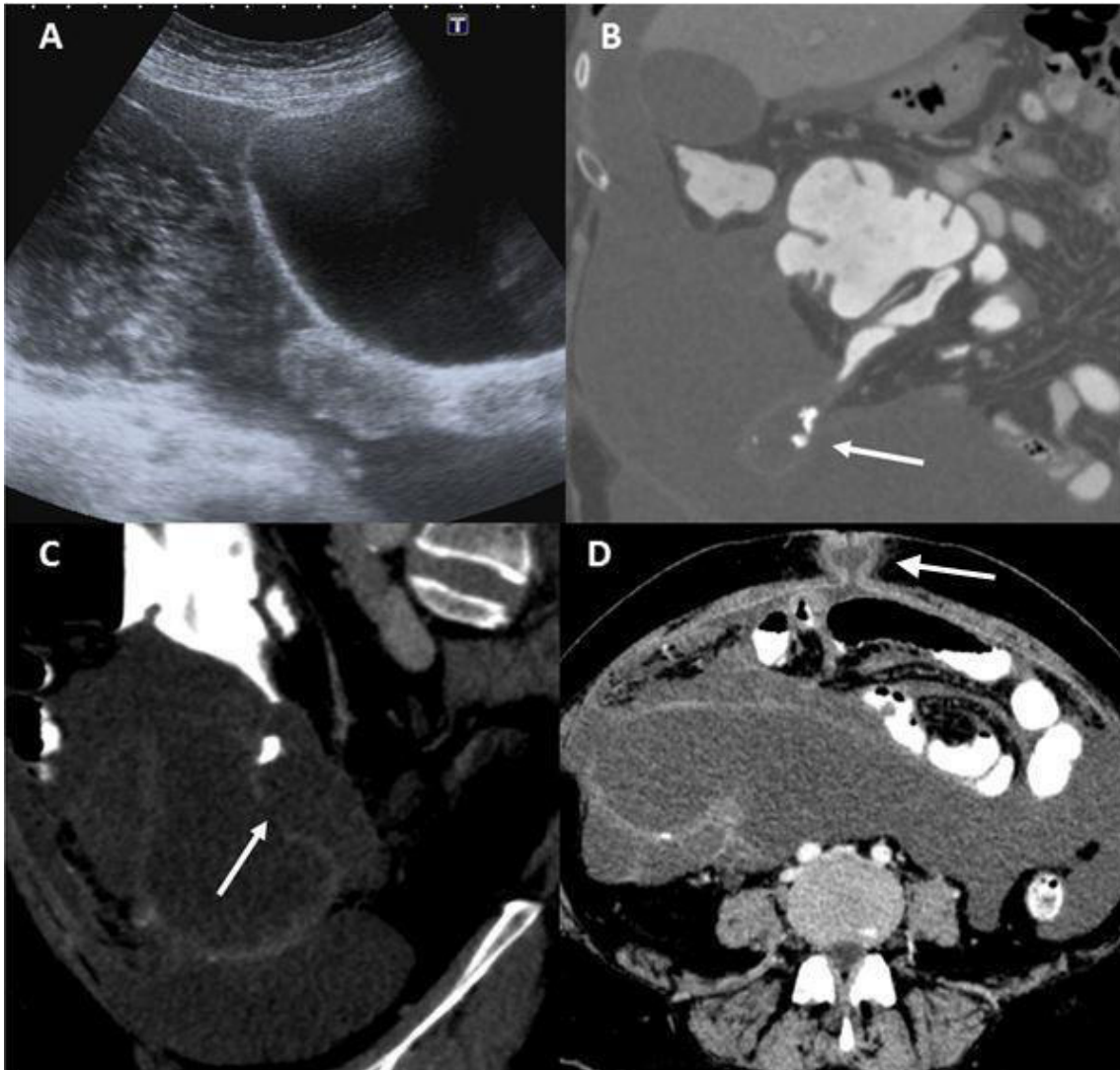
La mayoría de estos tumores apendiculares son ricos en mucina siendo causa dilatación anormal de su luz (mucocele). Es la rotura del mucocele y la salida del contenido mucinoso con células neoplásicas (bajo grado o alto grado) lo que determina en cuadro de pseudomixoma peritoneal.

**Conclusión:**

En pacientes con ascitis de nueva aparición nunca se nos debe olvidar considerar la posibilidad de pseudomixoma peritoneal, porque a pesar de ser poco frecuente, tiene unos hallazgos ecográficos y de TC muy característicos.

Nuestro caso es especialmente interesante por su presentación clínica y por evidenciarse con claridad el mucocele apendicular roto.

En muchas ocasiones es imposible identificar el origen apendicular (incluso tras cirugía) porque tras la ruptura apendicular, este se fibrosa y no es visible.



*Imagen A: ecografía abdominal con líquido mucinoso en fosa iliaca derecha. Imagen B: corte coronal de TC abdominopélvico tras CIV con abundante líquido y mucocele apendicular (flecha). Imagen C: corte oblicuo de TC, disrupción de la pared apendicular (flecha). Imagen D: corte axial TC, abundante líquido intraabdominal y hernia umbilical con fistulización a la piel (flecha).*

### **Bibliografía:**

- Levy AD, Shaw JC, Sobin LH. From the Archives of the AFIP. Secondary tumors and tumorlike lesions of the peritoneal cavity: Imaging features with pathologic correlation.

Radiographics, 2009;29:347-373

-Bradley RF, Stewart JH, Russell GB, Levine EA, Geisinger KR. Pseudomyxoma peritonei of appendiceal origin: a clinicopathologic analysis of 101 patients uniformly

treated at a single institution, with literature review. Am J Surg Pathol 2006;30: 551–559

<b>Caso</b>	(104) Obstrucción intestinal alta por falta de grasa: Síndrome de la arteria mesentérica superior
<b>Autores</b>	Pablo Tomás Muñoz Jade María García Espinosa, Alberto Martínez Martínez, Eduardo Ruíz Carazo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Presentación:**

Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés y de complexión delgada, que acude al servicio de urgencias por cuadro de distensión y dolor intenso en hemiabdomen superior con abundantes vómitos de contenido alimenticio. Última deposición dos días antes, de características normales. Pruebas analíticas sin hallazgos de interés. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se realiza TC abdominopélvico sin contraste intravenoso por antecedente de probable alergia al contraste yodado. Se evidenció una gran dilatación de la cámara gástrica con abundante contenido líquido en su interior, así como del marco duodenal hasta la tercera porción donde se identificó en línea media un punto abrupto de cambio de calibre. Distal a este, el resto de asas intestinales se encontraban colapsadas. El punto de cambio de calibre se encontraba justo bajo el ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior (AMS) que se encontraba anormalmente reducido ( $8^\circ$ ). La distancia entre la aorta y la AMS era tan solo de 3,5mm. El cuadro se resolvió con la colocación de una sonda nasogástrica.

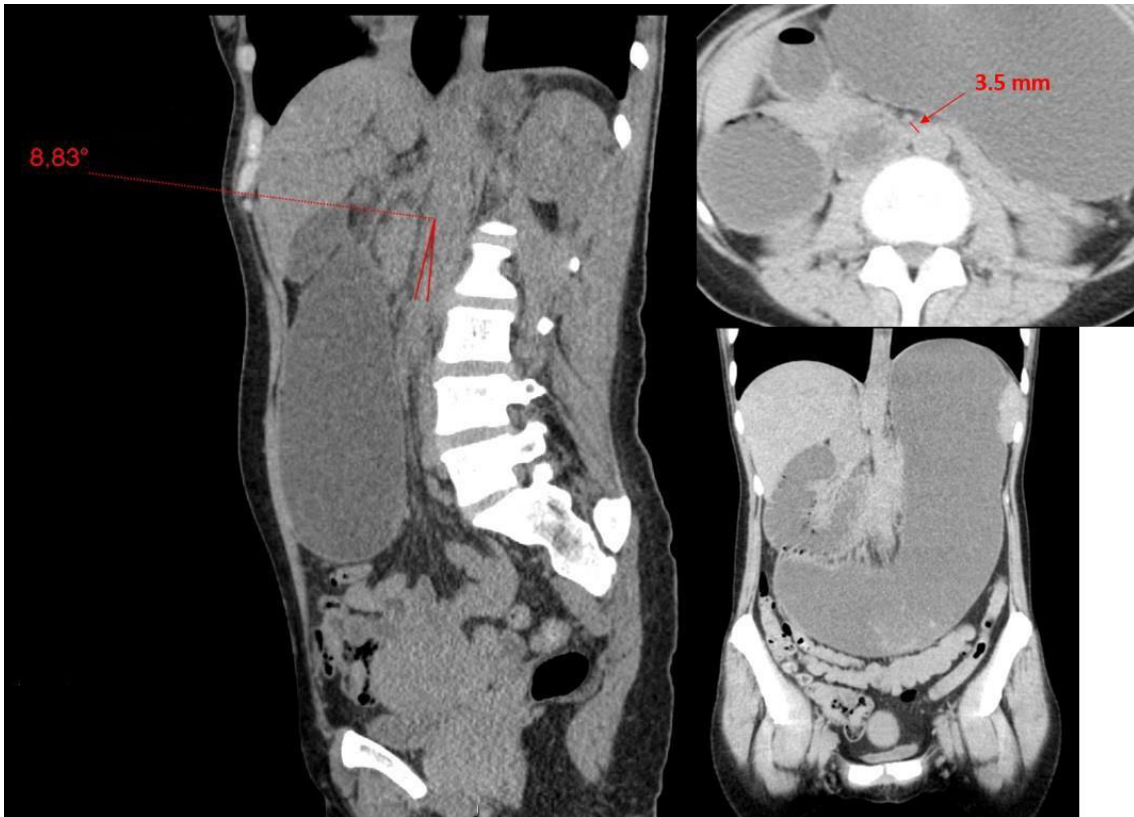
**Discusión:**

El diagnóstico final fue de obstrucción intestinal alta por síndrome de Wilkie o de la arteria mesentérica superior. Este síndrome se caracteriza por una reducción anómala del ángulo o pinza aortomesentérica (normal entre  $28$  y  $65^\circ$ ) habitualmente atribuida a la pérdida de almohadilla grasa retroperitoneal en estados de caquexia tumoral, anorexia nerviosa, malnutrición, malabsorción, etc. Este hecho implica una compresión extrínseca del duodeno en su tercera porción.

Idealmente, el estudio debe incluir una serie angiográfica para mejor definición del ángulo aortomesentérico.

**Conclusión:**

La complexión física y el nivel de la obstrucción nos pueden orientar eficazmente a la causa obstructiva.



*Imágenes TC axial, coronal y sagital sin contraste con obstrucción digestiva alta hasta tercera porción duodenal. El ángulo y la distancia aortomesentéricas se encuentran anormalmente reducidas.*

### **Bibliografía:**

- Lamba R, Tanner D, Sekhon S, McGahan J, Corwin M, Lall C. Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis. Radiographics 2014; 34(1): 93
- Unal B, Aktas A, Kemal G, et al. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. Diagn Interv Radiol 2005; 11:90–95

<b>Caso</b>	(105) Colección perirrenal: ¿Qué puede esconder?
<b>Autores</b>	Irene Miguelsanz Martinez Gracia Sanchez Mj, Varo M ,rodríguez Martín Ji, Diez Tascón A, Martí De Gracia M
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

### **Presentación:**

Varón de 92 años con antecedentes de carcinoma de laringe y tabaquismo, en evaluación por Urología ante cuadro de orinas oscuras de dos meses de evolución. Se solicitó ecografía abdominal, apreciándose dilatación del sistema excretor izquierdo hasta uréter distal, hiperecogenicidad grasa y moderada cantidad de líquido perirrenal heterogéneo adyacente a polo inferior. A su vez se identificaba un engrosamiento irregular de pared vesical izquierda. Ante los hallazgos se deriva a Urgencias, donde se realiza analítica (leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes) y URO-TC (fase basal, nefrográfica y excretora). En la TC se observa trabeculación de la grasa perirrenal y lengüetas de líquido loculado con septos hipercaptantes. La vía excretora presenta realce urotelial y dilatación en todo su trayecto (pelvis de 25 mm), observándose una masa en pared vesical izquierda que infiltra meato y próstata. En la fase excretora se identifica extravasación de contraste en la celda perirrenal .

### **Discusión:**

Los hallazgos indican que se trata de una uropatía obstructiva izquierda con rotura de fónix secundaria a tumor vesical izquierdo .El urinoma presenta signos de organización/ infección.

La rotura del fónix papilocalicial se produce por aumento de la presión en el sistema excretor, y ese extravasado de orina puede formar abscesos u ocasionar sepsis y fracaso renal.

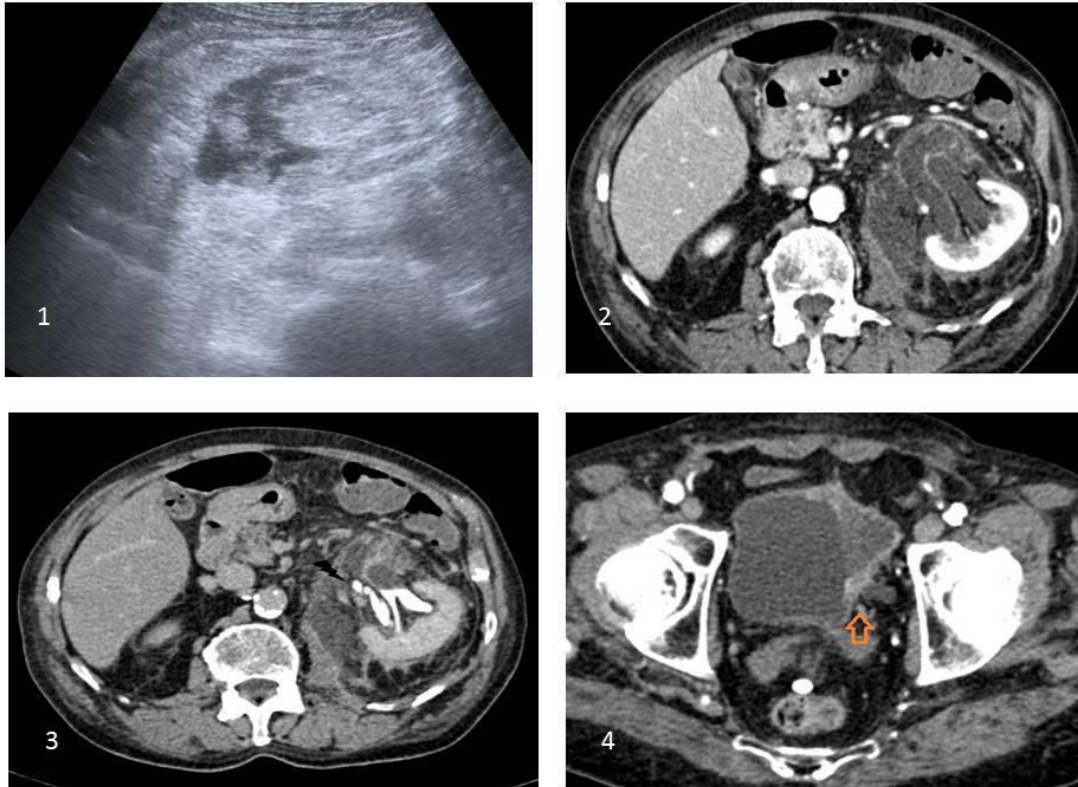
Las principales causas son obstructivas (litiásicas >> tumorales), traumáticas e iatrogénicas.

La ecografía sugiere el diagnóstico (líquido subcapsular /perirrenal con/ sin obstrucción) y la TCMD la confirmación (edema renal, dilatación, alteraciones de la grasa, bandas y colecciones perinefríticas), etiología y complicaciones.

El tratamiento inicial médico con/ sin catéter doble J suele ser suficiente, reservando la nefrostomía para infección grave y /o comorbilidades.

### **Conclusión:**

La rotura de fónix debe incluirse en el diagnóstico diferencial en pacientes con abdomen agudo y colección perirrenal ó periureteral, confirmándose mediante TC con extravasado de contraste en fase excretora.



**(1) Ecografía con colección heterogénea adyacente a polo renal inferior izquierdo. (2) TC con contraste intravenoso en fase nefrográfica :sistema excretor dilatado con realce parietal y colección perirrenal loculada. (3) TC fase excretora: Extravasado de contraste. (4) Masa dependiente de pared vesical izquierda con atrapamiento de uréter a nivel meatal (flecha) y dilatación retrograda del mismo.**

### **Bibliografía:**

- Kosehan D, Akin K, Topcu A, et al. Spontaneous urinary extravasation: Detection rate with 64-row multidetector computed tomography in patients presenting with acute abdomen. *Emerg Radiol* 2013;20:273-7.
- Cano Alonso, R., Borruel Nacenta, S, Diez Martinez, P., Sanchez Guerrero, A., Garcia Fuentes, C. Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma. *RadioGraphics* 2009; 29:2033-53.



<b>Caso</b>	(106) Estallido ocular por malformación arteriovenosa
<b>Autores</b>	Marta Huertas Moreno Ana Moreno Pastor, Isabel María González Moreno, Amalia García Chiclano, Irene Cases Susarte
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario JM Morales Meseguer

**Presentación:**

Datos clínicos: Varón de 40 años que sufre una caída accidental desde 1,5 metros de altura, tras sufrir mareo, con traumatismo orbitario derecho. Dada la afectación ocular, se solicita TC orbitario previo a su entrada a quirófano urgente de Oftalmología. Hallazgos radiológicos: Se realiza TC de cráneo simple helicoidal en el que se identifica una fractura-estallido compleja del macizo facial derecho, con afectación de la órbita y seno maxilar. El globo ocular ha perdido su esfericidad y se encuentra replegado y desplazado. Además, se identifica una hemorragia intraparenquimatosa occipital izquierda aguda con calcificaciones tubulares en el parénquima adyacente. Ante la sospecha de malformación anterior-venosa (MAV) que ha sangrado se realiza angio-TC de arterias cerebrales que confirma la existencia de una MAV de 3 x 2,5 cm dependiente de ramas de las arterias cerebral media y arteria cerebral posterior (arteria parietooccipital) izquierdas, con una vena de drenaje dilatada hacia el seno venoso longitudinal superior.

**Discusión:**

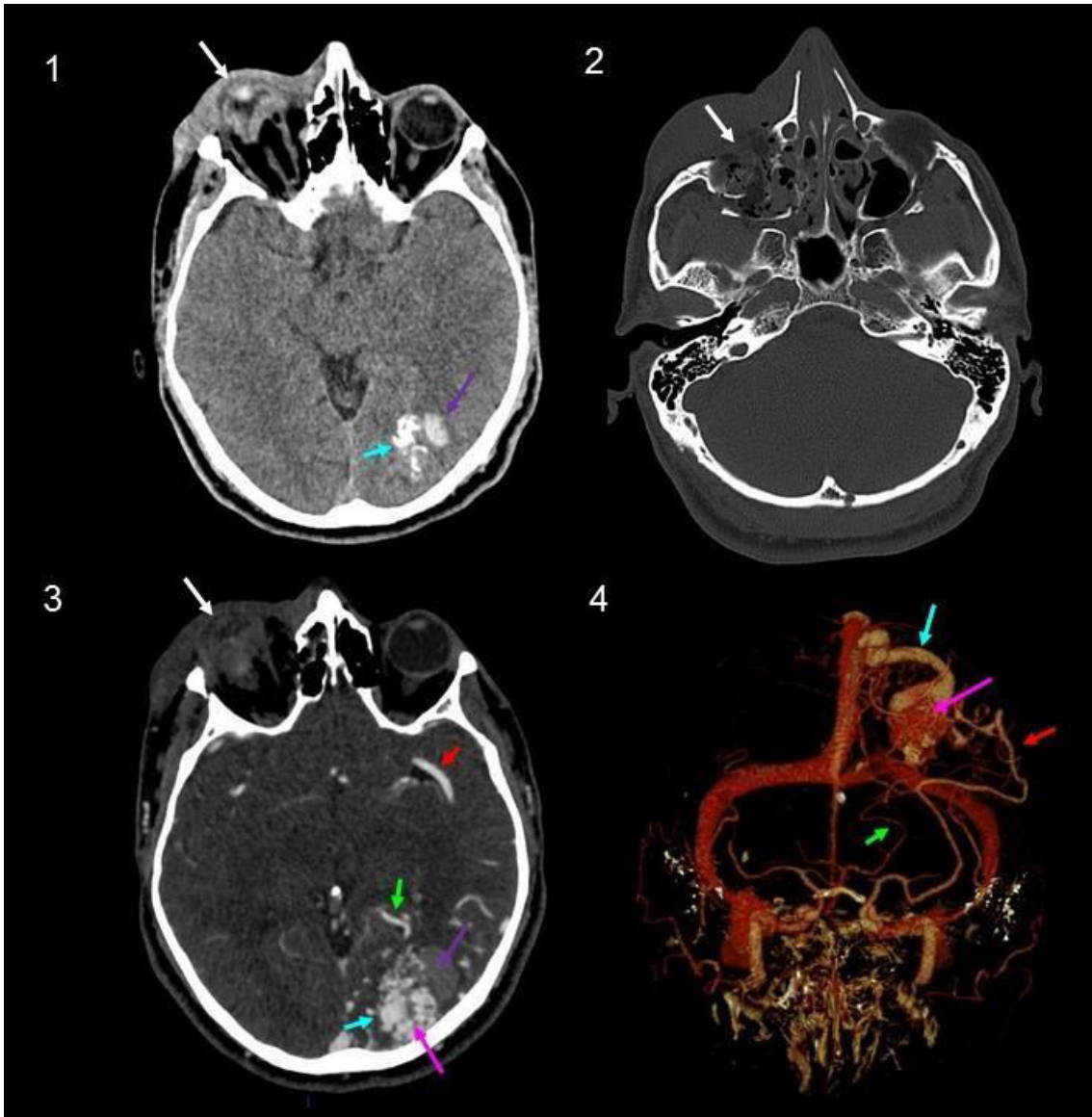
Diagnóstico: Sangrado agudo de MAV compleja y fractura-estallido de la órbita derecha.

Reflexión docente: Aunque el motivo de consulta fue el traumatismo ocular, la existencia de una MAV con hemorragia aguda priorizó su tratamiento en un centro terciario mediante embolización de la misma y posterior tratamiento quirúrgico en un segundo tiempo. No se realizó cirugía urgente de la órbita, ya que existía una pérdida de la visión con globo ocular no recuperable.

Las MAV son lesiones cerebrales congénitas que suelen manifestarse cuando producen hemorragia o convulsiones. Se manifiestan como un nidus vascular con conexiones arteriales y drenaje venoso temprano, siendo identificable éste último en un estudio en fase arterial.

**Conclusión:**

El radiólogo debe realizar una valoración completa y detallada de los estudios de imagen, ya que los hallazgos pueden no ser únicos y, por tanto, hay que priorizar el manejo de dichos hallazgos.



**Imagen 1:** TC craneal simple helicoidal: Hemorragia intraparenquimatosa occipital izquierda (flecha morada) con calcificaciones que delimitan una estructura tubular (flecha azul). Estallido del globo ocular derecho (flecha blanca) **Imagen 2:** TC craneal simple helicoidal en ventana ósea: Fractura-estallido de la órbita derecha con hemoseno maxilar, tumefacción de las partes blandas periorbitarias y con burbujas de gas (flecha blanca). **Imagen 3:** Angio-TC de arterias cerebrales: Hemorragia intraparenquimatosa (flecha morada). MAV con nidus (flecha rosa), ramas arteriales tributarias dependientes de la ACM y ACP (flechas roja y verde, respectivamente) y vena de drenaje dilatada (flecha azul). Globo ocular colapsado, con pérdida de su esfericidad (flecha blanca). **Imagen 4:** Reconstrucción VR: MAV en la que se identifica el nidus (flecha rosa), las ramas arteriales tributarias (ACM, flecha roja y ACP, flecha verde) y la vena de drenaje en el seno longitudinal superior (flecha azul).

## Bibliografía:

1.- Geibprasert S, Pongpech S, Jiarakongmun P, Shroff MM, Armstrong DC, Krings T. Radiologic assessment of brain arteriovenous malformations: what clinicians need to know. *Radiographics* 2010; 30:483-501.

2.- Kuval WS. Imaging of orbital trauma. *Radiographics* 2008; 28:1729-1739.

<b>Caso</b>	(107) Pool de sangre en el seno de un hematoma intramural: ¿una variante de disección?
<b>Autores</b>	Irene Miguelsanz Martinez Moran, Jp; Bello, M; Nogueras, M.diez Tascón A, Martí De Gracia M
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

**Presentación:**

Varón de 51 años que acude a Urgencias con dolor torácico e hipertensión arterial resistente. Ante sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza angio-TC aórtico, donde se observa un halo semilunar hiperdenso abarcando la práctica circunferencia aortica, desde el cayado distal a la subclavia izquierda hasta la bifurcación iliaca y progresando a iliaca común e iliaca externa derechas, con aproximadamente 11 mm de espesor máximo. Tras administración de CIV persiste un halo hipodenso respecto a la luz. Asocia una colección de contraste craneal al cayado, con un cuello de 3 mm conectando con la luz de aorta descendente proximal.

**Discusión:**

Los hallazgos indican que se trata de un hematoma intramural (HI) aórtico asociado a “pool” de sangre intramural.

El HI consiste en una hemorragia contenida en la capa media por rotura de los vasos vasorum. Puede evolucionar hacia curación, úlcera, disección, rotura o pseudoaneurisma. El hallazgo típico es una semiluna parietal hiperdensa que no realza con contraste. Recientes estudios plantean la existencia de desgarros microscópicos de la íntima con entrada de sangre en la capa media, encuadrándose en forma atípica de disección.

El “pool” de sangre intramural, a diferencia de la úlcera, muestra una colección con cuello inferior a 3 mm o inexistente. Suelen formarse en aorta descendente de pacientes menores de 70 años con espesor de HI mayor de 1 mm.

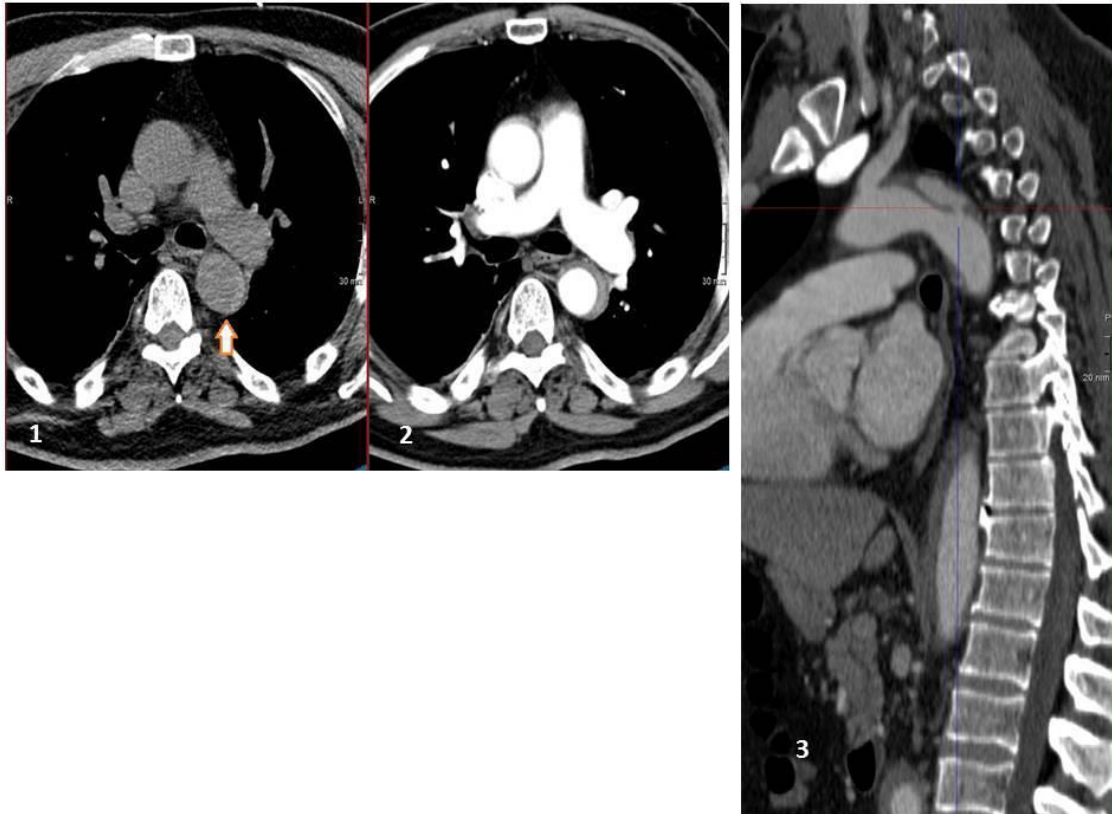
El síndrome aórtico agudo engloba otras dos entidades:

-Úlcera aterosclerótica penetrante: área focal de irregularidad parietal con una semiluna hiperdensa por encima /debajo de la lesión (HI), que con CIV muestra solución de continuidad y extravasado.

-Disección aortica: desgarró de la íntima, mostrando desplazamiento del calcio intimal hacia la luz aortica y en fase arterial dos luces separadas por un “flap” espiroideo.

**Conclusión:**

La figura del hematoma intramural es controvertida como entidad aislada, presentándose en muchos casos asociado o como estadio evolutivo de la disección aórtica, úlcera penetrante o rotura aneurismática. Independientemente, siempre traduce la presencia de patología aortica aguda.



*Se realiza angio-TC aórtico donde se observa : (1):Halo semilunar hiperdenso (flecha) abarcando la circunferencia aórtica en estudio basal ,desde cayado distal a subclavia izquierda hasta la bifurcación iliaca, de aproximadamente 11 mm de espesor máximo. (2): Tras la administración de contraste persiste un halo hipodenso respecto a la luz. (3): Reconstrucción sagital mostrando una colección de contraste craneal al cayado, con un cuello de 3 mm conectando con la luz de aorta descendente .*

### **Bibliografía:**

- Intramural Blood Pools Accompanying Aortic Intramural Hematoma: CT appearance and natural course. Ming et al, Radiology vol 258-3 2011.
- Chiu KWH, Lakshminarayan R, Ettles DF. Acute aortic syndrome: CT findings. Clin Radiol. 2013; 68:741-748.
- Castañer E, Andreu M, Gallardo X, Mata JM, Cabezuelo MA, Pallardó Y. CT in Nontraumatic Acute Thoracic Aortic Disease: Typical and Atypical Features and Complications. RadioGraphics. 2003; 23:S93-S110.

<b>Caso</b>	(108) Diverticulitis: más allá del colon
<b>Autores</b>	Marta Huertas Moreno María Jesús Gayán Belmonte, Isabel María González Moreno, Carmen Botía González, Irene Vicente Zapata, Alba Patricia Solano Romero
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario JM Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 68 años que consulta por dolor en fosa iliaca izquierda de 3 días de evolución y fiebre. No presenta vómitos ni cambios en el hábito intestinal. Se realiza una ecografía abdomino-pélvica en la que se identifica un quiste simple renal izquierdo de 18 cm de diámetro que impide la correcta valoración del flanco y fosa iliaca ipsilaterales. Por ello, se decide realizar una TC abdomino-pélvico con contraste oral e intravenoso, que pone de manifiesto la existencia de un divertículo aumentado de tamaño, de 4,5 x 6,5 cm, dependiente de la pared anterior del yeyuno, con cambios inflamatorios en la grasa adyacente. No se observan signos de perforación ni otros datos de complicación. Adyacente a éste, se aprecian otros divertículos yeyunales sin signos de inflamación.

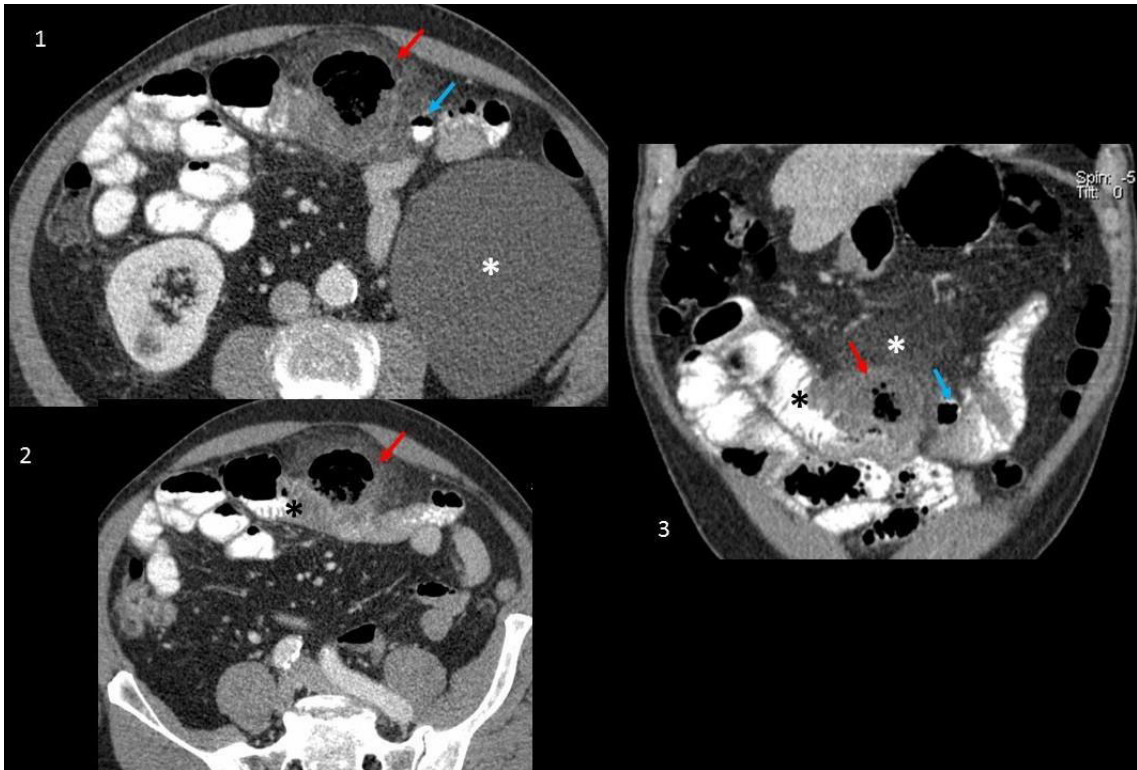
**Discusión:**

Ante el diagnóstico de diverticulitis yeyunal aguda, se realizó una resección del asa inflamada con posterior anastomosis termino-terminal.

La presencia de divertículos extracolónicos es infrecuente y en su mayoría incidental, suponiendo menos del 1% del total, de los cuales la mayoría se localizan en el duodeno. En caso de inflamación, dada su escasa prevalencia e inespecífica clínica, la realización de una TC permite diferenciar esta afectación de otras posibles patologías yeyunales como las neoplasias o la enfermedad de Crohn. La comunicación de la luz del divertículo con la del resto del yeyuno, así como la presencia de otros divertículos adyacentes, ayuda al diagnóstico.

**Conclusión:**

Las patologías poco frecuentes también existen, y deben ser tenidas en cuenta durante la realización de un diagnóstico diferencial.



*TC abdomino-pélvico con contraste oral e intravenoso, en plano axial (figura 1), axial oblicuo (figura 2) y coronal oblicuo (figura 3). Figura 1: divertículo aumentado de tamaño con cambios inflamatorios en la grasa adyacente (flecha roja). Divertículo yeyunal adyacente, con contraste oral en su interior, sin signos de inflamación (flecha azul). Quiste simple renal izquierdo de gran tamaño (asterisco) que limitaba el estudio ecográfico. Figura 2: divertículo inflamado conocido (flecha roja), que depende de la pared anterior del yeyuno (asterisco). Figura 3: divertículo inflamado (flecha roja), yeyuno (asterisco negro), con cambios inflamatorios en grasa adyacente (asterisco blanco) y divertículo yeyunal no inflamado (flecha azul).*

### **Bibliografía:**

- 1.- Brito MCM, Costallat BL, Martins DL, Prando A. Jejunal diverticulitis: a case report. Radiol Bras 2011; 44(2): 135-136.
- 2.- Macari M, Faust M, Liang ah, Pachter HL. CT of jejunal diverticulitis: imaging findings, differential diagnosis, and clinical management. Clinical radiology 2007; 62: 73-77.

<b>Caso</b>	(109) SINDROME DE MAY THURNER
<b>Autores</b>	Paola Andrea Rueda Mejía Juan Calvo Blanco, Helena Cigarran Sexto, Sandra Sanchez García, Florentino Vega García
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Mujer de 67 años, con reemplazo total de rodilla izquierda (RTRI) reciente. Consultó por dolor agudo, endurecimiento y edema progresivo de miembro inferior izquierdo (MII), asociado a flegmasía cerúlea distal y circulación colateral. Signo de Homans positivo. D-Dímero de 15.500. El Doppler venoso y el TC abdomino-pélvico con contraste mostraron trombosis venosa profunda (TVP) del MII, con extensión a la porción proximal de la vena ilíaca primitiva izquierda (VIPI), afectando al cayado de la vena safena magna y a la vena ilíaca interna izquierdas. La vena cava inferior estaba permeable y sin trombos. Se realizó fibrinólisis local, a través de la vena poplítea izquierda, logrando permeabilidad del sistema venoso profundo del MII. En la flebografía de control, las venas femoral común e ilíaca externa estaban libres de trombo. Sin embargo, la VIPI presentaba dificultad en el drenaje, con relleno colateral de venas paravertebrales y de una vena presacra. Se realizó angioplastia de la VIPI marcando una severa estenosis en el cruce vascular con la arteria iliaca primitiva derecha (AIPD), sin mejoría del flujo venoso anterógrado. Se colocó stent autoexpansible en la VIPI obteniendo adecuado paso de contraste por ambos ejes ilíacos y sin relleno de venas colaterales.

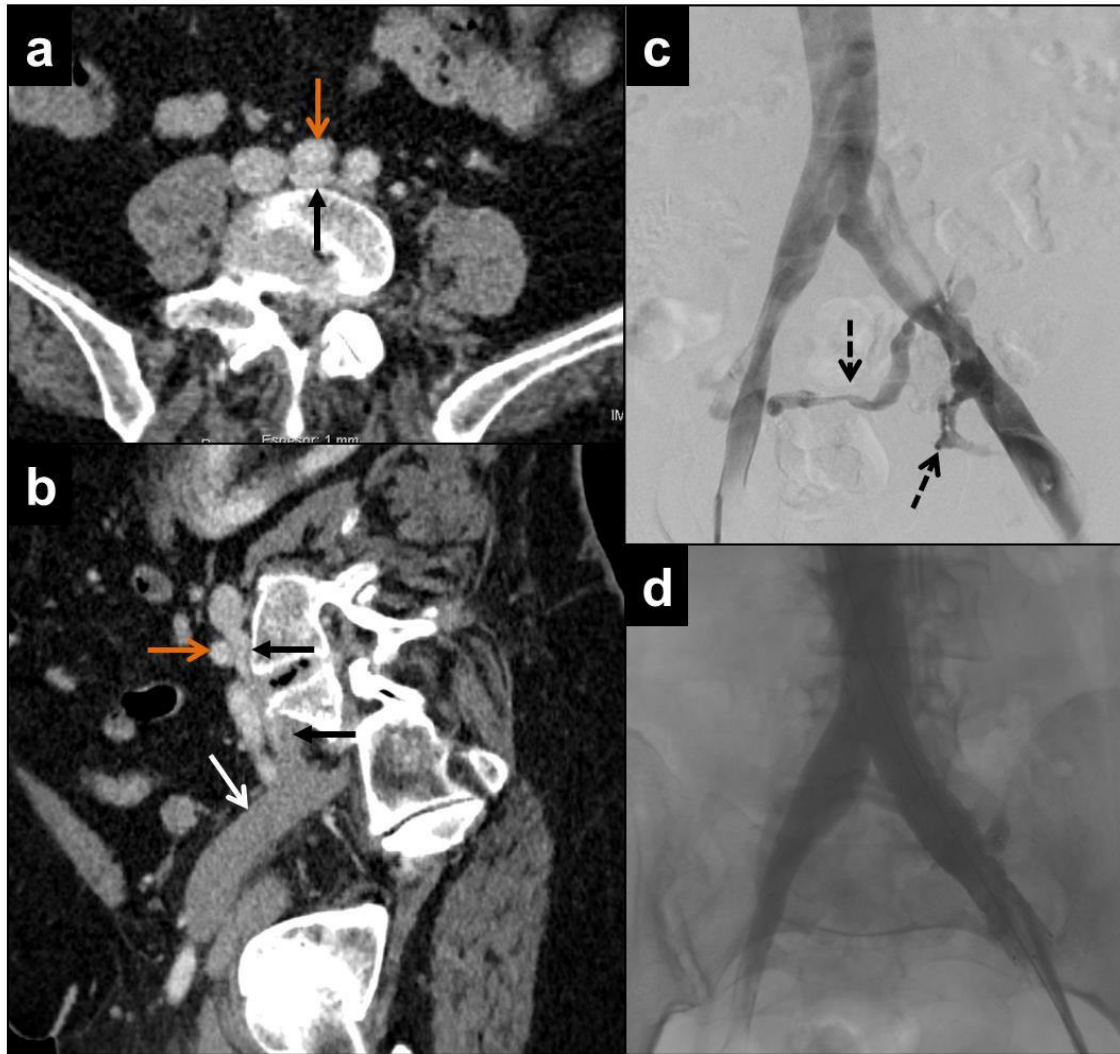
**Discusión:**

La estasis venosa crónica del MII secundaria a la compresión extrínseca de la VIPI por la AIPD, se conoce como síndrome de May-Thurner, que puede asociarse o no a TVP del MII. Esta compresión produce hipertrofia de la íntima de la VIPI y formación de membranas en el lumen, disminuyendo el retorno venoso del MII. La severidad de los síntomas dependerá de la eficiencia de la circulación venosa colateral. El estudio diagnóstico de elección es la flebografía.

**Conclusión:**

Paciente con síndrome de May-Thurner y circulación colateral eficiente, quien presentó aumento de la estasis venosa secundario al RTRI, provocando TVP del MII.





**En el TC con contraste (a y b) arteria iliaca primitiva derecha (flechas naranjas) comprime la VIPI (flechas negras) contra el cuerpo vertebral de L5, provocando trombosis de la VIPI y de iliaca externa (flecha blanca). En la flebografía (c) se observa disminución del calibre de la VIPI y relleno de venas colaterales (flechas discontinuas). Al colocar el stent en la VIPI (d) se obtiene adecuado paso de contraste por ambos ejes ilíacos y sin relleno de venas colaterales.**

### **Bibliografía:**

1. Saldarriaga EL, Vinasco M, Jaimes DA. Síndrome de May-Thurner como diagnóstico diferencial en trombosis a repetición May-Thurner syndrome as a differential diagnosis in recurrent thrombosis. *Acta Medica Colomb.* 2016;41:67–70.
2. Gil Martín AR, Carreras Aja M, Arrieta Ardieta I, Labayen I. Síndrome de Cockett o de May-Thurner o síndrome de compresión de la vena ilíaca. 2014;56(5):12–5.
3. Lamba R, Tanner DT, Sekhon S, Mc Ghan JP, Corwin MT, Lall CG. Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis 1. *RadioGraphics.* 2014;34:93–115.

4. Wan-ling MW, Wen-sheng T, Ren-hong W, Wei-lin T, Min-chi C, Pao-chun L, et al. Comprehensive MDCT Evaluation of Patients With Suspected May-Thurner Syndrome. *AJR*. 2012;199(November):638–45.
5. Peters M, Syed R, Moscona J, Press C, Nijjar V, Bisharat M, et al. May-Thurner syndrome: a not so uncommon cause of a common condition. *Baylor Univ Med Cent Proc*. 2012;25:231–3.

<b>Caso</b>	(112) Hernia de Amyand complicada
<b>Autores</b>	Vanesa Rueda Sainz-aja Ricardo Castro Valdés, Carlos Fernández Cabrera, Elena Martínez Chamorro, Susana Borrueal Nacenta
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

Paciente varón de 55 años ingresado por diverticulitis aguda con colección asociada. Se realiza drenaje con colocación de catéter, a pesar de lo cual, el paciente presenta mala evolución clínica con persistencia de la fiebre y dolor en hipogastrio por lo que se solicita TC abdominopélvica urgente.

**Discusión:**

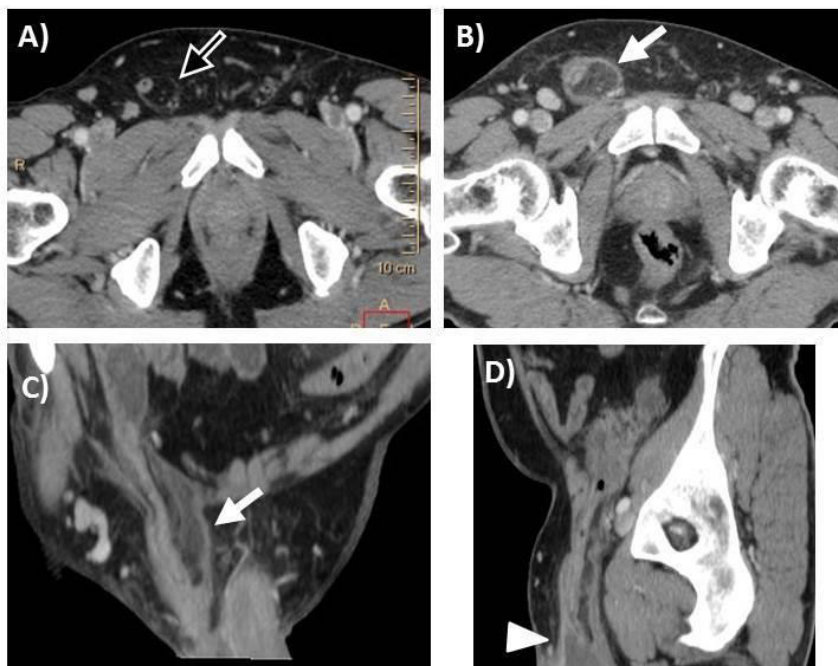
La hernia de Amyand se presenta habitualmente como una masa sensible, tensa e irreductible en región inguinal derecha, aunque también ha sido descrita en el lado izquierdo, acompañada de grados variables de dolor abdominal y vómitos. La presencia de fiebre y leucocitosis no es constante. Esta entidad constituye un tipo raro de herniación inguinal en la que su contenido es el apéndice vermiforme, siendo infrecuente encontrarnos con un apéndice inflamado en el interior del saco herniario.

En nuestro caso, se decidió completar con ecografía escrotal para descartar una orquiepididimitis derecha como origen de los cambios inflamatorios. En la ecografía escrotal ambos testículos y epidídimos eran de características normales y se observaba una afectación similar del tejido adiposo con apéndice de calibre en el límite alto de la normalidad.

**Conclusión:**

La mayoría de las hernias de Amyand se diagnostican durante la cirugía, porque ésta se indica ante la sospecha de una hernia inguinal complicada, siendo excepcional su diagnóstico preoperatorio. La TC es muy útil para su diagnóstico en adultos, así como la ecografía lo es en niños y permite una mejor planificación de la cirugía.

No debe ser confundida con la hernia de Garengeot que se trata de una hernia femoral que contiene el apéndice.



A) Corte axial de TC abdominopélvica en fase portal al ingreso mostrando hernia inguinal indirecta derecha con el apéndice cecal en su interior (hernia de Amyand) (flecha negra). B) Corte axial y C) Reconstrucción coronal de TC identificándose aparición de marcados cambios inflamatorios con estriación de la grasa periapendicular y leve engrosamiento del apéndice (flechas blancas). D) Reconstrucción sagital de TC que muestra colección caudal a la punta del apéndice (cabeza de flecha).

**A) Corte axial de TC abdominopélvica en fase portal al ingreso mostrando hernia inguinal indirecta derecha con el apéndice cecal en su interior (hernia de Amyand) (flecha negra). B) Corte axial y C) Reconstrucción coronal de TC identificándose aparición de marcados cambios inflamatorios con estriación de la grasa periapendicular y leve engrosamiento del apéndice (flechas blancas). D) Reconstrucción sagital de TC que muestra colección caudal a la punta del apéndice (cabeza de flecha).**

## Bibliografía:

1. Junaid J, Fawad A. A normal appendix in a painful sliding hernia--an unusual case. J Pak Med Assoc. 2012;62 (4): 416-7.
2. Zaharie F, Tomu? C, Mocan L et-al. Perforated appendix with periappendicular abscess in a inguinal hernia sac--Amyand's hernia. Chirurgia (Bucur). 107 (4): 521-3.
3. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. J Comput Assist Tomogr. 2000;24 (6): 884-6.
4. Tsang WK, Lee KL, Tam KF et-al. Acute appendicitis complicating Amyand's hernia: imaging features and literature review. Hong Kong Med J.20 (3): 255-7.
5. Manzanares-Campillo MC, Muñoz Atienza V, Sánchez Garcia S et-al. Amyand's hernia: a report of two cases and review of the bibliography. Cir Cir 2014;82:164-168.



<b>Caso</b>	(113) Rotura Vesical Extraperitoneal
<b>Autores</b>	Olatz Gorriño Angulo Ana Legorburu Piedra, Itziar Aza Martinez, Garazi Elizundia Lopez, Elena Cintora León, Domingo Grande Icaran
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Basurto

### **Presentación:**

Mujer de 85 años de edad, diabética tipo II, trasladada al Servicio de Urgencias desde la Residencia por dolor abdominal de 24 horas de evolución. Se encuentra pálida y afebril. En exploración física presenta defensa abdominal de predominio en hipogastrio y prolapso uterino grado IV. Este prolapso fue reducido al ingreso de forma manual. Analíticamente destaca anemia y elevación de PCR. En el sondaje vesical se observa hematuria macroscópica. Se solicita TC abdominopélvico con contraste intravenoso. Litiasis intravesical de gran tamaño en el interior de la vejiga semivacía que presenta contenido hiperdenso de aspecto hemático en su interior. Irregularidad de la pared anterior de la vejiga, y líquido libre en pelvis. Ante la sospecha de rotura vesical se realiza cistoTC tras introducir contraste diluido al 5% de forma retrógrada a través de la sonda vesical. Se observa extravasación de contraste en forma de «signo de diente molar», compatible con rotura vesical extraperitoneal.

### **Discusión:**

Diagnóstico:

Rotura vesical extraperitoneal

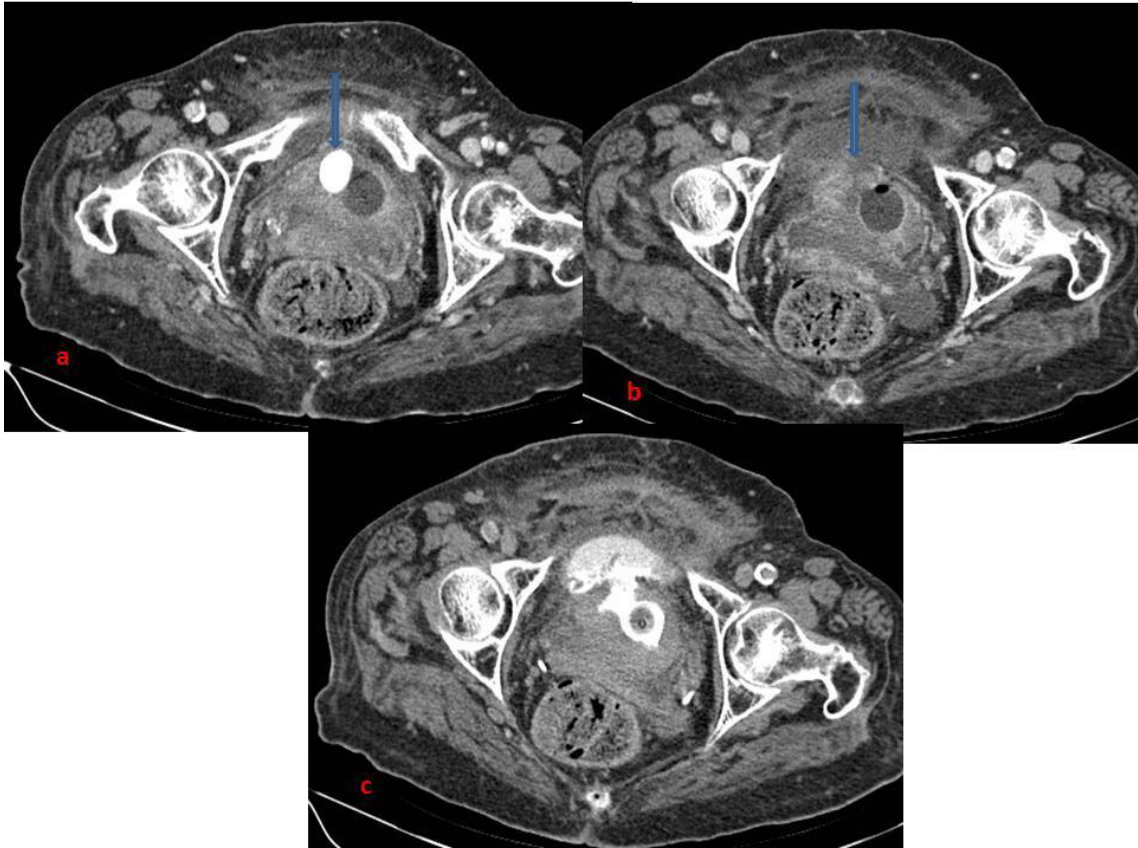
Reflexión docente:

La rotura de la vejiga, generalmente es provocada por traumatismos o iatrogenia. Sin embargo, no siempre requiere de un traumatismo importante ni un claro agente externo que la provoque. La rotura extraperitoneal es la más frecuente (90%).

En nuestro caso el hecho de que la paciente tenga una gran litiasis intravesical facilita tanto la inflamación crónica de la pared como la retención de orina, hechos que podrían debilitar la pared vesical y por tanto facilitar que la vejiga se rompa ante cualquier manipulación. En este caso la vejiga debilitada ya de base, junto con la manipulación para reducir el prolapso uterino grado IV, han sido la causa de la rotura extraperitoneal.

### **Conclusión:**

Debemos considerar el diagnóstico de rotura vesical en pacientes ancianos con hematuria franca y sin claro antecedente traumático, ya que estos pacientes pueden presentar debilidad de la pared vesical por diferentes factores.



**Figura 1:** TC abdominopélvico con contraste intravenoso: Se observa gran litiasis (Fig 1a flecha) y contenido hiperdenso de aspecto hemático dentro de la vejiga. Irregularidad de la pared anterior de la vejiga (Fig 1b flecha) Se realiza cistoTC (Fig 1c) tras introducir contraste diluido al 5% de forma retrógrada a través de la sonda vesical. Se visualiza salida del contraste a través de solución de continuidad en la pared anterior de la vejiga al espacio perivesical de Retzius (signo de "diente molar"), hallazgos compatibles con rotura extraperitoneal.

### Bibliografía:

- 1- Pérez Romero N, Gómez León JJ, Alonso Prieto MA, Corral Rosillo J, Galante Romo I, Silmi Moyano A. Rotura vesical espontánea en paciente senil con prolapso genital. *Actas Urol Esp.* 2008;32(4):464-466
- 2- Jonathan P. Vaccaro, MD, Jeffrey M. Brody, MD. CT Cystography in the Evaluation of Major Bladder Trauma. *RadioGraphics* 2000; 20:1373–1381
- 3- Salahudeen HM. (2007, Aug 22). Complex extraperitoneal bladder rupture, {Online}. URL: <http://www.eurorad.org/case.php?id=6160> DOI: 10.1594/EURORAD/CASE.6160
- 4- Marcus EL MD1, Prat O MD.. Urinary bladder rupture in an elderly patient: case report. *Can Fam Physician* 1995;41:1945-1947.
- 5- David P. N. Chan<sup>1</sup>, Hani H. Abujudeh<sup>2</sup>, George L. Cushing, Jr.<sup>2</sup> and Robert A. Novelline<sup>2</sup>. . CT Cystography with Multiplanar Reformation for Suspected Bladder Rupture: Experience in 234 Cases. *AJR* 2006; 187:1296–1302





<b>Caso</b>	(114) Trombosis del seno cavernoso: Una urgencia potencialmente mortal
<b>Autores</b>	Ángela Fernández López Rosa Collado Jiménez, Patricia Camino Marco, Cristina López Cárceles, Inmaculada Alcantud González, Alberto Ibáñez Ibáñez
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Mujer de 66 años con antecedente de exodoncia hace 15 días. Acude a urgencias por cefalea intensa de una semana de evolución con tumefacción facial derecha a la exploración. Leucocitosis importante sin fiebre. TC craneal y punción lumbar normales, ingresando por probable infección ORL. Durante el ingreso empeora apareciendo oftalmoplejia completa, amaurosis y anestesia de la zona trigeminal derechas. Ante la sospecha de trombosis de seno cavernoso, se realiza RM presentando asimetría de los senos cavernosos siendo mayor el derecho, con abombamiento de su pared lateral y trombosis de la vena oftálmica superior. Presenta proptosis y cambios inflamatorios de la musculatura extraocular, periorbitarios y hemifaciales derechos, confirmándose el diagnóstico de sospecha. Evolucionó hacia una trombosis completa de la ACI derecha y parcial izquierda con infartos cerebrales secundarios y éxitus.

**Discusión:**

La trombosis del seno cavernoso es una patología poco frecuente y potencialmente mortal. La etiología más frecuente es una infección regional como sinusitis, dermatitis, otomastoiditis o periodontoditis.

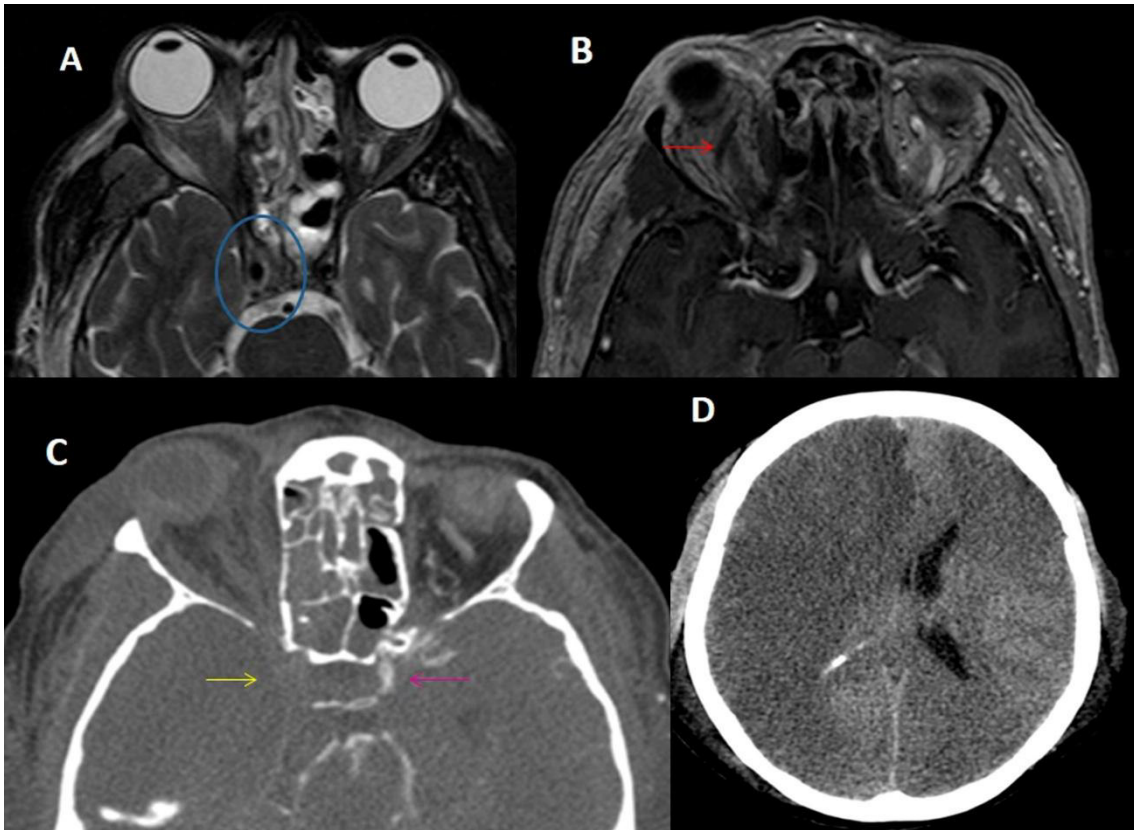
Los síntomas más frecuentes son la cefalea (precoz), dolor orbitario con edema y quemosis, ptosis, oftalmoplejia, amaurosis, y menos frecuente hipoestesia trigeminal y signos meníngeos.

Radiológicamente, tanto en TC como en RM, existen signos directos como distensión del seno cavernoso y convexidad de su pared lateral, alteración de señal y defectos de llenado del seno cavernoso con contraste; e indirectos como dilatación/trombosis de la vena oftálmica superior, proptosis, aumento de tamaño de la musculatura extraocular y realce dural del borde lateral del seno, pudiéndose confundir estos últimos con celulitis orbitaria.

Sin tratamiento la evolución es fatal siendo fundamental el diagnóstico precoz y la administración temprana de antibióticos intravenosos.

**Conclusión:**

La trombosis del seno cavernoso es una patología poco frecuente pero con elevada morbimortalidad. Es de difícil diagnóstico siendo fundamental la sospecha clínica. La TC puede ser negativa siendo la técnica de elección la RM.



**Imagen a) RM SE T2 axial:** Se objetivan signos directos de trombosis/tromboflebitis del seno cavernoso como la asimetría de los mismos, con mayor tamaño del derecho, que muestra abombamiento de su pared lateral y una alteración de señal por edema (círculo azul), así como signos indirectos como proptosis, engrosamiento y edema de la musculatura extrínseca orbitaria y aumento y alteración de señal de la piel, tejido celular subcutáneo y musculatura hemifacial y temporal derechas también por edema/congestión. **Imagen b) RM SE T1 supresión grasa y gadolinio:** Se aprecia un defecto de repleción por trombosis de la vena oftálmica superior derecha (flecha roja). **Imagen c) TC con contraste intravenoso:** Vemos la evolución/ complicación de la trombosis hacia una arteritis/trombosis completa de la arteria carótida interna derecha (flecha amarilla) y parcial de la izquierda (flecha rosa). **Imagen d) TC sin contraste intravenoso:** Se observa la consecuencia de las trombosis descritas en forma de hipodensidades cortico-subcorticales frontal-temporo-parietal derecha y fronto-temporal izquierda en relación con lesiones isquémicas agudas en los territorios arteriales subsidiarios de la ACM y ACA derechas y de la ACM izquierda. Las lesiones hemisféricas derechas condicionan efecto de masa sobre el ventrículo ipsilateral que está colapsado con signos de herniación subfalciana.

### Bibliografía:

- Osborn, A., Salzman, K. and Barkovich, A. (2011). Diagnóstico por imagen. Cerebro. 2nd ed.
- Osborn, A. and Winthrop, S. (1998). Neurorradiología diagnóstica. 1st ed. Madrid: Harcourt Brace de España.

- Guenther, G. and Arauz, A. (2011). Trombosis venosa cerebral: aspectos actuales del diagnóstico y tratamiento. *Neurología*, 26(8), pp.488-498. Elsevier España.

<b>Caso</b>	(118) Neoplasia mucinosa apendicular orientada como apendicitis aguda en el servicio de Urgencias.
<b>Autores</b>	Antonio Navarro Baño Juan Francisco Martínez Martínez; Carmen María Fernández Hernández; Luis González Ramos; Francisca Velázquez Marín; Andres Francisco Jiménez Sánchez.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Electrónica.

**Discusión:**

Mujer de 36 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución en FID. En ecografía abdominal se visualiza apéndice cecal distendido con material heterogéneo de predominio hipoecogénico en su interior, con patrón en "capas de cebolla" y calcificaciones murales. En TCMD abdominal corresponde a estructura esférica dependiente de ciego, bien definida y predominantemente hipodensa, con calcificaciones murales curvilíneas en su porción más medial. La cirugía y la biopsia confirmó el diagnóstico de cistoadenoma mucinoso apendicular sin signos de malignidad.

El mucocele apendicular es una dilatación quística de la luz del apéndice ileo-cecal de etiología obstructiva que produce un acúmulo retrógrado de material mucoide. Su incidencia es del 0,2-0,3% de las apendicectomías y representa el 8% de los tumores apendiculares.

Se clasifica en base a los procesos histopatológicos causales: a) simples o de retención, b) por hiperplasia mucosa, c) secundarios a cistoacenoa mucinoso (CAM; son los más frecuentes) y d) en relación con cistoadenocarcinoma (CAC).

Su rotura causa implantes de mucina y la peritonitis reactiva se denomina "pseudomixoma peritoneal".

El US suele ser el método de estudio inicial, y el mucocele apendicular se describe como una tumoración quística en FID de pared delgada, encapsulada, de 2-20 cm, con ecos o septos internos que pueden mostrar sombras acústicas o calcificaciones curvas murales en 50%. El patrón ultrasonográfico de "capas de cebolla" es un hallazgo patognomónico.

Para el diagnóstico un diámetro apendicular  $\geq$  15 mm tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 92%.

La TC es el método de imagen de elección. Se puede visualizar una tumoración redondeada, de baja densidad, encapsulada, con pared delgada, que depende del ciego.

La clínica es variada e inespecífica.

El tratamiento es quirúrgico debido al potencial de progresión a CAC y al riesgo de ruptura.

### Conclusión:

Cistoadenoma mucinoso apendicular.



**a) Ecografía que muestra apéndice cecal engrosado de ecoestructura heterogénea y con presencia de calcificaciones murales, sin hiperemia al estudio Doppler color. Se interpretó erróneamente como cuerpo lúteo hemorrágico por su localización. b, c, d) TCMD abdominal con contraste i.v. fase venosa. Se observa apéndice cecal muy distendido por material hipodenso homogéneo, que corresponde con mucocele (+) con calcificaciones murales (flechas), sin cambios inflamatorios regionales. La biopsia confirmó que se trataba de un cistoadenoma mucinoso apendicular.**

### Bibliografía:

Appendiceal mucinous neoplasms: an uncertain nosological entity. Report of a case.

Agrusa A, Romano G, Galia M, Cucinella G, Sorce V, Di Buono G, Agnello F, Amato G, Gulotta G.

G Chir. 2016 Mar-Apr;37(2):86-9.

Diagnosis and Treatment of Mucinous Appendiceal Neoplasm Presented as Acute Appendicitis.

Kehagias I, Zygomalas A, Markopoulos G, Papandreou T, Kraniotis P.

Case Rep Oncol Med. 2016;2016:2161952. doi: 10.1155/2016/2161952. Erratum in: Case Rep Oncol Med. 2016;2016:3612014.

Mucocele of appendix secondary to mucinous cystadenoma.

Butt MQ, Chatha SS, Farooq M, Ghumman AQ.

J Coll Physicians Surg Pak. 2014 Mar;24 Suppl 1:S14-5. doi: 03.2014/JCPSP.S14S15.

<b>Caso</b>	(119) DOLOR ABDOMINAL Y SHOCK HIPOVOLÉMICO: ROTURA ANEURISMA AORTA ABDOMINAL.
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández Laura Abenza Oliva, Luis Alemañ Romero, Plácida Alemán Díaz, M <sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro, M <sup>a</sup> José Ruiz López.
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofia

**Presentación:**

Varón de 75 años que presenta hipotensión y dolor abdominal irradiado a espalda. Ante la sospecha de probable rotura de aneurisma de aorta abdominal (AAA) se realiza un TC de aorta detectando una rotura de AAA infrarrenal con trombo mural excéntrico ulcerado con gran hematoma intra y retroperitoneal.

**Discusión:**

La triada típica (50% de los casos) consiste en dolor abdominal, masa abdominal pulsátil y shock hipovolémico. Otros síntomas menos frecuentes son la hematemesis y melenas (asociadas a fístulas aortoentéricas), fallo cardíaco...

El principal diagnóstico diferencial ha de realizarse con la disección aórtica.

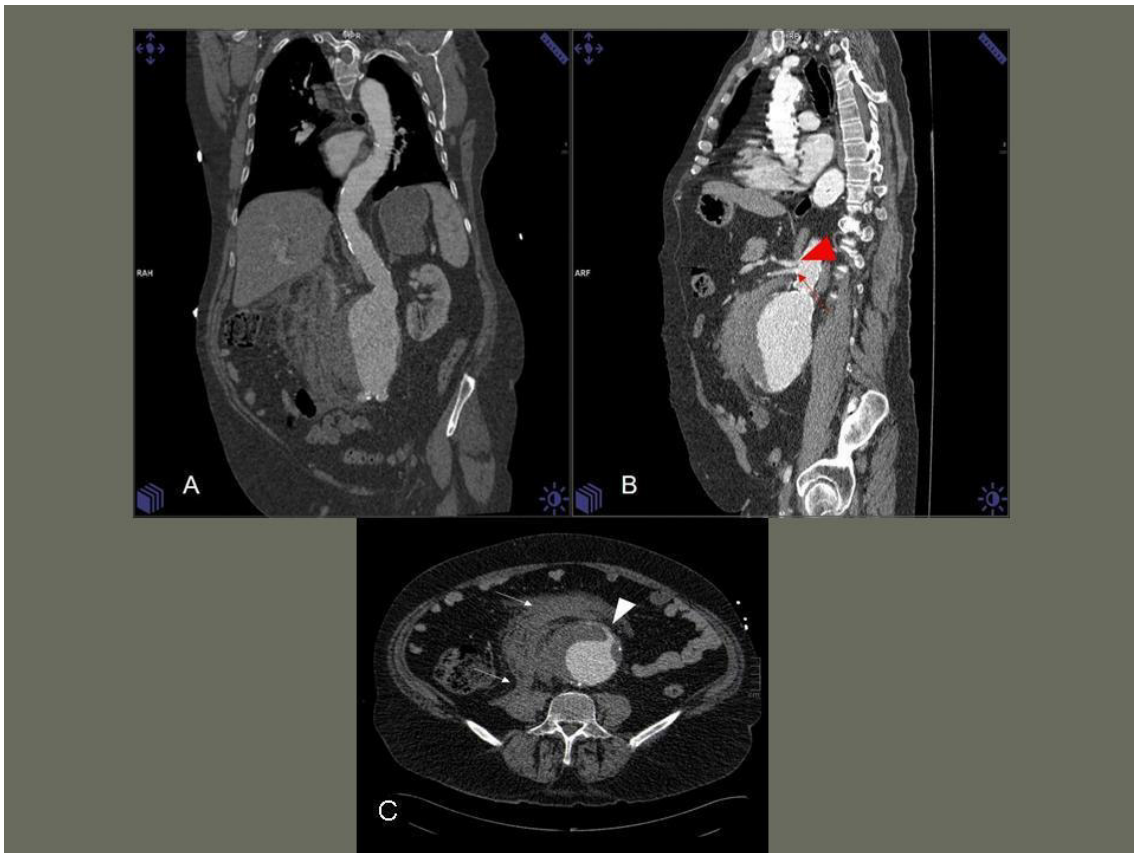
La angiografía por TC es la técnica de elección por su disponibilidad, rapidez y posibilidad de reconstrucción multiplanar.

Hallazgos TC:

- Hematoma retroperitoneal: es el hallazgo más común siendo posible su extensión intraperitoneal
- Aumento del tamaño del aneurisma: La evolución temporal comparando con estudios previos determina si precisa reparación (un aumento de más de 10 mm/ año es indicación de reparación).
- Trombos y calcificaciones: el riesgo de rotura es inversamente proporcional al grosor del trombo mural. La presencia de calcificaciones murales discontinuas y el adelgazamiento o irregularidad de trombo mural indica riesgo de rotura.
- Signo de la semiluna hiperdensa: representa la existencia de sangrado en el interior del trombo mural o de la pared del vaso. Se considera un signo temprano y específico de rotura inminente.
- Fístulas: complicación infrecuente. Las fístulas comunican la luz de la aorta con estructuras vecinas, fundamentalmente asas (fístula aortoentérica) o vena cava inferior (fístula aortocava).
- Rotura contenida crónica: los pacientes con rotura crónica contenida presentan una situación hemodinámica estable y pueden mostrar síntomas atípicos.

**Conclusión:**

Ante la presencia de dolor abdominal, masa abdominal pulsátil y shock hipovolémico se debe sospechar rotura de AAA, siendo el angio TC de aorta la técnica diagnóstica de elección.



**A) Reconstrucción MPR coronal oblicua de angiografía por TC. Se aprecia aneurisma fusiforme de arteria abdominal infrarrenal con hematoma asociado. B) Reconstrucción MPR sagital de angiografía por TC, donde se aprecia el aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y la salida de tronco celiaco (cabeza de flecha) y arteria mesentérica superior (flecha). C) Imagen axial TC con contraste I.V. Se aprecia aneurisma de aorta abdominal con trombo mural ulcerado (cabeza de flecha) y sangrado intra y retroperitoneal –psoas- (flechas pequeñas).**

### **Bibliografía:**

1. Rakita D, Newatia A, Hines JJ, Siegel DN, Friedman B. Spectrum of CT findings in rupture and impending rupture of abdominal aortic aneurysms. *RadioGraphics* 2007;27(2):497–507.
2. Spectrum of CT Findings in Rupture and Impending Rupture of Abdominal Aortic Aneurysms. Dmitry Rakita, Amit Newatia, John J. Hines, David N. Siegel, and Barak Friedman. *RadioGraphics* 2007 27:2, 497-507



<b>Caso</b>	(122) Hemorragia digestiva baja como complicación de cuadro obstructivo intestinal.
<b>Autores</b>	Esther Gorostiza Bermejo Aritz De La Fuente Gaztañaga, Leticia Múgica Álvarez, Ana Gil Martín, Manuel Salomón De La Vega, Guillermo González Zapico
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Cruces

**Presentación:**

Varón de 69 años. Post-operado reciente de cirugía cardíaca. Presenta dolor abdominal con peritonismo.

**Discusión:**

Se realiza TC abdomino-pélvico tras introducción de CIV en fases arterial y portal, donde se objetiva abundante contenido denso en el interior de las asas de intestino delgado, en relación con hemorragia intraluminal, identificándose un coágulo centinela con foco de sangrado activo en íleon distal.

Inmediatamente proximal al mismo, las asas íleales presentan un hiporrealce parietal y parcheado secundario a isquemia, llegando a perder su morfología normal, lo que sugiere perforación contenida intestinal, ya que no existe neumoperitoneo.

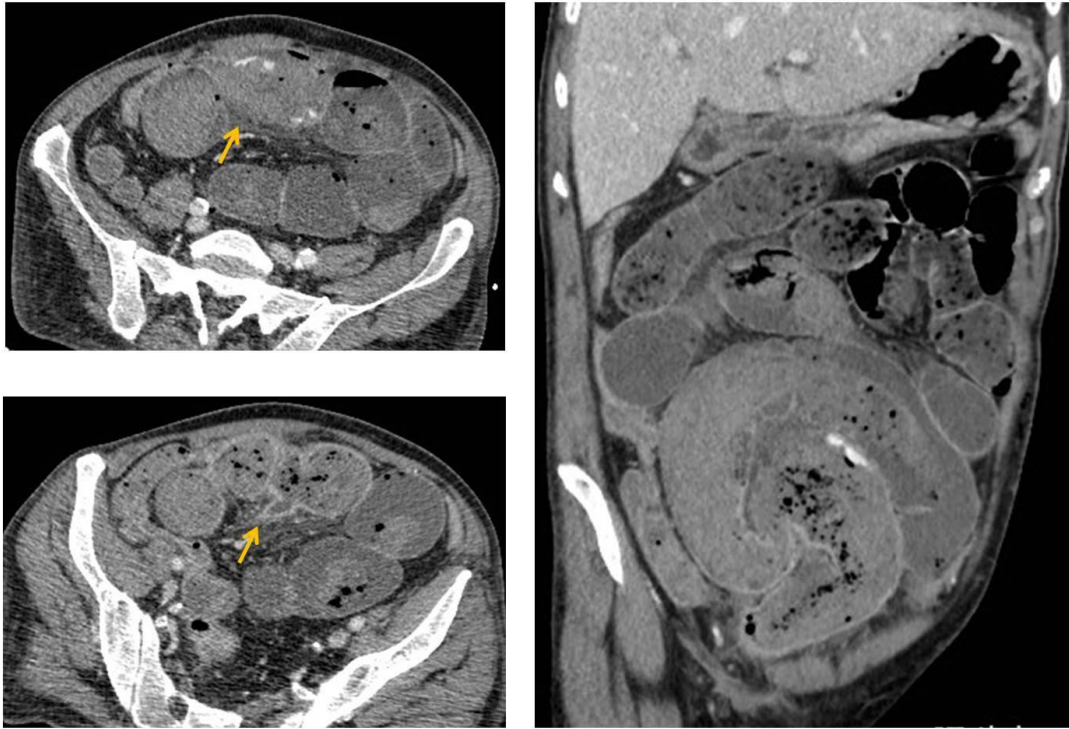
Llama la atención la marcada dilatación de asas de ID, con un cambio de calibre brusco en íleon preterminal, distal al foco de sangrado, en relación con cuadro obstructivo intestinal completo de probable causa mecánica.

El paciente presentaba un cuadro obstructivo secundario a bridas, con signos de isquemia y perforación intestinal, así como un foco de sangrado activo intraluminal confirmado quirúrgicamente.

Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva baja incluyen la enfermedad diverticular, la angiodisplasia, colitis y lesiones ano-rectales, neoplasias y la isquemia intestinal, dentro de la cuales, en el intestino delgado se presentan más frecuentemente las dos últimas, no obstante, en nuestro paciente no había signos de lesión subyacente.

**Conclusión:**

Una causa frecuente de solicitud de TC abdominal en el Servicio de Urgencias es la obstrucción intestinal, y dentro de sus complicaciones cabe destacar la isquemia intestinal, que en los casos más graves, puede provocar sangrado activo y perforación intestinal.



**Bibliografía:**

- 1- José M. Artigas, Milagros Martí et al. Multidetector CT Angiography for Acute Gastrointestinal Bleeding: Technique and Findings. *RadioGraphics* 2013; 33:1453–1470.
- 2- Harpreet S. Dhatt, Spencer C. Behr, et al. Radiological Evaluation of Bowel Ischemia. *Radiol Clin N Am* 53 (2015) 1241–1254.

<b>Caso</b>	(123) Colecistitis hemorrágica perforada.
<b>Autores</b>	Esther Gorostiza Bermejo Leticia Múgica Álvarez, Aritz De La Fuente Gaztañaga, Ana Gil Martín, Manuel Salomón De La Vega, Itziar Tavera Bahillo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Cruces

**Presentación:**

Mujer de 70 años, acude al S.U. por distensión y dolor abdominal generalizado. Apendicectomizada. Sospecha de obstrucción intestinal.

**Discusión:**

Se realiza TC abdomino-pélvico tras introducción de CIV en fases arterial y portal, objetivando una vesícula biliar de paredes estratificadas con una solución de continuidad en la pared anterosuperior de la misma.

Además presenta contenido de alta densidad en su interior sugestivo de hemobilia sin foco de sangrado activo.

Inmediatamente superior a la vesícula se evidencia una imagen hiperdensa, lobulada de bordes mal definidos y de 2,5 cm de eje mayor que plantean diagnóstico diferencial entre colelitiasis versus lesión tumoral vesicular.

Moderada cantidad de hemoperitoneo, de localización perihepática, periesplénica y en pelvis.

Como datos indicativos de shock se evidencia hiperdensidad de ambas glándulas suprarrenales y vasoconstricción generalizada.

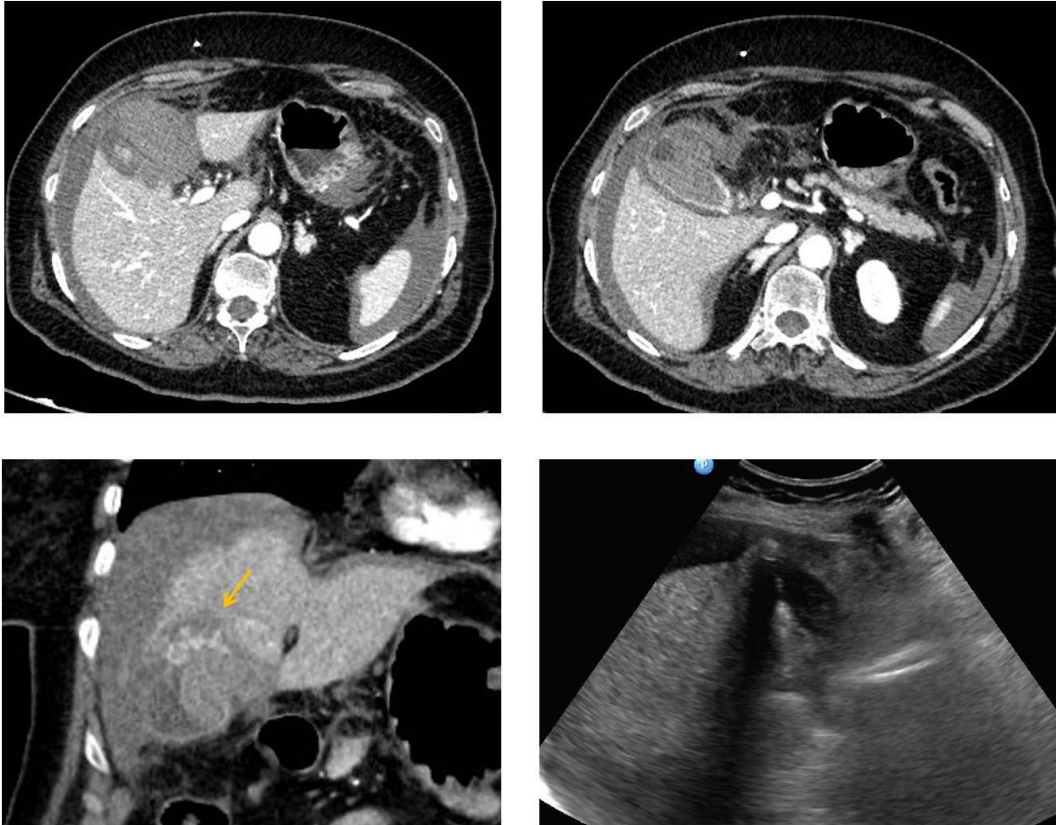
Estos hallazgos sugieren colecistitis aguda hemorrágica perforada.

Para diferenciar entre litiasis y lesión tumoral vesicular y aclarar el diagnóstico etiológico, se realiza ecografía abdominal, evidenciándose pequeñas imágenes hiperecogénicas con marcado refuerzo acústico posterior sin flujo doppler, compatibles con colelitiasis, sin objetivar lesiones sospechosas de malignidad.

**Conclusión:**

La colecistitis hemorrágica es una complicación poco frecuente, aguda y grave de la colecistitis aguda, debido a que la inflamación causa ulceración de la mucosa y necrosis de la pared.

En su etiología pueden estar implicados los cálculos biliares, la anticoagulación o coagulopatía, el carcinoma de vesícula biliar, los traumatismos, la corticoterapia o anomalías vasculares como los aneurismas de la arteria cística.



**Bibliografía:**

1. Yuji Watanabe, Masako Nagayama, et al, MR Imaging of Acute Biliary Disorders. Radiographics 2007 ; 27: 477-495
2. Neel B. Patel, Aytekin Oto, Stephen Thomas, Multidetector CT of Emergent Biliary Pathologic Conditions. RadioGraphics 2013; 33:1867–1888
3. P. Calvo Espino, M.D. Chaparro Cabezas et al, Colecistitis hemorrágica como causa poco frecuente de hemoperitoneo masivo. Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):933

<b>Caso</b>	(124) DIVERTICULITIS DE MECKEL/DIVERTICULITIS SIGMA.
<b>Autores</b>	Maria Teresa Jaén Reyes Higuera Higuera,ana; Palomo Gallego,victoria; Rivera Salas Inmaculada; Palma Baro ,ana; Gampel,cohen,abraham.
<b>Centro</b>	Hospital Alto Guadalquivir

**Presentación:**

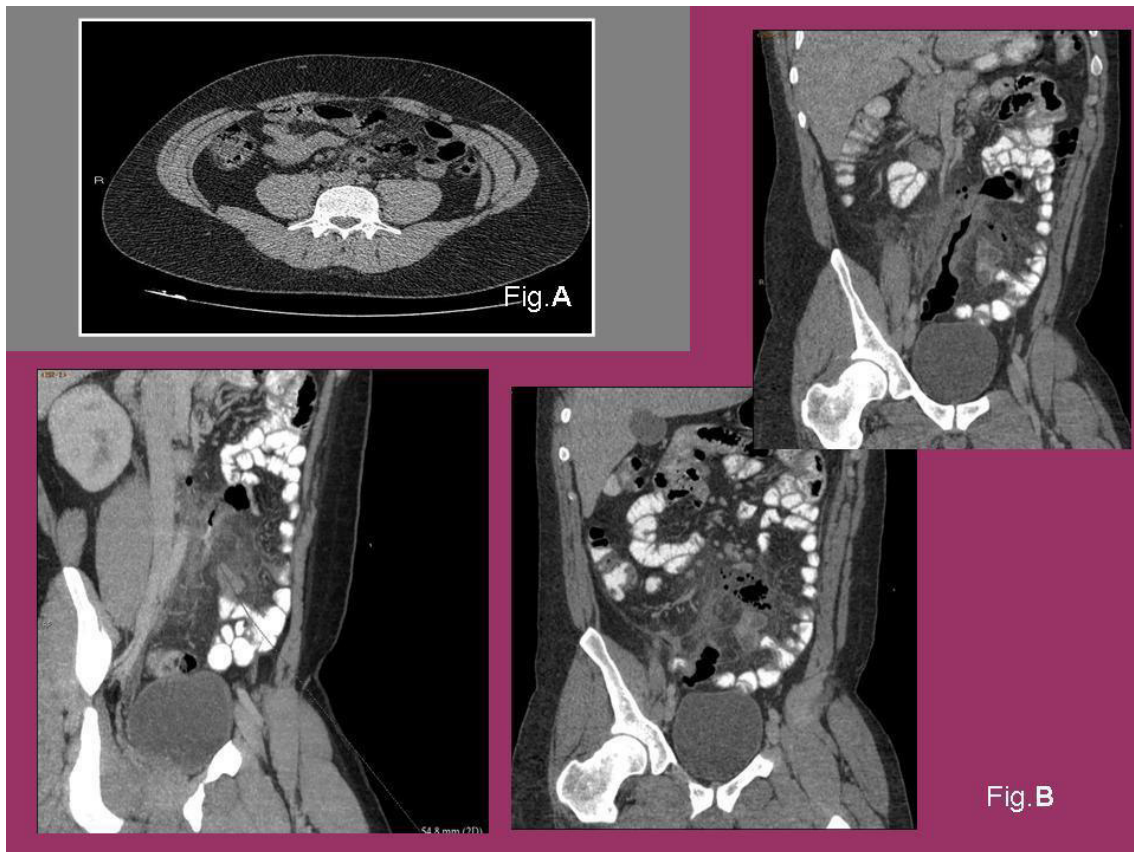
Varón 25a. sin antecedentes personales de interés , que acude a urgencias por fiebre de 38º y dolor en flanco izquierdo de 24 horas de evolución , con náuseas y un episodio previo de vómito alimentario. Exploración física : Abdomen blando depresible con dolor y defensa en flanco izquierdo. PPRI no dolorosa. El hemograma detecta leucocitosis .

**Discusión:**

Se realiza Tc sin contraste de baja dosis y se observa afectación inflamatoria alrededor del sigma que muestra engrosamiento parietal(Fig.A) , identificando aire extraluminal y líquido libre no organizado. Al no hallar divertículo causante se completa el estudio mediante Tc con contraste oral e iv (FigB): identificando un divertículo ileal proximal de origen antimesentérico de 6,4cm de longitud y con signos inflamatorios en el extremo ciego, que se diagnostica como Diverticulitis de Meckel.

**Conclusión:**

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal (2-3%). Igual frecuencia en hombres y mujeres, pero las complicaciones son más frecuentes en hombres. El 60% dan clínica antes de los 10 años (hemorragia digestiva por mucosa gástrica ectópica y ulceración). En adultos las complicaciones más frecuentes son obstrucción ó diverticulitis (DD con apendicitis) . Nuestro caso es atípico porque el divertículo es izquierdo y el DD es con diverticulitis de sigma ó de colon descendente. La importancia del Diagnóstico Diferencial radica en que la diverticulitis de Meckel siempre requiere intervención quirúrgica.



**Bibliografía:**

1. Angela D Levy, Meckel Diverticulum: Radiologic Features with Patologic Correlation. Radiographics 2004 March-April.
2. Complications of congenital and developmental abnormalities tract in adolescents and adults. Radiographics October 2010.
3. Case 86: Meckel diverticulum with masive Bleeding. Raadiology. September 2005.
4. Inverted Meckel diverticulum: Clinical, radiologic, and Pathologic findings. Radiology June 1996

<b>Caso</b>	(127) Una visita al hospital complicada: hematoma retroperitoneal espontáneo. Síndrome de Wunderlich.
<b>Autores</b>	Cristina López Cárceles Alberto Ibáñez Ibáñez, Lorena López Martínez, Ana Genma Blanco Cabañero, Ángela López Fernández, Inmaculada Alcantud González
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Varón de 51 años que se encontraba en el hospital de acompañante y comienza de forma brusca con dolor abdominal intenso e hipotensión, con inestabilidad hemodinámica. Se realiza AngioTC abdomino-pélvico urgente donde se observa un gran hematoma retroperitoneal izquierdo con sangrado activo arterial, procedente del polo superior de riñón izquierdo. Como antecedente personal, en ecografía previa presentaba un angiomiolipoma en polo superior de riñón izquierdo.

**Discusión:**

El paciente presentaba un hematoma retroperitoneal con sangrado activo, secundario a rotura de angiomiolipoma. La hemorragia renal espontánea o Síndrome de Wunderlich es un diagnóstico clínico poco frecuente y grave. Se presenta como tríada de Lenke (dolor en la fosa lumbar, masa o empastamiento, e hipotensión). La etiología es enfermedad neoplásica (hipernefromas y angiomiolipomas), causa vascular o tratamiento con anticoagulantes. En nuestro caso como lesión subyacente existía un angiomiolipoma.

Los angiomiolipomas son tumores benignos, 80% esporádicos y solitarios y el 20% múltiples (asociados a Esclerosis Tuberosa). Presentan vascularización displásica, por tanto mayor predisposición a dilataciones aneurismáticas y hemorragia, sobre todo en los de tamaño mayor a 4 cm.

La prueba diagnóstica de elección en caso de sospecha de hemorrágica retroperitoneal es la AngioTCMD, permitiendo determinar el lugar y la extensión de la hemorragia, diagnóstico del proceso subyacente, y realizar un diagnóstico diferencial (rotura de aneurisma abdominal).

El tratamiento puede ser conservador, embolización, o quirúrgico (nefrectomía), dependiendo de la situación clínica del paciente. En nuestro caso existía sangrado activo, desestimando el manejo conservador. Como el paciente presentaba inestabilidad hemodinámica, se realizó embolización de la lesión, ya que es el tratamiento presenta menos morbi-mortalidad que una cirugía abierta.

**Conclusión:**

Ante la sospecha de hematoma retroperitoneal hay que realizar AngioTCMD, para valorar extensión y sangrado activo principalmente y estudiar causa subyacente.



**Imagen A:** TCMD reconstrucción coronal e **Imagen B:** TCMD reconstrucción sagital. Se observa extravasación activa de contraste en el polo superior del riñón izquierdo que se extiende por el margen posterior condicionando hematoma subcapsular y hematoma retroperitoneal. **Imagen C:** Arteriografía con sustracción de arteria renal izquierda, extravasación de contraste en su rama renal superior (flecha). **Imagen D:** Arteriografía sin sustracción de arteria renal post-embolización, donde se observa acumulación de contraste extravasado anteriormente, sin objetivar fuga activa de contraste. Embolización con espirales metálicas y agente embolizante (Onyx).

### Bibliografía:

1. Froemming AT, Boland J, Cheville J, Takahashi N, Kawashima A. Renal epithelioid angiomyolipoma: imaging characteristics in nine cases with radiologic-pathologic correlation and review of the literature. *AJR Am J Roentgenol.* 2013 Feb;200(2):178-86
2. MarcoteValdivieso E, Pellicer Castell V, AdellCarceller R, GamonGiner R, Bayon Lara A, Canales López M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage (Wunderlich Syndrome) in the differential. *RevSoc Valencia Patol Dig* 2001;20:13-6
3. Sales R, Villa V, Caballé J, Mas A, O. Valencoso O, L. Ballús L, Collera P, Malet J, Solernou L. Síndrome de Wunderlich. Hemorragia renal espontánea. *CirEsp* 2000;68:493-5





<b>Caso</b>	(128) ¿Obstrucción intestinal? ¿Masa en fosa iliaca derecha?
<b>Autores</b>	Celia Izco García-cubillana Xiara María Cortés Sañudo, Laura Cuesta Lujano
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

Mujer 86 años remitida por cuadro de obstrucción intestinal, dolor en fosa iliaca derecha (FID) y estreñimiento. Hallazgos en TC: masa sólida en FID, que parece depender del ciego, con densidad heterogénea y calcificaciones en su interior. Infiltración de la grasa pericecal y adenopatías adyacentes de 15 mm de eje corto. No signos de obstrucción intestinal. En parénquima hepático, varias lesiones focales con calcificaciones en su interior.

**Discusión:****-DIAGNÓSTICO**

Lesión tumoral primaria de ciego con metástasis hepáticas. Dado el componente cálcico de la lesión primaria así como de las lesiones hepáticas, sugieren como primera posibilidad diagnóstica tumor mucinoso.

**-REFLEXIÓN**

Existen muchas patologías que causan dolor en FID (apendicitis aguda, EII, torsión ovárica, diverticulitis de colon derecho, tumores ileocecales).

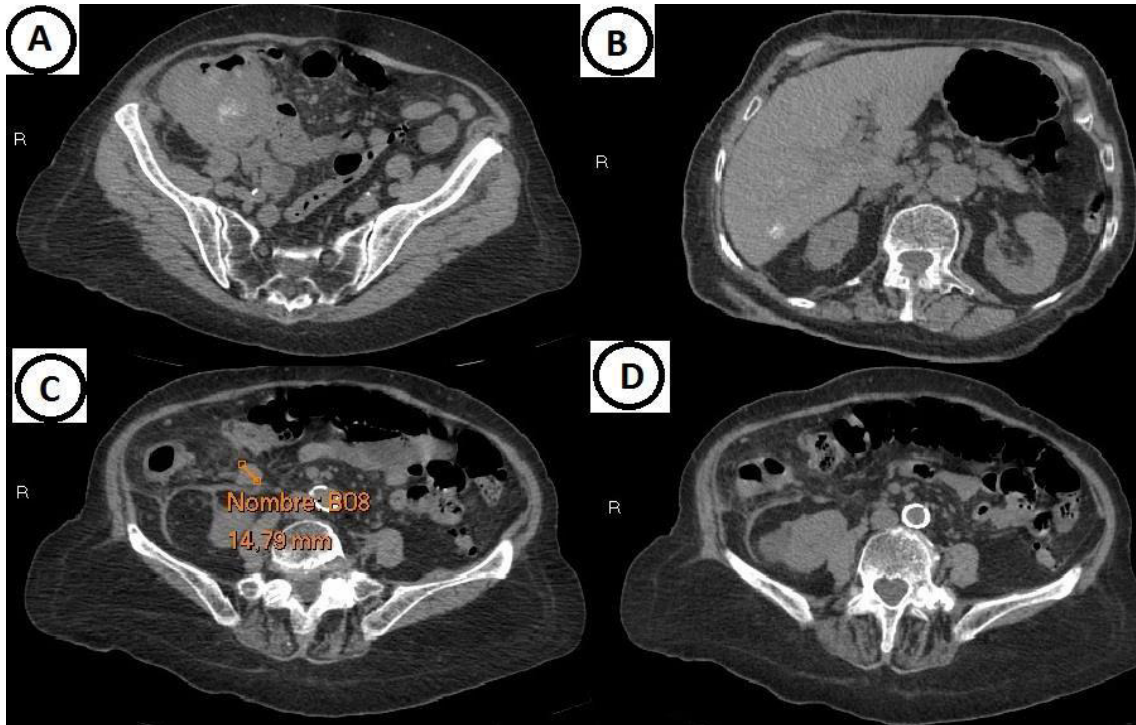
Si sospecha obstrucción intestinal, primera prueba a realizar radiografía simple de abdomen en decúbito supino (valorar dilatación de asas y distribución del gas así como ausencia de gas en ampolla rectal) y bipedestación ( valorar niveles hidroaéreos). Prueba gold estándar es TC que detecta nivel y causa de la obstrucción así como signos de sufrimiento intestinal y complicaciones asociadas.

Cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer en frecuencia. La obstrucción es un hallazgo habitual. La TC es útil para demostrar extensión local, invasión órganos vecinos, presencia de metástasis a distancia (hígado sitio más frecuente) y afectación ganglionar (ganglios patológicos cuando eje corto mayor a 1 cm). El subtipo mucinoso es más frecuente en hombres y suele ser más agresivo y de peor pronóstico. Sus características son: masas hipodensas con adenopatías adyacentes. Tiende a desarrollar calcificaciones, tanto el tumor primario como las metástasis a distancia.

**Conclusión:**

La orientación clínica del paciente es muy importante para valorar la prueba a realizar.

Tener en cuenta el tumor mucinoso como causa de metástasis hepáticas con calcio.



**Figuras:** A- masa en FID densidad heterogénea con calcificaciones en su interior. B-LOES hepáticas con calcio en su interior. C- Infiltración de la grasa y adenopatías pericecales. D- Asas intestinales de calibre normal.

### Bibliografía:

1. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. Vol 1. 1º ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2010.
2. Lee JK, Sagel, Stanley SS, Heiken JP, Stanley RJ. Body TC con correlación RM. Vol 1. 4th ed. Madrid: Edición Original Marban; 2007.
3. McGory M, Maggard M, Kang H, O'Connell J, Ko C. Malignancies of the appendix: beyond case series reports. Dis Colon Rectum 2005; 48: 2264-2271.
4. Ghai S, Pattison J, Ghai S, O'Malley MD, Khalili K, Stephens M. Primary Gastrointestinal Lymphoma: Spectrum of Imaging Findings with Pathologic Correlation. Radiographics 2007; 27:1371-1388.

<b>Caso</b>	(129) Complicaciones de las apendicitis
<b>Autores</b>	Celia Izco García-cubillana Carmen Perez Ramirez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

Mujer 24 años remitida por dolor en fosa iliaca derecha (FID) y flanco derecho de días de evolución. En la analítica presenta leucocitosis y elevación de la PCR. Hallazgos: A nivel retrocecal se visualiza imagen de ecogenicidad heterogénea con infiltración edematosa de la grasa adyacente. Desplaza medialmente al ciego y se acompaña de engrosamiento mural de asas de ileon terminal. Apéndice distendido no colapsable con compresión extrínseca.

**Discusión:****-DIAGNÓSTICO**

Por la localización y la clínica que presenta la paciente los hallazgos son compatibles con absceso por apendicitis evolucionada.

**-REFLEXIÓN**

Clínica habitual: dolor periumbilical que se desplaza posteriormente a FID acompañada de fiebre, náuseas y vómitos. En niños y ancianos clínica atípica.

Prueba de elección es la ecografía realizando estudio selectivo con sonda lineal de FID.

Principal clave diagnóstica: apéndice distendido (calibre mayor o igual 7mm mayor sensibilidad y especificidad) no colapsable con la compresión extrínseca con la sonda. Otros signos indirectos: líquido libre apendicular, ganglios reactivos, apendicolito (imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior). Complicaciones: perforación con absceso apendicular.

Es importante visualizar la punta del apéndice ya que es el primer punto de inflamación y perforación apendicular.

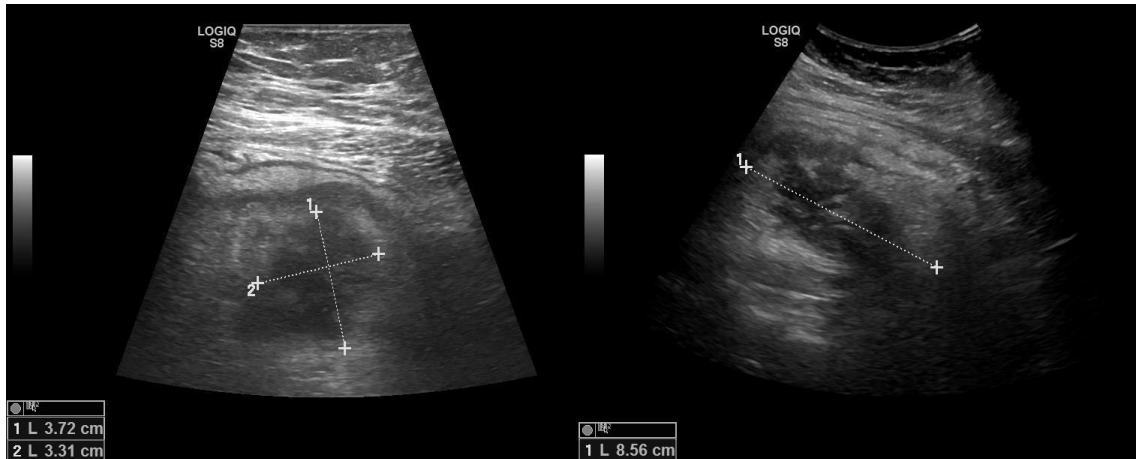
Diagnósticos diferenciales a tener en cuenta: adenitis mesentérica, ileitis, diverticulitis cecal).

Si la ecografía no es concluyente se le realiza TC.

**Conclusión:**

Primera prueba a realizar ante la sospecha de apendicitis es la ecografía. Importante visualizar la punta del apéndice.

Es importante correlacionar los datos clínicos, analíticos y radiológicos. Tener en cuenta que puede haber apendicitis sin leucocitosis.



*Imagen de ecogenicidad heterogénea adyacente al apéndice el cual se encuentra distendido con infiltración edematosa de la grasa adyacente.*

### **Bibliografía:**

1. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. Vol 1. 1º ed. Madrid-España: Editorial Panamericana; 2010.
2. Lee JK, Sagel, Stanley SS, Heiken JP, Stanley RJ. Body TC con correlación RM. Vol 1. 4th ed. Madrid-España: Edición Original Marban; 2007.

<b>Caso</b>	(131) Calcificaciones intracraneales: Posible clave diagnóstica.
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Xiomara Plasencia Cruz  
Melanie Moana Sánchez, Margarita Fuentes García, Rafael Sabadell Hernández.  
Hospital Universitario de Canarias.

### **Presentación:**

Mujer de 79 años llevada a Urgencias por disminución del nivel de conciencia, sin respuesta a estímulos. Antecedentes de HTA, dislipemia, stent coronario, marcapasos, FA anticoagulada, anemia y colonoscopia normal. Sus familiares refieren deterioro desde hace tres meses, hasta el encamamiento, cefalea frecuente, dolor en MMII, y alteración conductual. Presenta obnubilación y desorientación temporoespacial, sin localización neurológica. Analítica con plaquetopenia, aumento de CK, resto normal. La TC de cráneo sin contraste muestra calcificaciones dispersas de localización corticaxtraaxial, no presentes en TC previa seis meses antes, y que inicialmente se interpretaron como hallazgo sin trascendencia. Un análisis más detallado demostró la presencia de edema vasogénico asociado a una calcificación dominante tentorial, por lo que se realiza TC con contraste que muestra discreto realce nodular asociado a las calcificaciones.

### **Discusión:**

Se establecieron como posibilidades diagnósticas la carcinomatosis meníngea y la neurocisticercosis (las calcificaciones a los 8 meses de la primoinfección y el edema en la neurocisticercosis, pueden ayudar en el diagnóstico diferencial).

La citología del LCR diagnosticó adenocarcinoma. La TC corporal detectó un tumor de intestino delgado y metástasis pulmonares.

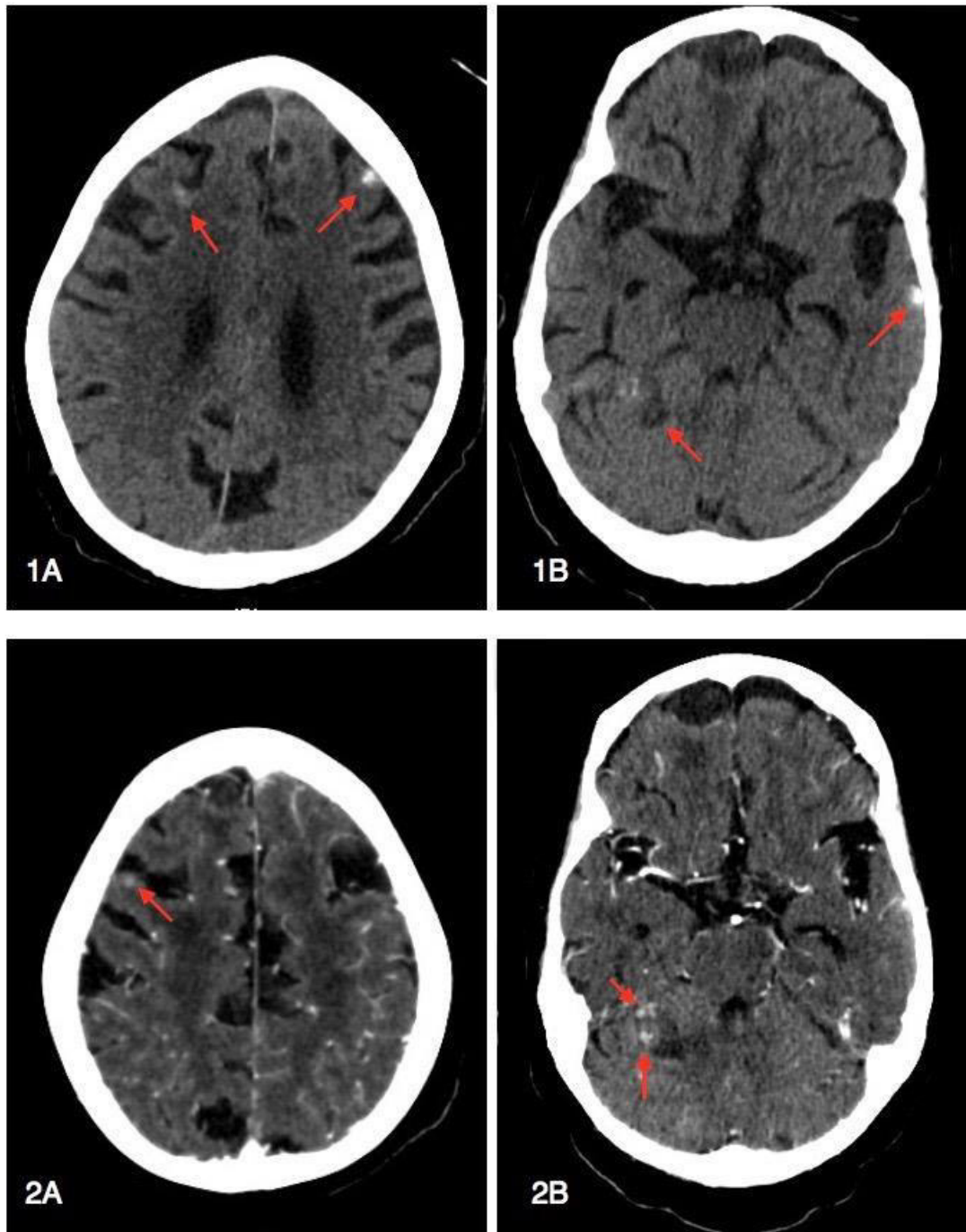
La afectación metastásica de las meninges (carcinomatosis meníngea, meningitis carcinomatosa, linfomatosis meníngea...) ocurre hasta en un 8% de casos según algunas series, asociada a tumores sólidos y hematológicos .

Su presentación clínica es variable, por afectación del parénquima cerebral, pares craneales, médula o raíces nerviosas; y el diagnóstico se basa en técnicas de imagen (principalmente RM) y análisis del LCR.

Con nuestro caso demostramos la posibilidad de establecer diagnósticos altamente específicos con la TC en Urgencias, así como la importancia de no infravalorar hallazgos frecuentes, como las calcificaciones, que pueden resultar fundamentales.

### **Conclusión:**

Las calcificaciones intracraneales son hallazgos frecuentes de TC en Urgencias. Su caracterización y la comparación con estudios previos permitirá, en algunos casos, el diagnóstico.



**Fig.1:** TC sin contraste. A. Calcificaciones frontales bilaterales de localización cortical o extra-axial. B. Calcificación adyacente al tenorio derecho, con discreto edema periférico, y calcificación de aparente localización extraaxial temporal izquierda. Fig.2A y B: TC con contraste. Sutil realce nodular de localización superficial, asociado a las calcificaciones.

**Bibliografía:**

James G. Smirniotopoulos, MD et al. From the Archives of the AFIP: Patterns of Contrast Enhancement in the Brain and Meninges. *RadioGraphics* 2007; 27:525-551

Venkata S. Katabathina, MD et al. Imaging of Oncologic Emergencies: What Every Radiologist Should Know. *RadioGraphics* 2013; 33:1533-1553



<b>Caso</b>	(132) El radiólogo debe ser también clínico
<b>Autores</b>	Elena López Miralles Elena López Miralles, Mónica Pérez, Carlos Martín, Jimena Pedrosa, Jesús Venegas, Amelia Fernández.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

Datos clínicos: Varón de 75 años con FA ingresado por hemorragia cerebral, retirándole la anticoagulación. A los tres días comienza con malestar general y dolor abdominal. Analítica alterada con aumento de la bilirrubina, amilasa, enzimas hepáticas y PCR. EF: abdomen globuloso y timpánico. Descripción de los hallazgos: En la ecografía se aprecia un colon aperistáltico con aumento de las secreciones intraluminales y aire en su pared. Existe dificultad para completar el estudio por la importante interposición de gas. Se completa con TC, verificando gas no sólo en la pared intestinal sino también en la cavidad abdominal

**Discusión:**

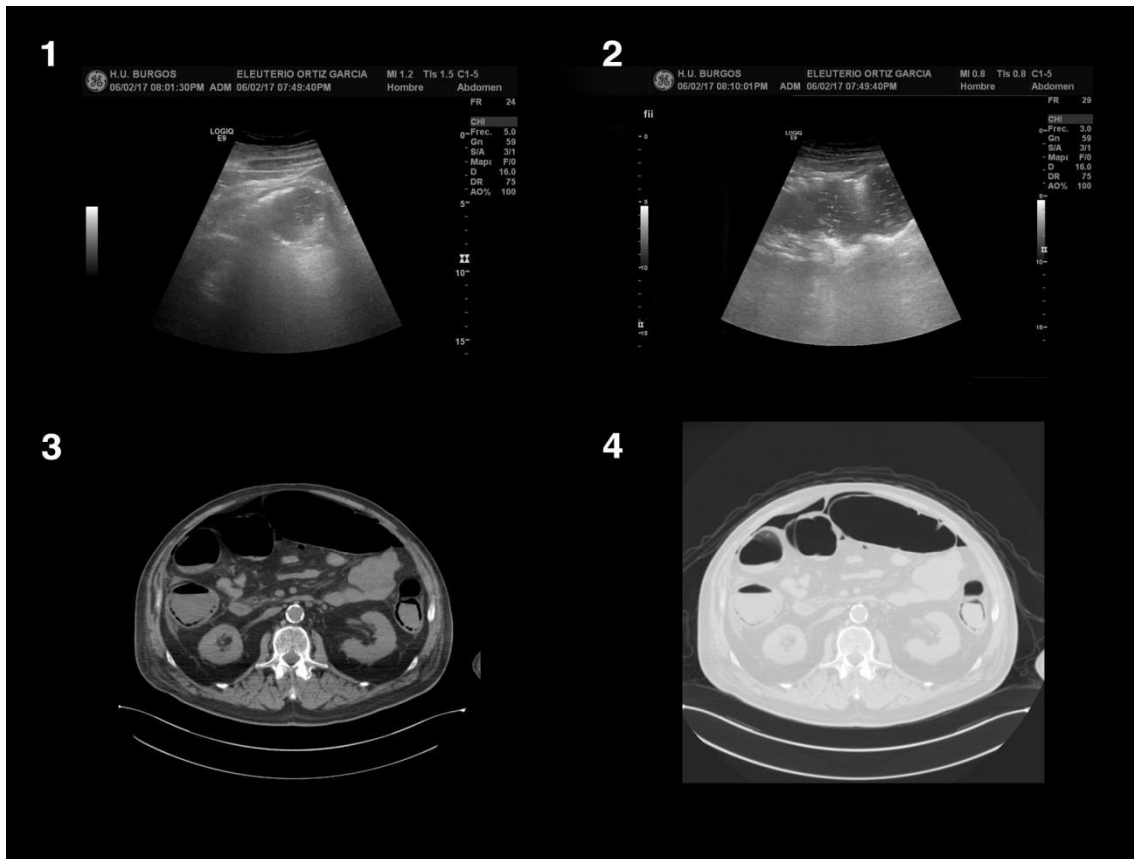
Diagnóstico: El neumoperitoneo, debido a perforación de víscera hueca, junto a la neumatosis, orientan a origen isquémico como causa del cuadro en un paciente con FA sin anticoagulación, incluso a pesar de no haber realizado el estudio con contraste iv (insuficiencia renal).

Reflexión docente: Muchas veces se nos presenta en urgencias pacientes con dolor abdominal agudo sin orientación diagnóstica, realizando primero una ecografía. A pesar de no ser la indicada en una isquemia intestinal, existen signos que nos hacen sospecharla, como la presencia de gas en asas intestinales, líquido intraluminal aumentado, ausencia de la peristalsis, líquido libre peritoneal y, por supuesto, trombosis o estenosis con el Doppler.

Si completando el estudio con TC con contraste endovenoso y vemos un defecto de repleción en los vasos, ya tendremos el diagnóstico y la etiología. Sin embargo, incluso en estudios sin contraste podemos sospechar la causa por el contexto del paciente.

**Conclusión:**

La neumatosis como signo de isquemia intestinal es una emergencia que debemos sospechar por la clínica, los antecedentes y los hallazgos en las diferentes pruebas de imagen que dispongamos para comunicarlo inmediatamente al médico peticionario, pues el tratamiento y el pronóstico dependen de la etiología.



**En la ecografía (1 y 2) se aprecian asas de colon con importante contenido, aperistálticas, y gas en la pared. En la TC sin contraste (3) se confirma el importante neumoperitoneo, así como la neumatosis, ambos mejor visualizados con ventana de pulmón (4).**

### **Bibliografía:**

A.Reginelli et al: Intestinal Ischemia: US-CT findings correlations. Crit Ultrasound J. 2013; 5(Suppl 1): S7.

Millet I et al: Systematic unenhanced CT for acute abdominal symptoms in the elderly patients improves both emergency department diagnosis and prompt clinical management. Eur Radiol. 2017 Feb;27(2):868-877

<b>Caso</b>	(133) Malformación linfática complicada en el adulto.
<b>Autores</b>	Elena López Miralles Esther Riñones Mena, Carlos Martín, Mónica Pérez, Jimena Pedrosa, Daniel Zarranz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

Datos clínicos: Mujer de 51 años que acude a urgencias por cuadro de cefalea, vómitos y diplopía del ojo izquierdo de horas de evolución. En la exploración física se observa discreto exoftalmos de ojo izquierdo. No refiere otros antecedentes de interés. Descripción de los hallazgos: Se realiza de TC craneal urgente sin y con contraste endovenoso en el que se observa una tumoración unilocular que se adapta al espacio intraconal inferoposterior derecho, que desplaza medialmente el músculo recto inferior y en cuya región posterior presenta hiperdensidad debido a los niveles líquido-hemáticos, sin captación de contraste iv. Se completa con RM orbitaria confirmando la existencia y localización de la lesión ovoidea con niveles líquido-hemáticos, así como la ausencia de vacío de señal en su interior por la falta de vascularización.

**Discusión:**

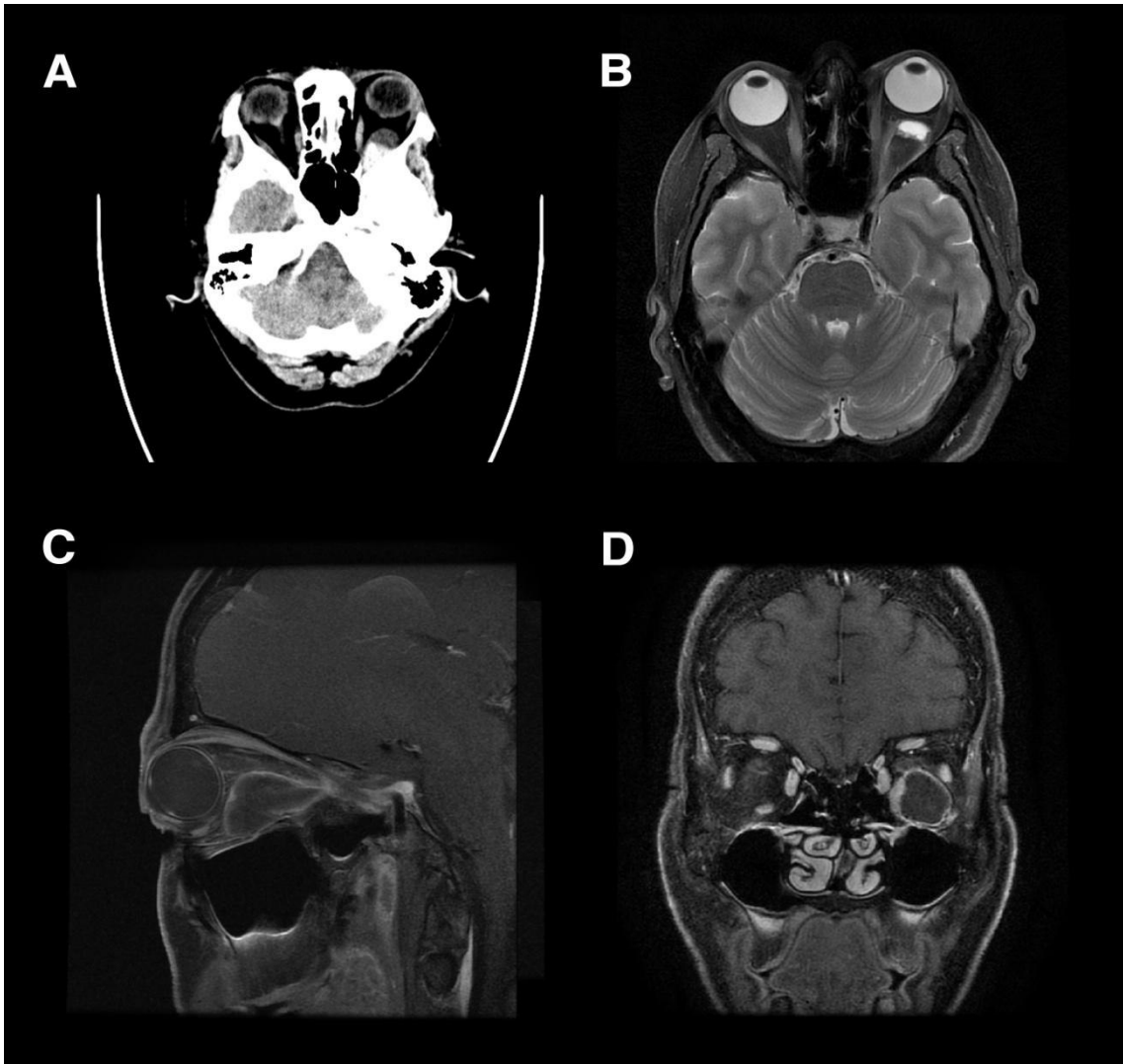
Diagnóstico: La lesión se diagnosticó de malformación linfática con probable resangrado dado lo característico de los niveles líquido-hemáticos, la ausencia de captación y la agudeza en la presentación del cuadro clínico.

EL diagnóstico diferencial se plantea entre variz orbitaria y la malformación cavernomatosa, ambas desestimadas al no haber modificaciones con el Valsalva ni realce tras el contraste.

Reflexión docente: Las malformaciones de bajo flujo son lesiones congénitas que pueden pasar desapercibidas durante largo tiempo en ausencia de complicaciones. Suelen dar la cara en niños y adultos jóvenes al crecer rápidamente y producir una hemorragia aguda, aunque en algunos casos, como el aquí presentado, pueden hacerlo más tardíamente, acudiendo normalmente con una clínica de diplopía aguda y proptosis debido al efecto de masa de la hemorragia.

**Conclusión:**

Ante una lesión orbitaria con clínica aguda y presencia de niveles líquido-hemáticos en la imagen debemos pensar en las malformaciones de bajo flujo.



**A.** TC sin contraste iv: tumoración orbitaria izquierda con niveles líquido-hemático en su interior. **B.** RM Axial T2: masa retrobulbar con distinta intensidad de señal entre región anterior y posterior en relación con material linfático y hemorrágico respectivamente. **C.** RM Axial T1: se aprecia la proptosis ocular izquierda. **D.** RM Coronal T1 FS + C: se observa el desplazamiento del músculo recto inferior por la masa.

### Bibliografía:

Eivazi B et al: Orbital and periorbital vascular anomalies—an approach to diagnosis and therapeutic concepts. *Acta Otolaryngol.* 2010 Aug;130(8):942-51.

Reuben Grech et al: Imaging of Adult Ocular and Orbital Pathology—a Pictorial Review. *J Radiol Case Rep.* 2014 Feb; 8(2): 1–29

<b>Caso</b>	(135) Trombosis aguda de arteria aorta abdominal, una entidad infrecuente y mortal en la Urgencia.
<b>Autores</b>	Álvaro Moyano Portillo Pablo Tomás Muñoz, Inmaculada Mendoza Arnau, Antonio Medina Benítez, Ángela Salmerón Ruiz, María Dolores García Roa
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Nieves

**Presentación:**

Hombre de 61 años afecto de Diabetes Mellitus tipo 2 con múltiples complicaciones macro y microangiopáticas que acude por lumbalgia aguda junto a livideces dispersas y frialdad desde región umbilical hacia ambos miembros inferiores, presentando también úlceras escrotales. Se realiza angioTC de aorta por sospecha de cuadro isquémico agudo, observando ausencia de realce contrastado de la luz de la arteria aorta abdominal infrarrenal distal y bifurcación ilíaca con extensión a arterias ilíacas comunes, externas e internas. Se asocia marcada ateromatosis aortoiliaca calcificada. Tronco celíaco, arteria mesentérica superior, arterias renales y arteria mesentérica inferior permeables. El paciente fue diagnosticado de trombosis arterial aguda de arteria aorta abdominal infrarrenal distal con extensión a arterias ilíacas por lo que fue trasladado a la unidad de Cirugía Vasculor donde, por lo avanzado del cuadro clínico, se desestimó el tratamiento quirúrgico, falleciendo a las 4 horas del ingreso en Urgencias.

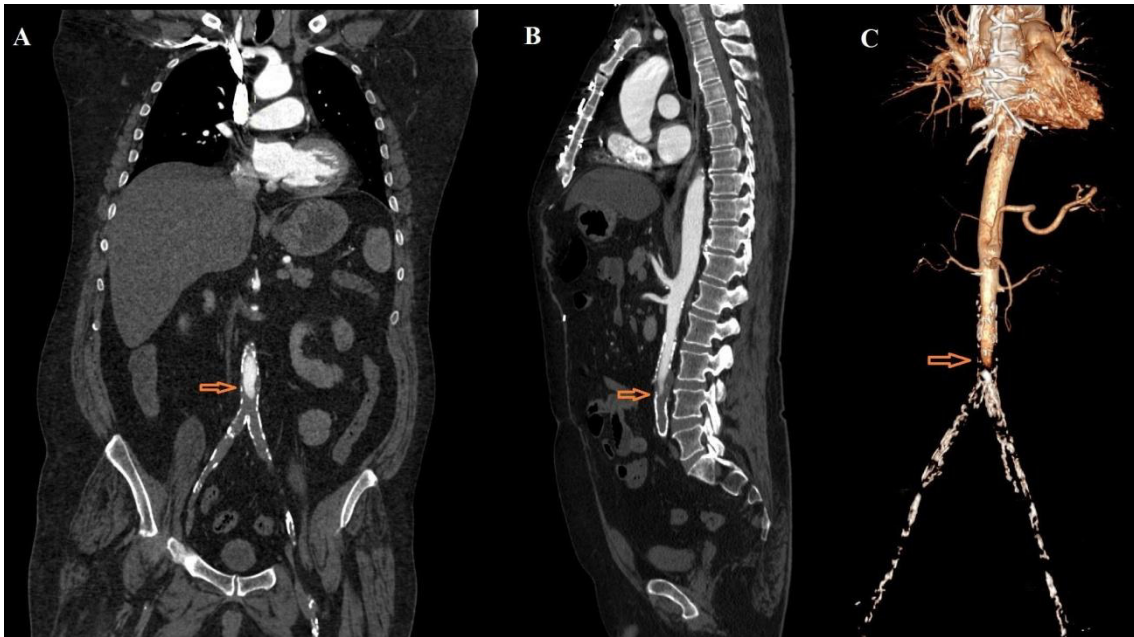
**Discusión:**

La oclusión trombotica o embólica aguda de la aorta abdominal es una emergencia vascular infrecuente con altas tasas de morbimortalidad. Clásicamente, la presentación clínica es una isquemia periférica severa con dolor en ambos miembros inferiores como característica predominante.

La TC con contraste intravenoso, realizando reconstrucciones multiplanares, es la técnica indicada y permite planificar un posible abordaje quirúrgico urgente. El principal diagnóstico diferencial se plantea con el síndrome de Leriche o enfermedad oclusiva aortoiliaca (de carácter crónico), la ruptura de aneurisma de aorta abdominal o con episodios agudos de patología raquimedular, como la estenosis de canal lumbar o hernia discal con afectación "en silla de montar".

**Conclusión:**

El diagnóstico de la patología aórtica abdominal aguda corresponde tanto al médico asistencial como al radiólogo, que debe adecuar el estudio a la sospecha clínica del paciente. Una identificación precoz de la causa permite en muchas ocasiones un tratamiento eficaz que evite las consecuencias fatales de este proceso.



**A y B:** AngioTC de arteria aorta, reconstrucciones coronal y sagital con MIP, donde se observa defecto de repleción contrastado de la luz de la arteria aorta abdominal infrarrenal, compatible con trombosis arterial aguda. **C:** Reconstrucción 3D en la que se aprecia el stop abrupto de realce contrastado en la aorta abdominal infrarrenal. Se identifica también la extensa ateromatosis aortoiliaca.

### **Bibliografía:**

1. Mellnick VM, Heiken JP. The Acute Abdominal Aorta. Radiol Clin North Am. 2015 Nov;53(6):1209-24.
2. Azzarone M, De Troia A, Iazzolino L, Nabulsi B, Tecchio T. Hybrid Treatment of Acute Abdominal Aortic Thrombosis Presenting with Paraplegia. Ann Vasc Surg. 2016 May;33:228.e5-8.
3. Kaschwich M, Behrendt CA, Tsilimparis N, Kölbel T, Wipper SH, Debus ES. Management of acute aortic thrombosis. J Cardiovasc Surg (Torino). 2016 Dec 22.

<b>Caso</b>	(137) RUPTURA DE TESTÍCULO UNILATERAL
<b>Autores</b>	Jimena María Pedrosa Arroyo Carlos Martín Gómez, Jesus Aldea Martínez, Jesus Venegas Gómez, Mónica Pérez González, Elena López Miralles
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** Varón de 26 años que acude a urgencias por dolor en genitales y hematoma en pene tras traumatismo el día anterior jugando al fútbol. A la exploración se observa hematoma en ambos testículos y en pene, inflamación testicular bilateral siendo mayor en teste derecho. Prehn positivo. **DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:** Se realiza ecografía testicular urgente. El testículo derecho muestra ecogenicidad heterogénea, apreciándose varias zonas focales hipoecoicas en relación a las hemorragias focales, la mayor de ellas situada en su polo superior de 11 x 10 x 12 mm. La vascularización es asimétrica con respecto al lado izquierdo, prácticamente ausente en el testículo derecho. Dado el antecedente traumático reciente, los hallazgos son compatibles con rotura testicular derecha. Resto de la exploración sin hallazgos significativos excepto la presencia de líquido intraescotal bilateral en relación a hematocele bilateral.

**Discusión:****DIAGNÓSTICO**

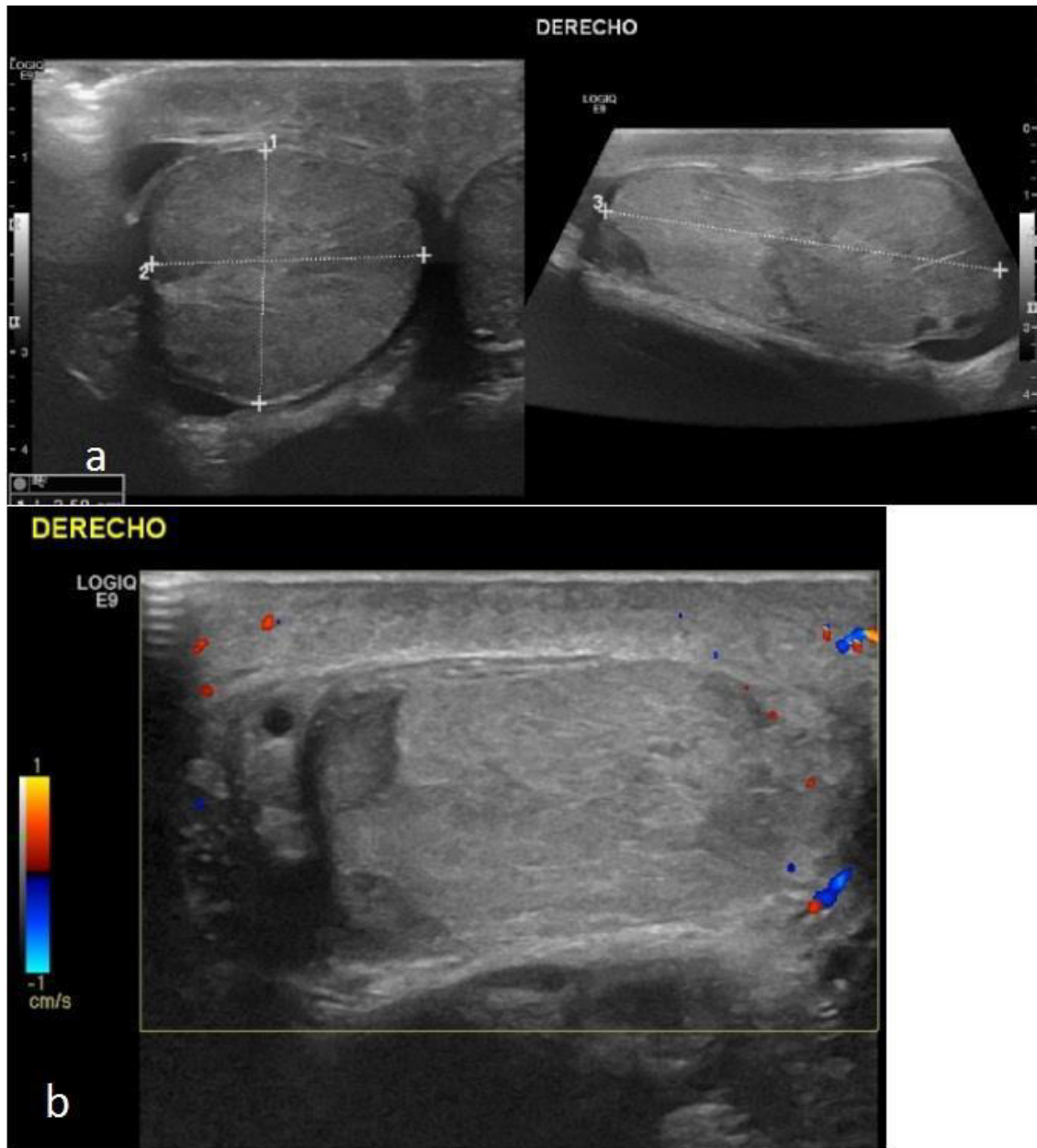
Rotura testicular derecha.

**REFLEXIÓN DOCENTE**

La mayoría de las roturas testiculares son diagnosticadas secundariamente a traumatismos relacionados con el deporte. Las roturas testiculares deben explorarse quirúrgicamente. Los signos ecográficos consisten en zonas de ecogenicidad alterada que se corresponde con las zonas de hemorragia o infarto. La formación de hematoceles se ve en un 33% de los pacientes. La imagen de Doppler color puede ser útil ya que la ruptura de la túnica albugínea se asocia casi siempre a la rotura de la túnica vascular.

**Conclusión:**

Tanto el manejo en urgencias como el diagnóstico ecográfico urgente son componentes muy importantes en el manejo de la rotura aguda testicular. Existe una relación directa entre la intervención quirúrgica urgente y la viabilidad del testículo.



***a. Testículo derecho con ecogenicidad heterogénea, apreciándose varias zonas focales hipoeoicas en relación a las hemorragias focales. b. Vascularización ausente en testículo derecho.***



**Bibliografía:**

1. Case report: Traumatic unilateral testicular rupture.

Bauer NJ-Int J Surg case rep – January 1, 2016. 25; 89-90

2. Traumatismos genitourinarios.

Agustín Varas A, Gomez Gomez E, Jiménez Murillo A, González Alfaro A, García Rubio J.H.

3. Rumack C, Charboneau J, Wilson S, Levine D. Diagnóstico por ecografía. (vol. 1 pp 781-783).

<b>Caso</b>	(138) Apendicitis y uropatía obstructiva, dos entidades ocasionalmente relacionadas.
<b>Autores</b>	Álvaro Moyano Portillo Genaro López Milena, Inmaculada Mendoza Arnau, Ángela Salmerón Ruiz, Antonio Medina Benítez, María Culiáñez Casas
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Nieves

**Presentación:**

Mujer de 54 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en FID y en fosa renal derecha con fiebre de 38,2°C, aumento de reactantes de fase aguda, leucocitosis con neutrofilia y orina normal. Se realiza ecografía de abdomen que se completa con TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fases portal y tardía, observando un apéndice aumentado de grosor con presencia de una colección junto a su porción distal que produce atrapamiento y dilatación retrógrada del uréter y sistema pielocalicial derechos.

**Discusión:**

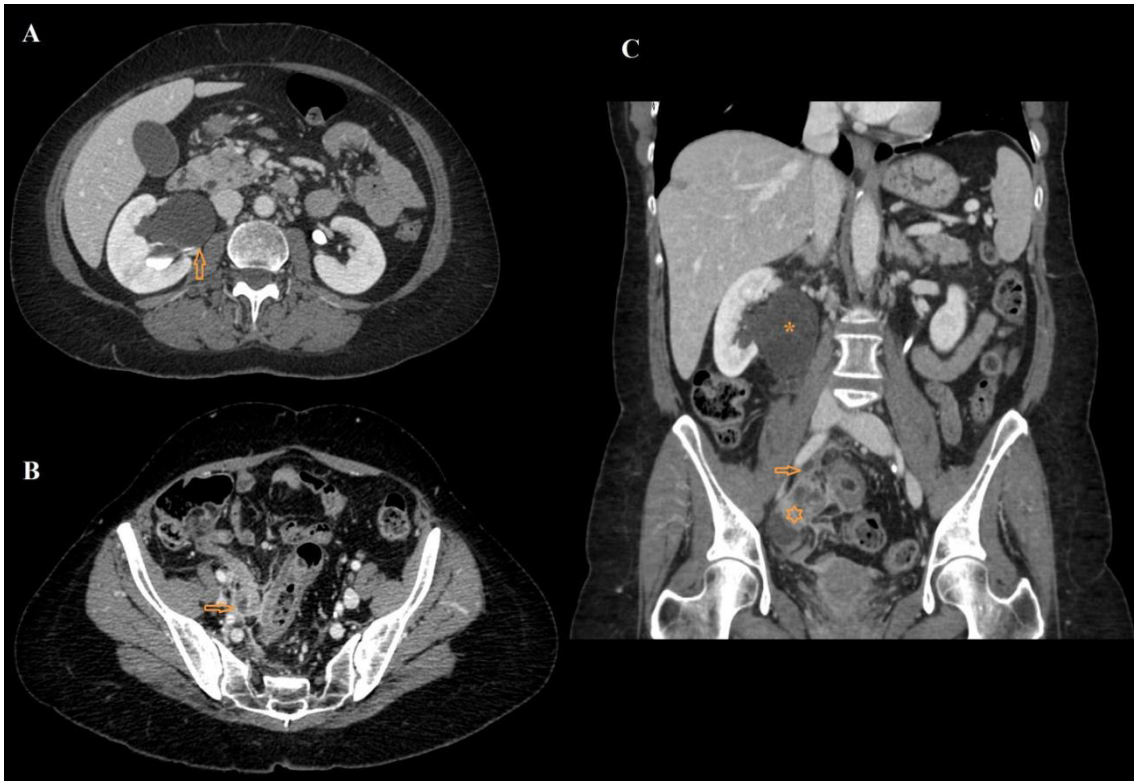
La paciente fue diagnosticada de apendicitis evolucionada con absceso que, por la reacción inflamatoria circundante, producía uropatía obstructiva derecha.

Existen publicaciones en la bibliografía en las que la presentación clínica “clásica” de apendicitis se ha visto acompañada de una dilatación de la vía urinaria. La razón a esta situación es la inflamación periapendicular que se produce en algunas apendicitis que por vecindad puede englobar la vía urinaria y producir su obstrucción. El uréter más comúnmente implicado es el derecho por su localización anatómica aunque existen algunos casos descritos de hidronefrosis bilateral secundaria.

El tratamiento es quirúrgico mediante exéresis del apéndice, necesitando en contadas ocasiones de una derivación urinaria tipo nefrostomía o catéter doble J que alivie la presión en la vía urinaria, sobre todo en pacientes que por su estado o grado de evolución de la apendicitis requieran de un abordaje diferente.

**Conclusión:**

Los médicos debemos de ser conscientes de la hidronefrosis como una complicación atípica de la apendicitis aguda, especialmente cuando se presenten los signos clásicos de apendicitis junto a dolor en fosa renal y dilatación de la vía urinaria en los estudios de imagen.



**TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso en fase portal en la que se observa: A: Dilatación de pelvis y cálices renales derechos. B: Apéndice aumentado de tamaño con colección en su punta y cambios inflamatorios en vecindad. C: Reconstrucción coronal con dilatación pielocalicial (asterisco), absceso periapendicular (estrella) y uréter previo a su estenosis por los marcados cambios inflamatorios (flecha).**

### **Bibliografía:**

1. Gachabayov M. Obstructive Uropathy Secondary to Missed Acute Appendicitis. Case Rep Surg. 2016;2016:4641974.
2. Rodríguez E, Pombo F, Martín R. Left obstructive uropathy as a form of presentation of acute appendicitis in a patient with intestinal malrotation. J Ultrasound Med. 1994 Apr;13(4):313-4.
3. Preece J, Beverley D. Acute urinary retention: an unusual presentation of acute appendicitis in a 3 year old boy. Archives of Disease in Childhood. 2001;84(3):269.

<b>Caso</b>	(139) Rentabilidad diagnóstica del Angio-TC de arterias pulmonares, más allá del TEP.
<b>Autores</b>	Álvaro Moyano Portillo Inmaculada Mendoza Arnau, María Culiáñez Casas, María Dolores García Roa, Eduardo Ruiz Carazo, Ángela Salmerón Ruiz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Nieves

### **Presentación:**

Hombre de 68 años con antecedentes personales de diabetes tipo 2, demencia tipo Alzheimer y fractura vertebral L4 reciente que es traído al Servicio de Urgencias por sus familiares al encontrarle agitado y disneico. A su llegada se registra fiebre de 38,5 °C y saturación de oxígeno de 85%. La radiografía de tórax realizada en decúbito no muestra alteraciones reseñables. Ante la sospecha de TEP se determina el Dímero D que arroja un resultado elevado y se solicita Angio-TC de arterias pulmonares. En la exploración no se aprecian signos de TEP. Como hallazgo incidental, en los cortes de abdomen incluidos en el estudio, se observa una vesicular biliar aumentada de tamaño con presencia gas intramural y litiasis infundibular. Se asocia a infiltración de la grasa adyacente y colección con nivel hidroaereo en contacto con su pared medial.

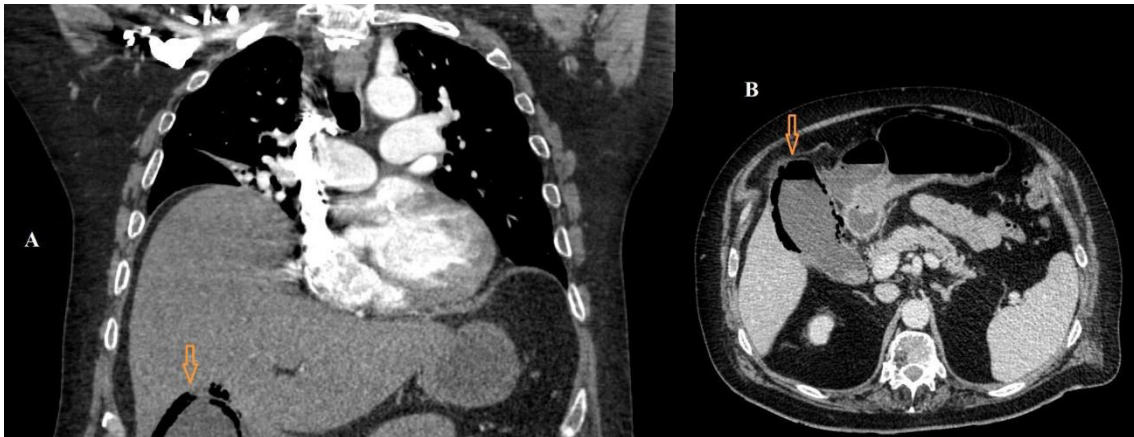
### **Discusión:**

El paciente fue diagnosticado de colecistitis enfisematosa complicada con absceso perivesicular.

Esta entidad se define como la presencia de burbujas aéreas en la pared de la vesícula biliar y es secundaria a infección por organismos productores de gas. Los pacientes con diabetes mellitus tienen un mayor riesgo de desarrollar esta afección. La radiografía simple a menudo muestra la pared de la vesícula biliar delimitada por una línea radiotransparente. La TC es confirmatoria, mostrando características de colecistitis aguda junto con el gas intramural. La progresión a la perforación se observa más frecuentemente en la colecistitis enfisematosa que en la colecistitis no complicada.

### **Conclusión:**

Cuando realicemos un estudio por una determinada justificación clínica no debemos de olvidar repasar todos los elementos que estén incluidos en el mismo ya que muchas veces, por la complejidad del estado basal del paciente, no es posible extraer datos en la anamnesis que nos sirvan de guía para hallar la patología responsable del cuadro.



**A:** Angio TC de arterias pulmonares, reconstrucción coronal, donde se observa ausencia de TEP en ramas proximales y se identifica gas en la pared de la vesícula biliar. **B:** TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal en la que se aprecia vesícula biliar distendida con presencia de gas intramural, cambios inflamatorios en vecindad y colección con nivel hidroáereo en contacto con su pared medial.

### **Bibliografía:**

1. Chawla A, Bosco JI, Lim TC, Srinivasan S, Teh HS, Shenoy JN. Imaging of acute cholecystitis and cholecystitis-associated complications in the emergency setting. Singapore Med J. 2015 Aug;56(8):438-43.
2. Khare S, Pujahari AK. A Rare Case of Emphysematous Cholecystitis. J Clin Diagn Res. 2015 Sep;9(9): PD13-4.
3. Texidor D, Fong T. Elderly male with abdominal pain. Emphysematous cholecystitis. Ann Emerg Med. 2014 Oct;64(4):350, 357.

<b>Caso</b>	(142) Hematoma espontáneo de los oblicuos, una localización infrecuente.
<b>Autores</b>	Álvaro Moyano Portillo Antonio Gámez Martínez, Genaro López Milena, Eduardo Ruiz Carazo, Gonzalo Ruiz Villaverde, Pedro Pardo Moreno
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Nieves

### **Presentación:**

Mujer de 83 años ingresada en el Servicio de Neumología por tromboembolismo pulmonar agudo que, en el cuarto día de tratamiento anticoagulante, presenta una tumoración dolorosa de aparición espontánea en flanco izquierdo, asociada a hipotensión y disminución en los niveles de hemoglobina. Se realiza Angio-TC de arteria aorta abdominal, observando un voluminoso hematoma en el espesor de los músculos oblicuos izquierdos con nivel hematocrito junto a varios puntos de extravasación de contraste en la periferia sugerentes de sangrado activo de origen arterial.

### **Discusión:**

La paciente fue diagnosticada de hematoma de los oblicuos con sangrado arterial activo, realizándose arteriografía de arteria iliaca izquierda, donde se confirmó el extravasado de contraste desde la arteria circunfleja iliaca profunda izquierda y se procedió a su embolización.

El hematoma de pared abdominal es una patología asociada, entre otras, con trauma abdominal y anticoagulación. La presentación usual suele ser como una tumoración dolorosa en el espesor de la vaina de los músculos rectos y, cuando asocia sangrado activo, alteraciones en el hemograma e inestabilidad hemodinámica. Existen pocos casos descritos de hematoma espontáneo en la musculatura oblicua abdominal si bien la razón de una menor frecuencia en esta región se desconoce.

Aunque la ecografía es la primera prueba de imagen que se suele realizar y suele ser suficiente para el diagnóstico, en algunos casos con sospecha de sangrado activo es necesario realizar una TC con contraste intravenoso para confirmarlo.

### **Conclusión:**

Con el uso creciente de anticoagulación es de esperar un aumento en la incidencia de hematoma de la pared abdominal. Esta entidad debería de incluirse en pacientes que presentan dolor abdominal agudo y masa abdominal palpable, especialmente si estos se hallan recibiendo terapia anticoagulante. La ecografía es generalmente suficiente para su diagnóstico pero en casos de inestabilidad hemodinámica, la TC con contraste puede demostrar la existencia de sangrado activo.



**A y B:** Angio-TC de arteria aorta abdominal donde se observa el hematoma en la espesura de la musculatura oblicua, con nivel hematocrito, y presencia de algunos puntos de extravasado de contraste sugerentes de sangrado activo de origen arterial. **C:** Reconstrucción 3D de la aorta abdominal y ambas arterias ilíacas donde se aprecia el punto sangrante localizado en una rama tributaria de la arteria ilíaca externa izquierda.

### **Bibliografía:**

1. Kasotakis G. Retroperitoneal and rectus sheath hematomas. Surg Clin North Am. 2014 Feb;94(1):71-6.
2. Hatjipetrou A, Anyfantakis D, Kastanakis M. Rectus sheath hematoma: a review of the literature. Int J Surg. 2015 Jan;13:267-71.
3. Salemis NS. Spontaneous rectus sheath hematoma presenting as acute surgical abdomen: an important differential in elderly coagulopathic patients. Geriatr Gerontol Int. 2009 Jun;9(2):200-2.

<b>Caso</b>	(144) PERFORACIÓN INTESTINAL POR CAUSA
<b>Autores</b>	INESPERADA. CORRELACIÓN RADIOGRAFÍA-TCMD Jimena María Pedrosa Arroyo Mónica Pérez González, Natividad Peña Rodríguez, Ines María Bayona García, Jesus David Venegas Gómez, Carlos Martín Gómez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS** Varón de 58 años con dolor abdominal en mesogastrio y disminución de las deposiciones los últimos 3 días. La exploración física confirma dolor a la palpación en hipogastrio con irradiación hacia flanco derecho. Se solicita TCMD urgente para descartar perforación intestinal. **DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS** Se realiza radiografía abdominal donde se objetiva una imagen lineal hiperdensa proyectada sobre flanco derecho, inespecífica. Tras la realización de ecografía abdominal y ante la sospecha de perforación, se realiza TCMD abdominal sin contraste intravenoso, identificando una imagen lineal (38 mm) hiperdensa, correspondiente al hallazgo en radiografía previa, alojada en asa ileal, sobrepasando su pared, con reticulación de la grasa y adenopatías locorreionales.

**Discusión:****DIAGNÓSTICO**

Perforación intestinal por espina de pescado con plastrón inflamatorio perilesional

**REFLEXIÓN DOCENTE**

Menos de 1% de los casos de ingestión de cuerpos extraños provoca una perforación intestinal tratándose de objetos alargados y afilados.

Estas perforaciones suelen ocurrir en los ángulos y estrecheces anatómicos como el íleon distal, erosionan la mucosa y producen una diseminación bacteriana con su consecuente infección.

Normalmente los pacientes no recuerdan el antecedente de ingestión de pescado y consecuentemente el diagnóstico suele retrasarse.

La TC se considera el método de imagen de elección ya que permite al radiólogo identificar la presencia, la localización y la causa de la perforación intestinal. Las espinas típicamente se visualizan como imágenes lineales de densidad calcio en el interior de un área inflamatoria.

**Conclusión:**

Ante el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo se debe tener en consideración la presencia de cuerpos extraños, especialmente en el tracto intestinal, siendo una sorpresa abdominal en la TC de urgencias. Como limitación para el radiólogo se encuentra la falta de atención para encontrar estos cuerpos extraños por ausencia de



sospecha clínica. Por lo tanto, debemos estar familiarizados con los hallazgos radiológicos pertinentes.



*a. Imagen lineal hiperdensa proyectada sobre flanco derecho. b. En flanco derecho se detecta imagen línea (aprox 38 mm) de elevada densidad alojada en asa ileal (flecha). c. Espina sobrepasando la pared ileal. d. Plastrón inflamatorio perilesional.*

### **Bibliografía:**

1. Perforaciones intestinales por espinas de pescado: infrecuentes y curiosas. A. Sierra-Solís

2. Clinical guidelines for imaging and reporting ingested foreign bodies. Guelfguat M, Kaplinskiy V, Reddy SH, DiPoce J, DiPoce CJ - AJR Am J Roentgenol - July 1, 2014; 203 (1); 37-53

3. Sorpresas abdominales en el TC de urgencias. Cuerpos extraños

Fernández del Castillo Ascanio, J.M. Llanos Gómez y C. González González

4. Intestinal perforation after the incidental ingestion of a fishhook. Cheng-Ching P, Chung-Pang W et al.

<b>Caso</b>	(146) Fascitis necrotizante secundaria a úlcera de decúbito.
<b>Autores</b>	Álvaro Moyano Portillo María De Los Ángeles Acosta Martínez Del Valle, Laura Fernández Navarro, Fernando Ruiz Santiago, María Del Mar Castellano García, Luis Guzmán Álvarez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Nieves

**Presentación:**

Hombre de 88 años intervenido por fractura pertrocanterea izquierda hace 2 meses que acude a Urgencias por hipotensión, febrícula y obnubilación. En la exploración se observó úlcera en región perineal izquierda con mal olor y supuración activa y crepitación del miembro inferior izquierdo; la analítica sanguínea mostró leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza radiografía de cadera izquierda y, ante los hallazgos, se completa con TC de miembros inferiores, observando múltiples colecciones aéreas que afectan a la fascia superficial, tejido subcutáneo y grupos musculares profundos del miembro inferior izquierdo; el origen parece depender de úlcera de decúbito en región retroisquiática izquierda con extensión caudal a los compartimentos descritos.

**Discusión:**

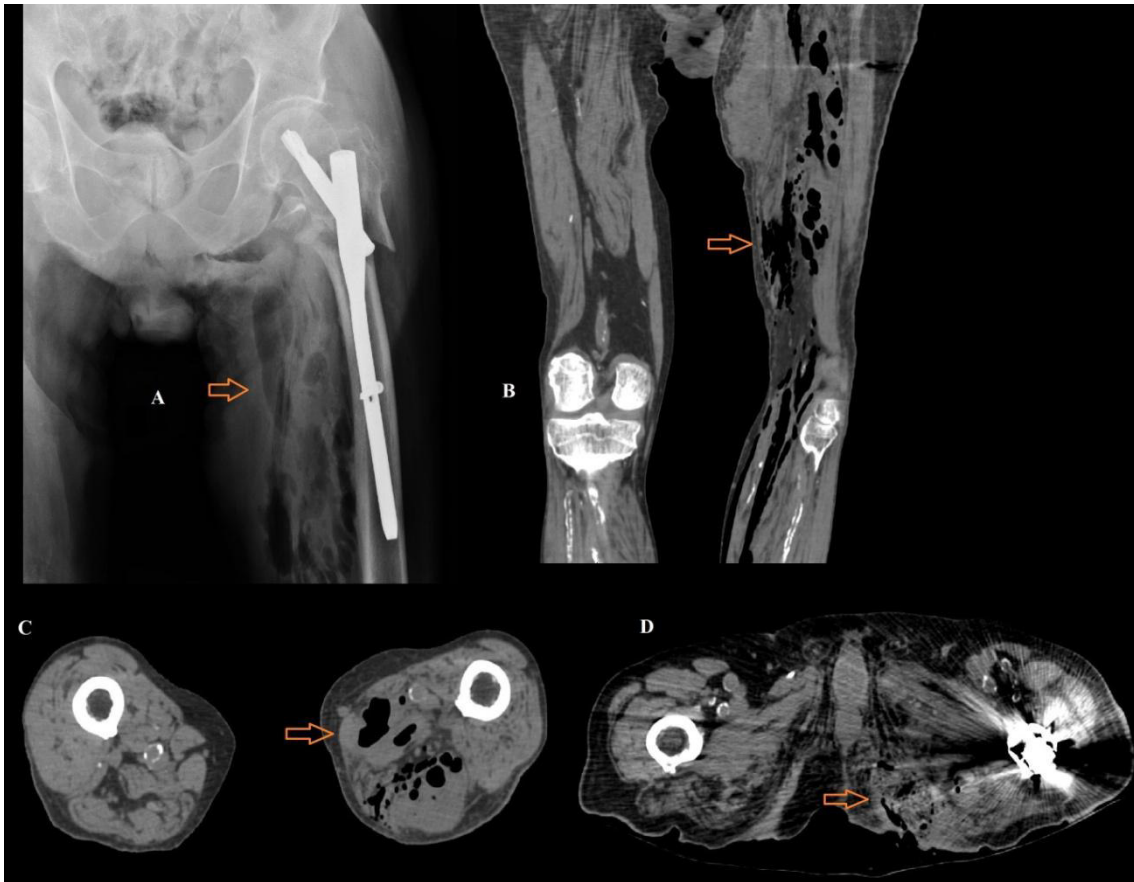
El paciente fue diagnosticado de fascitis necrotizante secundaria a úlcera por decúbito en región perineal.

La fascitis necrotizante es una infección agresiva y altamente destructiva de la fascia y el músculo con una alta morbimortalidad. Su asociación con úlceras de decúbito es infrecuente. El diagnóstico puede ser difícil, ya que los síntomas son inespecíficos y las lesiones cutáneas iniciales a menudo son benignas en comparación con la destrucción subyacente del tejido. Debemos tener un alto índice de sospecha cuando las radiografías simples demuestren enfisema subcutáneo en un paciente con lesiones cutáneas. En la TC, la presencia de colecciones aéreas con afectación de las fascias y los planos musculares es diagnóstica.

El tratamiento suele incluir desbridamiento quirúrgico y antibioterapia y otras técnicas novedosas como la presión negativa con instilación en afecciones más localizadas.

**Conclusión:**

La fascitis necrotizante es una patología que, en caso de no diagnosticarse, tiene en la mayoría de los casos un desenlace fatal. El hallazgo de aire en las pruebas de imagen en el interior de las fascias y musculatura es suficiente para un diagnóstico efectivo que permita un abordaje terapéutico precoz.



**A:** Radiografía de cadera donde se observa aire en el interior del muslo y en vecindad de la tuberosidad isquiática izquierda. **B:** Reconstrucción coronal de TC que muestra cómo el aire afecta y disecciona los planos musculares del muslo y pierna. **C:** Imagen de TC donde se identifican colecciones aéreas en las fascias y en el interior de la musculatura del tercio medio del muslo. **D:** Corte de TC inmediatamente caudal a la tuberosidad isquiática izquierda donde se aprecia irregularidad cutánea con presencia de burbujas aéreas que se extiende hacia la región perineal izquierda profunda, correspondiente a úlcera por decúbito.

### Bibliografía:

1. Mizokami F, Furuta K, Isogai Z. Necrotizing soft tissue infections developing from pressure ulcers. *J Tissue Viability*. 2014 Feb;23(1):1-6.
2. Esayag Y, Brautbar A, Popov A, Wiener-Well Y. Necrotizing soft tissue infection: an unusual and devastating complication of pressure sores. *Isr Med Assoc J*. 2011 Jul;13(7):442-3.
3. Kloss BT, Broton CE, Rodriguez E. Group B streptococcal necrotizing fasciitis from a decubitus ulcer. *Int J Emerg Med*. 2010 Nov 3;3(4):519-20.

<b>Caso</b>	(148) Abscesos hepáticos y piosalpinx. ¿Cómo relacionarlos?
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	Álvaro Moyano Portillo María Dolores García Roa, Ángela Salmerón Ruiz, Juan Francisco Ferrer Soriano, Laura Fernández Navarro, Elena Pastor Pons Hospital Universitario Virgen de la Nieves

**Presentación:**

Mujer de 37 años que acude a Urgencias por fiebre de 39°C y dolor en hipocondrio derecho. A la exploración destaca hepatomegalia importante. La analítica sanguínea muestra leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza ecografía abdominal donde se observan tres lesiones ocupantes de espacio hepáticas, hipocogénicas y de contornos mal delimitados, que desplazan los vasos en vecindad. Ante estos hallazgos se realiza TC abdominopélvica con contraste intravenoso trifásico, apreciando las citadas lesiones hepáticas, siendo caracterizadas como abscesos. Junto a esto, se identifica distensión de la cavidad endometrial por contenido líquido con realce del endometrio y una estructura tubular hipodensa en región de anejo derecho con realce de su pared. Posteriormente, la ecografía transvaginal confirmó la presencia de piosalpinx derecho.

**Discusión:**

La paciente fue diagnosticada de abscesos hepáticos secundarios a enfermedad inflamatoria pélvica.

Se realizó drenaje guiado por ecografía de los abscesos hepáticos más periféricos y el cultivo del material obtenido fue positivo para *Actinomyces israelii*.

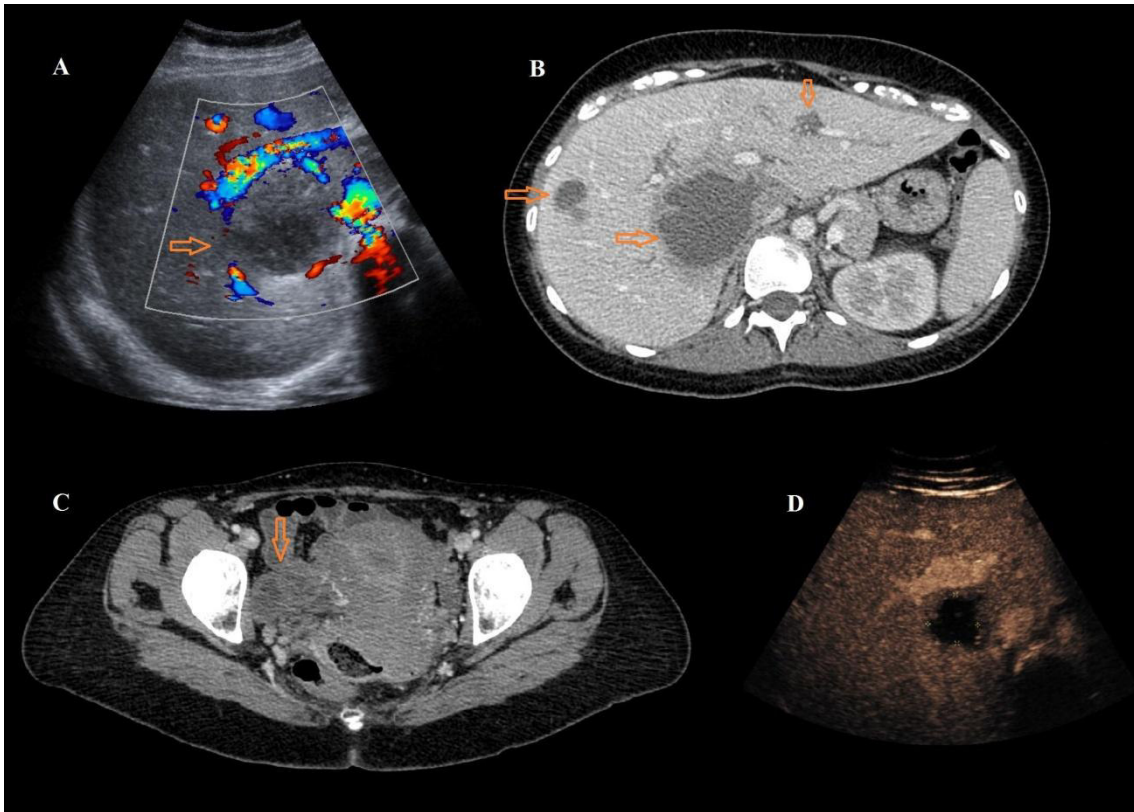
La actinomicosis diseminada con afectación hepática, secundaria a infección pélvica en ausencia de dispositivos intrauterinos, es muy infrecuente, con pocos casos documentados.

Como no se han descrito síntomas clínicos específicos de la actinomicosis hepática, la aspiración con aguja, junto con la ecografía y la TC se consideran herramientas útiles en el diagnóstico. El diagnóstico final es microbiológico mediante el desarrollo del microorganismo en el medio de cultivo.

El diagnóstico diferencial debe de realizarse fundamentalmente con afectación metastásica por neoplasia pélvica de origen ginecológico y tuberculosis diseminada.

**Conclusión:**

Los abscesos hepáticos secundarios a un proceso pélvico inflamatorio ginecológico no son comunes. Debemos de recordar que puede existir esta asociación y estar alertas ante su posible aparición ya que el diagnóstico final suele pasar por la obtención de una muestra microbiológica generalmente guiada por técnicas de imagen.



**A:** Ecografía Doppler color en la que se observa una masa hepática hipoecogénica, avascular y con hiperemia periférica. **B:** TC de abdomen con contraste intravenoso en fase portal donde se evidencian tres lesiones hepáticas hipodensas que no realzan tras la administración de contraste intravenoso. **C:** Corte más caudal de TC, en región pélvica, donde se identifica estructura tubular hipodensa con realce periférico en región aneal derecha; también se aprecia útero edematoso con su luz ocupada por contenido líquido. **D:** Ecografía con contraste que muestra la reducción de tamaño del absceso hepático no drenado tras el tratamiento antibiótico dirigido.

### Bibliografía:

1. Ishiguro T, Takayanagi T, Ikarashi H. Multiple metastatic liver abscesses and intravenous thrombosis due to pelvic actinomycosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Mar;198:166-7.
2. O'Kelly K, Abu J, Hammond R, Jensen M, O'Connor RA, Soomro I. Pelvic actinomycosis with secondary liver abscess, an unusual presentation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012 Aug;163(2):239-40.
3. Sheth S, Fishman EK, Sanders R. Actinomycosis involving the liver. *Computed tomography/ultrasound correlation. J Ultrasound Med.* 1987 Jun;6(6):329-31.

<b>Caso</b>	(149) PIELONEFRITIS EN LA URGENCIA: LO QUE LA ECOGRAFIA PUEDE VER
<b>Autores</b>	Gonzalo Lecumberri Cortes Marta Sarabia Unibaso, Garazi Elizundia Lopez, Mikel Grau Garcia, Marta Perez Bea
<b>Centro</b>	Universitario de Basurto

**Presentación:**

Dolor abdominal en hipocondrio derecho y fosa renal derecha de varios dias de evolucion con fiebre de hasta 39. Resto normal. PPRD positiva.

**Discusión:**

La pielonefritis aguda es una enfermedad túbulo-intersticial del riñón, que puede producirse por dos mecanismos:

Infección ascendente: 85% de los casos y el principal organismo implicado es E. Coli.

Diseminación hematológica: 15 % de los casos, siendo el S. Aureus el agente causal.

Ocurre con mayor frecuencia en mujeres de 15-35 años. El diagnóstico en la mayoría de los casos se establece a través de los hallazgos clínicos (fiebre y dolor en flanco) y analíticos (piuria, leucocitosis...), y los métodos de imagen sólo se reservan para descartar complicaciones.

Indicaciones:

Presencia de síntomas severos o atípicos como: sépsis, hematuria...

Pacientes de alto riesgo: inmunodeprimidos, diabetes mellitus, patología urológica ...

No hay respuesta al tratamiento antibiótico pasadas 72 horas.

Sospecha de infección por organismos atípicos: pseudomona.

La ecografía suele ser la primera prueba en realizarse tras la radiografía simple, y aunque en un 80% de los pacientes con pielonefritis suele ser normal, los hallazgos que podemos encontrar son:

Aumento del tamaño renal (> 15 cm o > 1,5 cm con respecto al riñón sano).

Áreas de parénquima mal definidas: hipoecogénicas (edema) o hiperecogénicas (hemorragia).

Dilatación del sistema pielocalicial.

Pérdida de la diferenciación córtico-medular.

Doppler color: áreas de hipoperfusión secundarias a inflamación.

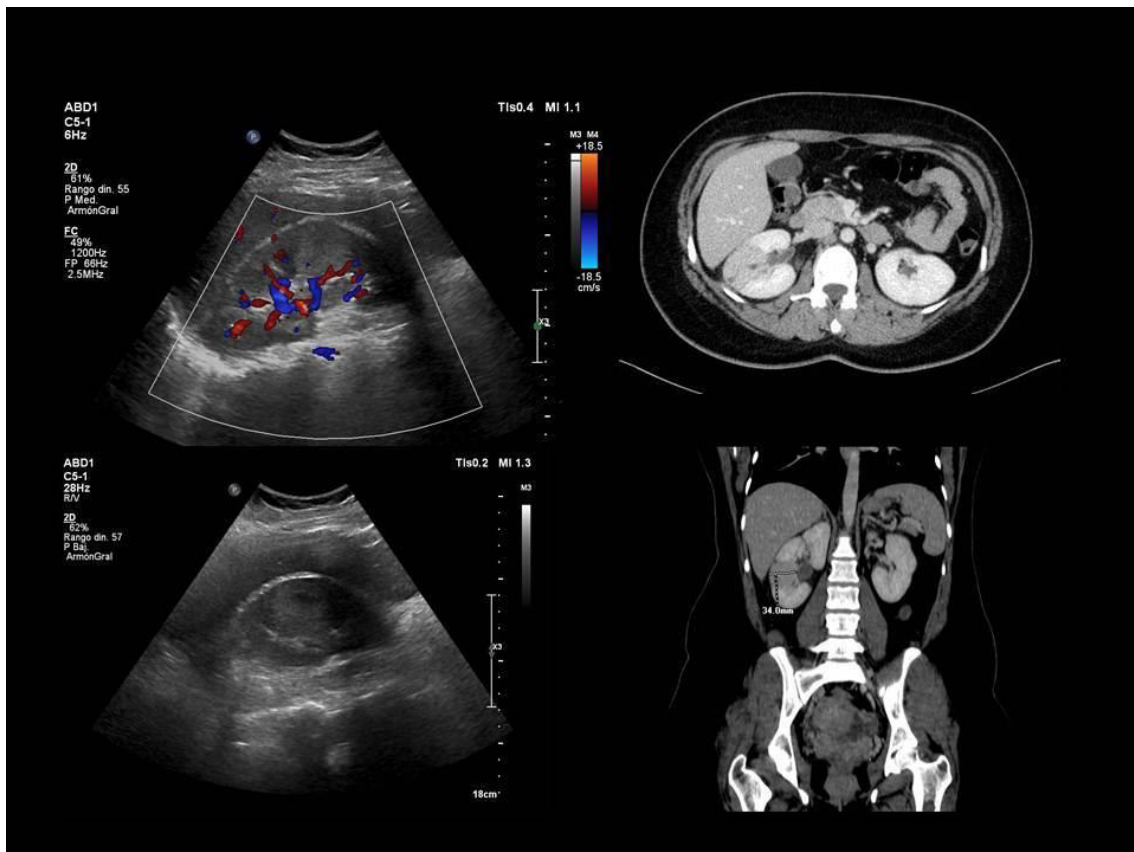
La eco normalmente es la primera prueba de imagen usada para la evaluación del tracto urinario en pacientes con síntomas de pielonefritis.

El objetivo principal de la realización de esta prueba es valorar la existencia de una dilatación de vía urinaria por obstáculo u otra complicación que obligue a un cambio en la actitud terapéutica con uso de manipulación instrumental.

La exploración mediante Doppler color y power Doppler mejora el rendimiento de la ecografía basal porque puede detectar áreas de hipovascularización.

### Conclusión:

La ecografía urgente en una pielonefritis con signos de complicación o de riesgo puede ser muy útil en detectar posibles áreas de nefritis / abscesificación de cara a el manejo posterior de la misma.



**Ecografía:** en region interpolar del riñón derecho se visualiza un área hipercogenica con centro milimetrico hipodenso y disminución de la vascularizacion sugestivo de un área de nefritis focal con inicio de abscesificación. El TC posterior confirma los hallazgos visualizando un área hipodensa triangular con áreas centrales neuróticas en relación con nefritis focal con abscesificación.



**Bibliografía:**

Radiografía esencial. Jose del Cura.

Radiographics.

Seram

<b>Caso</b>	(153) Osteomielitis crónica disfrazada de quiste óseo
<b>Autores</b>	Marta Tovar Pérez Irene Cases Susarte, Vanesa Trias Carratú, Emilio J. Inarejos Clemente.
<b>Centro</b>	Hospital Sant Joan de Déu

### **Presentación:**

Niña de 11 años que consulta por dolor en el tobillo derecho tras caída el día previo. Se realiza Rx de tobillo derecho en la que se observa una lesión lítica intraósea en metáfisis de tibia distal contactando con la fisis, bien delimitada y de borde escleroso con leve derrame articular del receso anterior (figura 1A). Por la persistencia del dolor realizamos TC apreciándose la lesión descrita con un secuestro óseo y extensión transfisaria y epifisaria con trayecto de drenaje hacia la articulación tibioperoneoastragalina anterior (figura 1B). En la RM complementaria con contraste intravenoso, identificamos un realce intenso del tejido de granulación que rodea a la lesión, con pequeño absceso de Brodie, sinovitis moderada y derrame articular asociados (figura 1C y 1D).

### **Discusión:**

La paciente presentó una osteomielitis crónica.

El diagnóstico de las osteomielitis subagudas y crónicas puede ser complejo ya que la sintomatología no es tan característica como en las agudas.

El absceso de Brodie se produce en osteomielitis hematógenas por microorganismos poco virulentos en huéspedes con resistencia inmunológica alta. Suele localizarse en la metáfisis de huesos largos, existiendo una predisposición por las extremidades inferiores probablemente asociada a traumatismo.

Inicialmente la lesión puede malinterpretarse con un quiste simple, siendo la identificación en TC del secuestro óseo y la cloaca de drenaje a la articulación tibioastragalina anterior, lo que orienta el diagnóstico. El secuestro óseo puede plantear dudas con un osteoma osteoide con un nido calcificado, pero la presencia de la cloaca, el signo de la penumbra y la imagen en diana del absceso de Brodie son definitivos para el diagnóstico.

### **Conclusión:**

El secuestro óseo, la cloaca y los signos de la penumbra son signos radiológicos característicos de la osteomielitis crónica.



**Figura 1A:** RX lateral de tobillo derecho con lesión lítica intraósea en metáfisis distal de la tibia en contacto con la fisis (flecha), de bordes bien delimitados y esclerosos (patrón geográfico A), sin reacción perióstica y con derrame articular en el receso anterior (asterisco). 1B: TC de tobillo con reconstrucción sagital oblicua con filtro de hueso donde se observa la lesión lítica descrita en A (flecha), con imagen de secuestro óseo en su interior (cabeza de flecha) y una trayecto de drenaje a través del aspecto anterior de la epífisis tibial hacia el receso articular anterior (asterisco). 1C y D: Secuencia sagital potenciada en T1 y coronal T1 con supresión grasa post-contraste donde se identifica la comunicación con el receso anterior de la articulación (flecha), derrame articular (asterisco). Se observan los “signos de la penumbra”: (1) área sin realce en relación a absceso, (2) tejido hiperintenso con realce tras el contraste intravenoso sugestivo de tejido de granulación, (3) halo hipointenso escleroso periférico a la lesión y (4) edema.

### Bibliografía:

1. Amin MU, Shafique M, Jalil J, Nafees M, Khan S. Brodie's abscess--an uncommon cause of leg pain. J Coll Physicians Surg Pak. 2008; 18:183-4.
2. Shimose S, Sugita T, Kubo T, Matsuo T, Nobuto H, Ochi M. Differential Diagnosis between Osteomyelitis and Bone Tumors. Acta Radiol. 2008; 49:928-33.
3. Moser T, Ehlinger M, Chelli Bouaziz M, Fethi Ladeb M, Durckel J, Dosch JC. Pitfalls in osteoarticular imaging: How to distinguish bone infection from tumour? Diagn Interv Imaging. 2012; 93:351-59.
4. Tyler PA, Mohaghegh P, Foley J, Isaac A, Zavareh, A, Thorning C et al. Tibial cortical lesions: A multimodality pictorial review. Eur J Radiol. 2014; 84:123-41.

<b>Caso</b>	(155) Síndrome de Wunderlich por angiomiolipoma renal: papel activo del radiólogo.
<b>Autores</b>	Alba Alonso De León José Ramón Muñiz Montes, Ibrahim Hernández González, Raquel Pérez Pérez, Patricia Mora Guanche, Jordi Estornell Erill
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias

**Presentación:**

Datos clínicos: Mujer de 45 años con intenso dolor abdominal de varias horas de evolución, sudoración profusa e irritación peritoneal. AP de cólicos pieloureterales. Sospecha de cólico renal complicado. Se solicita ecografía renal que es de realización dificultosa por el mal estado de la paciente. Se revisa la analítica observando una disminución de 3 puntos de hemoglobina. Se realiza una TC de abdomen con contraste i.v. Descripción de los hallazgos: masa de 7,7 x 4,2 cm en el polo renal inferior izquierdo, con componente graso y sangrado activo en su interior, y gran hematoma que se extiende al espacio perirrenal y pararrenal posterior hasta la pelvis, de 9,8 x 4,7 cm.

**Discusión:**

Diagnóstico: angiomiolipoma renal hemorrágico.

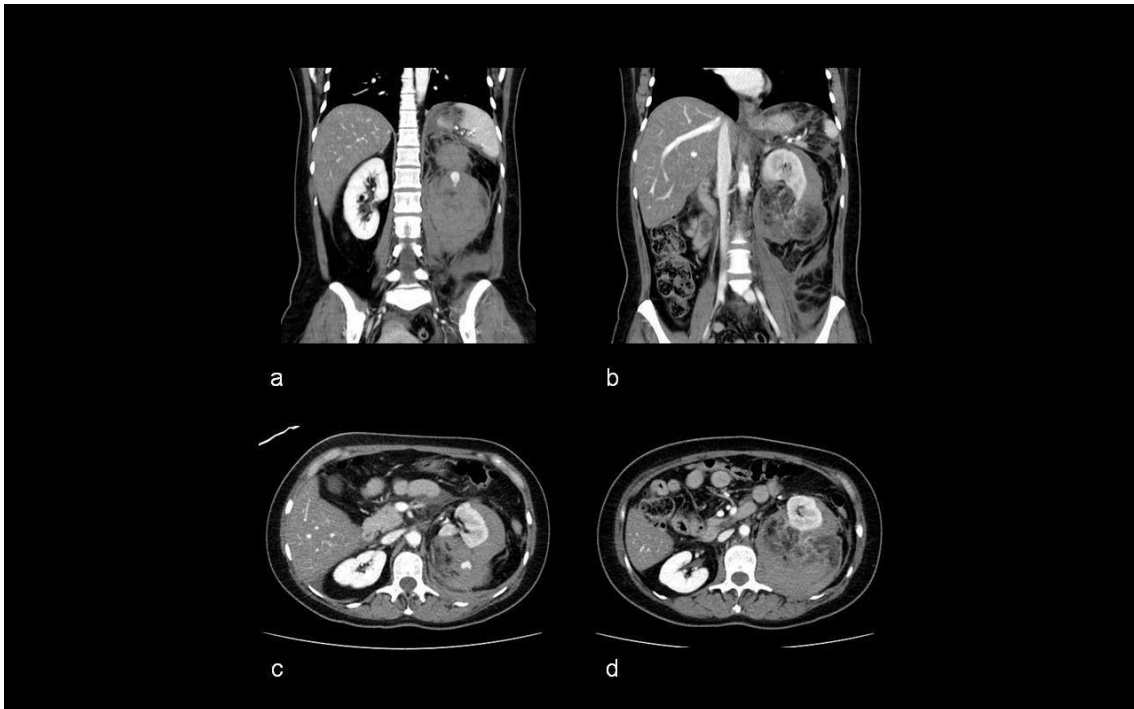
Reflexión docente:

El síndrome de Wunderlich es una emergencia médica. Se define como una hemorragia espontánea en el espacio subcapsular y perirrenal que puede tener diferentes causas: tumoral, vascular, quística, inflamatoria. El radiólogo juega un papel activo, pues debe realizar un rápido diagnóstico etiológico de cara a un tratamiento precoz.

En nuestro caso, fue secundario a un angiomiolipoma renal, que es la neoplasia renal benigna de tipo sólido más común. Está formada por vasos sanguíneos, células musculares y tejido adiposo, aunque existen variantes atípicas que por imagen son indistinguibles del carcinoma de células renales. La mayoría son esporádicos (80%), aparecen en adultos y predominan en mujeres. El 20% restante se asocia a las facomatosis, fundamentalmente a la esclerosis tuberosa. El espectro clínico es amplio, desde pequeñas lesiones asintomáticas hasta síntomas inespecíficos (dolor en flanco, hematuria) y si son mayores de 4 cm, tienen un alto riesgo de sangrado espontáneo y de shock hipovolémico.

**Conclusión:**

Los angiomiolipomas renales son una de las causas más frecuentes de síndrome de Wunderlich que debemos conocer para realizar un diagnóstico etiológico precoz de cara a un tratamiento temprano.



**Figura 1. Angiomiolipoma renal. TC de abdomen y pelvis con contraste i.v. (a, b) coronal y (c, d) axial: masa de 7,7 x 4,2 cm en el polo renal inferior izquierdo, con componente graso y sangrado activo en su interior, que desplaza el riñón hacia delante y causa un gran hematoma que se extiende al espacio perirrenal y pararenal posterior hasta la pelvis.**

### **Bibliografía:**

Han Y.M., Kim J.K., Roh B.S., Song H. Y., Lee J. M., Lee Y.H. et al. Renal Angiomyolipoma: Selective Arterial Embolization-Effectiveness and Changes in Angiomyogenic Components in Long-term Follow-up. *Radiology* 1997; 204:65-7U

DiPoce J., Jimenez G., Weintraub J. Historical Perspective: Eponyms of Vascular Radiology. *RadioGraphics* 2014; 34:1120-1140.

Silverman S. G., Israel G. M., Herts B. R., Richie J. P. Management of the Incidental Renal Mass. *Radiology*: Volume 249: Number 1-October 2008.

Amini B. et al. Renal angiomyolipoma. [Radiopaedia.org](http://Radiopaedia.org)

Israel G. M., Bosniak M. A. How I Do It: Evaluating Renal Masses. *Radiology* 2005; 236: 441-450.

Dyer R., DiSantis D. J., McClennan B. L. Simplified Imaging Approach for Evaluation of the Solid Renal Mass in Adults. *Radiology*: Volume 247: Number 2-May 2008.

<b>Caso</b>	(156) HEMOPERITONEO COMO SIGNO DE PRESENTACIÓN DE UN EMBARAZO ECTÓPICO ROTO.
<b>Autores</b>	María Del Mar García Gallardo Ana Rodríguez Molina, Tania Díaz Antonio, Margarita González Fernández, Victoria Romero Laguna
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Presentación:**

Mujer de 33 años, acude a Urgencias por dolor y defensa abdominal en FID e hipogastrio. Aborto espontáneo 2 meses antes. Ingresa en Críticos por cuadro sincopal e inestabilidad hemodinámica. En ECO-FAST se observa líquido libre intraperitoneal con ecos internos y nivel liquido-líquido, compatible con hemoperitoneo, por lo que tras estabilización se realiza TC abdominopélvico c/c en el que se confirma y signo del coágulo centinela en hemipelvis derecha. Ante la sospecha de embarazo ectópico roto se realiza TEST de gestación con resultado positivo. La cirugía confirma el diagnóstico.

**Discusión:**

El embarazo ectópico resulta de la implantación anómala del blastocito fuera de la cavidad endometrial, pudiendo localizarse a nivel tubárico (95%), ovárico, cervical, en el ligamento ancho e intraabdominal.

Los principales factores de riesgo son antecedentes de embarazo ectópico, cirugía tubárica, EPI o tratamiento de fertilidad y ser portadora de DIU.

Ante mujer en edad fértil con dolor abdominal agudo y hemoperitoneo debemos plantear como diagnósticos diferenciales:

1. Causa ginecológica (rotura quiste folicular/embarazo ectópico roto: determinar valores de B-HCG).
2. Causa hepática: sangrado peritoneal de neoplasia hipervasculada (adenoma, hepatocarcinoma).
3. Coagulopatías/tratamiento anticoagulante.

**Conclusión:**

El embarazo ectópico roto supone una urgencia ginecológica con una incidencia del 2% y es responsable del 9% de las muertes maternas.

El radiólogo debe sospecharlo ante mujer en edad fértil con dolor abdominal agudo y hemoperitoneo no traumático. Las pruebas de imagen, principalmente la TCMC, aportan datos que facilitan el diagnóstico precoz y la toma de decisiones, siendo importante conocer el estado menstrual y gestacional de la paciente para realizar el diagnóstico diferencial.



Corte axial de TC abdominopélvico c/c y reconstrucción multiplanar en coronal. Se aprecia hemoperitoneo masivo con mayor cuantía y foco de coágulo centinela en pelvis. Imagen hiperdensa de extravasación activa de sangrado en la región aneal derecha, en relación con gestación ectópica tubárica derecha rota.

***Corte axial de TC abdominopélvico c/c y reconstrucción multiplanar en coronal. Se aprecia hemoperitoneo masivo con mayor cuantía y foco de coágulo centinela en pelvis. Imagen hiperdensa de extravasación activa de sangrado en la región aneal derecha, en relación con gestación ectópica tubárica derecha rota.***

### **Bibliografía:**

-Diagnostic Clues to Ectopic Pregnancy. Edward P. Lin, Shweta Bhatt, Vikram S. Dogra. Radiographics 2008;28:1661-1671.

-Imaging of ectopic pregnancy. Jonathan D. Kirsch, Leslie M. Scout. Applied Radiology. March 2010;10-25.

<b>Caso</b>	(158) Hemoptisis y sus manifestaciones radiológicas
<b>Autores</b>	Sandra Bermúdez Nieto Ana Palomera Rico, Carmen Campos Ferrer, Ruben Eduardo Pacios Blanco, Javier Blazquez Sanchez, Agustina Vicente Bártulos.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Varón de 83 años con bronquiectasias bibasales, atelectasia crónica en LM y FA anticoagulada, que acude a Urgencias por hemoptisis de 100 cc e hipotensión. Analíticamente destaca INR 7 sin otras alteraciones. En la radiografía de tórax únicamente se aprecia cardiomegalia. Se realiza una angioTC de tórax donde presenta atelectasia del segmento medial del LM (imagen 1) y en la ventana de mediastino se identifica un foco hiperdenso de unos 50 x 35 mm en su seno (imágenes 2 y 3). Ante la sospecha de sangrado activo, se realiza una arteriografía objetivándose una arteria bronquial derecha de calibre aumentado, con presencia de vascularización pulmonar profusa y tortuosa a nivel del campo inferior derecho (imagen 4) y se emboliza con buen resultado angiográfico y clínico.

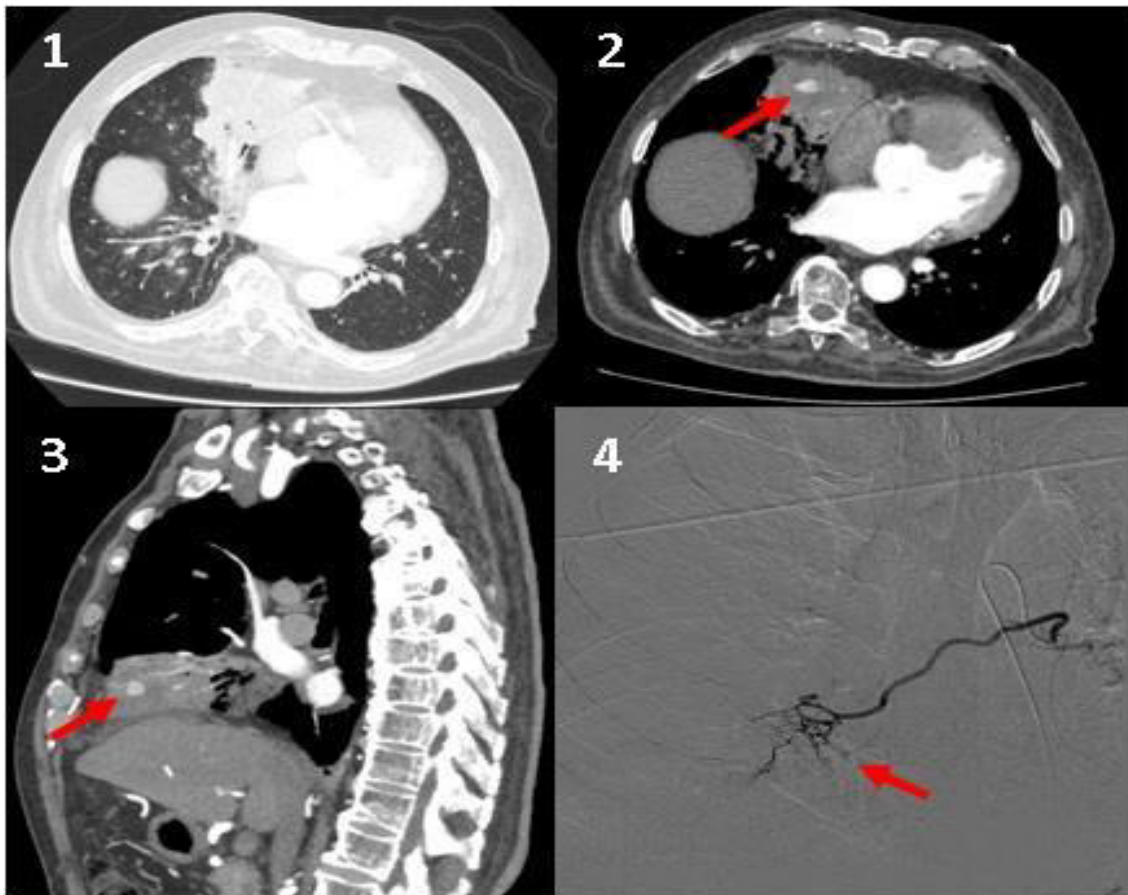
**Discusión:**

Las arterias bronquiales (y en menor proporción las sistémicas no bronquiales, frénicas, intercostales, mamarias internas...) son las responsables del 90% de los casos de hemoptisis, siendo las arterias pulmonares el origen en <10%. Las causas más frecuentes en la actualidad son bronquiectasias, bronquitis crónica y el carcinoma broncogénico. En respuesta a la inflamación, isquemia, tumor, se produce una hipertrofia de las arterias bronquiales y neoangiogénesis de vasos distales frágiles con tendencia a la rotura. Los hallazgos más frecuentes en las pruebas de imagen son signos indirectos de sangrado: arterias bronquiales patológicas (dilatadas, tortuosas), opacidades en vidrio deslustrado que representan áreas de hemorragia pulmonar, lesiones subyacentes (bronquiectasias, cavernas tuberculosas, tumor,...). Pero es muy infrecuente identificar un foco de sangrado activo como en nuestro caso.

**Conclusión:**

Ante una hemoptisis, hay que sospechar que el origen sean las arterias bronquiales y se debe realizar un angioTC a pesar de que la placa simple sea anodina, con los objetivos tanto de diagnóstico (generalmente hallazgos indirectos de sangrado) como para la planificación de embolización en su caso.





*Imágenes*

### **Bibliografía:**

- Rita Larici A., Franchi P., Occhipinti M., Contegiacomo A., Del Ciello A., et al. Diagnosis and management of hemoptysis. *Diagn Interv Radiol.* 2014 Jul-Aug; 20(4): 299–309. Published online 2014 Apr 30. doi: 10.5152/dir.2014.13426

PMCID: PMC4463269.

- Cordovillaa R., Bollo de Miguel E., Nuñez Aresc A., Cosano Povedanod FJ., Herráez Ortégae I., Jiménez Merchánf R. Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis. *Arch Bronconeumol* 2016;52:368-77 - Vol. 52 Núm.7 DOI: 10.1016/j.arbres.2015.12.002.

- [www.seram.es](http://www.seram.es)

- [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org)

<b>Caso</b>	(159) ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA PROTÉSICA
<b>Autores</b>	Paola Andrea Rueda Mejía Juan Calvo Blanco, Helena Cigarran Sexto, Lucia Terán Álvarez, Bonel Argüelles García.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Mujer de 74 años con bioprótesis valvular aórtica reciente y fibrilación auricular. Consulta por distermia de 3 días. Al ingreso con fiebre, gingivitis, soplo cardiaco de reciente aparición, leucocitosis y PCR elevada. Posteriormente presentó hipoperfusión transitoria de extremidades izquierdas. Angio-TC toraco-abdominal con vegetación en bioprótesis aórtica, sin compromiso de tejidos blandos adyacentes. Defectos de repleción en el origen de las arterias subclavia izquierda y mesentérica superior (ambas con recanalización distal), así como en arteria femoral común izquierda. Infarto en polo anterior del bazo. Adecuada perfusión de asas intestinales. Hallazgos compatibles con endocarditis infecciosa y múltiples embolismos de origen cardiogénico.

**Discusión:**

La endocarditis de la válvula protésica (EVP) es una infección grave y potencialmente fatal. Puede ser temprana (hasta 1 año post-cirugía, por contaminación directa en quirófano) o tardía (lesión valvular y formación de trombo, con contaminación por bacteriemia)

Hasta 18 meses post-implantación, el riesgo de infección de prótesis biológicas y mecánicas es el mismo, aumentando posteriormente para las biológicas.

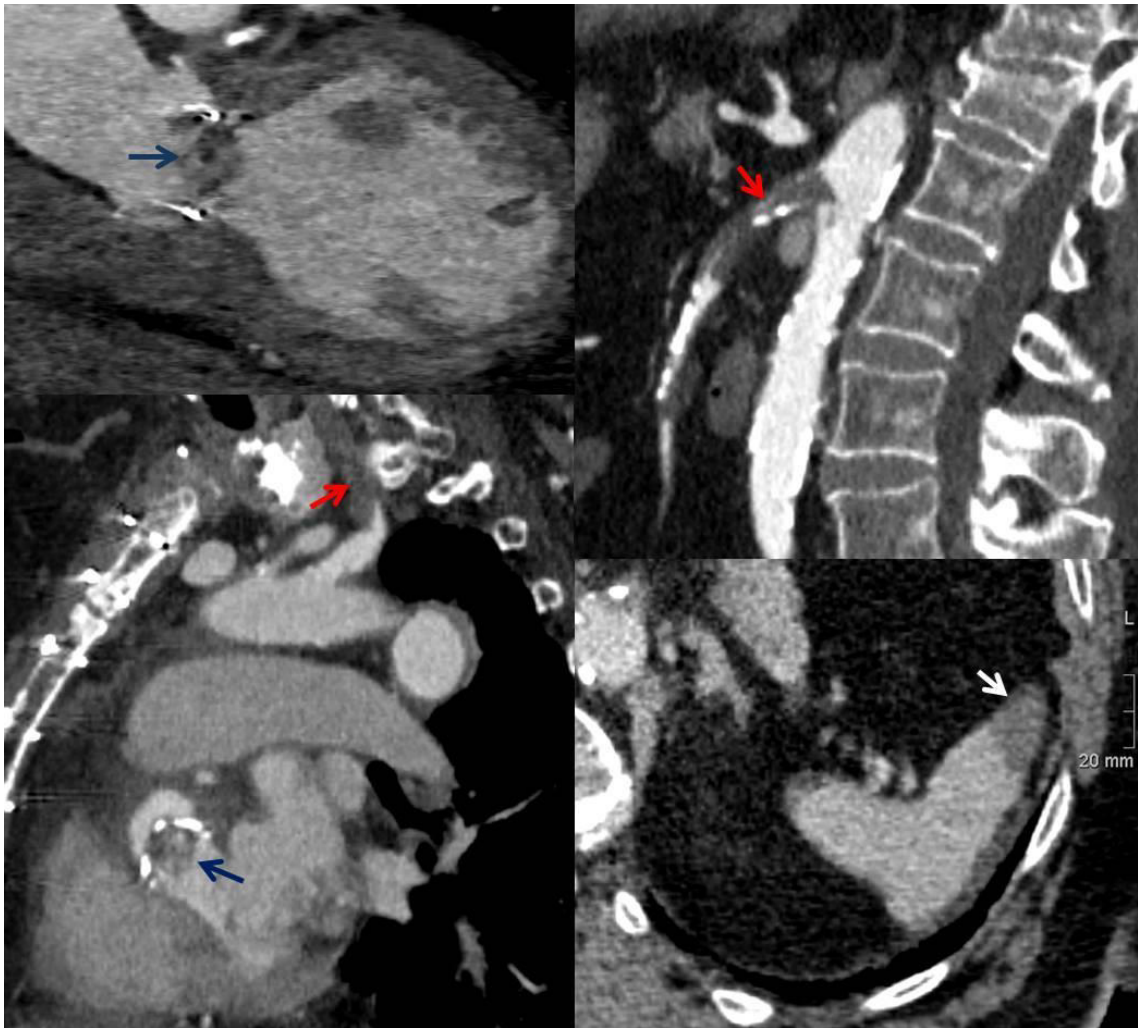
Es común la afectación perivalvular con dehiscencia de la prótesis y regurgitación paravalvular, aún más en bioprótesis y en EVP tempranas pues la epitelización de la prótesis limita la afectación de los tejidos adyacentes. La infección puede traspasar el anillo valvular causando pericarditis o alteraciones del sistema de conducción cardiaco. Grandes vegetaciones limitan el movimiento valvular y producen estenosis.

Se manifiesta como fiebre persistente, disfunción valvular, cambios electrocardiográficos, signos de embolismo arterial (40%) o alteraciones del SNC (20-40%).

El diagnóstico es microbiológico (hemocultivos seriados) e imagenológico (ecocardiograma). El patógeno más común es el estafilococo aureus.

**Conclusión:**

Paciente con EVP temprana (aparición a los cuatro meses post-implantación), aunque no presentó afectación perivalvular y se observó posible foco infeccioso oral. Disfunción de la bioprótesis (estenosis) secundaria a gran vegetación valvular, con liberación de múltiples émbolos arteriales causantes de la isquemia en órganos y extremidades.



*En la imagen se observa gran vegetación de la prótesis aórtica (flechas azules), así como émbolos en las arterias subclavia izquierda y mesentérica superior (flechas rojas). Infarto esplénico del polo anterior (flecha blanca).*

### **Bibliografía:**

1. Karcher AW, Calderwood SB, Baron EL. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of prosthetic valve endocarditis. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). 2017.
2. Hoen B, Ph D, Duval X, Ph D. Infective Endocarditis. *N Engl J Med*. 2013;(368):1425–33.
3. Habets J, Mali W, Budde R. Multidetector CT Angiography in Evaluation of Prosthetic Heart Valve Dysfunction. *RadioGraphics*. 2012;32:1893–905.
4. Pham N, Zaitoun H, Mohammed TL, Delapena-almaguer E, Martinez F, Gian M. Complications of Aortic Valve Surgery?: Manifestations at CT and MR Imaging. *RadioGraphics*. 2012;32:1873–92.

<b>Caso</b>	(160) Íleo biliar
<b>Autores</b>	Carmen Pérez Ramírez Inmaculada Avilés Vázquez, Xaira María Cortés Sañudo, Antonio Delgado Cotán, Ana Belén Molina Navarro, Celia Izco- garcía Cubillana
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

Paciente mujer de 92 años, remitida con datos clínicos de distensión y dolor abdominal de 24 horas de evolución. AP de colelitiasis y episodios repetidos de dolor en HD. HTA, DM.

**Discusión:**

El íleo biliar es una causa poco frecuente (1-4% del total de la población adulta) de obstrucción mecánica de intestino delgado. Es una entidad más frecuente en mujeres de edad avanzada al igual que la colelitiasis. Normalmente los pacientes presentan historia de largo tiempo de evolución de dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, de acuerdo con una colecistitis crónica con episodios inflamatorios de repetición. El íleo biliar puede presentarse de forma aguda como dolor cólico abdominal y distensión en el curso de una obstrucción de intestino delgado.

Episodios repetidos de colecistitis favorecen la adhesión de las paredes vesicular y de asa de intestino delgado (usualmente con el duodeno) con formación de fístula colecistoentérica y paso de litiasis biliar a la luz intestinal. Las litiasis pequeñas suelen pasar sin incidencias, no obstante, los grandes cálculos de colesterol pueden impactarse típicamente a nivel de la válvula ileocecal, es por ello una causa mecánica de obstrucción de intestino delgado.

Localizaciones más frecuentes de importación de los cálculos:

- Íleon distal (más frecuente)
- Íleon proximal.
- Yeyuno.
- Colon.
- Cavidad gástrica /duodeno (obstrucción de la salida gástrica). En este caso, presenta nombre propio : Sd Bouveret.

Hallazgos radiológicos:

En ocasiones, un Rx de abdomen puede ser suficiente para su diagnóstico. Clásicamente puede aportarnos información acerca de la obstrucción de intestino delgado y presencia de neumobilia ( gas en vesícula y árbol biliar), si ésta es marcada.

La TAC abdominal es la técnica de elección, en la que podremos identificar la triada de Rigler:

-Neumobilia (gas en vesícula), obstrucción intestinal y litiasis ectópica en zona de transición.

Una minoría de cálculos biliares están calcificados (12,5%) y su densidad es similar al contenido normal intestinal, por lo que es fácil pasarlo por alto.

Es muy importante una búsqueda sistemática de líquido libre, gas extraluminal, gas en vena porta ó neumatosis intestinal. son signos de proceso avanzado y peor pronóstico.

Diagnóstico diferencial:

El D/D debemos realizarlo con las siguientes entidades:

- Calcificación pélvica/abdominal baja.
- Otras causas de obstrucción de intestino delgado.
- Aerobilia.

Pronóstico y tratamiento:

Debido a la edad avanzada de la población afecta, dicha patología presenta tasas elevadas de mortalidad.

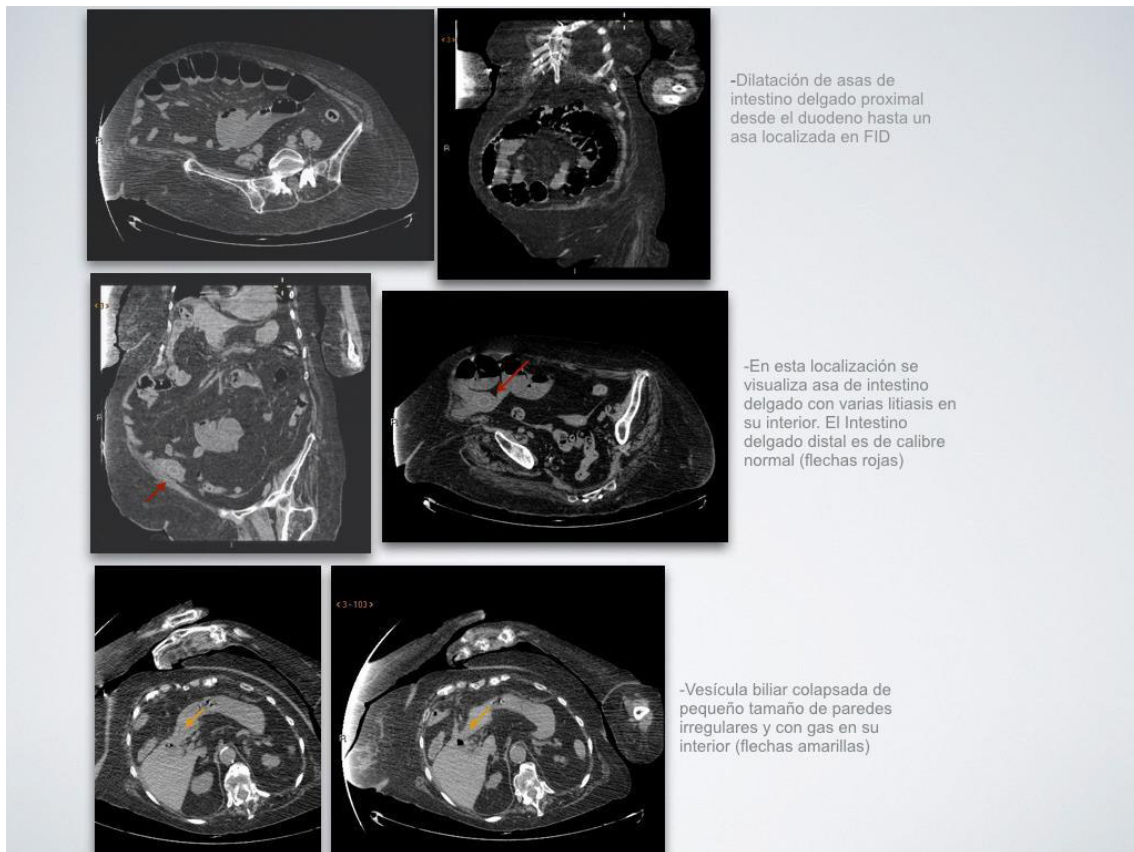
El tratamiento es quirúrgico, mediante la eliminación del cálculo (enterolitotomía) y reparación de la fístula bilioentérica más colecistectomía.

### **Conclusión:**

En los casos de obstrucción intestinal en pacientes ancianos (especialmente en el sexo femenino), debemos atender de forma sistemática a otros datos referidos en la historia clínica del paciente (AP de colelitiasis y colecistitis de repetición), así como al resto de hallazgos radiológicos que nos permitan orientar la causa de la misma.

Es de gran interés la búsqueda sistemática en una TAC abdominal, especialmente en casos como el referido, de neumobilia, presencia de gas portal, gas extraluminal, neumatosis intestinal y líquido libre abdominal, ya que en la mayoría de los casos, nos aportarán claves diagnósticas.

En el caso presentado, la triada de Rigler, nos permite realizar el diagnóstico certero de íleo biliar.



***-Dilatación de asas de intestino delgado proximal desde el duodeno hasta un asa localizada en FID  
-En esta localización se visualiza asa de intestino delgado con varias litiasis en su interior. El Intestino delgado distal es de calibre normal (flechas rojas) -Vesícula biliar colapsada de pequeño tamaño de paredes irregulares y con gas en su interior (flechas amarillas)***

### **Bibliografía:**

-Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, Rossi G, Valente T, Ferrara I, Romano L, Grassi R. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. AJR Am J Roentgenol. 2005 Nov;185(5):1159-65

-Hanbidge AE, Buckler PM, O'Malley ME et-al. From the RSNA refresher courses: imaging evaluation for acute pain in the right upper quadrant. Radiographics. 2004;24(4): 1117-35.

-Summerton SL, Hollander AC, Stassi J et-al. US case of the day. Gallstone ileus. Radiographics. 1995;15 (2): 493-5.

<b>Caso</b>	(163) Seminoma de presentación atípica con metástasis ganglionar pélvica por drenaje linfático aberrante.
<b>Autores</b>	Ana Higuera Higuera María Teresa Jaén Reyes, Victoria Palomo Gallego, Inmaculada Rivera Salas, Ana Palma Baro, Abraham Gampel Cohen
<b>Centro</b>	Hospital Alto Guadalquivir

**Presentación:**

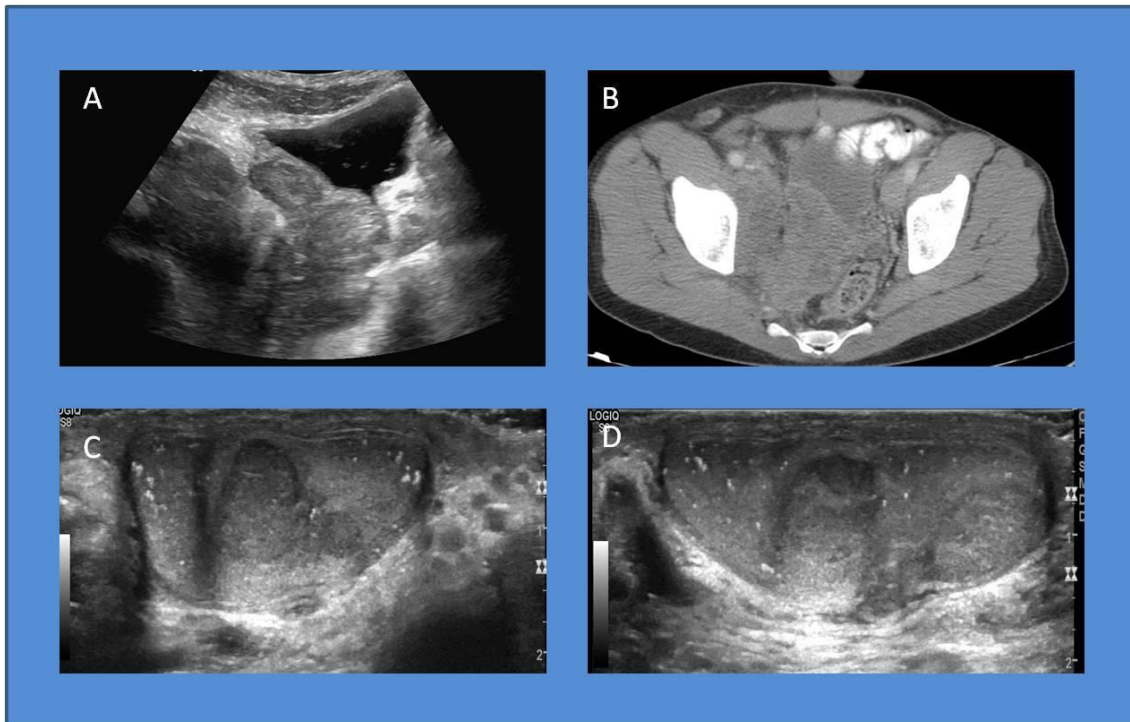
Varón de 40 años que acude a urgencias por edema de miembro inferior derecho de dos semanas de evolución . Tiene antecedentes de celiaquía e intervención de hidrocele derecho. En la ecografía doppler, realizada ante la sospecha de TVP, el sistema venoso profundo es permeable, pero el flujo lento, secundario a compresión por masa pélvica derecha, detectada en ecografía. Se completa estudio con TC de tórax, abdomen y pelvis y ecografía testicular. Existe gran masa adenopática en cadena iliaca externa derecha con extensión a pelvis menor, que produce ureterohidronefrosis severa . No hay otra afectación ganglionar . En ecografía testicular ,el teste derecho es atrófico con micro calcificaciones y nódulos hipoecoicos sospechosos de tumor multifocal. Elevación de LDH.

**Discusión:**

Se realiza orquiectomía derecha y el diagnóstico es seminoma clásico multifocal con extensión a la rete testis. Se trata de un caso de tumor testicular con presentación clínica infrecuente derivada de compresión ganglionar ilíaca. La localización de las metástasis ganglionares ilíacas no se corresponde con el drenaje linfático primario retroperitoneal esperable, si no que se trata de un drenaje linfático aberrante tras cirugía escrotal. Los datos analíticos (elevación de LDH) y la afectación de la rete testis se correlacionan con enfermedad clínicamente avanzada. Este paciente tenía factores predisponentes para el desarrollo de cáncer testicular y cirugía previa que facilitó el drenaje linfático atípico.

**Conclusión:**

En conclusión, en la valoración de edema en extremidades, se debe explorar probable causa compresiva, además de la trombosis venosa. Las adenopatías ilíacas pueden tener origen en una neoplasia testicular si existe un drenaje linfático aberrante, dato a tener en cuenta en varón joven con antecedentes de cirugía escrotal y factores predisponentes.



**Fig. A. Ecografía pélvica que muestra masa ganglionar en cadena iliaca externa que impronta la pared lateral de vejiga. Fig. B. Correlación con TC pélvico: conglomerado ganlionar con áreas necróticas. Figs. C y D. Ecografía testicular, planos transversal y longitudinal. Teste derecho con microlitiasis y múltiples nódulos hipoecoicos sólidos intratesticulares, que corresponden a tumor de células germinales multifocal.**

### **Bibliografía:**

1. Ismail,M; Zaman, F; Inguinal lymph node metastases from a testicular seminoma: a case report and a review of the literature .J Med Case Reports 2010; 4: 378.
2. Landon, D; B Kelly, B . Nodal presentation of Seminoma. Irish Medical Journal 2011 Apr;104(4):121-2
3. Kreydin, E; Barrisford , G. Testicular Cancer: What the Radiologist Needs to Know. AJR 2013;200:1215-1225



<b>Caso</b>	(164) Gran absceso cervical de origen dentario. Hallazgos en TC.
<b>Autores</b>	Carmen Martínez Huertas Tomás Vallejo Palomino, Maria Antonia Garrido Collado,carmen Escobedo Araque, Leandro Jesús Delgado Escudero, Ana María Carrillo Colmenero
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario de Jaén

**Presentación:**

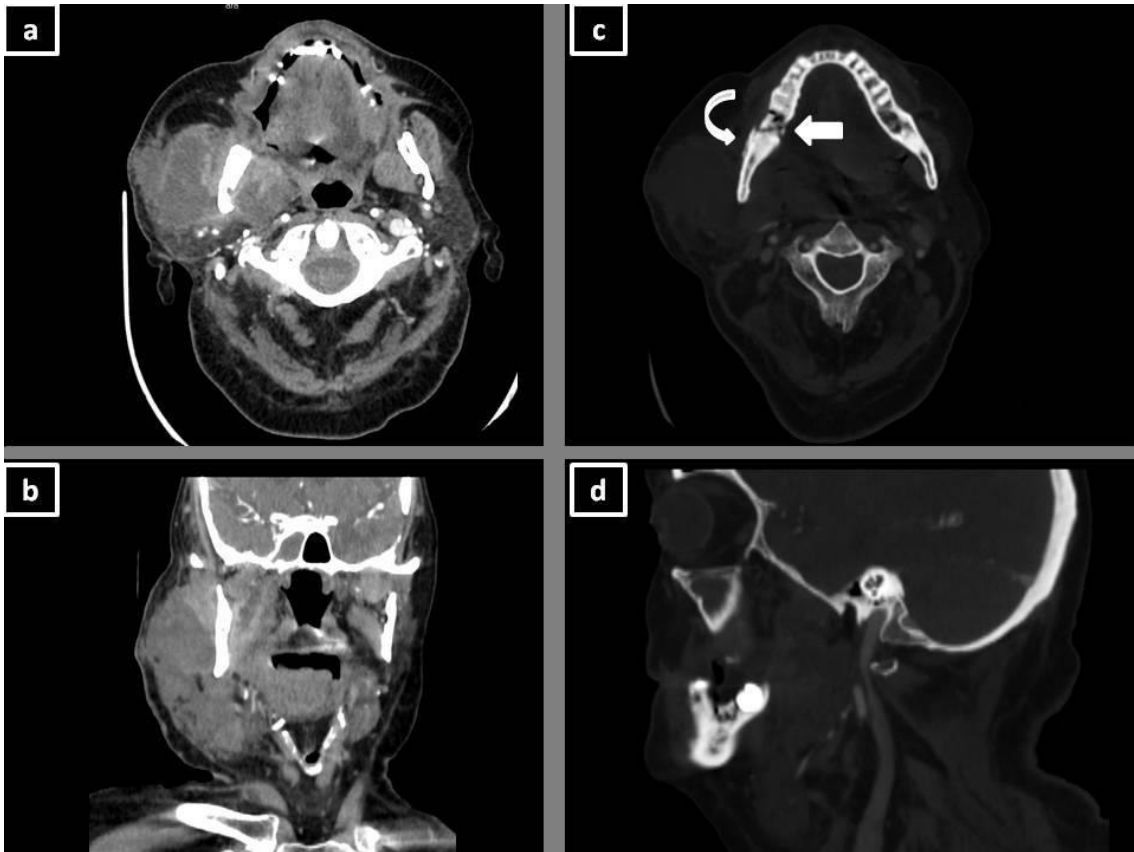
Paciente varón de 76 años, que acude a urgencias por inflamación y dolor en región mandibular derecha con trismus de varios días de evolución. En la analítica destacan signos de infección. La TC mostró erosión de la cortical del maxilar inferior a nivel del segundo molar derecho, con esclerosis de la mitad derecha de la mandíbula y reacción perióstica en ángulo mandibular, con una gran colección hipodensa con captación periférica de contraste, de límites imprecisos, que se extendía por los espacios sublingual, submandibular, masticador, parotídeo y parafaríngeo derechos, con cambios inflamatorios en la grasa adyacente, compatible con absceso de origen dentario.

**Discusión:**

Los abscesos odontogénicos constituyen la causa más frecuente de infección de cabeza y cuello en adultos. El origen suele ser una caries que destruye la dentina y el esmalte permitiendo el paso de bacterias por la raíz hasta el foramen apical provocando resorción del hueso, típicamente en su región medial. Las infecciones que se originan de los primeros molares hacia adelante tienden a diseminarse al espacio bucal, mientras que las del segundo y tercer molar tienden a hacerlo al espacio submandibular; Esto es debido a que las raíces de los molares posteriores se extienden por debajo de la inserción mandibular del músculo milohioideo, que representa el suelo anatómico de la boca, quedando sobre el mismo el espacio sublingual y por debajo el submandibular. Desde el espacio submandibular la infección puede extenderse lateralmente a los espacios parotídeo y masticador e inferiormente al parafaríngeo, y llegar a provocar una osteomielitis mandibular, como en nuestro caso. El tratamiento consiste en el drenaje del absceso, la extracción de la pieza dentaria y antibiótico intravenoso.

**Conclusión:**

La TC constituye la prueba de elección, pues proporciona un diagnóstico preciso y rápido y permite evaluar la extensión de la enfermedad y sus posibles complicaciones.



*a y b. Gran absceso cervical que se extiende por los espacios sublingual, submandibular, parotídeo, masticador y parafaríngeo derechos. c. Ventana de hueso. Esclerosis de la mitad derecha de la mandíbula. Flecha horizontal: resorción de la cortical mandibular a la altura del segundo molar inferior derecho, como origen de la infección. Flecha curva: reacción perióstica en ángulo mandibular. d. Reconstrucción sagital en ventana de hueso del origen del absceso, en el segundo molar inferior derecho.*

### **Bibliografía:**

- 1.- Erin Frankie Capps, James J. Kinsella, Manu Gupta, Amol Madhav Bhatki, Michael Jeffrey Opatowsky. Emergency Imaging Assessment of Acute, Non-traumatic Conditions of the Head and Neck. *RadioGraphics* 2010; 30:1335–1352.
- 2.- Aldo Gonzalez-Beicos, Diego Nunez. Imaging of Acute Head and Neck Infections. *Radiol Clin N Am* (50) 2012; 73–83
- 3.- Rich S. Rana, Gul Moonis. Head and Neck Infection and Inflammation. *Radiol Clin N Am* 2011 (49); 165–182.

<b>Caso</b>	(166) Aneurisma de la arteria hepática. Causa infrecuente de ictericia obstructiva.
<b>Autores</b>	Cristina López Cárceles Ángela López Fernández, María Del Rosario Pastor Juan, Patricia Camino Marco, Inmaculada Alcantud González, Alberto Ibáñez Ibáñez
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Se presenta un caso de ictericia obstructiva secundaria a aneurisma de la arteria hepática, en un paciente de 53 años que consulta por ictericia y prurito de 10 días de evolución, acompañado de coluria y acolia. No antecedentes de interés.

**Discusión:**

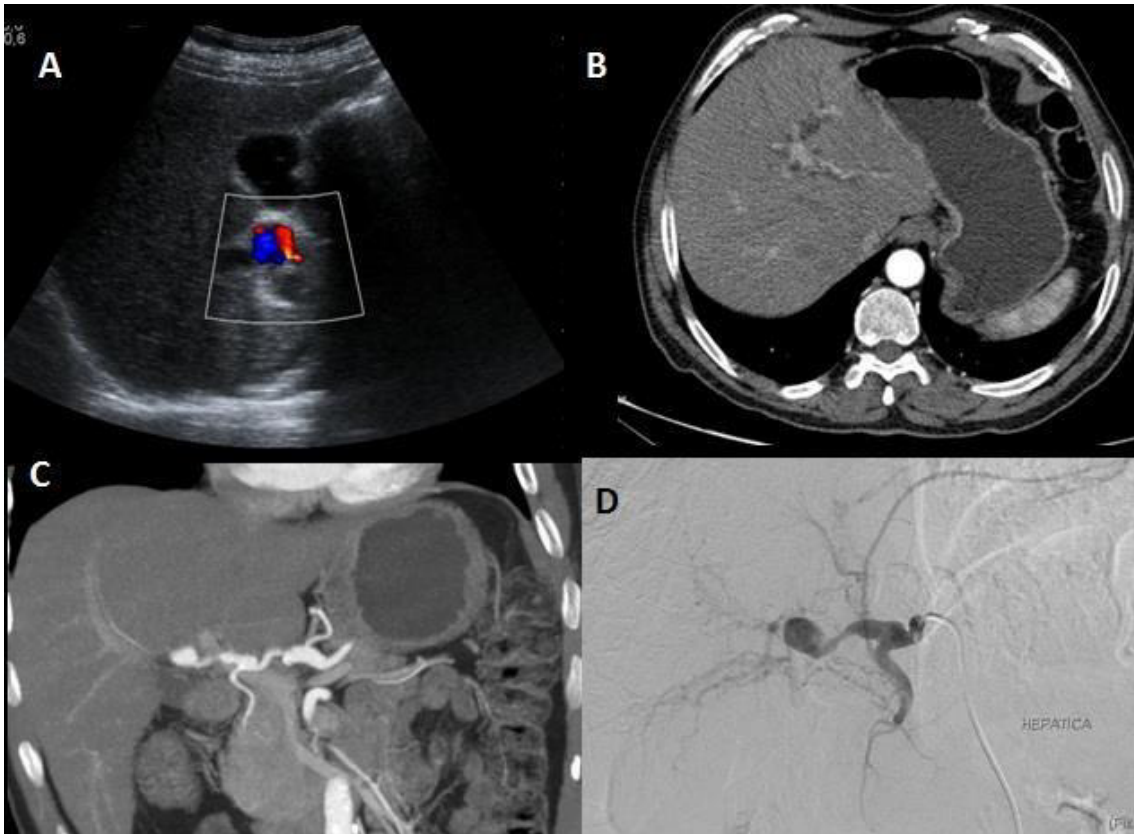
La ictericia obstructiva es una patología muy frecuente, cuyas principales causas son coledocolitiasis y neoplasias (adenocarcinoma de cabeza de páncreas o colangiocarcinoma). Sin embargo, debemos conocer otras causas más raras, y con manejo diferente. Entre las causas infrecuentes encontramos, quistes de colédoco, otras neoplasias (linfoma, adenocarcinoma de colon en ángulo hepático o de estómago), sarcoidosis, infecciosas (adenitis tuberculosa, enfermedades parasitarias) y vasculares (aneurismas viscerales).

En nuestro caso se trataba de un aneurisma de la arteria hepática. Representan el 20% de los aneurismas viscerales, por detrás de los esplénicos. Son más frecuentes en varones en la sexta década de vida. Pueden ser solitarios (la mayoría) o múltiples, intra o extrahepáticos (60-80%). La aterosclerosis es la principal causa (otras menos frecuentes; traumatismos, infecciones, vasculitis). Suele aparecer como hallazgo incidental. La triada clínica de Quinke que se presenta con dolor epigástrico, hemobilia e ictericia obstructiva aparece solo en un tercio de los casos.

Presenta riesgo de rotura del aneurisma, con una mortalidad elevada, siendo importante el diagnóstico precoz. La primera prueba de imagen a realizar es la ecografía abdominal con Doppler, seguida de angio TC y la arteriografía. Las opciones terapéuticas son embolización, que se realizó en nuestro caso, o cirugía, y se realizará en pacientes sintomáticos, de alto riesgo (múltiples aneurismas, panarteritis nodosa) o con aneurismas mayores de 2 cm.

**Conclusión:**

Los aneurismas de la arteria hepática es una patología poco frecuente, que puede cursar produciendo ictericia obstructiva, y que debemos reconocer radiológicamente ya que el tratamiento de esta puede prevenir posibles complicaciones.



**Imagen A:** Imagen ecográfica que muestra lesión nodular a nivel de la intersección de ambos lóbulos hepáticos que muestra flujo Doppler color y espectral arterial, en relación con dilatación aneurismática de la arteria hepática a dicho nivel. **Imagen B:** TCMD plano axial. Se observa dilatación de la vía biliar intrahepática. **Imagen C (TCMD reconstrucción coronal) y D (arteriografía de la arteria hepática)** muestran una arteria hepática común displásica con dilatación aneurismáticas en hilio hepático.

### Bibliografía:

1. Hanbidge AE, Buckler PM, O'Malley ME, Wilson SR. From the RSNA refresher courses: imaging evaluation for acute pain in the right upper quadrant. *Radiographics*. 2004 Jul-Aug;24(4):1117-35.
2. Jesinger RA, Thoreson AA, Lamba R. Abdominal and pelvic aneurysms and pseudoaneurysms: imaging review with clinical, radiologic, and treatment correlation. *Radiographics*. 2013 May;33(3):E71-96
3. Suárez-Grau JM, Rubio-Chaves C, Pareja-Ciuró F, Gómez-Bravo MA, Serrano Díez-Canedo J, García-González I. Ictericia obstructiva secundaria a aneurisma de la arteria hepática. *Cir Ciruj* 2008; 76:253-256.
4. Puppo A, Parejab F, Muñoz J, Forasteroc A, Bernardos A. Aneurisma de la arteria hepática. *Cir Esp*. 2007;81(6):348-50.

<b>Caso</b>	(168) Fármacos antiangiogénicos: un nuevo desafío para el radiólogo en la urgencia
<b>Autores</b>	Alfonso López-frías López-jurado Alba Pérez B., Marazuela García P., Blanc Molina J., García Casado E., Ayala Carbonero A., Fernández Méndez Ma.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Mujer de 61 años con antecedente de carcinoma renal estadio IV en 2013, tratada con cirugía y Sunitinib, entrando en respuesta parcial mantenida. En octubre de 2016 se detecta progresión tumoral cerebral con estabilidad del resto de hallazgos, iniciándose 2ª línea de tratamiento con fármacos antiangiogénicos (Cabozantinib) dos semanas antes del caso. Acude a urgencias en diciembre de 2016 por disnea progresiva de una semana de evolución sin datos de infección. Se sospecha TEP y se solicita AngioTC de arterias pulmonares. En el estudio Angio-TC destaca ante todo un progresivo afilamiento de las arterias pulmonares de ambos hemitórax (más llamativo en campos superiores) hasta llegar a ocluirse, siendo producido por un engrosamiento de las paredes vasculares. Asimismo llaman la atención unas opacidades alveolo-intersticiales centrales (de nueva aparición), adyacentes a las terminaciones de las arterias obliteradas. Una de ellas presenta el clásico signo del halo inverso en relación con alveolitis necrotizante.

**Discusión:**

Aunque en pacientes oncológicos el riesgo de enfermedad tromboembólica está aumentado, la rareza de los hallazgos y el inicio reciente de tratamiento antiangiogénico obliga a relacionar los hallazgos radiológicos con efectos secundarios al mismo. En estos pacientes, hay que incluir en el diagnóstico radiológico de sospecha la microangiopatía trombótica tumoral, si bien en este caso la afectación se da en forma de manguito en la pared de los vasos de predominio central.

No obstante, nuestro diagnóstico de presunción sería una alteración vascular tipo vasculitis secundaria a fármacos antiangiogénicos, con afectación parenquimatosa a modo de alveolitis necrotizante isquémica.

**Conclusión:**

Los nuevos fármacos antiangiogénicos están suponiendo una revolución en el tratamiento del cáncer, y a medida que se generaliza su uso somos testigos de sus efectos tanto clínicos como radiológicos, teniendo en ocasiones que enfrentarnos a patrones de imagen no conocidos previamente. Es deber del radiólogo conocerlos y estar alerta ante este nuevo desafío que se presenta fascinante.



**Bibliografía:**

1. P. Pelechano Gómez, M. Barrios Benito, A. Marhuenda Fluixa, J. Santos Cores, E. Arana Fernandez de Moya, I. Martín García. Diagnóstico por imagen de la toxicidad secundaria a quimioterapia. Congreso SERAM 2012. 10.1594/seram2012/S-1417.
2. Vahid B, Marik PE. Pulmonary complications of novel antineoplastic agents for solid tumors. Chest 2008; 133:528.
3. Chen HX, Cleck JN. Adverse effects of anticancer agents that target the VEGF pathway. Nature Reviews

<b>Caso</b>	(169) Síndrome de Lemierre y circulación de Fontan ¿dónde debemos buscar?
<b>Autores</b>	Beatriz Miriam Rodriguez Chikri Inés Sánhez Paniagua, Margarita Palmer Sans
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Son Espases

### **Presentación:**

Se presenta el caso de un adolescente de 19 años con cardiopatía congénita compleja y circulación de Fontan, enviado a nuestro centro por disminución del nivel de consciencia y sospecha de endocarditis. Al ingreso presentaba shock séptico y antecedente de odinofagia y fiebre de 3 días de evolución.

### **Discusión:**

El síndrome de Lemierre, o sepsis postanginal, es una complicación séptica muy rara de la amigdalitis aguda, actualmente no descrita en pacientes adultos con circulación de Fontan, que se caracteriza por una tromboflebitis de la vena yugular interna y embolias sépticas a distancia después de una amigdalitis aguda.

A nuestro paciente se le realizó estudio mediante TC cervical, craneal y torácico con contraste, donde se apreciaba una colección líquida periamigdalareal derecha y un defecto de repleción intraluminal a nivel de las venas yugular externa y facial derechas, así como múltiples nódulos pulmonares derechos cavitados y lesiones hipodensas cerebrales intraparenquimatosas bilaterales (con realce en anillo tras la administración de contraste).

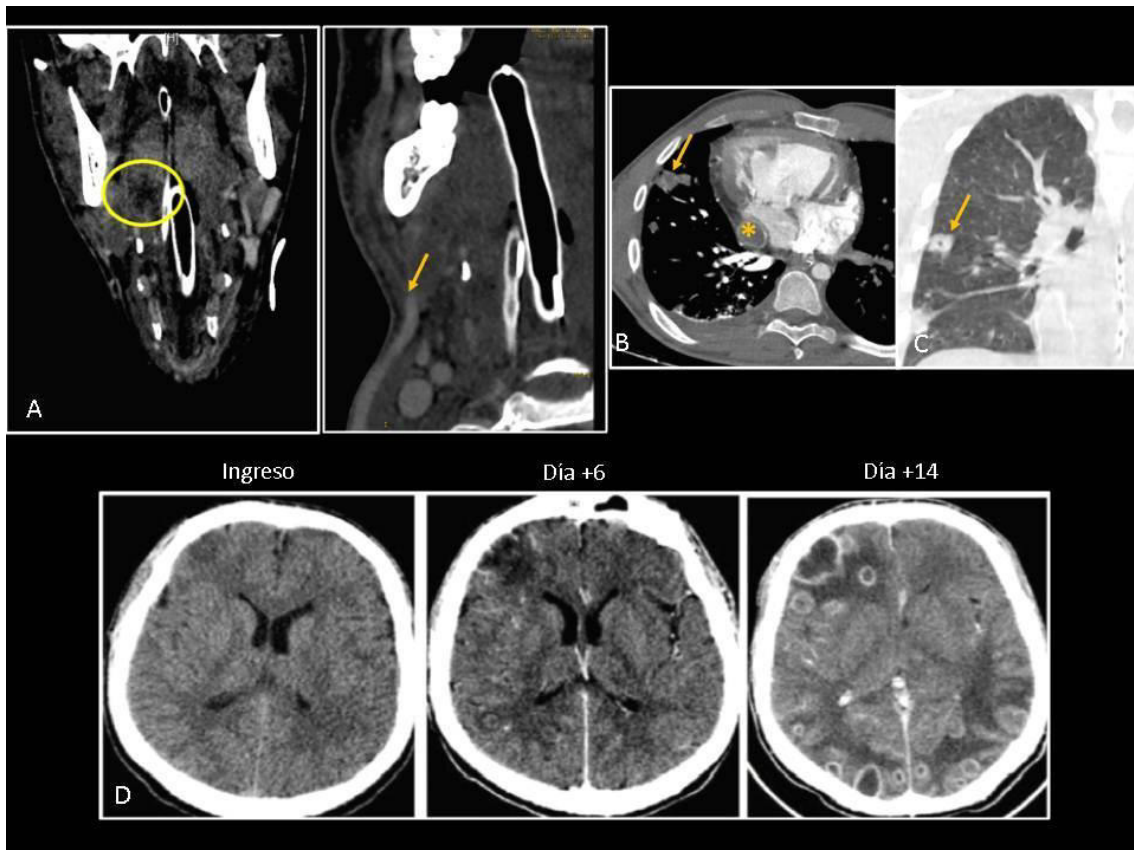
Tras drenaje de la colección amigdalareal los hemocultivos fueron positivos para *F. necrophorum*.

El sitio más frecuente de embolización séptica es el pulmón, aunque puede afectar a otros territorios.

En nuestro caso la presencia de lesiones embolicas de predominio a nivel pulmonar derecho probablemente se deba, a pesar de que la conexión cavopulmonar superior era bidireccional, el flujo iba preferentemente hacia pulmón derecho. Y los abscesos cerebrales probablemente se debían a embolias sépticas paradójicas por un shunt cardiaco derecha-izquierda a través de la comunicación del Fontan.

### **Conclusión:**

El síndrome de Lemierre es una complicación grave y debe sospecharse ante un paciente con sepsis y antecedente de infección orofaríngea reciente. A menudo, los hallazgos de imagen preceden a los resultados del hemocultivo, por lo que el radiólogo puede ayudar al diagnóstico temprano de este síndrome, sin olvidar la posibilidad de embolias sépticas paradójicas ante la presencia de anomalía vascular o cardiaca asociada.



**A:** Reconstrucción coronal oblicua de TC de cuello con contraste: colección periamigdalara derecha (circulo) y trombosis de vena facial derecha (flecha). **B.** Corte axial de TC torácico en fase retardada: dextrocardia, injerto de goretex (Fontan) (asterisco). **C.** Corte coronal de tórax: múltiples nódulos pulmonares cavitados (flechas). **D.** TC craneal sin y con contraste, al ingreso, a la semana y a los 14 días: áreas de cerebritis que evolucionan a la formación de abscesos cerebrales múltiples.

### Bibliografía:

-Carrillo López A, et al. Síndrome de Lemierre en paciente adulto con circulación de Fontan, Rev Esp Cardiol. 2016.

-Lemierre Syndrome: An All-But-Forgotten Disease-William T. O'Brien, Sr., Grant E. Lattin, Jr., and Adrienne K. Thompson. American Journal of Roentgenology 2006 187:3, W324-W324.

-Ohuchi H. Adult patients with Fontan circulation: What we know and how to manage adults with Fontan circulation? J Cardiol. 2016;68:181-189



<b>Caso</b>	(170) Colitis estercorácea, una causa infrecuente pero potencialmente mortal de colitis
<b>Autores</b>	María Jesús Gayán Belmonte Ana Blanco Barrio, Marta Huertas Moreno, Carmen Botía González, Elisabeth Cruces Fuentes, Patricia Solano Romero
<b>Centro</b>	H. Universitario José María Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 47 años. Ingresa en UCI, derivado desde otro centro, por dolor abdominal, shock séptico y fracaso multiorgánico. Se realizó TC abdominopélvica con contraste intravenoso que mostraba dilatación del colon, abundantes heces en ampolla rectal y sigma, engrosamiento parietal de ambos segmentos intestinales con edema submucoso, y estriación de la grasa pericolónica y mesorrectal. No había neumatosis intestinal ni neumoperitoneo. Con el diagnóstico de proctocolitis y fecaloma, se realizó limpieza colónica pero ante el deterioro clínico y la progresión de los signos de sufrimiento intestinal que mostraron TC posteriores, se realizaron colonoscopias que evidenciaron amplias zonas ulceradas negruzcas compatibles con necrosis isquémica en sigma, que progresaron a afectación transmural. Se realizó cirugía (Hartmann).

**Discusión:**

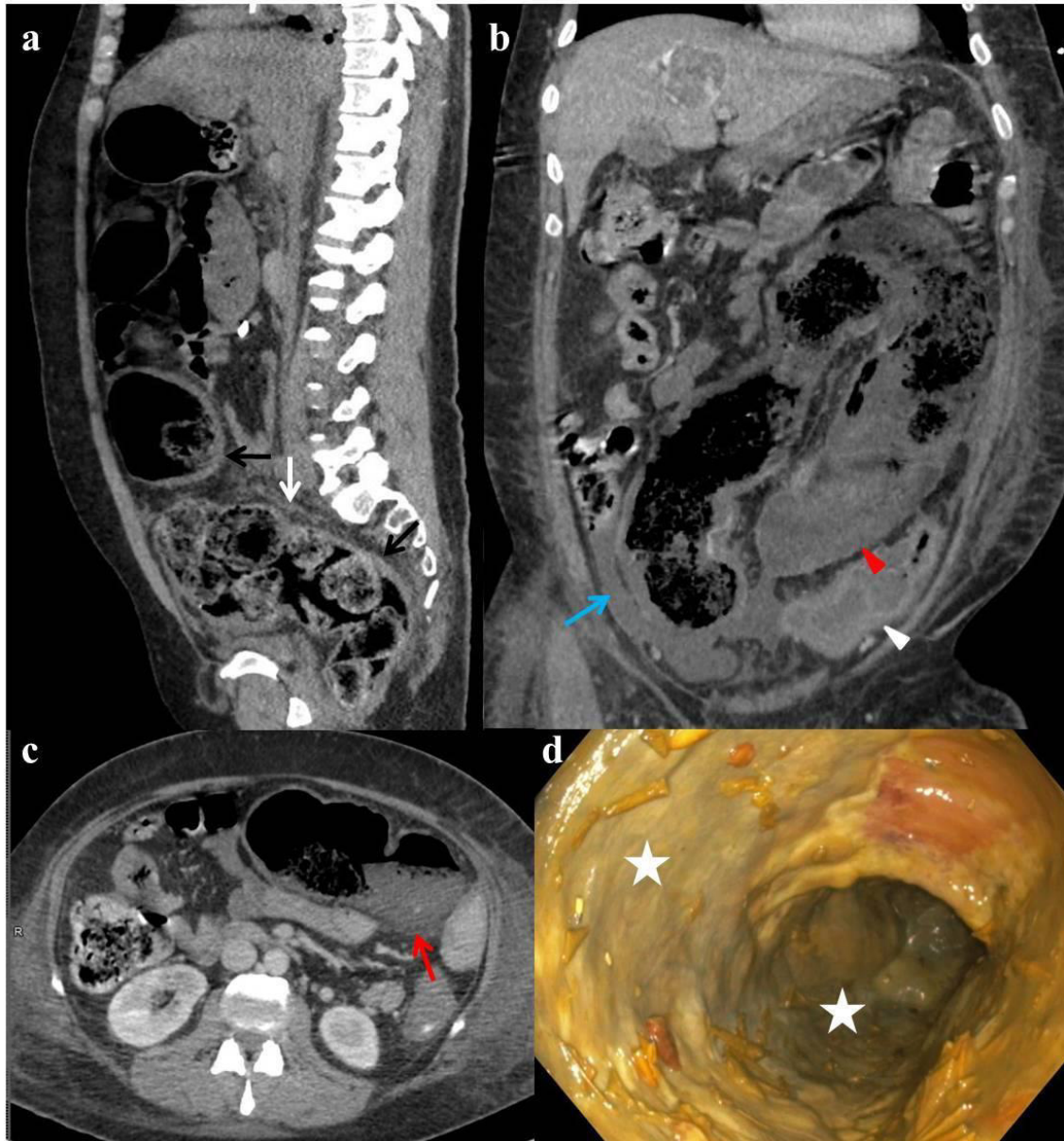
Diagnóstico: Colitis estercorácea necrótica.

La impactación fecal es una entidad clínica habitual que, de forma infrecuente, puede complicarse con una colitis estercorácea. La colitis suele afectar al colon sigmoide y recto y se produce porque la impactación fecal aumenta la presión en las paredes del colon produciendo distensión, isquemia, necrosis y úlceras en las paredes colónicas. Puede complicarse con perforación, peritonitis, sepsis y muerte.

La TC con contraste intravenoso mostrará un fecaloma, dilatación frecuente del colon proximal al mismo (cuando no hay perforación), engrosamiento de las paredes colónicas y estriación de la grasa pericolónica. Si la isquemia progresa podremos encontrar defectos de perfusión en la pared del colon, aumento de densidad de la mucosa en la TC simple (por hemorragia), y/o neumatosis intestinal (colitis estercorácea necrótica). La aparición de neumoperitoneo o de abscesos pericolónicos indica perforación intestinal. El tratamiento es quirúrgico cuando hay signos de necrosis o perforación.

**Conclusión:**

La colitis estercorácea es una entidad infrecuente pero grave que debemos sospechar cuando en la TC encontremos un fecaloma con engrosamiento de las paredes colónicas y estriación de la grasa pericolónica, sin olvidar buscar otros signos de isquemia y perforación intestinal.



**Fig. a.** Reconstrucción parasagital de la primera TC abdominopélvica con contraste intravenoso. Gran cantidad de heces en ampolla rectal y sigma con dilatación del colon proximal, engrosamiento parietal de recto y sigma (flechas negras) y estriación de la grasa pericolónica y mesorrectal (flecha blanca). **Fig. b y c.** Reconstrucciones coronal (b) y axial (c) de TC realizada 4 días después de la primera. En b se observa ausencia de realce en la pared del sigma (cabeza de flecha roja), con realce normal en la pared del colon izquierdo (cabeza de flecha blanca). Además hay estriación del mesosigma y ascitis (flecha azul). En c se observa una pérdida de la definición y ausencia de realce en la pared del sigma (flecha roja). **Fig. d.** Imagen de colonoscopia. Necrosis severa de prácticamente toda la circunferencia del sigma (estrellas blancas).

### Bibliografía:

1. Kiran K. Maddu, Pardeep Mittal, Wagas Shuaib, Anuj Tewari, Oluwayemisi Ibraheem, Faisal Khosa. Colorectal Emergencies and related complications: A

comprehensive imaging review- Imaging of colitis and complications. AJR 2014; 203: 1205-1216.

2. Cheng-Hsien, Li-Jen Wang, Yon-Cheong Wong, Chen-Chih Huang, Chien-Cheng Chen, Chao-Jan Wang, et al. Necrotic stercoral colitis: Importance of computed tomography findings. World J. Gastroenterol 2011 January 21; 17(3): 379-384.

3. Cathleen Heffernan, H. Leon Pachter, Alec J. Megibow, Michael Macari. Stercoral colitis leading to fatal peritonitis: CT findings. AJR 2005; 184: 1189-1193.

Caso  
Autores  
Centro

(171) Neumatosis portal, no siempre es isquemia intestinal  
Juan Manuel Pazos Guarín  
Doctor Peset

### **Presentación:**

Se trata de una paciente de 87 años que acude por dolor abdominal y vómitos. En rx de abdomen se objetivan signos de obstrucción intestinal. Se realiza estudio de TC abdominopélvico con contraste IV. Se observa neumatosis portal en lóbulo hepático izquierdo y gas en vasos venosos mesentéricos. Asas de yeyuno dilatadas con contenido, sin observar claramente cambio de calibre. No se observa neumatosis, ni defectos en la pared de las asas. Por lo que se sugiere que se trata de un cuadro oclusivo, probablemente por hernia interna, con neumatosis portal como signo de sufrimiento de asas. La paciente es intervenida por laparoscopia, identifican asas dilatadas pero sin hallazgos que justifiquen el cuadro. Identifican la vesícula con cambios de colecistitis gangrenosa y amplían a laparotomía con colecistectomía con limpieza de cavidad.

### **Discusión:**

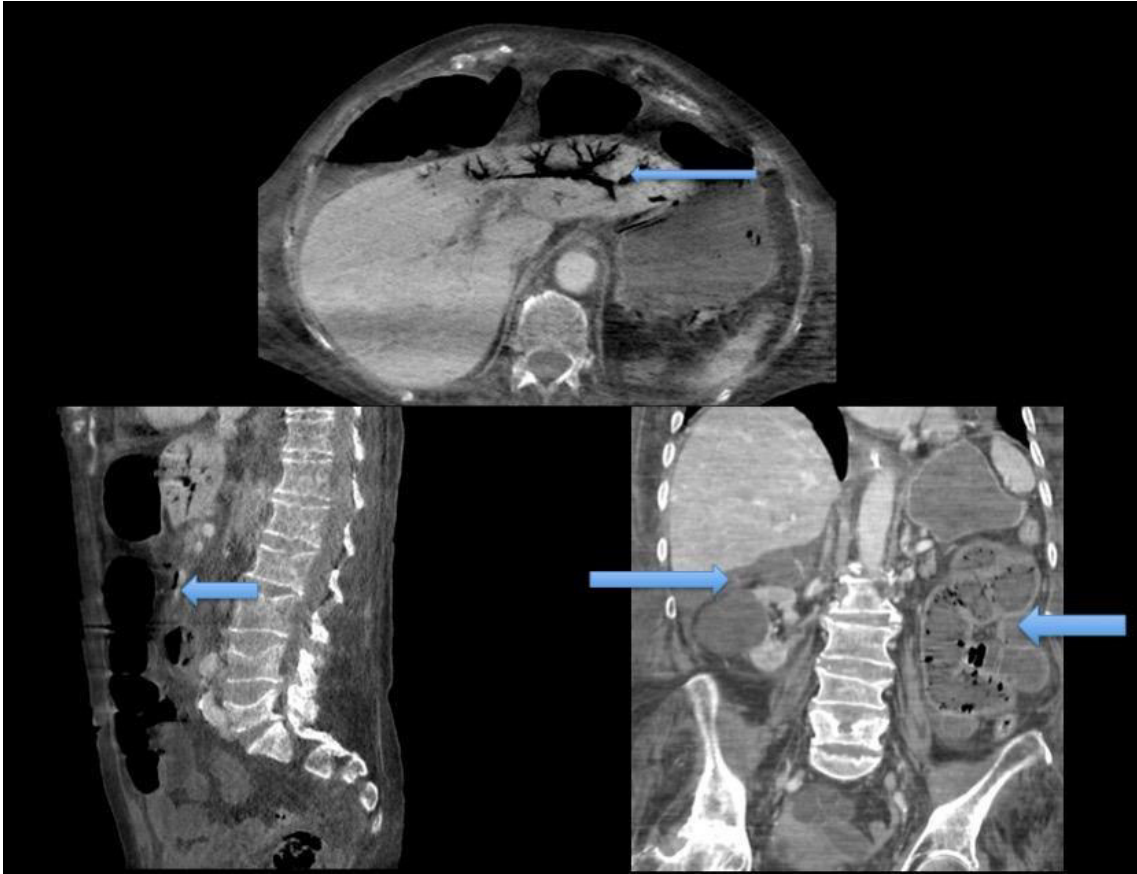
La detección de gas venoso portal en estudios de imagen, es un signo que implica un pronóstico desfavorable. Suele observarse en pacientes que cursen con disrupción en la mucosa intestinal, en cuadros con marcada dilatación de las asas de intestino delgado, o en el contexto de sepsis o infección abdominal. Otras causas menos frecuentes pueden ser pancreatitis aguda, diverticulitis o carcinoma colorrectal con perforación, ingestión de agentes corrosivos, colitis ulcerativa o procedimientos que conlleven cateterización.

En este paciente no existían hallazgos valorables de colecistitis en el estudio de TC, lo que ilustra que es útil la revisión de las vías biliares y la vesícula en casos donde la existe la sospecha de isquemia intestinal.

En este caso se postula que probablemente, el proceso inflamatorio avanzado abdominal, debido a la colecistitis ha producido cierta oclusión intestinal reactiva, condicionando pequeñas disrupciones de la mucosa, con el consiguiente paso de gas a la circulación portal. No se observaba neumbilia, ni defectos en la pared de la vesícula

### **Conclusión:**

Frente a la detección de gas venoso portal, debemos plantear otras posibilidades diagnósticas, a parte de la isquemia intestinal y analizar causas menos frecuentes y que impliquen un mejor pronóstico.



*Neumatosis portal en lóbulo hepático izquierdo.*

### **Bibliografía:**

1. Mark A. Dennis,1 Dolores Pretorius, Michael L. Manco-Johnson, and Kim Bangert-Burroughs. CT detection of portal venous gas associated with suppurative cholangitis. AJR 1985;145:1017-18.
2. Sebastià C, Quiroga S, Espin E et-al. Portomesenteric vein gas: pathologic mechanisms, CT findings, and prognosis. Radiographics. 20 (5): 1213-24.
3. Quirke TE. Hepatic–portal venous gas associated with ileus. Am Surg 1995; 61:1084-1086.

<b>Caso</b>	(172) Hemoperitoneo secundario a ruptura de aneurisma de la arteria gastroepiplóica izquierda
<b>Autores</b>	María Jesús Gayán Belmonte Juana María Plasencia Martínez, Amalia García Chiclano, Isabel González Moreno, Ana Barceló Cárceles, Irene Cases Susarte
<b>Centro</b>	H. Universitario José María Morales Meseguer

### **Presentación:**

Mujer de 83 años hipertensa, dislipémica, anticoagulada, con cuadro de mareo y epigastralgia intensa autolimitada 3 días antes con episodios intermitentes de reagudización del dolor desde entonces, continuo en las últimas horas. Analíticamente destacaba una Hb de 6,7 g/dl. Ante la sospecha de sangrado abdominal se realizó angio-TC. La angio-TC abdominopélvica en fase arterial mostró un nódulo hipercaptante de 1,7 cm (flechas rojas) sin modificación ni extravasación de contraste evidente en fase portal (no mostrada), compatible con aneurisma de la arteria gastroepiplóica izquierda (cabezas de flecha negras), rama de la arteria esplénica (flecha negra) que a su vez se anastomosa con la arteria gastroepiplóica derecha (cabezas de flecha blancas). Hemoperitoneo (hasta 60UH) (flechas blancas) abundante difusamente distribuido y hematoma perianeurismático (asterisco) o “coágulo centinela” indicativo del origen del sangrado.

### **Discusión:**

Diagnóstico: Aneurisma complicado con hemorragia de la arteria gastroepiplóica izquierda.

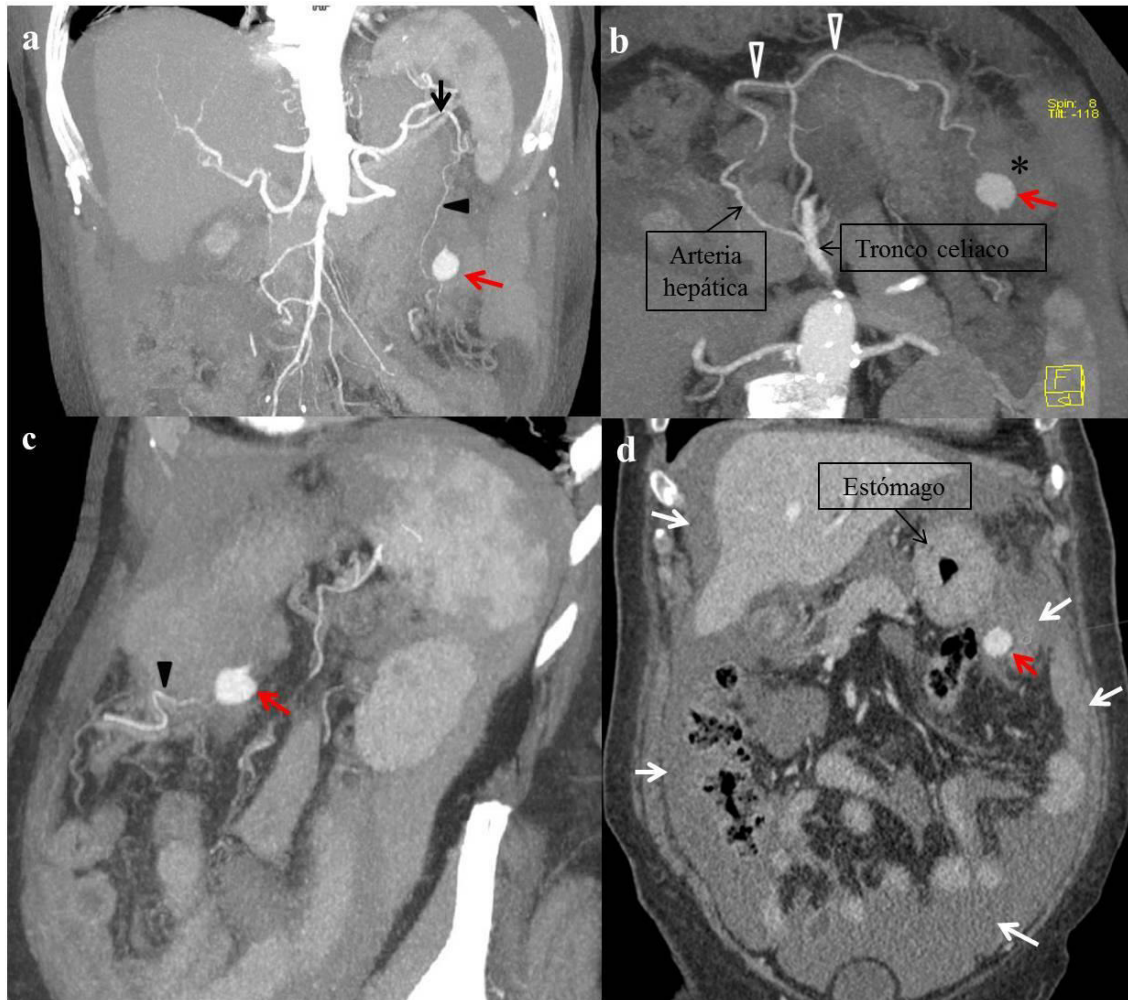
Los aneurismas de arterias viscerales abdominales son infrecuentes. Pueden complicarse con compresión de estructuras adyacentes, trombosis con embolización distal y hemorragia por ruptura.

Concretamente, la incidencia de los aneurismas de las arterias gastroepiplóicas es de sólo un 0,2-0,4%. Sin embargo se ha descrito una tasa de ruptura del 75%, con una mortalidad del 70% tras la ruptura. Así, aunque el manejo terapéutico no está claro, algunos autores recomiendan tratarlos siempre de forma preferente. La cirugía urgente será el tratamiento indicado cuando se compliquen con ruptura, como ocurrió en nuestro caso.

La modalidad diagnóstica más utilizada es la angio-TC multifásica, que debe ser la primera opción radiológica urgente ante la sospecha de una hemorragia abdominal de origen no ginecológico.

### **Conclusión:**

A pesar de la rareza de los aneurismas de las arterias gastroepiplóicas, el riesgo elevado de ruptura y la elevada mortalidad requieren de un diagnóstico preciso y precoz, facilitando un tratamiento adecuado, a ser posible antes de que se compliquen.



**Figs. a, b y c. Reconstrucciones MIP de angio-TC abdominopélvica en fase arterial en planos coronal (a), reconstrucción curva (b) y parasagital (c). Fig. a y c. Aneurisma (flechas rojas) adyacente a la curvatura mayor del estómago, que depende de la arteria gastroepiplóica izquierda (cabezas de flecha negras), que a su vez tiene su origen en la arteria esplénica (flecha negra). Fig. b. Relación del aneurisma (flecha roja) con la arteria gastroepiplóica derecha (cabezas de flecha blancas), rama de la arteria hepática, que a su vez se origina del tronco celiaco. Hematoma perianeurismático (asterisco negro). Fig d. Reconstrucción coronal de angio-TC abdominopélvica. Ascitis con distribución difusa (flechas blancas), sugestiva de hemoperitoneo por su alta densidad.**

**Bibliografía:**

1. Robert A. Fesinger, Andrew A. Thoreson, Ramit Lamba. Abdominal and pelvic aneurysms and pseudoaneurysms: Imaging review with clinical, radiologic and treatment correlation. *Radiographics* 2013; 33: E71-E96.
2. Hirokuni Ikeda, Masahiko Takeo, Ryuichi Mikami, Mistuo Yamamoto. A case of a huge gastroepiploic arterial aneurysm. *Journal of Surgical Case Reports*, 2015; 8:1-
3. Gabriel Pivawer, Jay L. Lee, Peter M. Nardi. Left gastric artery aneurysm. *Radiology* 2007; 242: 312-314.
4. R. Montisci, G. Cuccu, F. Serra, V. Lantini, G. Cocco, G. Brotzu. Spontaneous ruptura of an aneurysm of the left gastroepiploic artery. *Eur J Vasc Surg* 1992; 6: 95-97.
5. Amith Kumar Choudhury, Shabuddin Khan, Graham Hoadley. Steve Pettit. Ruptured left gastroepiploic artery aneurysm: a diagnostic dilemma. *Indian J Surg* 2007; 69: 198-200.
6. Byron Faler, Dipankar Mukherjee. Hemorrhagic shock secondary to ruptura of a right gastroepiploic artery aneurysm: case report and brief review of splanchnic artery aneurysms. *Int J Angiol* 2007; 16 (1): 24-26.
7. Ruptured Gastroepiploic Artery Aneurysm as an Unusual Cause of Hemoperitoneum Go, S.J. et al. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 2014; 48 (3):355.



<b>Caso</b>	(173) Oclusión de una pequeña arteria con catastrófico resultado: Arteria de Percheron
<b>Autores</b>	Ángela Fernández López Lorena López Martínez, Inmaculada Alcantud González, Alberto Ibáñez Ibáñez, Cristina López Cárceles, Patricia Camino Marco
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

### **Presentación:**

Mujer de 74 años con pérdida súbita de conciencia. Glasgow 7/15. HTA. TC craneal sin alteraciones. Ingresa en UCI en coma sin causa filiada. EEG, Doppler transcraneal y punción lumbar normales. Persistencia del coma, tras 24 horas. Se repite TC craneal: infarto subagudo mesencefálico y talámico paramediano bilateral, con transformación hemorrágica en tálamo derecho, territorios subsidiarios de la arteria de Percheron. La clínica ha persistido hasta el momento actual, con inestabilidad, por lo que no se pudo completar el estudio con RM o arteriografía.

### **Discusión:**

En la irrigación talámica participan principalmente la arteria comunicante posterior y la primera porción de la arteria cerebral posterior (P1). Las arterias talámicas se originan a partir de estos vasos y entre ellas se encuentra la arteria talámica paramediana o arteria de Percheron, que irriga el tálamo medial y territorio subtalámico a nivel mesencefálico. Su localización y morfología es variable, pudiendo presentarse como en nuestro caso, una variante con un tronco común para ambos lados.

Nos encontramos ante un síndrome de Percheron o infarto talámico sincrónico, así llamado cuando se produce una trombosis de esta variante anatómica con tronco común. Se considera infrecuente y de difícil diagnóstico clínico.

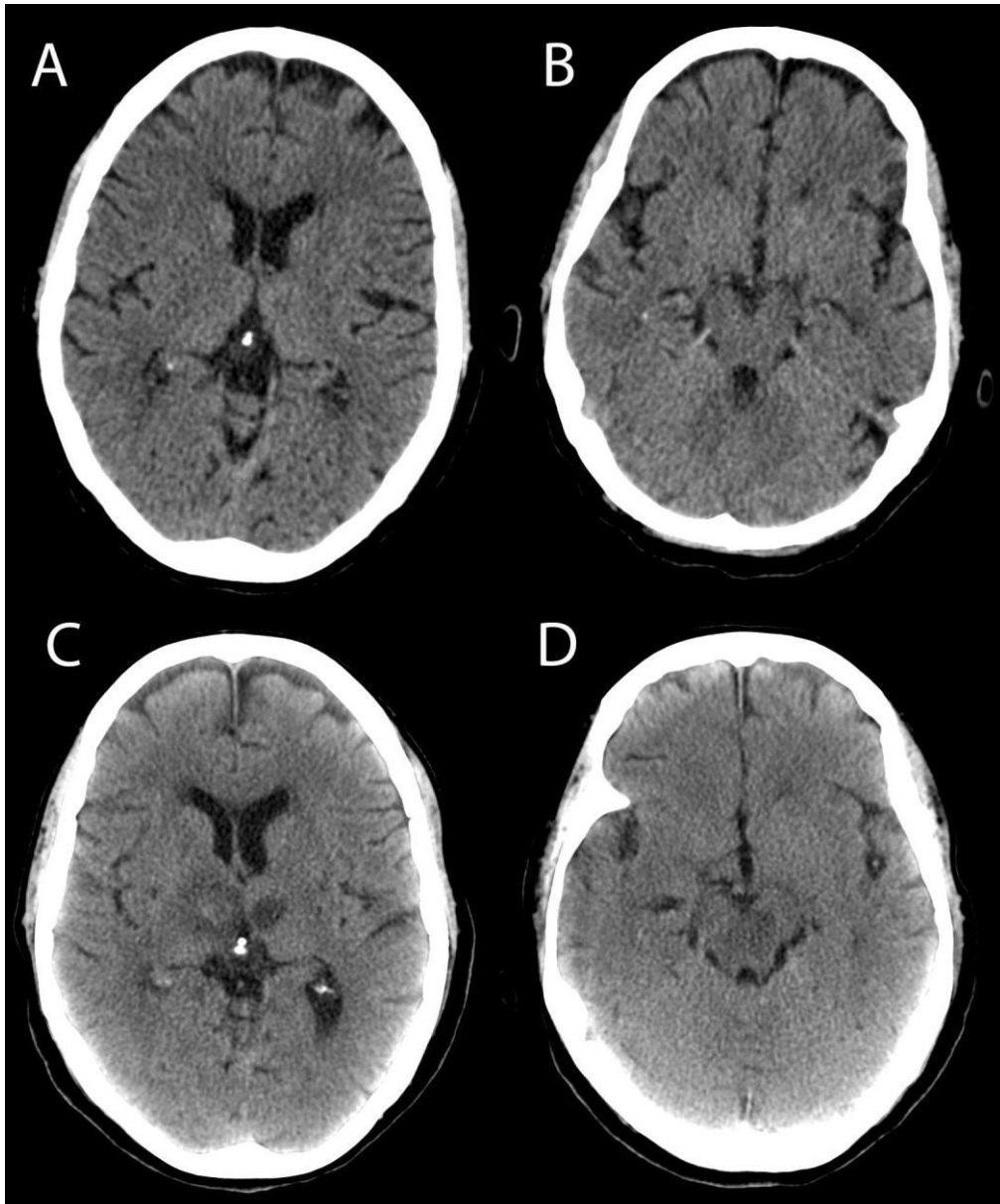
Cursa con obnubilación, cambios de estado mental, déficit oculomotor y pupilar, parálisis de la mirada vertical, ptosis y retracción palpebral.

Los principales diagnósticos diferenciales son la trombosis de la porción superior de la arteria basilar, trombosis venosa profunda, enfermedad de Wernicke, envenenamiento por CO y neoplasias.

### **Conclusión:**

La trombosis de la arteria de Percheron con tronco común produce un infarto que afecta a ambos tálamos y al mesencéfalo, por lo que hay que pensar en esta variante cuando nos encontremos con lesiones isquémicas en dichas localizaciones.

La clínica es muy inespecífica y la TC en el momento agudo puede ser normal, siendo de difícil diagnóstico.



***TC cerebral sin contraste intravenoso a la llegada a urgencias: imagen axial de talámo (A) y mesencéfalo (B) donde no se observan alteraciones. TC cerebral sin contraste intravenoso tras 24h: Hipodensidad talámica bilateral (C) y mesencefálica (D), sugestiva de infarto subagudo, ambos territorios subsidiarios de la arteria de Percheron. Asocia hiperdensidad por transformación hemorrágica en el tálamo derecho.***

**Bibliografía:**

-Osborn, A. and Winthrop, S. (1998). *Neurorradiología diagnóstica*. 1st ed. Madrid: Harcourt Brace de España.

- Percheron G. The anatomy of the arterial supply of the human thalamus and its use for the interpretation of the thalamic vascular pathology. *Z Neurol.* 1973;205:1–13.

-Osborn, A., Salzman, K. and Barkovich, A. (2011). *Diagnóstico por imagen. Cerebro*. 2nd ed.

<b>Caso</b>	(174) Significado clínico del gas en vena porta.
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Maria Amparo Revert Ros  
 Juana Forner Giner, Melchor Flores De La Torre, Jenny Soraya  
 Cárdenas Herran, Julio César Rivera, Jose Quirante  
 Hospital General Universitario de Valencia

**Presentación:**

Paciente de 74 año. Antecedentes de neoplasia de esófago. Presenta deposiciones líquidas y dolor abdominal importante.

**Discusión:**

El gas en vena porta es un hallazgo radiológico poco frecuente pero puede producirse por numerosas etiologías. La más común es la isquemia intestinal, pero también se ha descrito asociada a otras patologías como enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, abscesos intraperitoneales, úlceras gástricas, distensión abdominal, colangitis, pancreatitis, iatrogénica (en trasplantes hepáticos) e incluso neumonías.

En ecografía se manifiesta como imágenes lineales hiperecogénicas que fluyen en el interior de la vena porta hiliar, o bien como líneas hiperecogénicas ramificadas muy periféricas, sobretodo en el LHI (la posición más ventral del LHI favorece el paso de gas en pacientes en decúbito supino). En TC se ven imágenes lineales de baja densidad en la periferia del parénquima hepático, sobretodo en LHI. El diagnóstico diferencial radiológico es la neumobilia. En la neumobilia el aire se localiza más central, debido al flujo hepatofugo de la bilis, mientras que en la neumatosis portal, es típico localizar gas a menos de 2 cm de la cápsula hepática.

Lo más importante en estos pacientes es determinar la causa de la neumatosis portal, para lo que la tomografía es la técnica de elección. El radiólogo debe determinar si la patología que produce la neumatosis es indicación de cirugía urgente (como la isquemia intestinal) o bien puede instaurarse tratamiento conservador (como en las patologías inflamatorias intestinales, abscesos intraperitoneales, colangitis, etc).

**Conclusión:**

En la neumatosis portal es importante diagnosticar la causa de la misma, para evitar cirugías urgentes innecesarias.



*Ecografía abdominal y tomografía abdominopelvica sin contraste intravenoso. En las imágenes ecograficas se ve aire en espacios portales, muy periféricos en la imagen de la izquierda. En los cortes tomográficos se observa importante cantidad de aire en espacio portal con signos de neumatosis intestinal en colon descendente.*

### **Bibliografía:**

Carmen Sebastián, Sergi Quiroga, Eloy Espin, et al. Portomesenteric Vein Gas, CT findings and Prognosis. *Radiographics* 2000;20:1213-1224

James Vassallo, Julia Gauci, Kelvin Cortis. Portomesenteric venous gas and pneumatosis intestinalis secondary to mesenteric ischaemia.

Sen-Kuang Hou, Chii-Hwa Chern, Chorn-Kuang How. Hepatic Portal Venous Gas: Clinical Significance of Computed Tomography Findings.

<b>Caso</b>	(175) PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL BRUSCO Y ROTURA DE ANEURISMA DEL TRONCO CELÍACO
<b>Autores</b>	Laura Díaz Rubia Francisco Javier García Verdejo
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Granada

### **Presentación:**

Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e hiperlipemia. El paciente acude a urgencias del hospital por padecer desde hacía 48 horas un intenso dolor epigástrico y centroabdominal, mareo y astenia. A la exploración presentaba mal estado general con sensación de enfermedad, palidez, sudoración y dolor a la palpación en epigastrio, hipocondrio derecho y región periumbilical. Estaba hipotenso, taquicárdico e hipoperfundido. Se solicitó una analítica urgente en la que destacó anemia con hemoglobina de 8 g/dl y láctico de 18 mmol/L. Se realizó una angio TC de aorta abdominal donde se apreció aneurisma del tronco celíaco con extensión a la arteria hepática común con signos de rotura contenida y sangrado a cavidad peritoneal a nivel del ligamento gastrohepático y a retroperitoneo en ambos espacios pararenales anteriores.

### **Discusión:**

Se trata de un caso de aneurisma rota de tronco celíaco y arteria hepática común, con rotura contenida de la misma.

Los aneurismas viscerales intra-abdominales son entidades poco frecuentes, siendo en muchos casos un diagnóstico incidental.

Las principales causas son la arteriosclerosis, la displasia fibromuscular y las enfermedades del colágeno.

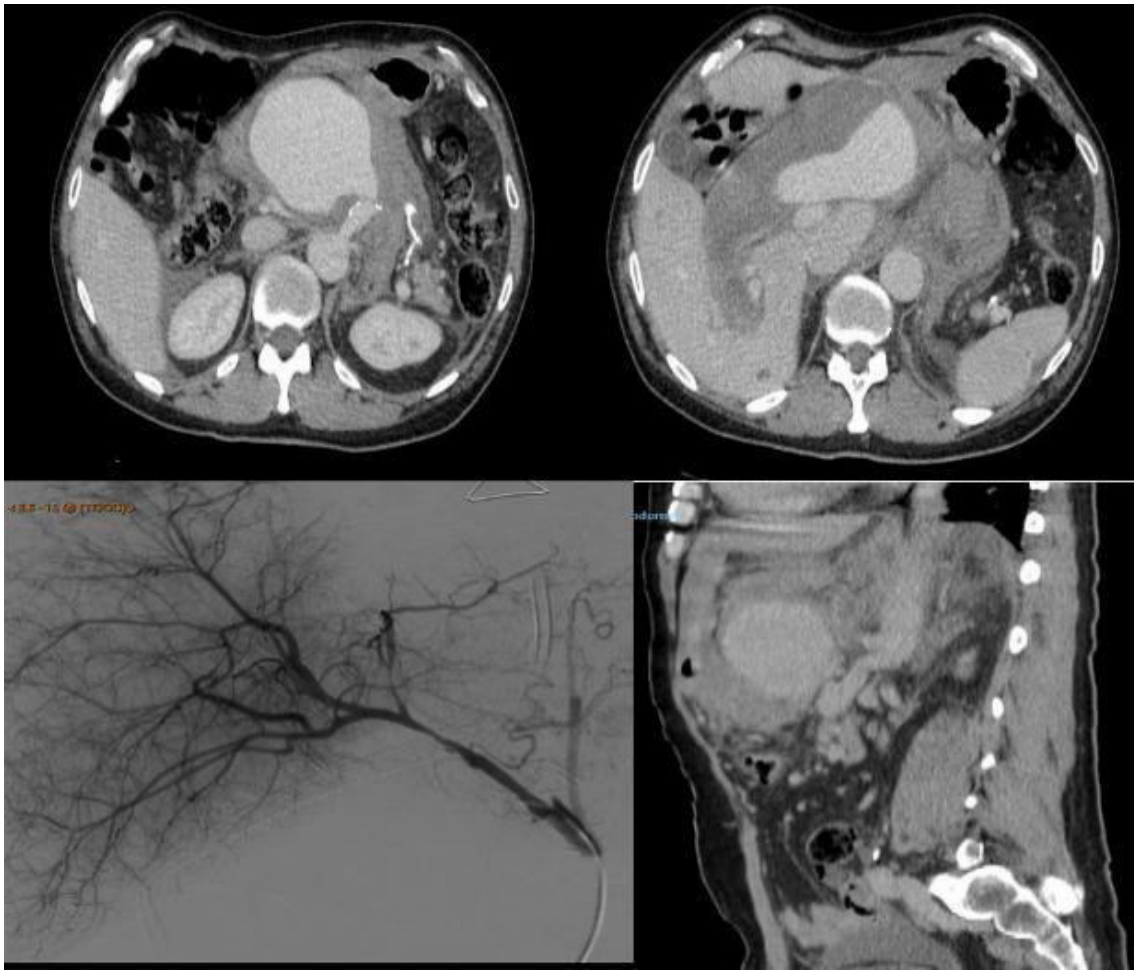
Dentro de éstos los aneurismas del tronco celíaco son infrecuentes, representando un 4% aproximadamente del total de aneurismas viscerales.

La etiología suele ser degenerativa y se asocian a la presencia de aneurismas aórticos (20%) o de otros aneurismas viscerales (40% de los casos).

Presentan un riesgo elevado de ruptura y la mortalidad asociada a la misma se estima hasta del 100%.

### **Conclusión:**

Los aneurismas de tronco celíaco son entidades poco frecuentes pero muy graves, sobre todo si presentan rotura del saco. Es imprescindible un diagnóstico precoz donde la angioTC de aorta juega un papel fundamental. El tratamiento es urgente vía endovascular o cirugía abierta dependiendo de las características de aneurisma y el estado del paciente.



*Arriba a la izquierda, corte axial de angioTC de aorta donde se observa aneurisma de tronco celíaco. Arriba a la derecha, corte axial de angioTC de aorta donde se aprecia extensión del aneurisma hacia arteria hepática común. Abajo a la izquierda, angiografía de la arteria hepática derecha con leve estenosis proximal a su bifurcación. Abajo a la derecha, corte sagital de angioTC de aorta que muestra aneurisma de tronco celíaco.*

### **Bibliografía:**

1. Mammano Enzo , Cosci Marco, Zanon Antonio etl al. Aneurisma del tronco celíaco-mesentérico: caso clínico. Ann Vasc Surg 2009;23:282.
2. Rodriguez-Camarero S.J., Menendez A.I., Rodero J.J., et al. Tratamiento quirúrgico de un aneurisma del tronco celíaco y arteria hepática. Angiología. 1993;45:125-30.

<b>Caso</b>	(178) Dolor en fosa iliaca derecha. Otro diagnóstico diferencial.
<b>Autores</b>	Xaira María Cortés Sañudo Rocío Soledad Estelles López, María Paula García Rodríguez, Carmen Pérez Ramírez, Celia Izco García-cubillana, Inmaculada Aviles Vázquez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

Se discute el caso clínico de una mujer de 42 años, con antecedente de cesárea hace un mes, remitida al servicio de urgencias para descartar apendicitis aguda, por presentar dolor abdominal en FID y vómitos de 24 horas de evolución. A la exploración física, febril con signos de irritación peritoneal. En la analítica presenta discreta leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR (286 mg/l).

**Discusión:**

Se realiza ecografía abdominal de urgencia que se complementa con TCMD con contraste IV en donde se objetiva marcado aumento del líquido libre en fosa iliaca derecha y gotiera parietocólica izquierda, así como una estructura tubular retroperitoneal, bien definida con hipodensidad central y presencia de captación de contraste anular periférica, que discurre paralela a la vena cava, inferior anterior al psoas y ureter derecho y medial al riñón ipsilateral. Se observa también discreta hipercaptación de contraste por la trompa de falopio derecha y el útero edematoso (sin poder descartar que este edema sea secundario a antecedente quirúrgico reciente). Hallazgos sugestivos en el contexto clínico de la paciente de trombosis de la vena ovárica derecha y posible proceso inflamatorio/infeccioso a nivel pélvico (EPI). Dados los hallazgos, la paciente se deriva a urgencias ginecológicas, donde se realiza ecografía transvaginal, dentro de la normalidad. Se instaura tratamiento médico con anticoagulación y antibióticoterapia empírica de amplio espectro, con evolución clínica favorable a las 48 horas de inicio del tratamiento.

Las trombosis de la vena ovárica habitualmente ocurre en pacientes en el periodo postparto pero también puede presentarse posterior a cirugía pélvica o en relación con otras causas como enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) o tratamiento oncológico con quimioterapia. En el 80-90% de los casos, la vena ovárica derecha se encuentra afectada. El diagnóstico debe establecerse por el médico radiólogo mediante la identificación de hallazgos característicos en la TCMD con contraste IV.

**Conclusión:**

Se expone un caso de trombosis de la vena ovárica derecha, secundaria probablemente a cirugía pélvica previa y/o a proceso inflamatorio local (EPI). Es indispensable que el médico radiólogo identifique los hallazgos clave en esta patología, dado que el diagnóstico junto al tratamiento precoz inciden favorablemente en la evolución clínica del paciente.





**Figura.** Se muestra en todos los cortes una estructura tubular retroperitoneal, con hipodensidad central y con captación de contraste anular, paralela a la vena cava inferior, anterior al psoas y ureter y medial al riñón derechos.

### **Bibliografía:**

Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. Vol 1. 1ª Ed. Madrid-España: Editorial Panamericana; 2010.

Lee J, Sagel S, Stanley R, Heiken J. Body TC con correlación RM. Vol 1. 4ª Ed. Madrid-España: Marbán; 2007.

<b>Caso</b>	(179) Linfoma cerebral en paciente con sospecha de encefalitis
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Santiago Resano Pardo  
 Agustina Vicente Bártulos; Olga Sanz De León; Esther García Casado; Sandra Bermudez Nieto; Almudena Ureña Vacas  
 Hospital Ramón y Cajal

### **Presentación:**

Varón de 27 años natural de Perú, traído desde el aeropuerto por bajo nivel de conciencia. Sin AP relevantes. Refiere haber aterrizado hace cuatro días, desde entonces, confuso, a la espera de familiares. Refiere malestar general y pérdida de peso de dos meses de evolución y lesiones cutáneas pruriginosas rojizas de nueva aparición en brazo. Temperatura en SU 37,9º

### **Discusión:**

#### HALLAZGOS INICIALES DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN

Alteración morfológica en las astas frontales, colapsadas, y aumento de densidad en la cabeza y cuerpo del caudado. Discreto efecto de masa en ganglios de la base. Se completa estudio con contraste IV a los 5 minutos.

Se confirma un marcado realce subependimario, en torno al sistema ventricular, más extenso en las astas frontales, cuerpos de ventrículos laterales y en menor medida occipitales.

Realce en ganglios de la base, en particular caudado derecho.

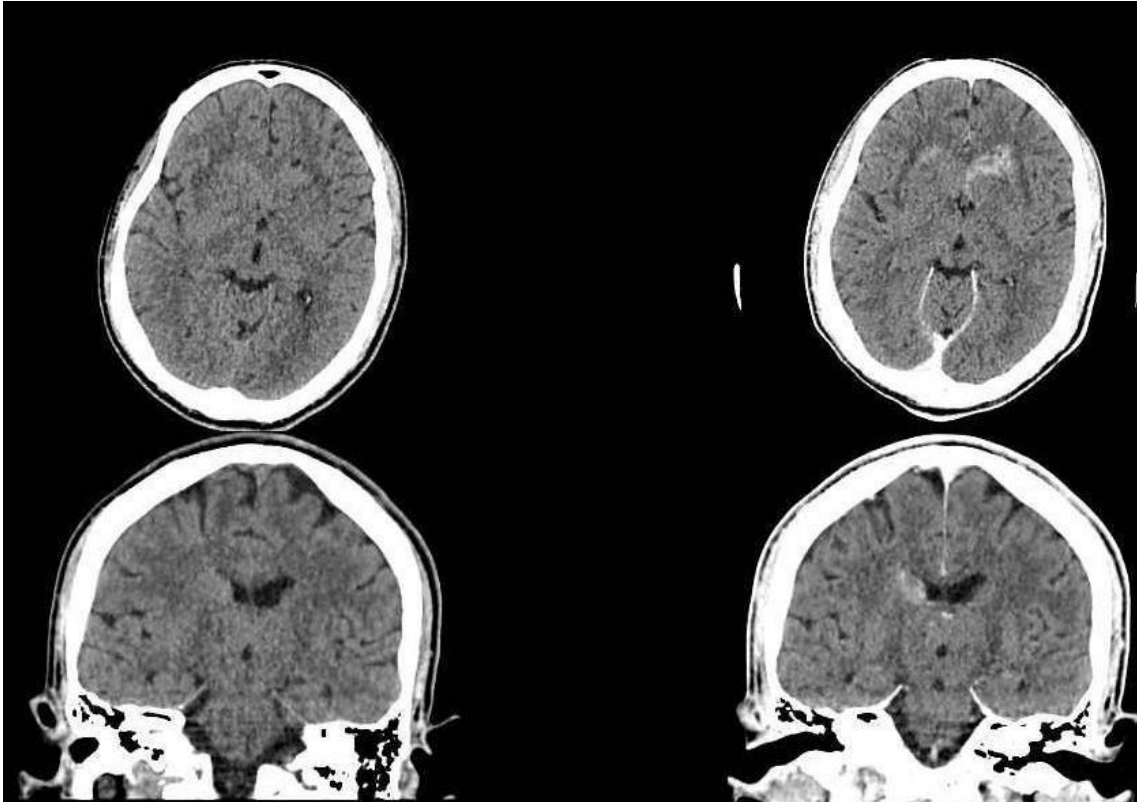
Se proponen como opciones diagnósticas linfoma cerebral, patología inflamatoria tipo CMV/toxoplasma o afectación primaria por VIH

#### REFLEXIÓN DOCENTE

La presencia de efectos de masa subependimarios sobre las astas ventriculares o lesiones con efecto de masa en los ganglios de la base no son extraordinarias en los estudios de urgencias y no deben pasar desapercibidas en un TC basal, aunque exista sospecha de un proceso infeccioso subyacente. El empleo de contraste es imprescindible para valorar la extensión de la afectación, si bien no será concluyente a la hora de llegar al diagnóstico. En un segundo tiempo deberá realizarse una ampliación del estudio con RM y en muchos de los casos será necesario completar con estudio histológico.

### **Conclusión:**

El linfoma cerebral primario es una entidad rara, variante del LNH extranodal, pudiendo afectar al encéfalo, meninges, ojos o cordón medular. En el diagnóstico diferencial no debemos olvidar incluir la posibilidad de otros tumores, depósito secundario o diseminación meníngea de un tumor primario, así como procesos inflamatorios de otra estirpe, en particular en pacientes inmunocomprometidos.



*TC que muestra planos axiales y reconstrucciones coronales de cráneo sin y con contraste, en los que se incluyen las astas frontales, colapsadas por la presencia de lesiones a nivel de la cabeza del caudado, hiperdensas en el estudio basal y con realce heterogéneo tras el contraste.*

### **Bibliografía:**

IS Haldorsen, A Espeland, EM Larsson. Central Nervous System Lymphoma: Characteristic Findings on Traditional and Advanced Imaging. AJNR 2011 32:984-992.

H Wayne Slone, Joseph J Blake, Rajul Shah, Sangeeta Guttikonda, Eric C Bourekas. CT and MRI Findings of Intracranial Lymphoma. AJR 2005 184: 1679-1685.

Miller DC, Hochberg FH, Harris NL, et al. Pathology with Clinical correlations of primary central nervous system non-Hodgkin's lymphoma. The Massachusetts General Hospital experience 1958-1989. Cancer 1994; 74:1382

Caso	(181) PERFORACIONES MÚLTIPLES TRAS INTENTO AUTOLÍTICO
Autores	Rocio Gil Viana
Centro	CLÍNICO UNIVERSITARIO

**Presentación:**

Mujer de 53 años que acude al Servicio de Urgencias trasladada de otro hospital por sospecha de mediastinitis tras intento autolítico con sulfamán (menos de 20 ml). La paciente se encontraba hemodinámicamente estable con 100% saturación de oxígeno. Presentaba principalmente dolor torácico y náuseas. A la exploración presentaba un abdomen doloroso a la palpación en epigastrio con resto de exploración física anodina.

**Discusión:**

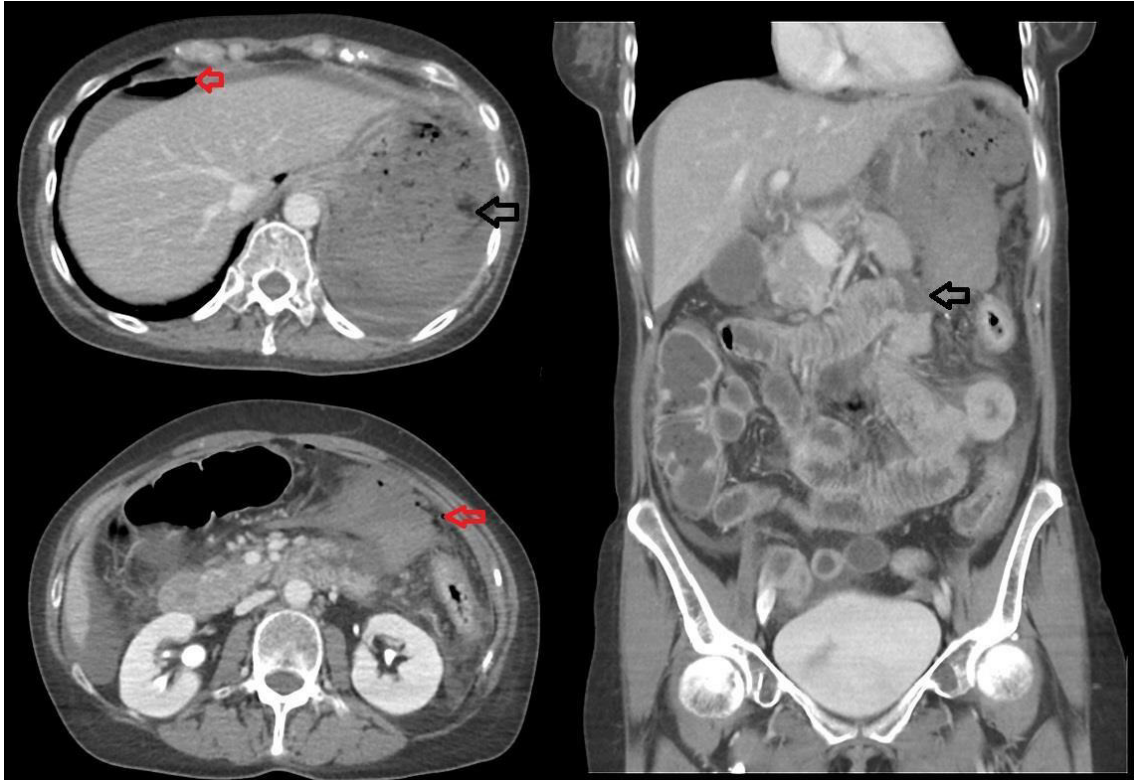
Se realizó un TC cervicotorácico con administración de contraste intravenoso. Durante la realización del mismo no se visualizaron signos de mediastinitis, únicamente se observó dilatación esofágica en todo su trayecto. Como hallazgo incidental en los últimos cortes se observó una desestructuración de la pared gástrica, por lo que se decidió ampliar estudio a abdomen y pelvis.

Tras la realización del TC abdominopélvico se confirmó la destrucción de curvatura mayor gástrica, con imposibilidad para identificar la pared del estómago y el bazo, así como neumoperitoneo principalmente subdiafragmático. También se visualizó una gran solución de continuidad entre cuarta porción duodenal y yeyuno, que afectaba al 25 % de la circunferencia de la pared, así como marcado engrosamiento concéntrico y realce de las paredes de yeyuno e íleon, con cambios inflamatorios en mesenterio y líquido libre peritoneal. Destaca la marcada afectación del hemiabdomen izquierdo en comparación con las asas intestinales del hemiabdomen

derecho, que se corresponde con el descenso del ácido clorhídrico durante la bipedestación por efecto de la gravedad y la consiguiente perforación e irritación de estructuras anatómicas a su paso.

**Conclusión:**

La paciente fue intervenida de urgencia realizándose esofagectomía distal, gastrectomía, resección de cuarta porción duodenal y de colon transversal con colostomía en fosa iliaca derecha, yeyunostomía de alimentación, esplenectomía y eliminación de tejido esfacelado en meso y epiplón.



**Bibliografía:**

Yeung KW, Chang MS, Hsiao CP. CT evaluation of gastrointestinal tract perforation. Clin Imaging Sept-Oct 2004;28 (5):329-33

B.Hainaux, E.Agneessens, R.Bertinotti, V.de Maertelaer, E.Rubesova, E.Capelluto and C.Moschopoulos. Accuracy of MDCT in predicting Site of gastrointestinal tract Perforation. AJR 2006; 187:1179-83.

<b>Caso</b>	(182) Pseudomixoma peritoneal
<b>Autores</b>	Xaira María Cortés Sañudo Inmaculada Aviles Vázquez, Carmen Pérez Ramírez, María Paula García Rodríguez, Laura Cuesta Lujano, Rocio Soledad Estelles López
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

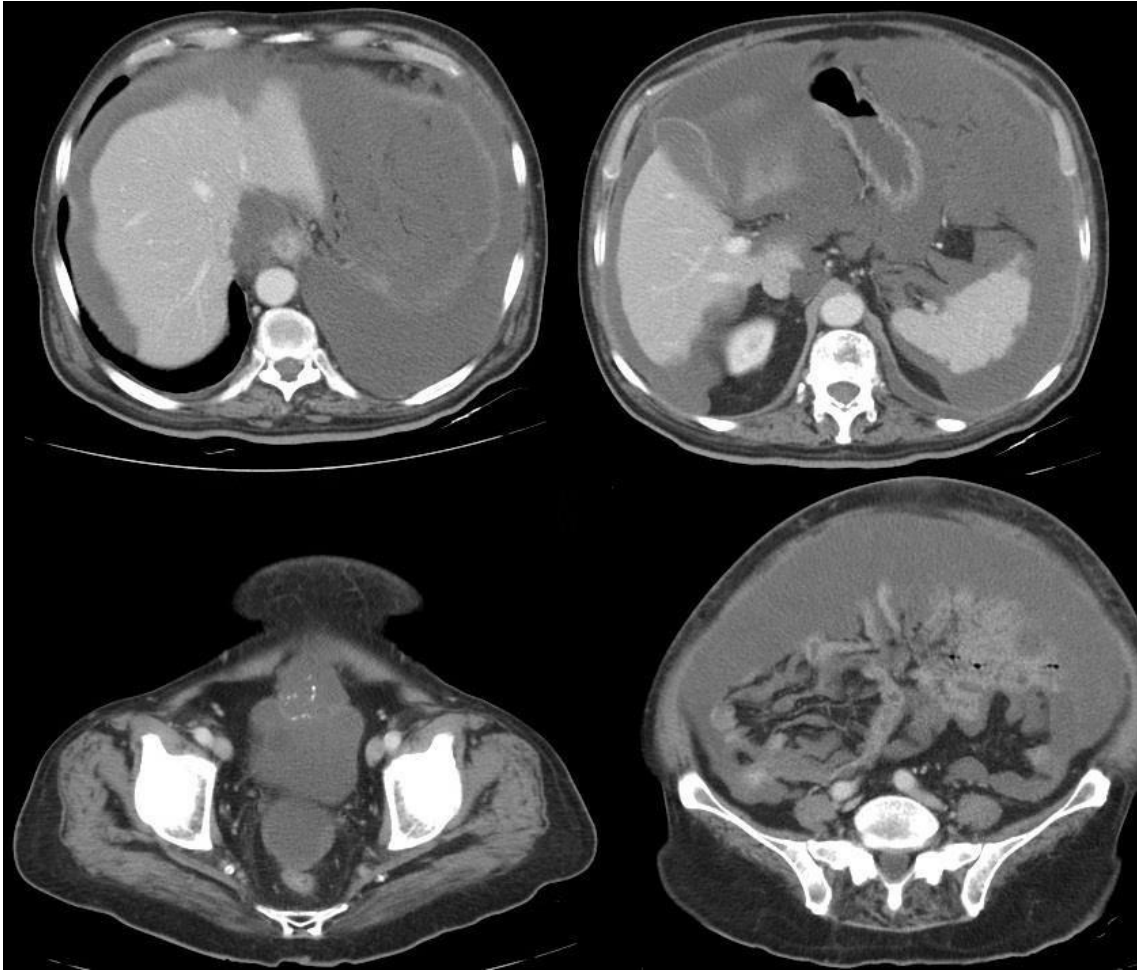
Se discute el caso de un varón de 65 años, quien consulta por cuadro clínico de varios meses de evolución consistente en distensión abdominal progresiva, náuseas y disnea, acompañado de pérdida de peso de 8 kg aproximadamente. A la exploración física, abdomen distendido por ascitis casi a tensión y masa indurada en epigastrio. En la analítica destaca elevación de PCR (274 mg/l).

**Discusión:**

Se realiza TCMD de abdomen sin contraste IV en donde destaca ascitis masiva ocupando todos los espacios peritoneales incluido el saco menor y masa de 10 x 4.7 x 4.5 cm que parte de la cara anterosuperior de la vejiga con calcificaciones puntiformes en su base y composición sólido-líquida. Adicionalmente, se identifica el hígado y el bazo con bordes irregulares y festoneados. Hallazgos sugestivos de adenocarcinoma mucinoso de uraco. Dados los hallazgos, se realiza biopsia peritoneal en donde se identifica material mucoide y escasos elementos glandulares sugestivos de pseudomixoma/tumor mucinoso. El pseudomixoma peritoneal, es una entidad clínica consistente en la acumulación de material gelatinoso a nivel peritoneal que puede proceder de la ruptura y diseminación peritoneal de un cistoadenoma o de un cistoadenocarcinoma mucinoso (ovárico, apendicular, colónico, gástrico o pancreático). El diagnóstico por imagen tiene un papel importante en la evaluación de esta patología. La TCMD es la técnica de elección porque permite identificar la localización de la masa así como ciertos hallazgos específicos. La mucina presenta bajo coeficiente de atenuación en la TC y característicamente provoca deformidad y festoneado de la superficie de las estructuras con las que contacta. Las calcificaciones murales curvilíneas son un dato de gran valor diagnóstico aunque sólo se presentan en <50% de los casos.

**Conclusión:**

Se estudia el caso de un pseudomixoma peritoneal, destacando su relación con diferentes entidades patológicas y los puntos clave que el médico radiólogo debe tener en cuenta al momento de su identificación por imagen.



*Figura. Se observa ascitis masiva y una gran masa anterior a la vejiga con calcificaciones en su interior, así como la compresión extrínseca de las vísceras produciendo deformidad y festoneado de las mismas.*

### **Bibliografía:**

Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. Vol 1. 1ª Ed. Madrid-España: Editorial Panamericana; 2010.

Lee J, Sagel S, Stanley R, Heiken J. Body TC con correlación RM. Vol 1. 4ª Ed. Madrid-España: Marbán; 2007.

<b>Caso</b>	(183) Proptosis ocular: un amplio diagnóstico diferencial.
<b>Autores</b>	Xiomara Plasencia Cruz Melanie Moana Sánchez, Margarita Fuentes García, Rafael Sabatel Hernández.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias.

**Presentación:**

Mujer de 30 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al SUH por proptosis del ojo izquierdo. Presenta desplazamiento antero-inferior de dicho globo ocular con limitación a la supravversión de la mirada, cuadrantanopsia temporal izquierda y edema en el polo posterior al explorar el fondo de ojo. TC de cráneo sin y con contraste iv: Masa intraconal en cuadrante superointerno de la órbita izquierda, de diámetros máximos de 27 x 22 x 20 mm, que es discretamente hiperdensa en el estudio sin contraste y presenta discreto realce tras la administración del mismo.

**Discusión:**

Estos hallazgos sugieren como primera posibilidad diagnóstica una malformación cavernosa dada la edad, frecuencia y aspecto de la lesión, sin poder descartar otras causas.

El diagnóstico final, tras la exéresis y análisis anatomopatológico, es hemangioma cavernoso.

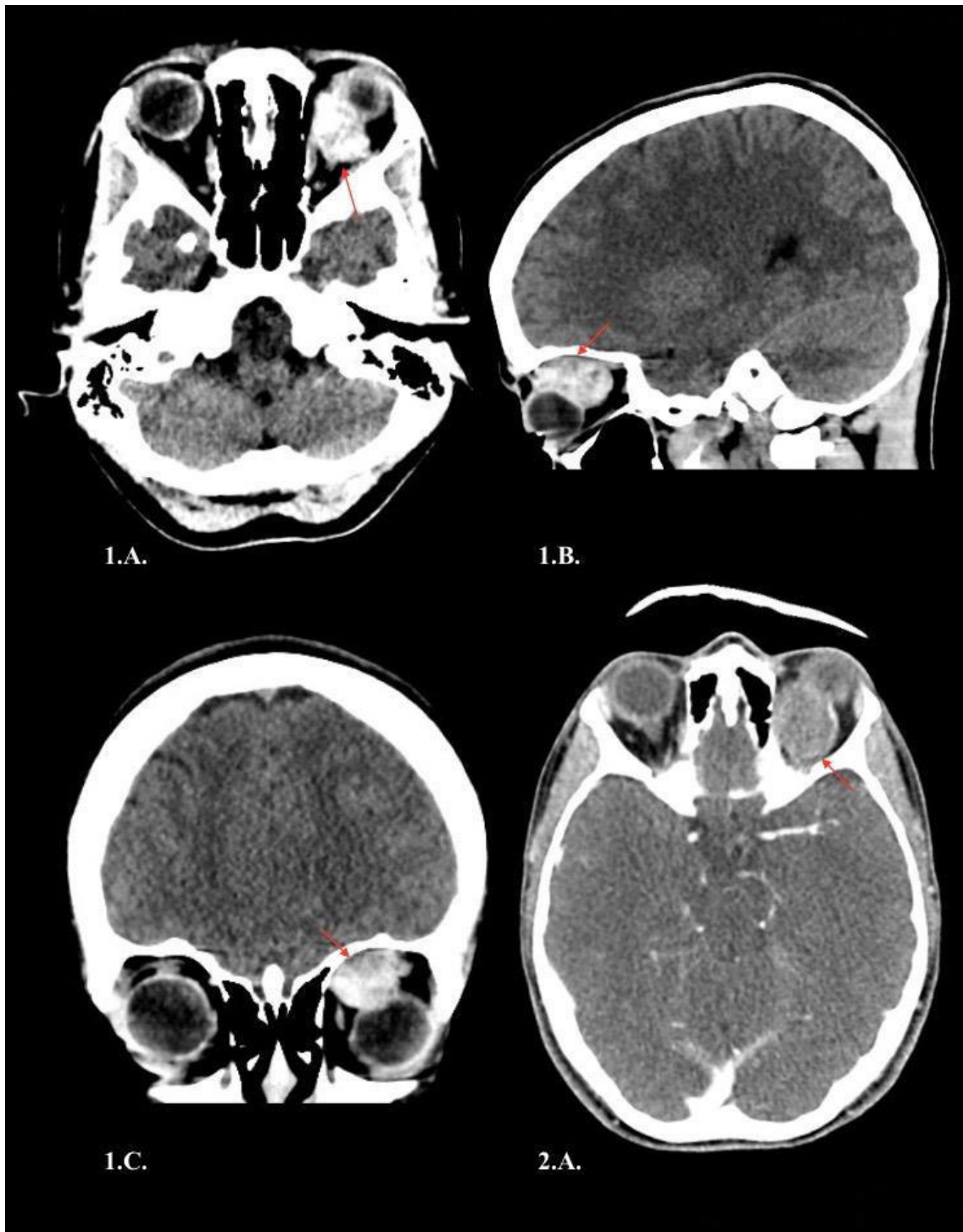
Las lesiones de la órbita pueden ser oculares o extraoculares (intraconales, conales o extraconales) y según el compartimento afecto son más frecuentes unas u otras patologías. La etiología de las mismas puede ser de origen congénito, neoplásico, traumático, infeccioso / inflamatorio, entre otros.

El hemangioma cavernoso es la masa orbitaria intraconal más frecuente en el adulto de edad media. Otras posibilidades diagnósticas ante una masa en dicha localización son: histiocitoma fibroso, schwannoma o glioma / meningioma del nervio óptico.

**Conclusión:**

Un detallado conocimiento de la anatomía de la región orbitaria facilita el diagnóstico de los procesos patológicos que en ella asientan, los cuales, a pesar de tener un lento desarrollo pueden manifestarse clínicamente de forma aguda.





**Fig.1: TC de cráneo sin contraste iv. A: Axial. B: Sagital. C: Coronal. Masa intraconal en cuadrante superointerno de la órbita izquierda, discretamente hiperdensa. Fig.2A: TC de cráneo con contraste iv. Sutil realce de la masa orbitaria intraconal.**

**Bibliografía:**

B. Sobrino Guijarro et al. Revisión radiológica de las causas de proptosis ocular. SERAM 2012. S-1544

Tina D. Tailor, MD et al. Orbital Neoplasms in Adults: Clinical, Radiologic, and Pathologic Review. RadioGraphics 2010; 30:461–482

<b>Caso</b>	(184) Fractura de Jefferson inestable
<b>Autores</b>	Alba Patricia Solano Romero Carmen M <sup>a</sup> Botía González, Carlos Vázquez Olmos, Adriana López Ruiz, M <sup>a</sup> Jesús Gayán Belmonte, Amalia García Chiclano
<b>Centro</b>	Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 79 años, traído a urgencias por traumatismo craneoencefálico (impactación de la cabeza contra el suelo tras haberse quedado dormido sentado). Presenta cefalea con exploración neurológica normal. En urgencias solicitan un TC simple de cráneo y una radiografía lateral cervical. Debido al hábito corporal del paciente, se decide realizar únicamente un TC simple de cráneo con extensión a columna cervical para una mejor visualización de las vértebras cervicales. El TC no mostró lesiones intracraneales, pero se observó una fractura multifocal de C1, afectando la fractura bilateralmente al arco anterior y al arco posterior del atlas.

**Discusión:**

El diagnóstico radiológico fue de fractura de Jefferson tipo E (inestable) sin datos de invasión del canal medular.

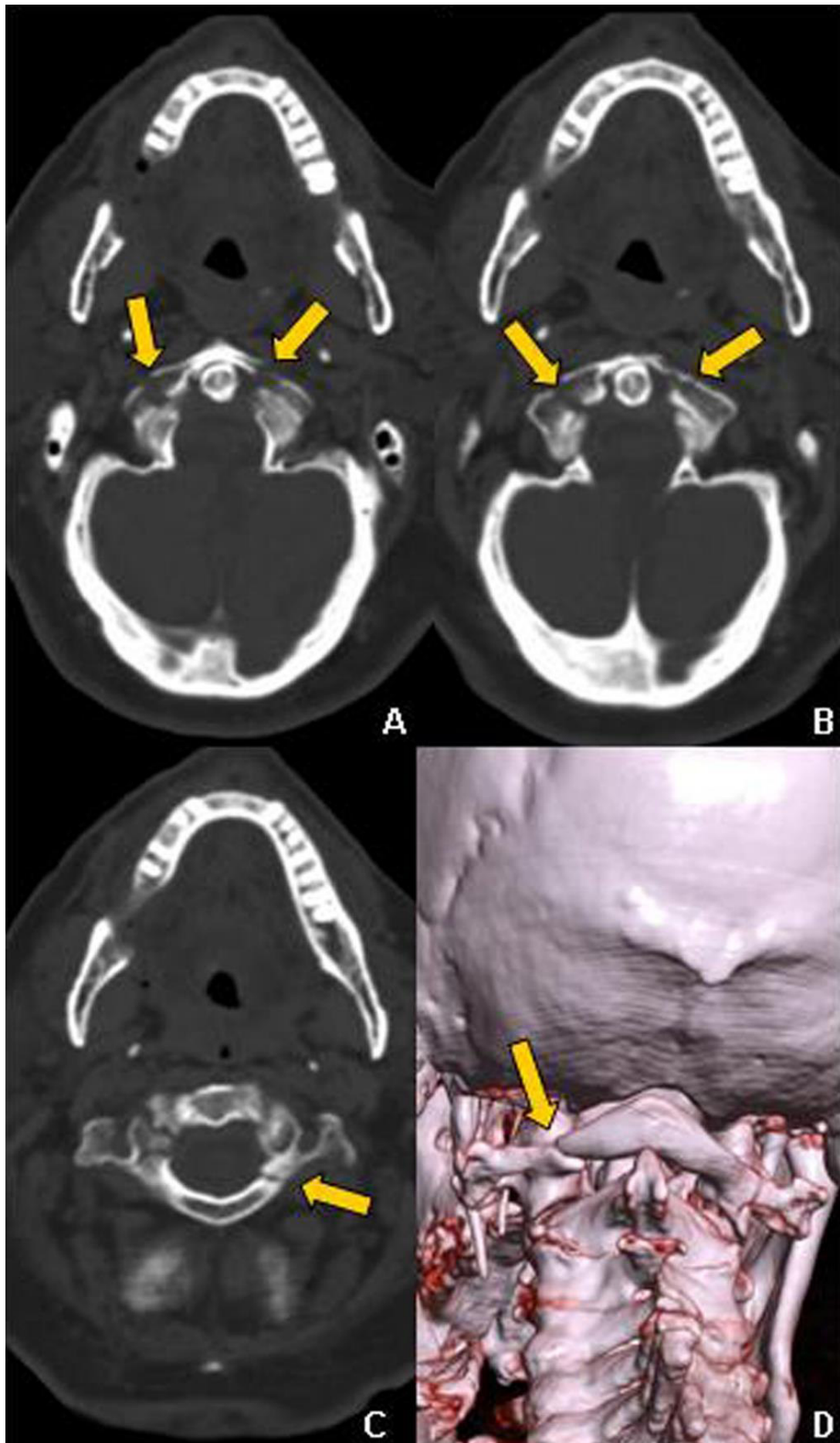
El paciente fue tratado con éxito mediante halo craneotorácico. Las fracturas de Jefferson suelen producirse por traumatismos de alta energía con un mecanismo de flexoextensión cervical o de compresión axial como era el caso de nuestro paciente. Debido a que a nivel del atlas el canal medular no es estrecho, es frecuente que inicialmente la exploración neurológica sea normal si no hay un desplazamiento significativo de los fragmentos óseos que lesionen la médula.

Las fracturas de Jefferson diagnosticadas precozmente pueden ser tratadas con medios conservadores (ortesis cervicales tipo Philadelphia o SOMI).

Las lesiones inestables (Jefferson tipo D y E) recientes, pueden ser tratadas mediante la colocación de halos craneotorácicos. Algunos casos con desplazamiento podrán requerir alineación con tracciones cervicales. En las lesiones inestables también se puede optar por tratamiento quirúrgico inicial. La cirugía siempre está indicada en los pacientes a los que se les diagnostica una lesión inestable del atlas tardíamente.

**Conclusión:**

Ante un traumatismo cervical por compresión axial o flexoextensión de alta energía, hay que tener un alto índice de sospecha clínica de posible lesión del atlas y no olvidar que puede presentarse sin sintomatología neurológica asociada.



*Imágenes A y B: cortes axiales de TC a nivel del atlas, donde se observa la fractura bilateral que afecta al arco anterior del atlas (flechas), con un leve desplazamiento del componente anterior de la fractura. Imágenes C y D: detalle de la fractura que afecta al arco posterior del atlas (flechas) visto en corte axial de TC a nivel del atlas (imagen C) y en reconstrucción volumétrica coronal posterior oblicua de la columna cervical (imagen D).*

**Bibliografía:**

1. Martín-Ferrer S. Traumatismos de la columna cervical alta: Clasificación tipológica, indicaciones terapéuticas y abordajes quirúrgicos (a propósito de 286 casos). Neurocirugía 2006; 17: 391-419.
2. Mead LB, Millhouse PW, Krystal J, Vaccaro AR. C1 fractures: a review of diagnoses, management options, and outcomes. Curr Rev Musculoskelet Med. 2016 Sep;9(3):255-62. doi: 10.1007/s12178-016-9356-5.

<b>Caso</b>	(185) Malrotación intestinal con vólvulo de íleon
<b>Autores</b>	Alba Patricia Solano Romero Carmen M <sup>a</sup> Botía González, Inés Solís Muñoz, Olga M <sup>a</sup> Suárez Traba, Adriana López Ruiz, Marta Tovar Pérez
<b>Centro</b>	Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón prematuro de 1,5 meses de edad corregida que acude a urgencias por episodio de palidez e hipoactividad. Afebril y sin vómitos. Se realiza una radiografía de abdomen en la que se observan asas de intestino delgado distendidas y ausencia de gas en el marco cólico. En la ecografía llamó la atención la ausencia del colon ascendente en flanco derecho, así como la posición invertida de la vena y arteria mesentéricas superiores, pero sin signo del remolino. También se observó ascitis, y engrosamiento mural de asas de intestino delgado que en mesogastrio formaban una masa.

**Discusión:**

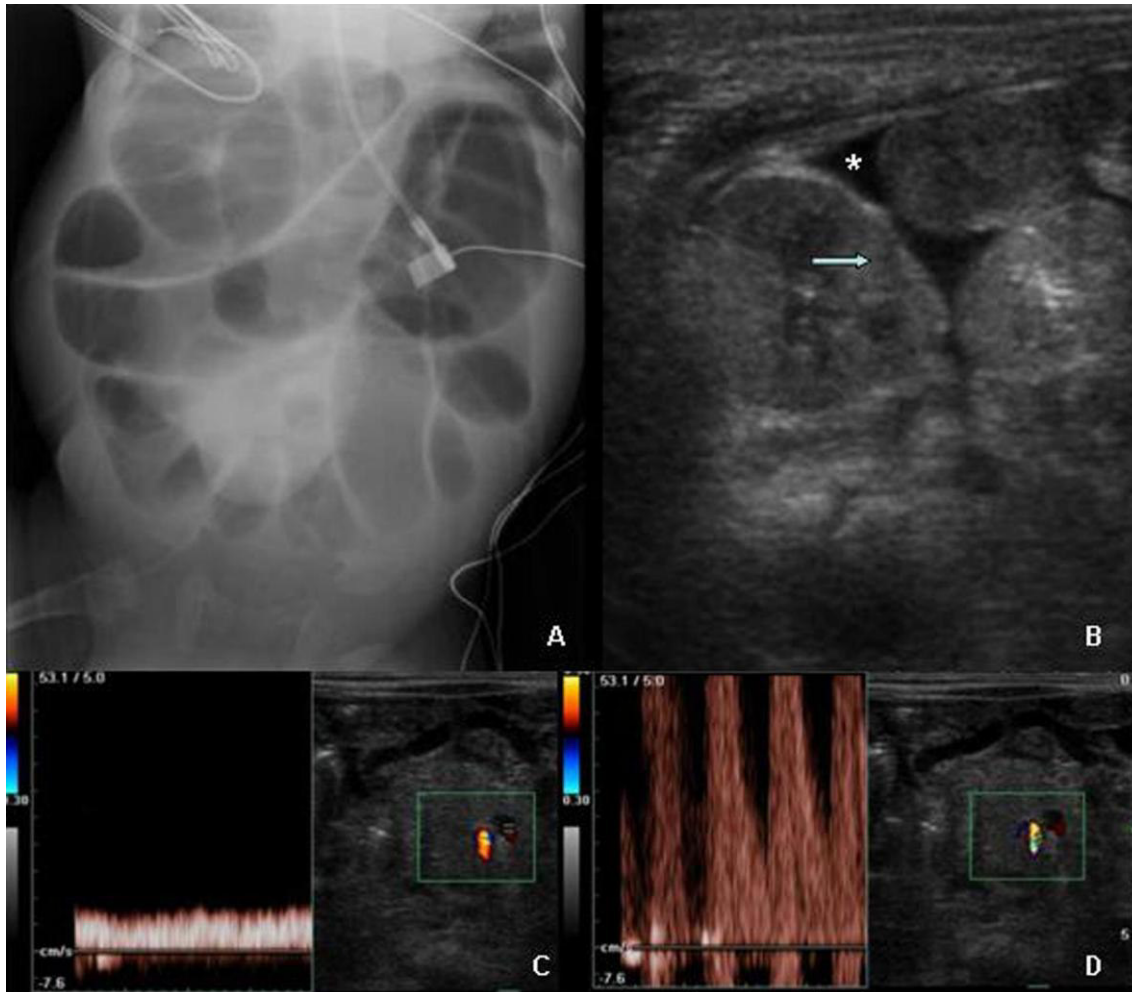
Por los hallazgos ecográficos se sugirió la posibilidad de malrotación intestinal. La cirugía confirmó la malrotación intestinal asociada a vólvulo de íleon de 180 grados, divertículo de Meckel necrosado y perforación intestinal a 10 cm del divertículo de Meckel en sentido proximal.

La primera exploración radiológica indicada es una radiografía de abdomen, en la que apreciamos un patrón obstructivo, con signo de la doble burbuja en caso de obstrucción duodenal completa. Con la ecografía se puede estudiar la relación de la arteria y vena mesentéricas superiores, asociando o no el signo del remolino. Asimismo se puede observar una masa en mesogastrio (asas de intestino delgado volvuladas) e identificar el sufrimiento de asas en caso de vólvulo con hallazgos como engrosamiento mural, distensión y ascitis. La prueba diagnóstica de elección es el tránsito gastro-duodenal para el estudio de la unión duodenoyeyunal (que en nuestro caso no pudo realizarse al no encontrarse estable el paciente).

**Conclusión:**

La malrotación intestinal es una entidad patológica con complicaciones potencialmente letales como el vólvulo de intestino medio, por lo que resulta primordial la sospecha clínica y los estudios radiológicos.

Puede presentarse tanto en la infancia como en la edad adulta, siendo más frecuentes las manifestaciones sintomáticas y complicaciones en el periodo postnatal.



**A) Radiografía simple de abdomen donde se observa neumatización y dilatación de asas de intestino delgado con ausencia de gas en el marco cólico y recto-sigma. B) Imagen axial de ecografía en flanco derecho. Se observa ascitis (asterisco) que nos separa el espacio retroperitoneal en localización del polo inferior renal derecho (flecha), donde anterior a éste no se identifica el colon derecho. C y D) Imágenes ecográficas axiales de la arteria y vena mesentérica superior. Se puede observar la relación invertida entre ambas, por la cual la vena se sitúa a la izquierda de la arteria. El espectro del Doppler pulsado muestra flujo venoso (imagen C) y flujo arterial (imagen D).**

### **Bibliografía:**

1. Ballesteros E, Torremadé A, Durán C, et al. Malrotación-vólvulo intestinal: hallazgos radiológicos. Radiología. 2015; 57 (1): 9-21.
2. Berrocal T, Gayá F, De Pablo L. Aspectos embriológicos, clínicos y radiológicos de la malrotación intestinal. Radiología 2005;47:237-52 - DOI: 10.1016/S0033-8338(05)72843-5

<b>Caso</b>	(188) Fístula traqueoesofágica por ingesta de pila de botón
<b>Autores</b>	Alba Patricia Solano Romero Carmen M <sup>a</sup> Botía González, Sara Inmaculada Sirvent Cerda, Adriana López Ruiz, Irene Vicente Zapata, Lucía Hernández Sánchez
<b>Centro</b>	Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 7 meses que acude a urgencias por fiebre, dificultad respiratoria, rechazo del alimento y deposiciones negruzcas. Se realiza una radiografía de tórax en la que se observa un cuerpo extraño metálico no sospechado, localizado en el tercio superior del esófago, que parece corresponder a una pila de botón ingerida inadvertidamente. Se extrae el cuerpo extraño mediante esofagoscopia y se ingresa al paciente en la UCI con nutrición parenteral total, reposo digestivo absoluto, antibioterapia de amplio espectro, sonda nasogástrica y otras medidas de soporte como la aspiración continua de secreciones salivares. Con todo ello, persiste la dificultad respiratoria y se aprecian infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax por lo que se realiza un esofagograma con contraste hidrosoluble en el que se evidencia paso del contraste desde el esófago a la tráquea y al árbol bronquial.

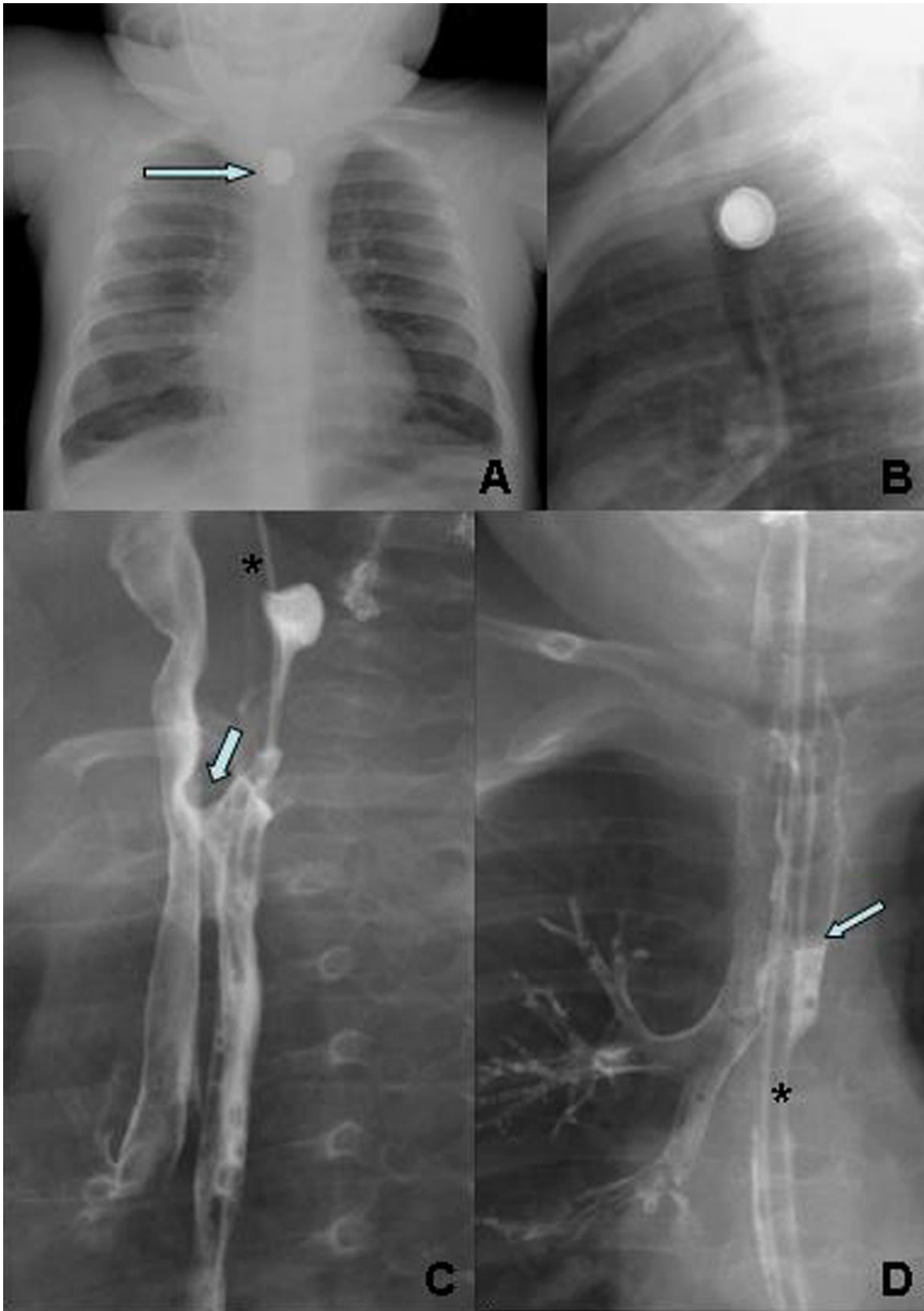
**Discusión:**

El esofagograma permitió así el diagnóstico de fístula traqueoesofágica adquirida, que precisó tratamiento quirúrgico y posteriores dilataciones con balón debido a una estenosis caústica esofágica secundaria. La primera exploración radiológica indicada ante una dificultad respiratoria en un niño sin antecedentes médicos de interés, es una radiografía de tórax. Las pilas de botón pueden causar fístulas traqueoesofágicas por diferentes mecanismos (úlceras de la mucosa por presión o por lesión caústica) que puede provocar una neumonía secundaria química o aspirativa. El tratamiento de estas fístulas adquiridas va desde el reposo digestivo con o sin gastrostomía hasta la reparación quirúrgica directa de la fístula con o sin injerto.

**Conclusión:**

En niños menores de 5 años, ante un cuadro de dificultad respiratoria, resulta primordial la sospecha clínica de ingestión de cuerpo extraño, sobretodo en un paciente sin antecedentes clínicos de interés como era el caso de nuestro paciente.





**A)** Radiografía de tórax en decúbito supino, en la que se evidencia la presencia de un cuerpo extraño, radiodenso y redondeado, proyectado sobre el mediastino (flecha). **B)** Radiografía lateral para la localización anatómica exacta del cuerpo extraño, que puede verse impactado en el tercio superior del esófago. **C)** Tránsito esofágico (proyección oblicua), en la que se observa paso del contraste del esófago a la tráquea a través de la fístula esofagotraqueal (flecha), además el paciente porta sonda nasogástrica (asterisco). **D)** Tránsito esofágico (proyección anteroposterior),

*en la que se observa perfectamente dibujado por el contraste el bronquio principal derecho y sus ramas, así como un nivel hidroaéreo en el esófago (flecha) y la sonda nasogástrica (asterisco).*

**Bibliografía:**

1. Leinwand K, Brumbaugh DE, Kramer RE. Button Battery Ingestion in Children: A Paradigm for Management of Severe Pediatric Foreign Body Ingestions. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2016 Jan;26(1):99-118. doi: 10.1016/j.giec.2015.08.003.
2. Ruhl DS, Cable BB, Rieth KK. Emergent treatment of button batteries in the esophagus: evolution of management and need for close second-look esophagoscopy. *Ann OtolRhinolLaryngol.* 2014 Mar;123(3):206-13. doi: 10.1177/0003489414522969.

<b>Caso</b>	(190) Gangrena de Fournier: una verdadera emergencia.
<b>Autores</b>	Maria Esther Gómez San Martín Maria Rosa López Pedreira, Maria Pina Pallín, Ana Gil Guerra
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Valladolid

**Presentación:**

Paciente varón de 66 años con antecedentes personales de diabetes mellitus que acude al servicio de urgencias por cuadro de septicemia, constatándose a la exploración física drenaje purulento por pubis con úlceras perineales.

**Discusión:**

Se realiza TC abdominopélvico, objetivándose una afectación de los tejidos blandos de mesorrecto y región perianal en el lado derecho con múltiples imágenes de burbujas aéreas que se extienden por el periné anteriormente hasta escroto, afectando también a musculatura de raíz de muslo derecho y pared abdominal.

Gangrena de Fournier. Se trata de una fascitis necrotizante rápidamente progresiva que afecta a la región perineal, perianal y genital, afectando tanto al tejido celular subcutáneo (celulitis), a las fascias (fascitis) como a los músculos (miositis).

Más frecuente en hombres de 50-60 años con factores predisponentes (diabetes mellitus, alcoholismo, inmunosupresión, traumatismos localizados, procedimientos quirúrgicos previos...).

Los síntomas más frecuentes son inflamación del escroto, crepitación, fiebre y olor desagradable, y se establecen entre 2-7 días.

El diagnóstico es clínico, pero la TC es la prueba de imagen más específica para su diagnóstico y puede ayudar a evaluar la extensión a estructuras perineales e incluso retroperitoneales.

**Conclusión:**

La gangrena de Fournier constituye una verdadera emergencia quirúrgica y el tratamiento debe ser agresivo debido a su elevada mortalidad (21-70%).

El pronóstico dependerá de la realización de un desbridamiento quirúrgico agresivo y urgente del tejido necrótico.

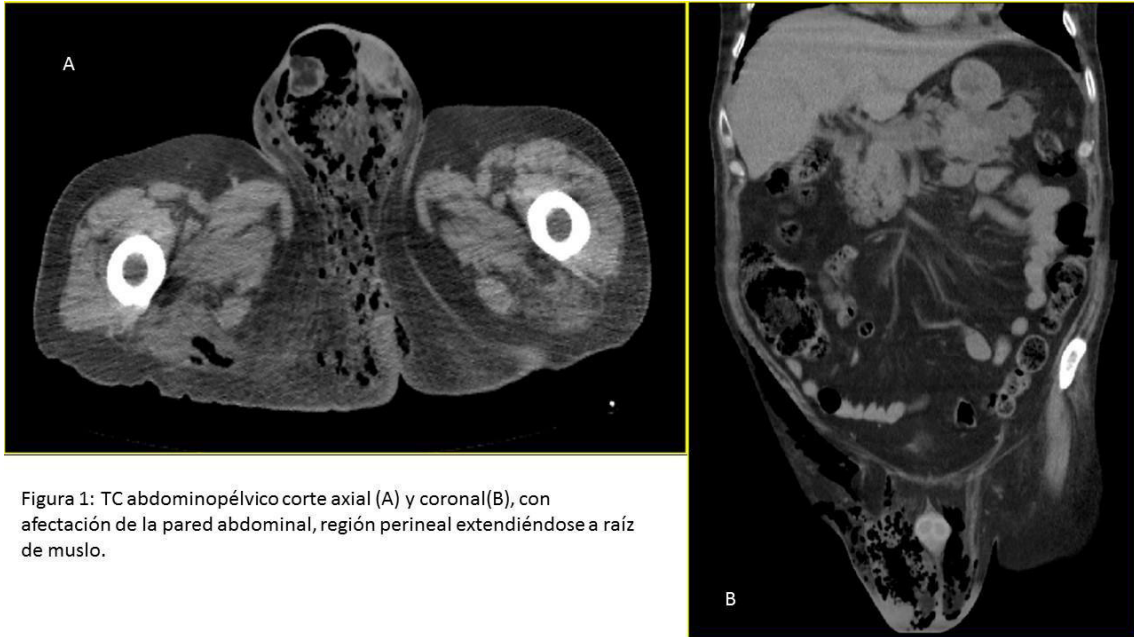


Figura 1: TC abdominopélvico corte axial (A) y coronal(B), con afectación de la pared abdominal, región perineal extendiéndose a raíz de muslo.

**Figura: TC abdominopélvico corte axial (A) y coronal (B), con afectación de la pared abdominal, región perineal extendiéndose a raíz de muslo.**

### **Bibliografía:**

- Fournier Gangrene: Role of Imaging. RadioGraphics 2008; 28: 519–28.
- Predictive factors for mortality in Fournier' gangrene: a series of 59 cases. Cir Esp 2015 ;93(1):12-7.
- Anorectal emergencies. World J Gastroenterol 2016 ;22(26):5867-78.
- Imaging of Penile and Scrotal Emergencies. RadioGraphics 2013; 33: 721–40.

<b>Caso</b>	(191) Disección aórtica tipo A en paciente de 27 años con síndrome de Marfan.
<b>Autores</b>	Juan Enrique Gutiérrez Alliende Carne Lozano, Rogelio Velazco.
<b>Centro</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Presentación:**

Varón de 27 años con antecedente de tabaquismo, síndrome de Marfan y neumotórax espontáneo acude a SU por cuadro de dolor opresivo torácico de inicio súbito e irradiación abdominal, asociado a cefalea periorbitaria y pérdida de agudeza visual derechas. El TC tóraco-abdominal sincronizado mostró la presencia de una disección aórtica tipo A, que se extendía desde la raíz aórtica hasta el nacimiento de la arteria mesentérica superior. Se evidenciaba extensión de la disección por el tronco braquiocefálico, origen de la arteria subclavia y carótida derecha así como de la arteria subclavia y carótida izquierda. Además se observó una dilatación de la raíz aórtica.

**Discusión:**

Se realiza el diagnóstico de disección aórtica tipo A con extensión a a troncos supraaórticos.

La disección aórtica tiene una incidencia de 3.5/100.000 pacientes, con una edad media de presentación de 63 años siendo el 65% de los casos hombres. Si bien la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante, estando presente en el 72% de los pacientes, existen otros factores como una válvula aórtica bicúspide, la coartación aórtica y la manipulación quirúrgica de la aorta. En pacientes menores de 40 años, el 50% de los casos de disección ocurren en pacientes con diagnóstico de síndrome de Marfan, los cuales además presentan una dilatación de la raíz aórtica entre el 50 y 60% de los casos.

**Conclusión:**

Estamos acostumbrados a ver patología aórtica aguda en el subgrupo de pacientes de mayor edad con el antecedente clínico de HTA y factores de riesgo cardiovascular. No obstante lo anterior, no hay que olvidar la existencia de patología aórtica aguda en pacientes jóvenes, en especial asociada al síndrome de Marfan.



*TC toraco-abdominal. A) Disección aórtica tipo A con flap intimal. Dilatación de la raíz aórtica. B) Extensión de la disección por el tronco bovino y arteria subclavia izquierda. C) Extensión caudal de la disección hasta el nacimiento de la arteria mesentérica superior.*

### **Bibliografía:**

Eric T. Kimura-Hayama, Gabriela Meléndez, Ana L. Mendizábal, Aloha Meave-González, Greby Fernando B. Zambrana, Celia P. Corona-Villalobos. Uncommon Congenital and Acquired Aortic Diseases: Role of Multidetector CT Angiography. *RadioGraphics*, Jan 2010, Vol. 30: 79–98, 10.1148/rg.301095061.

Alexander W. den Hartog, Romy Franken, Piet de Witte, Teodora Radonic, Henk A. Marquering, Wessel E. van der Steen, Janneke Timmermans, Arthur J. Scholte, Maarten P. van den Berg, Aeilko H. Zwinderman, Barbara J. M. Mulder, Maarten Groenink. Aortic Disease in Patients with Marfan Syndrome: Aortic Volume Assessment for Surveillance. *Radiology*, Nov 2013, Vol. 269: 370–377, 10.1148/radiol.13122310

<b>Caso</b>	(193) Varón joven con demencia rápidamente progresiva
<b>Autores</b>	Patricia Menal Muñoz María José Gimeno Peribañez, Noelia Padrón Rodríguez, Eduardo Saez Valero, Carmen Castillo Lario, Marta Martínez Montalbán
<b>Centro</b>	HCU "Lozano Blesa"

**Presentación:**

Varón de 43 años en estudio por prurito, en tratamiento con antihistamínicos y gabapentina, que acude a urgencias por un cuadro confesional agudo y mioclonias. La Rx de tórax, analítica y el TC craneal son normales, considerándose un cuadro confesional orgánico de posible origen medicamentoso. El paciente regresa a urgencias a los 10 días, por presentar empeoramiento progresivo, a pesar de la retirada de los fármacos. Se realiza una RM cerebral, identificando hiperintensidad de señal en T2 y FLAIR en la corteza del hemisferio cerebral derecho y en la cabeza del núcleo caudado ipsilateral, con restricción de la difusión (Figura). El electroencefalograma muestra descargas epileptiformes lateralizadas periódicas derechas, compatibles con una encefalitis. La demencia progresiva, los hallazgos en RM y EEG y la positividad de la proteína 14.3.3 en LCR permiten diagnosticar Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica probable.

**Discusión:**

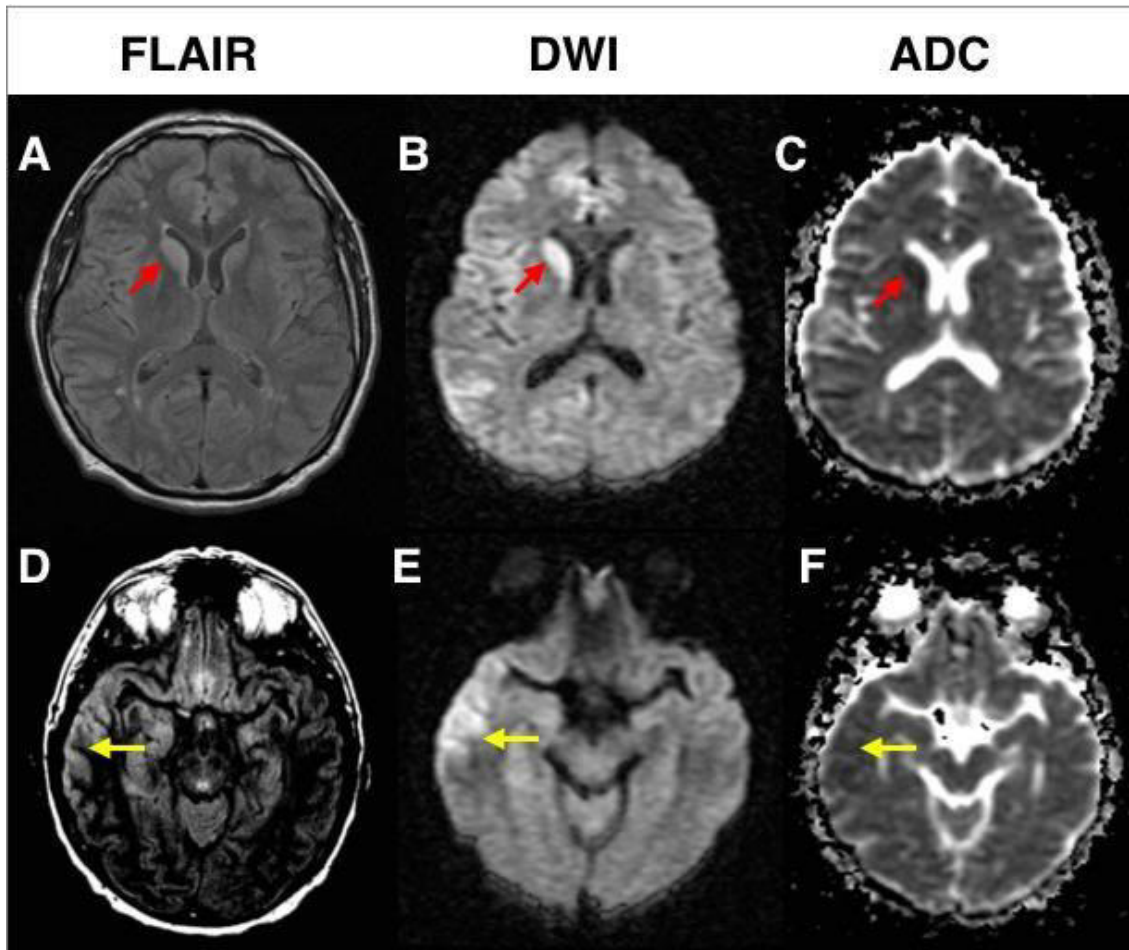
La ECJ es una enfermedad neurodegenerativa rápidamente progresiva, secundaria a la degeneración espongiiforme del cerebro por acúmulo de proteínas priónicas.

La alteración del EEG y la detección de la proteína 14.3.3 en LCR tienen alta sensibilidad, pero baja especificidad, por lo que es necesario el apoyo de sospecha clínica. Aunque la única prueba definitiva de esta enfermedad es la biopsia-autopsia, la RM ha demostrado ser de gran utilidad en el diagnóstico temprano. La clave diagnóstica es la hiperintensidad en T2 y FLAIR en los ganglios de la base, tálamos y el cortex, añadiendo secuencias en difusión, que detectan la restricción desde estadios tempranos.

**Conclusión:**

La RM es la prueba de elección ante la sospecha clínica de una enfermedad priónica, siendo la secuencia en difusión la más sensible para detectar la enfermedad en estadios tempranos.





*RM cerebral: FLAIR, DWI y ADC. Hiperintensidad de señal en cabeza de núcleo caudado derecho con restricción de la difusibilidad del agua. (A, B y C, flecha roja). Hiperintensidad de señal en el cortex del hemisferio cerebral derecho con restricción de la difusión. (D, E y F, flecha amarilla).*

### **Bibliografía:**

1. Cohen OS, Chapman J, Korczyn AD, Siaw OL, Warman-Alaluf N, Nitsan Z et al.  
Clinical radiological correlation in E200K familial Creutzfeldt-Jakob disease.  
J Neural Transm . 2016;123(12):1457-1462.
2. Tschampa HJ, Zerr I, Urbach H.  
Radiological assessment of Creutzfeldt-Jakob disease.  
Eur Radiol. 2007 May;17(5):1200-11.

<b>Caso</b>	(194) ÍLEO BILIAR: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.
<b>Autores</b>	Karen Del Castillo Arango Lucía Terán Álvarez, Beatriz Escobar Mallada, Juan Sanz Díaz, Paola Rueda Mejía, Helena Cigarrán Sexto
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Mujer de 73 años con vómitos y dolor abdominal de tres días de evolución. Ausencia de deposiciones. Afebril. Colelitiasis en ecografía un mes antes.

**Discusión:**

La radiografía simple muestra dilatación de asas y una imagen de densidad calcio en hipocondrio derecho (litiasis intravesicular) y otra similar en situación inusual, en hemipelvis izquierda, (litiasis ileal).

Se realiza TC:

Cambios inflamatorios en vesícula, con litiasis de 3 cm en su interior. Hay una fístula al duodeno, que también muestra cambios inflamatorios. Aerobilia. Distensión gástrica y dilatación de asas (38 mm), observando un cambio de calibre en íleon distal (a 10 cm de válvula ileocecal) donde hay otro cálculo de 3 cm. Líquido libre intraabdominal.

Los hallazgos confirman el diagnóstico de íleo biliar.

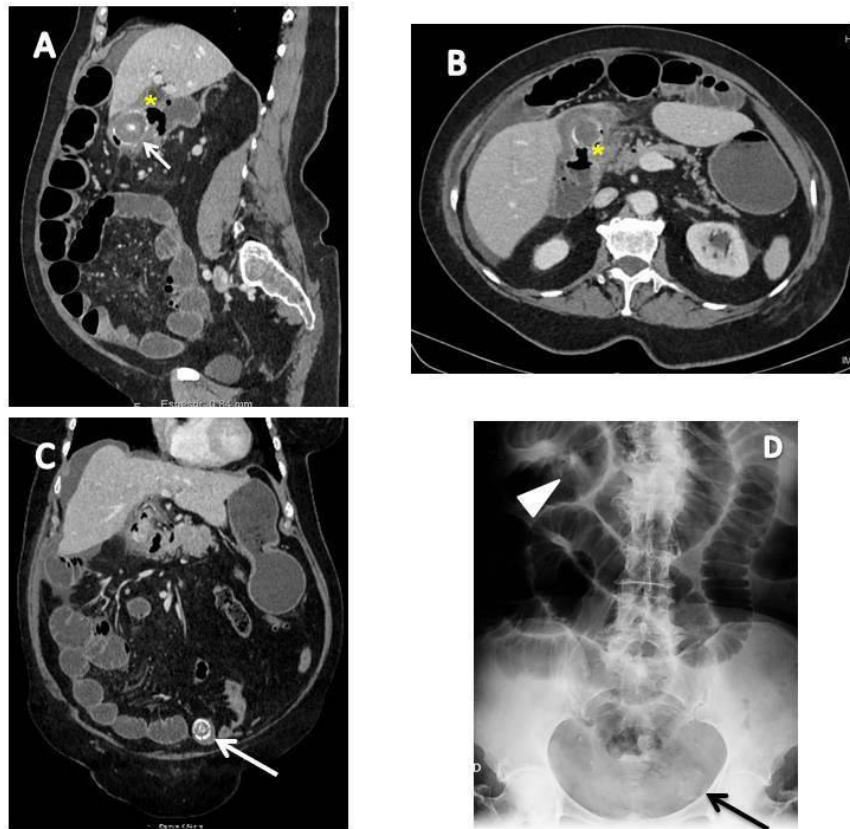
En la radiografía simple los hallazgos clásicos son la tríada de Rigler: aerobilia, obstrucción intestinal y litiasis ectópica (visibles en el 30% de casos). Sin embargo, la presencia de dos signos se considera patognomónico.

La ecografía es útil para identificar colelitiasis, aerobilia, líquido libre y dilatación de las asas; sin embargo, determinar el punto de obstrucción y visualizar la litiasis ectópica es más complicado.

La TC confirma el diagnóstico y localización, grado de la obstrucción y posibles complicaciones.

**Conclusión:**

Es una complicación rara y grave de la colelitiasis. La presentación puede ser aguda, intermitente o crónica. En cualquier caso, la clínica es insidiosa y no suele orientar a patología biliar, lo que complica y retrasa el diagnóstico. Su diagnóstico es con métodos de imagen.



**Fig. 1: A. TC abdominal con CIV. Proyección Sagital. Flecha: Litiasis en vesícula biliar con cambios inflamatorios. Asterisco: Fístula bilioentérica. Aerobilia. Dilatación de asas de delgado. B. Proyección axial. Asterisco: Fístula duodenal. C. Proyección coronal. Flecha: Cálculo en íleon distal. D. Radiografía simple de abdomen. Punta de flecha: Litiasis intravesicular. Flecha negra: Imagen de densidad calcio que coincide con la localización inusual de la litiasis en la TC. Referencias: Hospital Universitario Central de Asturias- Oviedo/ES**

### **Bibliografía:**

-Murphy KP et al. Complete radiological findings in gallstone ileus. J Neurogastroenterol Motil 2012;18(4):448-9.

-CORRAL, M.A. "Radiología de la patología aguda hepatobiliar y pancreática". En: DEL CURA, J.L. et al. La Radiología en Urgencias. Temas de actualidad. Madrid: Médica panamericana, 2006. pp. 69-78.

<b>Caso</b>	(196) Hematuria en un paciente politraumatizado.
<b>Autores</b>	Juan Enrique Gutiérrez Alliende Rogelio Velazco, Carme Lozano
<b>Centro</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

### **Presentación:**

Niña de 11 años sin antecedentes clínicos derivada de Andorra por politraumatismo en relación a accidente de esquí. En TC toraco-abdominal se observa un neumotórax izquierdo asociado a fracturas costales. Es derivada a nuestro centro donde ingresa hemodinámicamente estable refiriendo dolor lumbar izquierdo que requiere manejo con mórficos. En la analítica de ingreso destaca leucocitosis y la presencia de macrohematuria. Se realiza ecografía abdominal que muestra disminución de la ecogenicidad renal izquierda asociado a disminución de la señal doppler por lo que se decide realizar TC abdominal con contraste EV en el que se evidencia una lesión traumática de la arteria renal izquierda a 1 cm de su origen con la consecuente ausencia de captación de contraste de la mayor parte del riñón izquierdo.

### **Discusión:**

Se realiza el diagnóstico de infarto subtotal renal izquierdo secundario a lesión traumática de la arteria renal ipsilateral en contexto de politrauma.

Los politraumatismos son la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y la patología neoplásica, siendo la primera causa de muerte en pacientes menores de 45 años. El riñón es el tercer órgano más afectado en traumatismo abdominal no penetrantes. Las lesiones vasculares renales son el 10% de todas las lesiones renales en politraumatismo no penetrantes. La lesión aislada de la arteria renal después de un traumatismo no penetrante es muy rara, con una incidencia de 0.01% de todos los pacientes traumáticos. La oclusión/laceración de la arteria renal se asocia a mecanismos de desaceleración rápida.

### **Conclusión:**

Si bien las lesiones vasculares en pacientes postraumáticos no penetrantes son raras, se deben sospechar ante politraumatismo graves con mecanismos de aceleración/desaceleración importante (accidente de coche, deportes de riesgo). Se debe sospechar una lesión renal en contexto de politrauma ante un paciente que presenta hematuria (micro/macro), PAS < 90 mmHg, y dolor en flancos.



**TC abdominal. A) Oclusión completa de la arteria renal izquierda a aproximadamente 1 cm de su origen (flecha roja). B) En relación a lo anterior se observa una ausencia de captación de contraste EV de la mayor parte del riñón izquierdo. Persiste perfusión del polo superior.**

### **Bibliografía:**

N. Djakovic, E. Plas, L. Martínez Piñeiro, Th. Lynch, Y. Mor, R.A. Santucci, E. Serafetinidis, L.N. Turkeri, M. Hohenfellner. Guía clínica sobre los traumatismos urológicos. European Association of Urology

Paparel P, N'Diaye A, Laumon B, Caillot JL, Perrin P, Ruffion A. The epidemiology of trauma of the genitourinary system after traffic accidents: analysis of a register of over 43,000 victims. *BJU Int* 2006 Feb;97(2):338-41.

Bruce LM, Croce MA, Santaniello JM, Miller PR, Lyden SP, Fabian TC. Blunt renal artery injury: incidence, diagnosis, and management. *Am Surg* 2001 Jun;67(6):550-4; discussion 555-6

Kawashima A1, Sandler CM, Corl FM, West OC, Tamm EP, Fishman EK, Goldman SM. Imaging of renal trauma: a comprehensive review. *Radiographics*. 2001 May-Jun;21(3):557-74.

<b>Caso</b>	(197) Íleo biliar
<b>Autores</b>	Marta Valle Lara Martínez, Cristina Rodríguez, Inmaculada Herraéz, Francisco Damián, Mario A. Berlioz
<b>Centro</b>	Complejo Asistencial Universitario de León

**Presentación:**

Mujer de 85 años padece dolor abdominal, vómitos y fiebre de 36 horas de evolución. La ecografía muestra aerobilia, colelitiasis múltiple y moderada distensión generalizada de asas de delgado llenas de líquido con disminución del peristaltismo. Ante la sospecha de suboclusión-oclusión de intestino delgado se realiza TC helicoidal multicorte sin contraste oral ni intravenoso por cifras elevadas de creatinina. Se visualiza aerobilia y la vesícula litiásica, desestructurada, con gas en su interior y en íntimo contacto con el duodeno, el cual presenta engrosamiento mural, todo sugestivo de fístula colecistoduodenal. En el íleon terminal, masa hipodensa de pared calcificada de 2,9 cm compatible con cálculo enclavado que produce dilatación de todas las asas de delgado. También se observa líquido libre peritoneal.

**Discusión:**

Hallazgos compatibles con obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar.

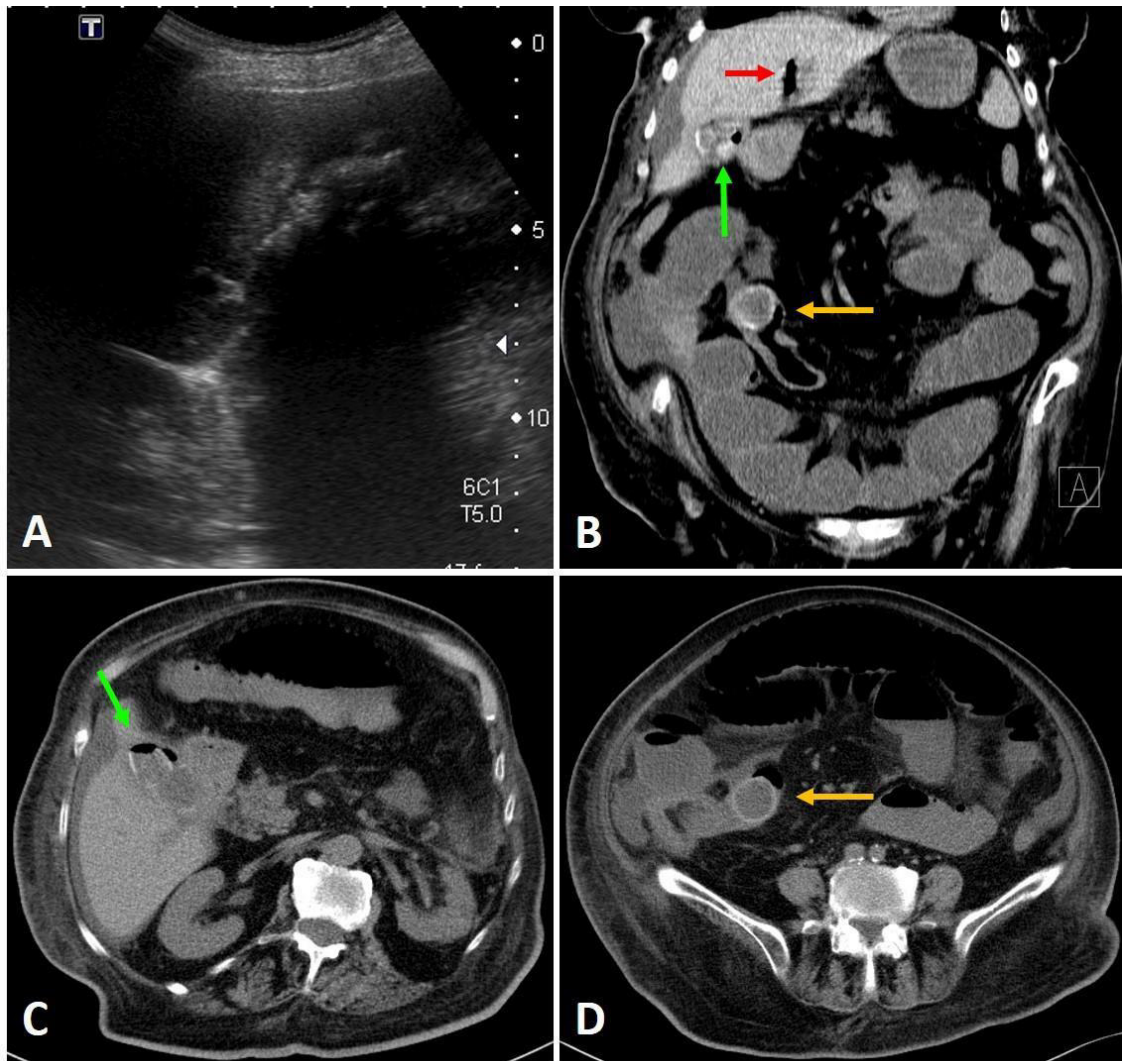
Raramente, la colecistitis crónica litiásica se complica fistulizando y liberando los cálculos al intestino. Cuando la litiasis es mayor de 2,5 cm puede impactarse, normalmente en el íleon terminal, y provocar una oclusión intestinal.

Más frecuente en ancianos, mujeres y obesos, suele cursar como un dolor y distensión abdominal con náuseas y vómitos. La falta de sospecha de colelitiasis y la inespecificidad sintomática suponen en el 50% de los casos un retraso diagnóstico que termina en una laparotomía exploradora, elevando la morbimortalidad del paciente.

El tratamiento suele ser la enterolitotomía con o sin colecistectomía y cierre de la fístula.

**Conclusión:**

El íleo biliar es una patología infrecuente pero grave que se debe sospechar en pacientes con antecedentes de colelitiasis que consultan por cuadro oclusivo intestinal.



**A:** Colelitiasis múltiple con gas intraluminal presente en ecografía abdominal; **B, C y D:** Cortes coronal y axiales de TC de abdomen con colelitiasis desestructurada y gas en su interior (flechas verdes), aerobilia (flecha roja), cálculo enclavado en íleon distal (flechas amarillas) y distensión de asas de delgado.

### Bibliografía:

1. Nuño CM, Marín ME, Figueroa M, L Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg. 2016;27;8(1): 65-76.
2. Vicente D, Garrido M, García D, Montesinos O, Pereda J y Oquillas D. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. Radiología. 2014;56(Espec Cong):1684.

<b>Caso</b>	(198) TRAUMATISMO TORÁCICO: LO IMPORTANTE SON LOS DETALLES
<b>Autores</b>	Marta Elena Gómez Gil Xiomara Plasencia Cruz, Ana Belén Llanos González, Raquel Pérez Pérez, Guadalupe Carrasco Fuentes, Alejandro Moujir Sánchez
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**Presentación:**

Paciente varón de 33 años que acude a Urgencias por traumatismo toracobdominal penetrante con arma blanca. Se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste IV observando: Hematoma de partes blandas en pared lateral de hemitórax izquierdo con punto de sangrado activo dependiente de vasos intercostales, enfisema subcutáneo y hemo neumotórax izquierdo moderado. Consolidaciones en llingula y LII compatibles con contusión/laceración parenquimatosa. Defecto en hemidiafragma izquierdo con herniación del fundus gástrico y líquido libre de localización perigástrica. Fractura del 5º arco costal izquierdo.

**Discusión:**

Se indica cirugía urgente evacuando el hemo neumotórax y se aprecia laceración pulmonar en LII con sangrado activo y fuga aérea. Perforación diafragmática en región cardiofrénica de 3 cm, con herniación y perforación gástrica, presentando contenido alimenticio abundante en cavidad pleural. Se realizó resección atípica del LII y cierre del defecto diafragmático, tras corrección de la herniación y perforación gástrica.

En el traumatismo torácico pueden haber lesiones severas que requieren intervención quirúrgica inmediata.

El TCMD es la técnica de imagen de elección para su diagnóstico, las reconstrucciones multiplanares y volumétricas también sirven de ayuda.

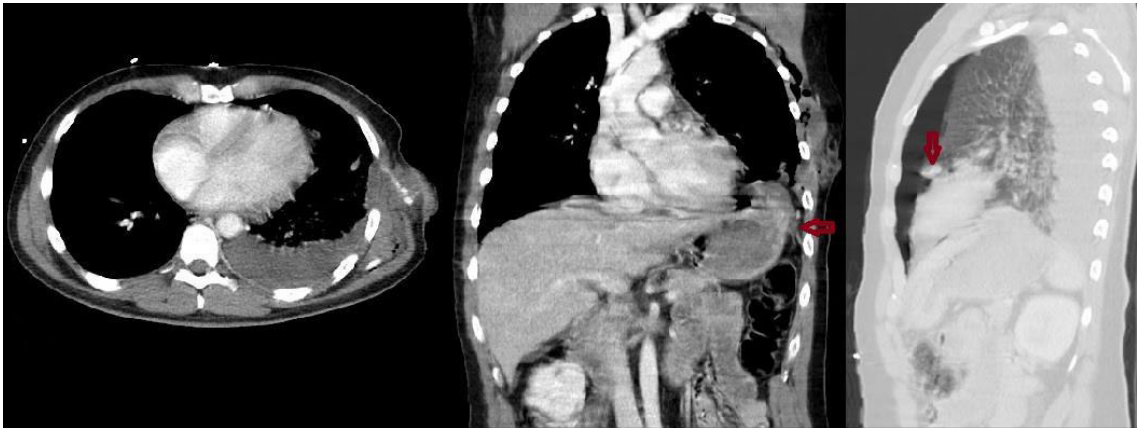
Para la revisión exhaustiva de estas lesiones es necesario realizar un estudio sistemático anatómico.

1. PARED TORÁCICA: partes blandas( enfisema,hematoma) y partes óseas (fracturas).
2. ESPACIO PLEURAL: hemotórax, neumotórax
3. PARÉNQUIMA PULMONAR: contusiones, laceraciones
4. MEDIASTINO: neumomediastino, hemomediastino, lesiones cardíacas, grandes vasos, vía aérea, esófago, pericardio.
6. DIAFRAGMA. hernias

**Conclusión:**



Ante un traumatismo torácico es importante evaluar todas las estructuras anatómicas de forma sistemática mediante TCMD para evitar errores diagnósticos. El radiólogo debe estar familiarizado y debe realizar un informe que sea de ayuda para la cirugía.



**Traumatismo torácico. TCMD. Fig 1: Hematoneumotórax y hematoma de partes blandas con sangrado activo en pared costal izquierda. Fig 2: Hernia diafragmática con herniación del fundus gástrico y líquido libre perigástrico. Enfisema subcutáneo. Fig 3: Laceración en lóbulos. Neumotórax.**

### **Bibliografía:**

- Sridhar S., Raptis C., Bhalla S. Imaging of Blunt Thoracic Trauma. Seminars in Roentgenology 2016;51:3,203-214
- Desir A, Ghaye B. CT of Blunt Diaphragmatic Rupture. RadioGraphics 2012;32:477-49

<b>Caso</b>	(199) A VUELTAS CON EL ESTÓMAGO: VÓLVULO GÁSTRICO ORGANOAXIAL.
<b>Autores</b>	Ana De Menezes Falcao Karen Del Castillo Arango, Ana Isabel Barrio Alonso, Alejandro Cernuda García, María Vicente Quílez, Helena Cigarrán Sexto.
<b>Centro</b>	Hospital Central de Asturias

**Presentación:**

Varón de 94 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en epigastrio, náuseas y vómitos oscuros, de un día de evolución.

**Discusión:**

El vólvulo gástrico consiste en la torsión del estómago de al menos 180° asociado a obstrucción y constituye una causa infrecuente de dolor abdominal agudo.

Clásicamente se describe su presentación clínica con la tríada de Borchard: dolor epigástrico violento, náuseas sin vómitos e incapacidad para introducir correctamente la sonda nasogástrica.

El vólvulo se clasifica según su anatomía en organoaxial o mesenteroaxial. En el organoaxial el estómago gira en torno a un eje longitudinal, de forma que el antro se coloca anterosuperior y el fundus posteroinferior, situándose la curvatura mayor por encima de la menor. Es el más común en adultos y frecuentemente se asocia a hernia paraesofágica.

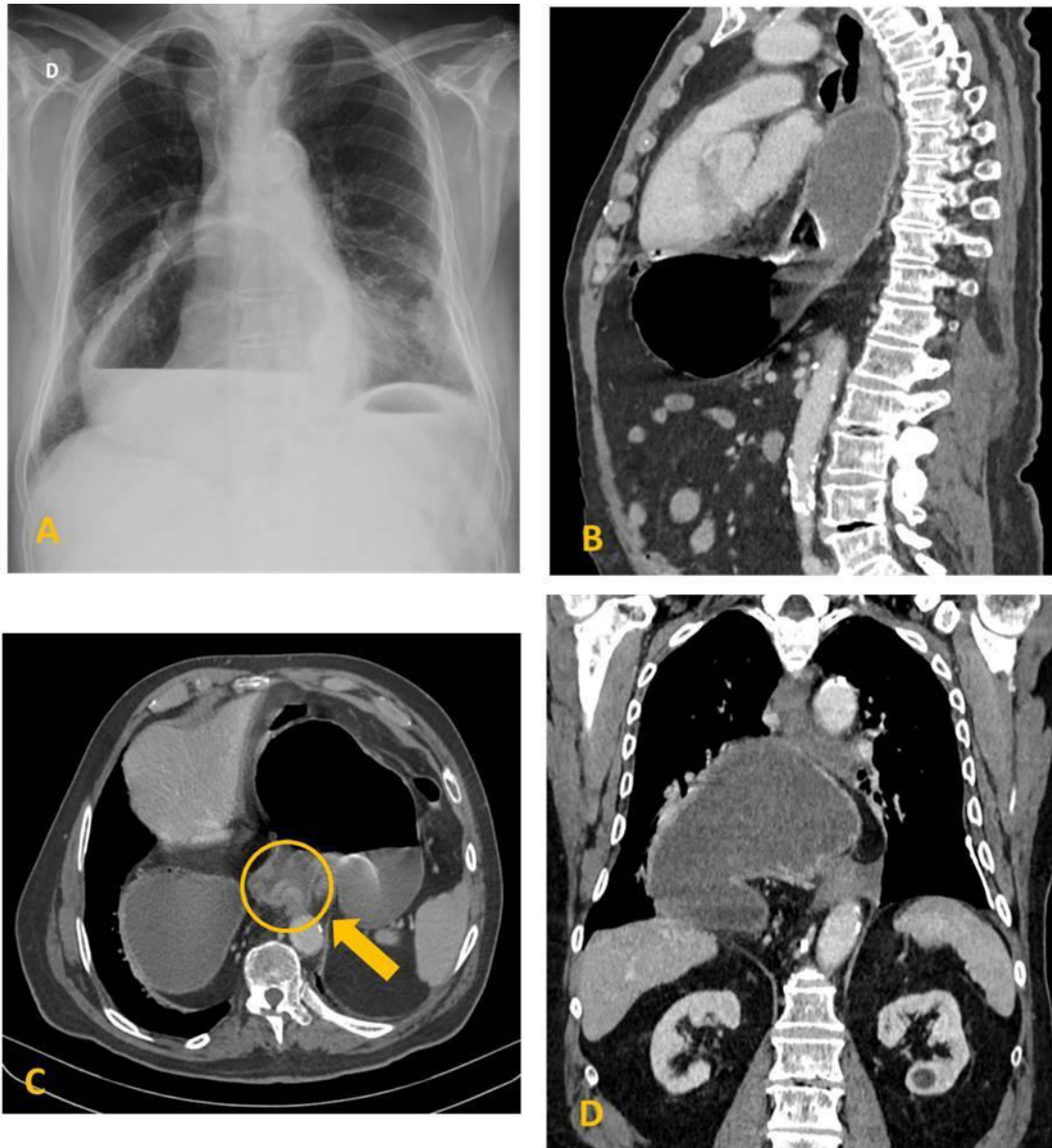
En el mesenteroaxial el estómago rota en torno a un eje transversal, ascendiendo el antro a una posición superior-izquierda, con el fundus en posición inferior-derecha.

El principal diagnóstico diferencial se plantea con la hernia de hiato paraesofágica, en la que las relaciones anatómicas están conservadas y no existe un punto de torsión.

Sus complicaciones más graves son la isquemia y la perforación.

**Conclusión:**

El vólvulo gástrico es una patología infrecuente y en ocasiones con manifestaciones clínicas inespecíficas, por lo que el radiólogo tiene un papel fundamental en su diagnóstico y en la identificación precoz de posibles complicaciones.



**A - Radiografía simple de tórax: Cámara gástrica intratorácica distendida, con doble nivel aéreo. B, C y D - TC abdominal con contraste intravenoso: Vólvulo gástrico organoaxial, secundario a hernia paraesofágica (unión gastroesofágica bien situada). No hay signos de isquemia de pared gástrica.**

### **Bibliografía:**

Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, Carezza JW, Menias CO.

Volvulus of the gastrointestinal tract: appearances at multimodality imaging. *Radiographics*. 2009 Sep-Oct;29(5):1281-93.

<b>Caso</b>	(200) Íleo biliar, una causa de obstrucción intestinal.
<b>Autores</b>	Juan Enrique Gutiérrez Alliende Carne Lozano, Rogelio Velazco
<b>Centro</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

### **Presentación:**

Mujer de 75 años sin antecedentes clínicos de interés consulta en SU por malestar general asociado a dolor centroabdominal en relación a las comidas y vómitos. No presentaba fiebre ni alteración de las deposiciones. Al ingreso destacaba una PCR de 218 mg/L y leucocitosis de 20,470. El TC abdominal muestra una dilatación de asas de intestino delgado asociado a la presencia de una imagen de densidad cálcica localizada en asa ileal de 28 mm de diámetro. En relación a lo anterior se evidenció la vesícula biliar con engrosamiento parietal y en íntima relación con la segunda porción del duodeno.

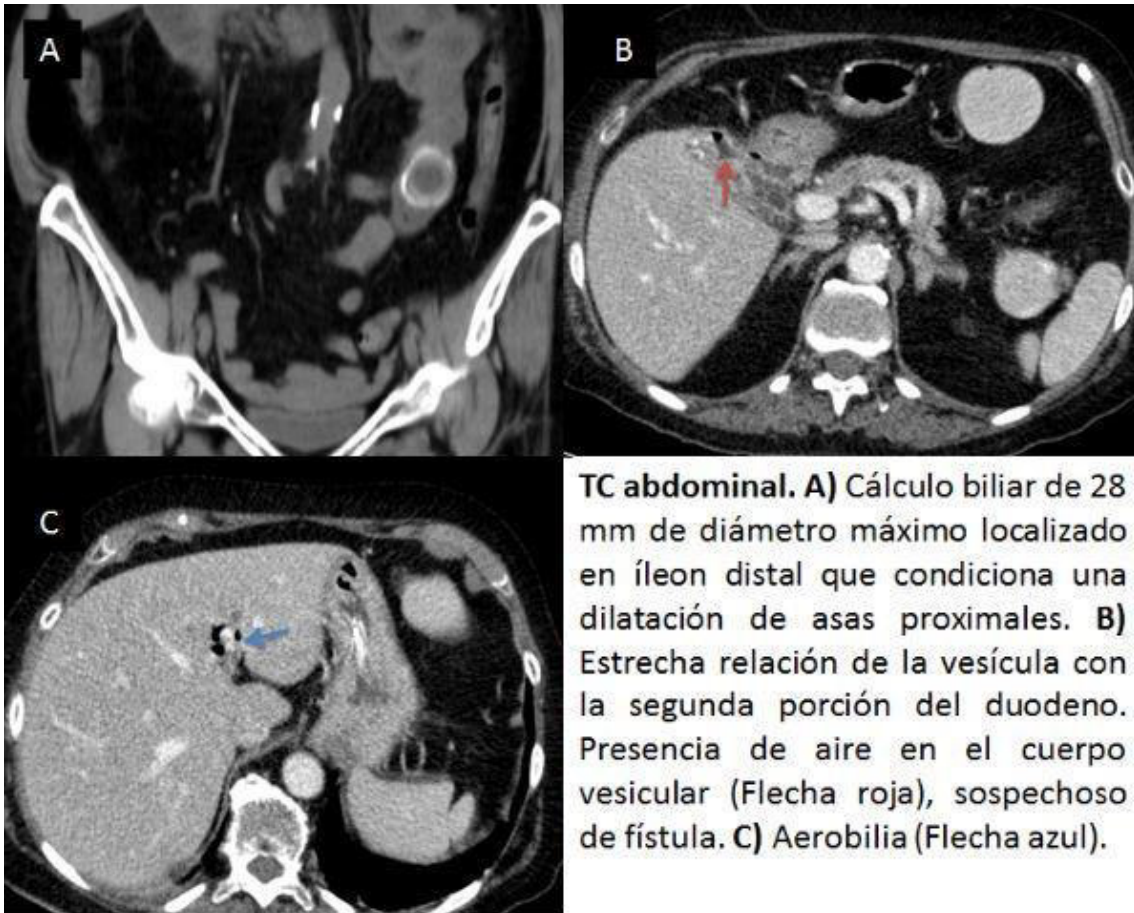
### **Discusión:**

Se realiza el diagnóstico de íleo biliar secundario a fístula colecistoduodenal.

El Íleo biliar es una importante, aunque infrecuente, causa de obstrucción intestinal de tipo mecánica que normalmente afecta a pacientes de avanzada edad. El cálculo biliar ingresa al tracto digestivo a través de una fístula colecisto-duodenal, que ocurre en el 2% de los pacientes asociada a colelitiasis. También existen casos de fístula colecisto-colónica y colecisto-gástrica. El 70% de los cálculos impactan en el íleon, seguidas del yeyuno y estómago. La triada de Rigler (litiasis biliar ectópica, obstrucción intestinal y aerobilia) dan el diagnóstico radiológico definitivo pero rara vez se encuentra completa.

### **Conclusión:**

El íleo biliar es una patología infrecuente pero que se debe tener en consideración como causa de obstrucción intestinal especialmente en pacientes de edad avanzada con antecedente de colelitiasis. Su presentación clínica es variada y puede ir desde síntomas de suboclusión/oclusión intestinal a los asociados a cuadros infecciosos de la vía biliar como colangitis/coleccistitis.



**TC abdominal. A) Cálculo biliar de 28 mm de diámetro localizado en íleon distal que condiciona una dilatación de las asas proximales. B) Estrecha relación de la vesícula con la segunda porción del duodeno. Aire intra vesicular (flecha roja). C) Aerobilia (flecha azul).**

### **Bibliografía:**

Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg* 2014; 259:329.

Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 185:1159.

Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007; 31:1292.

<b>Caso</b>	(201) Dolor cervicotorácico inusual y urgente.
<b>Autores</b>	María Luisa Collado Torres C. Cortés León, Y. Cepeda Ibarra, A.alcolado Jaramillo V.cuartero Revilla, L. Gómez-pimpollo García.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda

### **Presentación:**

Mujer de 79 años que acude a urgencias por dolor súbito occipito - cervical irradiado a región interescapular, con sensación opresiva en el pecho. Como antecedentes de interés destacan insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, tratada con anticoagulación. No refiere antecedente traumático. Con la sospecha clínica de síndrome aórtico agudo nos solicitan una angioTC de aorta, donde se descarta esta entidad. No obstante, en la lectura sistemática de la angioTC se identifica un aumento de densidad en el canal medular a nivel cérvico-dorsal compatible con colección epidural espinal. Se indica la realización de RM urgente, presentando la paciente durante la preparación abruptamente paraplejía y nivel sensitivo D8- D9. En la RM de columna se confirma la sospecha de colección epidural posterior de C2 a T1.

### **Discusión:**

Los hallazgos son compatibles con hematoma epidural espinal espontáneo, confirmándose tras la laminectomía descompresiva.

Nuestro caso pone de manifiesto la importancia de una lectura completa y sistemática de los estudios de imagen, para evitar que puedan pasar inadvertidos hallazgos que traducen patología con alta morbimortalidad que requiere actuación urgente.

### **Conclusión:**

Los hematomas epidurales espinales son una condición clínica infrecuente pero con serias consecuencias. Su etiología es diversa, pudiendo ser yatrogénicos (punción lumbar, anestesia epidural) o espontáneos (40% del total), que se pueden asociar a componente tumoral o a anticoagulación, como en nuestro caso.

La TC es útil en fase hiperaguda (menos de 12 horas) o aguda (de 1-3días), siendo la técnica de imagen preferente la RM. Resulta complejo diferenciar hematoma subdural-epidural, siendo útil la morfología (cóncavo-subdural, convexo-epidural), así como visualizar la grasa epidural en caso de colección subdural. El tratamiento es quirúrgico principalmente, siendo el tiempo de evolución y la afectación neurológica iniciales los principales factores pronósticos.



**Imágenes 1 y 3. TC abdominal axial (imagen 1) y MPR sagital columna (imagen 3) con contraste endovenoso. Se identifica un sutil aumento de densidad en el canal medular a nivel dorsal (1 y 3) y lumbar (3) (flechas amarillas). Imágenes 2 y 4. RM sagital potenciada en T2 TSE de cráneo-columna cérvico-dorsal (imagen 2) y dorso-lumbar (imagen 4). Se identifica una extensa colección epidural posterior de C2 a T1 de señal heterogénea. Predomina la señal intermedia (hiperintensidad menor que la del LCR), con focos hiperintensos y escasas áreas de baja señal en su polo superior. Hiperseñal en cuerpos vertebrales D2 y D10 compatible con la presencia de hemangiomas así como cambios degenerativos osteodiscales de predominio lumbar.**

### **Bibliografía:**

Braun P, Kazmi, Nogués Meléndez P, Aparici-Robles F. MRI findings in spinal hematomas. *European Journal of Radiology* 2010;64:119-125.

Falavigna A, Righesso O, Roberto Teles A, Hoesker T. Spontaneous idiopathic spinal epidural hematoma: two different presentations of the same disease. *COLUMNA/ COLUMNA*. 2010;9(3):338-342.

Liu W-H, Hsieh C-T, Chiang Y-H, Chen G-J. Spontaneous spinal epidural hematoma of thoracic spine: a rare case report and review of literature. *The American Journal of emergency medicine*. 2008.

<b>Caso</b>	(202) SEPSIS DE ORIGEN DESCONOCIDO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE
<b>Autores</b>	Marta Elena Gómez Gil Melanie Moana Sánchez, Raquel Pérez Pérez, Olga María García Hernández, Juan Alfonso Bonilla Arjona, María Mercedes Cruz Díaz
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**Presentación:**

Paciente varón de 70 años que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de 3 semanas de evolución. Como antecedentes personales es diabético tipo 1. Presenta datos clínicos y analíticos de sepsis. Se le realiza Radiografía de Tórax que es normal. Se decide realizar TC de abdomen y pelvis con contraste iv observando vejiga con gran divertículo en la pared posterior. Abundante contenido aéreo en el interior de las paredes vesicales y grasa perivesical así como burbujas aéreas endoluminales.

**Discusión:**

Los hallazgos radiológicos son compatibles con una cistitis enfisematosa perforada.

Es una enfermedad rara en la que las bacterias forman gas en la pared vesical y en la luz, con inflamación aguda de la mucosa y de la muscular de la vejiga. La *Escherichia coli* y el *Enterobacter* son las bacterias implicadas con más frecuencia.

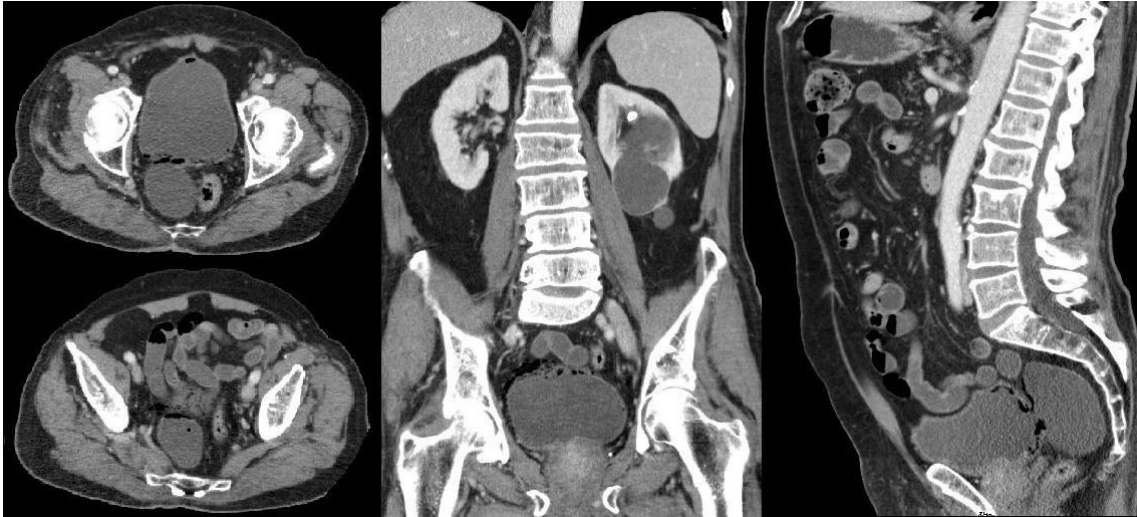
Las mujeres se afectan el doble que los varones. El factor predisponente más importante es la diabetes. Otros factores predisponentes son la infección crónica del tracto urinario, la obstrucción en el tracto de la salida y la vejiga neurógena. A veces coexiste con la pielitis y la pielonefritis enfisematosa. El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con las fístulas vesicales.

La TC es la técnica de elección debido a su alta sensibilidad y especificidad en la detección de aire intraabdominal. La principal complicación es la perforación vesical con peritonitis y sepsis.

**Conclusión:**

La cistitis enfisematosa es una etiología infrecuente de sepsis abdominal aunque es importante conocerla por su severidad y por sus graves complicaciones. La TC es la técnica de elección que permite el diagnóstico para ayudar en el tratamiento precoz.





***Cistitis enfisematosa. TCMD. Se aprecia gran divertículo vesical en pared posterior. Burbujas aéreas intramurales vesicales así como perivesicales e intraluminales.***

### **Bibliografía:**

- Grayson DE, Abbott RM, Levy AD. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. *Radiographics* 2002.22(3):543-61.
- Eken A, Alma E. Emphysematous cystitis: The role of CT imaging and appropriate treatment. *Canadian Urological Association Journal*. 2013;7(11-12)

<b>Caso</b>	(203) Hemorragia adrenal bilateral en el postoperatorio de una hemicolectomía derecha
<b>Autores</b>	Patricia Menal Muñoz Beatriz Carro Alonso, Blanca Madariaga Ruiz, Noelia Padrón Rodríguez, Ruth Domene Moros, Helena Esteban Cuesta
<b>Centro</b>	HCU "Lozano Blesa"

### **Presentación:**

Mujer de 65 años diagnosticada de adenocarcinoma de colon en estadio T3N0Mx, que en el 5º día postoperatorio de una hemicolectomía derecha comienza con dolor abdominal, estupor, fiebre e hipotensión. Ante la sospecha de una complicación quirúrgica intrabdominal, se realiza un TC, en el que llama la atención el gran tamaño de las glándulas adrenales, de aspecto heterogéneo, con áreas hiperdensas y afectación de la grasa perirenal izquierda (Figura). Estos hallazgos radiológicos, compatibles con una hemorragia adrenal bilateral, se confirman posteriormente con determinaciones analíticas de insuficiencia suprarrenal.

### **Discusión:**

La hemorragia adrenal es una entidad poco frecuente, que puede ser uni o bilateral. Sus causas se dividen en traumáticas y espontáneas, agudas o crónicas. Las hemorragias no traumáticas pueden ser secundarias a situaciones de estrés, como nuestro caso, por sepsis, quemados, cirugías, embarazos y coagulopatías.

Las manifestaciones clínicas son poco específicas y fácilmente atribuibles a otras complicaciones postquirúrgicas, lo que puede condicionar un retraso diagnóstico que comprometa gravemente el pronóstico del paciente. Las manifestaciones radiológicas en ecografía o TC dependerán del estadio evolutivo del hematoma. En la fase aguda, en el TC basal aparecerán unas glándulas aumentadas de tamaño, heterogéneas y con densidad elevada (50-90 UH). Tras la administración de contraste no se producirá realce de las mismas, lo que indica ausencia de sangrado activo. En muchas ocasiones, como nuestro caso, son hallazgos incidentales en estudios realizados en pacientes intervenidos recientemente en estado de shock.

### **Conclusión:**

Es importante la sospecha clínica de esta entidad y su confirmación radiológico-analítica lo antes posible, ya que una rápida instauración de terapia sustitutiva con corticoides puede evitar un desenlace, que sin tratamiento puede ser fatal.



**TC abdomen con CIV corte axial (A) y reconstrucción coronal (B). Aumento de tamaño ambas glándulas adrenales, heterogéneas y con valores de atenuación elevados (flechas blancas). Afectación de la grasa del espacio perirrenal izquierdo. Hallazgos compatibles con hemorragia adrenal bilateral.?**

### **Bibliografía:**

1. Elsayes KM, Emad-Eldin S, Morani AC, Jensen CT.  
Practical Approach to Adrenal Imaging.  
Radiol Clin North Am. 2017;55(2):279-301.
2. Hammond NA, Lostumbo A, Adam SZ, Remer EM, Nikolaidis P, Yaghmai V et al.  
Imaging of adrenal and renal hemorrhage.  
Abdom Imaging. 2015;40(7):2747-60.

<b>Caso</b>	(204) Infarto renal: una causa rara de dolor agudo en flanco y la importancia de un diagnóstico precoz
<b>Autores</b>	Xenia Codó José Luis Abades
<b>Centro</b>	Hospital San Pedro

### **Presentación:**

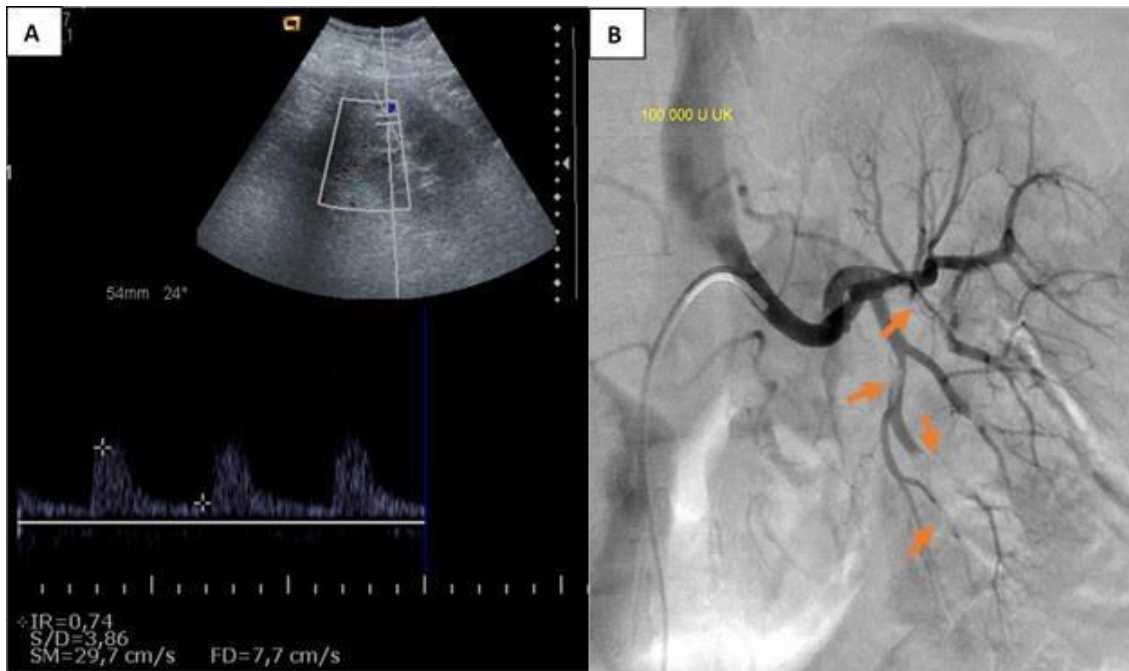
Mujer de 73 años monorrena izquierda con FRCV. Presenta dolor en flanco izquierdo de 24h de evolución, fiebre, leucocitosis y microhematuria. Ante la sospecha de pielonefritis ingresa y su función rena empeora (creatinina 3mg/dL). En la ecografía, el riñón izquierdo es hipertrófico compensador. Los registros doppler venosos y arteriales son normales en el hilio e intraparenquimatosos (varias mediciones en polo superior, inferior y tercio medio) con señal doppler color homogénea. En la TCMD sin contraste únicamente destaca discreta rarefacción de la grasa perirrenal. A pesar de no demostrarse alteraciones en la perfusión renal con la ecografía doppler, se sospecha de infarto renal por una elevación de la LDH y la elevación de la creatinina en analítica por lo que se realiza una arteriografía observando defectos de repleción en varias arterias intraparenquimatosas, compatibles con émbolos. Hallazgos que confirman el diagnóstico de infarto renal. El paciente se trata con dosis terapéuticas de HBPM, pese a ello evoluciona con deterioro progresivo de función renal, precisando diálisis.

### **Discusión:**

El infarto renal es un proceso grave e infradiagnosticado, presentándose como un dolor agudo en flanco con hematuria, proteinuria, fiebre o leucocitosis(1). La TA y el LDH están elevados(2)(3). Las principales causas son tromboembolismo por trombos en cavidades cardíacas o arterioesclerosis. Los datos clínico-analíticos inespecíficos puede llevar a un diagnóstico inicial erróneo (cólico renal, pielonefritis, isquemia mesentérica) y retrasar la introducción del tratamiento(4); haciendo el diagnóstico radiológico fundamental. En la TCMD con contraste intravenoso en fase corticomedular, los infartos aparecen como defectos segmentarios/difusos en el parénquima renal(5). Sin contraste intravenoso los hallazgos son inespecíficos(4). La ecografía tiene baja sensibilidad (en una serie de casos fue diagnóstica en el 11% de los casos(4)) dado que ecográficamente se realiza un registro de algunas arterias intraparenquimatosas, no evaluando la totalidad de ellas. La arteriografía, a pesar de ser una técnica invasiva, es la prueba de referencia dado su elevada sensibilidad en el diagnóstico(4) y puede ser terapéutico en el mismo proceso(6)(7).

### **Conclusión:**

Ante una elevada sospecha clínica de infarto renal y registros Doppler ecográficos normales, se debe realizar otras pruebas radiológicas como la TCMD con contraste intravenoso y/o arteriografía; siendo ésta la de referencia dado que es diagnóstico y terapéutica en el mismo acto. Un diagnóstico precoz asegura un mejor pronóstico.



A) Ecografía Doppler renal. Demuestra un registro normal de una arteria intraparenquimatosa con un índice de resistencia en los límites altos de la normalidad. Se hicieron varios registros a nivel del hilio, polo superior, inferior y tercio medio.

B) Arteriografía selectiva de arteria renal izquierda. Se observan varios defectos de repleción en arterias segmentarias e interlobulares, compatibles con émbolos (flecha naranja).

**A) Ecografía Doppler renal. Demuestra un registro normal de una arteria intraparenquimatosa con un índice de resistencia en los límites altos de la normalidad. Se hicieron varios registros a nivel del hilio, polo superior, inferior y tercio medio. B) Arteriografía selectiva de arteria renal izquierda. Se observan varios defectos de repleción en arterias segmentarias e interlobulares, compatibles con émbolos (flecha naranja).**

### Bibliografía:

1. Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, Tamm EP, Goldman SM, Fishman EK. CT evaluation of renovascular disease 1. Radiographics. 2000;20(5):1321–1340.
2. Paris B, Bobrie G, Rossignol P, Le Coz S, Chedid A, Plouin P-F. Blood pressure and renal outcomes in patients with kidney infarction and hypertension. J Hypertens. 2006;24(8):1649–1654.
3. London IL, Hoffsten P, Perkoff GT, Pennington TG. RENAL INFARCTION: Elevation of Serum and Urinary Lactic Dehydrogenase (LDH). Arch Intern Med. 1968 Jan 1;121(1):87–90.
4. Hazanov N, Somin M, Attali M, Beilinson N, Thaler M, Mouallem M, et al. Acute Renal Embolism: Forty-Four Cases of Renal Infarction in Patients With Atrial Fibrillation. Medicine (Baltimore). 2004 Sep;83(5):292–9.

5. Urban BA, Fishman EK. Tailored Helical CT Evaluation of Acute Abdomen 1: (CME available in print version and on RSNA Link). *Radiographics*. 2000;20(3):725–749.
6. Lopez V, Glauser J. A case of renal artery thrombosis with renal infarction. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(3):302.
7. Robinson S, Nichols D, MacLeod A, Duncan J. Acute Renal Artery Embolism: A Case Report and Brief Literature Review. *Ann Vasc Surg*. 2008 Jan;22(1):145–7.

<b>Caso</b>	(205) El cólico renoureteral como dilema diagnóstico.
<b>Autores</b>	María Luisa Collado Torres I. Hernández Delgado, C. Cortés León, M. R. Torres Navarro, T. Fontanilla Echeveste.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda.

**Presentación:**

Mujer de 58 años que acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha que no remite con analgesia. No antecedentes de interés. Elevación progresiva de los valores sanguíneos de creatinina, aunque no en rangos alarmantes. Con la sospecha clínica de cólico renoureteral complicado nos solicitan ecografía de aparato urinario urgente. Hallazgos ecográficos: Ausencia de litiasis. Vía urinaria no dilatada. Tras somero estudio Doppler color, muy dificultado por mala ventana acústica, existe dudoso defecto de repleción en venas renales. Líquido libre perihepático y pelvis. Ante los hallazgos se amplía estudio realizando TC abminopélvico con CIV urgente. Existen defectos de repleción en ambas venas renales, además de en vena ovárica izquierda en relación con trombosis. Retraso en la captación de contraste a nivel cortical renal bilateral y líquido libre (ver pies de foto) como datos funcionales e inflamatorios asociados.

**Discusión:**

La trombosis de la vena renal en adultos sanos es una entidad infrecuente. Se define como la formación de un trombo en la vena principal o sus ramas. Puede presentarse como dolor en flanco, hematuria y deterioro de la función renal, por lo que el diagnóstico diferencial es amplio. Es fundamental el diagnóstico correcto por las posibles complicaciones (TEP en el 50%) y opciones de tratamiento (anticoagulación-fibrinólisis).

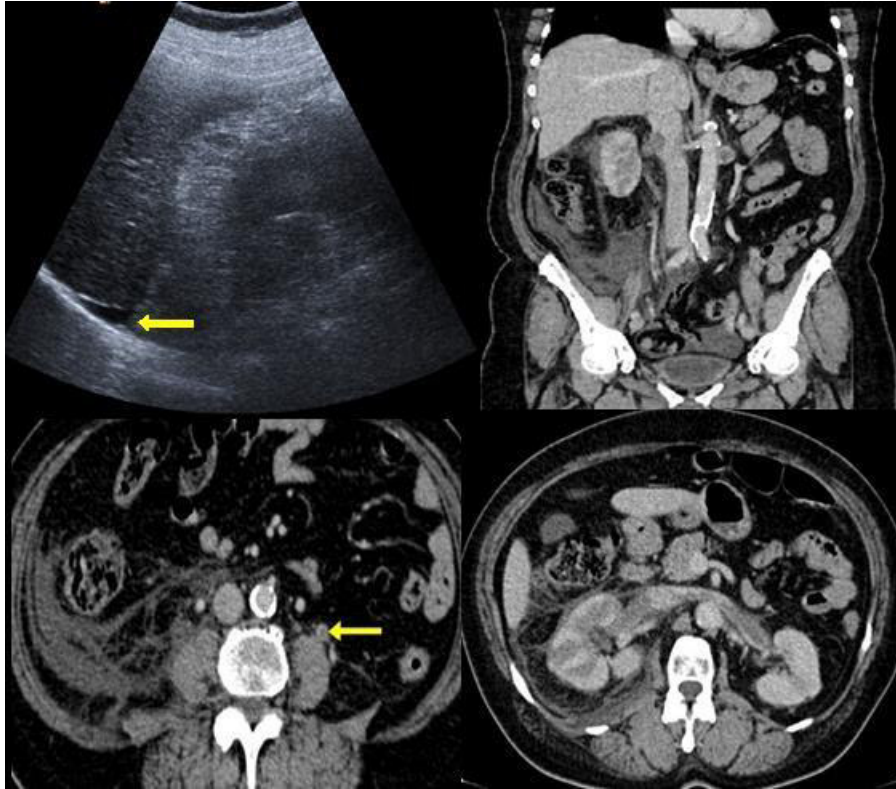
**Reflexión docente:**

La ausencia de los resultados ecográficos esperados para CRU y la presencia de signos de alarma nos indujeron a reorientar la sospecha diagnóstica y ampliar el estudio.

Queremos destacar la utilidad de identificar hallazgos ecográficos de alarma, así como la necesidad y la importancia de que el radiólogo realice una nueva orientación clínica del paciente a la vista de los hallazgos.

**Conclusión:**

Ante la presencia de disociación clínico radiológica en la ecografía inicial y el empeoramiento del paciente en el contexto urgente puede resultar útil la ampliación de estudio para un abordaje rápido y un diagnóstico certero.



**Imagen 1.** Ecografía abdominal con sonda de 4MHz. Se visualiza líquido libre perihepático (flecha amarilla). Fosa renal derecha con mala ventana acústica. **Imagen 2.** TC, reconstrucción MPR coronal. Líquido libre en pelvis, gotiera paracólica derecha y perihepático **Imagen 3.** TC de abdomen con contraste endovenoso (fase venosa). Defecto de repleción en el interior de la vena ovárica izquierda, aumentada de calibre, (flecha amarilla) compatible con trombosis venosa aguda. **Imagen 4.** TC de abdomen con contraste endovenoso (fase venosa). Asimetría en el tamaño renal y trabeculación de la grasa perirrenal derecha. Extensos defectos de repleción de baja atenuación en ambas venas renales con aumento de calibre que confirman la trombosis.

### **Bibliografía:**

Wang et al. BMC Urology (2015) 15-61.

Salih SB, Al Durihim H, Al Jizeeri A, Al Maziad G. Acute renal infarction secondary to atrial fibrillation - mimicking renal stone picture. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2006;17(2):208–12.



<b>Caso</b>	(208) Hematoma subdural laminar
<b>Autores</b>	Antonia Mora Jurado A. Rivera Domínguez, F.j. Fernández De Usagre, J.a.porfirio Camacho
<b>Centro</b>	HUV Macarena

**Presentación:**

Mujer de 80 años, anticoagulada, que acude a urgencias por traumatismo cráneo-encefálico con pérdida de conciencia. Se realiza TCMD de cráneo sin contraste i.v. observándose un engrosamiento hiperdenso de la mitad derecha del tentorio en relación con hematoma subdural laminar, que era más evidente y había aumentado su extensión en el control radiológico a las 24 horas realizado al paciente.

**Discusión:**

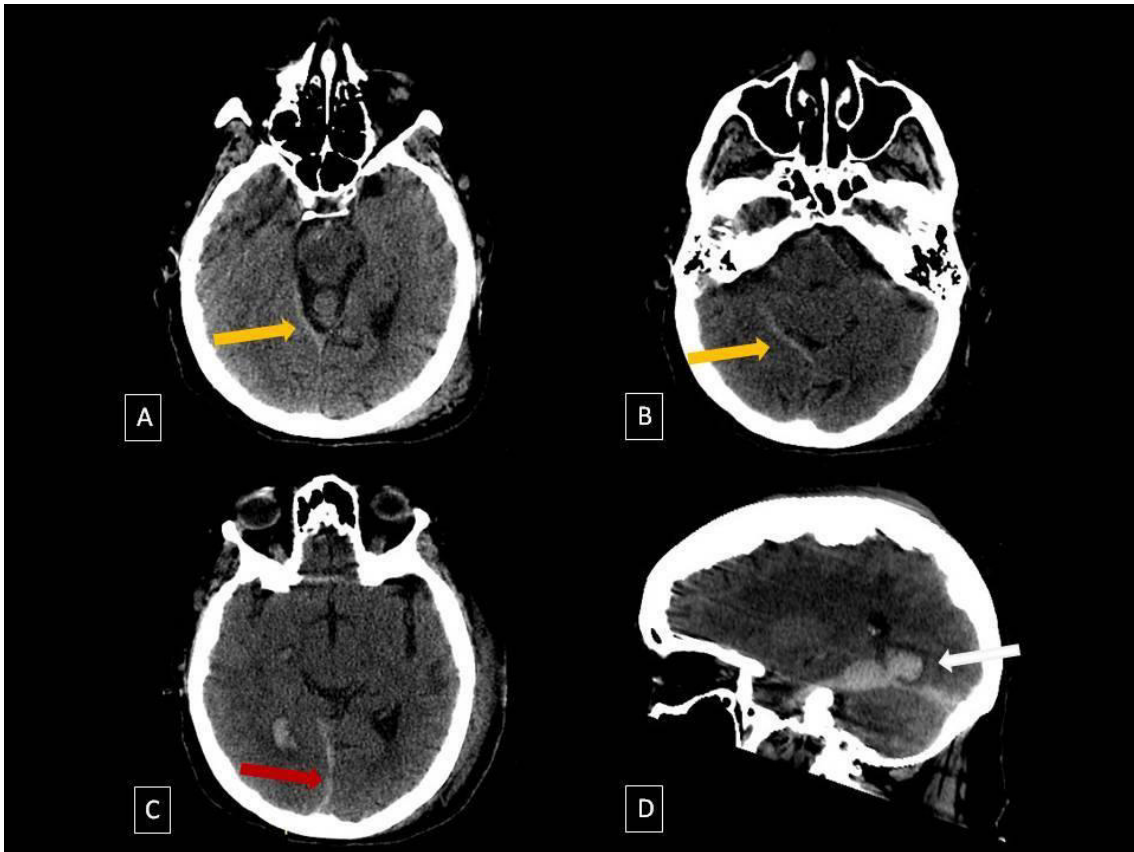
Los hematomas subdurales laminares reciben su nombre por su morfología de fina lámina que se acumula sobre la tienda del cerebelo y se extiende en sentido ascendente por la cisura interhemisférica y por el espacio lateral. Son los hematomas subdurales más difíciles de diagnosticar porque se confunden con el tentorio y la hoz del cerebro pudiendo pasar desapercibidos.

Existen situaciones que pueden inducir al radiólogo al error como cuando coincide un hematoma subdural laminar con una osificación de la hoz cerebral. La diferencia radicarán en que el hematoma subdural laminar va a rodear el borde del seno venoso longitudinal superior del lado en el que se encuentra.

**Conclusión:**

Los hematomas subdurales laminares son difíciles de diagnosticar pudiendo pasar desapercibidos a los radiólogos inexpertos.

El conocimiento de los signos clave para su diagnóstico va a jugar un papel fundamental en su correcta identificación.



**FIGURAS A Y B:** TCMD de cráneo sin contraste i.v, cortes axiales. Engrosamiento hiperdenso del tentorio derecho, más evidente en la figura B, en relación con hematoma subdural laminar (flecha amarilla). Hematoma subgaleal occipital izquierdo. **FIGURAS C Y D:** Control de TCMD a las 24h. **C:** Corte axial donde se observa extensión del hematoma hacia la cisura interhemisférica, con incurvación hacia la derecha que contornea de forma característica el borde lateral derecho del seno longitudinal superior (flecha roja). **D:** Corte sagital observándose componente intraparenquimatoso del hematoma con rotura endimaria y paso de sangre al asta occipital del ventrículo lateral del mismo lado (flecha blanca).

### Bibliografía:

-[www.elbauradiologico.com/2012/08/hematoma-subdural-laminar-deteccion.html](http://www.elbauradiologico.com/2012/08/hematoma-subdural-laminar-deteccion.html)

-Reed D , Robertson WD , Graeb DA , Lapointe JS , Nugent RA , Woodhurst WB. Acute subdural hematomas: atypical CT findings. AJNR Am J Neuroradiol. 1986 May-Jun; 7 (3): 417-21.

<b>Caso</b>	(209) Torsión tubárica: Cómo sospecharla?
<b>Autores</b>	María Luz Parra Gordo María Luz Parra Gordo, Josima Luchsinger Heitmann, Paloma Largo Flores, Juan Antonio Del Pozo Jiménez, Saturnino González Ortega, Daniel Tejedor Segura.
<b>Centro</b>	Servicio de radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa. Universidad Autónoma.

**Presentación:**

Mujer de 31 años portadora de dispositivo intrauterino (DIU) normoposicionado según última revisión ginecológica hace 2 meses. Acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha de dos días de evolución, con peritonismo. En analítica destacan 9200 leucocitos con neutrofilia del 82% y test de embarazo negativo. Se solicita ecografía abdominal urgente por sospecha de apendicitis. El estudio muestra sonda de Foley intravesical con vejiga escasamente distendida, un ovario derecho aumentado de tamaño, con una lesión quística adyacente de 8 cm anterior al útero. No se consigue identificar el apéndice cecal. Se solicita TC abdominal, no identificando signos de apendicitis aguda. Se aprecia ovario derecho aumentado de tamaño y la lesión quística con engrosamiento de su pared izquierda que desplaza posteriormente el útero. Se sugiere la posibilidad de absceso pélvico, sin descartar endometrioma o quiste paraovárico. El servicio de Cirugía General realiza cirugía laparoscópica sin evidencia de apendicitis realizando apendicectomía reglada. Llama la atención el aspecto necrótico del ovario derecho, por lo que realizan salpinguectomía y anexectomía. La anatomía patológica confirma apéndice cecal sin alteraciones significativas. El ovario derecho presenta aumento de tamaño con signos de necrosis con trompa uterina derecha dilatada con marcada hemorragia, congestión y focos de necrosis hemorrágica. Los hallazgos están en relación con torsión de trompa de Falopio y necrosis hemorrágica del ovario derecho.

**Discusión:**

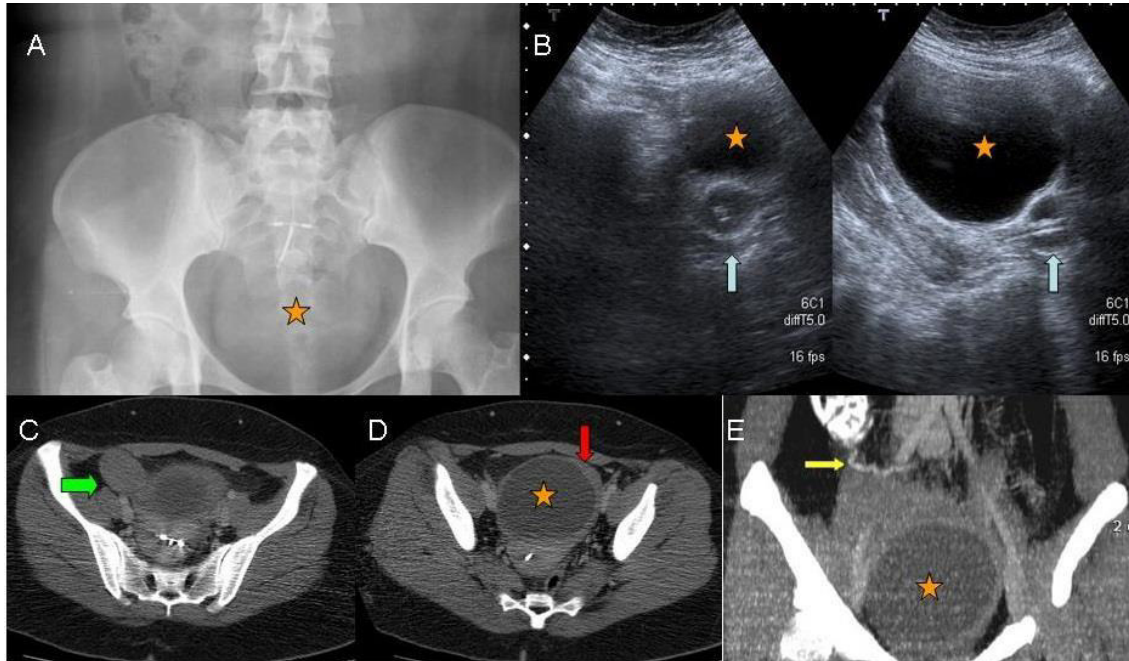
Los síntomas de torsión tubárica son inespecíficos y pueden simular apendicitis aguda, torsión de un quiste ovárico, embarazo ectópico tubárico, rotura de folículo ovárico, enfermedad inflamatoria intestinal y colico renal.

Es más frecuente en la trompa derecha (2:1), suele ocurrir en la fase periovulatoria y es muy rara en mujeres postmenopáusicas. Es más frecuente si existen antecedentes de hidrosalpinx, ligadura de trompas y adherencias pélvicas.

En ecografía, es una masa quística compleja con pared ecogénica que se estrecha hacia el cuerno uterino. En tomografía computarizada (TC) abdominal, se identifica una masa hipodensa bien delimitada y con engrosamiento mural asimétrico que corresponde al ligamento ancho engrosado. Puede asociar cambios inflamatorios en la grasa pélvica adyacente y engrosamiento de los ligamentos uterosacros.

**Conclusión:**

La torsión tubárica es una patología muy infrecuente y su clínica es inespecífica. Esta rara complicación debería considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico agudo en las mujeres, sobre todo si hay antecedentes de esterilización tubárica. Sin embargo, en la mujer joven con torsión espontánea, el diagnóstico precoz es esencial y se debe realizar la laparoscopia precoz para evitar las secuelas graves.



Radiografía simple de abdomen centrada en pelvis menor (imagen A) que muestra aumento de densidad en pelvis menor (estrella). En ecografía (imagen B), se observa una masa quística supravaginal (sonda de Foley con flechas azules) que desplaza el útero posteriormente. En TC abdominal (imágenes C, D, E), se identifica el ovario derecho aumentado (flecha verde), una masa hipodensa bien delimitada (estrella), engrosamiento mural asimétrico que corresponde al ligamento ancho engrosado (flecha roja) y desplazamiento de arteria ovárica derecha (flecha amarilla).

### Bibliografía:

Gorostidi Pulgar M, Rodríguez Santos J, Otalora de la Serna A, Gabarain Astorqui M, Albisu Altolaquirre M. Torsión tubárica tras ligadura de trompas. *Prog Obstet Ginecol* 2006;49:537-539

Dedecker F, Graesslin O, Khider Y, Fortier D, Quereux C, Gabriel R. Isolated torsion of the Fallopian tube in a 15-year old adolescent. About one case. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31: 1036-1038.

Rizk DE, Lakshminarasimha B, Joshi S. Torsion of the fallopian tube in an adolescent female: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002;15:159-161

Álvarez E, Vilouta M, González-González A, Gómez-Sánchez D, Iglesias D, Trillo P. Torsión aislada de trompa de Falopio. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2010;37:85-87.

Skinner S, Voyvodic F, Scroop R, Sanders T. Isolated tubal torsion: CT features. *Clin Radiol.* 2001;56:155-156.

<b>Caso</b>	(211) Síndrome de Lemierre
<b>Autores</b>	Antonia Mora Jurado A.rivera Domínguez, C.izco García-cubillana, L.cuesta Lujano, R.a.domínguez García
<b>Centro</b>	HUV Macarena

### **Presentación:**

Mujer de 28 años con alergia a penicilina, que consulta por fiebre, tos, dificultad respiratoria y dolor costal derecho. Realizó tratamiento con claritromicina la semana anterior por cuadro de faringo-amigdalitis aguda. En la analítica se observó marcada leucocitosis, plaquetopenia y valores de insuficiencia respiratoria; y en la radiografía de tórax se observaban tenues nódulos pulmonares, de predominio periférico, asociados a derrame pleural. Ante la sospecha de embolismos pulmonares secundarios a infección previa faringo-amigdalar se solicita TCMD cervico-torácico con contraste i.v. La TCMD confirma la presencia de pequeñas consolidaciones de predominio periférico, algunas de ellas cavitadas, y derrame pleural parcialmente loculado. En el cuello destacaba la trombosis de la vena yugular interna izquierda y era visible la incipiente formación de un absceso en el espacio parafaríngeo ipsilateral.

### **Discusión:**

Los hallazgos eran compatibles con un síndrome de Lemierre.

El síndrome de Lemierre es la infección del espacio parafaríngeo debido a la propagación de procesos infecciosos, con más frecuencia faringo-amigdalinos, complicada con trombosis de la vena yugular interna del mismo lado y émbolos sépticos que afectan fundamentalmente al pulmón. El agente etiológico implicado más frecuentemente es *Fusobacterium necrophorum*.

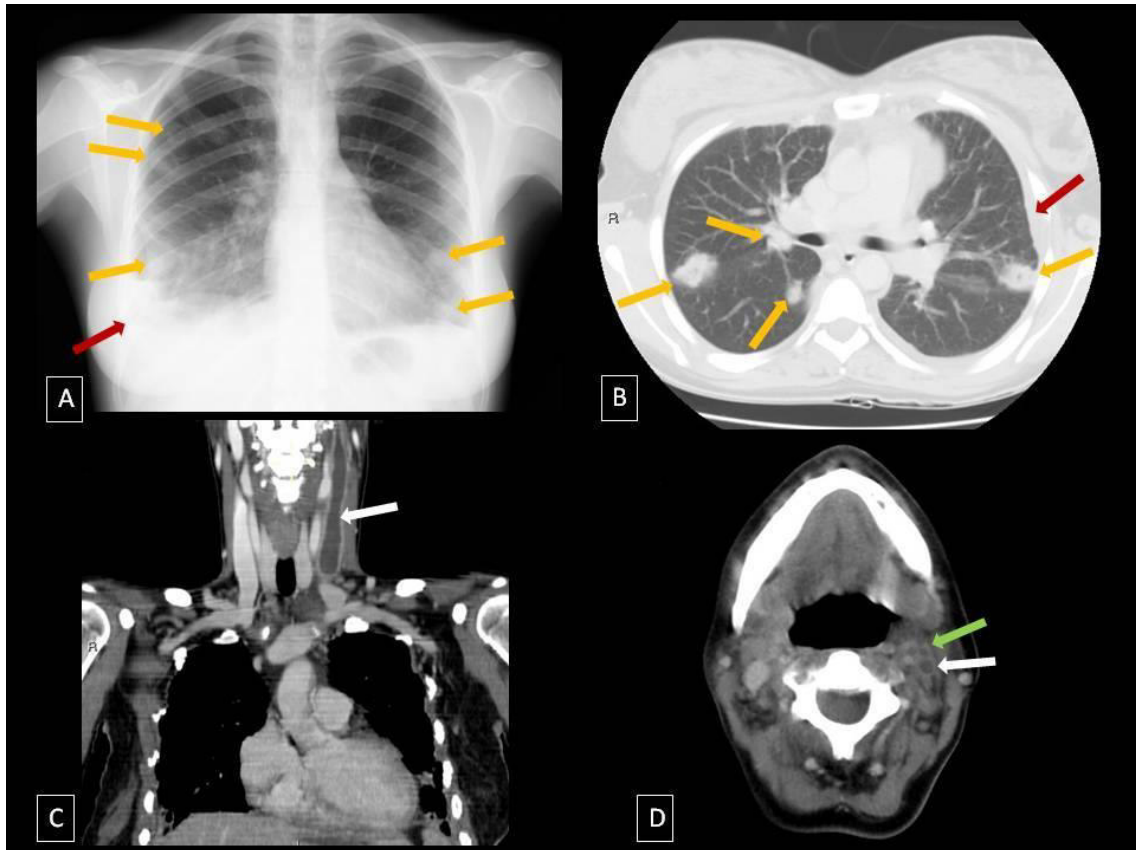
El intervalo entre la infección orofaríngea y la invasión del espacio lateral parafaríngeo es menor de una semana y en ocasiones los síntomas y signos de dicha infección han desaparecido.

La sospecha de embolismos sépticos pulmonares debe obligarnos siempre a buscar un foco primario.

### **Conclusión:**

El síndrome de Lemierre es en la actualidad una enfermedad poco frecuente por lo que ni clínicos ni radiólogos suelen estar familiarizados con su forma de presentación.

La sospecha clínica es fundamental representando las exploraciones radiológicas un papel importante a la hora de confirmar el diagnóstico, que si se realiza de forma precoz puede mejorar significativamente el pronóstico, habitualmente fatal sin tratamiento.



**FIGURA A:** Rx PA de tórax: tenues imágenes de consolidación pulmonar de aspecto nodular, en su mayoría periféricas (flechas amarillas), asociadas a derrame pleural de predominio derecho (flecha roja). **FIGURA B, C Y D:** TCMD cervico-torácico con contraste i.v. -**B:** corte axial a nivel del tórax, con ventana de pulmón. Pequeñas consolidaciones, algunas de ellas cavitadas, de predominio periférico (flechas amarillas). Pequeña lámina de líquido loculado pleural izquierdo (flecha roja). - **C:** corte coronal. Trombosis de la vena yugular interna izquierda (flecha blanca). -**D:** Corte axial a nivel cervical. Imagen de absceso en el espacio parafaríngeo izquierdo (flecha verde), adyacente a la vena yugular interna trombosada (flecha blanca).

### Bibliografía:

-Tapia-Viñé, M.M, González-García, B; Bustos, A, Cabello, J. Manifestaciones radiológicas del Síndrome de Lemierre: a propósito de un caso. Radiología 2001;43:83-5.

-Gong J, García J. Lemierre's syndrome. Eur Radiol 1999;9:672-4.

<b>Caso</b>	(212) Tumor inflamatorio de Pott como manifestación rara de una sinusitis complicada en un niño
<b>Autores</b>	Antonia Mora Jurado A.rivera Domínguez, L.jimeno García, E.rosales Martínez
<b>Centro</b>	HUV Macarena

**Presentación:**

Niña de 9 años con fiebre alta de 10 días de evolución, asociada a tumefacción palpebral bilateral con secreción verdosa. Diagnosticada de conjuntivitis sin mejoría con tratamiento, presenta analíticamente signos de infección bacteriana con leucocitosis y aumento importante de PCR por lo que ingresa. Durante el ingreso presenta tumoración frontal solicitándose TC de senos paranasales con contraste i.v. ante la sospecha de sinusitis aguda bacteriana complicada. En la TC se objetiva pansinusitis y colección subcutánea frontal con base en calota (absceso subperióstico). De forma parcial se identificaba una colección epidural frontal a ambos lados de la línea media y posibles trombosis de los senos longitudinal superior y sigmoides izquierdo (sólo visibles parcialmente). También se observaban trombosis de venas superficiales temporales izquierdas en el plano subcutáneo. A la vista de los hallazgos se amplía el estudio al cráneo definiéndose la extensión de las colecciones extraaxiales y confirmándose la trombosis parcial del seno longitudinal superior y del seno sigmoideo izquierdo. Era visible un defecto de repleción en el seno recto que impresionaba de granulación de Paccioni.

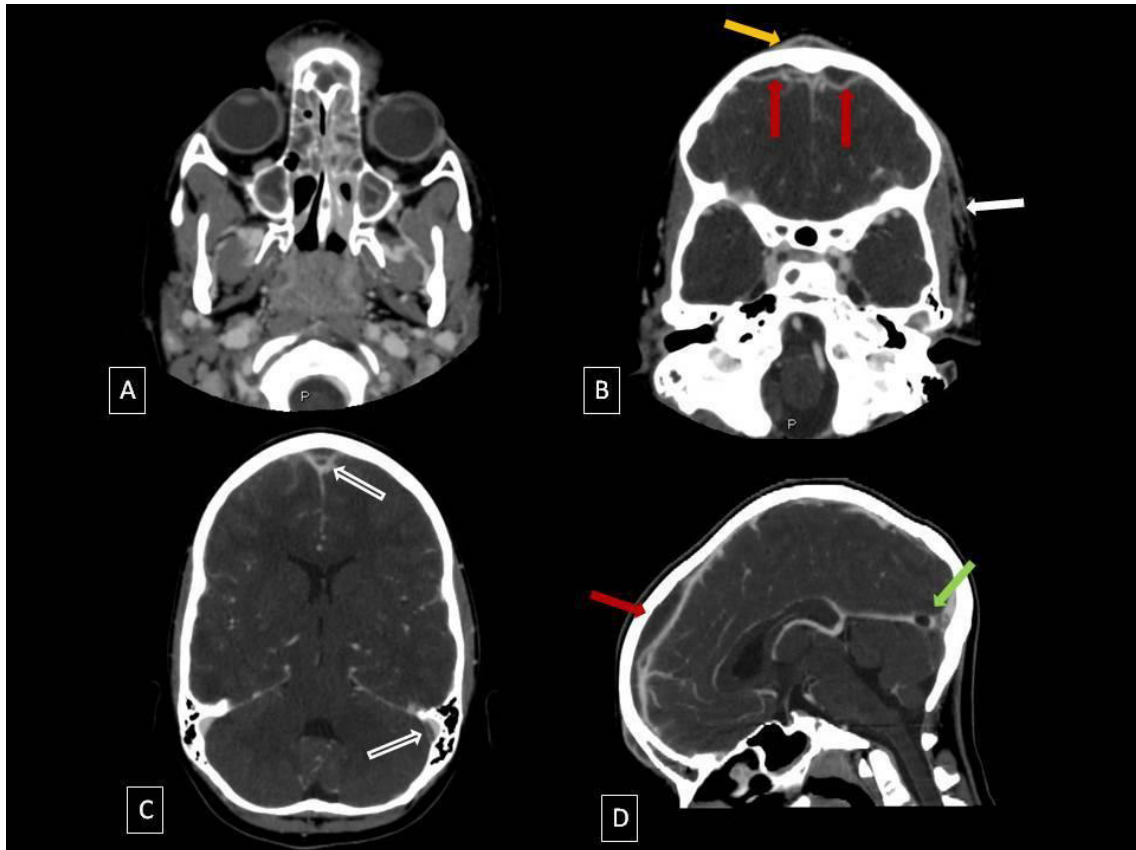
**Discusión:**

La mayor parte de las enfermedades sinusales son virales y sólo una pequeña proporción desarrolla una infección bacteriana secundaria. El diagnóstico debe realizarse en base a la clínica reservando las pruebas complementarias y de imagen sólo si se sospechan complicaciones, siendo la TC la de mayor rendimiento diagnóstico.

El tumor de Pott es un absceso subperióstico asociado a osteomielitis del hueso frontal, que se manifiesta como tumoración de partes blandas, y que constituye una complicación rara de una sinusitis frontal. Ésta a su vez puede complicarse con celulitis orbitaria e infección intracraneal con formación de abscesos y trombosis séptica de los senos venosos cerebrales.

**Conclusión:**

El diagnóstico precoz y el tratamiento agresivo médico y quirúrgico de esta entidad es fundamental para disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes.



**FIGURAS A Y B:** TCMD de senos paranasales con contraste i.v., cortes axiales. **A.** Pansinusitis. **B.** Colección subcutánea frontal con base en la calota (absceso subperióstico) (flecha amarilla) y al mismo nivel absceso epidural (flechas rojas) y posible trombosis del seno longitudinal superior. Trombosis de venas superficiales temporales izquierdas en el tejido celular subcutáneo (flecha blanca). **FIGURA C Y D:** TCMD de cráneo con contraste i.v. **C.** Corte axial. Trombosis del seno longitudinal superior y sigmoides izquierdo (flechas abiertas). **D:** Corte sagital. Absceso epidural que se extiende a lo largo de la región frontal (flecha roja). Granulación de Paccioni en seno recto (flecha verde).

### Bibliografía:

-Martínez Campos, L, Albañil Ballesteros, R, de la Flor Bru, J, Piñeiro Pérez, R, Cervera, J, Baquero Artigao, F et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. An Pediatr 2013;79:330.e1-330.e12 - Vol. 79 Núm.5.

-Escudero Esteban, R, Pérez Piñas, I, Del Estad Cabello, G. Tumor hinchado de Pott: una complicación olvidada de la sinusitis. Radiología. 2011;53(2):175-178.

-Aínsa Laguna, D, Pons Morales, S, Muñoz Tormo-Figueresa, A, Vega Senra, MI, Otero Reigadab, MC. Tumor inflamatorio de Pott: una complicación infrecuente de la sinusitis frontal. An Pediatr (Barc). 2014;80(5):317-320.



<b>Caso</b>	(214) Meningioma intraventricular con hemorragia asociada
<b>Autores</b>	Aitana Palomares Morales Celia Astor Rodríguez, Juan Manuel García Benassi, Rafael Morcillo Carratalá, Raquel Moreno De La Presa, Karla H. Vivancos Costaleite
<b>Centro</b>	VIRGEN DE LA SALUD

**Presentación:**

Mujer de 59 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por mareo y cortejo vegetativo de 18 horas de evolución. En la exploración presentaba ataxia e imposibilidad para la bipedestación, con caída hacia la izquierda. Se solicitó un TC craneal para descartar organicidad. En el TC sin contraste, destacaba una lesión hiperdensa temporo-parietal derecha, polilobulada con pequeñas calcificaciones. Asociaba hemorragia parenquimatosa e intraventricular, con dilatación del ventrículo ipsilateral, y mínimo edema vasogénico perilesional. Tras el contraste, se observaba captación intensa y homogénea de la misma. Se realizó un angio-TC, objetivándose asimetría en el número de vasos en dicha localización, respecto a contralateral. Ante la forma súbita de instauración del cuadro y los hallazgos obtenidos, se pensó en un hematoma intraparenquimatoso secundario a una malformación venosa subyacente, sin descartar origen tumoral de la angiogénesis, por lo que se recomendó una arteriografía. En la fase arterial, se objetivó que la arteria coroidea anterior derecha era más prominente de lo habitual, y de ella se originaban vasos de morfología tortuosa y anómala. No se visualizaron malformaciones venosas, aneurismas, ni otras causas vasculares que justificasen el sangrado. En la fase venosa, se apreciaba un “rubor” o “blush”, correspondiente a eliminación tardía del contraste, que parecía delimitar una masa. Todo ello sugería que la angiogénesis en realidad era secundaria a un proceso neoplásico; y por las características, se pensó en un meningioma intraventricular. Finalmente se realizó una RM a la paciente: En T1 sin contraste la lesión es homogénea e isointensa respecto a la sustancia gris, con intenso realce con contraste. En T2 es hipo-isointensa respecto a la sustancia gris.

**Discusión:**

Los meningiomas son los tumores primarios de células no gliales más comunes del sistema nervioso central, y las neoplasias extraaxiales más frecuentes.

De forma típica en el TC sin contraste, son hiperdensas y suelen localizarse en los surcos de la convexidad, región parasagital o en el esfenoides. Con contraste, muestran intenso realce homogéneo.

Sin embargo, pueden surgir de otras localizaciones menos típicas: órbitas, senos paranasales, sistema ventricular, e incluso, intraóseos; e igualmente, con hallazgos atípicos.

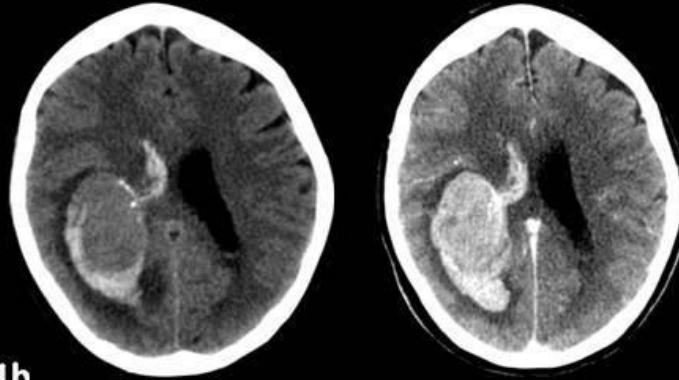
Los meningiomas intraventriculares podrían originarse a partir de las células aracnoideas que envuelven los plexos coroideos, e incluso de su estroma. En un 80% se localizan en los ventrículos laterales, sobre todo en el triángulo del ventrículo lateral izquierdo; otro 15% en el III ventrículo, y el 5% restante, en el IV.

En pacientes adultos con masas intraventriculares de más de 40 años, y especialmente mujeres, debemos considerar los meningiomas, sobre todo si encontramos calcificaciones en el seno de la lesión (45-68% de los casos). Otra opción en la misma localización y grupo etario, serían las metástasis, pero tendríamos antecedentes oncológicos, y son más raras en esta localización.

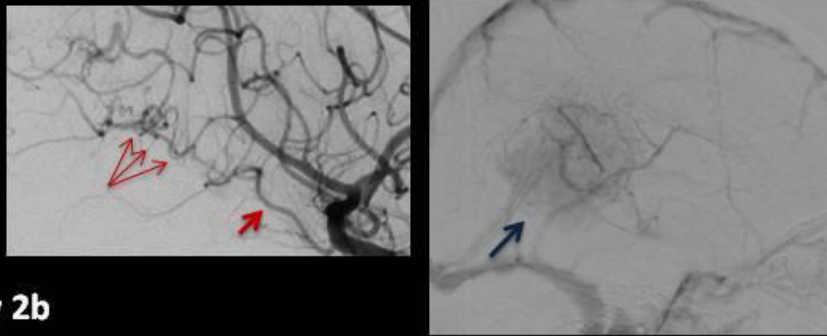
**Conclusión:**

El diagnóstico de las neoplasias cerebrales intraventriculares es complicado. Lo primero por su baja incidencia, dado que suponen alrededor de un 10% de los tumores del SNC. Pero también, porque en la mayoría de casos, los hallazgos y características por imagen no son específicos para cada uno de ellos. Por ello, a la hora de realizar el diagnóstico diferencial, es fundamental tener presente la localización y características clínicas del paciente, prestando especial atención a la edad.

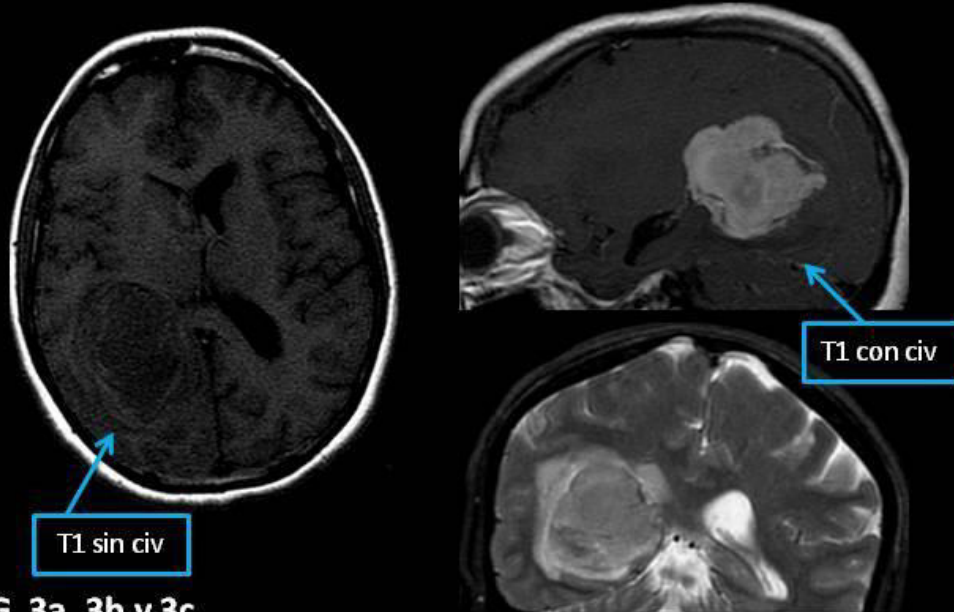
## **Meningioma intraventricular con hemorragia asociada**



**FIG. 1a y 1b**



**FIG. 2a y 2b**



**FIG. 3a, 3b y 3c**

**FIG. 1a y 1b:** Imágenes de TC cráneo sin y con civ: Lesión temporo-parietal derecha, polilobulada e hiperdensa, con pequeñas calcificaciones y realce homogéneo e intenso tras civ. Asocia hemorragia parenquimatosa e intraventricular, y edema vasogénico perilesional. **FIG. 2a y 2b:** Imágenes de arteriografía: **FIG. 2a:** fase arterial: Detalle de arteria coroidea anterior derecha: tiene mayor calibre de lo habitual y emite vasos de morfología tortuosa y anómala (neoangiogénesis tumoral). **FIG. 2b:** fase venosa: "Blush" tardío, típico de los meningiomas. **FIG. 3a, 3b y 3c:** Imágenes de RM: **FIG. 3a:** T1 AXIAL SIN CIV: Lesión homogénea, isointensa respecto a la sustancia gris. **FIG. 3b:** RECONSTRUCCIÓN T1 SAGITAL CON CIV: Se muestra el intenso realce de la lesión tras la administración de civ, característico de los meningiomas. **FIG. 3c:**

**RECONSTRUCCIÓN T2 CORONAL: La lesión es iso-hipointensa respecto a la sustancia gris, y se muestra el aumento de tamaño del ventrículo derecho, respecto al izquierdo.**

**Bibliografía:**

- Shogan P., Banks P. K, Brown S. 2007. American Journal of Roentgenology. "A teaching file: Intaventricular mass".
- Tien R. D. 1991. American Journal of Roentgenology. "Intraventricular mass Lesions of the Brain: CT and MR findings".
- Jelinek J., Smirniotopoulos J.G., Parisi J.E., Kanzer M. 1989. American Journal of Roentgenology. "Lateral ventricular neoplasms of the Brain"
- Buetow M. P., Buetow P. C., Smirniotopoulos J.G. 1991. Radiographics. "Typical, atypical, and misleading features in Meningioma".

<b>Caso</b>	(215) CARCINOMA DE COLON SIMULANDO DIVERTICULITIS AGUDA
<b>Autores</b>	Karen Del Castillo Arango Alejandro Cernuda García, Juan Calvo Blanco, Lucía Terán Álvarez, Ana De Menezes Falcao, Faustino García Arias
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Varón de 99 años con diarrea y dolor en FII de 6 días de evolución. Afebril. Buen estado general previo. Analíticamente 11.000 leucocitos, PCR elevada y hemoglobina de 11.

**Discusión:**

Se realiza ecografía abdominal ante la sospecha de diverticulitis: Engrosamiento de la pared del sigma con colección anfractuosa y mal definida de 3 cm en su margen externo. Compatible con diverticulitis aguda complicada.

Se decide realizar TC:

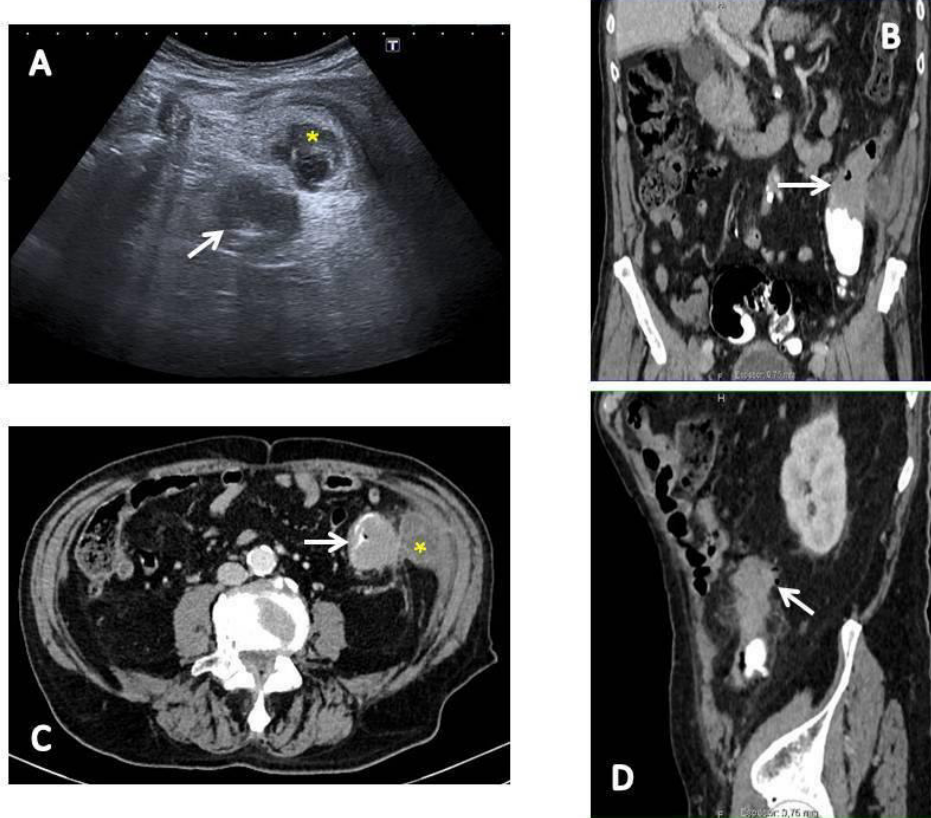
Engrosamiento mural asimétrico de la unión del descendente y sigma, de 5 cm, con desflecamiento de la grasa pericolónica y adenopatías adyacentes. Colección paracólica izquierda, de 3,6 x 2,8 cm. Hallazgos compatibles con neoplasia perforada con plastrón/absceso adyacente. Diverticulosis sin signos de complicación. No condiciona dilatación del colon proximal. No se observan neumoperitoneo ni líquido ascítico.

La diverticulitis aguda es una de las urgencias radiológicas más frecuentes. Comparte con la neoplasia de colon muchos datos epidemiológicos, se pueden presentar en un contexto clínico similar y con hallazgos radiológicos superponibles.

En este caso, los hallazgos ecográficos de engrosamiento mural, la presencia de una colección y el hecho de que en el segmento afectado por la neoplasia existieran divertículos orientó en un primer lugar a diverticulitis complicada.

**Conclusión:**

El diagnóstico diferencial de la diverticulitis aguda con el carcinoma de colon con signos inflamatorios puede resultar difícil. Su interés radica en su diferente actitud terapéutica y pronóstico.



**Fig. 1:** A. Ecografía abdominal. Flecha: Engrosamiento mural del sigma. Asterisco: Colección anfractuosa adyacente. TC abdominal con CIV y enema de gastrografín. B. Proyección coronal. Flecha: Engrosamiento de las paredes de la unión del colon descendente y sigma. C. Proyección axial. Flecha: Engrosamiento mural excéntrico. Asterisco: Colección en margen externo. D. Proyección sagital. Divertículos en el seno del tumor. *References: Hospital Universitario Central de Asturias- Oviedo/ES*

### Bibliografía:

-Kedar N., et al. Diverticulitis versus Colon Cancer: Differentiation with Helical CT Finding. *Radiology* 1999; 210:429-35

-DEL CURA, J.L. "Diagnóstico radiológico de la apendicitis y de la diverticulitis". En: DEL CURA, J.L., OLEAGA, L., *La Radiología en Urgencias. Temas de actualidad*. Madrid: Médica panamericana, 2006. pp. 79-85.

<b>Caso</b>	(216) Gangrena de Fournier: hallazgos precoces como escroto agudo
<b>Autores</b>	Antonio Castillo García Santiago Ibáñez Caturla, Ana Azahara García Ortega, Marta Castellón Pérez, Guillermo Carbonell López Del Castillo, Víctor Orcajada Zamora.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Paciente de 58 años que acude a la puerta de urgencias con fiebre de 39°C desde hace días. Se ha palpado un bulto e inflamación en testículo izquierdo. A la exploración clínica se evidencia testículo izquierdo inflamado, con aumento de la temperatura y muy eritematoso.

**Discusión:**

En la ecografía de escroto se aprecia marcado engrosamiento de tunicas vaginales izquierdas, junto a cambios inflamatorios en tejido celular subcutáneo escrotal e importante hiperemia. Asocia marcado enfisema subcutáneo escrotal, así como aumento de tamaño e hiperemia del epidídimo izquierdo, de predominio en cola, atribuible a epididimitis.

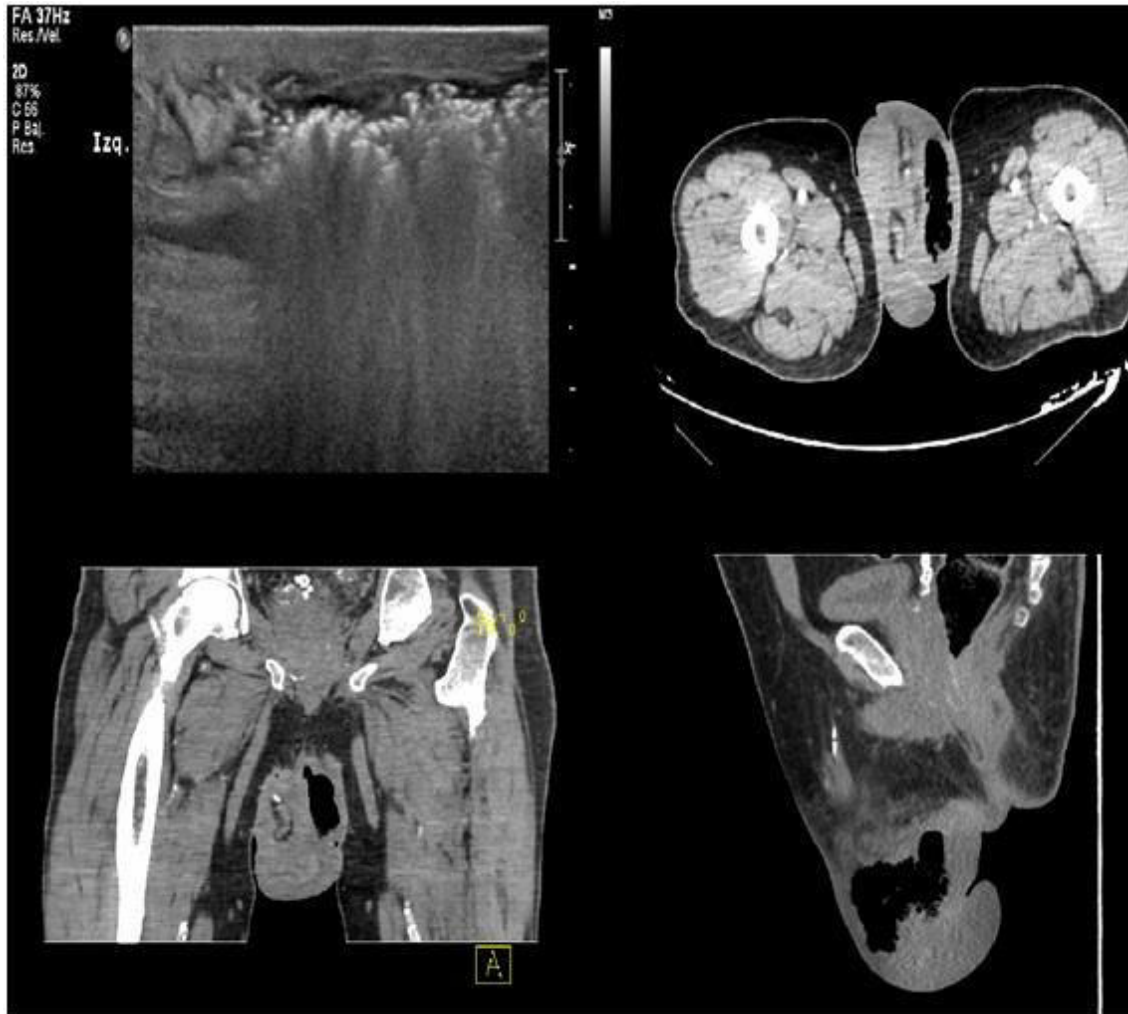
Ante los hallazgos, se decide completar estudio con TC de pelvis con contraste intravenoso en la que se observa colección con nivel hidroaéreo en la porción más posterior del escroto izquierdo, sin apreciar extensión perineal, inguinal ni intraabdominal. Marcados cambios inflamatorios en tejido celular subcutáneo.

**Conclusión:**

La gangrena de Fournier consiste en una fascitis necrotizante del periné. Se trata de una emergencia quirúrgica urológica debido a su alta mortalidad (entre un 15-50% según algunas series) aunque afortunadamente es infrecuente. Se presenta típicamente en hombres de entre 50-70 años diabéticos y/o inmunosuprimidos.

La fuente de infección suele ser un foco anorrectal (habitualmente una fístula o un absceso perianal) y menos frecuentemente un traumatismo genitourinario o anorrectal. Se trata de una infección usualmente polimicrobiana en la que los microorganismos más frecuentemente implicados son E.coli, Klebsiella, Proteus, Staphylococcus, Streptococcus. Comienza como una celulitis que provoca una arteritis con la subsiguiente infección necrotizante que se extiende a través de los planos fasciales.

Como vemos, en el caso de presentarse de forma incipiente puede dar lugar a confusiones y plantear el diagnóstico diferencial con otras entidades, y debido a su mortalidad es necesario un diagnóstico específico para iniciar precozmente el tratamiento antibiótico y quirúrgico.



*Gangrena de Fournier*

**Bibliografía:**

Rajan DK, Scharer KA. Radiology of Fournier's gangrene. AJR Am J Roentgenol. 1998;170 (1): 163-8.

Uppot RN, Levy HM, Patel PH. Case 54: Fournier gangrene. Radiology. 2003;226 (1): 115-7.



<b>Caso</b>	(217) Torsión ovárica por teratoma quístico maduro con nódulo de Rokitansky, apariencia en Pokeball.
<b>Autores</b>	Antoni Boscà Ramon Marcelo Rengel, Ana Julve Parreño, Nerses Nersesyan, Eder Douze, Lautaro Felipe Meneses Vega.
<b>Centro</b>	H.Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Mujer de 52 años que acude a urgencias por dolor hipogástrico de horas de evolución. La paciente presenta náuseas y vómitos. La exploración muestra un abdomen distendido doloroso a la palpación.

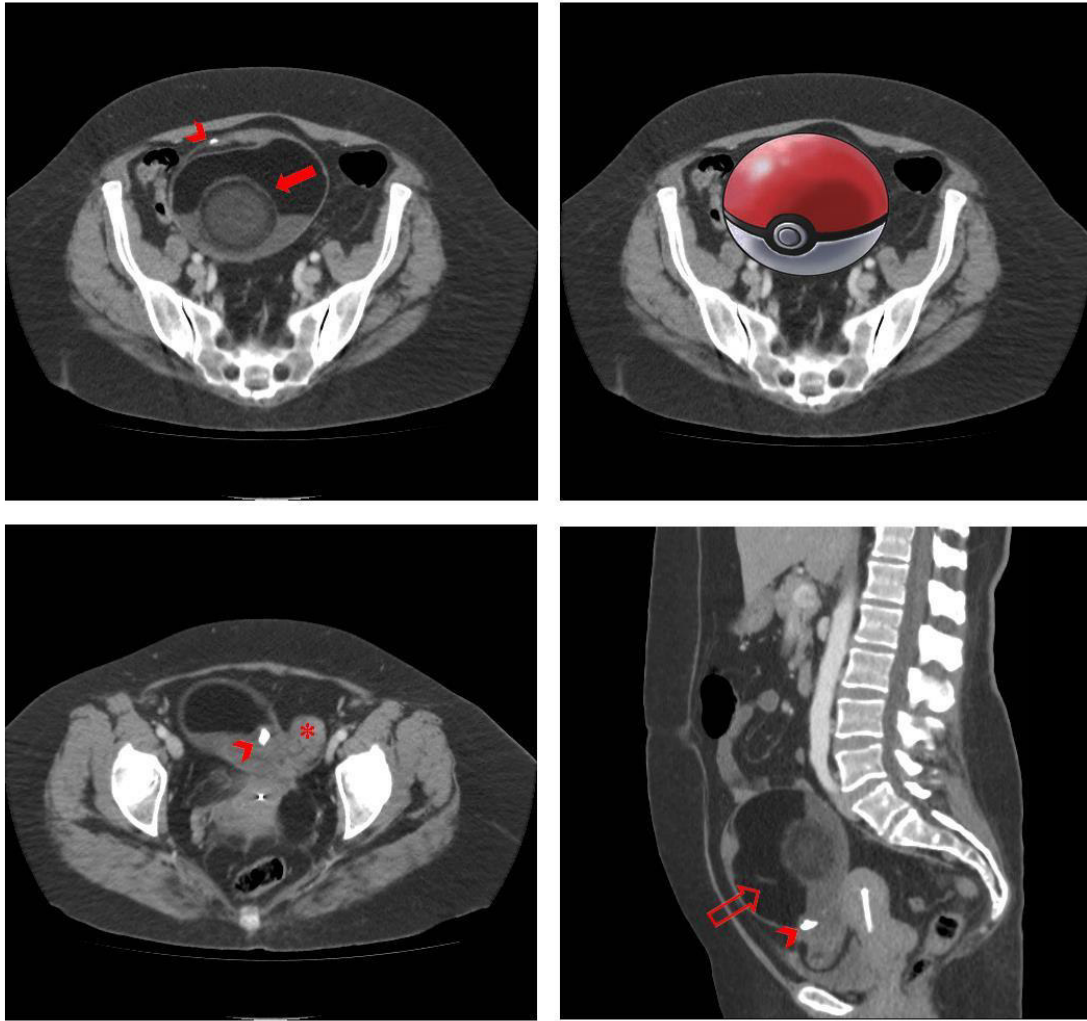
**Discusión:**

Se realiza TC abdomino-pélvico con contraste intravenoso, se muestran cortes axiales y sagitales en fase venosa portal. Se observa la existencia de una masa ovárica izquierda bien delimitada de más de 5cm de diámetro. La lesión se localiza anterior al útero, presenta en su interior un nivel líquido-graso, un nódulo de Rokitansky central, unas imágenes lineales hiperdensas que se demostró que correspondían a mechones de pelo y calcificaciones de apariencia dentiforme. Los detalles previamente descritos confieren a la lesión una apariencia que recuerda a la forma de una "Pokeball". Se observa DIU correctamente localizado en útero. No se identifica líquido libre intraabdominal. El pedículo vascular ovárico izquierdo aparece distendido y enrollado, en relación con torsión ovárica izquierda, que explica la presentación aguda del caso.

La paciente fue intervenida de urgencia, la masa ovárica fue extirpada y el estudio anatomopatológico posterior confirmó la existencia de un teratoma quístico maduro con áreas de hemorragia, abundante componente piloso y calcificaciones. La paciente presentaba elevación de los marcadores tumorales CA 125 y CA15-3.

**Conclusión:**

En el teratoma quístico maduro, la presencia de un nódulo de Rokitansky central y un nivel líquido-graso, puede mostrar en los cortes axiales y sagitales de TC una morfología en "Pokeball" que nos puede ayudar a identificar la lesión. La complicación más frecuente del teratoma quístico maduro es la torsión ovárica, los teratomas de 5-10cm son los que presentan un mayor riesgo de torsión.



**TC abdomino-pélvico con contraste intravenoso, cortes axiales y sagitales en fase venosa portal.**  
**Masa ovárica izquierda de más de 5cm de diámetro con nivel líquido-graso, un nódulo de Rokitansky central (flecha), imágenes lineales hiperdensas que se demostró que correspondían a mechones de pelo (flecha vacía) y calcificaciones de apariencia dentiforme (Punta de flecha).**  
**Pedículo vascular ovárico izquierdo distendido y enrollado, en relación con torsión ovárica izquierda (Asterisco). Imagen editada en la que se sugiere la similitud de la lesión con una "Pokeball".**

### **Bibliografía:**

Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. Radiographics. 21 (2): 475-90.

Buy JN, Ghossain M. Gynecological Imaging: A Reference Guide to Diagnosis. Springer. ISBN:3642310117

Buy JN, Ghossain MA, Moss AA et-al. Cystic teratoma of the ovary: CT detection. Radiology. 1989;171 (3): 697-701.

<b>Caso</b>	(218) Urinoma iatrogénico
<b>Autores</b>	Alberto Jiménez Rodrigo Miguel Bello Erias, María Jesús García Sánchez, César Oterino Serrano, Aurea Díez Tascón, Milagros Martí De Gracia
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz

**Presentación:**

Mujer de 52 años que ingresa para cirugía de litiasis coraliforme derecha. Se realiza ureterorenoscopia flexible con nefrolitotomía percutánea y se coloca catéter ureteral. Durante su ingreso posterior, presenta dolor en fosa iliaca derecha sugestivo de apendicitis. Se realiza un TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso con adquisición de imágenes en fase venosa. Ante los hallazgos se decide realizar una fase tardía. En el polo inferior del riñón derecho se visualiza una hipodensidad lineal cortico-medular que dados los antecedentes recientes del paciente podría estar relación con el trayecto quirúrgico. Importante cantidad de líquido libre retroperitoneal de localización perirrenal derecho, espacio pararenal anterior y posterior ipsilaterales, gotiera parietocólica y fosa iliaca derechas y extensión hacia el lado contralateral y espacio de Retzius. Ante los hallazgos se realiza fase excretora, visualizando un extravasado de contraste proveniente del trayecto quirúrgico previamente referido. Hallazgos en relación con urinoma. El tratamiento fue conservador.

**Discusión:**

Los urinomas se producen por una disrupción de cálices, infundíbulo o pelvis renal.

Etiología:

- trauma penetrante (lo más frecuente)
- aumento de presión retrograda por obstrucción del sistema excretor
- iatrogenia (procedimientos quirúrgicos o percutáneos)

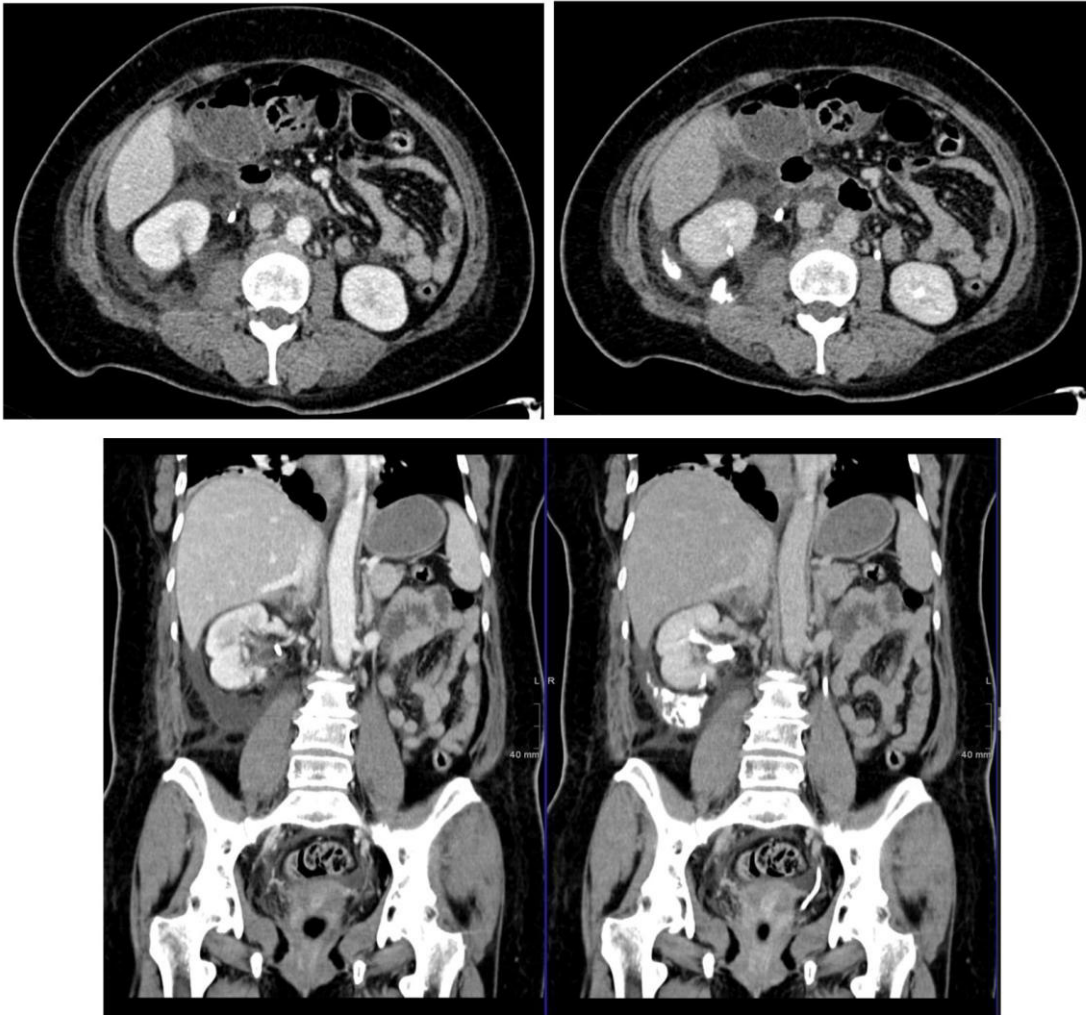
Diagnóstico de elección: TC abdominopélvico con contraste intravenoso, con adquisición en fase venosa y fase tardía entre 5-10 minutos para demostrar repleción del urinoma con el contraste iv a partir del sistema excretor.

Hallazgos compatibles con urinoma: líquido loculado/encapsulado o libre en el espacio subcapsular o perirrenal limitado por fascia de Gerota. Cuando son más extensos, puede cruzar la línea media por delante de la aorta y cava inferior y extenderse al espacio perirrenal contralateral; incluso pueden presentar extensión inferior y superiormente (mediastino y espacio pleural)

Tratamiento: conservador en los pequeños. Si son grandes/persisten/sobreinfección puede hacerse drenaje guiado con imagen.

**Conclusión:**

Aunque tienen baja incidencia, entre las complicaciones asociadas con la nefrolitotomía percutánea encontramos la laceración de la pelvis renal cuyo diagnóstico de elección es el TC en fase excretora.



*Las imágenes de la parte superior corresponden a cortes axiales de TC abdominopélvico con CIV, a la izquierda, en fase venosa donde se observa tracto hipodenso lineal corticomedular en riñón derecho así como líquido libre perirrenal que en la fase excretora (derecha) se repleciona de contraste intravenoso correspondiendo con urinoma iatrogénico. Abajo, mismos hallazgos en plano coronal.*

### **Bibliografía:**

Titton, R. L., Gervais, D. A., Hahn, P. F., Harisinghani, M. G., Arellano, R. S., & Mueller, P. R. (2003). Urine Leaks and Urinomas: Diagnosis and Imaging-guided Intervention 1 LEARNING OBJECTIVES FOR TEST 5 Recipient of a Certificate of Merit award for an education exhibit at the CME FEATURE. *RadioGraphics*, 23, 1133–1147. <https://doi.org/10.1148/rg.235035029>

Tonolini, M., Villa, F., Ippolito, S., Pagani, A., & Bianco, R. (2014). Cross-sectional imaging of iatrogenic complications after extracorporeal and endourological treatment of urolithiasis. *Insights into Imaging*, 5(6), 677–689. <https://doi.org/10.1007/s13244-014-0355-z>

<b>Caso</b>	(219) Absceso secundario a coledocitis caída.
<b>Autores</b>	Jaime Salvador Ronny Rodelo, Juan Delgado, Jose Antonio González, Maria Jesús Martínez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Doctor Peset

**Presentación:**

Varón de 82 años que acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha de varios días de evolución y elevación de reactantes de fase aguda. Como antecedentes de interés destaca colecistectomía seis meses atrás por colecistitis aguda. Se realiza ecografía y TC abdominal objetivando lesión multiloculada de aproximadamente 7 cm en pared abdominal lateral derecha. Presenta realce periférico y centro quístico necrótico con alteración de la grasa subcutánea circundante. En el interior de la colección se identifica material de densidad calcio en relación con coledocitis caída en colecistectomía laparoscópica previa.

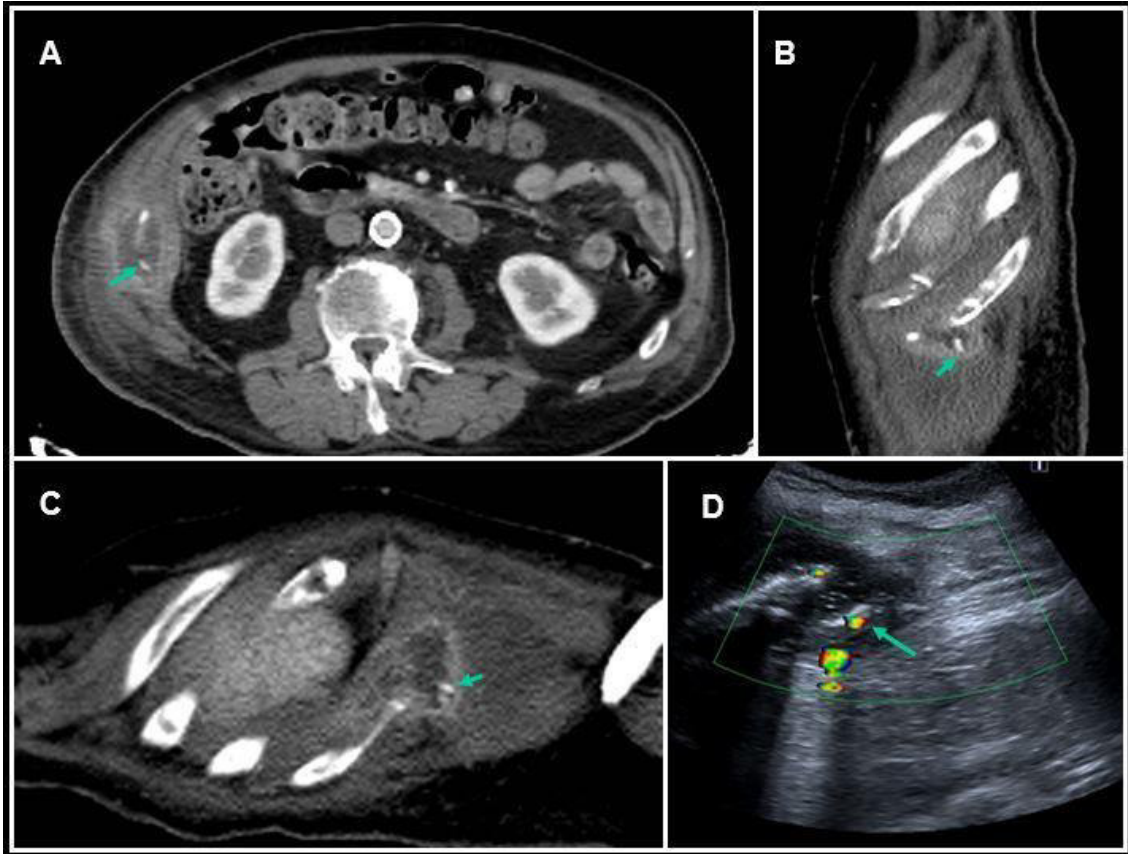
**Discusión:**

El absceso secundario a coledocitis caída representa una complicación inusual de colecistectomía laparoscópica, aunque es de las pocas complicaciones más frecuentes respecto a la colecistectomía abierta.

Debe ser sospechada ante cualquier paciente con absceso abdominal o torácico recurrente tras colecistectomía laparoscópica realizada meses o años atrás.

**Conclusión:**

Es importante reconocer esta entidad pues el tratamiento de elección no sólo consiste en el drenaje del absceso, sino también en la extracción de la coledocitis. Un drenaje sin extracción puede ocasionar abscesos recurrentes.



**Absceso de pared abdominal secundario a coledolitiasis caída. A), B) y C) Imágenes de TC abdominal con contraste en planos transversal y sagital donde puede observarse lesión multiloculada con realce periférico y centro quístico-necrótico en pared abdominal lateral derecha. En el interior de la colección se identifica material de densidad calcio, que no corresponde al arco costal, en relación con coledolitiasis (flechas). D) Imagen de ecografía en el mismo plano que en C) donde se pone de manifiesto imagen ecogénica con sombra acústica posterior y artefacto en cola de cometa color (flecha).**

### **Bibliografía:**

1. Morrin, M., Kruskal, J., Hochman, M., Saldinger, P. and Kane, R. (2000). Radiologic Features of Complications Arising from Dropped Gallstones in Laparoscopic Cholecystectomy Patients. *American Journal of Roentgenology*, 174(5), pp.1441-1445.
2. Strasberg SM. Laparoscopic biliary surgery. *Gastroenterol Clin North Am* 1999;28:117–132
3. MacFadyen BV Jr, Vecchio R, Ricardo AE, Mathis CR. Bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: the United States experience. *Surg Endosc* 1998;12:315–321





<b>Caso</b>	(220) Un hallazgo inesperado
<b>Autores</b>	Alberto Jiménez Rodrigo Miguel Bello Erias, María Jesús García Sánchez, César Oterino Serrano, Aurea Díez Tascón, Milagros Martí De Gracia
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz

**Presentación:**

Varón de 43 años, sin antecedentes de importancia, que acude a urgencias por dolor abdominal que se acompaña de un vómito alimentario. Exploración física: dolor a la palpación superficial en mesogastrio, sin irritación peritoneal. Analítica sin alteraciones significativas salvo LDH 294 UI/L. En urgencias presenta mal control de dolor por lo que se decide realizar TC abdominopélvico con contraste intravenoso observando, en el margen derecho de mesogastrio, asas de íleon con pared engrosada e hipocaptante así como trabeculación y aumento de atenuación del meso adyacente. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Los hallazgos eran compatibles con ileítis de probable etiología isquémica. El paciente es evaluado por cirugía que tras mantenerlo en observación, ante la persistencia del dolor y los hallazgos de imagen realizan intervención confirmando la isquemia intestinal con resección del segmento ileal, identificando una brida de epiploon a ciego como causante.

**Discusión:**

Entre las posibles causas de isquemia intestinal encontramos:

- obstrucción arterial
- obstrucción venosa
- obstrucción intestinal con estrangulación
- hipoperfusión por enfermedad vascular no oclusiva

La estrangulación asociada a obstrucción se da casi exclusivamente en el contexto de un asa cerrada, causada en la mayoría de casos por bridas y hernias.

Normalmente involucra el mesenterio con los vasos y tiende a volverse. Lo primero afectado en un asa cerrada estrangulada es el retorno venoso y más tarde el flujo arterial, siendo los hallazgos más habituales en el TC:

- engrosamiento con edema/hemorragia en la pared del asa
- asa dilatada y llena de líquido
- convergencia de los vasos hacia el punto de la obstrucción
- si estrangulación: lo más frecuente es la disminución/ausencia de realce parietal asociado a trabeculación e infiltración del mesenterio incluido en el asa cerrada.

**Conclusión:**

La obstrucción en asa cerrada asocia en alto porcentaje volvulación e isquemia. Entre sus causas encontramos las bridas que en este caso dada la ausencia de antecedentes probablemente se tratase de una brida congénita



*Imágenes del TC abdominopélvico con contraste intravenoso. En la parte izquierda, dos imágenes en plano axial y a la derecha una imagen en plano coronal. Se identifican asas de íleon en el margen derecho del hipogastrio que presentan engrosamiento y disminución del realce parietal. Además, se identifica trabeculación y aumento de la atenuación de su meso y convergencia de los vasos mesentéricos hacia el punto de la obstrucción.*

### **Bibliografía:**

Furukawa, A., Kanasaki, S., Kono, N., Wakamiya, M., Tanaka, T., Takahashi, M., & Murata, K. (2009). CT diagnosis of acute mesenteric ischemia from various causes. *American Journal of Roentgenology*, 192(2), 408–416. <https://doi.org/10.2214/AJR.08.1138>

Paulson, E. K., & Thompson, W. M. (2015). Review of small-bowel obstruction: the diagnosis and when to worry. *Radiology*, 275(2), 332–42. <https://doi.org/10.1148/radiol.15131519>

Yang, K.-H., Lee, T.-B., Lee, S.-H., Kim, S.-H., Cho, Y.-H., & Kim, H.-Y. (2016). Congenital adhesion band causing small bowel obstruction: What's the difference in various age groups, pediatric and adult patients? *BMC Surgery*, 16(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12893-016-0196-4>

<b>Caso</b>	(221) Lesión sólida con realce en anillo cerebral
<b>Autores</b>	Josima Luchsinger María Luz Parra, Carmen Idoate, Ana Bermúdez De Castro, Juan Antonio Del Pozo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario la Princesa

**Presentación:**

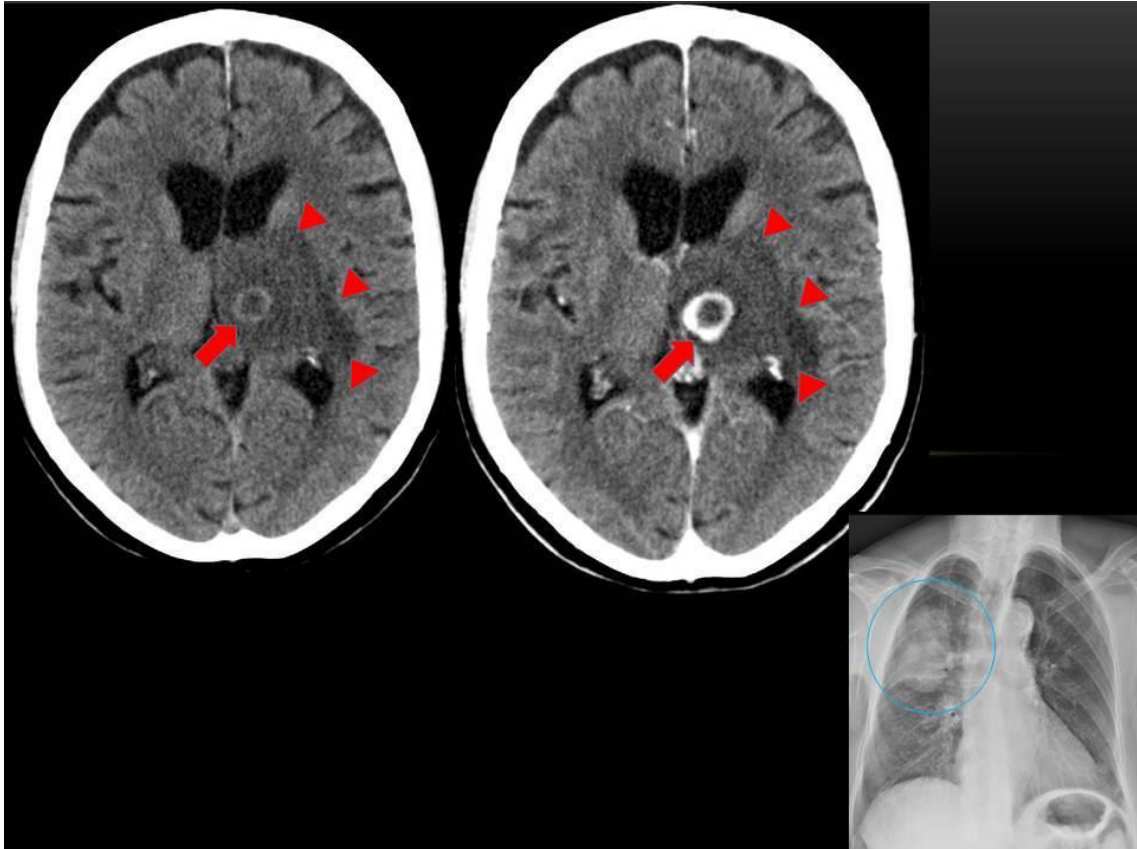
Paciente de sexo femenino de 81 años sin antecedentes de interés que es traída por familiares al servicio de urgencias aquejando una pérdida de memoria, inestabilidad de la marcha y astenia. Se le realiza una TC craneal sin y con contraste intravenoso.

**Discusión:**

Para las lesiones sólidas intracraneales existe un amplio diagnóstico diferencial, siendo la gran mayoría metástasis o gliomas y menos habitual los abscesos, lesiones desmielinizantes, infartos o contusiones. Si bien es más común que una lesión solitaria corresponda a un glioma, nuestro caso resultó ser metastásico. En general las metástasis suelen ser múltiples, localizarse en la región córtico-subcortical o en la sustancia gris profunda, presentar realce en anillo e importante edema vasogénico perilesional.

**Conclusión:**

Los signos radiológicos y los antecedentes del paciente dieron las claves para el diagnóstico; se informó el estudio de lesión probablemente metastásica que luego fue confirmada mediante otras pruebas de imagen. Las características de los hallazgos (número, localización, distribución y patrón de realce) son de gran ayuda al momento de reducir los diferenciales. Sin embargo, es imprescindible conocer los antecedentes clínicos del paciente que se presenta con una lesión cerebral intraaxial única, dado que puede evitar las pruebas innecesarias e incluso su biopsia.



*En las imágenes axiales de la TC cerebral, se identifica una lesión sólida solitaria en el tálamo izquierdo (flechas) que presenta un anillo hiperatenuante periférico en el estudio basal que realza intensamente tras la administración de CIV en la segunda imagen. Esta lesión está rodeada por un halo hipodenso de edema vasogénico (puntas de flecha). Se realiza posteriormente una radiografía de tórax PA en que se evidencia una gran masa pulmonar de aspecto maligno (círculo azul), luego confirmado por TC de tórax y anatomía patológica.*

### **Bibliografía:**

Patterns of contrast enhancement in the brain and meninges. Smirniotopoulos J, Murphy F et al. Radiographics 2007; 27:525-551.

<b>Caso</b>	(222) Fractura tipo Toddler
<b>Autores</b>	Maria Dolores Lopez Parra Alfonso Lopez-frias Lopez-jurado, José Acosta Batlle, Santiago Resano, Ignacio Gallego
<b>Centro</b>	Hospital Ramón y Cajal

**Presentación:**

Niño de 16 meses que acude al hospital por cojera en MID e irritabilidad . No tenía antecedentes traumáticos ni afectación del estado general.

**Discusión:**

Se solicitó una radiografía (Rx) de la extremidad inferior derecha, desde la cadera hasta el pie, la Rx de la pierna en proyecciones anteroposterior (AP) y lateral.

La Rx AP muestra una imagen lineal de menor densidad, de trayecto oblicuo, espiroídeo, en el tercio proximal de la diáfisis tibial y que corresponde a una fractura incompleta, sin desplazamiento. La proyección lateral fue normal.

Clínicamente se puede confundir con patología de cadera o pie por lo que está indicado la realización de un estudio radiológico simple en el que se incluya toda la extremidad inferior.

En el estudio radiológico simple puede ser confundida con un surco vascular normal del hueso, pero a diferencia de este, es de trayecto oblicuo o espiroídeo.

**Conclusión:**

La fractura tipo Toddler se ve en niños pequeños, generalmente entre 9 meses y 3 años de edad y corresponde a una fractura incompleta, no desplazada, secundaria a traumatismo muchas veces inadvertido. Es una fractura por estrés producida por fuerzas de torsión cuando está aprendiendo a caminar y se cae con frecuencia, también denominada fractura de los primeros pasos.

Es frecuente que pase inadvertida y se diagnostique de forma tardía.

El tratamiento consiste en inmovilización con yeso de la extremidad inferior.



*Fractura espiroidea no desplazada en el tercio proximal de la tibia.*

**Bibliografía:**

1. Anderson MW, Greenspan A. Stress fractures. Radiology 1996;199(1):1–12.
2. Caine D, DiFiori J, Maffulli N. Physeal injuries in children's and youth sports: reasons for concern? Br J Sports Med 2006;40(9):749–760.
3. Oestreich AE, Bhojwani N. Stress fractures of ankle and wrist in childhood: nature and frequency. Pediatr Radiol 2010;40(8):1387–1389.

<b>Caso</b>	(223) Rotura de bazo en dos tiempos
<b>Autores</b>	Nuria Pérez Peláez F. Pizarro Rodríguez, R. Castro Valdés, M. De La Puente Herrrainz, G. García Galarraga, S. Borruel Nacenta
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

Se trata de una mujer de 82 años, atropellada, que presenta hematuria. Se realiza un estudio de TC tóraco-abdominopélvico con CIV y adquisición en fase arterial y venosa portal al momento del ingreso y un segundo estudio de TC también en fase arterial y portal a las 14 h ya que presenta inestabilidad hemodinámica en este momento. En el estudio inicial se objetiva una mínima cantidad de líquido libre periesplénico, sin identificar alteraciones parenquimatosas, sin observar signos de sangrado activo ni otras alteraciones traumáticas significativas intraabdominales. También se objetiva fractura de ramas iliopúbicas e isquiopúbicas bilaterales y del ala sacra izquierda. En el estudio realizado a las 14 horas se identifica una abundante cantidad de líquido libre perihepático periesplénico y en goteras. En el bazo se observa una imagen de alta densidad que rodea el contorno esplénico lateral compatible con sangrado activo que podría originarse de una pequeña laceración anterior que se visualiza con mucha dificultad y adyacente al sangrado activo se visualiza líquido con zona de alta densidad sugestivas de coágulos. Además, el bazo está deformado por lo que probablemente haya un componente de hematoma subcapsular.

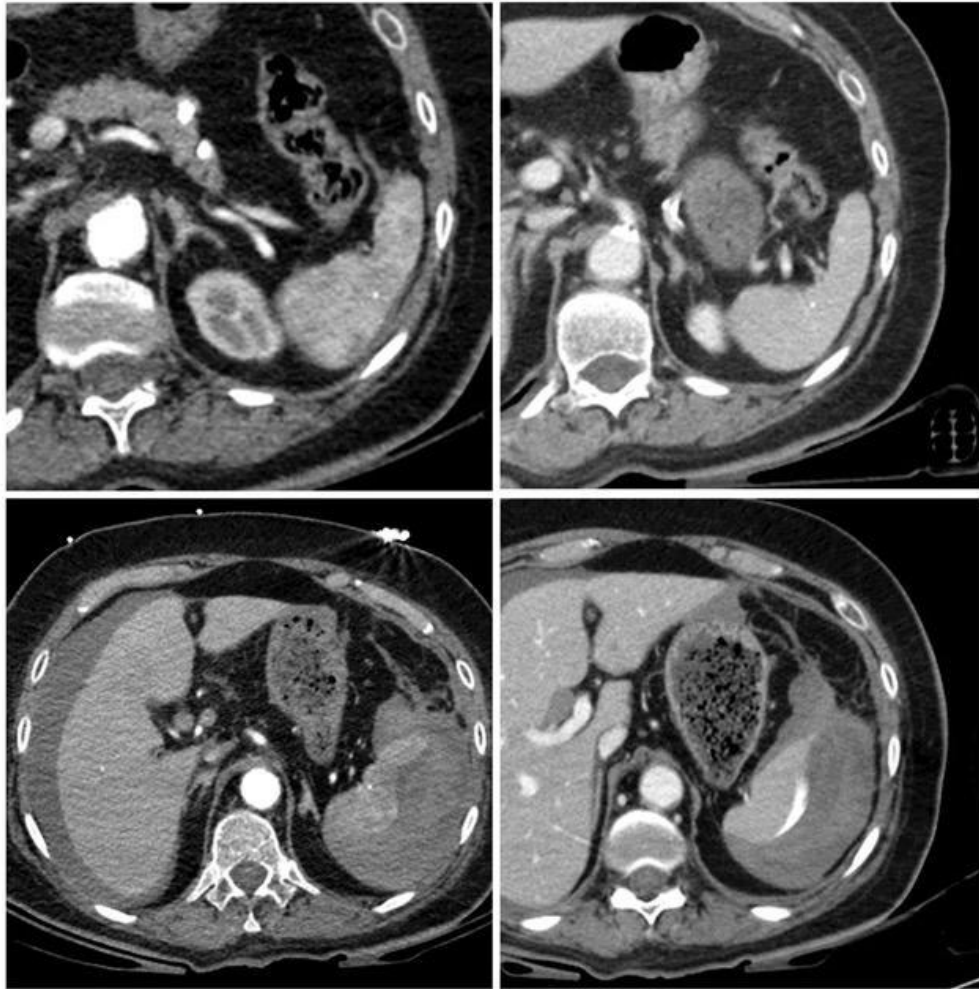
**Discusión:**

La rotura de bazo diferida está descrita desde 1902. Presenta una incidencia de aproximadamente el 1%, ocurre más usualmente entre los 4 y los 8 días después del traumatismo, si bien está descrito con periodos de latencia más cortos. Puede darse por expansión de hematomas subcapsulares y rotura de pseudoaneurismas, entre otros.

**Conclusión:**

Debemos estar alerta ante la posibilidad de una rotura esplénica diferida o en dos tiempos y pensar que pese a su baja incidencia es una complicación potencialmente mortal en la que nuestro papel como radiólogos es importante, por lo que tenemos que tener en mente este posible diagnóstico.





*Las dos imágenes superiores corresponden al estudio realizado al ingreso, fase arterial (izquierda) y fase venosa portal (derecha), se objetiva una mínima cuña de líquido adyacente al tercio inferior del bazo, sin identificar alteraciones en el parénquima esplénico. Las dos imágenes inferiores corresponden al segundo estudio, a las 14 h del inicial, en fase arterial (izda.) y venosa portal (dcha.). Podemos observar abundante líquido perihepático y periesplénico, con densidad compatible con sangre, y una imagen de alta densidad esplénica compatible con sangrado activo, así como deformación del contorno esplénico, sugestivo de hematoma subcapsular.*

### **Bibliografía:**

Freiwald S. Late-Presenting Complications After Splenic Trauma. The Permanente Journal. 2010;14(2):41-44.

Hassan R, Abd Aziz A, Md Ralib AR, Saat A. Computed Tomography of Blunt Spleen Injury: A Pictorial Review. The Malaysian journal of medical sciences: MJMS. 2011;18(1):60-67.

<b>Caso</b>	(224) Hallazgos en imagen de vólvulo en sigma
<b>Autores</b>	Francisco Brunie Manuel Fajardo Puentes, Maitane Alonso Lacabe, María De La O Hernández Herrero, Rebeca Pintado Garrido, Miguel Angel De La Fuente Bobillo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Río Hortega

**Presentación:**

Varón de 75 años, institucionalizado, presenta distensión abdominal y estreñimiento de 72 horas de evolución. Analítica sistémica al ingreso es normal. En la radiografía de abdomen simple se observa una marcada distensión de asas de colon con pérdida de las haustras, configurando una imagen en “grano de café” y desplazando las asas de intestino delgado hacia el cuadrante superior izquierdo. Se completa estudio con TC de abdomen con contraste IV visualizando una marcada dilatación del colon descendente y en menor grado del transversal y ascendente con cambio de calibre a nivel del sigma que se acompaña de giro de al menos 180° del meso y de los vasos adyacentes, siendo estos hallazgos compatibles con vólvulo de sigma.

**Discusión:**

El vólvulo de sigma corresponde a una torsión anormal del asa a lo largo de su eje mesentérico causando una obstrucción en asa cerrada.

La torsión del meso produce una pérdida de la irrigación del segmento volvulado que ante la ausencia de una desvolvulación espontánea o tratamiento oportuno conduce a la necrosis y eventual perforación.

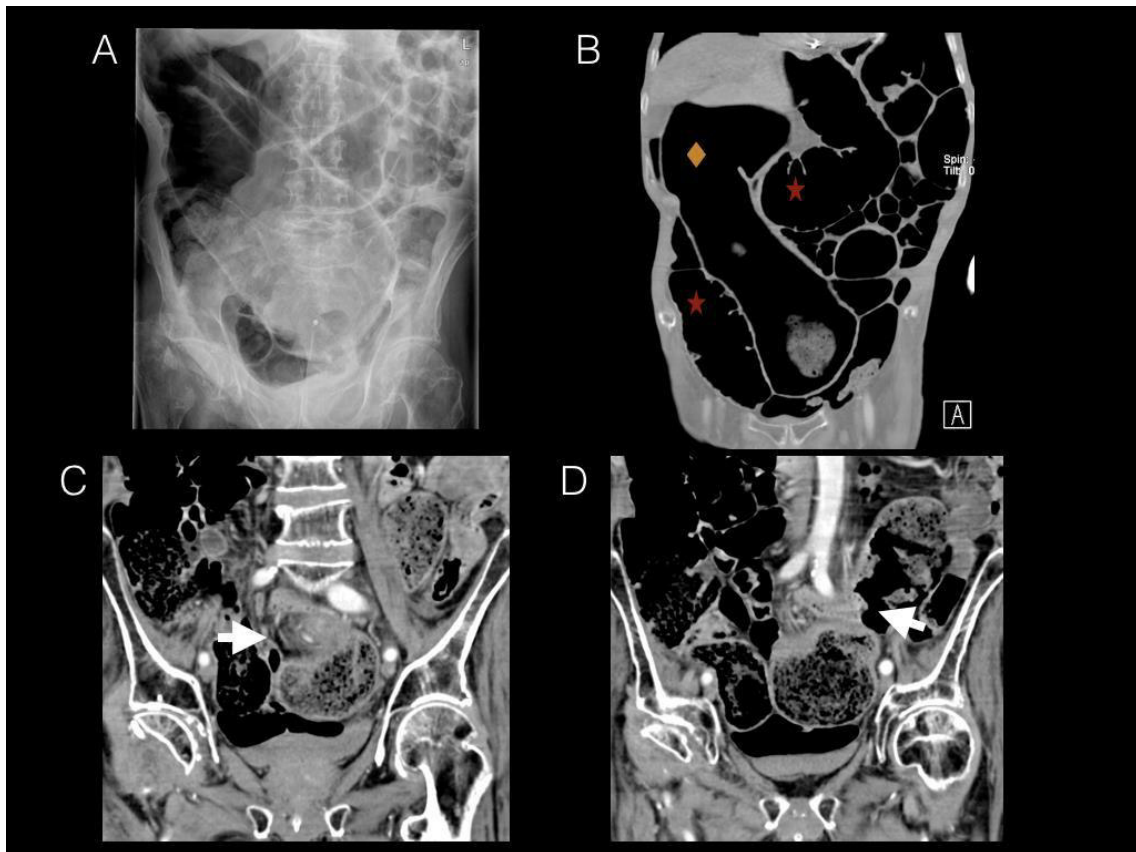
Existen factores predisponentes como son el estreñimiento, dieta rica en fibras, embarazo, pacientes postrados, y enfermedad de Chagas.

Para realizar un correcto diagnóstico radiológico nos pueden orientar la identificación de algunos signos como son el signo del “grano de café”, la orientación del sigma hacia el cuadrante superior derecho, el signo de northern exposure y el signo del remolino.

En las últimas revisiones han propuesto dos signos identificables en TC y que distinguen entre una torsión parcial o incompleta (Split-wall sign) y un grado más avanzado o torsión completa (signo de la marca “X”).

**Conclusión:**

El vólvulo de sigma es una patología que requiere un diagnóstico oportuno al cual podemos llegar gracias a la identificación de algunos signos claves.



**A-** Signo del “Grano de Café” en Rx de Abdomen. **B-** Signo de Northern Exposure corresponde a una extensión cefálica del sigma (diamante amarillo) pasando por arriba del colon transverso (estrella roja). **C-** Signo del remolino en él que gira el meso junto con los vasos. **C y D:** Muestran el signo de la Marca “X” observando dos cambios de calibre (flechas blancas) a un mismo nivel que se entrecruzan en direcciones opuestas.

### Bibliografía:

Levsky J, Den E, DuBrow R, Wolf E, Rozenblit A. CT Findings of Sigmoid Volvulus. AJR 2010;194:136-143

<b>Caso</b>	(225) Título: ¿Qué se esconde tras una fractura aislada de maléolo tibial?: Fractura de Maisonneuve.
<b>Autores</b>	Amalia García Chiclano Ana Blanco Barrio, Carmen María Botía Gonzalez, Isabel María González Moreno, Ana Barceló Cárceles
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Jose María Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 78 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por traumatismo en tobillo derecho tras resbalar en domicilio. Se le solicitan radiografías AP y lateral del tobillo. En la proyección lateral se observaba una línea de fractura a nivel del maléolo tibial posterior que originaba un desnivel cortical de 1mm, con leve desplazamiento posterosuperior del fragmento maleolar. No se apreciaban fracturas en los maléolos medial o lateral, aunque sí llamaba la atención un aumento de partes blandas en la cara medial del tobillo y un leve aumento de la distancia entre el maléolo tibial y el astrágalo, que hacían sospechar lesión del ligamento deltoideo. Ante los hallazgos completamos el estudio con radiografías que incluían el peroné proximal (paciente sin síntomas en dicha zona) y que mostraron una fractura espiroidea del 1/3 proximal del mismo.

**Discusión:**

Diagnóstico: Fractura de Maisonneuve (fractura de peroné weber tipo C y fractura del maléolo tibial posterior)

La fractura aislada del maléolo tibial posterior es muy infrecuente, de manera que ante dicho hallazgo es necesario completar el estudio con proyecciones que incluyan el peroné proximal, que pueden pasar desapercibidas si nos limitamos a las proyecciones que estudian el tobillo.

La fractura de Maisonneuve se produce por un mecanismo de pronación/rotación externa del tobillo. Incluye la rotura de la sindesmosis tibioperonea y de la membrana interósea, con transmisión de la fuerza al peroné proximal, que provoca una fractura del mismo, con frecuencia espiroidea. Suele asociar lesión del ligamento deltoideo por lo cual se considera una fractura inestable. En ocasiones se asocia a fractura del maléolo tibial interno y/o posterior.

**Conclusión:**

Ante una fractura aislada del maléolo tibial posterior es necesario ampliar el estudio buscando fracturas asociadas, fundamentalmente del peroné proximal.



**Fig 1.**(flecha azul) *Proyección lateral de tobillo; línea de fractura en maleolo posterior.* **Fig 2.** (flecha azul) *Aumento del espacio intrarticular.* **Fig 3.**(Flechas azules) *Proyección anteroposterior de rodilla; fractura espiroidea de peroné proximal.* **Fig 4.** (flechas azules) *Proyección lateral de rodilla; fractura espiroidea de peroné proximal.*

### **Bibliografía:**

1. Kalyani BS, Roberts CS, Giannoudis PV. The Maisonneuve injury: a comprehensive review. *Orthopedics* 2010; 33:190-5.
2. Boggs LR. Isolated posterior malleolar fractures. *Am J Emerg Med* 1986;4:334-36.
3. Merrill KD. The Maisonneuve fracture of the fibula. *Clin Orthop* 1993;287:218-23.
4. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *Radiographics*. 2000;20:819-36.

<b>Caso</b>	(227) PATOLOGÍA INFLAMATORIA DEL TEJIDO ADIPOSEO INTRAABDOMINAL
<b>Autores</b>	Marta Gallego Riol Clara Gil Perea, Sara Lojo Lendoiro
<b>Centro</b>	Mérida

**Presentación:**

Varón de 60 años, consulta por segunda ocasión en 4 días por dolor en fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos, sin fiebre. En la exploración presenta signos de peritonismo, con Blumberg positivo y Rousing negativo. Antecedentes personales: diverticulitis hace 3 meses. Intervenido mediante laparoscopia de apendicitis hace 10 años. Colectomizado. Los hallazgos ecográficos que se evidencian es una imagen fija, ovalada, hiperecogénica, sin vascularización demostrable por ecodoppler. Asocia mínima cantidad de líquido libre entre las asas. Ante los hallazgos ecográficos se decide exploración mediante TC sin contraste, donde se visualiza una imagen ovalada, entre los músculos abdominales y pared anterior del colón ascendente de 3,6cm de eje máximo, con un reborde hiperdenso con una zona central de menor densidad y en su interior otra imagen hiperdensa. Pared del colón adyacente levemente inflamada.

**Discusión:**

El diagnóstico diferencial se realiza entre dos entidades similares:

**APENDICITIS EPIPLOICA**

Localización: izquierda

Dependencia colon: Si

Tamaño: <5m Contorno: bien definido, ovalado Realce: Si INFARTO OMENTAL  
Localización: derecha Dependencia colon: No Tamaño: >5m

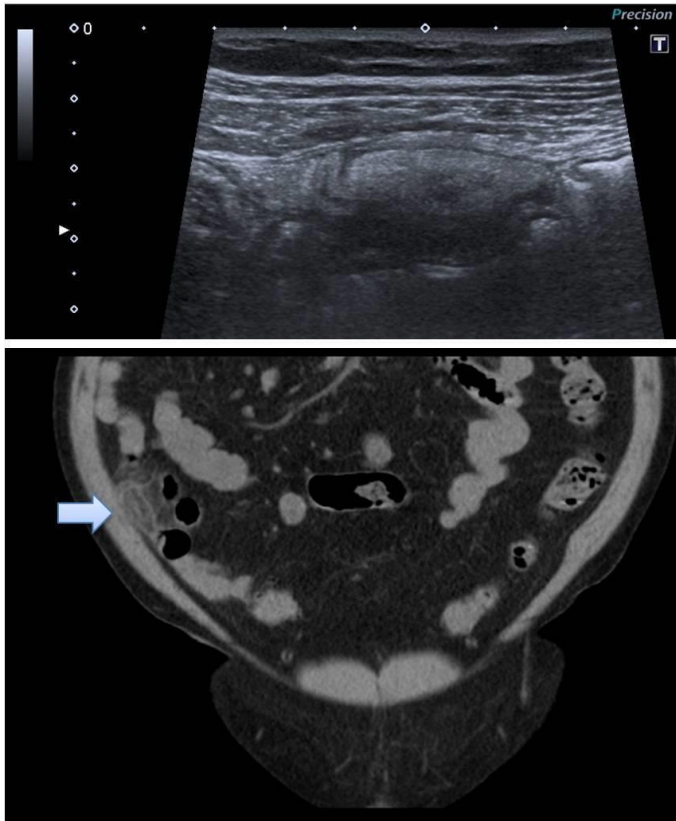
Contorno: mal definido

Realce: No

Siendo en este caso una apendicitis epiploica, ya que cumple más criterios que el infarto omental, aunque la localización no sea típica.

**Conclusión:**

Los avances de las técnicas de imagen nos permiten en los últimos años, el diagnóstico de entidades como la apendicitis epiploica, el infarto omental y la pancreatitis mesentérica son identificados con gran precisión en la mayoría de las ocasiones en pacientes con dolor abdominal agudo. Siendo importante para un adecuado manejo clínico.



**Ecografía:** imagen ovalada, hiperecogénica, sin vascularización demostrable por ecodoppler. Asocia mínima cantidad de líquido libre entre las asas.

**TC sin contraste:** Lesión ovalada, entre los músculos abdominales y pared anterior del colón ascendente de 3,6cm de eje máximo, con un reborde hiperdenso con una zona central de menor densidad y en su interior otra imagen hiperdensa. Pared del colón adyacente levemente inflamada.

*Hallazgos en ecografía y TC*

### **Bibliografía:**

-Aya Kamaya, Michael P. Federle, Terry S. Desser. "Imaging Manifestations of Abdominal Fat Necrosis and Its Mimics". RadioGraphics, 2011; 31: 2021-2034.

-Ajay K. Singh, Debra A. Gervais, Peter F. Hahn, Pallavi Sagar, Peter R. Mueller, Robert A. Novelline. "Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics". RadioGraphics, 2005; 25:1521-1534.

<b>Caso</b>	(228) Isquemia mesentérica: las pistas que ocultan las asas afectas.
<b>Autores</b>	Cesar Oterino Serrano Garrido Alonso, Diego; Aguado Toquero, Angel; Moran Marsili, Joaquin, Diez Tascon, Aurea; Marti De Gracia, Milagros
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

**Presentación:**

Varón de 80 años con factores de riesgo cardiovascular, claudicación intermitente y cardiopatía isquémica revascularizada. Acude por dolor abdominal postprandial, náuseas y vómitos, sin fiebre. Analíticamente: leucocitosis con neutrofilia. PCR y fibrinogeno elevados. LDH normal. Se solicita TC de abdomino-pélvico con contraste.

**Discusión:**

La TC muestra un segmento largo de asas de intestino delgado (ID) con pared engrosada hiporrealzante, edema del mesenterio y líquido libre, hallazgos compatibles con isquemia mesentérica.

La arteria y vena mesentéricas superiores son permeables, apreciando un defecto de repleción en una vena ileal de mediano calibre, sospechoso de isquemia de origen venoso. No obstante, parece poco probable que la afectación de una rama venosa periférica justifique una isquemia tan extensa.

A pesar de no observar signos de obstrucción, se identifican dos cambios de calibre en dos asas de ID adyacentes entre sí (morfología en asa cerrada). La afectación isquémica se limita a las asas localizadas entre ambos cambios. El mesenterio edematoso confluye hacia el área de cambio de calibre. Los hallazgos sugieren hernia interna.

**Conclusión:**

La causa más frecuente de isquemia mesentérica es la oclusiva, por trombosis o embolismo arterial o venoso. Aunque menos frecuentes, existen causas no oclusivas.

Debe existir una correlación entre la localización del trombo y la extensión de las asas afectadas. Un trombo más distal estará asociado a isquemia de un segmento más corto de intestino. En casos de discordancia habrá que buscar otras causas.

Una causa frecuente de infarto venoso es la estrangulación de asas herniadas. En las hernias internas se producen protrusiones viscerales a través de defectos del peritoneo o mesenterio. Puede existir compresión de las estructuras vasculares a través del orificio herniario. Además las asas herniadas estarán sometidas a un aumento de la presión tisular, condicionando una dificultad al drenaje venoso.





**Imagen 1:** Engrosamiento hiporrealzante de asas de ID. Marcado edema del mesenterio y líquido libre

**Imagen 2:** Defecto de repleción de una rama venosa ileal de mediano calibre (flecha amarilla). Al lado otra vena ileal con adecuado relleno de contraste (flecha blanca).

**Imagen 3:** Cambio de calibre en dos asas de ID adyacentes entre sí (flechas blancas). Confluencia del mesenterio hacia el área de cambios de calibre. Imagen sugestiva de hernia interna.

**Imagen 1:** Engrosamiento hiporrealzante de asas de ID. Marcado edema del mesenterio y líquido libre. **Imagen 2:** Defecto de una rama venosa ileal de mediano calibre (flecha amarilla). Al lado otra vena ileal con adecuado relleno de contraste (flecha blanca) **Imagen 3:** Cambio de calibre en dos asas de ID adyacentes entre sí (flechas blancas). Confluencia del mesenterio hacia el área de cambios de calibre. Imagen sugestiva de hernia interna.

**Bibliografía:**

Akira Furukawa<sup>1</sup>, Shuzo Kanasaki, Naoaki Kono, Makoto Wakamiya, Toyohiko Tanaka, Masashi Takahashi and Kiyoshi Murata. CT Diagnosis of Acute Mesenteric Ischemia from Various Causes. American Journal of Roentgenology. 2009;192: 408-416. 10.2214/AJR.08.1138

Marco Moschetta, Michele Telegrafo, Leonarda Rella, Amato Antonio Stabile Ianora, and Giuseppe Angelelli. Multi-detector CT features of acute intestinal ischemia and their prognostic correlations. World Journal of Radiology. 2014 May 28; 6(5): 130–138.

P. Redondo Buil, A.M. Benítez Vázquez, N. Sánchez Rubio, L. Raposo, G. Anes González y L. Hernández Luyando. Revisión de hernias internas: Hallazgos Radiológicos. Radiología. Mayo 2014;56 (Espec Cong):86



<b>Caso</b>	(229) HEMORRAGIA RETROPERITONEAL AGUDA
<b>Autores</b>	Marta Gallego Riol Clara Gil Perea, Sara Lojo Lendoiro
<b>Centro</b>	Mérida

### **Presentación:**

Paciente de 70 años acude al servicio de urgencias inestable, hipotenso y taquicárdico. En tratamiento con heparina sódica subcutánea por sospecha de trombosis venosa profunda, solo se ha administrado una sola dosis, el paciente tiene antecedentes de hemorragias previas relacionadas con el tratamiento. Acude a nuestro servicio por sospecha de hemorragia intraabdominal. Se realiza tomografía (TC) con contraste en fases arterial, portal y tardía. Presenta un extenso hematoma retroperitoneal desde el músculo psoas-iliaco izquierdo que se extiende hacia la región izquierda pélvica y canal inguinal ipsilateral, demostrando la existencia de sangrado activo que aumenta en fases venosas y tardía en el espesor de dicho músculo. Adicionalmente se visualiza una colección lenticular subcapsular en el lóbulo hepático derecho de baja atenuación sin imágenes que sugieran hemorragia de la misma que corresponde a un hematoma subcapsular hepático en fase de licuefacción.

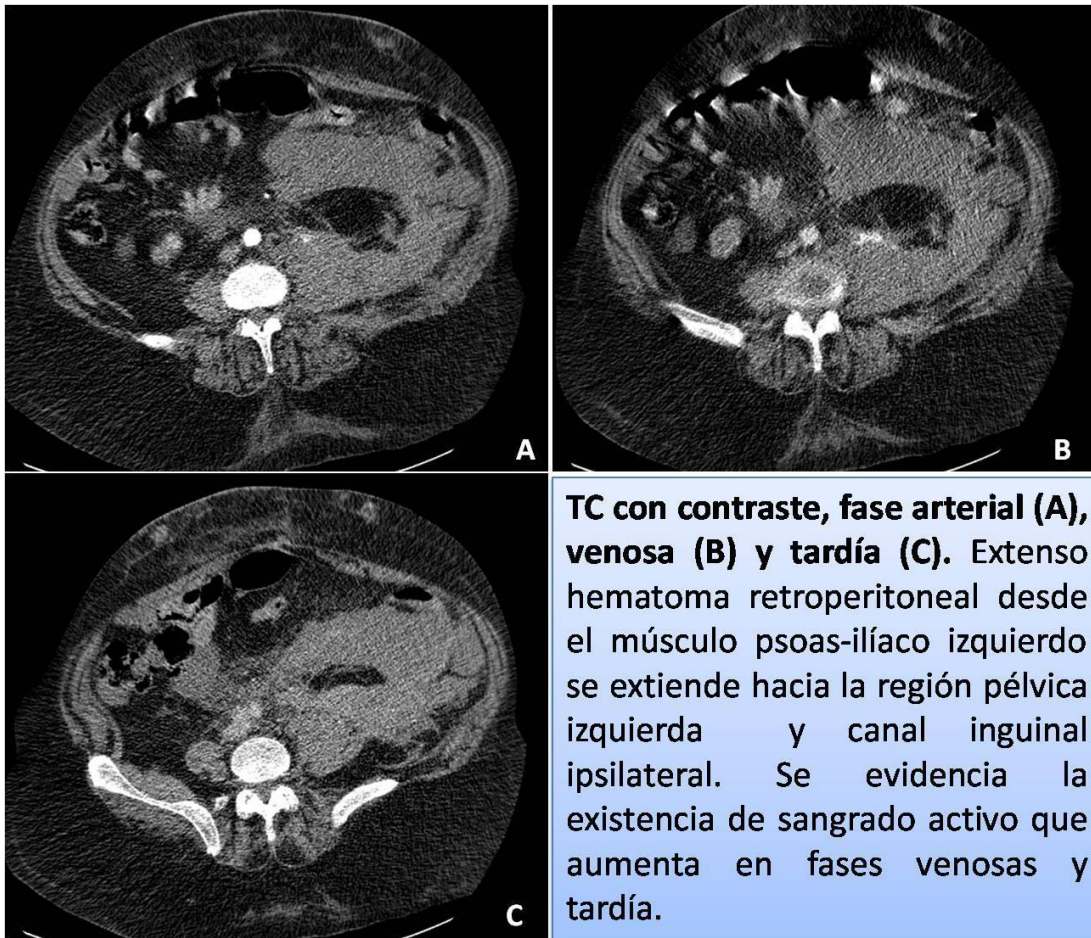
### **Discusión:**

El paciente presenta un hematoma retroperitoneal del psoas ilíaco izquierdo, de importante tamaño, demostrando sangrado activo del mismo y un hematoma subcapsular hepático. Todo ello es probable que esté relacionado con su tratamiento.

Las imágenes en TC muestran una densidad anormal de tejidos blandos localizada difusamente en el espacio retroperitoneal. La localización y atenuación dependen del origen y tiempo transcurrido tras la hemorragia. El hematoma en el músculo psoas puede ser espontáneo o secundario a fuga de aneurisma aórtico. Los valores de atenuación oscilan entre 20-90UH dependiendo del tiempo transcurrido tras el sangrado.

### **Conclusión:**

La hemorragia retroperitoneal espontánea es una patología poco frecuente pero importante debido a múltiples causas, los radiólogos tienen que estar familiarizados con estos hallazgos. La TC abdominopélvica es la mejor prueba de diagnóstico de elección, siendo útil para la determinación de la causa de la hemorragia, su extensión y manejo.



*Hallazgos en TC.*

**Bibliografía:**

-Ajit H. Goenka MD, Shetal N. Shah MD et al. Imaging of the Retroperitoneum. Radiol Clin N Am 2012; 50:333–355

<b>Caso</b>	(230) Marisco... ¿Quién dijo exento de riesgo?
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Cesar Oterino Serrano  
 Caparros Cánovas, Silvia; Vilches Catalan, Carlos; Moran Marsili, Joaquin; Diez Tascon, Aurea; Marti De Gracia, Milagros  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

**Presentación:**

Varón de 83 años con dolor en hipogastrio y disuria. Última micción con presencia de "gotas de color marrónáceo". Refiere antecedente de ingesta de marisco. Analítica con reactantes de fase aguda elevados. Se realiza TC abdomino-pélvico.

**Discusión:**

La TC muestra dos cuerpos extraños (CE) en pelvis. Uno de ellos está localizado en el interior del sigma, tiene alta atenuación y morfología que en la reconstrucción 3D recuerda a la de una concha.

El sigma medio muestra cambios inflamatorios con engrosamiento parietal circunferencial, trabeculación de la grasa mesosigmoidea y adenopatías milimétricas locorregionales de carácter reactivo. No hay signos de obstrucción intestinal ni neumoperitoneo.

En el interior de la vejiga se observa aire y un segundo cuerpo extraño que recuerda en morfología y atenuación al primero.

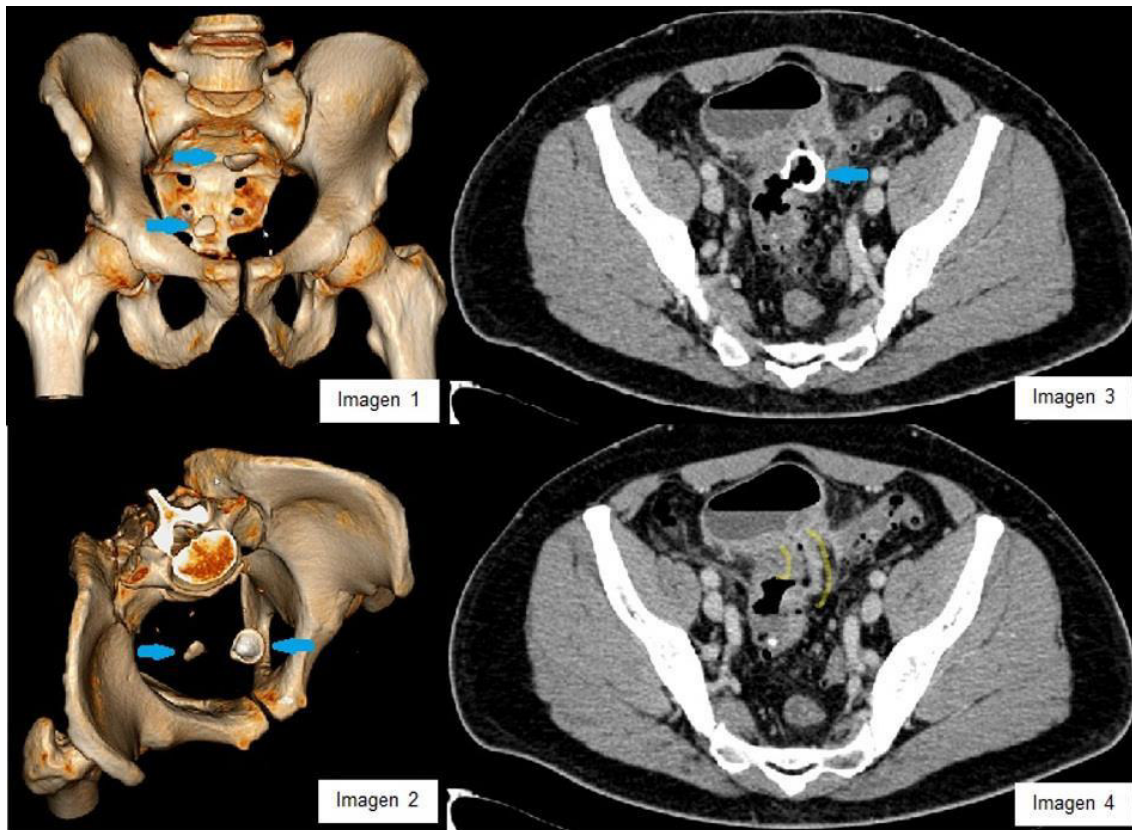
Se identifica una fistula colo-vesical (lo que justifica la fecaluria) desde el sigma hasta la pared posterior de la vejiga, con paso de burbujas de aire desde el colon a la vejiga.

**Conclusión:**

La población más afectada por la ingesta involuntaria de CE son los niños y los ancianos. Las dos principales complicaciones son la obstrucción de vía aérea o digestiva y el daño mecánico de la mucosa de las asas, con riesgo posterior de estenosis, perforación, fistulización e infección.

En el caso presentado un paciente anciano ingirió dos CE que por la morfología en TC y el antecedente de ingesta de marisco eran compatibles con conchas. Estos CE se alojaron en sigma provocando un daño mecánico en su pared, con la consiguiente colitis reactiva y finalmente una fístula colo-vesical que permitió el paso a la vejiga de aire y de uno de los cuerpos extraños.

El paciente fue sometido a una resección de sigma y sutura vesical. La cirugía confirmó los hallazgos.



*Se muestran dos cuerpos extraños en pelvis (flechas azules en las imágenes 1, 2), uno en el interior del sigma (flecha azul en imagen 3) y otro en el interior de la vejiga. Cambios inflamatorios en sigma (imagen 3). Aire en vejiga y fistula colovesical (doble contorno amarillo en imagen 4).*

### **Bibliografía:**

Germán Errázuriz F. Ingestión de cuerpos extraños: Protocolo de estudio y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2009; 60(6) 883 - 891

Tomasz Golabek, Anna Szymanska, Tomasz Szopinski, Jakub Bukowczan, Mariusz Furmanek, Jan Powroznik, and Piotr Chlosta. Enterovesical Fistulae: Aetiology, Imaging, and Management. Gastroenterology Research and Practice

Volume 2013 (2013), Article ID 617967, 8 pages

Nam C. Yu, MD, Steven Raman, MD, Monica Patel, MD, and Zoran Barbaric, MD. Fistulas of the Genitourinary Tract: A Radiologic Review. Radiographics - September 2004, Volume 24, Issue 5

<b>Caso</b>	(231) Caso "TOP" de la Basilar.
<b>Autores</b>	Antonio Delgado Cotán Carmen Pérez Ramírez, Daniela De Araujo Martins-romeu, Xaira María Cortés Sañudo, Laura Cuesta Lujano, Carmen González Castellano.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

Paciente de 76 años remitida por cuadro de afasia. Código Ictus.

**Discusión:**

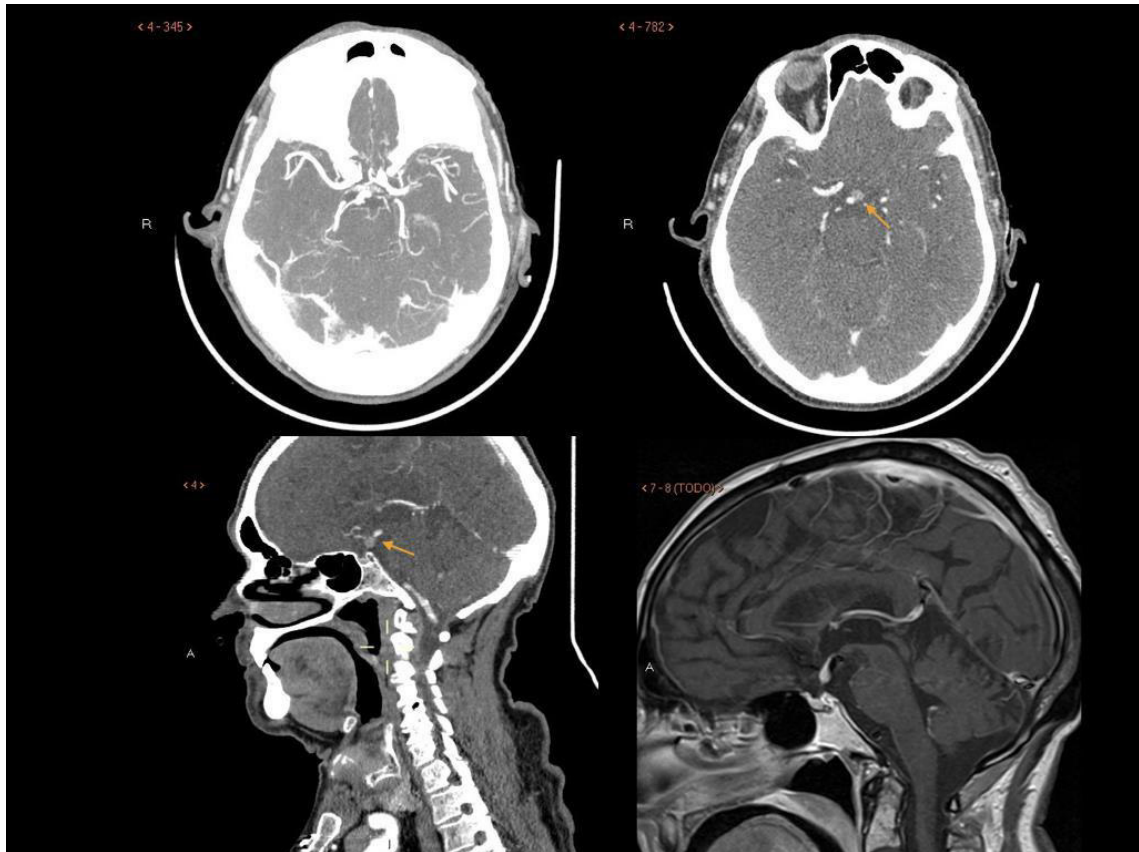
Oclusión de ACM-I en M1 en su tercio proximal, con recanalización a nivel de M2. Área de penumbra en territorio de ACM-I, sin que se aprecien zonas de isquemia establecida (mismatch significativo). Lesión de morfología nodular bien definida y en íntimo contacto con el margen anterior del segmento distal de la arteria basilar (previo al top), que realza tras la administración de contraste.

Dicha lesión es sugestiva de corresponder con aneurisma de 6 mm a este nivel. No obstante, no presenta la misma intensidad de realce que la arteria basilar, lo que puede sugerir flujo lento o trombosis del mismo. Sería esperable un realce en anillo debido al defecto de llenado y una localización más distal (en el top) en caso de corresponder con aneurisma. Por ello y por su proximidad, también habría que considerar la posibilidad de lesión hipotalámica.

El factor más relevante de la duda diagnóstica se fundamenta en que una lesión aneurismática constituye una contraindicación para trombolisis intravenosa (riesgo de sangrado). Sin embargo no excluye la trombolisis mecánica, ya que en estos casos podría individualizarse.

**Conclusión:**

Finalmente se desestimó cualquier opción terapéutica del ictus isquémico en territorio de ACM-I por el NIHSS (> 25), tiempo de evolución y la supuesta lesión aneurismática. Posteriormente se confirmó anomalía estructural del desarrollo hipotálamo-hipofisario por RM con contraste. La región supraselar es asiento de patología diversa (desarrollo anómalo, neoplasia, inflamatoria). Su estudio es más completo mediante RM, que podría haberse planteado de forma urgente en este caso.



**Foto 1:** Trombo en segmento M1 de ACM-I. **Fotos 2 y 3:** Lesión adyacente a arteria Basilar. **Foto 4:** Confirmación de lesión estructural en hipotálamo.

### **Bibliografía:**

M. Alonso de Leciñana, J. Díaz-Guzmán, J.A. Egido, A. García Pastor, P. Martínez-Sánchez, J. Vivancos, E. Díez-Tejedor. Tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. Plan de Atención al Ictus en la Comunidad de Madrid. Neurología 2013;28:425-34 - DOI: 10.1016/j.nrl.2012.12.009.



<b>Caso</b>	(232) Hemoperitoneo en mujer en edad fértil. Mira bien en pelvis
<b>Autores</b>	Patricia Camino Marco Alberto Ibáñez Ibáñez, Lorena López Martínez, María Del Rosario Pastor Juan, Klaus Hessler, Nuria María López-galiacho Heras
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Mujer de 31 años que acude a urgencias por intenso dolor abdominal hipogástrico irradiado a FID. El dolor es intermitente, incrementándose con los movimientos y acompañado de vómitos. E.F: abdomen depresible, doloroso a la palpación generalizada de predominio en FID. Blumberg +. Analíticamente: leucocitosis (11.900 mcl/mm<sup>3</sup>). La paciente es valorada por Cirugía, solicitándose ecografía abdominal sospechando apendicitis. La ecografía mostraba abundante líquido libre intrabdominal sobre todo en pelvis. La paciente niega posibilidad de embarazo. FUR tres semanas antes. Con estos hallazgos realizamos TC abdomen-pelvis+civ interrogando nuevamente a la paciente por posibilidad de embarazo, que niega nuevamente. El TC revela: - Líquido libre de aspecto hiperdenso, perihepático, periesplénico, entre asas y pelvis visualizando imagen anexial, predominantemente hipodensa, de 4.5 cm con bordes que muestran realce periférico. El resto de estructuras pélvicas no eran identificables. Nuestro diagnóstico diferencial era folículo hemorrágico vs embarazo ectópico. La imagen quística podría corresponder con folículo y embrión. Se comentó el caso con Urgencias-Ginecología, realizándose test gestacional que resultó positivo (6733mUI/mL).

**Discusión:**

El diagnóstico fue hemoperitoneo por embarazo ectópico roto.

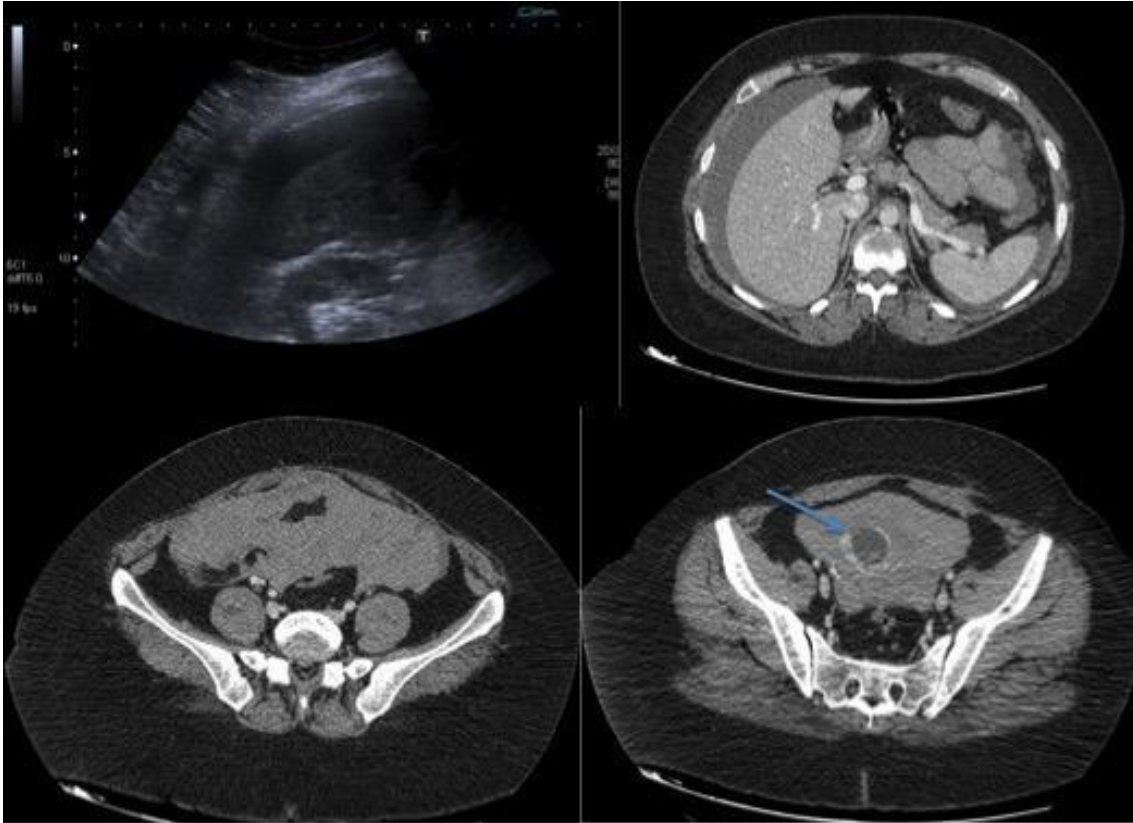
Se realizó laparotomía objetivando hemoperitoneo, rotura completa de trompa derecha a nivel cornual y rotura uterina.

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina. El hemoperitoneo en saco de Douglas y test gestacional positivo es altamente sugestivo. En ocasiones, como en este caso, puede visualizarse formación anexial quística que realza periféricamente. Su complicación es la temida rotura de trompa.

Este caso, pese al diagnóstico correcto, debía haberse precedido de test gestacional inicial.

**Conclusión:**

En toda mujer en edad fértil con dolor abdominal debe realizarse test gestacional. El hemoperitoneo en Douglas nos debe hacer sospechar embarazo ectópico.



*Ecografía-TC: hemoperitoneo. Flecha: imagen quística anexial con realce periférico*

### **Bibliografía:**

- Pham H, et al. Adnexal ring of ectopic pregnancy detected by contrast-enhanced CT. *Abdominal Imaging* 2007; 32: 56-58
- Lin EP, et al. Diagnostic Clues to Ectopic Pregnancy. *Radiographics* 2008; 28: 1661-1671
- Geffen EM, et al. Pitfalls and tips in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Abdominal Imaging* 2017; 1: 1-19

<b>Caso</b>	(233) HEMATOMA EPIDURAL MEDULAR POSTRAUMÁTICO
<b>Autores</b>	Lucía Terán Álvarez Karen Del Castillo Arango, Sandra Sáncnez García, Jorge Manuel Peña Suárez, Helena Cigarrán Sexto, Juan Sanz Díaz
<b>Centro</b>	Hostpital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Varón de 78 años con espondilitis anquilosante y fibrilación auricular a tratamiento con ACO como antecedentes de interés. Sufre una caída 24 horas antes de ser trasladado al servicio de urgencias por clínica de paraparesia de MMII. Ante el antecedente de traumatismo previo, se realiza TC de columna dorsolumbar urgente con los siguientes hallazgos: Fractura transdiscal T8-T9 con canal medular de densidad heterogénea que sugiere componente hemorrágico, hallazgos sugestivos de hematoma epidural. Tras los hallazgos de la TC se decide realización de RM de columna en 3 segmentos en secuencias T1, T2, STIR y GRE T2 en plano sagital. Extenso hematoma epidural desde T1 hasta T10 que condiciona un significativo efecto masa sobre la médula, que muestra hiperseñal por mielopatía compresiva en toda la extensión del hematoma. La causa es una transección discal T8-T9 con rotura del ligamento vertebral común anterior calcificado, y rotura capsular de las articulaciones interapofisarias, con ligero bostezo anterior del espacio discal y sin signos de inestabilidad.

**Discusión:**

El mecanismo lesional más frecuente en estas lesiones es la hiperextensión-distracción, y es típico de pacientes con espondiloartropatías o pacientes de avanzada edad con importantes cambios discoartrósicos, dada la mayor fragilidad generada por la rigidez que presentan. Se producen fracturas a través del espacio discal (transdiscales), o que interesan al cuerpo vertebral (transvertebrales) y ante la existencia de un déficit neurológico grave, es fundamental realizar una RM del segmento afecto para descartar mielopatía compresiva, hematoma epidural o lesiones de la arteria vertebral. Es interesante realizar secuencias con saturación grasa para valorar mejor el edema medular y secuencias GRE T2 para detectar hemorragia.

**Conclusión:**

En pacientes con antecedente traumático de columna vertebral y clínica neurológica asociada es necesario realizar además de una TC urgente, una RM de columna que permita descartar componente hemorrágico o mielopatía compresiva.



**A) TC en plano sagital con ventana de partes blandas: Densidad heterogénea del cordón medular (cabeza de flecha) y rotura del ligamento vertebral común anterior calcificado (flecha). B) RM secuencia T2 en plano sagital: colección heterogénea en espacio epidural compatible con hematoma (flecha). C) RM secuencia STIR en plano sagital: Fractura transdiscal T8-T9 con bostezo anterior del espacio discal (cabeza de flecha). Hiperseñal medular compatible con mielopatía compresiva (flecha). D) RM secuencia GRE T2 en plano sagital: susceptibilidad magnética por hematoma epidural (flecha).**

### **Bibliografía:**

Bennett DL et al. Acute traumatic spinal epidural hematoma: imaging and neurologic outcome. *Emerg Radiol.* 2005 Apr;11(3):136-44.

Caso	(234) Hallazgos en TC de la herniación transtentorial ascendente.
Autores	M <sup>a</sup> Ángeles Galatayud Sánchez Francisco Gabella Varela
Centro	Juan Ramón Jiménez

**Presentación:**

Paciente de 34 años que acude al servicio de urgencias con clínica de cervicalgia, cefalea irradiada a hemicráneo derecho, inestabilidad y vómitos. Como antecedente personal la paciente fue diagnosticada de un carcinoma invasivo de mama derecha T4N3, que fue tratado con QT neoadyuvante, mastectomía radical y RT adyuvante, terminando tratamiento hace 3 meses. Se realiza TC sin y con contraste de urgencia en el que se visualiza una masa en hemisferio cerebeloso derecho que capta contraste y que produce importante edema vasogénico, presentando efecto de masa y probable herniación transtentorial ascendente. Este hallazgo es compatible, por sus antecedentes, con LOE de probable origen metastásico.

**Discusión:**

La herniación transtentorial ascendente es un tipo de herniación poco frecuente y suele deberse a un tumor o a una hemorragia en fosa posterior. Se produce por un ascenso de las estructuras de la fosa posterior con desplazamiento del mesencéfalo y borramiento de cisuras. Los hallazgos radiológicos consisten en el borramiento/estrechamiento bilateral de las cisternas ambiens, ocupación de la cisterna cuadrigeminal y abombamiento del mesencéfalo que adopta forma de peonza.

**Conclusión:**

Nos encontramos ante un caso de recidiva metastásica cerebral de un cáncer de mama que al alojarse en fosa posterior y provocar efecto masa condiciona una herniación transtentorial ascendente. Hay que estar atentos a posibles complicaciones como la hidrocefalia. Es importante alertar a los clínicos del hallazgo de una herniación por el alto riesgo de obturación y muerte. Con un adecuado tratamiento con corticoides la herniación es potencialmente reversible.



***TC con contraste. Masa cerebelosa que comprime la cisterna cuadrigémina totalmente, comprime parcialmente la cisterna ambiens derecha y desplaza y comprime el cuarto ventrículo lo que sugiere probable herniación transtentorial ascendente.***

**Bibliografía:**

Grossman R, Yousem D. Neurorradiología. Ed Marbán 2007.

The Radiology Assistant. Brain tumor: Systematic approach.

Osborn Anne, Salzman Karen, Barkovich James. Diagnostic imaging. Brain. 2011

<b>Caso</b>	(236) Hematoma retroperitoneal con sangrado activo
<b>Autores</b>	Pablo Velázquez Fragua Daniel Zarranz Sarobe, daniel Padron Montenegro, carlos Martin Gomez, monica Perez Gonzalez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

Paciente varón de 72 años con los siguientes antecedentes: HTA. DLP, EPOC, FA crónica, que ingresa por insuficiencia respiratoria aguda y condensación en LSD. Ingresa en UCI por shock séptico por Neumonía del LSD. Dado de alta de UCI a planta se queja de dolor intenso en FID que ha empezado a las 4 de la madrugada tras un movimiento brusco al incorporarse. El dolor no cede con analgesia. Presenta cuadro de hipotensión ( 95/60 mm HG) y anemia brusca Hb 7,9 gr/dl (previa 10,8). Se solicita ecografía urgente. Se completa con Tc. Se aprecia gran colección retroperitoneal, con nivel líquido-hematocrito asociado, que depende parcialmente del músculo psoas ilíaco derecho, con efecto de masa sobre el riñón, el cual se encuentra desplazado anteriormente, asociando extravasación activa de contraste al interior de la misma, de probable dependencia de ramas lumbares, de aproximadamente 11,6 x 14,4 x 16,8 cm, compatible con hematoma con signos de sangrado activo. Se aprecia líquido libre intraabdominal.

**Discusión:**

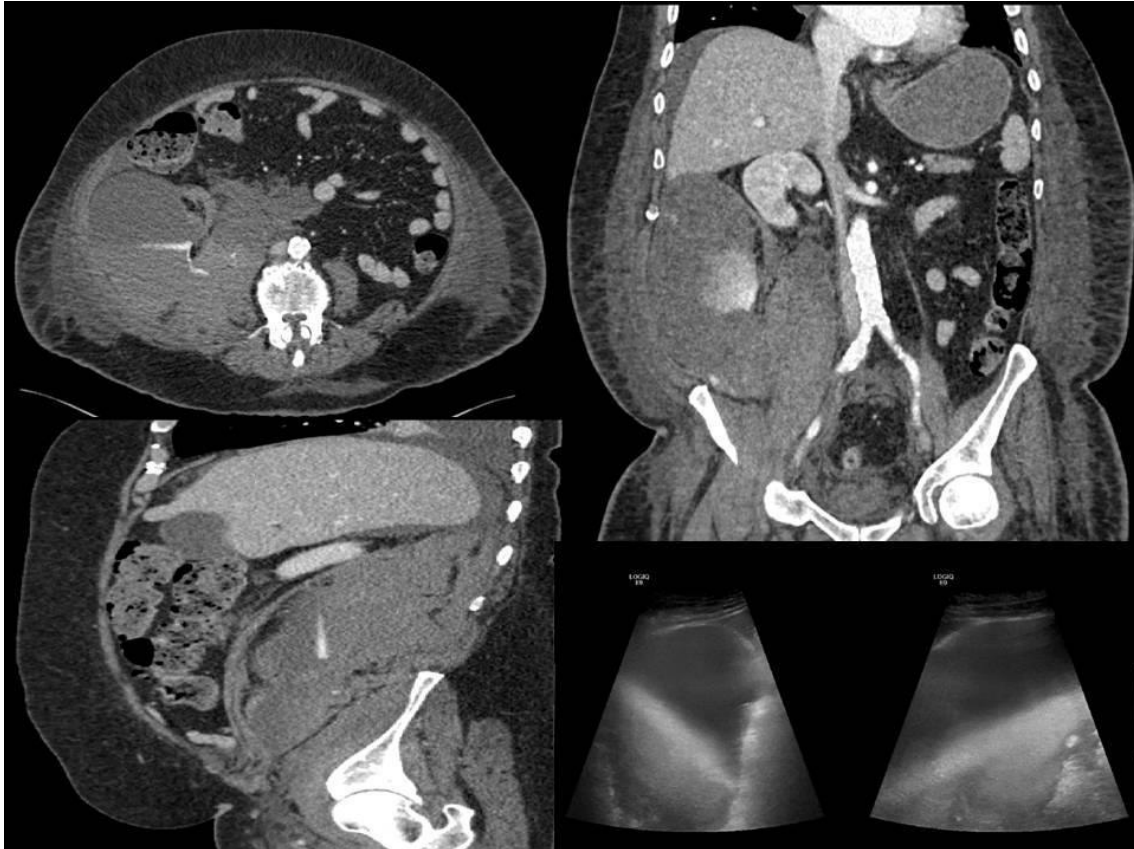
Hematoma retroperitoneal con sangrado activo de una rama arterial lumbar.

Es una patología poco frecuente. Se puede producir como consecuencia de traumatismos, alteraciones de la coagulación, rotura de aneurismas aórticos, tumores, etc. Se puede presentar con dolor abdominal, hipotensión y anemia brusca del paciente. La repercusión clínica depende, fundamentalmente, de la velocidad y la cuantía de la hemorragia.

**Conclusión:**

El sangrado retroperitoneal es una patología potencialmente letal. Ante un cuadro brusco de dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica debe sospecharse. El AngioTc es la técnica de elección para el diagnóstico del sangrado activo.

El tratamiento puede ser conservador, en caso de estabilidad hemodinámica. En pacientes estables con signos radiológicos de sangrado activo, está indicada la embolización angiográfica. La cirugía debe limitarse a pacientes hemodinámicamente inestables, con riesgo de hemorragia masiva.



*Hematoma retroperitoneal derecho (Eco y TC) con extravasación activa de contraste enTC*

### **Bibliografía:**

1-Spontaneous retroperitoneal hematoma: our experience.

Machuca J, Julve E, Galacho A, Bech A, Pérez Rodríguez D, Quiñonero Díaz A.

Actas Urol Esp, 23 (1999), pp. 43-50

2-Spontaneous retroperitoneal hematoma associated with iliac vein rupture.

Jiang J, Ding X, Zhang G, Su Q, Wang Z, Hu S.

J Vasc Surg. 2010 Nov;52(5):1278-82.

3-Spontaneous retroperitoneal hematoma: our experience at last 10 years.

Gimeno Argente V, Bosquet Sanz M, Ramírez Backhaus M, Trassierra Villa M, Arlandis Guzmán S, Jiménez Cruz JF.

Actas Urol Esp. 2007 May;31(5):521-7.



<b>Caso</b>	(239) DAÑOS CEREBRALES SECUNDARIOS A INTOXICACIÓN POR METANOL.
<b>Autores</b>	Tania Diaz Antonio Ana Rodriguez Molina, Maria Del Mar García Gallardo, Lucía Bermá Gascón, Antonio Ruiz Salas, Andrea Dominguez Igual
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Presentación:**

Paciente que acude al servicio de Urgencias por malestar tras ingesta de alcohol (no precisa cual). Entre sus antecedentes destaca abuso de alcohol y varios intentos autolíticos. En la sala de espera comienza con bajo nivel de conciencia y se objetiva acidosis respiratoria (pH6.6) que requiere intubación. Los tóxicos testados fueron negativos y el TC cráneo s/c inicial, sin alteraciones significativas. Se repite TC cráneo s/c a las 12 horas que muestra un edema cerebral difuso además de hipodensidad bilateral y simétrica de ganglios basales en relación con intoxicación por metanol y foco de sangrado intracraneal. El paciente es diagnosticado clínicamente de muerte encefálica, que se confirma con EEG.

**Discusión:**

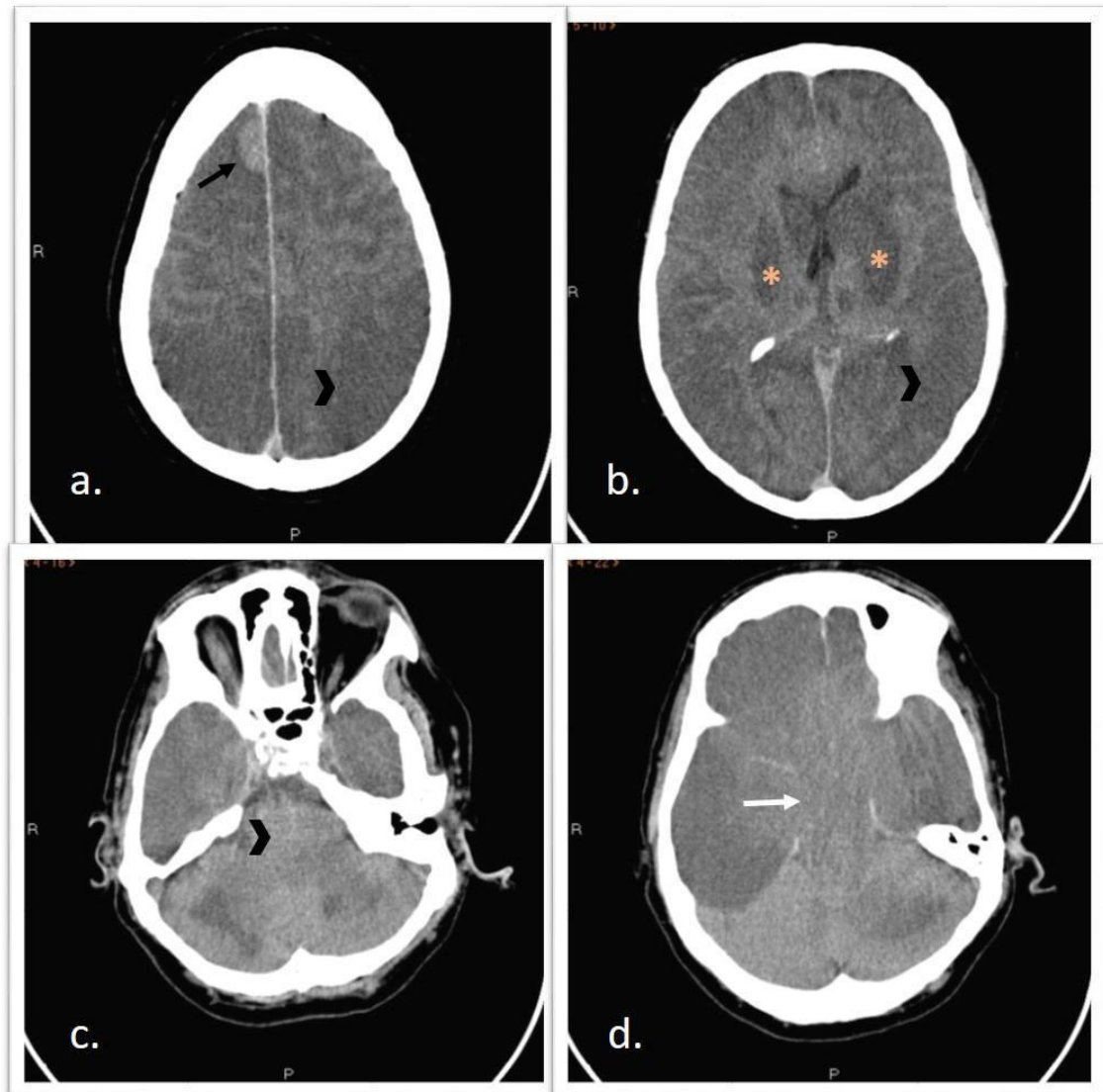
La intoxicación por metanol en nuestro entorno es poco frecuente, pero de elevada morbimortalidad. Su etiología obedece en la mayoría de casos a ingestas autolíticas, siendo menos frecuente el consumo como sustitutivo del etanol o accidental.

Su toxicidad viene determinada por uno de sus metabolitos, el ácido fórmico. En una primera fase suele provocar depresión del sistema nervioso central y sintomatología digestiva con posteriores alteraciones visuales, fallo multiorgánico y la muerte.

Entre los hallazgos radiológicos destaca la necrosis bilateral de los putámenes con o sin transformación hemorrágica. También puede generar necrosis de la sustancia blanca subcortical, edema cerebral difuso o hemorragia intracraneal. La prueba de mayor sensibilidad es la RM, especialmente en fase aguda, aunque el TC cráneo s/c también puede evidenciar estas lesiones en fase más avanzada.

**Conclusión:**

La intoxicación por metanol es una entidad infrecuente que suele tener un desenlace fatal. Además de la historia clínica, la RM resulta fundamental en la detección precoz y el diagnóstico diferencial de las encefalopatías tóxicas, especialmente en aquellas con un efecto tóxico selectivo como es la afectación putaminal bilateral por metanol.



**TAC cráneo sin contraste, donde se aprecia: a, b y c) Edema cerebral difuso supra e infratentorial, cerebeloso y del troncoencéfalo (cabezas de flecha) con borramiento de surcos y pérdida de diferenciación córtico-subcortical. Hipodensidad de ambos núcleos caudados, núcleos lenticulares (asteriscos) y tálamos bilateral y simétrica. Pequeño hematoma subdural agudo en la hoz cerebral anterior (flecha negra). d) Importante efecto de masa del edema cerebral difuso que provoca colapso del sistema ventricular y cisternas de la base (flecha blanca).**

### **Bibliografía:**

- Serrano J, Ríos A, Fernández N, Arévalo A. Lesiones cerebrales secundarias a intoxicación por metanol. Galicia Clin 2010; 71 (2): 59-60.
- González Fernández J. Lesiones en putamen debidas a intoxicación por metanol. Rev Esp Med Legal. 2012;38(3):127-128.
- Blanco M, Casado R, Vazquez F, Pumar JM. CT and MR imaging findings in methanol intoxication. AJNR Am J Neuroradiol 2006;27:452-4.



<b>Caso</b>	(240) FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.
<b>Autores</b>	Tania Diaz Antonio Ana Rodriguez Molina, Carolina Fernandez Crehuet, Maria Del Mar Garcia Gallardo, Guillermo García Gutierrez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Presentación:**

Varón de 79 años con dolor lumbar bilateral, fiebre, leucocitosis y aumento de PCR. Entre sus antecedentes destaca implantación de endoprótesis por aneurisma aórtico y cistoprostatectomía con derivación tipo Bricker y doble nefrostomía por estenosis uretero-ileal. Hace 48 horas refiere un intento no efectivo de recanalización de la nefrostomía derecha. El diagnóstico inicial fue de sepsis de origen urinario, sin embargo se objetiva una anemia moderada que requiere politransfusión de hemoderivados y deposiciones melénicas. Ante la sospecha de hemorragia digestiva se realiza estudio endoscópico alto, sin encontrar foco de sangrado. La tomografía computarizada multidetector (TCMD) muestra una endofuga junto con una pérdida del plano de separación aorto-duodenal y un moteado gaseoso periprotésico. La conducta quirúrgica fue desestimada a pesar del diagnóstico de fístula aorto-entérica por el compromiso hemodinámico del paciente, falleciendo al día siguiente por un shock hipovolémico.

**Discusión:**

La Fístula aorto-entérica (FAE) es una causa muy infrecuente de hemorragia digestiva que conlleva una elevada mortalidad y precisa de una conducta quirúrgica urgente.

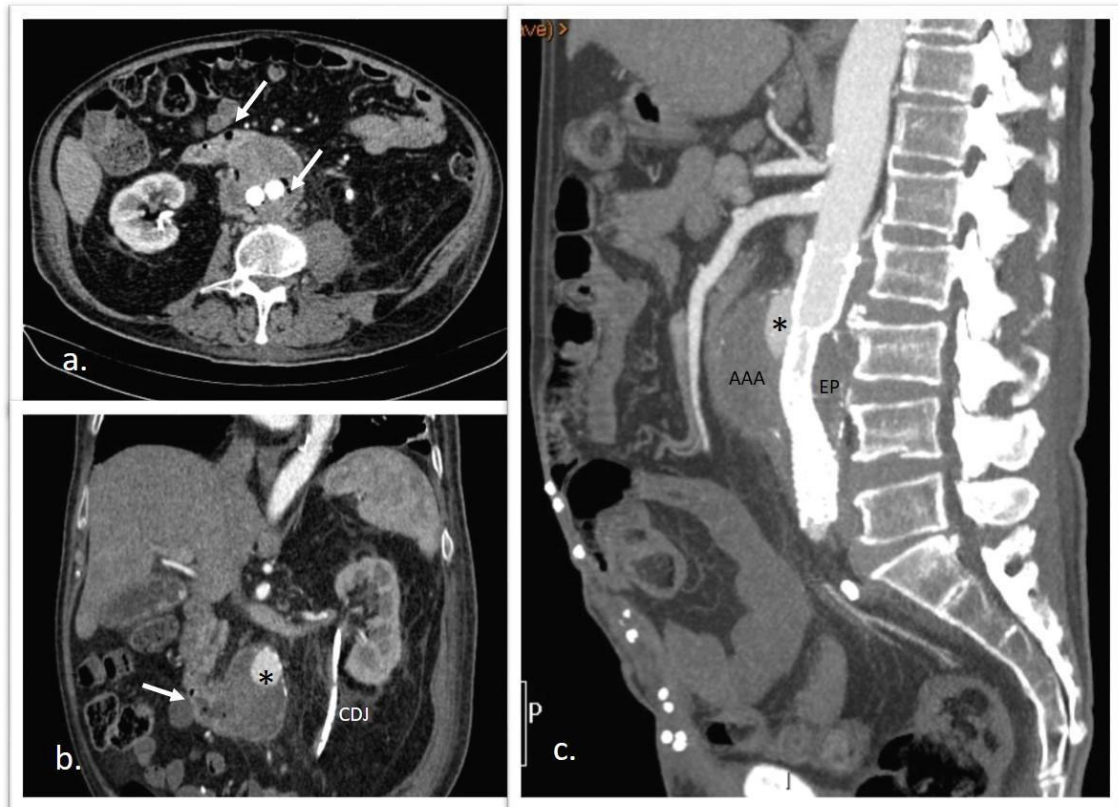
Podemos clasificarla en primaria, si existe patología aórtica (fundamentalmente aneurismas) o secundaria si surge como complicación de cirugía reconstructiva de aorta (más del 90% de casos por endoprótesis).

Su presentación clínica más habitual es el dolor abdominal irradiado a región lumbar junto con hemorragia digestiva y el segmento intestinal más frecuentemente involucrado es el duodeno, en concreto, la tercera porción duodenal.

El diagnóstico diferencial principal debe efectuarse con la infección, que en muchos casos subyace a la formación de la fístula.

**Conclusión:**

Debido a la elevada mortalidad de la FAE, la sospecha clínica es el pilar fundamental en el manejo de esta entidad. Destacamos la TCMD como una herramienta diagnóstica de gran utilidad y la extravasación de contraste intravenoso a la luz intestinal como el signo radiológico más específico.



**TC abdominopélvico c/c:** a) corte axial: endoprótesis bifurcada con burbujas aéreas periprotésicas que se disponen a través de la tercera porción duodenal (flechas blancas) acompañado de pérdida del plano de separación aorto-duodenal. b y c) reconstrucción MIP coronal y sagital: endofuga o extravasación de contraste al saco aneurismático (asterisco). AAA: aneurisma aorta abdominal; EP: endoprótesis; CDJ: catéter doble J

### Bibliografía:

- Eisman-Hidalgo M, Núñez-Delgado Y, Carrasco-Chichilla L, et-al. Fístulas aortoentéricas una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja: hallazgos por tomografía computerizada. Rapd online 2012;35(1):73-75.
- Quílez Ivorra C , Massa Domínguez B, Amillo Marques M, et-al. Fístulas aortoentéricas: presentación clínica y hallazgos por tomografía computerizada helicoidal. Gastroenterol Hepatol. 2005;28(7):378-81.
- Acosta A, Karatanasopuloz Pintos R, Haydar C, et-al Fístula aortoentérica como causa de hemorragia digestiva en tres pacientes adultos A.. Med Intensiva. 2006;30(3):120-2.

<b>Caso</b>	(241) ¡No nos olvidemos del muñón ureteral!
<b>Autores</b>	Paola A Barón Ródiz A. Pérez De Los Ríos, M. Pérez Dávila, P. Concejo Iglesias, J. C. Poyo Calvo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Severo Ochoa

### **Presentación:**

Mujer de 62 años con dolor intermitente en FII y fiebre. Antecedentes: Nefrectomía izquierda hace 30 años por anulación secundaria a litiasis. Ha acudido a urgencias varias veces por clínica similar. Analítica: Elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de diverticulitis se solicita TC abdomino-pélvico con CIV. Hallazgos: Dilatación de una estructura tubular retroperitoneal que seguía el teórico trayecto del uréter izquierdo con litiasis cálcica de 11mm y realce mural. Se realiza cistoscopia con resección del uréter intramural drenándose material purulento.

### **Discusión:**

La paciente es diagnosticada de empiema del muñón ureteral, se decide realizar su exéresis (confirmándose los hallazgos) y presentando evolución favorable.

El empiema del muñón ureteral o hidropiouréter es una entidad poco común (0,8%) en ausencia de patología ureteral previa o durante la cirugía. La aparición de los síntomas varía de meses a años desde el momento de la intervención (en nuestro caso 30 años).

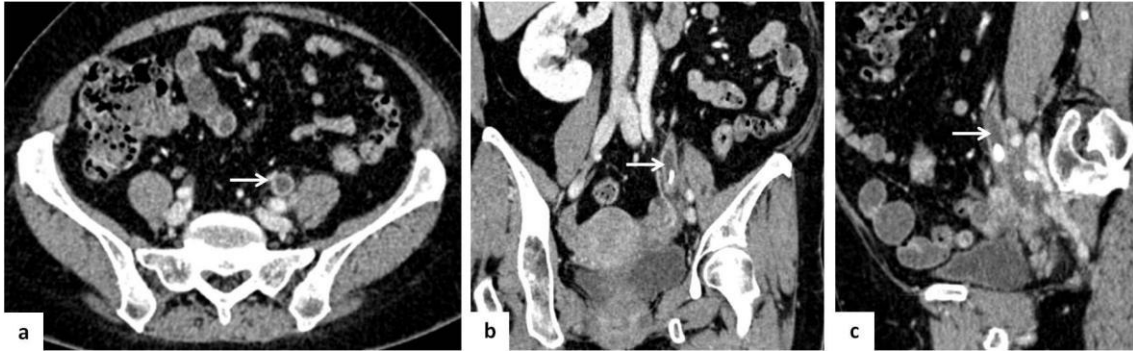
Las patologías que afectan al remanente son diversas e incluyen: litiasis, infecciones y neoplasia de células transicionales. En nuestro caso, es probable que la piedra retenida haya sido la desencadenante del dolor que llevó a la paciente a acudir a urgencias en varias oportunidades así como la causante del empiema.

La tomografía es el gold estándar para su diagnóstico; sin embargo, ésta entidad no se sospecha inicialmente dada la inespecificidad de sus síntomas. De ahí la importancia de conocer los hallazgos (dilatación del muñón con realce y engrosamiento mural) para incluirla en el diagnóstico diferencial.

Aunque algunos autores recomiendan el seguimiento del remanente ureteral a largo plazo, el tratamiento de elección es la exéresis del mismo.

### **Conclusión:**

Es importante conocer las patologías del muñón ureteral para incluirlas en el diagnóstico diferencial de pacientes nefrectomizados que cursan con dolor abdominal intermitente sin causa aparente ya que el tratamiento definitivo es su exéresis.



*Imágenes axial (a), coronal (b) y sagital (c) de TC abdomino-pélvico con CIV donde se visualiza una estructura tubular dilatada que sigue el teórico trayecto del uréter izquierdo (flechas) en relación con remanente ureteral. Dicha estructura presenta realce mural, contenido hipodenso e imagen de litiasis cálcica de 11mm en su interior. Nótese la ausencia del riñón izquierdo (nefrectomía hace 30 años).*

### **Bibliografía:**

1. Andrzej Praisner, Wojciech Szewczyk, Rafal Gawron. Empyema of retained ureteral stump with gross stone 20 years after nephrectomy. UROLOGY 2009. 73: 993-994.
2. Labairu-Huerta L, Burguete-Moriones A, Zabalza-Unzué J, Grasa-Lanau V. Empiema del muñón ureteral. A propósito de un caso y revisión de la literatura. ACTAS UROL ESP. 2010. 34(10): 909-911.

<b>Caso</b>	(242) ROTURA ESPLÉNICA ATRAUMÁTICA
<b>Autores</b>	Celia Astor Rodríguez Palomares Morales, Aitana; Morcillo Carratalá, Rafael; Servent Sáenz, M <sup>a</sup> Pilar; García Roch, Carmen; Aragón Tejada, Fátima Ximena
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario de Toledo

**Presentación:**

Paciente varón de 84 años, con antecedentes de recambio valvular aórtico y carcinoma urotelial infiltrante, ingresado con el diagnóstico de enteritis rádica. Remitido al Servicio de Radiodiagnóstico por dolor abdominal agudo asociado a inestabilidad hemodinámica. Se realiza TC abdominopélvica en fases angiovascular, portal y eliminación. Se visualiza múltiples áreas hipodensas cuneiformes en parénquima esplénico, córtico-subcorticales, compatibles con infartos. Moderada cantidad de líquido libre denso de localización periesplénica. Se identifica área hiperdensa central perihiliar, que es isodensa con los vasos en todas las fases del estudio y repleción precoz de la vena esplénica, hallazgos sugestivos de malformación vascular asociada. Se observa nivel líquido-contraste en ligamento gastroesplénico sugestivo de sangrado activo. El radiólogo intervencionista realiza la arteriografía selectiva de la arteria esplénica, donde se visualiza extravasación de contraste en hilio esplénico, lesión de morfología redondeada y repleción precoz de la vena esplénica, hallazgos en relación con sangrado activo, pseudoaneurisma y fístula arteriovenosa.

**Discusión:**

Se realiza el diagnóstico de rotura esplénica atraumática secundaria a infartos esplénicos. Presenta una incidencia del 0,1%-0,5% y se clasifica según se produzca en bazo previamente sano o patológico.

Criterios según Crate para la rotura esplénica atraumática sobre bazo sano:

- Ausencia de traumatismo.
- Ausencia de lesión en otros órganos vinculables con patología esplénica.
- Ausencia de cicatrices esplénicas.
- Bazo macro y microscópicamente normal.
- Serología negativa para infección viral reciente.

Entidades que favorecen la rotura esplénica atraumática:

- Afectación infecciosa (mononucleosis)
- Afectación hematológica
- Alteraciones congénitas (hemangiomas)
- Otras entidades (pancreatitis)

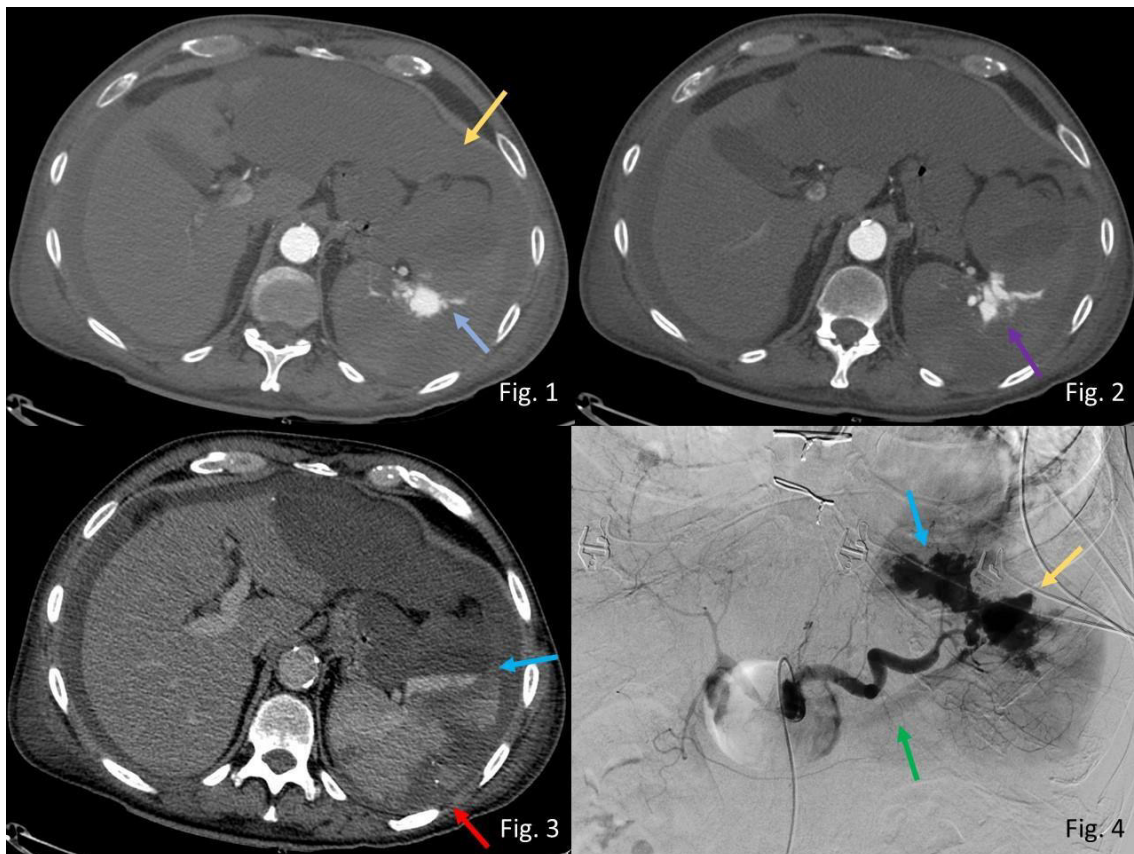


La clínica de la rotura esplénica consiste en dolor en hipocondrio derecho, taquicardia, anemia y hipotensión. Para su diagnóstico, en el paciente estable se prefiere la ecografía abdominal, mientras que para el paciente inestable es de elección la TC.

El tratamiento de la rotura esplénica atraumática se debate entre la opción quirúrgica y la embolización esplénica.

### Conclusión:

La rotura esplénica atraumática es una entidad infrecuente que se asocia a enfermedades infecciosas y hematológicas. Debido a su potencial mal pronóstico, precisa de un diagnóstico rápido y una actuación terapéutica precoz.



**FIG.1** Corte axial en fase angiovascular en el que se identifica un área hiperdensa esplénica central perihiliar (flecha azul), que es isodensa con los vasos en todas las fases del estudio, en relación con pseudoaneurisma. Así mismo se observa líquido libre hiperdenso (45 UH), sugerente de hemoperitoneo (flecha amarilla). **FIG.2** Corte axial de fase angiovascular en el que se identifica la presencia de vasos prominentes en el hilio esplénico (flecha morada), así como una repleción precoz de la vena esplénica que sugiere la presencia de una fístula arteriovenosa. **FIG.3** Corte axial en fase portal en el que se identifica múltiples áreas hipodensas en el parénquima esplénico de morfología cuneiforme compatibles con infartos (flecha roja). Así como un nivel líquido-contraste en fase de eliminación sugestivo de extravasación (flecha azul claro). **FIG.4** Arteriografía selectiva de la arteria esplénica, en la que se observa extravasación de contraste en hilio esplénico (flecha azul claro), lesión de morfología redondeada (flecha amarilla) y la repleción precoz de la vena esplénica (flecha verde) todo ello en relación con sangrado activo, pseudoaneurisma y fístula arteriovenosa.

**Bibliografía:**

Ercan Gedik et al. "Non-traumatic splenic ruptura: Report of seven cases and review of the literature" World J Gastroenterol 2008 November 21;14 (43): 6711-6716

E. De Antonio Sanz et al. "Causas atraumáticas de rotura esplénica" Póster SERAM 2012; DOI: 10.1594/seram2012/S-0866.

<b>Caso</b>	(244) Proctitis complicada con gangrena de Fournier
<b>Autores</b>	Paola A Barón Ródiz A. Pérez De Los Ríos, M. Pérez Dávila
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Severo Ochoa

### **Presentación:**

Mujer de 55 años con dolor abdominal, vómitos y diarrea (10-20 deposiciones/día). Antecedentes: Ca de mama estadio IV en tratamiento con radioterapia y hormonoterapia. Súbitamente presenta deterioro del nivel de conciencia y signos de shock séptico, por lo que se solicita TC abdomino-pélvico urgente. Hallazgos: Extensa desestructuración de la pared del recto con abundante gas ectópico en pelvis que disecciona los planos musculares superficial y profundo hasta la raíz del MID y burbujas aéreas en vasos mesentéricos, portales y peritoneales, así como en la musculatura de la pared abdominal.

### **Discusión:**

Diagnóstico: Proctitis complicada con gangrena de Fournier, por lo que se decide cirugía urgente durante la cual fallece.

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante polimicrobiana rápidamente progresiva de la zona perineal y genital con una tasa de mortalidad alta (hasta 50%), siendo una emergencia quirúrgica.

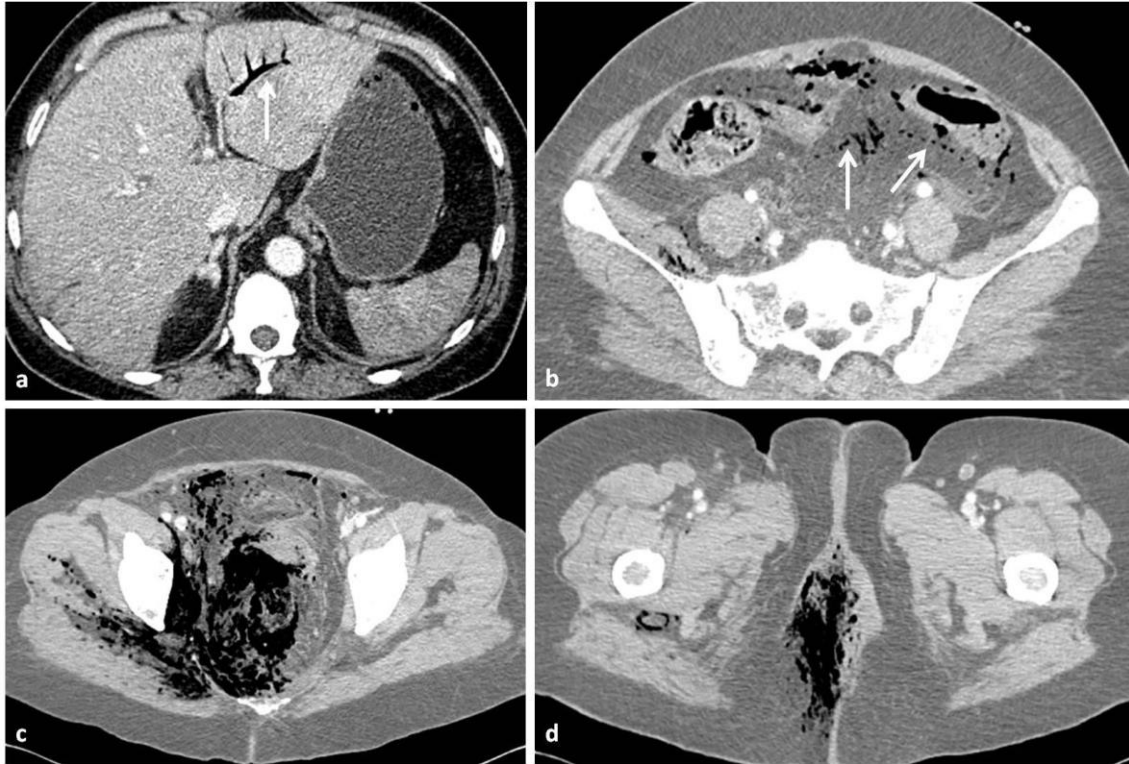
Es más frecuente en hombres entre 50 – 60 años y suele ser causada por una infección local que condiciona disrupción de las barreras mecánicas (piel o mucosas) con la subsecuente invasión bacteriana. Existen múltiples factores predisponentes, siendo el estado inmune y la diabetes los más importantes. En nuestro caso (paciente oncológica e inmunosuprimida), la proctitis condicionó una disrupción de la mucosa rectal seguida de perforación intestinal y fascitis necrotizante.

Manifestaciones clínicas: signos de flogosis asociado a enfisema subcutáneo y fiebre, evolucionando rápidamente a shock séptico.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; sin embargo, la tomografía ayuda a confirmar la entidad y a determinar su extensión para un adecuado tratamiento quirúrgico. Los hallazgos tomográficos más característicos son: el enfisema subcutáneo y el engrosamiento con trabeculación de partes blandas.

### **Conclusión:**

En pacientes inmunodeprimidos cualquier disrupción de las barreras mecánicas favorece la invasión polimicrobiana con altas posibilidades de desencadenar una fascitis necrotizante, la cual es altamente mortal y requiere tratamiento quirúrgico urgente. ¡El enfisema subcutáneo debe activar la alarma!



*(a-d) Cortes axiales en dirección craneo-caudal de TC abdomino-pélvico con CIV demostrando la presencia de gas portal (flecha en a), así como en vasos mesentéricos (flechas en b). En (c) se advierte desestructuración de la pared rectal con abundante gas ectópico en pelvis (sobretudo del lado derecho) que disecciona los planos musculares superficial y profundo hasta la raíz del MID. Nótese en (d) el llamativo enfisema subcutáneo de la región perineal.*

### **Bibliografía:**

1. Robin B. Levenson, Ajay K. Singh, Robert A. Novelline. Fournier gangrene: role of imaging. *RadioGraphics* 2008. 28: 519-528.
2. Dheeraj K. Rajan, Katharine A. Scharer. Radiology of Fournier's gangrene. *AJR* 1998. 170: 163-168.

<b>Caso</b>	(245) INFARTO DE LA ARTERIA DE PERCHERON, LOCALIZACION INFRECIENTE DE ICTUS.
<b>Autores</b>	Carmen Maria Martinez Porras Jose Miguel García Diez, Lucia Zambrana Aguliar, Adoración Reche Molina, Miriam Fernández Gómez, Ana Martínez Martínez De Tejada
<b>Centro</b>	complejo hospitalario Torrecárdenas

**Presentación:**

Mujer de 83 años, autónoma, HTA, dislipémica, y ateromatosis aórtica difusa. Es traída al servicio de urgencias por sus familiares que le notan mientras dormía alteración en la respiración, ausencia de respuesta a estímulos y hemiplejía izquierda. Realizamos TC craneal sin civ, objetivando hipodensidad talámica bilateral y simétrica que se extiende hacia cara ventral de mesencéfalo.

**Discusión:**

Estos hallazgos descritos, eran sugerentes de áreas isquémicas agudas. Mediante RM confirmamos la etiología isquémica aguda de las lesiones en territorio vascular de la circulación posterior, por su distribución, arterias talámicas paramediales, arteria de Percheron.

El tálamo es irrigado por numerosas arterias perforantes que se originan de la arteria comunicante posterior y arteria cerebral posterior (ACP). Entre ellas las arterias talámicas paramediales que se caracterizan por presentar gran variabilidad respecto al número, tamaño e irrigación del tálamo.

Por ello, Percheron, estableció la siguiente clasificación según su origen:

- Tipo I: más común, múltiples perforantes pequeñas que salen del segmento P1 de cada ACP.
- Tipo II: infrecuente, denominada arteria de Percheron, es una única perforante que sale del segmento P1 de una sola ACP.
- Tipo III: múltiples perforantes que salen de un puente arterial entre ambas ACP.

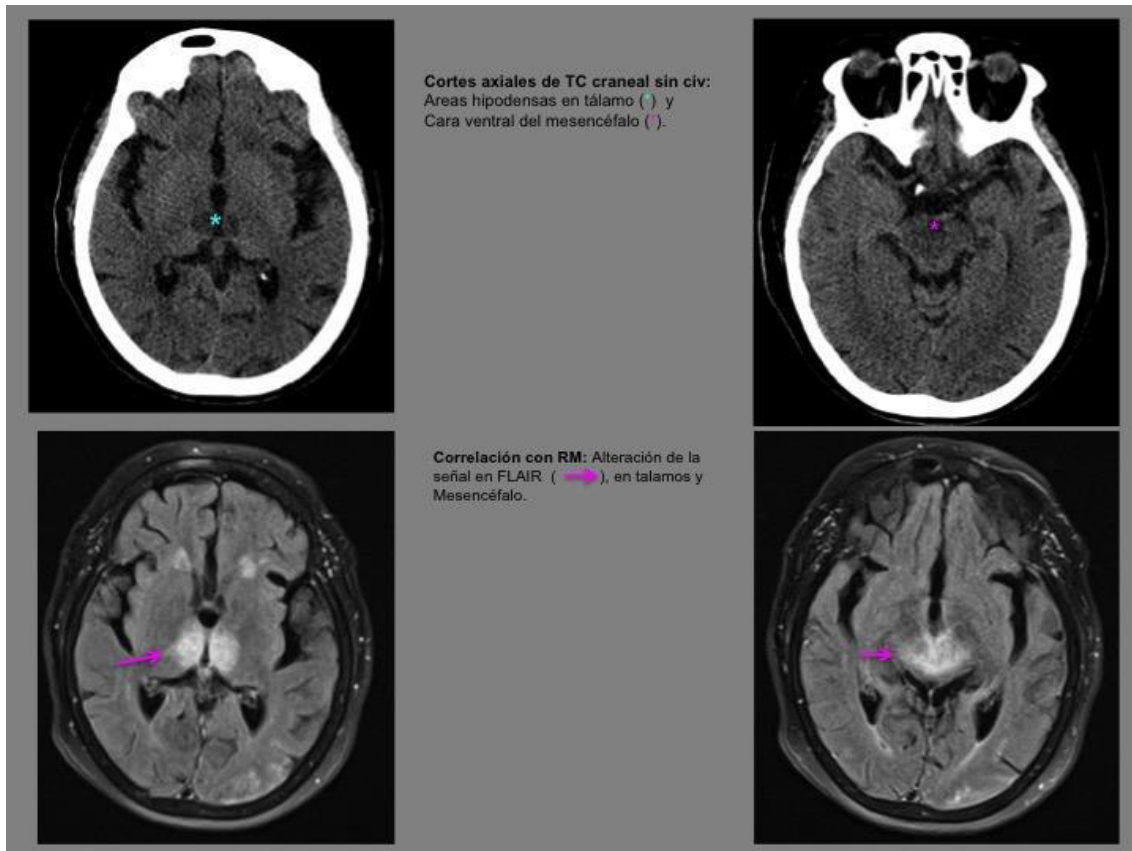
El infarto de la arteria de Percherón (tipo II), como nuestro caso, es infrecuente. Suele ser de origen embólico y se caracteriza por presentar en TC áreas hipodensas bilaterales simétricas o asimétricas en tálamo paramedial, anterior y/o mesencéfalo.

Su clínica varía según el territorio afecto:

- Tálamo: alteración del nivel de consciencia, memoria y parálisis de la mirada vertical
- Mesencéfalo: hemiplejía, ataxia, discinesia y alteración de pares craneales oculomotores.

**Conclusión:**

La presencia de lesiones hipodensas talámicas bilaterales, en el contexto clínico de ictus, nos debe hacer sospechar infarto de la arteria de Percherón.



### Bibliografía:

- Smith B, Smirniotopoulos JG, Rushing EJ, Goldstein SJ. Bilateral thalamic lesions. AJR Am J Roentgenol 2009;192:53-62.
- Carrera E, Michel P, Bogousslavsky J. Anteromedian, central and posterolateral infarcts of the thalamus, three variant types. Stroke 2004; 35:2826-31.
- Rodriguez EG1, Lee JA1. Bilateral thalamic infarcts due to occlusion of the Artery of Percheron and discussion of the differential diagnosis of bilateral thalamic lesions. J Radiol Case Rep. 2013 Jul 1;7(7):7-14.
- C. Gómez de la Heras, M.F. Ramos Solís y P. Mármol Vázquez Hospital Comarcal de la Merced, Radiodiagnóstico, Osuna, España. Infarto de la arteria de Percheron: Hallazgos radiológicos. Radiologia.2014: 56 (Espec Cong: 1114)

<b>Caso</b>	(246) Vólvulo de intestino medio como causa de abdomen agudo en un adulto joven.
<b>Autores</b>	Fares Salame
<b>Centro</b>	Ruben Molina, Rafa Revert, David Uceda, Yolanda Pallardó Hospital de Manises

**Presentación:**

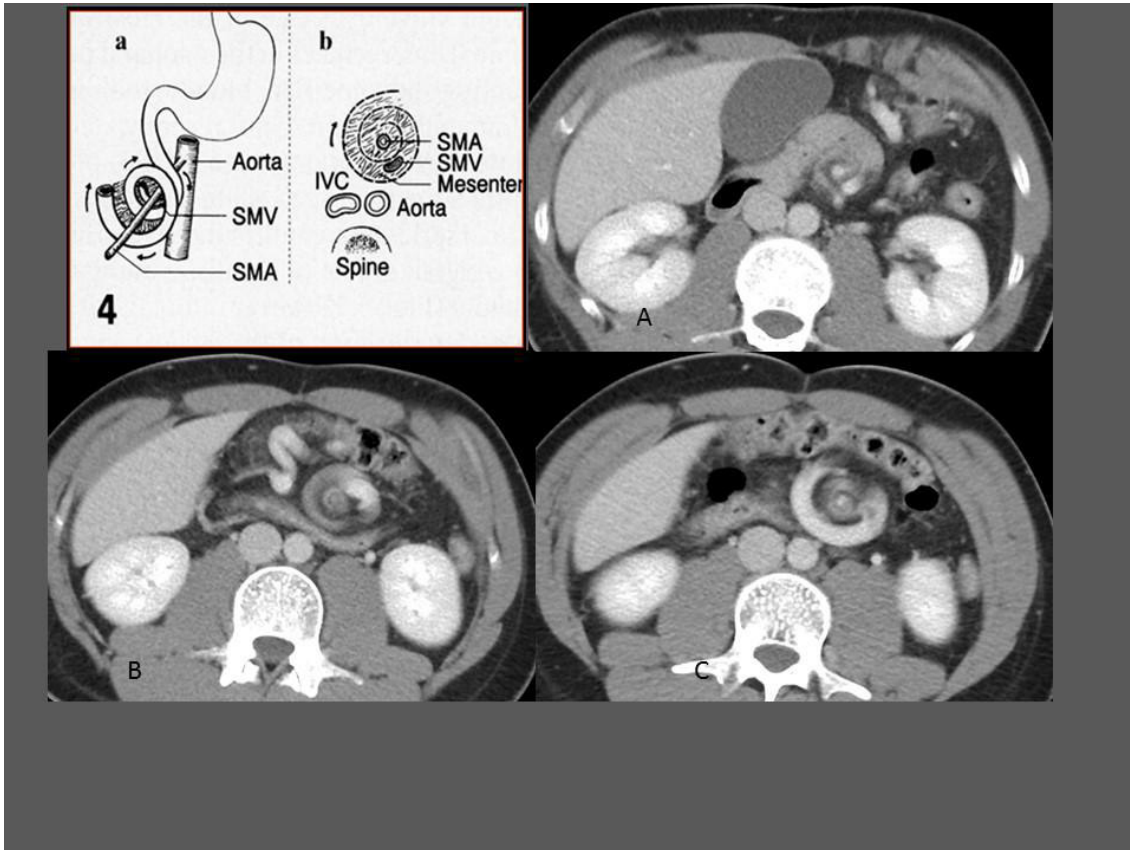
Varón de 26 años que acude a Urgencias por crisis de dolor abdominal de horas de evolución, focalizado en mesogastrio. No se aprecian signos de peritonismo en la exploración, ni neumoperitoneo en la placa. Se solicita una ecografía (resulta difícil de realizar pues el paciente no aguanta en decúbito), en la que se identifican vasos dilatados arremolinados sobre la raíz mesentérica. Se completa con un TC donde se visualizan signos de malrotación intestinal y un vólvulo alrededor del eje de la AMS, diagnóstico de vólvulo de intestino medio. No se observan signos de complicación (perforación o isquemia). Se realiza cirugía urgente que confirma el diagnóstico.

**Discusión:**

El vólvulo de intestino medio es una causa poco habitual de obstrucción intestinal de niños pequeños. Generalmente se debe a una malrotación intestinal con mesenterio corto que predispone a la volvulación. El vólvulo consiste en un giro del intestino alrededor del eje de la AMS que obstruye la luz, el drenaje linfático y venoso, y, eventualmente, el aporte arterial. Constituye una urgencia quirúrgica por el riesgo de necrosis intestinal. La sospecha clínica y la ecografía son claves para su diagnóstico. En el abdomen agudo de los niños se debe evaluar la posición de la AMS y VMS así como de la tercera porción del duodeno, pues una disposición habitual hace improbable la malrotación intestinal y el vólvulo.

**Conclusión:**

Conforme aumenta la edad la posibilidad de obstrucción intestinal por vólvulo de intestino medio se reduce, siendo prácticamente excepcional en adultos. De ahí que como en nuestro caso, no hay sospecha clínica, y el diagnóstico va a depender del radiólogo. La visualización de vasos arremolinados en el mesenterio en la ecografía es sospechosa. No obstante, se debe realizar TC pues permite un diagnóstico de certeza, rápido y sencillo, y además evalúa las posibles complicaciones.



**Figura 1. Esquema del vólvulo de intestino medio y su correlación con el TC. A y B. Signos de malrotación intestinal: Disposición anómala de la VMS (flecha) a la izquierda de la AMS, el duodeno se sitúa por delante de la AMS (A) y el colon cruza entre el vólvulo y la aorta (B). B y C. Signo del remolino alrededor del eje de la AMS, patognomónico de vólvulo de intestino medio. Las asas, el mesenterio y la VMS giran  $>360^\circ$  en sentido horario alrededor de la AMS que queda comprimida (B). Se aprecian venas distales dilatadas. Figura 2. Correlación de ecografía y TC: Vasos arremolinados entrando en un "pseudo riñón" centroabdominal que corresponde a las asas sin aire y el mesenterio volvulados. Venas (flechas rojas), mesenterio (flecha amarilla) y asas yeyunales (flechas naranjas).**

### Bibliografía:

Ballesteros Gómez E, Torremadé Ayats A, Durán Feliubadaló C, Martín Martínez C, Caro Tarragó A. Intestinal malrotation--volvulus: imaging findings. Radiología. 2015 Jan-Feb;57(1):9-21.

Yousefzadeh DK. The position of the duodeno yeyunal junction: diagnosing or excluding malrotation. *Pediatr Radiol* 2009 39:172.

Lynne P. SMA/SVA variance without midgut malrotation. *Pediatr Radiol* 2005 35:1125.



<b>Caso</b>	(247) Luxación atlantoaxial anterior
<b>Autores</b>	Maria Dolores Lopez Parra Ernesto García Santana, José Acosta Batlle, Ignacio Gallego Rivera, Santiago Resano Pardo
<b>Centro</b>	Hospital Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente de 40 años que acude al hospital por parestesias en MMSS con disminución de la fuerza muscular . Como antecedentes cabe descartar una AR y traumatismo por accidente de coche con colisión posterior .

**Discusión:**

Es una lesión aguda poco frecuente en la que las articulaciones atlantoaxiales se dislocan parcial o totalmente por movilidad excesiva entre C1 y C2 ya sea por lesión ósea (odontoides) o ligamentosa( ligamento transversal).

Se ha relacionado con el Sd.Down, osteogénesis imperfecta y artropatías inflamatorias en especial la Artritis Reumatoide.

4 tipos:

- Tipo I: dislocación rotacional sin desplazamiento anterior del atlas. La más frecuente.
- Tipo II: Rotacional con desplazamiento anterior < 5 mm
- Tipo III: Desplazamiento anterior > 5 mm. Deficiencia de los ligamentos alares y transversos.
- Tipo IV: Rotacional con desplazamiento posterior del atlas.

La I y la II son las más frecuentes, asociado a patología inflamatoria de la orofaringe y que no suelen requerir cirugía.

Tipo II y IV pueden presentar lesión de la arteria vertebral o lesión medular.

El III y el IV cirugía con fijación en caso de mantenerse inestabilidad en la flexo extensión transcurrido las fase aguda.

**Conclusión:**

La luxación atlantoaxial es rara con una sintomatología en fase aguda bastante inespecífica por lo que se tiende a infradiagnosticar como esguince cervical leve sin realización de estudios radiológicos simples. Tener en mente esta entidad en especial en pacientes con patología de base de deficiencia ligamentaria.

No realizar estudios de RX lateral de columna cervical dinámica en flexo-extensión en fase aguda. En caso de desplazamiento anterior del atlas > de 5 mm o desplazamiento posterior, hacer TC y en función de clínica y evolución radiológica valoración quirúrgica.



*Distancia atlantoaxial (ADI) de 14 mm. La distancia de las masas laterales del atlas al axis fue menor de 7 mm y por lo tanto normal.*

### **Bibliografía:**

1.-Baker C, Kadish H, Schunk JE. Evaluation of pediatric cervical spine injuries. Am J Emerg Med 1999; 17:230–234.

2.-Vandemark RM. Radiology of the cervical spine in trauma patients: practice pitfalls and recommendations for improving efficiency and communication. AJR Am J Roentgenol 1990; 155:465–472

<b>Caso</b>	(248) Importancia de la sospecha clínica en el síndrome de encefalopatía posterior reversible.
<b>Autores</b>	Inmaculada Alcantud González Alberto Ibáñez Ibáñez, Juan Luis Sánchez Rocamora, Cristina López Cárceles, Patricia Camino Marco, Rosa María Collado Jiménez
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Varón de 63 años que acude al servicio de Urgencias por alteración de la conducta, cefalea y pérdida de visión. En el día previo había consultado por crisis hipertensiva. Se realiza TC cerebral presentando hallazgos compatibles con encefalopatía posterior reversible (EPR).

**Discusión:**

El síndrome de EPR puede presentarse en diferentes entidades hipertensivas severas. El mecanismo exacto es desconocido, aunque las fluctuaciones agudas de la presión arterial pueden dar lugar a procesos de vasoespasmo y vasodilatación que alteran la barrera hematoencefálica, sobre todo en la circulación posterior que presenta una menor capacidad de autorregulación, con aumento de la permeabilidad vascular y edema vasogénico.

Estos pacientes pueden presentar alteraciones de conducta y síntomas neurológicos como cefalea y alteraciones visuales, siendo fundamental la sospecha clínica para su diagnóstico, ya que la valoración radiológica inicial mediante TC puede mostrar hallazgos sutiles que pueden pasar desapercibidos.

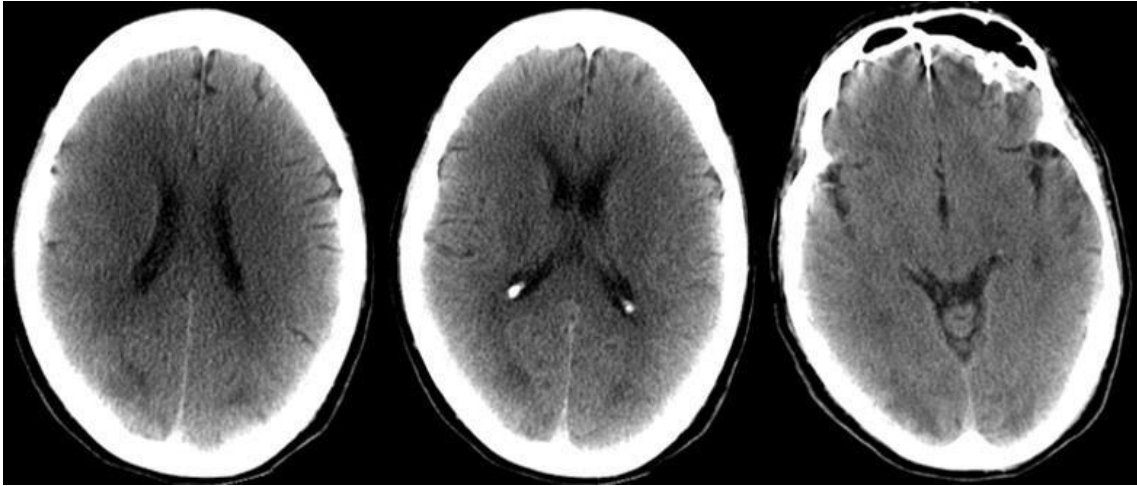
Los hallazgos radiológicos en TC consisten en áreas parcheadas hipodensas, tanto corticales como subcorticales, en regiones posteriores, sobre todo occipitales. La RM es más sensible que la TC, presentando en dichas regiones, áreas parcheadas hipointensas en las secuencias ponderadas en T1 e hiperintensas en T2 y DWI normal.

Los principales diagnósticos diferenciales son: ictus, síndrome de hiperemia cerebral aguda, leucoencefalopatía multifocal progresiva y gliomatosis cerebri.

Se trata de un proceso reversible puesto que tanto la clínica como los hallazgos radiológicos descritos se resuelven con la normalización de las cifras tensionales tras tratamiento antihipertensivo.

**Conclusión:**

En el síndrome EPR, la sospecha clínica es fundamental para una correcta valoración radiológica, cuyos hallazgos confirman el diagnóstico de sospecha. Su resolución puede comprobarse con un estudio de control.



*TC cerebral sin CIV. Áreas parcheadas hipodensas, tanto corticales como subcorticales, occipitales bilaterales, que en el contexto clínico aportado son compatibles con encefalopatía posterior reversible.*

### **Bibliografía:**

- Michael T. Mantello, Richard B. Schwartz, Kendall M. Jones, Sungkee S. Ahn, and Harold M. Tice. Imaging of Neurologic Complications Associated with Pregnancy. AJR 1993; 160:843-847.
- Imad T. Zak, Harjot S. Dulai, Karl K. Kish. Imaging of Neurologic Disorders Associated with Pregnancy and the Postpartum Period. RadioGraphics 2007; 27:95-108.
- R. Braham Chaouch, W. Bhatti, M. Mubashar. Review of principal neurologic Disorders in Pregnancy and postpartum. ECR 2013.

<b>Caso</b>	(249) Diverticulitis de divertículo gigante de colon
<b>Autores</b>	Sandra Sánchez García Karen Del Catillo Arango, Lucía Terán Álvarez, Bonel Argüelles García, Diego Rubio Solís, Juan Sanz Díaz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

### **Presentación:**

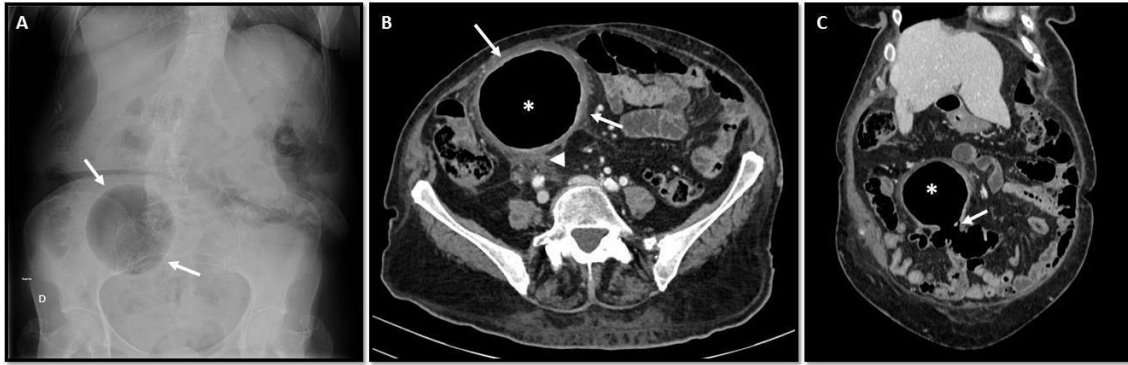
Mujer de 83 años que acudió al servicio de Urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución. A la exploración física presentó dolor y defensa en la fosa iliaca derecha (FID). Los datos de laboratorio únicamente mostraron elevación de la Proteína C Reactiva (13,8 mg/L). Se realizó una radiografía simple de abdomen en la que se identificó una estructura redondeada y radiolúcida en la FID (figura 1A). Se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste yodado intravenoso en la que se observó que esa estructura correspondía con un gran divertículo sigmoideo de 9 cm con signos inflamatorios (figura B-C). El tratamiento consistió en manejo inicial con antibióticos y posteriormente sigmoidectomía con exéresis del divertículo.

### **Discusión:**

El divertículo gigante de colon se define como aquel divertículo mayor de 4 cm. Constituye una manifestación poco frecuente de la enfermedad diverticular de etiología no aclarada. Se piensa que se crea una válvula unidireccional entre el colon y el divertículo con atrapamiento aéreo y distensión gradual del divertículo. La presentación clínica es variable, desde una masa abdominal asintomática hasta un cuadro de abdomen agudo, siendo el dolor el síntoma más común. Puede presentar varias complicaciones asociadas: perforación (la complicación más frecuente), inflamación, volvulación, hemorragia y degeneración neoplásica. Las pruebas radiológicas son de gran importancia en el diagnóstico ya que permiten visualizar el divertículo y determinar si hay complicaciones. La radiografía abdominal típicamente muestra una estructura de aspecto quístico llena de aire (signo del globo) que puede presentar un nivel hidroaéreo. La TC es la prueba más precisa al demostrar una estructura con gas que comunica con el colon.

### **Conclusión:**

El divertículo gigante es una manifestación poco frecuente de la enfermedad diverticular. Los estudios radiológicos permiten su correcto diagnóstico, siendo la TC la prueba más sensible y que permite valorar las complicaciones.



**A) Radiografía simple de abdomen en la que se identifica una estructura redondeada y radiolúcida localizada en la FID (flechas). B) Imagen axial de TC abdominopélvica con CIV. Se observa una lesión de aspecto quístico en la FID (\*), con paredes engrosadas (flechas) y con cambios inflamatorios en la grasa circundante (cabeza de flecha). C) Reconstrucción coronal. Se confirma la comunicación de esa estructura (\*) con el sigma (flecha), correspondiendo con un gran divertículo sigmoideo inflamado.**

### **Bibliografía:**

1. Vanessa Cubas, Stephen T. Ward, and Jan Dmitrewski. Giant diverticulum? A rare complication of a common surgical condition. Clin Case Rep. 2016 May; 4(5): 531–532.
2. Zeina AR, Mahamid A, Nachtigal A, Ashkenazi I, Shapira-Rootman M. Giant colonic diverticulum: radiographic and MDCT characteristics. Insights Imaging. 2015 Dec;6(6):659-64.
3. Durgakeri P, Strauss P. Giant sigmoid diverticulum: A case report. Australas Med J. 2015 Mar 31;8(3):85-8.
4. Chater C, Saudemont A, Zerbib P. Giant colon diverticulum. J Visc Surg. 2015 Nov;152(5):336-8.
5. Nigri G, Petrucciani N, Giannini G, Aurello P, Magistri P, Gasparrini M, Ramacciato G. Giant colonic diverticulum: clinical presentation, diagnosis and treatment: systematic review of 166 cases. World J Gastroenterol. 2015 Jan 7;21(1):360-8.

<b>Caso</b>	(250) Evaluación radiológica de la lesión craneal por arma de fuego.
<b>Autores</b>	Inmaculada Alcantud González Ángela Fernández López, Juan Luis Sánchez Rocamora, Patricia Camino Marco, Cristina López Cárceles, Rosa María Collado Jiménez
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Varón de 39 años que es trasladado en ambulancia por el 112 al servicio de Urgencias por autodisparo en la cabeza con arma de fuego. Presenta pérdida de masa encefálica y gran hemorragia por orificio de salida. Tras estabilizarlo se realiza una TC donde se objetiva lesión por arma de fuego con trayecto transversal frontal.

**Discusión:**

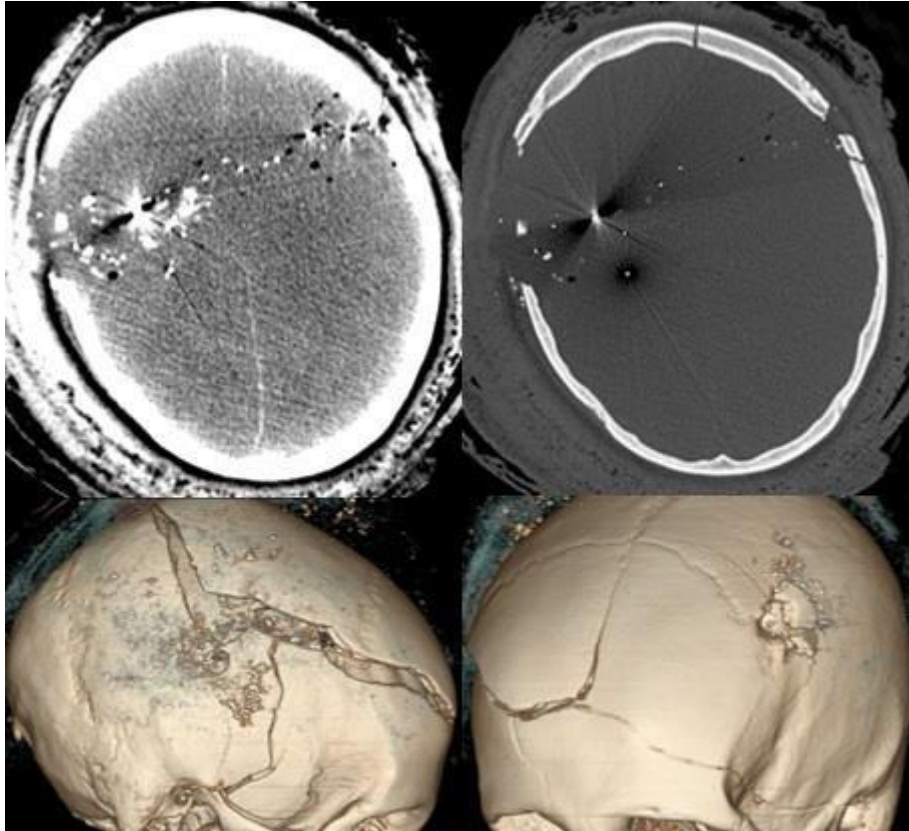
Las lesiones por arma de fuego son una causa importante de morbilidad y mortalidad en Estados Unidos, país en el que las tasas de mortalidad por este motivo están cerca de ser superadas por las de los accidentes de tráfico, siendo en España un problema mucho menos frecuente.

Las lesiones por arma de fuego son más graves en tejidos sólidos friables como el cerebro. Los tejidos densos como el hueso son más resistentes y producen la fragmentación de la bala. Estos fragmentos se distribuyen en los tejidos blandos a lo largo de la trayectoria de la bala produciendo una imagen en "nevada de plomo", depositándose en un área de morfología cónica, que se ensancha a medida que aumenta la distancia desde el punto de entrada, con el vértice del cono apuntando hacia el punto de entrada.

Los objetivos principales de los estudios de imagen son determinar la dirección del proyectil, importante para la evaluación clínica y forense, valorar los tejidos lesionados y su gravedad, determinar qué estudios adicionales son necesarios y planificar la cirugía.

**Conclusión:**

La evaluación radiológica rápida y precisa de las lesiones por arma de fuego es esencial, sobre todo para determinar los tejidos lesionados y poder realizar una adecuada planificación quirúrgica.



***TC craneal sin civ axial (superior izquierda), reconstrucción de hueso (superior derecha), reconstrucción 3D (inferior). Lesión por arma de fuego con trayecto transversal frontal, con orificio de entrada frontal derecho y salida frontal izquierda, identificando múltiples elementos metálicos y esquirlas óseas a lo largo de todo su trayecto junto con neumoencéfalo y hemorragia. Asocia edema cerebral difuso con pérdida de diferenciación sustancia gris-sustancia blanca y obliteración de surcos. Fractura ósea, tanto en punto de entrada con extensión a los huesos frontal, parietal y temporal derechos, como en el punto de salida.***

### **Bibliografía:**

- Wilson AJ. Gunshot injuries: what does a radiologist need to know? Radiographics. 1999;19 (5): 1358-68.



<b>Caso</b>	(251) Sacroileítis infecciosa postraumática
<b>Autores</b>	Cristina De Gracia Serrano M <sup>a</sup> Carmen Castro Copete, Concepción Crespo Martínez, Jorge Calbo Maiques
<b>Centro</b>	Hospital Universitario San Juan de Alicante

**Presentación:**

Varón de 17 años con antecedente de caída de espaldas una semana antes. Acudió a urgencias por dolor lumbosacro irradiado a pierna izquierda. Se realizó TC lumbosacro y RM pélvica apreciando varias colecciones en iliopsoas y piriforme izquierdos sugestivas de hematomas, sin trazos de fractura. Dada la mala evolución clínica se repitió RM donde se apreciaba captación difusa de la articulación sacroilíaca izquierda con líquido en su interior y edema óseo en relación con sacroileítis, y persistencia de las colecciones con mayor extensión de las mismas y de aspecto más organizado, compatibles con abscesos. Se realizó drenaje quirúrgico con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus*.

**Discusión:**

Se trataba de una sacroileítis infecciosa postraumática asociada a abscesos en la musculatura adyacente.

La sacroileítis infecciosa es una entidad poco frecuente que suele afectar a niños y adultos jóvenes. Está asociada con infecciones de piel/ ginecológicas, traumatismos pélvicos y abuso de drogas. En la mayoría de casos es unilateral.

El microorganismo causante más frecuente es *Staphylococcus aureus*.

Suele pasar inicialmente desapercibida ya que la clínica es inespecífica, similar a otras entidades, con dolor glúteo unilateral, síntomas radiculares, fiebre y elevación de VSG y PCR.

La RM es la técnica de elección. Los hallazgos característicos son:

- Líquido en la interlínea articular con extensión a la interfase hueso ilíaco-iliopsoas, siendo este último hallazgo específico de sacroileítis infecciosa.
- Erosiones corticales.
- Edema óseo y de la musculatura adyacente.
- Abscesos en partes blandas adyacentes.

El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa 3 semanas, seguido de un periodo de antibioterapia oral. Si no mejora requerirá drenaje percutáneo o quirúrgico.

**Conclusión:**

La sacroileítis infecciosa postraumática es una entidad poco común que requiere un diagnóstico precoz para establecer un tratamiento adecuado y evitar complicaciones, siendo la técnica de elección la RM.



**a) Corte oblicuo de TC sin contraste con filtro de hueso: Se aprecian ambas articulaciones sacroilíacas, sin identificar trazos de fractura. b) Corte axial de la segunda RM\* en secuencia T1 FS + C: Captación de contraste en la articulación sacroilíaca izquierda, con líquido en su interior y colecciones hipointensas con realce periférico a ambos lados de la misma, en músculo iliopsoas y musculatura paravertebral ipsilateral, compatibles con abscesos. c) Corte axial de la segunda RM en secuencia T1 FS + C: Colecciones hipointensas con realce periférico en el músculo piriforme y en la interfase entre el músculo iliopsoas y el hueso ilíaco izquierdos, siendo este último hallazgo específico de sacroileítis infecciosa. d) Corte coronal de la segunda RM en secuencia STIR: Líquido en la articulación sacroilíaca izquierda con edema óseo en sus vertientes sacra e ilíaca, asociado a una colección adyacente en el músculo piriforme y edema en musculatura adyacente. \* No se aportan imágenes de la primera RM por presentar numerosos artefactos de movimiento.**

### Bibliografía:

1. Muñoz Hernández A, Herrezuelo M, Navarro Navarro R, Ruiz Caballero JA, Jiménez Díaz JF, Brito Ojeda E. Sacroileítis Séptica. Hallazgos por resonancia magnética. 20 Jornadas Canarias de Traumatología y Cirugía Ortopédica. 2006;195-199
2. Mora de Sambricio A, Marimón Juan I, Rius Dalmau M, Pérez López A. Sacroileítis piógena en el niño y el adulto joven. A propósito de tres casos. Rev esp cir ortop traumatol. 2011;55(2):125—129
3. Hanson P, Delaere B, Nisolle J, Deltombe T. Pyrexia due to pyogenic sacroiliitis with iliopsoas abscess after spinal cord injury. Spinal Cord 2004; 42, 649–651

4. Vale-Fernandes E, Rodrigues F, Monteiro C, Carvalho L. Infectious Postpartum Sacroiliitis: The Importance and Difficulty of Early Diagnosis. *Acta Med Port* 2016 Jul-Aug;29(7-8):484-487
5. Vyskocil JJ, Mc Ilroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case reports and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1991 May;70(3):188-97.
6. Loh JLM, Daruwalla ZJ, Chong M. Pyogenic Sacroiliitis in a Healthy and Fit Adolescent. *J Clin Case Rep* 2016; 6:7
7. Lindholm DA, Murray CK, Akers KS, O'Brien SD, Alderete JF, Vento TJ. Novel *Pseudomonas fluorescens* Septic Sacroiliitis in a Healthy Soldier. *MILITARY MEDICINE* 2013;178, 8:e963.
8. Haq I, Morris V. Post-partum septic sacroiliitis. *Rheumatology* 2001;40:1191-1192.

<b>Caso</b>	(252) Miositis osificante de hombro
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Del Carmen Gutiérrez Sánchez M <sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro, noelia Lacasa Pérez, M <sup>a</sup> Jesús Fernández Ferrando, Laura Abenza Oliva, M <sup>a</sup> Del Carmen Ojados Hernández
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia

**Presentación:**

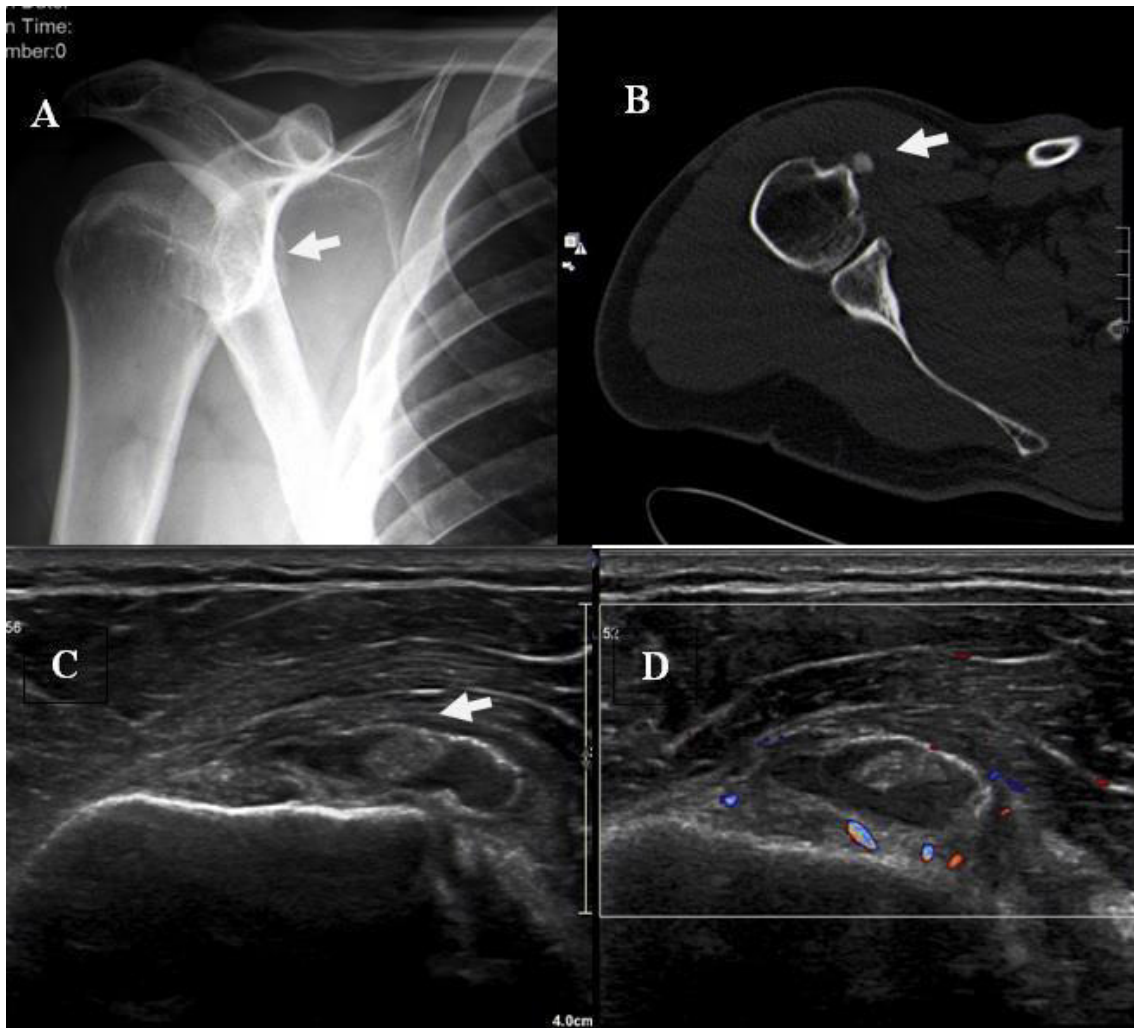
Varón de 43 años, que acude a urgencias por intenso dolor en hombro derecho sin mejoría con tratamiento médico, sin antecedente traumático conocido. A la exploración destaca importante limitación funcional, por lo que se solicitan pruebas de imagen. En la radiografía se aprecia una imagen densa en región antero-medial. La ecografía y TC ponen de manifiesto una lesión focal intramuscular, próxima a la inserción del subescapular, hipoecogénica e hipodensa (respectivamente), con un foco de calcificación/osificación de 1.1 x1.4 cm. En la ecografía con doppler-color se aprecia aumento periférico de la vascularización. Dada la naturaleza aguda de la lesión, la clínica y los hallazgos en imagen se considera como diagnóstico la “miositis osificante”.

**Discusión:**

Se trata de un proceso proliferativo benigno con osificación heterotópica de partes blandas, generalmente asociado a traumatismo (miositis calcificante postraumática), aunque en ocasiones no (miositis osificante circunscrita). El término no es del todo correcto ya que miositis hace referencia a una inflamación muscular. Presenta aspectos diferentes por imagen en función de la evolución temporal. Las calcificaciones son visibles a partir de las 2-3 semanas del inicio del cuadro. La TC es más sensible para detectar la osificación y caracterizar la lesión. Por ecografía en la fase precoz puede existir únicamente hipoecogenicidad de las fibras musculares lesionadas, progresando hacia áreas hiperecogénicas pseudonodulares que terminan osificándose, fundamentalmente en la periferia, donde puede coexistir hipervascularización. La radiografía, ecografía y TC suelen ser suficientes para el diagnóstico, realizándose, en ocasiones RM para valorar el edema asociado. A veces es difícil diferenciar de tumores malignos (especialmente osteosarcoma para óseo), pudiendo requerir biopsia o exéresis quirúrgica.

**Conclusión:**

Los hallazgos por imagen son característicos y generalmente suficientes para sugerir el diagnóstico de miositis osificante. No obstante, durante su evolución, puede simular un tumor maligno, siendo necesario el seguimiento evolutivo por imagen y en algunas ocasiones biopsia.



**Rx (A) y TC de hombro (B), muestran un foco de calcificación/osificación anterior al trocán, sin evidencia de lesiones óseas. Ecografía de hombro (C) y con modo doppler-color (D), donde se visualiza una lesión focal intramuscular, próxima a la inserción del tendón subescapular, hipocogénica con un foco nodular de mayor ecogenicidad (flecha), que se correlaciona con el foco descrito en Rx y TC, con aumento periférico de la vascularización.**

### Bibliografía:

- Alexis A, Mohamed J, Pierre YM, Juliette T, Robert YC. Myositis ossificans imaging: keys to successful diagnosis. PMC [Internet]. 2012 [24/02/2017]; 22(1): 35–39. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354355/>
- Mark JK, Jeanne MM. From the Archives of the AFIP. [Internet] 13. Bethesda. Radiographics. 1993 [Actualizado en abril de 2012; citado el 24 de febrero de 2017]. Disponible en <http://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/radiographics.13.4.8356273>
- Reimers CD, Fleckenstein JL, Witt TN, Müller FW, Pongratz DE. Muscular ultrasound in idiopathic inflammatory myopathies of adults. PubMed [Internet] 1993[24/02/2017]; 116(1):82-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354355/>



<b>Caso</b>	(253) OBSTRUCCION INTESTINAL, DEBUT DE SINDROME DE COMPRESION VASCULAR
<b>Autores</b>	Carmen Maria Martinez Porras Jose Miguel García Diez, Lucia Zambrana Aguilar, Adoración Reche Molina, Francisco García Gallardo, Gador Sanabria Medina.
<b>Centro</b>	complejo hospitalario Torrecárdenas

### **Presentación:**

Varón de 16 años sin enfermedades previas, que acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio irradiado a flancos y vómitos. 1º se realiza ecografía abdominal, apreciando abundante contenido en cámara gástrica a pesar de >24horas de ayuno. Decidimos completar estudio con TC abdominal con civ, objetivando, marcada dilatación con contenido líquido de cámara gástrica y duodeno hasta 2ª porción con cambio de calibre abrupto en 3º porción duodenal a nivel de la pinza aorto-mesentérica.

### **Discusión:**

Los hallazgos eran compatibles con obstrucción intestinal alta. Se valoraron alteraciones en las relaciones anatómicas de vasos mesentéricos y asas intestinales, así como, la presencia de masas, ambas causas fueron excluidas.

Sin embargo, el ángulo y la distancia aorto-mesentérica eran menor de lo esperado coincidiendo con el cambio de calibre, por lo que se estableció el diagnóstico de Síndrome de Wilkie.

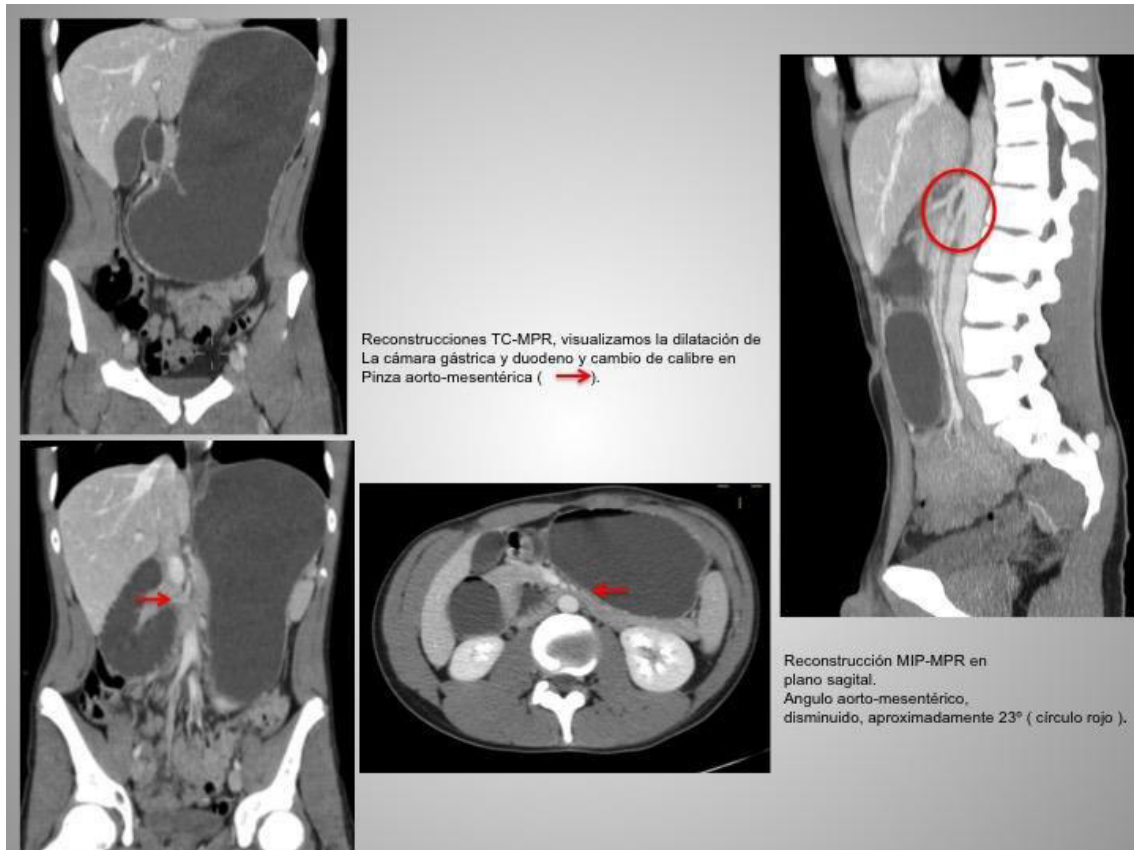
Este síndrome, es causa infrecuente de obstrucción intestinal alta. Más frecuente en mujeres jóvenes.

Pertenece a un grupo heterogéneo de síndromes de compresión vascular.

Se debe a una disminución de la distancia (<10mm) o ángulo (< 28º) existente entre aorta y arteria mesentérica superior (AMS) que condiciona una compresión extrínseca de la 3ª porción duodenal que discurre entre ambas estructuras. Puede ser 2ª a: - Pérdida rápida de la grasa retroperitoneal (anorexia, grandes quemados, síndromes malabsortivos...). - Deformidades óseas: escoliosis y su cirugía correctora, traumatismos, hiperlordosis mantenida... - Variantes anatómicas: ligamento de Treitz alto o nacimiento de AMS bajo. Clínicamente, los casos leves, se confunden con la ERGE porque se manifiestan como dolor epigástrico postprandial que empeora en decúbito supino y vómitos. En raras ocasiones debuta como obstrucción intestinal que se trata de forma conservadora.

### **Conclusión:**

El síndrome de Wilkie es una obstrucción intestinal alta, infrecuente, por compresión vascular, característico de pacientes jóvenes y delgados.



### Bibliografía:

- Oliva-Fonte C, Fernández Rey C, Pereda Rodríguez J, González-Fernández AM. Wilkie's syndrome.

Rev Esp Enferm Dig. 2017 Jan;109(1):62-63.

- Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, Biankin A.V. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and treatment strategies. J Gastrointest Surg. 2009;13:287-92.

- Unal B, Akta? A, Kemal G, Bilgili Y, Güliter S, Daphan C, et-al. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. Diagn Interv Radiol. 2005;11:90-5.

- Leandro Cardarelli-Leite, Fernanda Garozzo Velloni, Priscila Silveira Salvadori, Marcelo Delboni Lemos, and Giuseppe D'Ippolito. Abdominal vascular syndromes: characteristic imaging findings. Radiol Bras. 2016 Jul-Aug; 49(4): 257–263.



<b>Caso</b>	(255) Abdomen agudo intestinal
<b>Autores</b>	Carmen María Escobedo Araque Tomás Vallejo Palomino, Carmen Martínez Huertas, José Luis Rojas Vega, Sebastián Urbano Catarain, Ana María Carrillo Colmenero.
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario de Jaén

**Presentación:**

Clínica: Mujer de 75 años. Acude a urgencias por dolor abdominal durante meses, intensificado en los últimos días. Deposiciones líquidas escasas. Abdomen distendido, sensación de masa en flanco izquierdo. Leucocitosis con neutrofilia y elevación de proteína C reactiva. Se solicita TC abdominopélvico urgente: ¿diverticulitis ? ¿cuadro suboclusivo?

**Discusión:**

Diagnóstico diferencial:

- Linfoma intestinal primario con linfomatosis peritoneal Vs Adenocarcinoma primario de intestino delgado con carcinomatosis peritoneal.
- Otros: Tumores del estroma gastrointestinal (GIST), Tumor carcinoide, Melanoma metastásico, Tumor primario de otra localización (ovario, colon, estómago,...).

Diagnóstico definitivo anatomopatológico:

- Líquido ascítico sin células neoplásicas.
- Biopsia guiada por TC de masa en asa de intestino delgado + Inmunohistoquímica: linfoma B difuso de células grandes, tipo centro germinal.

La TC sigue siendo el estudio de imagen de elección para detección de las infrecuentes neoplasias de intestino delgado.

El linfoma primario de intestino delgado, tumor maligno infrecuente, constituye el 20-30% de linfomas gastrointestinales.

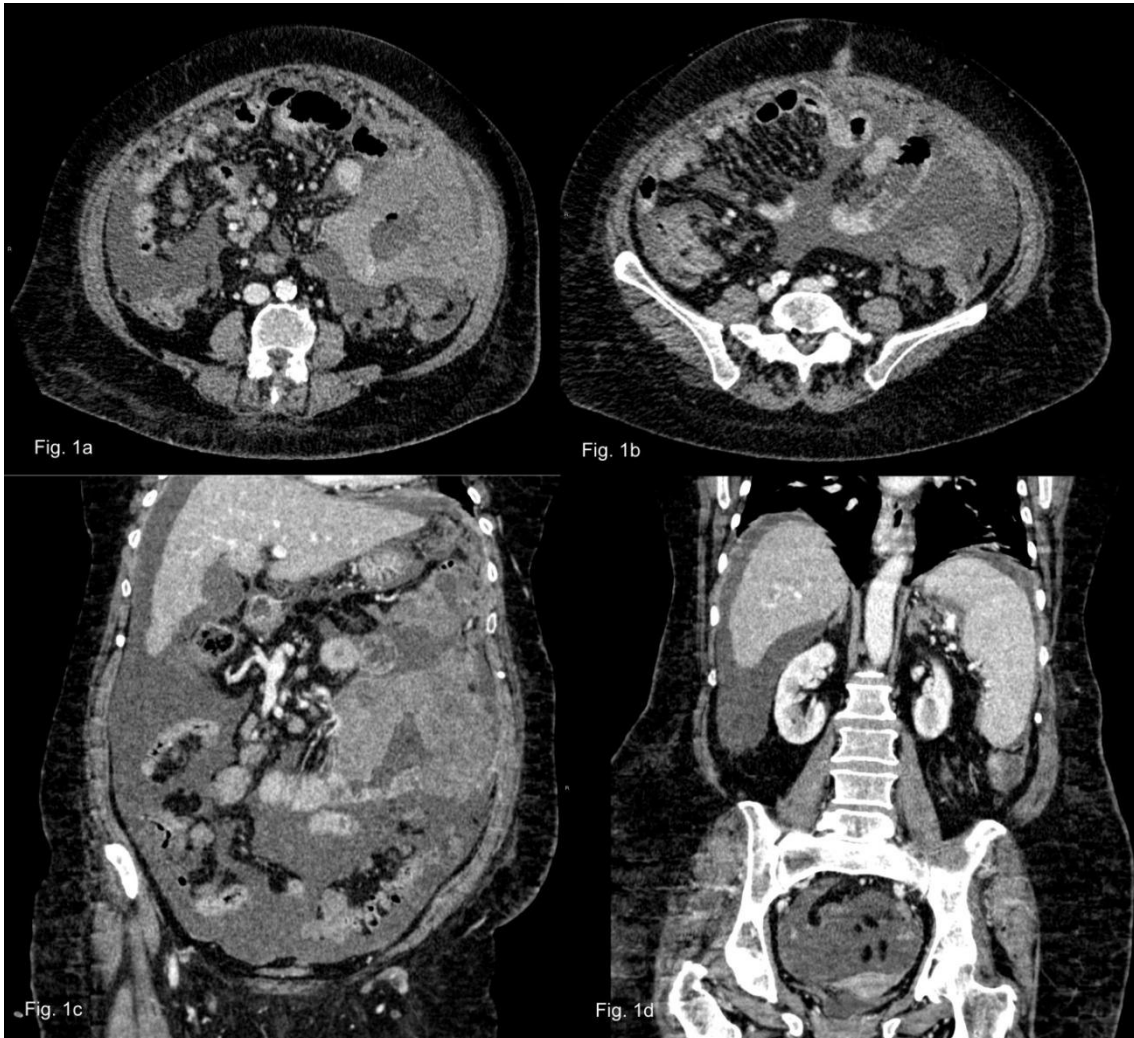
Radiológicamente se caracteriza por: masa voluminosa asociada a dilatación aneurismática de luz intestinal, sin condicionar obstrucción. Suele aparecer junto con adenomegalias.

Variabilidad de patrones radiológicos: masa parietal infiltrativa/cavitada/polipoidea/nodular, forma ganglionar mesentérica.

**Conclusión:**

- TC como estudio de imagen de elección para detección de neoplasias de intestino delgado (tipo, crecimiento, relaciones).

- Aspecto radiológico más característico del linfoma primario intestinal: masa voluminosa + dilatación aneurismática, sin obstrucción, con conglomerados adenopáticos.
- Una primera aproximación diagnóstica radiológica requiere conocimiento de principales diagnósticos diferenciales.



**TC abdominopélvico con civ (fase portal): Engrosamiento focal asimétrico, de aprox. 11 x 10 cm en asa de intestino delgado de flanco izquierdo; leve realce; ausencia de componente obstructivo retrógrado; impresión de dilatación aneurismática. Ascitis, adenopatías mesentéricas y nódulos sugerentes de implantes peritoneales. (Fig. 1a-c) Imagen sugerente de epiplón en torta (Fig. 1b) Posible nódulo umbilical de Sor María José (Fig. 1b) Hígado de morfología cirrótica. (Fig. 1c). Esplenomegalia: diámetro longitudinal de 14.8 cm (Fig. 1d).**

### Bibliografía:

- Lee, Sagel, Stanley, et al. Body TC con correlación RM. Edición en español de Computed body tomography with MRI correlation. 4ªEd. Marbán. Tomo 1, pág. 737-739.

- Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. Radiology review manual. Wolfgang Dahnert, M.D. 6ª Ed. Pág. 851-852.
- Wai-Kit Lee et al. Abdominal Manifestations of extranodal lymphoma: spectrum of imaging findings. AJR 2008; 191:198-206.
- Gülgün Engin et al. Gastrointestinal lymphoma: a spectrum of fluoroscopic and CT findings. Diagnostic and interventional Radiology 2011;17:255-265.

<b>Caso</b>	(256) Neumonías virales en la comunidad, ¿se diagnóstican más en la actualidad?
<b>Autores</b>	Marta Baldomà Enric Alert, Josep Pons, Laura Susana Gouiburú.
<b>Centro</b>	Centro de diagnóstico por imagen Sant Andreu, Instituto Catalán de la Salud.

**Presentación:**

Cuadro de 10 días de evolución de fiebre alta de hasta 39º asociada a tos sin expectoración, y clínica sugestiva de bacteremia. RX en centro de salud: opacidades bilaterales basales de predominio derecho, pseudonodulares confluentes. En Rx lateral se observa una opacidad mayor proyectada sobre vértebra torácica. RX2: Condensaciones basales bilaterales que han empeorado radiológicamente.

**Discusión:**

Presentamos el caso de una neumonía por Coronavirus humano OC43 (descrito en los años sesenta) que progresa rápidamente a Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto, requiriendo ingreso en UCI.

El SDRA puede ocurrir en cualquier neumonía viral.

Investigaciones recientes demuestran que los virus causan el 13-50% de los casos de (Neumonía Adquirida en la Comunidad, NAC) diagnosticados como patógenos únicos y entre el 8 y el 27% de los casos como infecciones mixtas.

Los virus de la gripe representan más del 50% de todas las neumonías virales adquiridas en la comunidad en adultos, el coronavirus 1-14%.

El diagnóstico de neumonía se hace por criterios clínicos, analíticos y radiológicos. El patrón radiológico en sí, no es específico, y pueden verse las mismas manifestaciones radiológicas en multitud de procesos, entre ellos: la NOC (neumonía organizada criptogénica), el carcinoma bronquioloalveolar, el linfoma y la granulomatosis de Wegener.

Patrones radiológicos:

- Neumonía lobar
- Bronconeumonía o neumonía lobulillar
- Neumonía intersticial aguda

La neumonía lobar es el patrón más típico de NAC, los gérmenes más comunes son *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumoniae*.

Radiológicamente da lugar a una consolidación alveolar con límite cisural y broncograma aéreo.

La Bronconeumonía da lugar a consolidaciones alveolares multifocales, parcheadas e inhomogéneas. Estos focos bronconeumónicos en casos avanzados pueden confluir dando imágenes indistinguibles de una neumonía lobar.

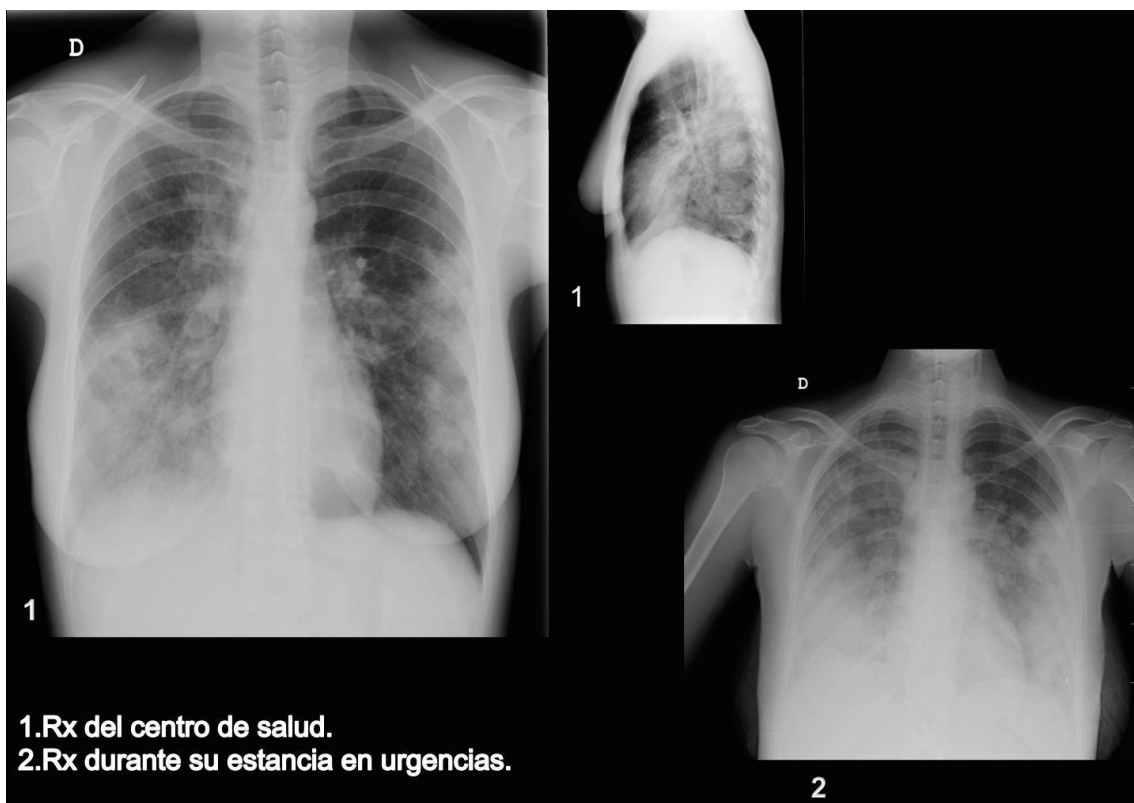
La neumonía intersticial aguda, normalmente la afectación es mixta alveolo-intersticial, existiendo afectación del intersticio peribronquial y septal, con menor afectación alveolar. Radiológicamente pueden mostrar infiltrados intersticiales hiliofugales o reticulonodulillares similares a la bronconeumonía. Las neumonías virales suelen presentarse con un patrón intersticial con distribución difusa o perihiliar.

### Conclusión:

Han aumentado los casos de virus que causan neumonía adquirida en la comunidad, una de las causas puede ser la mejoría de los métodos diagnósticos de laboratorio.

Hemos de tener en cuenta los indicadores radiológicos de gravedad para poder preveer una eventual complicación como la evolución a SDRA.

En los casos de fallo del tratamiento médico o para diferenciar patología infecciosa de no infecciosa se realizara un TCAR.



*1.RX en centro de salud. 2.RX en su estancia en urgencias.*

### Bibliografía:

Viral pneumonia Medscape Updated Jul11, 2016. Author Zab Mosenifar et al.

Imaging of pneumonia: Trends and algorithms. Series "Thoracic Imaging" Franquet T. Eur Respir J 2001; 18 196-208.

Pneumonia in the immunocompetent patient, review British Journal of radiology 83(2010) 998-1009 JH Reynolds et al.

<b>Caso</b>	(260) Absceso del septo nasal en inmunodeprimido
<b>Autores</b>	Juan Jose Delgado Moraleda J Salvador-garcía, N Nersesyan, Mp Barreda-solana, Ym Ochoa-santiago, Ja Flores-méndez
<b>Centro</b>	Hospital La Fe

### **Presentación:**

Varón de 56 años que acude a urgencias por clínica de 30 días de congestión nasal y rinorrea hialina. Como antecedente, destaca hepatocarcinoma metastásico. Desde hace un año, se encuentra en tratamiento con sorafenib a dosis completas, everolimus y prednisona. Se inicia tratamiento con pulverización intranasal de corticoides y antihistamínicos orales. Tres días después, presenta lesiones eritematosas y edema de la región interna del tabique nasal. Se sustituye la medicación por AINEs orales. Ante fiebre y persistencia de la lesión nasal, el paciente acude de nuevo a Urgencias una semana después, momento en que se le pautan corticoides y antibióticos orales. En la rinoscopia, se objetiva edema de septo nasal que obstruye parcialmente la luz de las fosas nasales. No se evidencian lesiones vesiculares o costrosas.

### **Discusión:**

El absceso de septo nasal es una colección de material purulento entre el septo nasal óseo o cartilaginoso y el mucopericondrio o mucoperiostio.

Es necesario el diagnóstico temprano para evitar complicaciones, como meningitis, absceso intracraneal, celulitis orbitaria, trombosis del seno cavernoso, desviación del septo nasal o perforación del septo.

La etiología suele ser un traumatismo en la nariz (aproximadamente el 85% de casos). La segunda causa es la extensión de una infección dental o nasosinusal.

Los agentes más frecuentes en inmunocompetentes son *Staphylococcus aureus* (en el 70% de los casos), *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.

En los pacientes inmunocomprometidos se puede presentar sin antecedente traumático o infeccioso y estar producidos por otros gérmenes, como hongos.

### **Conclusión:**

El absceso del septo nasal se trata de una entidad infrecuente y paucisintomática, pero su diagnóstico es importante dadas sus potenciales complicaciones.



*Colección líquida en el cartílago del septo nasal. Presenta contenido heterogéneo y pared hipercaptante.*

### **Bibliografía:**

- 1.- J. Cloquet, M. Arnal, Absces de la membrane pituitaire, J. Hebd. Med. 7 (1830) 544–553.
- 2.- Larchenko RM. [On abscesses of the nasal septum in children]. Vestn Otorinolaringol. 1961 Apr;23:46–9.
- 3.- Eavey RD, Malekzakeh M, Wright HT. Bacterial meningitis secondary to abscess of the nasal septum. Pediatrics. 1977 Jul;60(1):102–4.
- 4.- Alshaikh N, Lo S. Nasal septal abscess in children: from diagnosis to management and prevention. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011 Jun;75(6):737–44.
- 5.- Patel R, Orlandi RR. Fungal septal abscess complicating maxillary sinus fungus balls in an immunocompetent host. Allergy Rhinol (Providence). 2015 Jan;6(3):184–7.
- 6.- Walker R, Gardner L, Sindwani R. Fungal nasal septal abscess in the immunocompromised patient. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Mar;136(3):506–7.



<b>Caso</b>	(262) ¿Tromboembolismo pulmonar o artefacto de flujo?
<b>Autores</b>	Juan José Delgado Moraleda C Fonfría-esparcia, C Muñoz-núñez, P Calvillo-batlés, Lm Trilles-olaso, A Carreres-ortega.
<b>Centro</b>	Hospital Le Fe

**Presentación:**

Varón de 66 años con antecedentes de neumonía intersticial usual. Acude a urgencias por empeoramiento súbito de la disnea. Se sospecha tromboembolismo pulmonar. Se realiza angioTC de arterias pulmonares.

**Discusión:**

Aunque lo más frecuente en urgencias es que un defecto de repleción en las arterias pulmonares se deba a un tromboembolismo pulmonar, existen otras entidades que pueden imitar su presentación.

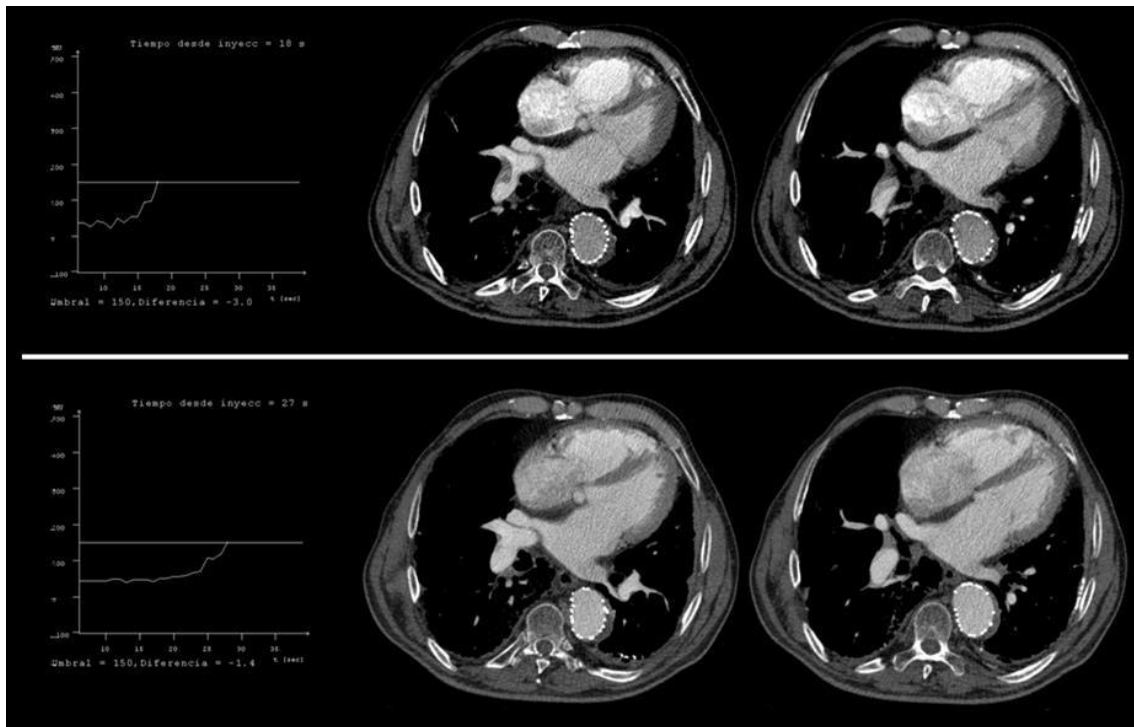
En el caso de pacientes con aumento de la resistencia al flujo vascular pulmonar y presencia de shunts entre el circuito arterial sistémico y el pulmonar (por enfermedad pulmonar obstructiva crónica o neumonía intersticial usual, entre otros), es posible que se produzca un falso defecto de repleción por artefacto de flujo.

Este artefacto se produce por una mezcla de sangre proveniente de las arterias pulmonares, correctamente contrastada, con sangre procedente de las arterias bronquiales, no contrastada.

Una adquisición en una fase más tardía o en fase arterial sistémica permitirá descartar el tromboembolismo pulmonar.

**Conclusión:**

La implicación del radiólogo en la adquisición de las pruebas de imagen permite optimizar la adquisición para el diagnóstico de patologías o entidades imitadoras complejas.



*Se observa defecto de repleción en la región distal de arteria interlobar derecha que se extiende a región proximal de arteria lobar para lóbulo medio y la arteria para lóbulo inferior derecho. En los límites de estos defectos se observa artefacto de mezcla de sangre contrastada con no contrastada, por lo que se sospecha que los defectos no correspondan a TEP, pudiendo ser secundarios a fistulas sistémico pulmonares o flujo enlentecido en arteria pulmonar. Se decide repetir la adquisición en una fase más tardía y se observa resolución de los defectos, confirmando así la sospecha.*

### Bibliografía:

1. Lacout A, El Hajjam M, Khalil A, Lacombe P, Marcy P-Y. Retrograde systemic to pulmonary shunt simulating a pulmonary embolism. Diagnostic and interventional imaging [Internet]. 2013 Mar 24 [cited 2013 Mar 24];94:336–41.
2. Vernhet H, Sénac JP. le point sur... - Quand, comment et pourquoi réaliser une imagerie des artères pulmonaires??
3. Do KH, Goo JM, Im JG, Kim KW, Chung JW, Park JH. Systemic arterial supply to the lungs in adults: spiral CT findings. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc [Internet]. 2001 Apr 1 [cited 2001 Apr 1];21:387–402.

<b>Caso</b>	(263) Cuadro de pancreatitis aguda en adolescente de 15 años, ¿por qué a esa edad?
<b>Autores</b>	Maria Del Carmen Alcántara Zafra Laura Abenza Oliva, Maria Jesús Fernández Ferrando, Maria Carmen Gutierrez Sánchez, Carmen Ojados Hernández, Ana Belén Veas López
<b>Centro</b>	HGU Reina Sofía de Murcia

**Presentación:**

Mujer de 15 años, sin antecedentes, que consulta por epigastralgia de tres días. Ha presentado dolor abdominal leve en el último mes. Exploración física, normal. Analítica: amilasa 860 U/L (0-100 U/L) y lipasa 960 U/L (13-60 U/L). En ecografía (figuras A y B) se visualiza engrosamiento focal de la cabeza del páncreas y dilatación del conducto pancreático principal. Ingresa como pancreatitis aguda y se realiza colangioRM, con similares hallazgos a la ecografía (figura C). La ecoendoscopia no aporta nuevos resultados. Ante la posibilidad de pancreas divisum como etiología del cuadro, se decide repetir colangioRM una vez resuelto (figura D), que resulta normal.

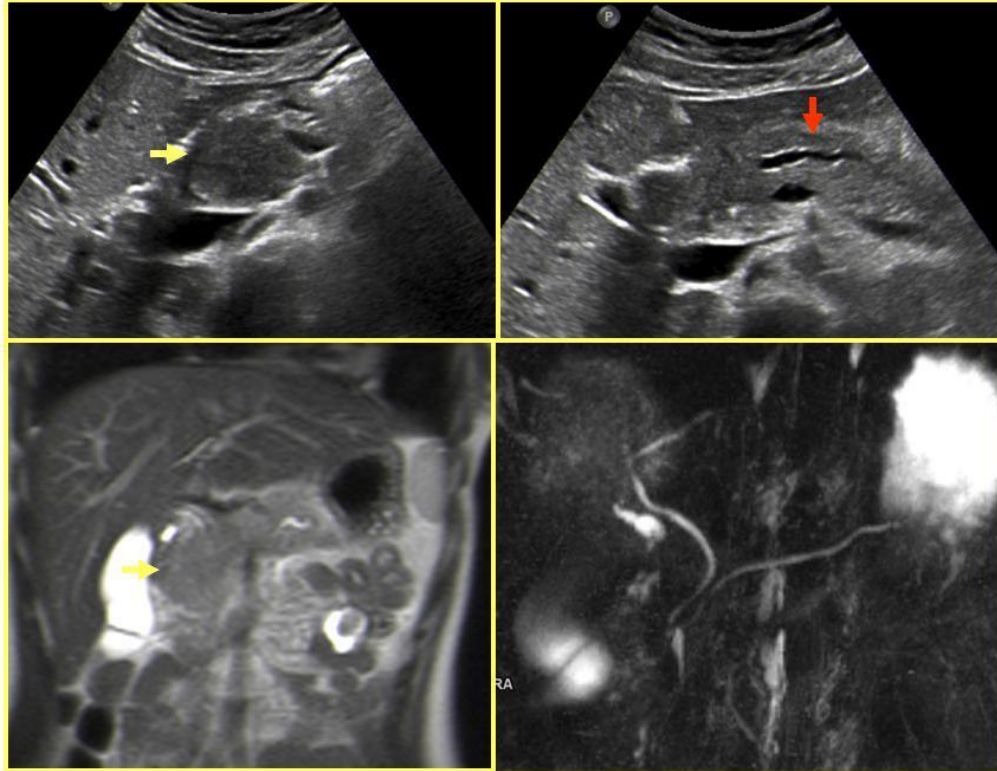
**Discusión:**

Se trata de una pancreatitis aguda en una paciente adolescente, de causa no filiada. La etiología de las pancreatitis en niños difiere a las del adulto. El origen biliar es el más probable (10-30%): litiasis y anomalías congénitas como quistes de colédoco y páncreas divisum; otras causas: traumáticas (10-40%), farmacológica (valproico, esteroides), pancreatitis autoinmune o enfermedades sistémicas como el lupus.

La clínica puede ser atípica en niños, de ahí la importancia de las pruebas de imagen para el diagnóstico, que, al igual que en adultos, requiere dos de los tres siguientes: dolor de características típicas, aumento de amilasa tres veces por encima del valor normal y/o diagnóstico radiológico. En general, la ecografía es la primera prueba a realizar para el diagnóstico, la tomografía se realiza en caso de dudas con ecografía y para descartar complicaciones en pacientes con criterios de gravedad y la colangioRM ayuda a determinar la etiología.

**Conclusión:**

El papel de las pruebas de imagen en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda radica, en el establecimiento del diagnóstico y en la búsqueda de la causa, donde la colangioRM tiene especial interés, por su adecuada valoración del árbol biliar y por la ausencia de radiación ionizante.



*A y B: ecografía que muestra engrosamiento globular focal de la cabeza del páncreas (flecha amarilla) y dilatación distal del conducto pancreático principal (flecha roja). C: colangioRM 5 días después de su ingreso, secuencia potenciada en T2, coronal, que muestra hallazgos similares a la ecografía. La señal de la cabeza del páncreas era similar a la del resto del parénquima y tras el contraste, homogéneo y similar al resto. Había pequeña cantidad de líquido en la celda pancreática en espacio pararenal anterior izquierdo (no mostrado). No había litiasis vesicular ni en conductos biliares. Se descarta la existencia de quistes coledocales. Imposible la valoración del conducto pancreático principal en su llegada a duodeno, por lo que se realiza RM de control a los 6 meses del episodio agudo (D): se muestra una reconstrucción 3D colangiográfica, pudiéndose demostrar la llegada conjunta del colédoco y el conducto pancreático principal (ahora de calibre normal) a la papila mayor, descartándose así la existencia de páncreas divisum. El engrosamiento de la cabeza había desaparecido (no mostrado).*

### **Bibliografía:**

Restrepo R, Hagerott H, Kulkarni S, Yasrebi M, Lee E. Acute pancreatitis in pediatric patients: demographics, etiology, and diagnostic imaging. *AJR* 2016; 206:632-644

<b>Caso</b>	(265) Fístula colecistoduodenal con evolución a síndrome de Bouveret
<b>Autores</b>	Frank Farfán Leal Sandra Bermúdez Nieto, Alvaro Arribas Marcos, Laura García Alonso De Caso, Ignacio Gallego Rivera, Agustina Vicente Bartulos.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

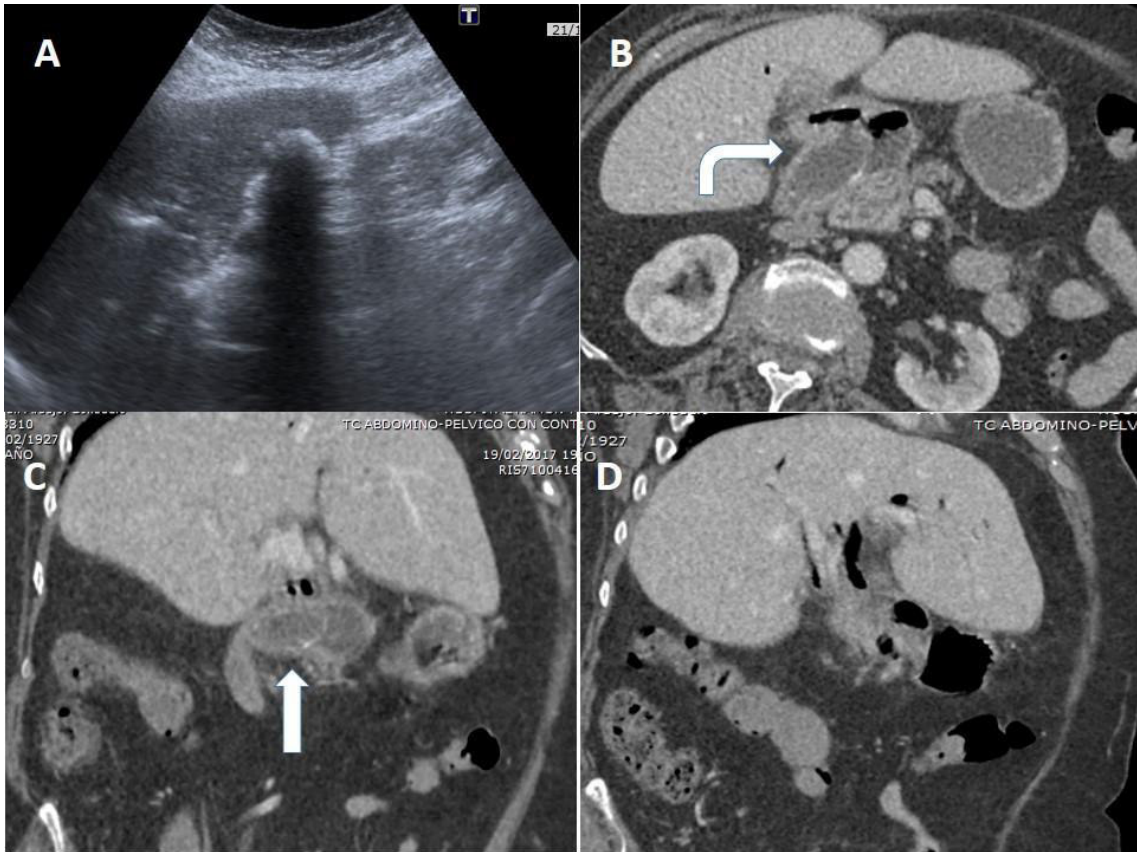
Mujer de 88 años con antecedente de colelitiasis, que acude al SU por dolor abdominal focalizado en HD, sin otra sintomatología asociada, quien 48 horas antes había sido dada de alta por cólico biliar no complicado, pero que ante la reaparición del dolor y ligera leucocitosis ( $11,7 \times 10^9/L$ ) se realiza ecografía ante la sospecha de colecistitis aguda. En la ecografía llama la atención la aerobilia severa, sin llegar a visualizar la vesícula debido a la presencia de sombra acústica condicionada por voluminosa litiasis por lo que se decide completar el estudio con TC de abdomen. En esta última se identifica litiasis de gran tamaño (5 x 4 cm), impactada en el bulbo duodenal con paso de la misma a través de fístula colecistoduodenal, asociada a cambios inflamatorios de la grasa local y vesícula parcialmente colapsada.

**Discusión:**

Ante los hallazgos anteriormente descritos la paciente es valorada por el servicio de Cirugía, el cual decide un manejo conservador. Seis horas después, la paciente va a quirófano por empeoramiento clínico con diagnóstico de íleo biliar. En el procedimiento se extrae litiasis impactada en el bulbo duodenal, que condicionaba un cuadro de obstrucción intestinal alta; entidad conocida como síndrome de Bouveret. Aunque con el estudio ecográfico inicial no se llegó a visualizar la fístula colecistoduodenal, la presencia de aerobilia nos debe hacer sospechar la existencia de la misma, inclusive en un paciente paucisintomático y completar el estudio con TC.

**Conclusión:**

El cuadro clínico ocasionado por una fístula colecistoduodenal es muy variado e inespecífico, por lo que las pruebas de imagen son de gran valor para el correcto manejo del paciente. Nuestro caso ilustra cómo en algunas ocasiones podría ser un hallazgo incidental (sobre todo cuando aún no condiciona íleo biliar) y resalta el valor de los signos ecográficos indirectos que tendrían que hacernos pensar en la misma.



**Figura 1.** A) Ecografía en la que se visualiza voluminosa litiasis con sombra acústica que impide la valoración de la vesícula y focos de aerobilia. B) Corte axial de TC de abdomen en fase portal, en el que se identifica la fístula colecistoduodenal, con la vesícula parcialmente colapsada, aunque con aire en su interior y la litiasis (flecha) en el interior del duodeno. C) Corte oblicuo coronal de TC en el que se observa la litiasis impactada en el bulbo duodenal, con cambios inflamatorios locales asociados. D) Plano oblicuo coronal de TC en el que se aprecia marcada aerobilia.

### Bibliografía:

1. Gan S, Roy-choudhury S, Agrawal S et-al. More than meets the eye: subtle but important CT findings in Bouveret's syndrome. AJR Am J Roentgenol. 2008;191 (1): 182-5
2. Nuno-Guzman, C.M, Marin-Contreras, M.E, Figueroa-Sanchez, M. et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg. 2016; 8: 65–76
3. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. Radiographics. 2004; 24 (4): 1171-5.

<b>Caso</b>	(266) Catéter de Port-A-Cath condiciona un síndrome de vena cava superior de instauración lenta y progresiva
<b>Autores</b>	Frank Farfán Leal Eduardo Pacios Blanco, Alvaro Arribas Marcos, Angeles Silva Rodríguez, Luis Gorospe Sarasúa, Agustina Vicente Bartulos.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**Presentación:**

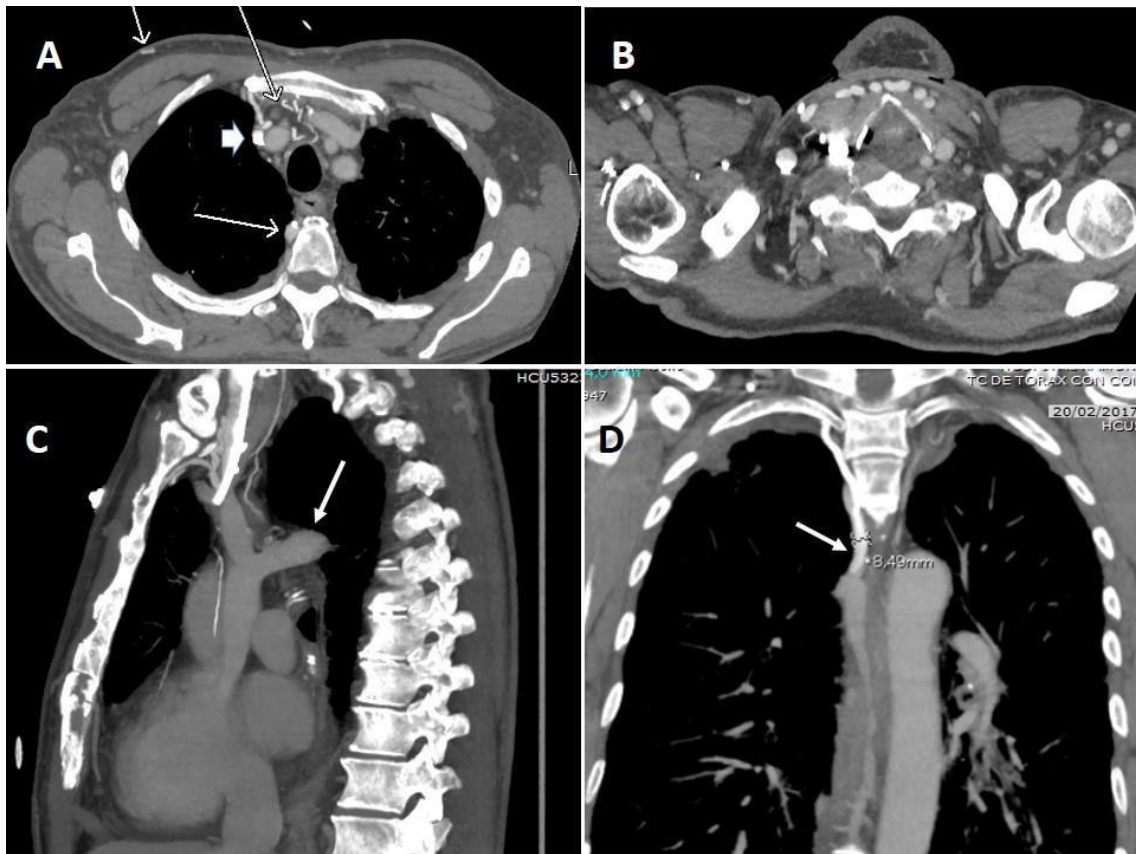
Varón de 69 años con antecedentes de adenocarcinoma de sigma tratado hace 5 años con cirugía y adyuvancia, en remisión completa desde entonces, quién acude al SU por cuadro de una semana de evolución consistente en disnea progresiva y edema cervicofacial que mejora a lo largo del día. Al examen físico se constata la disnea y el edema en esclavina, sospechándose un síndrome de vena cava superior (SVCS) por trombosis debido al catéter venoso central (CVC) del Port-A-Cath y se realiza una TC de tórax con contraste endovenoso. En ésta, se identifica que el extremo distal del catéter se encuentra en la confluencia de las venas innominadas (VIs), condicionando obliteración del tercio distal de la vena innominada (VI) derecha y estenosis en el origen de la VCS, sin objetivar trombo. Además existe marcada circulación colateral cervicotorácica que drena en la VCS en un punto caudal a la estenosis. Asocia edema generalizado del tejido celular subcutáneo.

**Discusión:**

Los hallazgos anteriormente descritos son compatibles con SVCS por CVC. No obstante, la marcada colateralidad venosa explica que la instauración del mismo ha sido lenta y progresiva. Lo interesante de nuestro caso radica en que el mecanismo ha sido diferente al habitual, es decir, no visualizamos un trombo venoso peri-catéter, sino que ha sido el mismo catéter el que ha obliterado por completo la luz de la vena, tras ésta haber sufrido una estenosis progresiva, como respuesta al microtraumatismo generado por el contacto permanente del catéter con el endotelio.

**Conclusión:**

Aunque la principal causa del SVCS continúan siendo los procesos neoplásicos, la etiología benigna se está incrementando de manera significativa en los últimos años como consecuencia de la alta demanda de implantación de CVCs de larga duración, los cuales no están exentos de complicaciones a largo plazo.



**Figura 1.** A) y B) Corte axial de TC de tórax con contraste, en los que se observa la marcada circulación colateral y el edema del tejido celular subcutáneo. C) Reconstrucción MIP sagital de TC de tórax en la que se aprecia la punta del catéter obliterando el segmento distal de la vena innominada derecha y estenosando el origen de la VCS. Además se observa un cayado de la áyigos prominente (flecha). D) Reconstrucción MIP coronal de TC de tórax en la que se observa vena anómala (flecha) de drenaje del MSD y del cuello, afluyendo al cayado de la áyigos.

### Bibliografía:

1. Sheth S, Ebert MD, Fishman EK. Superior vena cava obstruction evaluation with MDCT. *AJR Am J Roentgenol* 2010;194(4):W336–W346
2. Rice TW, Rodriguez RM, Light RW. The superior vena cava syndrome: clinical characteristics and evolving etiology. *Medicine (Baltimore)* 2006; 85:37–42.
3. Straka C, Ying J, Kong FM, Willey CD, Kaminski J, Kim DW. Review of evolving etiologies, implications and treatment strategies for the superior vena cava syndrome. *Springerplus* 2016; 5: 229.



<b>Caso</b>	(267) Embolismos sépticos pulmonares por absceso anal
<b>Autores</b>	Juan José Delgado Moraleda P Estellés-Ierga, Rm Piqueras-olmeda, S Brugger-frigols, F Catalá-puchades, N Nersesyan
<b>Centro</b>	Hospital La Fe

**Presentación:**

Varón de 54 años en inmunosupresión por trasplante hepático. Acude a urgencias por dificultad respiratoria, disnea, fiebre, tenesmo rectal y dolor.

**Discusión:**

Ante la presencia de múltiples nódulos en ambos campos pulmonares de distribución aleatoria, mixta o random (combinación de distribución centrilobulillar y perilinfática), debe buscarse alguna etiología que pueda producir este patrón.

Una posibilidad son aquellas entidades que presentan diseminación hematógena. Entre ellas, se deben considerar las neoplasias y los embolismos sépticos.

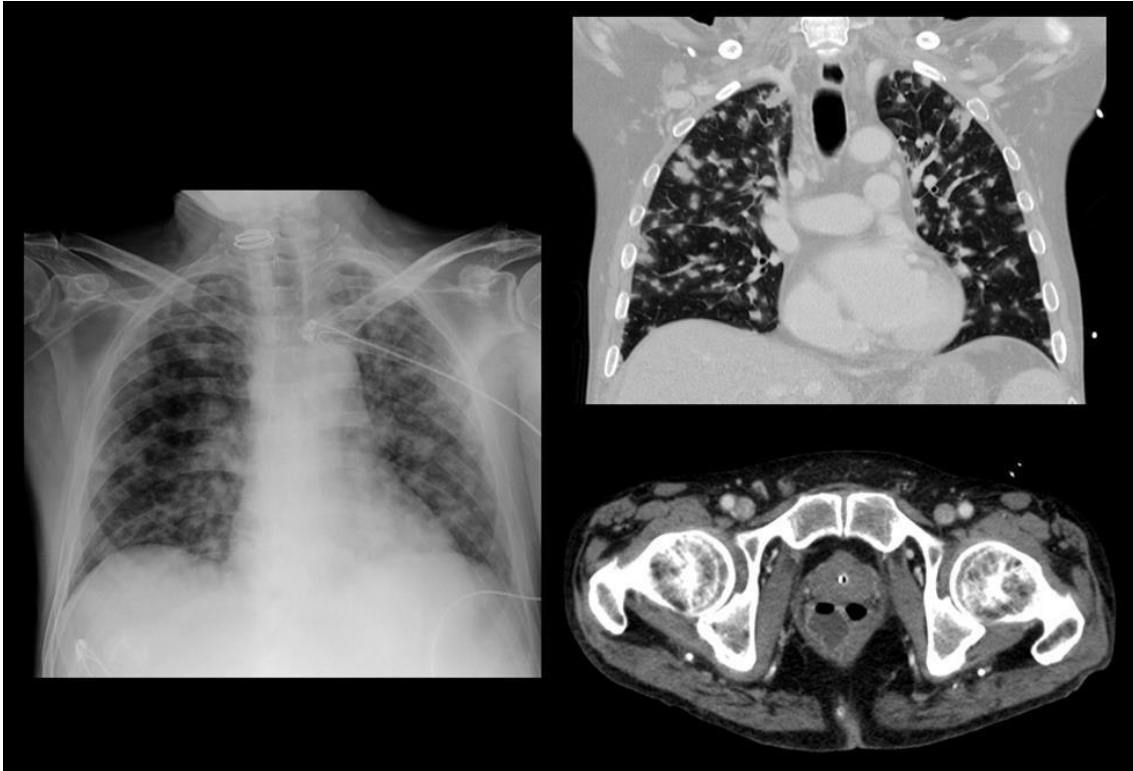
En este caso, la presencia del mismo germen en el absceso anal y en el lavado bronquioalveolar (por tanto, en los abscesos pulmonares) confirma la hipótesis diagnóstica.

**Conclusión:**

Ante la identificación de un hallazgo radiológico, no claro y de etiología desconocida hay que buscar la causa en cualquier parte del organismo, independientemente de que sea tumoral o infeccioso.

Es importante que el radiólogo conozca la clínica del paciente y los conocimientos suficientes para relacionar los hallazgos radiológicos.

La identificación de la etiología permitirá adoptar el tratamiento adecuado.



*En la radiografía de tórax realizada en Urgencias, se observa un patrón intersticio-alveolar difuso bilateral. Ante estos hallazgos, la clínica infecciosa y los antecedentes de trasplante hepático, se decide realizar TC toracoabdominopélvico. En el TC pulmonar se observan múltiples nódulos de distribución aleatoria (mixta o random) difusos en ambos campos pulmones, lo que sugiere diseminación hematógena de algún proceso primario infeccioso o tumoral. En la exploración abdominal se observa colección abscesificada con gas en su interior en localización pararectal derecha. En ausencia de tumor primario, se propuso como primera opción que los nódulos pulmonares fueran secundarios a diseminación hematógena de un proceso infeccioso, el absceso rectal. Posteriormente, el lavado bronquioalveolar y el drenaje del absceso rectal demostraron el mismo germen: Klebsiella pneumoniae.*

### **Bibliografía:**

- 1.- Iwasaki Y, Nagata K, Nakanishi M, Natuhara A, Harada H, Kubota Y, et al. Spiral CT findings in septic pulmonary emboli. European journal of radiology [Internet]. 2001 Mar 1 [cited 2001 Mar 1];37(3):190–4.
- 2.- Do KH, Goo JM, Im JG, Kim KW, Chung JW, Park JH. Systemic arterial supply to the lungs in adults: spiral CT findings. Radiogr Rev Publ Radiol Soc North Am Inc [Internet]. 2001 Apr 1 [cited 2001 Apr 1];21:387–402.

<b>Caso</b>	(270) Íleo biliar
<b>Autores</b>	Juan José Delgado Moraleda Ym Ochoa-santiago, Rm Piqueras-olmeda, A Picado-bermúdez, Jf Melo-villamarín, E Chacón-avilés
<b>Centro</b>	Hospital La Fe

**Presentación:**

Mujer de 83 años que acude a urgencias por dolor abdominal y ausencia de deposiciones. Se ausculta peristaltismo de lucha.

**Discusión:**

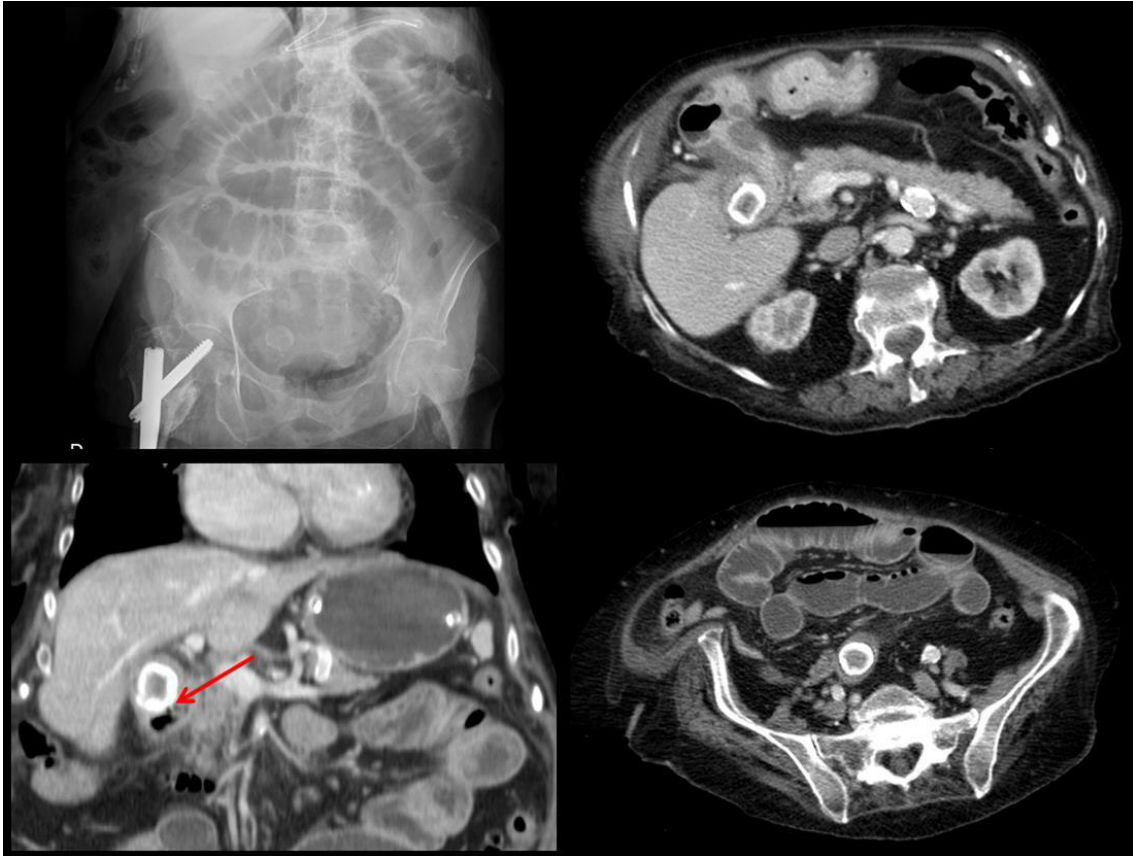
El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción mecánica del intestino delgado. Se produce por migración de una litiasis desde la vesícula biliar hasta la válvula ileocecal, donde se enclava, produciendo distensión intestinal y vaciamiento de gas distal.

Si la litiasis enclavada es de gran tamaño, se debe sospechar que existe una fístula colecistoduodenal.

Además, se deben buscar causas de colecistitis crónica, como otras litiasis.

**Conclusión:**

La radiografía de abdomen, pese a que en muchas ocasiones se realiza sin la indicación adecuada, continúa siendo una prueba útil en Urgencias. En este caso, permite acotar el diagnóstico y orientar la petición de una prueba diagnóstica que aporta más información, como el TC.



*En la radiografía, se observa dilatación de delgado sin afectar al colon, con gas distal. Los hallazgos indican cuadro suboclusivo u oclusivo en evolución. Se encuentran varias calcificaciones. Las de mayor tamaño se encuentran en hipocondrio derecho y en pelvis. Se decide completar el estudio con TC de abdomen con contraste intravenoso. Se confirma la oclusión intestinal producida por la litiasis localizada en pelvis (íleo biliar). La migración de la litiasis se ha producido a través de una fístula colecistoduodenal (indicada con una flecha). La litiasis en hipocondrio derecho corresponde a colelitiasis.*

### **Bibliografía:**

- 1.- Lassandro F, Romano S, Ragozzino A et-al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. AJR Am J Roentgenol. 2005;185 (5): 1159-65.
- 2.- Yu CY, Lin CC, Shyu RY et-al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. World J. Gastroenterol. 2005.

<b>Caso</b>	(272) Craniectomía descompresiva: ¿siempre la mejor opción?
<b>Autores</b>	Juan José Delgado Moraleda J Carreres-polo, J Salvador-garcía, N Nersesyan, A Pérez-girbés, Ym Ochoa-santiago
<b>Centro</b>	Hospital La Fe

### **Presentación:**

Varón de 41 años traído a urgencias tras traumatismo occipital. Presenta disminución del nivel de conciencia, anisocoria y otorragia ipsilateral. Se realiza intubación traqueal y TC, observando hemorragia subdural y subaracnoidea, con desplazamiento de línea media por hernia subfalciana y un inicio de herniación uncal izquierda (1). Posteriormente se realiza craniectomía descompresiva, tras la que presenta mejoría clínica inicial. Aproximadamente un mes después tiene empeoramiento clínico. Se realiza nueva TC, observando reaparición de las herniaciones (2). Se diagnostica al paciente de síndrome del colgajo hundido y se repone el fragmento de craniectomía. El paciente experimenta mejoría (3).

### **Discusión:**

El síndrome del colgajo hundido o síndrome del trépano (sinking skin flap syndrome o syndrome of the trephined) es una complicación que aparece en el 13% de los pacientes craniectomizados.

Debido la presión prolongada ejercida por la atmósfera sobre el parénquima cerebral desprotegido por la craniectomía, se produce disminución en la circulación microarterial en la corteza cerebral y dificultad al drenaje venoso.

Esto condiciona cambios metabólicos en las neuronas corticales de las regiones afectas, que resultan en disfunción cortical.

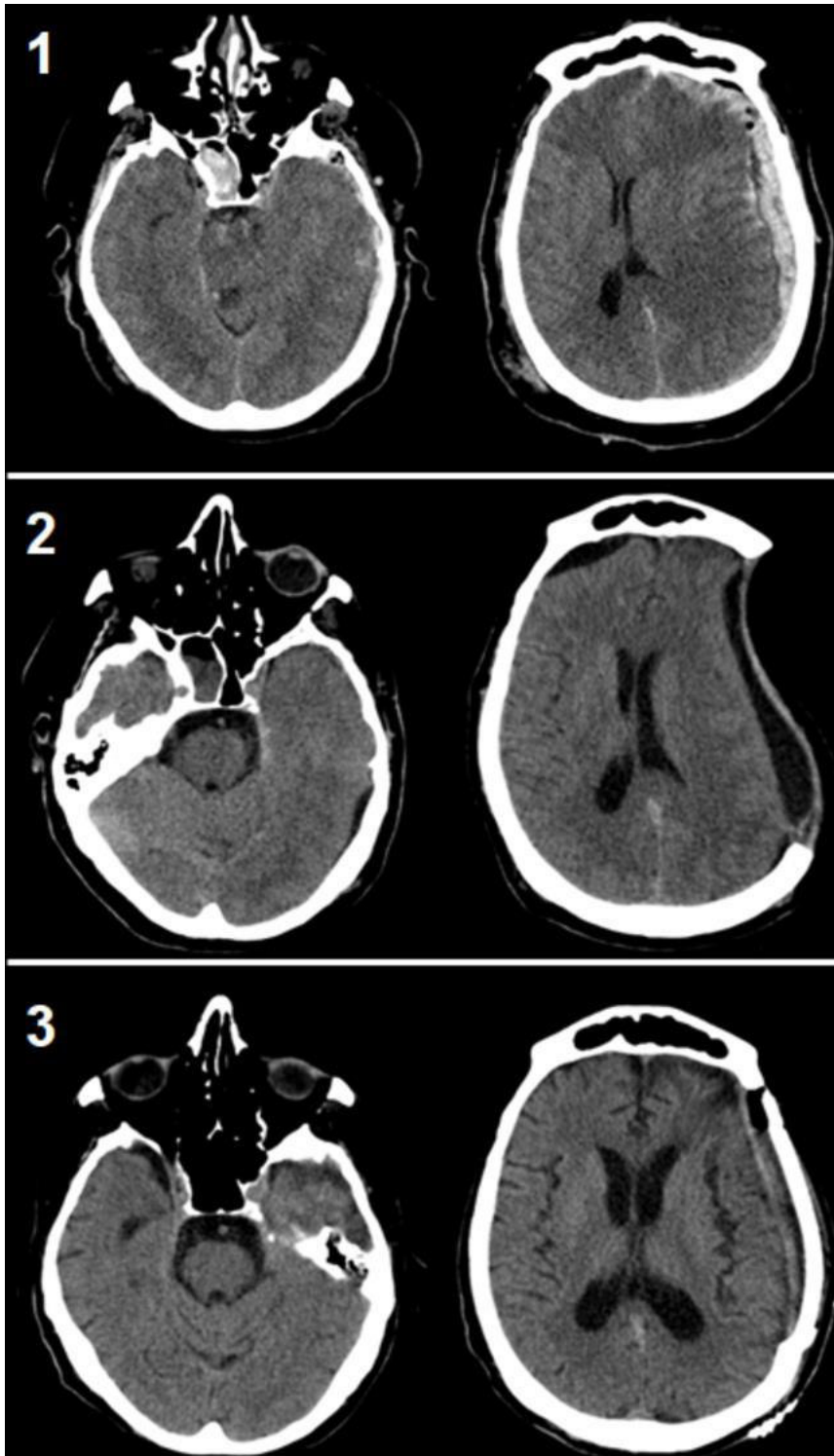
Además, la presión atmosférica puede producir herniaciones cerebrales que también conllevan empeoramiento neurológico y riesgo vital.

El tratamiento consiste en la reposición del fragmento.

### **Conclusión:**

Existen situaciones en que la resolución de una Urgencia puede desembocar, pese a establecer el tratamiento correcto, en la producción de otra.

El Radiólogo debe conocer tanto el diagnóstico agudo como las posibles complicaciones que se pueden desencadenar.



*1.- Hemorragia subdural y subaracnoidea, con desplazamiento de línea media por hernia subfalciana y un inicio de herniación uncal izquierda. 2.- Reparación de las herniaciones pese a craniectomía descompresiva y mejoría inicial. 3.- Mejoría de las herniaciones tras reposición del fragmento de craniectomía.*

**Bibliografía:**

1. Claudia Lindner CO. Sinking Skin Flap Syndrome after Hemicraniectomy and Ventriculo-Peritoneal Shunt Overdrainage. *Journal of Neurology & Neurophysiology* [Internet]. 2014 [cited 2014];06.
2. Schorl M. Sinking skin flap syndrome (SSFS) - clinical spectrum and impact on rehabilitation. *Central European neurosurgery* [Internet]. 2009 May 25 [cited 2009 May 25];70:68–72.
3. Annan M, De Toffol B, Hommet C, Mondon K. Sinking skin flap syndrome (or Syndrome of the trephined): A review. *British journal of neurosurgery* [Internet]. 2015 Jun 27 [cited 2015 Jun 27];29:314–8.
4. Jeyaraj P. Importance of Early Cranioplasty in Reversing the “Syndrome of the Trephine/Motor Trephine Syndrome/Sinking Skin Flap Syndrome”. *Journal of maxillofacial and oral surgery* [Internet]. 2015 Sep 12 [cited 2015 Sep 12];14:666–73.

<b>Caso</b>	(273) Hernia de Spiegel tipo Richter
<b>Autores</b>	Juan José Delgado Moraleda S Alandete-germán, N Albertz-arévalo, A Alegre-delgado, Mv Álvarez-martínez, L Londoño
<b>Centro</b>	Hospital La Fe

**Presentación:**

Mujer de 83 años que acude a urgencias por dolor abdominal y escasa deposición. No tiene antecedentes de cirugía. La analítica muestra elevación de parámetros inflamatorios.

**Discusión:**

Las hernias de Spiegel ocurren a través de un defecto en la línea semilunar, unión fibrosa de la vaina de los rectos con las aponeurosis de los músculos transverso y oblicuos abdominales. Los defectos de la pared abdominal habitualmente son secundarios a debilidad adquirida o cirugía.

El TC es la prueba de elección para el diagnóstico, dado que permite conocer si existe compromiso de las asas intestinales o alguna otra patología subyacente.

La hernia de Richter implica estrangulación de la porción antimesentérica del asa. Es más frecuente en mujeres y habitualmente afecta al íleon distal.

Dado que solamente se afecta un lado del intestino, la obstrucción es infrecuente y habitualmente se encuentran como hallazgo incidental, pero pueden producir necrosis intestinal y perforación.

El tratamiento de elección es colocación de malla.

**Conclusión:**

La hernia de Spiegel es un tipo particular de hernia de pared abdominal poco frecuente y de difícil diagnóstico. Todavía es menos frecuente que se hernie solamente la porción antimesentérica del intestino.





*En la radiografía abdominal se observa distensión de asas de delgado con aireación distal. Se estableció el diagnóstico de cuadro suboclusivo u oclusivo en evolución. Dado persistencia del cuadro, se realizó TC abdominal con contraste. Se observa dilatación de asas de delgado sin afectar al colon. Existe cambio de calibre en el íleon, donde se encuentra una hernia de la porción antimesentérica (hernia de Richter) por un defecto de pared abdominal localizado en el tercio inferior de la línea semilunar.*

### **Bibliografía:**

- 1.- Foster D, Nagarajan S, Panait L. Richter-type Spigelian hernia: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2014 Dec 11;6:160–2.
- 2.- Larson D.W. and Farley D.R. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg.* 2002;26:1277–1281.

- 3.- Fisichella PM, Harwell J, Brosnan J, Abcarian H. Richter's hernia through a Spigelian defect of the abdominal wall. *The American Journal of Surgery*. 2007 Jan 1;193(1):69–70.
- 4.- Moreno-Egea A, Flores B, Girela E, Martín J, Aguayo J, Canteras M. Spigelian hernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. *Hernia*. 2002 Dec 1;6(4):167–70.
- 5.- Baucom C, Nguyen QD, Hidalgo M, Slakey D. Minimally Invasive Spigelian Hernia Repair. *JLS*. 2009;13(2):263–8.
- 6.- Parambath AN, Hajaji K, Hilil SAA. Spigelian hernia with Richter-type herniation of the ileum: A rare cause of right iliac fossa pain mimicking acute appendicitis. *ResearchGate*. 2012 Dec 1;2012(2012):7.
- 7.- Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín J-G, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2002;137:1266–8.

<b>Caso</b>	(275) Body packer: arriesgando la vida.
<b>Autores</b>	Mónica Pérez González Elena López Miralles, Carlos Martín Gómez, Daniel Zarranz Sarobe, Jesús David Venegas Gómez, Jimena María Pedrosa Arroyo.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

Varón marroquí de 27 años que es traído al Servicio de Urgencias custodiado por la policía por sospecha de transportar drogas en el interior de su organismo. A su llegada el paciente se encontraba asintomático y hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible y no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos presentes. Se realizó radiografía AP abdominal apreciándose innumerables cuerpos extraños radioopacos, bien definidos, densos, ovalados con el “signo del doble cordón” ocupando todo el tránsito intestinal.

**Discusión:**

Diagnóstico: body packer.

Reflexión docente: Se denomina “body packer” a aquella persona portadora de drogas empaquetadas en el tracto gastrointestinal, recto o vagina.

Los pacientes se clasifican según la clínica en asintomáticos (80-88%), síndrome de body packer por obstrucción intestinal y síndrome de body packer por intoxicación.

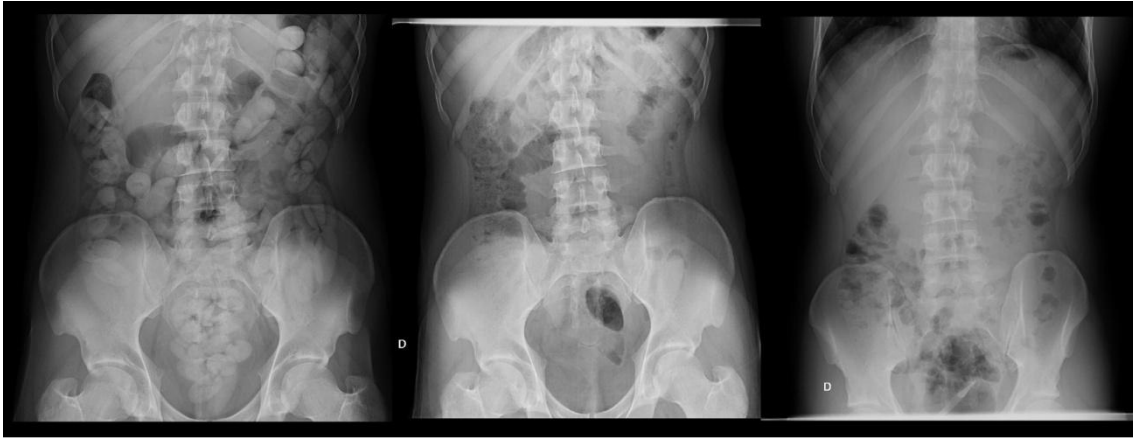
La radiografía simple abdominal es la técnica diagnóstica de elección. Normalmente se observan múltiples cuerpos radioopacos, bien definidos, densos y homogéneos, ovalados, rodeados por una imagen radiolúcida (“signo del doble cordón”), originada por el aire atrapado entre las capas del envoltorio (predominantemente preservativos de látex). A veces se identifica otra imagen radiotransparente en continuidad con los paquetes (“signo de la roseta”), formada por el aire aprisionado en la zona del anudado.

Se debe realizar al menos una placa diagnóstica inicial y otra previa al alta para confirmar la expulsión. Hay que hacer diagnóstico diferencial con colelitiasis, calcificaciones intraabdominales y restos alimentarios.

**Conclusión:**

La radiografía simple de abdomen es la primera prueba a realizar ante la sospecha de body packer. El TC (sin contraste endovenoso y con protocolo de baja dosis) queda relegado ante una radiografía negativa en pacientes con alta sospecha clínica, para la localización y para valorar las complicaciones.

El radiólogo debe identificar el número y localización de los paquetes y las posibles complicaciones asociadas (perforación esofágica o intestinal, úlceras gastrointestinales, oclusión intestinal, intoxicación por rotura).



**Serie de 3 radiografías AP abdominales del mismo paciente a su llegada a urgencias, a las 24 y a las 48 horas. En la radiografía inicial se aprecian innumerables cuerpos extraños radioopacos, bien definidos, densos, ovalados con el “signo del doble cordón” ocupando todo el tránsito intestinal. En la segunda radiografía únicamente se observan cuerpos extraños en sigma. En la última se aprecia la desaparición de todos los cuerpos extraños.**

### **Bibliografía:**

1. Shahnazi M, Sanei Taheri M, Pourghorban R. Body Packing and Its Radiologic Manifestations: A Review Article. Iran J Radiol. 2011;8(4):205-10. DOI : 10.5812/iranradiol.4757
2. Traub SJ, Kohn GL, Hoffman RS, Nelson LS. Pediatric “body packing”. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(2):174–7.
3. Prabhu R, Ne eman A, Bier K, Patel N. Radiology of body packers: The detection of internally concealed illegal materials. Appl Radiol. 2008;37(5):26.
4. Wong G, Lai K, Chung C. Management of body packers in the emergency department. Hong Kong J Emerg Med. 2005;12(2):112–8.
5. Pidoto RR, Agliata AM, Bertolini R, Mainini A, Rossi G, Giani G. A new method of packaging cocaine for international traffic and implications for the management of cocaine body packers. J Emerg Med. 2002;23:149-53.
6. Madrazo Z, Silvio-Estaba L, Secanella L, et al. Body packer: revisión y experiencia en un hospital de referencia. Cir Esp. 2007; 82(3):139-45.
7. C. V. Wetli and R. E. Mittleman, “The “body packer syndrome”-toxicity following ingestion of illicit drugs pack- aged for transportation,” Journal of Forensic Sciences, vol. 26, no. 3, pp. 492–500, 1981.

8. J. Hierholzer, M. Cordes, H. Tantow, U. Keske, J. Maurer, and R. Felix, "Drug smuggling by ingested cocaine-filled packages: conventional X-ray and ultrasound," *Abdominal Imaging*, vol. 20, no. 4, pp. 333–339, 1995.

<b>Caso</b>	(276) Caso de un torero desafortunado
<b>Autores</b>	Jenny Soraya Cárdenas Herrán Jelena Vucetic, Rebeca Miron Mombiela, Fernando Facal
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario de Valencia

**Presentación:**

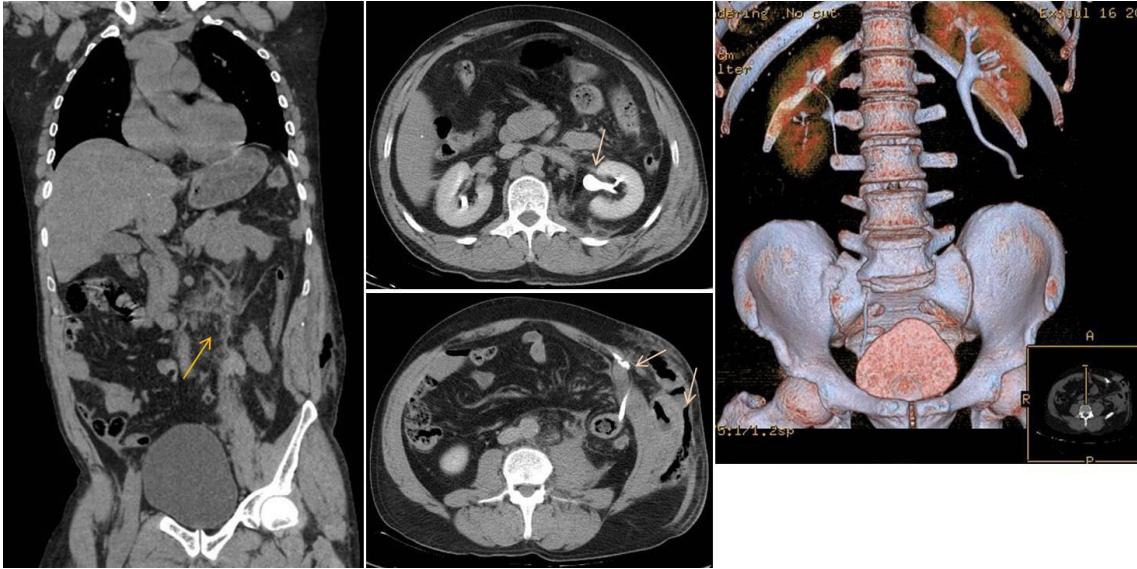
Hombre de 50 años con trauma abdominal cerrado por asta de toro. En TC abdomino-pelvico se identifica eventración que asocia enfisema de partes blandas atribuible a perforación intestinal. Al sospechar lesión de la vía excretora renal se realiza estudio con contraste en fase tardía, objetivando laceración en tercio medio del uréter izquierdo con extravasación del contraste a través de la eventración.

**Discusión:**

En un trauma abdominal cerrado tanto la perforación de víscera hueca como la laceración ureteral son lesiones raras presentes en un porcentaje bajo de pacientes y orientan hacia un mecanismo contusivo severo. Tres mecanismos explican el daño de órganos abdominales: desaceleración, compresión externa y lesiones por aplastamiento. En el caso de la ruptura de víscera hueca se produce una compresión externa extrema que puede causar aumento repentino de la presión intraabdominal ocasionando la lesión, sin embargo las lesiones de la unión ureteropélvica ocurren como consecuencia del esfuerzo de cizallamiento en la pelvis renal, porque el uréter al ser retroperitoneal y tener los puntos de fijación en la unión ureteropélvica y ureterovesical, estaría sometido a una desaceleración súbita e hiperextensión resultante que ocasionaría un aumento de la tensión con posterior laceración o avulsión. La TC con contraste es la técnica de elección para la valoración del trauma abdominal, existiendo indicaciones específicas para valorar el tracto urinario como son la hematuria y las lesiones conocidas asociadas a daño renal. En el caso de trauma ureteral es crucial diferenciar una avulsión total de una ruptura incompleta para ofrecer un tratamiento quirúrgico o conservador al paciente.

**Conclusión:**

En el trauma abdominal la TC con contraste provee información anatómica y funcional importante, que el radiólogo debe interpretar correctamente para maximizar el potencial diagnóstico de la prueba y minimizar el riesgo del paciente.



*En TC abdomino-pélvico se identifica eventración entre el borde lateral de músculos recto y oblicuos izquierdos con asas de intestino delgado en su interior, junto con tejido mesentérico herniado y enfisema de partes blandas en margen de eventración atribuible a perforación intestinal. Trabeculación de la grasa retroperitoneal con colección adyacente al psoas iliaco y en trayecto del uréter derecho. Ante la sospecha de lesión de la vía excretora renal se realiza estudio con contraste en fase tardía objetivando laceración en tercio medio del uréter izquierdo con extravasación del contraste a través de la eventración.*

### **Bibliografía:**

1. Raquel Cano Alonso, MD. Susana Borrueal Nacenta, MD. Patricia Diez Martinez, MD. Angel Sanchez Guerrero, MD. Carlos Garcia Fuentes, MD. Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma. RadioGraphics 2009; 29:2033–2053.
2. Jorge A. Soto, MD. Stephan W. Anderson, MD. Multidetector CT of Blunt Abdominal Trauma. Radiology: Volume 265: Number 3—December 2012
3. Sarah J Ortega, Fernando S Netto, Paul Hamilton, Peter Chu and Homer C Tien. CT scanning for diagnosing blunt ureteral and ureteropelvic junction injuries. BMC Urology 2008, 8:3.

<b>Caso</b>	(278) HEMOPERITONEO POR ROTURA VESICULAR: una complicación poco frecuente de colescistitis
<b>Autores</b>	Lucía Zambrana Aguilar José Miguel García Díez, María Del Carmen Martínez Porras, Francisco García Gallardo
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Torrecárdenas

**Presentación:**

Paciente de 52 años, con antecedente de cirrosis hepática enólica, que durante su ingreso por sospecha de colecistitis comienza con un cuadro de hipotensión refractaria a fluidoterapia y descenso de hemoglobina de 14.6 a 10.2 d/dl. Descartada la presencia de sangrado externo, se solicita estudio de imagen para objetivar causa del mismo.

**Discusión:**

Se realiza Angio-TC de abdomen y TC abdominal en fase portal, donde se observa una vesícula biliar hidrópica con litiasis en su interior y presencia abundante líquido libre intraabdominal de alta densidad, de localización a nivel perihepático, sugerente de hemoperitoneo.

En la fase arterial se identifica sangrado activo hacia luz de vesícula biliar así como hacia fuera de la misma en localización perihepática, lo que podría indicar también rotura de pared vesicular.

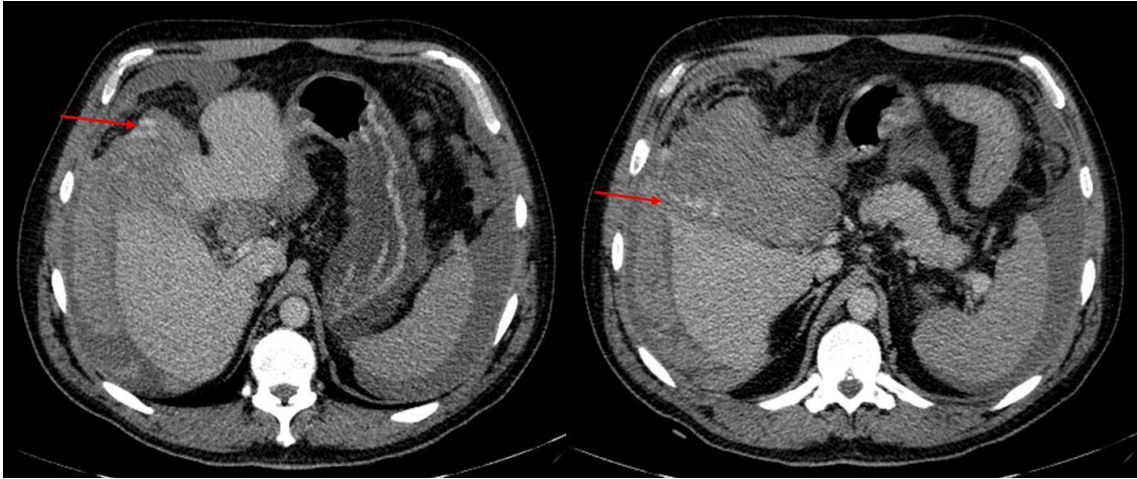
Debido al rápido deterioro hemodinámico el paciente requirió intervención quirúrgica urgente, confirmándose la rotura de la pared de la vesícula y el foco de origen del sangrado en la misma.

**Conclusión:**

El estudio TC es la técnica de elección ante la sospecha de hemorragia interna y el diagnóstico de hemoperitoneo por su alta sensibilidad para la detección de pequeñas cantidades de sangre en la cavidad peritoneal y el origen del mismo. La adición del estudio Angio-Tc permite además identificar la presencia de sangrado activo.

La perforación de la pared vesicular es una complicación poco frecuente de la colecistitis, pero que requiere una detección precoz y manejo urgente.





**Bibliografía:**

- Law EK1, Lee RK, Hung EH, Ng AW.

Radiological diagnosis and management of idiopathic spontaneous intra-abdominal haemorrhage (abdominal apoplexy): a case series. *Abdom Imaging*. 2015 Feb;40(2):343-51

- Meghan Lubner, MD, Christine Menias, MD, Creed Rucker, MD, Sanjeev Bhalla, MD, Christine M. Peterson, MD, Lisa Wang, MD, Brett Gratz, MD. Blood in the Belly: CT Findings of Hemoperitoneum. *Radiographics* 2007;27:109-125.

<b>Caso</b>	(279) Trombosis porto-mesentérica como causa de abdomen agudo
<b>Autores</b>	Carmen De La Torre Valdivia Carmen Dolores Herrero Platero, Alejandra Doroteo Lobato
<b>Centro</b>	Hospital Comarcal de la Axarquía

### **Presentación:**

Varón de 85 años que acude a Urgencias por segunda vez por dolor abdominal de 24 horas de evolución. A la exploración, abdomen distendido con defensa generalizada, más acusada en flanco derecho. En analítica sanguínea sólo destaca ligera leucocitosis. Se solicita estudio ecográfico, en el que se observa marcado engrosamiento mural de íleon así como moderada cantidad de líquido libre en fosa iliaca derecha y pelvis. Se completa estudio con TC abdominal sin y con contraste en fases arterial y portal, dónde se evidencia un marcado engrosamiento de asas de intestino delgado de predominio en fosa iliaca derecha, marcada ingurgitación del meso y abundante cantidad de líquido libre, llamando la atención un defecto de repleción en la luz vascular de la porta y las venas mesentérica superior, mesentérica inferior y esplénica, sugestivo de trombosis. No se evidencian defectos de repleción en los vasos arteriales. La vena cava era permeable. Por lo tanto, estos hallazgos son compatibles con isquemia intestinal secundaria a trombosis venosa. El paciente fue tratado quirúrgicamente con resección segmentaria de ileon, el cual se encontraba isquémico, con edema de pared e inviabilidad vascular.

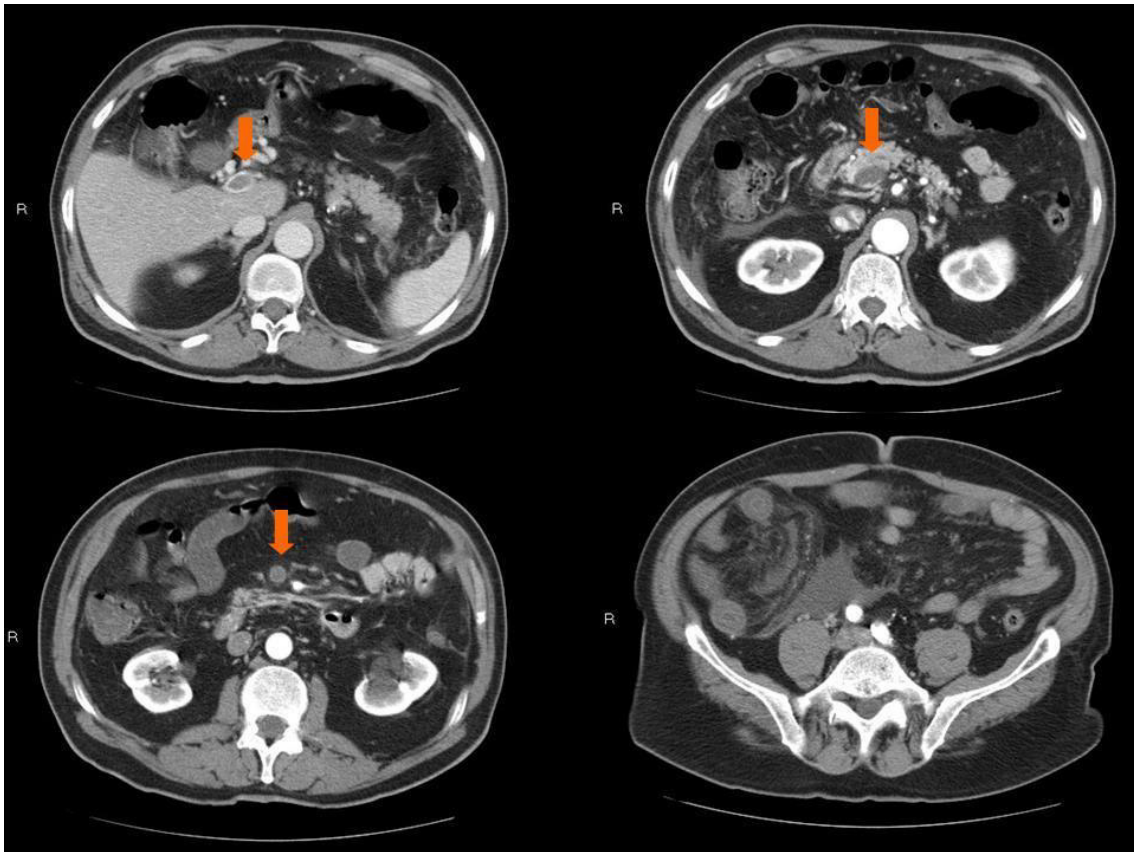
### **Discusión:**

La trombosis venosa porto-mesentérica supone una causa poco frecuente (5-10% de los casos) de isquemia mesentérica aguda, siendo la trombosis o embolismo arterial la causa más frecuente. Posee una mortalidad del 15-40%, y su diagnóstico suele ser difícil debido a lo inespecífico de la clínica, que puede presentarse como dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos, distensión abdominal, estreñimiento o diarrea.

El estudio ecográfico puede aportarnos datos indirectos de isquemia intestinal, como engrosamiento de asas o líquido libre, siendo el TC con contraste la prueba de elección para el diagnóstico, dónde veremos el defecto de repleción en la luz vascular.

### **Conclusión:**

La trombosis venosa aguda portomesentérica es una causa poco frecuente pero grave de abdomen agudo, por lo que debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial, siendo el TC con contraste la prueba de elección.



*Presencia de material en el interior vascular a nivel de porta y mesentérica superior (flechas gruesas). Engrosamiento mural de ileon y líquido libre.*

### **Bibliografía:**

1. Yasuhara H. Acute mesenteric ischemia: The challenge of gastroenterology. Surg Today 2005; 35: 185-195.
2. Park WM, Gloviczki P, Cherry KJ et al. Contemporary management of acute mesenteric ischemia: Factors associated with survival. J Vasc Surg 2002; 35: 445-52.
3. American Gastroenterological Association technical review on intestinal ischemia. Gastroenterology 2000; 118: 954-968.
4. Grotz MR, Deitch EA, Ding J et al. Intestinal cytokine response after gut ischemia: Role of gut barrier failure. Ann Surg 1999; 229: 478-86
5. Balfe DM. Acute ischemia of the bowel: Radiologic diagnosis. RSNA categorical course in Diagnostic Radiology: Gastrointestinal 1997; pág. 185-197.
6. American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on intestinal ischemia. Gastroenterology 2000; 118: 951-953.
7. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ et al. Acute mesenteric ischemia: A clinical review. Ann Intern Med 2004; 164: 1054-1062.



<b>Caso</b>	(280) Obstrucción intestinal de alto grado. ¿Dónde está la causa?
<b>Autores</b>	José Ignacio É Ignacio Apellido: Rodríguez Martín Otros Autores
<b>Centro</b>	Simón Merlo Mj, Diez Tascón A, Martí De Gracia M Hospital Universitario La Paz

**Presentación:**

Anciana de 91 años con dolor abdominal, vómitos fecaloideos y ausencia de defecación en los últimos 3 días. PCR: 175.

**Discusión:**

En la RX de abdomen se aprecian abundantes asas dilatadas con patrón en pila de monedas, que corresponden con asas de intestino delgado. Ausencia de gas distal.

Ante los hallazgos radiográficos se decide realizar TC abdomino-pélvico con CIV en fase venosa.

Se aprecia una marcada dilatación del esófago distal, estómago, duodeno y asas de intestino delgado, de hasta 35 mm, con contenido líquido y niveles hidroaéreos.

Se objetiva un cambio brusco de calibre en íleon pélvico, que se introduce en agujero obturatriz derecho, entre el músculo pectíneo y el obturador externo. Íleon terminal tras la salida del saco herniario colapsado. Marco cólico no dilatado con restos fecales.

Las asas intestinales presentan realce conservado.

No se identifica líquido libre intraabdominal ni gas extraluminal.

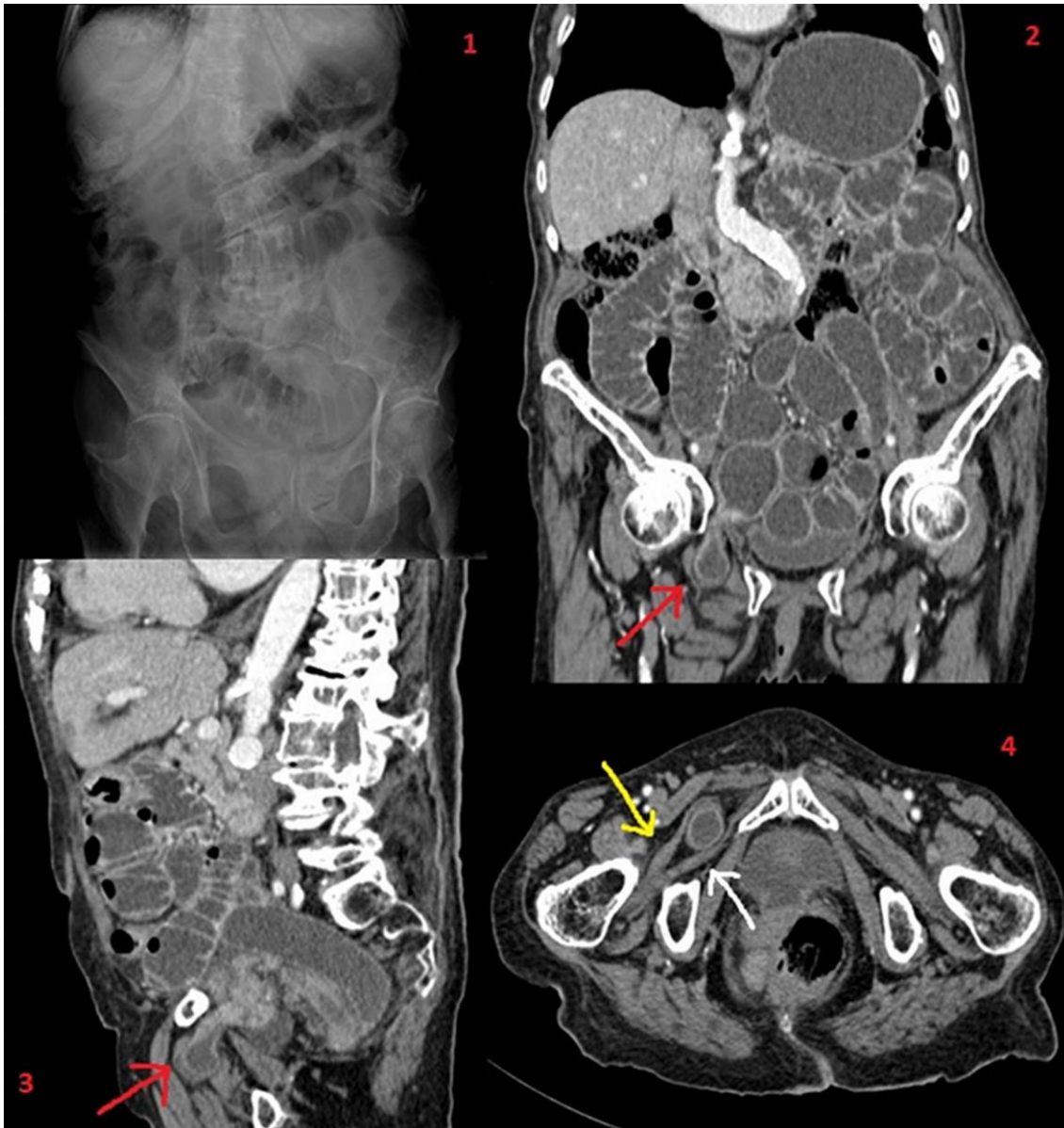
**Conclusión:**

El diagnóstico fue de obstrucción intestinal de alto grado secundaria a hernia obturatriz derecha.

Las principales causas de obstrucción intestinal de origen mecánico extraluminal son:

- Bridas / adherencias (antecedentes quirúrgicos previos)
- Hernias externas
- Hernias internas
- Invaginación
- Vólvulo
- Efecto de masa (abscesos, neoplasias, endometriosis...)

Las hernias obturatrices o subpubianas son raras (<1%), más frecuentes en países asiáticos, en el lado derecho y típicas de mujeres de edad avanzada, delgadas y multíparas, ya que en ellas existe una mayor debilidad del suelo pélvico. Es muy importante su detección ya que generalmente se hernian asas de intestino delgado siendo alto el riesgo de estrangulación. El contenido herniario se suele localizar entre los músculos pectíneo y obturador externo, siendo menos frecuente que la hernia se produzca entre los músculos obturador externo e interno o entre los fascículos del músculo obturador externo. Se realizó una sutura de refuerzo sobre el intestino delgado herniado y plicatura de peritoneo. No había signos de isquemia intestinal.



**IMAGEN 1:** Típica imagen en pila de monedas, que sugiere dilatación de asas de intestino delgado. Ausencia de gas distal.

**IMÁGENES 2 y 3:** Reconstrucción coronal y sagital, en el que se observa el saco herniario con contenido intestinal en su interior (flecha roja), con dilatación retrógrada y colapso posterior de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos. No se aprecian signos de sufrimiento de asas.

**IMAGEN 4:** Hernia obturatriz con contenido intestinal en su interior, que se dispone entre los músculos pectíneo (flecha amarilla) y obturador externo (flecha blanca).

*Obstrucción intestinal de alto grado secundaria a hernia obturatriz derecha. Pie de foto en la imagen.*

## Bibliografía:

- Pandey R, Maqbool A, Jayachandran N. Obturator hernia: a diagnostic challenge. *Hernia*. 2009; 13(1):97-9.
- Haraguchi M, Matsuo S, Kanetaka K, Tokai H, Azuma T, Yamaguchi S, Kanematsu T. Obturator hernia in an ageing society. *Ann Acad Med Singapore*. 2007; 36(6):413-5.
- Aguirre DA, Santosa AC, Casola G et-al. Abdominal wall hernias: imaging features, complications, and diagnostic pitfalls at multi-detector row CT. *Radiographics*. 25 (6): 1501-20.



<b>Caso</b>	(281) Ateromatosis y trombosis aguda abdominal. ¿Cuándo sospecharla?
<b>Autores</b>	José Ignacio É Ignacio Apellido: Rodríguez Martín Otros Autores Miguesanz I, Varo M, García Sánchez Mj, Diez Tascón A, Martí De Gracia M
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz

**Presentación:**

Anciana de 88 años con dolor abdominal e irritación peritoneal. Paciente infraocoagulada. Leucocitosis 12600 con neutrofilia 9800 (78%). INR 1,3. Actividad de protrombina 60%. Fibrinogeno 567 mg/dL. LDH 273. PCR 5,5. Lactato 2,6.

**Discusión:**

Se realiza TC abdominopélvico con CIV en fase arterial y portal, según protocolo de isquemia mesentérica.

Se identifica un defecto de repleción completo de la arteria mesentérica superior (AMS) a aproximadamente 4,7 cm de su origen, sin signos de repermeabilización distal, en relación con trombosis.

Marcada ateromatosis calcificada del eje aortoíliaco y ramas viscerales, permaneciendo permeables tanto el tronco celíaco como la arteria mesentérica inferior (AMI).

Se observa en ambos flancos asas de intestino delgado (yeyuno distal e íleon) con pérdida del realce parietal normal, sugestivas de isquemia.

Se aprecia marcada aerobilia.

No se identifica líquido libre, colecciones ni neumoperitoneo.

**Conclusión:**

El diagnóstico fue trombosis de la AMS, a aproximadamente 4,7 cm de su origen, sin repermeabilización distal, con pérdida del realce parietal de asas intestinales por isquemia.

La oclusión aguda de la AMS puede deberse a diversas causas:

1. Embolismo: 60%
2. Trombosis in situ aguda superpuesta a la aterosclerosis: 30% (nuestro caso)
3. Disección aórtica que involucre al origen de la AMS
4. Bajo flujo

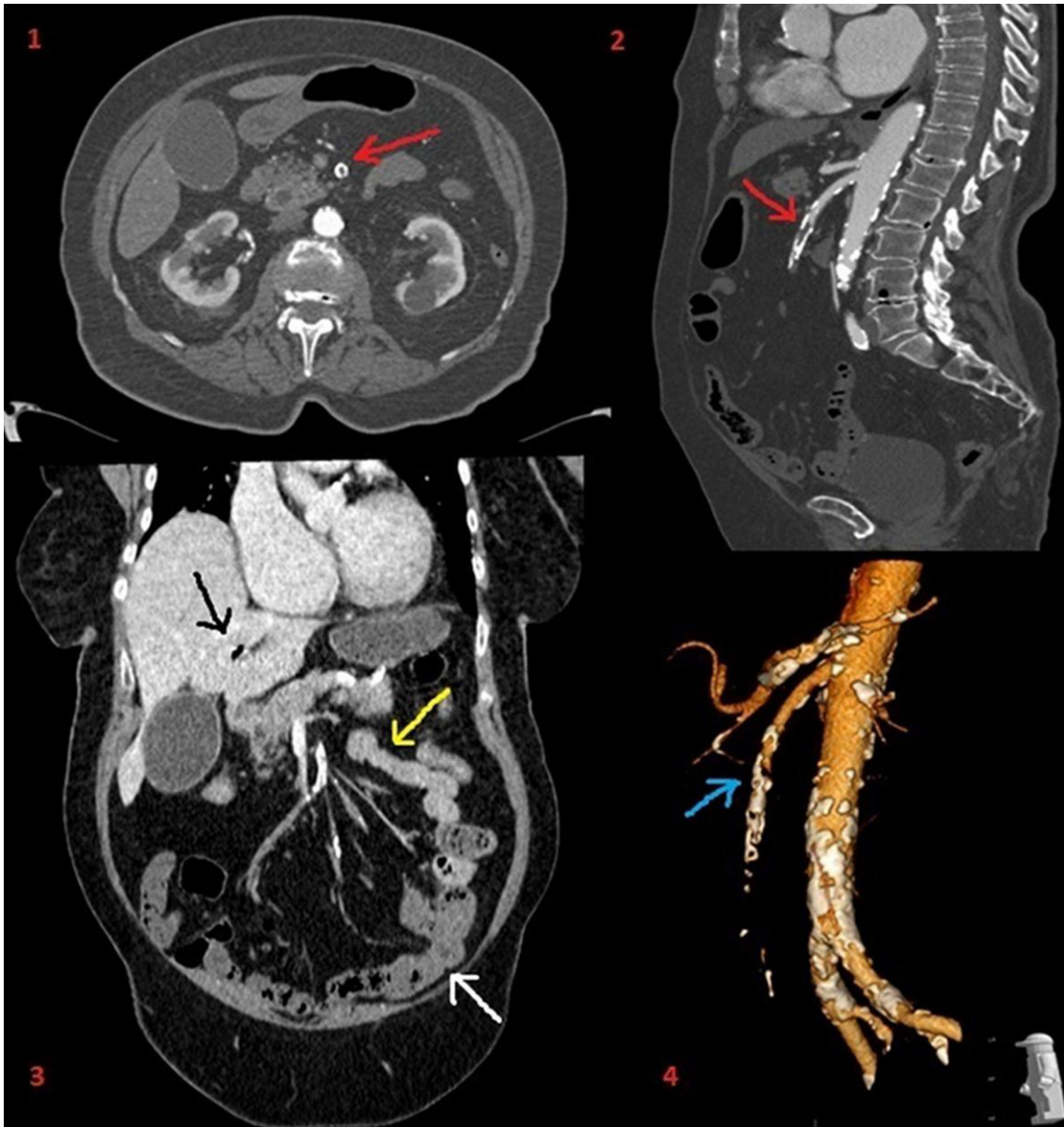
## 5. Idiopática

Los factores de riesgo incluyen:

- Edad avanzada
- Tabaco
- Tendencia protrombótica (anticuerpos antifosfolípidos, ineficacia de la coagulación...)
- Anomalías valvulares / cardíacas (válvula cardíaca mecánica, fibrilación auricular, IAM, aneurisma ventricular...)
- Shunt derecha a izquierda (foramen oval permeable o defectos del septo interauricular con embolismo paradójico...)

La aerobilia se justifica por CPRE previa con esfinterotomía y extracción de cálculo. No se visualiza gas portal.

Se mete en quirófano para operar. Signos de necrosis en prácticamente todas las asas intestinales salvo un segmento proximal de yeyuno (20 cm). Se decide no operar y limitar el esfuerzo terapéutico.



**IMÁGENES 1 y 2:** TC abdominal en fase arterial y reconstrucción sagital que muestra ausencia de contraste intravenoso en arteria mesentérica superior (flecha roja). Ateromatosis calcificada aórtica y de AMS.

**IMAGEN 3:** Reconstrucción coronal donde se aprecia la diferencia de realce parietal entre las asas de yeyuno proximal (flecha amarilla) y el resto de asas intestinales (flecha blanca). Aerobilia (flecha negra).

**IMAGEN 4:** Reconstrucción 3D de la aorta abdominal que demuestra la existencia de un stop arterial con ausencia de relleno distal de la AMS (flecha azul) y la ateromatosis calcificada alrededor de los vasos.

*Trombosis de la AMS, a aproximadamente 4,7 cm de su origen, sin repermeabilización distal, con pérdida del realce parietal de asas intestinales por isquemia. Pie de foto en la imagen.*

**Bibliografía:**

- Kaushik S, Federle MP, Schur PH et-al. Abdominal thrombotic and ischemic manifestations of the antiphospholipid antibody syndrome: CT findings in 42 patients. *Radiology*. 2001; 218 (3): 768-71.
- Shih MC, Hagspiel KD. CTA and MRA in mesenteric ischemia: part 1, Role in diagnosis and differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol*. 2007; 188 (2): 452-61.
- Schieda N, Fasih N, Shabana W. Triphasic CT in the diagnosis of acute mesenteric ischaemia. *Eur Radiol*. 2013; 23 (7): 1891-900.

<b>Caso</b>	(282) "Infarto Omental abscesificado"
<b>Autores</b>	Lara Martínez González Marta María Valle Franco, Constanza Camila Torrez Villaroel, Luis Alberto Domitrovic, Cristina Rodríguez Morejón, Inmaculada Herraéz Ortega
<b>Centro</b>	Complejo Asistencial Universitario Leon

**Presentación:**

Varón de 43 años, acude a urgencias por dolor abdominal de 1 semana de evolución, acompañado de fiebre, diarrea y posterior estreñimiento. Pérdida de peso de 7 kg en un mes. Ecografía abdominal: Pseudomasa de ecoestructura heterogénea con áreas hiper e hipoeoicas, de 8 cm de diámetro en epigástrico.

**Discusión:**

Infarto omental, con evolución tórpida que precisó cirugía concluyendo que se encontraba abscesificado.

Ante el hallazgo de una masa con contenido graso, localizada en epiplón mayor que se acompaña de signos inflamatorios adyacentes y junto con la clínica que presentaba el paciente, nos hace pensar como primera posibilidad en un infarto omental. Si bien, es necesario realizar diagnóstico diferencial con patología neoplásica debido al antecedente de pérdida de peso. Por tanto, es conveniente pensar en el liposarcoma, cuya localización más frecuente es retroperitoneo, siendo muy raro que asienten en peritoneo y suelen presentar afectación por infiltración local, ambos aspectos no presentes en nuestro paciente.

**Conclusión:**

El infarto omental es una patología muy infrecuente debido a la abundante red de colaterales que existen.

Es importante saber reconocer los hallazgos radiográficos (contenido graso, no afectación de tejidos adyacentes, localización en epiplón mayor, etc) que lo diferencian de otras patologías de mayor gravedad y repercusión para el paciente como son las neoplasias abdominales.



***Cortes axiales y coronal de TC abdominal con CIV, en los que se identifica pseudomasa, de bordes desflecados y contenido graso, dependiente de epiplon mayor y reticulación de la grasa adyacente. Mínimo engrosamiento de colon transverso. Hallazgos compatibles con Infarto Omental.***

### **Bibliografía:**

- "Imaging manifestations of abdominal fat necrosis and its mimics". Kamaya A. et al. Radiographics 2011; 31:2021-2034.
- "Necrosis grasa abdominal". Aguilar-García H. et al. Radiografía 2012; 54(5): 449-456.

<b>Caso</b>	(284) Dolor torácico en paciente de 17 años
<b>Autores</b>	Lucía Zambrana Aguilar José Miguel García Díez, María Del Carmen Martínez Porras
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Torrecárdenas

**Presentación:**

Mujer de 17 años que acude por dolor centrotorácico de 12h de evolución, irradiado a cuello y garganta, que aumenta con los cambios posturales y con la inspiración profunda. Exploración normal. Se solicita Rx tórax y analítica ante la sospecha de pericarditis.

**Discusión:**

En la radiografía de tórax se observa la presencia de aire en receso pleuropericárdico bilateral, sugerente de neumomediastino.

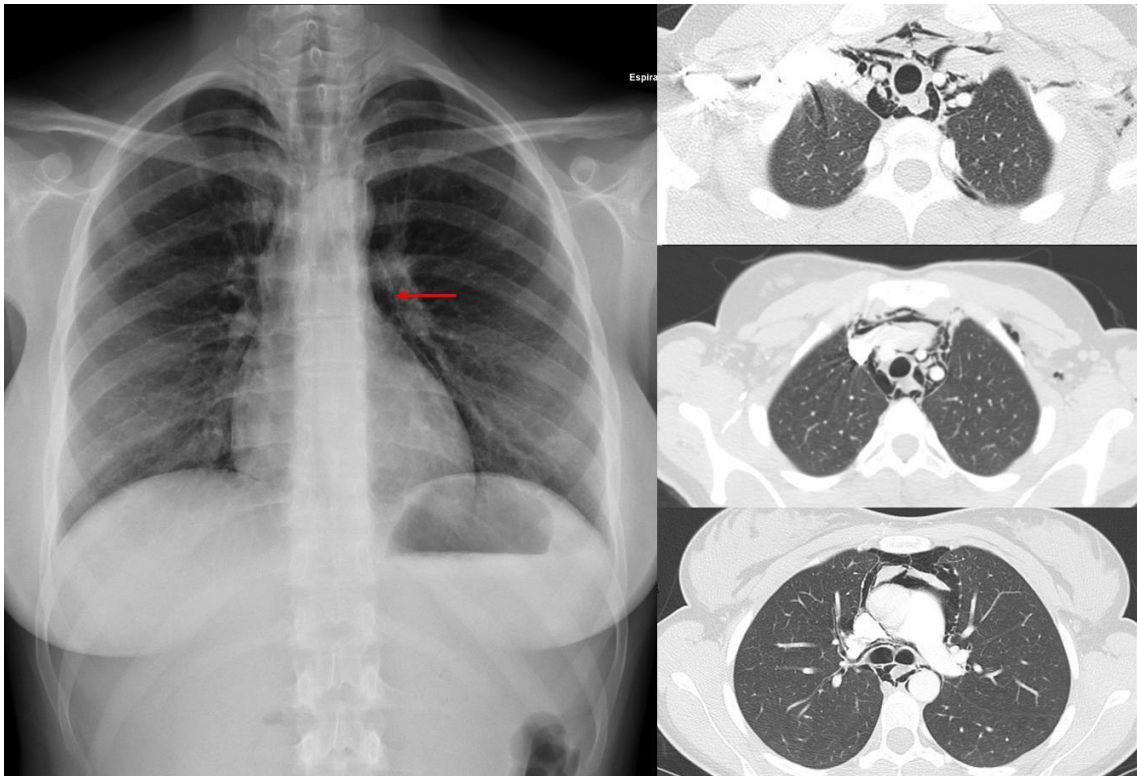
Se completa el estudio con TC de tórax confirmando la presencia de neumomediastino difuso que disecciona los planos grasos perivasculares peritraqueales, espacio pericárdico, ejes broncovasculares de ambos hilos y esófago hasta unión gastroesofágica. Se extiende en sentido craneal a planos profundos del cuello alrededor de la vía aérea, ambos espacios carotídeos y espacio prevertebral hasta rinofaringe.

Ante los hallazgos de imagen se realiza interconsulta con cirugía, que decide ingreso para tratamiento conservador y seguimiento.

**Conclusión:**

Aunque el neumomediastino espontáneo es una entidad infrecuente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del paciente con dolor torácico de aparición brusca, sobre todo en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular. Es una entidad con gran variabilidad clínica, cuyo diagnóstico correcto exige un alto índice de sospecha, y la radiografía de tórax es la prueba idónea para ello.

A pesar de que los avances tecnológicos en radiología han ido paulatinamente relegando la radiografía simple a un segundo plano, no debe olvidarse la utilidad de la misma, que en casos como éste pueden aportar la llave diagnóstica de forma sencilla y rápida.



**Bibliografía:**

- Dajer-Fadel WL, Argüero-Sánchez R, Ibarra-Pérez C et-al. Systematic review of spontaneous pneumomediastinum: a survey of 22 years' data. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2016 June. 22: 997 - 1002
- Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez-Jimenez S, Riascos RF. Nonvascular, Nontraumatic Mediastinal Emergencies in Adults: A Comprehensive Review of Imaging Findings. Radiographics. 2011 Jul-Aug. 31: 1141-116



<b>Caso</b>	(288) Tromboembolia pulmonar: Cuando la angio-TC pulmonar no es concluyente.
<b>Autores</b>	Luisa Fernanda Londoño Villa Adrián Picado Bermúdez, Juan José Delgado Moraleda, Daniel Sánchez Mateo, Patricia Olivan Sasot.
<b>Centro</b>	Hospital La Fe

**Presentación:**

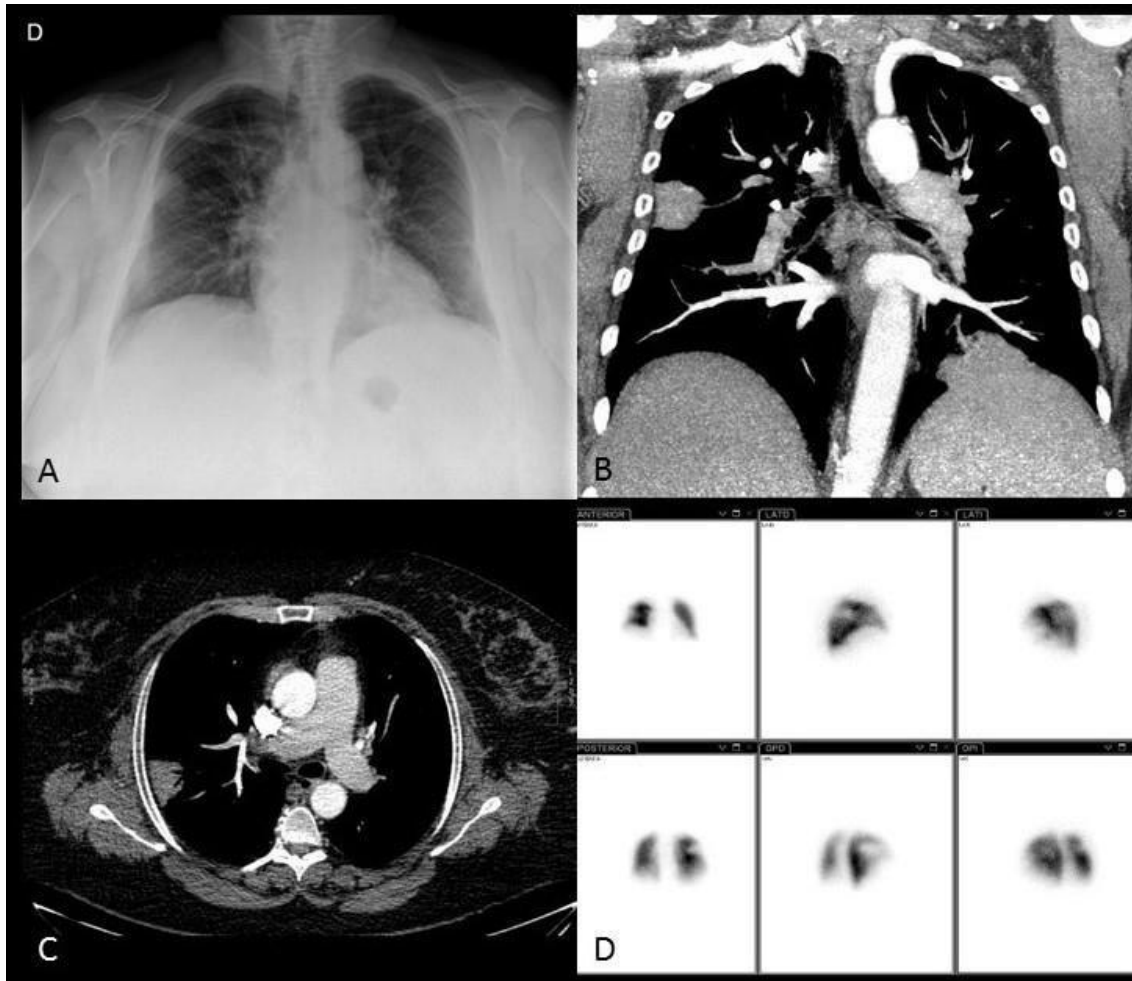
Mujer de 60 años con fiebre y tos productiva, sin disnea ni dolor torácico. Taquicardia. SatO<sub>2</sub>: 92%. Sibilantes. Radiografía de tórax: consolidaciones periféricas en LSD y LII. ECG: S1Q3T3, sospechoso de TEP. Escala Wells: TEP no probable. DD: 768 ng/ml. Angio-TC Pulmonar: consolidación triangular periférica de base pleural en LSD, posible infarto pulmonar subsegmentario. Consolidaciones inespecíficas en LII, posiblemente infecciosas. Contraste insuficiente de arterias pulmonares. Ecografía venosa de MMII: No TVP. Gammagrafía de perfusión pulmonar: estudio no diagnóstico (las áreas de hipoperfusión coinciden en morfología y tamaño con las consolidaciones observadas en TC). A pesar de estos resultados el médico responsable decidió iniciar tratamiento anticoagulante y antibiótico con mejoría clínica y radiológica.

**Discusión:**

El algoritmo diagnóstico de la TEP se basa en la probabilidad clínica, el valor del DD y la angio-TC pulmonar. En esta paciente la angio-TC fue subóptima y requirió una ecografía de MMII. El diagnóstico de TVP hubiera permitido instaurar la anticoagulación pero el resultado negativo exigió otra prueba para valorar TEP. No se tuvo en cuenta que cuando existen lesiones pulmonares la gammagrafía pierde utilidad, y debe evitarse su empleo innecesario. La actitud recomendada en este caso sería la repetición de la angio-TC para conseguir el relleno óptimo de las arterias. Las características de una consolidación en TC pueden permitir sospechar un infarto pulmonar, pero no hay evidencia sobre la indicación de tratamiento anticoagulante sin la demostración del trombo, especialmente cuando puede tratarse de un trombo subsegmentario y no hay TVP.

**Conclusión:**

Es importante conocer el algoritmo diagnóstico de la TEP y las ventajas y limitaciones de las pruebas. Se debe buscar la mayor precisión diagnóstica posible, y en situaciones clínicas controvertidas la decisión de anticoagulación requiere sopesar de forma individual riesgos y beneficios.



**Fig 1.** Radiografía de tórax PA, Consolidación pulmonar en LSD y aumento de densidad retrocardíaca izquierda en relación con consolidación pulmonar (A). Angio-TC pulmonar, cortes coronal y transversal, Consolidación triangular periférica de base pleural en LSD altamente sospechosa de infarto pulmonar por probable TEP. Consolidaciones en LII. Árbol vascular arterial pulmonar no valorable por inadecuada repleción del material de contraste. (B,C). Gammagrafía de perfusión pulmonar, Área clara de hipoperfusión de morfología triangular en segmento posterior de LSD y defectos de perfusión periféricos en base pulmonar izquierda.(D).

### Bibliografía:

Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2014;35:3033-69.

Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). *Arch Bronconeumol.* 2013;49:534-47.

M. Bajc & J. et al. EANM guidelines for ventilation/perfusion scintigraphy. Part 1. Pulmonary imaging with ventilation/perfusion single photon emission tomography. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* (2009) 36:1356–1370.

Revel MP. et al. Is It possible to recognize pulmonary infarction on multisection CT images?. *Radiology*. 2007 Sep;244(3):875-82

Carrillo Alcaraz A, Martínez AL, Solano FJS. Diagnóstico de la embolia pulmonar. El punto de vista del médico clínico. *Radiología* [Internet]. [cited 2017 Feb 22]; Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-avance-resumen-diagnostico-embolia-pulmonar-el-punto-de-vista-del-medico-clinico-S0033833816301667>

Calvillo Batllés P. Algoritmo para el diagnóstico y el seguimiento de la tromboembolia pulmonar aguda. *Radiología* [Internet]. [cited 2017 Feb 22];75–87. Available from:<http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-algoritmo-el-diagnostico-el-seguimiento-S0033833816301655>

<b>Caso</b>	(289) Rotura de cuerpo cavernoso: La utilidad de la ecografía.
<b>Autores</b>	Carmen De La Torre Valdivia Rocio Carreño Gonzalez, Maria Del Mar Muñoz Ruiz
<b>Centro</b>	Hospital Comarcal de la Axarquía

**Presentación:**

Varón de 50 años, que acude a Urgencias por lesión en pene tras mantener relaciones sexuales. A la exploración, se objetiva hematoma en pene y testículos con importante inflamación. No dolor. Se realiza estudio ecográfico, en el que se observa un importante engrosamiento de cubiertas escrotales con hiperemia, así como imagen no vascularizada a nivel de la línea media inferior en relación con hematoma de la cubierta escrotal. Además, en el tercio medio peneano se objetiva una disrupción de la albugínea a nivel del cuerpo cavernoso izquierdo, que se continúa con un hematoma en tejidos blandos adyacentes, todo ello sugestivo de rotura del cuerpo cavernoso izquierdo.

**Discusión:**

La rotura peneana es considerada una emergencia urológica, y se produce habitualmente como consecuencia a un traumatismo cerrado con el pene en erección, en la que se produce la rotura de un cuerpo cavernoso junto con la disrupción de la túnica albugínea, con la posterior formación de hematoma. (Si se asocia ruptura de la fascia de Buck el hematoma se extenderá al escroto y al periné).

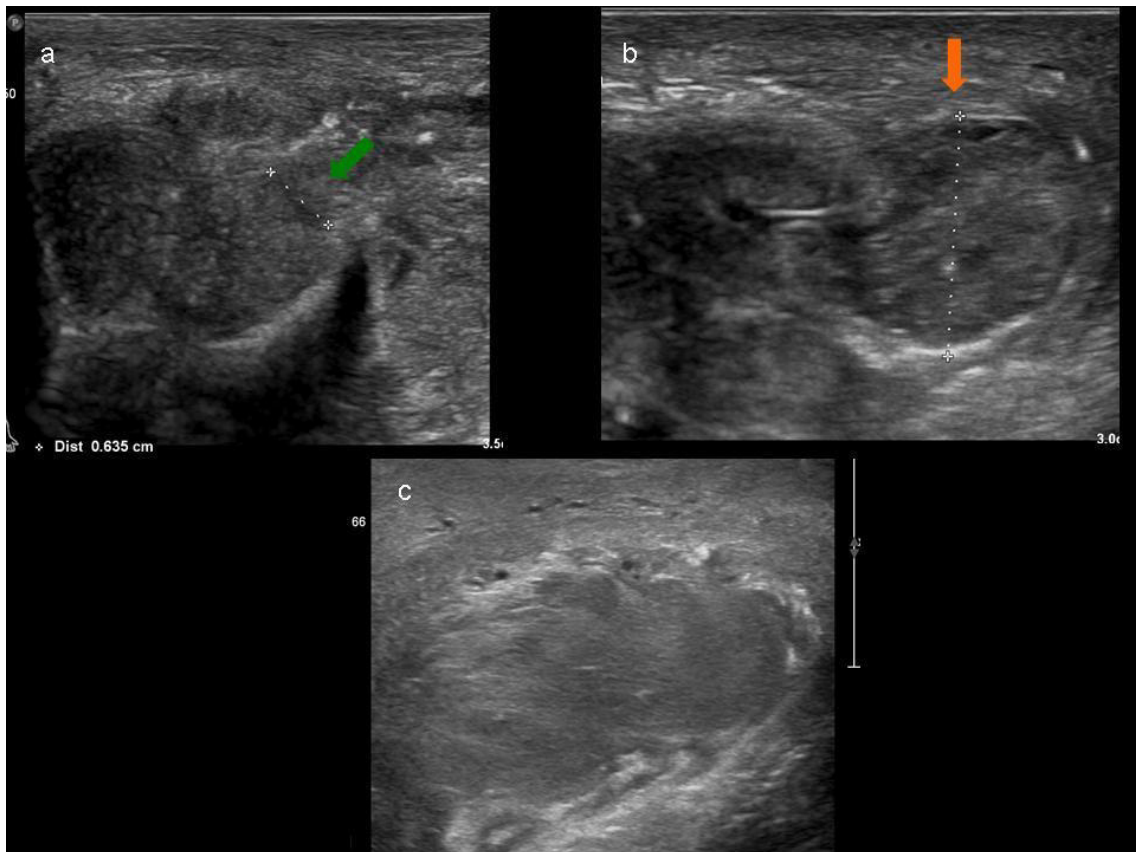
Habitualmente sólo suele afectar a un cuerpo cavernoso en los dos tercios distales, afectando a menos de la mitad de su circunferencia. Si se observa lesión del cuerpo esponjoso asociada debemos valorar la integridad uretral.

La ecografía será la prueba de elección debido a su disponibilidad y sensibilidad, observando como hallazgos la presencia del hematoma rodeando a los cuerpos cavernosos y esponjoso, con heterogeneidad de la ecoestructura del cuerpo cavernoso afecto y la interrupción de la albugínea.

El tratamiento de elección para conservar la función eréctil será el tratamiento quirúrgico.

**Conclusión:**

La rotura de cuerpo cavernoso es una entidad poco frecuente pero que constituye una emergencia urológica, por lo que es de vital importancia para el radiólogo saber reconocerla.



*a) Disrupción de la albugínea (flecha verde). b) hematoma cuerpo cavernoso (flecha naranja). c) hematoma en cubierta escrotal.*

### **Bibliografía:**

1) J. Lema Grille, M. Blanco Parra, A. Cimadevila García, H. Rodríguez Núñez, J. Tato Rodríguez, A. Cimadevila Covelo

Fractura de pene con afectación de cuerpos cavernosos y uretra

Actas Urol Esp, 23 (1999), pp. 900-903

2) E.M. Mazaris, K. Livadas, D. Chalikopoulos, A. Bisas, C. Deliveliotis, A. Skolarikos

Penile fractures: immediate surgical approach with a midline ventral incision

BJU Int, 104 (2009), pp. 520-523

3) Ibrahim el-HI, H.S. El-Tholoth, T. Mohsen, I.A. Hekal, A. El-Assmy

Penile fracture: long term outcome of immediate surgical intervention

Urology, 75 (2010), pp. 108-111

4) S.L. Sawh, M.P. O'Leary, M.D. Ferreira, A.M. Berry, D. Maharaj

Fractured penis: a review

Int J Impot Res, 20 (2008), pp. 366-369

5) F.J. Martínez Portillo, C. Seif, P.M. Braun, M. Spahn, P. Alken, K.P. Jünemann

Penile fractures: controversy of surgical vs conservative treatment

Aktuelle Urol, 34 (2003), pp. 33

6) A.P. Kirkham, R.O. Illing, S. Minhas, S. Minhas, C. Allen

MR Imaging of nonmalignant penile lesions

Radiographics, 28 (2008), pp. 837-853

<b>Caso</b>	(293) Hernia interna, reporte de un caso
<b>Autores</b>	Melanie Moana Sanchez Xiomara Plasencia Cruz, Margarita Fuentes García, Rafael Sabatel Hernández
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias

### **Presentación:**

Paciente mujer de 38 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por dolor y distensión abdominal, vómitos, así como, cese de expulsión gases y heces de 24 horas de evolución. Sin antecedentes personales de interés, 1 parto natural. En analítica: leucocitosis con neutrofilia y elevación de RFA. ECO: distensión de asas intestinales de delgado con moderada cantidad de líquido libre TC: dilatación generalizada de asas de intestino delgado, exceptuando el íleon distal, con moderado realce mural de las mismas. Cambio de calibre a nivel de íleon medio-distal. Hallazgos sugestivos de obstrucción mecánica por probable hernia interna. Moderada cantidad de líquido libre abdominal. No se visualiza neumatosis ni neumoperitoneo.

### **Discusión:**

Las hernias representan el 20% de los casos de obstrucción intestinal de asa de delgado. La mayoría de éstas, son hernias externas (inguinales, crurales, eventraciones, etc), pero en un 1%, la causa de obstrucción puede ser una hernia interna. Dentro de éstas, tan solo un 5% de los casos la hernia ocurre a través de un defecto en el ligamento ancho del útero, y reciben el nombre de hernia de Quain.

La etiología de este tipo de hernias es incierta siendo factores de riesgo la cirugía abdominal (especialmente ginecológica) y los embarazos ( presente en el caso descrito).

El tratamiento independientemente del tipo de hernia es la reducción de ésta con resección del intestino herniado si procede, y en segundo lugar cierre del orificio herniario para evitar recidivas.

En nuestro caso, tras la reducción de la hernia se realiza resección intestinal por sufrimiento de asas.

Con frecuencia encontramos en los casos publicados que la resección intestinal es necesaria y esto se debe a que el cuadro clínico es poco llamativo al inicio hasta que se instaura la necrosis, y por otro lado, a la dificultad del diagnóstico preoperatorio por pruebas de imagen.

### **Conclusión:**

El radiólogo debe conocer y sospechar la hernia interna como causa de obstrucción mecánica de asas de delgado.



TCMD, reconstrucción coronal (1) y sagital (2) dónde se observa el cambio de calibre a nivel de íleon medio-distal, observándose el signo del pico ( flechas rojas ).

### **Bibliografía:**

Fukuoka M, Tachibana S, Harada N, Saito H. Strangulated herniation through a defect in the broad ligament. *Surgery* 2002; 131: 232-3.

Quain. Case of internal strangulation of a large portion of the ileum. *Trans Pathol Soc London* 1861; 12: 103-4.

Ishihara H, Terahara M, Kigawa J, et al. Strangulated herniation through a defect in the broad ligament of the uterus. *Gynecol Obstet Invest* 1993; 35: 187-189.

Fukuoka M, Tachibana S, Harada N, Saito H. Strangulated. herniation through a defect in the broad ligament. *Surgery* 2002; 131: 232-3.



<b>Caso</b>	(294) FRACTURA-SUBLUXACIÓN POSTRAUMÁTICA DE COLUMNA CERVICAL
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández Laura Abenza Oliva, Ana Belén Veas López, M <sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro, Luis Alemañ Romero, Alejandro Puerta Sales.
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofía

### **Presentación:**

Varón de 73 años que acude a urgencias tras caída desde una altura de 3 metros presenta dolor cervical. Se realiza radiografía de columna cervical AP y LAT apreciándose una anterolistesis grado II del cuerpo vertebral de C6 sobre C7. El paciente fue dado de alta y regresó días más tarde con empeoramiento clínico, se realizó un TC de columna cervical demostrando una anterolistesis grado II con lisis de la pars interarticularis. Se ingresó al paciente y se realizó una RM cervical evidenciando edema óseo agudo y esguince de los ligamentos supraespinosos e interespinosos.

### **Discusión:**

Es importante realizar una correcta lectura de la radiografía, así como conocer las indicaciones de TC en traumatismos de columna.

La radiografía se recomienda en pacientes de bajo riesgo de lesión vertebral. Además resulta primordial comparar con estudios previos para determinar si es una fractura crónica o aguda.

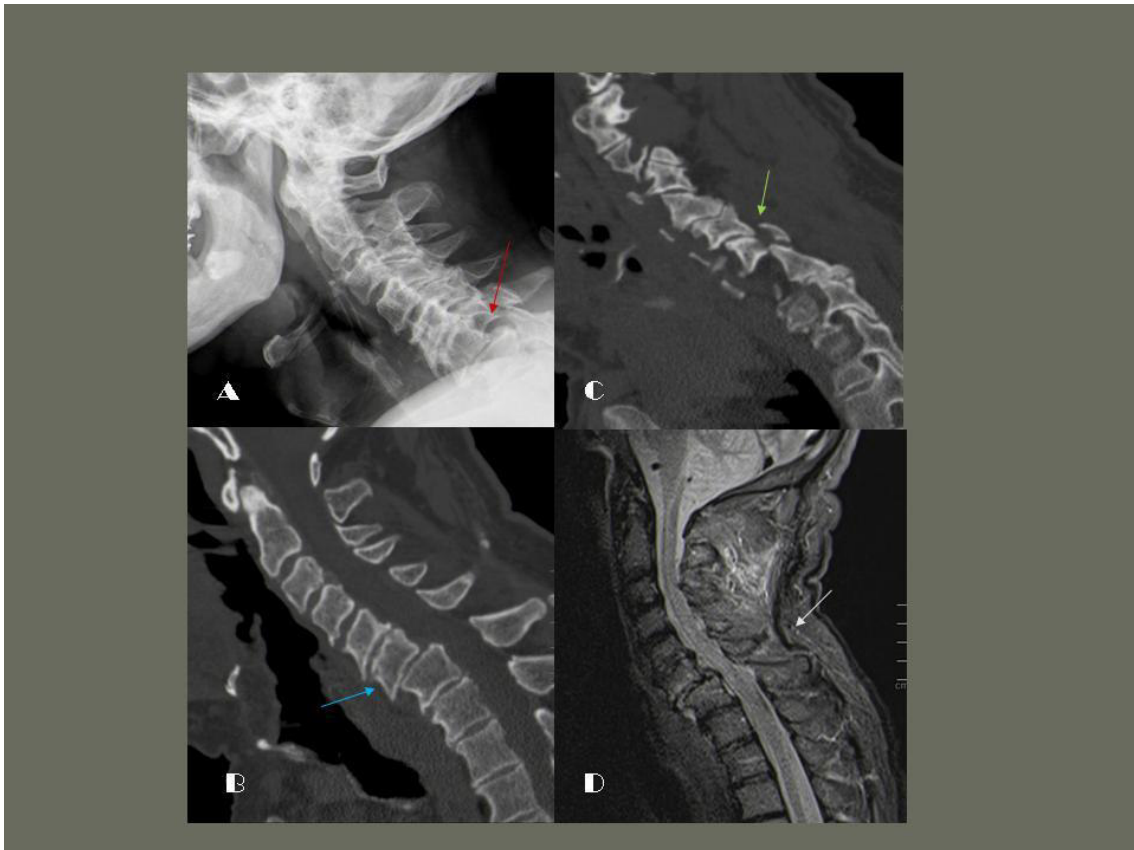
Se recomienda realizar un TC en traumatismo de alta energía.

La RM permite caracterizar mejor los tejidos blandos y evaluar la médula espinal, se indica cuando hay un déficit neurológico o existe sospecha de lesión de tejidos blandos y/o lesión vascular.

Es imprescindible determinar si una lesión vertebral es estable o inestable, criterio que condicionará su tratamiento. White y Panjabí definen la inestabilidad de la columna cuando el canal espinal es incapaz de mantener relaciones normales entre las vértebras. La estabilidad espinal depende de los huesos, ligamentos, el tercio posterior del disco y las facetas articulares. Son lesiones inestables las que potencialmente pueden causar o empeorar síntomas neurológicos o producir deformidades vertebrales.

### **Conclusión:**

El paciente presentaba una fractura cervical inestable con lisis de la pars interarticularis y esguince de ligamentos interespinosos y supraespinosos. Este caso revela la importancia de realizar una correcta lectura de la radiografía, conocer las indicaciones de TC y RM en el traumatismo agudo de columna.



**Fractura-subluxación cervical. Figura A Radiografía Lateral de columna cervical, se aprecia anterolistesis grado II de C6 (flecha roja). Figura B TC Reconstrucción sagital en ventana ósea se confirma anterolistesis grado II de C6 (flecha azul). Figura C Se aprecia fractura de la pars transversa derecha (flecha verde). Figura D. Secuencia STIR en plano sagital se aprecia edema óseo de los platillos inferior de C6 y superior de C7. Edema de los ligamentos interespinosos y supraespinoso (flecha gris).**

### **Bibliografía:**

1. Imaging Evaluation of Adult Spinal Injuries: Emphasis on Multidetector CT in Cervical Spine Trauma. Felipe Munera, Luis A. Rivas, Diego B. Nunez, Jr, and Robert M. Quencer. *Radiology* 2012 263:3, 645-660
2. Multidetector CT of Blunt Cervical Spine Trauma in Adults. David Dreizin, Michael Letzing, Clint W. Sliker, Falgun H. Chokshi, Uttam Bodanapally, Stuart E. Mirvis, Robert M. Quencer, and Felipe Munera. *RadioGraphics* 2014 34:7, 1842-1865

<b>Caso</b>	(295) Ocupación de Senos Paranasales: Más Allá de la Sinusitis
<b>Autores</b>	Diego Páez Granda Juan Francisco Martínez Martínez, Yesica Martínez Paredes, Antonio Navarro Baño, Santiago Ibañez Caturla, María Dolores Morales Cano
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

### **Presentación:**

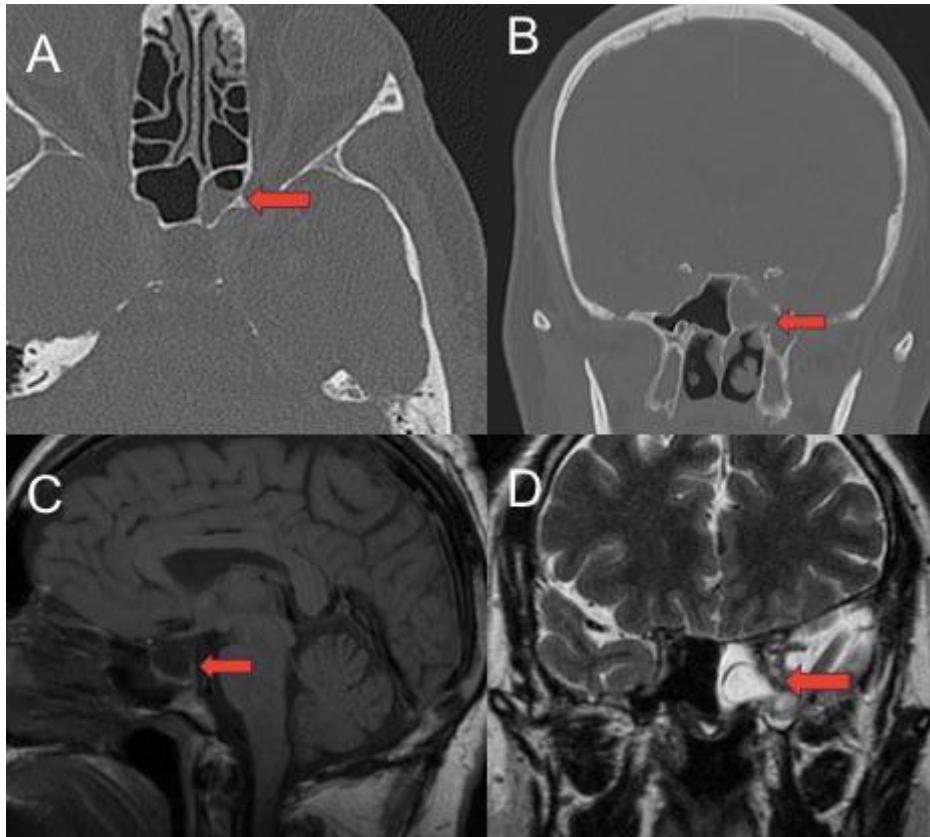
Paciente femenina de 46 años que acude a urgencias por cefalea de gran intensidad y tinnitus. En el pasado había presentado síntomas de menor intensidad, por lo que había sido diagnosticada de sinusitis. Basados en las guías del colegio americano de radiología, se recomendó realizar una TC craneal urgente<sup>1</sup>. En ella se visualizaron ocupación del seno esfenoidal izquierdo (nivel hidro-aéreo), neumatización extensa de los senos esfenoidales y un defecto óseo en la porción lateral de su techo. Otros hallazgos fueron silla turca vacía y granulaciones aracnoideas prominentes en las alas mayores del esfenoides. Se amplió el estudio con realización de RM craneal programada, que detectó un meningocele temporal atravesando el defecto óseo.

### **Discusión:**

El diagnóstico fue de meningocele/fístula de LCR espontáneos con síndrome de hipertensión intracraneal(SHI). Este último produce cefaleas por aumento de la presión intracraneal en ausencia de masas o ventriculomegalia<sup>2</sup>. Sugieren su diagnóstico: granulaciones prominentes, meningoceles y síndrome de silla turca vacía<sup>3</sup>. La presencia de SHI junto al aumento de la neumatización de las paredes de los senos paranasales predispone a los pacientes a presentar fístulas de LCR y meningoceles<sup>3,4</sup>. Aunque para diagnosticar estas entidades requerimos la realización de RM, la visualización de defectos óseos asociados a niveles hidro-aéreos sinusales en la TC sugiere su diagnóstico<sup>3</sup>. En urgencias, ante el hallazgo de ocupación de los senos paranasales es común atribuirlo a sinusitis sin realizar un análisis minucioso de las imágenes. Este caso destaca la importancia de utilizar los cortes finos y reconstrucciones multiplanares para valorar adecuadamente las estructuras afectadas en tales ocasiones.

### **Conclusión:**

La premura al informar los estudios en urgencias nos puede hacer caer en el error de establecer el diagnóstico de sinopatía infecciosa en pacientes con ocupación de los senos paranasales. Este caso demuestra la importancia de analizar cuidadosamente estos estudios, para no ignorar un "caso TOP-10"



**Figura 1.** A: TC simple de cráneo, ventana de hueso, cortes axiales. Se observa una ocupación del seno esfenoidal izquierdo por material con densidad líquido formando un nivel hidroaéreo (flecha). B: TC simple de cráneo, reconstrucción coronal. Se visualiza un defecto óseo de 5 mm en la porción lateral del techo del seno esfenoidal izquierdo. C: RM craneal potenciada en T1, corte sagital. Silla turca vacía y ampliada (flecha). Este es uno de los signos más importantes de hipertensión intracraneal. D: RM craneal potenciada en T2, corte coronal. Imagen de meningocele temporal (flecha) asociado al defecto óseo.

### Bibliografía:

1. Douglas A, Wippold F, Broderick D, et al. ACR Appropriateness Criteria Headache. J Am Coll Radiol 2014;11:657-667
2. Suzuki H, Takanashi J, Kobayashi K. MR Imaging of Idiopathic Intracranial Hypertension. AJNR Am J Neuroradiol 2001; 22:196-199
3. Cano R, Jimenez M, Gomez A, et al. Spontaneous Skull Base Meningoencephaloceles and Cerebrospinal Fluid Fistulas. RadioGraphics 2013; 33:553-570
4. Bialer O, Perez M, Bruce B, et al. Meningoceles in Idiopathic Intracranial Hypertension. AJR 2014; 202:608-613

<b>Caso</b>	(297) Perforación gástrica por espina de pescado que produce colecistitis aguda
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Rosa López Pedreira Luis María Merino, Pilar Cartón Sánchez, Enrique Calleja Cartón, Esther Gómez Sanmartín Y Elena Núñez Miguel
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Presentación:**

Mujer de 63 años con dolor abdominal de 4 días de evolución de predominio en hipocondrio derecho. Murphy positivo. Analítica normal salvo PCR: 40. La ecografía hace 24 horas fue normal. Ante la persistencia del dolor se realizó TAC abdominal con contraste que muestra una fina imagen lineal de alta densidad rodeada de grasa borrosa, localizada en hipocondrio derecho cercana al antro gástrico y a la vesícula biliar, la cual presenta pared engrosada con signo de doble pared. Se realizó laparoscopia que demostró la existencia de colecistitis aguda secundaria a perforación gástrica por cuerpo extraño (aparentemente espina de pescado), con plastrón de epiplón, realizando la extracción del mismo.

**Discusión:**

La mayoría de las espinas de pescado pasan por el tracto gastrointestinal sin producir complicaciones, pero en raras ocasiones (menos del 1%) pueden producir perforación o infecciones secundarias.

La perforación puede ocurrir en cualquier tramo del aparato digestivo aunque con predilección por las curvaturas: Íleon terminal, recto-sigma y curvatura menor.

El diagnóstico suele ser difícil pues no se suele sospechar en la historia clínica (el paciente no lo refiere), los hallazgos de imagen pueden ser sutiles y no suele haber neumoperitoneo pues la perforación suele ser encubierta.

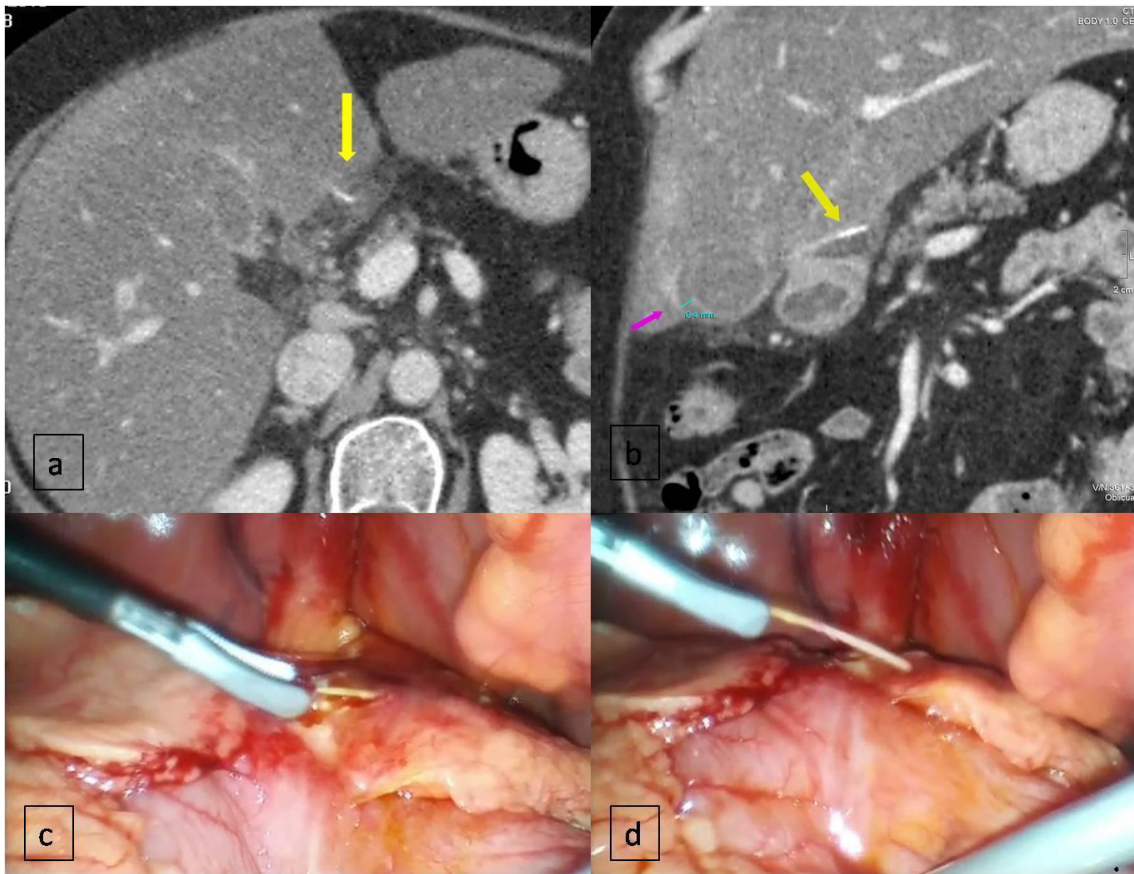
Los hallazgos por imagen son:

- Imagen lineal hiperdensa rodeada de cambios inflamatorios.
- Engrosamiento focal de la pared del estómago o intestino.
- Borrosidad de la grasa.
- A veces: obstrucción, ascitis, neumoperitoneo localizado (es muy raro el neumoperitoneo libre), absceso abdominal o intrahepático.
- Ocasionalmente lesión seudotumoral.

La radiología simple y la ecografía no son útiles para el diagnóstico. La TAC es la técnica de elección con alta sensibilidad aunque requiere una evaluación cuidadosa y el conocimiento de esta entidad.

**Conclusión:**

Es necesario recordar esta entidad de difícil diagnóstico, pues no suele sospecharse en la historia clínica y puede manifestarse como patología inflamatoria o seudotumoral.



**a) TC axial y b) TC coronal que muestran una fina imagen lineal hiperdensa (flecha amarilla) con borrosidad de la grasa adyacente, siendo difícil precisar su ubicación. En la imagen coronal se observa engrosamiento de la pared vesicular (flecha morada). No hay neumoperitoneo ni líquido libre. c) y d) La cirugía laparoscópica muestra la espina de pescado que produce perforación gástrica, cubierta de epiplón y realiza la extracción de la misma.**

### **Bibliografía:**

1-Tassia S. Araujo Paixao, Vidal Leao R, de Souza Maciel N, et al. Abdominal manifestations of fishbone perforation: a pictorial essay. *Abdominal Radiology* 2016. DOI: 10.1007/s 00261-016-0939-9

2-Brian K.P.Goh, Yu-Meng Tan, Shueh-En Lin et al. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *AJR* 2006, vol187, N3. [ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.05.0178](http://ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.05.0178)

<b>Caso</b>	(299) ¿Hematoma subdural agudo espontáneo en varón joven? Hay que cerrar el caso
<b>Autores</b>	Pablo Tomás Muñoz Álvaro Moyano Portillo, Laura Fernández Navarro, Ernesto García Bautista, Rosa María Martínez Moreno, Pedro Pablo Alcázar Romero
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Presentación:**

Paciente varón de 32 años, exfumador reciente y sin otros antecedentes de interés, que es derivado al servicio de urgencias por cefalea frontal intermitente progresiva y síncope con pérdida transitoria del nivel de conciencia y recuperación posterior. Se solicita TC de cráneo sin contraste que demuestra la existencia de un hematoma subdural agudo (HSDA) frontotemporal izquierdo, de hasta 8 mm de espesor y con escasos fenómenos expansivos intracraneales asociados, que se extiende hacia la fosa craneal anterior hasta el área selar. Ante los hallazgos y la ausencia de antecedente traumático craneal se decide completar estudio con angioTC de cráneo donde se identifica un aneurisma en la cara anterior de la arteria carótida interna supraclinoidea izquierda, de 10 mm de diámetro mayor y 5 mm de cuello, en contacto con la apófisis clinoides anterior izquierda. Se asociaba un progresivo afilamiento del segmento distal de la ACI izquierda.

**Discusión:**

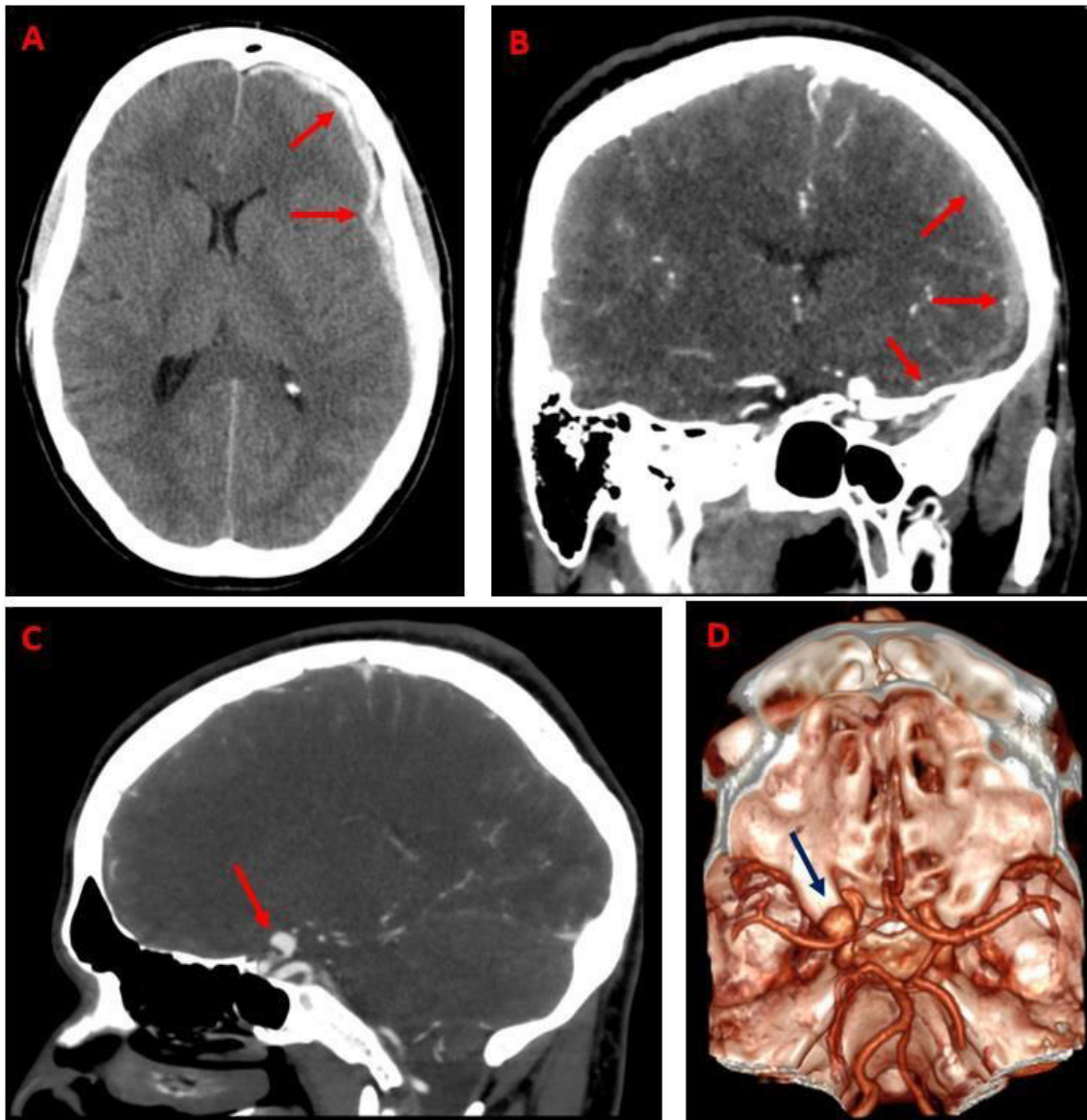
El diagnóstico sugerido fue de HSDA secundario a ruptura de aneurisma tipo blíster de la cara anterior de la ACI supraclinoidea izquierda.

El aneurisma tipo blíster esta descrito en la literatura como un pseudoaneurisma secundario a disección de la ACI distal que presenta esta localización típica, no asociada a bifurcaciones u orígenes de ramas dependientes de la misma.

Por otra parte, aunque infrecuente, se han reportado algunos casos en la literatura de HSDA secundario a ruptura de aneurisma intracraneal. La proximidad del aneurisma de nuestro paciente a la apófisis clinoides anterior, desde donde parece extenderse el hematoma, nos sugiere la posible apertura directa del sangrado hacia el espacio subdural.

**Conclusión:**

La ausencia de antecedente traumático o de coagulopatía debe de obligarnos a intentar explicar el origen de un HSDA añadiendo un angioTC a la exploración. No debemos perder de vista la posibilidad de malformaciones vasculares o de rupturas aneurismáticas, como en este caso, por improbables que parezcan.



**A:** Imagen axial TC con hematoma subdural agudo en convexidad hemisférica izquierda. **B:** Imagen coronal oblicua TC en el que se aprecia extensión del hematoma por fosa craneal anterior hacia apófisis clinoides anteriores. **C:** Imagen sagital TC con aneurisma sacular tipo blíster en cara anterior de ACI supraclinoidea. **D:** Reconstrucción 3D de angioTC donde se visualiza aneurisma en contacto con apófisis clinoides anterior izquierda.

### Bibliografía:

- Gonzalez AM, Narata AP, Yilmaz H, et al. Blood blister-like aneurysms: single center experience and systematic literature review. Eur J Radiol. 2014 Jan 6;83(1):197-205.
- Young Woon L, Taek Min N, Jong Soo K, Seung Chyul H, Je Young Y. Pure Subdural Hemorrhage Caused by Internal Carotid Artery Dorsal Wall Aneurysm



Rupture. Journal Of Cerebrovascular & Endovascular Neurosurgery. 2016 Sep; 18(3): 302-305.

<b>Caso</b>	(300) Vesícula biliar ectópica ¿Informar o no informar?
<b>Autores</b>	Julio César Rivera Mata J. Cárdenas, R. Mirón Mombiela, J. Vucetic, A. talens
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario de Valencia

### **Presentación:**

Paciente masculino de 35 años con diagnóstico de SIDA en tratamiento antirretroviral (Último conteo de CD4: 67 cel/uL) se presenta con historia de 48 hr de inicio de dolor abdominal difuso, fiebre cuantificada de 38.5°C y deterioro del estado de conciencia. Al examen físico defensa muscular, dolor difuso a la palpación y descompresión dolorosa. En 2009 se había realizado una TC torácica en la cual se evidencia (pero no se informa vesícula biliar retrohepática) Se realiza una analítica completa encontrándose elevación de reactantes de fase aguda (Leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR) y de la bilirrubina total (7.68 mg/dl) solicitando ecografía abdominal y TC de urgencia que dan el diagnóstico de colecistitis aguda retrohepática enfisematosa. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro (levofloxacina más piperacilina/tazobactam) y ante tórpida evolución clínica e inestabilidad clínica del paciente se descarta un procedimiento quirúrgico (colecistectomía) y se procede a drenaje percutáneo por radiología intervencionista, realizándose punción de la vesícula con aguja fina, obteniendo líquido biliar purulento resultando cultivos positivos a *Enterococcus faecalis*. Paciente evoluciona desfavorablemente y fallece a los 13 días de estancia hospitalaria.

### **Discusión:**

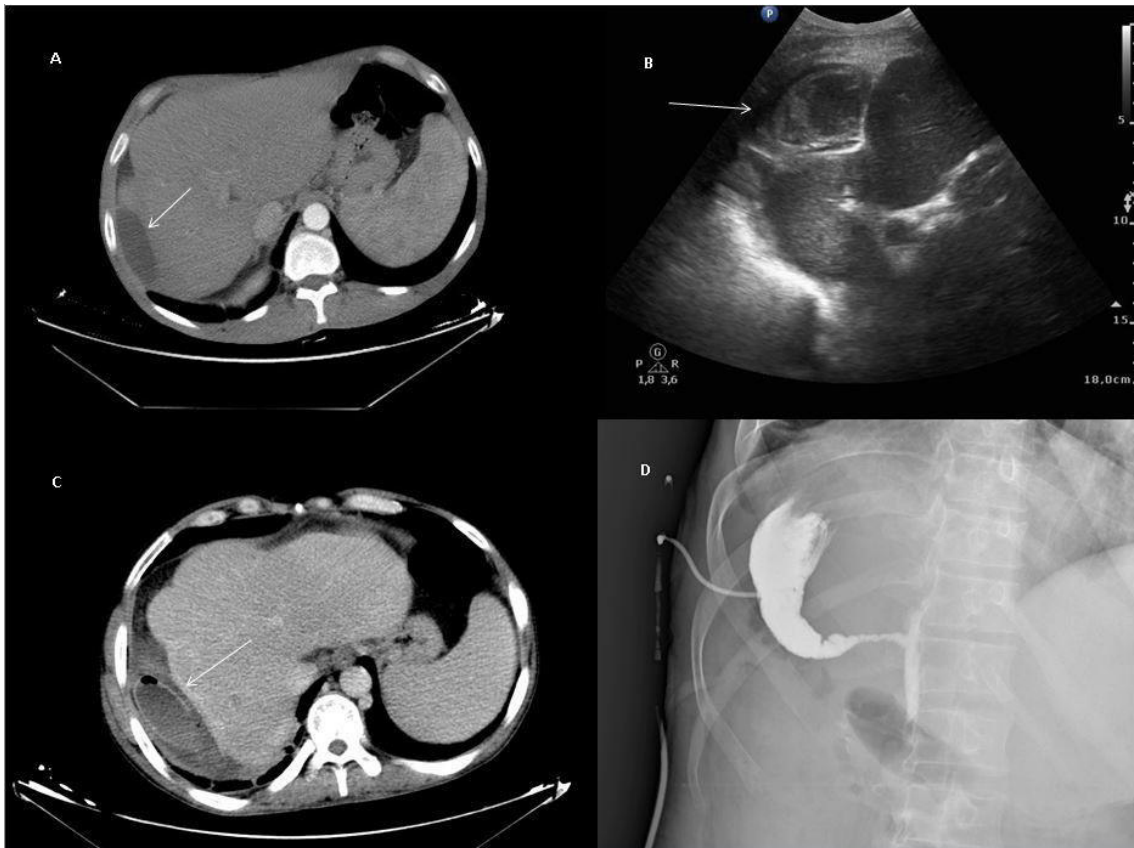
Diagnóstico definitivo:

Colecistitis aguda acálculosa enfisematosa en localización retrohepática.

En este paciente se pasó por alto el hallazgo incidental del TC torácico de la vesícula biliar retrohepática que de haberse diagnosticado pudo haberse realizado una colecistectomía programada en condiciones óptimas.

### **Conclusión:**

Aun cuando las anomalías congénitas de la vesícula biliar son raras (<1% de la población) en muchos casos producen cuadros atípicos que pueden conducir a confusión clínica e interpretación errónea de imágenes pudiendo llevar a complicaciones. Se sugiere que las vesículas biliares ectópicas sean resecaadas cuando se encuentran aun siendo asintomáticas.



**A.** Imagen de TC torácica (2009): Vesícula biliar en posición retrohepática (flecha) **B.** Ecografía abdominal: imagen ecogénica mal delimitada con discreta cantidad de líquido libre adyacente sugestiva de probable hematoma/colección (Flecha) **C.** TC abdominal con contraste: Imagen mal delimitada con nivel hidroaereo hiperdenso y burbujas en su interior, paredes finas que realzan al contraste en relación a vesícula biliar ectópica retrohepática con barro biliar y signos de colecistitis enfisematosa. **D.** Fistulografía: vesícula biliar en posición retrohepática con drenaje de contraste a duodeno

### Bibliografía:

1. Spencer SP, Power N. The acute abdomen in the immune compromised host. *Cancer Imaging*. 2008;8(1):93-101.
2. Lopez N, Kobayashi L, Coimbra R. A Comprehensive review of abdominal infections. *World Journal of Emergency Surgery*?: *WJES*. 2011;6:7.
3. Indar AA, Beckingham IJ. Acute cholecystitis. *BMJ*?: *British Medical Journal*. 2002;325(7365):639-643.
4. M.B. Popli, V. Popli, Y. Solanki Ectopic gall bladder: a rare case. *Saudi J Gastroenterol*, 16 (2010), p. 50
5. J.W. Meilstrup, K.D. Hopper, G.A. Thieme. Imaging of gall bladder variants. *AJR Am J Roentgenol*, 157 (1991), pp. 1205–1208



<b>Caso</b>	(301) Hematoma epidural: no siempre una urgencia neuroquirúrgica
<b>Autores</b>	Alexandre Perez-girbes Juan Jose Delgado Moraleda; Joan Carreres Polo; Daniel Sanchez Mateos; Alejandro Montoya-filardi
<b>Centro</b>	Hospital Universitari i Politècnic La Fe

### **Presentación:**

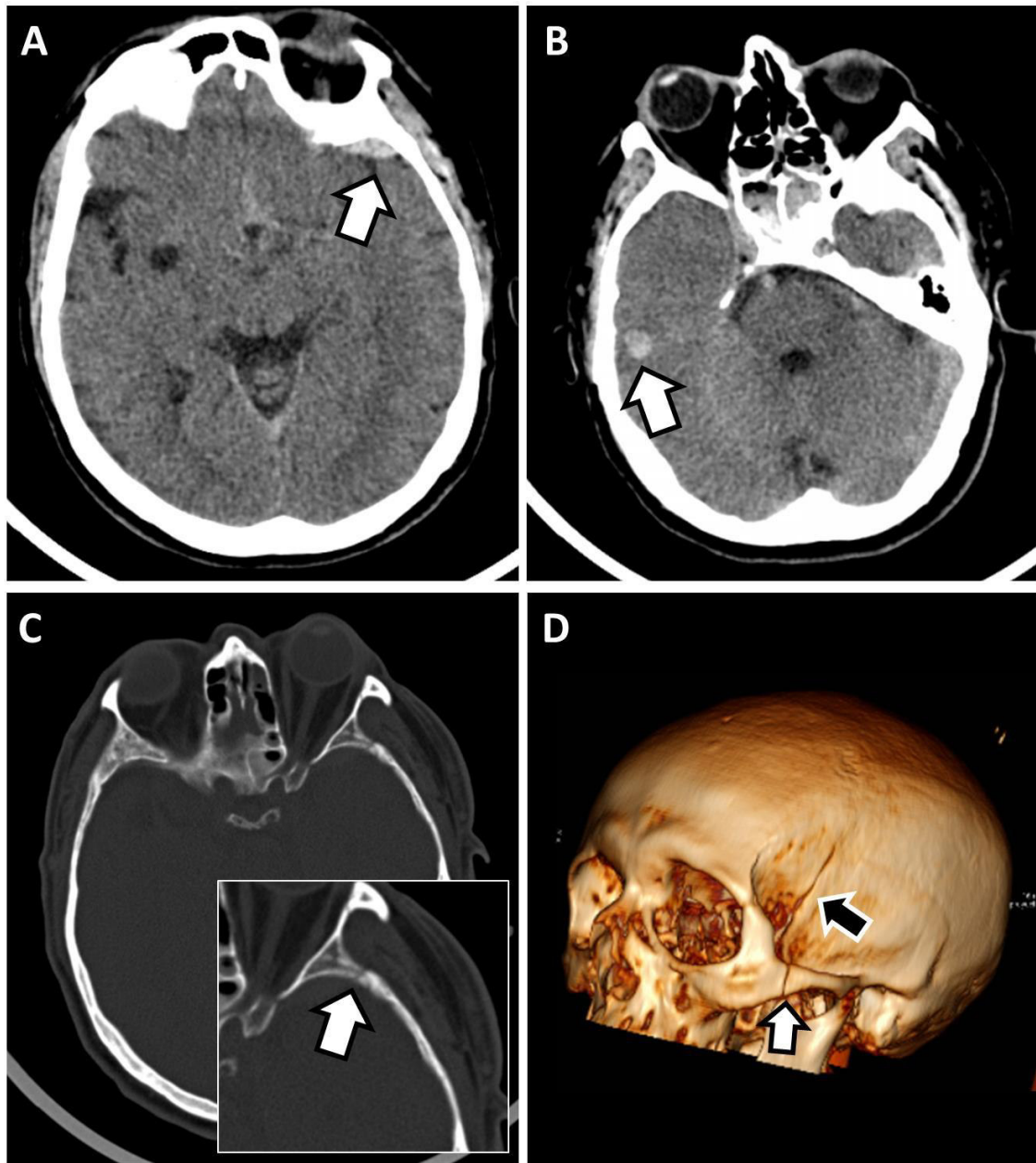
Varón de 52 años que acude a Urgencias con traumatismo craneoencefálico tras accidente de bicicleta. Glasgow 14/15. La TC cráneo sin contraste mostró un hematoma de morfología biconvexa ocupando la parte anterior de la fosa craneal media izquierda y un foco contusivo hemorrágico temporal derecho. Asociaba una fractura de ala mayor de esfenoides con extensión a la escama del hueso temporal y una fractura del arco cigomático izquierdo.

### **Discusión:**

El hematoma epidural es un sangrado intracraneal localizado entre la tabla interna del cráneo y la duramadre. En la mayoría de casos el origen del sangrado es arterial, de localización en convexidad por lesión de ramas de la arteria menígea media y es considerado una urgencia neuroquirúrgica. Los sangrados de origen venoso suelen darse en fosa posterior por la mayor cantidad de senos y venas de drenaje y suelen causar problemas compresivos, por lo que es frecuente su tratamiento quirúrgico. El hematoma epidural temporal anterior es un subtipo de hematoma que se presenta en la parte anterior de la fosa craneal media. Habitualmente se encuentra limitado entre la fisura orbitaria y la fisura esfenotemporal. Su origen es venoso por lesión del seno esfenoparietal o sus principales venas de drenaje. A diferencia del resto de hematomas epidurales se considera una lesión estable que no genera efecto masa significativo, herniación uncal ni compresión del troncoencéfalo. Por su curso clínico indolente, no va a requerir evacuación quirúrgica y el paciente puede ser dado de alta tras comprobar su estabilidad a las 24-48 horas. Es importante buscar lesiones asociadas con frecuencia: lesiones traumáticas cerebrales contralaterales y fracturas ipsilaterales del ala mayor del esfenoides o del arco cigomático.

### **Conclusión:**

El hematoma epidural temporal anterior presenta un curso clínico indolente y no requiere tratamiento quirúrgico urgente. El radiólogo debe ser capaz de identificarlo correctamente.



*TC de cráneo sin contraste. La ventana de parénquima cerebral mostró un hematoma epidural temporal anterior izquierdo (flecha en A) y un foco contusivo hemorrágico derecho por contragolpe (flecha en B). El paciente asociaba una fractura del ala mayor del esfenoideas con extensión a la escama del temporal izquierdo sin afectar al canal de la arteria meníngea media (flecha en C y flecha negra en D) y fractura del arco cigomático izquierdo (flecha blanca en D).*

### **Bibliografía:**

Gean AD, Fischbein NJ, Purcell DD, Aiken AH, Manley GT, Stiver SI. Benign anterior temporal epidural hematoma: indolent lesion with a characteristic CT imaging appearance after blunt head trauma. *Radiology* 2010;257:212–21

<b>Caso</b>	(302) Embolia séptica como complicación de tromboflebitis
<b>Autores</b>	Julio César Rivera Mata J. Cardenas, M. Shahin, J. Vucetic
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario de Valencia

### **Presentación:**

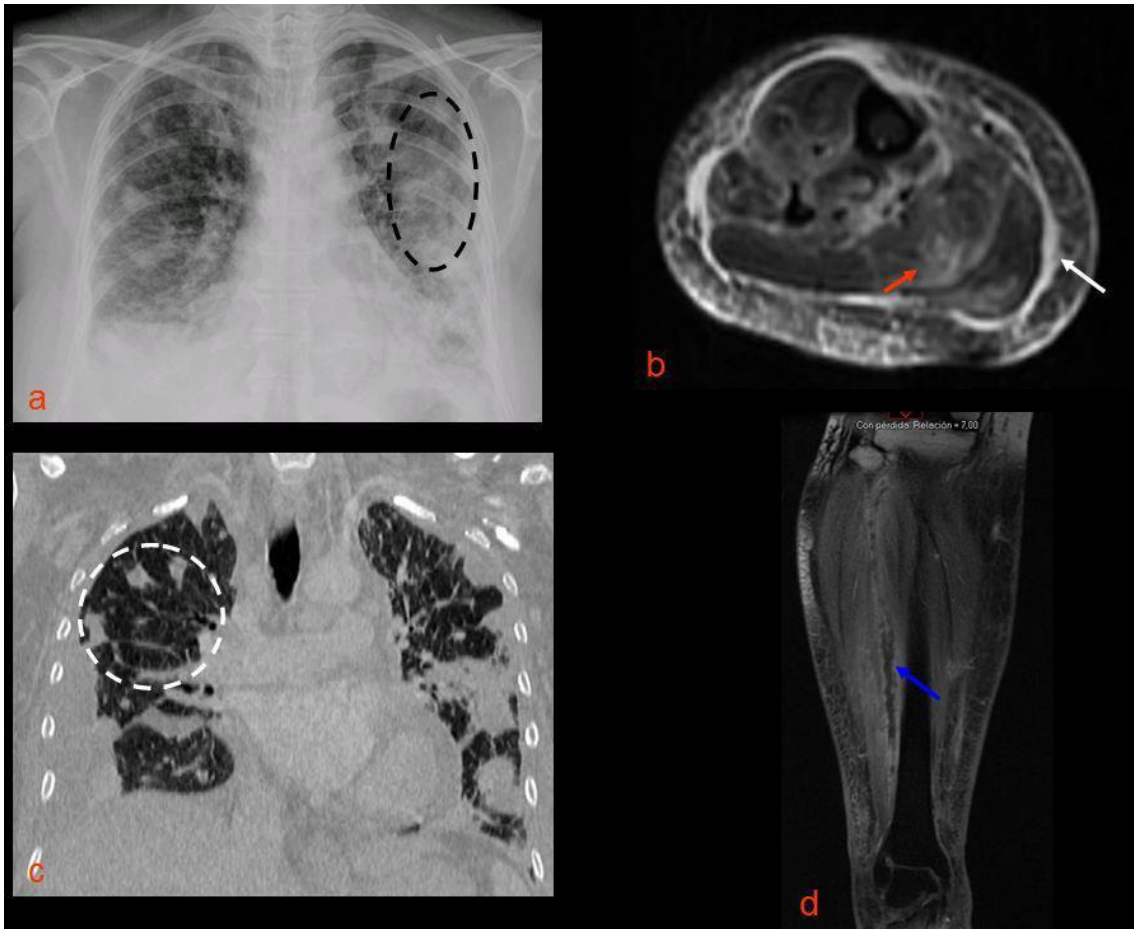
Mujer de 51 años sin antecedentes médicos que 4 días posterior a una caminata por la playa descalza acude a Urgencias, con fiebre, dolor intenso e impotencia funcional en MID, edema y tumefacción de dorso de pie derecho, con erosión y exudado en surco interdigital del pie, valorándose como una celulitis e iniciando tratamiento con antibiótico (amoxicilina – Clavulánico) y paracetamol ambulatoriamente. A las 48H vuelve a urgencias con empeoramiento de sus síntomas y deterioro de función renal por lo que se decide ingreso hospitalario. Presenta disnea y baja saturación de oxígeno por lo que se toma Rx de tórax que hacen sospechar embolia séptica, se cambia antibiótico a Linezolid + Meropenem. TC torácico confirma la presencia de múltiples nódulos bilaterales que sugieren focos sépticos y derrame pleural, ecocardiografía transtorácica no reporta lesiones valvulares ni vegetaciones; se realiza una RM de pierna derecha en la que destacan los hallazgos de celulitis, miositis y tromboflebitis. Cultivos positivos a SAMR corroboran diagnóstico de embolia séptica. Diagnóstico final: Embolismo séptico, secundaria a tromboflebitis infecciosa en MID.

### **Discusión:**

La presencia de múltiples imágenes nodulares en Rx y TC debe abrir la posibilidad de distintos diagnósticos diferenciales a correlacionar con el contexto clínico del paciente, si bien la embolia séptica es una causa rara (2,2% de caso de embolia pulmonar) la presencia de cavitaciones y el signo del vaso nutricio son sugestivos de esta y nos obligan a la búsqueda de un foco infeccioso encontrándose en el 85% de los casos, siendo los más frecuentes la sepsis de foco indeterminado (36%), neumonía (34%), y endocarditis infecciosa (11%) la tromboflebitis séptica es una causa excepcional de embolia séptica (1.2%).

### **Conclusión:**

Ante la aparición de lesiones nodulares pulmonares y clínica infecciosa se deberá buscar un foco embólico infeccioso.



**A) Rx AP de tórax; Opacidades nodulares y pseudonodulares pulmonares, con tendencia a la confluencia (circuito negro) Derrame pleural B) Corte axial STIR de pierna; edema muscular (flecha roja), colección líquido entre tejido celular subcutáneo y músculos (flecha blanca) y edema en tejido celular subcutáneo. C) Imagen coronal del TC; Opacidades nodulares y pseudonodulares pulmonares, con tendencia a la confluencia (circuito blanco) Derrame pleural. D) Corte coronal T1fs con CIV; captación de contraste en el trayecto de las venas.**

### **Bibliografía:**

1. Goswami U, Brenes JA, Punjabi GV, LeClaire MM, Williams DN. Associations and Outcomes of Septic Pulmonary Embolism. *The Open Respiratory Medicine Journal*. 2014;8:28-33.
2. Rui Ye, Li Zhao, Cuihong Wang, Xiaojie Wu, Hengyi Yan, Clinical characteristics of septic pulmonary embolism in adults: A systematic review, *Respiratory Medicine*, Volume 108, Issue 1, January 2014, Pages 1-8.
3. Daehee Han, Kyung Soo Lee, Tomas Franquet, Nestor L. Müller, Tae Sung Kim, Hojong Kim, O Jung Kwon, and Hong Sik Byun Thrombotic and Nonthrombotic Pulmonary Arterial Embolism: Spectrum of Imaging Findings, *RadioGraphics* 2003 23:6, 1521-1539



4. Masahito Sakuma, MD; Koichiro Sugimura, MD; Mashio Nakamura, MD. Unusual Pulmonary Embolism Septic Pulmonary Embolism and Amniotic Fluid Embolism. *Circ J* 2007; 71: 772 – 775

5. Dodd JD, Souza CA, Müller NL. High-resolution MDCT of pulmonary septic embolism: evaluation of the feeding vessel sign. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;187 (3): 623-9

<b>Caso</b>	(303) Tumor del estroma gastrointestinal
<b>Autores</b>	Lara Martínez González Marta María Valle Franco, Cristina Rodríguez Morejón, Constanza Camila Torrez Villaroel, Luis Alberto Domitrovic, Carmen Magdaleno Alvarez
<b>Centro</b>	Complejo Asistencial Universitario Leon

**Presentación:**

Paciente de 73 años, acude a urgencias por epigastralgia de varias semanas de evolución con diarrea y vómitos en los últimos días. Ecografía abdominal: Masa epigástrica sólida de 5.5 cm con gas excéntrico. TC Abdomen con civ: Masa ulcerada en epigástrico que presenta captación de contraste y mide 4.7 cm, depende de una asa yeyunal. Aumento de densidad y reticulación de la grasa mesentérica adyacente con alguna burbuja aérea, sospechosas de microperforación. No se identifican adenopatías.

**Discusión:**

GIST yeyunal microperforado.

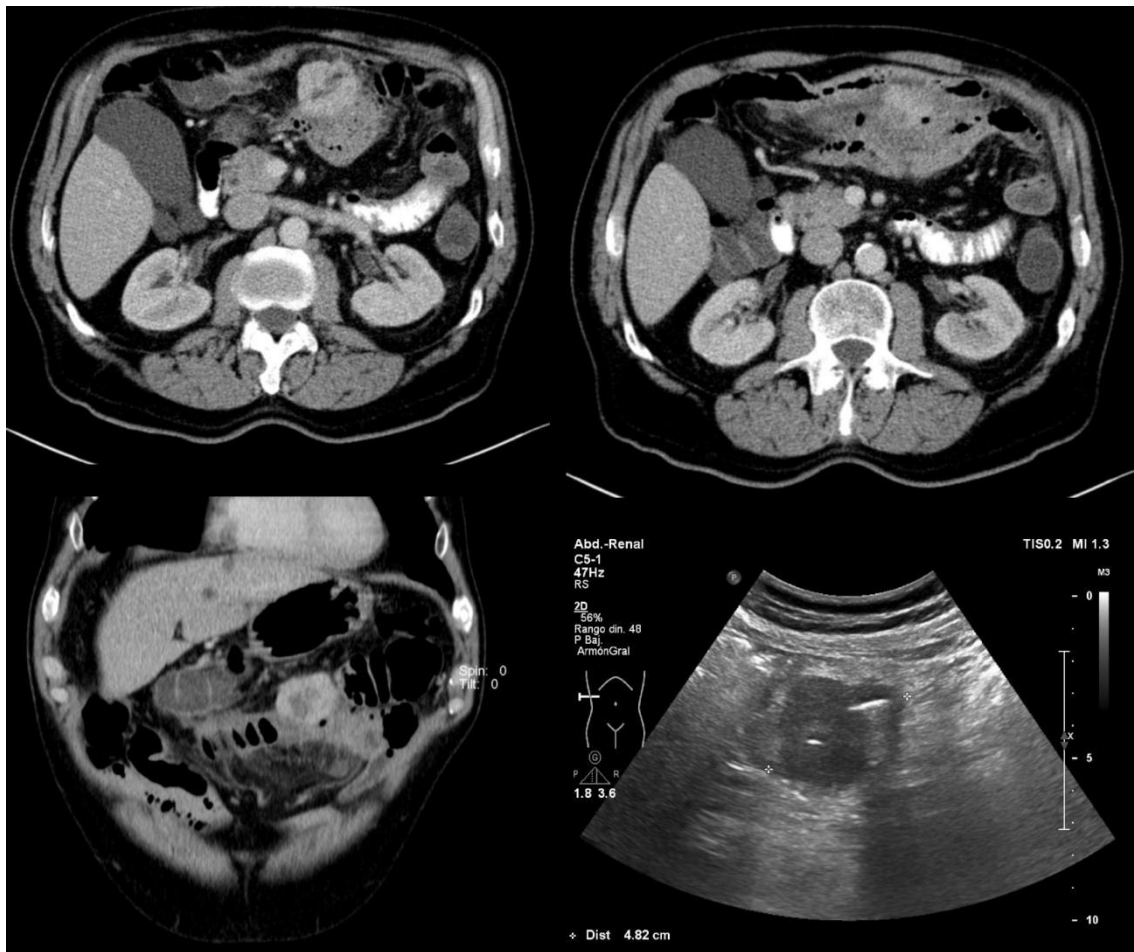
Una masa ulcerada dependiente de un asa de delgado, con crecimiento excéntrico, heterogénea y con captación de contraste, que no produce obstrucción intestinal y no se acompaña de adenopatías, es sugestiva de GIST. El diagnóstico diferencial se debe realizar con otro tipo de tumores, como los adenocarcinomas, que presentan crecimiento anular y suelen acompañarse de obstrucción intestinal o con los linfomas, que se acompañan de adenopatías.

En el 50% de los casos, los GIST producen ulceración de la mucosa, presentando aire o contraste dentro de la tumoración, como ocurría en nuestro caso.

Los signos inflamatorios- edematosos en la grasa adyacente y las burbujas aéreas hacen sospechar perforación, como posteriormente se demostró en la cirugía, donde se objetivaron signos de peritonitis.

**Conclusión:**

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales (no epiteliales) más frecuentes del tracto gastrointestinal. Es característico que expresen el receptor KIT. La localización yeyunal es la 2ª en frecuencia detrás de la gástrica. La TC es la técnica de elección en el estudio de estos tumores. Es importante saber reconocer las principales características que presentan para poder diferenciarlos de otros tipos de procesos neoplásicos.



*En las imágenes superiores se observan dos cortes axiales de TC abdominal con civ en los que se identifica una masa heterogénea que capta contraste y depende de un asa de yeyuno, con crecimiento excéntrico, reticulación de la grasa adyacente y alguna burbuja en su espesor. Las imágenes inferiores corresponde a un corte coronal de la misma TC en la que se identifican los mismos hallazgos que en los cortes axiales. Y por último una imagen de la ecografía previa a la TC donde se observa la masa heterogénea en región epigástrica. Todo ello compatible con un GIST duodenal.*

### **Bibliografía:**

- Gastrointestinal Stromal Tumor: Role of CT in diagnosis and in response evaluation and surveillance after treatment with Imatinib. Radiographics 2006; 26:481-495
- GIST. Claves para una identificación radiológica rápida. SERAM 2012.

<b>Caso</b>	(304) Colecistitis enfisematosa perforada
<b>Autores</b>	Juan Carlos Soler Perromat Oscar Chirife Chaparro, Lidia Fortuny Garrido, Javier Moreno Negrete, Julian Moreno Rojas, Nuno Vaz
<b>Centro</b>	Hospital Clínic de Barcelona

### **Presentación:**

Varón de 68 años, diabético tipo II y cirrótico por VHC, ingresado para cirugía programada de adenocarcinoma de vejiga urinaria. El postoperatorio inmediato se complica con peritonitis bacteriana secundaria a infección de la herida quirúrgica e insuficiencia renal aguda, con mejoría clínica progresiva. Dos semanas después presenta un empeoramiento clínico con signos de shock séptico. Se realiza una radiografía portátil abdominal en la que se identifica una imagen lineal radiolúcida en hipocondrio derecho sugestiva de corresponder a gas intramural en la pared vesicular. Se amplía el estudio mediante TC abdominopélvico para descartar perforación y colecciones intrabdominales. Las imágenes muestran una vesícula biliar distendida con gas intraluminal en fundus y abundante gas intramural con extensión de las burbujas a tejidos grasos adyacentes, evidenciando solución de continuidad en la región infundibular medial, asociado a marcada trabeculación de la grasa perivesicular y líquido libre. Los hallazgos son compatibles con colecistitis enfisematosa perforada.

### **Discusión:**

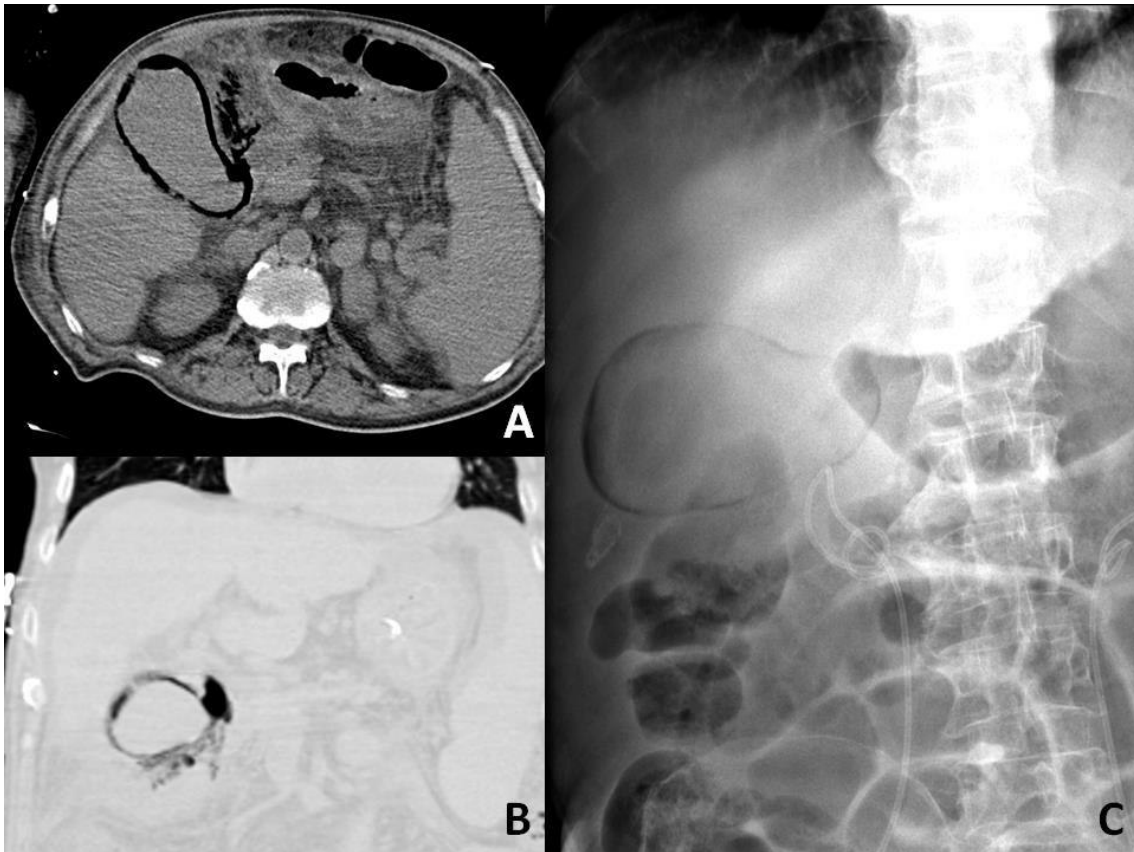
La colecistitis enfisematosa es una forma poco frecuente de presentación de colecistitis aguda, caracterizada por la presencia de gas intramural, intraluminal o ambos. Presenta una alta tasa de mortalidad en comparación con la colecistitis aguda no complicada, con mayor incidencia de gangrena y perforación. Se asocia a diabetes mellitus y enfermedad aterosclerótica.

Los hallazgos radiológicos incluyen:

- Radiografía simple: aire intraluminal (nivel hidroaéreo) o delineando la pared.
- Ecografía: sombra acústica mural o luminal con artefactos en cola de cometa o en "ring-down effect".
- Tomografía computarizada: confirmación de aire intraluminal/intramural y delimitar posible perforación o colecciones.

### **Conclusión:**

La colecistitis enfisematosa es una forma infrecuente de colecistitis aguda con mayor tasa de mortalidad, gangrena y perforación. Los hallazgos radiológicos son patognomónicos y aunque la TC es la técnica más sensible y específica para su diagnóstico, mediante radiografía simple o ecografía es posible obtener un diagnóstico preciso.



*Imágenes A y B: cortes axial (A) y coronal con ventana pulmonar (B) de TC abdominopélvico sin contraste (por insuficiencia renal), que muestra distensión de la vesícula biliar con nivel hidroaéreo en fundus y marcado gas intramural, con solución de continuidad en la región infundibular medial y extensión del gas a tejidos grasos adyacentes, asociado a marcada trabeculación de la grasa perivesicular y líquido libre. Imagen C: radiografía portátil abdominal en decúbito en la que se identifica una imagen lineal radiolúcida en hipocondrio derecho sugestiva de corresponder a gas intramural en la pared vesicular.*

### **Bibliografía:**

Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. *RadioGraphics* 2002;22(3):543–561.

García-Sancho Tellez L, Rodríguez-Montes JA, Fernández de Lis S, García-Sancho Martín L. Acute emphysematous cholecystitis. Report of twenty cases. *Hepatogastroenterology*. 1999;46:2144–8.

Wu JM, Lee CY, Wu YM. Emphysematous cholecystitis. *Am J Surg*. 2010;200:e53–4.

Yasumichi Y, Shozo S, Itsuro T, Akemi Y, Wataru F, Hirohisa K, Takashi F, Ryohei I, Katsuhiko S. (2015) Massive pneumoretroperitoneum arising from emphysematous cholecystitis: a case report and the literature review. *BMC Gastroenterology*.

Escobar F, Vega NV, Valbuena EI. Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos. *Rev Colomb Cir*. 2015;30:106-11.



<b>Caso</b>	(305) "Traumatismo de peñasco: buscar para encontrar"
<b>Autores</b>	Maria Adela Rodriguez-fuentes Glenis Nieves Perdomo, Ignacio Gonzalez García, Xiomara Plasencia Cruz, Beatriz Sanchez De Lorenzo-cáceres, Sara Acosta Gonzalez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias

**Presentación:**

Varón de 48 años de edad que en noviembre de 2015 sufre Politraumatismo por accidente de moto; TCE moderado y fractura longitudinal de peñasco. Un año después acude a consulta ORL por hipoacusia de conducción izquierda. Otoscopia normal bilateral. TC sin contraste de cráneo (2015): fractura longitudinal de peñasco. Ocupación de celdillas mastoideas. Cadena osicular parcialmente visualizada objetivando aumento de la distancia entre martillo y yunque. TC de peñascos (2016): se confirma una luxación incudomaleolar que había pasado desapercibida.

**Discusión:**

Luxación incudomaleolar.

En las situaciones de urgencia, como es el caso del paciente politraumatizado, con lesiones importantes de cabeza y cuello, la evaluación de éstas debe primar sobre el estudio dirigido del oído, que se hará de forma diferida.

Se clasifican en: longitudinales (85%), transversales y mixtas.

Complicaciones:

1- La pérdida de la audición (conductiva en las longitudinales y neurosensorial en las transversales) y el daño del nervio facial son las más frecuentes. Es importante diagnosticar el lugar de la lesión para orientar la cirugía de reparación o descompresión.

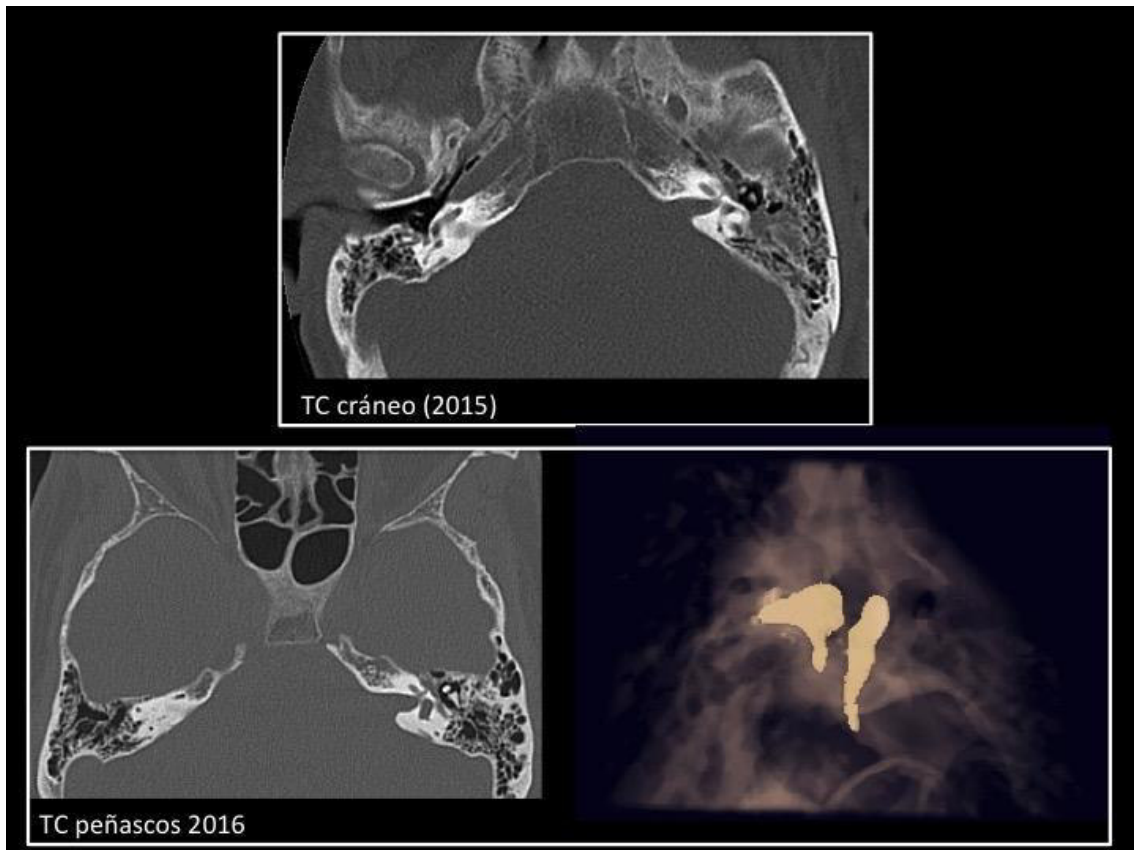
- Daño en la cadena de huesecillos

Puede ocurrir por una contusión cerrada, por fracturas de cráneo, por heridas penetrantes o cuerpos extraños en el oído medio.

El daño osicular puede ser de dos tipos: luxación o fractura. Lo más frecuente son las luxaciones (90%) y entre ellas las más habituales son las de la articulación incudoestapedial, seguida por la incudomaleolar, debido a la escasa fijación del yunque.

**Conclusión:**

En el TCE de alta energía se debe evaluar cuidadosamente el hueso temporal. Para ello, es necesario tener un extenso conocimiento de su anatomía que nos permita detectar las posibles lesiones y complicaciones traumáticas del mismo.



*TC cráneo 2015 y TC de peñascos 2016*

### **Bibliografía:**

Maillot O, Attyé A, Boyer E, Heck O, Kastler A, Grand S, Schmerber S, Krainik A. Post traumatic deafness: a pictorial review of CT and MRI findings. *Insights Imaging*. 2016 Jun;7(3):341-50. doi: 10.1007/s13244-016-0490-9. Schubl SD, Klein TR, Robitsek RJ, Trepeta S, Fretwell K, Seidman D, Gottlieb M. Review. Temporal bone fracture: Evaluation in the era of modern computed tomography. *Injury*. 2016 Sep;47(9):1893-7. doi: 10.1016/j.injury.2016.06.026.

Drs. Guido González T(1,2), Máximo Mújica B(1), Cristián Larraín G(1), Patricio Miller T(1). TRAUMATISMOS DEL HUESO TEMPORAL. *Revista Chilena de Radiología*. Vol. 8 N° 4, año 2002.



<b>Caso</b>	(306) Cistitis enfisematosa como hallazgo inesperado
<b>Autores</b>	José Miguel Blanc Molina B. Alba Pérez, C. Picón Serrano, A. Ayala Carbonero, M.i. García Gómez Muriel, A. López-frías López-jurado
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

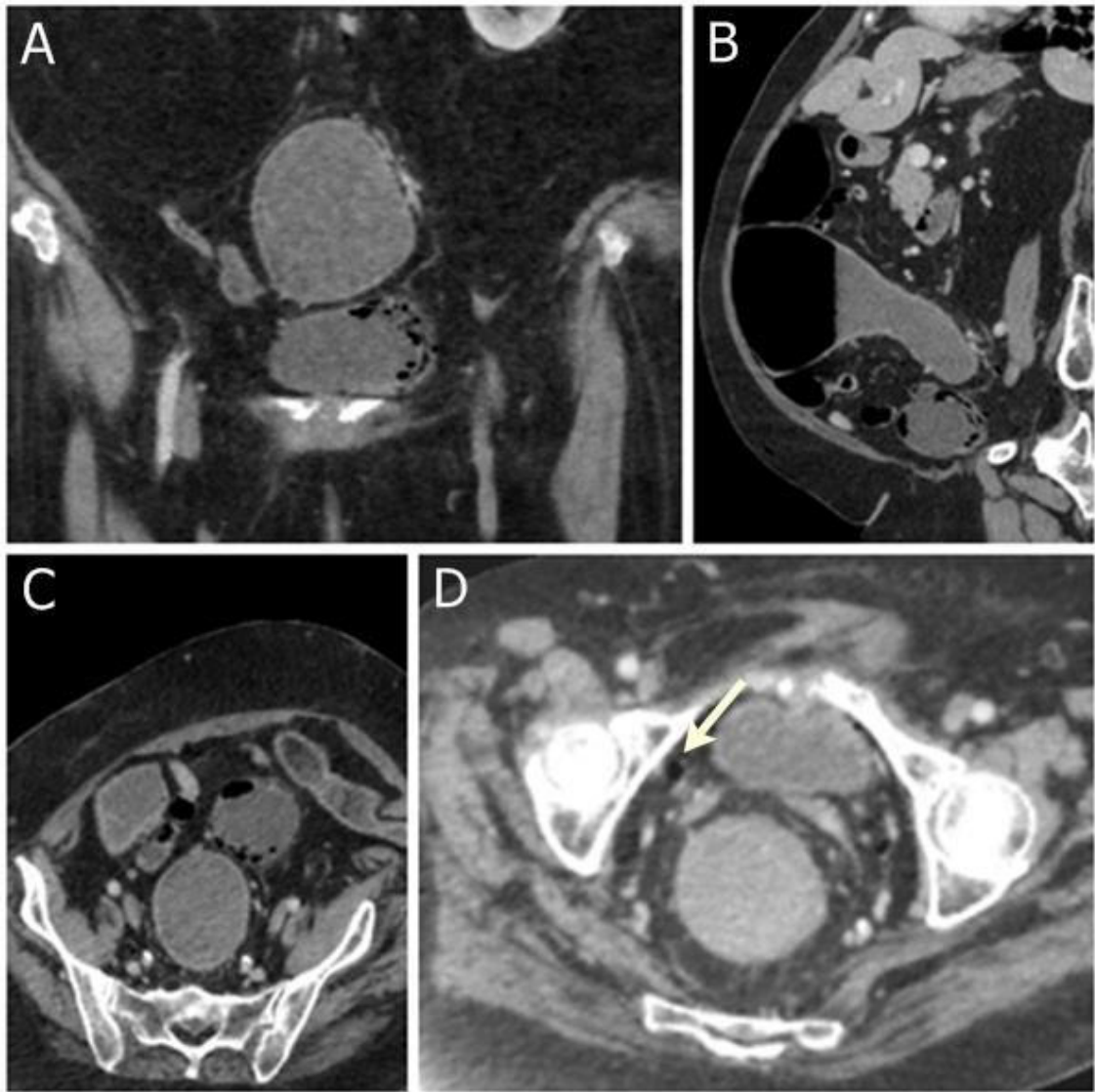
Paciente mujer de 81 años, diabética, ingresada en Neurología por ictus reciente. Clínica de obstrucción intestinal. Leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha clínica se solicita TC de abdomen en el que se observa: Dilatación difusa de todo el marco cólico sin identificarse zonas de engrosamiento de la mucosa ni cambio de calibre significativo que sugieran causa obstructiva de la misma. Burbujas de gas en el aspecto lateral izquierdo de las paredes de la vejiga, así como gas en el interior de estructuras vasculares venosas, hallazgos que obligan a descartar cistitis enfisematosa con traslocación vascular asociada, como primera posibilidad.

**Discusión:**

La cistitis enfisematosa se caracteriza por la presencia de gas intravesical y en la pared de la vejiga urinaria, debida a la fermentación bacteriana. Los gérmenes más frecuentes son E. Coli (se aisló en la orina de la paciente), Enterobacter aerogenes, Clostridium y hongos. Aproximadamente el 50-80% de los pacientes son diabéticos y hay una mayor incidencia en mujeres.

**Conclusión:**

La cistitis enfisematosa es una rara entidad que aparece en muchos casos como hallazgo radiológico. Sin embargo es importante tener en cuenta esta patología y sospecharla sobre todo en aquellos pacientes que tienen factores de riesgo. Ante la presencia de gas en la pared de la vejiga el diagnóstico de cistitis enfisematosa debe ser considerado como prioritario.



*A, B, C. Burbujas de gas en la pared vesical en cortes coronal, sagital y axial, respectivamente. D. Burbuja de gas en estructura venosa (corte axial)*

### **Bibliografía:**

1. David E. Grayson, Robert M. Abbott, MC Angela D. Levy, Paul M. Sherman. Emphysematous Infections of the Abdomen and Pelvis: A Pictorial Review. *RadioGraphics* 2002; 22: 543 – 561
2. Thomas AA, Lane BR, Thomas AZ, et al. Emphysematous cystitis: a review of 135 cases. *BJU Int.* 2007;100:17–20

<b>Caso</b>	(307) OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO DE ORIGEN INESPERADO: INVAGINACIÓN INTESTINAL POR LIPOMA.
<b>Autores</b>	Noelia Padrón Rodríguez Menal Muñoz P, Dotti Gonzalez D, Álvarez Arranz E, Esteban Cuesta H, Sainz Martínez Jm.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

### **Presentación:**

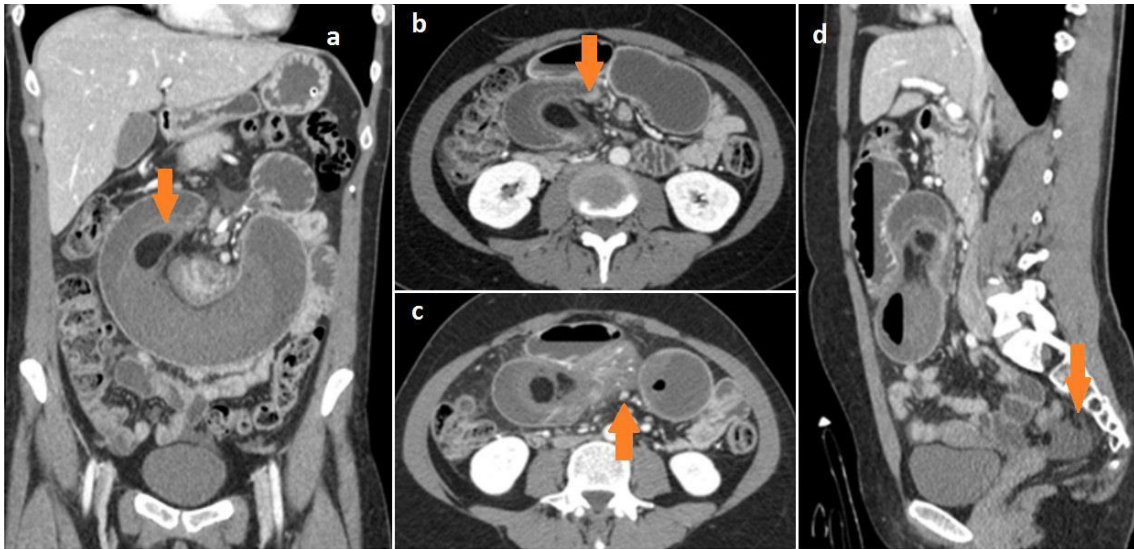
Mujer de 36 años, sin antecedentes patológicos, que acude al Servicio de Urgencias por dolor y distensión abdominal, vómitos y ausencia de deposición y emisión de gases de 48 horas de evolución. En la radiografía de abdomen en bipedestación se objetiva distensión de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos y escasa neumatización colorrectal. Con la sospecha de obstrucción de intestino delgado (OID), se realiza TC abdominal con contraste intravenoso apreciando dilatación de asas de yeyuno proximal que se continúa hasta una imagen de invaginación intestinal (entero-enteral) asociada a una formación nodular de 2cm y densidad grasa (-90UH) sugestiva de lipoma. La laparotomía urgente confirma la existencia de la invaginación practicándose una resección intestinal del tramo de yeyuno afectado con anastomosis termino-terminal. El análisis histológico de la pieza quirúrgica confirma la presencia de un lipoma en la cabeza de la invaginación.

### **Discusión:**

La OID es una causa frecuente de hospitalización y consulta representando el 20% de las urgencias quirúrgicas por dolor abdominal agudo. La mayoría de los pacientes no precisan cirugía y la decisión terapéutica se fundamenta en los hallazgos radiológicos que evalúan el grado de severidad, localización y la causa probable. La fisiopatología de la OID puede ser de origen funcional o mecánico (intrínseco vs. extrínseco). La invaginación es una causa intrínseca de obstrucción, poco frecuente en adultos, generalmente asociada a neoplasias (mayoritariamente benignas), adherencias o cuerpo extraño. La TC permite identificar su etiología y orienta el tratamiento. En casos de origen neoplásico, el diagnóstico debe realizarse con precaución y distinguirlo del pseudotumor de partes blandas que representa la propia invaginación.

### **Conclusión:**

La TC es fundamental para el diagnóstico de la OID y de la invaginación intestinal, permitiendo determinar su causa probable y orientar el abordaje terapéutico idóneo.



*Distensión de asas de yeyuno proximal que se continúan hasta una imagen de invaginación (b), apreciando interposición de la grasa y vasos mesentéricos entre dos asas yeyunales (c). La invaginación queda centrada por una imagen nodular de densidad grasa que actúa como cabeza de la invaginación (a). En el contexto de OID se aprecia pequeña cantidad de líquido libre peritoneal (d).*

### **Bibliografía:**

- 1.- Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small Bowel Obstruction: What to Look For. Radiographics 2009. Mar-Apr;29 (2):423-39.
- 2.- Maglinte DD, Howard TJ, Lillemoe KD, Sandrasegaran K, Rex DK. Small-bowel obstruction: state-of-the-art imaging and its role in clinical management. Clin Gastroenterol Hepatol 2008;6(2):130–139.
- 3.- Qalbani A, Paushter D, Dachman AH. Multidetector row CT of small bowel obstruction. Radiol Clin North Am 2007;45(3):499–512.

<b>Caso</b>	(308) ENFERMEDAD FRECUENTE DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE: APENDICITIS AGUDA IZQUIERDA
<b>Autores</b>	Dolores Ores Apellido: Lora Jiménez
<b>Centro</b>	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

**Presentación:**

Varón de 27 años con dolor abdominal de 36 horas de evolución de inicio epigástrico y posterior localización en fosa ilíaca izquierda, náuseas, vómitos y anorexia. Exploración física: febrícula, dolor en flanco y fosa ilíaca izquierda sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio: Leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda. Analítica de orina normal. La radiografía simple de abdomen mostró una calcificación de 20 mm hipocondrio izquierdo y silencio intestinal en cuadrante inferior derecho. Por ecografía se identificó una estructura tubular con contenido ecogénico que mostró sombra acústica posterior, asas intestinales paréticas y marcada ecogenicidad de la grasa adyacente, sin líquido libre intraabdominal. La TC abdominal mostró inversión de la anatomía normal en los vasos mesentéricos superiores y el hemiabdomen izquierdo ocupado por asas de intestino delgado y grueso identificando una estructura tubular con origen en ciego en cuyo interior se localizó la calcificación identificada en la placa simple de abdomen, mínimas burbujas de aire ectópico y marcados cambios inflamatorios en la grasa adyacente.

**Discusión:**

El diagnóstico radiológico de apendicitis aguda izquierda con malrotación intestinal fue confirmado quirúrgicamente, siendo el paciente sometido a apendicectomía y evolucionando satisfactoriamente.

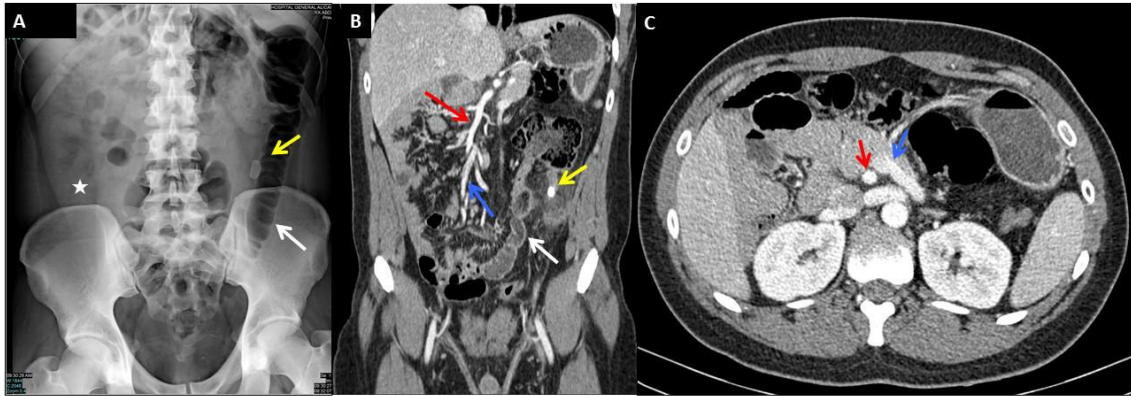
La apendicitis aguda izquierda puede darse en tres situaciones<sup>1</sup>:

- Apéndice cecal largo que cruza la cavidad abdominal desde un ciego normoposicionado.
- Situs inversus
- Malrotación intestinal.

La malrotación es consecuencia de un error en la rotación antihoraria normal de 270° del intestino medio alrededor de la arteria mesentérica superior entre la quinta a décima semanas durante el desarrollo embriológico. El intestino queda en posición anómala, con un mesenterio más corto y más estrecho de lo normal, lo que predispone a la presentación atípica de patologías comunes, además de la posible volvulación del intestino medio.

**Conclusión:**

La alteración de la anatomía normal genera presentaciones atípicas de patologías frecuentes, siendo necesaria la cuidadosa revisión de las imágenes para generar el diagnóstico correcto.



**A.** La radiografía simple de abdomen mostró silencio intestinal en cuadrante derecho (estrella), una calcificación de 20 mm en hipocondrio izquierdo (flecha amarilla) y marcas duodenales en cuadrante izquierdo (flecha blanca). **B.** Reconstrucción coronal de TC abdomino-pélvico con contraste en fase portal donde pueden identificarse las estructuras señaladas en la placa de abdomen. Vemos que la calcificación se localiza en el interior de una estructura tubular con origen en un ciego localizado en posición izquierda, mostrando marcados cambios inflamatorios en la grasa adyacente. Puede verse un segmento de ileon terminal (flecha blanca) y su conexión a ciego a través de la válvula ileocecal (asterisco). También podemos ver la arteria mesentérica superior (flecha roja) situada a la derecha de la vena mesentérica superior (flecha azul). El diagnóstico fue de apendicitis aguda izquierda con malrotación intestinal. **C.** Imagen axial de TC donde podemos identificar la inversión de la anatomía normal en los vasos mesentéricos superiores, con la vena a la izquierda (flecha azul) y la arteria a la derecha (flecha roja).

### Bibliografía:

1. Akbulut S, Ulku A, Senol A, Tas M, Yagmur Y. Left-sided appendicitis: Review of 95 published cases and a case report. *World J Gastroenterol.* 2010; 44: 5598-602.
2. Berrocal T, Gayá F, de Pablo L. Aspectos embriológicos, clínicos y radiológicos de la malrotación intestinal. *Radiología* 2005;47 (5): 237-51.
3. Applegate K, Anderson JM, Klatt Ec. Intestinal malrotation in children: A problem-solving approach to the upper gastro-intestinal series. *RadioGraphics* 2006;26:1485-1500.

<b>Caso</b>	(309) Micosis fungoide asociada a linfoma intestinal
<b>Autores</b>	Lucia Zambrana Aguilar José Miguel García Díez, María Del Carmen Martínez Porras, María Adoración Reche Molina
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Torrecárdenas

**Presentación:**

Paciente de 71 años, con antecedente de micosis fungoide en tratamiento, que consulta por dolor abdominal, vómitos y diarrea de una semana de evolución con pérdida ponderal de 10kg. A la exploración se encuentra abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, de predominio en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal.

**Discusión:**

Ante la mala situación clínica del la paciente se decide realizar estudio TC abdominal. En este, identifica un engrosamiento circunferencial de un segmento largo de íleon distal, con dilatación de su luz, asociando extensión al tejido graso mesentérico adyacente. Sigma, íleon terminal y colon descendente aparecen colapsados con las asas de intestino delgado proximales dilatadas.

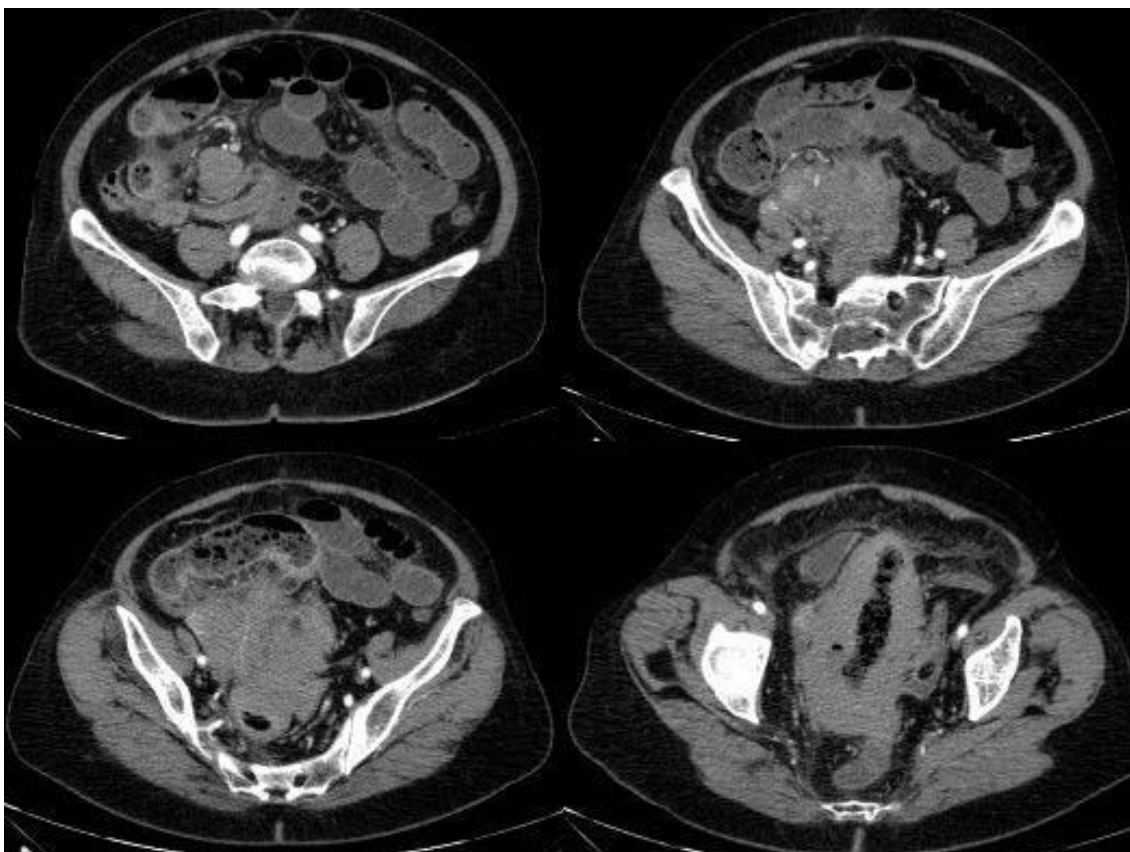
Además, en fosa iliaca derecha, se identifica un conglomerado adenopático de 6 cm en continuidad con la masa descrita.

Estos hallazgos son indicativos de obstrucción de intestino delgado a nivel de íleon secundario a crecimiento de masa, de localización pélvica.

**Conclusión:**

Ante el hallazgo de una masa intestinal, por epidemiología, debemos pensar en adenocarcinoma como primera posibilidad. Sin embargo, la forma de presentación en forma de engrosamiento circunferencial, con densidad homogénea y produciendo dilatación de la pared intestinal, son características radiológicas típicas del linfoma intestinal. Asimismo, al contrario que el adenocarcinoma, es frecuente que estas neoplasias cursen con afectación de los ganglios regionales.

Si bien es cierto que los linfomas no suelen producir obstrucción hasta estadios avanzados, las características semiológicas descritas, junto con el antecedente de micosis fungoide de la paciente, apoyaban el diagnóstico de linfoma intestinal como primera posibilidad. Posteriormente, el estudio de anatomía patológica confirmó nuestra sospecha.



**Bibliografía:**

- Bozhkov V, Magjov R, Chernopolsky P, Arnaudov P, Plachkov I, Ivanov T. Small intestinal tumors. *Khirurgiia (Sofia)*. 2015;81(2):4-8.
- Wai-Kit Lee et al. Abdominal Manifestations of extranodal lymphoma: spectrum of imaging findings. *AJR* 2008; 191:198-206.



<b>Caso</b>	(310) Disección de arteria vertebral
<b>Autores</b>	Ana Belén Gil Guerra Laura Casadiego Matarranz, Pablo Santos Velasco, María Rosa López Pedreira, Jorge Galván Fernández, Reyes Petruzzella Lacave
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

**Presentación:**

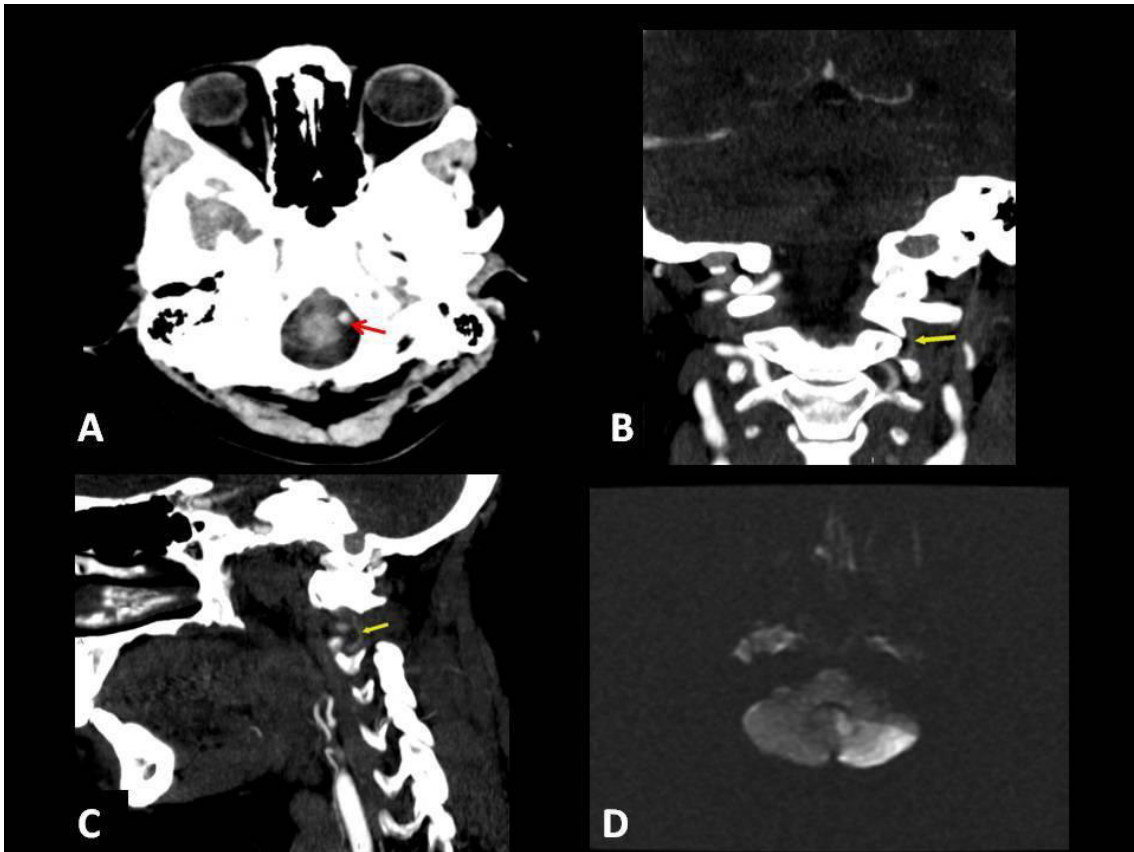
Mujer de 33 años, con antecedente de enfermedad de Ehler-Danlos presenta cuadro vertiginoso y cervicalgia desde hace 7 días, cuando recibió un masaje cervical. La TC cerebral sin contraste iv muestra hiperdensidad de la porción intracraneal de la arteria vertebral izquierda y la angioTC confirma una ausencia de relleno del segmento V3 y paso filiforme en el segmento V4; hallazgos sugestivos de disección vertebral. La RM muestra un área de infarto hiperagudo en territorio de PICA izquierda. Con el diagnóstico de infarto isquémico en territorio vértebro-basilar (POCI) secundario a disección de arteria vertebral se inicia anticoagulación. En TC a las 48 horas presenta infarto hemisférico cerebeloso, sin evidencia de complicaciones.

**Discusión:**

La disección arterial es una causa poco frecuente de ictus, con mayor incidencia en jóvenes. Los segmentos extracraneales de arterias carótidas y vertebrales son los más susceptibles. La causa identificable generalmente es un trauma menor y suelen asociarse factores predisponentes como el síndrome de Ehler-Danlos y la displasia fibromuscular. Los síntomas más frecuentes son cefalea y cervicalgia, pudiendo aparecer síntomas neurológicos focales. Las técnicas diagnósticas de elección son la angioRM o angioTC. El tratamiento es la anticoagulación y el pronóstico es bueno, con recuperación completa en el 70-85%.

**Conclusión:**

La disección es una causa a tener en cuenta en los eventos isquémicos en población joven. Su sospecha clínica es fundamental para un diagnóstico precoz, que se confirmará mediante angioTC o angioRM.



**A.** TC cerebral sin contraste iv: hiperdensidad de arteria vertebral izquierda (AVI) (flecha roja) Angio-TC, reconstrucción MIP, coronal (B) y sagital (C): estrechamiento filiforme de segmento cervical de AVI (flecha amarilla), progresando hasta oclusión en AVI intracraneal. **D.** Imagen potenciada en difusión: lesión isquémica aguda en territorio de PICA izquierda.

### Bibliografía:

1. Hsu YC, Sung SF. Spontaneous vertebral artery dissection with thunderclap headache: a case report and review of the literature. *Acta Neurol Taiwan.* 2014;23(1):24-8.
2. Provenzale JM, Sarikaya B. Comparison of test performance characteristics of MRI, MR angiography, and CT angiography in the diagnosis of carotid and vertebral artery dissection: a review of the medical literature. *AJR Am J Roentgenol* 2009; 193 (4):1167-1174

<b>Caso</b>	(311) Perforación duodenal durante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
<b>Autores</b>	Ana Belén Gil Guerra María Isabel Jiménez Cuenca, Marta Sánchez Ronco, Mohamed Brahim Salek, Esther Gómez San Martín, Elena Núñez Miguel
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

**Presentación:**

Paciente ingresado para extracción de prótesis transcística mediante CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Con antecedentes hace cuatro meses de colecistitis aguda litiásica y colangitis, tratadas con drenaje transpapilar endoscópico. En la CPRE se procede a retirar la prótesis plástica en pigtail y extracción de material litiásico con balón. Al terminar el procedimiento se observa gran cantidad de aire intraabdominal, por lo que ante la sospecha de complicación se solicita TC urgente. En la TC se confirma la presencia de abundante contenido aéreo intra y retroperitoneal, que asciende hacia mediastino, con pneumomediastino y pneumotórax derecho. Los hallazgos son sugestivos de perforación duodenal. Se decide intervención quirúrgica urgente, donde se objetiva perforación en la primera porción duodenal yuxtapilórica que se sutura en dos planos.

**Discusión:**

La perforación intestinal es una complicación poco frecuente, con una incidencia entre el 0,3 y el 2,1 %. Asocia una alta mortalidad, de hasta el 18%, que se relaciona con el retraso en el diagnóstico y tratamiento. La sospecha durante el procedimiento permite un diagnóstico precoz. La TC constituye el método de elección en su diagnóstico, además sus hallazgos pueden condicionar su manejo, que no siempre es quirúrgico.

**Conclusión:**

La perforación tras CPRE es una complicación poco frecuente pero con una alta mortalidad, por lo que una sospecha durante el procedimiento y la confirmación mediante TC son clave para mejorar el pronóstico y un manejo adecuado.



**A. CPRE: retroneumoperitoneo. Prótesis en pigtail (flecha). B. Topograma: neumomediastino y neumoperitoneo. TC abdominopélvico con civ: C. Severo intra y retroneumoperitoneo. D. TC con ventana de pulmón: Neumotórax derecho y neumomediastino.**

### **Bibliografía:**

1. M.L. Freeman, D.B. Nelson, S. Sherman, G.B. Haber, M.E. Herman, P.J. Dorsher. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med.*, 335 (1996), pp. 909-918
2. Zissin R, Shapiro-Feinberg M, Oscadchy A, Pomeranz I, Leichtmann G, Novis B. Retroperitoneal perforation during endoscopic sphincterotomy: imaging findings. *Abdom Imaging.* 2000 May-Jun;25(3):279-82.
3. Pannu HK, Fishman EK. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: spectrum of abnormalities demonstrated with CT. *Radiographics.* 2001 Nov-Dec;21(6):1441-53.

<b>Caso</b>	(312) Isquemia de miembro inferior derecho como único síntoma de disección aórtica tipo A
<b>Autores</b>	Irene Navas Fernández-silgado Alejandro Marín Toribio, Nuria Pérez Peláez, Carlos Fernández Cabrera, Satish Nagrani Chellaram
<b>Centro</b>	12 de Octubre

### **Presentación:**

Varón de 88 años hipertenso y exfumador con dolor, frialdad y paresia en miembro inferior derecho de 10 días. Presentaba una llamativa diferencia de tensión arterial en ambos brazos, soplo aórtico, frialdad y relleno capilar retardado en MID. No dolor torácico ni abdominal. Se realizó angioTC de aorta sin y con CIV en fases arterial y venosa, observándose: Disección aórtica aguda que se extiende desde la aorta ascendente (Tipo A), inmediatamente por encima del plano valvular. Existe extensión craneal a troncos supraórticos y caudal hasta bifurcación aórtica, alcanzando en el lado derecho la arteria femoral, con trombosis de la luz falsa. No se observaron infartos de órganos abdominales.

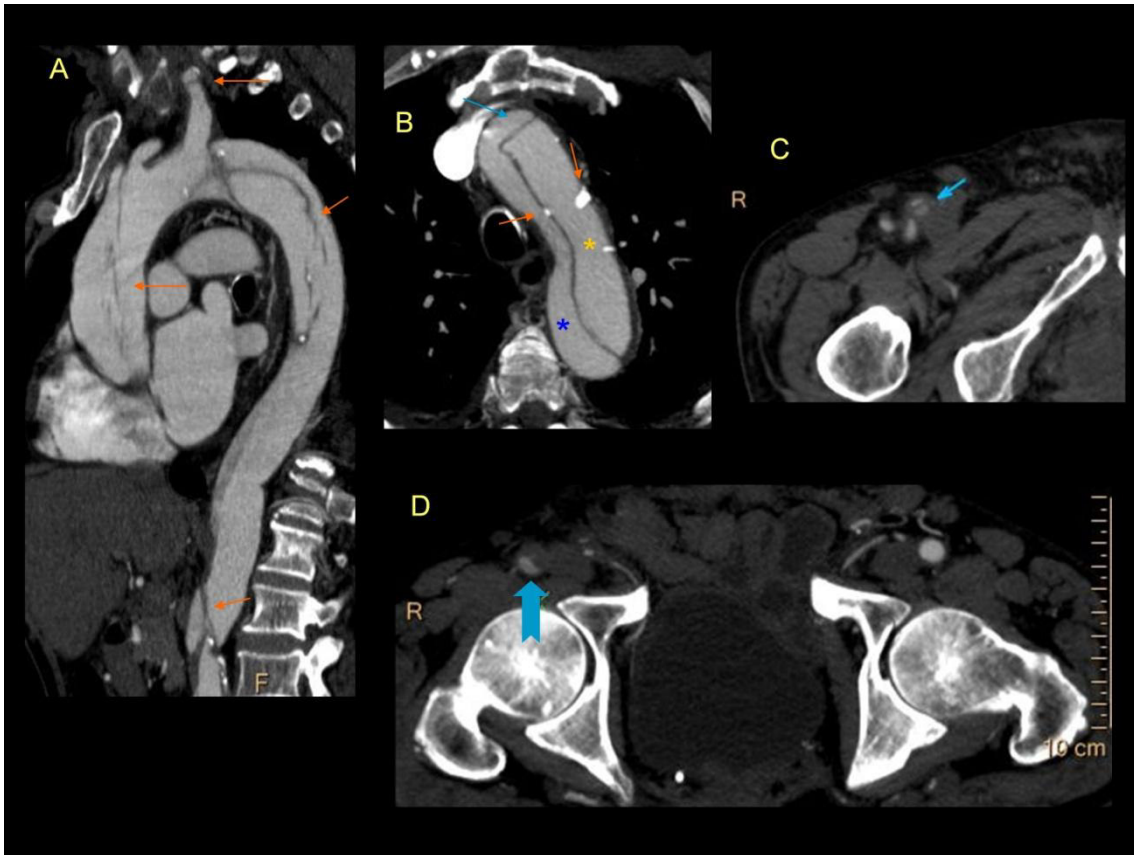
### **Discusión:**

La disección aórtica es una patología dentro del espectro del síndrome aórtico agudo, que aunque infrecuente, tiene alta mortalidad, especialmente la tipo A de Stanford. Recordar que aunque el síntoma más frecuente es el dolor torácico agudo (79%), el 6-17% cursa sin dolor o con síntomas atípicos, existiendo mayor mortalidad al demorarse el diagnóstico, siendo esencial una alta sospecha médica. En nuestro caso la clínica era debida a extensión hasta la A. femoral, con trombosis de la luz falsa.

Destacar que ante cualquier sospecha de síndrome aórtico agudo deben realizarse una fase sin CIV (descartar el hematoma intramural), arterial (valoración aórtica y ramas) y portal (diagnóstico de la isquemia de órganos), así como incluir cuello (la extensión a troncos supraórticos puede producir infarto cerebral), tórax (diferenciar tipo A de B tiene importancia pronóstica y terapéutica) y abdomen-pelvis hasta iliacas (abordaje para prótesis vascular).

### **Conclusión:**

La disección aórtica es una de las patologías más urgentes y con mayor mortalidad, por lo que debe estar en el TOP10 de patologías que el radiólogo de urgencias ha de dominar, pudiendo tener presentaciones atípicas.



**Imagen A:** Reconstrucción sagital de angioTC en fase arterial observando una disección tipo A con extensión del flap intima- media (flechas naranjas) en aorta ascendente, carótida común izquierda y aorta descendente. **Imagen B:** Imagen en axial a la altura del cayado aórtico, observando la luz verdadera (asterisco amarillo) rodeada de calcios intimales en ambas vertientes (flecha naranja) y la luz falsa (ver el característico signo del “pico”, flecha azul). **Imágenes C y D:** Plano axial a la altura de las arterias femorales con flap intimal en C y trombosis de la luz falsa en D.

### Bibliografía:

1. Sebastià C, Pallisa E, Quiroga S et-al. Aortic dissection: diagnosis and follow-up with helical CT. *Radiographics*. 19 (1): 45-60
2. Lepage MA, Quint LE, Sonnad SS et-al. Aortic dissection: CT features that distinguish true lumen from false lumen. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;177 (1): 207-11
3. C Ayrik, H Cece, O Aslan, O Karcioğlu, and E Yılmaz. Seeing the invisible: painless aortic dissection in the emergency setting. *Open J Cardiovasc Surg*. 2012 Feb 13;5:1-4.
4. Catlow, Jamie; Cross, Tarquin. A case of painless acute Type-A thoracic aortic dissection. *Age Ageing* (2015) 44 (1): 171-172.
5. Earl TJ, Poppas A. Type A Aortic Dissection Presenting with Acute Lower Extremity Vascular Insufficiency in the Absence of Chest Pain. *Open J Cardiovasc Surg*. 2012; 5: 1–4.

6. Hyun Joo Kim, Hyun-Ki Lee, Belong Cho. A Case of Acute Aortic Dissection Presenting with Chest Pain Relieved by Sublingual Nitroglycerin. Korean J Fam Med. 2013 Nov; 34(6): 429–433.
7. Spittell, P C; Spittell, J A; Joyce, J W; Tajik, A J; Edwards, W D; Schaff, H V; Stanson, A W Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). Mayo Clin Proc. 1993 Jul;68(7):642-51.

<b>Caso</b>	(313) Sangrado activo como simulador de estructura vascular.
<b>Autores</b>	Juan Francisco Martínez Martínez Bañón García I; Jiménez Sánchez A.f.; Páez Granda D; Ibáñez Caturla S; Martínez Paredes Y.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca.

**Presentación:**

Presentamos el caso de dos pacientes, uno de ellos sometido a litotricia percutánea renal derecha (A), y otro al que se colocó drenaje biliar percutáneo como tratamiento de ictericia obstructiva (B). Ambos, horas después de los procedimientos, presentaron dolor abdominal e hipotensión arterial. Se realizó a los dos una tomografía computarizada multidetector (TCMD) abdominal con adquisiciones sin contraste, en fase arterial y venosa. El paciente A mostró un extenso hematoma retroperitoneal que desplazaba el riñón derecho anteriormente, en fases arterial y venosa se observó imagen serpiginosa hiperdensa que simulaba una estructura vascular que emergía del riñón por la región cortical contrahiliar para introducirse en el seno del hematoma. El paciente B mostró un hematoma subcapsular hepático y en fases con contraste, también se identificó imagen serpiginosa, tubular hiperdensa que hacía pensar en una estructura vascular y que descendía por la cara lateral hepática adyacente a la pared torácica.

**Discusión:**

La hemorragia arterial activa es una entidad potencialmente catastrófica que requiere una identificación rápida y precisa para su gestión oportuna y eficaz. La fase arterial de la TCMD suele mostrar un foco de extravasación de contraste isodenso a las arterias adyacentes que puede adoptar una morfología irregular, en forma de llama o lineal, con detección de flujos de sangrado  $< 4$  ml/min. En nuestros casos, la excepcional morfología tubular regular, de gran longitud tanto en fase arterial como venosa, generó el diagnóstico diferencial con estructuras vasculares aberrantes. La angiografía posterior descartó la presencia de estructuras vasculares y resolvió mediante embolización los cuadros.

**Conclusión:**

Es importante conocer la potencial morfología caprichosa que puede adoptar la hemorragia activa en TCMD, simulando estructuras vasculares, siendo un hallazgo poco descrito en la bibliografía, y que es de vital importancia para no retrasar su diagnóstico y tratamiento.





**A1; Reconstrucción MIP oblicua que muestra hematoma retroperitoneal con desplazamiento anterior del riñón e imagen hiperdensa lineal ramificada. A2; Plano sagital del paciente anterior. B1; Imagen coronal que muestra hiperdensidad puntiforme con continuidad en multitud de cortes (flecha) y hematoma hepático subcapsular con extensión a gotiera derecha. B2; Reconstrucción MIP en plano sagital oblicuo del mismo paciente. Las imágenes hicieron pensar en estructuras vasculares aberrantes, no obstante se confirmó sangrado activo.**

### Bibliografía:

- Willmann, Jürgen K., Justus E. Roos, Andreas Platz, Thomas Pfammatter, Paul R. Hilfiker, Borut Marinček, y Dominik Weishaupt. «Multidetector CT: Detection of Active Hemorrhage in Patients with Blunt Abdominal Trauma». *American Journal of Roentgenology* 179, n.o 2 (1 de agosto de 2002): 437-44. doi:10.2214/ajr.179.2.1790437.
- Kuhle, William G., y Robert G. Sheiman. «Detection of Active Colonic Hemorrhage with Use of Helical CT: Findings in a Swine Model». *Radiology* 228, n.o 3 (septiembre de 2003): 743-52. doi:10.1148/radiol.2283020756.

- Fang, J. F., R. J. Chen, Y. C. Wong, B. C. Lin, Y. B. Hsu, J. L. Kao, y M. F. Chen. «Classification and Treatment of Pooling of Contrast Material on Computed Tomographic Scan of Blunt Hepatic Trauma». *The Journal of Trauma* 49, n.o 6 (diciembre de 2000): 1083-88.
- Jeffrey, R. B., J. D. Cardoza, y E. W. Olcott. «Detection of Active Intraabdominal Arterial Hemorrhage: Value of Dynamic Contrast-Enhanced CT». *AJR. American Journal of Roentgenology* 156, n.o 4 (abril de 1991): 725-29. doi:10.2214/ajr.156.4.2003435.

<b>Caso</b>	(315) "Torsión ovárica: el gran imitador"
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Adela Rodríguez-fuentes Glenis Nieves Perdomo, Ignacio Gonzalez García, melanie Moana Sánchez Vasseur, Sara Acosta Gonzalez, Beatriz Sanchez De Lorenzo-cáceres
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias

**Presentación:**

Primigesta de 30 años. EG de 8 + 5 semanas. Ingresa por sospecha de pielonefritis para tratamiento antibiótico. Presenta dolor en fosa renal derecha irradiado a genitales, temperatura de 37°C, con restos de constantes dentro de límites normales. Mala evolución clínica focalizando el dolor en FID. Leucocitos de 16.600, Neutrófilos 85% y PCR de 38. Sedimento: hematuria y piuria. Blumberg positivo. Se solicita ecografía urgente para descartar apendicitis. US: ovarios aumentados de tamaño con múltiples folículos de aspecto hemorrágico tras punción folicular por FIV. El anejo derecho se muestra doloroso a la exploración, presenta mayor tamaño y doppler disminuido significativamente con respecto al contralateral.

**Discusión:**

Torsión de ovario derecho.

El diagnóstico de la torsión de ovario no es fácil, dada su baja frecuencia y su presentación clínica inespecífica. Puede afectar a mujeres de desde la edad pediátrica a edades avanzadas, de forma aguda o larvada, por lo que se suele retrasar su diagnóstico y tratamiento.

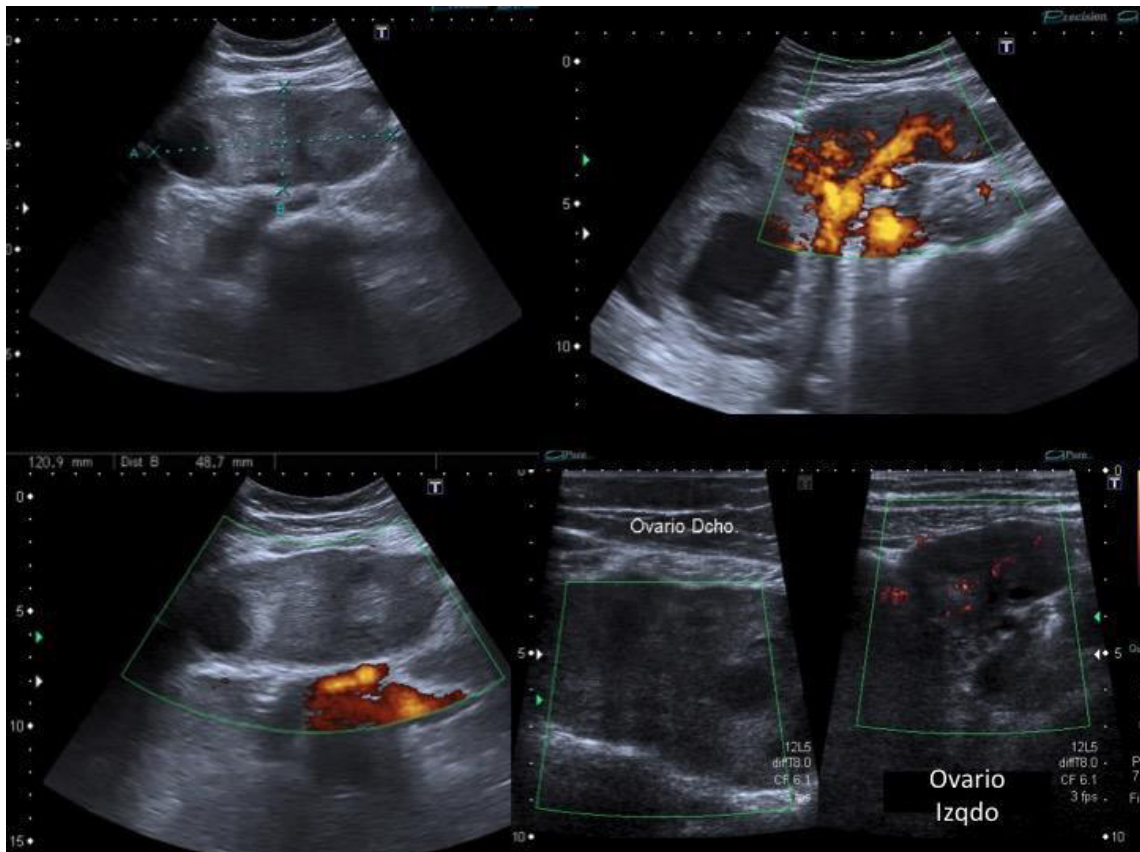
El 20% se da en embarazos (presencia de cuerpo lúteo y mayor laxitud de tejidos), siendo habitualmente la afectación unilateral y derecha en el 60% de los casos.

Los hallazgos ecográficos típicos son: anejo asimétrico y edematoso. Utero lateralizado hacia el lado de la torsión. El doppler es variable debido a la doble aportación arterial que presenta así como en función del grado de torsión.

Las causas más frecuentes son: quistes, masas, cuerpos lúteos de gran tamaño, estimulación ovárica,...

**Conclusión:**

La torsión ovárica debe estar presente en el diagnóstico diferencial del dolor en FID en la mujer. Debemos estar alerta para detectar aquellos signos ecográficos que ayuden al clínico a llegar al diagnóstico y tratamiento adecuado.



*Ecografía transabdominal*

### **Bibliografía:**

Naffaa L, Deshmukh T, Tumu S, Johnson C, Boyd KP, Meyers AB. Imaging of Acute Pelvic Pain in Girls: Ovarian Torsion and Beyond. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2016 Dec 21. pii: S0363-0188(16)30069-X.

Robertson JJ, Long B, Koyfman A. Myths in the Evaluation and Management of Ovarian Torsion. *J Emerg Med*. 2016 Dec 14. pii: S0736-4679(16)31000-9.

Chang HC<sup>1</sup>, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics*. 2008 Sep-Oct;28(5):1355-68.

<b>Caso</b>	(316) Signo del remolino
<b>Autores</b>	Paula Concejo Iglesias J. De Luis Yanes; A. Pérez De Los Ríos; W.a. Ocampo Toro; P. Barón Ródiz; D. Blanco García
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Severo Ochoa

### **Presentación:**

Varón de 98 años cáncer con esofágico tratado con esofagectomía y gastroplasia y múltiples cuadros de obstrucción intestinal resueltos con tratamiento médico. Acude a Urgencias con un nuevo cuadro de dolor abdominal, estreñimiento de 5 días de evolución, náuseas y vómitos. En el TC de abdomen de urgencia se evidencia dilatación del intestino delgado asociado al signo del remolino probablemente debido a brida post-quirúrgica dados los antecedentes del paciente. Mínima cantidad de líquido libre sin signos sugerentes de sufrimiento de asas. Valorado por el Servicio de Cirugía se decide tratamiento médico.

### **Discusión:**

El “signo del remolino” tiene lugar cuando dos asas intestinales rotan sobre sí mismas en sentido horario junto con vasos y grasa mesentérica.

Puede acompañar hallazgos sugerentes de complicación como líquido libre, ingurgitación de los vasos mesentéricos o engrosamiento mural entre otros.

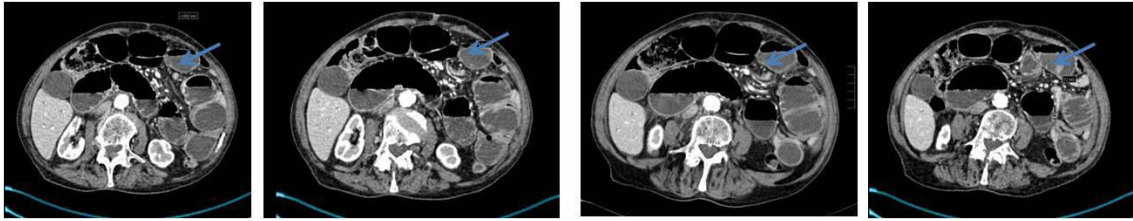
Ha sido descrito en el contexto de malrotación intestinal y vólvulos de intestino delgado o grueso de de origen primario o secundario, obstrucciones de asa cerrada, en casos de enteritis, de torsión omental u ovárica.

El paciente de nuestro caso, dados los antecedentes quirúrgicos y cuadros de obstrucción previos, es probable que sea debido a un vólvulo de intestino delgado secundario a brida postquirúrgica que es una de las causas más frecuentes junto con las hernias. Otras etiologías a tener en cuenta son los tumores o invaginaciones.

Entre el diagnóstico diferencial debemos incluir el “signo del poste del barbero”, el “signo de la rotación de la vena mesentérica superior” o los patrones vasculares “remolino like” que implica únicamente torsión de los vasos.

### **Conclusión:**

El “signo del remolino” es poco común y difícil de visualizar. Sugestivo de algunas patologías urgentes y potencialmente fatales para el paciente como el vólvulo intestinal e isquemia asociada por lo que es importante identificarlo y hacer el diagnóstico diferencial con otros patrones radiológicos similares.



***Dilatación de asas de intestino delgado desde el bulbo duodenal hasta el íleon. En flanco izquierdo se visualiza cambio de calibre con el signo del torbellino (flechas). Distal a éste, las asas de intestino delgado y el marco cólico están colapsadas.***

### **Bibliografía:**

1. M. Pire Solaun, M. Martí De Gracia, C. Simón Selva, M. Onate Miranda, N. López Garro. "El signo del remolino. Características de imagen y trampas diagnosticas." Sistema de presentación electrónica SERAM 2014. 10.1594/seram2014/S-1074.
2. Ramirez Galvez, Raquel; Pérez Aytes, Ramón; Sanchez Biec, Alberto; Sánchez Lozano, Juana; Fontes Ortiz, Mercedes; Bussion Martínez, María del Carmen. "Vólvulos: aspectos clínicos y radiológicos". SERAM 2010. E-Poster 321.
3. A. Prof Frank Gaillard et al. "Whirlpool sign". Radiopaedia.org

<b>Caso</b>	(318) ATRAPAMIENTO DE LA ARTERIA HUMERAL POR FRACTURA SUPRACONDÍLEA.
<b>Autores</b>	Carmen Martinez Huertas Carmen Ortiz Pegalajar, Alvaro Alegre Castellanos.
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario de Jaén

**Presentación:**

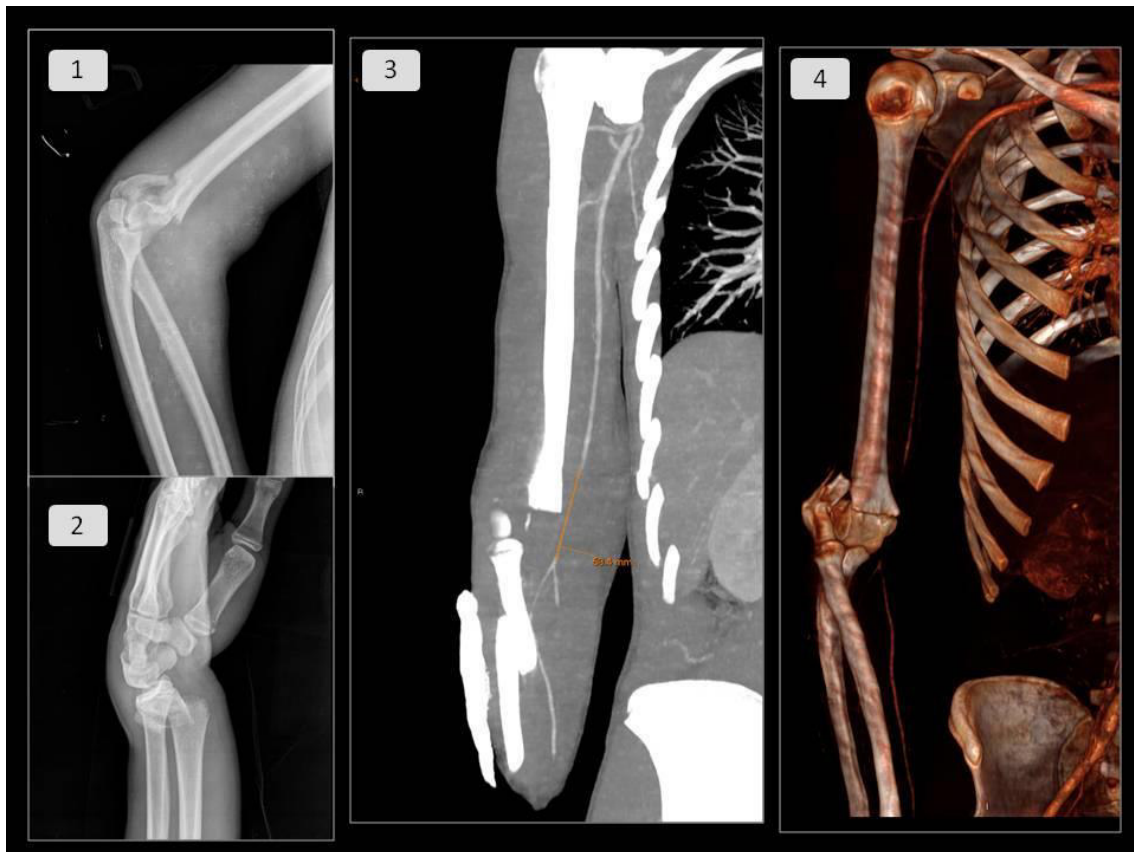
Paciente de 14 años que sufre caída en el instituto y acude a urgencias por impotencia funcional, dolor e inflamación en codo y muñeca derechos. Se realiza Rx observando fractura supracondílea del húmero con desplazamiento anterior del fragmento proximal (Gartland tipo III) y fractura del radio distal con angulación dorsal. A la exploración no se palpaban pulsos distales y se realizó Angio-TC por sospecha de lesión de la arteria humeral. El Angio-TC mostró arteria humeral permeable hasta su tercio distal donde dejaba de visualizarse en una extensión de 5cm, sin fuga de contraste ni alteraciones de la pared, observando a nivel distal las arterias radial y cubital permeables, concluyendo que se trataba de un posible síndrome compartimental debido al hematoma de partes blandas periarticulares. El paciente fue intervenido de inmediato, se drenó el hematoma y se realizó arteriografía intraoperatoria observando afilamiento de la arteria humeral en su tercio distal donde dejaba de latir debido a que se encontraba desplazada y atrapada dentro de la articulación, se liberó, recuperando latido y flujo.

**Discusión:**

El diagnóstico final fue un atrapamiento de arteria humeral en el foco de fractura. Las fracturas supracondíleas humerales constituyen unas de las fracturas más frecuentes en los niños; en la mayor parte de los casos se deben a un mecanismo en extensión y son las que presentan mayor tasa de complicaciones en la edad pediátrica, pues se pueden asociar a lesiones vasculares, que incluyen laceración, disección, sección, trombosis, compresión, espasmo o atrapamiento, como en nuestro caso. En estos casos el diagnóstico y tratamiento se considera una urgencia quirúrgica.

**Conclusión:**

Las fracturas supracondíleas en niños con sospecha de lesión vascular deben considerarse una emergencia; La angio-TC puede ayudar al diagnóstico, no obstante en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo lo dará la arteriografía.



18002

### Bibliografía:

1. J. Merino P´reza, , I. Ibor Ureña , M.T. Rodríguez Bustabadb , O. Campos Alonsoa , G.M. Elorriaga Sagarduya y J.I. Vicinay Olabarriaa. Fracturas supracondíleas humerales con traumatismo vascular en niños. Rev. esp. cir. ortop. traumatol. 2009;53(5):312–316
2. Tukasz Matuszewski. Evaluation and management of pulseless pink/pale hand syndrome coexisting with supracondylar fractures of the humerus in children. Eur J Orthop Surg Traumatol (2014) 24:1401–1406
3. Seth D. Dodds, Monique A. Grey, Daniel D. Bohl, Eamonn M. Mahoney, Peter A. DeLuca. Clinical and radiographic outcomes of supracondylar humerus fractures treated surgically by pediatric and non-pediatric orthopedic surgeons. J Child Orthop (2015) 9:45–53



<b>Caso</b>	(321) Angiomiolipoma renal con aneurisma sangrante a raíz de cuadro de dolor abdominal agudo.
<b>Autores</b>	Irene Cases Susarte Helena Pérez Templado Ladrón De Guevara, Maria Jesús Gayán Belmonte, Elisabeth Cruces Fuentes, Carmen Botía González, Alba Patricia Solano Romero
<b>Centro</b>	Morales Meseguer

**Presentación:**

Mujer de 85 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y lumbar difuso, deterioro del estado general e hipotensión (77/44mmHg). En la analítica destaca una hemoglobina de 9mg/dl, con caída de dos puntos durante su estancia en urgencias. No antecedentes médicos de interés. Se realiza angio-TC de abdomen y pelvis bifásico. Se aprecia una gran masa renal (25 x 21 x 13 cm) predominantemente grasa dependiente de la región interpolar del riñón izquierdo. En el estudio vascular destaca que se encuentra irrigada por una rama periférica de la arteria renal que muestra un aneurisma fusiforme de 6mm, con marcada extravasación de contraste. Presencia de ascitis densa que se extiende por el espacio perirrenal, vacío izquierdo y pelvis menor.

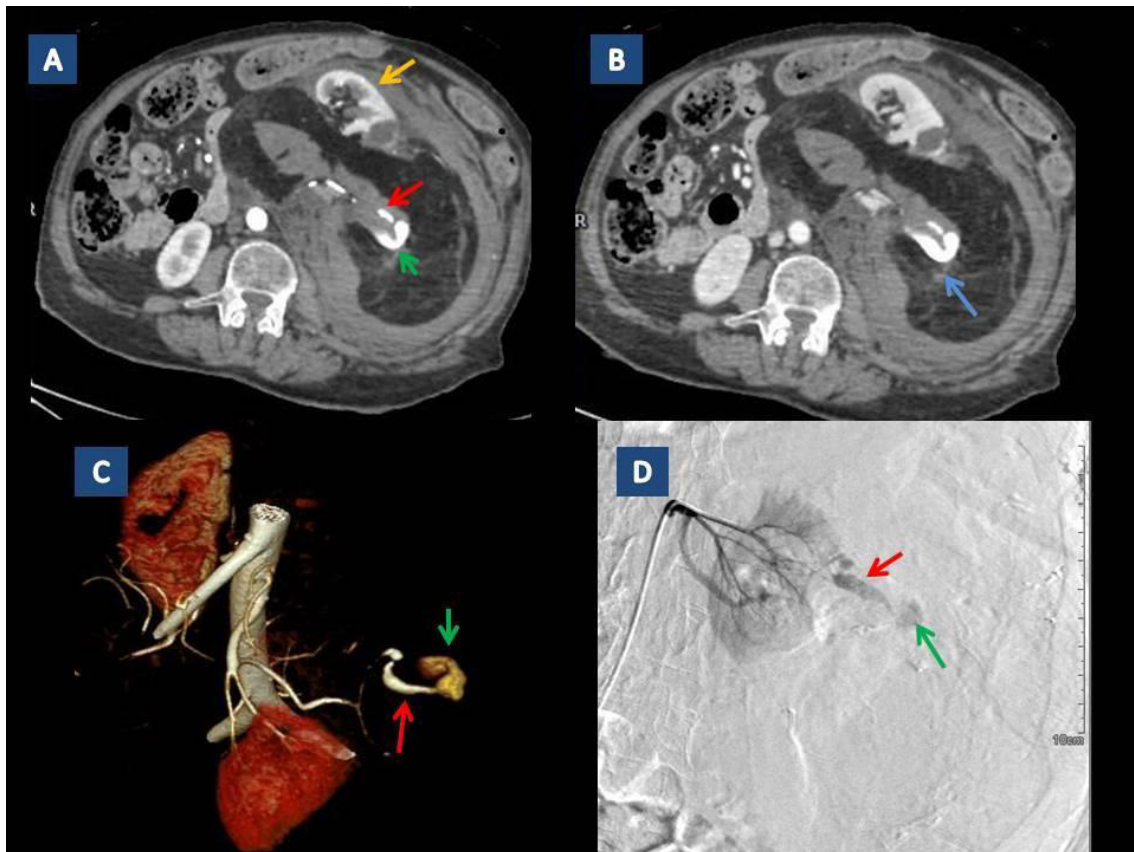
**Discusión:**

Angiomiolipoma (AML) gigante renal izquierdo con aneurisma y signos de sangrado activo. La paciente es remitida a radiología intervencionista para tratamiento endovascular. Se realiza embolización del aneurisma descrito previamente hasta cese del sangrado. Resangrado a las 24 horas con reembolización exitosa.

La formación de aneurismas en los AML esporádicos, es decir, no asociados a esclerosis tuberosa es rara. Por otra parte, son factores que predisponen al sangrado del AMP un tamaño tumoral >4 cm, la presencia de aneurismas y, según algunos autores, que el aneurisma sea > 5mm. Nuestra paciente contaba con estos 3 factores de riesgo para el sangrado.

**Conclusión:**

Ante la sospecha de sangrado activo intraabdominal debemos realizar un angioTC urgente para localizar el punto de sangrado y planificar la embolización endovascular. Por otro lado, en pacientes con AML conocidos, planteamos que puede ser útil realizar un estudio vascular programado para descartar la presencia de aneurismas, sobretodo los >5 mm, ya que presentan mayor riesgo de sangrado.



**A** Corte axial de angio-TC en ventana de partes blandas y con reconstrucción MPR en fase arterial. Gran masa de densidad heterogénea dependiente de la región interpolar del riñón izquierdo, cuya porción anterior está desplazada hacia anterior (flecha amarilla). La masa está compuesta principalmente por un tejido de densidad grasa, que se rodea de un tejido de partes blandas (probablemente músculo liso) y contiene varias calcificaciones groseras. En el interior de la masa se identifica irrigación por una arteria renal hipertrófica (flecha roja) y tortuosa con extravasación de contraste (flecha verde) compatible con un sangrado activo. **B** Corte axial de angio-TC en ventana de partes blandas y con reconstrucción MPR en fase venosa. En esta fase se objetiva una mayor extravasación de contraste (flecha azul) que apoya el diagnóstico de sangrado activo. **C** Reconstrucción VR de angio-TC abdomino-pélvico. Se objetiva la dependencia de la malformación vascular sangrante (flechas roja y verde) con una arteria interpolar renal izquierda. **D** Arteriografía a nivel de la arteria renal izquierda. Hallazgos superponibles a la reconstrucción VR.

### Bibliografía:

1. Bestard Vallejo JE, Trilla Herrera E, Celma Domenech A, Pérez Lafuente M, de Torres Ramírez I, Morote Robles J. Angiomiolipomas renales: presentación, tratamiento y resultado de 20 casos. *Actas Urol Esp*. 2008;307-15
2. Al Omran, B. and Ansari, N. (2016). Aneurysm in a Large Sporadic Renal Angiomyolipoma. *Oman Medical Journal*, 31(3), pp.223-226.
3. E. Marcote, V. Pellicer, R. Adell, R. Gamon, A. Bayon, M. Canales. Hemorragia retroperitoneal espontánea (síndrome de Wunderlich) en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. *Rev Sdad Valenciana Patol Dig* 2001;20(1):13-16

4. Cifuentes, M., Calleja, F., Hola, J., Daviú, A., Jara, D. and Vallejos, H. (2008). Angiomiolipoma renal complicado como causa de dolor lumbar: Caso clínico. Revista médica de Chile, 136(8).

<b>Caso</b>	(322) ANEURISMA ABDOMINAL ROTO, ¿UN GRAN SIMULADOR?
<b>Autores</b>	Andrés Adolfo Painel Seguel Rodrigo Blanco Salado, Ruth De Las Nieves Exposito Diaz, Isabel María García Chaume
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Doctor Peset

**Presentación:**

Paciente de sexo masculino de 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, consulta en urgencias por un cuadro de 16 horas de evolución que comienza con dolor inguinal y escrotal derecho, que posteriormente se irradia a zona lumbar del mismo lado, asociando palidez y sudoración. Niega episodios previos de dolor, molestias urinarias u otra sintomatología. Ante sospecha de cólico nefrítico se solicita radiografía de abdomen, que se informa como normal, y se trata con analgesia evolucionando de forma favorable. Se da el alta 6 horas después, totalmente asintomático. Al salir de la urgencia, presenta episodio hipotensivo, por lo que reconsulta. Se solicita ecografía abdominal en la que no se observan litiasis nefroureterales y se detecta un aneurisma de aorta infrarrenal. Se realiza un angio TC en el que se observa un hematoma retroperitoneal que se extiende caudalmente llegando hasta la pelvis, secundario a rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Se realiza una exclusión endovascular, con buena evolución, dándose de alta 6 días después.

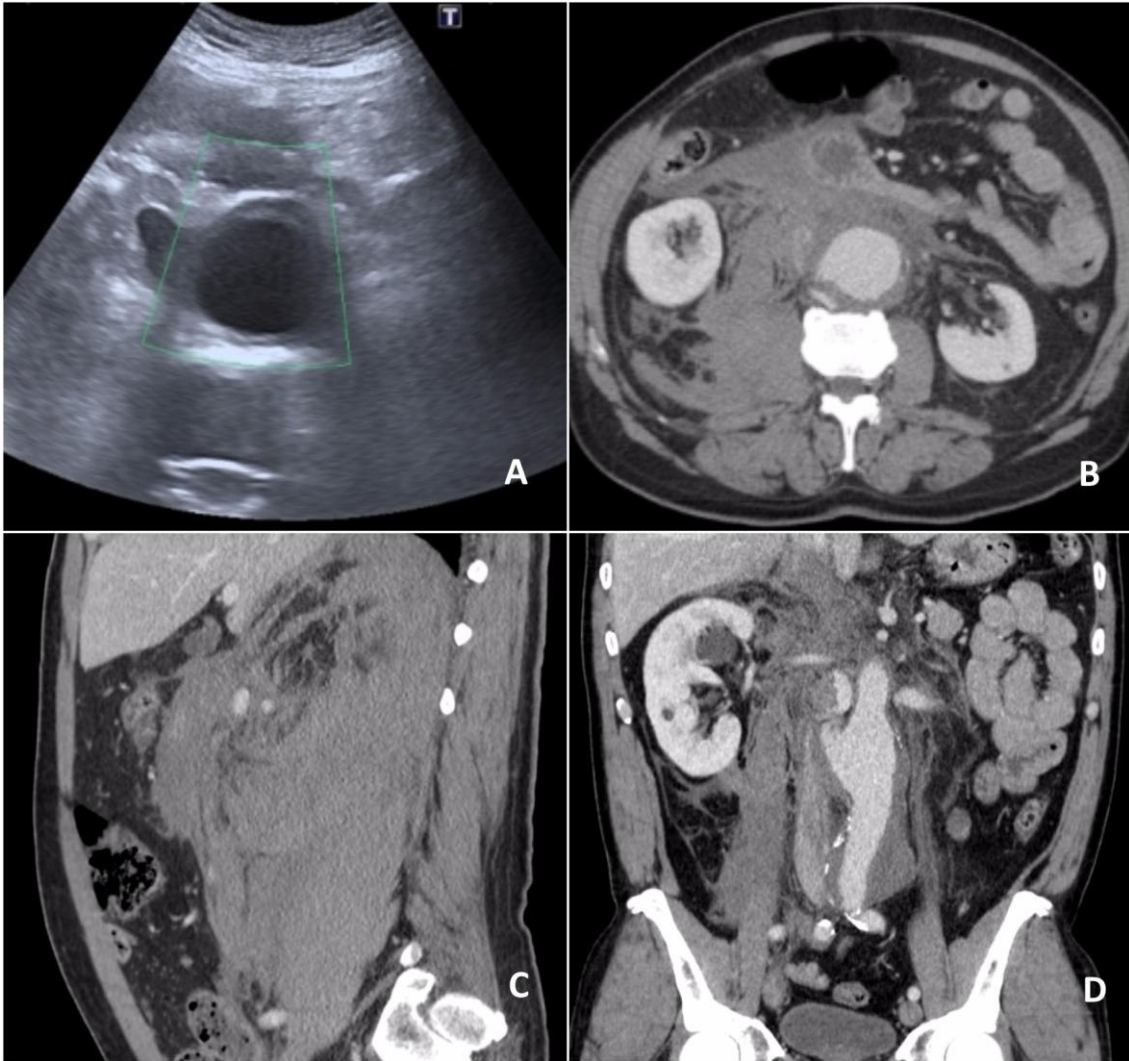
**Discusión:**

El aneurisma aórtico abdominal es una dilatación de la aorta abdominal mayor de 3 cm. Su prevalencia es mayor en hombres y va aumentando con la edad. Su localización más frecuente es infrarrenal. En general son asintomáticos.[1] Cuando existe dolor, se relaciona a expansión aguda de la pared, hemorragia intramural o degeneración mural, considerados procesos previos a la rotura. El dolor puede ser lumbar, inguinal, escrotal o rectal por lo que puede simular un cólico nefrítico.[2]

**Conclusión:**

## Conclusión

Es de vital importancia conocer que el aneurisma de aorta abdominal sintomático puede simular de forma idéntica un cólico nefrítico o patologías como pancreatitis, diverticulitis, isquemia miocárdica, entre otras, por lo que es importante mantener una alta sospecha.



**A:** Ecografía abdominal en la que se observa aneurisma de aorta abdominal. **B, C y D:** Hematoma retroperitoneal que se extiende caudalmente hasta pelvis, secundario a rotura de aneurisma de aorta abdominal.

### Bibliografía:

1. Cabrera T, R. and A. O'Brien S, ROTURA DE ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LITERATURA. Revista chilena de radiología, 2006. 12: p. 123-127.
2. Manish Mehta, J.B., Abdominal Aortic Aneurysms: Ruptured, in Rutherford's Vascular Surgery, Elsevier, Editor. 2014.

<b>Caso</b>	(323) Obstrucción intestinal: más allá de las asas
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	Lucía Gómez-pimpollo García C. Cortés León, Jp. Martínez González, It. Gordo Molina, T. Fontanilla Echeveste, Ml. Collado Torres Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda

**Presentación:**

Varón de 89 años que acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos y ausencia de deposición de 4 días de evolución. Adenocarcinoma de próstata tratado con radioterapia como único antecedente de interés. En la analítica destaca leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva. En la radiografía simple de abdomen se observan signos de obstrucción intestinal, por lo que se realiza TC abdominal para filiar la causa. En la TC con CIV se confirman los datos de obstrucción intestinal, con punto de obstrucción en íleon distal condicionado por imagen de estructura laminar, fusiforme. Asocia aerobilia y ausencia de plano graso de separación entre el duodeno y la vesícula biliar, que muestra signos inflamatorios en su pared, sin distensión. Los hallazgos son compatibles con íleo biliar, que se confirmó en el tratamiento quirúrgico.

**Discusión:**

Los signos radiológicos clásicos de íleo biliar incluyen obstrucción intestinal, aerobilia y objetivación directa del cálculo biliar ectópico (triada de Rigler). Estos hallazgos son prácticamente patognomónicos.

Aunque en algunos casos podemos encontrar estos signos en la radiografía simple, la aerobilia es difícil de visualizar y los cálculos de colesterol suelen ser hipodensos, por lo que la ausencia de calcificación puede dificultar su diagnóstico.

La TC es la prueba más sensible y específica para detectar estos hallazgos así como descartar otras causas de obstrucción y valorar la presencia de complicaciones.

**Conclusión:**

Ante una obstrucción intestinal debemos pensar en esta infrecuente etiología, que asocia mayor morbimortalidad principalmente debido a su retraso en el diagnóstico, por lo que es importante tenerla presente y correlacionar los signos asociados, ya que en ellos puede estar la clave de nuestro diagnóstico.



**Imagen 1. Radiografía simple de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado, cambio brusco de calibre y colapso relativo de asas distales. Imagen 2. Reconstrucción MPR sagital con imagen fusiforme levemente hipodensa de 3cm, de estructura laminar, sugestiva de litiasis biliar ectópica (flecha amarilla) a nivel del íleon distal con dilatación de asas proximales. 3. Reconstrucción MPR coronal. Burbujas aéreas en lecho vesicular (flecha blanca) sin plano graso de separación entre la pared de la vesícula y el duodeno (flecha verde) que hace sospechar la presencia de fístula colecistoduodenal.**

### **Bibliografía:**

Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185:1159–65.

Patel NB, Oto A, Thomas S. Multidetector CT of emergent biliary pathologic conditions. *Radiographics* 2013;33:1867–88.

<b>Caso</b>	(324) ILEO BILIAR SECUNDARIO CON FISTULA VESICULODUODENAL
<b>Autores</b>	Verónica Lorenzo Quesada Victoria De Lara Bendahan, Juan Carlos Perez Herrera, Silvana Lara Fernandez, Carlos Borrega Harinero, Eva María García Gámez
<b>Centro</b>	H.U.Puerto Real

**Presentación:**

Mujer 84 años. AP: 2 episodios de colecistitis aguda litiasica no intervenidas. Dolor abdominal, nauseas y vómitos.

**Discusión:**

TCMD: Aerobilia en vía biliar intrahepática izquierda y colédoco. Litiasis vesicular con engrosamiento de su pared y aerobilia. Fístula entre la pared medial vesicular y la primera porción duodenal. ?Dilatación de las asas duodeno-yeyunales hasta yeyuno distal, donde se visualiza litiasis de 1.5 cm impactada, que condiciona obstrucción intestinal.

?Diagnóstico: Ileo biliar secundario a fístula colecisto-duodenal.

Comentario docente:

El ileo biliar es una rara complicación de colelitiasis y una causa infrecuente de obstrucción mecánica intestinal (3%).

Ocurre normalmente en pacientes con colecistitis crónica o subaguda. Es más frecuente en mujeres.

La obstrucción vesicular de larga duración produce erosión del cálculo biliar en la pared intestinal, generalmente por formación de fístula colecistoentérica.

En ausencia de fístula, el ileo biliar puede ocurrir después de esfinterotomía endoscópica o de colecistectomía.

El síndrome de Bouveret describe la obstrucción gástrica secundaria a una litiasis biliar impactada en duodeno o píloro.

La mayoría de los cálculos obstructivos son mayores de 2,5 cm y se localizan distalmente, en íleon y yeyuno.

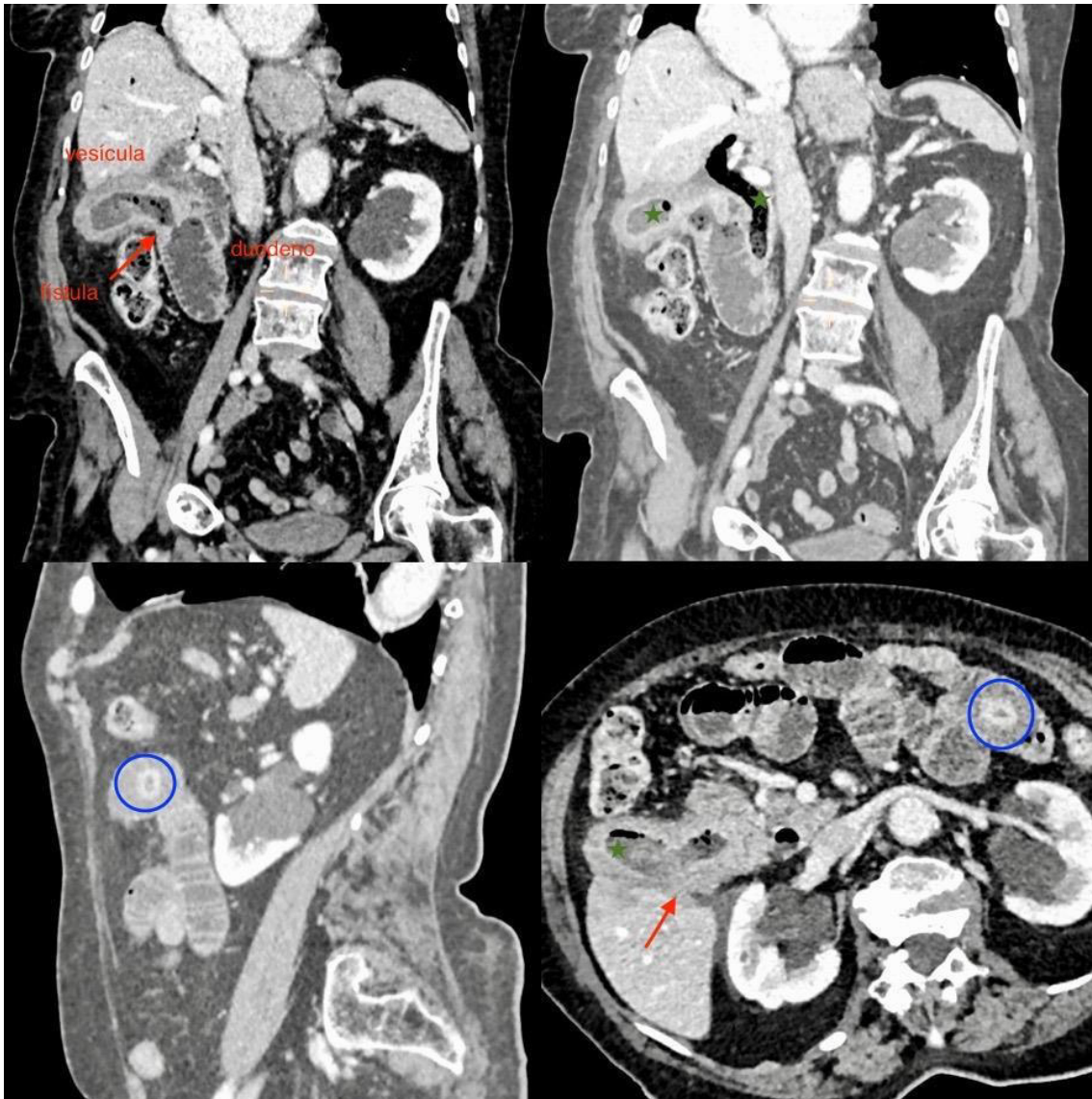
Una vez en el tracto intestinal, el cálculo puede ser vomitado, pasar espontáneamente a recto, o impactarse y causar obstrucción. El punto de obstrucción suele ser el íleon terminal porque es la porción más estrecha del intestino delgado.

Los signos clásicos de ileo biliar son neumobilia, obstrucción mecánica de intestino delgado y litiasis biliar de localización ectópica (triada de Rigler). Esta triada se ha identificado en TC hasta en un 77% de pacientes con ileo biliar.



**Conclusión:**

El TCMD es la técnica de elección para la valoración de los hallazgos típicos del íleo biliar, permitiendo identificar litiasis ectópica, aerobilia y obstrucción intestinal.



*Vesícula biliar de pared engrosada con fístula hacia duodeno (flecha roja). Nótese la aerobilia (asterisco) en colédoco y vesícula biliar. Litiasis de origen biliar en yeyuno con ligera dilatación de asas.*

**Bibliografía:**

-Multidetector CT of Emergent Biliary Pathologic Conditions. Neel B. Patel, Aytekin Oto, Stephen Thomas. RadioGraphics 2013; 33:1867–1888.

-More than Meets the Eye: Subtle but Important CT Findings in Bouveret's Syndrome. Susan Gan.?

Roy-Choudhury.Sanjay Agrawa. AJR 2008; 191:182–185.

-Role of Helical CT in Diagnosis of Gallstone Ileus and Related Conditions.Francesco Lassandro. F, Romano.S, Ragozzino. A. AJR 2005; 185:1159–1165

<b>Caso</b>	(325) DOLOR TORÁCICO AGUDO: UN CASO DE DISECCIÓN AÓRTICA
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández Luis Alemañ Romero, M <sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro, Plácida Alemán Díaz, Alejandro Puerta Sales, M <sup>a</sup> José Ruíz López
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofía

**Presentación:**

Varón de 78 años que presenta dolor centrotorácico brusco irradiado a espalda. A la exploración presenta hipertensión arterial y los pulsos arteriales en miembros inferiores están disminuidos. Ante la sospecha de patología aórtica aguda se realiza un angio-TC de aorta hallando una disección de aorta ascendente y aorta descendente que se extiende hasta la salida de la arteria mesentérica superior.

**Discusión:**

La disección de aorta es la patología aórtica urgente más común, a menudo con resultado fatal. El pronóstico viene determinado por el tipo y por la presencia de complicaciones asociadas.

La clínica clásica consiste en dolor centrotorácico brusco irradiado a espalda. Otros síntomas asociados son el síncope, dolor abdominal, oliguria y disminución de pulsos.

Según la clasificación de Stanford distinguimos dos tipos:

-Tipo A: Afecta la aorta torácica ascendente y puede extenderse hacia la descendente. La más frecuente.

-Tipo B: Se afecta la aorta descendente, distal a arteria subclavia izquierda.

El diagnóstico temprano es esencial para mejorar el pronóstico, siendo la técnica de elección el angio-TC de aorta.

Hallazgos radiológicos:

-RX de tórax: puede ser normal, si se aprecian alteraciones suele ser un ensanchamiento mediastínico, desplazamiento de calcificación aórtica y contorno anómalo, aumento de la silueta cardíaca.

-TC tóracoabdominal sin contraste: permite hacer el diagnóstico diferencial entre hematoma y luz falsa.

-Angio-TC de aorta:

- Flap intimal

- Flap circunferencial: si se produce disección de toda la íntima.

- Calcificación de luz falsa: en disecciones crónicas.

- Disección de tres canales: hallazgo raro.

- Complicaciones: regurgitación aórtica aguda, taponamiento pericárdico, rotura aórtica...

### Conclusión:

Nuestro paciente presentaba una disección de aorta tipo A de Stanford. La disección aórtica puede tener un resultado fatal por lo que el diagnóstico temprano es esencial para mejorar el pronóstico, siendo la técnica de elección el angio TC de aorta.



**A:** Angiografía TC axial a nivel de cayado aórtico, donde se aprecia flap intimal (flecha) y fenestración (\*) que comunica ambas luces, en una disección Tipo A (Stanford). **B:** Angiografía TC axial abdominal. Se aprecia en aorta abdominal la luz verdadera ("V") y la falsa ("F"), esta última de menor atenuación. La disección se extiende a la salida de la arteria mesentérica superior (flecha).

**C:** Reconstrucción MPR sagital de angiografía TC, donde se aprecia la salida de tronco celiaco (flecha) y arteria mesentérica superior (cabeza de flecha) desde la luz falsa.

### Bibliografía:

1. Multidetector CT of Aortic Dissection: A Pictorial Review. Michelle A. McMahon and Christopher A. Squirrell. RadioGraphics 2010 30:2, 445-460
2. Pitfalls in the Diagnosis of Thoracic Aortic Dissection at CT Angiography. Poonam Batra, Brian Bigoni, John Manning, Denise R. Aberle, Kathleen Brown, Eric Hart, and Jonathan Goldin. RadioGraphics 2000 20:2, 309-32



<b>Caso</b>	(327) ¿UNA SIMPLE ESPINA DE PESCADO O LA ESPADA DE DAMOCLES ALIMENTARIA?
<b>Autores</b>	Ana Maria Lopez Moreno Marta Relaño Mesa/clara Eugenia Rodriguez Godoy/ramon
<b>Centro</b>	Palacios Bote/guadalupe Rueda Monago/alberto Sierra Solis COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

**Presentación:**

Mujer de 62 años que acude a Urgencias por epigastralgia con irradiación a hipocondrios y vómitos desde hace 20 días. En la exploración: dolor en epigastrio e hipocondrio derecho con Murphy positivo; y en la analítica: leucocitosis con neutrofilia. TC de abdomen: - Colección entre la vesícula biliar y la primera porción duodenal con imagen lineal hiperdensa en su interior. - Cambios inflamatorios en la vesícula biliar con engrosamiento, edema de pared y deflecamiento de la grasa. - En el segmento 4 hepático colección heterogénea de bordes anfractuados.

**Discusión:**

PERFORACION DUODENAL POR ESPINA DE PESCADO, ENCUBIERTA, CON ABSCESO PERIVESICULAR, COLECISTITIS Y ABSCESO HEPÁTICO ASOCIADOS.

La mayoría de los cuerpos extraños que se ingieren avanzan por el tracto intestinal sin complicaciones, menos del 1% provoca perforación intestinal y suele tratarse de objetos alargados y afilados como espinas o palillos...

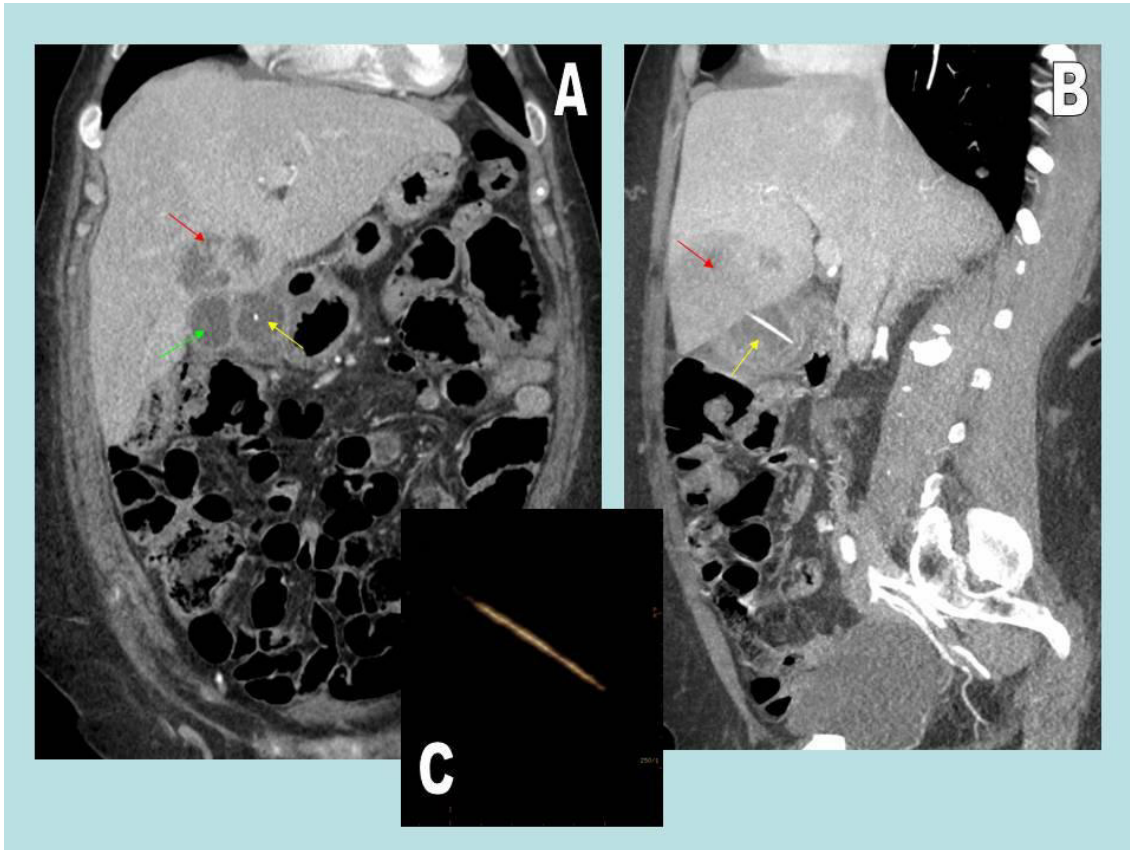
La clínica es variable y el diagnóstico se suele retrasar, ya que pueden pasar meses entre la ingestión y la perforación.

Las espinas se quedan bloqueadas en un segmento estrecho del intestino, erosionan la mucosa y producen una diseminación bacteriana. Si el proceso avanza puede provocar una perforación de la pared y un absceso extramural, que puede terminar en un abdomen agudo. El punto de la perforación es pequeño y se cubre con fibrina, omento y asas intestinales, lo que evita que exista un neumoperitoneo extenso.

La TC permite detectar el área intestinal patológica y la causa. Se observa engrosamiento parietal, neumoperitoneo e infiltración grasa. Las espinas se visualizan como imágenes lineales de densidad calcio en el interior del área inflamatoria.

**Conclusión:**

Las perforaciones intestinales por espinas son infrecuentes pero suponen un reto diagnóstico para el radiólogo, ya que no suelen sospecharse clínicamente. La TC es la técnica diagnóstica de elección, siendo el conocimiento de la fisiopatología de ayuda para su interpretación.



**A) TC de abdomen con contraste IV. Reconstrucción coronal B) TC de abdomen con contraste IV. Reconstrucción sagital con técnica MIP C) Reconstrucción volumétrica de la espina de pescado. Colección líquida encapsulada entre la vesícula biliar y la primera porción duodenal (absceso; flecha amarilla) con imagen lineal hiperdensa en su interior (espina de pescado). Vesícula biliar con engrosamiento y edema de la pared (colecistitis; flecha verde). Colección heterogénea de bordes anfractuosos en el segmento 4 hepático (absceso; flecha roja).**

### **Bibliografía:**

- Coulier B, Tancredi MH, Ramboux A. Spiral CT and multidetector-row CT diagnosis of perforation of the small intestine caused by ingested foreign bodies. *Eur Radiol* 2004; 14:1918–25.
- Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Cheah FK, Ooi LL, et al. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *Am J Roentgenol* 2006;187:710–4.
- Akazawa Y, Watanabe S, Nobukiyo S, Iwatake H, Seki Y, et al. The management of possible fishbone ingestion. *Auris, Nasus, Larynx* 2004; 31: 413-16.

<b>Caso</b>	(328) ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO, PRESENTACION ATIPICA.
<b>Autores</b>	Carmen Maria Martinez Porras Jose Miguel García Diez, Lucia Zambrana Aguilar, Adoración Reche Molina, Francisco García Gallardo, Gador Sanabria Medina.
<b>Centro</b>	complejo hospitalario Torrecárdenas

**Presentación:**

Neonato varón de 25 días de vida con lactancia materna que acude por vómitos tras todas las tomas. No asocia fiebre ni alteraciones en la consistencia o número de deposiciones. Presentaba avidez por las tomas. Ecografía abdominal para valorar canal pilórico: canal de 15 mm de longitud con imágenes hipoeoicas a nivel teórico de capa muscular sin flujo doppler en su interior, 6 mm de espesor y diámetro axial de píloro de 17 mm. Estos hallazgos, en el contexto clínico nos plantean como primera posibilidad una estenosis hipertrófica de píloro (EHP) atípica. Se realizó pilorotomía urgente con presencia de una colección purulenta en la pared del píloro por streptococo pneumoniae (estudio microbiológico).

**Discusión:**

La EHP, suele desarrollarse entre las 2-8 semanas de vida, más frecuente en varones.

Su etiopatogenia es incierta y multifactorial con factores genéticos, ambientales y hormonales; así como, anomalías en la distribución de las terminaciones nerviosas, producción de óxido nítrico, células de Cajal y factor de crecimiento insulino-like.

Todo ello en conjunto condiciona una ausencia de la relajación muscular con aumento de factores de crecimiento que da lugar a la hipertrofia e hiperplasia de la muscular del canal pilórico.

Clínicamente se presenta con vómitos no biliosos y masa palpable.

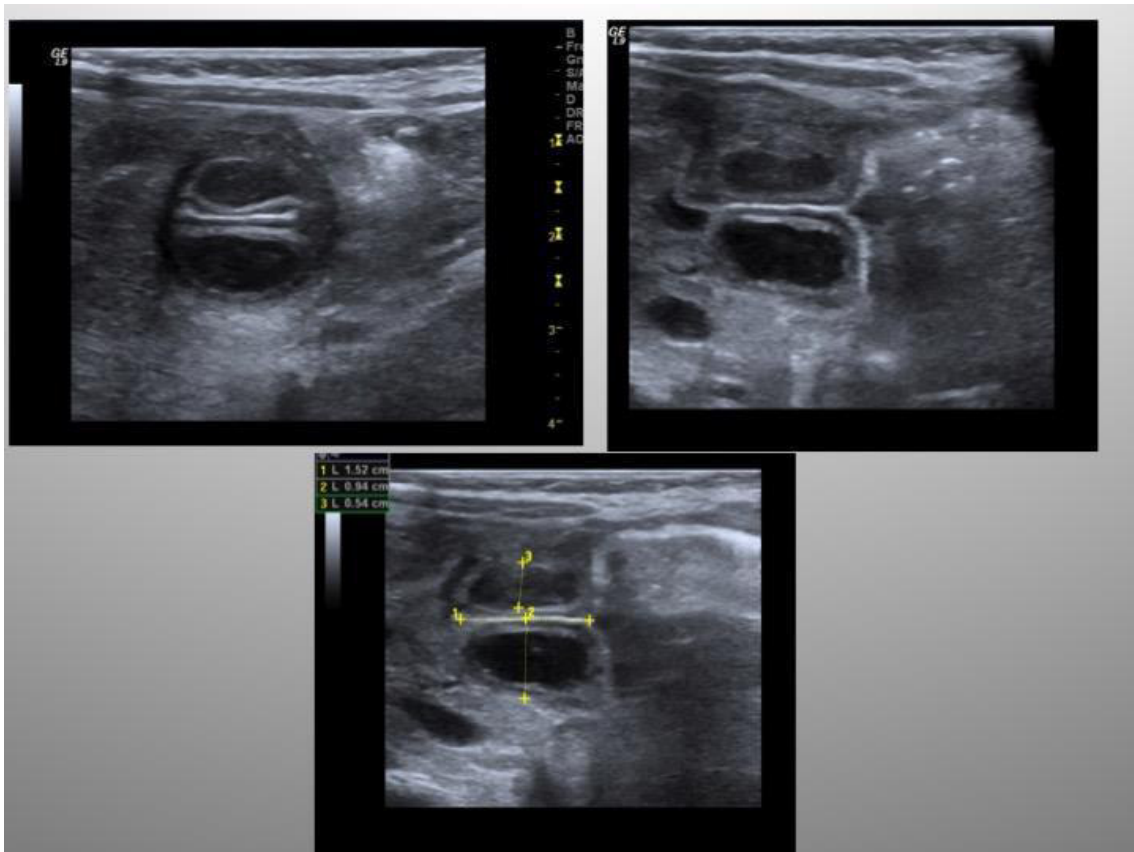
Su diagnóstico es ecográfico con hallazgos característicos que demuestran, aumento en la longitud del canal (> 17mm), del diámetro anteroposterior (>14mm) y del grosor de la capa muscular (>3mm), y signos clásicos como el " signo del donut" y el "signo del paraguas".

No obstante, la ausencia de ellos, no excluye su diagnóstico, pudiendo existir formas de presentación atípicas aún no publicadas en la bibliografía (por infrecuencia y rareza) como nuestro caso que presentó EHP con abscesos parietales.

**Conclusión:**

Pueden existir formas de presentación atípicas de la EHP, aún por estudiar y comprender.





*Absceso parietal canal pilórico, imágenes axiales y longitudinales del canal pilórico.*

### **Bibliografía:**

Hernanz-Schulman M. Infantile hypertrophic pyloric stenosis. Radiology. 2003;227:319-31.

Hernanz-Schulman M. Pyloric stenosis: role of imaging. Pediatric radiology. 2009;39 Suppl 2:S134-9.

Roldan-Valadez E, Solorzano-Morales S, Osorio-Peralta S. Imaging diagnosis of infantile hypertrophic pyloric stenosis: report of a case and review of the literature. Rev Gastroenteral Mex. 2007;72:126–132.

Mahalik S, Prasad A, Sinha A, Kulshrestha R. Delayed presentation of hypertrophic pyloric stenosis: a rare case. J Pediatr Surg. 2010;45:9–11.

Ogunlesi TA, Kuponiyi OT, Nwokoro CC, Ogundele IO, Abe GF, Ogunfowora OB. Infantile hypertrophic pyloric stenosis with unusual presentations in Sagamu, Nigeria: a case report and review of the literature. Pan Afr Med J. 2016 Jun 2;24:114



<b>Caso</b>	(329) HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BOERHAAVE
<b>Autores</b>	Laura Díaz Rubia Francisco Javier García Verdejo
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Granada

**Presentación:**

Se trata de un varón de 46 años con antecedentes de vértigos e hipoacusia de oído derecho en estudio. Acude a urgencias por disnea y dolor torácico de horas de evolución, desencadenado por vómitos tras una crisis vertiginosa. En la exploración clínica destaca hipotensión y taquipnea con saturación del 90% e hipoforesis en hemitórax izquierdo. Se realiza una radiografía de tórax que muestra derrame pleural izquierdo y neumotórax a tensión. Tras esto y ante la gravedad del paciente se realiza una TC de tórax con contraste oral e intravenoso en la que se encuentra imagen lineal secundaria a paso de contraste a mediastino desde esófago a nivel de carina y repleción del espacio pleural por material de contraste oral que confirma la rotura esofágica, junto a neumotórax y derrame pleural izquierdo.

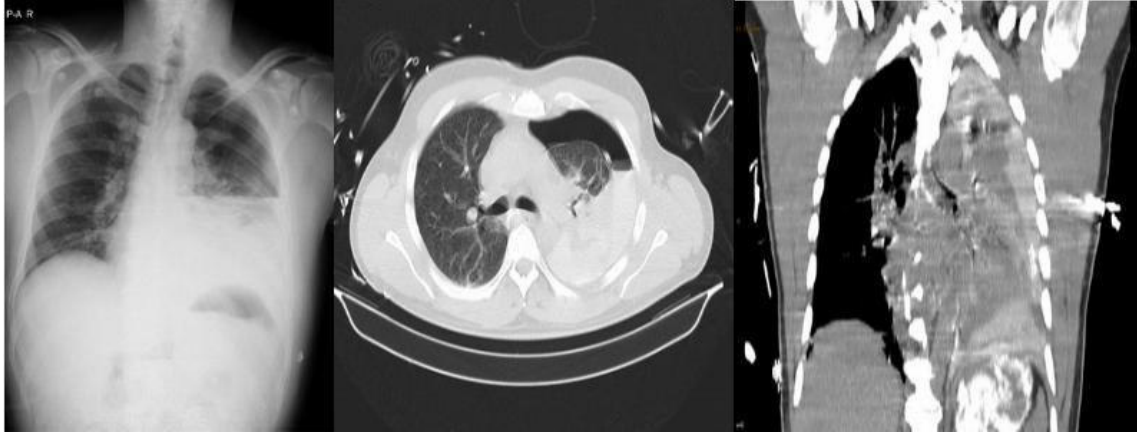
**Discusión:**

Nos encontramos con un caso de Síndrome de Boerhaave, que es, la ruptura esofágica espontánea tras vómitos. Esta entidad es una causa poco frecuente de perforación esofágica y presenta alta morbi-mortalidad por las complicaciones derivadas en la mayoría de los casos de la demora en el diagnóstico y tratamiento.

La presentación clínica típica es la triada de Mackler (vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo). Fisiopatológicamente el barotrauma inducido por la fuerza del vómito incoordinado con cierre pilórico y contracción diafragmática contra un cricofaríngeo cerrado, ocasionando una elevada presión intraluminal esofágica que termina provocando la ruptura completa de la pared izquierda esofágica seguido de disrupción pleural y paso del contenido gastroesofágico a mediastino y cavidad pleural originando una mediastinitis química.

**Conclusión:**

El síndrome de Boerhaave es una patología urgente. Aunque es poco frecuente, precisa un diagnóstico y tratamiento precoz debido a la elevada morbimortalidad que presenta. Las pruebas de imagen, en especial la radiografía de tórax y la TC, juegan un papel crucial en el diagnóstico.



*A la izquierda se observa radiografía de tórax que muestra derrame pleural y neumotórax izquierdo a tensión; Al centro, corte axial de TC de tórax que muestra neumotórax izquierdo y contraste oral en cavidad pleural izquierda secundario a perforación esofágica; a la derecha, corte coronal de TC de tórax tras colocar drenaje pleural izquierdo.*

### **Bibliografía:**

1. Hiroyuki Ando, Yoshinori Shitara, Keigo Hara, Yasushi Mogami, Tsutomu Kobayashi, Toshiki Yajima, et al. Successful surgical treatment o spontaneous of the esophagus diagnosed two dayes after onset. Case Rep Gastroenterol. 2012;6:260-5.
2. Tonolini M, Bianco R. Spontaneous esophageal perforation (Boerhaave syndrome): Diagnosis with CT-esophagography. J Emerg Trauma Shock. 2013;6:58-60.

<b>Caso</b>	(330) ABDOMEN AGUDO, TORSION DE BAZO ECTOPICO.
<b>Autores</b>	Carmen Maria Martinez Porras Jose Miguel García Díez, Lucía Zambrana Aguilar, Carlos Hidalgo Barranco, Gador Sanabria Medina, Adoración Reche Molina
<b>Centro</b>	complejo hospitalario Torrecárdenas

**Presentación:**

Mujer de 24 años que acude por dolor abdominal súbito e inestabilidad hemodinámica. Se realiza TC abdominal con contraste dada la gravedad clínica, visualizándose bazo aumentado de tamaño, hipoatenuado y de localización pélvica con torsión del pedículo vascular. Dados los hallazgos que se evidencian en el estudio y el cuadro clínico se realiza esplenectomía urgente

**Discusión:**

La torsión esplénica es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo o recurrente, con una incidencia inferior al 0,2%.

La hipermovilidad del bazo ("wandering spleen") puede ser causada por la ausencia o desarrollo anormal de sus ligamentos suspensorios lo cual hace que adopte una posición ectópica (migrando inferiormente y situándose intraperitoneal en la mayoría de los casos), siendo un factor predisponente a la torsión del pedículo vascular. Otras causas de hipermovilidad esplénica pueden ser la laxitud postparto, esplenomegalia, trauma abdominal anterior y cirugía previa.

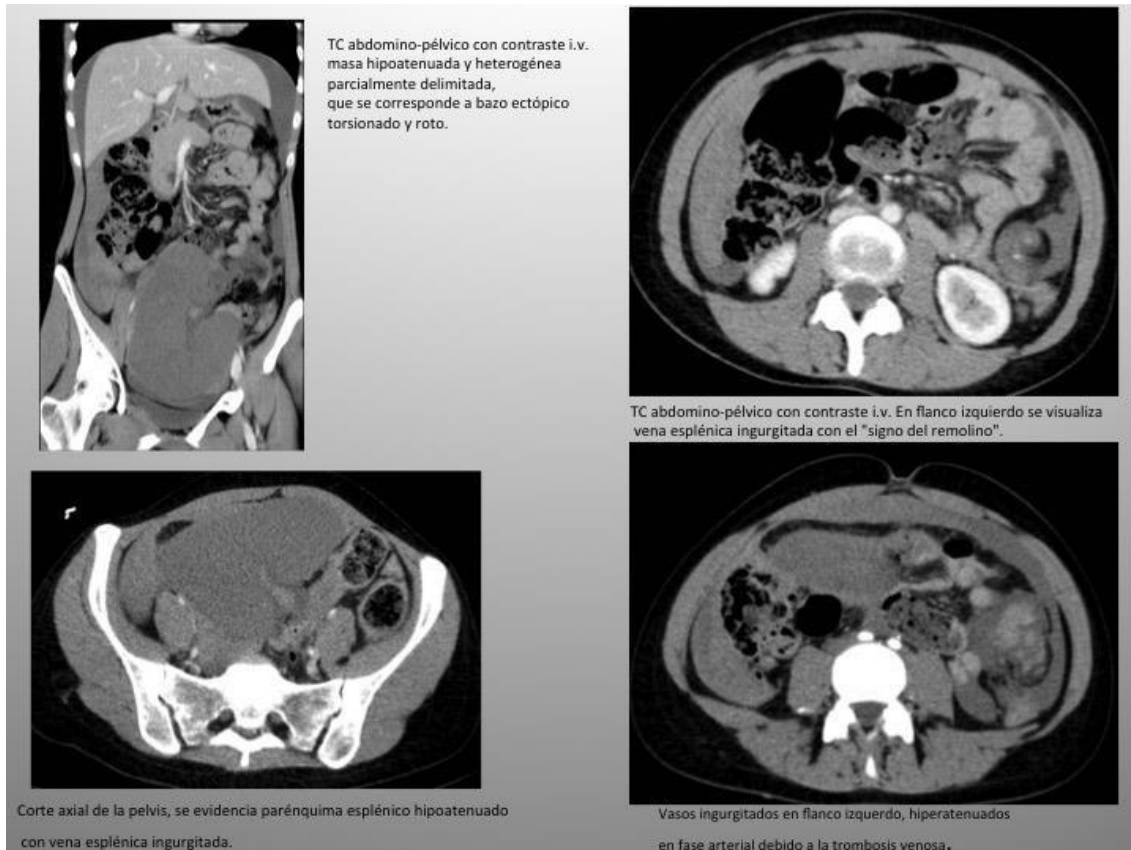
Los síntomas de la torsión esplénica varían dependiendo del grado de torsión. El dolor es causado por el estiramiento capsular y la peritonitis local.

La prueba de imagen de elección inicial para la torsión esplénica es la ecografía, recurriendo en casos de duda diagnóstica o en cuadros de gravedad clínica, como fue la forma de presentación en nuestro caso, a la realización de otras pruebas complementarias (TC o RM) para confirmar el diagnóstico ante la probable intervención quirúrgica.

El tratamiento habitual es la fijación esplénica (esplenopexia), excepto en casos de torsión asociada a infarto donde se recomienda esplenectomía.

**Conclusión:**

- Aunque infrecuente, debemos tener en cuenta la torsión esplénica como una causa de abdomen agudo, debiendo conocer las características de imagen claves para su diagnóstico.
- La ecografía es la prueba de elección, recurriendo a técnicas como el TC o la RM ante duda diagnóstica o gravedad clínica.



**Reconstrucciones TC abdominal**

**Bibliografía:**

Odhi KS, Saggar K, Sood BP, Sandhu P. Torsion of a wandering spleen: acute abdominal presentation. *J Emerg Med.* 2003;25(2):133–7.

Blanc C, Delvaux M, Aggadi Y, Lagier E, Gonzales N, Fourtanier G, Frexinos J. Splenic infarction by torsion of its pedicule: the wandering spleen syndrome. *Gastroenterol Clin Biol.* 1999;23(5):585–6.

Rasheed B, Ahmed F, Iqbal Z, Babar S, Ahmed N. Wandering spleen with tortion leading to infarction. *Europ J Radiol Extra.* 2011;77(1):5–7.

Berkenblit RG, Mohan S, Bhatt GM, Rosenzweig M, Blitz A. Wandering spleen with torsion: appearance on CT and ultrasound. *Abdom Imaging.* 1994;19(5):459–6

<b>Caso</b>	(331) Aire vesicular en paciente con abdomen agudo: colecistitis gangrenosa
<b>Autores</b>	Wilmar Antonio Ocampo Toro P. Concejo Iglesias. P. Barón Ródiz.a. Pérez De Los Ríos.b. Blanco García.j.j. Jover Sánchez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Severo Ochoa

**Presentación:**

Varón de 88 años con insuficiencia renal. Presenta dolor abdominal. Leucocitosis y PCR elevada. Se solicita TC abdominal para valoración. Se realiza TC abdominal sin contraste intravenoso: Engrosamiento irregular de la pared vesicular con nivel hidroaéreo. Burbujas en pared y fundus. Neumobilia. Existencia de Barro/microlitiasis. Cambios inflamatorios en tejido perivesicular y en grasa mesentérica. Los hallazgos sugieren colecistitis gangrenosa o colecistitis enfisematosa.

**Discusión:**

Diagnóstico: colecistitis gangrenosa. Se aísla clostridium perfringes.

## Reflexión

Debido al contexto clínico, se realizó TC abdominal y no ecografía. La colecistitis gangrenosa es una complicación grave de la colecistitis aguda. Cursa con clínica y analítica sugerentes de infección, pero inespecífica, siendo indistinguible de una colecistitis no complicada; aunque el signo de Murphy es negativo (70% de casos), por denervación vesicular. Incidencia: 2% al 30%. Es más frecuente en varones mayores con factores de riesgo cardiovasculares. La colelitiasis es frecuente, pero no es requisito.

El angioTAC tiene más importancia en esta entidad que en colecistitis no complicadas, por ser más específica que la ecografía, identificándose captación discontinua de contraste parietal. Otros hallazgos: ausencia de captación de contraste parietal, gas vesicular, engrosamiento irregular mural, membranas internas y neumobilia.

En ecografía: aumento del grosor parietal y del diámetro transversal vesicular (mayor que en colecistitis no complicadas), aire (confundible con gas intestinal o litiasis).

Es difícil distinguir la colecistitis enfisematosa de la gangrenosa, pues la primera puede presentar necrosis y es característico el aire vesicular.

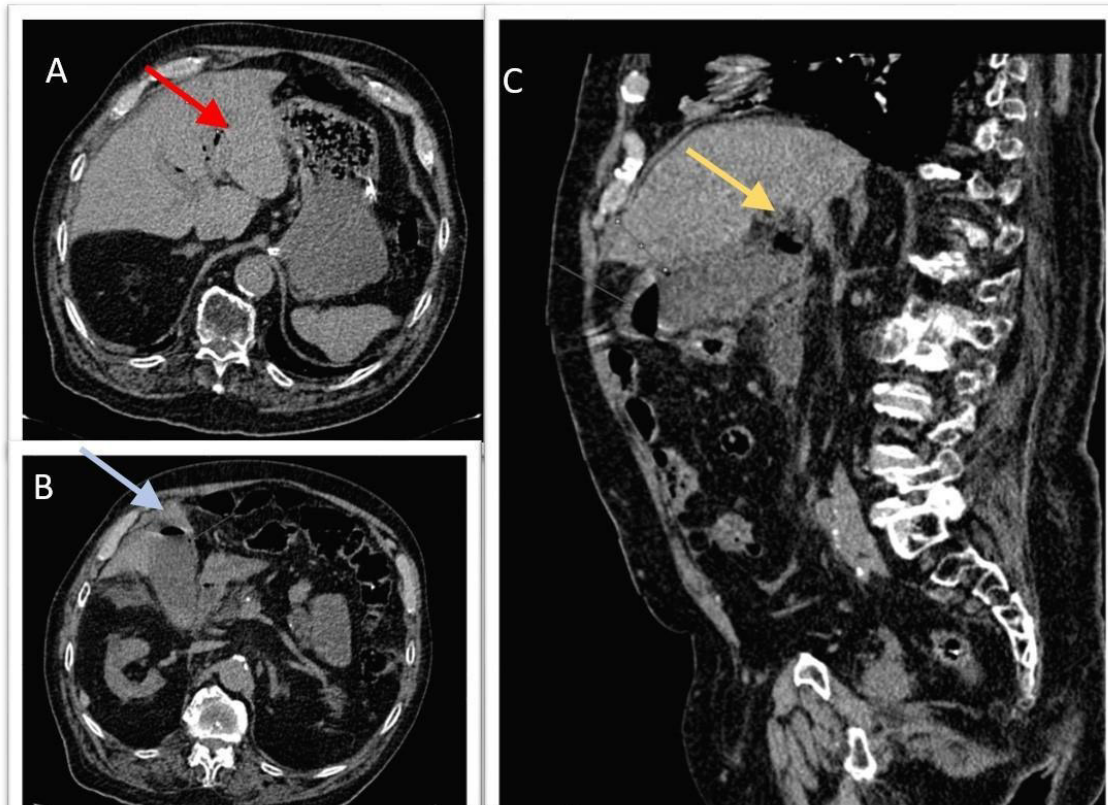
**Conclusión:**

Es importante reconocer la colecistitis gangrenosa en las pruebas de imagen, pues presenta:

-Mayor frecuencia de conversión de cirugía laparoscópica en abierta, respecto a las colecistitis no complicadas (75% frente a 8%).

-Mayor incidencia de complicaciones que obliga a considerar tratamientos invasivos más precoces.

La ecografía sigue siendo importante en su diagnóstico, pero el angioTAC ha demostrado mayor especificidad y debería realizarse cuando la ecografía no sea concluyente.



TAC abdominal sin contraste intravenoso: **A.** Axial, neumobilia (flecha roja). **B y C.** Axial y sagital, respectivamente; se identifica nivel hidroaéreo en fundus ( flecha azul) y dos burbujas, una mural (flecha amarilla) y la otra en cuello vesicular.

*TAC abdominal sin contraste intravenoso: A. Axial, neumobilia(flecha roja). B y C. Axial y sagital, respectivamente; se identifica nivel hidroaéreo en fundus(flecha azul) y dos burbujas, una mural (flecha amarilla) y otra en cuello vesicular.*

### Bibliografía:

- G.L. Bennett, E.J. Balthazar . Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. Radiol Clin N Am. 2003. 41. 1203–1216.
- A. K. Singh, P. Sagar. Gangrenous cholecystitis: prediction with CT Imaging. Abdom Imaging (2005) 30:218–221.



<b>Caso</b>	(332) FÍSTULA CARÓTIDO-ESOFÁGICA POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO (BATERÍA).
<b>Autores</b>	Depetris Marina Aurora De Rojas Liébana Constanza, Zabía Galíndez Elena, Cabrera Fernandez Carlos, Chellaram Nagrani Satish Y Ponferrada Rasero Miguel.
<b>Centro</b>	12 de Octubre

### **Presentación:**

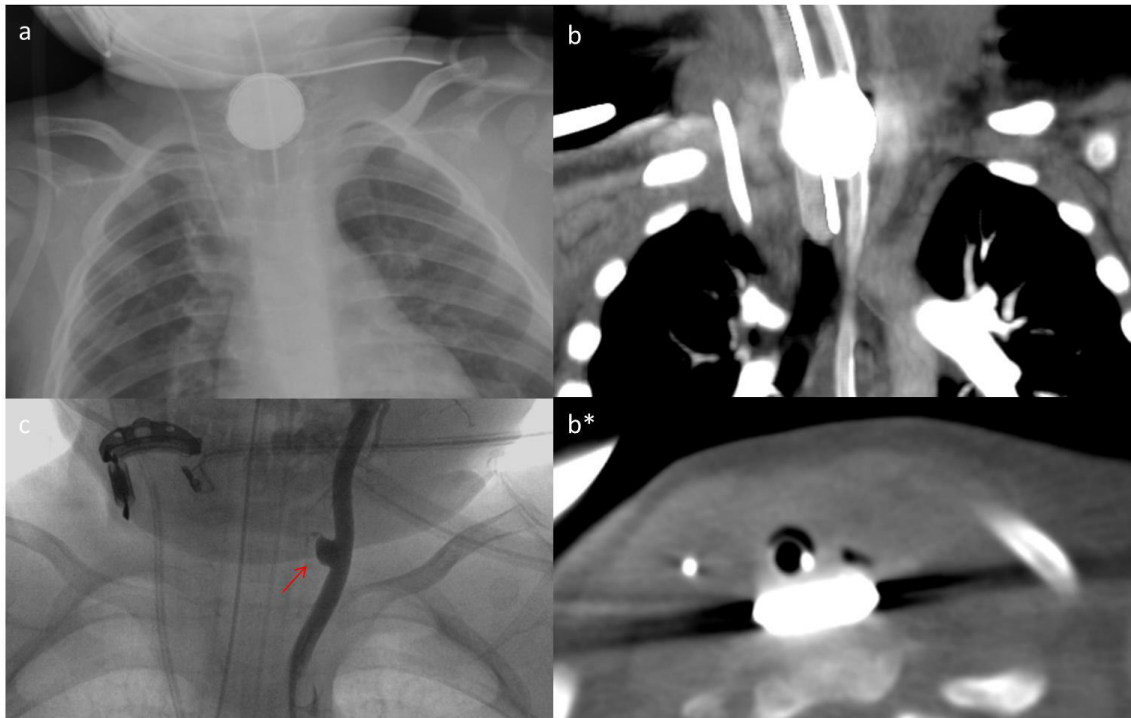
Lactante de 15 meses con faringoamigdalitis de una semana de evolución tratada con ibuprofeno que acude a Urgencias por hematemesis, presentando shock hipovolémico. En la radiografía de tórax se identifica un cuerpo extraño redondeado de densidad metálica en esófago proximal. Se decide realizar TC torácica para valorar complicaciones vasculares causantes del sangrado digestivo, confirmándose la presencia del cuerpo extraño impactado en el esófago, próximo a las arterias carótidas comunes. Sin embargo, dado el artefacto por su alta densidad, el estudio es limitado, no pudiendo valorar adecuadamente las estructuras periesofágicas a ese nivel, ni por tanto descartar lesiones carotídeas. Se procede a la extracción endoscópica de una batería de litio de 20 mm, sin incidencias, objetivándose cambios inflamatorios erosivos en la pared esofágica con escaso sangrado. Posteriormente se realiza arteriografía, dada la alta sospecha clínica de lesión vascular, objetivándose un pseudoaneurisma en la carótida común izquierda con trayecto fistuloso hacia el esófago. Se realiza reparación quirúrgica de la lesión, sin complicaciones.

### **Discusión:**

La ingesta de cuerpos extraños es común en niños menores de 5 años. La ingesta de baterías es relativamente poco frecuente (2%), pero puede tener complicaciones vasculares graves e incluso mortales (1). Se han descrito 55 muertes hasta la fecha, 37 (67%) de ellas debido a fístulas aortoesofágicas (2). El 80-90 % de los casos son asintomáticos inicialmente (1). El daño se produce por mecanismo electroquímico con la consiguiente perforación y erosión del tejido adyacente, que puede ocurrir precozmente desde 2 horas después de la ingesta hasta 18 días después de la extracción endoscópica (3,2,1).

### **Conclusión:**

La ingesta de baterías puede tener complicaciones vasculares mortales, la más frecuente la fístula aortoesofágica. Una alta sospecha clínica (fundamentalmente por edad), una radiografía de confirmación y la extracción endoscópica precoz son las claves del manejo; así como el seguimiento (aunque no hay consenso establecido) por la posibilidad de una presentación tardía una vez extraída la batería.



**CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO, PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEO Y FÍSTULA.** a) Cuerpo extraño radiopaco en esófago proximal. b y b\*) TC que confirma localización esofágica. El artefacto por densidad metálica limita la valoración de las estructuras adyacentes. c) Pseudoaneurisma en arteria carótida común izquierda de 5 x 3 mm (flecha), y trayecto fistuloso en su parte superior hacia el esófago.

### Bibliografía:

- (1).Mortensen, A., Hansen, N. F., & Schiødt, O. M. (2010). Fatal aorto-esophageal fistula caused by button battery ingestion in a 1-year-old child. *American Journal of Emergency Medicine*, 28(8), 984.e5-984.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.007>.
- (2).National Capital Poison Center. Available at: <http://www.poison.org/battery/fatalcases.asp>.
- (3).Brumbaugh, D. E., Colson, S. B., Sandoval, J. a, Karrer, F. M., Bealer, J. F., Litovitz, T., & Kramer, R. E. (2011). Management of Button Battery-induced Hemorrhage in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52(5), 585–589. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181f98916>

<b>Caso</b>	(333) Lesiones óseas que pueden simular neoplasia y deberíamos conocer
<b>Autores</b>	Rafael Sabatel Hernández M.fuentes García, X.plasencia Cruz, M.sánchez, A.alonso De León, M.pastor Santoveña
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias.

**Presentación:**

Datos clínicos Varón de 64 años de profesión funcionario acude por hematuria macroscópica a urgencias y analítica normal. Como antecedentes figuran tratamiento para hipertensión arterial y la realización de RTU hace 2 años Descripción de los hallazgos Se realiza Tc abdominal observándose un aumento difuso de la densidad ósea localizada en el hueso iliaco izquierdo aparentemente no expansiva (E.de Paget o metástasis?) A la vista de estos hallazgos se realizó al paciente hizo una segunda historia clínica al paciente confirmando la presencia de molestias y a veces de dolor desde hace algún tiempo en la cadera izquierda, manifestándonos que lleva practicando artes marciales desde joven y que suele apoyarse sobre esa cadera al golpear Asimismo se solicitó una gammagrafía ósea que fue informada de neoplasia en hueso iliaco izquierdo como única posibilidad diagnóstica

**Discusión:**

## Diagnóstico

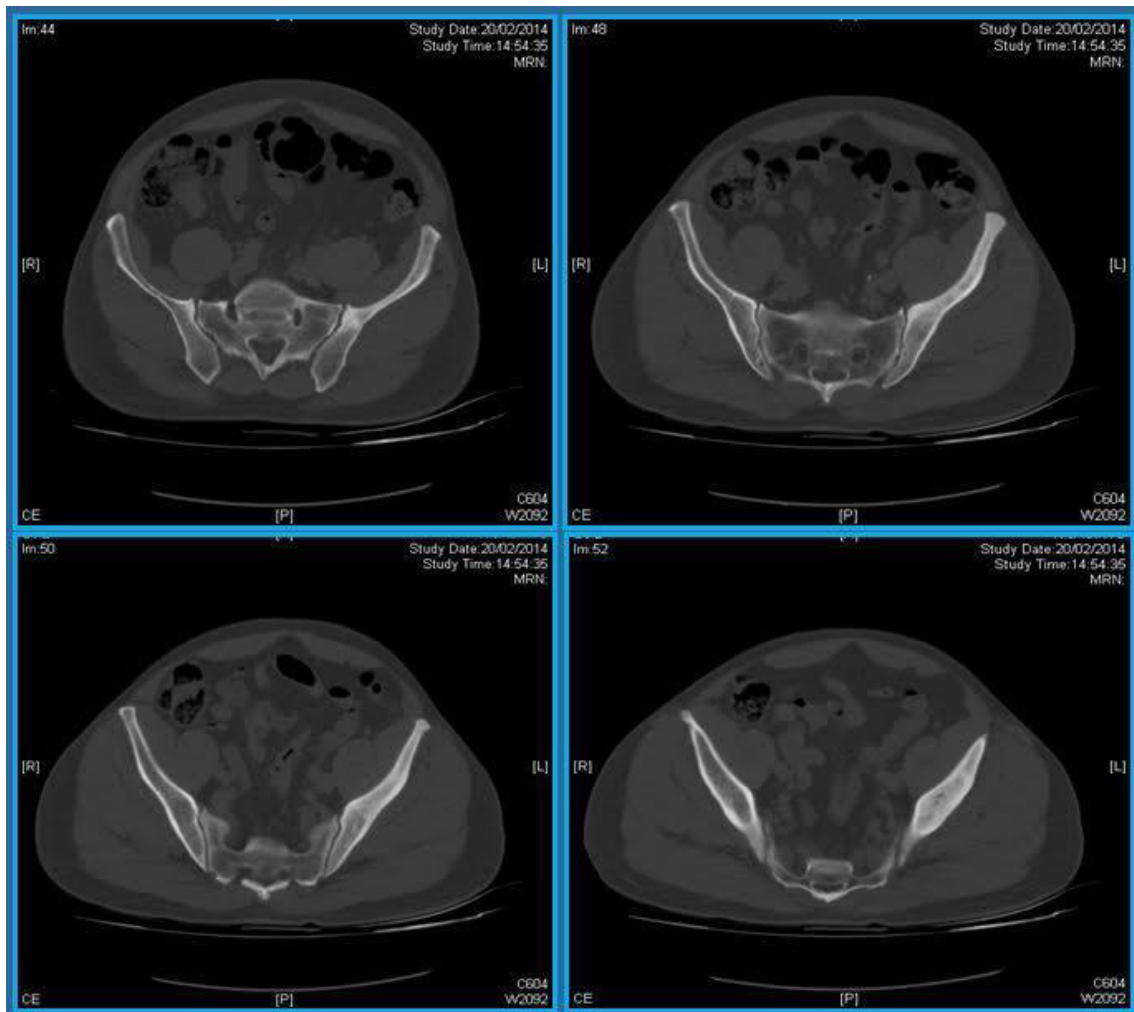
Tras investigación en la bibliografía internacional aunque con muy pocas publicaciones existentes y el detallado estudio de la lesión (no sin polémica) de los radiólogos de la sección de músculoesquelético, se concluyó alta posibilidad de que se tratara de hipertrofia ósea por entrenamiento continuado.

Ante la negativa del paciente a someterse a una biopsia ósea a nuestro juicio improbable, se realizó control semestral de TC prácticamente sin cambios y al año (tras otro episodio de hematuria franca probablemente por rotura de pequeñas varices por RTU previa, al ser golpeado)

**Conclusión:**

La hipertrofia ósea tras el entrenamiento continuado es una entidad poco conocida y con pocos publicaciones que nos puede llevar a realizar biopsias innecesarias

La historia clínica del paciente a veces oculta nos dará la clave



*Aumento difuso de la densidad ósea localizada en el hueso iliaco izquierdo aparentemente no expansiva (E.de Paget o metástasis?)*

### **Bibliografía:**

- Bone hypertrophy as a results of training. Orthopade. 1995 Sep;24(5):441-5

Krahl HPieper HGQuack G

-Fundamentals of Skeletal Radiology. Clyde A. Helms, University of Duke

- Stimulation of Bone Growth Through Sports. The American Journal of Sports Medicine Impact factor 4.517. Hartmut Krahl, MD, PhD Ulf Michaelis, MD, PhD Hans-Gerd Pieper, MD, PhD Gerhard Quack, MD, PhD Michael Montag, MD, PhD

<b>Caso</b>	(336) Enfermedad post-quirúrgica no bien conocida que nos puede llevar a error
<b>Autores</b>	Rafael Sabatel Hernández M.fuentes Garcia,m.sánchez,x.plasencia Cruz, A.alonso De León, S.pitti Reyes
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias

**Presentación:**

Datos clínicos Mujer de 75 años que acude a Urgencias con Ictus isquémico derecho y analítica normal que comienza con molestias abdominales Como antecedentes figuran HTA y fibrilación auricular con tratamiento anticoagulante y prótesis bilateral de cadera hace 4 años Descripción de los hallazgos diagnósticos En la Radiografía simple se aprecia una masa de partes blandas alrededor de la prótesis cadera izquierda que ha aumentado de tamaño a los 4 años En el TC con contraste se visualiza masa de partes blandas medial a la prótesis izquierda con discreto realce periférico que desplaza medialmente los vasos ilíacos

**Discusión:**

Diagnóstico

La enfermedad granulomatosa agresiva se produce como respuesta histiocítica a partículas extrañas.

Esta patología puede presentar:

Un patrón radiológico compartido con el aflojamiento y la infección consistente en un tipo de radiolucencia periprotésica, más focal o con migración de algún componente iría a favor de aflojamiento y si se presenta precozmente a los pocos meses de la cirugía y con evolución rápida en el tiempo orientaría hacia la infección.

Pero en otras ocasiones se pueden ver masas de partes blandas (como en nuestro caso) o líquido (seudobursas) alrededor de la prótesis.

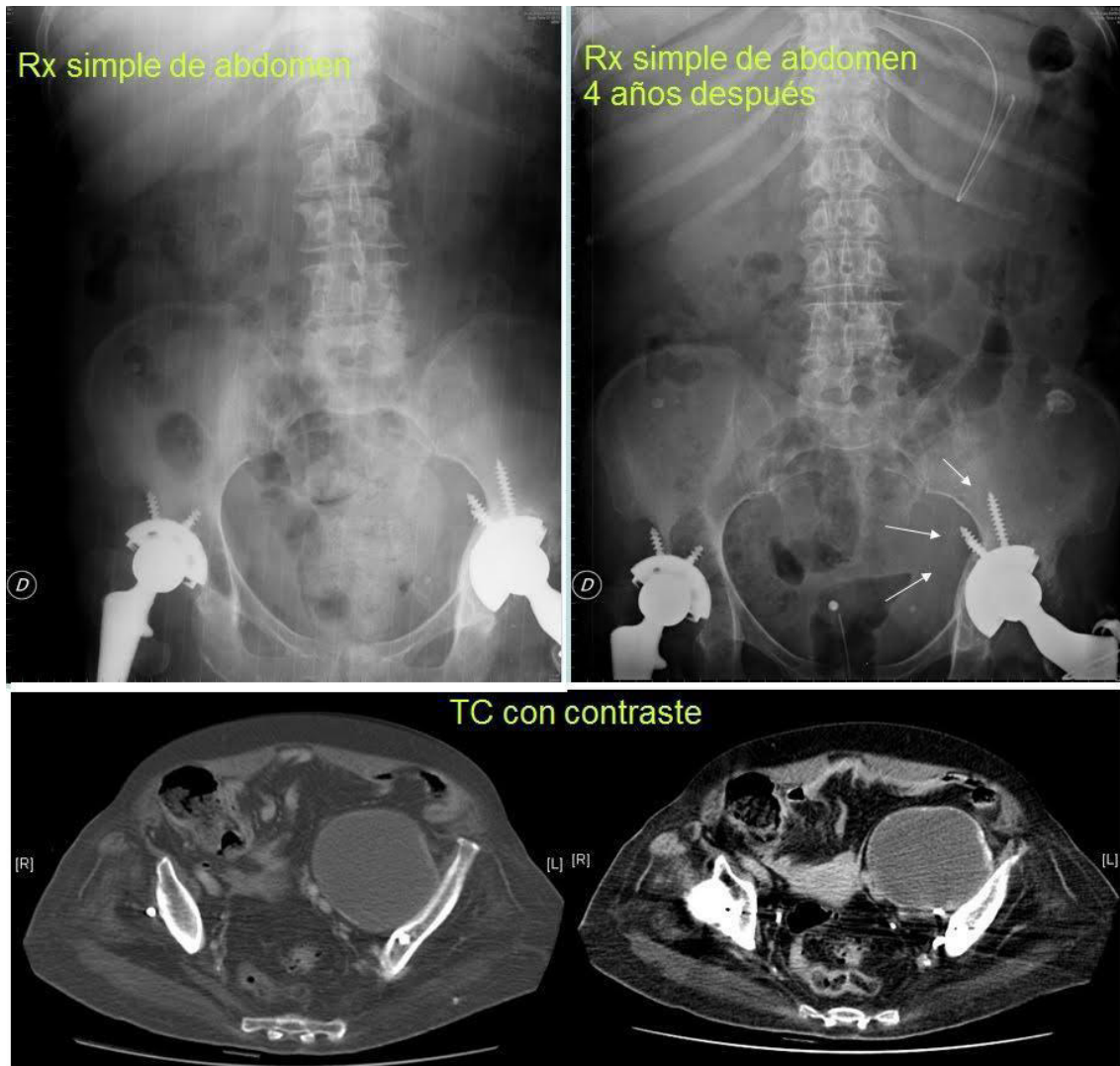
Ambas presentaciones conlleva un riesgo aumentado de fracturas permitiendo la TC y la RM realizar una valoración más precisa y detectar precozmente fracturas

Reflexión docente

La enfermedad granulomatosa agresiva es una entidad poco conocida que no se debe confundir con neoplasia, que nos puede llevar a realizar biopsias innecesarias, o con aflojamiento o infección de las prótesis que conllevaría intervención quirúrgica por error en algunos casos de alto riesgo

**Conclusión:**

Intentamos recordar una patología no bien conocida que puede llevar a cometer errores graves, como biopsias o intervenciones quirúrgicas innecesarias, al confundirla con otras entidades más conocidas y más frecuentes



*Masa de partes blandas medial a la prótesis izquierda con discreto realce periférico que desplaza medialmente los vasos ilíacos.*

### **Bibliografía:**

- Radiología Esencial. J.L.del Cura, S. Pedraza, A. Gayete. Editorial médica Panamericana.
- The Radiology Assistant. [www.radiologyassistant.nl](http://www.radiologyassistant.nl)
- Radiología ortopédica y radiología dental : una guía práctica. F. Tardáguila Montero, J.L. del Cura Rodríguez. Editorial Médica Panamericana, [2004]

<b>Caso</b>	(339) TROMBOSIS DE LA VENA ANASTOMÓTICA DE TROLARD EN VARÓN DE 38 AÑOS
<b>Autores</b>	Ana Barceló Cárceles Marta Tovar Pérez, Isabel González Moreno, Amalia García Chiclano, Irene Vicente Zapata, Irene Cases Sausarte, Juana María Plasencia Martínez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 38 años en seguimiento por episodios repetidos de hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas, con hipertensión portal. Sin otros antecedentes. Consulta en Urgencias por mareo y cefalea de dos días de evolución. Se realiza Tc craneal simple apreciándose un incremento de la densidad de la vena anastomótica de Trolard, sugestiva de trombosis aguda venosa. Inicialmente, la densidad del parénquima cerebral es normal. En la entrevista dirigida posterior confirma que es consumidor habitual de cocaína.

**Discusión:**

Diagnóstico: Trombosis venosa cerebral.

El paciente pide el alta voluntaria, pero vuelve en unas horas por episodio de hemiparesia derecha, activándose código ictus. Se realiza Angio-TC venoso cerebral, observándose un defecto de repleción parcial en el seno longitudinal superior y completo de la vena anastomótica de Trolard izquierda, compatibles con trombosis, así como tenue hipodensidad frontal subcortical izquierda por área de isquemia venosa. Se inició anticoagulación a dosis plenas.

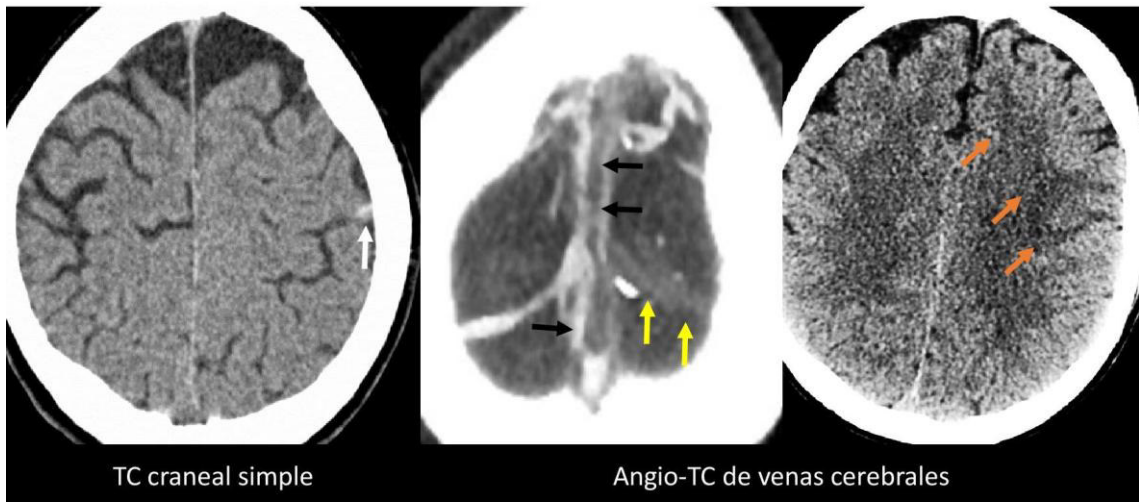
La trombosis venosa cerebral es una forma poco frecuente de ictus. Afecta sobre todo a jóvenes. Se relaciona con factores de riesgo locales, como traumatismos e infecciones, y sistémicos (hormonales, trastornos de la coagulación). Hasta un 25% son idiopáticas. Aunque se sospecha una relación entre la trombosis venosa y la cocaína, se requiere de más estudios para confirmar esta asociación. Dada la inespecificidad de los síntomas (cefalea, focalidad neurológica), a menudo el diagnóstico es radiológico.

Debemos sospechar una trombosis de las venas corticales ante el signo de la cuerda, infarto en territorio no arterial, hemorragias lobares corticales o edema cerebral.

El tratamiento es la anticoagulación, si no hay contraindicaciones.

**Conclusión:**

La trombosis venosa cerebral es una forma poco frecuente de ictus. Es vital un diagnóstico y tratamiento precoz ya que sus alteraciones son potencialmente reversibles. A menudo es el radiólogo quien establece la primera sospecha y, por tanto, quien debe acelerar el proceso.



***Aumento de densidad de la vena anastomótica de Trolard izquierda en la TC craneal simple (flecha blanca) compatible con trombosis venosa. El hallazgo se confirma en la angio-TC de venas cerebrales (flechas amarillas) realizada unas horas más tarde, objetivándose también trombosis parcial del seno longitudinal superior (flechas negras). Se asociaba además hipodensidad del parénquima encefálico frontal subcortical (flechas naranjas) indicativo de infarto venoso no hemorrágico, que no estaba presente en la TC craneal simple inicial.***

### **Bibliografía:**

1. Actualización en el diagnóstico neurorradiológico de la trombosis venosa cerebral. Radiología. 2009;51(4):351–361.
2. Cerebral Venous Thrombosis. Department of the Medical Centre Haaglanden in the Hague and the Rijnland hospital in Leiderdorp, the Netherlands.



<b>Caso</b>	(340) TERATOMA, NO TODO ES ECO, MEJOR EL TC SI HAY ESTUDIOS PREVIOS
<b>Autores</b>	Lucía Hernández Sánchez Ana Moreno Pastor, Helena Pérez Templado, Ana Blanco Barrio, Juana Maria Plasencia, Amalia Garcia Chiclano
<b>Centro</b>	Morales Meseguer

### **Presentación:**

Paciente de 69 años con dolor abdominal intenso generalizado de 48h de evolución. Leucocitosis de 18.000 con neutrofilia. Se realiza directamente TC abdominopélvico con contraste i.v. dada la intensidad del cuadro. Objetivamos una masa trilobulada grasa pélvica, con calcificaciones periféricas, dependiente del ovario derecho. Se revisa historia y se confirma la presencia de la lesión en un TC previo de hace un año observándose la rotación de la masa con cambio en la posición de sus tres componentes (el posterior de localización anterior, el anterior a posterior y el izquierdo a derecho.). El estroma ovárico se encuentra girado hacia la derecha, aumentado de tamaño y edematoso con arremolinamiento de los vasos mesentéricos.

### **Discusión:**

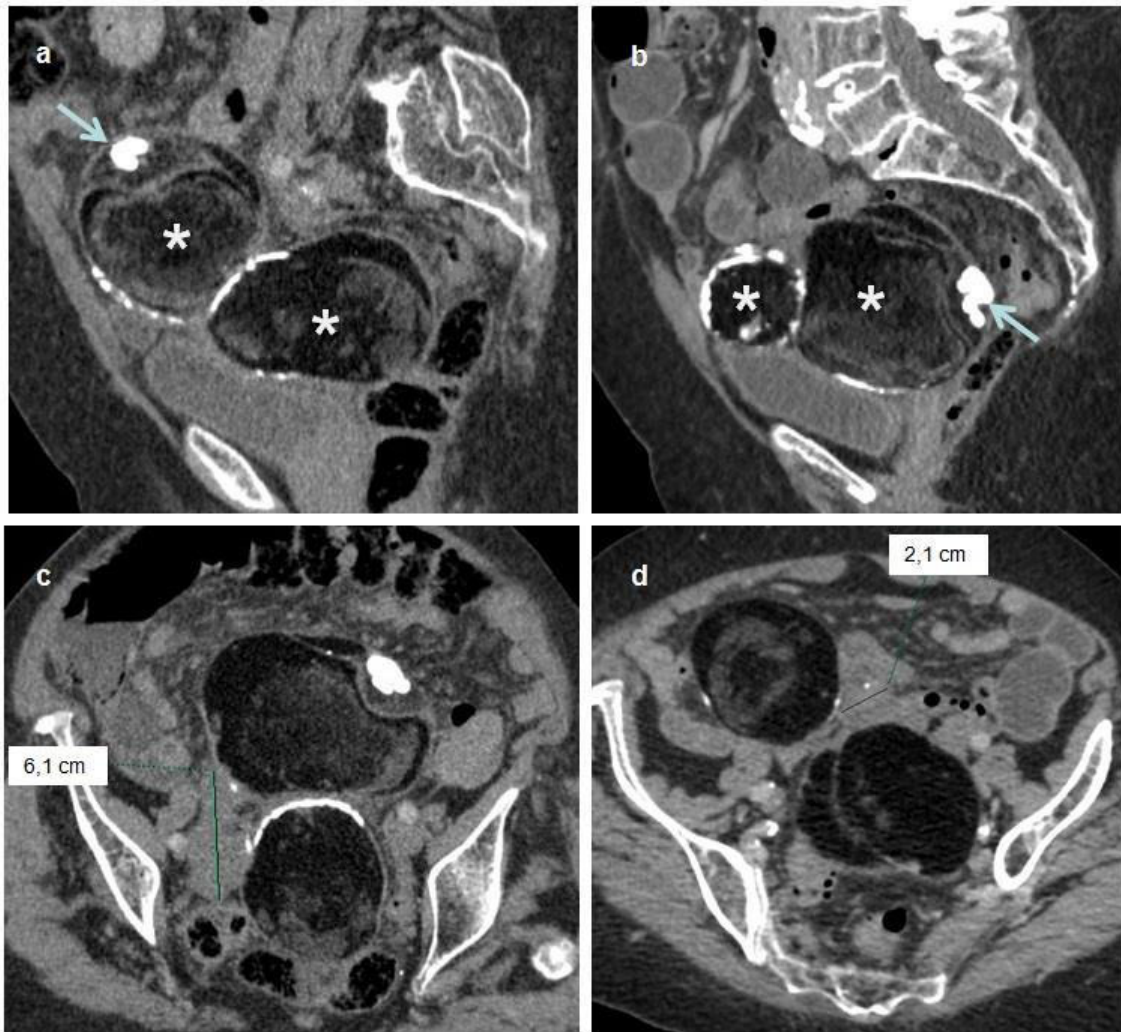
Diagnóstico: Teratoma ovárico torsionado. Cirugía urgente con anexectomía bilateral: tumoración anexial dependiente de ovario derecho torsionada sobre su eje.

Los teratomas ováricos son tumores frecuentes formados por tejido procedente de las tres hojas de células germinales. Pueden asociarse a varias complicaciones con un amplio espectro de manifestaciones clínicas y de imagen, siendo la torsión la más frecuente.

Los hallazgos descritos para eco doppler y el TC abdominopélvico que sugieren torsión ovárica como el "signo del remolino" (pedículo vascular torsionado), aumento del tamaño del ovario, engrosamiento de la pared de la masa o de la trompa ipsilateral, ascitis, venas ingurgitadas o desviación uterina homolateral, son inespecíficos. Disponer de un TC previo ayuda claramente en el diagnóstico al comprobar la rotación del ovario sobre su eje respecto al estudio previo.

### **Conclusión:**

Los teratomas ováricos pueden presentar varias complicaciones con amplio espectro de hallazgos clínicos y por imagen. La torsión es la causa más frecuente de dolor abdominal agudo en pacientes con teratomas quísticos maduros. El diagnóstico por imagen apoya pero no suele confirmar el diagnóstico dados los hallazgos inespecíficos. Sin embargo, si se disponen de estudios previos del paciente, el diagnóstico es rápido y concluyente.



*a y c - TC abdominopélvico actual: masa con contenido graso (\*) con calcificación periférica (flecha) en posición antero-superior en relación con teratoma ovárico conocido. Estroma ovárico rotado a la derecha y aumentado de tamaño (6,1 cm). b y d - TC abdominopélvico previo: masa con contenido graso (\*) con calcificación periférica (flecha) en posición postero-inferior, en relación con teratoma ovárico conocido. Estroma ovárico con tamaño (2,1 cm) y posición normal.*

### **Bibliografía:**

1. Lee JH, Park S Bin, Shin SH, Jang JC, Lee WC, Jeong AK, et al. Value of Intra-Adnexal and Extra-Adnexal Computed Tomographic Imaging Features Diagnosing Torsion of Adnexal Tumor. *J Comput Assist Tomogr* 2009; 33: 872Y876.
2. Sung Bin Park, Jeong Kon Kim, Kyu-Rae Kim, Kyoung-Sik Cho. Exhibit E. Imaging Findings of Complications and Unusual Manifestations of Ovarian Teratomas. *RadioGraphics* 2008; 28:969–983. Published online: 10.1148/rg.284075069.
3. Hannah C, Chang, Shweta Bhatt, Vikram S. Dogra. Exhibit E. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. *RadioGraphics* 2008; 28:1355–1368. Published online: 10.1148/rg.285075130.

4 Choudhary S, Fasih N, Innes MMc, Marginean C. Imaging of ovarian teratomas: Appearances and complications. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology* 53 (2009) 480–488.

<b>Caso</b>	(341) ¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA EN EL ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA MENINGITIS AGUDA BACTERIANA DEL LACTANTE?
<b>Autores</b>	Laura Cuesta Lujano Carmen Pérez Ramírez, Daniela De Araujo Martins-romeo, Ana Belén Molina Navarro, Antonia Mora Jurado
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

Lactante de 4 meses remitido con datos clínicos de síndrome febril de 36 horas de evolución, abombamiento de fontanela, irritabilidad y rechazo de las tomas. Además presentaba lesiones papuloeritematosas y petequiales en miembros inferiores. En analítica leucocitosis con neutrofilia y PCR de 311.83 mg/L. Se realizó ecografía cerebral, accediendo a través de fontanela anterior con sonda lineal de alta frecuencia, donde los hallazgos (Figura 1) fueron altamente sugestivos de proceso meníngeo. Posteriormente se procedió a la extracción de líquido cefalorraquídeo (LCR), cuyo estudio bioquímico fue compatible con proceso infeccioso. En el cultivo de LCR se aisló *Neisseria Meningitidis* confirmando nuestro diagnóstico.

**Discusión:**

La ecografía transfontanelar juega un papel fundamental en la evaluación inicial de los neonatos y lactantes con sospecha de meningitis bacteriana, así como en la monitorización de las complicaciones derivadas de esta patología.

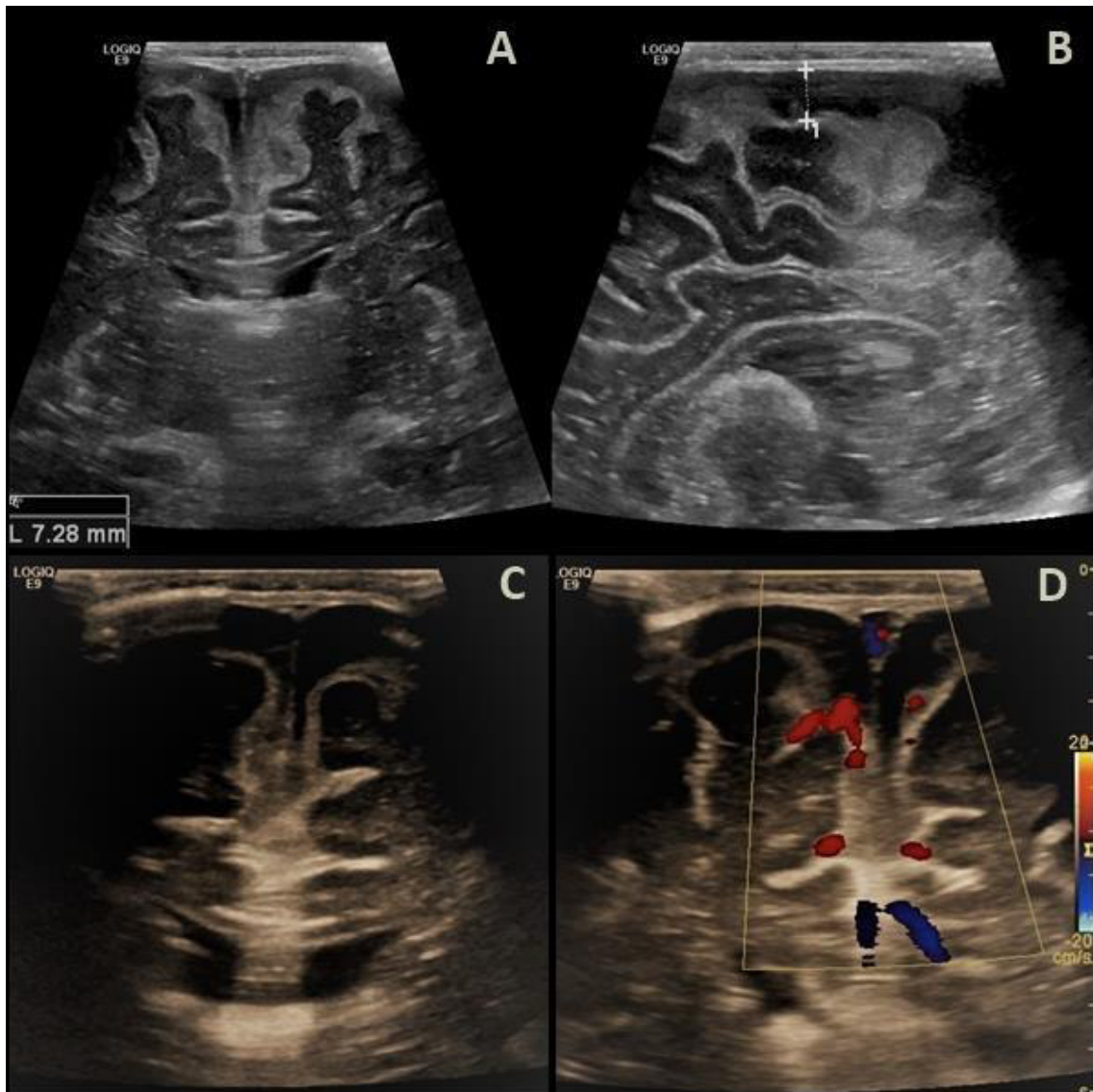
Las alteraciones ecográficas están presentes entre el 65% y el 100% de los niños con meningitis aguda bacteriana. Los signos precoces son: aumento de la ecogenicidad de los surcos cerebrales, engrosamiento meníngeo (>2mm) e hiperemia. También podremos encontrar colecciones extraaxiales (espacio cráneo-cortical mayor de 6.3 mm).

La ecografía doppler será muy útil en el diagnóstico diferencial del aumento del espacio extraaxial, fundamentalmente para discernir entre hidrocefalia externa benigna (aumento del espacio subaracnoideo) y colección subdural (higroma, empiema, hematoma). Las venas corticales se observan dentro de los espacios subaracnoideos agrandados mientras que, la colección subdural provoca la compresión de los espacios subaracnoideos y por tanto de las venas, "signo de la vena cortical".

Las complicaciones derivadas de la meningitis son: ventriculitis, hidrocefalia postinfecciosa, cerebritis, infarto, hemorragia, empiema o abscesos.

**Conclusión:**

El diagnóstico precoz de la meningitis bacteriana y sus complicaciones es esencial para la prevención de las secuelas del desarrollo neurológico. Por ello es necesario para el/la radiólogo/a, estar familiarizado con los hallazgos ecográficos de esta patología.



**Figura 1** Ecografía transfontanelar en lactante de 4 meses. A) y B) Corte coronal y sagital respectivamente donde se observa un aumento del espacio extraaxial, de 8-10 mm, con aumento de la ecogenicidad de los surcos corticales y engrosamiento meníngeo. No se observó hidrocefalia ni alteraciones parenquimatosas C) y D) Detalle del espacio extraaxial en modo B y doppler color mostrando la presencia de hiperemia y permeabilidad de los senos venosos.

### Bibliografía:

- M. Rebollo Polo. Manejo de los casos de urgencia del sistema nervioso central pediátricos para radiólogos generales. Radiología 2016;58 Supl 2:142-50.
- Ali Yikilmaz & George A. Taylor. Sonographic findings in bacterial meningitis in neonates and young infants. *Pediatr Radiol* (2008) 38:129–137
- Jose Luis del Cura, Salvador Pedraza, Ángel Gayete. Radiología Esencial. Editorial Panamericana 2010. ISBN 978-84-7903-572-3.



<b>Caso</b>	(343) Correlación de hallazgos en TC y RM en la lesión axonal difusa.
<b>Autores</b>	Danyelle Sánchez Paré Marta Relaño Mesa, Guadalupe Rueda Monago, Ana María Lopez Moreno, Clara Rodriguez Godoy, Pilar Dominguez Llera
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

### **Presentación:**

Paciente de 27 años traído por el 112 tras accidente en Quad con traumatismo craneoencefálico. Se lo encuentran inconsciente con movimientos tónico-clónicos en una pierna y agitación a la movilización. A la llegada del 112 presenta un glasgow de 7 con anisocoria presente. El paciente es intubado por el 112 y trasladado a nuestro hospital. Aquí se le realiza un TC de cráneo, donde se evidencian focos de microsangrados puntiformes en ambos hemisferios y pedúnculo cerebeloso izquierdo compatibles con LAD. Posteriormente es ingresado en la UCI en donde se le programó una RM para el día siguiente, visualizándose afectación del esplenio del cuerpo calloso, por lo que el diagnóstico final fue de lesión axonal difusa grado II.

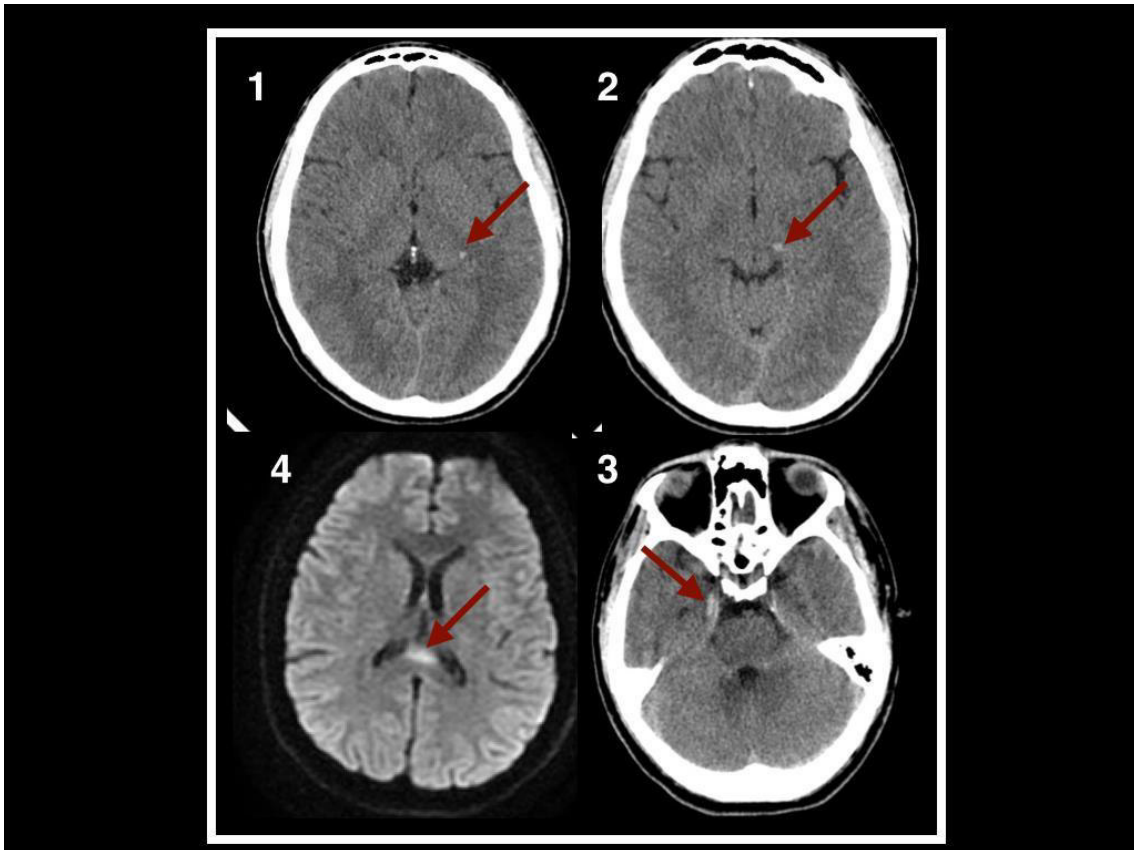
### **Discusión:**

En la lesión axonal difusa se producen verdaderos arrancamientos axonales por fenómenos de aceleración y desaceleración dando lugar a cizallamiento de los axones en determinadas zonas. Por ello se producen cuadros de deterioro neurológico variables con una presión intracraneal que típicamente normal. El TC también puede ser normal o a lo sumo presentar discretos focos hemorrágicos, más frecuentemente localizados en la interfase sustancia blanca-gris, cuerpo calloso, ganglios de la base y tronco del encéfalo. Casi siempre estos microsangrados van a ser bilaterales.

Para realizar una RM ante un paciente con sospecha de LAD se deben realizar secuencias T1 y T2 que aporten datos morfológicos, secuencias GRE para detectar microsangrados, así como secuencias de difusión que pueden mostrar lesiones que no eran visibles ni el TC, ni en las secuencias convencionales de RM. Además puede ser útil el uso de secuencias ultrarrápidas para disminuir el tiempo de adquisición de imágenes.

### **Conclusión:**

La TC es el método de imagen inicial para la evaluación del paciente con TCE, pero es muy limitado para detectar la lesión axonal difusa, a menos que tenga esta un componente hemorrágico. Sin embargo la RM es más sensible para el diagnóstico de LAD, gracias a secuencias como el T2 GRE o la difusión que permite diferenciar áreas con edema citotóxico, como en nuestro caso donde la afectación del cuerpo calloso no era visible en el TC y sí en la difusión.



*Las imágenes 1,2 y 3 corresponden con el TC a la llegada urgencias donde se observan varias focos puntiformes de microsangrados en el lóbulo temporal derecho, ganglios de la base izquierdos y pedúnculo cerebeloso izquierdo. La imagen 4 es una secuencia de difusión en donde se observa moderado edema citotóxico del esplenio del cuerpo calloso que no se visualizaba en el TC previo.*

### **Bibliografía:**

Huisman TA, Sorensen AG, Hergan K, Gonzalez RG, Schaefer PW. Diffusion weighted imaging for the evaluation of diffuse axonal injury in closed head injury. J Comput Assist Tomogr 2003; 27:5-11. CrossRef, Medline

Gentry LR, Godersky JC, Thompson B. MR imaging of head trauma: review of the distribution and radiopathologic features of traumatic lesions. AJR Am J Roentgenol 1988; 150:663-672. CrossRef, Medline

Sinson G, Bagley L, Cecil K. Magnetization transfer

imaging and proton MR spectroscopy in the evaluation

of axonal injury: correlation with clinical outcome after traumatic brain injury. AJNR 2001; 22: 143-151.



<b>Caso</b>	(344) DISFAGIA E INESTABILIDAD DE LA MARCHA TRAS SOBRESFUERZO CERVICAL
<b>Autores</b>	Ana Barceló Cárceles Amalia García Chiclano, Isabel González Moreno, María Jesús Gayán Belmonte, Carmen Botía González, Elizabeth Cruces Fuentes, Ana Blanco Barrio
<b>Centro</b>	Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 52 años que acude a Urgencias de madrugada por disfagia e inestabilidad de la marcha. Sin antecedentes personales de interés. Esa tarde jugando a los bolos realiza un movimiento brusco, seguido de dolor cervical. A las 4 a.m. comienza con náuseas, mareo, y poco después con disfagia e inestabilidad de la marcha. Acude a Urgencias donde se realiza Tc craneal simple que muestra hiperdensidad de un segmento intracraneal de la arteria vertebral izquierda (signo de la cuerda), sin alteraciones en la densidad del parénquima. Se activa código ictus realizándose angio-TC de TSA y TC-perfusión cerebral que objetivan infarto isquémico hiperagudo cerebeloso izquierdo y en región pontina y bulbar izquierdas, con signos de disección trombosada de la arteria vertebral izquierda en segmentos V2-V3, con repermeabilización en V4. Se procedió a trombectomía mecánica.

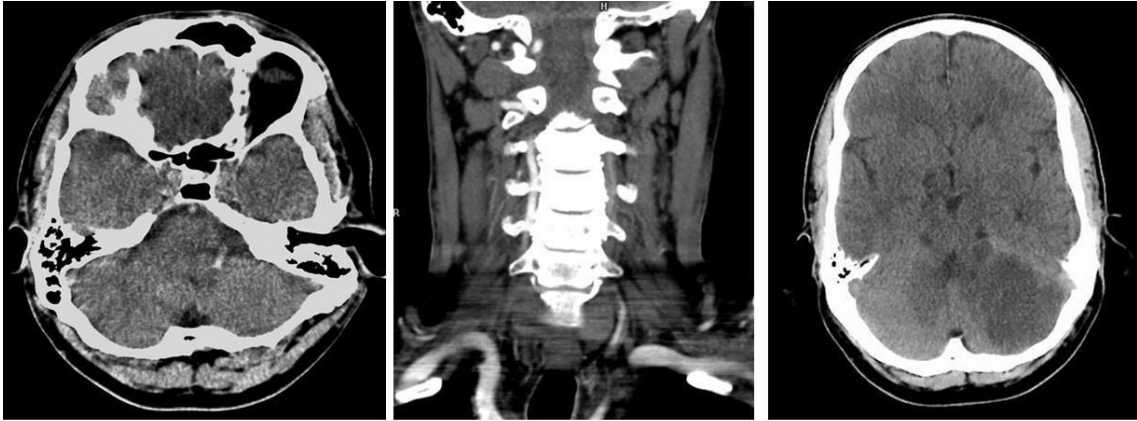
**Discusión:**

Diagnóstico: Disección trombosada de la arteria vertebral izquierda.

El 20% de los ictus isquémicos compromete la circulación vertebrobasilar. Las causas más comunes de isquemia vertebrobasilar son el embolismo, la aterosclerosis y la disección arterial. Los mecanismos que más se asocian a disección traumática de las arterias vertebrales son: hiperextensión, hiperflexión, dislocación facetaria y fracturas de columna cervical. El síntoma cardinal es el dolor, sobre todo en la región posterior del cuello o el occipucio, con irradiación al hombro. También sufren cefalea occipital. En muchos casos existe un período asintomático de 10 a 72 horas tras el traumatismo que puede retrasar el diagnóstico. Las disecciones en esa arteria pueden producir isquemia medular, cerebelosa y pontina, y pueden provocar hemorragia subaracnoidea.

**Conclusión:**

Las lesiones traumáticas de la arteria vertebral están asociadas tanto a traumatismos cervicales como a mecanismos de hiperextensión e hiperflexión. Es fundamental un diagnóstico radiológico precoz basado en una alta sospecha clínica para un correcto manejo de esta entidad que permita evitar sus posibles secuelas.



**Fig.1:** Hiperdensidad de un segmento intracraneal de la arteria vertebral izquierda (signo de la cuerda). **Fig.2:** Asimetría de las arterias vertebrales. La luz permeable de la izquierda es de menor calibre que la derecha, con engrosamiento mural y menor atenuación que la contralateral. En V3 había oclusión completa: signos de disección trombosada en V2-V3. **Fig.3:** Infarto cerebeloso izquierdo pese a trombectomía mecánica. Durante la misma, se había producido una migración de fragmentos a ramas intracraneales (ambas cerebelosas superiores y ACP izquierda).

### Bibliografía:

1. Kim YK, Schulman S. Cervical artery dissection: pathology, epidemiology and management. *Thromb Res.* 2009; 123(6):810–21.
2. Mueller CA, Peters I, Podlogar M, Kovacs A, Urbach H, Schaller K, Schramm J, Kral T. Vertebral artery injuries following cervical spine trauma: a prospective observational study. *Eur Spine J.* 2011; 20:2202–9.
3. Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. *Neurology* 1995; 45 (8):1517-22.

Caso	(345) INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA EN UN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA: LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS ANTECEDENTES
Autores	Antonio Gámez Martínez Pablo Tomás Muñoz, Laura Fernandez Navarro, Juan Francisco Ferrer Soriano, Eduardo Ruiz Carazo
Centro	Hospital Universitario Virgen de las Nieves

### **Presentación:**

Paciente varón de 20 años con antecedentes de fibrosis quística que acude a urgencias por dolor abdominal que focaliza en FID acompañado de náuseas y vómitos. En la exploración física se objetivó un Blumberg dudosamente positivo, y en las pruebas analíticas sólo destacó una ligera leucocitosis de 14.000 sin neutrofilia. Ante estos hallazgos, se solicitó una ecografía abdominal por sospecha de apendicitis aguda que se completó con una tomografía computarizada (TC), en las que se identificó una invaginación ileocólica que se extendía distalmente hasta colon descendente.

### **Discusión:**

La fibrosis quística es la enfermedad hereditaria autosómica recesiva fatal más común en la raza blanca, afectando aproximadamente a 1 de cada 2000 - 4000 recién nacidos.

Gracias los avances en el manejo de las manifestaciones respiratorias y digestivas causadas por esta enfermedad la esperanza de vida es ahora superior a los 30 años. De este modo, en la actualidad aproximadamente el 40% de los enfermos son adultos, aumentando la prevalencia de las manifestaciones extrapulmonares.

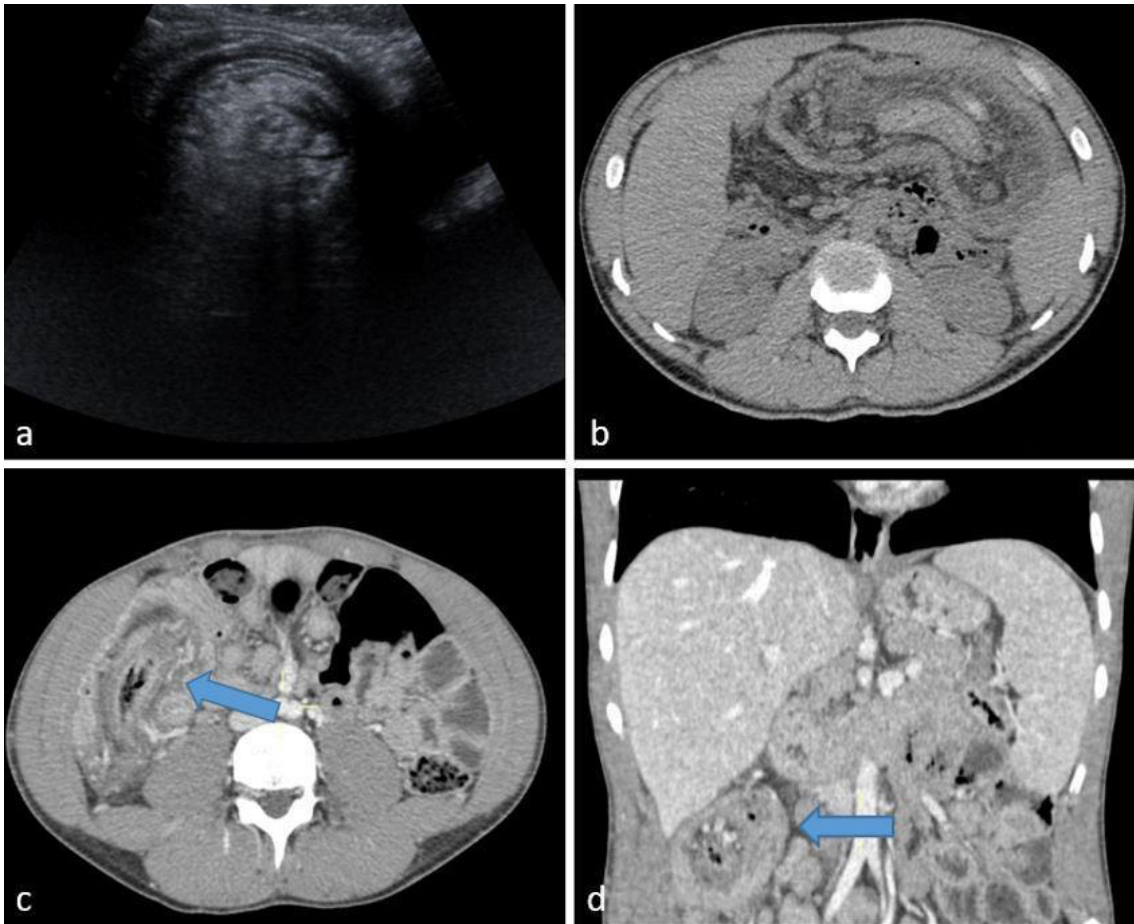
La invaginación intestinal es una patología más común en los pacientes con fibrosis quística que en la población general. Los síntomas normalmente incluyen vómitos, dolor abdominal cólico, una masa palpable y sangrado rectal.

Normalmente la invaginación es ileocólica, y suele estar causada por material fecal de alta densidad deshidratado. Los hallazgos radiológicos incluyen la presencia en ecografía del signo del “donut” o el “pseudoriñón”, y el signo de la “diana” en la TC, todo ello causado por la introducción de un segmento intestinal en la luz de otro.

### **Conclusión:**

La fibrosis quística es una enfermedad multisistémica que puede presentar múltiples manifestaciones extrapulmonares que necesitan un diagnóstico urgente.

Por lo tanto, conocer los antecedentes del paciente será fundamental para identificar entidades asociadas a los mismos.



**a:** Ecografía abdominal dónde se identifica signo “del donut” en FID, en relación con invaginación ileocólica. **b:** TC abdominal sin contraste IV en la que se aprecia invaginación ileocólica que se extiende hasta colon transverso. **c:** TC abdominal con contraste IV dónde se identifica invaginación ileocólica en FID (flecha). **d:** Corte coronal de TC abdominal con contraste IV en fase portal, visualizándose signo “de la diana” (flecha) en relación con invaginación ileocólica.

### **Bibliografía:**

1) Cystic Fibrosis below the Diaphragm: Abdominal Findings in Adult Patients - Lisa P. Lavelle, H. McEvoy, Ni Mhurchu, Robert G. Gibney, J. McMahon, Eric J. Heffernan, Dermot E. Malone. - RadioGraphics 2015; 35:680–695

2) Review of the

Abdominal Manifestations

of Cystic Fibrosis

in the Adult Patient - Michael B. Robertson, Kyuran A. Choe, Patricia M. Joseph, MD - RadioGraphics 2006; 26:679 – 690

<b>Caso</b>	(346) Hemorragia intracraneal múltiple sincrónica
<b>Autores</b>	Paula Concejo Iglesias P. Nuñez Valentin; P. Barón Ródiz; A. Pérez De Los Ríos; D. Blanco García; W.a. Ocampo Toro
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Severo Ochoa

**Presentación:**

Mujer de 84 años traída al Servicio de Urgencias por cuadro de pérdida de conciencia en tratamiento con Sintrom por un SCASEST hace más de 20 años. Pasadas dos horas de buen evolución clínica, refiere una intensa cefalea holocraneal que coincidió con TA 190/90. Se le realiza TC craneal urgente donde se visualiza extensa hemorragia subdural, intraparenquimatosa multifocal, HSA predominante en surcos del hemisferio derecho e incluso a nivel intraventricular.

**Discusión:**

Es una urgencia médica con debut y clínica muy variables. El TC cerebral sin contraste es la técnica de elección inicial. La RM resulta de utilidad para determinar el tiempo de evolución y lesiones subyacentes acompañantes.

**HEMORRAGIAS INTRAAXIALES o INTRAPRENQUITOMATOSAS:**

- Hemorragia hipertensiva: la más frecuente de origen no traumático entre los 45 y 70 años. Afecta a los núcleos de la base.
- Angiopatía amiloide: primera causa de hemorragia intracraneal espontánea en pacientes normotensos mayores de 70 años. Predominando en localización lobar cortico-subcortical.
- Post-traumática: más frecuente en región fronto-temporal y en zonas adyacentes a protuberancias óseas.
- Secundaria a malformaciones vasculares, vasculitis, drogas, tratamiento anticoagulante...

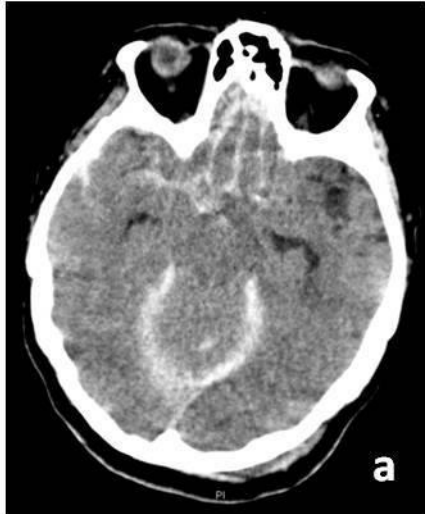
**HEMORRAGIAS EXTRAAXIALES**

- Hemorragia epidural: el 85% ocurre por laceración de la arteria meníngea media. Se ve una imagen biconvexa que no cruza suturas.
- Hematoma subdural: generalmente de origen venoso con una morfología típica de semiluna.
- Hemorragia subaracnoidea: de origen traumático (causa más frecuente), perimesencefálica o espontánea (80% por rotura de un aneurisma sacular).
- Hemorragia intraventricular: por extensión de sangrado en cualquier otra localización visualizándose nivel sangre-LCR en los ventrículos.

En nuestra paciente, ante un traumatismo tan banal, debemos pensar que el cuadro está favorecido por otros factores de riesgo como el tratamiento anticoagulante o la HTA.

### Conclusión:

Las hemorragias intracraneales son una patología urgente que debemos conocer y manejar para diagnosticar con rapidez y así poder actuar en el menor tiempo posible.



**a) Hemorragia subdural en la tienda del cerebelo y subaracnoidea en los surcos olfatorios. b) Hemorragia intraparenquitomosa en lóbulo frontal izquierdo; en astas occipitales de ambos ventrículos laterales con nivel sangre-LCR y en los surcos del hemisferio cerebral derecho en relación con hemorragia subaracnoidea. c) Se visualiza otro foco de hemorragia intraparenquitomosa en lóbulo frontal derecho así como ocupación de la práctica totalidad de los surcos en relación con hemorragia subaracnoidea. d) Hemorragia subaracnoidea y de localización subdural en la hoz interhemisférica anterior.**

**Bibliografía:**

1. Romá de Villegas, Elena; Miralles Soria, Salvador; Poyatos Ruipérez, Cecilio; Barber Hueso, Carmen; Vila Miralles, Rocío; Leiva Salinas, Carlos. "Urgencias neurorradiológicas: clasificación y diagnóstico de las hemorragias intracraneales". SERAM 2010. E-poster 1147.

2. M. Drake Perez, E. Lopez Uzquiza, M. Diez Blanco, E. Torres Diez, S. M. Llano, E. Marco de Lucas. "Hemorragias intracerebrales múltiples y simultáneas: ¿En qué pensar?". Sistema de presentación SERAM 2014. 10.1594/seram2014/S-0741.

<b>Caso</b>	(347) Embolismo pulmonar por cemento como complicación grave de la vertebroplastia percutánea
<b>Autores</b>	María Vicente Quílez Juan Calvo Blanco, Amador Prieto Fernández, Beatriz Escobar Mallada, Ana Lucía Muñoz Ruiz, Encarnación Nava Tomás
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

### **Presentación:**

Paciente de 59 años con mieloma múltiple que, cinco días después de ser intervenida de vertebroplastias dorsales, acude al Servicio de Urgencias por presentar disnea de mínimos esfuerzos, dolor torácico de predominio en hemitórax derecho y desaturación de oxígeno. Se realizaron radiografías de tórax que mostraron opacidades de alta densidad en el hilio pulmonar derecho y periféricas en parénquimas pulmonares, así como material de vertebroplastia en cuerpos dorsales. Dada la sospecha clínica y radiológica de embolias por cemento, se completó el estudio con angioTC de tórax con energía dual, confirmándose la presencia de material de alta densidad en el interior de las arterias pulmonares. La paciente fue ingresada y tratada con terapia anticoagulante, con buena evolución.

### **Discusión:**

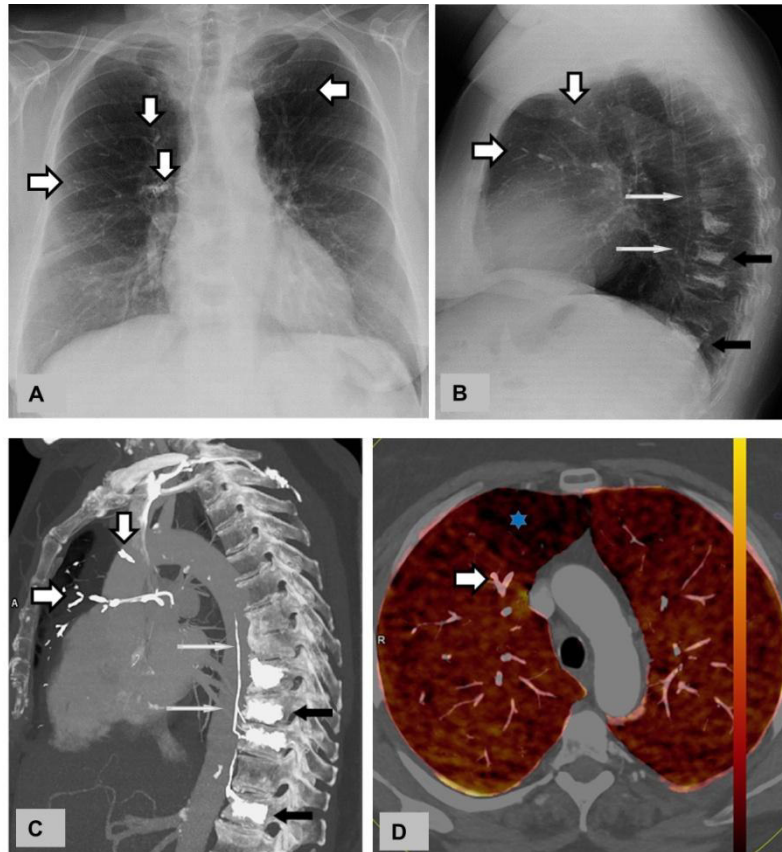
La embolia pulmonar, aunque poco frecuente, es una de las complicaciones más graves causadas por polimetilmetacrilato (PMMA) durante la vertebroplastia percutánea. Se produce por el paso accidental de émbolos de cemento acrílico a la circulación sistémica a través de los plexos venosos perivertebrales, en el proceso de solidificación. Este procedimiento mínimamente invasivo está ampliamente aceptado para el tratamiento de fracturas vertebrales osteoporóticas y patología tumoral osteolítica. Sin embargo, la inyección a alta presión o en enfermedad neoplásica conlleva un mayor riesgo de extravasación a estructuras venosas perivertebrales, como ocurrió en esta paciente afectada por mieloma.

No existe acuerdo respecto a la estrategia terapéutica a seguir. En pacientes sintomáticos, se recomienda aplicar el protocolo del tromboembolismo pulmonar con terapia anticoagulante de forma inmediata para prevenir el trombo adicional dado el efecto obstructivo del trombo por cemento. Otros autores plantean la exéresis quirúrgica de los de localización central.

### **Conclusión:**

Debemos estar familiarizados con esta complicación postoperatoria, dado que clínicamente se puede manifestar como tromboembolismo pulmonar, pudiendo evolucionar de forma tórpida si no se logra reconocer inicialmente en estudios urgentes o si pasa desapercibida.





**A)** En la radiografía posteroanterior (PA) de tórax, se observan opacidades de alta densidad de morfología lineal y arboriforme en ambos campos pulmonares (flechas). **B)** La proyección lateral de tórax muestra cementación de los cuerpos vertebrales T8, T9, T10 y T12 (flechas negras) y una formación lineal prevertebral de alta densidad que se origina en ellos - mejor visualizado en C) -, correspondiente con PMMA migrado al sistema perivertebral y ácigos hasta las arterias pulmonares (flechas finas). **C)** AngioTC de tórax con energía dual (DECT): Reconstrucción sagital con proyección de máxima intensidad (MIP), donde se confirma la situación intraarterial del material de vertebroplastia, de predominio en la porción distal de la arteria pulmonar derecha, rama lobar superior derecha y segmentarias (flechas blancas gruesas). **D)** Postprocesado con mapa de yodo: hipoperfusión del segmento anterior del lóbulo superior derecho (asterisco) hacia donde se dirige el trombo de mayor tamaño (flecha).

### Bibliografía:

1. Sun Huh, Heon Lee. Pulmonary Bone Cement Embolism: CT Angiographic Evaluation with Material Decomposition Using Gemstone Spectral Imaging. Korean J Radiol 2014;15:443-447.
2. Duran C, Sirvanci M, Aydogan M, Ozturk E, Ozturk C, Akman C. Pulmonary cement embolism: a complication of percutaneous vertebroplasty. Acta Radiol 2007;48:854-859.

<b>Caso</b>	(349) LITIASIS VESICAL GIGANTE COMO CAUSA DE IRA POST-RENAL
<b>Autores</b>	Olaya Fernández Nieto Begoña López-botet Zulueta, M <sup>a</sup> Eugenia Gil Pineda, Gonzalo Monedero Herrador, Javier Periañez Vázquez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

**Presentación:**

Varón de 48 años que acude a urgencias remitido desde la consulta de Nefrología por aumento de cifras de Cr (3,2 previas 2,2) y FG 22. AP: Accidente de tráfico en 1987 con fractura de pelvis. Tras el accidente refiere infecciones urinarias de repetición y dolor lumbar de años de evolución

**Discusión:**

Tras la realización de una cistolitotomía de urgencias se extrae una gran litiasis intravesical formada alrededor de una sonda de Foley. Dicha sonda perforaba la pared posterolateral izquierda de la vejiga observándose el extremo del catéter en el músculo piramidal ipsilateral.

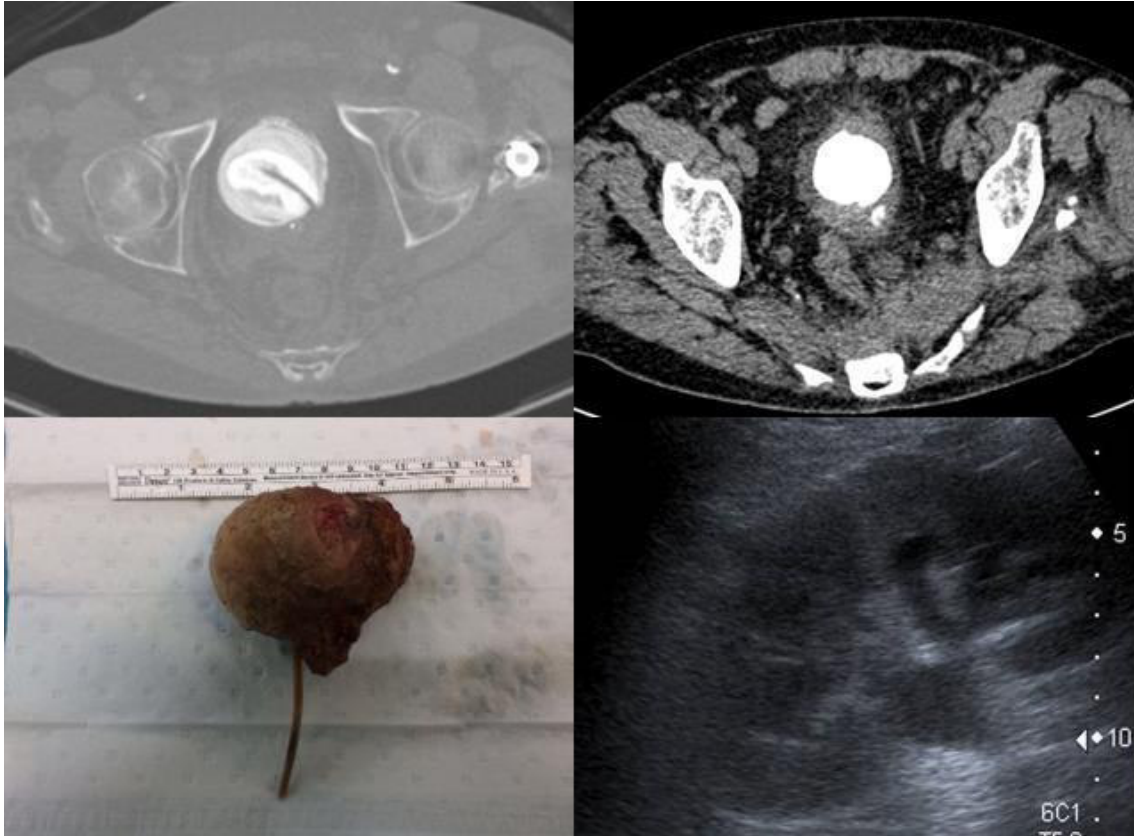
Rehistoriando al paciente éste refiere único sondaje previo hace 29 años durante su ingreso tras el accidente de tráfico.

**Conclusión:**

Ante un fracaso renal agudo hay que tener presente un amplio diagnóstico diferencial (prerrenal, renal, post-renal), siendo fundamental la buena anamnesis del paciente.

Ante la sospecha de obstrucción de la vía urinaria, la ecografía es la primera prueba a realizar, permitiendo valorar el grado de hidronefrosis y en muchos casos el origen de la obstrucción.

En caso de sospechar complicaciones asociadas o no tener clara la etiología mediante la ecografía, la prueba indicada a continuación es la TC.



**Ecografía: Hidronefrosis bilateral (imagen del riñón izquierdo). TC de abdomen sin CIV: Gran cálculo intravesical con dilatación retrógrada del sistema ureteropielocalicial izquierdo y del uréter derecho, con cambios inflamatorios renales bilaterales asociados. Se observa cuerpo extraño en la vejiga como origen del cálculo, que se extiende hacia el músculo piramidal izquierdo que se encuentra engrosado e hipodenso con respecto al contralateral en relación con cambios inflamatorios, sin descartar colección.**

### **Bibliografía:**

Aleksic, D. (2015). Acute Urinary Tract Obstruction. Serbian Journal of Experimental and Clinical Research, 16(3), 249-253

Psutka, S. P., & Lieberman, G. (2006). Unequivocal Obstructive Uropathy Radiologic Assessment.

<b>Caso</b>	(351) Afectación del SNC por tuberculosis: un diagnóstico diferencial a tener en cuenta
<b>Autores</b>	Paula María Hernández Guilabert Lucía Gómez-pimpollo García, María Luisa Collado Torres, Gertrudis Saucedo Díaz, Iñigo Pérez González
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

**Presentación:**

Varón asiático de 37 años acude a urgencias por síncope con recuperación espontánea y confusión residual. En TC craneal realizado únicamente se identifica una pequeña hipodensidad subcortical parietal derecha, sin afectación cortical, sugestiva de edema vasogénico. Interrogando al paciente, refiere diagnóstico de tuberculosis ganglionar hace dos años en otro centro, sin aislamiento microbiológico y con mala adhesión al tratamiento. Ante los hallazgos, se realiza RM urgente en la que se identifica una pequeña lesión redondeada con realce en anillo en el seno del edema vasogénico descrito, compatible con tuberculoma. No mostraba restricción en difusión ni signos de hemorragia en secuencias de susceptibilidad magnética. La sospecha se confirmó mediante biopsia de adenopatía patológica supraclavicular con resultado positivo para mycobacterium tuberculosis. Los cultivos en líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron negativos.

**Discusión:**

Dado la inmigración desde áreas endémicas, el SIDA y la aparición de cepas multirresistentes, la tuberculosis es considerada a día de hoy una enfermedad reemergente.

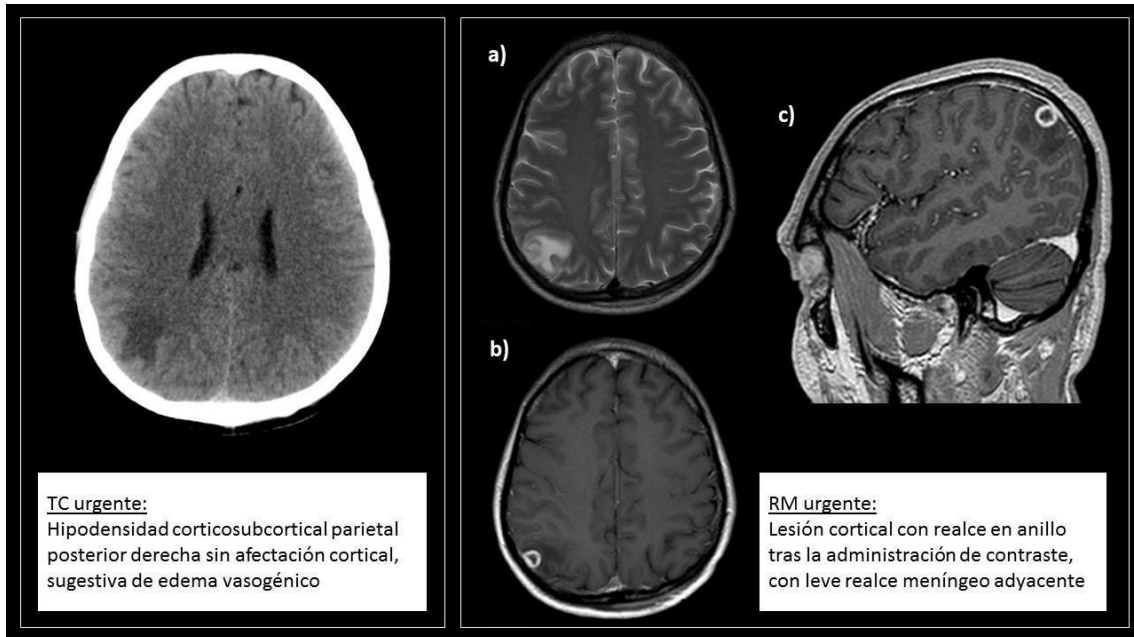
La afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) por tuberculosis es poco frecuente, debida en la mayoría de las ocasiones a una diseminación hematógena y siendo su presentación más frecuente la meningitis. La forma parenquimatosa más frecuente es el tuberculoma, con una localización predominantemente corticosubcortical y, casualmente, parietal. Pueden ser únicos o múltiples, con realce difuso o en anillo.

Los hallazgos por imagen pueden ser indistinguibles de lesiones tumorales (primarias o secundarias) y de abscesos piógenos. El contexto clínico, un moderado edema y la ausencia de restricción en difusión permitió orientar nuestro caso.

**Conclusión:**

La afectación del SNC por tuberculosis es poco frecuente si bien ha de ser considerada al tratarse de una enfermedad reemergente en nuestro medio.

La correlación clínica resulta imprescindible en su diagnóstico ya que los hallazgos radiológicos pueden ser indistinguibles de los de otras patologías.



### Bibliografía:

- Anne G. Osborn. Diagnostic Imaging. BRAIN. Amirsys 2004.
- Robert Y. Shih, LTC, MC, USA Kelly K. Koeller, MD. Bacterial, Fungal, and Parasitic Infections of the Central Nervous System: Radiologic-Pathologic Correlation and Historical Perspectives. RadioGraphics 2015; 35:1141–1169

<b>Caso</b>	(352) Infección respiratoria aguda con patrón pulmonar micronodular por <i>Actinomyces</i> de origen odontogénico.
<b>Autores</b>	Javier Martínez Ollero Irene Zabala Martín-gil, Beatriz Sastre Borregón, Lidia Nicolás Liza, María José Raya Nuñez
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

### **Presentación:**

Varón, 34 años, infección respiratoria de vías bajas que no mejora tras 5 días de tratamiento antibiótico empírico y que tras episodio de insuficiencia respiratoria aguda sugestiva de tromboembolismo pulmonar se solicita un TC torácico urgente en fase arterial con contraste intravenoso. Las imágenes mostraron un patrón parenquimatoso pulmonar micronodular diseminado a ambos hemitórax, con nódulos centrolobulillares de distribución irregular y de aspecto difuso, junto con adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales de predominio derecho. A la exploración oral el paciente presentaba una boca séptica. El cultivo de lavado bronquial determinó un *Actinomyces odontolyticus* de probable origen odontogénico. Tras 48 horas de tratamiento antibiótico dirigido el paciente mejoró clínicamente y un mes más tarde el patrón radiológico micronodular desapareció.

### **Discusión:**

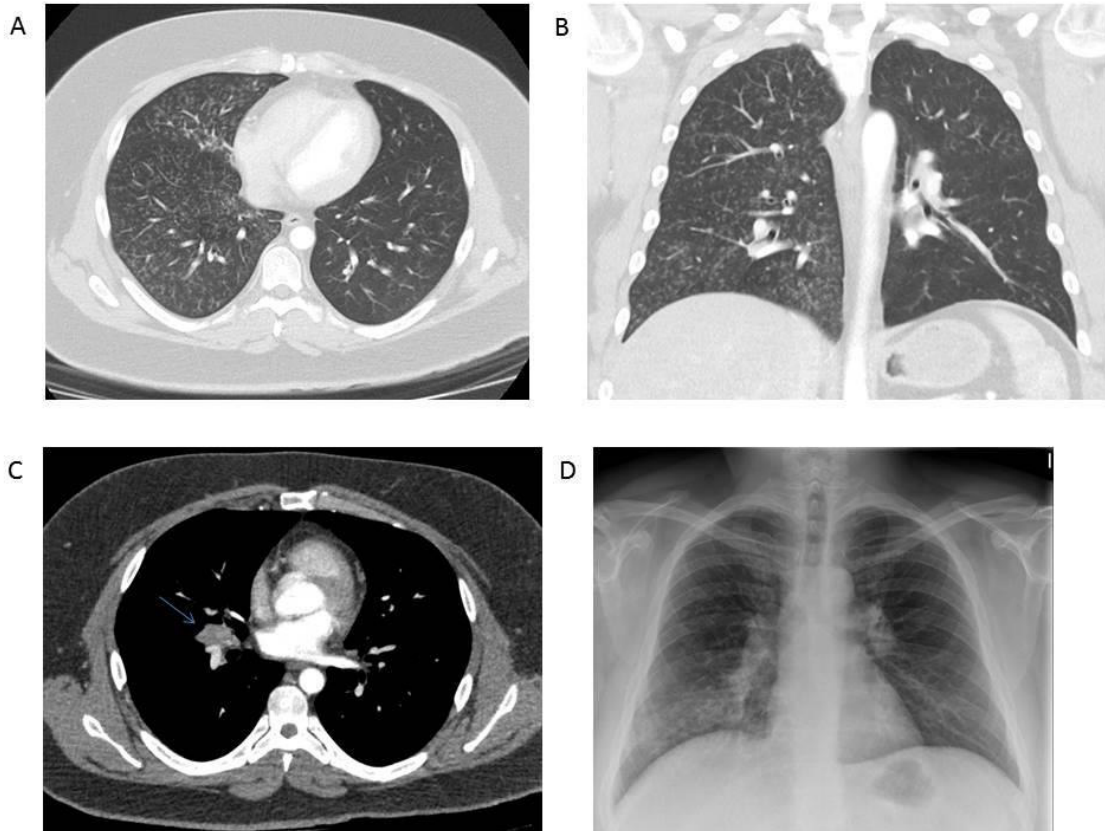
Presentamos un caso de insuficiencia respiratoria aguda con patrón pulmonar miliar producido por diseminación hematogena de un *Actinomyces* de origen odontogénico.

Los *Actinomyces* sp. son bacilos grampositivos anaeróbicos que pueden residir en la cavidad oral pero son pocos los casos publicados en la literatura que se presenten con un cuadro respiratorio agudo por diseminación hematogena y ninguno asociado a patrón pulmonar miliar.

Los hallazgos radiológicos más comunes ante una infección pulmonar por *Actinomyces* son la aparición de nódulos parenquimatosos bien delimitados, con tendencia a la cavitación, con o sin componente de masa de partes blandas simulando una imagen neoplásica (micetoma). Por el contrario las patologías que más comúnmente presentan patrón miliar son la tuberculosis, la neumoconiosis, la sarcoidosis, las metástasis y la neumonía por hipersensibilidad presentándose la mayoría con un cuadro clínico crónico.

### **Conclusión:**

Ante un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda con un patrón radiológico parenquimatoso pulmonar miliar debemos incluir a la diseminación hematogena de un *Actinomyces* con origen odontogénico como una etiología poco frecuente.



**A: Patrón miliar en TC corte axial; B: Patrón miliar en TC corte coronal, C: Adenopatía hilar derecha; D: Patrón miliar en Radiografía simple de tórax.**

### **Bibliografía:**

- Pulmonary Actinomycosis Associated with Endobronchial Vegetable Foreign Body. Jong Hyun Baek, M.D., Jang Hoon Lee, M.D., Myeong Su Kim, M.D., Jung Cheul Lee, M.D. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2014;47:566-568.

- A Case of Disseminated Infection due to Actinomyces meyeri Involving Lung and Brain

Hyun Jung Park, Ki-Ho Park, Sung-Han Kim, Heungsup Sung, Sang-Ho Choi, Yang Soo Kim, Jun Hee Woo, and Sang-Oh Lee. Infect Chemother 2014;46(4):269-273

- Periodontitis-associated septic pulmonary embolism caused by Actinomyces species

identified by anaerobic culture of bronchoalveolar lavage fluid: a case report. Shun Endo, Eikan Mishima, Yoichi Takeuchi<sup>1</sup>, Takashi Ohi, Masatsugu Ishida, Masaru Yanai, Hideyasu Kiyomoto, Tasuku Nagasawa<sup>1</sup> and Sadayoshi Ito. Endo et al. BMC Infectious Diseases (2015) 15:552

<b>Caso</b>	(353) Perforación de intestino delgado por espina de pescado
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Cecilia Rubio Maicas  
Cristina Parrilla Muñoz, Nerses Nersesyan, Álvaro Pesquera  
Muñoz, Rosa Dosda Muñoz, Julio Palmero Da Cruz  
Hospital Clínico Universitario

### **Presentación:**

Varón de 76 años con antecedentes de diabetes mellitus y EPOC que acude a urgencias por dolor abdominal difuso de tres días de evolución y vómitos. Refiere haber comido pescado el día anterior. Se realiza TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso en el que se visualiza engrosamiento parietal concéntrico de intestino delgado con discontinuidad de un segmento con colección hidroaérea, sugestivo de perforación contenida por cuerpo extraño. Tras la valoración por cirugía se decide ingreso y tratamiento conservador con antibiótico.

### **Discusión:**

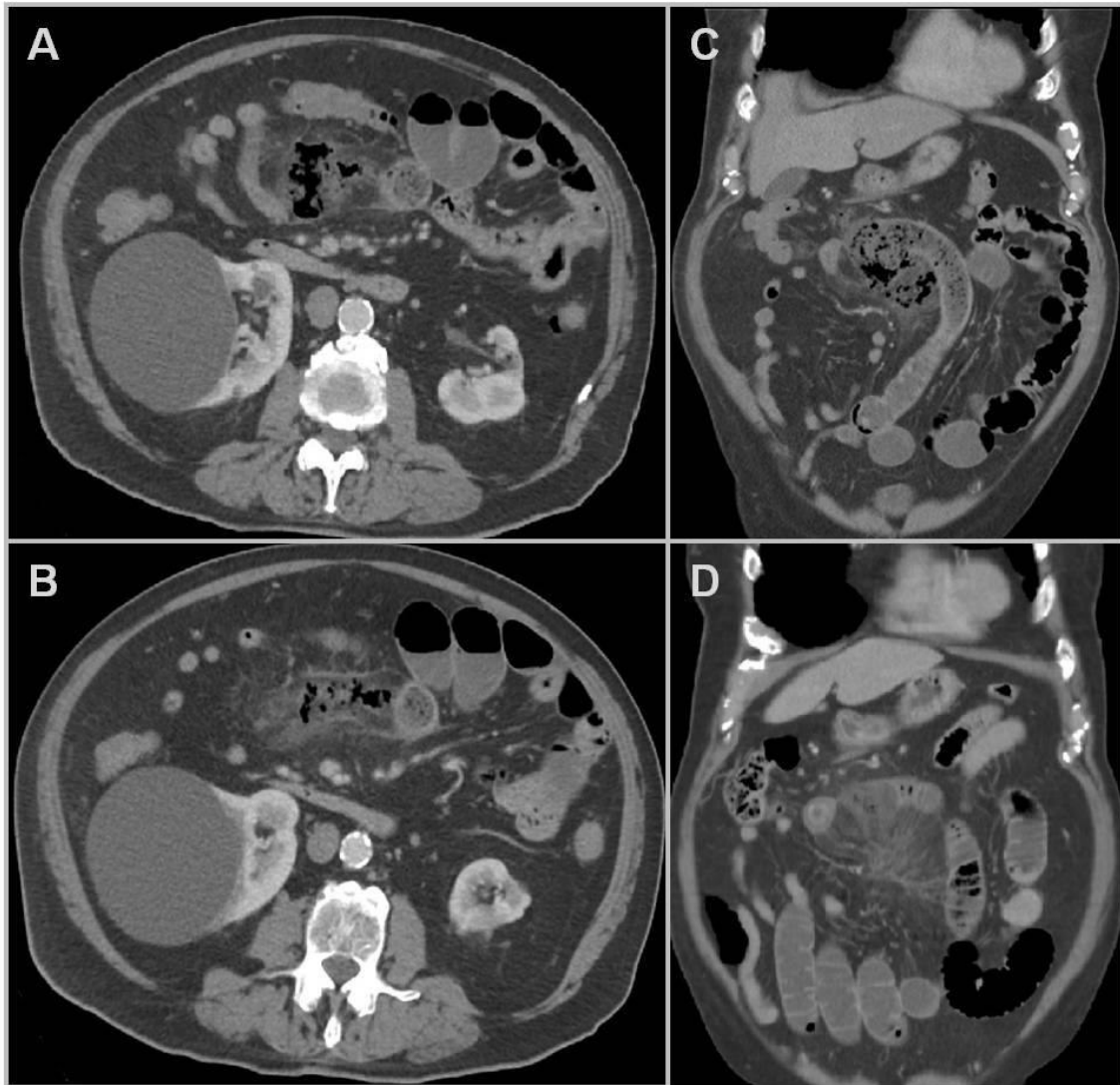
La mayoría de los cuerpos extraños que se ingieren avanzan por el tracto intestinal sin causar complicaciones. La ingesta accidental de espinas de pescado puede pasar desapercibida para el paciente pudiendo causar síntomas incluso meses o años después de la ingesta. La perforación intestinal (menos del 1%) suele ser secundaria a una inflamación crónica de la pared y el sitio de la perforación suele cubrirse por fibrina, epiploon o asas intestinales, por lo que los síntomas son escasos y el diagnóstico clínico suele ser difícil, de ahí la importancia del diagnóstico radiológico.

La radiografía simple no detecta las espinas y el neumoperitoneo que se produce es pequeño por lo que tampoco suele visualizarse. La TC es fundamental para el diagnóstico de las complicaciones. El sitio de la perforación se manifiesta como un segmento intestinal con pared engrosada asociado a cambios inflamatorios en la grasa adyacente, neumoperitoneo localizado y posible ileo mecánico. Las espinas se visualizan como densidad calcio lineal en el interior del área inflamatoria. El uso de contraste, tanto oral como intravenoso, dificulta la visualización de cuerpos extraños.

### **Conclusión:**

La perforación intestinal por espina es infrecuente y el antecedente de ingesta de pescado es muchas veces desconocido pudiendo pasar desapercibida lo que hace importante conocer los signos radiológicos, siendo la TC la prueba de elección.





*Perforación contenida por cuerpo extraño. TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso. A y B axial; C y D coronal. Engrosamiento concéntrico de pared de intestino delgado con discontinuidad parietal la cual es sustituida por colección hidroaérea en relación con perforación contenida. Aumento de atenuación y trabeculación del meso y mínimo neumoperitoneo. Dilatación proximal de asas de yeyuno.*

### **Bibliografía:**

Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Cheah FK, Ooi LL, Wong WK. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol* 2006; 187: 710-4.

Gayer G, Petrovitch I, Jeffrey R.B. Foreign objects encountered in the abdominal cavity at CT. *Radiographics* 2011; 31:409-28

<b>Caso</b>	(355) Hiperperfusión e hiperemia cerebral en el infarto isquémico agudo, hallazgo infrecuente en los estudios de perfusión cerebral.
<b>Autores</b>	Virginia Jiménez Coronel Carmen Martínez Huertas, Ana Milena Muñoz, Mariola Gutiérrez Gallardo, Laura Díaz Rubia
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Granada

**Presentación:**

Presentamos el caso de un paciente varón de 56 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias con un cuadro agudo de afasia sensitiva de escasas horas de evolución. Se realiza TC cerebral basal, Angio-TC de TSA y TC de perfusión para establecer el origen del ACV y valorar si el paciente es candidato a tratamiento endovascular. La TC cerebral basal descartó la presencia de hemorragia intracraneal y puso de manifiesto una tenue hipodensidad cortical temporal derecha sin otros hallazgos asociados. El Angio-TC de TSA demostró una oclusión abrupta de la ACI a unos 15 mm de su origen. Los resultados en la TC de perfusión corroboraron la presencia de un área isquémica aguda en el territorio descrito en la TC basal y como hallazgo infrecuente, se evidenció un significativo aumento del CBF y en menor medida del CBV en la corteza hemisférica afectada con respecto a la contralateral, en relación con hiperperfusión e hiperemia espontánea como mecanismo compensatorio del déficit sanguíneo por medio de colaterales.

**Discusión:**

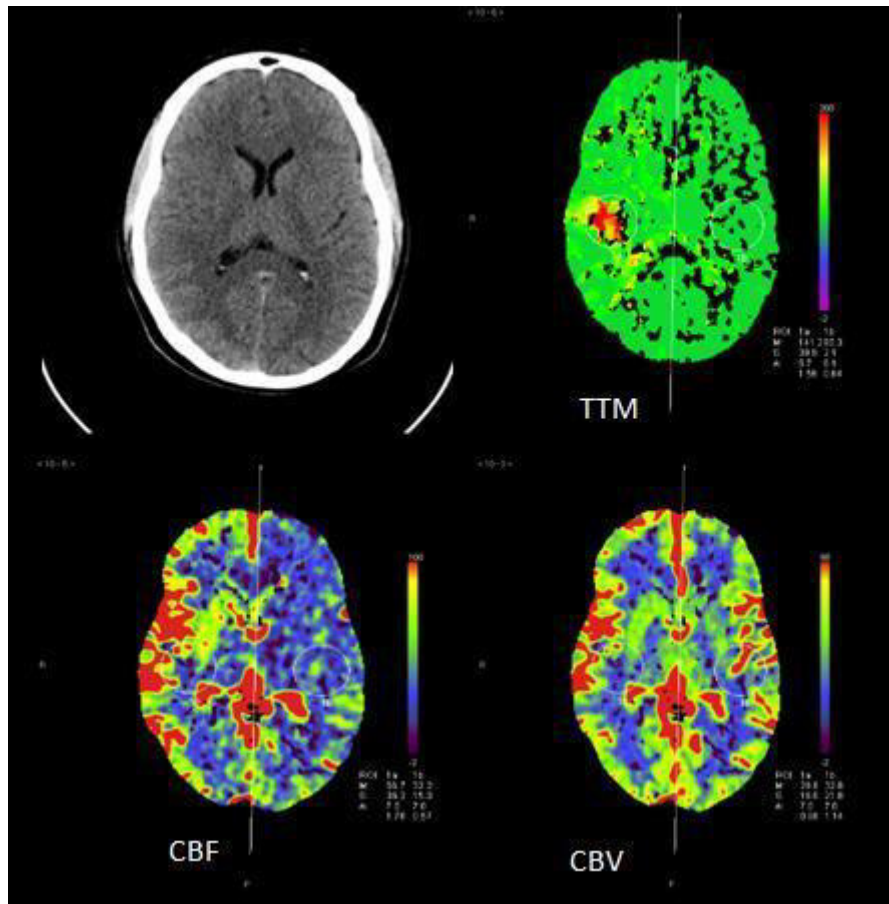
La reperfusión de áreas cerebrales isquémicas tras una oclusión vascular puede ocurrir de manera espontánea poco tiempo de la instauración del evento, o tras la recanalización vascular.

Su diagnóstico se lleva a cabo mediante un estudio de TC de perfusión cerebral, y es importante conocerlo, porque aunque es infrecuente, puede dar lugar a errores en la interpretación de las áreas de isquemia y penumbra.

**Conclusión:**

La TC de perfusión y la angio-TC de TSA son fundamentales para el diagnóstico rápido de los ACV para planificar el tratamiento óptimo para el paciente.

Es importante conocer el fenómeno de la hiperperfusión e hiperemia en las áreas de isquemia para evitar errores diagnósticos.



**TC basal y parámetros de TC de perfusión cerebral. Aumento de CBF y CBV con respecto al hemisferio contralateral en relación con hiperperfusión e hiperemia compensatoria.**

### Bibliografía:

- Nguyen TB, Lum C, Eastwood JD, et al. Hyperperfusion on perfusion computed tomography following revascularization for acute stroke. *Acta Radiol* 2005; 46:610–615.
- Wintermark M, Fischbein NJ, Smith WS, et al. Accuracy of dynamic perfusion CT with deconvolution in detecting acute hemispheric stroke. *Am JNeuroradiol* 2005; 26:104–112.
- S. Capurro Ferrer, L. Oleaga Zufiría, L. San Román Manzanera, A. Lopez Rueda, J. Blasco Andaluz, J. Macho Fernandez. Hiperperfusión cerebral documentada en el mapa CBV tras la repermeabilización vascular en ictus isquémico agudo. <http://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-0847>.
- C. Perez Balagueró, P. Cuadras Collsamata, P. Puyalto de Pablo, J. Munuera del Cerro, N. Pérez de la Ossa, R. Pérez Andres. La TC avanzada en el diagnóstico del ictus.

<http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-102>



<b>Caso</b>	(358) Isquemia Gástrica
<b>Autores</b>	Juan Carlos Pérez Herrera Verónica Lorenzo Quesada, Laura García Camacho, Silvana María Lara Fernandez, Carlos Borrega Harinero, Eva María García Gámez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerto Real

**Presentación:**

Paciente de 76 años con factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de gastritis crónica atrófica, con dolor abdominal intenso y mal estado general.

**Discusión:**

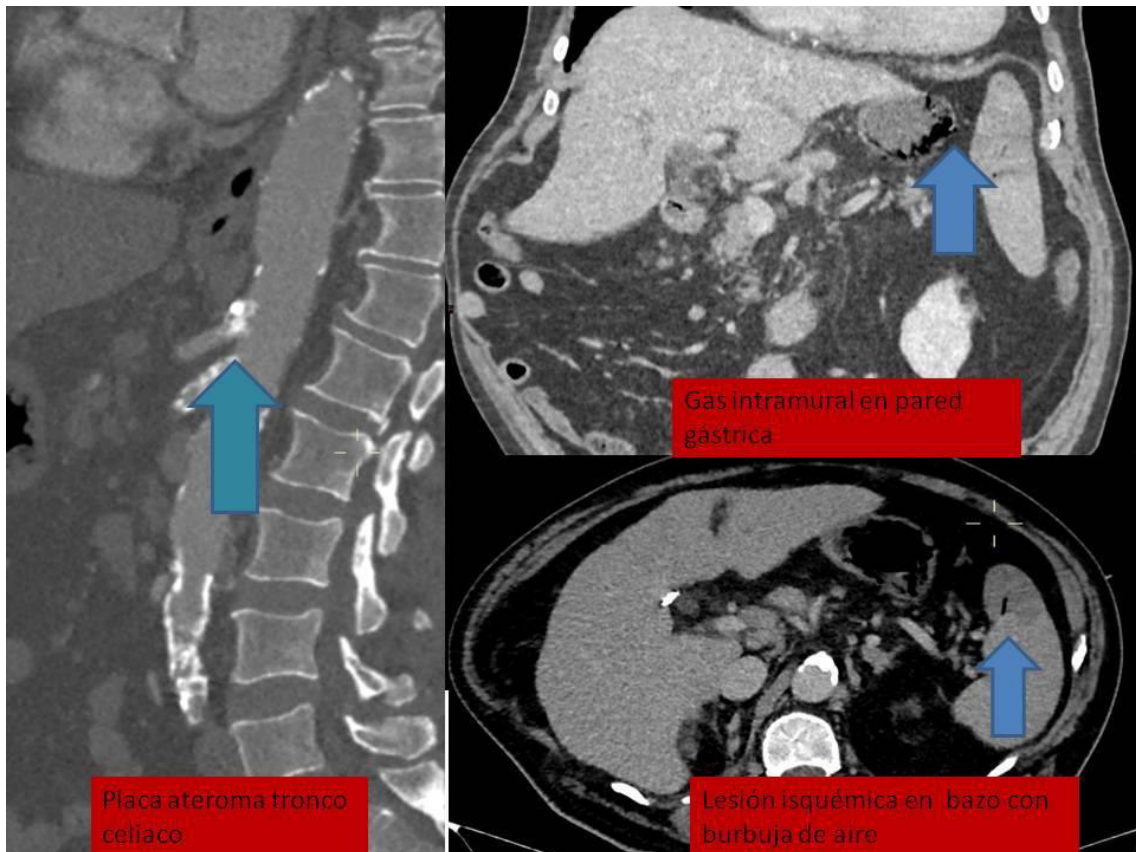
Por sospecha de patología aortica aguda se realizó angioTC de aorta y TC de abdomen con contraste iv. en fase portal. Se observaban placas de ateroma calcificadas en origen de tronco celiaco, que condicionaban estenosis del mismo. Existían pequeñas burbujas de neumoperitoneo perigástricas, e intramurales en paredes gástricas, así como una lesión hipocaptante esplénica, con burbujas aéreas, de probable origen isquémico. Ante la sospecha de perforación de víscera hueca se intervino observándose isquemia gástrica, realizándose gastrectomía total. Presentó postoperatorio tórpido con posterior éxitus.

La isquemia gástrica es una patología poco frecuente causada por una insuficiencia vascular difusa o focal. Su poca frecuencia se debe al rico aporte sanguíneo colateral del estomago. Entre sus causas se incluyen la hipotensión sistémica (por ejemplo en pacientes sépticos o en shock), estenosis del tronco celiaco (como nuestro caso) o de la arteria mesentérica superior, vasculitis o tromboembolismo diseminado. Los hallazgos por imagen incluyen la presencia de adelgazamiento de la pared gástrica y gas intramural, y en casos avanzados signos de perforación de víscera hueca. El tratamiento es multidisciplinar, incluyendo medidas de soporte, antibioterapia de amplio espectro, colocación de SNG (para evitar distensión gástrica), y en casos graves cirugía. El pronóstico es globalmente pobre.

**Conclusión:**

La isquemia gástrica es una patología poco frecuente de mal pronóstico.

Los hallazgos por imagen incluyen adelgazamiento de la pared gástrica y presencia de gas intramural.



*Hallazgos en TC: Placa de ateroma en tronco celiaco, gas intramural en pared gástrica y lesión isquémica en bazo.*

### **Bibliografía:**

Tang SJ, Daram SR, et al. Pathogenesis, diagnosis, and management of gastric ischemia. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12(2): 246-252.

Guniganti P, Bradenham C, et al. CT of Gastric Emergencies. Radiographics 2015; 35: 1909-1921.

<b>Caso</b>	(360) Tiflitis: Simulador de apendicitis en pacientes neutropénicos
<b>Autores</b>	Ángela Fernández López María Isabel Tercero Azorín, Patricia Camino Marco, Cristina López Cárceles, Alberto Ibáñez, Ibáñez, Inmaculada Alcantud González
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

### **Presentación:**

Mujer de 36 años con leucemia aguda y dolor en hipocondrio derecho. En la analítica presenta aplasia medular con importante leucopenia ( $0,2 \times 10^3/\text{mcl}$ ) y neutropenia ( $0,002 \times 10^3/\text{mcl}$  o 11,9%). Se solicita TC abdominal con contraste intravenoso (CIV) donde se observa marcada edematización parietal cecal y colon ascendente hasta ángulo hepático, con aumento de densidad de la grasa mesocólica y líquido libre en gotiera paracólica derecha y pelvis, con diagnóstico radiológico de tiflitis. El apéndice era normal.

### **Discusión:**

La tiflitis o colitis neutropénica es un trastorno que afecta a ciego, colon ascendente y ocasionalmente íleon o apéndice. De etiología desconocida, aunque probablemente de carácter isquémico-infeccioso, afecta característicamente a pacientes neutropénicos.

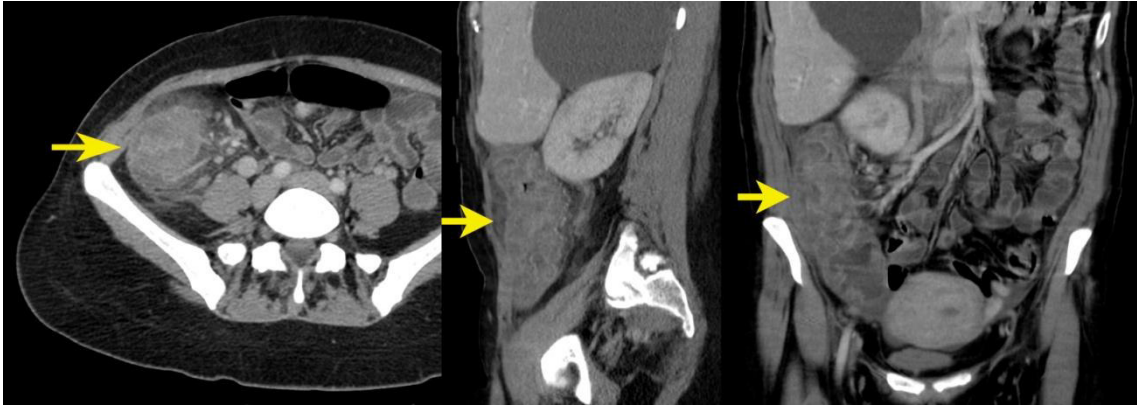
Los síntomas y signos son dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, distensión abdominal y diarrea. El pronóstico con diagnóstico precoz es bueno, siendo ominoso en fases tardías pudiendo aparecer complicaciones como abscesos, necrosis, perforación o sepsis.

La TC con CIV es la prueba de elección por su alta sensibilidad y especificidad, mostrando un engrosamiento parietal habitualmente de baja atenuación (edema) en ciego y colon ascendente; así como alteración de la grasa adyacente y líquido libre, pudiendo detectar también complicaciones como neumatosis, perforación o abscesificación.

El diagnóstico diferencial incluye: colitis pseudomembranosa por *C. difficile* y otras colitis infecciosas, apendicitis, diverticulitis cecal, colitis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal, hemorragia intramural e infiltrado leucémico.

### **Conclusión:**

El dolor en hipocondrio derecho en pacientes neutropénicos requiere diagnóstico y tratamiento precoz para descartar tiflitis, siendo una causa potencial de morbimortalidad. La TC es clave en su diagnóstico con hallazgos típicos permitiendo realizar otros diagnósticos diferenciales y valorar la presencia de complicaciones simultáneamente.



***TC abdominal con CIV en planos axial, sagital y coronal: edematización parietal de colon derecho y ciego. Asocia un aumento de la densidad de la grasa mesocólica y líquido libre adyacente. Hallazgos compatibles con tiflitis.***

### **Bibliografía:**

- Federle, M. and Jeffrey, R. (2011). Diagnóstico por imagen. Abdomen. 2nd ed. Marbán.
- Webb, W., Brant, W., Major, E. (2007). TACbody. Madrid: Marbán.



<b>Caso</b>	(361) Disección de aorta tipo B con rotura aórtica.
<b>Autores</b>	Carlos Pérez Serrano Mariana Nelida Benegas Urteaga
<b>Centro</b>	Hospital Clínic de Barcelona

### **Presentación:**

Varón de 69 años que acude por dolor epigástrico, afectación del estado general e hipotensión arterial (TAS: 70, TAD: 40). Se decide realizar una angio-TC urgente ante la sospecha de síndrome aórtico agudo. En la exploración se visualiza una disección de aorta torácica descendente, distal al origen de la arteria subclavia izquierda (tipo B de Stanford), con extensión hasta arterias ilíacas externas. A nivel subcarinal, se identifica un punto de fuga con abundante salida de contraste desde la luz falsa al mediastino, conformando un gran hematoma que comprime estructuras adyacentes. El hematoma se extiende a la región cervical y a retroperitoneo, y aumenta de volumen en fases más tardías de la adquisición. También se observa hemotórax bilateral. El paciente es trasladado de inmediato a la sala de angiorradiología para recibir tratamiento endovascular, donde fallece tras presentar una parada cardiorrespiratoria no recuperable.

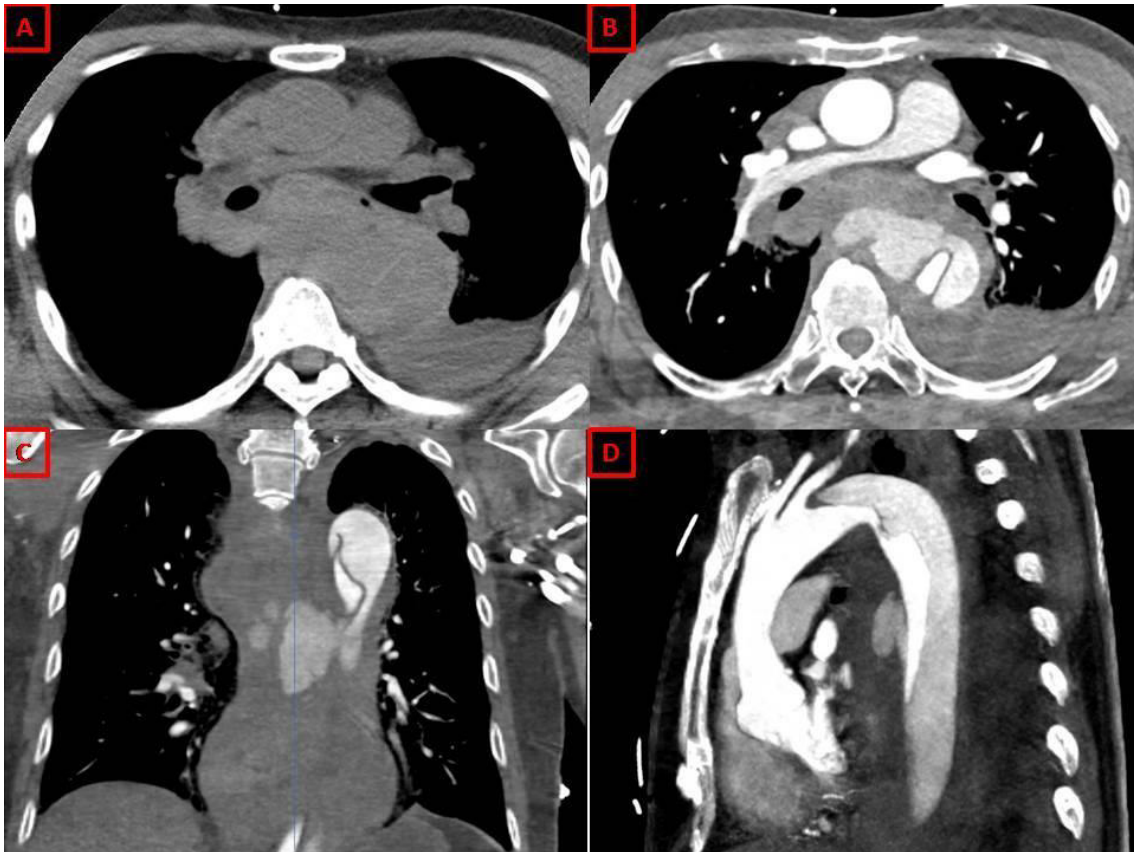
### **Discusión:**

Los hallazgos son concluyentes de disección de aorta tipo B, con presencia de rotura y sangrado activo. La tomografía computarizada es la técnica de elección para el diagnóstico de la rotura de aneurisma aórtico. Dicha rotura puede producirse hacia mediastino, pericardio, o estructuras lumbales adyacentes. En la TC basal se manifiesta como hematoma hiperdenso, mientras que con la administración de contraste se puede visualizar su extravasación desde la luz aórtica (1).

El manejo terapéutico de la disección de tipo B suele ser conservador. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas situaciones con compromiso vital del paciente (rotura aórtica, isquemia orgánica, dolor recurrente o intratable, progresión de la disección, expansión del aneurisma e hipertensión arterial incontrolable). (2)

### **Conclusión:**

La disección aórtica es una de las patologías más graves dentro de la radiología torácica de urgencias. La angio-TC es clave para su estudio, ya que, no solo permite establecer el diagnóstico, sino también determinar su gravedad y el tratamiento a seguir.



*Imagen 1. A. TC basal donde se identifica material hiperdenso que corresponde a hematoma y ocupa el mediastino posterior. B, C y D. Diferentes reconstrucciones de la TC con contraste en fase arterial, donde se identifica la extravasación de contraste de la falsa luz al mediastino.*

### **Bibliografía:**

1. Prachi P. Agarwal, Aamer Chughtai, Frederick R. K. Matzinger, Ella A. Kazerooni. Multidetector CT of Thoracic Aortic Aneurysms. *RadioGraphics* 2009; 29: 537-552
2. Hu?seyin Ince, Christoph A Nienaber. Diagnosis and management of patients with aortic dissection. *Heart* 2007; 93: 266–270

<b>Caso</b>	(363) Trombosis venosa cerebral. Reto diagnóstico en urgencias.
<b>Autores</b>	Carolina Méndez Lucena Laura Reyes Márques, Pablo López Ramírez, María Del Mar Buitrago Torres, Mario Gago Galán, Francisco Romero Ruiz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de Valme

**Presentación:**

La trombosis venosa cerebral (TVC) representa hasta la fecha un reto diagnóstico, debido a la alta variabilidad de presentación tanto clínica como en neuroimagen. Presentamos el caso clínico de una mujer de 20 años de edad sin antecedentes clínicos ni familiares de interés con toma de ACHO hace 5 meses. Acude a urgencias por cuadro de cefalea de dos semanas de duración que no mejoraba con analgesia y que presentó un episodio de crisis comicial.

**Discusión:**

Se realiza TC de cráneo sin contraste iv urgente en el que se visualiza lesión hipodensa en lóbulo temporal derecho con discreto efecto masa que se acompaña de varios focos hemorrágicos intraparenquimatoso así como imagen lineal hiperdensa cortical, todo ello compatible con infarto hemorrágico secundario a TVC. Se decide realizar angio-TC con fase venosa en el que se confirma la existencia de trombosis del seno transversal y sigmoideo derechos. Posteriormente, se realiza resonancia magnética para control tras la introducción de tratamiento anticoagulante.

**Conclusión:**

La TVC representa alrededor del 0,5% de todos los casos de enfermedad vascular cerebral a nivel mundial. La cefalea, los déficits focales y las crisis comiciales constituyen las manifestaciones iniciales más frecuentes. El diagnóstico neurorradiológico más sensible y específico es la imagen por resonancia magnética, sin embargo el angio-TC con venografía puede constituir una buena alternativa ante la posibilidad de no disponer de ella en urgencias.

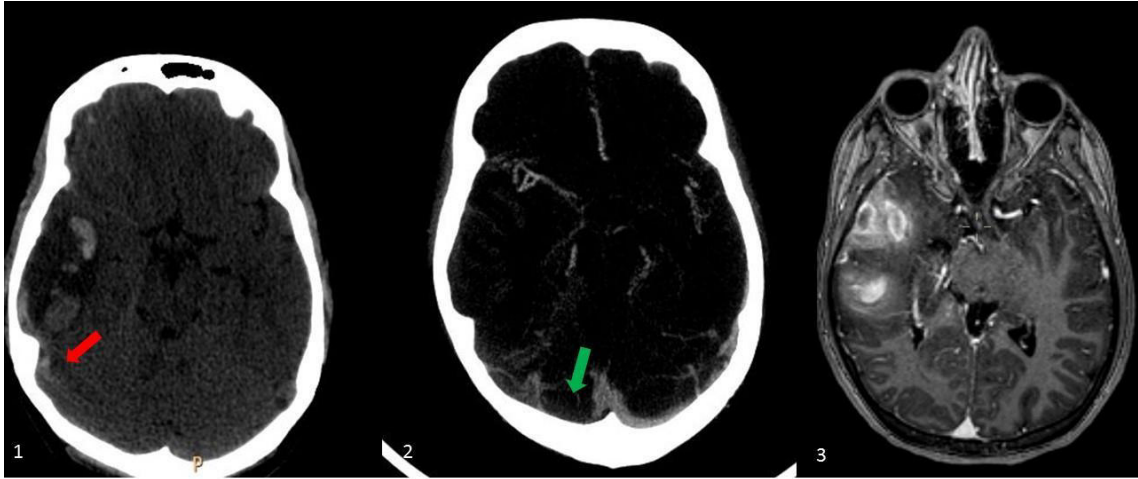


Imagen 1: TC sin contraste con signo de la cuerda densa (flecha roja). Imagen 2: Angio-TC con venografía donde se visualiza ausencia por trombosis de seno transversal derecho (flecha verde). Imagen 3: RM en axial con secuencia T1 con gadolinio donde se confirman los hallazgos.

### **Bibliografía:**

Bousser MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: an update. *Lancet Neurol.* 2007.

Puig J, Pedraza S, Blasco G, Serena J. Actualización en el diagnóstico neurorradiológico de la trombosis venosa cerebral. *Radiología.* 2009.

Guenther G, Arauz A. Trombosis venosa cerebral: aspectos actuales del diagnóstico y el tratamiento. *Neurología* 2011.

:

<b>Caso</b>	(365) “La lesión intestinal en politraumas: el reto. El líquido libre, la pista”
<b>Autores</b>	Lucia Fernandez Rodriguez Maria Jesús García Sanchez, Aurea Diez Tascón, Alberto Alvarez Muelas, Miguel Bello Erias, Milagros Martí De Gracia
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz

### **Presentación:**

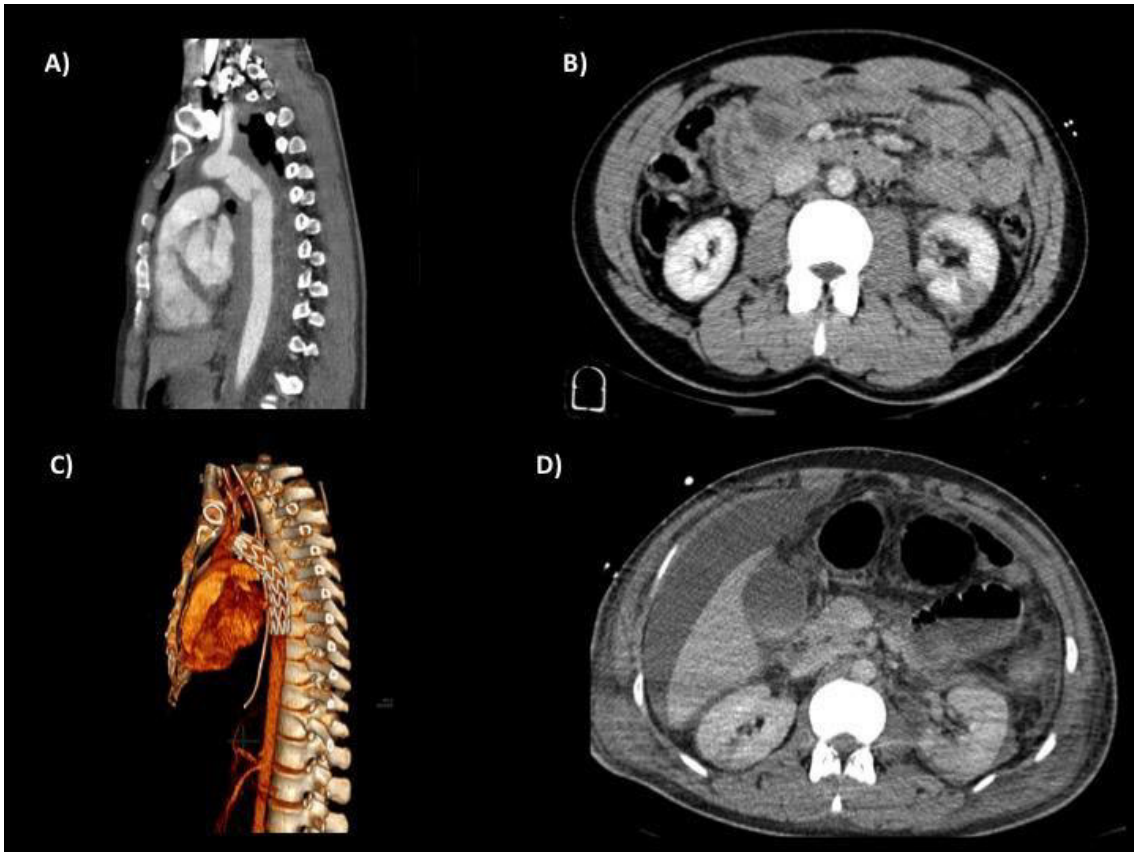
Varón, 30 años, politrauma. Rotura de aorta traumática a nivel del istmo complicada con pseudoaneurisma (Imagen A). Contusiones pulmonares, adrenal derecha y renales grado III (AAST). Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis con atenuación <20UH (Imagen B). Se coloca de forma urgente prótesis aórtica, manejándose el resto de las lesiones de forma conservadora (Imagen C). Debido a empeoramiento del estado general y fiebre, se repite TC con CIV 4 días después observándose líquido libre intraabdominal que ha aumentado significativamente respecto a estudio previo y trabeculación grasa en flanco izquierdo (Imagen D). Ante la sospecha de lesión intestinal, el paciente es intervenido observándose un desgarró seroso de yeyuno próximo al Treitz con peritonitis entérica y neumoperitoneo.

### **Discusión:**

Las lesiones de asas intestinales son un reto diagnóstico siendo el TCMD la herramienta más sensible. Se detectan hasta en un 5% de los traumatismos abdominales cerrados siendo el yeyuno proximal y el íleon distal las regiones más susceptibles al desgarró por mecanismo de desaceleración. El retraso diagnóstico es frecuente lo que conduce a un aumento de morbimortalidad por hemorragia o sepsis. Signos específicos de lesión intestinal como defectos murales, aire libre o extravasación del contraste oral son poco frecuentes. El engrosamiento de la pared intestinal, las anomalías en el realce parietal, la trabeculación mesentérica o el líquido libre son otros hallazgos menos específicos de lesión intestinal pero más comunes. Un 93% de los pacientes con lesión intestinal o mesentérica tienen líquido libre. El aumento del líquido libre en un paciente politraumatizado sin causa que lo justifique es una pista clave de daño intestinal.

### **Conclusión:**

Las lesiones intestinales constituyen un reto debido a su dificultad diagnóstica. Esto aumenta en pacientes politraumatizados donde la presencia de múltiples daños puede interferir en su interpretación. La existencia o aumento de líquido libre intraabdominal nos debe hacer sospechar de su existencia.



**A y B) Imágenes de CT con contraste, inmediatamente tras el traumatismo. Corte sagital y coronal. A) Rotura de aorta traumática a nivel del istmo con pseudoaneurisma y hematoma periaórtico torácico. B) Laceración en cortical renal izquierda, mayor de 1cm pero sin afectar al sistema colector, correspondiente con lesión renal grado III. C y D) Imágenes obtenidas 4 días después en TC de control. Imagen sagital y coronal C) Reconstrucción 3D de la reparación de la rotura aórtica con endoprótesis. D) Significativo aumento del líquido libre intraabdominal y de la trabeculación de la grasa mesentérica.**

### **Bibliografía:**

- Butela ST, Federle MP, Chang PJ, Thaete FL, Peterson MS, Dorvault CJ et al. Performance of CT in detection of bowel injury. *AJR Am J Roentgenol.* 2001 Jan;176(1):129-35.
- Brofman N, Atri M, Hanson JM, Grinblat L, Chughtai T, Brennehan F. Evaluation of bowel and mesenteric blunt trauma with multidetector CT. *Radiographics.* 2006 Jul-Aug;26(4):1119-31.
- Magu S, Agarwal S, Gill RS. Multi Detector Computed Tomography in the Diagnosis of Bowel Injury. *Indian J Surg.* 2012;74 (6): 445-450.

<b>Caso</b>	(366) PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA Y ALGO MÁS
<b>Autores</b>	Laura Cuesta Lujano Xaira María Cortés Sañudo, Alejandro García De La Oliva, Ricardo Andre Domínguez García, Carmen González Castellano
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

### **Presentación:**

Mujer de 46 años remitida con datos clínicos de febrícula, dolor en fosa renal derecha (FRD) y puñopercusión positiva. Sospecha de cólico renal complicado. Pruebas complementarias: en orina leucocituria con nitritos positivos y hematuria. En sangre ligera leucocitosis con neutrofilia y PCR de 168 mg/L. Se realizó ecografía abdominal urgente y completamos estudio con TCMD de abdomen con contraste intravenoso (Figura 1: A, B y C). Los hallazgos fueron compatibles con pielonefritis xantogranulomatosa (PXG). Como hallazgo incidental se observaron alteraciones morfológicas en relación con la pinza aortomesentérica (habiendo que valorar clínicamente la posibilidad de síndrome de cascanueces, asociado o no a síndrome de Wilkie).

### **Discusión:**

La PXG es una forma infrecuente de enfermedad inflamatoria granulomatosa renal. Ocurre como consecuencia de una infección crónica del parénquima renal dando lugar a un riñón no funcionante (Figura 1: D).

El proceso es típicamente unilateral y puede ser difuso (90%) o focal (10%). Afecta a adultos entre la 5ª y 7ª década de la vida, con predominio en mujeres (70%).

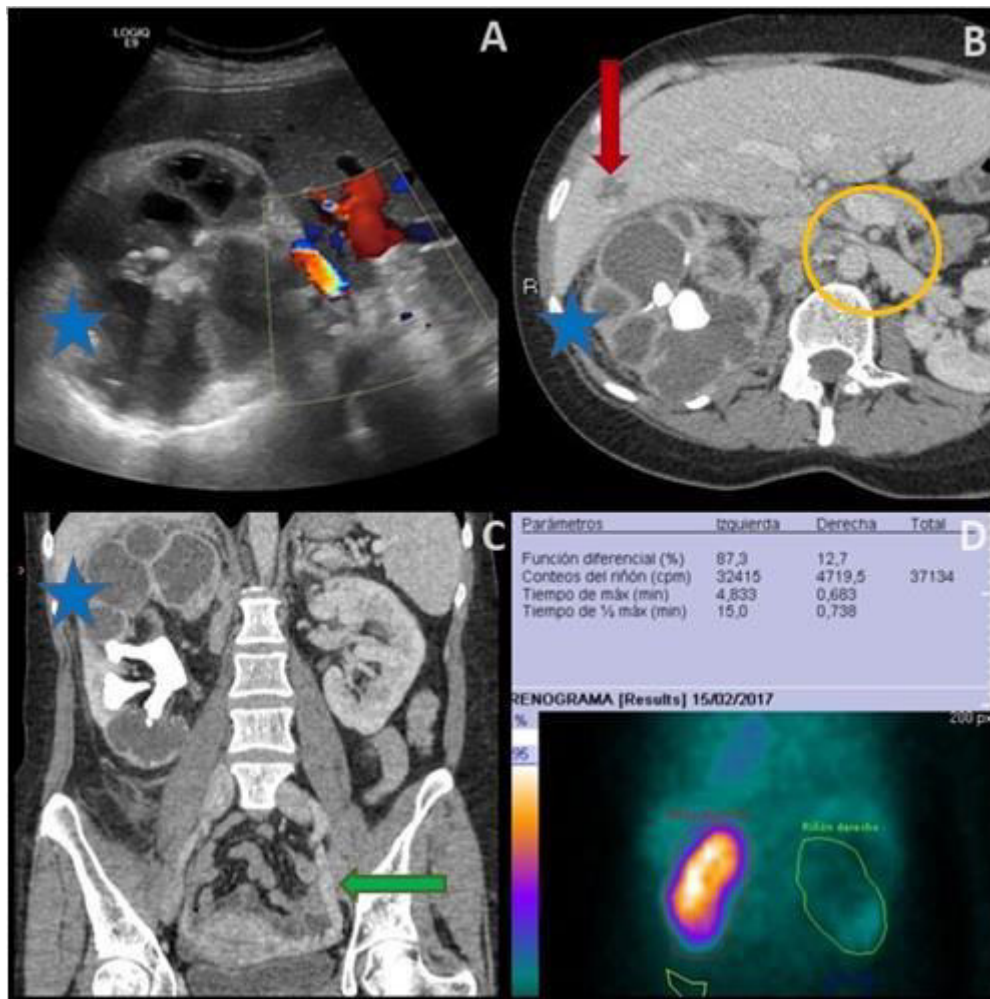
La clínica suele ser inespecífica (fiebre y dolor en fosa renal, astenia, pérdida de peso, disuria o masa en flanco). Por lo contrario, presenta unas características radiológicas específicas, especialmente la TCMD (Figura 1). En la resonancia magnética es típica su heterogeneidad.

El diagnóstico diferencial incluye: tuberculosis renal “putty kidney”, abscesos renales, carcinoma de células renales y angiomiolipoma con escaso contenido graso.

### **Conclusión:**

La PXG es una entidad infrecuente, con unas características radiológicas específicas que debemos de conocer de cara a su diagnóstico. No debemos olvidar el diagnóstico diferencial.

Cuando nos enfrentamos a una TCMD es imprescindible estudiarla en todo su conjunto y de manera sistemática, a menudo nos sorprenden los hallazgos incidentales.



**Figura 1** Mujer de 46 años con hallazgos radiológicos compatibles con Pielonefritis Xantogranulomatosa. A) Ecografía abdominal, plano axial del riñón derecho (RD): véase el aumento de tamaño del RD, con pérdida de la arquitectura normal, dilatación de cálices e imagen central, ecogénica, compatible con cálculo molde coraliforme. B y C) TCMD de abdomen con contraste intravenoso en plano axial y coronal respectivamente: Aumento significativo del tamaño renal (17 cm), con cálices dilatados de aspecto multiloculado y contracción de la pelvis renal ocupada con cálculo molde ("signo de la pata del oso") (estrella azul). La fascia de Gerota se encuentra engrosada con alteración de la grasa parrarenal. Como hallazgos incidentales: hemangioma hepático (flecha roja), estenosis de la vena renal izquierda a nivel de la pinza aortomesentérica, con dilatación preestenótica (círculo amarillo), dilatación de la vena ovárica y desarrollo de varices pélvicas (flecha verde). D) Renograma isotópico: riñón izquierdo normal, RD con parénquima no funcionante, excepto en un 13% en su tercio inferior.

### Bibliografía:

- Dr Donna D'Souza et al. Nutcracker síndrome. Radiopaedia.org
- Dr Zishan Sheikh and A.Prof Frank Gaillard et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis. Radiopaedia.org



- Li L1, Parwani AV. Xanthogranulomatous pyelonephritis. Arch Pathol Lab Med. 2011 May;135(5):671-4.
- William D. Craig, CDR, MC, USN, Brent J. Wagner, MD, and Mark D. Travis, LCDR, MC, USN. From the Archives of the AFIP Pyelonephritis: Radiologic-Pathologic Review. RadioGraphics 2008; 28:255–276
- Arumugam Rajesh, George Jakanani, Nick Mayer,<sup>1</sup> and Kevin Mulcahy. Computed Tomography Findings in Xanthogranulomatous Pyelonephritis. J Clin Imaging Sci. 2011; 1: 45.

<b>Caso</b>	(367) Fallo hepático agudo en postoperatorio de lobectomía hepática.
<b>Autores</b>	Tomás Vallejo Palomino Carmen Martínez Huertas; Álvaro Alegre Castellanos; Ana María Carrillo Colmenero; Carmen María Escobedo; Araque; María Gracia Arrebola Pascual
<b>Centro</b>	CH Ciudad de Jaén

**Presentación:**

Mujer de 57 años, intervenida de tumor Klatskin IIIa: hepatectomía derecha y resección del caudado; colecistectomía, linfadenectomía radical, anastomosis bilioentérica. En URPA se encuentra insuficiencia hepática severa a las 24h del postoperatorio (GOT 12508 GPT 5103 GGT 715 Bb Total 6.40; hipoproteinemia; act protrombina 44%). Angio-TC urgente: alteración de la perfusión hepática con amplias zonas hipovasculares, tanto en fase arterial como portal. Defecto de repleción de contraste en vena porta. Drenajes quirúrgicos. Diagnóstico: Trombosis oclusiva portal.

**Discusión:**

El hígado recibe doble aporte sanguíneo: arterial (25 %) y portal (75 %).

Causas de trombosis de vena porta: cirrosis hepática, infecciosas, neoplásicas, estados de hipercoagulabilidad, idiopáticas.

El TC con CIV multifásico es útil para estudiar su perfusión; en fase venosa portal todo el parénquima alcanza el máximo realce por el CIV.

Cuando disminuye el aporte sanguíneo por la porta por trombosis aguda, entran en juego mecanismos de compensación: shunt arterio-portales, aumento de flujo arterial. Podemos encontrar defectos de repleción intraluminal, defectos de perfusión, extensión a otros vasos, alteración del calibre.

En el caso de trombosis crónicas pueden encontrarse transformación cavernomatosa y colaterales portosistémicas.

La trombosis portal puede encontrarse en ocasiones como hallazgo incidental en pacientes con otra patología, o en forma de fallo hepático agudo.

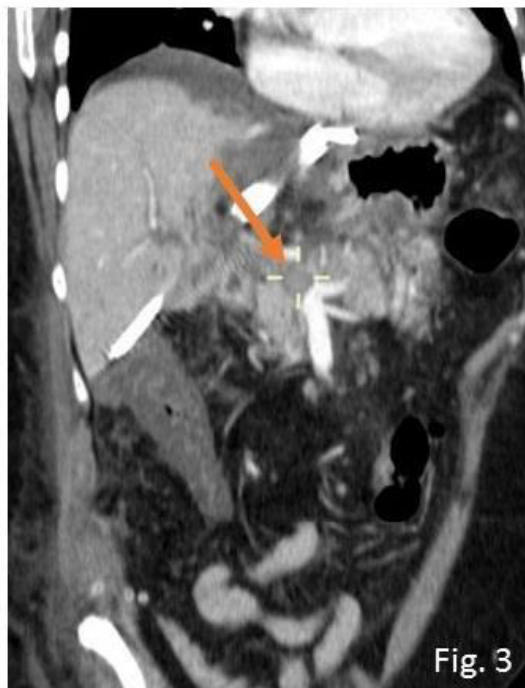
La evolución puede ser aguda o crónica. En su mayoría presentarán un buen pronóstico. En nuestro caso se produjo una sustancial mejoría de parámetros analíticos desde el tercer día de postoperatorio.

**Conclusión:**

En el postoperatorio de la cirugía hepatobiliopancreática pueden acontecer complicaciones vasculares potencialmente críticas.

El conocimiento del tiempo de evolución, tipo de cirugía, hallazgos típicos, y complicaciones secundarias ayudará a orientar la búsqueda de las mismas.

El radiólogo debe conocer las complicaciones vasculares más frecuentes para su identificación precoz en pruebas por imagen urgentes (eco, TC, angio-TC).



*Áreas hipovasculares extensas, en fase arterial (fig.1) y venosa portal (fig. 2). Corte coronal oblicuo (fig. 3) y sagital (fig.4) mostrando defecto de repleción en vena porta, de carácter oclusivo.*

### Bibliografía:

- Seijo-Ríos S, García-Pagán JC. Trombosis portal. Gastroenterol Hepatol. 2010;33(3):179–190.
- Tirumani SH, Shanbhogue AKP, Vikram R, Prasad SR, Menias CO. Imaging of the Porta Hepatis: Spectrum of Disease. RadioGraphics 2014; 34:73-92.
- Valla DC, Condat B. Portal vein thrombosis in adults: pathophysiology, pathogenesis and management. J Hepatol. 2000;32: 865–71.



<b>Caso</b>	(368) ¿Dónde tenemos el bazo?
<b>Autores</b>	Victoria De Lara Bendahan Silvana Lara Fernández, Carlos Borrega Harinero, Eva María García Gámez, Verónica Lorenzo Quesada, Pablo Navarro Vergara.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerto Real

**Presentación:**

Mujer que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico. Exploración: Abdomen doloroso con palpación de nódulo paraumbilical. Analítica: Normal. Se realizó ecografía urgente evidenciando un nódulo de 3 cm, paraumbilical izquierdo y superficial, de ecogenicidad sólida. En el resto del estudio destacó la ausencia de bazo. Interrogamos a la paciente que refirió esplenectomía por accidente de tráfico hacía años. Se realizó TC, evidenciando varios nódulos sólidos de 1 cm en peritoneo izquierdo y en la teórica localización del bazo. El mayor de 3 cm paraumbilical, correspondiente al visible en ecografía. Se plantea la posibilidad de esplenosis dado el antecedente traumático, sin poder descartar adenopatías, carcinomatosis peritoneal, linfoma u otras neoplasias. Se recomendó gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con tecnecio-99m que confirmó el diagnóstico.

**Discusión:**

La esplenosis es la implantación de tejido esplénico, posterior a un traumatismo o procedimiento quirúrgico esplénico, sobre serosas, cavidad peritoneal y distintos órganos sólidos (pulmón, riñón o hígado). En general, menores de 3 cm y que se comportan igual al tejido esplénico en TC y RM.

Suele ser asintomática y diagnosticarse incidentalmente en estudios de imagen, o simular cuadros de características apendiculares, ginecológicos, subocclusivos o síndrome tumoral en relación con la zona de implante.

La presencia de nódulos peritoneales, junto con la existencia de antecedentes de esplenectomía parcial o total, traumática o no, deben hacer sospechar la presencia de esplenosis.

Tras la sospecha con pruebas radiológicas, la gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con tecnecio-99m es la técnica de elección para confirmar el diagnóstico.

**Conclusión:**

La esplenosis puede presentar dificultades diagnósticas y conducir a biopsias o procedimientos quirúrgicos innecesarios. Es importante conocer su apariencia en las pruebas de imagen. Se hace hincapié en el papel crucial de la historia clínica en relación con el traumatismo esplénico pasado y la necesidad de diagnóstico diferencial de las lesiones tumorales.

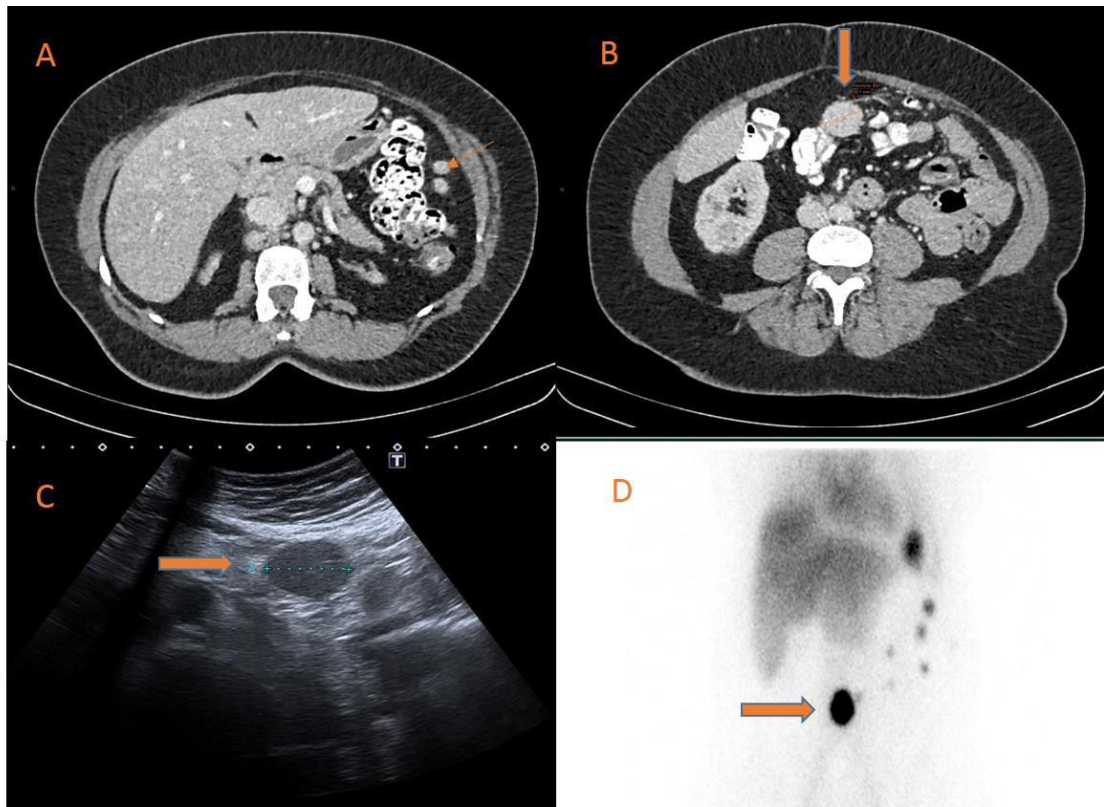


Fig. A y B. TC con civ donde se evidencian varios implantes de tejido esplénico tanto en peritoneo adyacente a ángulo esplénico del colon (flecha fina), como a nivel umbilical (flecha gruesa).

Fig. C. Ecografía inicial en la que se aprecia imagen sólida hipoeoica, redondeada, de bordes lisos (flecha gruesa).

Fig. D. Estudio de gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con Tc99 en el que se evidencian focos de actividad en las lesiones descritas, el mayor a nivel umbilical (flecha gruesa).

41012

### Bibliografía:

- Ksiadzyna Dorota, Peña Amado Salvador. Abdominal splenosis. Rev. esp.enferm.dig. 2011;103(8):421-426.
- De Vuysere S, Van Streenbergen W, Aerts R, Van Hauwaert H. Intrahepatic splenosis: imaging features. Abdom Imaging 2000;25:187-9.
- G. Castrillón, MP. Montoya, S. Echeverri. El bazo: un órgano olvidado. Rev Colomb Radiol. 2010; 21(2):2901-10.
- M. Echenique, J.A. Amondarain, J. Arrosagaray. Esplenosis: una entidad infradiagnosticada. Cir Esp 2001; 69: 574-577.

<b>Caso</b>	(369) Torsión ovárica secundaria a cistoadenoma seroso
<b>Autores</b>	Cristina Narváez Galán Álavro Alés, Fátima García, Alba Mas, Maria Del Carmen Castro, Ángeles Franco
<b>Centro</b>	San Juan de Alicante

**Presentación:**

Niña de 11 años con menarquia reciente. Acude a urgencias por presentar dolor intenso en fosa iliaca derecha de 24h de evolución acompañado de vómitos, sin fiebre ni otra sintomatología. Se solicitó ecografía abdominopélvica donde se observó un ovario derecho aumentado de tamaño con masa quística asociada y en situación retrouterina con moderada lateralización izquierda, hallazgos ecográficos sugestivos de torsión ovárica. Se realizó laparotomía confirmando ovario derecho torsionado a 540º de aspecto violáceo con masa quística. Tras detorsión y lavado con suero caliente el ovario recupera coloración rosada. Se practicó quistectomía confirmándose el diagnóstico anatomopatológico de cistoadenoma seroso.

**Discusión:**

La torsión ovárica es una urgencia ginecológica grave pero poco frecuente. La importancia del diagnóstico precoz radica en prevenir el daño irreversible del ovario. Sin embargo, el retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico sucede en ocasiones debido a que los datos clínicos suelen ser inespecíficos.

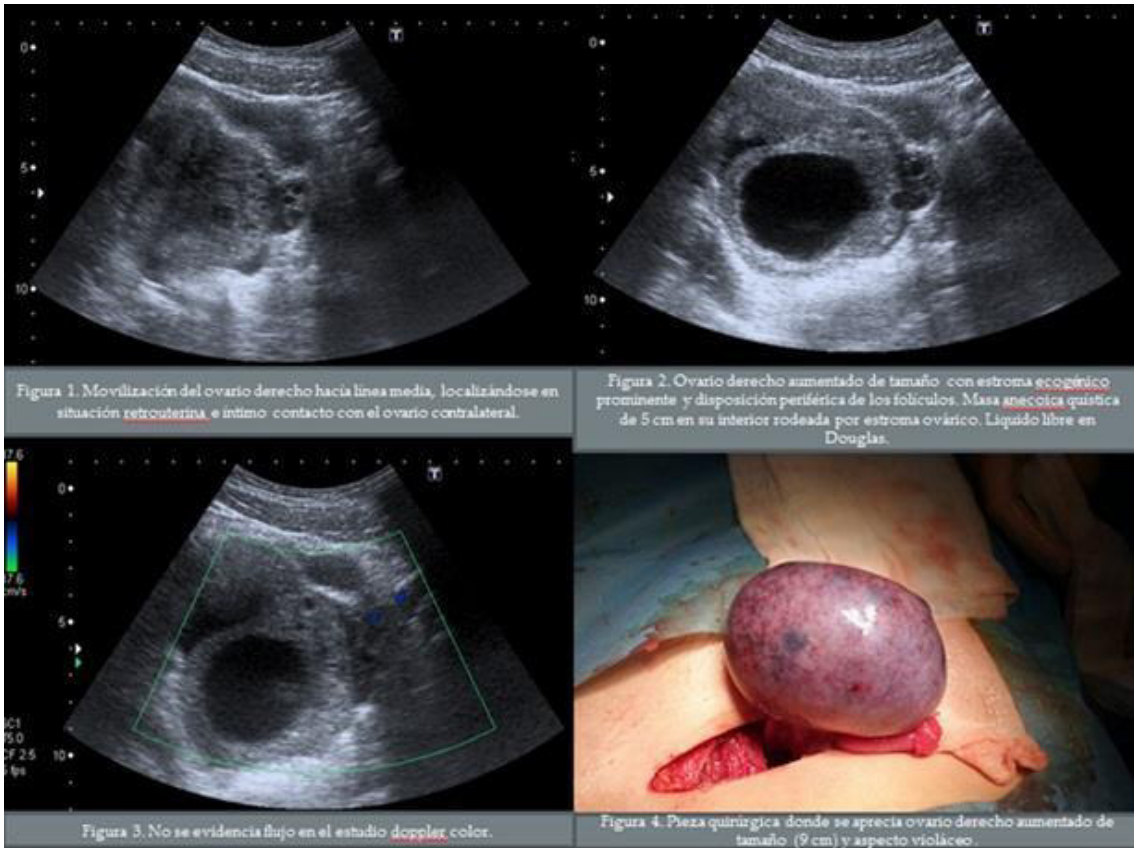
Ocurre en mujeres en edad reproductiva, sobre todo pacientes jóvenes y adolescentes, durante embarazo y tratamientos de fertilidad. Aunque en la edad pediátrica puede suceder en ovarios normales, en la mayoría de los casos son secundarios a masa anexial siendo el teratoma quístico maduro el más frecuente, ocupando el cistoadenoma seroso el cuarto lugar.

Los hallazgos ecográficos característicos son:

- Ovario en localización anómala, aumentado de tamaño, con edema estromal y folículos de pequeño tamaño con distribución periférica.
- pedículo torsionado (“signo del centrifugado”).
- Puede coexistir o no masa ovárica.
- Disminución o ausencia de vascularización arterial y venosa (más frecuente afectación venosa).
- Líquido libre intraperitoneal

**Conclusión:**

La torsión de ovario constituye una urgencia quirúrgica ginecológica. La ecografía suele ser la prueba de imagen inicial por lo que debemos conocer sus características ecográficas para poder establecer un diagnóstico precoz.



### Bibliografía:

Chang H, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *RadioGraphics* 2008;28:1355–1368

Sung ER, Jae YB, Seung EJ, Jung IJ, Byung GC, Bum SK et al. CT and MR imaging features of adnexal torsión. *RadioGraphics* 2002; 22:283–294



Caso	(370) ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO CON FISTULIZACIÓN.
Autores	Margarita Fuentes Rafael Sabatel
Centro	Hospital Universitario de Canarias

### Presentación:

Mujer de 52 años que acude Urgencias por insuficiencia respiratoria. Antecedentes de tabaquismo, HTA, dislipemia, DM2 e hipotiroidismo. Desde hace mes y medio presenta cansancio, pérdida de apetito y peso, y dolor en flanco derecho que no cede con paracetamol. Se suma hace 2 días tos con expectoración blanquecina. A la exploración se observa hipoventilación en base derecha y dolor a la palpación en HD. Y presenta leucocitosis, neutrofilia, aumento de fibrinógeno y PCR. La radiografía de tórax muestra aumento de densidad y/o elevación del hemidiafragma derecho, con nivel hidroaéreo asociado. La ecografía y TC de abdomen confirman la presencia de una colección hepática de gran tamaño con gas en su interior y en contacto con el diafragma, así como consolidación y cavitación en la base pulmonar derecha.

### Discusión:

Se realizó el diagnóstico de absceso hepático con fistulización a tórax, que se confirmó con el drenaje percutáneo. En un segundo tiempo, la intervención quirúrgica mostró la presencia de un plastrón perivesicular con vesícula escleroatrófica y fístula colecisto-duodenal.

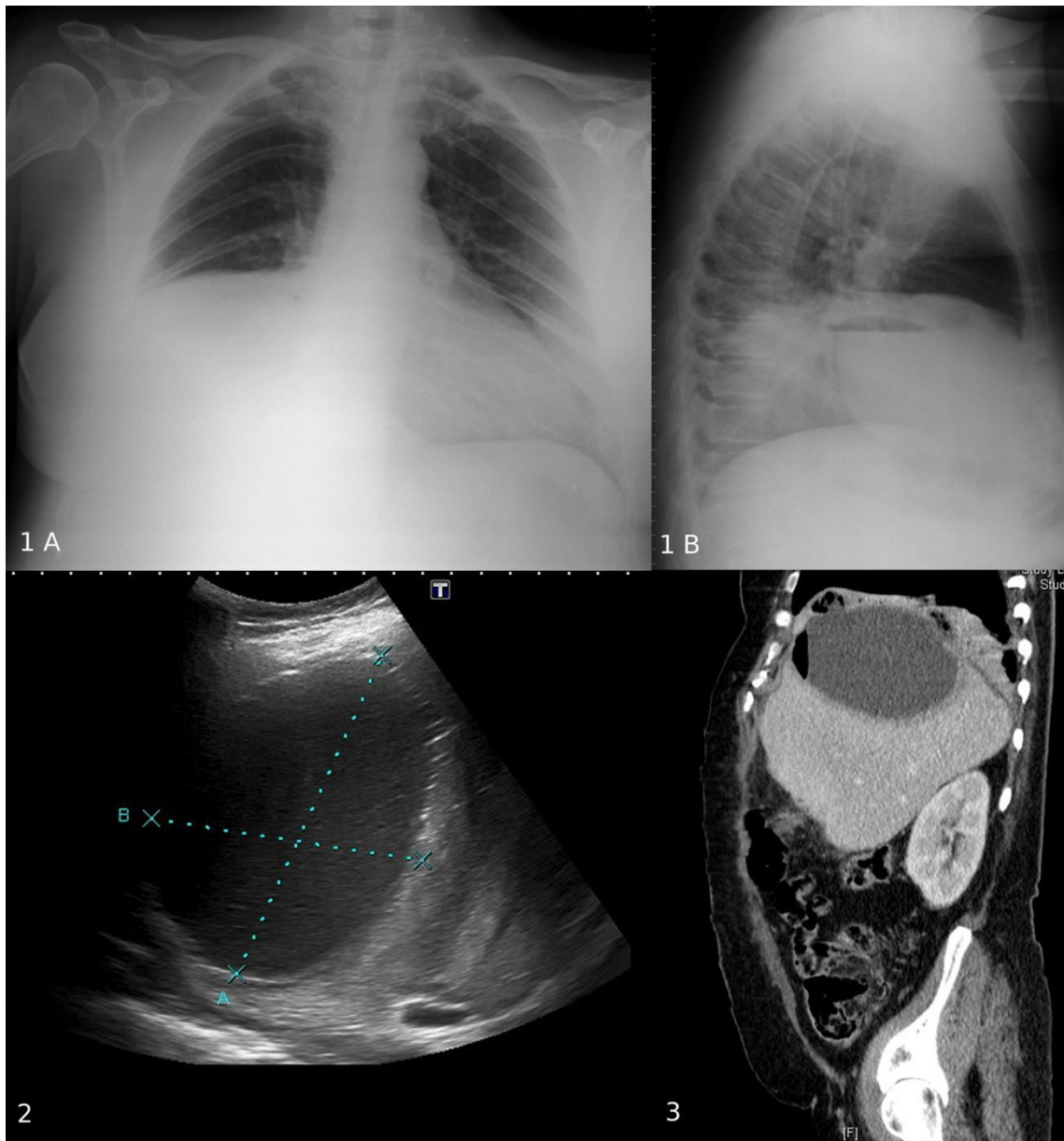
Los abscesos hepáticos pueden ser amebianos, más frecuentes en el mundo ( a tener en cuenta sin existe contacto con zonas endémicas) o piógenos, más comunes en nuestro medio (generalmente polimicrobianos por Klebsiella, E.coli,...). Los amebianos suelen ser únicos, mientras que los piógenos en ocasiones son múltiples.

El origen de la infección puede ser variable, como un proceso infeccioso en vecindad (colecistitis, pielonefritis,...), aunque en muchos casos quedará indeterminado (criptogenético). Y la presencia de abundante gas en la colección debe sugerir fístula entérica.

El drenaje percutáneo es una opción terapéutica altamente efectiva, especialmente indicado en abscesos únicos mayores de 5 cm.

### Conclusión:

Los abscesos hepáticos pueden ser cuadros muy graves. El desarrollo de las técnicas de imagen y la posibilidad de drenaje percutáneo han contribuido a disminuir su mortalidad.



**Fig.1a y 1b.** Las radiografías de tórax PA y lateral muestran aumento de densidad e imagen de elevación del hemidiafragma derecho, con nivel hidroaéreo asociado, visible en la proyección lateral. **Fig. 2.** Ecografía de abdomen en la que se visualiza gran colección hepática con burbujas de gas en la periferia de la misma. **Fig. 3.** TCMD de abdomen y pelvis con contraste iv y reconstrucción sagital en la que se visualiza una colección hepática con gas en su interior, en contacto con el diafragma, así como consolidación y múltiples cavitaciones en la base pulmonar derecha.

### Bibliografía:

1. Mortelé KJ, Segatto E, Ros PR. The infected liver: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 2004;24(4):937–955.

2. Cosme A, et al. Absceso hepático piógeno versus amebiano. Estudio clínico comparativo de una serie de 58 casos. *Rev esp enferm dig* 2010;102:90-99.
3. Zerem E, Hadzic A. Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess. *AJR Am J Roentgenol* 2007;189(3):W138–W142.
4. Rajak CL, Gupta S, Jain S, Chawla Y, Gulati M, Suri S. Percutaneous treatment of liver abscesses: needle aspiration versus catheter drainage. *AJR Am J Roentgenol* 1998;170:1035–9.
5. Yu SCH, et al. Treatment of pyogenic liver abscess: Prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Hepatology* 2004;39:932-938.

Caso  
Autores  
Centro

(371) PERCHERON: UNA VARIANTE A TENER EN CUENTA  
Iñigo Goicoechea Maturana  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

### Presentación:

Varón de 66 años, ex-fumador, con antecedentes de hipercolesterolemia, IAM y poliquistosis hepatorrenal. Tras ser encontrado en su domicilio inconsciente y con disminución de fuerza en las 4 extremidades, es trasladado a Urgencias de nuestro hospital, donde se realiza angioTC, en el que se descartó trombosis venosa cerebral y se evidenciaron variantes de la normalidad (agenesia del segmento A1 de la arteria cerebral anterior derecha y una arteria cerebral posterior derecha de origen fetal), diagnosticándose de infarto talámico bilateral por probable oclusión de la arteria de Percheron. Ya ingresado, se realiza RM craneal evidenciándose isquemia aguda en porción declive y paramedial de ambos núcleos talámicos y en tectum mesencefálico izquierdo, con cambios microhemorrágicos en el lado derecho. Por desconocimiento del tiempo de evolución, se decidió no realizar tratamiento fibrinolítico. La evolución posterior fue satisfactoria, con recuperación de la conciencia y la movilidad de las extremidades a los 3 días. Actualmente el paciente presenta como secuelas una parálisis de la mirada vertical y una leve ataxia.

### Discusión:

Los infartos talámicos bilaterales son poco frecuentes, pero pueden cursar con manifestaciones clínicas importantes (alteración variable del estado de conciencia, amnesia anterógrada y retrógrada, desorientación temporal, alteraciones de los movimientos oculares y comportamiento inapropiado).

La causa más frecuente es la presencia de una variante anatómica de las arterias paramedianas, denominada arteria de Percheron, en la que las arterias para el tálamo derecho e izquierdo nacen de un tronco común que surge del segmento P1 de una de las arterias cerebrales posteriores.

La oclusión de la arteria, de origen embólico en la mayoría de los casos, produce un infarto bilateral de la porción paramediana del tálamo, asociándose con afectación mesencefálica hasta en el 50% de los casos.

Otras posibles causas son trombosis local de pequeñas placas de ateroma, mecanismo hemodinámico y aneurismas del ápice basilar.

Asimismo, deben descartarse otras posibles causas de afectación bitalámica, fundamentalmente trombosis venosa cerebral, oclusión trombótica del ápice de la arteria basilar, déficit de tiamina, mielínolisis pontina e infecciones como toxoplasmosis y sífilis.

Entre las opciones de tratamiento están la fibrinólisis y la antiagregación.

El pronóstico suele ser favorable, aunque son frecuentes ciertas alteraciones residuales del campo visual.

**Conclusión:**

- La afectación talámica paramediana bilateral es infrecuente y nos debe hacer sospechar la oclusión de un tronco arterial único conocido como arteria de Percheron (variante de la normalidad).
- Debido al pequeño tamaño de la arteria, es frecuente no poder demostrar la presencia de dicha variante en las reconstrucciones angiográficas.
- La presencia de variantes anatómicas del polígono de Willis y la ausencia de trombosis venosa cerebral apoyan este diagnóstico.



*Izquierda: Corte sagital de angioTC cerebral, en el que se demuestra la normalidad del sistema venoso, sin evidencia de trombosis venosa cerebral. Derecha: corte axial del estudio basal sin contraste, observándose una hipodensidad talámica bilateral sin áreas de transformación hemorrágica, sugestivo de infarto talámico bilateral.*

**Bibliografía:**

1. Eva Guy Rodriguez, Jane A Lee. Bilateral thalamic infarcts due to occlusion of the Artery of Percheron and discussion of the differential diagnosis of bilateral thalamic lesions. J Radiol Case Rep. 2013 Jul; 7(7): 7–14.

2. Sebastian Herrera et al. Arteria de Percheron: Presentación de caso. Rev Colomb Radiol.2011;22:(3):3305-9.
3. Raúl López-Serna et al. Bilateral thalamic stroke due to occlusion of the artery of Percheron in a patient with patent foramen ovale: a case report. J Med Case Reports. 2009; 3: 7392.

<b>Caso</b>	(372) Isquemia aguda en miembro superior por costilla cervical.
<b>Autores</b>	Alejandro Marín Toribio Irene Fernández- Silgado, Julio Arévalo Pérez, Chawar Hayoun, Juan Jesús Gómez Herrera, Elisa Aguirre Pascual
<b>Centro</b>	12 de octubre

### **Presentación:**

Varón de 28 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de Urgencias con dolor agudo y parestesias en miembro superior derecho. En la exploración física existe ausencia de pulso radial y cubital, frialdad, palidez, y retraso significativo del relleno capilar de la mano. Ante la sospecha clínica de isquemia aguda se realiza angioTC de miembro superior en fase arterial, en el que se observaron los siguientes hallazgos: Ausencia de replección vascular desde tercio medio de la A. radial y desde tercio proximal de la A. cubital con mínimo relleno por colaterales de los arcos palmares; la arteria humeral estaba permeable. Estos hallazgos sugerían embolia arterial. Al evaluar la arteria subclavia se identificó la causa, observando una costilla cervical, que producía estenosis muy significativa, con dilatación pre y postestenótica. Se trató al paciente con embolectomía radial y cubital, realizando posterior resección de la costilla cervical y bypass subclavio- axilar, existiendo recuperación funcional completa.

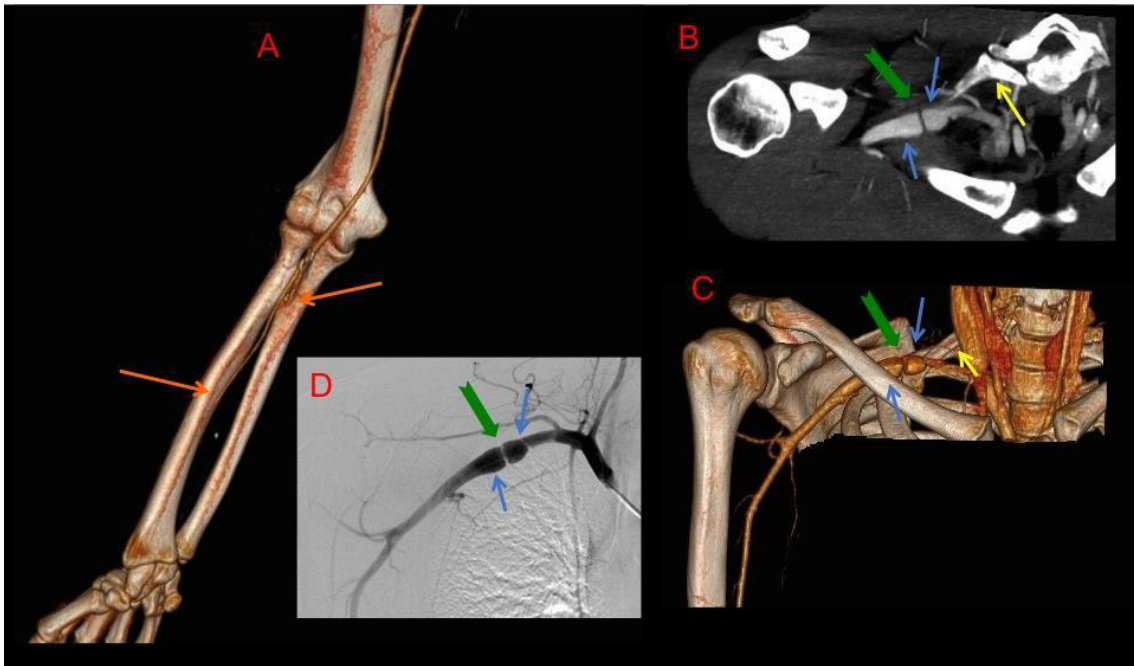
### **Discusión:**

Presentamos este caso debido a la gravedad clínica de la isquemia aguda y a la urgencia con la que debe realizarse el diagnóstico. La TCMD es una herramienta especialmente útil para el diagnóstico de esta patología debido a su disponibilidad, alta resolución espacial y temporal, así como la posibilidad de realizar reconstrucciones multiplanares, MIP y VR. En este caso sirvió además para diagnosticar la causa de la embolia aguda.

Las costillas cervicales es una variante anatómica (2% de la población), que puede producir estenosis funcional o estructural de la arteria subclavia con dilataciones o aneurisma postestenóticos por flujo turbulento, y riesgo de embolia secundario.

### **Conclusión:**

La isquemia aguda de miembro superior es una patología urgente y grave, siendo fundamental el papel de la radiología para determinar la afectación, nivel y etiología, debiendo descartarse siempre la costilla cervical como causa.



**FIGURA A:** Reconstrucción VR de angioTC de miembro superior derecho en fase arterial, observándose ausencia de repleción de la A. radial desde el tercio medio y de la A. cubital desde tercio proximal (flechas naranjas), en relación con embolismo múltiple. **FIGURA B y C:** Reconstrucciones axial MIP y VR respectivamente. Costilla cervical (flecha amarilla) como causa de estenosis de alto grado de la A. subclavia (flecha verde) con dilataciones pre y postestenótica (flechas azules), las cuales favorecen la formación de émbolos debido a la alteración del flujo. **FIGURA D:** Excelente correlación de la arteriografía con las reconstrucciones de la angioTC.

### Bibliografía:

1. Erickson et al. Cervical Rib Causing Occlusion of the Subclavian Artery and Thoracic Outlet Syndrome. *Vasc Med Surg* 2015, 3:3
2. Demondion X, Herbinet P, Van sint jan S et-al. Imaging assessment of thoracic outlet syndrome. *Radiographics*. 26 (6): 1735-50.
3. Raptis CA, Sridhar S, Thompson RW et-al. Imaging of the Patient with Thoracic Outlet Syndrome. *Radiographics*. 2016;36 (4): 984-1000.



<b>Caso</b>	(375) Lesiones ocupantes de espacio hemorrágicas intraparenquimatosas cerebrales: diagnóstico diferencial.
<b>Autores</b>	Ana María Carrillo Colmenero Tomás Vallejo Palomino; Carmen Escobedo Araque; Carmen Martínez Huertas; Sebastián Urbano Catarain; José Luis Rojas Vega
<b>Centro</b>	CH Jaén

**Presentación:**

Paciente de 54 años, acude a urgencias: mareo tipo vertiginoso, cefalea continua y vómitos. Hallazgos: Tac multidetector sin CIV: 2 loes córticosubcorticales en lóbulo frontal izdo con nivel hemorrágico declive, de 3x3cm y 2x1cm respectivamente. Otra loe hiperdensa de 1.7 x1.5cm (de similar densidad, 50 UH) occipital dcha. Rodeadas de edema vasogénico. Provocan compresión de asta frontal de ventrículo lateral y desviación de línea media: 6 mm. Lipoma de hoz cerebral.

**Discusión:**

En el diagnóstico diferencial deberíamos incluir: metástasis hemorrágicas, leucoencefalitis hemorrágica, vasculitis, trombosis venosa cerebral, hemorragia hipertensiva, angiopatía amiloidea cerebral, malformaciones arteriovenosas, síndrome de encefalopatía posterior reversible, vasculitis, microangiopatías trombóticas y anticoagulantes (iatrogenia).

Las metástasis son los tumores cerebrales más frecuentes (incidencia 10 veces mayor que los primarios).

Los tumores primarios que producen metástasis cerebrales son, en orden de frecuencia:

-Pulmón 40%

-Mama 19%

-Melanoma 10%

-Riñón 7%

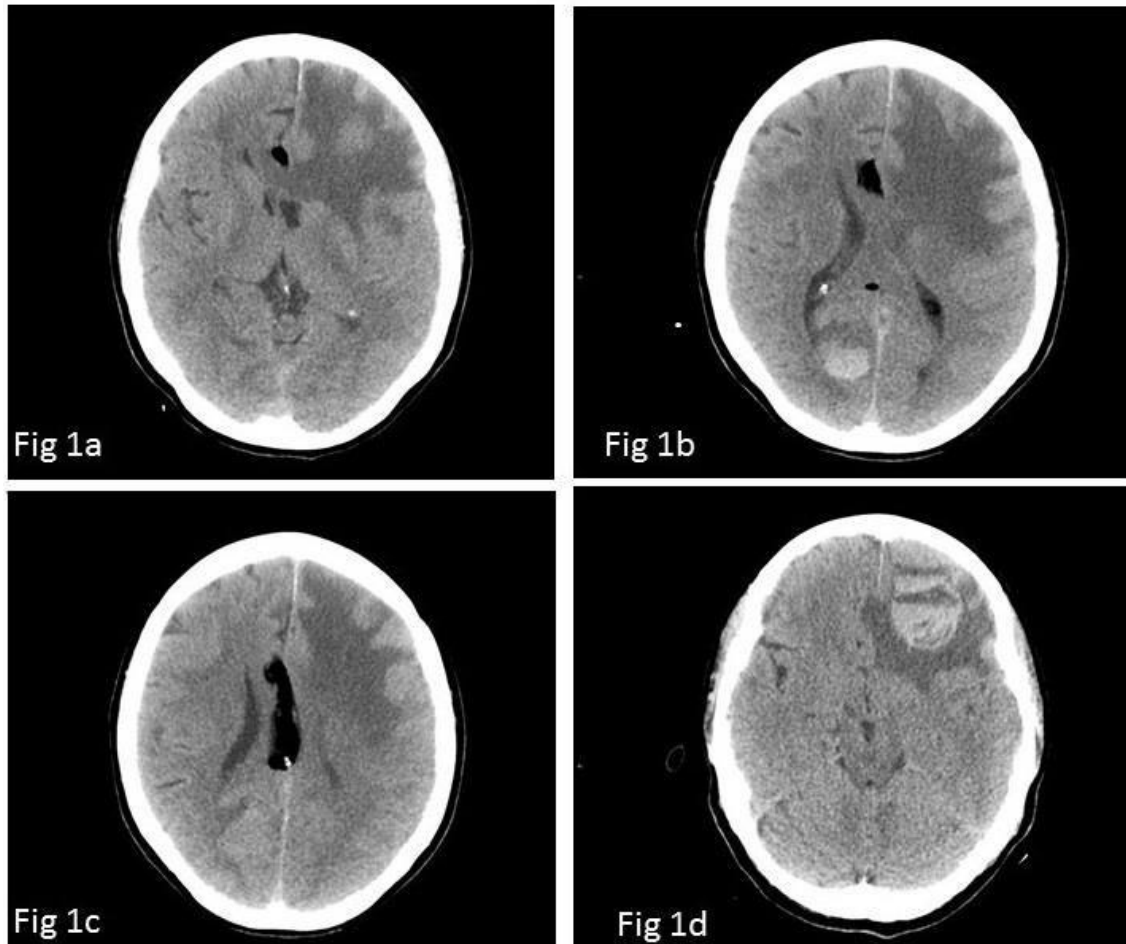
Como herramientas diagnósticas: disponemos del TC y RM:

- TC multidetector: su rapidez, disponibilidad y precisión diagnóstica lo convierten en herramienta indispensable en urgencias

- Resonancia Magnética (RM): mayor sensibilidad en detección de lesiones focales y en la caracterización tisular, y posibilidad de técnicas novedosas (perfusión, espectroscopía).

**Conclusión:**

- La TC constituye la herramienta de primera línea en urgencias para la detección y caracterización.
- La RM constituye un instrumento diagnóstico de 2ª línea en el estudio avanzado de lesiones focales.
- El radiólogo debe conocer los diagnósticos diferenciales ante la presentación de metástasis hemorrágicas para permitir una primera aproximación diagnóstica.



**Fig 1a** Signos de herniación subfalcina, compresión sobre asta frontal de ventrículo lateral izdo, desviación de línea media, marcado edema vasogénico frontal homolateral e inicio de visualización de lipoma adyacente a hoz cerebral. **Fig 1b** Persiste visualización de lipoma de la hoz, edema vasogénico frontal izdo y tumoración occipital derecha con nivel hemorrágico declive adyacente a asta occipital de ventrículo lateral derecho. **Fig 1c** Visualización del lipoma de la hoz en toda su extensión longitudinal. **Fig 1d** Visualización de varios niveles hemorrágicos en lóbulo frontal izdo, rodeados de edema vasogénico

### Bibliografía:

Harrison; "Principios de Medicina Interna"; Mc Graw Hill Interamericana; 16ª edición; 2006; Parte XV Trastornos Neurológicos; 2706-2709.

Grossman R, Yousem D. Neurorradiología. Marbán. España 2007.

Bello MJ; González Gómez P; Rey JA. "Metástasis en el sistema nervioso central: Biología Molecular"; Neurocirugía 2004; 15: 590 – 59

<b>Caso</b>	(376) Trombosis venosa mesentérica.
<b>Autores</b>	Estibaliz Gómez García
<b>Centro</b>	Hospital san Eloy

### **Presentación:**

Varón de 61 años con dolor abdominal continuo de 5 días de evolución con exacerbaciones postprandiales. Tras una exploración física anodina y una ecografía abdominal que no muestra hallazgos significativos se ingresa en Medicina Interna. Al día siguiente refiere incremento del dolor, hipotensión y desaturación por lo que se realiza una TC abdominal. Se objetiva un marcado engrosamiento de la pared de asas de intestino delgado, edema de la grasa mesentérica y defectos de repleción en vena porta, mesentérica superior y sus ramas.

### **Discusión:**

Trombosis venosa mesentérica.

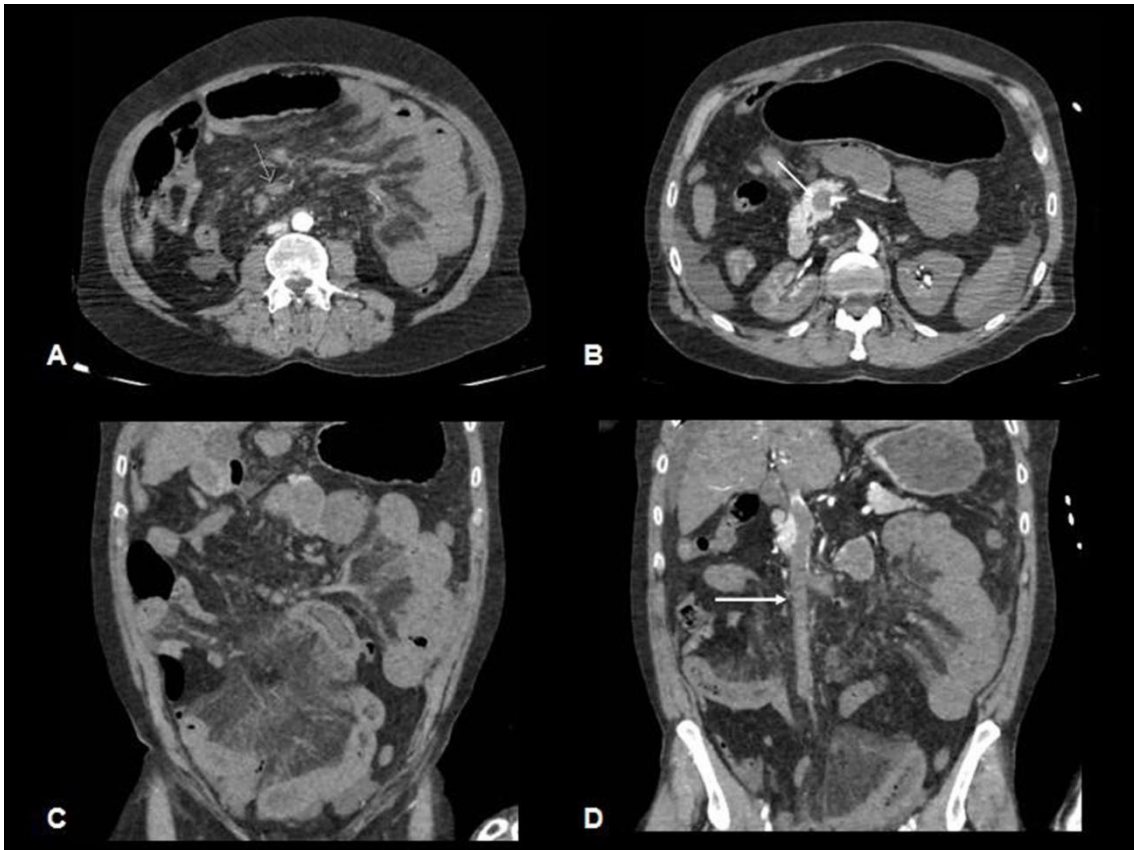
La isquemia intestinal es la consecuencia de una interrupción-disminución del aporte sanguíneo, generalmente arterial. La trombosis venosa mesentérica es una forma infrecuente de isquemia mesentérica, siendo la TC la técnica de elección para su diagnóstico.

Los hallazgos radiológicos característicos son:

- Engrosamiento circunferencial de la pared intestinal debido a edema o hemorragia intramural, con realce anómalo de la misma.
- Defecto de repleción en una vena, generalmente la mesentérica superior.
- Aumento del calibre de la vena trombosada.
- Neumatosis intestinal y presencia de gas en el sistema portomesentérico.
- Edema de la grasa mesentérica y ascitis.
- Dilatación intestinal por interrupción del peristaltismo.
- Neumoperitoneo secundario a perforación del segmento intestinal infartado.

### **Conclusión:**

Ante un paciente con dolor abdominal de causa desconocida, habitualmente desproporcionado para los pocos hallazgos en el examen físico, hay que pensar en la isquemia intestinal, una entidad con elevada morbi-mortalidad.



*Imágenes de TCMD post-contraste axiales (A y B) y reconstrucciones MPR coronales (C y D). Defectos de repleción en vena porta y mesentérica superior, engrosamiento de la pared de asas de intestino delgado, edema de la grasa mesentérica y ascitis.*

### **Bibliografía:**

1. Horton KM, Fishman EK. Multi-detector row CT of mesenteric ischemia: can it be done? *RadioGraphics* 2001;21:1463-73.
2. Duran R, Denys AL, Letovanec I, Meuli RA, Schmidt S. Multidetector CT features of mesenteric vein thrombosis. *RadioGraphics* 2012;32:1503-22.
3. Ripollés T, Martínez M. Guía de práctica clínica: Isquemia intestinal. *Radiología abdominal* 2006;3(3):11.

<b>Caso</b>	(377) Colecistitis hemorrágica perforada, una causa infrecuente de dolor abdominal
<b>Autores</b>	Sandra Sánchez García Juan Calvo Blanco, Diego Rubio Solís, Juan Sanz Díaz, Alejandro Cernuda García, Lucía Terán Álvarez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

### **Presentación:**

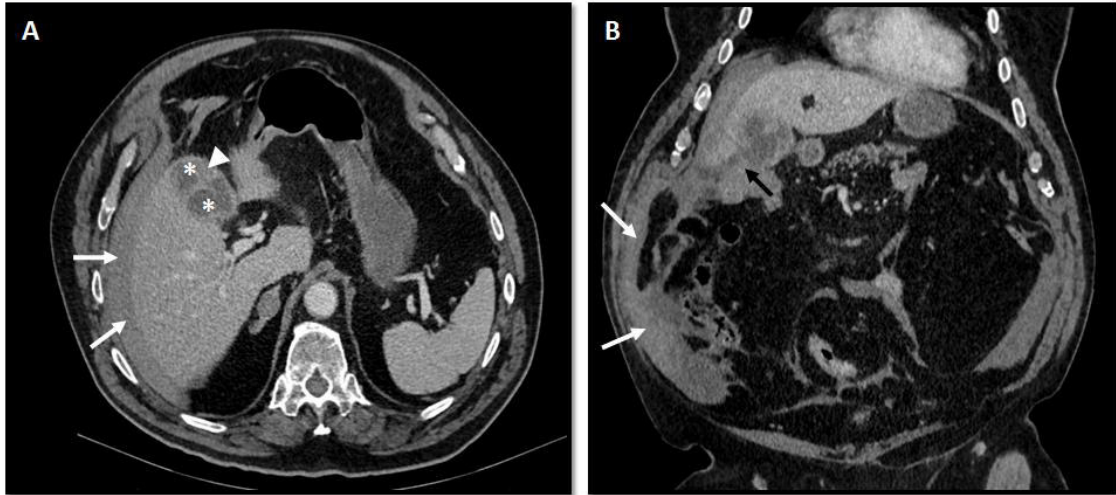
Varón de 81 años que acudió al servicio de Urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución. No presentaba antecedentes personales de interés. A la exploración física el paciente estaba consciente, con palidez mucocutánea e hipotenso (TA 113/48 mmHg). El abdomen era globuloso y con defensa generalizada a la palpación. Los datos de laboratorio fueron normales salvo por la presencia de leucocitosis (15000 leucocitos). Ante el intenso dolor abdominal y la hipotensión se realizó una tomografía computarizada abdominopélvica (TC) con contraste yodado intravenoso en la que se observaron múltiples litiasis vesiculares (figura A \*) identificando en el interior de la vesícula biliar contenido hiperdenso que sugirió hemorragia (figura A cabeza de flecha). Además, se visualizó hemoperitoneo perihepático y en gotiera paracólica derecha (figura A y B flechas blancas) secundario a perforación del fundus vesicular (figura B flecha negra), hallazgos que sugirieron una colecistitis aguda hemorrágica perforada. El tratamiento consistió en una colecistectomía abierta en la que se confirmó la perforación vesicular y el hemoperitoneo (1500 cc). El paciente evolucionó favorablemente siendo alta a los 10 días del ingreso.

### **Discusión:**

La colecistitis hemorrágica es una complicación extremadamente infrecuente y grave de la colecistitis aguda. Las causas que pueden favorecer su desarrollo son los cálculos biliares (50% de los casos), el tratamiento con anticoagulantes, antiagregantes o corticoides, coagulopatías, neoplasias vesiculares, traumatismos o hipertensión portal. La presentación clínica es inespecífica, pudiendo cursar con dolor abdominal y shock. La hemorragia se produce por ulceración y necrosis de la mucosa con la consecuente perforación vesicular y hemoperitoneo, siendo la localización más frecuente de la perforación el fundus, por su mala irrigación vascular.

### **Conclusión:**

La colecistitis hemorrágica es una entidad poco frecuente y con elevada morbimortalidad. Las pruebas de imagen son de vital importancia en el diagnóstico precoz de cara a un tratamiento quirúrgico urgente.



**A) Imagen axial de TC abdominopélvica. Vesícula biliar con múltiples litiasis (\*) y contenido hemorrágico en su interior (cabeza de flecha), asociado a hemoperitoneo perihepático (flechas). B) Reconstrucción coronal en la que se observa perforación del fundus vesicular (flecha negra) con hemoperitoneo perihepático y en gotiera paracólica derecha (flechas blancas).**

### **Bibliografía:**

1. Jenkins M, Golding RH, Cooperberg PL. Sonography and computed tomography of hemorrhagic cholecystitis. *AJR Am J Roentgenol* 140:1197–1198
2. Kwon JN. Hemorrhagic cholecystitis: report of a case. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2012 Aug;16(3):120-2.
3. Martin LA 4th, Fischer UM, Potts JR, Ko TC. Spontaneous gallbladder perforation in acalculous hemorrhagic cholecystitis. *Am Surg.* 2012 Jan;78(1):E8-9.
4. Tavernaraki K, Sykara A, Tavernaraki E, Chondros D, Lolis ED. Massive intraperitoneal bleeding due to hemorrhagic cholecystitis and gallbladder rupture: CT findings. *Abdom Imaging.* 2011 Oct;36(5):565-8.
5. Calvo Espino P, Chaparro Cabezas MD, Jiménez Cubedo E, Lucena de la Poza JL, Sánchez Turrión V. Perforated hemorrhagic cholecystitis. *Cir Esp.* 2016 Feb;94(2):e35-6.

<b>Caso</b>	(378) TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN URGENCIAS
<b>Autores</b>	Elena López Banet Juan Francisco Martínez Martínez, Andrés Francisco Jiménez Sánchez, Yésica Martínez Paredes, Diego Páez Granda, María José Martínez Cutillas
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Mujer de 46 años sin antecedentes de interés salvo consumo de anticonceptivos orales. Acudió a urgencias con cefalea, vómitos y lenguaje incoherente, sin fiebre ni clínica infecciosa. En la exploración neurológica no obedecía órdenes ni nominaba. Se le realizó tomografía computarizada (TC) de cráneo simple en la que se evidenció extenso hematoma agudo córtico-subcortical en lóbulo temporal izquierdo así como HSA en surcos de la convexidad. Asociaba extenso edema periférico, herniación subfalcina de 3mm y leve herniación uncal. Además, llamaba la atención la hiperatenuación del seno transversosigmoideo homolateral. Con la sospecha de patología venosa se completó el estudio con TC de venas cerebrales en la que se identificó la ausencia de repleción de contraste del seno compatible con trombosis.

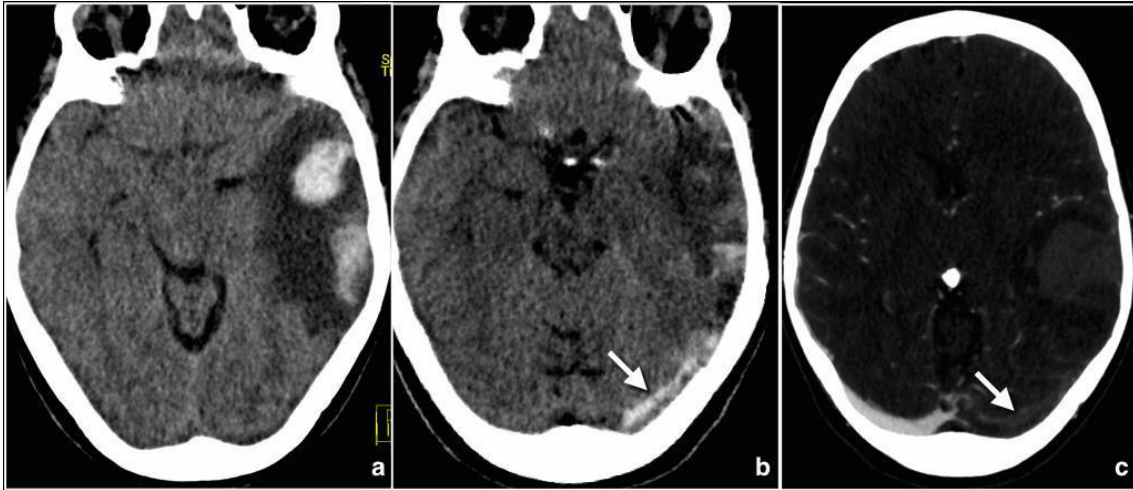
**Discusión:**

La trombosis venosa cerebral es un proceso relativamente infrecuente y potencialmente reversible si se diagnostica a tiempo. Debido a su variabilidad clínica y a los múltiples factores de riesgo asociados, tanto locales (traumatismos, infecciones) como sistémicos (coagulopatías, anticonceptivos orales, periparto...), suele ser una condición infradiagnosticada en la que el radiólogo puede aportar la sospecha diagnóstica con la interpretación de los hallazgos en TC simple, muchas veces sutiles. La TC de venas cerebrales es la prueba de imagen indicada para confirmar el diagnóstico en urgencias. Debe realizarse para completar el estudio de TC simple cuando se visualicen áreas de hemorragia parenquimatosa en localizaciones inusuales (lobares, bilaterales, línea media) en pacientes jóvenes que, en la mayoría de casos, presentan clínica de cefalea o convulsiones. Otro signo sugestivo de trombosis en TC simple es la hiperatenuación del seno afectado que representa el trombo, aunque no es específico y sólo está presente en un 25% de casos.

**Conclusión:**

La familiarización del radiólogo de urgencias con el espectro de hallazgos de imagen de la trombosis venosa es crucial para evitar retrasos diagnósticos y actitudes terapéuticas contraindicadas.





*Imágenes axiales de TC simple (a, b) y con contraste con reconstrucción MIP en fase venosa (c) en las que se visualiza hematoma córtico-subcortical temporal izquierdo con extenso edema periférico que condiciona efecto de masa sobre tronco encefálico, así como hiperatenuación del seno transversal homolateral (flecha en b). En el estudio con contraste se aprecia ausencia de repleción del seno compatible con trombosis (flecha en c).*

### **Bibliografía:**

1. Leach JL et al. (2006). Imaging of Cerebral Venous Thrombosis: Current Techniques, Spectrum of Findings, and diagnostic Pitfalls. *Radiographics*; 26:S19-S43.
2. Poon CS et al (2007). Radiologic Diagnosis of Cerebral Venous Thrombosis: Pictorial Review. *AJR*; 189:S64-S75.
3. Rodallec MH et al (2006). Cerebral venous thrombosis and multidetector CT angiography: tips and tricks. *Radiographics*; 26:S5-S18.

<b>Caso</b>	(379) SÍNDROME DE BOUVERET: HALLAZGOS ESPECÍFICOS EN IMAGEN
<b>Autores</b>	Elena López Banet Juan Francisco Martínez Martínez, M <sup>a</sup> Carolina Gutiérrez Ramírez, Renzo Javier Andrade Gonzales, Yésica Martínez Paredes, Cristina Serrano García
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

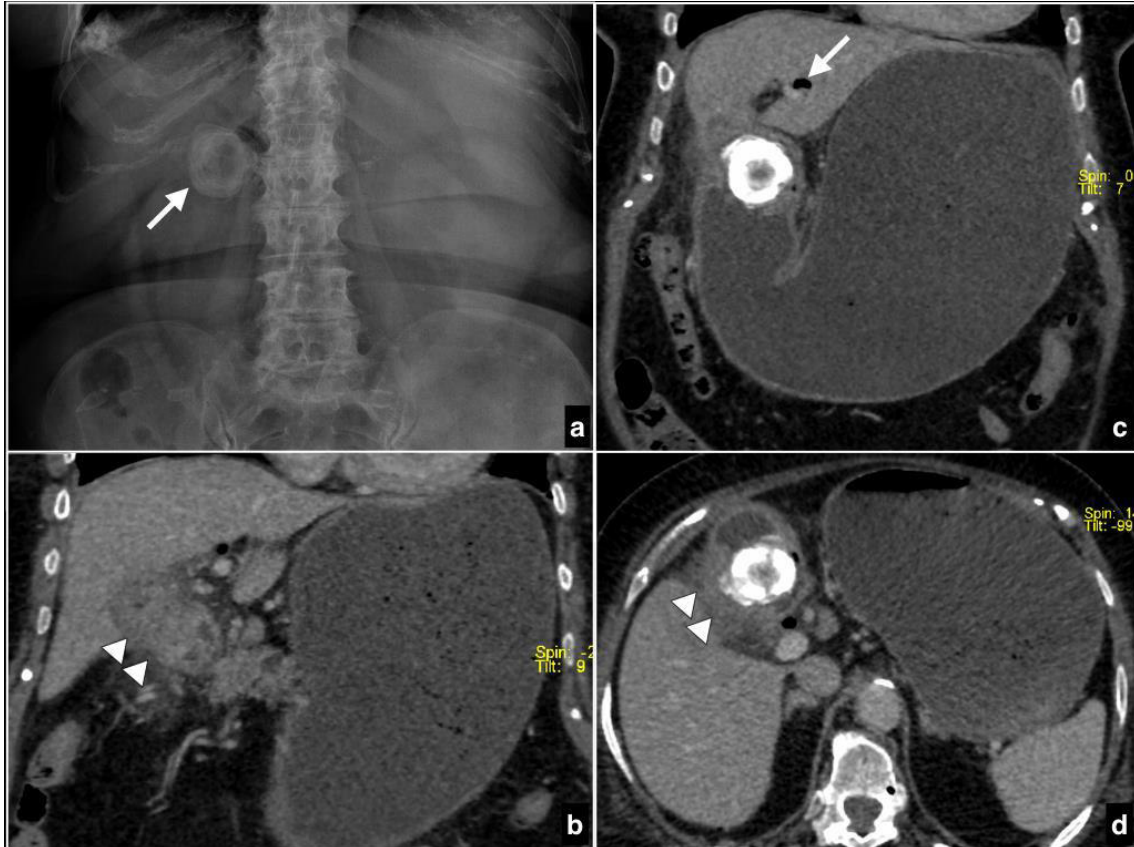
Mujer de 82 años sin antecedentes de interés que consultó en urgencias por dolor abdominal. Refería dolor en epigastrio-mesogastrio de 2 semanas de evolución en aumento. A la exploración física destacaba abdomen globuloso y distendido. En la radiografía simple se visualizaron signos de obstrucción intestinal e imagen calcificada en hipocondrio derecho que impresionaba de vesícula en porcelana. Se decidió realizar tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste intravenoso en la que llamaba la atención una vesícula biliar escleroatrófica con plastrón inflamatorio perivesicular, neumobilia y líquido libre. Se identificó un cálculo biliar de 4,5 cm localizado en la luz del píloro-primera porción duodenal, con severa dilatación retrógrada de la cámara gástrica; hallazgos compatibles con fístula colecisto-duodenal con obstrucción gástrica (síndrome de Bouveret). Finalmente, la paciente se intervino de urgencia y se confirmaron los hallazgos.

**Discusión:**

El síndrome de Bouveret es una complicación infrecuente del íleo biliar proximal que consiste en obstrucción gástrica por impactación de un cálculo en píloro-duodeno proximal. Es más frecuente en mujeres ancianas y la sintomatología es variable e inespecífica. En el 85% de los pacientes con fístula colecisto-entérica esta se localiza en el duodeno y el cálculo pasa al intestino sin obstruirlo. El hallazgo más específico para el diagnóstico en TC es la triada de Rigler (obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo biliar ectópico), aunque sólo se visualiza en un 30-35% de pacientes, como es nuestro caso. En la radiografía se podría identificar el cálculo calcificado y sugerir su localización ectópica si esta ha cambiado con respecto a estudios previos. El diagnóstico radiológico permite el tratamiento precoz y disminuye la alta mortalidad cuadro.

**Conclusión:**

El síndrome de Bouveret es una complicación infrecuente del íleo biliar que conlleva alta mortalidad. El conocimiento de los signos específicos en imagen ayuda al diagnóstico precoz y mejora el pronóstico.



*(a) Radiografía simple de abdomen que muestra una imagen redondeada radiopaca con centro radiolúcido en hipocondrio derecho (flecha), así como un aumento de densidad en hipocondrio-flanco izquierdo y signos de obstrucción intestinal. Imágenes de TC con contraste i.v con reconstrucción MIP en planos coronales oblicuos (b,c) y axial oblicuo (d) en las que se observa vesícula biliar escleroatrófica con plastrón inflamatorio y aire perivesicular (cabezas de flechas). También se aprecia neumobilia (flecha en c) y cálculo biliar de gran tamaño localizado en piloro-primer porción duodenal que condiciona obstrucción con severa dilatación gástrica.*

### **Bibliografía:**

1. Singh AK, Shirkhoda A, Lal N et al. (2003). Bouveret's syndrome: appearance on CT and upper gastrointestinal radiography before and after stone obturation. *AJR*;181:828-830
2. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S (2004). Bouveret syndrome. *Radiographics*. 24: 1171-1175
3. Gan S, Roy-choudhury S, Agrawal S et al. (2008). More than meets the eye: subtle but important CT findings in Bouveret's syndrome. *AJR*;191:182-185.

<b>Caso</b>	(381) Hipoplasia congénita del arco posterior del atlas en un niño
<b>Autores</b>	Aleiny Berlina Castro Garcia César Martín, Viviana P. Beltrán Salazar, Amalia Gonzalez, Mireia Pitarch Diago, Inmaculada Romero
<b>Centro</b>	Corporació Sanitària Parc Taulí

### **Presentación:**

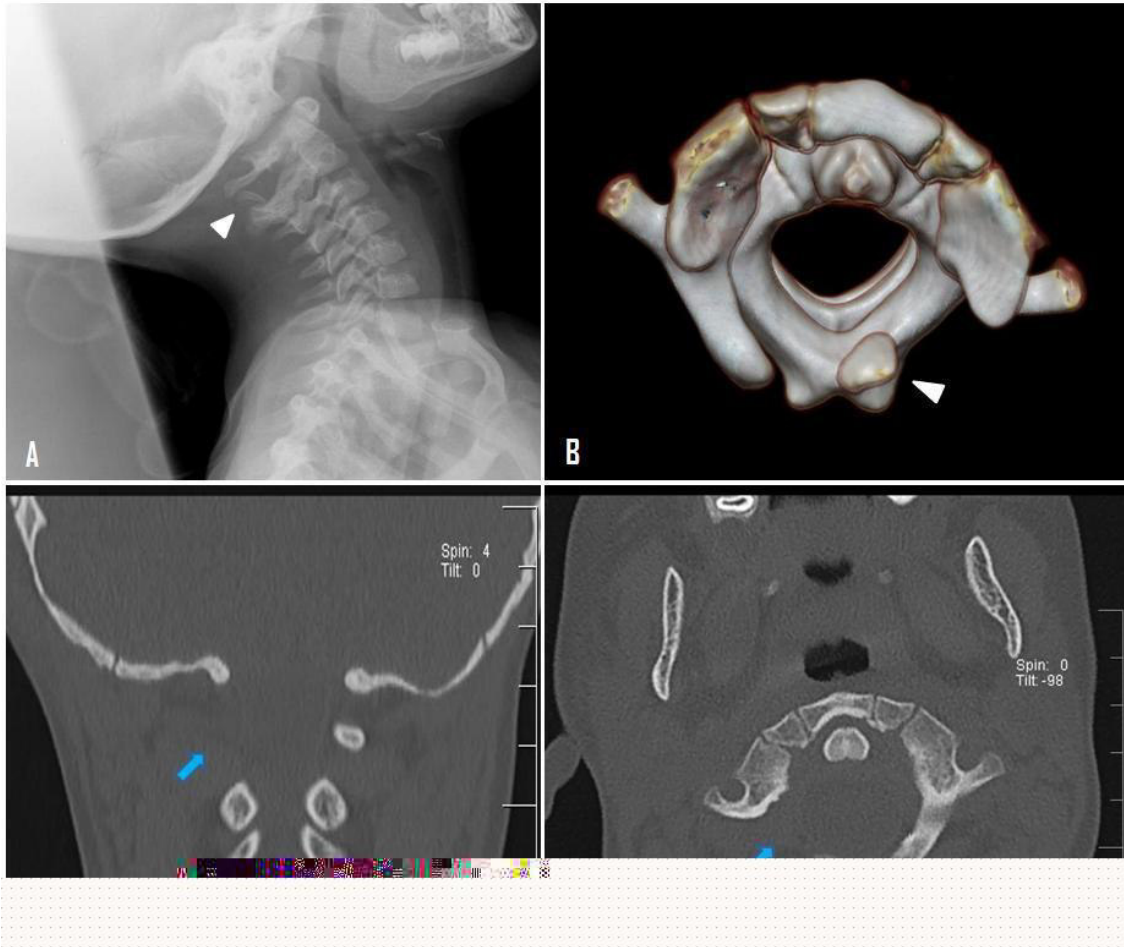
Varón de 3 años, sin antecedentes médicos de interés, que llega en ambulancia a urgencias de nuestro hospital por traumatismo craneal tras precipitación desde 4 metros. Al ingreso, presenta Glasgow de 15 puntos y collarín cervical. La exploración física se evidencia hematoma de partes blandas fronto-temporal derecho, sin síntomas neurológicos centrales ni periféricos. El TC craneal objetiva hematoma laminar epidural fronto-temporal derecho de 2mm de grosor y fractura parietal derecha no desplazada. La radiografía lateral de columna cervical Fig. 1A evidencia un fragmento óseo entre el arco posterior de C1-C2, que dado el antecedente traumático plantea dudas de fractura, completándose estudio con TC cervical Fig. 1B-C-D donde se visualiza una hipoplasia del arco posterior derecho del atlas con conservación del tubérculo dorsal, sin signos de lesión traumática aguda.

### **Discusión:**

La hipoplasia del arco posterior del atlas es una rara pero bien documentada anomalía congénita, que afecta la fusión de las masas laterales del atlas y puede abarcar desde defectos parciales hasta la agenesia completa de dicho arco. Suele ser asintomática y pasar desapercibida. Se detecta de manera casual en estudios de imagen, a veces en contexto de un traumatismo puede generar confusión con una fractura, por lo que consideramos importante conocer esta variante de la normalidad y así evitar errores diagnósticos que puedan condicionar el manejo del paciente.

### **Conclusión:**

Hemos descrito un paciente con una hipoplasia del arco posterior derecho del atlas con conservación del tubérculo dorsal (tipo B, de la clasificación Currarino de agenesias del arco posterior). Esta anomalía congénita fue detectada incidentalmente en estudios de imágenes practicados en contexto de un paciente traumático. Conocer esta variante de la normalidad es importante para poder diferenciarla de las lesiones traumáticas, puesto que la implicación clínica y manejo de estas últimas es diferente.



**Figura 1. (A) Radiografía lateral cervical, dónde se aprecia fragmento óseo entre el arco posterior de C1-C2. (B) Imagen renderizada en volumen 3D de la vértebra C1 (vista superior) demuestra claramente el defecto del arco posterior derecho del atlas y el tubérculo dorsal residual (cabeza de flecha). (C y D) Imágenes en ventana ósea, corte coronal (C) y axial (D) muestran hipoplasia del arco posterior derecho del atlas (flechas) con conservación del tubérculo dorsal (cabeza de flecha).**

### **Bibliografía:**

- Partial aplasia of the posterior arch of the atlas with an isolated posterior arch remnant: findings in three cases. AJNR Am J Neuroradiol. 2000;21:1167-71.
- Agenesia del arco posterior del atlas. Radiología. 2009;51:101-2
- Congenital Posterior Arch Defect of the Atlas: Report of a Rare Anomaly. Case Report. Hong Kong J Radiol. 2011;14:102-5
- Agenesia completa del arco posterior del atlas. Revisión bibliográfica a propósito de un caso. Rev. S. And. Traum. y Ort., 2013; 30 (2/2): 63-66

<b>Caso</b>	(382) SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) SIMULANDO UN CÓDIGO ICTUS
<b>Autores</b>	Elena López Banet Juan Francisco Martínez, Diego Páez Granda, Santiago Ibañez Caturla, Andrés Francisco Jiménez Sánchez, Adelaida León Hernández.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

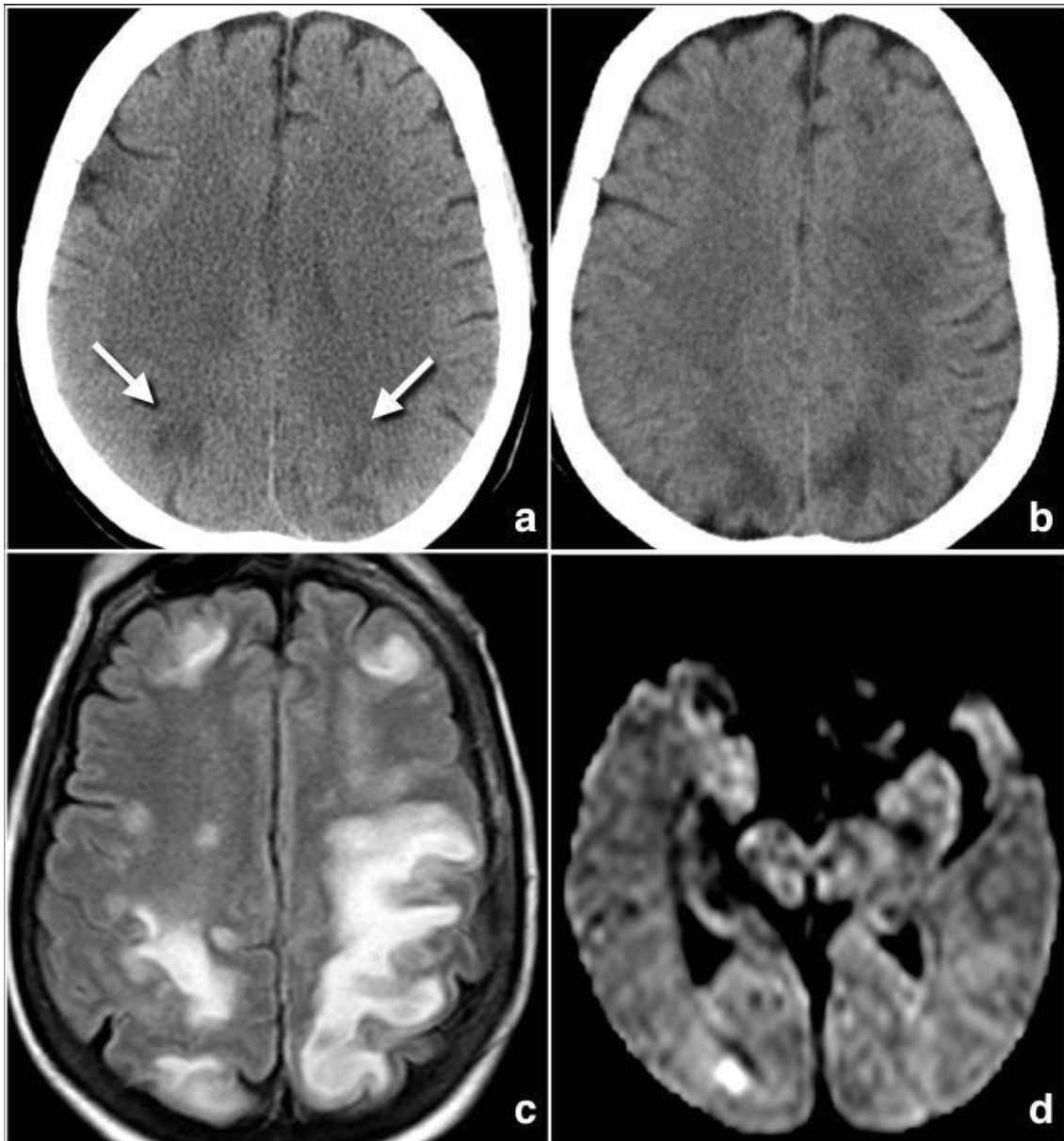
Varón de 63 años que se trasladó desde otro centro como Código Ictus. Como antecedentes personales destacaba cáncer de recto en tratamiento quimioterápico. Se realizó tomografía computarizada (TC) de cráneo simple y se identificaron múltiples lesiones córtico-subcorticales fronto-parietales y occipitales. Se completó estudio con TC con contraste intravenoso visualizando una tenue captación de las lesiones. Ante los hallazgos en imagen y la ausencia de clínica isquémica aguda se sospechó un síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES). Se rehistorió a los familiares que revelaron historia de crisis tónico-clónicas los días previos. El paciente ingresó en planta para estudio donde presentó múltiples crisis que requirieron ingreso en UCI. Durante el ingreso se realizó TC y resonancia magnética para descartar la presencia de metástasis y confirmar el diagnóstico de PRES. Finalmente, el paciente vuelve a planta con mejoría significativa de los síntomas y posterior reversión del cuadro.

**Discusión:**

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) engloba un conjunto de síntomas causados por isquemia reversible, normalmente de la circulación posterior. Aunque su etiopatogenia es controvertida, se conoce su relación con la inmunosupresión en pacientes trasplantados, quimioterápicos, enfermedades autoinmunes o eclampsia. Los pacientes suelen referir cefalea de varios días de evolución, aunque no son raros los casos que se presentan como código ictus por sospecha de isquemia en territorio posterior. Los hallazgos típicos en imagen incluyen lesiones córtico-subcorticales o en sustancia blanca profunda, de distribución bihemisférica y dominancia posterior. Pueden presentar realce tras la administración de contraste y asociar edema vasogénico y citotóxico en secuencias de difusión.

**Conclusión:**

El radiólogo de urgencias debe tener amplios conocimientos clínico-radiológicos acerca del PRES ya que a veces puede imitar un proceso isquémico agudo. La sospecha diagnóstica precoz con imagen es crucial porque cambia radicalmente el manejo terapéutico e influye directamente en el pronóstico neurológico.



*Imágenes axiales de TC simple al diagnóstico (a) y una semana después (b). Se visualizan tenues hipodensidades bilaterales en sustancia blanca subcortical fronto-parietal (flechas en a). En el TC de control (b) se evidencia una progresión radiológica de las lesiones que muestran disminución de su densidad y aumento de tamaño. Imagen axial de resonancia magnética con secuencia FLAIR (c) en la que se observan múltiples y extensas lesiones hiperintensas, homogéneas, que afectan predominantemente a la sustancia blanca subcortical bilateral de ambas convexidades fronto-parietales. También se identificaban lesiones similares en lóbulos occipitales (no mostradas). Algunas lesiones tenían un aumento de señal en difusión (d), sin caída de señal en mapas de ADC (no mostrado), compatible con edema vasogénico. No presentaban microsangrados. Tras la administración de contraste se apreciaba un realce parcheado de las lesiones (no mostrado).*

### **Bibliografía:**

1. Bartynski WS, Boardman JF. (2007). Distinct imaging patterns and lesion distribution in posterior reversible encephalopathy syndrome. *AJNR*; 28 (7): 1320-7.

2. Bartynski WS. (2008). Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 1: fundamental imaging and clinical features. AJNR; 29 (6): 1036-42.
3. Bartynski WS. (2008). Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 2: controversies surrounding pathophysiology of vasogenic edema. AJNR; 29 (6): 1043-9.



<b>Caso</b>	(385) Lesión traqueal tras intubación. Hallazgos por TC.
<b>Autores</b>	Guadalupe Rueda Monago Rodríguez Godoy, Clara. Sánchez Paré, Danyelle. López Moreno, Ana María. Gil Perea, Clara. Relaño Mesa, Marta
<b>Centro</b>	Hospital Infanta Cristina

### **Presentación:**

Paciente mujer de 40 años sin antecedentes personales de interés que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica por parte del Servicio de Traumatología. Consultan por dificultad respiratoria y crepitantes en región cervical, con sospecha de enfisema. En las imágenes de TC encontramos un neumomediastino que disecciona anterior y posteriormente los grandes vasos y el corazón. Se aprecia, además, un enfisema subcutáneo desde la región torácica alta y se extiende cranealmente hasta diseccionar todos los planos cervicales. Se observaba, además, una solución de continuidad en la región posterior de la tráquea, en la pars membranosa, que podría estar en relación con la intubación realizada durante la intervención quirúrgica. A esta paciente se le realizó una broncoscopia que confirmó la presencia de la lesión traqueal descrita en el TC.

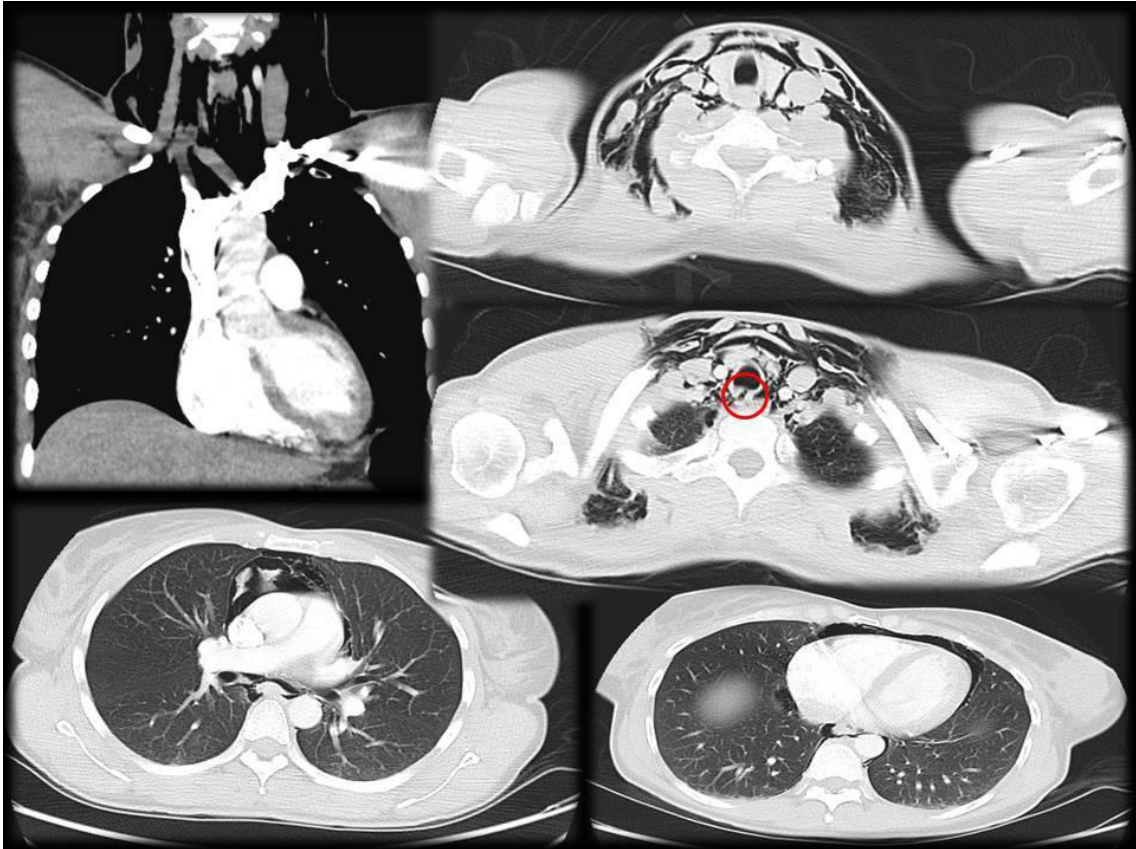
### **Discusión:**

La rotura traqueal secundaria a intubación para ventilación mecánica es un hecho poco frecuente, excepcional cuando se realiza por personal experimentado. Los factores asociados con mayor frecuencia con esta complicación son la intubación en situación de emergencia, la intubación dificultosa con varios intentos y el uso de fiador en la intubación. Otra posible causa es la hiperinsuflación del balón del tubo orotraqueal, la recolocación del tubo sin desinflar el balón o los movimientos del paciente con el balón inflado.

Habitualmente el diagnóstico se sospecha por la clínica y los hallazgos radiológicos. Deben ser confirmados mediante broncoscopia.

### **Conclusión:**

La rotura traqueal postintubación es una entidad muy infrecuente, pero con una elevada morbimortalidad. Debe sospecharse en todos los pacientes a los que se intubó de forma urgente y con dificultad, así como en aquéllos a los que se colocó un tubo de doble luz. Los síntomas más comunes son la aparición de enfisema subcutáneo con neumotórax y/o neumomediastino. Un diagnóstico precoz mejorará, sin duda, el pronóstico de estos pacientes.



*Solución de continuidad en pars membranosa de la tráquea. Neumomediastino y enfisema subcutáneo secundario.*

### **Bibliografía:**

Ramos Izquierdo R et al. Rotura traqueal iatrogénica por intubación orotraqueal. Cir Esp. 2006;80(1):46-8.

Marty-Ané CH, Picard E, Jonquet O, Mary H. Membranous tracheal rupture after endotracheal intubation. Ann Thorac Surg, 60 (1995), pp. 1367-71

Carbognani P, Bobbio A, Cattelani L, Internullo E, Caporale D, Rusca M. Management of postintubation membranous tracheal rupture. Ann Thorac Surg, 77 (2004), pp. 406-9

Fan CM, Ko PC, Tsai KC, Chiang WC, Chang YC, Chen WJ, et al. Tracheal rupture complicating emergent endotracheal intubation. Am J Emerg Med, 22 (2004), pp. 289-93

<b>Caso</b>	(386) Una causa infrecuente de enoftalmos
<b>Autores</b>	Danyelle Sánchez Paré Marta Relaño Mesa, Guadalupe Rueda Monago, Clara Rodríguez Godoy, Ana María Lopez Moreno, Virginia Arroyo Fernández
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

**Presentación:**

Mujer de 40 años que acude a las urgencias de oftalmología por visión borrosa de ojo derecho. Según refiere hace unos días se dio un golpe en la región mentoniana con cefalea posterior. A la exploración llama la atención un ojo derecho con enoftalmos, diplopia vertical y limitación de la supraducción. Ante estos hallazgos se solicita TC de cráneo en donde se diagnostica del síndrome de seno silente.

**Discusión:**

El síndrome del seno silente se produce por la involución no dolorosa del seno maxilar a raíz de la oclusión del complejo osteomeatal, asociando enoftalmos, hipoglobo y asimetría facial.

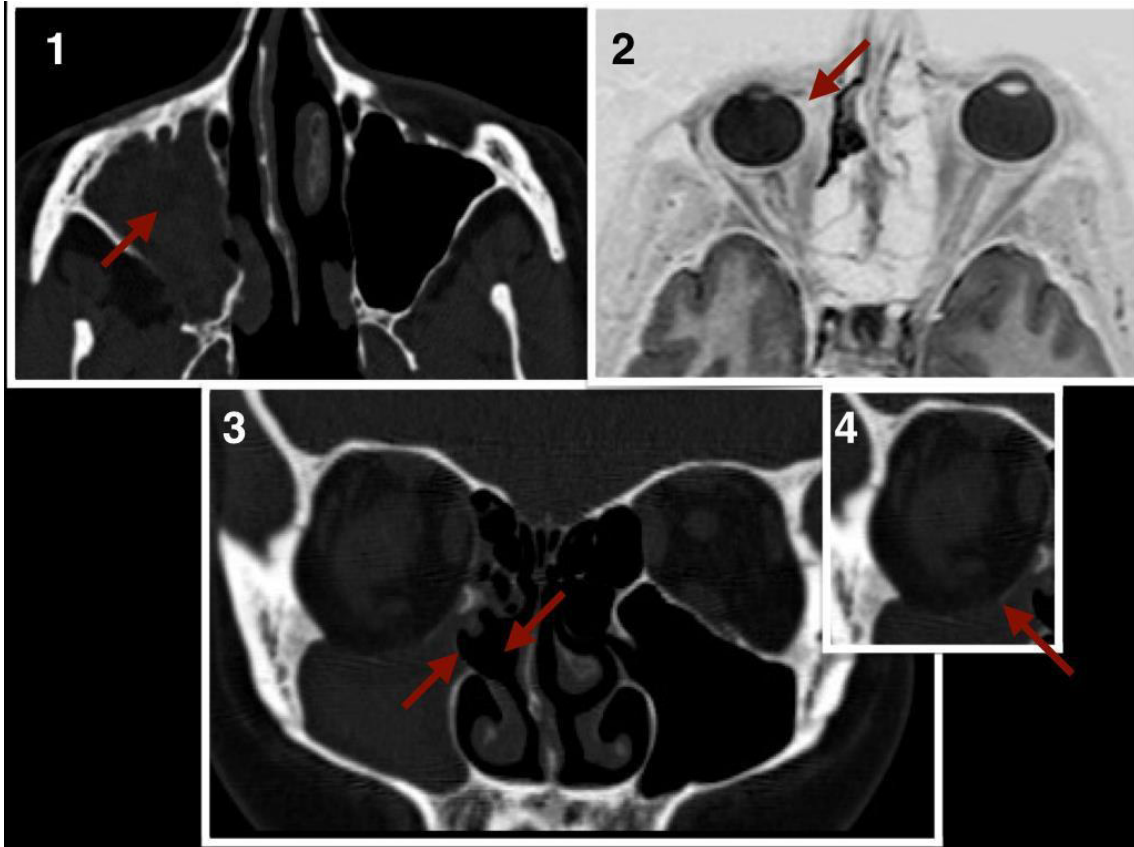
La oclusión crónica del complejo osteomeatal produce una resorción gradual del aire presente en el seno, por lo que consecuentemente se va a generar presión negativa en su interior.

El hallazgo radiológico mas llamativo suele consistir en pérdida de volumen del seno maxilar por retracción de sus paredes. Aunque alguna de las paredes puede no estar retraída, el suelo de la órbita siempre lo esta y con ello se producirá aumento del volumen orbitario y enoftalmos. Las paredes del proceso uncinado suelen estar retraídas con el consiguiente ensanchamiento del meato medio.

**Conclusión:**

Ante un enoftalmo es necesario una prueba de imagen para determinar la posible causa de este, siendo el origen mas frecuente la etiología traumática.

El síndrome del seno silente es una entidad poco conocida pero es de gran utilidad el diagnóstico precoz para frenar su evolución y corregir las alteraciones que pueda producir en la cara o los trastornos visuales.



**1:** Ocupación completa del seno maxilar derecho. **2:** Enoftalmos del globo ocular derecho. **3:** Oclusión del complejo osteo-meatal, con retracción de las paredes mediales del seno y del proceso uncinado, así como ensanchamiento del meato medio. **4:** Retracción del suelo orbitario creada por la presión negativa en el interior del seno.

### **Bibliografía:**

Sánchez-Dalmau B.F, Pascual L., Lao X, Maiz J. Síndrome del seno silente, una causa infrecuente de enoftalmos. Arch Soc Esp Oftalmol.,2008, vol .83, n.2, pp.125-128

Anna Illner, H. Christian Davidson, H. Ric Harnsberger, John Hoffman. The silent sinus syndrome. AJR. ,2002, vol. 178, n.2, 503-506

3) Roula Hourany, Nafi Aygun, Charley C. Della

Leiva-Salinas C, Som P.M, Flors L. Solución del caso 12. Síndrome del seno silente.Radiología, 2009, vol 51, n.6, 625-627

Caso	(387) ESCLEROSIS PERITONEAL ENCAPSULANTE
Autores	Maria Elena Borja Orellana Rocio Martin, Fernando Salinas, Ignacio Ros
Centro	HOSPITAL GENERAL BASICO DE BAZA

**Presentación:**

Presentamos un paciente con ERC estadio 5 en tratamiento con diálisis peritoneal ,DM2 y cirrosis enólica con HTP que acude a consulta de nefrología con dolor abdominal, vómitos e hiporexia . El paciente ha presentado varios episodios de peritonitis anteriormente . Se realiza TAC abdominal ante la sospecha clínica de EPE Y/O obstrucción intestinal

**Discusión:**

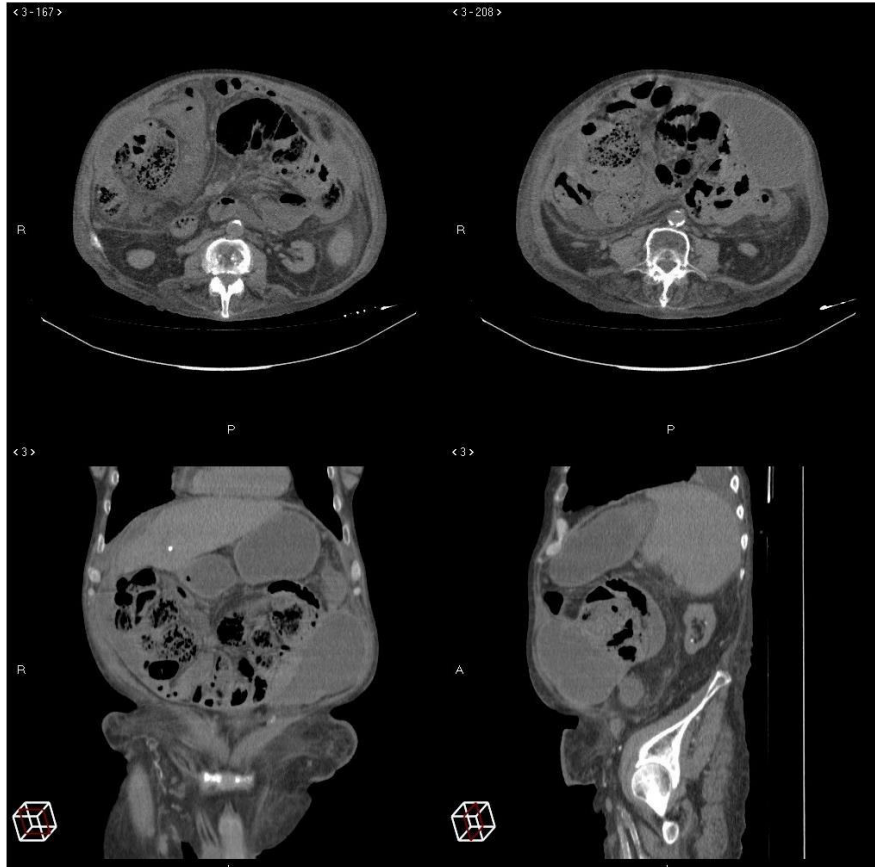
La esclerosis peritoneal encapsulante es una enfermedad rara cuya incidencia va del 0.7 al 3.3 % con una mortalidad del 25 al 50 %. Los factores de riesgo son múltiples siendo el de mayor peso la diálisis peritoneal.

Presenta cuatro estadios. En el primero se observa hemoperitoneo, ascitis y calcificaciones peritoneales. En el segundo hiporexia, diarrea e incremento de la PCR. En el estadio 3, dolor abdominal, vómitos y estreñimiento y en el cuatro, obstrucción intestinal y masa abdominal .

Se considera a la TAC ABDOMINAL como una prueba con el 100% de sensibilidad y el 94% de especificidad cuando se observan tres de los siguientes signos, engrosamiento o /y calcificación peritoneal, engrosamiento parietal e inmovilización de las asas intestinales , loculación y dilatación de las asas intestinales.

**Conclusión:**

Le EPE es una enfermedad rara pero debemos plantearnos el diagnóstico por imagen ante la sospecha clínica en pacientes en diálisis peritoneal, ya que el TAC es la mejor prueba de imagen para confirmar su diagnóstico.



*Loculaciones peritoneales con ascitis y asas intestinales*

**Bibliografía:**

1. Peritonitis esclerosante encapsulante asociada a la diálisis peritoneal. Una revisión y una iniciativa unitaria europea para abordar el cuidado de una enfermedad rara. Erika de Sousa, Gloria del Peso-Gilsanz, M. Auxiliadora Bajo-Rubio, Marta Osorio-Gonzalez, Rafel Selgas Gutierrez. Nefrología (Madr)2012;32:707-14.
2. Situación actual y futuro de la esclerosis peritoneal encapsulante . Erika de Sousa Amorim. MADialysis, Madrid febrero de 2014

<b>Caso</b>	(389) FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL DE ORIGEN DENTARIO. HALLAZGOS EN TC.
<b>Autores</b>	Carmen Martínez Huertas Virginia Jimenez Coronel, Ana Milena Muñoz, Maria Antonia Garrido Collado, Inmaculada C. Valero Rosa
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario de Jaén

### **Presentación:**

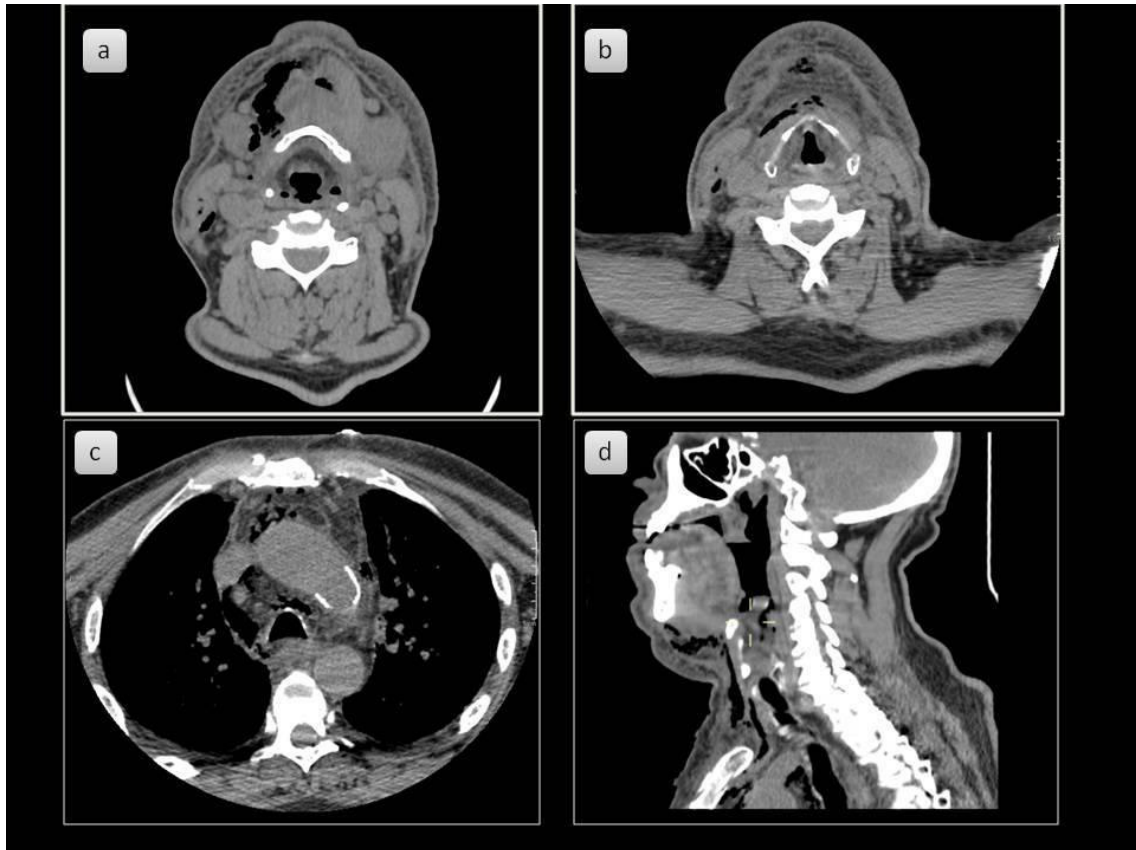
Paciente de 60 años, diabético, que acude a urgencias por fiebre, odinofagia y dolor submandibular de 6 días de evolución, que ha ido empeorando progresivamente pese a tratamiento antibiótico. A la llegada a urgencias el paciente presentaba dificultad para la apertura bucal, inflamación cervical y sensación disneica. Se realiza TC cervical sin contraste, (debido a alergia) observando trabeculación de la grasa subcutánea cervical con presencia de aire en espacio sublingual y submandibular, que se extendía disecando planos cervicales al espacio cervical posterior, y espacio visceral hasta el mediastino superior y espacio retrocrurol. El paciente se intervino de urgencia realizando desbridamiento cervical con salida de material purulento y traqueostomía y se ingresó en UCI.

### **Discusión:**

Los hallazgos fueron compatibles con una fascitis necrotizante cervical, de origen dentario. La fascitis necrotizante es una infección de partes blandas grave, provocada en la mayoría de los casos por una infección polimicrobiana. Presenta un curso fulminante y una alta mortalidad, mayor cuando se asocia a mediastinitis, como en nuestro caso. La diabetes, el alcoholismo o la obesidad, son factores predisponentes y los síntomas son inespecíficos. En TC los hallazgos en estadios precoces son similares a la celulitis, (engrosamiento cutáneo, aumento de partes blandas y trabeculación de la grasa) observando en estados más avanzados gas o colecciones en espacio subfascial. La TC constituye la técnica más sensible para detectar gas en tejidos blandos; en ausencia de traumatismo penetrante o causa yatrógena la presencia de gas disecando planos fasciales en un paciente séptico es prácticamente patognomónico, aunque su ausencia no excluye el diagnóstico.

### **Conclusión:**

Las infecciones odontógenas pueden derivar en una fascitis necrotizante, que constituye una emergencia médica potencialmente letal. El diagnóstico es fundamentalmente clínico pero la TC es útil para conocer la extensión de la enfermedad, planificar el tratamiento y descartar complicaciones, aunque nunca debe retrasar el tratamiento.



*a. Trabeculación de la grasa del tejido celular subcutáneo y presencia de gas en espacio sublingual, situado bajo el origen de la infección y cervical posterior. b. Enfisema en espacio visceral y cervical posterior. c. Llegada del gas al mediastino d. Reconstrucción sagital de la disección de los planos fasciales cervicales por el gas hasta el mediastino superior.*

### **Bibliografía:**

1. Ammar A. Chaudhry, Kevin S. Baker, Elaine S. Gould, Rajarsi Gupta. Necrotizing Fasciitis and Its Mimics: What Radiologists Need to Know. AJR 2015; 204:128–139.
2. J. Brett Fugitt, Michael L. Puckett, Michael M. Quigley, Stewart M. Ker. Necrotizing Fasciitis. RadioGraphics 2004; 24:1472–1476.
3. Paolo Cariati, Fernando Monsalve-Iglesias, Almudena Cabello-Serrano, Alfredo Valencia-Laseca, Blas Garcia-Medina. Cervical necrotizing fasciitis and acute mediastinitis of odontogenic origin: A case series. J Clin Exp Dent. 2017;9(1):150-2.



<b>Caso</b>	(391) Celulitis y miositis orbitaria secundaria a sinusitis maxilar. Inés Pecharromán De Las Heras A. Vicente Bártulos, S. Resano Pardo, O. M <sup>a</sup> Sanz De León, E. García Casado, J. Blázquez Sánchez. H. U. Ramón y Cajal
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

**Presentación:**

Paciente que acude a urgencias por edema palpebral e hinchazón, así como cierto grado de exoftalmos. Ante la sospecha de celulitis orbitaria derecha se solicita TC orbitario.

. Hallazgos de las pruebas de imagen.

Ocupación de seno maxilar derecho así como celdillas etmoidales ipsilaterales anteriores y posteriores, con engrosamiento mucoso de seno esfenoidal y captación mucosa del seno maxilar, en relación todo ello con sinusitis (patrón central).

En órbita derecha: aumento de atenuación de la grasa nivel pre y post septal, con burbujas de gas adyacentes a lámina papirácea, e incipientes signos de colección subperióstica laminar. Marcado engrosamiento asimétrico del músculo recto interno, de hasta 7 mm de grosor, de forma fusiforme y aumento de densidad del mismo. Existe también discreto engrosamiento del músculo oblicuo superior. Vasculatura visualizada y senos cavernosos sin signos de trombosis.

**Discusión:**

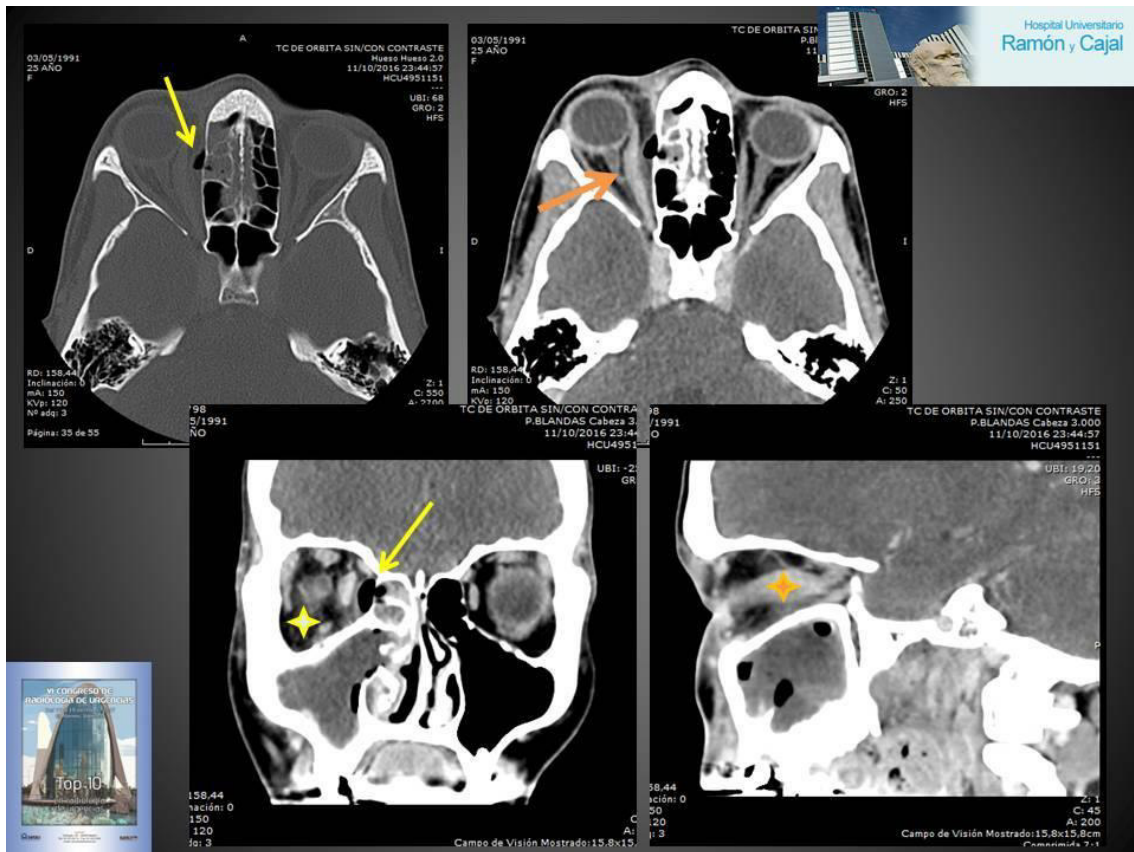
. Diagnóstico final: Sinusitis maxilar y etmoidal derecha, complicada con celulitis orbitaria pre y post septal, con absceso laminar subperióstico, y miositis del músculo recto interno por contigüidad.

. Reflexión docente.

Los distintos espacios anatómicos del macizo facial se comunican de forma natural o patológica, y es fundamental valorar la extensión de patología inflamatoria aguda de uno a otro por contigüidad, así como valorar complicación intracraneal por diseminación a través de orificios basicraneales. La extensión orbitaria de patología sinusal, con o sin trombosis venosa secundaria, es un ejemplo de ello.

**Conclusión:**

La extensión orbitaria de patología inflamatoria sinusal es una complicación grave. Es fundamental conocer las relaciones anatómicas de los espacios faciales y las vías de extensión de patología inflamatoria entre ellos y descartar afectación intracraneal.



**TCMD de órbitas y senos paranasales. Estudio realizado con contraste intravenoso en fase mixta (bolo de 50 ml, esperar 2 minutos, administrar otro bolo de 50 ml y adquirir imagen a los 40 segundos). Reconstrucciones sagitales y coronales.**

**Signos de sinusitis. Celulitis pre y post septal (estrella amarilla) con burbujas de gas y colección subperióstica (flecha amarilla). Engrosamiento del recto interno y aumento de densidad (flecha y estrella naranjas).**

### Bibliografía:

- . LeBedis CA. Nontraumatic Orbital Conditions: Diagnosis with CT and MR Imaging in the Emergent Setting. *RadioGraphics* 2008; 28:1741–1753
- . Capps EF. Emergency Imaging Assessment of Acute, Nontraumatic Conditions of the Head and Neck. *RadioGraphics* 2010; 30:1335–1352
- . Friedman DP. Lesions Causing a Mass in the Medial Canthus of the Orbit: CT and MR. *AJR* 1993;160:i095-1099
- . Zimmerman RA. CT of Orbital Infection and Its Cerebral Complications. *AJR* 1980;134:45-50

<b>Caso</b>	(393) Traumatismo pélvico. Más allá de las fracturas.
<b>Autores</b>	Carlos Fernández Cabrera M. Conde Martín, S. Nagrani Chellaram, R. Castro Valdés, M. Depetris, E. Martínez Chamorro.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

### **Presentación:**

Varón de 45 años atropellado por camión con paso de sus dos ejes traseros por encima de pelvis. Tras la estabilización hemodinámica del paciente se realiza TAC toracoabdominopélvico urgente.

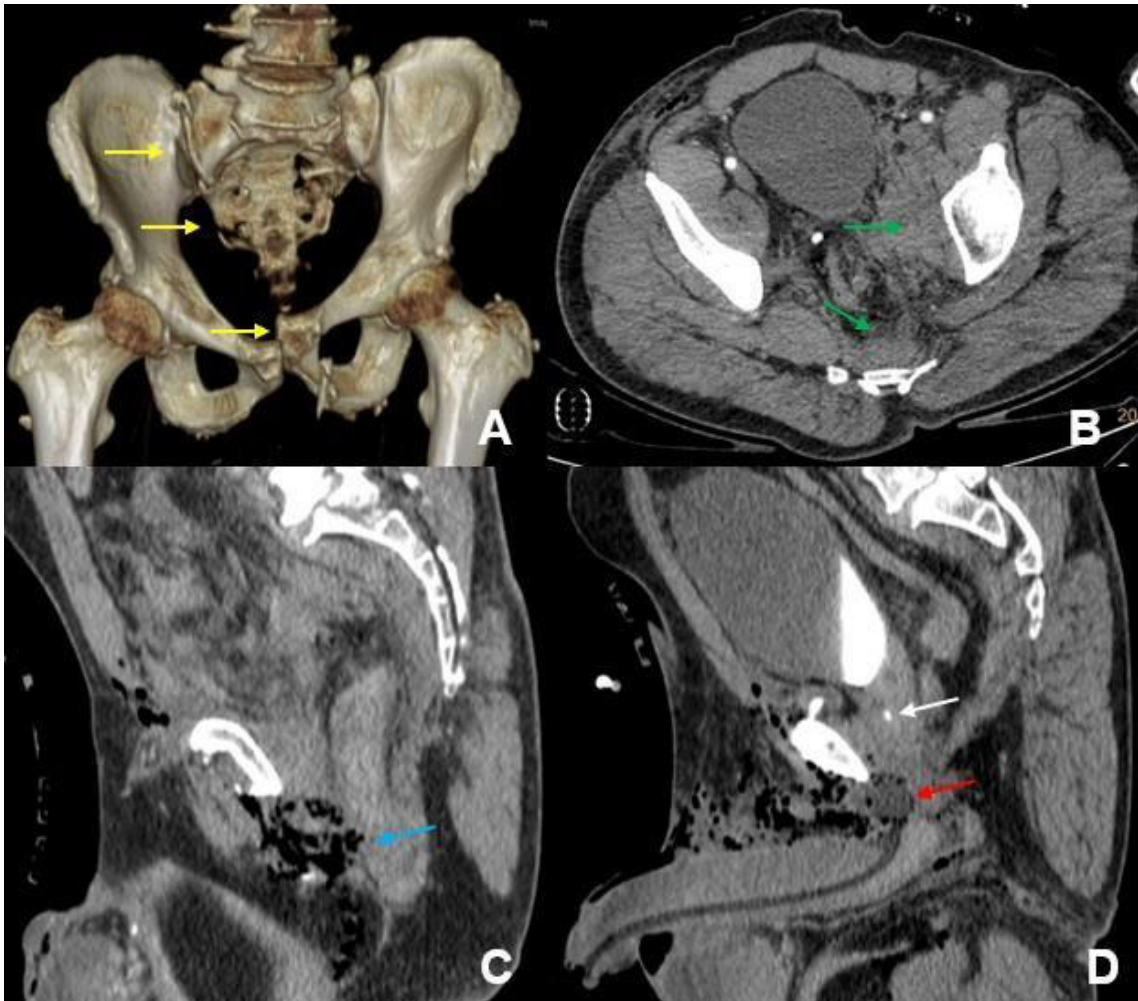
### **Discusión:**

Las fracturas pélvicas inestables requieren un manejo multidisciplinar ya que suelen asociar tanto lesión vascular como visceral. La complicación vascular, además de ser la más frecuente (40%), es el factor más importante de mortalidad, pero también debemos prestar atención a las lesiones viscerales, pues también condicionan el manejo inmediato del paciente. Son las lesiones del tracto genitourinario (12-16%), que normalmente afectan a la vejiga o la uretra, y las lesiones intestinales (10%), que normalmente afectan al recto dada su localización.

La detección precoz de estas lesiones en nuestro caso permitió realizar cirugía urgente con colostomía de descarga y colocación de talla vesical.

### **Conclusión:**

El traumatismo pélvico de alta energía requiere TAC urgente para valorar tanto las fracturas pélvicas como las lesiones vasculares y viscerales asociadas, que requerirán un abordaje multidisciplinar urgente.



**Reconstrucción 3D (A) que muestra una fractura pélvica inestable tipo C1 que afecta a la articulación sacroiliaca derecha, sínfisis del pubis y sacro, con descenso de la hemipelvis derecha (flechas amarillas). Imagen axial en fase arterial (B) en la que se observa un hematoma pélvico sin signos de sangrado activo (flechas verdes). Reconstrucciones sagitales en fase venosa (C) y excretora (D), en las que se evidencia un defecto de continuidad en la pared anterior del recto (flecha azul) así como burbujas de gas ectópico que se distribuyen por el periné y espacio isquiorrectal. En la fase excretora se demuestra malposición de la sonda de Foley, cuyo extremo está en el trayecto de la porción bulbomembranosa de la uretra (flecha roja). Nótese la mínima progresión de contraste a uretra prostática (flecha blanca).**

### Bibliografía:

McRae R, Esser M. Fractures of the pelvis. En: McRae R, Esser M. Practical Fracture Treatment. Elsevier 2005. p 261-269.

Hamilton J, Kumaravel M, Censullo M, Cohen AM, Kievlan D, West OC. Multidetector CT evaluation of active extravasation in blunt abdominal and pelvic trauma patients. Radiographics 2008; 28: 1603-1616.

Ingram M, Watson SG, Skippage PL, Patel U. Urethral injuries after pelvic trauma: evaluation with urethrography. Radiographics 2008; 28:1631-1643.



<b>Caso</b>	(394) Parálisis unilateral reversible del nervio hipogloso por fractura del cóndilo occipital
<b>Autores</b>	Cristina Zorzo Sánchez María Velasco Ruiz
<b>Centro</b>	Universitario Sanitas La Moraleja

**Presentación:**

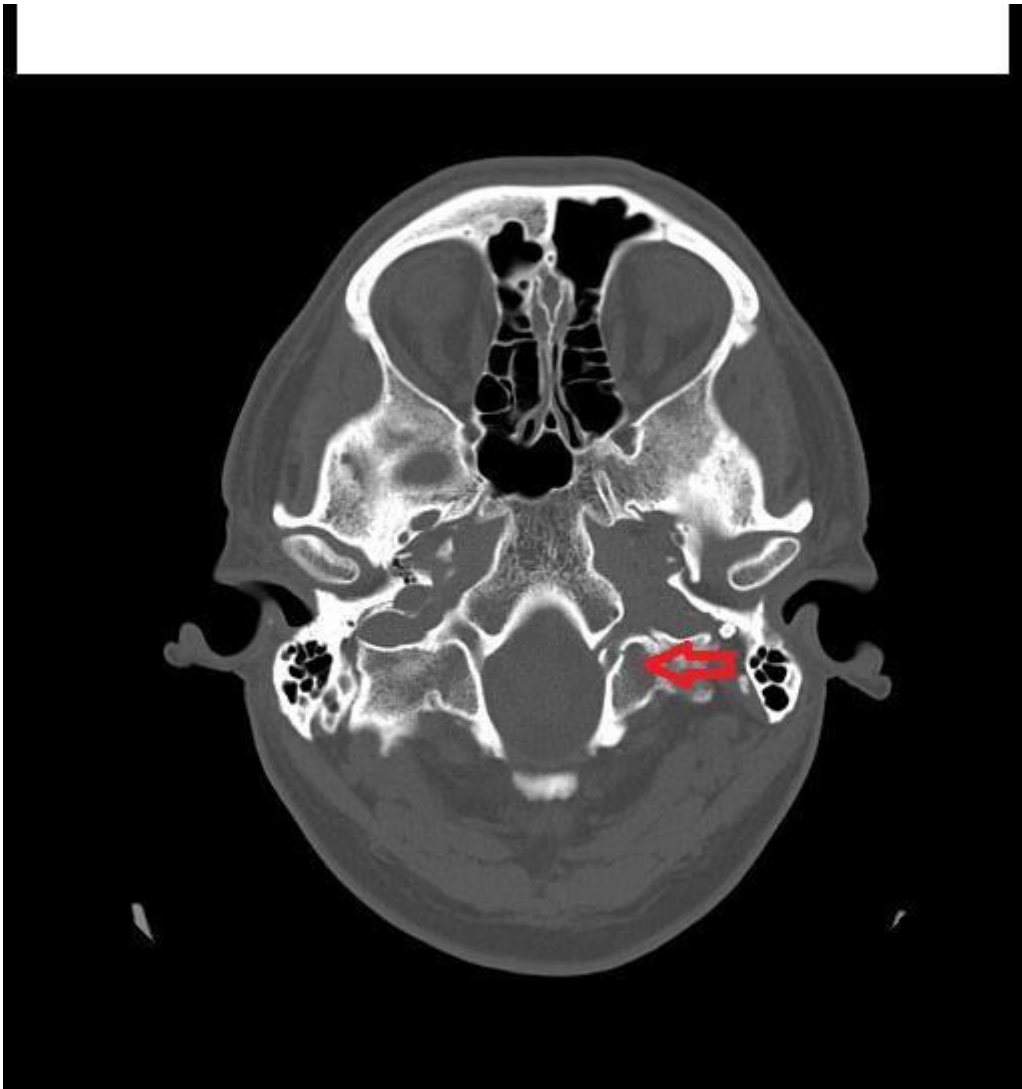
Presentamos el caso de un paciente con parálisis reversible del nervio hipogloso izquierdo tras un TCE por fractura condilar a nivel del canal del hipogloso.

**Discusión:**

Paciente de 50 años que acude al servicio de urgencias por disartria y disfagia progresiva tras caída de un caballo con TCE hace tres días. Se le realizó TC craneal urgente, sin aparentes alteraciones significativas. A la exploración, se evidencia desviación de la lengua hacia la derecha. Ante la sospecha de lesión del nervio hipogloso, se solicita angioTC de TSA para descartar pseudoaneurisma carotídeo, que es normal. El estudio de RM cerebral y de fosa posterior realizados también son normales. En una segunda lectura dirigida del TC, se aprecia una pequeña línea de fractura en el cóndilo occipital izquierdo a nivel del canal del hipogloso, como probable causa de la lesión del nervio hipogloso. Tras tratamiento con corticoides el paciente recuperó completamente la movilidad de la lengua, quedando asintomático.

**Conclusión:**

La lesión del nervio hipogloso post-traumática es infrecuente, pero ante un paciente con esta clínica, hay que revisar detenidamente el TC buscando líneas de fractura condilar.



*Corte axial de base de cráneo. Pequeña línea de fractura en el canal del hipoglosos izquierdo (flecha roja).*

### **Bibliografía:**

-Castling B, Hicks K. Traumatic isolated unilateral hypoglossal nerve palsy. Case report and review of the literature. Br J Oral Maxillofac Surg 1995;33:171-3

-Chugh S, Kamian K, Depreitere B, Schwartz ML. Occipital condyle fracture with associated hypoglossal nerve injury. Can J Neurol Sci 2006;33:322-4.

- Jin Won Yoon, et al. Occipital Condyle Fracture With Isolated Unilateral Hypoglossal Nerve Palsy

Ann Rehabil Med. 2014 Oct; 38(5): 689–693.

<b>Caso</b>	(395) OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE LA ARTERIA LOBAR INFERIOR CON AUSENCIA DE RETORNO VENOSO
<b>Autores</b>	Ángeles Silva Rodríguez B. Alba Pérez; Jm. Blanc Molina; A. Esteban Peris; Mc. González Gordaliza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente de 61 años, mareo tipo inestabilidad-desfallecimiento, sin pérdida de conocimiento. Disnea brusca, palpitaciones y cortejo vegetativo. Se encuentra taquipnéica, taquicárdica y con mala saturación. Se realiza AngioTC de arterias pulmonares: -Trombosis (parcial) de vena subclavia izquierda que avanza por tronco venoso innominado y que desciende por la cava superior y aurícula derecha (introduciéndose parcialmente a través de la vena cava inferior). -Tromboembolismo bilateral en arterias pulmonares lobares y segmentarias, como dato singular se objetiva obliteración prácticamente completa de la arteria del LID que condiciona una ausencia de llenado-retorno de la vena lobar inferior derecha. -Marcada dilatación de cavidades derechas con rectificación del septo, y llenado de las arterias suprahepáticas declives que indican repercusión hemodinámica

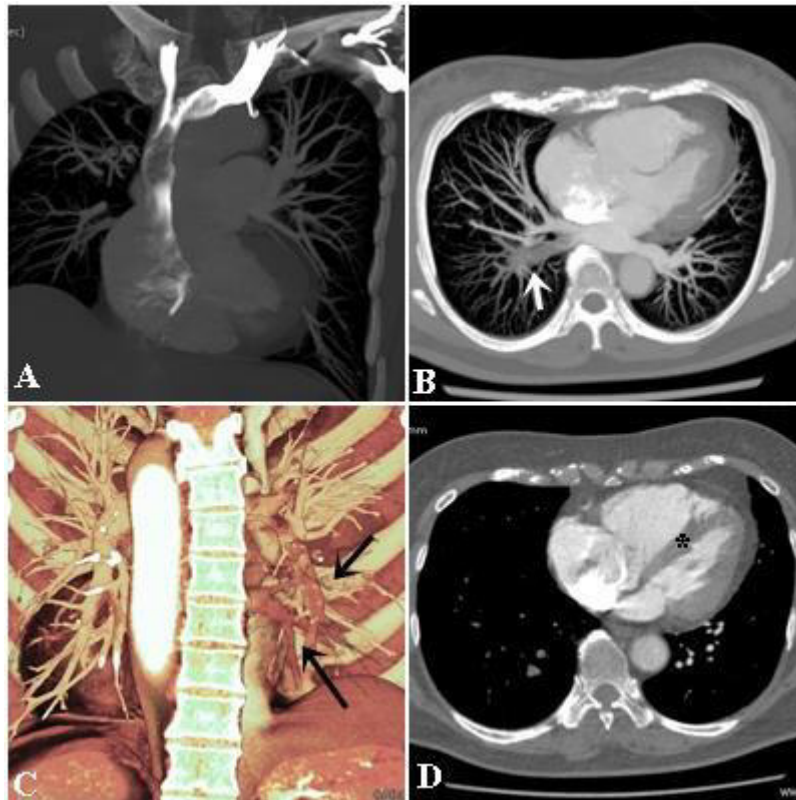
**Discusión:**

Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar masivo, secundario a extenso trombo venoso con origen en MSI con presencia de signos de repercusión hemodinámica (fallo cardíaco) y ausencia de retorno venoso en vena lobar inferior derecha.

**Conclusión:**

La obstrucción completa de una arteria lobar condiciona un stop en la circulación pulmonar que se manifiesta como ausencia de llenado de la vena lobar, como dato sobreañadido de repercusión hemodinámica.





**A. Extensión del trombo venoso. B. Ausencia de llenado-retorno de la vena lobar inferior derecha (flecha). C. 3D coronal. Falta de opacificación de vasculatura basal derecha (flechas) comparativamente con vasos contralaterales. D. Rectificación del septo interventricular(\*)**

### **Bibliografía:**

1. Wittram C, Maher MM, Yoo AJ, Kalra MK, Shepard JA, McLoud TC. CT Angiography of pulmonary embolism: Diagnostic criteria and causes of misdiagnosis. *Radiographics*. 2004; 24: 1219-38.
2. Goldhaber SZ. Pulmonary embolism. *Lancet*. 2004; 363: 1295-305.
3. Uresandi F, Blanquer J, Conget F, De Gregorio MA, Lobo JL, Otero R, et al. Guidelines for the diagnosis, treatment, and follow-up of pulmonary embolism. *Arch Bronconeumol*. 2004; 40: 580-94.  
116: 84-170.

<b>Caso</b>	(396) Absceso retrofaríngeo por cuerpo extraño.
<b>Autores</b>	Laura Alonso Irigaray Sonia Santos Ochoa De Eribe, Elena Diez Lasheras, Rafael Segura Luzón, Jone Sagasta Urrutia, Irantzu Aloa Hermoso De Mendoza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Álava

**Presentación:**

Se trata de una mujer de 74 años, que acude al servicio de urgencias por sensación de cuerpo extraño en la orofaringe y odinofagia en aumento desde hace una semana, tras comer pescado. A la exploración presenta protrusión de la pared posterior de la faringe y adenopatías laterocervicales, pero no se observa cuerpo extraño, además: febrícula y leucocitosis con neutrofilia. Se realiza una Rx lateral de cuello donde se observa un importante aumento de partes blandas prevertebrales, con algunas imágenes de densidad aire en su seno y una pequeña imagen cálcica adyacente. Se decide realizar una TC de cuello con CIV donde se aprecia una colección hidroaérea que se extiende desde la nasofaringe (a la altura del atlas) hasta la altura del cuerpo vertebral C6. En la porción inferior del absceso se observa un cuerpo extraño radiopaco con aspecto de espina de pescado que parece surgir de la pared posterior izquierda de la faringe a la altura de la epiglotis (C3-C4), dirigiéndose caudalmente hacia la derecha y hacia abajo (hasta C5-C6) en el interior del absceso.

**Discusión:****Conclusión:**

Laura

Apellido:

Alonso Irigaray

Otros Autores:

Sonia Santos Ochoa de Eribe, Elena Diez Lasheras, Rafael Segura Luzón, Jone Sagasta Urrutia, Irantzu Aloa Hermoso de Mendoza

E-mail:

[laura.alonsoiri@gmail.com](mailto:laura.alonsoiri@gmail.com)

Hospital:

Hospital Universitario Álava

Ciudad:

Vitoria-Gasteiz

Título:

Absceso retrofaríngeo por cuerpo extraño.

Presentación:

Se trata de una mujer de 74 años, que acude al servicio de urgencias por sensación de cuerpo extraño en la orofaringe y odinofagia en aumento desde hace una semana, tras comer pescado. A la exploración presenta protrusión de la pared posterior de la faringe y adenopatías laterocervicales, pero no se observa cuerpo extraño, además: febrícula y leucocitosis con neutrofilia. Se realiza una Rx lateral de cuello donde se observa un importante aumento de partes blandas prevertebrales, con algunas imágenes de densidad aire en su seno y una pequeña imagen cálcica adyacente. Se decide realizar una TC de cuello con CIV donde se aprecia una colección hidroaérea que se extiende desde la nasofaringe (a la altura del atlas) hasta la altura del cuerpo vertebral C6. En la porción inferior del absceso se observa un cuerpo extraño radiopaco con aspecto de espina de pescado que parece surgir de la pared posterior izquierda de la faringe a la altura de la epiglotis (C3-C4), dirigiéndose caudalmente hacia la derecha y hacia abajo (hasta C5-C6) en el interior del absceso.

Discusión :

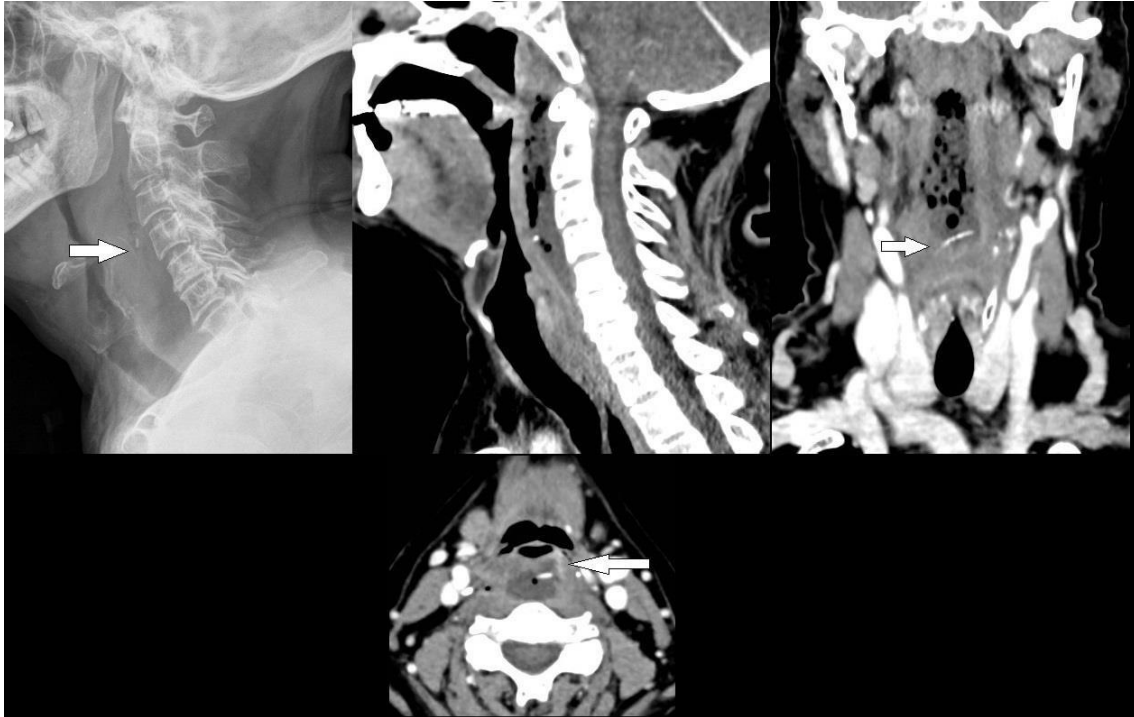
Los hallazgos son sugestivos de absceso retrofaríngeo por perforación de la pared faríngeo posterior por un cuerpo extraño (probable espina de pescado).

Los abscesos retrofaríngeos suponen una entidad poco frecuente pero de gran importancia debido a sus posibles complicaciones.

Las infecciones en este espacio pueden extenderse, debido al poco tejido

conectivo que lo rellena, hasta el mediastino posterior ocasionando mediastinitis e incluso hasta el pericardio, con riesgo de taponamiento cardíaco.

También puede ocasionar trombosis de la vena yugular interna, colapso de la vía aérea o apertura a la cavidad faríngeo con el riesgo de aspiración del material purulento.



*Los Absceso retrofaríngeo por perforación de la pared faríngea posterior por un cuerpo extraño, (probable espina de pescado).*

### **Bibliografía:**

1. Harnsberger HR et al. Diagnóstico por imagen en cabeza y cuello. 2a ed. Madrid: Marban, 2012.
2. J. C. Tortajada Bustelo, M. Prenafeta Moreno, C. Spinu, M. Cufi Quintana, A. Rovira Gols, A. Carvajal Diaz; Sabadell/ES Infecciones en cabeza-cuello según los espacios Anatómicos. SERAM 2012. Disponible en: [10.1594/seram2012/S-0657](https://doi.org/10.1594/seram2012/S-0657).
3. R. Gonzalez Sanchez, O. Rodríguez San Vicente, A. Dolado Llorente, R. Villoria Alonso; Barakaldo/ES, Barakaldo/ES. Infecciones de espacios cervicales profundos: cómo afrontarlas SERAM 2014. Disponible en: [10.1594/seram2014/S-0540](https://doi.org/10.1594/seram2014/S-0540).

<b>Caso</b>	(397) Dolor rotuliano en adolescente deportista
<b>Autores</b>	Ernesto García Santana Picón Serrano C, Pérez-templado Ladrón De Guevara J, Resano Pardo S
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

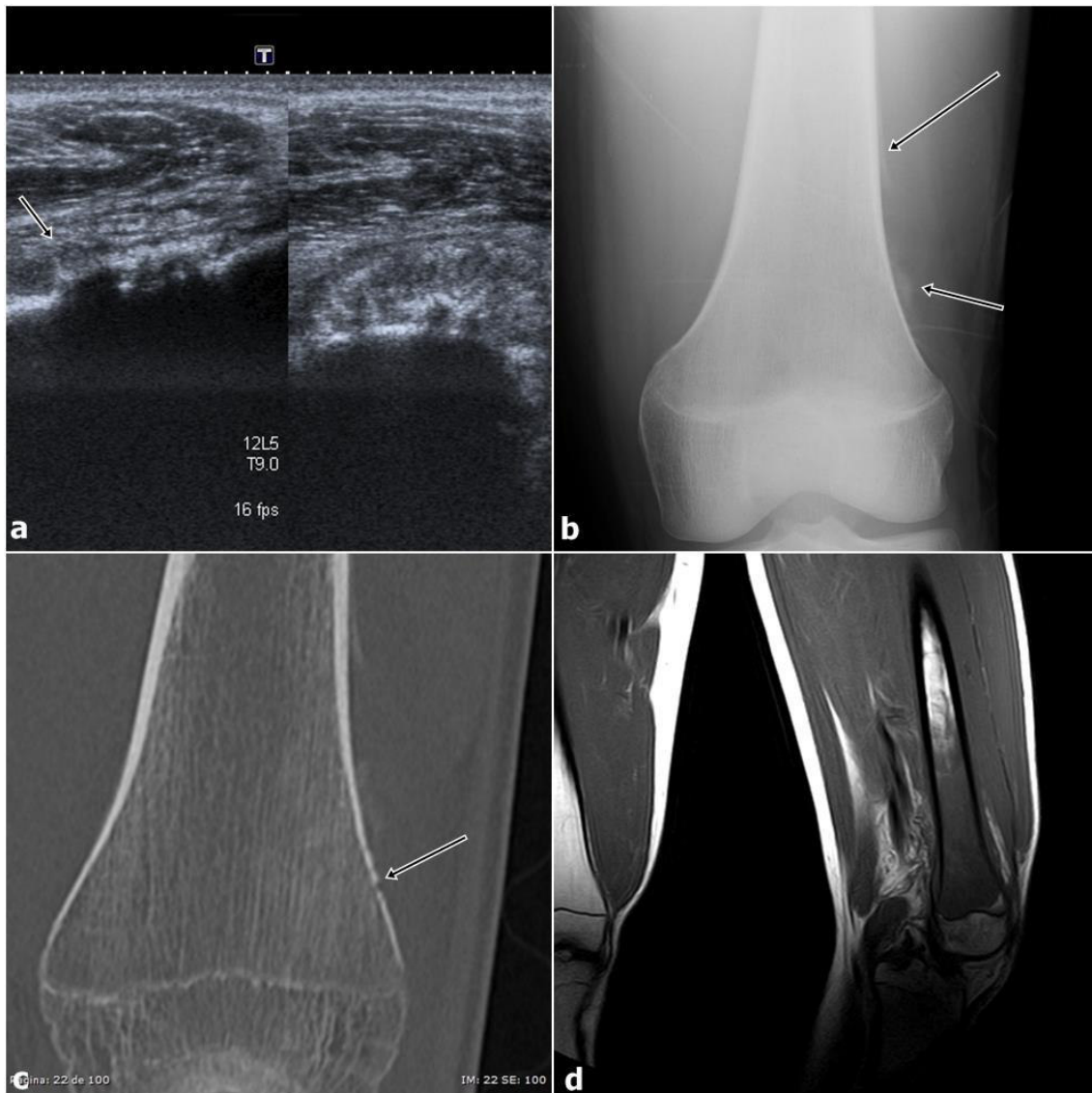
Varón de 17 años con gonalgia izquierda atraumática. Se aprecia aumento de temperatura local. Analítica normal y placa sin alteraciones.

**Discusión:**

Las principales causas de dolor en cadera o rodilla en un paciente adolescente son traumáticas, infecciosas e inflamatorias, pero no debemos olvidar las causas tumorales, siendo las neoplasias óseas primarias la primera opción dentro de este grupo. El paciente fue diagnosticado de sarcoma de Ewing y recibió QT neoadyuvante antes del tratamiento quirúrgico. Tras el osteosarcoma, el sarcoma de Ewing es el segundo tumor óseo primario maligno en niños y adolescentes, presentándose habitualmente con los hallazgos descritos.

**Conclusión:**

Ante un adolescente con dolor rotuliano, si bien no es una causa frecuente, no debe descartarse a priori la posibilidad diagnóstica de un proceso maligno, por lo que hay que saber reconocer signos precoces de afectación perióstica en radiografías simples, que a día de hoy siguen siendo la prueba inicial que debería ser valorada por el radiólogo antes de proceder con otras pruebas de imagen.



**Ecografía con sonda lineal de rodilla izquierda (a) en la que se aprecia una marcada irregularidad del periostio femoral. Radiografía AP del MII (b) en la que se identifica el signo clásico del triángulo de Codman. En TC sin CIV (c) se confirma la extensa afectación del fémur izquierdo, con una reacción perióstica clara que expande el plano osteomuscular y focos líticos en el hueso cortical. La IRM (d) muestra reemplazamiento de la médula ósea que se extiende desde la epífisis distal a través de la fisis hacia la diáfisis con focos parcheados proximales.**

### **Bibliografía:**

Wolf M. Knee pain in children, part II: limb- and life-threatening conditions, hip pathology, and effusion. *Pediatr Rev.* 2016; 37(2):72-76.

Chan BY, Gill KG et al. MR imaging of pediatric bone marrow. *RadioGraphics.* 2016; 36:1911-1930.

Caso	(398) Neumatosis portal masiva
Autores	Ernesto García Santana
Centro	Blanc Molina Jm, López-frías López-jurado A, Soteras Roura C Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

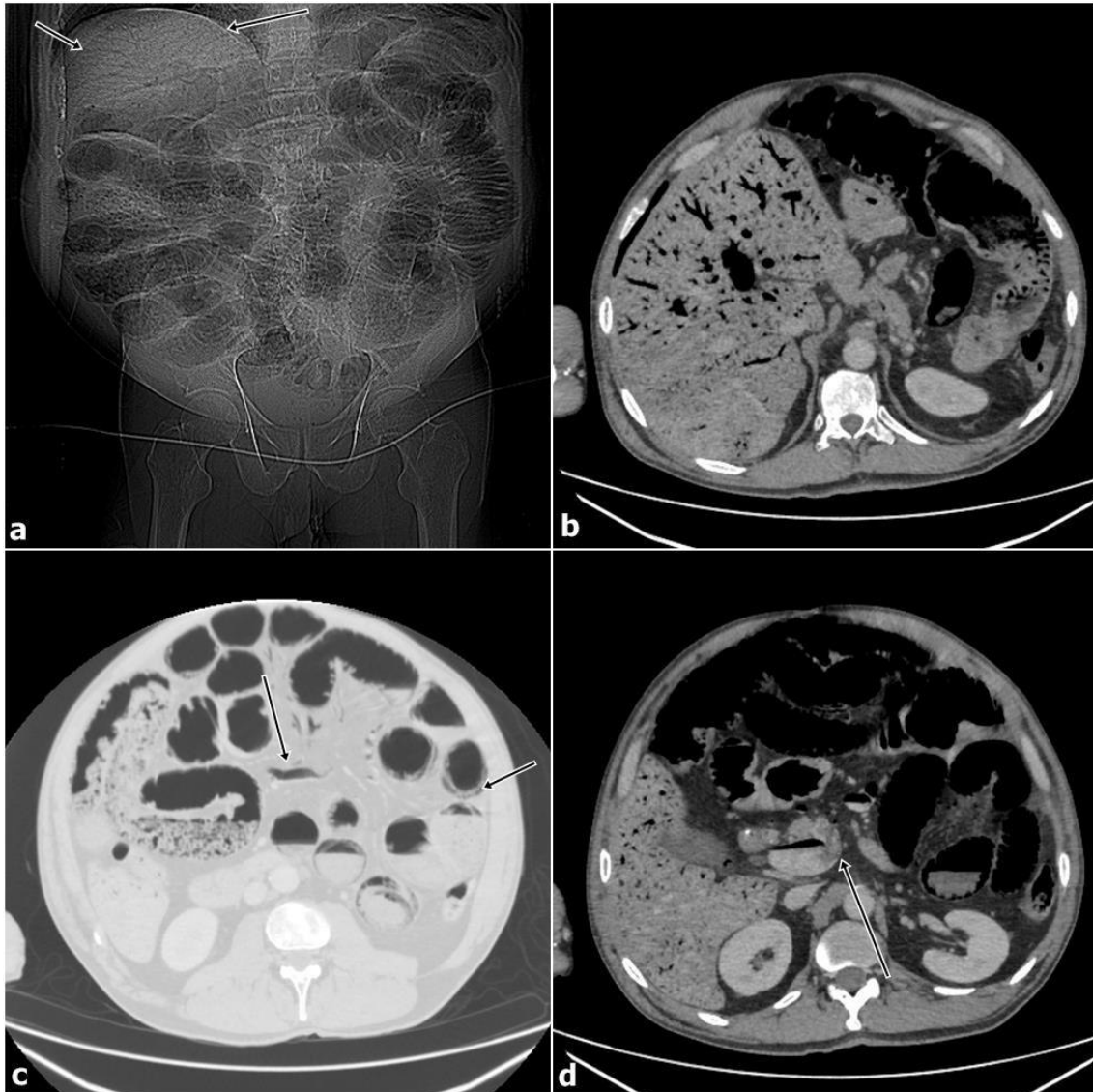
Varón de 56 años con múltiples factores de riesgo (bebedor, fumador, hipertenso, diabético, dislipémico) y antecedente de cirugía por carcinoma gástrico que presenta palidez, sudoración y vómitos de forma brusca, acompañando a un intenso dolor cólico abdominal difuso.

**Discusión:**

Las causas de neumatosis portal pueden clasificarse en lesiones de la pared intestinal, sobredistensión intestinal, sepsis intraabdominal y criptogenéticas. En nuestro caso, la isquemia de la pared intestinal acaecida por una trombosis portal parece haber sido la causa de que el paciente falleciera en la Urgencia al desestimarse una actitud más agresiva.

**Conclusión:**

La neumatosis portal clásicamente se ha considerado un signo ominoso de muerte, aunque el uso de la TC urgente ha devenido en un mayor incidencia por lo que se descubre en muchos pacientes no terminales (tras colonoscopia o enemas de varios, etc., con celiaquía o EPOC...). Si bien puede ser evidenciado en la ventana de partes blandas habitual para la lectura de una TC abdominal, las ventanas propias de hueso o parénquima pulmonar pueden hacer más evidente el gas dentro de las venas mesentéricas.



**Topograma de TC abdominopélvica (a) en el que se visualizan asas intestinales dilatadas radiolucencias digitiformes sobre la sombra hepática que también se evidenciaban, con dificultad, en la radiografía de abdomen realizada en la urgencia. Cortes axiales de TC abdominopélvica con CIV (b-d) en los que se identifican claramente una extensísima neumatosis portal intrahepática, gas en venas mesentéricas formando niveles hidroaéreos, neumatosis en la pared intestinal y un trombo en el origen de la vena porta.**

### **Bibliografía:**

Chuong AM, Corno L et al. Assessment of bowel wall enhancement for the diagnosis of intestinal ischemia in patients with small bowel obstruction: value of adding unenhanced CT to contrast-enhanced CT. *Radiology*. 2016; 280:98-107.

Mallappa S, Warren OJ et al. Pneumatosis intestinalis and hepatic portal venous gas on computed tomography – a non-lethal outcome. *JRSM Short Rep*. 2011; 2(11):88.



C. Sebastián et ál. Portomesenteric vein gas: pathologic mechanisms, CT findings and prognosis. *RadioGraphics*. 2000; 20:1213-1224.

<b>Caso</b>	(399) Perforación por cuerpo extraño
<b>Autores</b>	Ernesto García Santana
<b>Centro</b>	Silva Rodríguez A, Pacios Blanco Re, García Latorre R Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

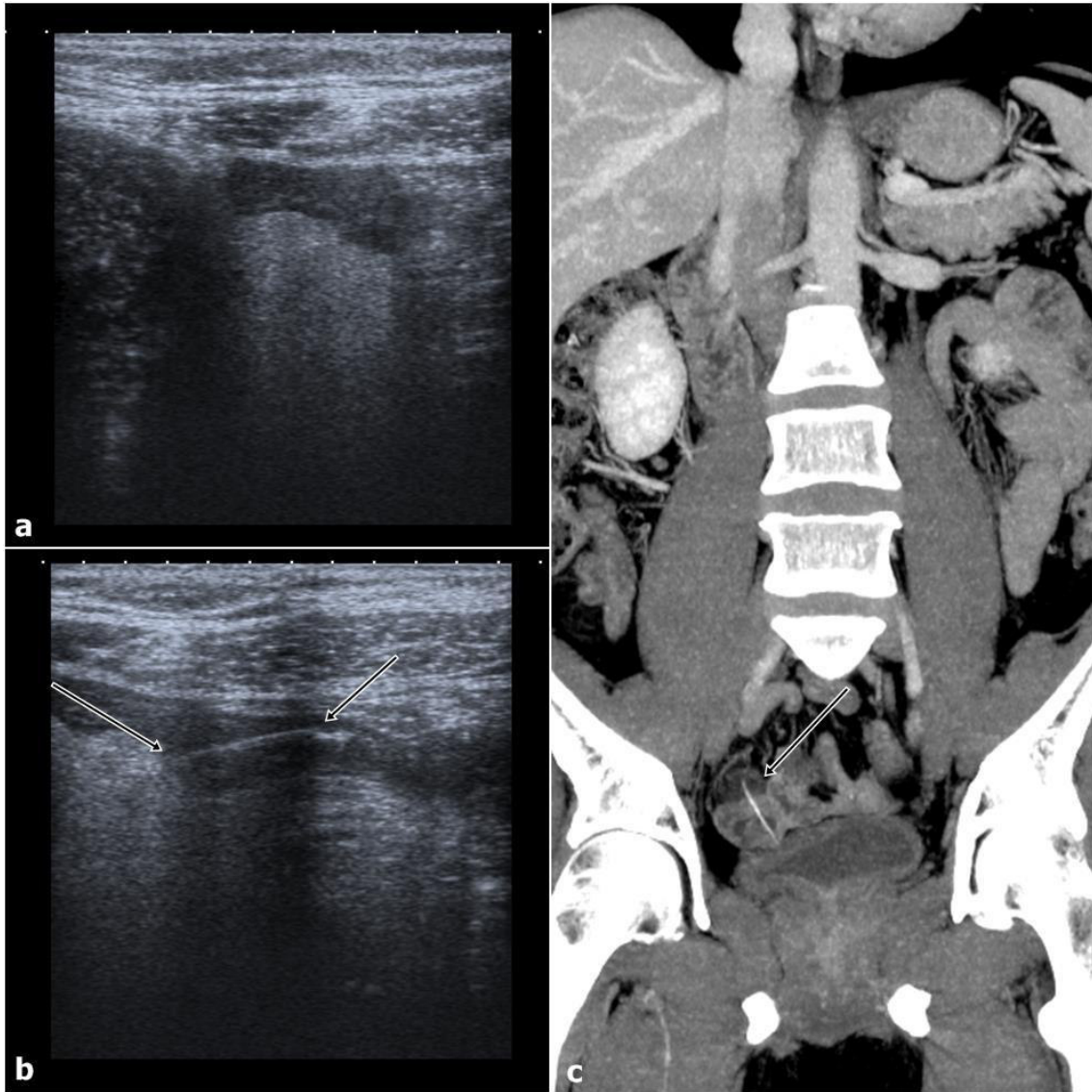
Varón de 48 años con dolor de 4 días, que actualmente focaliza en FID y genitales, febrícula, signos de irritabilidad peritoneal y elevación de PCR con neutrofilia.

**Discusión:**

La perforación intestinal es una urgencia médica generalmente debida a procesos primarios (isquemia...), siendo muy raras las perforaciones secundarias a la ingesta de cuerpos extraños, a pesar de que esta es común. Si bien las radiografías simples podrían mostrar neumoperitoneo y objetos extraños radiopacos, la prueba de imagen de elección es la TC. Dados los hallazgos de perforación contenida, el paciente se trató de forma conservadora sin complicaciones.

**Conclusión:**

La ecografía no es la prueba príncips para el diagnóstico de perforaciones intestinales, pero ante la búsqueda de una patología concreta (apendicitis), la presencia de claros hallazgos inflamatorios localizados fuera de la teórica localización de la patología, debe orientarnos hacia la búsqueda de una causa local, pudiendo hacer diagnóstico más eficientemente.



*Ecografía con sonda lineal en la que se muestra hiperecogenicidad localizada de la grasa en pared pélvica derecha (a), encontrándose una estructura lineal endoluminal (b) que aparentemente atraviesa la pared del íleon distal. En TC abdominopélvica con CIV en fase venosa (c) se confirma la presencia de una fina estructura exógena perforando el íleon del paciente con cambios inflamatorios locorreionales sin neumoperitoneo ni ascitis.*

### **Bibliografía:**

Tomas X, Alos L, Cores E et al. Small bowel perforation due to ingested clam valve: imaging findings. *Eur Radiol.* 2005; 15(1):189-190.

<b>Caso</b>	(402) Úlcera gástrica perforada: un cuadro en peligro de extinción
<b>Autores</b>	Ernesto García Santana Farfán Leal Fe, Ureña Vacas Ai, Bermúdez Nieto S, Romera Sánchez R
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Mujer de 52 años que acude por dolor en FRI desde hace cuatro días. Es diagnosticada de CRU izquierdo y vuelve tres días después por dolor en FRD y disnea con datos incipientes de sepsis.

**Discusión:**

La localización más frecuente de las úlceras pépticas gástricas es la curvatura menor, si bien las duodenales son aún más frecuentes. La causa principal es la infección por *H. pylori*, y las terapias multi farmacológicas actuales han hecho disminuir drásticamente su prevalencia. Habitualmente se presentan con un dolor epigástrico lancinante, aunque la presentación clínica es variada. Los hallazgos radiológicos pueden ser evidentes, pero normalmente la solución de continuidad en la pared gástrica no es visible con claridad, y es casi imposible en úlceras de pequeño tamaño. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, confirmándose la úlcera perforada y una extensa peritonitis química.

**Conclusión:**

Aunque las terapias actuales han hecho casi desaparecer las perforaciones de úlceras pépticas, siguen encontrándose casos que se caracterizan por su clínica insidiosa e inespecífica, por lo que las pruebas diagnósticas juegan un papel fundamental, si no para confirmar la úlcera, sí para descartar complicaciones.



*Cortes axiales de TC abdominal con CIV en fase venosa en los que se demuestran la pérdida de continuidad de la pared gástrica a nivel de la curvatura menor, colecciones intraabdominales — alguna de gran tamaño y con nivel hidroaéreo—, trabeculación de la grasa mesentérica, ascitis leve-moderada y engrosamiento parietal circunferencial difuso del yeyuno.*

### **Bibliografía:**

Vashistha N, Singhal D et al. Management of giant gastric ulcer perforation: report of a case and review of the literature. Case Rep Surg. 2016

Guniganti P, Bradenham CH et al. CT of gastric emergencies. RadioGraphics. 2015; 35:1909-1921.

<b>Caso</b>	(403) Esa colitis fácil y sencilla que no te debes dejar pasar
<b>Autores</b>	Virginia Navarro Cutillas Guido Alberto Finol Vacariello, Irene Navas Fernández – Silgado, Susana Borrueal Nacenta
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

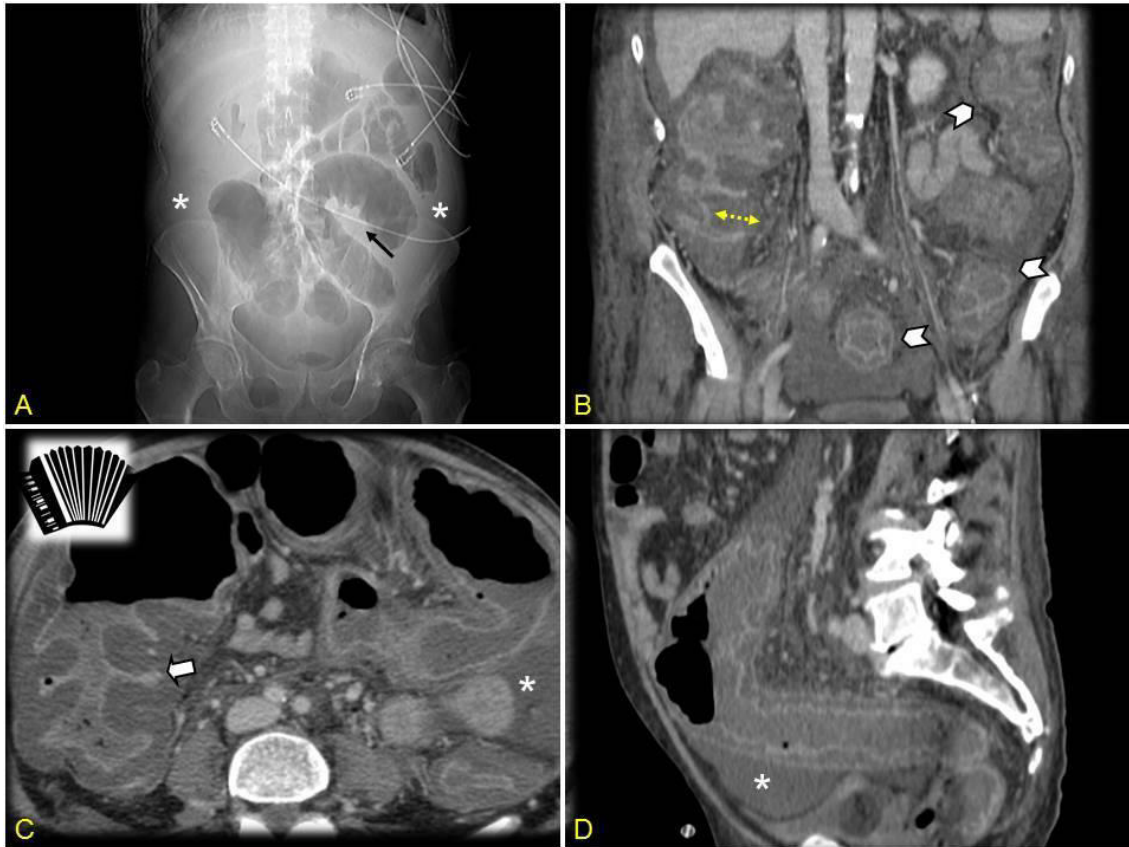
Varón de 60 años con antecedentes de prótesis aórtica y doble bypass coronario, con pericardiotomía antefrénica complicada por bacteriemia por *S. epididymitis*. Acude por diarreas de 24 horas de evolución. A la exploración destaca fiebre e hipotensión. En la analítica, destacaba una PCR de 12,07 mg/dl y acidosis metabólica.

**Discusión:**

Se realiza RX de abdomen que muestra distensión de colon y edema de pared. Frente a la evolución tórpida y tendencia a la hipotensión, el servicio de UCI solicita TC abdominal con CIV, mostrando una dilatación generalizada del marco cólico, con engrosamiento mural submucoso tipo nodular y edema de pliegues (signo del acordeón). Asocia líquido libre intraperitoneal y escasa afectación de la grasa pericólica. Los hallazgos son compatibles con pancolitis. Dado el antecedente de intervención reciente y antibioterapia de amplio espectro, se sugiere Pancolitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile*. Las toxinas A y B resultaron positivas en heces a las 24h.

**Conclusión:**

La diarrea asociada a antibioterapia es una entidad común, aunque puede llegar a ser grave en la colonización e infección por *Clostridium difficile*. En inmunodeprimidos (quimioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal) puede llegar a causar shock séptico, perforación y muerte. Un diagnóstico precoz permite un tratamiento con antibioterapia efectiva. La TC abdominal ayuda al diagnóstico rápido, con una sensibilidad del 52% y especificidad 93% en espera a la positividad de toxina en heces. En caso de antibioterapia previa, la distribución pancolónica o en colosigma, engrosamiento mural nodular, edema pericolónico y ascitis, así como el característico signo del acordeón (contenido intestinal interpuesto entre el edema de pliegues), sugiere colitis pseudomembranosa con un alto VPP (88%). Así, es posible diferenciarlo de otras etiologías con tratamientos distintos, como la colitis isquémica (en territorios vasculares frontera), o inflamatoria, tipo Enfermedad de Crohn (afectación del íleon terminal) o Colitis Ulcerosa (predomina el realce mucoso en rectosigma).



**(A):** Radiografía de abdomen simple donde se aprecia una dilatación de asas de intestino grueso con edema de pliegues (flecha negra) y borramiento de líneas grasas intraperitoneales, con desplazamiento central de asas, en relación con ascitis. TC abdominopélvico con CIV con fase portal en proyección coronal (B), axial (C) y sagital (D): Se confirma una afectación pancolónica de colon ascendente, ángulo esplénico y rectosigma (cabezas de flecha), con engrosamiento mural tipo nodular a expensas de la submucosa (flecha bipolar en B), con disposición en contenido entre los pliegues (signo del acordeón, flecha blanca en C). Se acompaña de inflamación pericólica y líquido libre intraperitoneal (asterisco).

### Bibliografía:

1. Srisajakul S, Prapaisilp P, Kijawat N. Multidetector computed tomography features of positive endoscopic or toxin assay *Clostridium difficile* colitis. *J Med Assoc Thai.* 2013; 96: 477 – 84.
2. Thoeni R, Cello J. CT imaging of colitis. *Radiology.* 2006; 240.
3. Kirkpatrick I, Greenberg H. Evaluating the CT diagnosis of *Clostridium difficile* colitis should CT guide therapy?. *AJR.* 2001; 176: 635 – 9.
4. Ha D, Tsai CJ. Pneumatosis intestinales in a patient with recurrent *Clostridium difficile* infection. *BMJ Case Rep.* 2012; 30. Doi: 10.1136/bcr-2012-006720.

5. Kawamoto S, Horton K, Flshman E. Pseudomembranous colitis: Spectrum of Imaging findings with clinical and pathologic correlation. *Radiographics*. 1999; 19:887 – 97.



<b>Caso</b>	(405) Subluxación rotatoria atlanto-axoidea en niño con traumatismo cervical y tortícolis refractaria a tratamiento médico
<b>Autores</b>	María José Martínez-cutillas Juan Francisco Martínez Martínez, Diego Paez Granda, Antonio Castillo García, Victor Orcajada Zamora, Cristina Serrano García
<b>Centro</b>	Hospital universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

varón de 8 años con antecedente de traumatismo cervical leve y tortícolis de más de dos semanas de evolución refractaria a tratamiento médico. A la exploración, no se identifica focalidad neurológica ni otros hallazgos de interés. Tras realización de radiografía simple con resultados no concluyentes, se solicita TC cervical de urgencia.

**Discusión:**

Descripción de los hallazgos. Se observa rotación en plano axial de C1 sobre C2, con luxación articular (incongruencia de carillas articulares superiores de C2 respecto a carillas articulares inferiores de C1), así como, desplazamiento anterior de la carilla articular derecha de C1 y exposición parcial de carilla articular de C2. La distancia atlo-axoidea es de 3.5 mm.

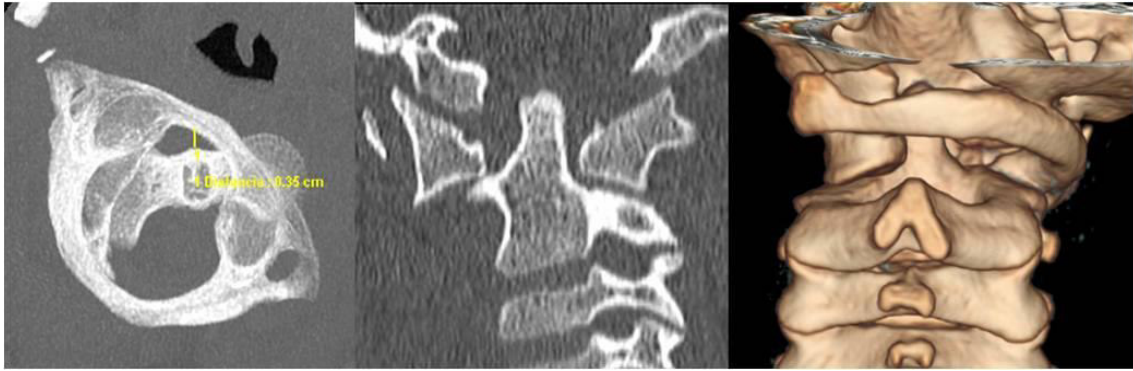
Diagnóstico. Subluxación rotatoria atlanto-axoidea tipo 2 según la clasificación de Fielding y Hawkins.

Reflexión docente. La subluxación rotatoria atlanto-axoidea es una entidad rara que hay que considerar entre las posibles etiologías de la tortícolis persistente, sobre todo en niños. Aunque el mecanismo lesional más frecuente es atraumático, también se han descrito casos de etiología traumática. Según la clasificación de Fielding y Hawkins podemos distinguir cuatro tipos de subluxación rotatoria atlanto-axoidea:

- Tipo I: el atlas gira sobre el odontoide sin desplazamiento anterior.
- Tipo II: el atlas gira sobre un proceso articular lateral con desplazamiento anterior de 3 a 5 mm.
- Tipo III: existe rotación del atlas implicando a ambos procesos articulares laterales y existe un desplazamiento anterior superior a 5 mm.
- Tipo IV: se caracteriza por rotación y desplazamiento posterior del atlas.

**Conclusión:**

Conclusión. Consideramos el diagnóstico de esta entidad, en niños con tortícolis resistente a tratamiento médico con o sin traumatismo cervical previo. La postura del paciente dificulta la exploración radiográfica, por lo que en estos casos está indicada la realización de una TC.



*TCMD, reconstrucción axial, coronal y 3D.*

### **Bibliografía:**

1. Lustrin ES, Karakas SP, Ortiz AO et-al. Pediatric cervical spine: normal anatomy, variants, and trauma. Radiographics. 23 (3): 539-60.
2. Rojas CA, Hayes A, Bertozzi JC et-al. Evaluation of the C1-C2 articulation on MDCT in healthy children and young adults. AJR Am J Roentgenol. 2009;193 (5): 1388-92.
3. Fielding JW, Hawkins RJ. Atlanto-axial rotatory fixation. (Fixed rotatory subluxation of the atlanto-axial joint). J Bone Joint Surg Am. 1977;59 (1): 37-44.
4. Rotación norma C1-C2: estudio con TAC en niños y adolescentes. Actas del VI Congreso Iberoamericano de Columna y XV Congreso Nacional de la Sociedad para el Estudio de las Enfermedades del Raquis; Junio 2001. Madrid. GEER; p. 173.

<b>Caso</b>	(407) Dolor en FID, reporte de un caso
<b>Autores</b>	Melanie Moana Sanchez Xiomara Plasencia Cruz, Raquel Pérez Pérez, Marta Elena Gómez Gil, Sergio Pititi Reyes
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias

**Presentación:**

Se realiza ecografía y TC de abdomen y pelvis de urgencia observando apéndice cecal paredes engrosadas, diámetro aumentado de hasta 20 mm en base, donde se visualiza imagen quística que se introduce levemente hacia el ciego altamente sugestivo de mucocele. Hallazgos sugestivos de proceso neoplasia mucinosa apendicular, como primera posibilidad neoplasia mucinosa apendicular. Se interviene de hemicolectomía derecha con resección de íleon terminal. La anatomía confirma el diagnóstico de presunción: neoplasia mucinosa apendicular de potencial maligno incierto.

**Discusión:**

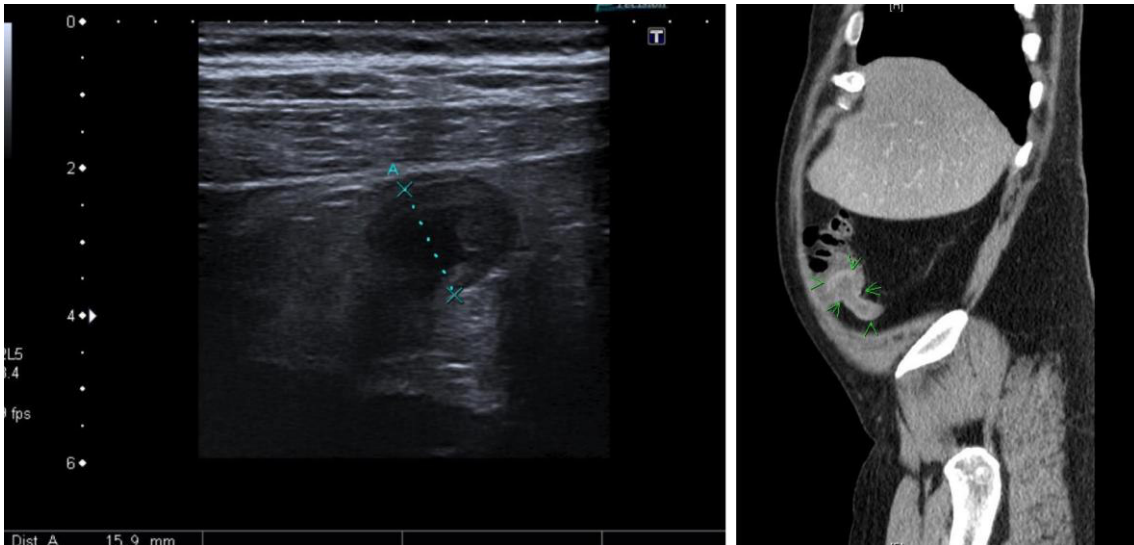
El mucocele es una patología poco frecuente que puede ser asintomática o presentarse como apendicopatía aguda. Hace referencia a una dilatación de la luz apendicular, con o sin obstrucción, secundario a un acúmulo anormal de mucina, que puede estar provocado por patología benigna o maligna.

Tiene una prevalencia de 0,2-0,4% de las apendicectomías, siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente (50%).

En la variante maligna, como es nuestro caso, puede presentar invasión de la pared apendicular y diseminarse en forma de implantes peritoneales hipodensos dispersos junto a ascitis loculada recibiendo el nombre de pseudomixoma peritoneal.

**Conclusión:**

El mucocele apendicular es una patología poco frecuente que puede estar en relación con proceso maligno por lo que el radiólogo debe tenerla en cuenta dentro de la patología de la fosa ilíaca derecha.



*A la izquierda , ecografía en la que se observa apéndice con aumento de su diámetro y de paredes engrosadas. A la derecha, TCMD , reconstrucción sagital en la que se visualiza imagen quística apendicular que se introduce en ciego, sugestivo de mucocele.*

### **Bibliografía:**

Rutledge RH,Alexander JW. Primary appendiceal malignancies: Rare but important. Surgery, 111 (1992), pp. 244-50

Hernández CA,Ruiz ME,Urdaneta MT. Seudomixoma peritoneal asociado a cistoadenocarcinoma mucinoso del apéndice.GEN, 48 (1994), pp. 157-62

Lakatos, et al. Mucocele of the appendix: an unusual cause of lower abdominal pain in a patient with ulcerative colitis. A case report and review of literature. World J Gastroenterol 2005; 11: 457-9.

Andrade CF, Santo PRQE, Pantaroto M, Spadella CT. Cistoadenoma mucinoso do apéndice: Relato de caso. Acta Cir Bras 2001; 16.

<b>Caso</b>	(408) El reto diagnóstico de lesión mesentérica en el paciente politraumatizado.
<b>Autores</b>	Inmaculada Alcantud González Alberto Ibáñez Ibáñez, Juan Luis Sánchez Rocamora, Patricia Camino Marco, Lorena López Martínez, Rosa María Collado Jiménez
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Varón de 44 años que es traído por el 112 al servicio de Urgencias por politraumatismo tras accidente de tráfico de alta energía. Se realiza un TC en el que se identifica un pequeño hematoma mesentérico sugestivo de laceración mesentérica. Dada la gravedad del resto de hallazgos no se le dio relevancia a este hallazgo evolucionando en una semana a una peritonitis por microperforación yeyunal.

**Discusión:**

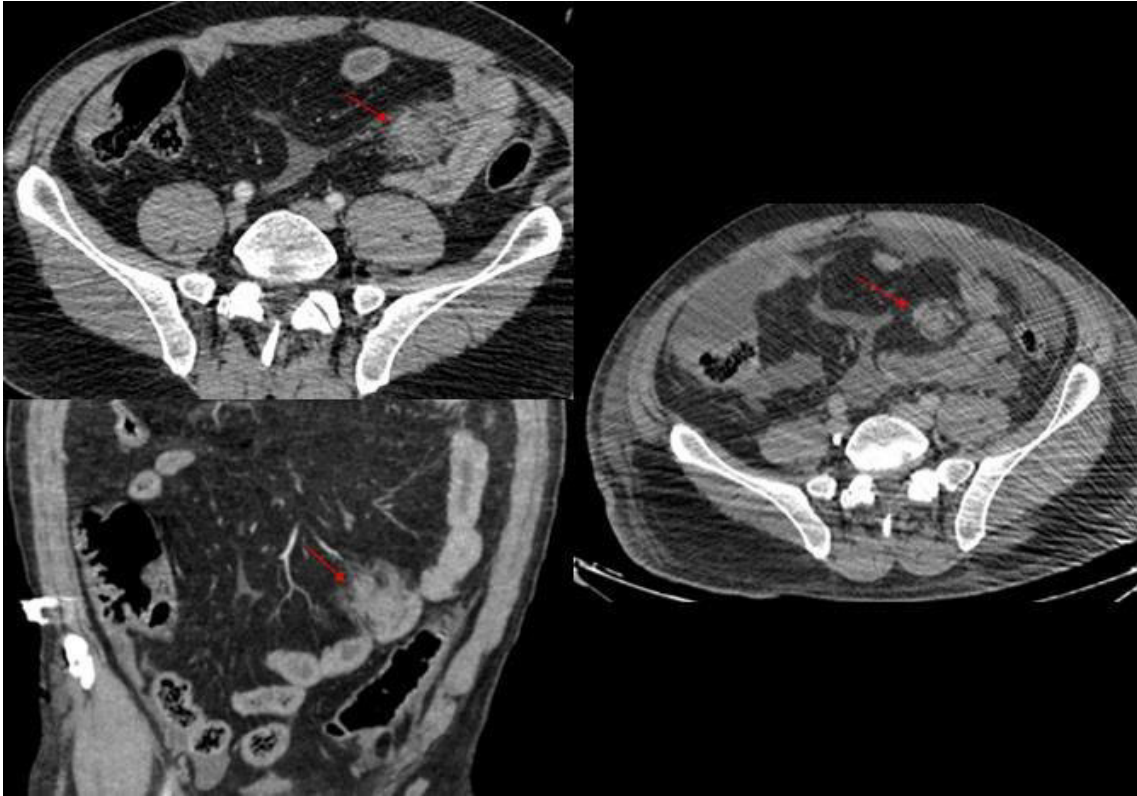
La TC es la técnica de elección para la evaluación inicial del paciente politraumatizado hemodinámicamente estable. El mayor reto diagnóstico lo constituye la búsqueda de lesiones subsidiarias de manejo quirúrgico, como puede ser el traumatismo mesentérico. Este es infrecuente, presentándose en un 5% de los pacientes con traumatismo abdominal cerrado y presenta dificultad diagnóstica incluso por imagen, pero es causa importante de morbilidad y mortalidad, ya que puede derivar a hemorragia masiva o peritonitis por perforación intestinal como nuestro caso.

Es importante conocer los hallazgos, a menudo sutiles, del traumatismo mesentérico. Estos son: hematoma mesentérico, extravasación del medio de contraste intravenoso e irregularidad y terminación abrupta de los vasos mesentéricos. Otros hallazgos menos específicos, que pueden aparecer tanto en el traumatismo mesentérico como en el intestinal son: engrosamiento de la pared intestinal, realce intestinal anormal y líquido libre intraabdominal.

Debe sospecharse laceración mesentérica en presencia de hematoma y/o aumento en la atenuación de la grasa mesentérica, aunque cuando estos son pequeños o aislados, usualmente no requieren manejo quirúrgico.

**Conclusión:**

En el paciente politraumatizado es importante reconocer los hallazgos radiológicos que presentan las lesiones mesentéricas, ya que en ocasiones pueden requerir un manejo quirúrgico precoz para evitar complicaciones.



*TC abdomino-pélvico con CIV (superior izquierda) reconstrucción coronal (inferior izquierda) y TC evolutivo (derecha). Aumento de la atenuación de la grasa mesentérica adyacente a un asa de yeyuno en relación con hematoma mesentérico (flecha) sugestivo de laceración mesentérica, con leve cantidad de hemoperitoneo. En TC evolutivo, se aprecian signos de peritonitis, identificándose en la cirugía una microperforación yeyunal secundaria a la laceración mesentérica.*

### **Bibliografía:**

- G.A. Castrillon y J.A. Soto. Traumatismo intestinal y mesentérico. Radiología. 2011; 53 (1): 51-59.
- Del Cura Rodríguez JL, Oleaga Zufiría L. Monografía SERAM: Radiología en urgencias. Temas de actualidad. España: Panamericana; 2006.

<b>Caso</b>	(409) Dolor en hipogastrio , reporte de un caso
<b>Autores</b>	Melanie Moana Sanchez Xiomara Plasencia Cruz, Raquel Pérez Pérez, Marta Elena Gómez Gil, Juan Antonio Hernández Oonce, Sergio Pitti Reyes
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias

### **Presentación:**

Paciente mujer de 56 años que acude al Servicio de Urgencias por fiebre de nueva aparición y dolor hipogastrio que se intensifica con las micciones de 1 mes de evolución. Antecedentes de interés: enfermedad inflamatoria intestinal. Se realiza ecografía, TC y RM abdómino-pélvica observando colección heterogénea con pared gruesa que realza tras la administración de contraste iv localizada cranealmente a la vejiga. En la RM se visualiza tracto permeable entre la vejiga y dicha colección. Estos hallazgos son compatibles con uraco persistente y quiste uracal sobreinfectado con formación de absceso.

### **Discusión:**

El uraco normal en el adulto se conoce como ligamento medial. Consiste en un cordón fibroso que asciende desde la superficie anterior de la vejiga entre la fascia transversalis y el peritoneo.

La persistencia de los remanentes del uraco se dividen en 4 tipos: uraco permeable (50%); quiste de uraco, con obliteración de ambos extremos (30%); seno uracal, sin obliteración del extremo distal (15%) y divertículo uracal, sin obliteración del extremo proximal (5%).

Estos remanentes diagnosticadas en el adulto son muy poco frecuente, y presenta por lo tanto un bajo índice de sospecha diagnóstica.

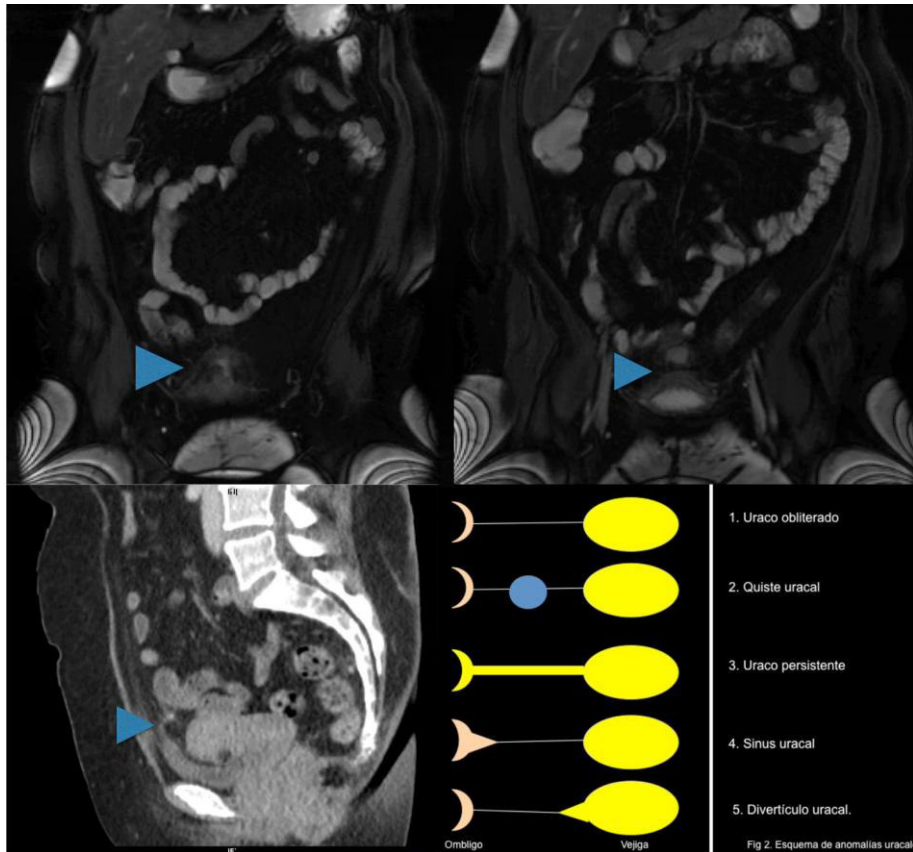
La mayoría de los quistes de uraco se forman en el tercio inferior y de localización medial como es nuestro caso. Suelen ser asintomáticos .

Todos ellos pueden complicarse complicación en forma de infección ( como en nuestro caso- absceso -) o degeneración maligna ( extremadamente rara).

La sobreinfección del quiste aumenta el riesgo de carcinoma por lo que su tratamiento es la extirpación.

### **Conclusión:**

Aunque infrecuente, el quiste de uraco es una patología a tener en cuenta en pacientes con clínica de localización vesical. El diagnóstico se basa en casi todos los casos en la ecografía, siendo conveniente el uso de la TAC o la RMN para confirmarlo.



*En las imágenes superiores se demuestra por RMN trayecto fistuloso entre vejiga y absceso ( flechas). Abajo a la izquierda, TCMD, corte sagital, que demuestra disminución del absceso tras 3 semanas de tratamiento antibiótico con persistencia del uraco (flecha). Abajo a la derecha diagrama de las anomalías uracales.*

### Bibliografía:

Friedland G, De Vries P, y col. Congenital Anomalies of the urachus and Bladder. Clinical Urography. 2002; 1: 826-829.

Yu JS, Kim KW, Lee HJ, y col. Urachal remnant diseases: Spectrum of CT and US findings. Radiographics, 2001; 21:451-461.

Reed N. Inc. y col. Textbook of Uroradiology, 3rd Edition, Lippincott Williams, 2001; páginas 375-376.

Rumack y col, Diagnostic US, 3rd Edition, Elsevier Mosby, Vol 1: 332-333.



<b>Caso</b>	(414) Rabdomiólisis post nefrectomía laparoscópica.
<b>Autores</b>	Leire Calvo Amaia Goienetxea, Amaia Llodio, Joana Elejondo, Francisco Barba Tamargo, Iñigo Goicoechea,
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

**Presentación:**

Varón de 73 años intervenido de nefrectomía radical izquierda laparoscópica, tras ser diagnosticado de hipernefroma. Antecedentes médicos de interés; obesidad (IMC 39,6), HTA, DAI, SAOS e hipotiroidismo. En el postoperatorio presenta dolor en flanco derecho, CPK elevada y leve insuficiencia renal. El servicio de Anestesia solicita TC de control que no mostró ninguna anomalía renal y objetivó un engrosamiento de los músculos glúteos derechos.

**Discusión:**

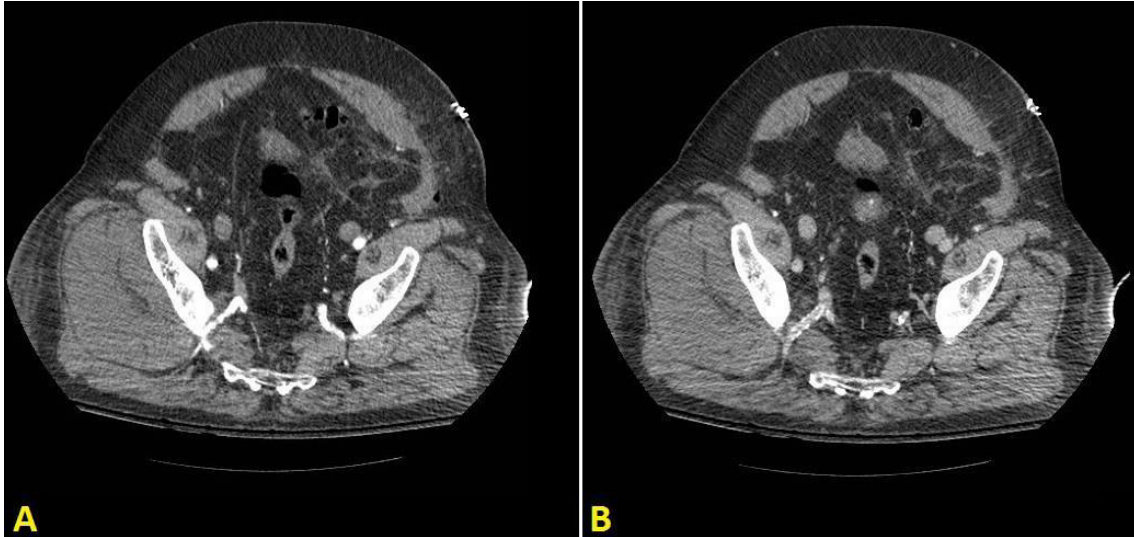
La rabdomiólisis es un síndrome, potencialmente mortal, que se produce por lesión intensa y brusca del músculo estriado. La rabdomiólisis postoperatoria (RP) sucede en diversas modalidades quirúrgicas. Es una complicación conocida, pero rara, de la cirugía renal laparoscópica que ocurre en el 0,4 al 4,9% de los casos.

Los factores de riesgo son; sexo masculino, IMC alto, cirugía prolongada y la posición en decúbito lateral.

En la TC los músculos afectados se muestran engrosados, hipodensos y puede haber cierto realce de los bordes en las imágenes post-contraste. Los hallazgos en RM consisten en aumento difuso de la señal muscular en T2 y realce intenso tras la administración de contraste. En casos severos, la mionecrosis se muestra con focos de mayor intensidad de señal T2 que no realzan tras la administración de contraste. Por ecografía, se observa engrosamiento de las fascias musculares, pérdida de la orientación de las fibras musculares y disminución de la ecogenicidad con zonas anecoicas.

**Conclusión:**

El aumento del número de procedimientos quirúrgicos laparoscópicos incrementa la incidencia de esta patología. El diagnóstico precoz resulta fundamental para que el tratamiento sea lo más efectivo posible y la TC de control postquirúrgico supone una contribución esencial.



**TC abdomino-pélvico tras administración de contraste. Cortes axiales mostrando un engrosamiento de la musculatura glútea derecha. (A) En la fase arterial del estudio, no se evidencia hematoma ni sangrado muscular. (B) En la fase portal, se observa una menor captación de contraste en los músculos glúteos derechos afectados por rhabdomiólisis.**

### **Bibliografía:**

Rhabdomyolysis and operating position. *Anaesthesia*. 1991;46:141–143. Targa L, Droghetti L, Caggese G, Zatelli R, Roccella P

Rhabdomyolysis after laparoscopic nephrectomy. *JSLS*. 2007;11:432–437. Glassman DT, Merriam WG, Trabulsi EJ, Byrne D, Gomella L.

Rhabdomyolysis: magnetic resonance imaging and computed tomography findings. Lu CH, Tsang YM, Yu CW et-al. *J Comput Assist Tomogr*. 2007;31 (3): 368-74.

*Archivos Españoles de Urología*, vol. 61, núm. 7, septiembre, 2008, pp. 823-825. Fabuel Deltoro, M.; Ramos de Campos, M.; Juan Escudero, J.; Serrano de la Cruz Torrijos, F.; Montoliu García, A.; Marqués Vidal, E.; Navalón Verdejo, P.

<b>Caso</b>	(416) Piometra. Una causa rara de infección pélvica a tener en cuenta.
<b>Autores</b>	Miguel Bello Erias María Jesús García Sánchez; César Oterino Serrano; Alberto Jiménez Rodrigo; Ángel Aguado Toquero; Milagros Martí De Gracia
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz

### **Presentación:**

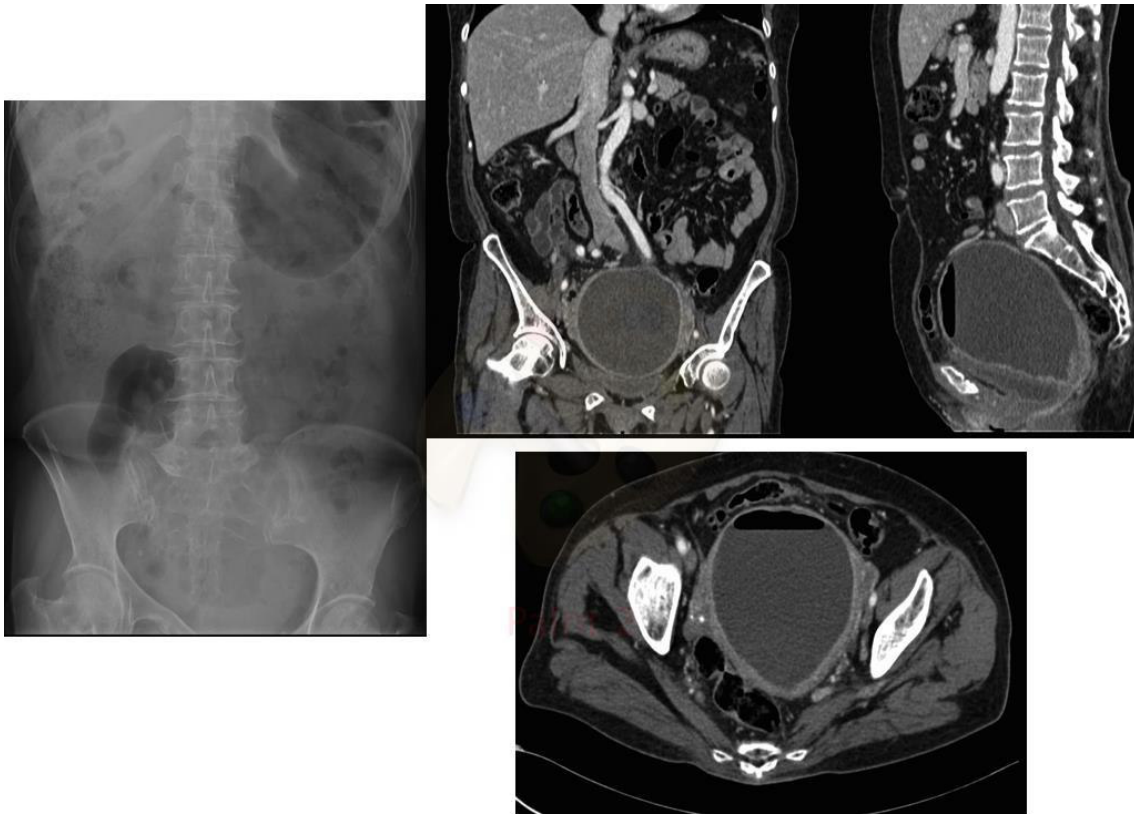
Mujer de 64 años, estancia en Perú durante dos meses, volvió hace 2 semanas. Pareja estable, dos relaciones sexuales en últimos 2 meses. Acude a Urgencias con dolor abdominal hipogástrico y en región lumbo-sacra de 2 semanas de evolución. No fiebre, ni síndrome miccional. Leucorrea purulenta. Leucocitosis con desviación izquierda. PCR 200. En la placa de abdomen se observa un aumento de densidad agua en pelvis, lateralizado hacia la izquierda. Se realiza TC abdomino – pélvico por sospecha de infección de origen pélvico, observando distensión de cavidad uterina ocupada por contenido hipodenso con nivel hidroaéreo asociado a hipercaptación de la mucosa endometrial.

### **Discusión:**

Piometra es la infección con acumulación de pus dentro de la cavidad uterina, la mayor parte de las veces en el contexto de una endometritis o como parte de la presentación de una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Otras causas de etiología no infecciosa que hay que tener en cuenta son neoplasias uterinas, antecedente de radioterapia pélvica, estenosis de cérvix o fístula colo-uterina. Radiológicamente se caracteriza por útero aumentado de tamaño a expensas de ocupación por líquido de baja atenuación (diferenciar de hematometra, que es de mayor atenuación), con nivel hidroaéreo e hiperemia de la mucosa endometrial frecuentemente. En nuestro caso los cultivos vaginales fueron positivos para *Ureaplasma urealyticum*, bacteria anaerobia de la flora genital normal, por lo que el origen más probable de la infección fue la transmisión sexual, con endometritis secundaria. La paciente se sometió a un legrado evacuador bajo anestesia, y se trató con antibioterapia intravenosa según protocolo de EIP grave, con evolución satisfactoria y alta a domicilio.

### **Conclusión:**

Debemos sospechar piometra cuando nos encontramos ante una cavidad uterina distendida, con contenido líquido de baja atenuación, nivel hidroaéreo e hiperemia de la mucosa endometrial.



*Rx simple de abdomen: aumento de densidad agua de morfología globulosa en región pélvica izquierda. TC abdomino - pélvico con CIV en planos axial, coronal y sagital: distensión de cavidad uterina ocupada por contenido hipodenso con nivel hidroaéreo asociado a hipercaptación de la mucosa endometrial.*

### **Bibliografía:**

1. Revzin M V., Mathur M, Dave HB, Macer ML, Spektor M. Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 2016;36(5):1579–96.
2. Takeuchi M, Matsuzaki K, Uehara H, Yoshida S, Nishitani H, Shimazu H. Pathologies of the uterine endometrial cavity: Usual and unusual manifestations and pitfalls on magnetic resonance imaging. *Eur Radiol*. 2005;15(11):2244–55.
3. Yik-Si Chan L, Wing-Kit Lo K, Cheung T-H. Radiographic appearance of pyometra on computer tomography mimicking pelvic abscess. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(9):1144–5.

<b>Caso</b>	(417) Isquemia Mesentérica Aguda: una patología que hay que sospechar.
<b>Autores</b>	Estefanía González Montpetit Ronny Rodelo, Isabel García Chaume, José Antonio González Nieto
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Doctor Peset

### **Presentación:**

Varón de 80 años que consulta en el servicio de Urgencias por cuadro de 12h de evolución de dolor abdominal difuso con náuseas sin vómitos. A la exploración, el paciente presenta signos de irritación peritoneal. Como antecedente destaca una fibrilación auricular. Se realiza un TC abdominopélvico con contraste en fase venosa evidenciándose un defecto de repleción en tronco celíaco y arteria mesentérica superior desde su origen, con signos de sufrimiento mural en intestino delgado y colon derecho. Ante los hallazgos del TC se sospechó una isquemia mesentérica aguda de origen embólico. El paciente fue intervenido de urgencias mediante laparotomía media infraumbilical realizándose arteriotomía de la arteria mesentérica superior con extracción del émbolo y colectomía derecha con ileostomía terminal en fosa iliaca derecha. El paciente falleció en el postoperatorio.

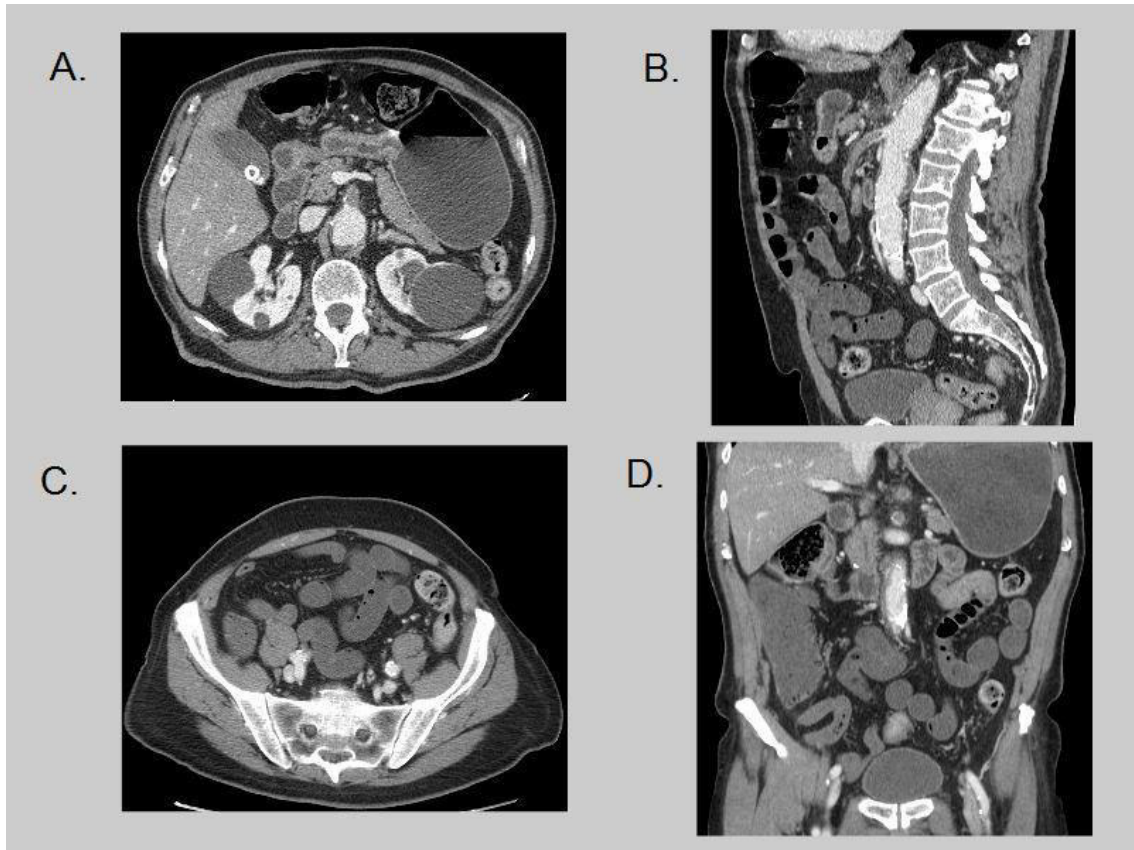
### **Discusión:**

La isquemia mesentérica aguda supone hasta un tercio de los cuadros de isquemia intestinal. Se produce por una disminución del flujo en el territorio de la arteria mesentérica superior que resulta insuficiente para cubrir los requerimientos del intestino. Las causas pueden ser embólicas (40-50% de los casos), trombóticas o por bajo gasto. Debido a la falta de signos específicos o a, en ocasiones, una presentación silente, el diagnóstico es tardío y la evolución dramática.

El TC abdominal ha desbancado a la angiografía como prueba diagnóstica por su rapidez y resolución. Una acertada sospecha clínica es fundamental para una correcta planificación del TC con la posibilidad de realizar un angio-TC con fase arterial y venosa, lo cual permite la obtención de imágenes con alta resolución diagnóstica.

### **Conclusión:**

La isquemia mesentérica aguda es una condición clínica poco frecuente con una incidencia creciente representando 1 de cada 1000 ingresos hospitalarios y con una elevada mortalidad. Es una urgencia vital y requiere su sospecha clínica para permitir un diagnóstico y tratamiento precoz.



*Imágenes de TC con contraste intravenoso en fase venosa. Imágenes A y B: corte axial y reconstrucción sagital, que muestran defecto de repleción de la arteria mesentérica superior desde su origen, y en reconstrucción sagital también del tronco celiaco. Imagen C: corte axial de asas de intestino delgado con ausencia de realce en la pared. Imagen D: reconstrucción coronal donde el ciego presenta una pared adelgazada (papelada) como signo de sufrimiento mural.*

### **Bibliografía:**

Mastoraki A, Mastoraki S, Tziava E, et al. Mesenteric ischemia: Pathogenesis and challenging diagnostic and therapeutic modalities. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*. 2016;7(1):125-130. doi:10.4291/wjgp.v7.i1.125.

Dhatt HS, Behr SC, Miracle A, Wang ZJ, Yeh BM. Radiological Evaluation of Bowel Ischemia. *Radiologic clinics of North America*. 2015;53(6):1241-1254. doi:10.1016/j.rcl.2015.06.009.

Yang Zhao, Henghui Yin, Chen Yao, et al. Management of Acute Mesenteric Ischemia: A Critical Review and Treatment Algorithm. *Vascular and Endovascular Surgery*. 2016;50 (3): 183-192.

Iain D. C. Kirkpatrick, BSc, BSc (Med), MD Mervyn A. Kroeker, MD Howard M. Greenberg, MD. Biphasic CT with Mesenteric CT Angiography in the Evaluation of Acute Mesenteric Ischemia: Initial Experience. *Radiology* 2003;229:91-98.

Tilsed JVT, Casamassima A, Kurihara H, et al. ESTES guidelines: acute mesenteric ischaemia. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2016;42:253-270. doi:10.1007/s00068-016-0634-0.

<b>Caso</b>	(420) Pensar más allá de lo obvio
<b>Autores</b>	Maria Dolores Guirau Rubio Maria Dolores Lora
<b>Centro</b>	HGU ALICANTE

**Presentación:**

Paciente varón de 79 años de edad que acude a Urgencias por dolor a nivel lumbar desde hace 15 días, que le dificulta levantarse y caminar. Además tiene tos, con expectoración y fiebre desde ayer. Antecedentes de adenocarcinoma de próstata. Ingresado en Traumatología por fractura vertebral al que se le solicita una Tc para la búsqueda de una neoplasia primaria. En la Tc toracoabdominopelvica realizada con contraste oral e iv se identifica un patrón micronodular bilateral de distribución aleatoria y adenopatía hiliar derecha/granulomas calcificados en lóbulos superiores, además se aprecia la existencia de destrucción de la mitad superior del cuerpo vertebral de D12 con colección paravertebral que se extiende por debajo del ligamento longitudinal anterior. Se realiza RM que confirma los hallazgos de la Tc.

**Discusión:**

Diagnóstico: Espondilodiscitis por TBC. TBC miliar.

Esta patología suele tener un curso insidioso con un diagnóstico tardío. Típicamente afecta en primer lugar a la región anteroinferior del cuerpo vertebral con preservación de la altura de espacio discal y se disemina a cuerpos vertebrales adyacentes/distantes por debajo del ligamento longitudinal anterior.

La afectación vertebral suele dar lugar a deformidad (cifosis/escoliosis).

Es más frecuente en la columna dorsal baja/unión dorsolumbar.

Puede existir afectación de elementos posteriores y la afectación de partes blandas a nivel paravertebral/afectación del espacio epidural es más frecuente que en la espondilodiscitis piógena.

**Conclusión:**

La TBC está presente en nuestro medio y debemos tenerla en cuenta en nuestra práctica diaria





*Rx lateral columna lumbar: Fractura-acuñamiento vertebral de D12. RX PA de tórax: Granulomas calcificados/adenopatía hiliar izq calcificada. Secuencias de RM potenciadas en T2, T1 con gadolinio y STIR. TC tóraxico con reconstrucción MIP: patrón micronodular aleatorio y granulomas calcificados en lóbulos superiores*

### **Bibliografía:**

1. Arun C. Nachiappan, Kasra Rahbar, Xiao Shi, Elizabeth S. Guy, Eduardo J. Mortani Barbosa, Jr, Girish S. Shroff, Daniel Ocazonez, Alan E. Schlesinger Sharyn I. Katz, Mark M. Hammer. Tuberculosis: A radiologic review. RadioGraphics 2007; 27:1255–1273
2. Mukesh G. Harisinghani, Theresa C. McLoud, Jo-Anne O. Shepard, Jane P. Ko, Manohar M. Shroff, Peter R. Mueller. Tuberculosis from head to toe RadioGraphics 2000; 20:449–470
3. De Vuyst D, Vanhoenacker F, Gielen J, Bernaerts A, De Schepper AM. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. Eur Radiol. 2003 Aug;13(8):1809-19

<b>Caso</b>	(421) Masa apendicular: un caso de hiperplasia folicular linfoide exuberante asociada a oxiuros.
<b>Autores</b>	Mireia Pitarch Diago Viviana P. Beltrán Salazar, Carmina Durán Feliubadaló, Francesc Xavier Pozo Ariza*, Clara Esteva Miró**, César Martín Martínez *servicio De Anatomía Patológica **servicio De Cirugía Pediátrica
<b>Centro</b>	UDIAT CD. Hospital Universitari Parc Taulí

### Presentación:

Niño de 5 años con dolor abdominal cólico de 48h de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. A la exploración presenta buen estado general pero se palpa una "masa" en FID. Analítica normal. En la ecografía abdominal se identifica una estructura tubular que nace del ciego, de trayecto tortuoso sin poder identificar el extremo distal; de 16 mm de diámetro, no compresible, con marcado engrosamiento de la mucosa e hiperemia mural. Sin alteración de la grasa circundante, y con múltiples ganglios linfáticos adyacentes. Ante los hallazgos ecográficos se realiza TC abdominal que confirma la presencia de una masa apendicular de densidad partes blandas y múltiples adenopatías adyacentes; sin otros hallazgos.

### Discusión:

Debido al tamaño y los escasos signos inflamatorios se descarta la apendicitis aguda, planteando como principales diagnósticos la hiperplasia folicular linfoide, sin poder descartar el tumor carcinoide o linfoma apendicular.

Dada la escasa sintomatología sugestiva de infección viral, se decide resección quirúrgica para estudio anatómo-patológico, que muestra:

Macroscópicamente: apéndice cecal engrosado sin signos de infección. Estudio microscópico: hiperplasia folicular linfoide "exuberante", sin cambios inflamatorios agudos y presencia de oxiuros en la luz apendicular. El estudio morfológico, inmunohistoquímico y molecular descartan malignidad.

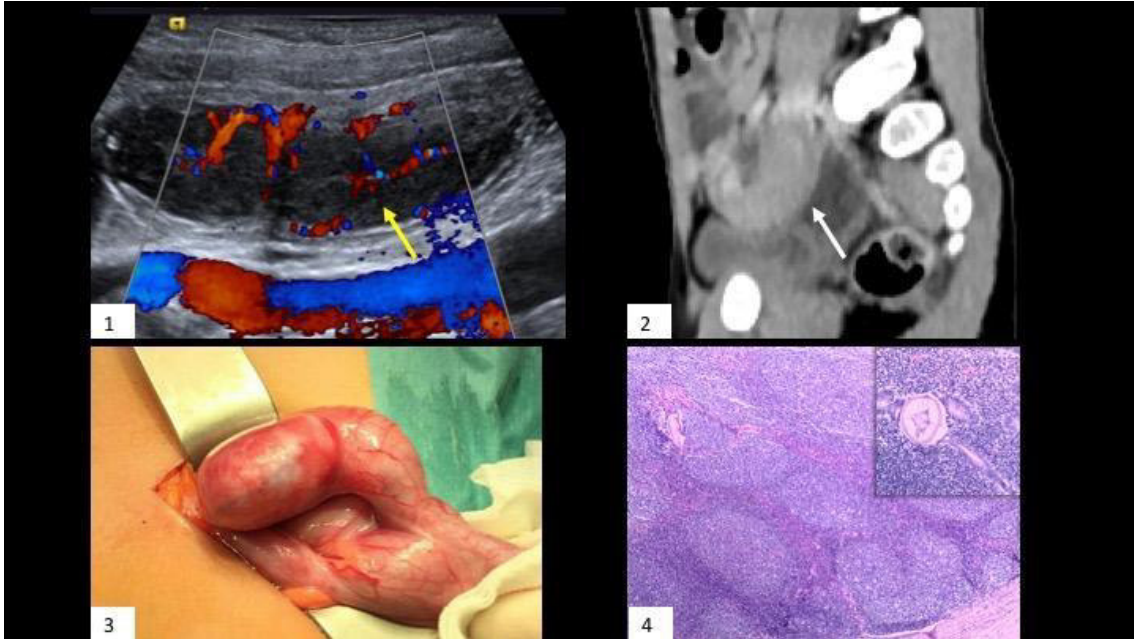
### Conclusión:

La hiperplasia linfoide es un concepto anatómo-patológico, en respuesta a procesos gastrointestinales víricos. Es típicamente pediátrica y se acompaña de adenopatías mesentéricas. Es una entidad autolimitada que no requiere tratamiento.

Características ecográficas: lámina propia engrosada >0.8-1 mm, diámetro apendicular >6 mm, e hiperemia mural.

Puede acompañarse de apendicitis aguda (18.5%), siendo la afectación de la grasa o la presencia de líquido periapendicular los hallazgos ecográficos clave.

Los oxiuros son una causa poco frecuente pero conocida de apendicitis aguda. Sin embargo, no hay artículos en la literatura que asocien la hiperplasia linfoide con la presencia de oxiuros.



**1. Ecografía:** apéndice cecal con marcado engrosamiento de la lámina propia de la mucosa, hipoecoica (flecha amarilla) e hiperemia mural. **2. TC corte sagital:** masa apendicular de densidad partes blandas. **3. Imagen macroscópica:** apéndice cecal muy aumentado de tamaño sin signos de infección. **4. Imagen histológica:** folículos linfoides con gran actividad de los centros germinales e imagen ampliada de un oxiuro.

### Bibliografía:

1. Xu Y, Jeffrey R, DiMaio M, Olcott E. Lymphoid Hyperplasia of the Appendix: A Potential Pitfall in the Sonographic Diagnosis of Appendicitis. *American Journal of Roentgenology*. 2016;206(1):189-194.
2. Sheridan A, Ehrlich L, Morotti R, Goodman T. Sonographic Distinction Between Acute Suppurative Appendicitis and Viral Appendiceal Lymphoid Hyperplasia ("Pink Appendix") With Pathological Correlation. *Ultrasound Quarterly*. 2015;31(2):95-98.
3. Park N. Ultrasonography of normal and abnormal appendix in children. *World Journal of Radiology*. 2011;3(4):85.

<b>Caso</b>	(423) Causa poco frecuente de ictericia obstructiva en la urgencia: el ampuloma.
<b>Autores</b>	Sandra Isabel Duque Fernandez De Vega Patricia Virginia García Pérez,
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora De La Candelaria Santa Cruz de Tenerife

### **Presentación:**

Varón de 47 años con ictericia progresiva, fiebre intermitente y coluria. Se solicita ecografía abdominal en la que se evidencia dilatación de la vía biliar y del Wirsung, sin apreciar la causa obstructiva. Se realiza TC abdominal visualizando masa hipercaptante de 17 x 27 mm en unión entre 2ª y 3ª porción duodenales con dilatación de vías biliares y pancreática. Por la localización se establece diagnóstico de ampuloma, el cual se confirma como adenocarcinoma papilar tras la duodenopancreatectomía cefálica.

### **Discusión:**

Las causas más frecuentes de ictericia obstructiva comprenden coleocodocolitiasis, colangitis, colangiocarcinoma, estenosis del conducto pancreático y los tumores de la cabeza del páncreas.

Los tumores de papila de Vater o ampulomas son infrecuentes y se pueden originar sobre cualquiera de los tres epitelios (duodenal, pancreático y biliar). Se pueden clasificar en benignos y malignos. En la papila también pueden metastatizar otros tumores.

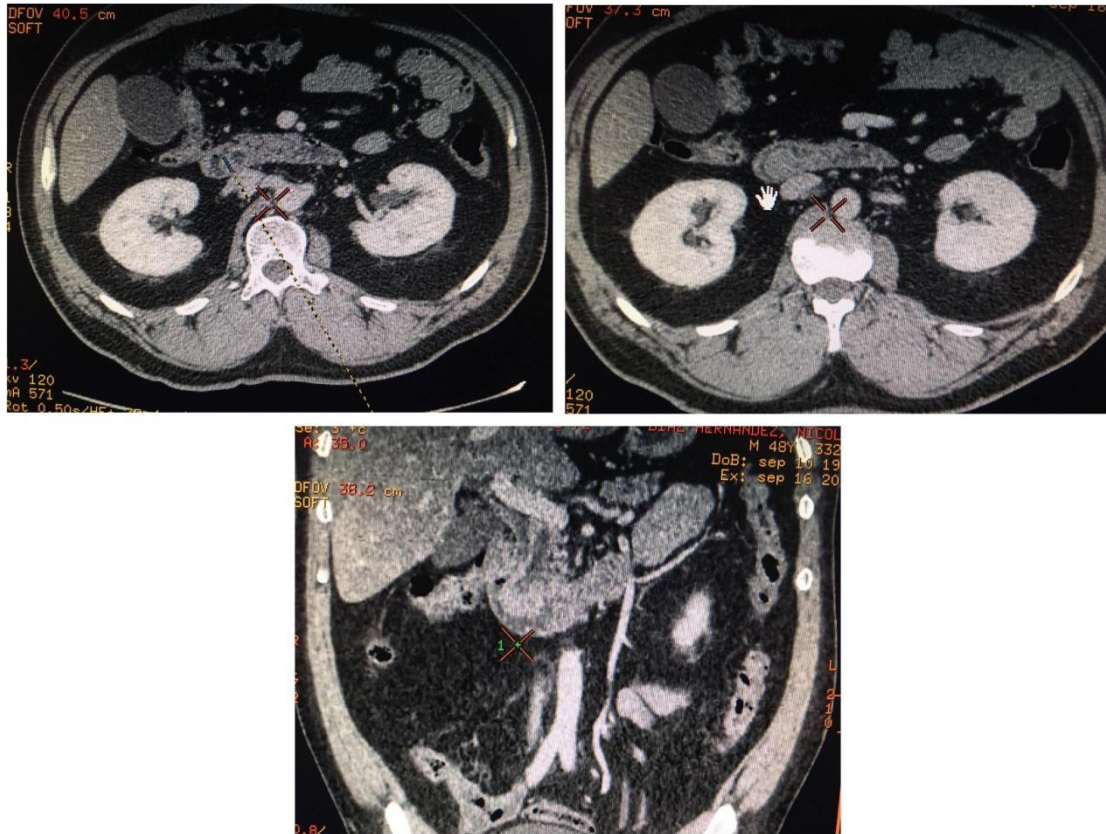
El tumor más frecuente es el adenoma y su progresión a adenocarcinoma está admitida en el mismo sentido que la secuencia adenoma-carcinoma de los pólipos de colon. El estudio histológico con pinza de biopsia ha demostrado limitaciones para descartar presencia de focos de adenocarcinoma por lo que recomienda la escisión como único método fiable de estudio histológico.

Ecográficamente podemos observar signos indirectos de la patología ampular como el signo del doble conducto: dilatación del CB y del CPP secundario a un stop en la región ampular.

La TC es la técnica más útil para el estudio de las neoformaciones ampulares y periampulares. Permite visualizar el tumor, el lugar de la obstrucción y presencia de adenopatías así como valorar las posibles metástasis hepáticas.

### **Conclusión:**

El ampuloma es una causa infrecuente de ictericia obstructiva. La valoración mediante TC con CIV y estudio anatomopatológico es esencial para determinar si es factible su resección y el tipo de cirugía.



**TC axial: masa hipercaptante de 17 x 27 mm en unión entre 2ª y 3ª porción duodenales**

### **Bibliografía:**

1. Jordán Alonso Ariel, Cruz Méndez Datiel, Bello Delgado Raúl, Alejo Concepción Osvaldo, Alonso Domínguez Norkis, Alfonso Moya Oriol. Adenocarcinoma de la ampolla de Vater. A propósito de un caso. Rev. Med. Electrón. 2010;32(5).
2. Paul Nikolaidis, Nancy A. Hammond, Kevin Day, Vahid Yaghmai, Cecil G. Wood III, David S. Mosbach, Carla B. Harmath, Myles T. Taffel, Jeanne M. Horowitz, Senta M. Berggruen, and Frank H. Miller. Imaging Features of Benign and Malignant Ampullary and Periapillary Lesions. RadioGraphics 2014 34:3, 624-641.
3. Vicente Lorenzo-Zúñiga, Vicente Moreno De Vega, Eugeni Domenech y Jaume Boix. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Vater. Gastroenterol Hepatol 2009;32:101-8

<b>Caso</b>	(424) Complicación urgente poco frecuente a tener en cuenta tras cirugía en hemiabdomen superior: La trombosis de las venas porta y mesentérica.
<b>Autores</b>	Sandra Isabel Duque Fernandez De Vega Patricia Virginia García Pérez, Jesus Gonzalez Ortega
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora De La Candelaria Santa Cruz de Tenerife

### **Presentación:**

Mujer de 55 años intervenida hace un mes de GIST gástrico con infiltración parcial de cola de páncreas, bazo y cuña de estómago. Acude a urgencias por dolor abdominal persistente en epigastrio sin fiebre. Presenta leucocitosis y elevación de la PCR. Se solicita TC abdomino-pélvico con civ en fase venosa apreciando vena porta y mesentérica superior aumentada de calibre con defecto de repleción total de las mismas.

### **Discusión:**

La trombosis conjunta de venas porta y mesentérica superior es una condición muy poco frecuente y ante su presencia hemos de pensar en la existencia de un estado de hipercoagulabilidad en jóvenes y descartar neoplasias subyacentes en ancianos.

Otras causas son síndromes mieloproliferativos (policitemia vera, trombocitosis esencial), enfermedades inflamatorias, cirrosis hepática con hipertensión portal, causas misceláneas (toma de anovulatorios, embarazo, quimioterapia, traumatismos).

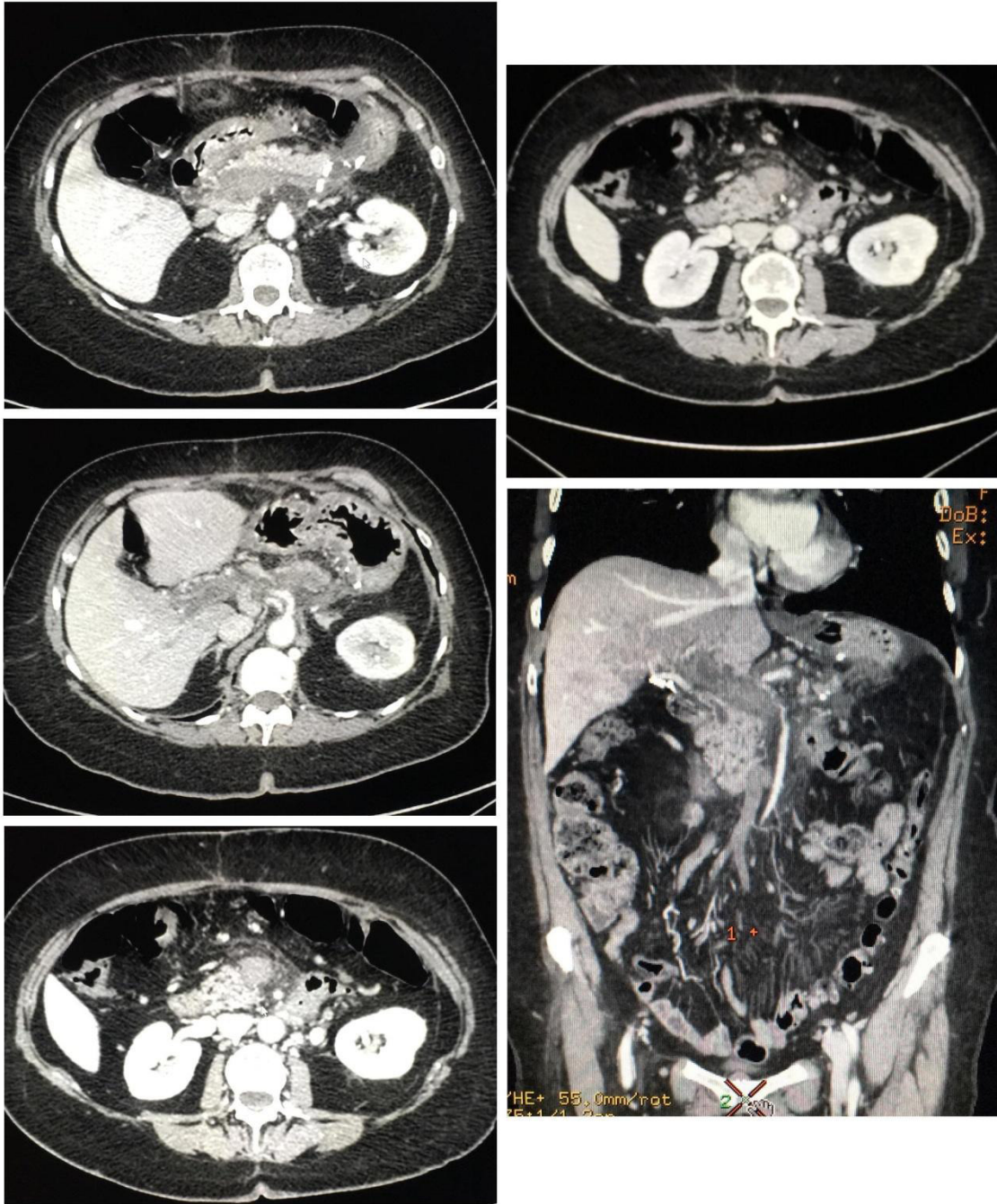
En un porcentaje mucho menor de casos la trombosis asociada de estas venas se observa tras cirugía abdominal, debido a que es un factor de riesgo tromboembólico por activación del sistema hemostático y por la inmovilización del paciente, sobre todo la que conlleva la realización de esplenectomía y las cirugías laparoscópicas (el aumento de presión intrabdominal ocasiona disminución del flujo venoso mesentérico y portal).

La presentación clínica es muy variable y el dolor abdominal suele ser el único síntoma de referencia.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante TC abdominal con contraste intravenoso en fase portal. La ecografía Doppler mesentérica son bastante más operador dependientes.

### **Conclusión:**

Ante pacientes con dolor abdominal tras cirugía de hemiabdomen superior, hay que pensar en la posibilidad de trombosis de vena porta y/o mesentérica superior y/o esplénica, sobre todo si el procedimiento quirúrgico incluye esplenectomía.



*TC abdomino-pélvico con civ en fase venosa apreciando vena porta y mesentérica superior aumentada de calibre con defecto de repleción total de las mismas.*

**Bibliografía:**

1. Poniachik J, Quera R, Bermúdez C. Trombosis venosa mesentérica: manifestaciones clínicas, terapia y evolución. Rev.Méd Chile. 2005;133: 17-22

2. Rafael Duran, Alban L. Denys, Igor Letovanec, Reto A. Meuli, and Sabine Schmidt. Multidetector CT Features of Mesenteric Vein Thrombosis. *RadioGraphics* 2012 32:5, 1503-1522



<b>Caso</b>	(426) Complicación urgente del linfoma: Síndrome de vena cava superior.
<b>Autores</b>	Sandra Isabel Duque Fernandez De Vega Patricia Virginia García Pérez, Jesus Gonzalez Ortega
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora De La Candelaria Santa Cruz de Tenerife

**Presentación:**

Paciente de 50 años con linfoma mediastinico en tratamiento QT que acude al servicio de urgencias por tumefacción y edema facial en esclavina. Se solicita TC de cuello y tórax con contraste iv que muestra masa en mediastino anterior de aproximadamente 11 x 6,5 cm con colapso de vena cava superior, colaterales venosas y aumento de calibre de la hemiaóigos, compatible con SD. de vena cava superior. Asocia trombosis de la salida del tronco braquiocefálico izquierdo.

**Discusión:**

El síndrome de vena cava superior es secundario a la obstrucción de vena cava superior que condiciona dificultad en el drenaje venoso de cabeza, cuello y extremidades superiores. El grado de severidad viene condicionado por el nivel de la obstrucción (por encima o debajo del cayado de la áigios).

Los hallazgos del TC incluyen: Ausencia repleción VCS, estenosis severa VCS y desarrollo de colaterales.

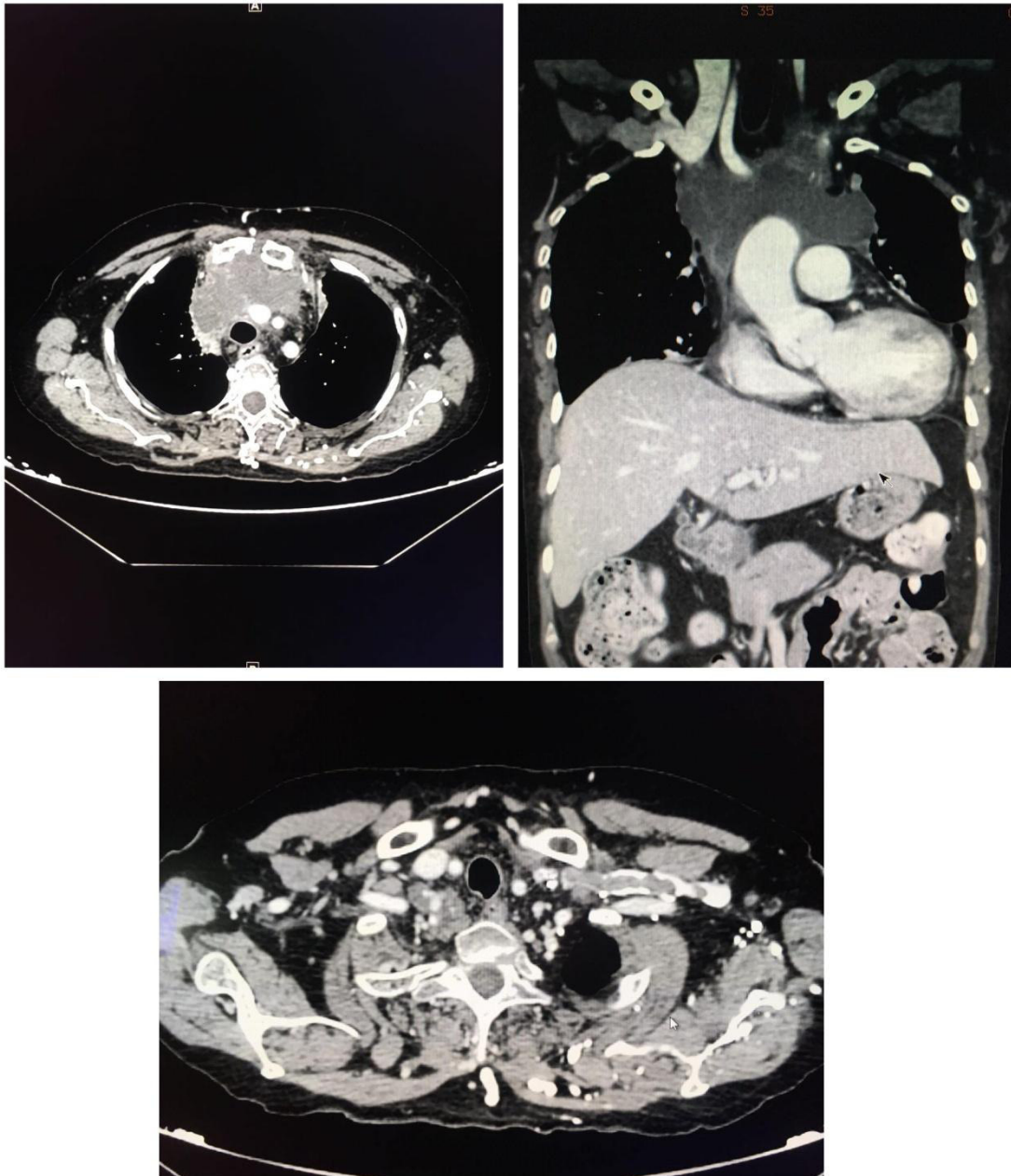
Dentro de la etología se incluyen causas malignas, hasta en un 90% de los casos ( neoplasia pulmonar, linfoma, timoma maligno...) Como causas benignas destaca infecciones, mediastinitis fibrosante, bocio tiroideo, fibrosis post-RT... y yatrógenas secundarias a catéter venoso.

El desarrollo de circulación colateral se produce como respuesta a la obstrucción venosa desarrollando vasos tortuosos aumentados de calibre así como áigios y hemiaóigos dilatadas y tortuosas.

En la mayoría de casos el cuadro es de instauración progresiva lo que ayuda al desarrollo de colaterales. En casos de instauración brusca puede desarrollarse edema cerebral. El tratamiento es etiológico.

**Conclusión:**

El síndrome de vena cava superior tiene un diagnóstico principalmente clínico aunque las pruebas de imagen ayudan a establecer etiología así como nivel de obstrucción como factor pronóstico.



*TC con cte iv: masa en mediastino anterior de aproximadamente 11 x 6,5 cm con colapso de vena cava superior, colaterales venosas y aumento de calibre de la hemiaxigos*

### **Bibliografía:**

-Síndrome de vena cava superior: presentación de 6 casos. An.Med.Interna (Madrid) vol.18 no.7 jul.2001.

-Síndrome cava superior: causas, fisiopatología y hallazgos radiológicos. Seram 2012/ S-1042

-Superior vena cava obstruction ; is it a medical emergency?. Am J med, 70 (1981), pp.1169-1174.

Caso	(427) Mucocele apendicular
Autores	María Velasco Ruiz Cristina Zorzo Sanchez, Sergio Serrano Belmar
Centro	LA MORALEJA

### Presentación:

Varón de 64 años que acude al servicio de urgencias por rectorragia con hemoglobina de 8,4 gr/dl. Marcadores tumorales CEA, CA19-9 y Ca 125 dentro de límites normales. Se le realiza colonoscopia en la que describen lesión submucosa de 2,5 cm, indurada, con base de implantación ancha y ulceración superficial. Nos solicitan TAC abdominal en el que se visualiza una dilatación apendicular con contenido líquido y sin lesiones focales en su interior, que protruye el ciego, sugestiva de mucocele. Ante los hallazgos descritos el paciente es intervenido quirúrgicamente con hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado. Tras el tratamiento el paciente permanece asintomático y sin signos de recidiva desde hace 2 años.

### Discusión:

El término mucocele representa un concepto macroscópico que hace referencia a una dilatación de la luz apendicular, con o sin obstrucción, secundario a un acúmulo anormal de mucina, cuya causa más frecuente es un adenoma mucinoso apendicular (aunque también puede asociarse a neoplasia de ovario, mama, hígado o incluso a procesos no neoplásicos)

Una de las clasificaciones más extendidas de las neoplasias mucinosas del apéndice los divide en: adenoma mucinoso , neoplasia mucinosa de bajo grado de malignidad (sin diferencias significativas citológicas con el adenoma mucinoso pero con invasión de la pared apendicular) y adenocarcinoma mucinoso.

El pseudomixoma peritoneal consiste en la presencia de implantes generalizados de material mucinoso en la cavidad abdominal, cuya etiología más frecuente es la rotura espontánea o intraoperatoria de una neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado de malignidad.

La cirugía es el tratamiento de elección, pero la magnitud depende del tamaño del mucocele, y de que esté o no perforado . Para los

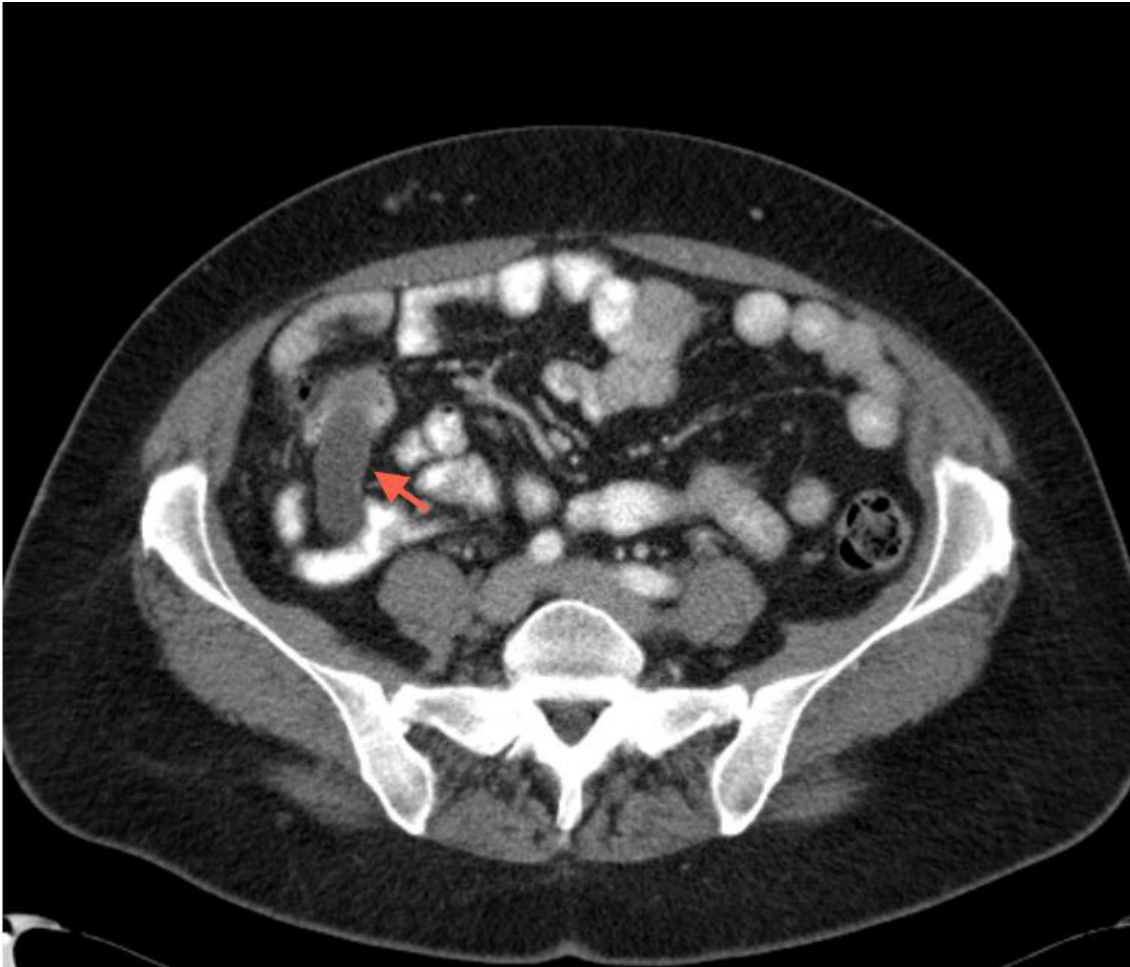
mucoceles que son mayores a 2 cm se realiza hemicolectomía derecha y para los menores de 1 cm se realiza apendicectomía .Por lo

general, se prefiere el manejo quirúrgico abierto sobre el laparoscópico, para disminuir el riesgo de romper el mucocele y causar pseudomixoma

peritoneal.

**Conclusión:**

El TAC abdominal es una prueba esencial para el diagnóstico en la entidad descrita, no siendo un apéndice engrosado únicamente diagnóstico de apendicitis aguda.



**MUCOCELE APENDICULAR**

**Bibliografía:**

1. Butte JM, García-Huidobro M, Torres J, Salina M, Duarte I, Pinedo G, et al. Tumores del apéndice cecal. Análisis anatomoclínico y evaluación de la sobrevida alejada. Rev Chil Cir 2007;59:217-22.
2. Caspi B, Cassif E, Auslender R, et al. The onion skin sign a specific sonographic marker of appendiceal mucocoele. J Ultrasound Med. 2004;23:117-21.
3. Pai RK, Beck AH, Norton JA, Longacre TA. Appendiceal mucinous neoplasms: clinicopathologic study of 116 cases with analysis of factors predicting recurrence. Am J Surg Pathol 2009;33:1425-39.3.

<b>Caso</b>	(428) Dos Hallazgos Excepcionales, Solo Uno es Urgente
<b>Autores</b>	Diego Javier Páez Granda Juan Francisco Martínez Martínez, Renzo Javier Andrade Gonzales, Santiago Ibañez Caturla, Antonio Navarro Baño, Andrés López Sánchez
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

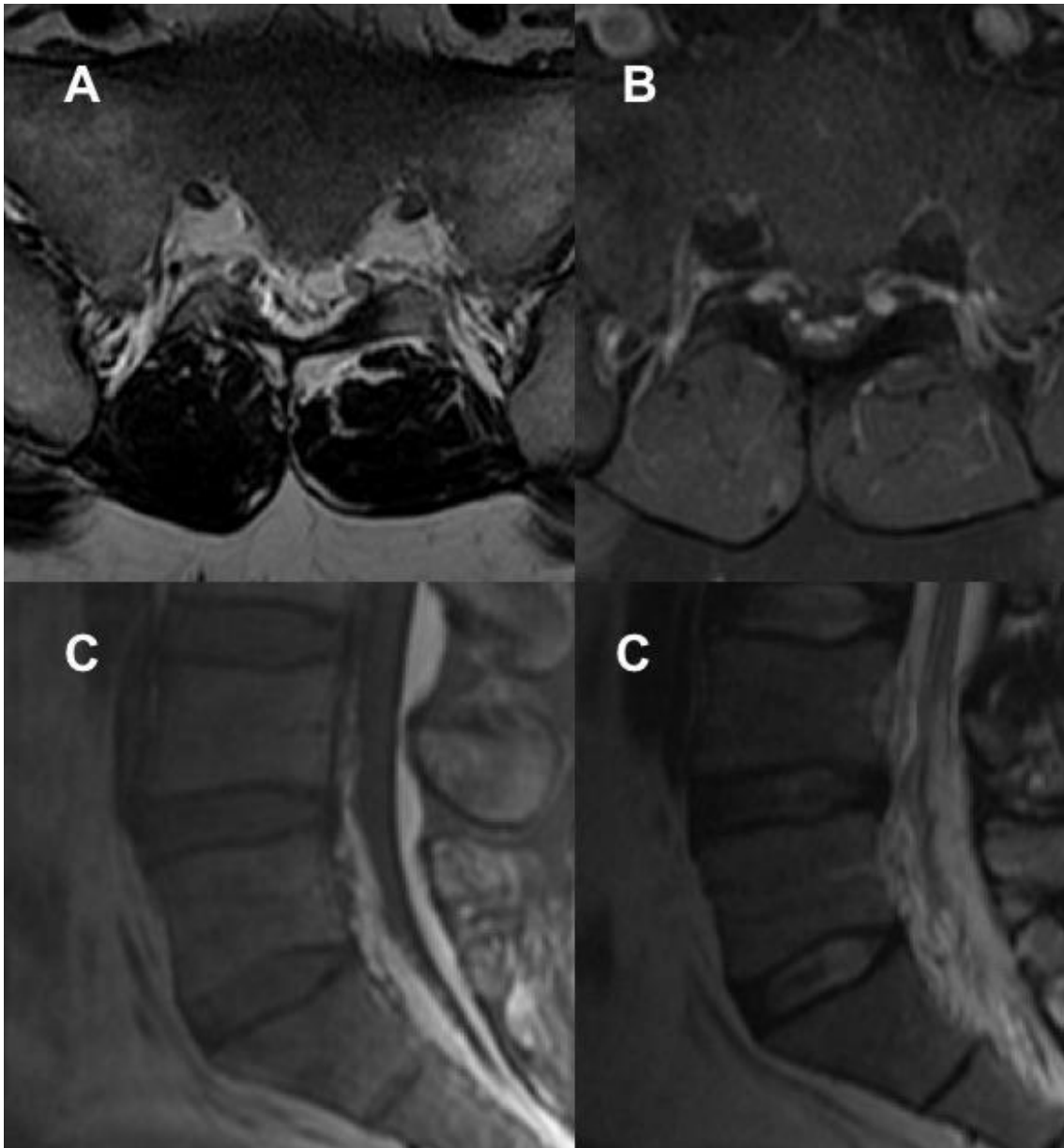
Paciente masculino de 36 años que acude por un cuadro de dolor lumbar derecho y "pie caído" de horas de evolución, acompañados de hipoestesia del miembro inferior homolateral y región perineal. Durante la exploración física se detectó una disminución asimétrica de los reflejos miotendinosos de ambos miembros inferiores. Se realizó una RM urgente de columna lumbar en la que se visualizó una leve cantidad de grasa acumulada en el espacio epidural, que ocupaba menos del 50% del canal espinal. Tras la administración de contraste intravenoso se detectó un realce homogéneo de las raíces ventrales de la cola de caballo.

**Discusión:**

Si bien la lipomatosis epidural puede provocar estos síntomas, el cuadro suele ser crónico, dato inconsistente con este caso<sup>1</sup>. El diagnóstico final fue de síndrome de Guillain-Barré. Esta enfermedad condiciona una desmielinización inflamatoria autoinmune de nervios periféricos, raíces nerviosas y pares craneales<sup>2</sup>. La clínica suele ser la de una "parálisis ascendente" aguda, bilateral y simétrica, con hiporreflexia, arreflexia, y alteración sensorial-autonómica<sup>2</sup>. La RM realizada tras la administración de contraste es fundamental para su diagnóstico<sup>2, 3</sup>. En estas secuencias se visualiza un realce de la raíces de la cauda equina de predominio ventral<sup>2,4</sup>. La lección recibida al valorar este paciente es que no debemos "bajar la guardia" ante cualquier hallazgo inicial en un estudio de imagen, por más que estos sean extraordinarios y aparentemente compatibles con el cuadro clínico estudiado. Atribuir erróneamente los síntomas al acumulo de material graso epidural pudo predisponernos a analizar las secuencias restantes sin el rigor suficiente como para detectar un hallazgo tan sutil, como en este paciente.

**Conclusión:**

El radiólogo de urgencias debe estar preparado para discernir entre un amplio margen de hallazgos en la RM de columna lumbar, para determinar cual es el causante de la clínica aguda, para así guiar adecuadamente el manejo terapéutico del paciente.



**A.** RM de columna lumbar potenciada en T2, corte axial. Se observa un acúmulo epidural anterior de tejido adiposo. Las raíces de la cola de caballo se mantienen sin alteraciones aparentes. **B.** RM de columna lumbar STIR tras la administración de contraste. Se visualiza un realce homogéneo de las raíces de la cola de caballo, de predominio ventral. **C y D:** RM de columna lumbar potenciadas en T1 y T2 respectivamente, cortes sagitales. Acumulo de grasa en el espacio epidural anterior que ocupa menos del 50% del saco tecal.

### **Bibliografía:**

1. Alvarez A, Induru R, Lagman R. (2013) Considering Symptomatic Spinal Epidural Lipomatosis in the Differential Diagnosis. M J HOSP PALLIAT CARE 30: 617-619
2. Osborn AG, Salzman KL, Barkovich AJ. Diagnóstico por imagen. Cerebro. 2a ed. Madrid: Marbán Libros; 2011.

3. Li HF, Ji XJ. The Diagnostic, Prognostic, and differential value of enhanced MR imaging in Guillain-Barre syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2011;32 (7): E140.
4. Alkan O, Yildirim T, Tokmak N et-al. Spinal MRI findings of guillain-barré syndrome. *J Radiol Case Rep.* 2009;3 (3): 25-8



<b>Caso</b>	(429) Enterocolitis necrotizante del adulto.
<b>Autores</b>	Jaime Salvador Gregorio Martín, Juan Delgado, Fructuoso Delgado, Jose Antonio González, Anthony Vizarreta
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Doctor Peset

**Presentación:**

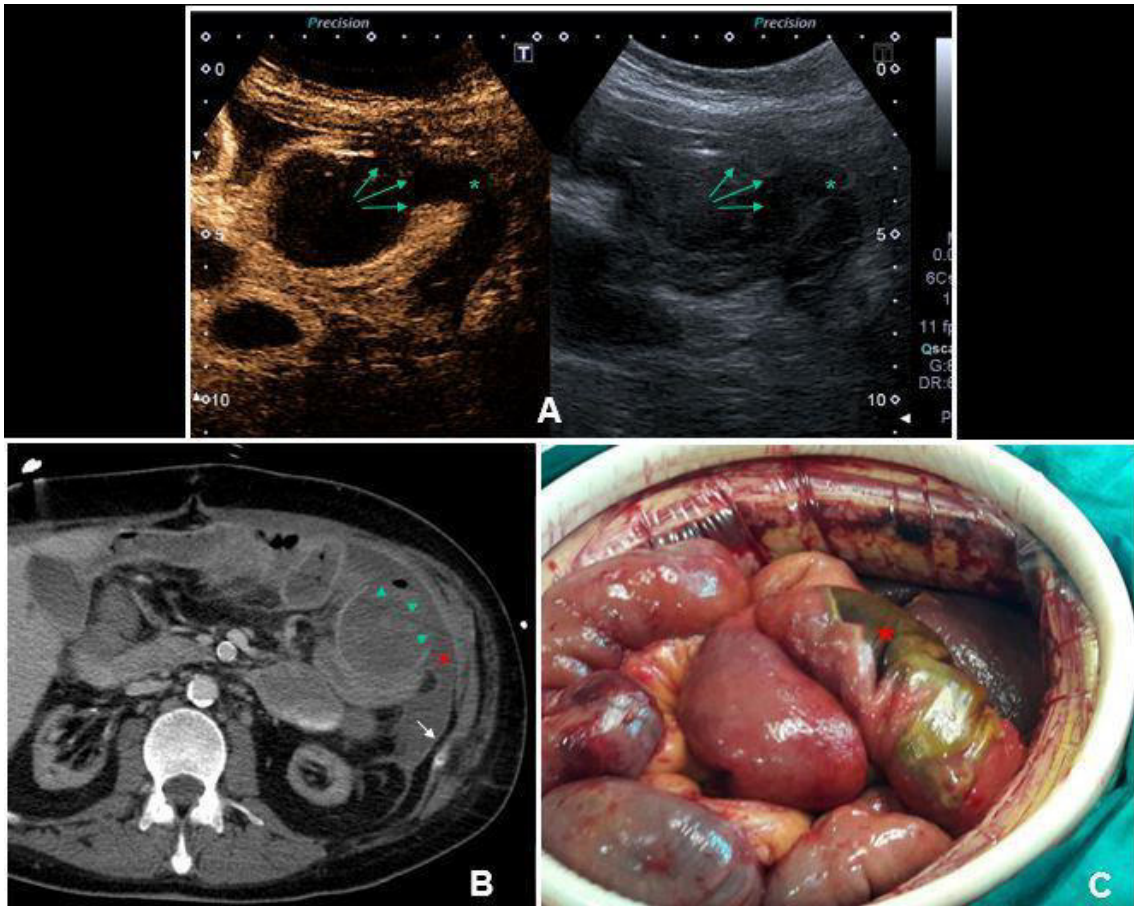
Varón de 44 años en diálisis peritoneal diaria por nefropatía diabética, es intervenido de forma urgente por isquemia de colon secundaria a impactación fecal. A su llegada a Reanimación presenta inestabilidad hemodinámica y signos de shock séptico que no evolucionan favorablemente a pesar de tratamiento médico intensivo durante días. Se realiza TC abdominopélvico y ecografía abdominal con contraste intravenoso evidenciando defecto de realce parietal de un segmento parcheado de yeyuno proximal con signos de peritonitis purulenta hemorrágica asociada.

**Discusión:**

La enterocolitis necrotizante del adulto (ECNA) es una causa infrecuente de abdomen agudo. Se caracteriza por la ulceración difusa y necrosis segmentaria de intestino delgado y/o colon. La causa exacta es desconocida pudiendo participar eventos infecciosos, mediadores inflamatorios y alteraciones en la perfusión intestinal. Los mecanismos son similares a los producidos en la necrosis intestinal secundaria a isquemia mesentérica no oclusiva (IMNO), donde la vasoconstricción conduce a hipoperfusión y necrosis intestinal, con traslocación bacteriana secundaria. El hallazgo clave consiste en identificar segmentos de necrosis intestinal alternados con segmentos indemnes (hallazgo que no suele ocurrir en la IMNO).

**Conclusión:**

La ECNA es una patología excepcional consistente en la necrosis intestinal secundaria a eventos vasculares e infecciosos. Podría clasificarse dentro de las isquemias mesentéricas no oclusivas dadas las similitudes fisiopatológicas. Signos de isquemia y necrosis segmentaria intestinal serán fundamentales en su diagnóstico. En este contexto, la TC multidetector y la ecografía con contraste pueden ser herramientas útiles.



**Enterocolitis necrotizante del adulto.** A) Imágenes de ecografía con contraste y en modo B donde se puede visualizar defecto de realce parietal de un segmento parcheado de yeyuno proximal (flechas) con líquido libre adyacente (\*). B) Ausencia de realce parietal visto en TC con contraste en fase portal (cabezas de flecha). Obsérvese líquido libre adyacente (\*) y su perfecta correlación con la ecografía. Se identifica captación peritoneal como signo de peritonitis (flecha blanca). C) Imágenes de laparotomía media donde se evidencia necrosis parcheada de la primera asa yeyunal afectándose exclusivamente la cara antimesentérica.

### Bibliografía:

1. Katara AN, Chandiramani VA, Soman R, Bhaduri A, Desai DC. Necrotizing enterocolitis in adults: A study of four cases. *Indian J Surg.* 2004;66:115–8.
2. Schnabl KL, Van Aerde JE, Thomson AB, Clandinin MT. Necrotizing enterocolitis: A multifactorial disease with no cure. *World J Gastroenterol.* 2008;14:2142–61
3. Chung DH, Ethridge RT, Kim S, Owens-Stovall S, Hernandez A, Kelly DR, et al. Molecular mechanisms contributing to necrotizing enterocolitis. *Ann Surg* 2001;233:835-42.
4. Howard TJ, Plaskon LA, Wiebke EA, et al. Non-occlusive mesenteric ischemia remains a diagnostic dilemma. *Am J Surg.* 1996;171:405-8.

5. Tudehope DI. The epidemiology and pathogenesis of neonatal necrotizing enterocolitis. *J Paediatr Child Health* 2005; 41:167-8. Comment on: p. 174-9.

<b>Caso</b>	(430) Cefalea y hemorragia subaracnoidea espontánea
<b>Autores</b>	Daniel Lourido García Agustina Vicente, Santiago Resano, Isabel Bermúdez-coronel, Eduardo Fandiño, Montserrat Medina.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

### **Presentación:**

Mujer de 54 años, que acude a urgencias con cuadro de 4 días de evolución de vómitos, cefalea intensa brusca asociada, occipital y frontal que define como opresiva con empeoramiento con los movimientos cefálicos, en decúbito. Fotofobia y sonofobia. Antecedentes personales de síndrome mielodisplásico en tratamiento inmunosupresor con ciclosporina. No presenta antecedentes traumáticos. Se realiza TC craneal sin contraste con datos de HSA en surcos frontales derechos de la convexidad, sin hidrocefalia u otros hallazgos. Ante tales hallazgos se decide realizar angioTC. En el mismo se identifica constricción difusa de arterias de gran y mediano calibre, compatible con fenómenos de vasoconstricción. Ingresa e inicia tratamiento con específico, incluyendo corticoesteroides. La sintomatología remite. Un mes más tarde, se repite estudio angiográfico, normal.

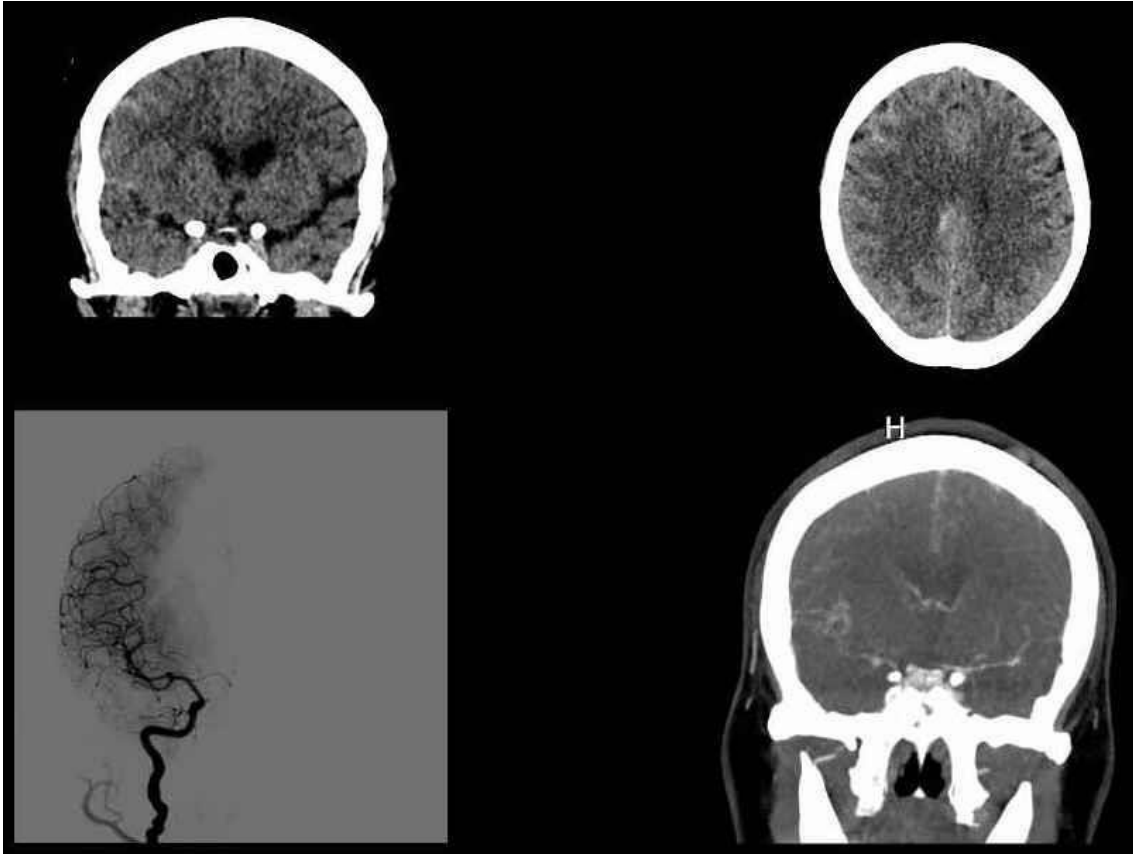
### **Discusión:**

El cuadro clínico a la llegada y los hallazgos radiológicos iniciales, junto con la normalización de la arteriografía al mes es compatible con un síndrome de vasoconstricción reversible.

Se trata de un proceso de fisiopatología todavía no bien comprendida, en el que la vía final guarda relación con fenómenos de alteración del tono cerebrovascular. La presencia de cefalea en trueno, HSA aislada en pacientes de mediana edad (especialmente mujeres) sin antecedentes traumáticos, con alteraciones vasculares intracraneales reversibles (en 1-3 meses) sugiere altamente el cuadro. Especialmente si existen antecedentes de tratamientos con drogas vasoactivas; si bien se ha descrito en múltiples procesos, como periodo post-parto o actividad sexual. En múltiples ocasiones, no se identifica causa. El análisis del LCR suele ser normal. Ello, unido al cuadro descrito, junto con biopsia cerebral normal; ayuda a diferenciar el cuadro de una vasculitis primaria del SNC, su principal diagnóstico diferencial.

### **Conclusión:**

A pesar de que se trata de un cuadro no totalmente comprendido hasta la fecha, es importante reconocer este síndrome, de cara a iniciar tratamiento y retirar los posibles factores precipitantes, para evitar mayor morbilidad (isquemia y déficits neurológicos permanentes)



*TC basal con datos de HSA en surcos de la convexidad. AngioTC con datos de vasoconstricción. Arteriografía normal al mes*

### **Bibliografía:**

Sattar A, Manousakis G, Matthew B J. Systematic review of reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2010 October; 8(10):1417-1421.

Ducros A, Boukobza M, Porcher R et-al. The clinical and radiological spectrum of reversible cerebral vasoconstriction syndrome. A prospective series of 67 patients. *Brain.* 2007;130 (Pt): 3091-101.

Tan LH, Flower O. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: an important cause of acute severe headache. *Emerg Med Int.* 09;2012: 303152

<b>Caso</b>	(431) Cómo diagnosticar una lesión ureteral
<b>Autores</b>	Jelena Vucetic Jenny Soraya Cárdenas Herrán, Mahmoud Shahin
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario de Valencia

**Presentación:**

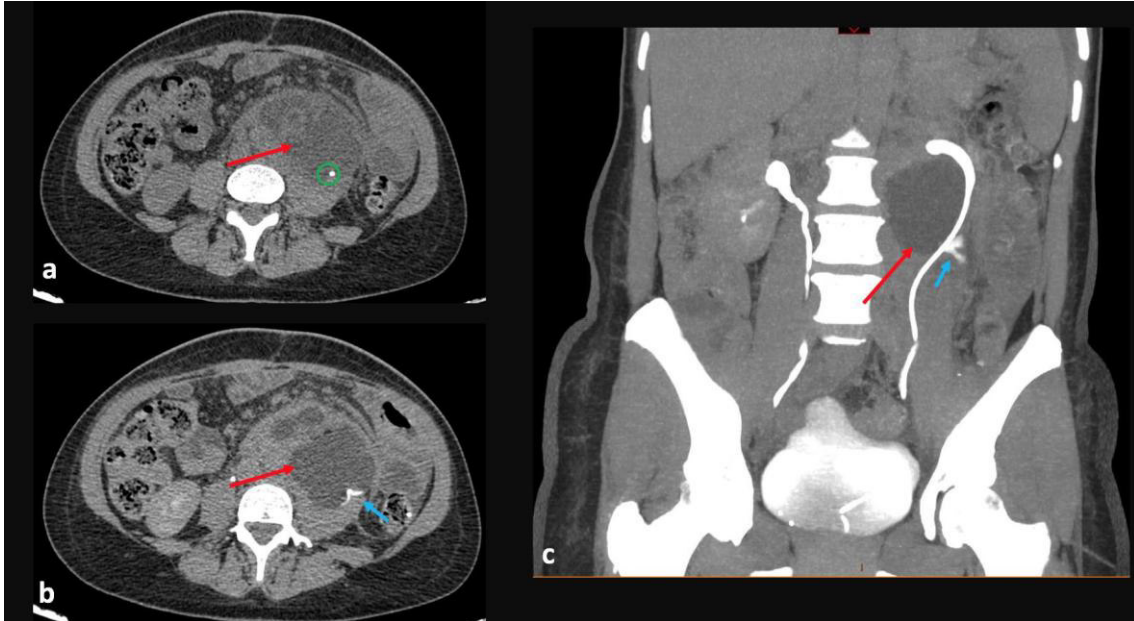
Mujer de 55 años con antecedente de histerectomía radical y linfadenectomía paraaórtica hace 2 semanas por carcinoma ovárico, con lesión intraoperatoria del uréter izquierdo que fue tratada con colocación de catéter doble J y sutura termino-terminal. Acude a Urgencias por dolor en hipogastrio. Ante la sospecha diagnóstica de complicación postquirúrgica se realiza uro-TC visualizando colección líquida retroperitoneal que desplaza el uréter izquierdo, que junto con evidencia de extravasación de contraste hacia la colección durante la fase excretora orienta el diagnóstico de urinoma retroperitoneal con fuga por el uréter medio.

**Discusión:**

El daño ureteral es frecuente en las cirugías pélvicas, generalmente en procedimientos por vía abdominal. La prevalencia de las lesiones es mayor en histerectomías radicales con disección de las adenopatías por neoplasias pélvicas que en histerectomías simples de causa benigna. La lesión ocurre por resección/laceración directa o bien puede ser secundaria a isquemia tras extracción de la fascia periureteral. Estas lesiones pueden resolverse espontáneamente o causar complicaciones como urinomas, estenosis, obstrucciones o fístulas. El uro-TC es la técnica de elección para demostrar el daño ureteral puesto que ofrece una visión global y facilita la identificación de los procesos abdominales asociados. El signo principal es un defecto de repleción ureteral en fase excretora con hidronefrosis proximal. Puede asociar extravasación del contraste. Para la planificación terapéutica es importante describir la longitud de estenosis y localización de fuga.

**Conclusión:**

Es importante hacer estudio en fase excretora en pacientes con sospecha de lesiones ureterales para identificar defectos de repleción y/o fugas de contraste asociadas.



- a. Corte axial de TC sin CIV. Colección retroperitoneal (flecha roja). Catéter Doble J (círculo verde).  
 b. Corte axial de TC con CIV en la fase excretora. Colección retroperitoneal (flecha roja).  
 Extravasación de contraste (flecha azul). c. Reconstrucción MPR con MIP en plano coronal.  
 Extravasación de contraste (flecha azul).

### Bibliografía:

1. Imaging of Complications Following Gynecologic Surgery, RM Paspulati, TA Dalal, RadioGraphics 2010; 30:625–642, DOI: 10.1148/rg.303095129
2. CT Urography for Evaluation of the Ureter, SE Potenta et al., RadioGraphics 2015; 35:709–726, DOI: 10.1148/rg.2015140209
3. Prevention of ureteral injuries in gynecologic surgery, JK Chan, J Morrow and A Manetta, Am J Obstet Gynecol 2003;188:1273-7, DOI: doi:10.1067/mob.2003.269

<b>Caso</b>	(432) CIRUGÍA DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS COMPLICADO CON TROMBOSIS DEL TRONCO CELÍACO Y AFECTACIÓN ISQUÉMICA DE BAZO E HÍGADO
<b>Autores</b>	Laura Díaz Rubia Francisco Javier García Verdejo
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Granada

**Presentación:**

Varón de 57 años diagnosticado de un tumor neuroendocrino de páncreas al que se le realiza una pancreaticoduodenectomía . A las 12 horas de la cirugía el paciente comienza con deterioro del estado general que evoluciona a un cuadro de disfunción multiorgánica, por lo que se realiza una TC abdominopélvica urgente con contraste intravenoso en fases arterial , portal y tardía en la que se identifica un defecto de repleción en la luz de tronco celíaco por material hipodenso sugerente de trombo junto a defecto de repleción en la arteria hepática izquierda, áreas hipodensas parcheadas en lóbulo hepático izquierdo e hipoperfusión esplénica generalizada.

**Discusión:**

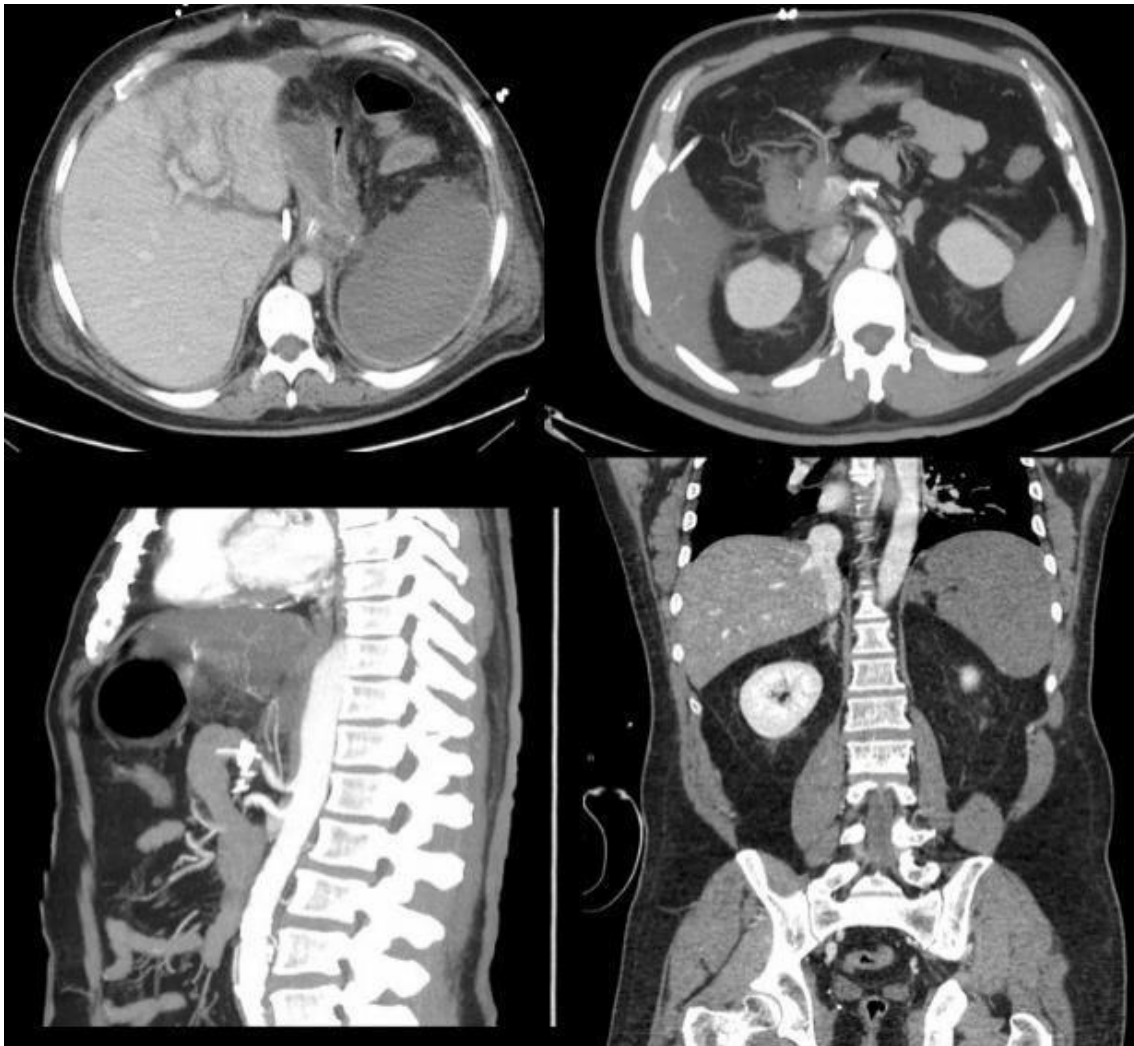
Estamos ante un caso de una complicación de tipo vascular tras una cirugía de páncreas.

La pancreaticoduodenectomía es una de las intervenciones que exige unos cirujanos especializados. Constituye la técnica de elección para el tratamiento de tumores benignos y malignos del páncreas. La mortalidad de esta cirugía ha descendido en estos últimos años pero se asocia a una morbilidad elevada que oscila entre el 30 y el 50%, y que se relaciona en algunos casos con las características generales de los pacientes. Sin embargo en la mayoría de los casos la morbimortalidad está directamente relacionada con la técnica quirúrgica.

**Conclusión:**

La cirugía del páncreas es una de las que presentan mayor índices de morbimortalidad asociadas y requieren las manos de un equipo de cirujanos experimentados. Las lesiones vasculares, aunque no son las complicaciones más frecuentes, hay que tenerlas en cuenta debido a la gravedad y el mal pronóstico que ocasionan al afectar a órganos tan importantes como el hígado y el bazo, como en el caso de nuestro paciente. Un diagnóstico precoz mediante técnicas de imagen como la TC o la arteriografía permite el realizar un tratamiento lo antes posible y mejorar el pronóstico en estos pacientes.





*Cortes axiales (arriba), sagital (abajo a la izquierda) y coronal (abajo a la derecha) donde se aprecia defecto de repleción de contraste al inicio del tronco celiaco, adyacente a las grapas quirúrgicas, junto a hipoperfusión esplénica.*

### **Bibliografía:**

1. J.W. Winter, J.L. Cameron, K.A. Campbell, M.A. Arnold, D.C. Chang, J. Coleman. 1423 Pancreaticoduodenectomies for pancreatic cancer: A single-institution experience. *J Gastrointest Surg*, 10 (2006), pp. 1199-1211.
2. Butturini G, Marcucci S, Molinari E, Mascetta G, Landoni L, Crippa S et al. Complications after pancreaticoduodenectomy: the problem of current definitions. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13(3):207-11.

<b>Caso</b>	(433) Aneurisma tipo blister: un reto diagnóstico.
<b>Autores</b>	Carlos Vilches Catalán Begoña Marín Aguilera; Andrés Fernandez Prieto,ji Rodríguez Martín .manuel Varo, Aurea Díez Tascón
<b>Centro</b>	Hospital Universitario la Paz.

**Presentación:**

Mujer de 42 años sin antecedentes personales de interés que presenta cefalea intensa de inicio súbito y posterior pérdida de consciencia. Es trasladada al servicio de urgencias donde se recupera espontáneamente. EF: TA: 170/105 FC: 73 lpm SatO2: 98%. Exploración neurológica normal.

**Discusión:**

Los aneurismas tipo "blíster" son una entidad controvertida que requieren un alto índice de sospecha por el radiólogo.

Generalmente se localizan en la CI supraclinoidea, son de pequeño tamaño y son secundarios a una disección. Suelen manifestarse en forma de HSA espontánea.

Sus características morfológicas y su rápida variabilidad dificultan su diagnóstico con el Angio-TC convirtiéndose así en una de las causas de "falso negativo" en el estudio vascular de HSA espontánea.

La Angiografía constituye el gold standard para su diagnóstico y en muchos casos permite realizar un tratamiento endovascular definitivo.

**Conclusión:**

La HSA espontánea hace necesario la realización de un estudio vascular precoz con el objetivo de identificar una lesión estructural subyacente subsidiaria de tratamiento agudo.

El aneurisma tipo blíster constituye un reto diagnóstico para el radiólogo por su baja frecuencia.

Sus características morfológicas y su rápida variabilidad lo convierten en uno de las principales "falsos negativos" en el estudio vascular de HSA.



**A) TC cerebral sin CIV: HSA difusa Fisher 4 y hematoma intraparenquimatoso fronto-basal derecho. B) Angio TC arterias cerebrales, reconstrucción MIP sagital: imagen de protuberancia milimétrica en la cara anterior de la carótida interna supraclinoidea derecha, en íntima relación con la porción posterior del hematoma intraparenquimatoso descrito. C) Arteriografía cerebral y D) posterior reconstrucción volumétrica: Se continúa visualizando la pequeña protuberancia sacular de cuello ancho y mínima profundidad (\*) en la cara anterior de la carótida supraclinoidea derecha altamente sugestiva de aneurisma tipo "blíster".**

### **Bibliografía:**

Yasargil M. Internal carotid artery aneurysms, distal medial wall aneurysms of superior wall of internal carotid artery. Stuttgart: George Thieme Verlag; 1984.p. 58–9.

Blood blister-like aneurysms: Single center experience and systematic literature review. Unit of Neuroradiology, Univerisyog Geneva. Ana Marcos Gonzalez et al. European Journal of Radiology 83 (2014) 197-205.

Takahashi A, Fujiwara SJ, Mizoi S, Yoshimoto KT. Surgical treatment of chimame(blood blister) like aneurysm at C2 portion of internal carotid artery. Surgeryfor Cerebral Stroke 1988;16:72–7.

<b>Caso</b>	(436) Rotura traumática de hemidiafragma izquierdo.
<b>Autores</b>	Carlos Vilches Catalán Joaquín Morán Marsili; Guadalupe Buitrago Weiland; Áurea Diez Tascón; Mj Simón Merlo, Milagros Martí De Gracia.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario la Paz.

**Presentación:**

Varón de 63 años que sufre accidente de tráfico siendo ocupante del asiento trasero, ha salido despedido del vehículo unos 10 m. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable y refiere dolor en hemitórax y hemiabdomen izquierdo. Durante la valoración presenta deterioro del nivel de conciencia y desaturación. Se procede a la IOT y punción del 2º espacio intercostal por sospecha de neumotórax y se traslada al TC de la urgencia donde se realiza protocolo de politraumatismo grave.

**Discusión:**

La rotura traumática del diafragma es una lesión infrecuente que ocurre como consecuencia de traumatismos cerrados y penetrantes del abdomen o del tórax.

Su diagnóstico precoz continúa siendo un desafío y se asocia con una elevada morbimortalidad. El diagnóstico preoperatorio es difícil y sólo un alto nivel de sospecha, un examen minucioso de las técnicas de imagen y la intervención quirúrgica inmediata son determinantes para el éxito en el tratamiento de estos pacientes.

La TC helicoidal presenta una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de las lesiones del diafragma. La sensibilidad es mayor para las roturas del lado izquierdo que para las del derecho y aumenta por encima del 92% con las reconstrucciones sagitales y coronales.

**Conclusión:**

La rotura traumática del diafragma es a menudo una lesión asociada que agrava el pronóstico de los pacientes politraumatizados y que con frecuencia pasa inadvertida en los servicios de urgencias.

Un alto nivel de sospecha y la posibilidad de realizar reconstrucciones multiplanares aumenta la sensibilidad de su diagnóstico el cual es imprescindible pues cambia el manejo terapéutico al ser siempre indicación quirúrgica.



**A) Tomografía computarizada torácica (corte axial): herniación de estómago (E) y bazo (B) en el hemitórax izquierdo. B) y C) Se realizan reconstrucciones multiplanares donde se observa hemoneumotorax completos bilaterales con presencia de contusiones pulmonares en ambos hemicampos y disrupción de hemidiafragma izquierdo (\*) con ascenso de cavidad gástrica y bazo a hemitórax ipsilateral, compatible con hernia diafragmática traumática.**

### **Bibliografía:**

-Iochum S, Ludig T, Walter F, Sebbag H, Grosdidier G, Blum AG. Imaging of diaphragmatic injury: a diagnostic Challenge? Radiographics. 2002;22:S103-18.

-Guth AA, Pachter HT, Kim U. Pitfalls in the diagnosis of blunt diaphragmatic injury. Am J Surg. 1995;170:5-9.

- The diaphragm: Anatomic, pathologic, and radiologic considerations RadloGraphlcs Volume 8, Number 3 May, 88David M. Panicek, M,Carol B. Benson, M.D. Ronald H. Gottlieb, M.D.E. Robert Heitzman, M .

<b>Caso</b>	(437) Traumatismo cráneo-cervical severo con sección medular cervical en la edad pediátrica
<b>Autores</b>	Rosalina Grau Solà B.m. Rodríguez Chikri, M.c. Gassent Balaguer, J. Roldán Busto, J. Xamena Sánchez, A. Mas Bonet
<b>Centro</b>	Hospital Universitari Son Espases

**Presentación:**

Lactante de 21 meses trasladado a nuestro hospital por politraumatismo y parada cardiorrespiratoria recuperada tras accidente de tráfico (CGS 3)

**Discusión:**

Se realiza estudio mediante angio-TCMD cervical y RM de 1,5T de columna cérvico-torácica (segmento C1-T10), empleando secuencias sagitales T1, T2, STIR, MERGE y axiales T2.

Hallazgos:

- Aumento del espacio entre cóndilos occipitales y las masas laterales del Atlas y entre C1 y C2 que presentan hiperseñal en T2 y STIR, mayor en el lado izquierdo.
- Aumento del espacio entre el basion y la punta de la odontoides, mide 14mm (?12mm).
- Aumento del espacio atlo-odontoideo que mide 7mm (?5mm) sugestivo de luxación craneocervical.
- Fractura-luxación del cuerpo de C6 con avulsión del platillo superior y desplazamiento cráneo-caudal de 1,8cm.
- Pérdida de la integridad ligamentosa del LLA LLP, ligamento amarillo e interespinosos.
- Disrupción de la dura con hematoma y salida de LCR a partes blandas adyacentes.
- Hematomas epidural anterior (C6-T2) y posterior (C6-T7).
- Hiperseñal medular en T2 y STIR a nivel C6-T2 de 8mm compatible con sección medular.
- Hiperseñal en T2 y STIR con restricción en difusión en amígdalas cerebelosas y unión bulbomedular sugestivas de isquemia aguda.
- En el angio-TCMD se identifica disección de la arteria vertebral izquierda casi desde su origen, con ausencia de opacificación en el hiato de la fractura.

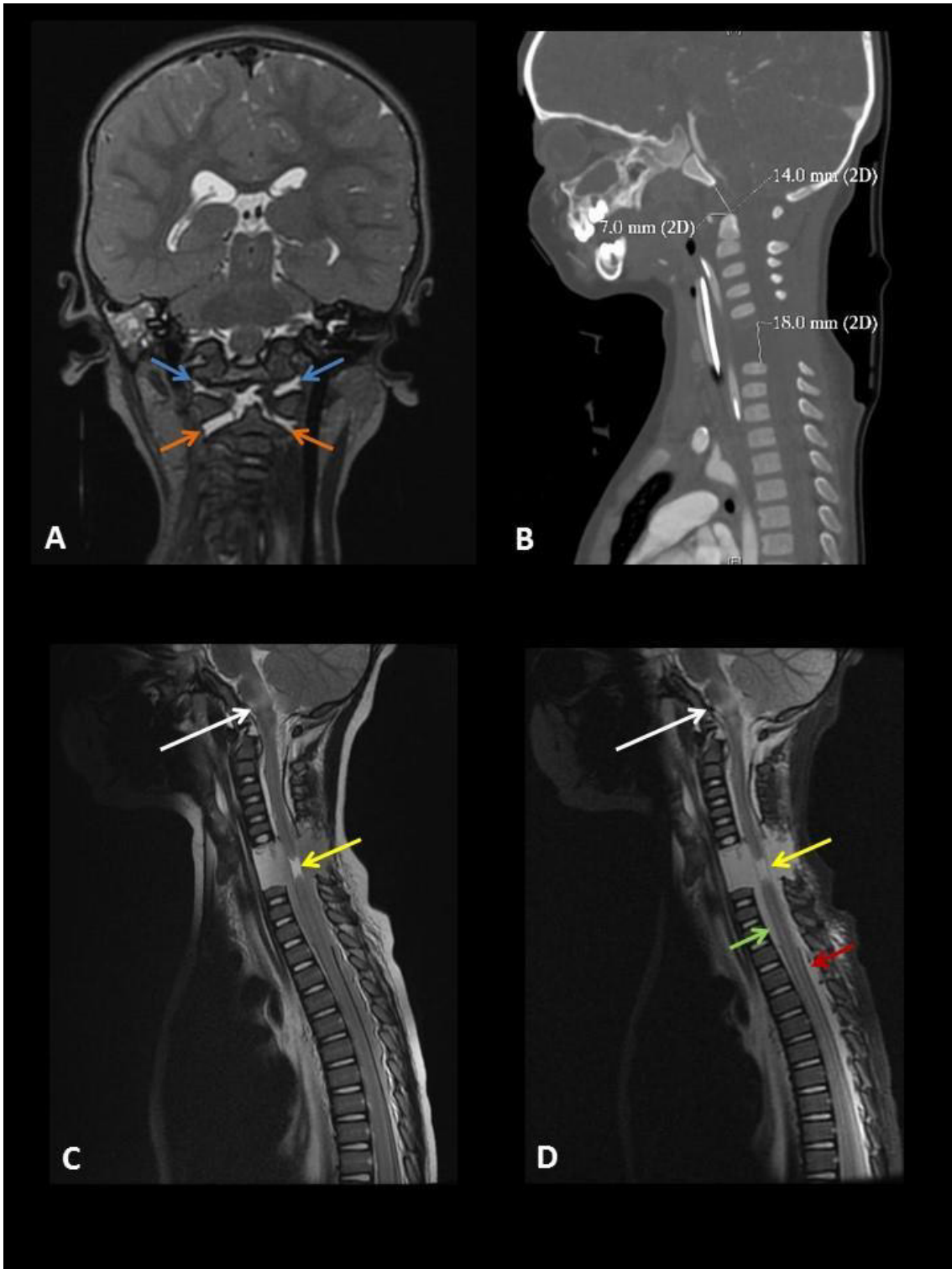
**Conclusión:**

Las lesiones de la columna cervical son poco frecuentes en los niños, representando sólo el 1-2% de los traumas pediátricos.

La región más afectada dentro de las lesiones medulares en niños menores de 8 años suele ser la

columna cervical, ya que poseen un punto de apoyo más alto que la población adulta, tienen una cabeza más grande en relación a su cuerpo, una musculatura cervical débil, una gran laxitud ligamentosa, con hipermovilidad relativa, con facetas más horizontales y planas, y sincondrosis no fusionadas. Así las lesiones en estos pacientes suelen ser de mayor gravedad que en los adultos y presentan una menor supervivencia.





**A. RM coronal T2 CUBE:** Aumento del espacio entre cóndilos occipitales y las masas laterales del Atlas (flechas azules) y entre C1 y C2 (flechas naranjas). **B. Angio-TCMD, reconstrucción sagital:** Fractura-luxación del cuerpo de C6 con desplazamiento cráneo-caudal de 18 mm. Aumento del espacio atlo-odontoides (7 mm) y entre el basion y la odontoides (14 mm). **C. RM sagital T2:** Sección medular (flecha amarilla). Rotura de los ligamentos longitudinal anterior, longitudinal posterior, amarillo e interespinoso. Hiperseñal T2 en la unión bulbo-medular sugestiva de isquemia aguda (flecha blanca). **D. RM sagital STIR:** Sección medular completa (flecha amarilla). Hematomas epidural anterior en C6-T2 (flecha verde) y posterior en C6-T7 (flecha roja). Hiperseñal T2 en la unión bulbo-medular sugestiva de isquemia aguda (flecha blanca).

### **Bibliografía:**

- E.S. Schwartz, A.J. Barkovich. Brain and Spine Injuries in Infancy and Childhood. En: A.J. Barkovich MD, C Raybaud MD. Pediatric Neuroimaging. 5a edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 240-366.
- Blaise V. Jones, MD. Lesiones de la unión craneocervical. En: Lane F. Donnelly. Diagnóstico por imagen pediatría. 2a edición. Madrid: Marban libros; 2014. p. 1080-1083.
- R.M. Sánchez Jiménez, C.M. Fernández Hernández, C. Serrano García, E. Doménech Abellán, M. Santa-Olalla González, A. Gilabert Úbeda. Luxación Cráneo-Cervical en la edad pediátrica. Una entidad catastrófica. En: 32º Congreso SERAM; 22-25 Mayo 2014; Oviedo.
- T. Herrada-Pineda, M. Loyo-Varela, F. Revilla- Pacheco, M. Uribe-Leitz, S. Manrique-Guzmán. Luxación traumática occipitocervical y atlantoaxial con fractura del clivus en un paciente pediátrico. Reporte de un caso. Cirugía y Cirujanos. 2015; Vol. 83:135-140.
- M. Martí De Gracia, JM. Artigas Martín, A. Vicente Bártulos, M. Carreras Aja. Manejo radiológico del paciente politraumatizado. Evolución histórica y situación actual. Radiología. 2010; Vol 52:105-114.

<b>Caso</b>	(439) HEMOSUCCUS PANCREATICUS. COMPLICACION HEMORRAGICA DE LA PANCREATITIS QUE REQUIERE UN RAPIDO MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO.
<b>Autores</b>	Ignacio Garcia Trujillo Maria Del Mar Garcia Gallardo, Maria Lucia Berna Gascon, Tania Diaz Antonio, Nieves Macias Galvez, Vicente Muñoz Sanchez
<b>Centro</b>	UNIVERSITARIO CLINICO VIRGEN DE LA VICTORIA

**Presentación:**

Varón de 57 años fumador y bebedor con antecedentes de pancreatitis con hemorragia digestiva alta, anemia y elevación de las enzimas pancreáticas. Se realiza endoscopia digestiva alta sin evidenciar punto sangrante. Se completa estudio con TC sin y con contraste, observando imagen contenida de extravasación en fase arterial en el parénquima pancreático proveniente de la arteria esplénica, en relación con pseudoaneurisma. Precisa transfusión de 2 concentrados de hematíes pese a lo cual sufre inestabilidad hemodinámica por lo que se realiza arteriografía con fines terapéuticos. Identificamos un pseudoaneurisma de unos 2 cm dependiente del tercio proximal de la arteria esplénica que se trató con colocación de prótesis recubierta.

**Discusión:**

El término hemosuccus pancreaticus hace referencia a la pérdida de sangre por el conducto de Wirsung y su exteriorización a través de la ampolla de Vater.

La causa más frecuente es la rotura de un aneurisma de la arteria esplénica asociado a pancreatitis crónica o aguda.

Presenta una prevalencia de 1/1.500 de todas las hemorragias del tracto digestivo superior.

La rotura de un pseudoaneurisma es la complicación más grave de las pancreatitis, su mortalidad sin tratamiento en una revisión publicada por Stabile et al 13 en 1983 fue de más del 90%. En un estudio de Woods et al 14 en 1995 la mortalidad global a pesar del tratamiento fue del 22%.

**Conclusión:**

El hemosuccus pancreaticus representa un diagnóstico difícil por lo inespecífico de sus síntomas y su baja frecuencia, pero se trata de una patología potencialmente letal.

La TCMD basal y con contraste en fase arterial con reconstrucciones MIP y multiplanares, es fundamental para localizar el punto sangrante y planificar la mejor actitud terapéutica.

La terapia endovascular debería ser el tratamiento de elección, dejando la cirugía como segunda opción.



**a) TC con contraste, MIP. Pseudoaneurisma (flecha) de arteria esplénica en glándula pancreática. b) Arteriografía selectiva de arteria esplénica. Pseudoaneurisma (flecha). c) Arteriografía selectiva de arteria esplénica. Prótesis recubierta de 6 x 20 mm en arteria esplénica. d)TC con contraste, MIP. Arteria esplénica permeable sin evidencia de pseudoaneurisma.**

### **Bibliografía:**

1. Etienne S, Pessaux P, Tuech JJ, Lada P, Lermite E, Brehant O, et al. Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005;29:237-42.
2. Toyoki Y, Hakamada K, Narumi S, Nara M, Ishido K, Sasaki M. Hemosuccus pancreaticus: problems and pitfalls in diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol* 2008;14(17):2776-2779.
3. Law NM, Freeman ML. Emergency complications of acute and chronic pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003; 32: 1169-94.
4. Flati G, Andren-Sandberg A, La Pinta M, Porowska B, Carboni M. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention, and treatment. *Pancreas.* 2003; 26: 8-14.

<b>Caso</b>	(441) Quiste de colédoco tipo IV
<b>Autores</b>	María Carrillo García Alemán Díaz P, Ojados Hernández C ,pena Fernández M.i, Alcántara Zafra Mc, Veas López A.b
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofía

**Presentación:**

Varón de 11 años que consulta en urgencias por vómitos y dolor abdominal desde hace tres días que no mejora con analgesia

**Discusión:**

Se realiza ecografía abdominal, en la que destaca una marcada dilatación de la vía biliar extrahepática y menos evidente de la intrahepática. El colédoco se encuentra dilatado en todo su trayecto, si bien su tercio distal no es valorable. Además en su interior se identifica una leve cantidad de contenido ecogénico que podría corresponder con barro biliar. La vesícula está distendida y con la pared engrosada, se identifican imágenes sugestivas de pólipos y una leve cantidad de barro biliar .

No se detectaron lesiones hepáticas.

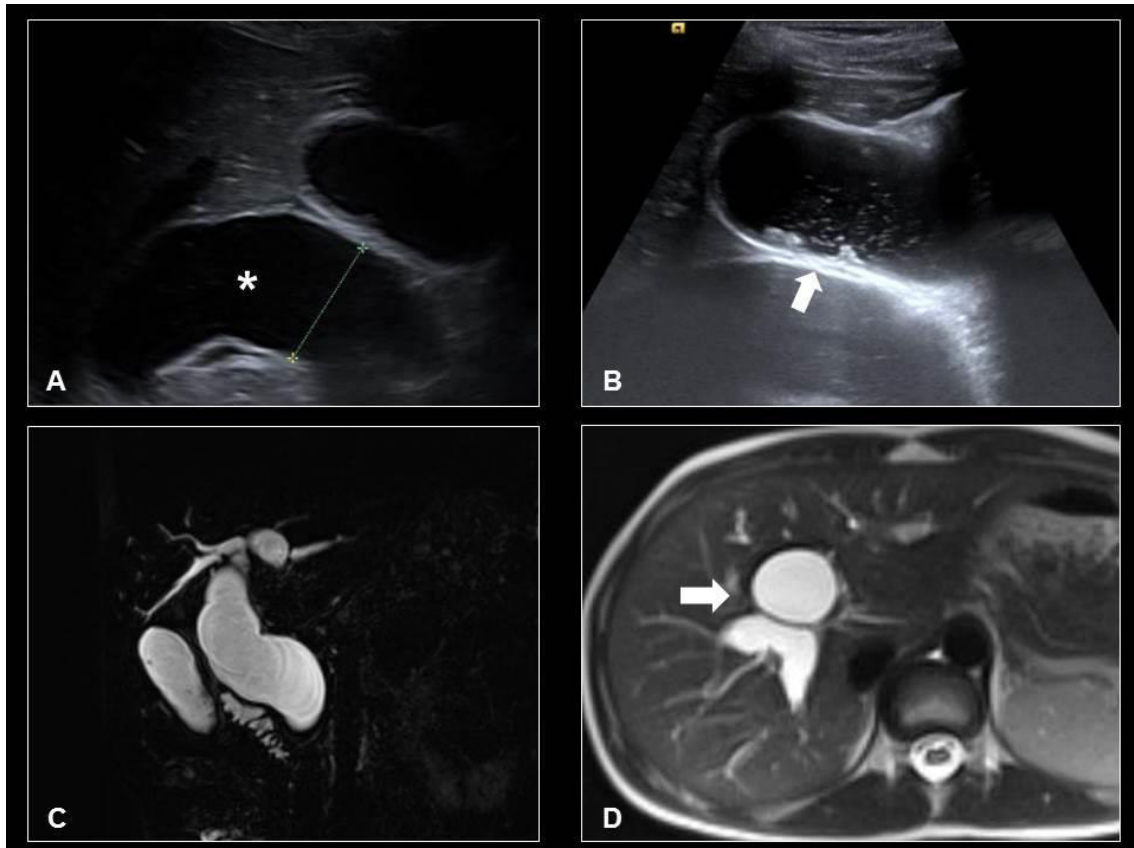
Ante los hallazgos de las pruebas de imagen y teniendo en cuenta la edad se pensó como primera posibilidad diagnóstica en un quiste de colédoco.

Tras establecer el diagnóstico de sospecha mediante el estudio ecográfico, se decidió realizar Colangio-RM para su confirmación diagnóstica. Posteriormente el paciente fue intervenido, realizándose una hepático-yeyunostomía en Y de Roux. El informe de anatomía patológica descarta la presencia de lesiones malignas en el epitelio biliar y describe los hallazgos vesiculares como lesiones de colecistitis crónica con colesterosis.

**Conclusión:**

Es la anomalía congénita más frecuente de los grandes ductos biliares. El paciente suele permanecer asintomático hasta los diez años, donde pueden aparecer complicaciones derivadas de la retención biliar como son la presencia de coledocolitiasis, la colangitis ascendente, los abscesos intrahepáticos.

Ante una dilatación del colédoco lo primero que hay que descartar es que la dilatación no sea congénita sino obstructiva, ya sea por litiasis o una neoplasia. Sin embargo, hay que tener en cuenta este diagnóstico, ya que en ocasiones se suele retrasar debido a la ausencia de síntomas característicos. Estos retrasos en el diagnóstico y tratamiento pueden prolongarse durante años, lo que resulta en un mayor riesgo de degeneración maligna.



**Figura 1.** A) Imagen de ecografía en la que se observa una dilatación del colédoco (\*). B) Engrosamiento de la pared vesicular, con pequeños nódulos hiperecogénicos sugestivos de pólipos (flecha blanca) y una leve cantidad de barro biliar. C) Imagen T2 3D FSE coronal en la que se identifica la dilatación del colédoco, hepático común y del conducto hepático derecho e izquierdo en su porción más proximal D) Imagen axial T2-TSE-SSH (HASTE) en la que se aprecia una dilatación de los conductos hepático izquierdo y derecho (flecha blanca).

### Bibliografía:

1. Kim OH, Chung HJ, Choi BG. Imaging of the choledochal cyst. Radiographics. 1995;15 (1): 69-88.
2. Lee HK, Park SJ, Yi BH et-al. Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review. Korean J Radiol. 2009. 10 (1): 71-80.

<b>Caso</b>	(442) Dolor en hipocondrio derecho, no siempre un clásico
<b>Autores</b>	Maria Dolores Guirau Rubio Dolores Lora Jimenez
<b>Centro</b>	HGU ALICANTE

**Presentación:**

Paciente varón de 70 años de edad que acude a Urgencias por dolor a nivel de hipocondrio derecho, nauseas y fiebre. En la analítica de sangre se objetiva leucocitosis. Se solicita ecografía abdominal para descartar colecistitis. Ante los hallazgos de la ecografía y Rx simple de abdomen se decide la realización de Tc abdominopelvico sin contraste iv por insuficiencia renal. El paciente tenía antecedentes de colecistostomía hace 1 año por colecistitis. En la TC se identifica la tríada de Rigler (obstrucción del intestino delgado, neumobilia y cálculo ectópico).

**Discusión:**

Diagnóstico: Ileo biliar.

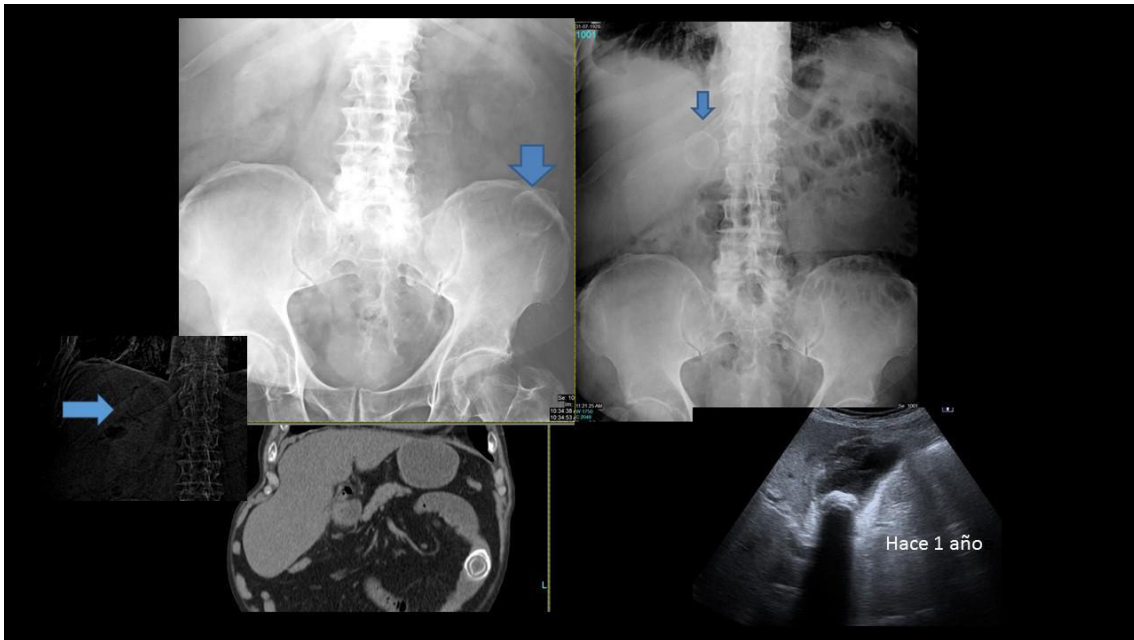
Es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica causada por la migración e impactación de una colelitiasis en el tracto digestivo al formarse una fístula bilioentérica como complicación de una colecistitis subaguda/crónica.

La morbimortalidad es alta.

La localización de impactación más frecuente del cálculo es en ileon terminal/válvula ilieocecal al ser la parte más estrecha del intestino delgado, si esta impactación se produce en píloro/duodeno se denomina síndrome de Bouveret.

**Conclusión:**

En pacientes con antecedentes de colecistis tratada de forma conservadora hay que pensar en esta posibilidad diagnóstica.



*Imagen de la ecografía de la colecistitis de hace 1 año y de la triada de Ringler en la Tc abdominopélvica sin contraste endovenoso*

### **Bibliografía:**

1. Delabrousse E. Gallstone ileus: CT findings. Eur Radiol 2000;10(6):938-40.
2. Fernández del Castillo Ascanio M. Unusual gallstone ileus. Radiologia 2012;54(4):375-6.
3. Patel NB et al. Multidetector CT of emergent biliary pathologic conditions. Radiographics. 2013;33(7):1867-88.



<b>Caso</b>	(443) Fosa iliaca derecha : ¿El apéndice o el ovario?
<b>Autores</b>	Elena Martínez Carapeto Alicia Merina Castilla, Violeta González Méndez, Marina Alonso Riaño, Guillermo García Galarraga.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

Datos clínicos: mujer de 58 años que acude a Urgencias por dolor en FID. Descripción de los hallazgos: tras una ecografía abdominal en la que se identificaron dos grandes masas pélvicas, se completó el estudio con una RM de pelvis. Se identificaron dos masas probablemente ováricas de 15 y 10 cm, quísticas con múltiples finos septos con realce. No se identificaron nódulos sólidos, hemorragia ni grasa. En el saco de Douglas, se observó una lesión quística multiloculada y moderada cantidad de ascitis. Tras la cirugía en la que se resecaron las masas anexiales, el implante en saco de Douglas y el apéndice, se revisó el caso identificando un mucocele apendicular.

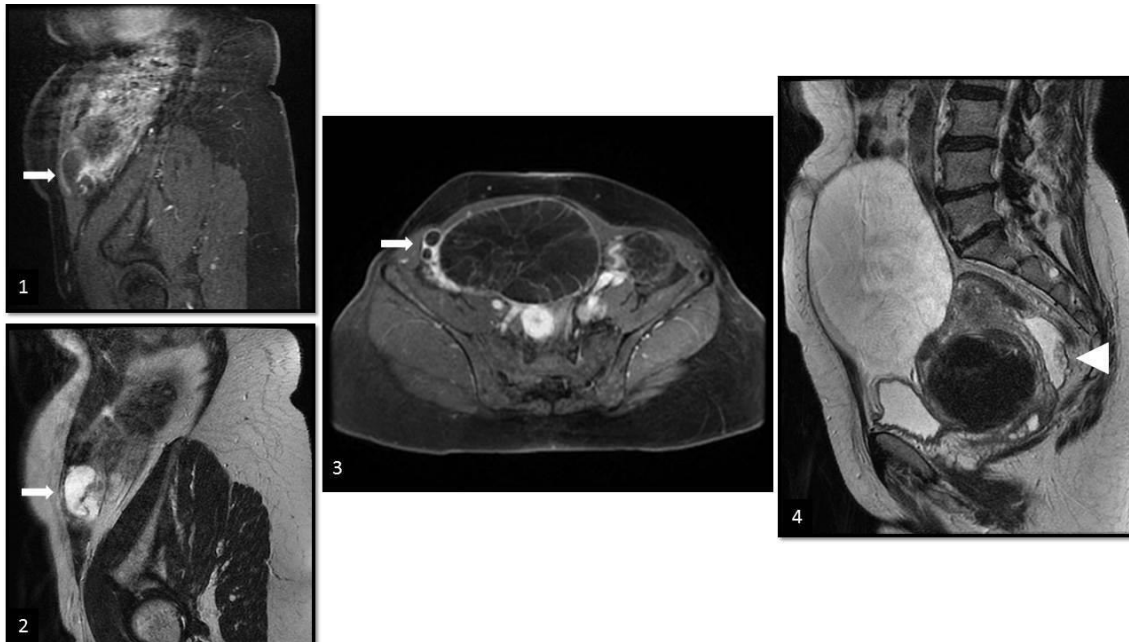
**Discusión:**

El diagnóstico anatomopatológico fue adenocarcinoma apendicular con metástasis ováricas y en saco de Douglas, con pseudomixoma peritoneal.

¿Podríamos haber realizado el diagnóstico con las pruebas radiológicas realizadas? Sí. Debemos recordar siempre que el diagnóstico de patología pélvica en un cuadro de dolor en fosa iliaca derecha no excluye la patología apendicular. Es más, cuando estamos ante una sospecha de neoplasia mucinosa de ovario como ocurría en este caso, debemos inmediatamente buscar el apéndice porque existe una importante asociación entre las neoplasias mucinosas de apéndice y ovario, que en el apéndice se manifiesta en nuestro caso como un mucocele. Además, la bilateralidad y la presencia de un implante en el saco de Douglas confieren un alto estadio a la neoplasia, siendo esta presentación muy rara en una neoplasia ovárica y mucho más frecuente en una neoplasia mucinosa primaria del apéndice.

**Conclusión:**

Debemos conocer y reconocer la asociación existente entre las neoplasias mucinosas de apéndice y ovario. De hecho, la apendicectomía reglada está incluida en los protocolos quirúrgicos de las neoplasias mucinosas de ovario en muchos centros.



*Imágenes de resonancia magnética de pelvis, secuencias LAVA con gadolinio en el plano sagital (figura 1) y axial (figura 3) y potenciadas en T2 en el plano sagital (figuras 2 y 4). Muestran dos lesiones quísticas multiseptadas (figura 4) con realce (figura 3), el mucocoele apendicular (flechas en figuras 1, 2 y 3) que en las imágenes axiales (figura 3) simula pequeños quistes y una lesión multiquistica en el saco de Douglas (punta de flecha en figura 4) que corresponde a un implante.*

### **Bibliografía:**

1. Jeong YY, et al. Imaging Evaluation of Ovarian Masses. Radiographics 2000; 20: 1445- 1470.
2. Moore L et al. Prevalence of Appendiceal Lesions in Appendicectomies Performed During Surgery for Mucinous Ovarian Tumors A Retrospective Study. Int J Gynecol Cancer 2016;26: 1386-1389.
3. Feng Z, Xiaoduan C, Yinghua L, Lili H. Case Report. Two independent primary mucinous tumors involving the appendix and ovary accompanied with acellular pseudomyxoma peritonei. Int J Clin Exp Pathol 2015;8(9):11831-11834.

<b>Caso</b>	(444) Escroto agudo: cuando el diagnóstico llega tarde.
<b>Autores</b>	Lucía Gómez-pimpollo García T. Fontanilla Echeveste, Mr. Torres Navarro, Jp. Martínez González, Pm. Hernández Guilabert, J. Escartín López
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda

**Presentación:**

Varón de doce años que acude a urgencias con dolor y aumento de tamaño en hemiescroto izquierdo, sin traumatismo previo. A la exploración el testículo se muestra aumentado de tamaño, eritematoso y duro. Se solicita ecografía para descartar torsión testicular.

**Discusión:**

En la ecografía se visualiza en bolsa escrotal izquierda una imagen de aspecto heterogéneo, sin vascularización, con pequeño hematocele y engrosamiento de cubiertas. Estos hallazgos nos hicieron sospechar un infarto testicular evolucionado, sin poder descartar lesión neoplásica subyacente como origen del mismo.

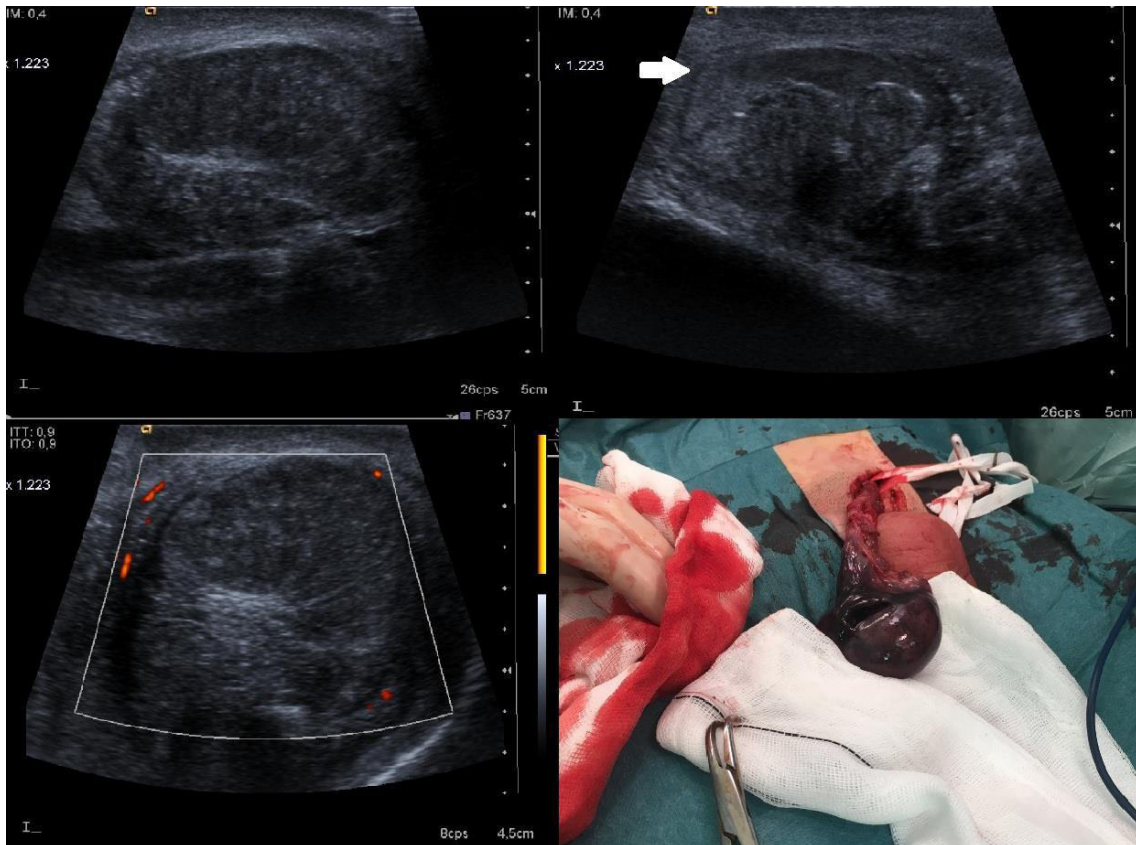
Se decide exploración quirúrgica urgente objetivando testículo isquémico que no recupera color tras la liberación, por lo que se realiza orquiectomía.

La torsión testicular es una emergencia quirúrgica ya que, a partir de las 6 horas de isquemia, las posibilidades de resolución sin secuelas disminuyen. Es más frecuente en adolescentes y se presenta con dolor testicular agudo, aunque la clínica puede ser poco llamativa, lo cual puede suponer un retraso diagnóstico. En las primeras horas no hay alteraciones en la ecogenicidad del parénquima, por lo que la clave será demostrar la ausencia de flujo intratesticular en estudio Doppler. En casos muy evolucionados, la heterogeneidad del parénquima puede hacer difícil el diagnóstico entre infarto y lesión neoplásica. Con el uso de contraste ecográfico podremos diferenciar la ausencia de realce en una lesión isquémica de una lesión tumoral que, en teoría, siempre realza.

En este caso se planteó su uso pero dada la edad del paciente se decidió exploración quirúrgica urgente.

**Conclusión:**

La ecografía es el estudio de elección ante la sospecha de torsión testicular siendo la clave diagnóstica la demostración de ausencia de flujo. En caso de duda entre isquemia testicular evolucionada o neoplasia, el uso de contraste ecográfico puede ser de gran ayuda.



***En la imagen superior izquierda se visualiza el testículo izquierdo aumentado de tamaño, de aspecto heterogéneo, algo atigrado, con presencia de algunas calcificaciones puntiformes. En la imagen superior derecha se observa la pequeña colección líquida hiperecogénica que rodea al testículo sugestiva de hematocele (flecha blanca). En ambas imágenes se puede observar además cierto engrosamiento de las cubiertas testiculares. En el estudio Doppler energía (imagen inferior izquierda) se observa ausencia de flujo en el interior del testículo, con flujo conservado en cubiertas. Imagen intraoperatoria del testículo izquierdo con claros signos de necrosis (imagen inferior derecha).***

### **Bibliografía:**

Dogra V, Gottlieb RH, Oka M, Rubens DJ. Sonography of the scrotum. Radiology 2003; 227:18-36.

Valentino M, Bertolotto M, Derchi L, et al. Role of the contrast-enhanced ultrasound in acute scrotal disease. Eur Radiol 2011; 21:1831-1840.

<b>Caso</b>	(445) MI CASO TOP 10: FRACTURAS DE PEÑASCO
<b>Autores</b>	Aranzazu Gutierrez Pantoja Cecilia Lopez Masa, Paloma Arias Baldo, Fernando Antezana Tapia, Zuleikys Lopez Ricardo, Jose Feria Herrera
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Móstoles

**Presentación:**

Paciente de 29 años que sufre TCE tras agresión. A su llegada a urgencias presenta GSG 15/15, exploración neurológica dentro de la normalidad (incluido VII par), otorragia derecha escasa y discreta hipoacusia derecha. A la exploración con otoscopio presenta hemotímpano. Se le realiza TC craneal secuencial sin CIV y helical de peñascos ante la sospecha de fractura de peñasco confirmando el diagnóstico: fractura longitudinal y de la pared ínfero-anterior del CAE con luxación incudomaleolar, integridad del facial y de los vasos (v.yugular y a.carotida) . Además, se realiza posteriormente una audiometría, confirmando hipoacusia de transmisión derecha con caída de 5-10 db respecto al oído contralateral

**Discusión:**

Una de las causas que originan hipoacusia de transmisión son las fracturas de peñasco. Existen tres clases principales de fracturas del mismo: longitudinal (70-90%), transversal (10-30%) y oblicua (mixta), atendiendo al trazo de fractura respecto al eje largo del peñasco. La fractura longitudinal produce afectación del oído medio( luxación en la cadena osicular) condicionando hipoacusia de transmisión y hemotímpano, y pudiendo ocasionar parálisis facial y fístula de LCR. Otro dato a tener en cuenta es la afectación del CAE, ya que si se afecta la pared posterior puede producir estenosis del mismo.

Las fracturas transversales afectan al oído interno produciendo hipoacusia neurosensorial y afectan con mayor frecuencia al nervio facial.

**Conclusión:**

El TC en urgencias resulta fundamental para el diagnóstico de la fractura de peñasco. El informe radiológico, no solo debe contener el tipo de fractura, si no detallar si existe o no luxación de la cadena osicular del oído medio, afectación del VII pc o VIII pc , del oído interno, arterias carótidas e integridad timpánica, entre otros detalles, siendo importante para el tratamiento con el fin de evitar secuelas.

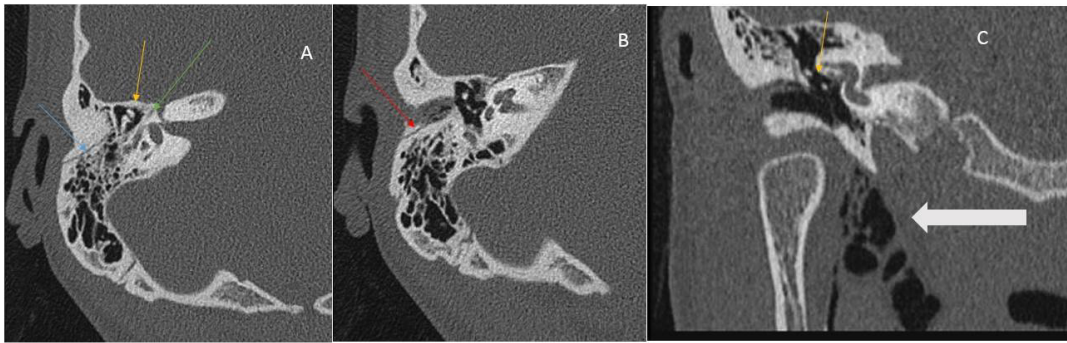


FIG A, B y C: TC helicoidal de peñasco derecho con reconstrucción coronal que muestra la fractura longitudinal de peñasco (flecha Azul) y de la pared antero-inferior del CAE (flecha roja), luxación de la cadena osicular (incudo-maleolar) flecha naranja, integridad del nervio facial ( porción timpánica) (flecha verde). Enfisema del partes blandas secundario a la fractura (flecha blanca gruesa).

**FIG A, B y C: TC helicoidal de peñasco derecho con reconstrucción coronal (C) que muestra la fractura longitudinal de peñasco (flecha Azul) y de la pared antero-inferior del CAE (flecha roja), luxación de la cadena osicular (incudo-maleolar) flecha naranja, integridad del nervio facial ( porción timpánica) (flecha verde). Enfisema de partes blandas secundario a la fractura (flecha blanca gruesa).**

### Bibliografía:

- Temporal Bone Trauma and the Role of Multidetector CT in the Emergency Department. Julio O. Zayas, MD. Radiographics October 2011. Volumen 31 Issue 6.
- Fracture Mimics on Temporal Bone CT: A Guide for the Radiologist. Yune Kwong. Neuroradiology/Head and Neck Imaging -Pictorial Essay. AJR 2012; 199:428–434
- Temporal bone fracture: Evaluation in the era of modern computed tomography. S.D. Schubl. Injury International Journal of the care of the injury. September 2016 volume 47 Issue 9, Pag 1893-1897
- Utilidad del TC multicorte en el diagnóstico de las hipoacusias de transmisión. A. Pastor del Campo. Congreso SERAM 2014.

<b>Caso</b>	(446) PULMÓN HIPERCLARO UNILATERAL EN NIÑO DE TRES AÑOS
<b>Autores</b>	Adriana María López Ruiz Alfonso Cebrián Rivera, Montserrat Barxias Martín, Elena Quílez Caballero, Dominica Dulnik Bucka, Sonia Chen Xu
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

**Presentación:**

Niño de 3 años acude a urgencias por tos seca y dificultad respiratoria de 3 semanas de evolución que no mejora con tratamiento broncodilatador. En las últimas 72 horas sufre un empeoramiento de la tos. A la auscultación: Entrada de aire asimétrica, disminuida en el lado derecho. La radiografía de tórax muestra un pulmón derecho hiperclaro y aumentado de tamaño, discreto aplanamiento del hemidiafragma ipsilateral y leve desplazamiento del mediastino hacia la izquierda. Posteriormente la madre refiere que el niño tomó pipas de girasol días antes. Se plantea el diagnóstico diferencial entre síndrome de Swyer-James-MacLeod (SML) y cuerpo extraño en vía aérea inferior, por lo que se solicita un TAC de tórax. El estudio demuestra la ocupación del bronquio principal derecho por un tapón mucoso, y la del bronquio intermediario por material de densidad de partes blandas correspondiente al cuerpo extraño que condiciona hiperinsuflación del parénquima pulmonar ipsilateral con áreas hipodensas sugestivas de atrapamiento aéreo y oligohemia por vasoconstricción.

**Discusión:**

El atragantamiento por cuerpo extraño es común en niños pequeños. La mayoría se alojan en vía aérea inferior (60% en pulmón derecho).

Suele cursar con un episodio de ahogo, seguido de un periodo libre de síntomas, que puede retrasar el diagnóstico, aunque también hay que considerarlo ante tos crónica o neumonía recurrente.

Menos del 10% son radiopacos ya que la mayoría son de material vegetal.

Suelen provocar una obstrucción parcial condicionando hiperinsuflación pulmonar unilateral. En estos casos la radiografía en inspiración es normal en el 20-30% de los casos, recomendándose realizar radiografía en espiración forzada (preferiblemente) o decúbito lateral para demostrar el atrapamiento aéreo. En nuestro caso se decidió realizar TAC ante la posibilidad de una bronquiolitis obliterante postinfecciosa (SML).

**Conclusión:**

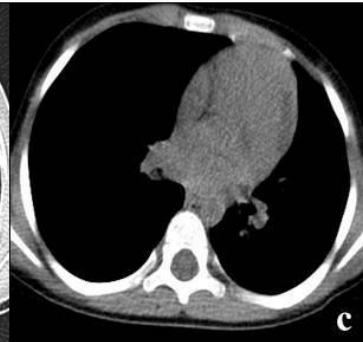
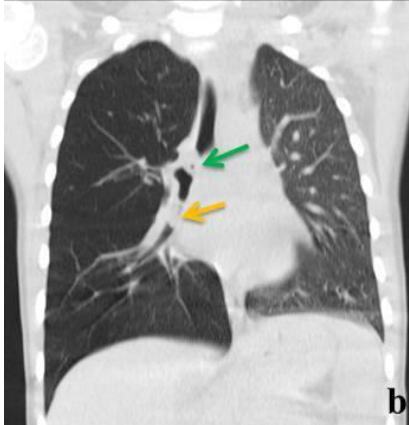
Ante un pulmón hiperclaro unilateral en un niño, pensar en cuerpo extraño como primera posibilidad y realizar radiografía en espiración.



**a) Radiografía de tórax, proyección AP:** Aumento del volumen pulmonar derecho, con hiperclaridad del parénquima. Se asocia discreto aplanamiento del hemidiafragma ipsilateral y desviación del mediastino hacia la izquierda.

***PULMÓN HIPERCLARO UNILATERAL POR CUERPO EXTRAÑO EN NIÑO DE 3 AÑOS***

**TAC torácico sin civ: b) Corte coronal:** Se observa una ocupación del bronquio principal derecho por material de densidad de partes blandas con burbuja aérea en su interior, compatible con tapón de moco (flecha verde), y una ocupación del bronquio intermediario por material de densidad de partes blandas correspondiente al cuerpo extraño (flecha amarilla). Condicionan una obstrucción parcial que permite la entrada de aire pero no su salida, provocando hiperinsuflación pulmonar. **c) Cortes axiales** a la altura del cuerpo extraño.



**Bibliografía:**

1. Darras KE, Roston AT, Yewchuk LK. Imaging acute airway obstruction in infants and children. *Radiographics* 2015; 35:2064-2079.
2. Dillman JR, et al. Expanding upon the unilateral hyperlucent hemithorax in children. *Radiographics* 2011; 31:723-741.



<b>Caso</b>	(447) Hallazgos en TC tóraco-abdominal durante parada cardio-respiratoria
<b>Autores</b>	Reyes Petruzzella Esther Gómez, Elena Núñez, Alicia Matilla, Rebeca Sigüenza, Ana Gil
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Presentación:**

Paciente de 55 años, politraumatizado por atropello. Hemodinámicamente inestable; se procede a intubación y se traslada al TC. Durante la exploración el paciente sufre bradicardia progresiva y parada cardíaca refractaria a maniobras de RCP. Se realiza TC en el que se observa que el contraste queda estancado en la vena cava, con opacificación densa de las venas suprahepáticas en LHD y de la vena renal derecha. Se observa además calibre pequeño de la aorta con ausencia de realce de la misma así como de vísceras abdominales.

**Discusión:**

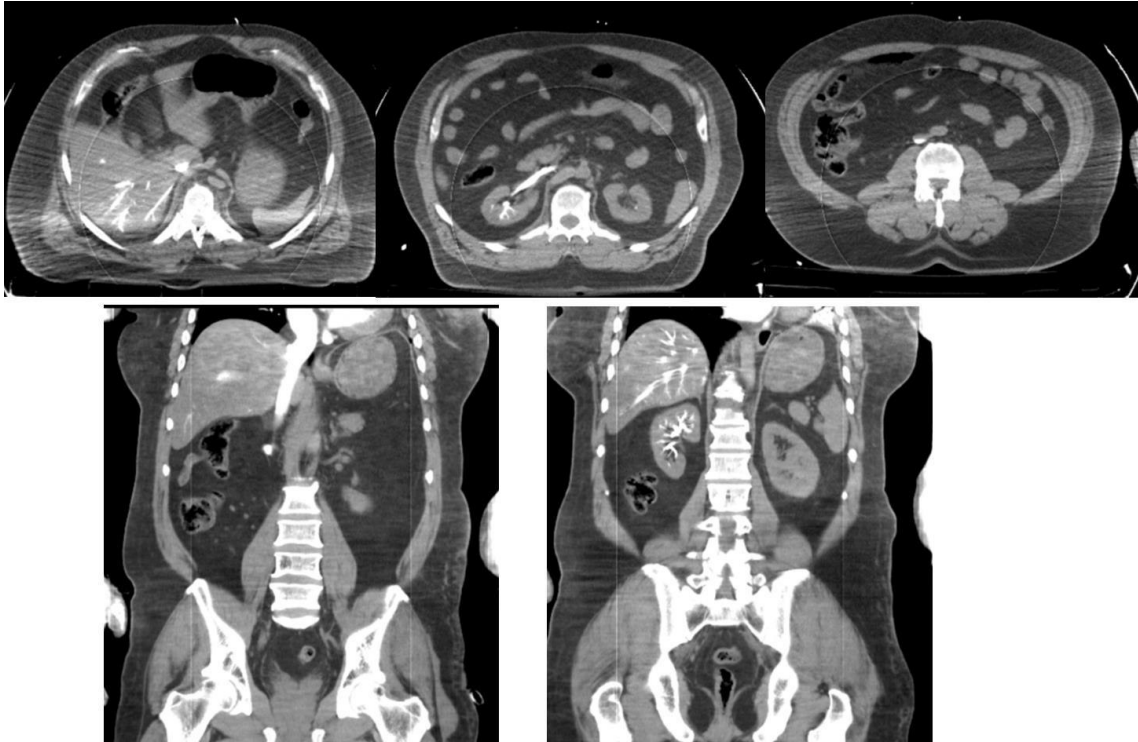
El paciente estaba bradicárdico cuando comenzó a realizarse el TC, entrando en parada cuando aún no había finalizado el estudio. Al no existir movimiento cardíaco, el contraste inyectado no avanza hacia el ventrículo derecho, por lo que aumenta la presión en la aurícula derecha. Se produce entonces estancamiento del contraste en las partes declives derechas del cuerpo (AD y VCI), produciéndose un nivel contraste-sangre que indica la existencia de parada cardíaca.

El contraste no se diluye con la sangre y por eso las venas muestran esa elevada densidad ("signo de las venas densas"). La aorta no se realza y además tiene escaso calibre. Las vísceras abdominales no realzan apenas o nada.

Aunque en nuestro paciente no existe, otro hallazgo sería la opacificación de la porta por reflujo de contraste.

**Conclusión:**

No es frecuente hacer un TC a un paciente en PCR salvo que sea un caso como el que presentamos, en el que el paciente está hemodinámicamente inestable. Es muy importante identificar rápidamente los hallazgos puesto que es crucial iniciar inmediatamente las maniobras de RCP.



*Arriba: contraste ectásico en venas suprahepáticas y vena renal derecha. Nivel de contraste en vena cava inferior. Abajo: contraste ectásico en vena cava y en venas hepáticas y renales.*

### **Bibliografía:**

1-Cartas científicas Revista Radiología, Vol. 55 Issue 3 May-June 2013.

M.L. Fatahi Bandpey

P.J. Sánchez Santos

2-Kao HW, Wu CJ, Lo CP, Chang WC, Chen CY. Computed tomographic features of circulatory arrest. J Formos Med Assoc. 2006;105:359-62.

<b>Caso</b>	(448) La enfermedad de Moyamoya: cuando una imagen vale más que mil palabras
<b>Autores</b>	Amaia Goienetxea Murgiondo Joana Elejondo Oddo, Leire Calvo Apraiz, Ane Ugarte Nuño, Ana Carballeira Álvarez, Alba Aguado Puente
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Donostia

**Presentación:**

Mujer de 60 años de edad que acude a urgencias por náuseas y cefalea súbita. En la exploración neurológica presenta claudicación de la extremidad superior izquierda. Se realiza TC craneal objetivando HSA a nivel de las cisternas de la base con vertido intraventricular. En el angioTSA se visualiza estrechamiento progresivo del segmento distal de ambas carótidas internas intracraneales y severa afectación la "T" carotídea y los segmentos proximales de las porciones A1 y M1 de forma bilateral. En su lugar se aprecia el desarrollo de una red de pequeñas estructuras vasculares colaterales. Circulación posterior sin hallazgos. Con dichos hallazgos se realiza el diagnóstico de enfermedad de MoyaMoya. Posteriormente se realiza arteriografía confirmando el diagnóstico y objetivando además extensa red colateral pial bihemisférica que a través de arterias cerebrales posteriores dan aporte arterial a territorios cerebrales anterior y medio bilaterales así como aporte arterial a través de una arteria temporal superficial izquierda que establece anastomosis con arterias terminales del territorio cerebral anterior izquierdo.

**Discusión:**

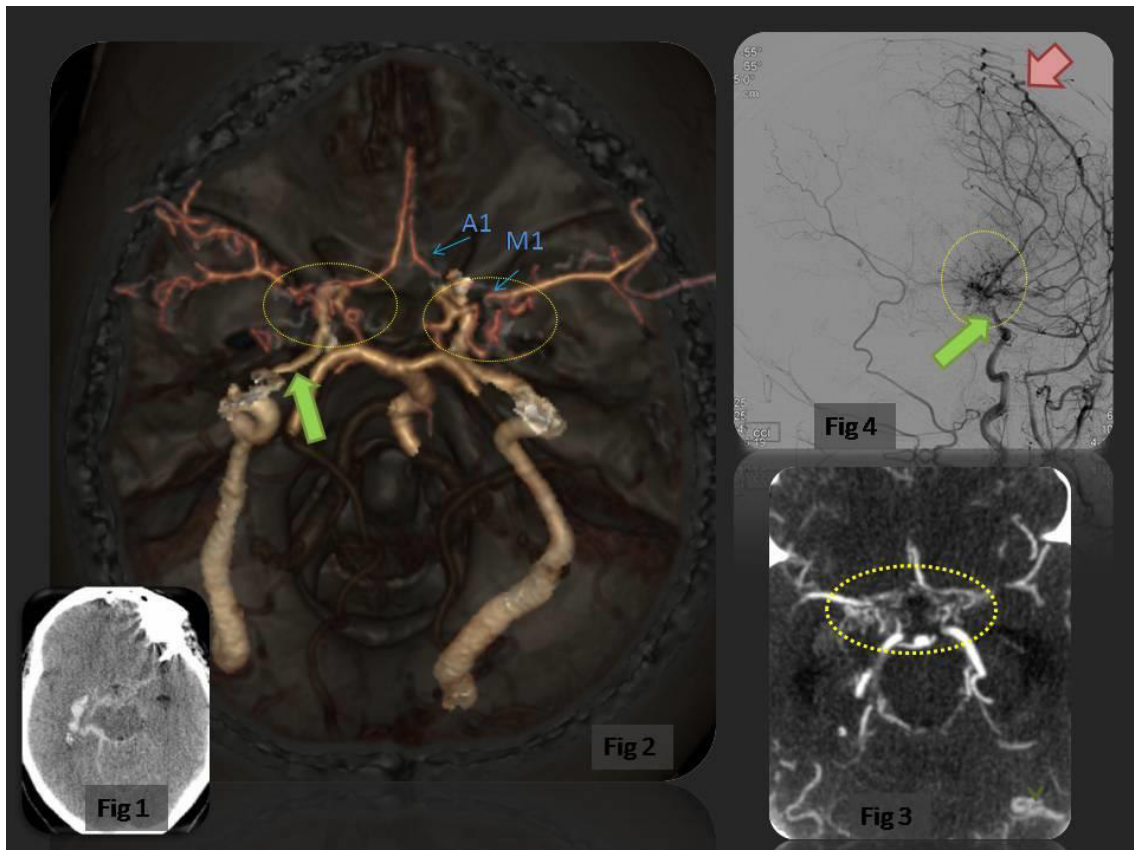
Es una enfermedad cerebrovascular única, crónica y progresiva. Discretamente más frecuente en mujeres y en países asiáticos. La etiología es desconocida.

Las manifestaciones clínicas al diagnóstico de la enfermedad varía según la edad: los niños suelen debutar con eventos cerebrovasculares isquémicos (AIT, infarto..) y los adultos con eventos hemorrágicos(ictus..).

Los hallazgos característicos en imagen incluyen la oclusión o estenosis de la porción supraclinoidea de las arterias carótidas internas, y proximal de arteria cerebral media y arterias cerebrales anteriores y extensa formación de colaterales intraparenquimatosos, transdurales y leptomenígeos que irrigan el parénquima cerebral isquémico.

**Conclusión:**

A pesar de su baja incidencia en la población europea, debemos de tener en mente la enfermedad de Moyamoya al evidenciar los hallazgos típicos y característicos en el angioTSA cuando nos encontremos frente a un accidente cerebrovascular.



**Fig1: Presentación con HSA y vertido intraventricular. Fig2&3:Estrechamiento progresivo del segmento distal de ambas ACI(flechas verdes) y severa afectación la "T" carotídea y los segmentos proximales de las porciones A1 y M1 de forma bilateral con formación de extensa red de pequeñas estructuras vasculares (círculo amarillo) que suplen el territorio. Fig 4:Arteriografía que confirma el diagnóstico. Además se objetiva aporte arterial a través de una arteria temporal superficial izquierda que establece anastomosis con arterias terminales del territorio cerebral anterior izquierdo (flecha rosa).**

### Bibliografía:

1. Ortiz-Neira, Clara L. "The Puff of Smoke Sign 1." *Radiology* 247.3 (2008): 910-911.
2. Scott, R. Michael, and Edward R. Smith. "Moyamoya disease and moyamoya syndrome." *New England Journal of Medicine* 360.12 (2009): 1226-1237.
3. YÁÑEZ, LETICIA, et al. "Enfermedad de Moyamoya, a propósito de dos casos." *Revista chilena de pediatría* 79.6 (2008): 629-635.
4. Yamada I, Suzuki S, Matsushima y. Moyamoya disease: Comparison of assessment with MR angiography and MR imaging versus conventional angiography. *Radiology*.1995;196:211-218

<b>Caso</b>	(450) No sólo hay ictus
<b>Autores</b>	Josefa Pérez-templado Ladrón De Guevara Ureña Vacas. A, Bermúdez-coronel Prats. I, García Santana. E, Bermúdez Nieto. S, Vicente Bartulos, A
<b>Centro</b>	Hospital Ramón y Cajal

**Presentación:**

Datos clínicos: Crisis. código ictus. Hallazgos TC SIN IV: Hiperdensidad cortical fronto temporal e insular izquierda con engrosamiento cortical y borramiento de surcos en probable relación con zona de reperfusion/ hiperaflujo en el contexto actual post ictal/ postcrisis, aunque no se pueden descartar otras opciones (proceso neoplásico infiltrativo). TC-PERFUSIÓN: Disminución del tiempo al pico en la región temporal izquierda que se corresponde con un aumento focal del flujo y el volumen a ese nivel, hallazgos que podrían estar en relación con cambios vasculares con hiperaflujo, crisis, cefalea o menos probables como cuadro inflamatorio-infeccioso etc. ANGIO-TC: Circulación intracraneal anterior y posterior sin hallazgos radiológicos de interés. TC TRAS CONTRASTE IV a la semana: LOE de alta densidad en encrucijada izquierda (núcleos de la base e ínsula de Reil), que se extiende a área de Broca y circunvoluciones frontales superiores y polo temporal. No clara evidencia de edema ni realce.

**Discusión:**

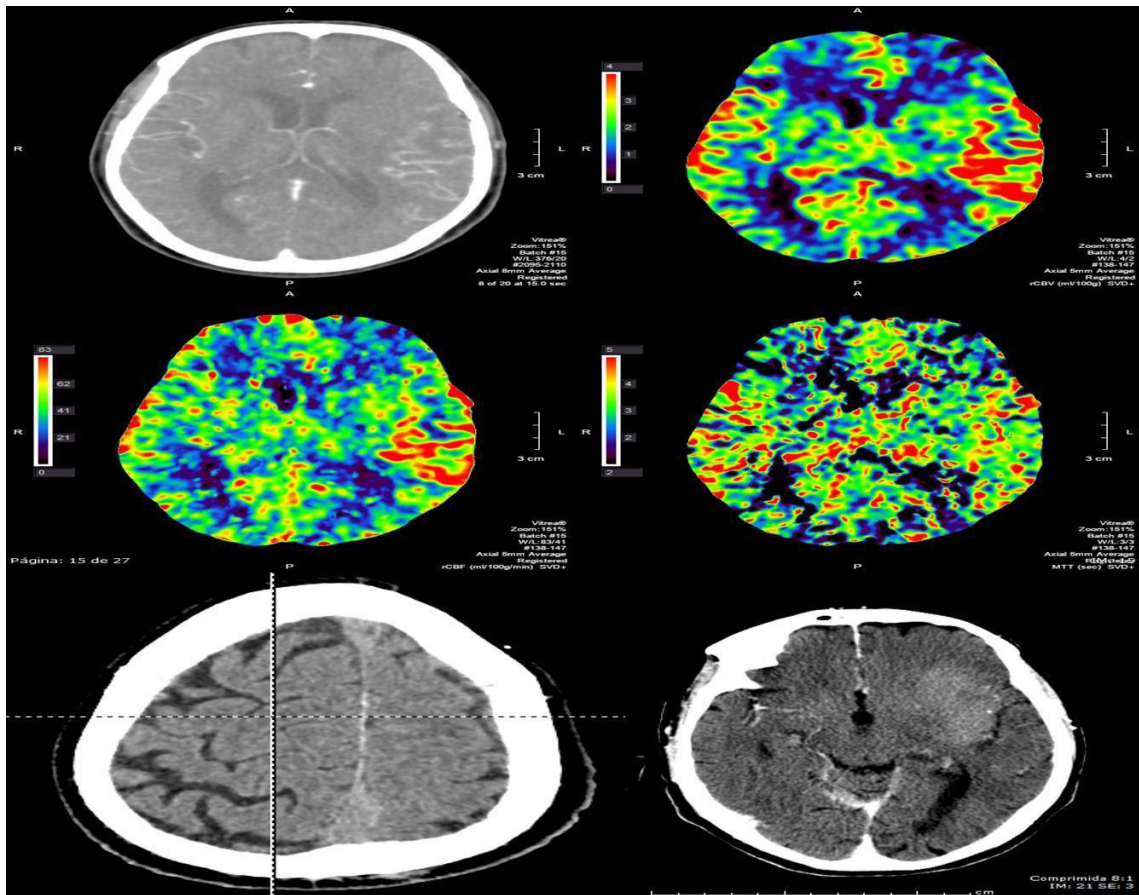
Diagnóstico: Hallazgos sugerentes de cambios postcrisis en región temporal izquierda que evolutivamente son secundarios a lesión ocupante de espacio.

Reflexión docente: Aunque el Angio-TC se realiza tras el TC-PERFUSIÓN, el escaso intervalo de tiempo entre uno y otro estudio no es suficiente para que el Angio-TC sirva de doble "roul out" para la valoración simultánea de vasos y parénquima cerebral.

La existencia de áreas hiperdensas en el parénquima cerebral pueden estar en relación con hiperactividad cerebral tras una crisis o hiperaflujo tras un ictus. En este caso, la morfología, distribución y estabilidad de los hallazgos, son indicativos de la existencia de un proceso expansivo. Aunque clásicamente el linfoma capta contraste y se hubiese visualizado en el Angio-TC, el linfoma infiltrante puede presentarse como una lesión hiperdensa sin realce. La gliomatosis cerebri se descarta porque es clásicamente hipodensa en el TC basal.

**Conclusión:**

En la valoración del ictus hay que tener en cuenta otros diagnósticos diferenciales menos frecuentes pero de presentación radiológica específica.



1. Angio-TC ingreso. 2,3 y 4. TC-Perfusión: CBF (flujo), CBV (volumen) y MTT (tiempo de tránsito medio). 5. TC basal ingreso. 6. TC tras civa a la semana de ingreso

**Bibliografía:**

Osborn's Brain: Imaging, Pathology, and Anatomy.

<b>Caso</b>	(451) ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO
<b>Autores</b>	Adriana María López Ruiz Alba Patricia Solano Romero, María Isabel Rozas Gómez, María Teresa Cañas Macia, Olga María Suárez Traba, Gloria Gómez Mardones
<b>Centro</b>	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS

**Presentación:**

Paciente de 2 meses de edad que acude a urgencias por vómitos desde hace 4 días, cada vez más intensos, proyectivos, con disminución de peso y de la diuresis. En el estudio ecográfico solicitado se identifica un engrosamiento difuso de la pared del píloro, con capa muscular de 5 mm de espesor, diámetro transversal pilórico de 16 mm y diámetro longitudinal de 22 mm.

**Discusión:**

Los hallazgos ecográficos son compatibles con el diagnóstico de estenosis hipertrófica de píloro (EHP). Esta entidad, de causa desconocida, se desarrolla típicamente en niños de 2-8 semanas de vida. Es más frecuente en varones primogénitos de raza blanca. Clínicamente se caracteriza por un cuadro de vómitos no biliosos posprandiales que van en aumento hasta hacerse “en proyectil”, con hambre e irritabilidad posteriores. La palpación del músculo pilórico engrosado (“oliva”) en el cuadrante superior derecho del abdomen es un signo muy específico aunque no siempre se consigue. La ecografía es la prueba diagnóstica de elección ya que tiene una precisión cercana al 100%, aunque hay que tener en cuenta que un estudio ecográfico normal no descarta una EHP en fase inicial y que no todas son completamente obstructivas. No existe un acuerdo generalizado respecto a las medidas normales del músculo y canal pilóricos, aunque las más aceptadas son: 3 mm de grosor, 14 mm de diámetro transversal y 17 mm de diámetro longitudinal. El tratamiento es quirúrgico y soluciona el problema, aunque la imagen ecográfica de EHP puede persistir durante 6-8 semanas tras la cirugía.

**Conclusión:**

La EHP es la causa más frecuente de emesis alimenticia en la infancia y debe ser diagnosticada precozmente ya que produce deshidratación y alteraciones electrolíticas. Por ello, previa estabilización del paciente, se considera una urgencia quirúrgica.



**Bibliografía:**

1. Hernanz-Schulman M. Infantile hypertrophic pyloric stenosis. Radiology 2003; 227:319-331.
2. Askew N. An overview of infantile hypertrophic pyloric stenosis. Paediatric nursing 2010; 22:27-30.



<b>Caso</b>	(453) Fracturas faciales tras agresión
<b>Autores</b>	María Paula García Rodríguez Carmen Perez Ramírez; Xaira María Cortés Sañudo; Rocío Soledad Estelles López; Inmaculada Avilés Vázquez; Laura Cuesta Lujano
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

**Presentación:**

Se discute el caso de un varón de 41 años, quien acude al servicio de Urgencias tras una agresión con traumatismos faciales, que tuvo lugar en los días previos. El edema facial así como el dolor limitaba la exploración física, aunque se pudo constatar la presencia de hematoma periorbitario bilateral, trismus y enoftalmos izquierdo con motilidad ocular extrínseca conservada.

**Discusión:**

## DIAGNÓSTICO

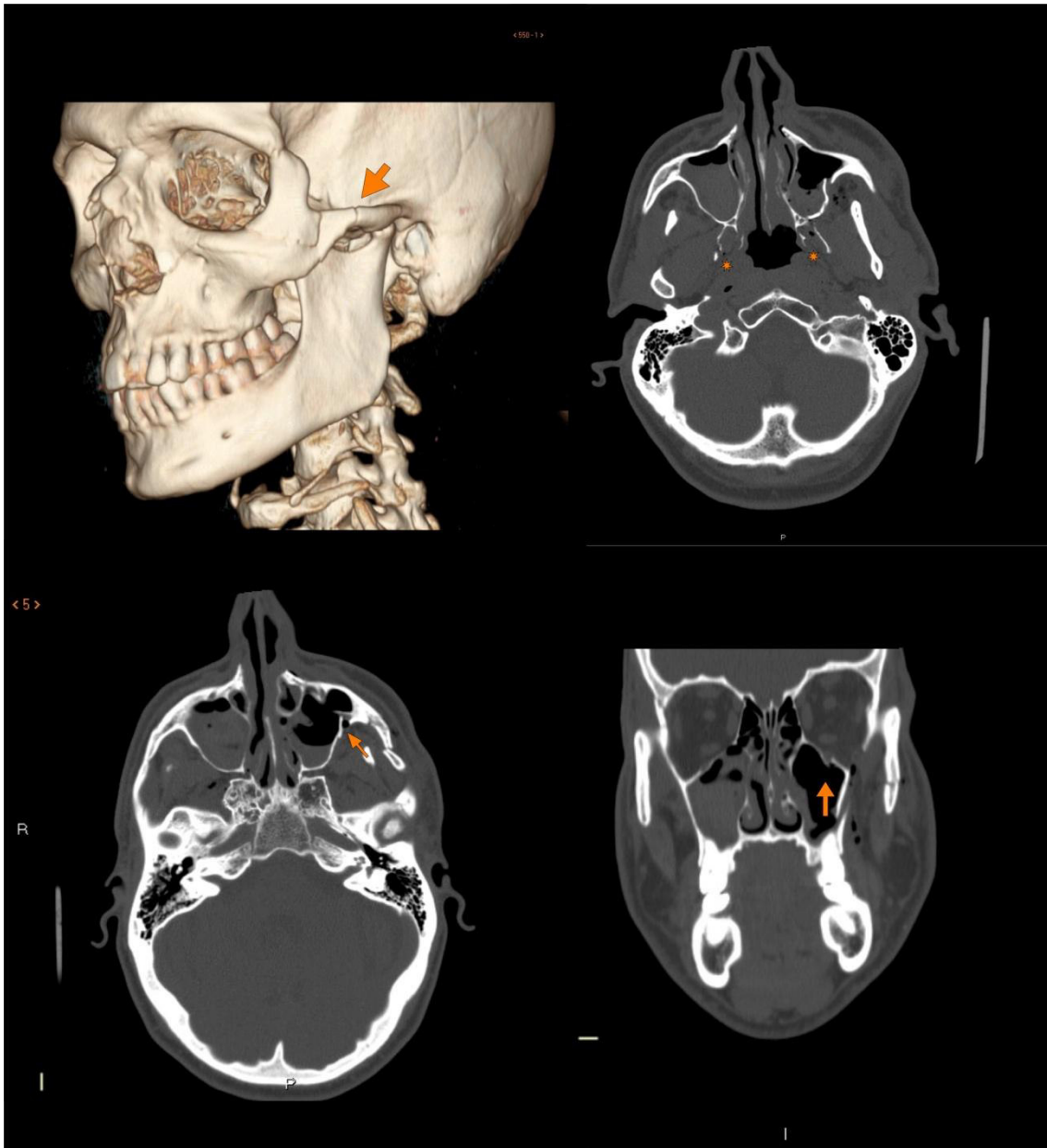
Se realiza TC de cráneo y cara, objetivándose fractura bilateral de la pared lateral orbitaria, del suelo de la órbita izquierda (sin atrapamiento del músculo recto inferior), hueso malar y arco zigomático, apófisis pterigoides de forma bilateral y huesos propios nasales. Así mismo, gas en partes blandas en los espacios masticadores y en espacio extraconal de la órbita izquierda. Además, se visualiza ocupación bilateral de senos maxilares, celdillas etmoidales anteriores y seno frontal. Estos hallazgos son compatibles con fracturas hemifaciales tipo II-III según la clasificación de Le Fort.

## DISCUSIÓN

El esqueleto facial se estructura en diferentes contrafuertes, que representan porciones engrosadas de los huesos faciales que soportan las unidades funcionales de la cara. Una disrupción del contrafuerte pterigomaxilar, generalmente identificable como una rotura de las apófisis pterigoides, definen las fracturas de Le Fort. La afectación del contrafuerte maxilar lateral, el suelo de órbita y la unión nasofrontal confirman la existencia de una fractura tipo II, mientras que la afectación de las suturas cigomaticofrontal y cigomático esfenoidal, suelo de órbita y unión nasofrontal confirman la existencia de una fractura tipo III. Como objetivamos en nuestro caso, las fracturas no siempre son bilaterales y simétricas, así como pueden existir varios tipos de fractura Le Fort en un mismo lado de la cara del mismo paciente.

**Conclusión:**

Se expone un caso de fractura de tipo II-III según la clasificación de Le Fort. El papel del radiólogo es clave en el diagnóstico de las diferentes fracturas faciales, ya que el manejo terapéutico y pronóstico dependerá de la correcta identificación de los patrones de fractura más frecuentes así como de los signos más relevantes



*se observa fractura de apósis pterigoides de forma bilateral, suelo de la órbita izquierda, hueso malar y arco zigomático, apófisis pterigoides de forma bilateral. Ocupación de los senos maxilares y celdillas etmoidales.*

### **Bibliografía:**

- Hopper R, Salemy S and Sze RW. Diagnosis of Midface Fractures with CT: What the Surgeon Needs to Know. Radiographics 2006; 26: 783-793.
- Rhea J and Novelline R. How to Simplify the CT Diagnosis of Le Fort Fractures. AJR 2005; 184: 1700-1705.

<b>Caso</b>	(454) Hematuria como presentación de síndrome de Wunderlich en el servicio de urgencias
<b>Autores</b>	Arnaldo Fernández Orué Alvaro Villalba Gutiérrez, Natalia Hernández Gutiérrez, Esther De Antonio Sanz, Ana Pazos Crespo, Angel Domínguez Alvarez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz

**Presentación:**

Paciente de 37 años, conocido portador de esclerosis tuberosa, que se presenta en el servicio de Urgencias por dolor en flanco derecho y hematuria. En la analítica destaca leucocitosis de 14,92 ul y anemia con Hb de 11,6 g/dl con VCM de 34,2. Le solicitan TC de abdomen y pelvis donde se visualizan múltiples angiomiolipomas bilaterales que prácticamente sustituyen el parénquima renal normal, observándose en el polo inferior del riñón derecho signos radiológicos de sangrado activo y hematoma retroperitoneal. Se realiza arteriografía selectiva de arteria renal derecha donde se observa múltiples pseudoaneurismas dependientes de ramas de la polar inferior y se procede a embolización con coils y onix hasta oclusión completa.

**Discusión:**

El síndrome de Wunderlich es una entidad rara que se define por un hematoma espontáneo no traumático confinado al espacio subcapsular o perirrenal. Clínicamente se caracteriza por la tríada de Lenk que corresponde a dolor y masa en flanco y shock hipovolémico.

La etiología más frecuente es tumoral, siendo el tumor benigno más frecuente el AML y el maligno el carcinoma de las células renales.

Existen causas no tumorales como la vasculitis, enfermedad poliquística, litiasis, nefritis, alteraciones de la coagulación.

El tratamiento de elección es la embolización arterial selectiva aunque a veces la nefrectomía parcial o total.

**Conclusión:**

El síndrome de Wunderlich es una entidad rara pero con compromiso vital que necesitamos detectar precozmente y determinar la etiología para adoptar la actitud terapéutica adecuada.



*1) Coronal sin civ. Se observan los múltiples AML que prácticamente reemplazan ambos riñones. 2 y 3) Coronal y axial con civ. Se observan los signos de sangrado activo y el hematoma perirrenal 4) Arteriografía selectiva de la arteria renal derecha. Se observan los múltiples pseudoaneurismas que afectan principalmente a las ramas de la polar inferior*

### **Bibliografía:**

1. Masahiro J et al. Angiomyolipoma: Imaging Findings in lesions with Minimal fat. Radiology 1997;205:497-502
2. Alonso E.M. et al. Síndrome de Wunderlich:angiomiolipoma renal multicéntrico. Emergencias 2001;13:287-290
3. Belville JS et al. Spontaneous perinephric and subcapsular renal hemorrhage: evaluation with CT,US and Angiography. Radiology 1989;172:733-8

4. Cuesta A. et al. El síndrome de Wunderlich en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. *Cir Esp* 1991;49:295-7
5. kothary N. et al. Renal Angiomiolipoma: Long-term results after arterial embolization. *J vasc Interv Radiol* 2005;16:45-50

<b>Caso</b>	(455) Dolor pélvico agudo secundario a torsión ovárica
<b>Autores</b>	Francisco Brunie Maitane Alonso Lacabe, Manuel Fajardo Puentes, María De La O Hernández Herrero, Manuel García-urbón, Alejandro Vara Castrodeza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Río Hortega

**Presentación:**

Mujer de 35 años, antecedentes de gestación extrauterina reciente; utiliza anticonceptivos orales. Presenta dolor en FID, náuseas y febrícula desde hace 10 horas. Exploración física sin signos de peritonismo. En ecografía transabdominal: imagen de aspecto nodular parauterina derecha de aspecto sólido, ecogénica, de aproximadamente 5 cm, con pequeñas imágenes quísticas alrededor y escaso líquido circundante. No presenta flujos vasculares en su interior. No se observan otras alteraciones. En RM Pélvica: masa anexial derecha lobulada, límites bien definidos, hipointensa en T1 con áreas discretamente intensas periféricas, en T2 zona central intensa, con quistes periféricos < 1 cm, sin captación de contraste en el estudio dinámico. Hallazgos compatibles con torsión ovárica derecha.

**Discusión:**

La torsión de ovario es infrecuente (2-3% de las emergencias ginecológicas). Afecta a mujeres de todas las edades, especialmente en edad fértil (80%). Las mujeres embarazadas (3er trimestre) y en terapia de reproducción asistida tienen mayor riesgo.

Compromete inicialmente al flujo linfático y venoso produciendo edema y agrandamiento ovárico, posteriormente la circulación arterial se afecta provocando isquemia e infartos hemorrágicos.

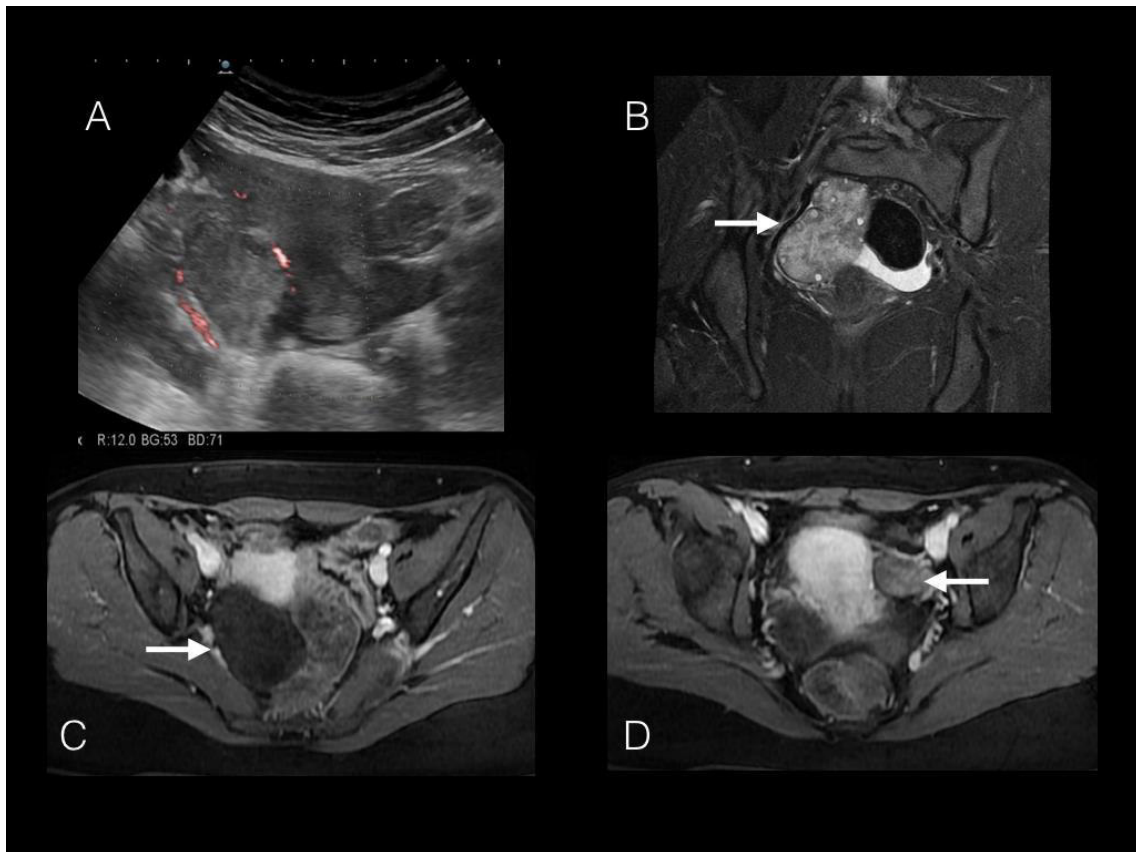
La torsión en un ovario sano es rara, asociándose generalmente a una masa subyacente. El quiste funcional es el mayor implicado, sobretodo si es mayor de 4 cm.

Los hallazgos en imagen son: aumento del tamaño ovárico, folículos desplazados a la periferia, presencia de masa subyacente, imagen en remolino (Whirpool Sign) de los vasos del pedículo torsionados, éste último es un hallazgo específico, pero poco sensible (1/3 de los casos).

Si bien un ovario sin realce es un hallazgo específico de torsión, la ausencia de realce no la excluye.

**Conclusión:**

La clínica de la torsión ovárica se manifiesta como un dolor pélvico inespecífico, por lo que el estudio radiológico es esencial para llegar a un diagnóstico oportuno.



**A-** Ecografía Transabdominal que muestra una masa anexial derecha sin flujo en su interior. **B-** Imagen RM sagital potenciada en T2 visualizando un ovario aumentado de tamaño (flecha), de aspecto edematoso, con pequeños folículos desplazados periféricamente. **C-** Imagen RM en estudio dinámico donde se observa la ausencia de realce del ovario derecho tras la administración de CIV (flecha). **D -** Imagen RM en estudio dinámico. Se observa la diferencia entre la captación normal del ovario izquierdo (flecha) y la ausencia de captación del ovario derecho (imagen C).

### Bibliografía:

Duigenan S, Oliva E, Lee S. Ovarian Torsion: Diagnostic Features on CT and MRI with Pathologic Correlation. *AJR* 2012; 198:W122-W131.

Chang H, Bhatt S, Dogra V Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. *RadioGraphics* 2008; 28:1355-1368.

Ezcurra R, Lamberto N, Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009; 32:49-58

<b>Caso</b>	(456) Hematoma intraabdominal secundario a embarazo ectópico abdominal
<b>Autores</b>	Nuria Pérez Peláez V. S. Terán Pareja, M. Conde Martín, M. De La Puente Herraiz, E. Martínez Chamorro
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

### **Presentación:**

Mujer de 26 años que acude por dolor lumbar derecho irradiado a FID con orina oscura, disuria y poliaquiuria, de 24 h de evolución. La analítica demuestra leucocitosis y prueba de embarazo positiva. Se realiza una ecografía en el Servicio de Ginecología en la que se objetiva gestación paraanexial derecha, movimiento cardiaco fetal positivo; solicitan TC abdominal para planificación de cirugía. El TC confirma la presencia de una gestación extrauterina en situación anterior y parauterina derecha que mide aproximadamente 9 cm y presenta bordes mal definidos, rodeada por un hematoma que se extiende a la pelvis con un espesor de aproximadamente 4 cm. Estos hallazgos sugieren rotura, sin objetivar signos de sangrado activo. La gestación mantiene íntimo contacto con el borde uterino anterior-derecho, es difícil precisar la irrigación arterial siendo la primera posibilidad que dependa de ramas de la hipogástrica derecha.

### **Discusión:**

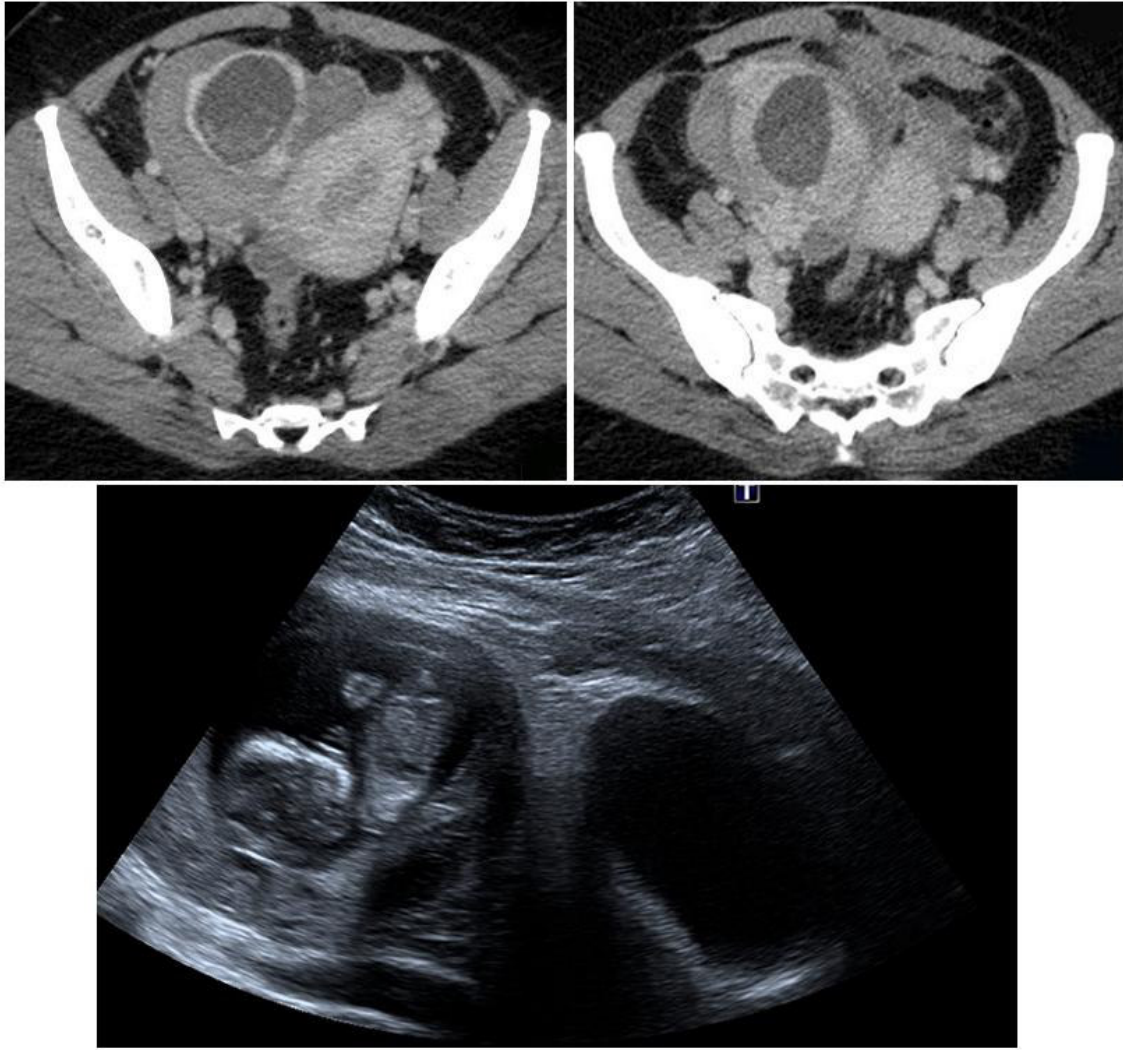
La paciente fue intervenida quirúrgicamente. Durante el procedimiento se objetiva embarazo abdominal que afecta a canto uterino derecho, ovario derecho, trompa y peritoneo parietal, con tejido trofoblástico adherido a canto uterino.

El 2% de las gestaciones son ectópicas. El diagnóstico viene dado por la analítica (?-HCG) y la ecografía. Las manifestaciones clínicas suelen darse 6-8 semanas de la última menstruación. La sintomatología típica es: dolor pélvico, sangrado vaginal y masa anexial. Esta patología debe ser sospechada en mujeres en edad reproductiva con estos síntomas. El crecimiento de la gestación intrauterina incrementa el riesgo de sangrado, por lo que su diagnóstico precoz es indispensable. El TC no debe realizarse ante la sospecha de gestación ectópica; pero puede estar indicado en la planificación quirúrgica y en la valoración de sus complicaciones.

### **Conclusión:**

Ante un dolor abdominal agudo en una mujer en edad reproductiva, debemos estar alerta ante la posibilidad de un embarazo ectópico y sus complicaciones, como el sangrado.





***En las dos imágenes superiores se objetiva un TC con CIV y adquisición en fase arterial (izqda.) y venosa portal (dcha.). Masa parauterina compleja con área quística central, ocupa la FID e hipogastrio, desplazando el útero, que presenta la luz endometrial vacía, hacia la izquierda. Se observa hiperdensidad en anillo entorno al área hipodensa central, en ambas fases, en relación con la intensa vascularización. En la imagen inferior se objetiva el saco gestacional localizado parauterino derecho, con el feto en su interior.***

### **Bibliografía:**

Kao L. Y., Scheinfeld M. H. et al. Beyond Ultrasound: CT and MRI of Ectopic Pregnancy. AJR 2014; 202:4, 904-911

<b>Caso</b>	(457) QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL ACTUANDO COMO "CABEZA" DE UNA INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA
<b>Autores</b>	Adriana María López Ruiz Alba Patricia Solano Romero, Sara Inmaculada Sirvent Cerdá, Elena García Esparza, Miguel Ángel López Pino, Gloria Gómez Mardones
<b>Centro</b>	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS

### **Presentación:**

Paciente de 3 años con dolor abdominal tipo cólico intenso acompañado de vómitos. Se realiza ecografía en la que se visualiza, una imagen en "donut" localizada entre el hipocondrio derecho y el epigastrio, que en el corte longitudinal se corresponde con el signo del sandwich, ambos correspondientes al íleon distal introduciéndose en el colon ascendente. En el interior de esta formación se identifican numerosas adenopatías mesentéricas de aspecto reactivo, y en su vértice, se observa una masa redondeada-circunscrita de 3 cm y anecoica con refuerzo acústico posterior. Se detecta flujo en el estudio Doppler en las asas intestinales implicadas. Asocia una pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal.

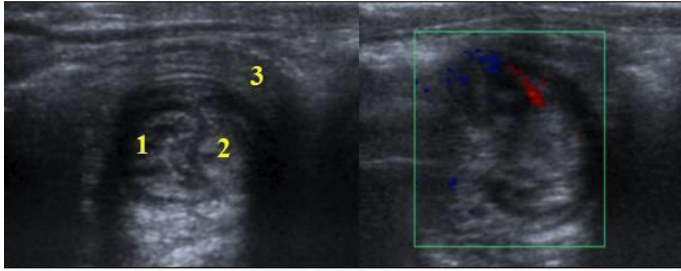
### **Discusión:**

Los hallazgos ecográficos son compatibles con invaginación ileocólica con quiste de duplicación intestinal (QDI) como "cabeza de la invaginación". Los QDI son estructuras esféricas/tubulares revestidas de epitelio intestinal y una pared de músculo liso, que pueden comunicar con la luz intestinal. La mayoría son ileales y se localizan en el lado mesentérico del intestino. Su patogénesis se desconoce. En los niños se manifiestan como obstrucción intestinal, masa abdominal o invaginación. La invaginación intestinal es la causa más frecuente de abdomen agudo en niños de 4-24 meses. La localización más frecuente es la ileocólica. Suele ser de causa idiopática, aunque en mayores de 2 años hay que buscar causa primaria (divertículo de Meckel, QDI...). La prueba diagnóstica de elección es la ecografía (sensibilidad y especificidad cercanas al 100%), que además permite valorar signos de complicación y realizar la reducción de la invaginación eco-guiada (hasta 3 intentos), siendo la reducción hidrostática la más empleada en niños. Existen varios criterios que la desaconsejan, como ocurrió con nuestro paciente, que finalmente requirió cirugía.

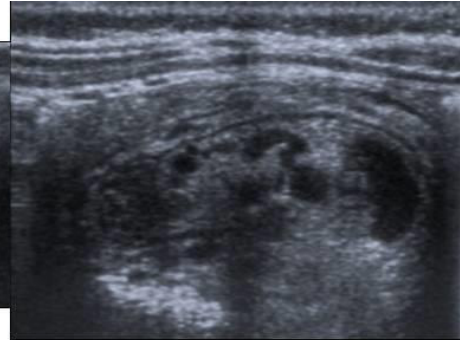
### **Conclusión:**

El QDI es una causa infrecuente de invaginación intestinal en niños que suele requerir cirugía urgente.

**Corte transversal: Imagen en "diana"**

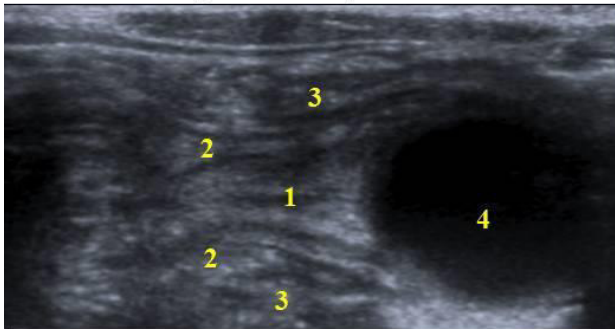


Las capas del centro se corresponden con el íleon terminal (1), le rodea una capa de mesenterio (2), y por fuera la pared del colon ascendente (3). Se observa flujo en el estudio Doppler color.

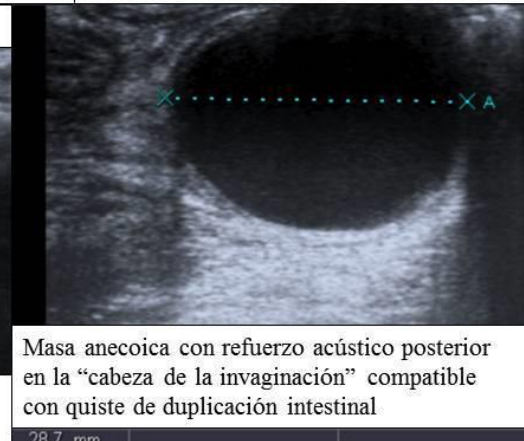


Adenopatías mesentéricas en el interior de la invaginación

**Corte longitudinal: Imagen en "sandwich"**



Íleon terminal (1) invaginado en el colon ascendente (3). Mesenterio (2). Quiste de duplicación (4)



Masa anecoica con refuerzo acústico posterior en la "cabeza de la invaginación" compatible con quiste de duplicación intestinal

### Bibliografía:

1. Del Pozo G et al. Intussusception in children: Current Concepts in diagnosis and enema reduction. Radiographics 1999; 19:299-319.
2. Patenaude Y, Jéquier S, Russo P. Pediatric case of thday. Radiographics 1993; 13:218-220.
3. Cheng G et al. Sonographic pitfalls in the diagnosis of enteric duplication cyst. AJR 2005; 184:521-525.
4. Letelier A et al. Duplicación intestinal: Diagnóstico y tratamiento de una condición inusual. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61-Nº2. Abril 2009; pág.171-175.

<b>Caso</b>	(458) TROMBOSIS VENOSA PULMONAR
<b>Autores</b>	Adriana María López Ruiz Emilio Valentín Agrela Rojas, Montserrat Barxias Martín, Federica Cordido Henríquez, Sonia Chen Xu, Carlos García- moncó Fernández
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

**Presentación:**

Varón de 74 años con factores de riesgo cardiovascular, EPOC, SAOS, prostatectomía por neoplasia de próstata y hemitiroidectomía izquierda por adenoma folicular. Acude a Urgencias por presentar 4 episodios de 10 minutos de duración de disnea y opresión torácica durante la noche anterior. A su llegada: ECG sin alteraciones relevantes, se detecta insuficiencia respiratoria hipocápnica y en la analítica una elevación del dímero D y de la troponina I. Por la clínica, sus antecedentes oncológicos y la elevación del dímero D se solicita una TAC torácica con contraste intravenoso para descartar TEP agudo. En el estudio realizado se observa un defecto de repleción en la vena pulmonar inferior izquierda asociado a una opacidad pulmonar triangular de base periférica en el lóbulo inferior izquierdo con estructuras vasculares periféricas que podrían corresponderse con colaterales.

**Discusión:**

Los hallazgos descritos fueron compatibles con infarto pulmonar por trombosis venosa. El paciente fue tratado con heparina. El estudio de control realizado 2 meses después demostró la resolución de la trombosis y la retracción del área de infarto pulmonar.

La trombosis venosa pulmonar es un hallazgo raro que puede ser grave. La causa maligna más frecuente es el cáncer de pulmón, pero puede ocurrir en el periodo postoperatorio precoz de una lobectomía o un trasplante, entre otras causas.

La clínica y la radiografía de tórax son inespecíficas.

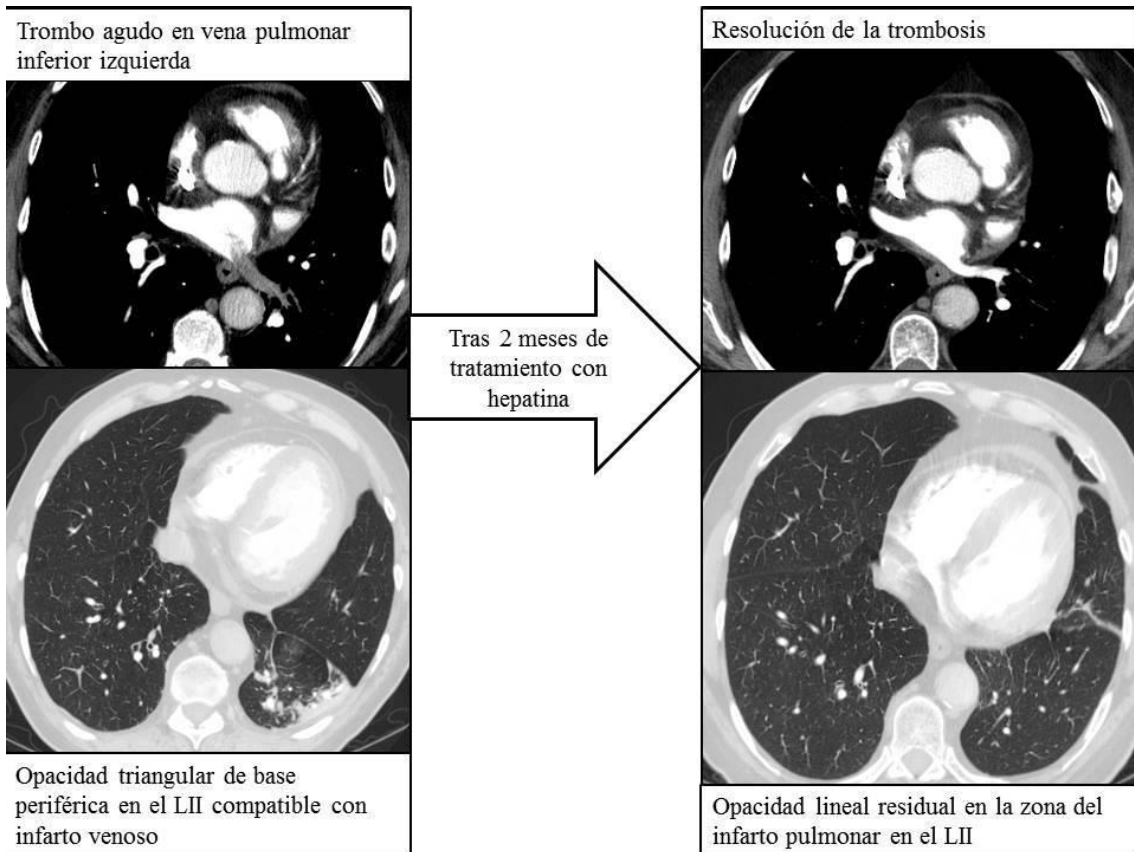
Se puede presentar de forma aguda como un infarto pulmonar o de forma insidiosa como edema pulmonar progresivo o recurrente.

Potenciales complicaciones son la gangrena pulmonar, la embolia periférica y la hemoptisis masiva.

El tratamiento es la anticoagulación oral.

**Conclusión:**

Aunque la trombosis venosa pulmonar no es una entidad frecuente, realizar un estudio de TAC torácico con contraste que rellene arterias pulmonares y venas ayudaría al diagnóstico de esta entidad.



**Bibliografía:**

1. Varona Porres D et al. Learning from the pulmonary veins. Radiographics 2013; 33:999-1022.
2. Selvidge SD, et al. Idiopathic pulmonary vein thrombosis: detection by CT and MR Imaging. AJR 1999; 172: 1639-1641.

<b>Caso</b>	(459) Colecistitis hemorrágica: urgencia rara pero potencialmente fatal
<b>Autores</b>	Vanessa Terán Pareja Susana Borrueal Nacenta, Elena Martínez Chamorro
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

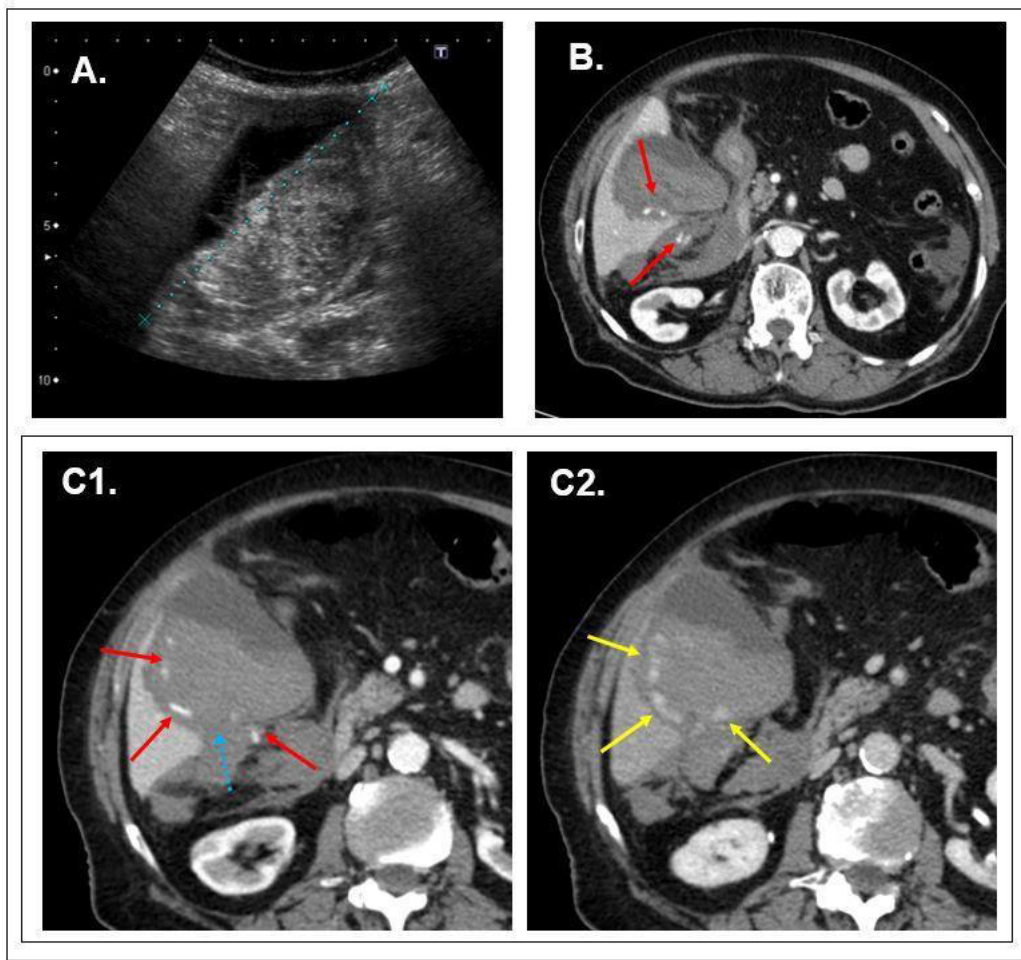
Mujer de 89 años, portadora de prótesis aórtica, anticoagulada, acude por dolor abdominal intenso de predominio en hemiabdomen derecho de 12 horas de evolución, asociado a un vómito bilioso. Hemodinámicamente estable. Analítica: Hemoglobina 10.2 g/dl, Leucocitos 26.3 x1000/ $\mu$ l, Neutrófilos 24.5 x1000/ $\mu$ l, ALT 49 U/l, AST 113 U/l, GGT 63 U/l, FA 69 U/l, LDH 522 U/l, Bilirrubina 2.07 mg/dl, PCR 2.14 mg/dl, INR 3.72. Se realiza inicialmente una ecografía abdominal para descarte de colecistitis identificando una vesícula biliar muy distendida con múltiples litiasis en su interior asociado a contenido ecogénico heterogéneo que forma un nivel en la porción declive. Dados los hallazgos y cuadro clínico-analítico, se completa con TC que demuestra un hemocolecisto con focos de sangrado activo, aparente perforación en su pared posterior y hematoma perivesicular, con hemoperitoneo en moderada cantidad. Se decide cirugía urgente identificando 1 litro de hemoperitoneo con una vesícula biliar distendida perforada, con abundante sangre y litiasis en su interior. Se realiza colecistectomía con evolución favorable.

**Discusión:**

La colecistitis hemorrágica es una urgencia infrecuente y grave de la colecistitis aguda con o sin litiasis. La hemorragia, debida a cambios inflamatorios, causa ulceración de la mucosa y necrosis, distiende la vesícula biliar y provoca su rotura y hemoperitoneo. Los factores de riesgo incluyen la diátesis hemorrágica, anticoagulación, malignidad y trauma. La ecografía suele ser la prueba inicial y la TC de confirmación, revelando signos de colecistitis aguda con material de alta densidad en su interior con presencia de nivel y ocasionalmente, signos de perforación con líquido libre o hemoperitoneo con focos de sangrado activo.

**Conclusión:**

La sospecha y diagnóstico precoz de la colecistitis hemorrágica es esencial para un manejo quirúrgico rápido de esta entidad rara y con alta morbimortalidad.



**Colecistitis hemorrágica.** A: Ecografía inicial que muestra la vesícula biliar distendida con contenido ecogénico heterogéneo que forma un nivel. B. y C1: TC en fase arterial que confirma los signos de colecistitis aguda con nivel denso en su interior, con focos de sangrado activo (flechas rojas) y con probable punto de perforación en pared posterior (flecha azul) con hematoma perivesicular asociado. C2: TC en fase venosa que muestra aumento de los focos de sangrado activo (flechas amarillas) que se visualizaban en C1.

### Bibliografía:

1. Multidetector CT of Emergent Biliary Pathologic Conditions. Patel N, Oto A, Thomas S. RadioGraphics 2013; 33:1867–1888
2. Colecistitis hemorrágica perforada. Calvo P; Chaparro M; Jiménez,E. Cir Esp 2016;94:e35-6

Caso	(460) No pierdas el tiempo y acelera el tratamiento.
Autores	Alberto Quirce Vázquez
Centro	Hospital General Universitario de Alicante

### Presentación:

Varón de 70 años acude con fiebre de origen desconocido y dolor en pierna. Padece cáncer de recto metastásico y había iniciado QT paliativa 3 días antes. Se realiza RX pelvis y se obtiene CK de ingreso de 1600 mg/dl y PCR 20 mg/L que se atribuye a "rabdmiolisis postQT". Tras 12h aparece lesión eritematosa y extensa en cara interna del muslo, disestesias y CK de 6000 mg/dl con PCR 40 mg/L, leucopenia, hipotensión y fluctuaciones de conciencia. Se solicita TC craneal y pélvico + MMII. En radiografía de ingreso se aprecia la presencia de abundante gas aparentemente localizado entre las fibras musculares del músculo íliaco, y musculatura proximal de la pierna derecha. La tomografía sin contraste (dada su insuficiencia renal) confirma los hallazgos de RX apreciando presencia de gas entre las fibras y fascias musculares de la musculatura pélvica y muslo derechos, signos inflamatorios y edema en la grasa adyacente a la musculatura afecta. Hallazgos en relación Fascitis/miositis necrosante. El estudio craneal fue normal. Aparece en sangre "Staphilococco Hominis y Clostridium septicum" Después de 3 horas tras el TC se procede al desbridamiento y tras 12h del mismo, el paciente fallece.

### Discusión:

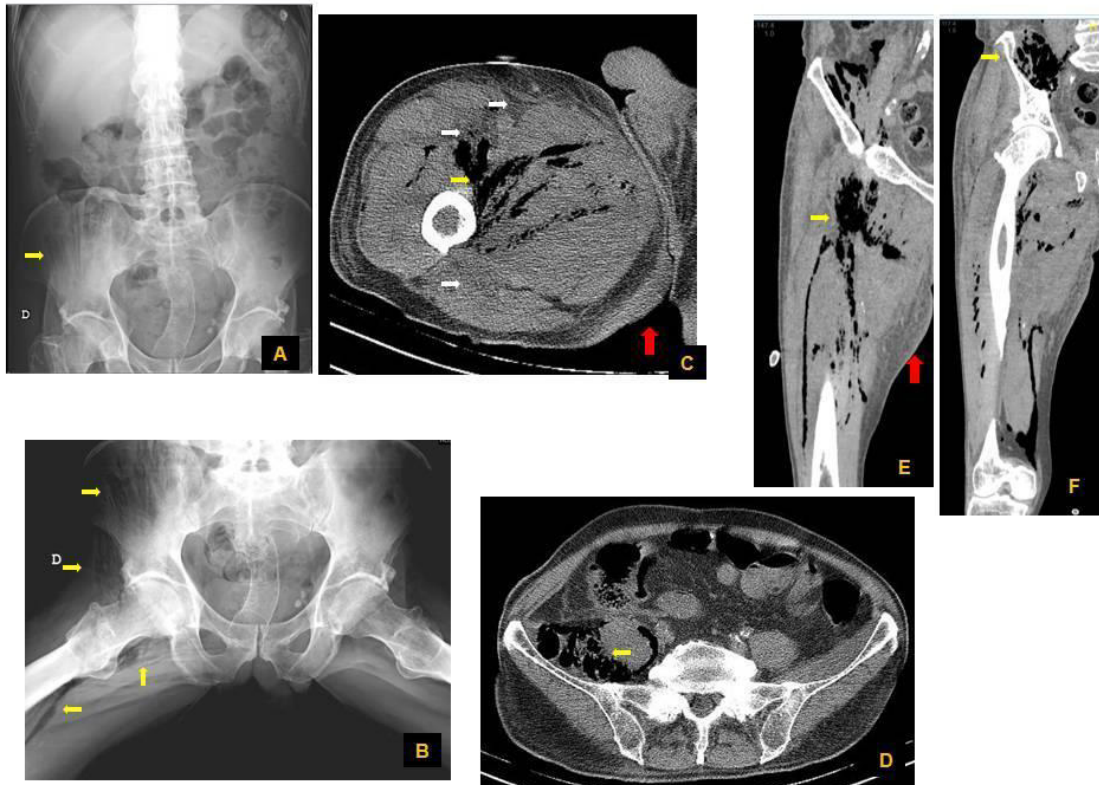
La fascitis/ miositis necrotizante es una entidad relativamente infrecuente pero rápidamente progresiva y a menudo fatal. El pronóstico está marcado por el rápido diagnóstico y actitud médico-quirúrgica; y pese a una rápida actitud la mortalidad oscila entre el 25-75%.

Lo más común es que esté producida por una asociación polimicrobiana (aerobios y anaerobios como Clostridium, Proteus, Escherichia...) sobre un paciente predispuesto: inmunosupresión, inicio de quimioterápicos, cáncer...

### Conclusión:

Aunque a veces puede retrasarse el diagnóstico, en nuestro caso se apreciaba una alteración muy específica en la RX (presente sólo en el 15-57% de las ocasiones) desde el momento de su ingreso que pasó inadvertido conllevando un retraso terapéutico que podría haber cambiado el curso final de la enfermedad.





**Imágenes A-B:** Radiografías de abdomen y pelvis en que se aprecia presencia de líneas radiolucetas (flechas amarillas) de gas disecando los tejidos musculares en hemipelvis y cadera derecha. **Imágenes C-D** cortes axiales, y **E-F** cortes coronales de TC sin contraste en que se confirman los hallazgos de gas interpuesto entre las fibras musculares (flechas amarillas) de musculatura adductora, cuádriceps, sartorio y psoas ilíaco. Nótese además presencia de líquido entre los vientres musculares afectados (flechas blancas) y la presencia de engrosamiento cutáneo (flechas rojas) en cara interna del muslo izquierdo.

### Bibliografía:

Zacharias N, Velmahos GC, Salama A et-al. Diagnosis of necrotizing soft tissue infections by computed tomography. Arch Surg. 2010;145 (5): 452-5. doi:10.1001/archsurg.2010.50

Fugitt JB, Puckett ML, Quigley MM et-al. Necrotizing fasciitis. Radiographics. 2004;24 (5): 1472-6 doi:10.1148/rg.245035169

Smith GH, Huntley JS, Keenan GF. Necrotising myositis: a surgical emergency that may have minimal changes in the skin. Emergency Medicine Journal?: EMJ. 2007;24(2):e8. doi:10.1136/emj.2006.041723.

<b>Caso</b>	(463) EL SENO FRONTAL: VENTANA ABIERTA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
<b>Autores</b>	Jose Pablo Martínez González Cristina Cortés León, Lucía Gómez-pimpollo García, María Luisa Collado Torres, Beatriz Brea, Maria Isabel García-hidalgo Alonso
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

**Presentación:**

Se trata de una niña de 14 años que tras una semana de cuadro catarral y edema palpebral izquierdo acude a urgencias, donde fue diagnosticada de celulitis periorbitaria y tratada con amoxicilina/ clavulánico según la pauta habitual. Una semana tras finalizar el tratamiento acude nuevamente por cuadro de cefalea intensa, náuseas, vómitos e irritabilidad. Es valorada por los servicios de Pediatría, Oftalmología y Neurocirugía, que nos solicitan TC de cráneo ante la posibilidad de episodio de hipertensión intracraneal. Tras revisar la historia, decidimos incluir en el protocolo la administración de CIV para descartar también etiología infecciosa.

Como hallazgos radiológicos observamos colección epidural frontal de aspecto infeccioso, con signos inflamatorios en seno frontal y a nivel preseptal izquierdo, junto a síndrome del complejo osteomeatal, sin signos de osteomielitis, afectación intraconal ni datos de hipertensión intracraneal.

**Discusión:**

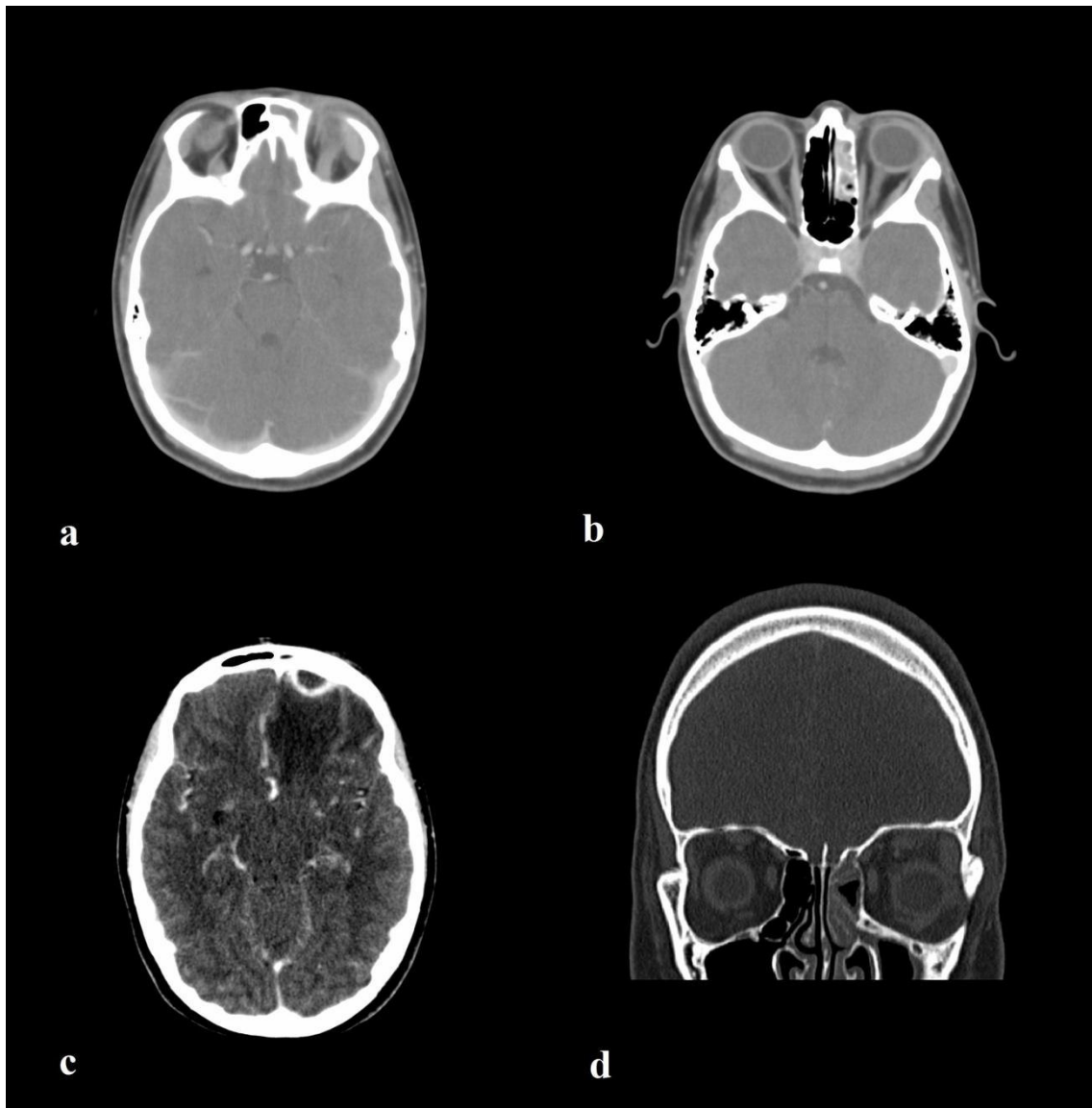
Se establece el diagnóstico sinusitis frontal con celulitis preseptal izquierda y absceso epidural frontal.

Ante un cuadro clínico similar al descrito, mala evolución clínica del paciente a pesar del tratamiento correcto y signos de alarma o afectación neurológica, en un contexto infeccioso, se debe sospechar la presencia de complicación infecciosa intracraneal por extensión desde las cavidades sinusales.

**Conclusión:**

Las principales complicaciones infecciosas intracraneales de la sinusitis frontal son la meningitis, el absceso epidural, subdural o intraparenquimatoso y la tromboflebitis de senos venosos. La diseminación al compartimento intracraneal puede tener lugar por extensión directa o a través de las venas del diploe, que conectan el sistema venoso craneal con la mucosa sinusal.

Estas complicaciones revierten gravedad y pueden ser asintomáticas hasta bien avanzado el cuadro, por lo que su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, que debe ser confirmada de forma urgente mediante una TC con CIV, que es la técnica de elección para la valoración inicial.



**TC de cráneo con contraste intravenoso: a y b. Cortes axiales en ventana de partes blandas: ocupación por material inflamatorio de seno frontal izquierdo, celdillas etmoidales. Cambios inflamatorios en tejido subcutáneo frontal y palpebral izquierdo. Engrosamiento de la glándula lacrimal ipsilateral. No hay signos de celulitis post-septal. c. Corte axial: colección convexa extraaxial frontal parasagital anterior izquierda, adyacente al seno frontal izquierdo, con realce periférico anular. Hipodensidad parenquimatosa subyacente a la lesión en territorio frontal izquierdo sugestiva de edema perilesional, con efecto de masa y leve desplazamiento de línea media anterior frontobasal. d. Reconstrucción coronal a nivel de senos paranasales en ventana ósea: engrosamiento mucoso del seno maxilar y celdillas etmoidales izquierdos. Síndrome del complejo osteomeatal ipsilateral.**

**Bibliografía:**

-T. Menéndez Bada, R. Gaztañaga Expósito, A. Bollar Zabala e Y. Albisu Andrade. Absceso epidural intracraneal como complicación de sinusitis (An Esp Pediatr 2001; 55: 174-177)

-L. Loevner, J. Bradshaw. Paranasal Sinuses. <http://www.radiologyassistant.nl/>. 2009 Feb

-James A. Barkovich. NEUROIMAGENOLOGIA PEDIÁTRICA. 2012

<b>Caso</b>	(465) NO TODO DÉFICIT MOTOR ES ICTUS
<b>Autores</b>	Jose Pablo Martínez González Cristina Cortés León, María Luisa Collado Torres, Lucía Gómez-pimpollo García, Marta Alfageme Zubillaga, Beatriz Brea Álvarez
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

**Presentación:**

Mujer de 83 años IABVD con FRCV (DM 2, HTA, coronariopatía) y cáncer de mama intervenido hace más de 10 años fue traída a nuestro centro por déficit motor de instauración brusca. Antecedentes de TCE esa misma mañana sin pérdida de consciencia. A la exploración dificultad para la emisión del lenguaje, dolor cervical y pérdida de fuerza en cuatro extremidades (MMSS 2/5, MMII 2/5). La sospecha inicial fue de patología isquémica cerebral aguda versus patología aguda postraumática. Se realizó radiografía cervical y TC de cráneo sin civ. Placa simple lateral sospechosa de patología traumática. Sin hallazgos significativos en la TC craneal. Decidimos realizar TC cervical y tras los hallazgos RM cervical urgente.

**Discusión:**

Mediante el estudio TC se estableció el diagnóstico de luxación vertebral subaxial de C4- C5 con componente rotacional del segmento vertebral cervical craneal. Sin líneas de fractura ósea.

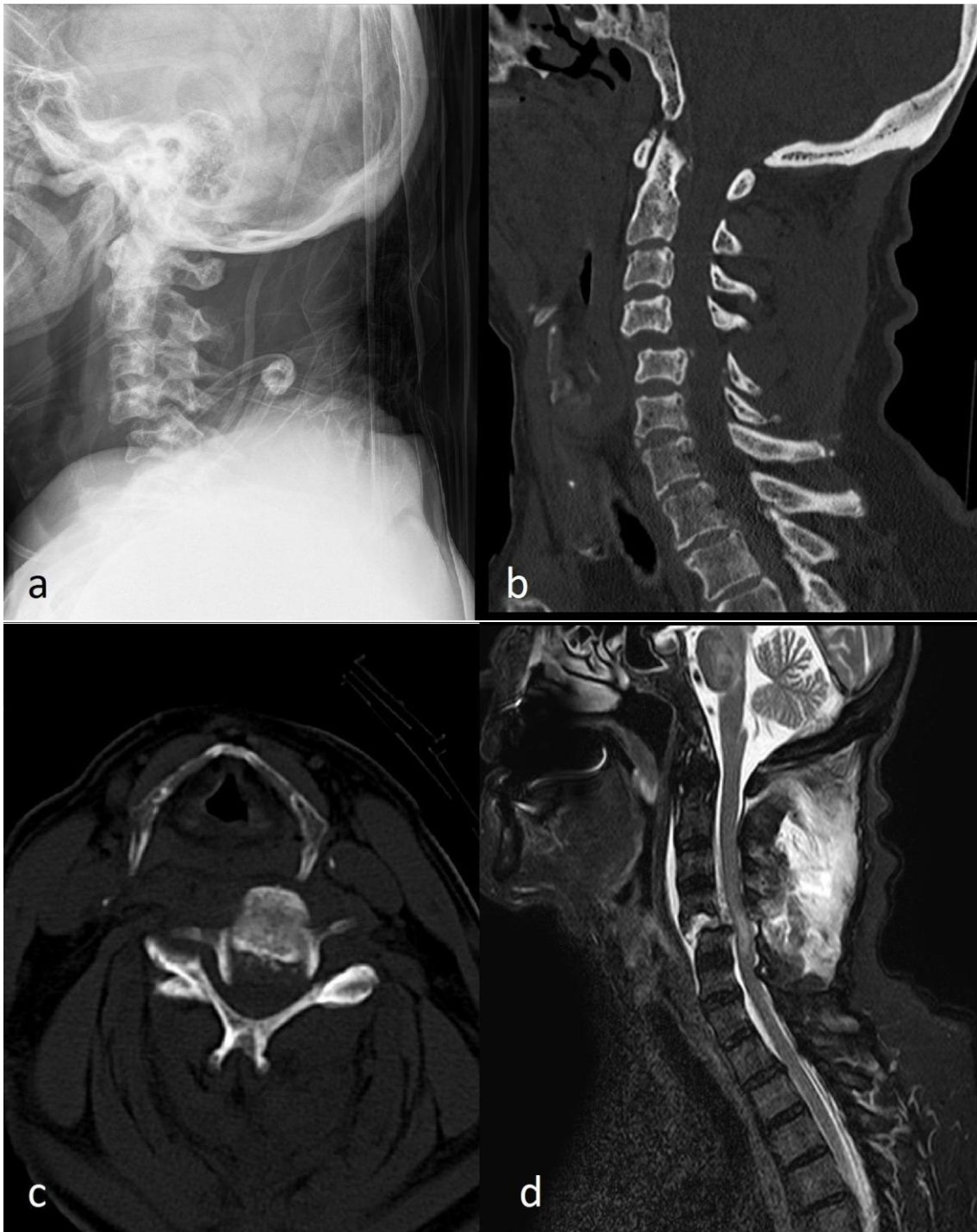
En la RM de columna cervical se observaron signos de contusión medular a la altura de la luxación, contusión del disco intervertebral C4- C5 y afectación de ligamentos del complejo posterior.

**Conclusión:**

Ante un déficit motor no concordante con un territorio vascular cerebral determinado y antecedente de TCE es mandatorio descartar patología medular cervical traumática.

Los signos radiológicos de luxación vertebral incluyen alteración de la alineación de los cuerpos en el plano sagital y de la posición de las carillas interapofisarias con pérdida de su relación articular (inversión de la imagen normal típica "en hamburguesa"). La radiología simple puede orientar el diagnóstico, siendo la TC con reconstrucciones en los tres planos de gran ayuda para valoración de estructuras osteoarticulares y para descartar estenosis del canal medular.

Tras un traumatismo con signos radiológicos de afectación vertebral y clínica neurológica compatible es obligada la realización de RM para valorar la integridad de la médula y del complejo ligamentario posterior, que asegura la estabilidad de la columna.



**a) Radiografía simple lateral y b) Reconstrucción sagital TC en ventana ósea de columna cervical: anterolistesis C4-C5 grado II y retropulsión de muro posterior de C5 hacia canal medular condicionando estenosis significativa del mismo. c) Corte axial de TC en ventana ósea: luxación con inversión de la relación de las carillas articulares interapofisarias derechas de C4 y C5. d) Imagen sagital de RM de columna cervical secuencia STIR: contusión medular a nivel del estrechamiento del canal, contusión del disco C4 -C5, solución de continuidad de ligamentos común posterior vertebral y ligamento amarillo, y afectación edematosa de ligamentos interespinosos.**

**Bibliografía:**

-A. Flanders. Spine- Cervical Trauma. <http://www.radiologyassistant.nl/>. 2008 Nov.

-J. A Toretti, D. K Sengupta. Cervical Spine Trauma. Indian J Orthop. 2007 Oct-Dec? 41(4): 255–267.

-T. H Berquist. Imaging of adult cervical spine trauma. Radiographics. 1998 Jul; num 4 vol 8.

<b>Caso</b>	(469) DIVERTICULITIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA
<b>Autores</b>	Paloma Arias Baldó Aranzazu Gutierrez Pantoja, Jose Fernando Antezana Tapia, Marta Babarro Peleteiro, Jose Antonio Fera, Clara Fernandez Romero
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Mostoles

**Presentación:**

Varón de 43 años que llega a Urgencias por dolor abdominal en flanco-fosa iliaca izquierda de inicio brusco y 4 horas de evolución, acompañado de sensación distérmica. En la exploración física objetivan un abdomen blando y depresible, con dolor en flanco-fosa iliaca izquierda y defensa muscular voluntaria. En la analítica destaca la presencia de leucocitosis (19.500) con neutrofilia y PCR elevada. La RX simple no presenta hallazgos significativos, con heces y gas en marco cólico y ampolla rectal. Solicitan TC ABDOMINAL.

**Discusión:**

El abdomen agudo que se presenta con dolor focalizado en la fosa iliaca izquierda tiene un diagnóstico diferencial menos amplio que en el lado contralateral, siendo la diverticulitis la patología más frecuente, seguida de la ginecológica (no incluida en este caso), colitis, apendicitis epiploica o el cáncer.

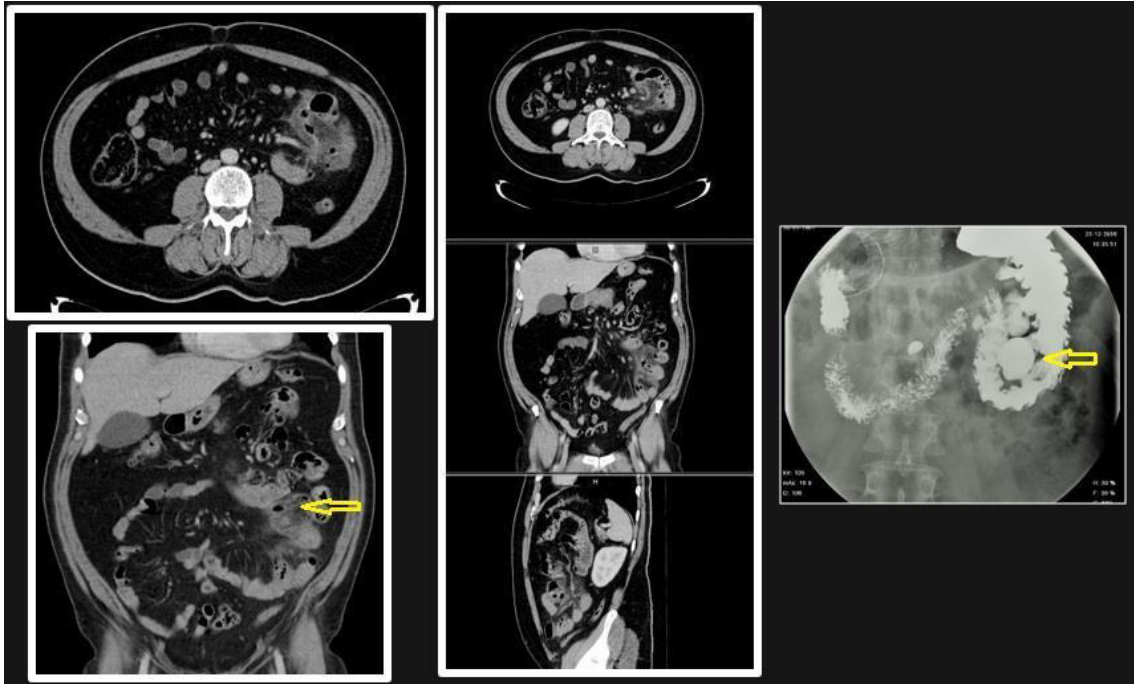
En nuestro caso los hallazgos radiológicos nos permiten definir el diagnóstico definitivo, al observar la característica manifestación de esta entidad con importante estratificación de la grasa mesentérica en torno a un segmento intestinal donde se visualizan divertículos.

**Conclusión:**

Los divertículos son herniaciones de la pared intestinal a través de las capas musculares que se dan normalmente en sigma, siendo la localización yeyunal extremadamente rara.

Cuando se obstruyen, se inflaman y perforan dando lugar a la entidad conocida como diverticulitis, una patología muy frecuente que siempre debe estar en nuestro diagnóstico diferencial ante un cuadro de abdomen agudo, sin obviar su posible localización atípica.





**TC ABDOMINAL CON CONTRASTE EN FASE PORTAL:** Se observa importante estratificación de la grasa mesentérica en flanco- fosa iliaca izquierdos en torno a asas de yeyuno que presentan divertículos en su pared, con burbujas aéreas extraluminales que sugieren microperforación, y algunas adenopatías locorregionales. Compatible con diverticulitis aguda. Imagen de tránsito intestinal con bario realizado al alta donde se confirma la presencia de divertículos yeyunales, el mayor de 3 cm.

### Bibliografía:

1. Alyn Q. Woods, MD, Justin Q. Ly, MD, Aaron Binstock, MD, and Douglas P. Beall, MD "Radiological Case: Jejunal diverticulitis".
2. Libro " Solución de problemas en imagen abdominal" de N. Dalrympl.
3. Benya EC, Ghahremani GG, Brosnan JJ. Diverticulitis of the jejunum: Clinical and radiological features. Gastrointest Radiol. 1991;16:24-28.

<b>Caso</b>	(470) Directo al corazón: Laceración cardíaca por herida de arma blanca.
<b>Autores</b>	Lucía Terán Álvarez Karen Del Castillo Arango, Juan Sanz Díaz, Diego Rubio Solís, Laura Garcia Suárez, Sandra Sánchez García
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

### **Presentación:**

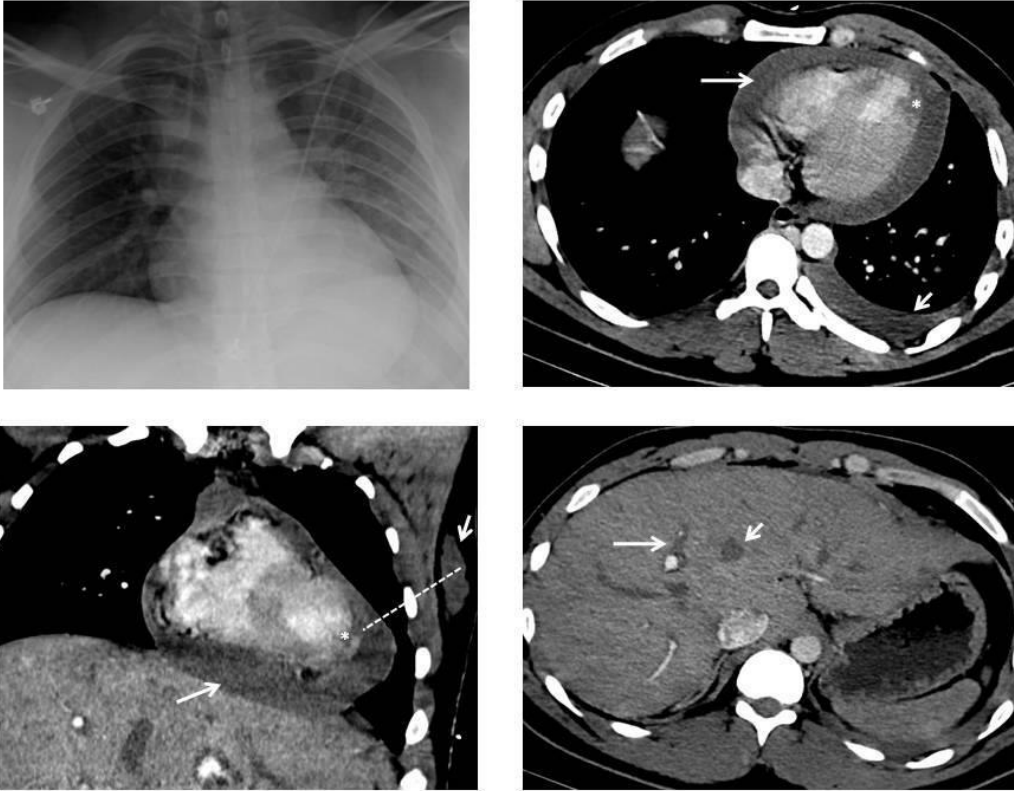
Varón de 23 años que acude a urgencias por herida de arma blanca en el costado izquierdo tras agresión, estable hemodinámicamente y sin antecedentes de interés. Se realiza angioTC toracoabdominal urgente en fase arterial y venosa con los siguientes hallazgos: Discreto derrame pleural derecho y moderado derrame pericárdico de densidad elevada compatible con hemopericardio. En ápex cardíaco se identifica un área hipodensa mal definida que en el contexto clínico es compatible con laceración cardíaca. Mínimo neumotórax laminar apical izquierdo y neumomediastino superior. Pequeño hematoma subcutáneo de 4 cm en región mamilar izquierda. Mínima cantidad de líquido libre perihepático y perivesicular con edema periportal asociado, sugestivo de hígado de congestión en el contexto de insuficiencia cardíaca aguda. Se realiza ecocardiografía transtorácica urgente que confirma el hemopericardio. El paciente comienza con hipotensión y signos de taponamiento cardíaco, por lo que cirugía cardíaca decide intervención quirúrgica urgente que confirma laceración en ápex del VI.

### **Discusión:**

La lesión cardíaca penetrante es una emergencia con alta mortalidad, generalmente provocada por armas de fuego o armas blancas. La mayor parte de los pacientes son varones jóvenes, y es la pared anterior del VD el sitio más frecuentemente afectado debido a su disposición más anterior en la cavidad torácica. La posibilidad de lesión cardíaca ha de considerarse en todo paciente con heridas de arma blanca, particularmente si afectan al hemitórax izquierdo. Las causas más frecuentes de muerte son el shock hemorrágico y el taponamiento cardíaco. En pacientes estables, la TC de tórax es útil para identificar hemopericardio y compresión cardíaca resultante de hematomas mediastínicos, así como otras complicaciones como defectos del septo ventricular, pseudoaneurismas o laceraciones cardíacas.

### **Conclusión:**

La TC multidetector se recomienda como la modalidad de imagen inicial para diagnosticar rápidamente lesiones cardíacas en pacientes hemodinámicamente estables con traumatismo torácico y en aquellos con riesgo de lesión cardíaca.



**A) RX tórax en proyección anteroposterior: aumento de tamaño de la silueta cardíaca y derrame pleural izquierdo. B) TC de tórax con CIV en plano axial: Derrame pericárdico de alta densidad compatible con hemopericardio (flecha larga). Derrame pleural izquierdo (flecha corta). Área hipodensa en ápex cardíaco en relación con laceración (asterisco). C) Reconstrucción coronal oblicua de TC de tórax con CIV: pequeño hematoma subcutáneo izquierdo (flecha corta), hemopericardio (flecha larga) y laceración cardíaca (asterisco). La línea punteada representa la probable trayectoria que siguió el arma blanca. D) Corte axial a nivel hepático con CIV: Edema periportal (flecha larga) y dilatación de venas suprahepáticas (flecha corta) como signos de insuficiencia cardíaca aguda.**

### **Bibliografía:**

Carlos S. Restrepo, Fernando R. Gutierrez, et al. Imaging Patients with Cardiac Trauma. *RadioGraphics* 2012;32:633–49. 3.

<b>Caso</b>	(471) HALLAZGOS RADIOLÓGICOS POR TCMD EN EL MUCOCELE APENDICULAR
<b>Autores</b>	Laura Díaz Rubia Francisco Javier García Verdejo
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Granada

### **Presentación:**

Presentamos el caso de una paciente de 55 años con historia de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha irradiado a pelvis de varios días de evolución que acude al servicio de urgencias. A la exploración destaca dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha y sensación de masa palpable en esa región. Se solicita una ecografía abdominal por sospecha de apendicitis aguda, en la cual no se logra visualizar el apéndice vermiforme, por lo que finalmente se realiza un estudio mediante TC abdominopélvica con contraste intravenoso donde se aprecia una lesión que crece desde polo cecal, de aspecto quístico, de pared gruesa en capas y algo captante, con imágenes de alta densidad en su interior y alguna burbuja aérea de aproximadamente 60 milímetros, con pequeños ganglios en meso adyacente, sugerente de Mucocele apendicular.

### **Discusión:**

Estamos ante un caso que, desde el punto de vista de la imagen, sugiere ser un Mucocele apendicular. El Mucocele apendicular es una patología infrecuente del apéndice caracterizado por una dilatación quística de su luz y acúmulo de material mucinoso. Existen cuatro entidades clínicas clasificadas como mucocele: quiste de retención, mucocele simple, hiperplasia y cistoadenoma/cistoadenocarcinoma mucinoso.

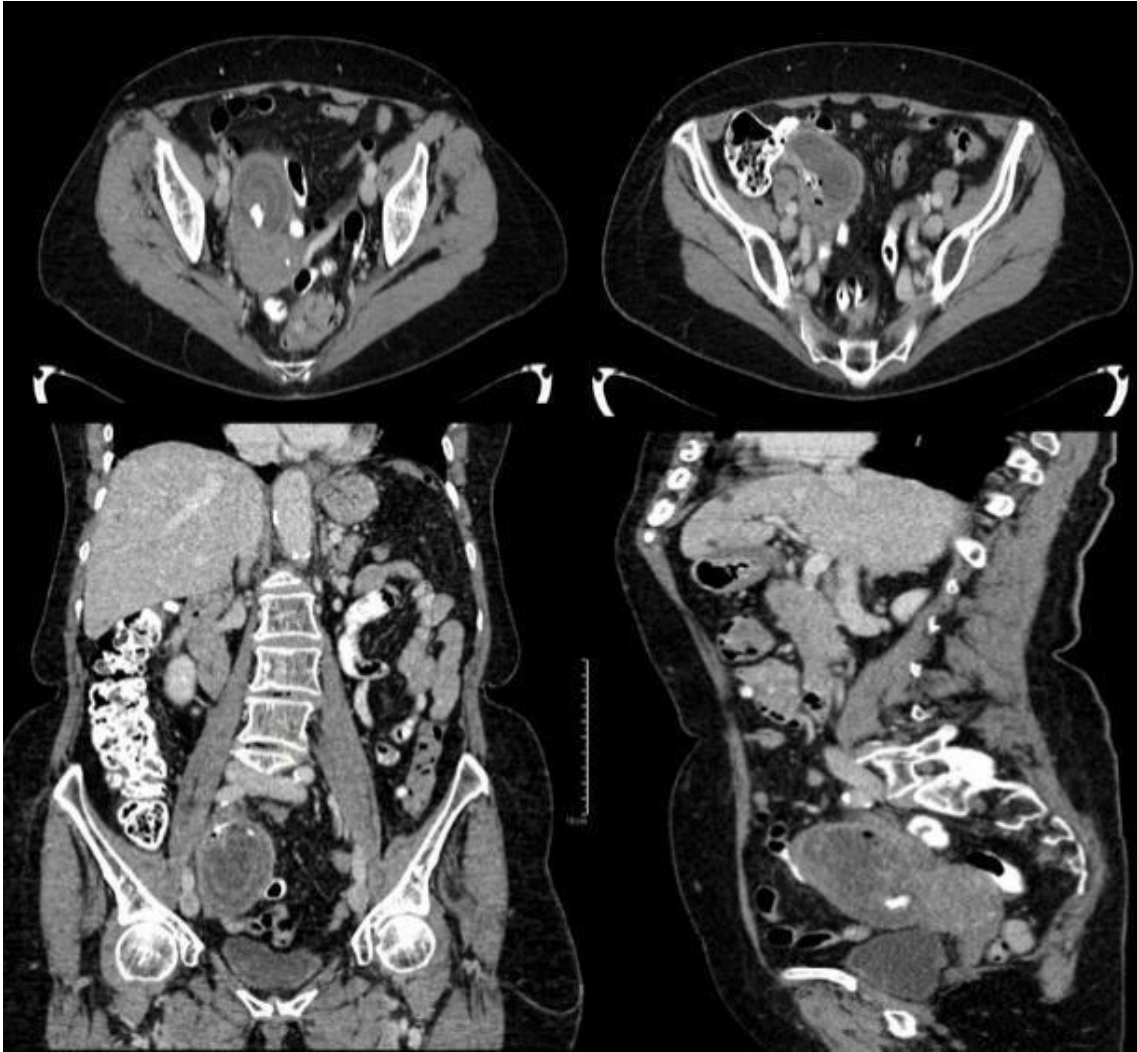
El diagnóstico se realiza mediante TC y resulta dificultoso por la inespecificidad de sus síntomas, siendo en ocasiones un hallazgo casual.

La apendicectomía puede ser el tratamiento suficiente salvo en los casos de malignidad, en los que se requiere realizar una hemicolectomía.

El pronóstico es bueno a excepción de los Cistoadenocarcinomas, donde las recidivas y metástasis son más frecuentes.

### **Conclusión:**

El Mucocele apendicular es una entidad a considerar en pacientes con dolor en fosa iliaca derecha, siendo de gran utilidad para su diagnóstico las pruebas de imagen, en especial la TC. El cistoadenocarcinoma mucinoso es su forma maligna, por lo que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar el pronóstico.



*Cortes axiales (arriba), coronal (abajo a la izquierda) y sagital (abajo a la derecha) de TC abdominopelvica con contraste que muestra lesión predominantemente quística en región cecal, con captación de contraste, sugerente de Mucocele apendicular.*

### **Bibliografía:**

1. Blanc E, Ripollés T, Martínez MJ, Delgado F, Agramunt M. Ecografía y TC del mucocele apendicular: hallazgos que sugieren etiología maligna. Radiología 2003;45:79-84.
2. D. Madwed, R. Mindelzun, R.B. Jeffrey. Mucocele of the appendix: Imaging findings. AJR, 159 (1992), pp. 69-72.

<b>Caso</b>	(472) Hemorragia intraquística de los plexos coroideos post-traumática.
<b>Autores</b>	Nuria Alonso Ordás Raquel Monreal Beortegui, Teresa Cabada Giadás, Luis Miranda Orella, Nerea Alberdi Aldasoro
<b>Centro</b>	Complejo hospitalario de Navarra

### **Presentación:**

Paciente de 90 años con discrasia sanguínea secundaria a un síndrome mielodisplásico, que acude a urgencias por síncope con caída y traumatismo craneoencefálico. La TC craneal reveló unas formaciones hiperdensas redondeadas en ambos ventrículos laterales en relación con los plexos coroideos. Una TC previa demostraba la presencia de quistes con pared calcificada, por lo que la hiperdensidad se interpretó como hemorragia intraquística. No se identificó hemorragia libre intraventricular ni otros focos de hemorragia aguda intracraneal. A las 24 horas se repitió la TC por empeoramiento clínico observándose una extensa hemorragia intraventricular.

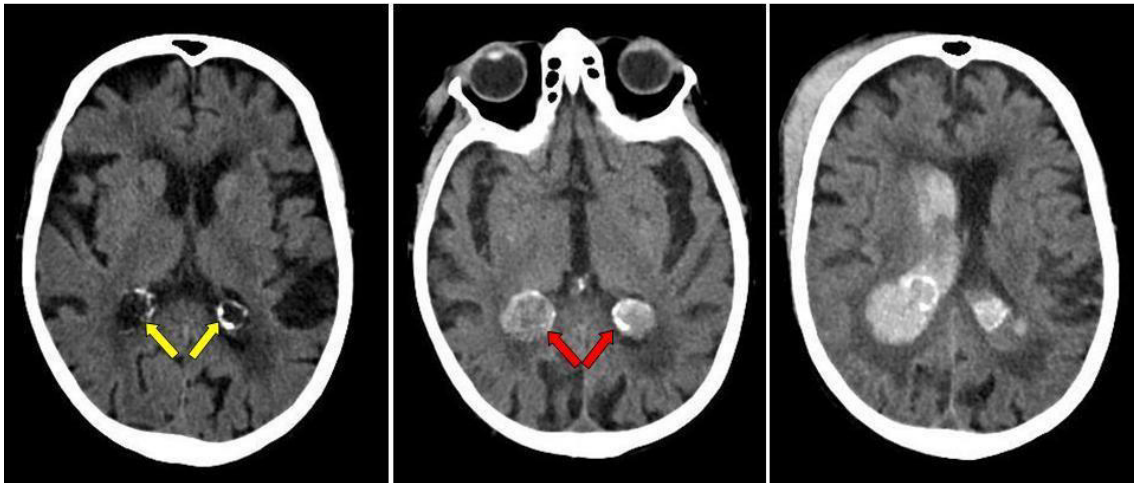
### **Discusión:**

Los quistes de los plexos coroideos constituyen un hallazgo incidental frecuente en la población (50% de las autopsias). Generalmente son infracentimétricos y localizados en los ventrículos laterales de forma bilateral. En la TC son lesiones isodensas respecto al LCR, sin captación de contraste, con calcificaciones periféricas. En los plexos pueden identificarse otras lesiones frecuentes como los xantogranulomas, de apariencia heterogénea, o lesiones tumorales más raras, como metástasis, meningiomas, papilomas o procesos linfoproliferativos.

La hemorragia tras un traumatismo craneoencefálico, principalmente en pacientes con trastornos de la coagulación es frecuente. El abanico es amplio abarcando hematomas tanto intra como extraaxiales. La hemorragia limitada intraquística en los plexos coroideos es muy infrecuente, principalmente si se manifiesta de forma aislada habiendo encontrado muy pocos casos similares descritos en la literatura

### **Conclusión:**

La identificación de un sangrado agudo en los plexos coroideos puede ser complicado, dado el pleomorfismo que pueden presentar los mismos, sobre todo si no disponemos de estudios anteriores para comparar. Aunque la hemorragia intraquística es una complicación rara, se debería tener en cuenta en pacientes con traumatismo craneoencefálico y factores de riesgo hemorrágico.



A. TC previa.

B. TC al diagnóstico

C. TC a las 24 horas

**A.** *A.TC previa. Imágenes hipodensas calcificadas compatibles con quistes en ambos plexos coroideos (flechas amarillas) B. B.TC al diagnóstico: Aumento de tamaño y densidad de los quistes coroideos, compatible con hemorragia intraquistica aguda (flechas rojas) C. C.TC a las 24 horas: Evolución con rotura y hemorragia intraventricular.*

### Bibliografía:

MRI of hemorrhagic choroid plexus cyst. *Neuroradiology* 1993;35(6): 428-30.

Diagnostic imaging of choroid plexus disease. *Clin Radiol.* 2000 Jul;55(7):503-16

Spectrum of choroid plexus lesions in children. *AJR AM J Roentgenol.* 2009 Jan; 192(1): 32-40. doi: 10.2214/AJR.08.1128.

Rare tumors of the lateral ventricle. Review of the literature. *Neurochirurgie.* 2011 Sep-Dec; 57 (4-6):225-9. doi:10.1016/j.neuchi2011.09.012 Epub 2011 Oct 24

<b>Caso</b>	(473) Afectación hepática secundaria a pielonefritis.
<b>Autores</b>	Nuria Alonso Ordás Raquel Monreal Beortegui, Inmaculada Rubio Marco, Inés García De Eulate Martín Moro, Carmen Sainz Gómez
<b>Centro</b>	Complejo hospitalario de navarra

### **Presentación:**

Paciente de 45 años, en tratamiento con inmunomoduladores, que acude a urgencias por fiebre y dolor en hipocondrio derecho de tres días de evolución. Presenta Murphy positivo, dolor en hemiabdomen derecho y descompresión positiva. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada y leucocituria. La ecografía fue anodina. Dada la persistencia de alteraciones clínico analíticas se solicita TC abdominal que reveló un riñón izquierdo aumentado con lesiones cuneiformes hipodensas desde la papila a la corteza renal asociada a vía urinaria izquierda ectásica con relace mural uniforme. El riñón derecho fue normal. Se observó un halo hipodenso periportal y perivesicular con líquido libre de distribución perihepática, sin otras alteraciones hepáticas ni biliares. Posteriormente presentó elevación de transaminasas y marcadores de colestasis.

### **Discusión:**

La región periportal contiene estructuras vasculares, vía biliar, nervios y vasos linfáticos. La afectación de cualquiera de ellas se manifiesta como un manguito de densidad de partes blandas conocido como halo periportal. Es inespecífico y puede traducir afectación por tumores hepáticos, histiocitosis, linfomas, neurofibromatosis, hemorragia por traumatismo hepático, insuficiencia cardiaca, neumotórax o linfedema postransplante

En las enfermedades inflamatorias, la aparición de edema periportal se cree refleja a una alteración de la circulación linfática debida a la alteración de la reabsorción del sodio por alteración renal e incremento de la permeabilidad vascular. Está descrito en infecciones locales (hepatitis, colecistitis) y a distancia (apendicitis, pielonefritis), pudiendo constituir como en este caso, la principal manifestación clínica.

### **Conclusión:**

El edema periportal está descrito como complicación de procesos inflamatorios a distancia, incluida la pielonifritis, relacionándose en estos casos con mayor severidad de la afectación renal, presencia de abscesos y alteración analítica más importante, requiriendo generalmente una hospitalización más prolongada.

Ante un caso de dolor abdominal derecho, en el contexto clínico analítico adecuado es importante reconocer el edema periportal como manifestación extrarrenal de una pielonefritis.





IMAGEN A

IMAGEN B

**Imagen A:** Se identifica riñón izquierdo aumentado de tamaño con nefrograma alterado estriado, y ectasia pielocalicial con realce mural, compatible con pielonefritis. **Imagen B:** se aprecia halo hipodenso en torno a ramas portales de predominio en el lóbulo hepático izquierdo y engrosamiento mural hipodenso en vesícula que mantiene tamaño dentro de la normalidad, compatible con edema perivesicular.

### **Bibliografía:**

Clinical significance of periportal tracking as an extrarenal manifestation of acute pyelonephritis. *Abdominal imaging* (2011) 36:557-560

Hepatic periportal tracking associated with severe acute pyelonephritis. *Abdom imaging* 25: 251-254 (2000)

<b>Caso</b>	(474) Hernia intestinal intravesical complicada con obstrucción
<b>Autores</b>	Raquel Monreal Beortegui Nuria Alonso Ordas, Maria Paz Lorente Valero, Luis Miranda Orella, Ana Hernando Sanz, Carlos Chaveli Diaz
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario de Navarra (CHN)

**Presentación:**

Mujer de 35 años con antecedente hace un mes de histerectomía radical con doble anexectomía por adenocarcinoma uterino vía laparoscópica. Acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución y vómitos biliosos. Se realiza TC para descartar complicación postquirúrgica, y se observan asas de intestino delgado (ID) que parecen situarse intravesicales. Ante lo insólito del hallazgo y ausencia de sintomatología urinaria se decide conducta expectante. A los 15 días vuelve con aumento del dolor y signos de obstrucción intestinal. En la TC se objetivan asas de ID herniadas en la vejiga con cambios edematosos y obstrucción intestinal. Se realiza cirugía urgente liberándose el conglomerado intestinal herniado en la vejiga y se sutura un defecto vesical de 2 cm.

**Discusión:**

La lesión vesical es una de las complicaciones conocidas de las cirugías ginecológicas, otras causas son traumatismo y espontánea aunque la herniación de ID a través del orificio es poco frecuente, Themlow refiere 5 casos descritos hasta 2011. Los pacientes suelen presentar estreñimiento, hematuria y dolor abdominal con signos de peritonitis, pero si el intestino se hernia y sella el defecto, las manifestaciones clínicas pueden retrasarse al minimizar la fuga de orina.

Para su diagnóstico el TC es la principal prueba de imagen, donde vemos asas en la vejiga y el meso ingurgitado con vasos que pasan a través del defecto de la pared vesical. Los pacientes pueden asociar signos de obstrucción intestinal e incluso isquemia si el orificio es pequeño. La falta de repleción vesical puede dificultar el diagnóstico, por lo que se puede valorar realizar una fase excretora. El tratamiento es la reducción quirúrgica y reparación del orificio.

**Conclusión:**

Las hernias intravesicales son complicaciones raras de las perforaciones vesicales. La TC es la técnica indicada para su diagnóstico a valorar como complicación en la cirugía ginecológica. El tratamiento es quirúrgico.



*En la TC inicial (A Y B) se observan asas intestinales intravesicales(\*). Linfocèle iliaco derecho (cabeza de flecha). En la segunda TC realizada a los 15 días (C y D) se observa un conglomerado de asas intravesicales colapsadas (\*) y un cambio brusco de calibre (flecha) con dilatación retrógrada de intestino delgado.*

### **Bibliografía:**

1. Mathevet P, Valencia P, Cousin C, Mellier G, Dargent D. Operative injuries during vaginal hysterectomy. *Euro J Obs & Gynae* 2001 97(1): 71-75.
2. Festini G, Gregorutti S, Reina G, Bellis G. Isolated intraperitoneal bladder rupture in patients with alcohol intoxication and minor abdominal trauma. *Ann Emerg Med* 1991 20(12) 1371-1372.
3. Liegeois F., Thoumas D., Lemercier E., Sibert L., Pfister C., Raynaud P. Spontaneous rupture of the bladder. Apropos of 2 cases with an unusual presentation. *Rupture spontanée de vessie. A propos de deux cas de presentation inhabituelle* *J Radiol.* 1998;79(11):1404–1406.
4. Oesterling JE; Goldman SM; Lowe FC. Intravesical herniation of small bowel after bladder perforation. *Journal of Urology* 1987 138(5): 1236-8.
5. Yalla SV; Slavick H; Burros HM. Intravesical strangulation of the small bowel. An unusual complication of rupture of urinary bladder. *Urology* 1973 2(5): 572-3.

6. Twemlow MRP, Narava S, Ali T, Graham JY, Hilton P. Intravesical herniation of small bowel: a very rare complication of bladder perforation *BJU Int.* 2011
7. Balthazar E. CT of small-bowel obstruction. *Am J Roentgenol* 1994 162: 255-261.
8. Naomi S. Sakai, Vikas Acharya, Sami Mansour, Mohammed A. Saleemi, and Sarah Cheslyn-Curtis. An unusual cause of small bowel obstruction caused by a Richter's-type hernia into the urinary bladder. *Int J Surg Case Rep.* 2014; 5(7): 358–360.

<b>Caso</b>	(476) EMBOLIA GRASA PULMONAR
<b>Autores</b>	Elena Ingunza Loizaga Cristina Berastegi Santamaría; Gorka Del Cura Allende; Ainhoa Tellería Bajo; Ainize Cancho Salcedo; Karmele Armendariz Tellitu
<b>Centro</b>	Hospital Galdakao-Usansolo

**Presentación:**

Varón de 31 años, que acude por disnea, no AP de interés, ingresado tras electrocución hace 48h con fractura de tibia y peroné. Presenta insuficiencia respiratoria, Dímero D 1090. Se solicita TC tórax para descartar TEP.

**Discusión:**

El embolismo graso es una complicación infrecuente de las fracturas de huesos largos, dándose en el 1-3% de pacientes con fractura simple tibial o femoral, y hasta en el 20% de casos si el trauma es más severo. Existen otras causas menos frecuentes, como la

hemoglobinopatía, grandes quemados, pancreatitis, infecciones, tumores, transfusiones sanguíneas o liposucciones.

Patogenia:

-La producción de ácidos grasos libres inicia una reacción tóxica en el endotelio, complicándose con el acúmulo de neutrófilos y otras células inflamatorias que dañan la vasculatura

-Se da una obstrucción de la vasculatura pulmonar por glóbulos grasos y agregados celulares de eritrocitos y plaquetas

Clínica: triada clínica (hipoxia, disfunción neurológica y exantema petequeal) tras 12-24h del evento traumático.

Las anomalías radiológicas se dan 1-2 días tras el trauma, lo que permite diferenciarlo de la contusión traumática.

Hallazgos radiológicos: superponibles a los del síndrome de distrés respiratorio del adulto SDRA) de cualquier otra causa

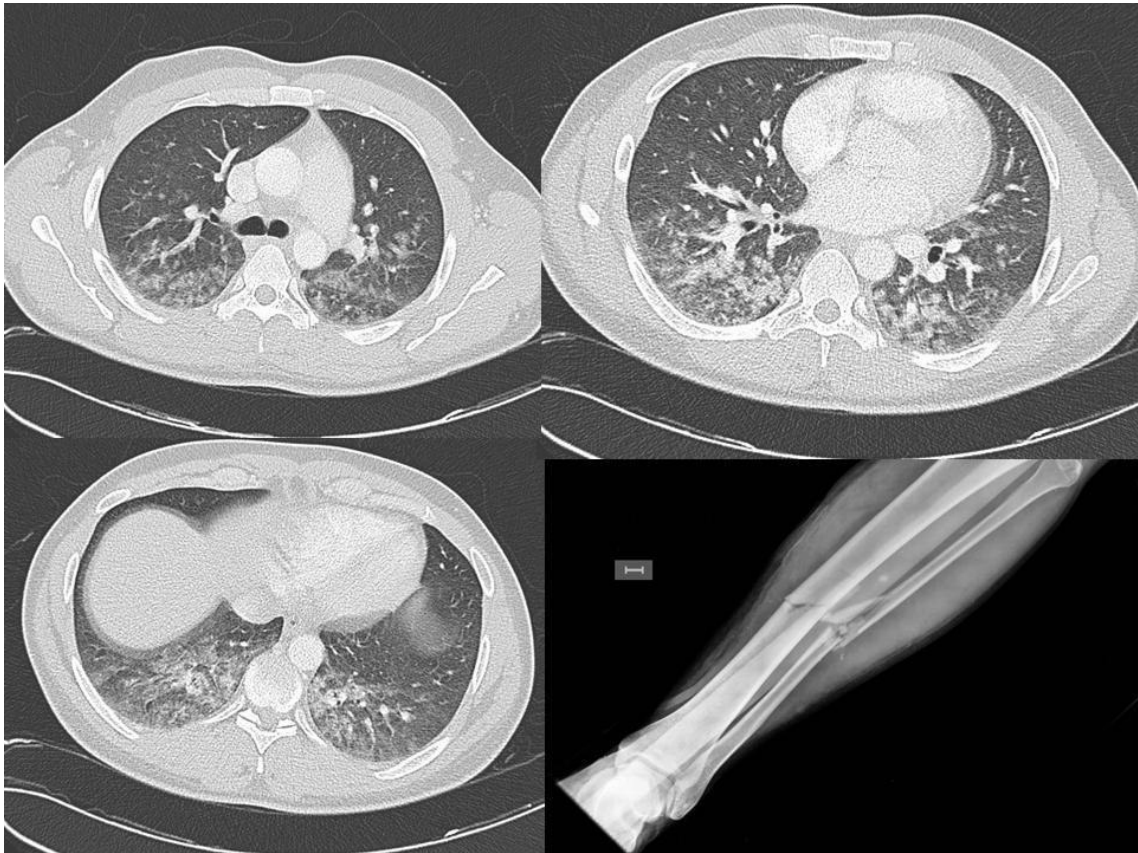
TC:

-consolidación/opacidades en vidrio esmerilado focales o difusas (con predominio en regiones declives del pulmón)

-nódulos centrolobulillares y subpleurales

**Conclusión:**

A pesar de su relativa infrecuencia, el síndrome de embolia grasa debe ser considerado ante una insuficiencia respiratoria y una Rx/TC de tórax anormal tras 1-3 días de un trauma óseo.



**TC de tórax: opacidades en vidrio esmerilado y consolidativas de distribución bilateral en segmentos posteriores, y asociadas a nódulos centrolobulillares, en contexto de fracturas de tibia y peroné.**

### **Bibliografía:**

- "Thrombotic and Nonthrombotic Pulmonary Arterial Embolism: Spectrum of Imaging Findings", *RadioGraphics* 2003; 23:1521–1539; Han et al.
- "Radiología Pulmonar y Cardiovascular"; ed. Marbán; Webb and Higgins
- "Expert ddx tórax"; ed. Marbán; Stern, Gurney et al.

<b>Caso</b>	(477) MÁS ALLÁ DE LA PANCREATITIS AGUDA
<b>Autores</b>	Diana Plata Ariza Alicia Merina Castilla, violeta González Méndez, Elena Zabía Galíndez, Elena Martínez Chamorro, Susana Borrueal Nacenta.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

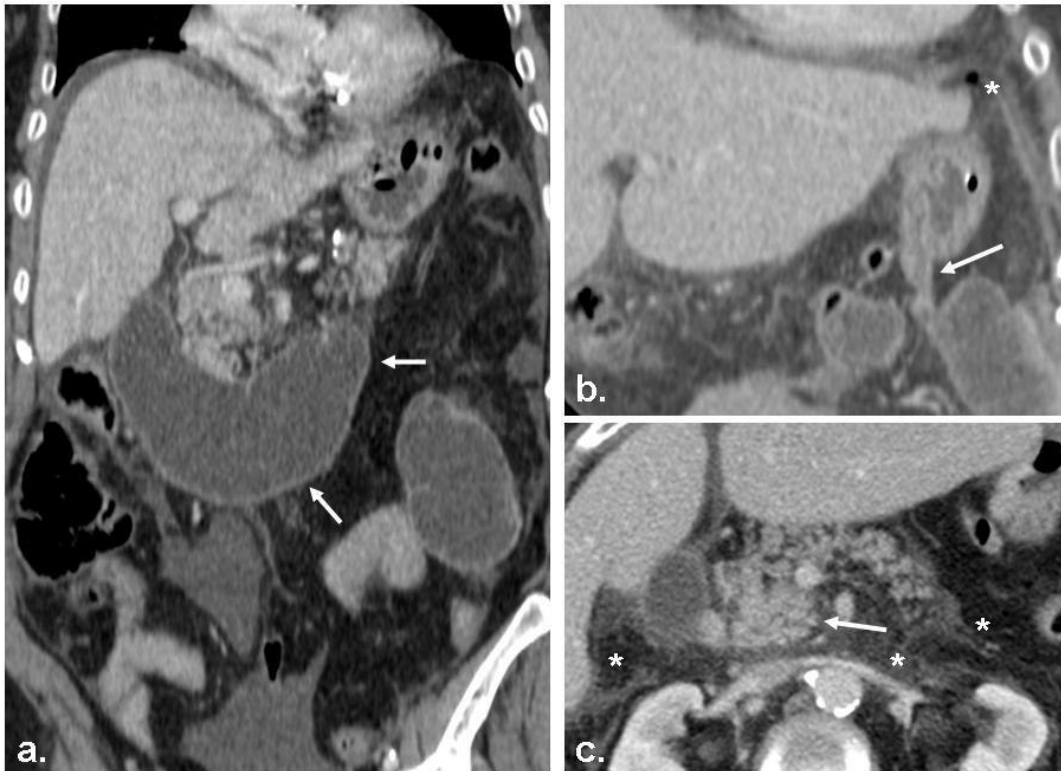
Paciente de 81 años que acude por dolor abdominal en epigastrio irradiado a espalda, náuseas y vómitos alimentarios/biliosos sin fiebre. Última deposición esa mañana de características normales. Antecedentes de gastrectomía subtotal hace 40 años (úlcera péptica) y colecistectomía por litiasis hace 8 años. En la analítica destaca amilasa 1815 U/L. Diagnosticada de pancreatitis aguda y por empeoramiento clínico solicitan tomografía computarizada (TC) el 4º día de ingreso con sospecha de complicaciones. En la TC se observan cambios postquirúrgicos de gastroyeyunostomía tipo Billroth II con marcado aumento de calibre del asa aferente con estenosis en la anastomosis del asa aferente-estómago, burbujas de gas ectópico en hemiabdomen superior y aumento de calibre de la cabeza pancreática con afectación de la grasa adyacente y líquido libre, no se observan necrosis pancreática/peripancreática ni complicaciones de la pancreatitis. Concluimos que corresponde a un síndrome de asa aferente por estenosis de la anastomosis complicada con perforación y pancreatitis aguda secundaria.

**Discusión:**

El síndrome del asa aferente es una complicación mecánica poco frecuente que ocurre en pacientes con gastroyeyunostomía Billroth II, Y de Roux y pancreaticoduodenectomía y suele ser secundaria a estenosis anastomótica, hernia interna, invaginación o recidiva tumoral (1,2). La acumulación de secreciones biliopancreáticas e intestinales incrementa la presión condicionando dilatación del asa aferente, de vía biliar y del conducto de Wirsung desencadenando liberación y activación de enzimas pancreáticas con autólisis y respuesta inflamatoria sistémica que finaliza en un cuadro de pancreatitis aguda (3). La fisiopatología es similar a la de la pancreatitis litiásica.

**Conclusión:**

En los pacientes con pancreatitis aguda y antecedente de gastroyeyunostomía Billroth II, Y de Roux y pancreaticoduodenectomía debe valorarse la posibilidad de que el proceso sea secundario a la obstrucción del asa aferente para resolver el proceso obstructivo lo antes posible y evitar complicaciones tanto de la obstrucción como de la pancreatitis aguda.



**Figura 1.** TC abdominopélvica con contraste intravenoso. a y b. Cambios postquirúrgicos de gastroyeyunostomía tipo Billroth II con marcado aumento de calibre del asa aferente (flechas en a) secundaria a estenosis de la anastomosis asa aferente-estómago (flecha en b) y burbujas de gas ectópico secundarias a perforación del asa obstruida (\* en b). c. Aumento de tamaño de la cabeza pancreática (flecha) con afectación de la grasa adyacente y líquido libre (\*), en relación con pancreatitis aguda no complicada.

### Bibliografía:

1. Scott W. Afferent loop syndrome. Radiology. 2000; 216: 142-5
2. Kunihiro T, Kenichi T, Noriyuki I, Hisashi D. Pancreatitis due to afferent loop obstruction. Internal Medicine. 2013; 52: 2589.
3. Barajas-Fregoso EM, Romero-Hernández T, Macías-Amezcu MD. Acute pancreatitis and afferent loop syndrome. Case report. Cir Cir. 2013; 81:441-4.



<b>Caso</b>	(478) Dolor abdominal por isquemia mesentérica aguda
<b>Autores</b>	Paula Calvo Ramírez Cristina Muela García, Jose Antonio Alarcón Calvillo, Álvaro Alés Ruiz, Juan Carlos Barreras Mateos
<b>Centro</b>	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

### **Presentación:**

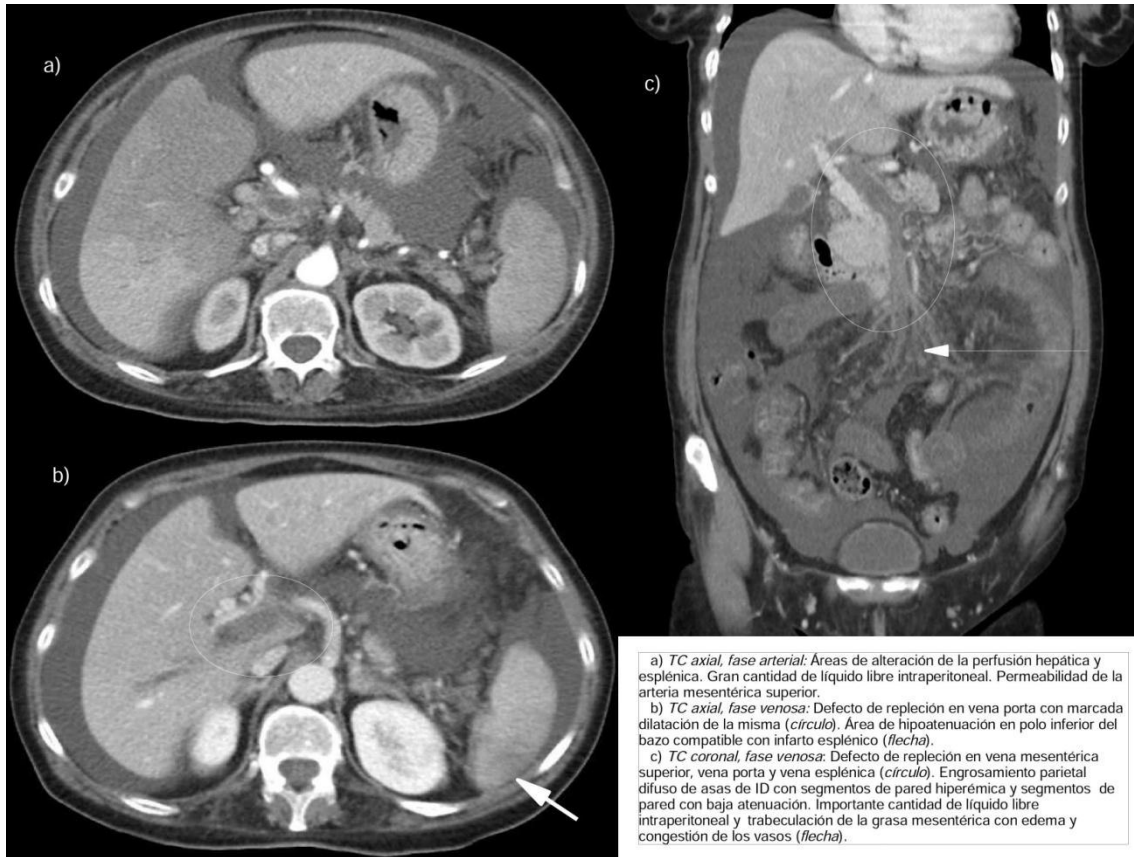
Mujer 54 años seguimiento por trombocitosis. Consulta por dolor abdominal de días de evolución, más intenso en las últimas horas. Exploración: distensión abdominal, dolor y timpanismo. Análisis: leucocitosis (20.000). TC abdominopélvico con CIV. TCMD: Signos compatibles con isquemia intestinal extensa de predominio en asas de intestino delgado y marco cólico derecho, con defecto de perfusión extenso en venas mesentérica superior, porta y esplénica. Gran cantidad de líquido ascítico intraperitoneal, rarefacción de la grasa mesentérica por edema y congestión venosa. Permeabilidad de las venas suprahepáticas y vena cava, así como a nivel arterial. Alteración de la perfusión en fase arterial y venosa del polo inferior del bazo compatible con infarto esplénico secundario.

### **Discusión:**

El antecedente de trombocitosis en estudio por Hematología (probable trombocitemia esencial) nos debe poner en alerta para sospechar una etiología isquémica y realizar un estudio de imagen dirigido a posible origen arterial o venoso. A pesar de que el origen venoso representa sólo un 5-15% de los casos de isquemia mesentérica, su antecedente hematológico favorece una situación protrombótica. Esto junto con la clínica más larvada de varios días de evolución, nos orienta a la etiología venosa. Dentro de las causas de trombosis venosa secundaria destacan: cirugía abdominal, proceso inflamatorio abdominal, patología tumoral de víscera abdominal, hipertensión portal, estados de hipercoagulabilidad (como los síndromes mieloproliferativos), anticonceptivos orales, traumatismo abdominal y obstrucción abdominal (por compresión). La vena que se afecta con más frecuencia es la vena mesentérica superior. El diagnóstico precoz de isquemia mesentérica aguda es clave para adoptar lo antes posible el tratamiento adecuado con la consecuente repercusión pronóstica.

### **Conclusión:**

El TCMD constituye una prueba diagnóstica elemental para detectar trombosis venosa mesentérica ante un cuadro de isquemia intestinal aguda, especialmente si presenta un factor predisponente como los síndromes mieloproliferativos (trombocitemia esencial).



**a) TC axial, fase arterial: Áreas de alteración de la perfusión hepática y esplénica. Gran cantidad de líquido libre intraperitoneal. Permeabilidad de la arteria mesentérica superior. b) TC axial, fase venosa: Defecto de repleción en vena porta con marcada dilatación de la misma (círculo). Área de hipoatenuación en polo inferior del bazo compatible con infarto esplénico (flecha). c) TC coronal, fase venosa: Defecto de repleción en vena mesentérica superior, vena porta y vena esplénica (círculo). Engrosamiento parietal difuso de asas de ID con segmentos de pared hiperémica y segmentos de pared con baja atenuación. Importante cantidad de líquido libre intraperitoneal y trabeculación de la grasa mesentérica con edema y congestión de los vasos (flecha).**

### Bibliografía:

- "Multidetector CT features of Mesenteric Vein Thrombosis". Radiographics 2012; 32: 1503-1522.
- "Mesenteric Venous Thrombosis: Diagnosis and Noninvasive Imaging". Radiographics 2002; 22: 527-541.
- "Diagnostic Imaging Abdomen". 2nd Edition 2010. Federle.

<b>Caso</b>	(479) LEUCOSTASIS: UNA COMPLICACIÓN REAL Y FATAL
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Elena Ingunza Loizaga  
Cristina Berastegi Santamaría; Gorka Del Cura Allende; Ainhoa Tellería Bajo; Nerea García Garai; Miren Gorriño Angulo  
Hospital Galdakao-Usansolo

**Presentación:**

Varón de 51 años que acude a la Urgencia por anorexia, astenia, vómitos y disnea presentando 331.000 leucocitos y un dímero D de 13.929. Se solicita TC para descartar TEP. Ingresa en Hematología por probable leucemia mieloide aguda (LMA). 2 días más tarde presenta alteración del comportamiento, del discurso, desorientación, mal aspecto y gran sudoración. Se solicita TC cráneo. 16 horas más tarde el paciente está en coma, no respondiendo a ningún estímulo. Se solicita TC.

**Discusión:**

Las diversas manifestaciones leucémicas en el SNC se pueden dividir en cuatro grupos principales:

-Agregados intravasculares (leucostasis): posible ruptura, hemorragia

-Enfermedad meníngea: en LLA

-Cloroma (sarcoma granulocítico, tumor leucémico extramedular): se trata de la complicación más frecuente de la LMA. En contexto de otro síndrome mieloproliferativo implica una transformación blástica. Son tumores iso-o hiperdensos con realce homogéneo, pudiendo ser rápidamente hipodensos por necrosis/licuefacción. Pueden simular un hematoma, siendo la localización meníngea más frecuente que la intraparenquimatoso.

- Otras (infecciones, complicaciones del tratamiento...)

La leucostasis es una complicación común y frecuente de la leucemia en pacientes con una hiperleucocitosis inicial, definida como un recuento de leucocitos >100.000/mm<sup>3</sup>, con mayor sintomatología en la LMA que en otras leucemias.

Se caracteriza por el acúmulo de blastos leucémicos en vasos de pequeño calibre, sobre todo en pulmón, corazón, cerebro y testículos.

Debido a que las manifestaciones clínico-radiológicas son difíciles de diferenciar de otras complicaciones en la leucemia, el diagnóstico es empírico, sospechándolo ante un paciente leucémico con hiperleucocitosis y que presente síntomas respiratorios (hipoxemia, disnea) y neurológicos (confusión, somnolencia, estupor e incluso coma).

La Rx de tórax puede ser desde normal hasta mostrar diversos grados de opacidades intersticiales o alveolares. Es frecuente el engrosamiento peribroncovascular que se correlaciona con el infiltrado celular.

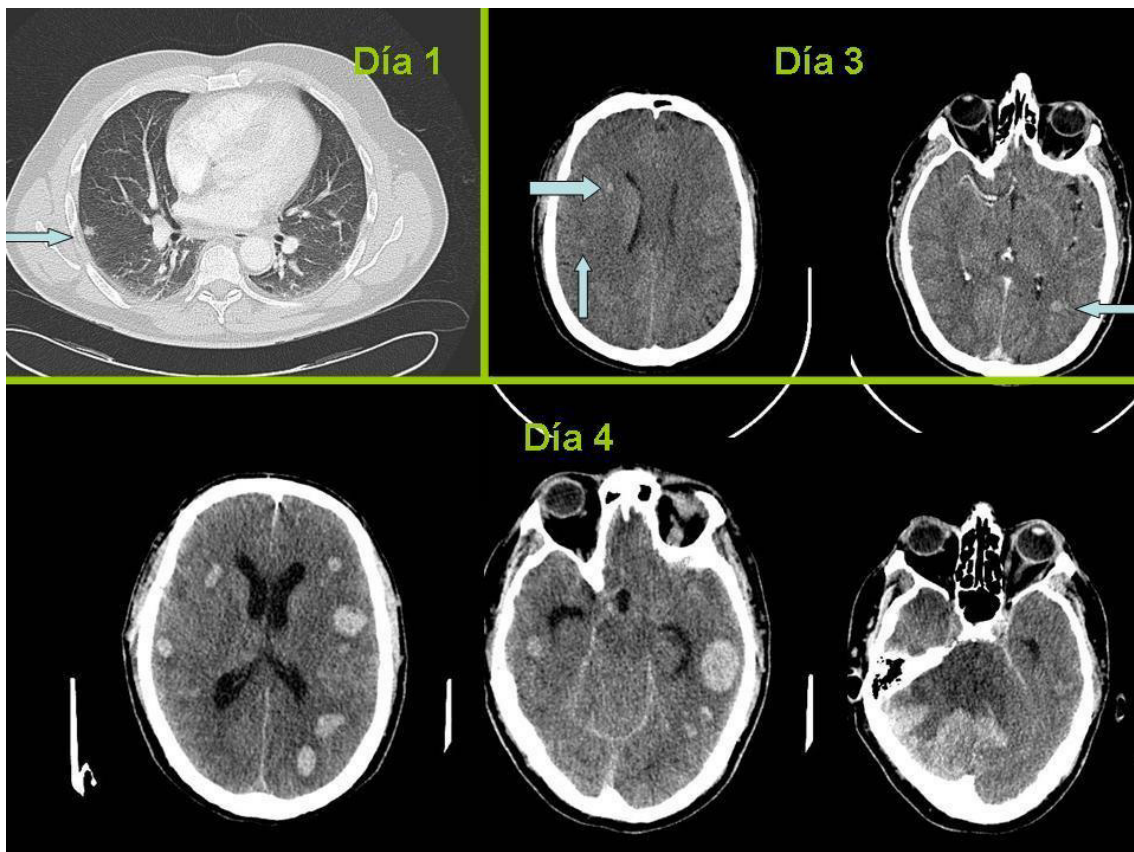
A pesar de que los hallazgos radiológicos son inespecíficos, una vez excluidos edema pulmonar y procesos infecciosos, se deberían considerar los infiltrados leucémicos en pacientes con leucemia e hiperleucocitosis.

En la TC craneal se va a manifestar como hemorragias intracraneales.

A pesar del tratamiento, el pronóstico a corto plazo es fatal, no habiendo una relación entre la hiperleucocitosis y la supervivencia, dado que existen pacientes con un recuento elevado de blastos que permanecen asintomáticos.

### Conclusión:

Se debe sospechar un contexto de leucostasis ante alteraciones neurológicas o respiratorias en pacientes con leucocitosis importante, expresado radiológicamente como hemorragias intracerebrales y opacidades en el tórax no justificables por otras causas.



*En la TC de tórax se descarta TEP, objetivando varias opacidades pseudonodulares en vidrio esmerilado. En la TC craneal del día 3 post-ingreso se evidencian múltiples formaciones intraaxiales espontáneamente hiperdensas bien definidas que no captan contraste, con mínimo edema perilesional, de distribución predominantemente córtico-subcortical. Un día más tarde se objetiva una clara progresión tanto en tamaño como en número de estos focos hemorrágicos, asociando ya edema cerebral.*

### Bibliografía:

-“Acute pulmonary complications in patients with hematologic malignancies”; Choi et al.; Radiographics. 2014 Oct;34(6):1755-68

-Porcu P, Cripe LD, Ng EW, Bhatia S, Danielson CM, Orazi A, et al.

“Hyperleukocytic leukemias and leukostasis: A review of pathophysiology, clinical presentation and management”; Leuk Lymphoma 2000; 39:1-18

-“Diagnostic Imaging Brain”; Osborn; ed Amirsys

<b>Caso</b>	(481) ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA. TROMBOSIS DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR
<b>Autores</b>	Luis Alemañ Romero M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández, Francisco Javier Nieves Merino, M <sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro, Plácida Alemán Díaz, M <sup>a</sup> José Ruíz López.
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Reina Sofía

**Presentación:**

Varón de 74 años hipertenso, con FA anticoagulada que presenta mal estado general y dolor abdominal de 48 horas de evolución. Ante la sospecha de isquemia intestinal se solicita angio TC abdominal hallando signos de isquemia. Finalmente se realizó una arteriografía terapéutica.

**Discusión:**

La isquemia intestinal es una entidad con alta mortalidad que precisa diagnóstico y tratamiento precoz.

Cuando se produce un descenso crítico de la perfusión intestinal y/o los mecanismos de protección locales están alterados se produce isquemia. Podemos distinguir causas oclusivas arteriales (la más frecuente, 70% de los casos), venosas (5%-10%) y causas no oclusivas. (20%-30%).

El espectro clínico abarca el dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea sanguinolenta y distensión abdominal.

Hallazgos radiológicos en TC:

-Engrosamiento de pared intestinal: Secundario a edema mural, hemorragia o sobreinfección del asa. Dependiendo de la etiología, la pared puede visualizarse engrosada (oclusión venosa) o adelgazada (oclusión arterial).

-Dilatación: secundario a la atonía del asa. En la isquemia sin infarto pueden aparecer contracciones espásticas.

-Atenuación de la pared intestinal: la hipoatenuación es debido al edema, frecuente en la oclusión venosa, y la hiperatenuación a la hemorragia intramural y al infarto hemorrágico.

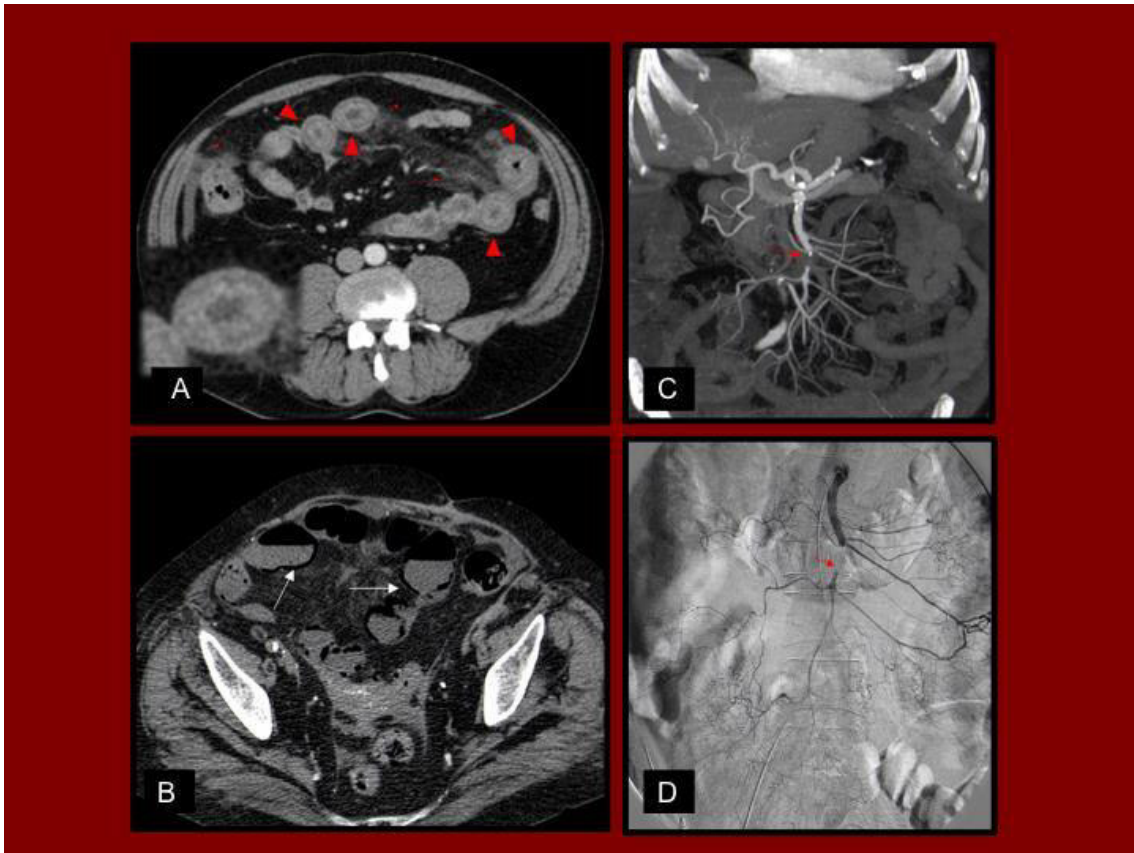
-Realce: el estudio simple discrimina si la hiperatenuación se debe a hemorragia o bien a hiperperfusión/hiperemia. El realce mural puede ser difuso o focal. Es característico el "signo de la diana". La ausencia de realce es específica de la oclusión arterial.

-Neumatosis intestinal y neumatosis portomesentérica: el gas en la pared intestinal es un hallazgo muy específico. La neumatosis portal se distribuye típicamente en la periferia hepática.

-Mesenterio: trabeculación de la grasa y ascitis.

**Conclusión:**

El diagnóstico de la isquemia intestinal precisa de una adecuada orientación clínica. El diagnóstico debe ser precoz, siendo el TC con contraste la técnica de elección.



**A) Imagen axial de angio-TC abdominopélvico en el que se observa el engrosamiento mural por edema (cabezas de flecha) de asas de delgado, y presencia de alteraciones mesentéricas (flechas). En la esquina inferior izquierda, detalle de un asa con el signo de la diana. B) Imagen axial de TC sin contraste I.V. a nivel de pelvis, que muestra asas de delgado con neumatosis. C) Reconstrucción MPR coronal de angiografía por TC en la que se visualiza la arteria mesentérica superior con un defecto de repleción (flecha) D) Imagen de arteriografía selectiva de arteria mesentérica superior durante procedimiento intervencionista vascular terapéutico.**

**Bibliografía:**

1. CT of acute bowel ischemia. Wiesner W, Khurana B, Ji H, Ros PR. Radiology 2003; 226:635–650.
2. Acute mesenteric ischemia. Oldenburg WA, Lau LL, Rondenburg TL, Edmonds HJ, Burger CD. Arch Intern Med 2004; 164:1054 –1062.

Caso	(483) UN CASO DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA: EL ABSCESO TUBO-OVÁRICO
Autores	Luis Alemañ Romero
Centro	M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández, Plácida Alemán Díaz. Hospital General Universitario Reina Sofía

**Presentación:**

Mujer de 48 años, con episodios previos de diverticulitis, que presenta dolor en fosa ilíaca derecha de 3 días de evolución acompañado de vómitos. Ante la sospecha de apendicitis se realizó una ecografía hallando una colección en hipogastrio que se extendía hasta fosa iliaca derecha. Se completó el estudio con un TC abdominopélvico con contraste intravenoso en el que se confirma un absceso tubo-ovárico derecho.

**Discusión:**

Los abscesos tubo-ováricos son complicaciones agudas de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Las EPI son infecciones del tracto genital superior que pueden combinar endometritis, salpingitis, ooforitis, abscesos tubo-ováricos, peritonitis y perihepatitis. Pueden ser uni o bilaterales. En la mayoría de los casos están causadas por la diseminación ascendente de una infección de transmisión sexual desde la vagina y el cérvix, siendo más frecuente en mujeres de 15-24 años.

El dolor abdominal o pélvico es el hallazgo más común en el absceso tubo-ovárico, apareciendo en el 90% de los casos, también son frecuentes la fiebre y la leucocitosis.

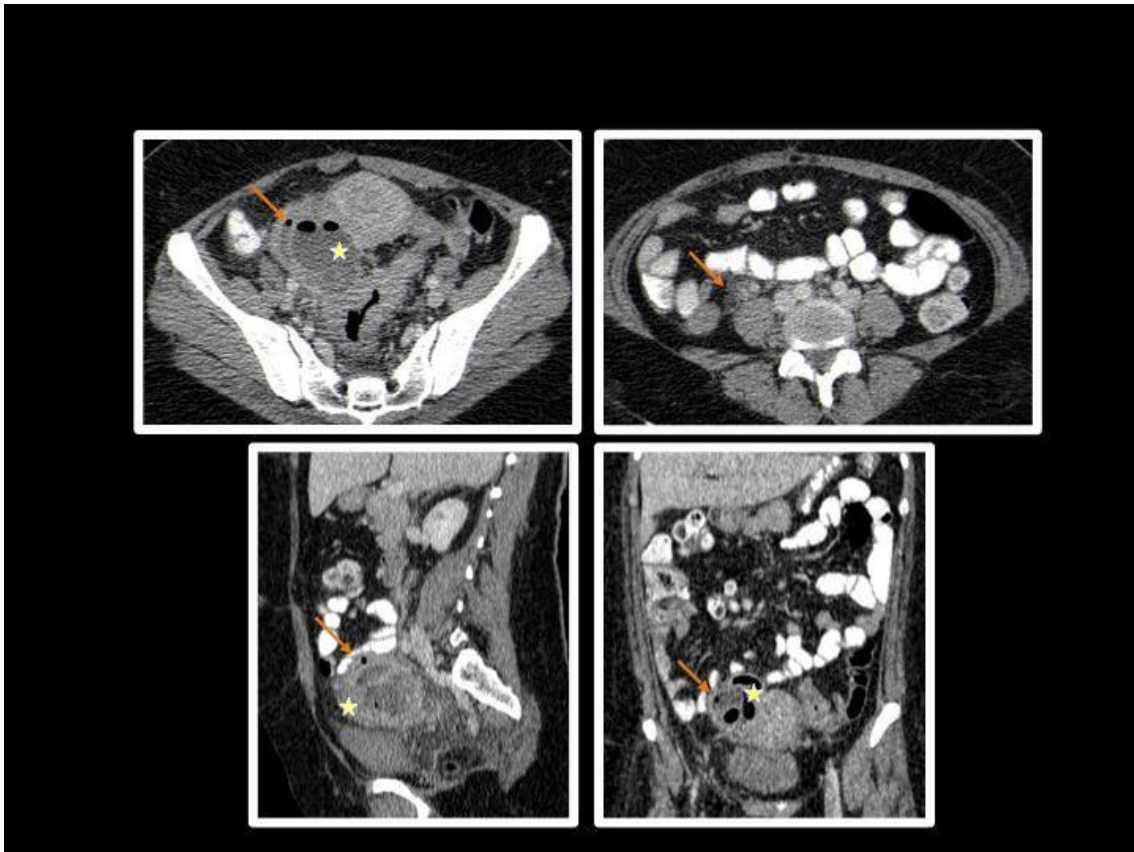
En las pruebas de imagen se presenta como una masa compleja de forma irregular, con realce mural y contenido heterogéneo, que no siempre es fácil de delimitar del piosálpinx acompañante, en general bilateral. Produce desplazamiento anterior de ligamentos anchos y redondos, lo que permite en general su diagnóstico diferencial con abscesos pélvicos de otro origen, sobre todo intestinal.

Puede existir afectación del peritoneo regional o a distancia.

**Conclusión:**

En el diagnóstico diferencial de la patología de FID no hay que olvidar la patología ginecológica, en concreto, la EPI ha de descartarse en todas las mujeres sexualmente activas.





*A) Imagen de TC con contraste I.V. a nivel de pelvis que muestra una estructura ovalada de paredes irregulares e hiperdensas (flecha) y contenido de baja atenuación y gas (asterisco) de localización anexial derecha. B y C) visión sagital y coronal del absceso tuboovárico tras reconstrucción MPR. D) incremento de atenuación de la grasa alrededor de trayecto de arteria y vena ovárica derecha (flecha).*

### **Bibliografía:**

1. Abdomen agudo como presentación de absceso tubo-ovárico en adolescente sexualmente inactiva. Rocío Granero Cendón, José Ignacio Garrido Pérez, Fernando Vázquez Rueda, Verónica Vargas Cruz, Cristina Ruiz Hierro. Rosa María Paredes Esteban. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(9):441—444.
2. Spectrum of CT Findings in Acute Pyogenic Pelvic Inflammatory Disease. Joseph W. Sam, Jill E. Jacobs, and Bernard A. Birnbaum. RadioGraphics 2002 22:6, 1327-1334.
3. Gynecologic Causes of Acute Pelvic Pain: Spectrum of CT Findings. Genevieve L. Bennett, Chrystia M. Slywotzky, and Giovanna Giovanniello. RadioGraphics 2002 22:4, 785-801.

<b>Caso</b>	(484) Trombosis venosa cerebral con infarto venoso poco convencional
<b>Autores</b>	Jorge González Plaza Enrique Ladera González, Adrián Martínez Vázquez, Jorge Juan Mañas Uxo, Mercedes Arias González, Juan Manuel Vieito Fuentes
<b>Centro</b>	Álvaro Cunqueiro

**Presentación:**

Varón de 17 años en quimioterapia por seminoma testicular. Acude a Urgencias por pérdida de conocimiento, crisis comicial tónicoclónica, cianosis y posterior recuperación. La TC encéfalocraneal sin contraste intravenoso (CIV) identificó hiperdensidad del seno sagital superior. Un nuevo episodio convulsivo demoró la TC con CIV, que mostró trombosis del seno y venas corticales, y una lesión hiperdensa en lóbulo frontal izquierdo. El diagnóstico diferencial plantea la metástasis del seminoma versus hemorragia intraparenquimatosa, secundaria a trombosis venosa. La RM con gadolinio (GD) demostró una hemorragia intraparenquimatosa y confirmó la trombosis del seno.

**Discusión:**

La clínica de la trombosis venosa cerebral, idiopática o secundaria, depende de los territorios afectados.

El tiempo transcurrido determina los hallazgos en la TC.

El retraso entre la TC sin y con CIV en este caso con los antecedentes neoplásicos aumentó la dificultad en la interpretación de los hallazgos, no pudiendo diferenciar enfermedad metastásica de infarto hemorrágico venoso, indicando la RM.

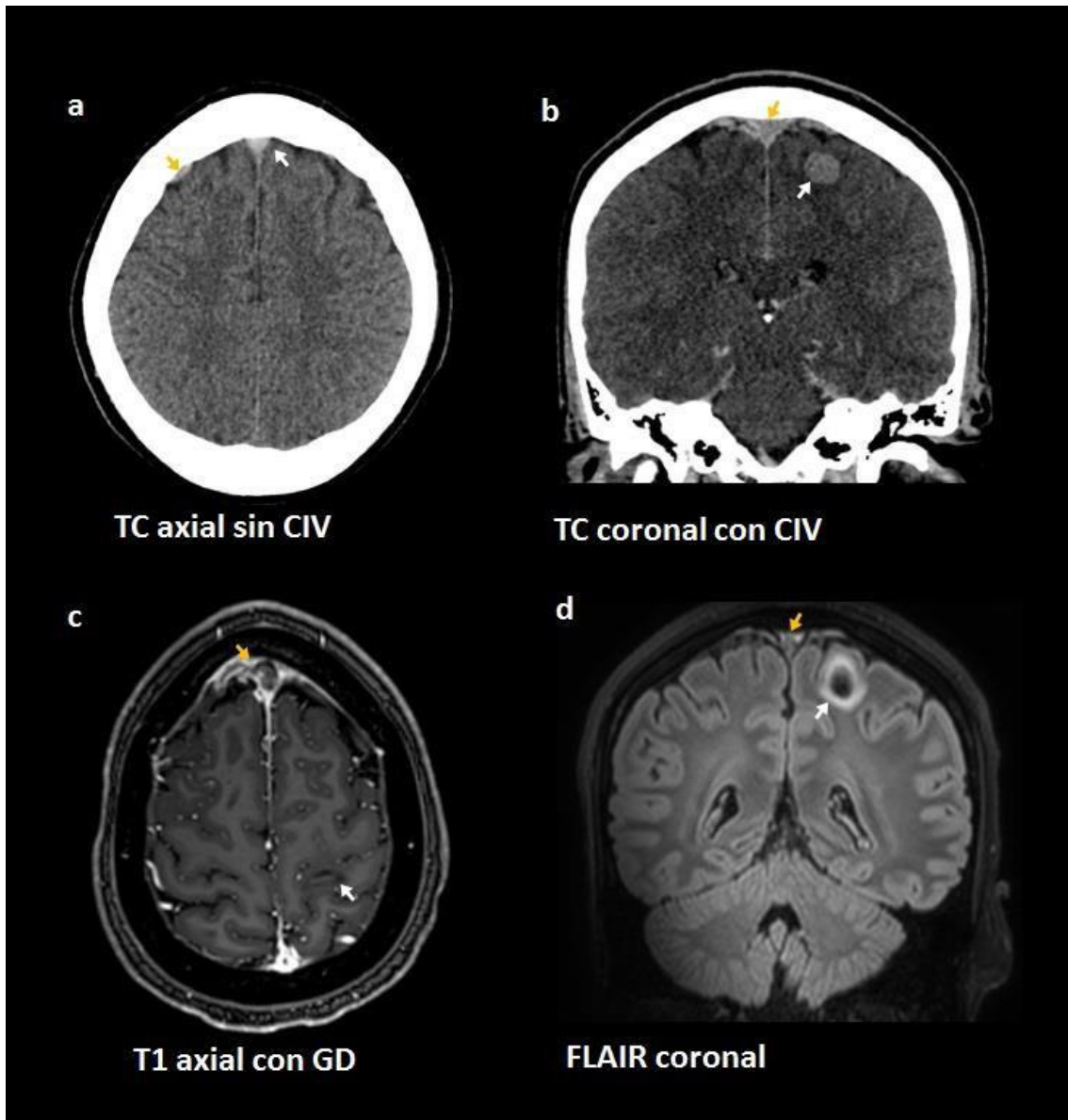
**Conclusión:**

La RM es la prueba no invasiva más específica para valorar los senos venosos y sus complicaciones.

La TC permite el diagnóstico específico de la trombosis venosa cerebral.

La complicación más frecuente es el infarto hemorrágico venoso.

Los antecedentes neoplásicos dificultaron el diagnóstico por TC entre hemorragia y metástasis, la RM estableció el diagnóstico.



*a. Trombosis del seno sagital superior (flecha blanca) y de venas corticales frontales derechas (flecha amarilla). b. Defecto de repleción central ("delta vacío") en seno sagital (flecha amarilla), hiperdensidad nodular frontal izquierda (flecha blanca). c. Defecto de repleción en seno sagital superior y vena cortical derecha por trombosis (flecha amarilla) e infarto hemorrágico venoso (flecha blanca): lesión frontal izquierda. d. Ausencia de vacío de señal en seno cavernoso superior (flecha amarilla) e infarto frontal izquierdo (flecha blanca): hiposeñal central (sangre) e hiperseñal periférica (edema vasogénico).*

### Bibliografía:

- "Cerebral Venous Thrombosis and Multidetector CT Angiography: Tips and Tricks" – Radiographics 2006 (Mathieu H. Rodallec, MD; Alexandre Krainik, MD, PhD; Antoine Feydy, MD, PhD; Annick Hélias, MD; Jean-Michel Colombani, MD Marie-Christine Jullé's, MD; Véronique Marteau, MD; Marc Zins, MD).

- “Imaging of Cerebral Venous Thrombosis: Current Techniques, Spectrum of Findings, and Diagnostic Pitfalls” – Radiographics 2006 (James L. Leach, MD; Robert B. Fortuna, MD; Blaise V. Jones, MD; Mary F. Gaskill-Shiple, MD).

<b>Caso</b>	(487) Hernia obturatriz: causa infrecuente de oclusión intestinal	
<b>Autores</b>		Maribel Cugat Gimeno
<b>Centro</b>		Marta Herrero Redondo, Ana Oliva Martí, Esther García Rodríguez, Mildred Viveros Castaño, Fernando García Lorente Virgen de la Cinta

**Presentación:**

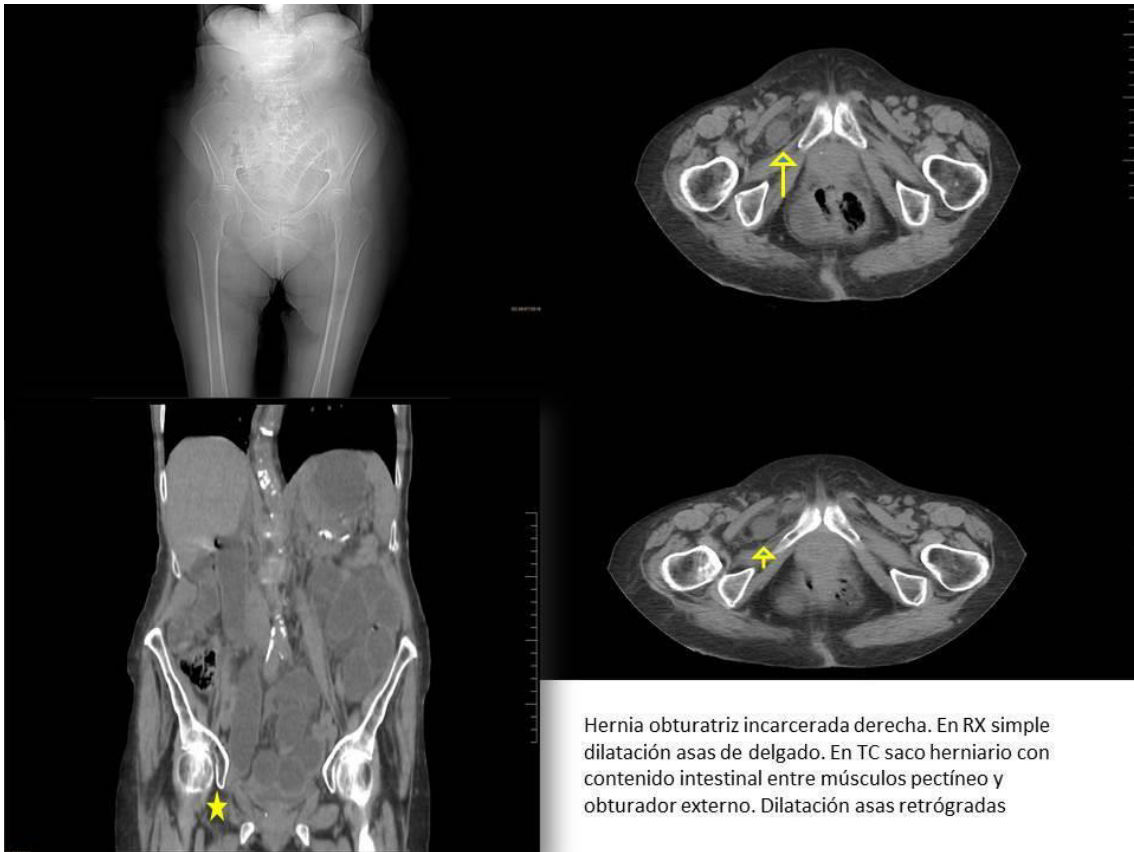
Mujer de 88 años, con demencia. Acude por dolor abdominal localizada en fosa ilíaca izquierda, vómitos de 2 días y estreñimiento de 3 días. PCR elevada y leucocitosis. En Rx simple dilatación de asas compatible con oclusión intestinal. TC abdominal sin contraste muestra hernia obturatriz derecha con asa de delgado en saco herniario y líquido alrededor que sugiere hernia estrangulada. Dilatación retrógrada asas intestinales

**Discusión:**

La hernia obturatriz supone menos 1% hernias externas, suele contener asas de delgado y con riesgo elevado estrangulación. Se presenta en mujeres de edad avanzada y multíparas, normalmente muy delgadas. Las hernias representan la segunda causa de obstrucción intestinal, pero la baja frecuencia de este tipo de hernia hace que se piense raramente en ella. La clínica es inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico y empeora el pronóstico. Un signo característico es el signo de Howship-Romberg que consiste en empeoramiento del dolor en extensión, aducción y rotación interna de la extremidad, que mejora en flexión. La mortalidad es de 70% por retraso diagnóstico, alta incidencia de perforación e isquemia intestinal y la edad. En este caso se añade el hecho que la clínica era contralateral y la demencia de la paciente. La TC es decisiva para diagnóstico y planificación quirúrgica, mejorando la supervivencia.

**Conclusión:**

La hernia obturatriz es una hernia muy poco frecuente y de clínica inespecífica. Hay que pensar en esta posibilidad como causa oclusión intestinal por la importancia de diagnóstico precoz, ya que habitualmente estará estrangulada.



***Hernia obturatriz incarcerada derecha. En RX simple dilatación asas de delgado. En TC saco herniario con contenido intestinal entre músculos pectíneo y obturador externo. Dilatación asas retrógradas***

**Bibliografía:**

Hernia obturatriz: diagnóstico preoperatorio. Radiología Mayo 2016. A. navarro Ballester, S. E. González Ibáñez y f. Rodríguez Pardo.

Hernia obturatriz, una causa poco común de obstrucción intestinal. Rev esp. Enferm. Dig. Vol 103 nº1 Madrid. Ene. 2011

<b>Caso</b>	(489) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ASA CERRADA SECUNDARIA A HERNIA INTERNA TRANSMESENTÉRICA
<b>Autores</b>	Adriana María López Ruiz Federica Cordido Henríquez, Jorge Culebras Requena, Elena Quílez Caballero, Alfonso Cebrián Rivera, Dominica Dulnik Bucka
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

**Presentación:**

Varón de 38 años sin antecedentes de cirugía abdominal previa, acude a urgencias por dolor abdominal de comienzo súbito y varias horas de evolución que no mejora con medicación, acompañado de náuseas, vómitos alimenticios y sudoración. Exploración física: Abdomen blando, doloroso a la palpación de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita TAC abdominal con contraste intravenoso en el que se observa una marcada dilatación de las asas de intestino delgado, que presentan paredes engrosadas con leve realce postcontraste. Se visualiza un orificio en el mesenterio del intestino delgado, identificando en él dos puntos de transición correspondientes a la entrada y a la salida de las asas dilatadas que se han introducido y agrupado en torno a ese defecto. Se asocia una ingurgitación de los vasos mesentéricos que también se arremolinan y convergen hacia el mismo. Además se observa líquido libre intraperitoneal (perihepático, periesplénico y entre asas).

**Discusión:**

Los hallazgos son compatibles con obstrucción en asa cerrada de asas de intestino delgado secundaria a hernia interna transmesentérica. Las hernias internas constituyen aproximadamente el 4% de las causas de obstrucción de intestino delgado. Pueden ser congénitas o adquiridas, y se clasifican según el tipo de orificio herniario, siendo la transmesentérica la más prevalente en la actualidad. Ocasionalmente se reducen de forma espontánea, lo que junto con la inespecificidad de la clínica, hacen difícil su diagnóstico, para lo que se requiere de la TAC. Nuestro paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, realizándose en primer lugar la reducción de la hernia, seguida de resección de 3 metros de intestino delgado no viable y de la reparación del defecto, con el fin de prevenir recurrencias, por ello es mandatorio reconocer el orificio herniario.

**Conclusión:**

La obstrucción en asa cerrada es una urgencia quirúrgica ya que conduce a la estrangulación e isquemia intestinales.



**TAC abdominal con contraste iv.** Corte coronal en el que se observa dilatación de asas de intestino delgado, con paredes engrosadas con escaso realce difuso tras la administración de contraste iv.

Se visualiza un orificio herniario en el mesenterio del intestino delgado en el que se identifican dos puntos de transición intestinal correspondientes a los dos extremos (aferente y eferente) del asa cerrada (flechas amarillas).

Líquido libre intraabdominal (asterisco): perihepático, periesplénico y entre asas.

**OBSTRUCCIÓN  
INTESTINAL  
EN ASA CERRADA  
SECUNDARIA A  
HERNIA INTERNA  
TRANSMESENTÉRICA**

**TAC abdominal con contraste iv.** Corte transversal en el que se observan las asas intestinales dilatadas agrupadas en torno al orificio herniario y los vasos mesentéricos arremolinados, convergiendo hacia el mismo (flecha blanca).



Resección quirúrgica de unos 3 metros de intestino delgado isquémico.

**Bibliografía:**

Doishita S, et al. Internal hernias in the era of multidetector CT: Correlation of imaging and surgical findings. Radiographics 2016; 36:88-106.

Takeyama N, et al. CT of internal hernias. Radiographics 2005; 25:997-1015.



<b>Caso</b>	(490) Obstrucción intestinal en asa cerrada. A propósito de un caso.
<b>Autores</b>	Alicia Matilla Muñoz Reyes Petruzzella Lacave, Elena Núñez Miguel, Esther Gómez San Martín, María Pina Pallín, Ana Gil Guerra
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Presentación:**

Paciente varón de 45 años, sin antecedentes de interés ni cirugías previas, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de inicio súbito de 2 horas de evolución, de localización en mesogastrio. La analítica muestra marcada leucocitosis con desviación izquierda. Se nos solicita TC abdominopélvico con contraste intravenoso. Observamos dilatación de asas de intestino delgado con signos de sufrimiento y vasos mesentéricos que convergen en un punto común, identificando cambio brusco de calibre proximal y distal, todo ello sugestivo de obstrucción intestinal en asa cerrada, sin visualizarse clara causa, y que presentaba signos de isquemia intestinal. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, comprobándose congestión venosa y obstrucción en asa cerrada debida a adherencias internas de origen no quirúrgico (posiblemente inflamatorio), con recuperación completa del flujo tras la resección adherencial.

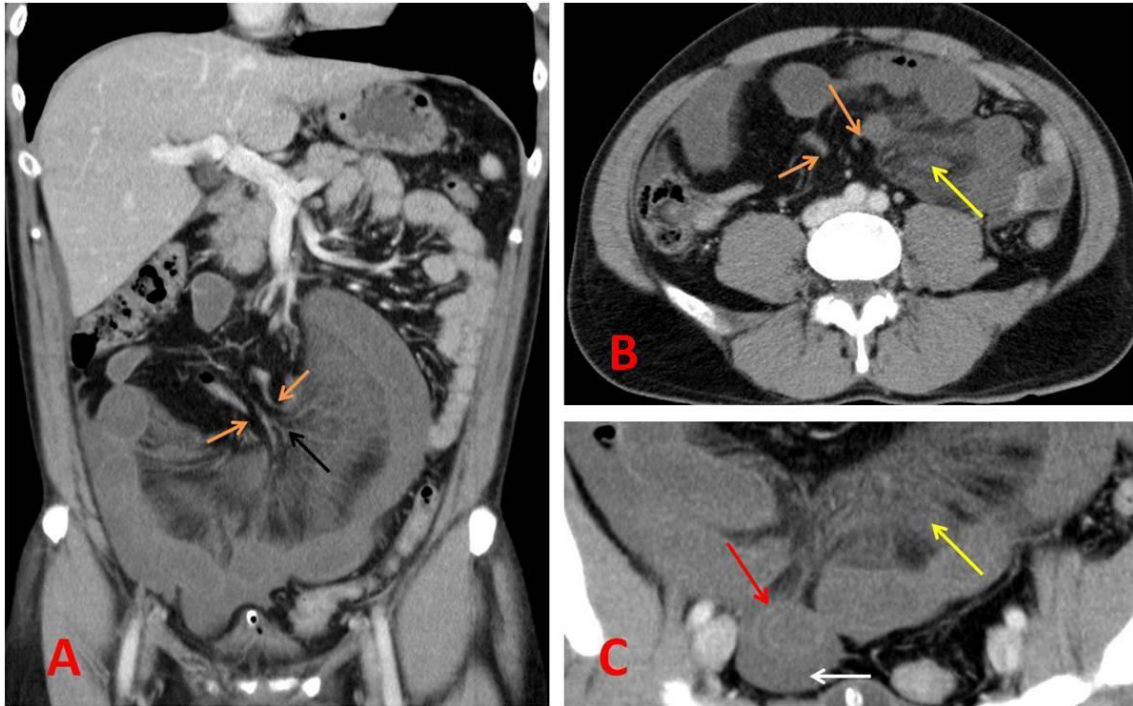
**Discusión:**

La obstrucción intestinal en asa cerrada es un tipo de obstrucción en el que un asa se obstruye en dos puntos a lo largo de su longitud por una única lesión constrictiva, formando un circuito cerrado y produciendo compresión tanto de intestino como de estructuras mesentéricas. Generalmente está producido por adherencias o bridas, siendo menos frecuentes las hernias internas. Es importante diagnosticarlo con rapidez, ya que tiene alto riesgo de estrangulación e isquemia intestinal por compromiso vascular, con una tasa de mortalidad del 10-35%.

La TC es la técnica diagnóstica de elección. Identificaremos dilatación de las asas herniadas, signo del pico que indica el punto de obstrucción proximal y distal, y distribución radial de los vasos mesentéricos convergiendo al punto de obstrucción. Cuando está más evolucionada nos podemos encontrar signos de isquemia intestinal.

**Conclusión:**

La obstrucción intestinal en asa cerrada es una patología que requiere cirugía urgente por el compromiso vascular que supone, por lo que debemos saber reconocerla y diagnosticarla correctamente.



*TC abdominopélvico con contraste. A: Corte coronal en el que se visualiza dilatación de asas intestinales con signo del pico (flechas naranjas) y convergencia de vasos mesentéricos en un punto central, sugestivo de obstrucción intestinal en asa cerrada. B y C: Cortes axiales en los que se visualizan signos de isquemia intestinal incipientes, como congestión y edema mesentérico (flecha amarilla), ascitis (flecha blanca) y signo de la diana por edema en la capa submucosa intestinal (flecha roja).*

### **Bibliografía:**

A. Mbengue, A. Ndiaye, T.O. Soko, M. Sahnoun, A. Fall, C.T. Diouf, D. Régent, I.C. Diakhaté. Closed loop obstruction: Pictorial essay. *Diagnostic and Interventional Imaging*. 2015; 96(2); 213–220.

E. Delabrousse, J. Lubrano, J. Jehl, P. Morati, C. Rouge, G.A. Manton, B.A. Kastler. Small-Bowel Obstruction from Adhesive Bands and Matted Adhesions: CT Differentiation. *American Journal of Roentgenology*. 2009;192: 693-697.

S. Pothawala, A. Gogna. Early diagnosis of bowel obstruction and strangulation by computed tomography in emergency department. *World Journal of Emergency Medicine*. 2012;3(3):227-231.

W. Wiesner, B. Khurana, H. Ji. CT of acute bowel ischemia. *Radiology*. 2003; 226: 635-650.

<b>Caso</b>	(491) Leucoencefalopatía multifocal progresiva en paciente VIH no conocido, pruebas de imagen como clave para el diagnóstico
<b>Autores</b>	Ana Milena Muñoz Carmen Martínez Huertas, Cristina Dávila Arias, Virginia Jiménez Coronel, Jose Antonio Miras Ventura
<b>Centro</b>	Universitario San Cecilio

**Presentación:**

Paciente de 43 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de desorientación temporoespacial y apraxia de dos semanas de evolución, progresivamente se ha hecho dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. En dos meses avanza el deterioro siendo imposible la comunicación con él, presenta hemiparesia derecha y ceguera bilateral. Se realizan múltiples estudios entre los que destaca Elisa para VIH + con CD4 93. Se realiza Tc craneal urgente visualizando lesiones focales bilaterales asimétricas hipodensas periventriculares y en sustancia blanca subcortical, que no producen efecto masa. De forma programada se completa estudio mediante RM visualizando en secuencias pT1 extensas lesiones desmielinizantes hipointensas, hiperintensas en pT2 y FLAIR con afectación del esplenio del cuerpo caloso, que no presentan realce tras la administración de contraste y con brillo en anillo en DWI, lo que sugiere el diagnóstico de leucoencefalopatía multifocal progresiva entre las diferentes patologías posibles del sistema nervioso central asociadas al VIH. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia estereotáxica cerebral siendo positiva para el anticuerpo SV-40 para virus JC.

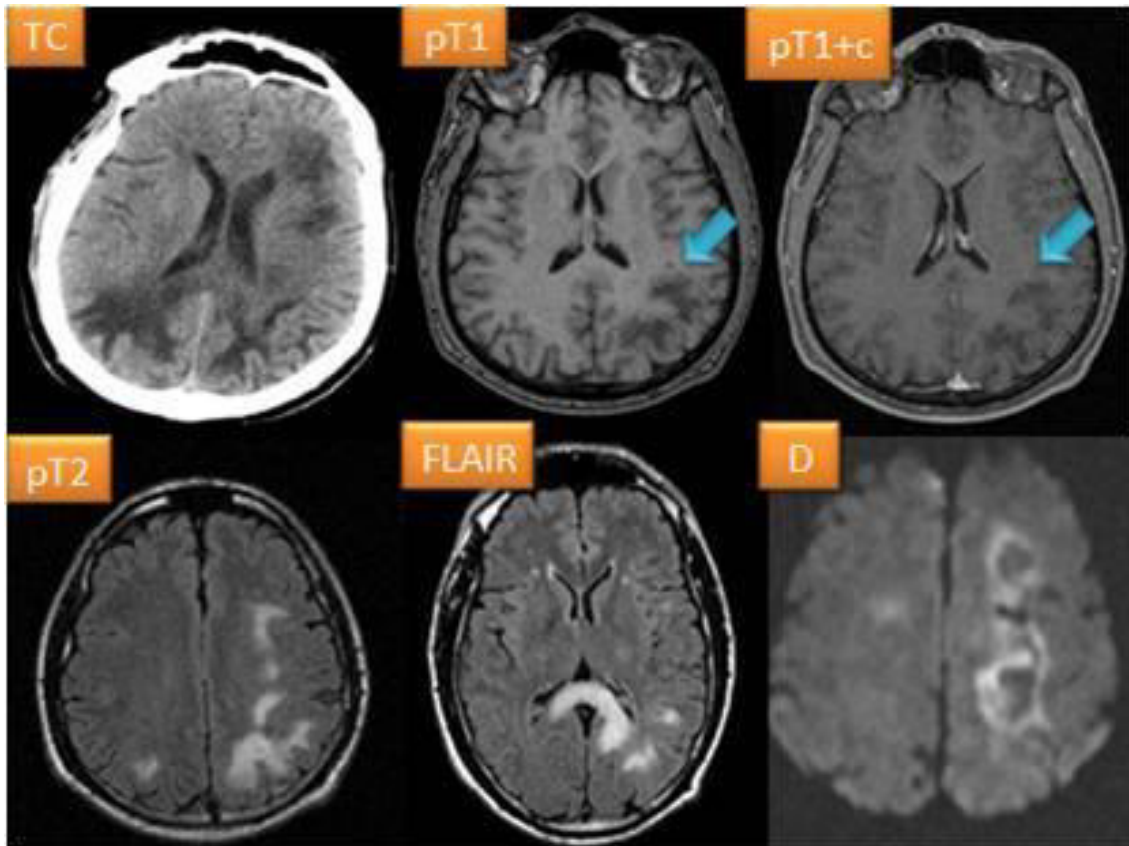
**Discusión:**

La leucoencefalopatía multifocal progresiva es una enfermedad desmielinizante de etiología viral conocida, causada por el virus JC que infecta los oligodendrocitos en pacientes inmunodeprimidos, afectando principalmente a pacientes con SIDA-categoría C3 con recuento de CD4 <100. También se ha asociado esta patología con Natalizumab, tratamiento para la esclerosis múltiple. No existe tratamiento específico y por lo general es una infección mortal entre 6 meses y 1 año después del comienzo. Se ha publicado que el tratamiento con terapia antiretroviral puede mejorar el pronóstico.

**Conclusión:**

Las afecciones neurológicas en el paciente VIH pueden suponer la primera manifestación de la enfermedad.

En el diagnóstico diferencial de estas patologías son de utilidad las características radiológicas que nos aportan la Tc y RM para llegar a un diagnóstico más preciso.



*En Tc craneal se visualizan extensas lesiones focales bilaterales asimétricas hipodensas periventriculares y en sustancia blanca subcortical, que no producen efecto masa (TC). Se completa estudio con RM visualizando en secuencias pT1 extensas lesiones desmielinizantes hipointensas (pT1) que no realzan tras administrar contraste (pT1+c), hiperintensas en pT2 y FLAIR con afectación del esplenio del cuerpo calloso (FLAIR) y con brillo en anillo en DWI (D), lo que sugiere el diagnóstico de leucoencefalopatía multifocal progresiva confirmado mediante biopsia.*

### **Bibliografía:**

Sahrain MA, Radue EW, Eshagui A, Besliu S, Minagar A. Progressive multifocal leukoencephalopathy: a review of the neuroimaging features and differential diagnosis.

Eur J Neurol. 2012 Aug;19(8):1060-9.

T. Ernst, L. Chang, M. Witt, I. Wallot, H. Aronow, M. Leonide-Yee

Progressive multifocal leukoencephalopathy and human immunodeficiency virus-associated white matter lesions in AIDS: magnetization transfer MR imaging

Radiology, 210 (1999), pp. 539-543

Grossman RI, Yousem DM. Neurorradiología, los requisitos. Mosby Inc. (2003)

<b>Caso</b>	(492) CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA EN EL ADULTO
<b>Autores</b>	Adriana María López Ruiz Elena Quílez Caballero, Jorge Culebras Requena, Emilio Valentín Agrela Rojas, Federica Cordido Henríquez, Carlos García-moncó Fernández
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

**Presentación:**

Mujer de 81 años acude a urgencias por atragantamiento con un trozo de pulpo e incapacidad para la deglución de sólidos y líquidos, sin otros síntomas, salvo sensación de cuerpo extraño (CE) a la altura del cartílago tiroideos. Se solicita radiografía lateral de cuello (RLC) en la que se aprecia un aumento de partes blandas en hipofaringe-laringe a la altura de C3-C4 como signo indirecto de CE. Posteriormente se realiza fibrolaringoscopia extrayendo el CE que se encontraba alojado en las valéculas epiglóticas.

**Discusión:**

La ingestión de CE es más frecuente en niños menores de 6 años, y entre los adultos se da en ancianos, discapacitados, pacientes con trastornos psiquiátricos o intoxicados. En primer lugar debe explorarse la orofaringe. Si no se identifica el CE se realiza la RLC con el cuello en hiperextensión, al final de la inspiración. Hay que tener en cuenta que la calcificación de los cartílagos laríngeos y otras estructuras del cuello puede producir falsos positivos. El CE encontrado habitualmente en los adultos es el hueso de pollo o la espina de pescado, normalmente radiolucientes, y las localizaciones más frecuentes son la unión cricofaríngea y el esófago proximal, donde la RLC tiene una precisión mayor del 70% para la detección de CE. El aumento de partes blandas prevertebrales es un signo indirecto de CE. En el adulto, no debería superar 7mm a la altura de C2 ni 22mm a la altura de C7. Signos indirectos de complicación son la presencia de gas ectópico en caso de perforación, o un nivel hidroaéreo si absceso. La TAC está indicada ante RLC negativa y sospecha clínica elevada, así como para mejor valoración de las complicaciones.

**Conclusión:**

La RLC es una prueba accesible y de bajo coste que permite identificar CE directa o indirectamente, evitando la realización de pruebas adicionales.



**Radiografía lateral de cuello.** Aumento de partes blandas en hipofaringe-laringe, con engrosamiento de tejidos blandos prevertebrales, como signo indirecto de presencia de cuerpo extraño.



Radiografía normal de otro paciente. A= orofaringe, B= laringe 1= lengua, 2= valécula, 3= epiglotis, 4= hueso hioides, 5= cartilago tiroides.

**Bibliografía:**

Castán Senar A, et al. Foreign bodies on lateral neck radiographs in adults: Imaging findings and common pitfalls. Radiographics 2017; 37-323-345.

<b>Caso</b>	(493) EL GRAN RETO DIAGNÓSTICO DEL DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA
<b>Autores</b>	José Fernando Antezana Tapia Antonia Gil Sierra, Aranzazu Gutiérrez Pantoja, Paloma Arias Baldo, José Antonio Feria Herrera, Dolores Sánchez García.
<b>Centro</b>	Universitario de Móstoles

**Presentación:**

Mujer de 46 años que acude a urgencias por dolor abdominal inicialmente difuso y luego más focalizado en FID, acompañado de náuseas y febrícula. AP: -Anemia ferropénica. - Madre con carcinoma de colon. - Intervenida por pólipos endometriales en 2014. Bajo la sospecha clínica de apendicitis aguda, se realiza ecografía abdominal y TC complementaria. Ecográficamente en FID se aprecia imagen reniforme heterogénea con configuración en diana. En la TC abdominal se observa el íleon terminal acompañado de su pedículo vascular protruyendo en el interior del colon ascendente a través de la válvula ileocecal hasta el ángulo hepático, compatible con invaginación intestinal ileo-cólica. La pared colónica comprometida se encuentra engrosada y se identifican algunas adenopatías regionales.

**Discusión:**

Intervienen quirúrgicamente a la paciente practicándole una hemicolectomía derecha.

El diagnóstico definitivo fue de invaginación ileo-cólica secundaria a carcinoma de ciego pobremente diferenciado con metástasis ganglionares regionales.

El diagnóstico diferencial del dolor en FID incluye un amplio espectro de entidades clínicas que abarcan desde patología benigna y autolimitada hasta enfermedades que asocian una alta mortalidad.

La invaginación intestinal en adultos es rara (5 % del total) y se manifiesta frecuentemente como dolor abdominal inespecífico. Las neoplasias representan el 65% de las causas, los tumores malignos son más frecuentes en el intestino grueso y los benignos en el delgado.

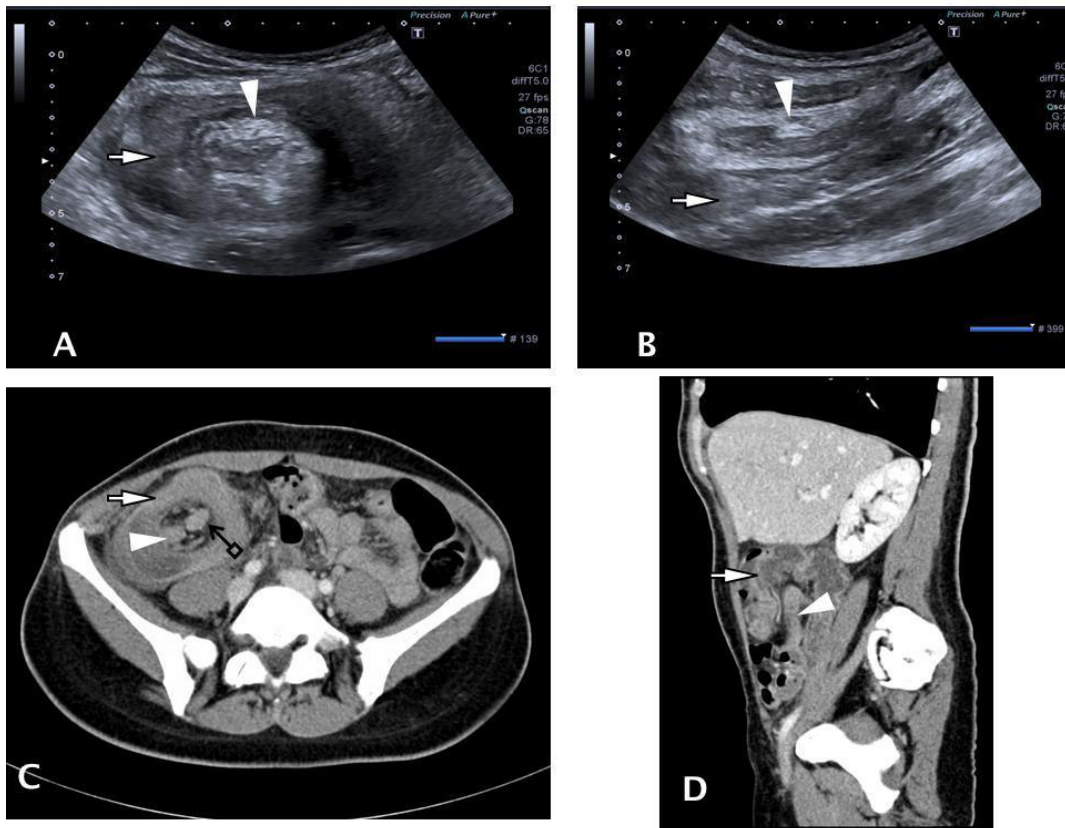
En la mayoría de las series, la TC es la técnica más sensible, seguida por la ecografía.

El tratamiento en la población adulta, salvo excepciones, siempre es quirúrgico.

**Conclusión:**

El dolor en FID en el ámbito de urgencias incluye un amplio espectro de patologías que el radiólogo debe considerar en el diagnóstico diferencial.

La invaginación intestinal es una entidad muy infrecuente en los adultos. Los signos y síntomas son inespecíficos. Los estudios radiológicos con mayor rentabilidad son la TC y la ecografía abdominal.



**Figura:** *Imágenes que muestran el diagnóstico de invaginación ileo-cólica; nótese el colon ascendente con su pared engrosada (flecha blanca) y el ileon terminal que protruye dentro de el colon (cabeza de flecha), adenopatía mesentérica (flecha negra). Ecografía en plano trasversal (A) que muestra la típica imagen reniforme con configuración en diana y plano longitudinal (B). Estudio TC en plano axial y reconstrucción sagital imágenes C y D respectivamente.*

### Bibliografía:

Jaffe, T., & Thompson, W. M. (2015). Large-Bowel Obstruction in the Adult: Classic Radiographic and CT Findings, Etiology, and Mimics. *Radiology*, 275(3), 651–663.

Kim, Y. H., Blake, M. A., Harisinghani, M. G., Archer-Arroyo, K., Hahn, P. F., Pitman, M. B., & Mueller, P. R. (2006). Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point. *RadioGraphics*, 26(3), 733–744.

Morera-Ocón, F. J., Hernández-Montes, E., & Bernal-Sprekelsen, J. C. (2009). Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cirugía Española*, 86(6), 358–362.

Park, N. H., Park, S. I., Park, C. S., Lee, E. J., Kim, M. S., Ryu, J. A., & Bae, J. M. (2007). Ultrasonographic findings of small bowel intussusception, focusing on differentiation from ileocolic intussusception. *The British Journal of Radiology*, 80(958), 798–802.



Baleato-González, S., Vilanova, J. C., García-Figueiras, R., Juez, I. B., & de Alegría, A. M. (2011). Intussusception in adults: what radiologists should know. *Emergency Radiology*, 19(2), 89–101.

Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226: 134–138.

Tresoldi S, Kim YH, Blake M, Harisinghani MG, Hahn PF, Baker SP, Mueller P, Kandarpa K. Adult intestinal intussusception: can abdominal MDCT distinguish an intussusception caused by a lead point? *Abdom Imaging* 2008; 33: 582-588.

<b>Caso</b>	(494) ÍLEO BILIAR, UNA CAUSA NO TAN POCO COMÚN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
<b>Autores</b>	Elena Serrano Alcalá Silvia Llaverias, Iacopo Ciampa, Vicente Querol, Ángel Marín, Ana García
<b>Centro</b>	Hospital universitari Sagrat Cor

### **Presentación:**

Varón de 93 años que consulta por vómitos y dolor abdominal difuso, mayor en hipocondrio derecho. En la analítica destaca: leucocitosis  $17,9 \times 10^3/\text{mm}^3$ , bilirrubina total de 1,5 mg/dL a expensas de la directa y PCR 35,57 mg/L. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de asas de intestino delgado en hemiabdomen izquierdo, calcificación anular en flanco derecho y probable aerobilia. En el TC se confirma la aerobilia y la presencia de una obstrucción de intestino delgado con litiasis biliar alojada en íleon proximal. Diagnóstico: Íleo biliar, confirmado por cirugía, secundario a fístula colecistoduodenal.

### **Discusión:**

La obstrucción intestinal es una urgencia frecuente en nuestro medio. El íleo biliar es una causa poco común de oclusión intestinal, aunque puede alcanzar hasta el 25% de las obstrucciones no estranguladas, en mayores de 65 años. Aparece en pacientes con antecedentes de colecistitis crónica o como complicación tardía de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

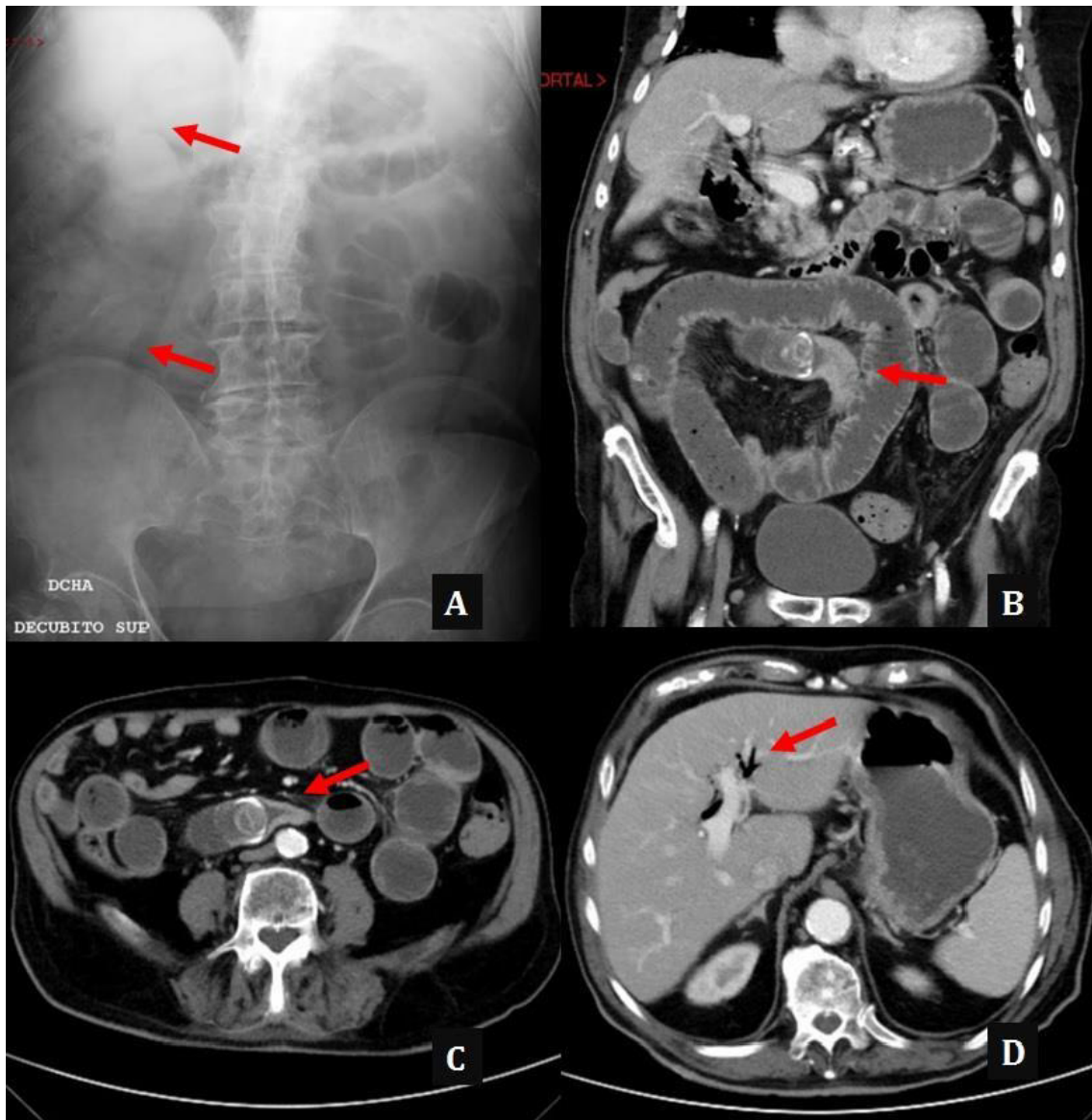
Se define como una obstrucción mecánica secundaria al impacto de litiasis en la luz intestinal debido a una fístula bilioentérica, siendo la más frecuente la colecistoduodenal y la localización más común de la obstrucción, el íleon terminal y la válvula ileocecal.

Los síntomas son inespecíficos (dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal) y el retraso diagnóstico es lo habitual, de ahí su alta tasa de morbimortalidad.

Por radiografía y TC se puede observar la triada de Rigler: dilatación del intestino delgado, aerobilia y cálculo biliar ectópico. El TC además puede apreciar el nivel de impactación, la fístula y las posibles complicaciones.

### **Conclusión:**

Hay que sospechar íleo biliar en pacientes ancianos con clínica de oclusión intestinal y antecedentes de colelitiasis. La radiografía de abdomen es la primera prueba a realizar, aunque es poco frecuente observar la triada de Rigler. El TC mejora la precisión diagnóstica, permitiendo identificar y localizar la litiasis.



**A.** Radiografía de abdomen en decúbito supino, se evidencia dilatación de asas intestinales, calcificación anular en flanco derecho (flecha) y probable aerobilia (flecha). **B- C.** Corte coronal (B) y axial (C) de TC abdominal con contraste, se observa dilatación de asas de intestino delgado y coincidiendo con el punto de cambio de calibre, imagen hiperdensa con calcificaciones anulares.. **D.** Corte axial de TC abdominal con contraste que muestra aerobilia. Triada de Rigler: Dilatación de asas intestinales + aerobilia + litiasis ectópica.

### Bibliografía:

-Lassandro F, Romano S, Ragozzino A et-al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. AJR Am J Roentgenol. 2005;185 (5): 1159-65.

-Yu CY, Lin CC, Shyu RY et-al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. World J. Gastroenterol. 2005;11 (14): 2142-7.

-Furukawa A, Yamasaki M, Furuichi K, et al. Helical CT in the diagnosis of small bowel obstruction. *RadioGraphics* 2001; 21:341–355

-M. Beuran, I. Ivanov, M.D. Venter, C. Davila Gallstone ileus —clinical and therapeutic aspects *J Med Life*, 3 (2010), pp. 365–371

-Zinkin EB, Brammer WM, Colombo CA. Case of the day. General. Gallstone perforation of the terminal ileum with abscess formation. *Radiographics*. 1990;10 (6): 1108-10.

-Dai XZ, et al. Gallstone ileus: case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2013 Sep 7;19(33):5586-9.

<b>Caso</b>	(495) La prostatitis más allá de la pelvis: pileflebitis
<b>Autores</b>	Satish Nagrani Chellaram Susana Borrueal Nacenta, Elena Martínez Chamorro, Carlos Fernández Cabrera, Fernando Pizarro Rodríguez, Marina Aurora Depetris
<b>Centro</b>	12 de Octubre

**Presentación:**

Varón de 54 años con antecedente de prostatitis hace tres semanas en tratamiento desde entonces que acude nuevamente a Urgencias por fiebre y dolor perineal y peneano con mal control analgésico. Analíticamente se objetiva empeoramiento de reactantes de fase aguda con leucocituria y microhematuria. Ante la mala evolución se realiza TC abdominopélvico (ver figura).

**Discusión:**

La pileflebitis es una tromboflebitis séptica secundaria a una infección en territorio de drenaje del sistema portal. El foco abdominal más frecuente es la diverticulitis; sin embargo, existen otras causas como apendicitis, infecciones urinarias, EII, colangitis, pancreatitis necrotizante... La tasa de mortalidad se estima en 11- 32% (en relación con el cuadro de sepsis abdominal que traduciría una tromboflebitis).

El espectro de presentación varía desde formas paucisintomáticas hasta abdomen agudo. Las manifestaciones clínicas típicas pueden incluir dolor abdominal, mareo, náuseas o vómitos, siendo estos síntomas inespecíficos y atribuibles a la infección primaria subyacente, por lo que podría pasar desapercibida si no se sospecha. Estados de hipercoagulabilidad y bacteriemia son factores de riesgo.

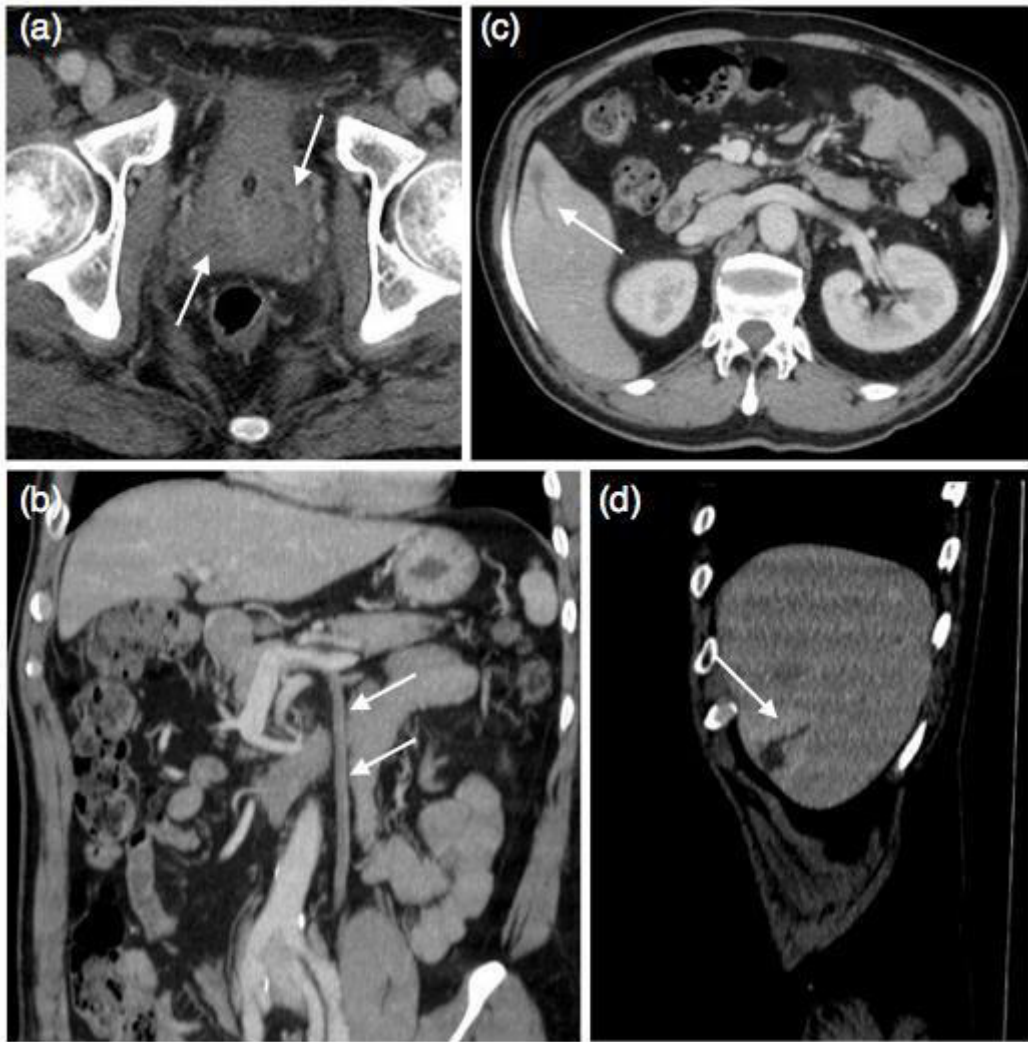
La analítica suele demostrar aumento de reactantes de fase aguda y alteración del perfil hepático. Se deben extraer muestras para hemocultivo.

Distintas pruebas de imagen pueden orientar el diagnóstico, siendo de elección en la Urgencia la ecografía y la TC por su amplia disponibilidad, que revelarían hallazgos en relación con el foco primario (prostatitis, diverticulitis, apendicitis...), con la transmisión venosa (trombosis o aire dentro de ramas portales y/o sus afluentes) y alteraciones en la atenuación del parénquima hepático con formación de abscesos.

Se debe conocer el diagnóstico para instaurar un tratamiento precoz con antibióticos de amplio espectro y anticoagulantes con el fin de evitar la isquemia intestinal, formación de nuevos abscesos e hipertensión portal crónica con transformación cavernomatosa.

**Conclusión:**

Una complicación infrecuente de las infecciones intraabdominales pero de relevancia clínica es la trombosis séptica de la vena porta. Hallazgos radiológicos que sugieren el diagnóstico implican trombosis de ramas del eje esplenoportal con abscesos hepáticos que asocian defecto de repleción en una rama portal.



**TC abdominopélvico tras administración de CIV con adquisición en fase venosa portal. (a) Corte axial de la pelvis donde se objetiva aumento de tamaño prostático, de aspecto heterogéneo y con áreas hipodensas que presentan realce mural sugestivos de abscesos (flechas). (b) Reconstrucción MIP coronal que muestra la vena mesentérica inferior con discreto aumento de calibre y defecto de repleción hasta la confluencia esplénica compatible con trombosis (flechas). Cortes en axial (c) y sagital (d) muestran el parénquima hepático de atenuación heterogénea, objetivando en segmentos caudales del lóbulo hepático derecho una lesión hipodensa de bordes mal delimitados con hiperemia perilesional compatible con absceso hepático dado el contexto clínico. Asocia una estructura lineal hipodensa con extremo en el seno de la lesión en relación con pyleflebitis asociada (flecha).**

### **Bibliografía:**

- García Figueiras, R., Liñares Paz, M., Baleato González, S., & Villalba Martín, C. (2010). Case 158: Pylephlebitis 1. *Radiology*, 255(3), 1003-1003.
- Choudhry, A. J., Baghdadi, Y. M., Amr, M. A., Alzghari, M. J., Jenkins, D. H., & Zielinski, M. D. (2016). Pylephlebitis: a review of 95 cases. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 20(3), 656-661.



<b>Caso</b>	(497) Estallido ocular. ¿Qué debemos conocer?
<b>Autores</b>	Inés Hernández Delgado C. Cortés León, M. L Collado Torres, M. R Navarro Torres, M. Escribano Pérez.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda.

**Presentación:**

Mujer de 24 años que acude a urgencias por traumatismo ocular derecho de escasas horas de evolución con objeto romo. Antecedentes personales: Síndrome de Ehlers-Danlos. Antecedentes oftalmológicos: queratocono bilateral. Exploración oftalmológica: OD: Agudeza visual: percepción de luz. Lámpara de hendidura: hipotonía, hipotalamia, corectopia superior sin afectación corneal ni escleral; OI: AV:1, MOI y MOE normales; FO: no valorable.

**Discusión:**

Se realiza TC sin CIV, con reconstrucciones multiplanares, donde se aprecia marcada deformidad del globo ocular derecho con pérdida de volumen y de la esfericidad, sin identificar clara solución de continuidad. Los hallazgos son compatibles con estallido ocular.

El tratamiento consistió en exploración quirúrgica con cierre primario y vitrectomía por hemovítreo.

Ante la sospecha de estallido ocular, la realización de un TC específico ayuda a planificar el tratamiento y disminuye la morbilidad.

**Conclusión:**

Las principales indicaciones para realizar TC orbitario son: exoftalmos agudo, patología infecciosa aguda y traumatismo orbitarios y oculares.

Se debe realizar un estudio sistemático del globo ocular, que incluye el análisis de la cámara anterior, posición del cristalino y segmento posterior. También deben revisarse la grasa intra y extraconal, glándula lacrimal, estructuras vasculares, musculatura extrínseca y nervio óptico.

En los traumatismos el globo ocular hay que centrarse en la búsqueda de alteraciones específicas como la pérdida del volumen ocular, cambios en el contorno, discontinuidad en la esclera y aire intraocular.

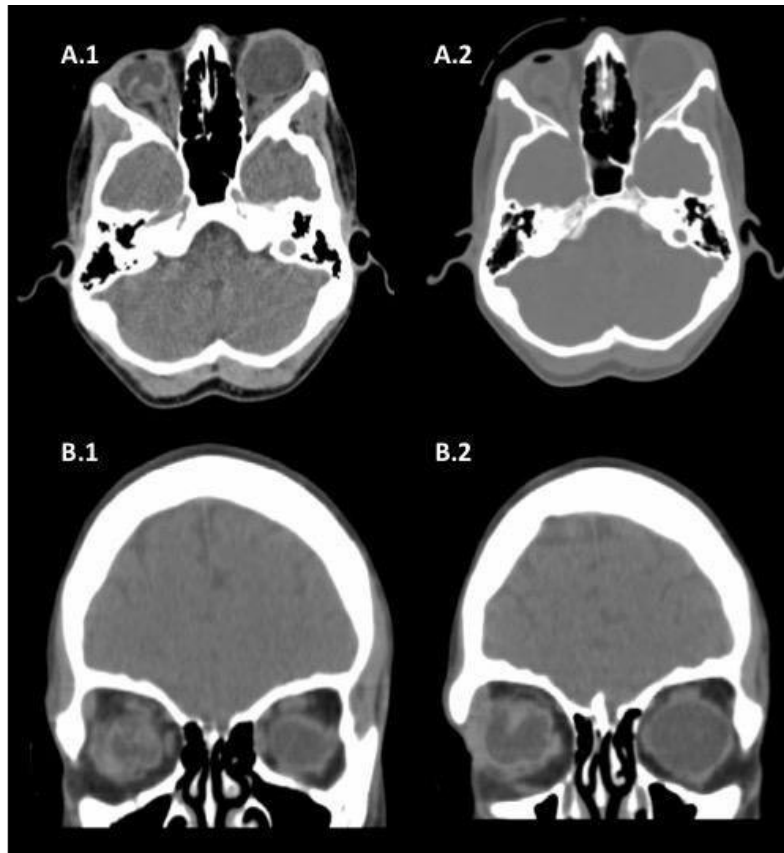
Hay que evaluar la presencia de cuerpos extraños.

El estudio de las estructuras óseas es indispensable, para definir el trayecto de las posibles fracturas y descartar desplazamiento de fragmentos, así como la afectación del canal del nervio infraorbitario.

Las lesiones traumáticas oculares son una causa importante de pérdida de visión. La TC es la técnica de elección ante traumatismos oculares urgentes por su accesibilidad



y capacidad diagnóstica mediante reconstrucciones multiplanares. Junto a un examen oftalmológico, es la clave para un adecuado tratamiento.



*A) 1 y 2 TC en cortes axiales y B) 1 y 2 en cortes coronales sin civ que muestra un globo ocular derecho heterogéneo con pérdida del volumen y de la esfericidad sin visualizar el cristalino. El ojo izquierdo en el corte axial se aprecia como presenta un queratocono.*

### **Bibliografía:**

Dunkin JM, Crum AV, Swanger RS, Bokhari SAJ. Globe Trauma. Semin Ultrasound CT MRI 32:51-56, 2011.

Dubois L, Jansen J, Schreurs R et al. How reliable is the visual appraisal of a surgeon for diagnosing orbital fractures? J Craniomaxillofac Surg 44: 1015-1024, 2016.

<b>Caso</b>	(498) Hematoma epidural posterior en paciente hemofílico
<b>Autores</b>	Ángela Fernández López Cristina López Cárceles, Elena Lozano Setien, Maria Isabel Tercero Azorín, Patricia Camino Marco, Inmaculada Alcantud González
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Varón de 25 años con hemofilia tipo B que acude a urgencias por dorsalgia tras caída hace 3 días. A la exploración presenta rigidez de nuca. Se realiza TC de columna urgente visualizando hiperdensidad en el espacio epidural posterior del canal medular cervical desde C2 hasta T8, compatible con hematoma epidural posterior. Se realiza RM evidenciando colección líquida multisegmentaria en el espacio epidural, hiperintensa en T1 y heterogénea en T2, sin deformidad medular ni mielopatía, confirmando los hallazgos de la TC.

**Discusión:**

La hemofilia es un trastorno hemorrágico hereditario ligado al cromosoma X. La hemorragia más frecuente en estos pacientes es la hemartrosis. Entre los sitios que ponen en peligro la vida del paciente se encuentran las del SNC, siendo las intracraneales más frecuentes que las del canal medular.

Los hematomas epidurales vertebrales son muy infrecuentes. Pueden ser traumáticos o atraumáticos (coagulopatía o iatrogenia), estos últimos más frecuentes.

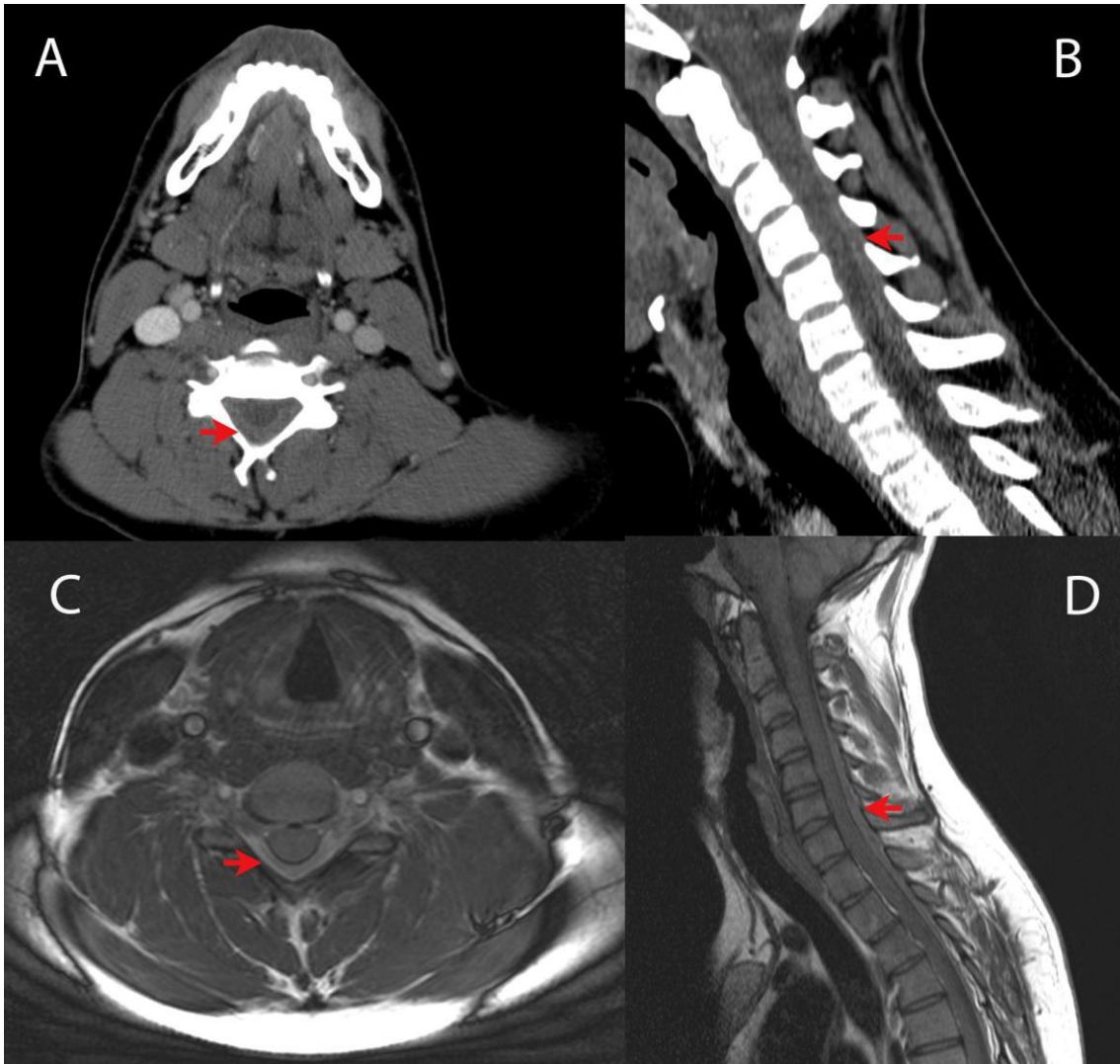
Se pueden localizar en cualquier nivel de la columna, aunque principalmente afecta a región cervical baja y dorsal, extendiéndose a varios niveles, siendo pocas veces focal. Se localizan con más facilidad por el espacio epidural posterior ya que la diseminación anterior está limitada por la inserción dural del ligamento longitudinal posterior y del anillo fibroso.

Los síntomas más frecuentes son dolor y alteraciones neurológicas (radiculopatía), siendo la compresión de la médula espinal o de la cola de caballo la consecuencia más grave, en cuyo caso será necesario la evacuación quirúrgica.

Los principales diagnósticos diferenciales son absceso, lipomatosis o neoplasia epidural.

**Conclusión:**

La hemorragia en el SNC central es una causa importante de morbi-mortalidad en pacientes hemofílicos. El hematoma epidural vertebral es una complicación rara en estos pacientes, siendo importante un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado, ya que puede producir déficit neurológico permanente e incluso la muerte.



*TC con contraste axial (A) y sagital (B): Hiperdensidad en el espacio epidural posterior, con morfología en semiluna en el plano axial. RM SE T1 axial (C) y sagital (D): Se observa colección epidural posterior, hiperintensa en esta secuencia, que se extiende desde C2 hasta T8, sin producir deformidad medular ni mielopatía. Hallazgos en relación con hematoma epidural posterior.*

### **Bibliografía:**

-Osborn, A. and Winthrop, S. (1998). Neurorradiología diagnóstica. 1st ed. Madrid: Harcourt Brace de España.

-Osborn, A., Salzman, K. and Barkovich, A. (2011). Diagnóstico por imagen. Cerebro. 2nd ed.

-Muñoz González, A. and Cuello, J. (2015). Hematoma espinal epidural espontáneo: estudio retrospectivo de una serie de 13 casos. Neurología, 30(7), pp.393-400.

<b>Caso</b>	(502) Fístula arteriovenosa dural (FAVd): sospechosa insospechada
<b>Autores</b>	Candela González González Mónica Fernández Del Castillo, Elena Alventosa Fernández, Carlos Marichal Hernández, Silvia Paz Maya
<b>Centro</b>	H. Univ N.S. de Candelaria

### Presentación:

Presentamos un caso ilustrativo de fístula arteriovenosa dural (FAVd) en paciente hipertenso que acude a urgencias con cefalea aguda intensa en relación con maniobra de Valsalva. La TC de cráneo (fig. a) muestra un hematoma intraparenquimatoso lobar occipital izquierdo asociado a hematoma subdural laminar (fig. b). En el angioTC (fig. c) se evidencian vasos anómalos en región occipital izquierda con aneurisma venoso en el seno del hematoma sin que se identificase un nidus. Los senos venosos estaban permeables. La arteriografía (fig. d) confirma la presencia de FAVd con aneurisma venoso responsable del sangrado. El paciente fue tratado con éxito por vía endovascular estando asintomático y estable en el seguimiento ambulatorio.

### Discusión:

La FAVd es una comunicación anómala

entre arterias durales y senos venosos durales, venas

meníngeas o venas corticales, sin la presencia de nidus;

son lesiones infrecuentes (10-15% de todas las

malformaciones arteriovenosas intracraneales) y por lo tanto no suele estar incluida en el top 10 del radiólogo de urgencias pero el sangrado intracraneal sí que lo es y se

requiere un alto grado de sospecha para pensar en esta entidad como causa potencial. Las manifestaciones clínicas dependen de su localización, aporte arterial, grado de shunt y fundamentalmente del patrón de drenaje venoso; de este hecho deriva la variabilidad clínica; Cuando provoca sangrado intracraneal puede ser intraparenquimatoso,

subaracnoideo y subdural. Las técnicas de imagen no

invasivas pueden demostrar la fístula como

vasos prominentes agrupados en vecindad a las meninges o a

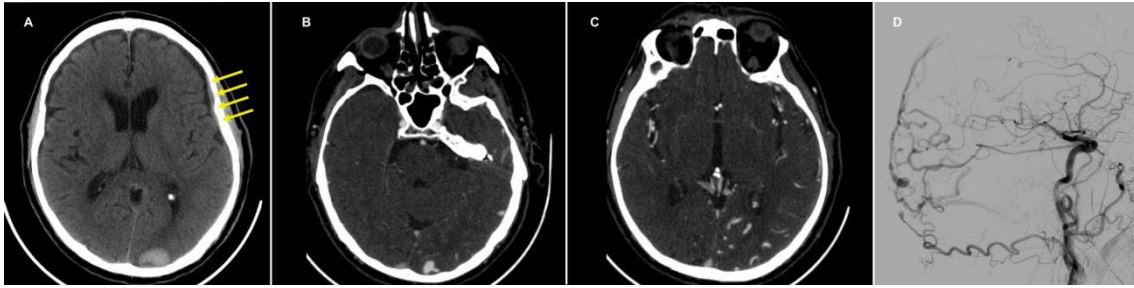
los senos venosos, así como localizar el aporte arterial,

el relleno precoz de los senos y venas de drenaje

prominentes.

### Conclusión:

Si bien es una causa infrecuente de sangrado intracraneal, existen signos indirectos en la TC de urgencias que deben alertar sobre la posibilidad de una FAVd.



*TC simple (a), angioTC (b, c) y arteriografía (d): se remite al texto para la descripción de los hallazgos*

### **Bibliografía:**

Intracranial dural arteriovenous fistulas: classification,

imaging findings and treatment. Gandhi, Chen, Peral, Huang et al. AJNR Am J Neuroradiol 2012.

Intracranial dural arteriovenous fistulae:

clinical presentation and management strategies. Miller,

Gandhi. Stroke 2015; 46: 2017-2025.

<b>Caso</b>	(504) TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LACTANTE
<b>Autores</b>	Adriana María López Ruiz Alba Patricia Solano Romero, Olga María Suárez Traba, Inés Solís Muñiz, Gustavo Albi Rodríguez, Gloria Gómez Mardones
<b>Centro</b>	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS

**Presentación:**

Niña de 5 meses es traída a urgencias por sus progenitores porque le han notado “hinchazón” en la cabeza en región parietal bilateral y mayor irritabilidad en las últimas 6 horas. La madre refiere antecedente traumático con la cuidadora en las 24 horas previas, no presenciado por ellos. Exploración física: Hematoma biparietal. Exploración neurológica normal. Ante la sospecha de fractura craneal se solicita radiografía simple de cráneo, en la que se identifican dos líneas radiolucetas con bordes no escleróticos en ambos huesos parietales compatibles con fracturas. Ante estos hallazgos se solicita TAC para descartar lesiones intracraneales asociadas. El estudio confirma la presencia de fracturas biparietales complejas. La derecha asocia una colección laminar hiperdensa compatible con hematoma subdural. La izquierda presenta fragmentos acabalgados y asocia una colección extraaxial biconvexa hiperdensa compatible con hematoma epidural, sin evidencia de desviación de la línea media. También se confirman sendas colecciones subgaleales hiperdensas biparietales compatibles con hematomas.

**Discusión:**

El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye un motivo frecuente de consulta en las urgencias pediátricas.

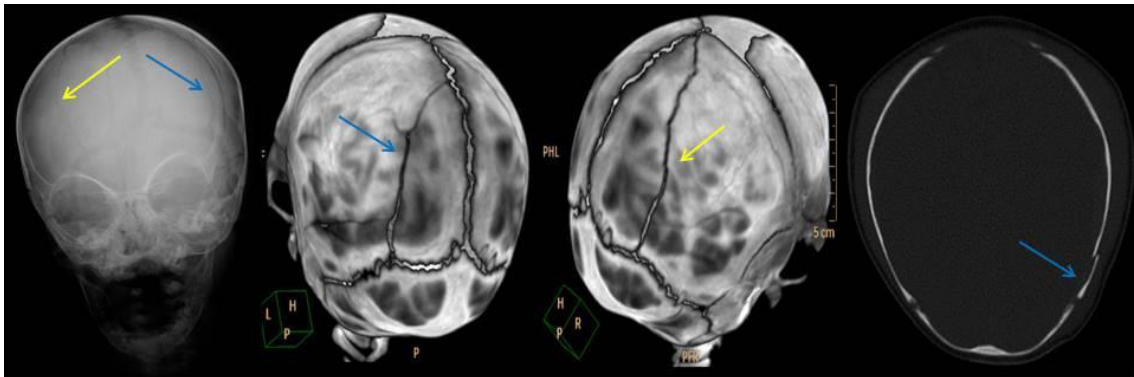
Por sus características anatómicas, los niños son más susceptibles de padecer una lesión intracraneal tras un TCE.

Aunque en su mayoría no conlleva consecuencias graves, el TCE supone la primera causa de muerte y discapacidad en niños mayores de 1 año en los países desarrollados y la mortalidad es dos veces mayor en niños menores de 12 meses que en el resto de la edad pediátrica.

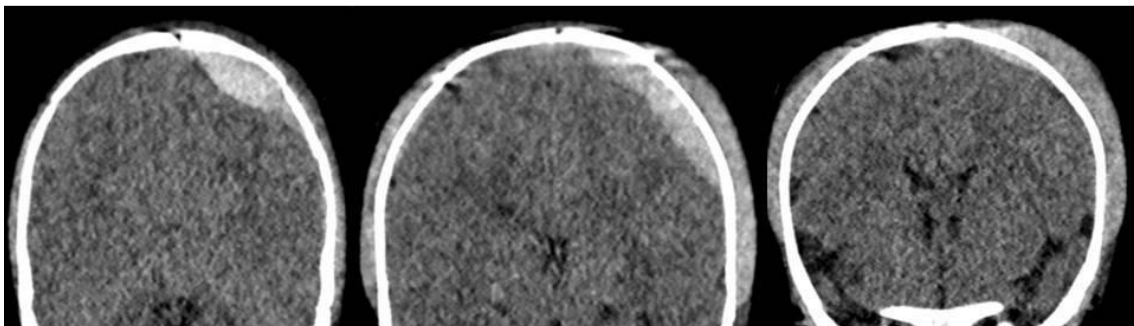
En menores de 2 años la fractura de cráneo se ha demostrado como factor de riesgo independiente de lesión intracraneal y se ha establecido la asociación entre cefalohematoma y fractura de cráneo.

**Conclusión:**

Ante la presencia de cefalohematoma/ hematoma subgaleal en menores de 2 años y/o fractura en la radiografía craneal, se debe realizar una TAC craneal para descartar lesión intracraneal asociada.



Fracturas biparietales con discreto acabalgamiento de fragmentos en la fractura parietal izquierda



Colección extraaxial biconvexa hiperdensa en región parietal izquierda compatible con hematoma epidural

Hematomas subgaleales biparietales

### Bibliografía:

1. Barcovich AJ (2000) Brain and spine injuries in infancy and childhood. In: Barkovich AJ (ed) Pediatric neuroimaging, 3rd edn. Lippicott Williams and Wilkins. Philadelphia. Pp 157-249.
2. Traumatismos craneoencefálicos. *Pediatría Integral* 2014; XVIII(4): 207-218.
3. Manrique Martínez I, Alcalá Minagorre PJ. Manejo del traumatismo craneal pediátrico. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP*. 24; 211-230.

<b>Caso</b>	(506) Estudio ecográfico ocular: Apoyo diagnóstico para el oftalmólogo
<b>Autores</b>	Francisco Pozo Piñón Alejandro Fernández Flórez, Pedro Lastra García-barón, Beatriz González Humara, Javier De La Calle Lorenzo, Amaya Iturralde Garriz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**Presentación:**

Varón de 69 años con catarata bilateral que acude con sospecha de Síndrome de efusión uveal, con escasa respuesta a corticoides, por lo que se solicita una ecografía ocular para completar el estudio y descartar complicaciones. La ecografía ocular del OD evidencia un material ecogénico en la cámara posterior, con morfología en "V", con base en el nervio óptico, y con flujo Doppler arterial y venoso positivo. El estudio comparativo con el OI identifica un humor vítreo de aspecto anecogénico, sin apreciar alteraciones ecográficas. Estos hallazgos son compatibles con un desprendimiento de retina en el OD.

**Discusión:**

La ecografía ocular es una técnica que permite valorar lesiones intraorbitarias y oculares, como cuerpos extraños, desprendimiento de retina, de vítreo posterior, de coroides, o alteraciones vasculares.

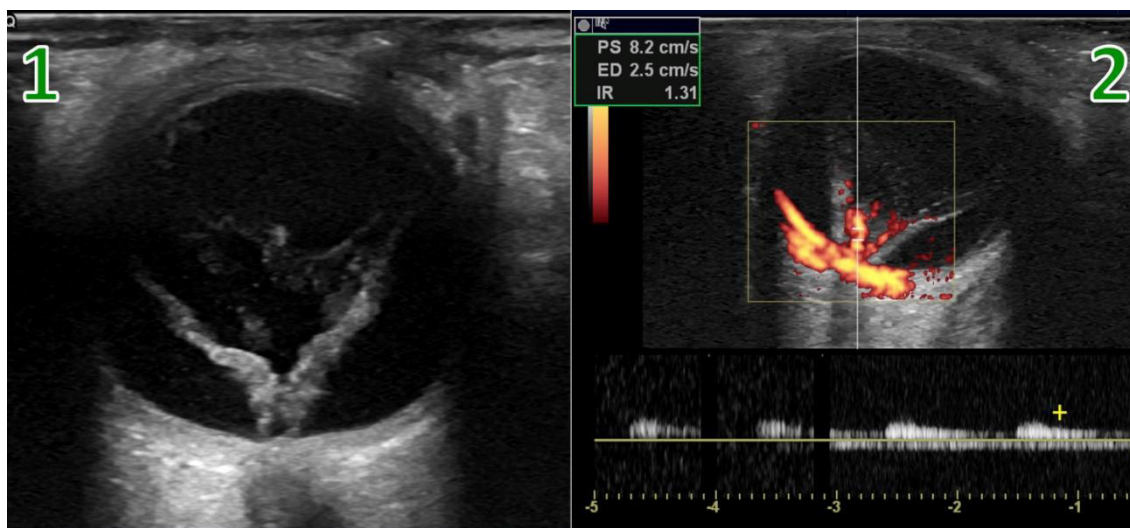
La ecografía nos ayuda en el diagnóstico diferencial entre el desprendimiento de coroides con aspecto de membrana lisa y gruesa, sin inserción en la papila, con forma de domus y con flujo únicamente arterial; el desprendimiento vítreo posterior como una membrana lisa o fina con o sin inserción en la papila y sin flujo; y el desprendimiento de retina que como describimos en el caso presenta un material ecogénico en forma de "V", con base en el nervio óptico, y flujo arterial y venoso.

La mayoría de los desprendimientos de retina requieren tratamiento quirúrgico, mejorando su pronóstico si se realiza precozmente. El estudio ecográfico puede ser fundamental ante la sospecha de esta patología por el oftalmólogo cuando la visualización no es posible debido a la presencia de catarata como en el presente caso.

**Conclusión:**

Presentamos un caso con sospecha ecográfica de desprendimiento de retina en un paciente de edad avanzada con catarata bilateral, lo que impide valorar el fondo de ojo. En estos pacientes la ecografía ocular es una prueba complementaria de gran utilidad para el diagnóstico precoz.





	DC	DVP	DR
<b>Topografía</b>	Membrana lisa y gruesa. Sin inserción en el disco óptico. Hasta ora serrata o cuerpo ciliar. Forma de domus.	Membrana lisa o fina con o sin inserción en disco óptico.	Membrana lisa o pliegues. Inserción en disco óptico hasta ora serrata. Forma en "V" o en "Y".
<b>Doppler</b>	Flujo arterial	Sin flujo	Flujo arterial y venoso

**1. Material ecogénico en cámara posterior, con morfología en "V", y base en el nervio óptico. 2. Demostración del flujo Doppler en el interior del material ecogénico en forma de "V". Tabla con el diagnóstico diferencial entre el desprendimiento de coroides (DC), desprendimiento de vítreo posterior (DVP) y el desprendimiento de retina (DR).**

### Bibliografía:

1. Berges O, Kosdas P, Moret J. Imagerie de l'oeil et de l'orbite: radiologie, echographie, scanner et resonance magnetique. Encyclopedie Medico-Chirurgicale 2000;30:821-a-10.
2. Berges O, Torrent M. Echographie de l'oeil et de l'orbite. Vigot. Paris; 1986.
3. Frazier Byrne S, Green RL. Ultrasound of the eye and orbit. 2ª edition. Mosby. St Louis, 2002.
4. Roldan PM, Ossama IA, Contreras D, Hernandez J, Ganado T, Bravo C. Ocular blood flow and characteristics of retinal detachment.
5. Wong AD, Cooperberg PL, Ross WH, Araki DN. Differentiation of detached retina and vitreous membrane with color flow Doppler. Radiology 1991;178:429-431.
6. Monk P, Downey D, Nicolle D, Vellet DA, Rankin R, Lin D. The rol of colour flow Doppler ultrasonography in the investigation of disease in the eye and orbit. Can J Ophthalmol 1993;28(4):171-176.

7. Chu T, Cano M, Green R, Liggett Pr, Lean J. Scan ultrasonography of retinal detachments". *Annals of ophthalmology* 1978;903-911.

<b>Caso</b>	(509) Criterios de muerte cerebral en angioTC.
<b>Autores</b>	Andrés Francisco Jiménez Sánchez Juan Francisco Martínez Martínez, Elena López Banet, Diego Páez Granda, Irene Sánchez Serrano, Ana Azahara García Ortega.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Mujer 52 años encontrada en parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. Se realizó una TC simple de cráneo urgente en la que se observó HSA en las cisternas de la base y edema cerebral difuso. Se decidió completar el estudio con un angioTC para localizar el probable aneurisma causante de la hemorragia. No se observó repleción de ninguna de las arterias cerebrales, por lo que se concluyó en el informe que los hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de muerte cerebral.

**Discusión:**

Hay muchas circunstancias que pueden confundir al clínico en el diagnóstico de muerte cerebral: hipotermia, drogas depresoras del SNC, lesión medular alta, parálisis neuromuscular, alteraciones electrolíticas severas...

El diagnóstico de muerte cerebral requiere alguna prueba confirmatoria. La técnica de referencia estándar para demostrar la ausencia de circulación cerebral es la angiografía convencional. Sin embargo este diagnóstico puede hacerse con angioTC que es menos invasiva, más rápida y ubicua en los hospitales de nuestro medio.

Se deben realizar tres adquisiciones como mínimo:

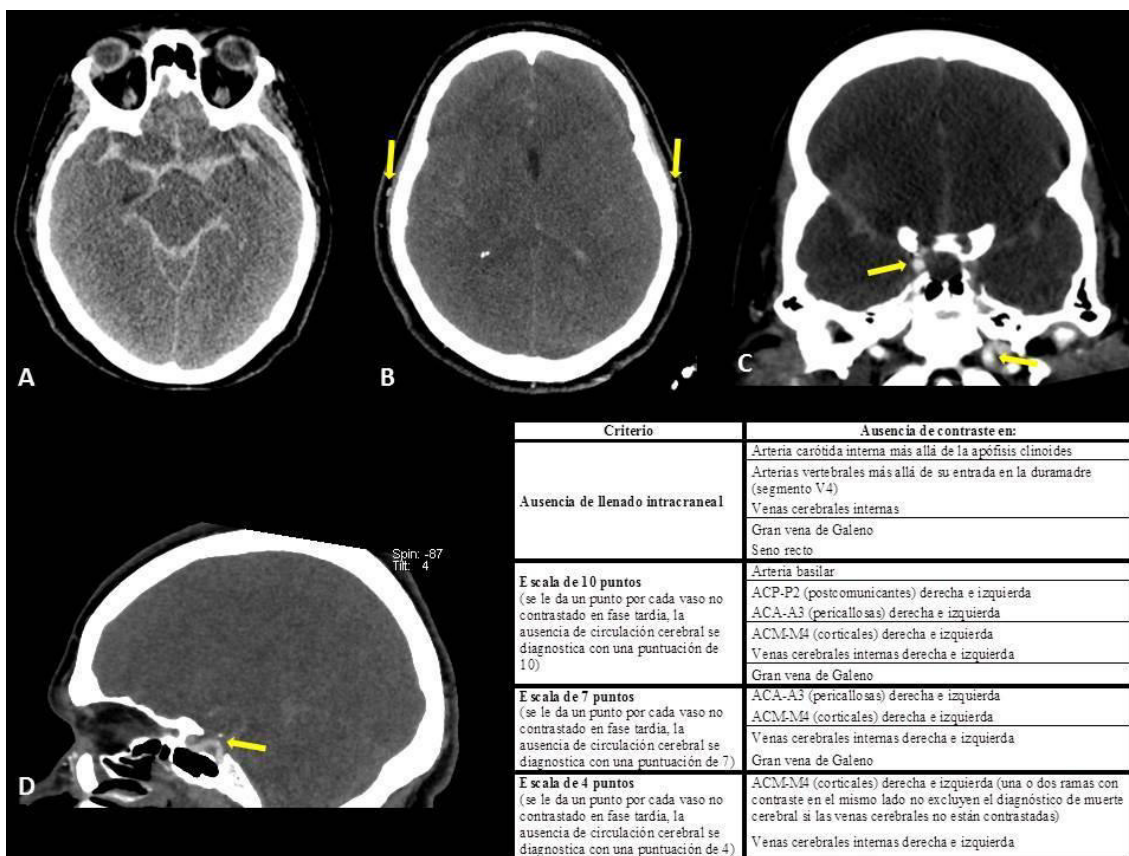
- Una TC simple de referencia.
- Un angioTC (20 segundos de retraso). En esta fase se usa la arteria temporal o la arteria facial como control para descartar falsos positivos por bajo gasto cardiaco.
- Una adquisición en fase venosa (60 segundos tras la administración del contraste) para descartar falsos positivos por hipertensión intracraneal.

No existen unos criterios ampliamente aceptados para el diagnóstico de muerte cerebral mediante angioTC. Se basan en la ausencia de opacificación de la circulación venosa profunda (sensibilidad del 98-100%), ramas corticales de las ACM (S86-100%), arteria basilar (S83-94%), segmento P2 de las ACP (S79%) y segmento A3 de las ACA (S64%).

Está pendiente de comprobar su especificidad mediante estudios que usen como controles a pacientes con hipertensión intracraneal.

**Conclusión:**

El angioTC cerebral es una prometedora alternativa ampliamente disponible y fiable en el diagnóstico de muerte cerebral.



**Figura 1. A) TC simple en el que se observa HSA gruesa en cisternas de la base. B, C y D) AngioTC en el que se observa una ausencia de repleción de todas las arterias intracraneales. Las flechas amarillas señalan la presencia de contraste en las arterias temporales (B), ramas de la arteria carótida externa (C) y segmentos infraclinoideos de la arteria carótida interna derecha. El diagnóstico se hace cuando el paciente cumple todos los criterios de cualquiera de las cuatro escalas referidas en la tabla. Esta paciente se encuentra en muerte cerebral probablemente secundaria a la rotura de un aneurisma en la ACI o ACM izquierda (el aneurisma no se relleno como consecuencia de la ausencia de flujo intracraneal).**

## Bibliografía:

Frampas E, Videcoq M, Kerviler E de, Ricolfi F, Kuoch V, Mourey F, et al. CT Angiography for Brain Death Diagnosis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 9 de enero de 2009;30(8):1566-70.

Karaku? K, Demirci S, Cengiz AY, Atalar MH. Confirming the brain death diagnosis using brain CT angiography: experience in Tokat State Hospital. *Int J Clin Exp Med.* 15 de julio de 2014;7(7):1747-51.

Patil AR, Kumar A, Gamanagati S, Jeyaseelan. Brain death: Diagnostic clues on imaging. *J Emerg Trauma Shock.* 2012;5(4):372-3.

Sawicki M, Bohatyrewicz R, Walecka A, So?ek-Pastuszka J, Rowi?ski O, Walecki J. CT Angiography in the Diagnosis of Brain Death. *Pol J Radiol.* 15 de noviembre de 2014;79:417-21.

Taylor T, Dineen RA, Gardiner DC, Buss CH, Howatson A, Pace NL. Computed tomography (CT) angiography for confirmation of the clinical diagnosis of brain death. Cochrane Database Syst Rev. 31 de marzo de 2014;(3):CD009694.

<b>Caso</b>	(510) Síndrome de Mirizzi. Manifestación poco frecuente de colelitiasis sintomática.
<b>Autores</b>	Andrés Francisco Jiménez Sánchez Juan Francisco Martínez Martínez, Antonio Navarro Baño, Renzo Javier Andrade Gonzales, María Carolina Gutiérrez Ramírez, Carmen María Fernández Hernández.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Paciente de 40 años que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio derecho. En la analítica destaca leucocitosis e hiperbilirrubinemia. Antecedentes de colelitiasis. Se indicó una ecografía abdominal para valorar la vía biliar. En la ecografía se observó dilatación de la vía biliar intrahepática de predominio izquierdo y una gran litiasis vesicular con efecto de masa en el hilio hepático. No se observó dilatación de la vía biliar extrahepática distal a la litiasis. Se sugirió el diagnóstico de Síndrome de Mirizzi como opción más probable. A lo largo del ingreso se completó el estudio con una TC de abdomen para descartar etiología maligna; y con una colangio RM para valorar adecuadamente la vía biliar extrahepática y sus posibles variantes de cara a la cirugía. Los hallazgos confirmaron el diagnóstico de presunción hecho con ecografía.

**Discusión:**

El síndrome de Mirizzi resulta de una obstrucción del colédoco secundaria a una compresión extrínseca por un cálculo impactado en el conducto cístico. Ocurre en el 1-2% de pacientes con colelitiasis sintomática

Los pacientes presentan síntomas de ictericia obstructiva o de colangitis. Puede complicarse con una fístula colecistobiliar.

La ecografía es la primera prueba para valorar la vía biliar durante la urgencia. La TC y la RM se usan para descartar otras posibles etiologías que justifiquen el cuadro.

La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada es el gold estándar para diagnosticarlo y descomprimir la vía biliar en un primer tiempo. El tratamiento definitivo es la colecistectomía mediante cirugía abierta, puesto que las distorsiones que puede provocar en la anatomía del hilio hepático dificultan el abordaje laparoscópico y aumentan las complicaciones postquirúrgicas.

**Conclusión:**

El síndrome de Mirizzi es una forma poco frecuente de colelitiasis sintomática.

Los hallazgos en imagen típicos son fáciles de reconocer y tienen una gran importancia a la hora de reducir la morbilidad y mortalidad postquirúrgica.



**Figura 1.** A) Ecografía abdominal, corte oblicuo-lateral; B) TC de abdomen con contraste en fase portal, MPR en coronal; C) RM, secuencia T2WI en plano coronal. Hallazgos característicos del Síndrome de Mirizzi en las tres pruebas de imagen que se le realizaron al paciente durante todo su proceso diagnóstico: gran litiasis en el fundus vesicular (flecha sólida) que impacta sobre el colédoco proximal y provoca una dilatación retrógrada de la vía biliar intrahepática izquierda (flecha hueca). La vía biliar distal a la obstrucción debe tener un calibre normal para ajustarse a este diagnóstico.

### Bibliografía:

Ahlawat SK, Singhania R, Al-Kawas FH. Mirizzi syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol.* abril de 2007;10(2):102-10.

Pariani D, Zetti G, Galli F, Cortese F. Mirizzi Syndrome: From Ultrasound Diagnosis to Surgery A Case Report. *Case Reports in Surgery.* 10 de enero de 2013;2013:e268760.

Patel NB, Oto A, Thomas S. Multidetector CT of Emergent Biliary Pathologic Conditions. *RadioGraphics.* 1 de noviembre de 2013;33(7):1867-88.

Waisberg J, Corona A, Abreu IW de, Farah JF de M, Lupinacci RA, Goffi FS. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. *Arquivos de Gastroenterologia.* marzo de 2005;42(1):13-8.

<b>Caso</b>	(511) Trombosis venosa aguda en el trasplante renal. Claves diagnósticas.
<b>Autores</b>	Andrés Francisco Jiménez Sánchez Juan Francisco Martínez Martínez, Yesica Martínez Paredes, Santiago Ibáñez Caturla, Irene Sánchez Serrano, María Dolores Abellán Rivero.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Varon de 27 años, transplantado de riñón cinco horas antes, que refirió dolor intenso en la cara externa del muslo derecho. En la intervención se realizó una anastomosis venosa terminolateral a la vena ilíaca externa. Se quería descartar trombosis venosa profunda en dicho miembro. Se realizó una ecografía Doppler venosa del miembro inferior derecho con la que se descartó trombosis venosa profunda. Sin embargo, no se detectó flujo en la vena ilíaca externa. Se amplió el estudio al injerto renal observándose ausencia de flujo venoso, índice de resistencia de 1 y onda Doppler espectral de la arteria renal de alta resistencia con diástole invertida. Los hallazgos sugerían trombosis venosa en el injerto. Se realizó un angioTC urgente, que confirmó los hallazgos ecográficos. El parénquima renal mostraba áreas de hipoperfusión-infarto. Los urólogos decidieron revisar el injerto, hallando un riñón congestivo, violáceo, con pulso arterial y sin impresión de ocupación de vena renal. Se procedió al explante. El informe de Anatomía Patológica refirió trombosis vascular venosa con marcada infiltración hemorrágica del parénquima renal y necrosis tubular.

**Discusión:**

La trombosis de la vena renal es una complicación poco frecuente en el trasplante de riñón que se da en menos del 5% de los pacientes durante la primera semana.

Las causas son variadas, desde las reacciones inmunológicas mediadas por anticuerpos, síndrome de hipercoagulabilidad, hasta problemas técnicos (torsión, desalineación....)

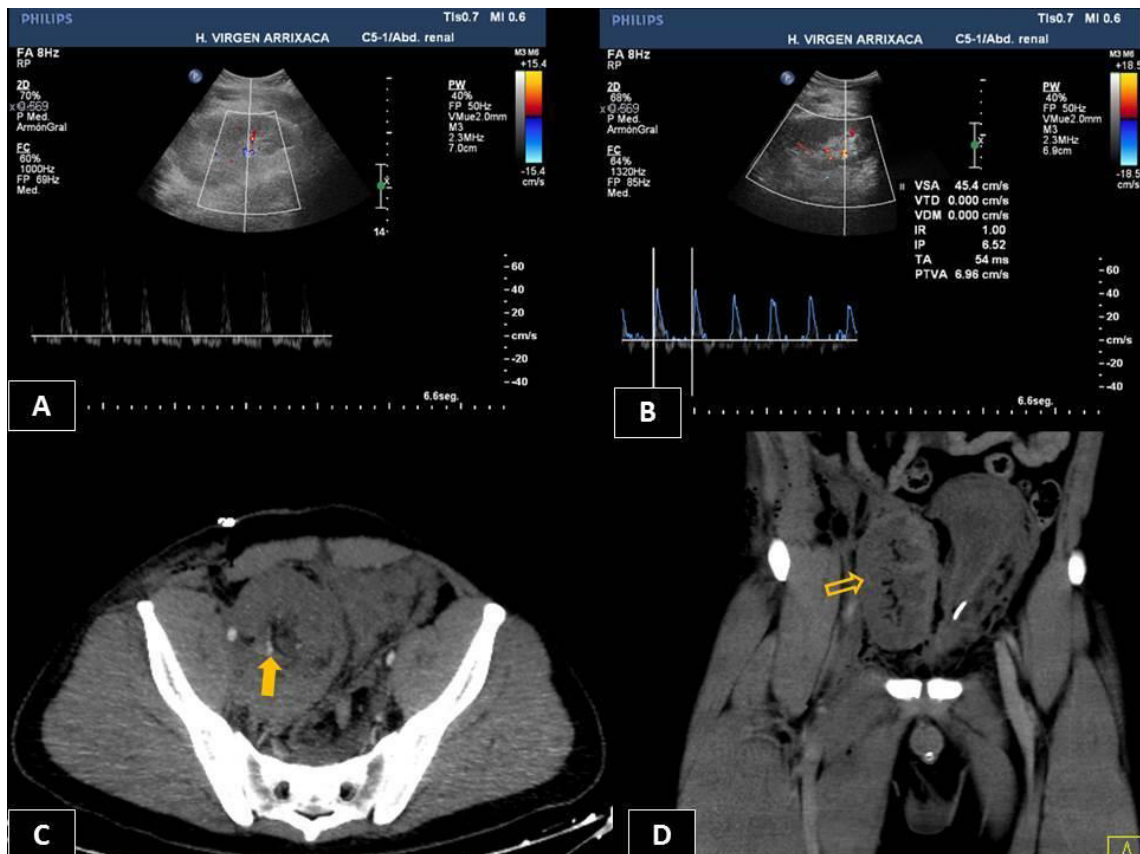
Los hallazgos en imagen son característicos y se resumen en la figura 1.

El reconocimiento precoz de dicha complicación es crucial para tratar de realizar una trombectomía y recuperar el injerto.

**Conclusión:**

La trombosis de la vena renal es una complicación precoz del trasplante renal que puede desembocar en la pérdida del injerto. Se debe sospechar ante cualquier dolor incoercible en un transplantado reciente. La ecografía Doppler es la clave del diagnóstico.





**Figura 1. Hallazgos típicos de la trombosis de la vena renal. A) Ecografía Doppler arterial del injerto renal. Flujo de alta resistencia con inversión de la diástole. B) Cálculo automático del índice de resistencia, que se encuentra elevado ( $IR > 0.8$ ). C) TC de abdomen en fase arterial, en la que se aprecia flujo arterial conservado en el injerto (flecha). D) TC de abdomen en fase venosa tardía y MPR en plano coronal, en la que se observa ausencia de retorno venoso y extensas áreas hipovascularizadas que sugieren infarto venoso.**

## Bibliografía:

Akbar SA, Jafri SZH, Amendola MA, Madrazo BL, Salem R, Bis KG. Complications of Renal Transplantation. *RadioGraphics*. 1 de septiembre de 2005;25(5):1335-56.

Aschwanden M, Thalhammer C, Schaub S, Wolff T, Steiger J, Jaeger KA. Renal vein thrombosis after renal transplantation – early diagnosis by duplex sonography prevented fatal outcome. *Nephrol Dial Transplant*. 1 de marzo de 2006;21(3):825-6.

Budruddin M, Salmi IA, Shilpa R. Renal Allograft Thrombosis in the Early Post Transplant Period. *Open Journal of Nephrology*. 6 de septiembre de 2013;03(03):148.

Horrow MM, Parsikia A, Zaki R, Ortiz J. Immediate Postoperative Sonography of Renal Transplants: Vascular Findings and Outcomes. *American Journal of Roentgenology*. 23 de agosto de 2013;201(3):W479-86.

Kolofousi C, Stefanidis K, Cokkinos DD, Karakitsos D, Antypa E, Piperopoulos P. Ultrasonographic Features of Kidney Transplants and Their Complications: An Imaging

Review. International Scholarly Research Notices. 2 de diciembre de 2012;2013:e480862.

<b>Caso</b>	(513) ABDOMEN AGUDO POR EMBARAZO ECTÓPICO: SIEMPRE UNA POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA EN LA MUJER EN EDAD FÉRTIL.
<b>Autores</b>	Noelia Padrón Rodríguez Mayoral Campos V, Martínez Moltalbán M, Menal Muñoz P, Ortiz Gimenez R, Solís Gutierrez D.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

**Presentación:**

Mujer de 30 años de edad con antecedente de tratamiento de varices pélvicas por embolización, que consulta por dolor abdominal intenso de localización en epigastrio y en hipogastrio presentando mal estado general y a la exploración signo de Blumberg positivo. En la analítica destaca la presencia de leucocitosis ( $22 \times 10^3 / \text{mm}^3$ ) y una ligera anemia (Hb: 11,5 gr/dL). La ecografía abdominal muestra moderada cantidad de líquido libre con contenido ecogénico sugestivo de hemoperitoneo. También se aprecia aumento de la ecogenicidad de límites mal definidos en región parametrial derecha en relación con posible hematoma. Ante la gravedad del cuadro clínico y la sospecha de sangrado activo se realiza TC abdominal con contraste intravenoso en la que destaca la presencia de líquido libre hiperdenso (60UH) en pelvis compatible con hemoperitoneo. El útero se encuentra aumentado de tamaño y con contenido líquido en el canal endometrial. También se observa imagen de pseudomasa parametrial derecha compleja mal definida, con pequeñas áreas de mayor atenuación adyacentes sugestivas de sangrado activo. Los hallazgos son compatibles con embarazo ectópico, diagnóstico que se confirma con la elevación de los niveles de  $\beta$ -HCG. Se realiza intervención quirúrgica urgente consistente en salpinguectomía derecha.

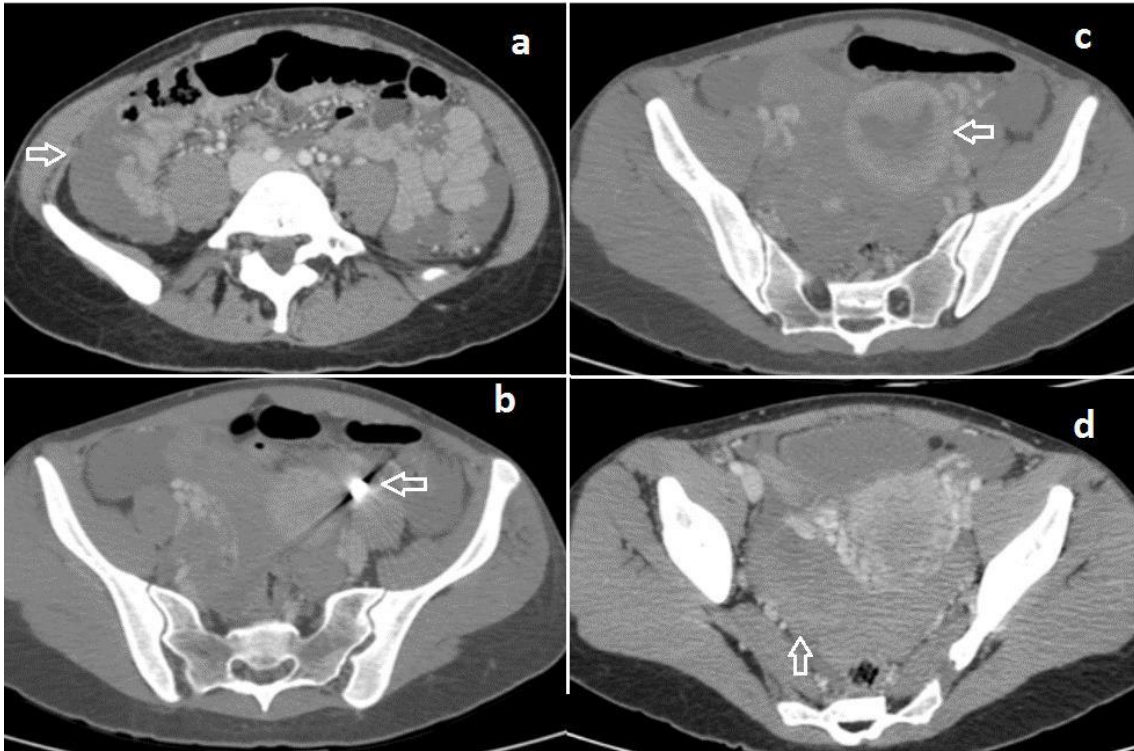
**Discusión:**

El embarazo ectópico representa el 2% de todos los embarazos y el 9% de las muertes asociadas a la gestación. La localización más frecuente es la porción ampular de la trompa. Su diagnóstico debe considerarse en cualquier mujer en edad fértil con dolor pélvico agudo sobre todo si los niveles de  $\beta$ -HCG están elevados y suele establecerse por ecografía. Hay casos en que la ecografía no permite determinar el diagnóstico y la RM es la prueba diagnóstica de elección.

No obstante, también puede ser un hallazgo en la TC urgente cuando no se ha sospechado o cuando la gravedad del cuadro así lo requiere y aunque no estemos habituados a verlo, debemos saber reconocerlo.

**Conclusión:**

El radiólogo siempre debe considerar el embarazo ectópico ante el hallazgo de hemoperitoneo y masa pélvica en una mujer en edad fértil.



**Abundante líquido libre peritoneal hiperdenso (a). Material de embolización en varices pélvicas que produce artefacto (b). Útero aumentado de tamaño con contenido líquido en canal endometrial. Imagen de pseudomasa parametrial derecha compleja mal definida, con pequeñas áreas de mayor atenuación adyacentes sugestivas de sangrado activo (d).**

### **Bibliografía:**

- 1.- Kao LY, Scheinfeld MH, Chemyak V, Rozenblit AM, Oh S, Dym RJ. Beyond ultrasound: CT and MRI of ectopic pregnancy. *AJR Am J Roentgenol* 2014 Apr; 202(4):904-11.
- 2.- Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *RadioGraphics* 2008; 28:1661–1671.
- 3.- Chukus A, Tirada N, Restrepo R, Reddy NI. Uncommon Implantatio Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking beyond the Complex Adnexal Mass. *Radiographics*. 2015 May-Jun; 35 (3):946-59.

<b>Caso</b>	(515) Rotura traqueal de origen iatrogénico.
<b>Autores</b>	Antonio Ginés Santiago Maitane Alonso Lacabe, María De La O Hernandez Herrero, François Brunie Vegas, Elena Villacastín Ruiz, Hermógenes Calero Aguilar.
<b>Centro</b>	H. U. del Río Hortega

**Presentación:**

Varón de 72 años, sin antecedentes de interés. Diagnosticado de carcinoma en el paladar. Se realiza intervención quirúrgica (maxilectomía y reconstrucción con colgajo temporal), tras la que presenta sangrado y precisa de traqueotomía de urgencia para ventilación. Posteriormente, se aprecia clínicamente enfisema subcutáneo, por lo que se solicita la realización de TC torácica. En la TC torácica se aprecia enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumotórax bilateral. Se observa además una solución de continuidad en la pared posterior de la tráquea. Se realizó tratamiento conservador, con ventilación a través del tubo laringo-traqueal colocado distalmente a la rotura traqueal, con posterior resolución de la misma, comprobada por fibrobroncoscopia. En la evolución, el paciente falleció por otras complicaciones.

**Discusión:**

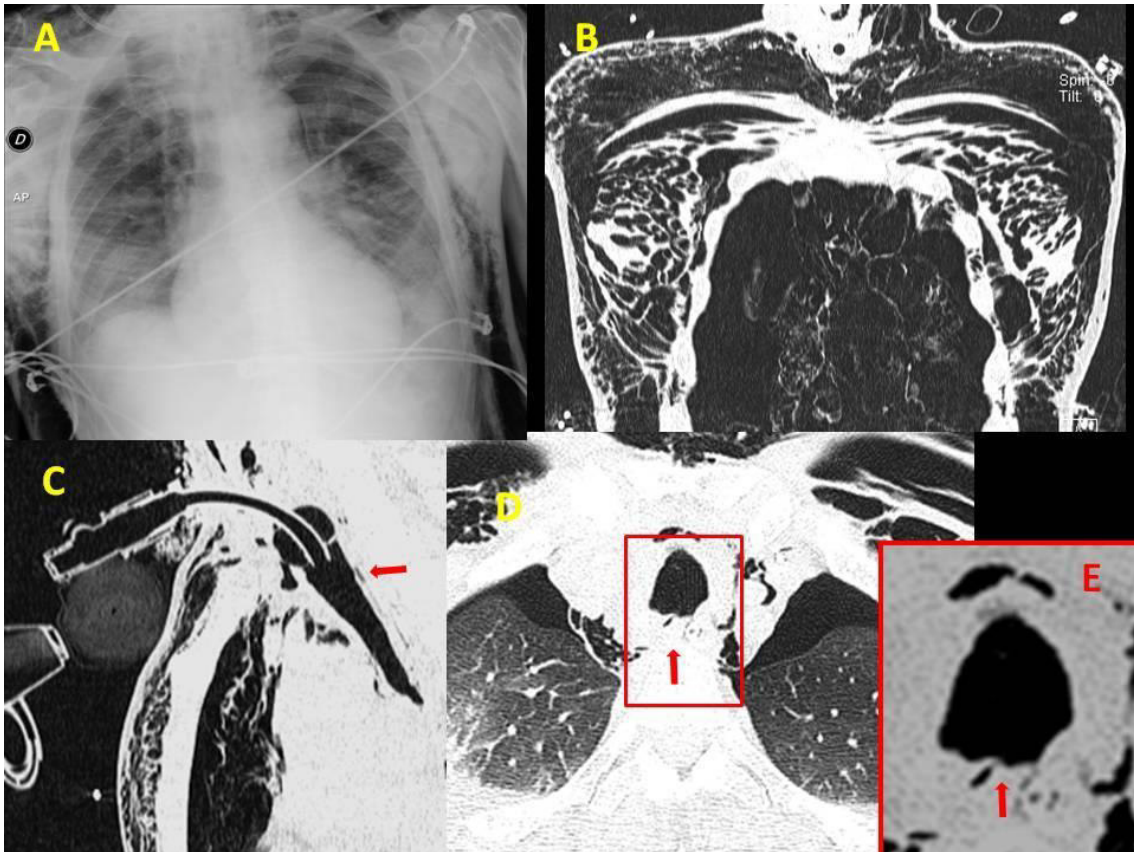
La rotura traqueal tras intubación orotraqueal o traqueostomía es una complicación rara, pero con elevada morbilidad y mortalidad, aunque es difícil de cuantificar dada la baja incidencia. Entre los factores asociados se encuentran la intubación en situación de urgencia, como en nuestro caso. Los signos y síntomas más frecuentes son la aparición de enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumotórax y no es raro el retraso en el diagnóstico.

Aunque el diagnóstico de certeza es la visualización directa de la lesión en la fibrobroncoscopia, la TCMD torácica es de una utilidad indiscutible, ya que además de valorar los signos indirectos, es capaz de dar el diagnóstico y permitir la valoración del mediastino.

Tradicionalmente el tratamiento consistía en la reparación quirúrgica, pero cada vez se tiende más al tratamiento conservador, sobre todo si la rotura ocurre en la porción membranosa (posterior) y/o es de pequeño tamaño.

**Conclusión:**

Aunque es una complicación excepcional, es importante sospecharla cuando se presentan síntomas y signos típicos, dada la alta mortalidad. En esos casos, la utilidad de la TCMD torácica es indiscutible.



*A y B. Rx de tórax y corte coronal de TC que muestra extenso enfisema subcutáneo y neumomediastino. C y D. Cortes sagital y axial de TC que muestran ubicación del tubo laringotraqueal y discontinuidad en la pared traqueal (flechas), con mayor detalle en E.*

### **Bibliografía:**

Miñambres E et al. Tracheal rupture after endotracheal intubation: a literature systematic review. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009 Jun; 35(6):1056-62.

Meyer M. Iatrogenic tracheobronchial lesions. A report on 13 cases. *Thorac Cardiovasc Surg.* 49 (2001), pp. 115-9.

<b>Caso</b>	(517) Rotura de aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal
<b>Autores</b>	Jaime Salvador Fernando Brahm, Juan Delgado, Jose Antonio González, María Vega, Fructuoso Delgado
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Doctor Peset

### **Presentación:**

Mujer de 81 años que acude a urgencias por dolor abdominal agudo y tendencia a la hipotensión. A la exploración física destaca la presencia de masa pulsátil en localización centroabdominal. Se realiza TC sin y tras la administración de contraste intravenoso (en fase arterial y portal), objetivándose aneurisma sacular de aorta abdominal yuxtarenal con trombo mural y hematoma circundante. Durante la realización del estudio, se registra hipotensión brusca, constatándose en la fase portal rotura aneurismática franca con extravasación de contraste a retroperitoneo así como hiper realce de las glándulas suprarrenales, signo relacionado con el shock hemorrágico.

### **Discusión:**

La rotura de aneurisma de aorta es el diagnóstico más importante que debe ser excluido en pacientes con dolor abdominal agudo, especialmente cuando se presenta como dolor lumbar o de costado.

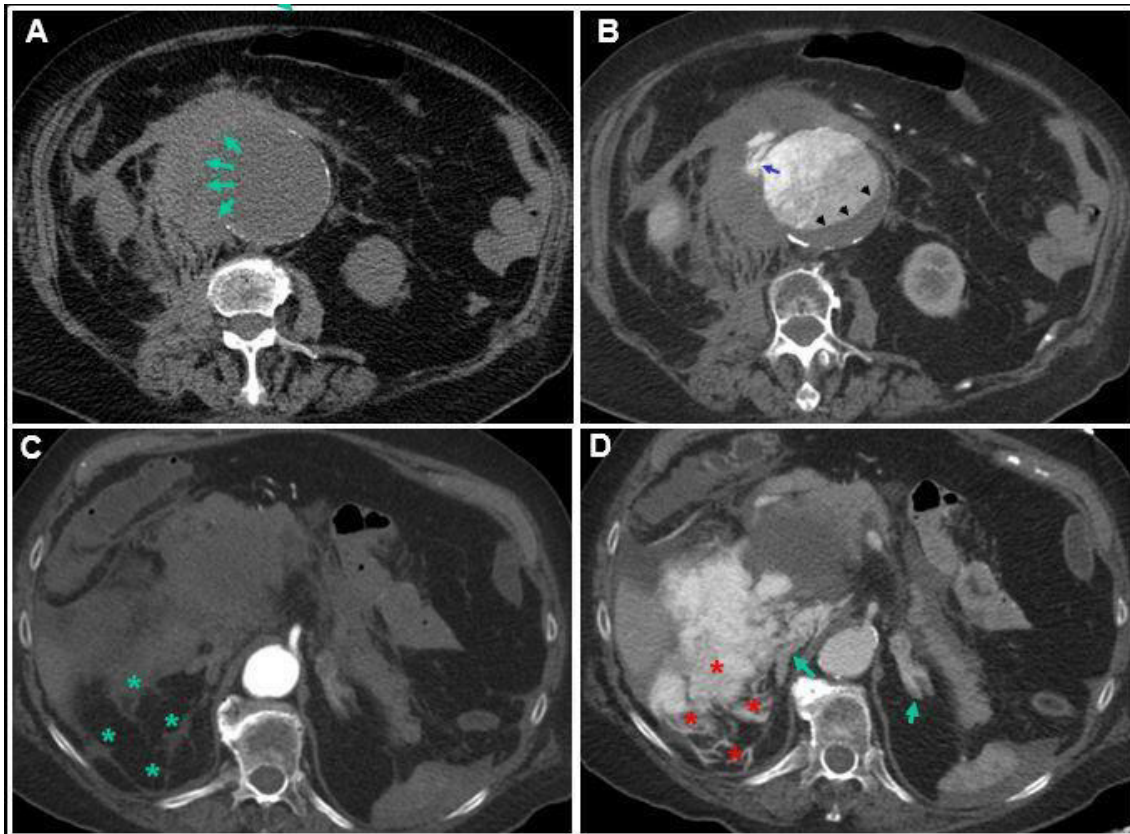
Se han descrito diversos signos de rotura de aneurisma de aorta abdominal, tanto primarios (rarefacción periaórtica, hematoma retroperitoneal y extravasación de contraste) como secundarios (signo de la semiluna hiperdensa, discontinuidad focal de la calcificación de la íntima o el "draped aorta sign" que se refiere al recubrimiento del cuerpo vertebral por la aorta dilatada y deformada).

Un crecimiento acelerado y una morfología sacular o muy excéntrica son signos de alto riesgo de rotura.

En roturas francas se puede observar extravasación masiva del contraste a retroperitoneo y signos de shock hemorrágico, como el colapso de la vena cava inferior o el hiper realce de las glándulas suprarrenales (signo descrito fundamentalmente en población pediátrica, siendo controvertido en adultos).

### **Conclusión:**

Las posibilidades de disminuir la mortalidad en el paciente con aneurisma aórtico roto están directamente relacionadas con un correcto enfoque diagnóstico. En este contexto, es fundamental dominar esta patología por parte del radiólogo pues además de confirmar el diagnóstico, establece signos de urgencia e interviene en la planificación del tratamiento.



**Rotura de aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal. A)** Imagen de TC abdominal sin contraste en el plano transversal donde se evidencia aneurisma de aorta abdominal con hematoma circundante (flechas). **B)** En fase arterial se pone de manifiesto el punto exacto de rotura (flecha azul) así como el trombo mural del aneurisma. **C) y D)** Imágenes comparativas en fase arterial y portal en el mismo plano. Puede observarse un aumento evidente en la extravasación del contraste en fase portal, coincidiendo con el episodio de hipotensión brusca por rotura franca (compárese el retroperitoneo: asteriscos verdes, en fase arterial; y rojos, en fase portal). En el contexto de shock hemorrágico es habitual visualizar un hiper realce de las glándulas suprarrenales (flechas verdes en D).

### Bibliografía:

1. Ahmed, M., Ling, L. and Ettles, D. (2013). Common and uncommon CT findings in rupture and impending rupture of abdominal aortic aneurysms. *Clinical Radiology*, 68(9), pp.962-971.
2. Rakita, D., Newatia, A., Hines, J., Siegel, D. and Friedman, B. (2007). Spectrum of CT Findings in Rupture and Impending Rupture of Abdominal Aortic Aneurysms. *RadioGraphics*, 27(2), pp.497-507.
3. Siegel, C., Cohan, R., Korobkin, M., Alpern, M., Courneya, D. and Leder, R. (1994). Abdominal aortic aneurysm morphology: CT features in patients with ruptured and nonruptured aneurysms. *American Journal of Roentgenology*, 163(5), pp.1123-1129.



4. Schwartz, S., Taljanovic, M., Smyth, S., O'Brien, M. and Rogers, L. (2007). CT Findings of Rupture, Impending Rupture, and Contained Rupture of Abdominal Aortic Aneurysms. American Journal of Roentgenology, 188(1), pp.W57-W62.
5. Venkatanarasimha N, Roobottom C. Intense adrenal enhancement: a feature of hypoperfusion complex. (letter) AJR 2010; 195:[web]W82

<b>Caso</b>	(518) Hernia transmesosigma y vólvulo de sigma: una combinación fatal.
<b>Autores</b>	Enrique Ladera González Jorge González Plaza, Adrián Martínez Vázquez, Patricia Blanco Lobato, Rosa Bouzas Sierra, Juan Manuel Vieito Fuentes
<b>Centro</b>	Álvaro Cunqueiro

**Presentación:**

Varón de 67 años, con afasia y posterior pérdida de consciencia. El TC encefalocraneal resulta normal, y el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria, recuperada con ritmo sinusal. Ante la posibilidad de TEP masivo o patología aórtica, se realiza TC toracoabdominopélvico multifásico. El estudio descarta patología aórtica aguda o TEP. En el abdomen se visualiza un conjunto de asas de yeyuno-íleon que no captan contraste en ninguna de las fases realizadas, con yeyuno proximal y colon derecho normales. La MPR muestra un sigma redundante, con giro mayor de 360°, a través de cuyo meso se hernia el intestino delgado, coincidiendo con el tramo hipocaptante, desde yeyuno medio (asa aferente descendente) hasta íleon terminal, que se encuentra traccionado.

**Discusión:**

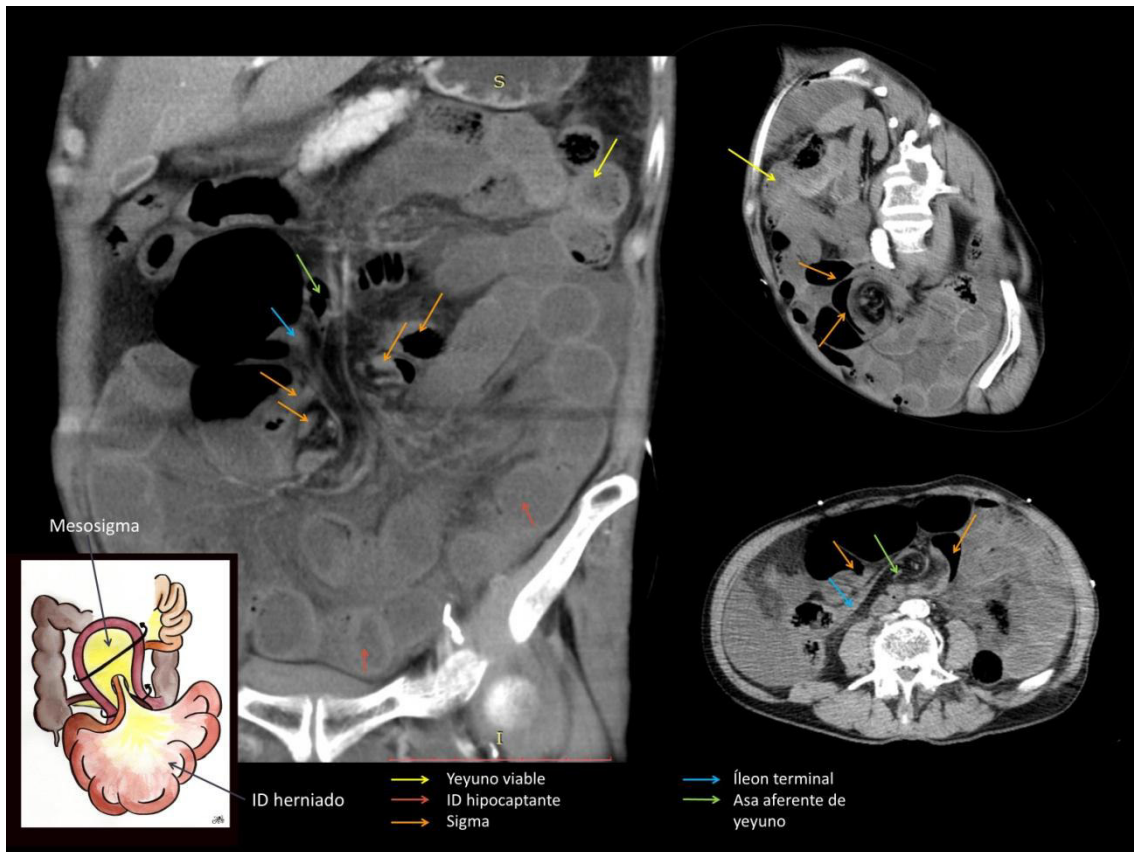
El diagnóstico radiológico fue de hernia interna asociada a vólvulo de sigma, con isquemia extensa de las asas de delgado herniadas. La cirugía confirma el vólvulo de sigma y la herniación de asas de delgado a través de un “ojal” en mesosigma, extensa afectación isquémica de las mismas, que conllevó al exitus.

Las hernias transmesosigma son muy infrecuentes (6% de hernias internas), en nuestro conocimiento, no está descrita su asociación al vólvulo de sigma. Es un caso difícil desde el punto de vista radiológico, y creemos que las asas de delgado isquémicas, siguiendo un patrón atípico, además de la localización en las multiplanares de ID y sigma, fueron claves para el diagnóstico.

En el diagnóstico diferencial podría plantearse el vólvulo de sigma aislado o la isquemia por bajo gasto.

**Conclusión:**

Las hernias internas son infrecuentes y su diagnóstico radiológico difícil. La MPR es crítica para detectarlas. La isquemia mesentérica secundaria al asa cerrada es una complicación grave y frecuente, y puede ser la clave diagnóstica en caso de localizaciones infrecuentes.



***MPR oblicuas e imagen axial, obtenidas a partir de adquisición en fase venosa, junto a gráfico explicativo. En las imágenes se visualizan las asas herniadas hipocaptantes en comparación al yeyuno proximal viable, y el sigma girando alrededor del mesenterio herniado.***

### **Bibliografía:**

- Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings, Lucie C. Martin, Elmar M. Merkle and William M. Thompson, AJR 2006; 186:703–717
- CT of Internal Hernias, Nobuyuki Takeyama, MD et al, RadioGraphics 2005; 25:997–1015

<b>Caso</b>	(520) Tras la pista del signo del delta vacío.
<b>Autores</b>	Marta Relaño Mesa María Guadalupe Rueda Monago, Juan Pablo Alejo González, Ana María López Moreno, Clara Rodríguez Godoy, Sara Comellas Cruzado
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

**Presentación:**

Mujer de 45 años, sin AP de interés, que acude por cefalea de una semana de evolución que describe como opresiva holocraneal de predominio frontal con episodios de agravamiento acompañada de vómitos y sensación de visión borrosa hace 5 días, y desde el día anterior presenta dificultad para encontrar las palabras. A la exploración neurológica no se encuentran alteraciones relevantes. Ante los hallazgos clínicos se decide la realización de TC de cráneo sin contraste IV, en el que se observa una lesión focal hiperdensa subcortical parietal izquierda, de 22 x 15 mm de diámetro, de localización periférica con extenso edema perilesional asociado. Se decide realizar nuevo TC tras la administración de contraste IV, en el que dicha lesión no muestra realce y se observa además un defecto de repleción en los senos venosos transversos y sigmoideos ipsilaterales.

**Discusión:**

Los hallazgos descritos sugieren infarto venoso cerebral con transformación hemorrágica.

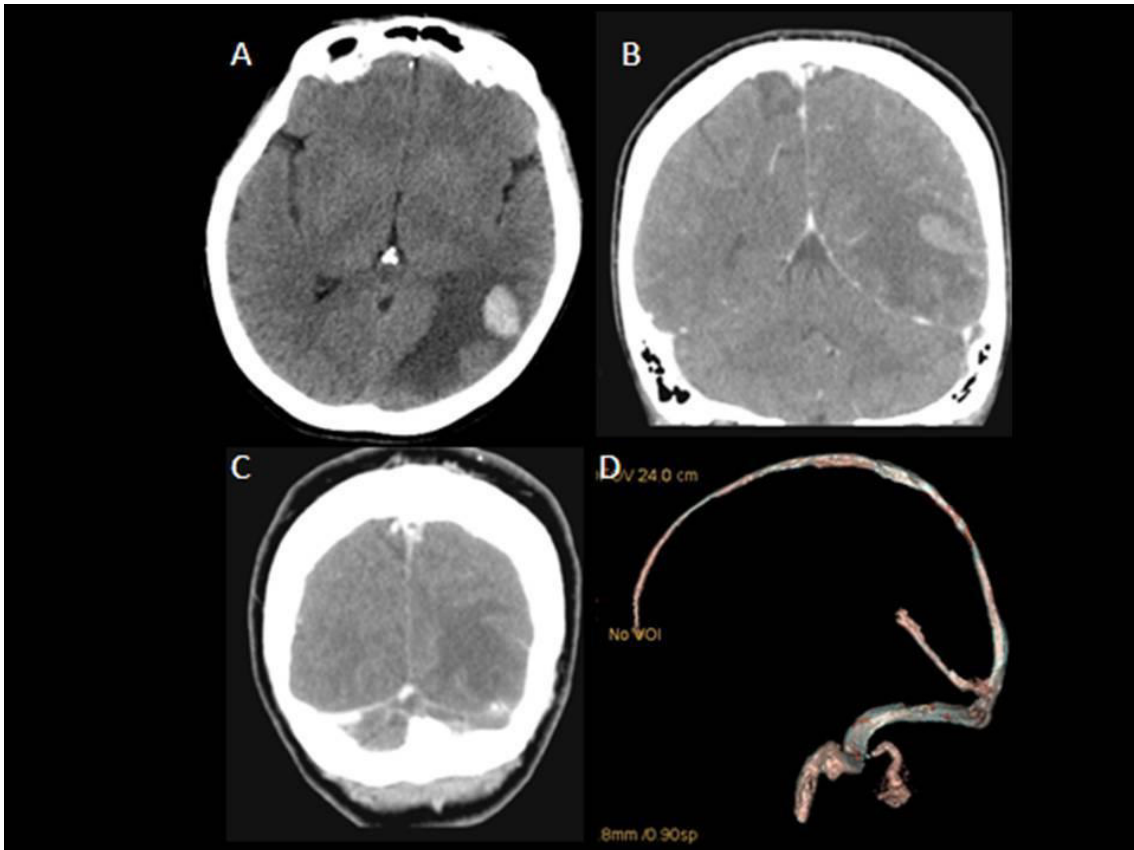
La trombosis venosa cerebral es una entidad poco frecuente pero grave, que afecta sobre todo a gente joven, cuyo diagnóstico suele realizarse por las técnicas de imagen.

Es vital un diagnóstico precoz ya que tanto la trombosis como las alteraciones parenquimatosas derivadas de ella son potencialmente reversibles. La TVC tiene una presentación inespecífica y por lo tanto es importante sospecharla ante resultados sutiles de imágenes y signos indirectos que puedan indicarnos la presencia de trombosis.

**Conclusión:**

Ante cualquier estudio de TC o RM de rutina, debemos pues, sospechar TVC por la presencia de:

- Signos directos de trombosis (signo de la cuerda densa, seno lateral denso, vena yugular densa, triángulo denso).
- Infarto en territorio no arterial, sobre todo si es bilateral y hemorrágico.
- Hemorragias lobares corticales o periféricas.
- Si existe edema cortical.



**Fig.A:** TC sin contraste IV, hematoma intraparenquimatoso parietal izquierdo de localización periférica con extenso edema perilesional secundario a TVC (signos indirectos). **Fig. B y C:** TC con contraste IV, defecto de replección en seno transversal y sigmoide izquierdos (signo del delta vacío). **Fig. D:** Reconstrucción 3D angio-RM, trombosis del seno transversal y sigmoide izquierdos.

### Bibliografía:

1. Rodallec MH, Krainik A, Feydy A et-al. Cerebral venous thrombosis and multidetector CT angiography: tips and tricks. Radiographics. 2006;26 Suppl 1 : S5-18.
2. Ferro JM, Canhão P, Stam J et-al. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). Stroke. 2004;35 (3): 664-70.
3. Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011; 42: 1158-119.

<b>Caso</b>	(522) ¿Diverticulitis duodenal?
<b>Autores</b>	Rut Romera Sánchez Ernesto García Santana, M <sup>a</sup> Isabel García Gómez Muriel
<b>Centro</b>	Ramón y Cajal

### **Presentación:**

Mujer de 80 años que acude por dolor abdominal, fiebre y reactantes de fase aguda aumentados, en la exploración física refieren focalizar en FID, solicitan ecografía abdominal para descartar apendicitis. Se realiza ecografía abdominal, no se identifica apéndice cecal, la paciente refiere mucho dolor en la zona del epigastrio donde la grasa se encuentra más ecogénica. Ante los hallazgos de complete estudio con TC, donde se identifica un divertículo duodenal, situado en la cuarta porción, que presenta importante engrosamiento de la pared, con desflecamiento de la grasa locorregional y pequeñas lengüetas líquidas asociadas. No se identifican signos de perforación ni colecciones asociadas. El apéndice cecal presenta características radiológicas normales.

### **Discusión:**

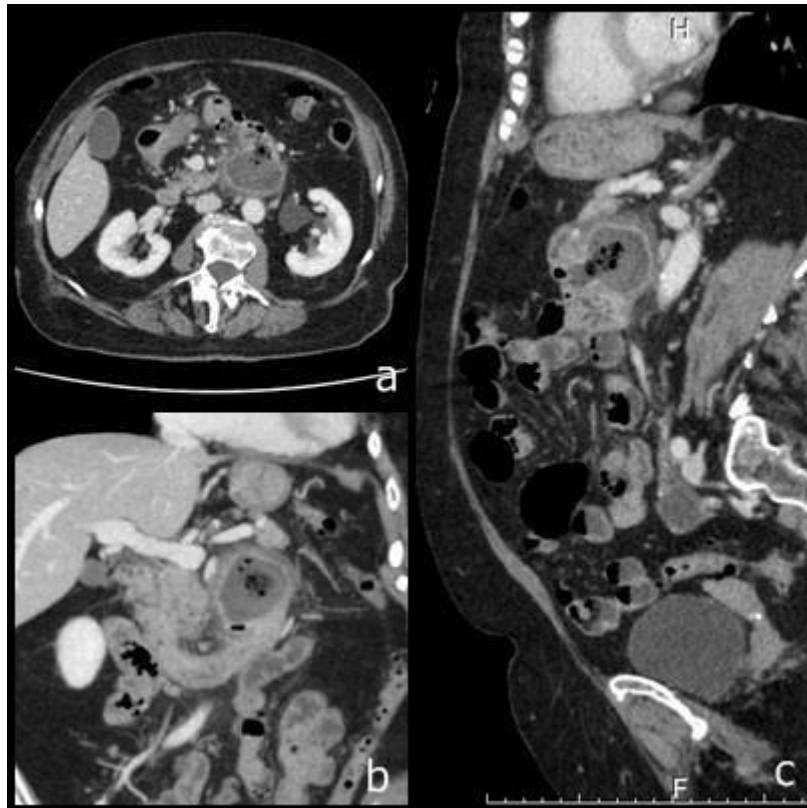
El diagnóstico fue de diverticulitis aguda duodenal no complicada.

La frecuencia de divertículos duodenales varía según series de entre un 5 a un 27%, aumentando con la edad siendo raros antes de los 40 años. La mayoría de estos divertículos son asintomáticos, solo en un 6-10% se complican siendo estas: obstrucción, diverticulitis, hemorragia, perforación y malabsorción. Los divertículos duodenales periampulares se acompañan de coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis recurrente y disfunción del esfínter de Oddi.

Es importante analizar todos los hallazgos en conjunto de un paciente y también a la hora de realizar ecografías estar muy atento en el punto de focalización del dolor del paciente, ya que como en este caso pueden estar mal orientados y si no nos hubiera parecido sospechosa la valoración ecográfica sobre todo por el dolor, de la región epigástrica, no habríamos completado el estudio, pudiendo retrasar el diagnóstico con las posibles complicaciones secundarias. También es importante pensar en entidades poco frecuentes a la hora de realizar nuestro diagnóstico diferencial o sospecha radiológica.

### **Conclusión:**

Es muy importante la correlación clínico-radiológica a la hora de evaluar a los pacientes, ya que como en este caso una mala orientación pudiera haber ocasionado complicaciones.



*a) corte axial de TC con CIV donde se identifica la imagen diverticular dependiente de duodeno con hallazgos típicos de diverticulitis no complicada. b) reconstrucción coronal oblicua divertículo dependiente de 4ª porción duodenal. c) reconstrucción sagital.*

### **Bibliografía:**

Arnulfo Gallego Mariño, Alejandro Ramírez Batista, José Antonio Amado Martínez. Divertículos de intestino delgado. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 41, número 4 ISSN 1029-3027

Mahesh V. Jayaraman, William W. Mayo-Smith, Jonathan, S. Movson, Damian E. Dupuy, Michael T. Wallach, MD. CT of the Duodenum: An Overlooked Segment Gets Its Due. RadioGraphics 2001; 21:S147–S160

<b>Caso</b>	(524) DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE: DEL SÍNTOMA “INESPECÍFICO” A LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA.
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Francisca Cegarra Navarro M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández, José María Espinosa Parra, María Jose Ruiz López, Ana Belen Veas López, José Fernando Soler Gutiérrez.
<b>Centro</b>	HGU. Reina Sofia. Murcia

### **Presentación:**

Varón de 32 años, sin antecedentes médicos ni familiares de interés, con artrodesis a los 15 años por fracturas lumbares L4/L5. Acude a urgencias por dolor abdominal intermitente de un mes de evolución, con pérdida de apetito y sensación distérmica, sin náuseas, vómitos, alteraciones de hábito intestinal, ni síndrome miccional. En la exploración física únicamente presenta dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa. Analítica normal. En Rx abdominal dudosa litiasis ureteral derecha y material de artrodesis. Con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico (cólico renal o radiculopatía) es alta con analgesia. A los 25 días vuelve a Urgencias por dolor abdominal, continuo, en flanco derecho irradiado a testículo, con febrícula y náuseas, sin vómitos, sin síndrome miccional, sin alteración del hábito intestinal. Exploración física, analítica y Rx abdomen, sin cambios. Su médico de familia solicita RM lumbar (sin signos patológicos que justifiquen la clínica) y remite al internista que decide ingreso programado por elevación de la LDH (6.000). Ingresó por urgencias dos días antes de la fecha prevista por aumento de la clínica. Se realiza TC abdominal y TC lumbar (éste último solicitado por Traumatología) apreciándose voluminosa masa retroperitoneal y cambios postquirúrgicos lumbares. En la ecografía testicular se aprecia tumoración testicular derecha. Urología realiza orquiectomía radical derecha con colocación de prótesis.

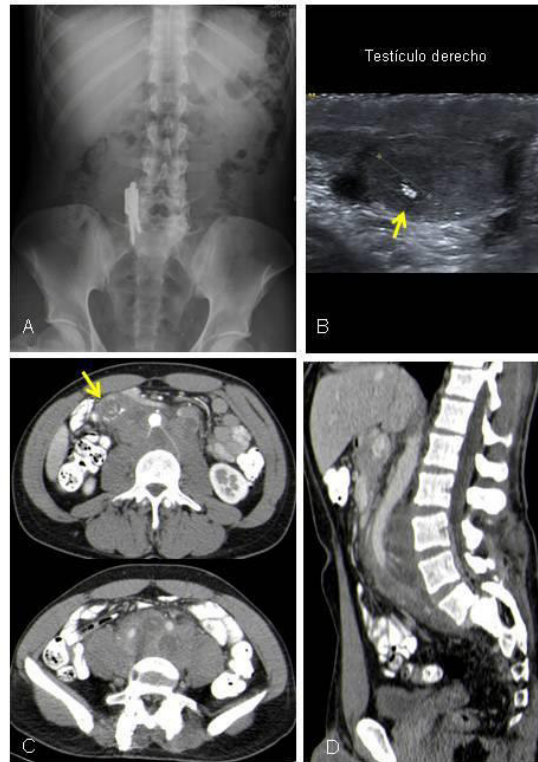
### **Discusión:**

Anatomía-patológica confirma tumor primario testicular de células germinales con metástasis retroperitoneal. El carcinoma testicular es la lesión maligna más frecuente en jóvenes entre 15-34 años, aunque sólo representa el 1% de los tumores malignos en varones. El 95% son tumores de células germinales y las metástasis retroperitoneales aparecen hasta en un 30%.

### **Conclusión:**

El dolor abdominal puede manifestar entidades de distinta gravedad y tratamiento. La radiografía es la primera técnica utilizada, pero tiene baja sensibilidad diagnóstica. Se deben realizar otras técnicas de imagen para lograr el diagnóstico definitivo.





**A).** Rx simple de abdomen. Luminograma normal. Material de artrodesis derecho L4-S1. Retrospectivamente, se podría valorar borramiento de la línea del psoas izquierdo, en relación con la masa retroperitoneal. **B).** Imagen ecográfica del testículo derecho que muestra la tumoración con focos de calcificación (flecha amarilla). **C).** Cortes axiales de TC con contraste oral e iv. **D).** Reconstrucción parasagital de TC. Gran masa retroperitoneal, con tamaño de 5 cm (AP)x 10 cm (T) x 13 cm (L), con áreas hipodensas y focos de calcificación en su interior (flecha amarilla), que engloba la aorta abdominal y ambas ilíacas.

### Bibliografía:

1. Woodward PJ, Sohaey R, O'Donoghue MJ, Green DE. Tumors and tumorlike lesions of the testis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2002;22:189-216
2. "Imaging of uncommon retroperitoneal masses". Prabhakar Rajiah, MBBs, MD, FCR; Rakesh Sinha, MD, FRCR Carlos Cuevas, MD; Theodore J. Dubinsky, MD; et al. *RadioGraphics* 2011; 31:949-976
3. "Primary retroperitoneal neoplasms: CT and MR Imaging findings with anatomic and pathologic diagnostic clues". Mizuki Nishino, MD; Katsumi Hayakawa, MD; Manabu Minami, MD

Akira Yamamoto, MD ; Hiroyuki Ueda, MD ; Kosho Takasu, MD. *RadioGraphics* 2003; 23:45-57

4. "Neurogenic tumors in the abdomen: Tumor types and imaging characteristics".  
Sung Eun Rha, MD; Jae Young Byun, MD; Seung Eun Jung, MD Ho Jong Chun, MD;  
Hae Giu Lee, MD; Jae Mun Lee, MD. *RadioGraphics* 2003; 23:29–43

<b>Caso</b>	(525) Síndrome de HELLP: una temida complicación postparto	
<b>Autores</b>		Ana Giménez Sánchez De La Blanca
<b>Centro</b>		C. Merino Sánchez, D. Castaño Pardo Hospital Universitario 12 de Octubre

### **Presentación:**

Mujer de 28 años primigesta de 32 semanas con preeclampsia. Cesárea urgente ayer por pérdida del bienestar fetal. Actualmente dolor abdominal y alteración del perfil hepático. Se realiza ecografía abdominal visualizándose colección de ecogenicidad mixta con área hiperecogénica en zonas declives de 15 x 7 cm (TR x AP) adyacente al lóbulo hepático derecho sugestiva de hematoma subcapsular. Asimismo existe alteración de la ecogenicidad del parénquima hepático sugestiva de hematoma intraparenquimatoso. Completamos estudio con TC abdomino-pélvico trifásico confirmándose extenso hematoma perihepático -subcapsular con mala definición del contorno del parénquima hepático y distorsión de la arquitectura en los segmentos 5,6 y 7 con áreas hipodensas en relación con hematoma intraparenquimatoso. En fase arterial se identifican varios focos hiperdensos que aumentan de tamaño en fase portal compatible con sangrado activo arterial. Moderada cantidad de líquido libre que aumenta de densidad en fase portal, sugestivo de hemoperitoneo.

### **Discusión:**

Se trata de una rotura hepática en el contexto de un Síndrome de HELLP.

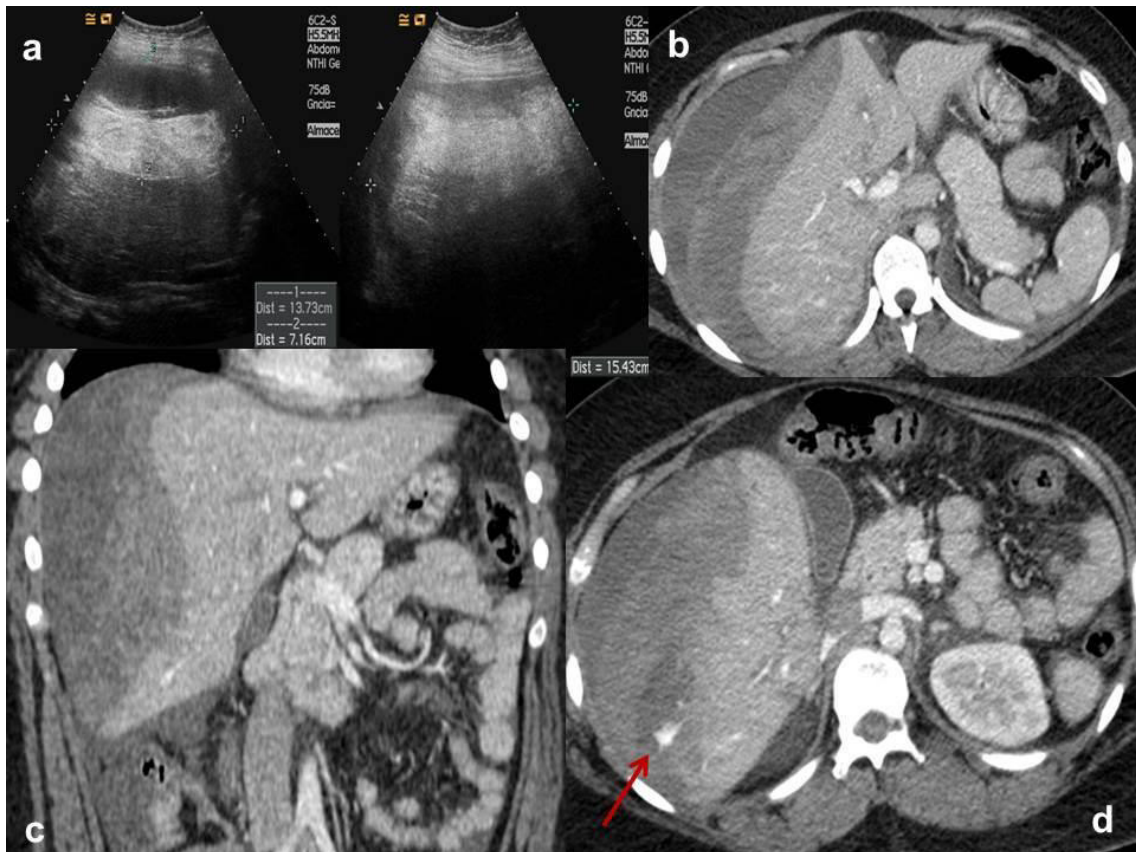
Este síndrome "Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet" es una complicación del embarazo o del puerperio inmediato. Su diagnóstico se basa en las alteraciones analíticas que componen su nombre y el diagnóstico diferencial se plantea principalmente con el hígado graso y la trombocitopenia del embarazo.

Raramente se manifiesta con hallazgos de imagen (0,53%) siendo lo más frecuente hematomas hepáticos en el lóbulo derecho y menos frecuentemente rotura hepática.

En nuestro caso el diagnóstico de sospecha clínico era bajo pero se confirmó con las pruebas de imagen que además evidenciaron una gravedad que no se sospechaba inicialmente.

### **Conclusión:**

La importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos radica en la elevada mortalidad materna (1-24%) y en los casos que no se cumplen todos los criterios analíticos diagnósticos la imagen puede marcar la diferencia. Es importante que el radiólogo conozca las características y potencial letalidad del síndrome HELLP y otras complicaciones perinatales para asegurar su diagnóstico y manejo precoz.



**a) Ecografía: colección heterogénea con mayor ecogenicidad en zonas declives y alteración de la ecogenicidad del parénquima hepático. b y c) TC axial y coronal: hematoma perihepático y subcapsular de densidad heterogénea con mala definición del contorno del parénquima hepático y distorsión de su arquitectura con áreas de baja atenuación en relación con hematoma intraparenquimatoso. d) foco de sangrado activo intrahepático (flecha).**

### **Bibliografía:**

1. Nunes JO, Turner MA, Fulcher AS. Abdominal imaging features of HELLP syndrome: a 10-year retrospective review. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185(5):1205–1210.
2. Woodfield CA, Lazarus E, Chen KC et-al. Abdominal pain in pregnancy: diagnoses and imaging unique to pregnancy--self-assessment module. *AJR Am J Roentgenol*. 2010;194 (6): S42-5.
3. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options--a unicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(1):106-112.
4. Gamanagatti S, Kumar S. Acute abdomen after the termination of pregnancy. *Br J Radiol*. 2008;81 (969): 758-9.

5. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9.
6. Padden MO. HELLP syndrome: recognition and perinatal management. *Am Fam Physician* 1999;60(3):829–836, 839.
7. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstet Gynecol* 2004; 103:981.

<b>Caso</b>	(526) DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO, NO TODO ES COLECISTITIS !!!
<b>Autores</b>	Diana Plata Ariza Susana Borrueal Nacenta, Elena Martínez Chamorro.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

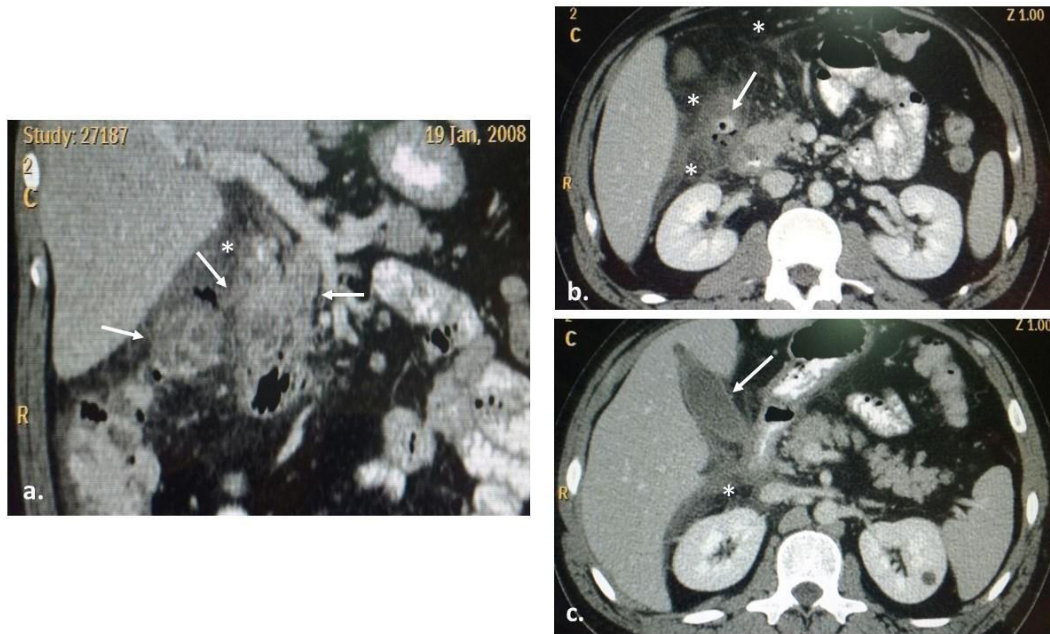
Paciente de 49 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución, epigástrico y en hipocondrio derecho, continuo y asociado a fiebre. A la exploración física destaca defensa en hipocondrio derecho y disminución de ruidos intestinales con analítica que muestra leucocitosis y neutrofilia. Se realiza ecografía abdominal que muestra líquido libre en localización subhepática con extensión a la gotiera paracólica derecha. Vesícula biliar de características normales. Se completa estudio con tomografía computarizada donde se observa engrosamiento difuso de la pared del ángulo hepático del colon con presencia de divertículos, aumento de densidad y estriación de la grasa adyacente y liquido libre, sin evidencia de colecciones o burbujas de gas ectópico. Concluimos que corresponde a una diverticulitis aguda del ángulo hepático del colon, no complicada. El paciente recibe tratamiento médico y no requirió intervención quirúrgica

**Discusión:**

La diverticulitis colónica derecha (DCD) es una patología poco frecuente en la población occidental, afecta al 5% de la población y corresponde al 1,5% de los pacientes con diverticulitis (1,2,3). Pueden ser únicos (congénitos) o múltiples que por lo general son adquiridos y se pueden localizar en el apéndice, ciego o en cualquier segmento del colon ascendente (1,2). Dependiendo de su localización la DCD suele ser diagnosticada de forma errónea, principalmente como apendicitis aguda y ser un hallazgo incidental en la apendicectomía, o en casos menos frecuentes, como el nuestro, como colecistitis aguda (1,2,3).

**Conclusión:**

La diverticulitis del colon derecho es un proceso poco frecuente y aunque en pacientes con dolor en hipocondrio derecho la patología vesicular es la primera opción diagnóstica ante la ausencia de hallazgos concluyentes de la misma debe considerarse la posibilidad de diverticulitis del ángulo hepático del colon, ya que la precisión diagnóstica es esencial para dar el tratamiento adecuado y evitar intervenciones innecesarias, manejos equívocos o complicaciones.



**Figura 1.** TC abdominopélvica con contraste intravenoso. a y b. Engrosamiento de la pared del ángulo hepático del colon (flechas en a) con divertículos (flecha en b) y aumento de densidad, estriación de la grasa adyacente y líquido libre (\* en a y b). c. Vesícula biliar de características normales (flecha) y líquido libre secundario al proceso colónico (\*). Diverticulitis del ángulo hepático del colon.

### Bibliografía:

1. Telem DA, Buch KE, Nguyen SQ, Chin EH, Weber KJ, Divino CM. Current Recommendations on Diagnosis and Management of Right-Sided Diverticulitis. Gastroenterology Research and Practice. 2009; 359485: 1-4.
2. Pugliese A, Viscido G, Picón-Molina H, Doniquiani A, Palencia R. Diverticulitis de la flexura hepática del colon. Rev. Chilena de Cirugía. 2013; 65: 50-53.
3. Jang HJ, Lim HK, Lee SJ, Lee WJ, Kim EY, Kim SH. Acute Diverticulitis of the Cecum and Ascending Colon: The Value of Thin-Section Helical CT Findings in Excluding Colonic Carcinoma. AJR 2000;174:1397-1402.

<b>Caso</b>	(528) Neumoperitoneo secundario a perforación de úlcera duodenal: Papel del TCMD.
<b>Autores</b>	Laura García Camacho Cristina Montes Durán, Inmaculada Sánchez Romero, Victoria De Lara Bendahán, Silvana María Lara Fernández
<b>Centro</b>	H.U. Puerto Real

**Presentación:**

Se trata del caso de una paciente de 42 años que acude a urgencias por dolor abdominal de intensidad creciente de varias horas de evolución. En la radiografía simple se aprecia aire libre subdiafragmático que indica la presencia de neumoperitoneo. Se realiza posteriormente TC multidedector (TCMD) donde se aprecian múltiples burbujas de aire extraluminal de localización perihepática anterior y subhepática con una burbuja de mayor tamaño adyacente al bulbo duodenal que muestra engrosamiento de su pared con ulceración. La paciente fue intervenida de urgencia confirmándose la presencia de una úlcera duodenal perforada.

**Discusión:**

La enfermedad por úlcera péptica es la principal causa de perforación gastroduodenal y suele ser debida a infección por helicobacter Pylori o al uso frecuente de AINEs. Los sitios más comunes de perforación son el antro gástrico y el bulbo duodenal.

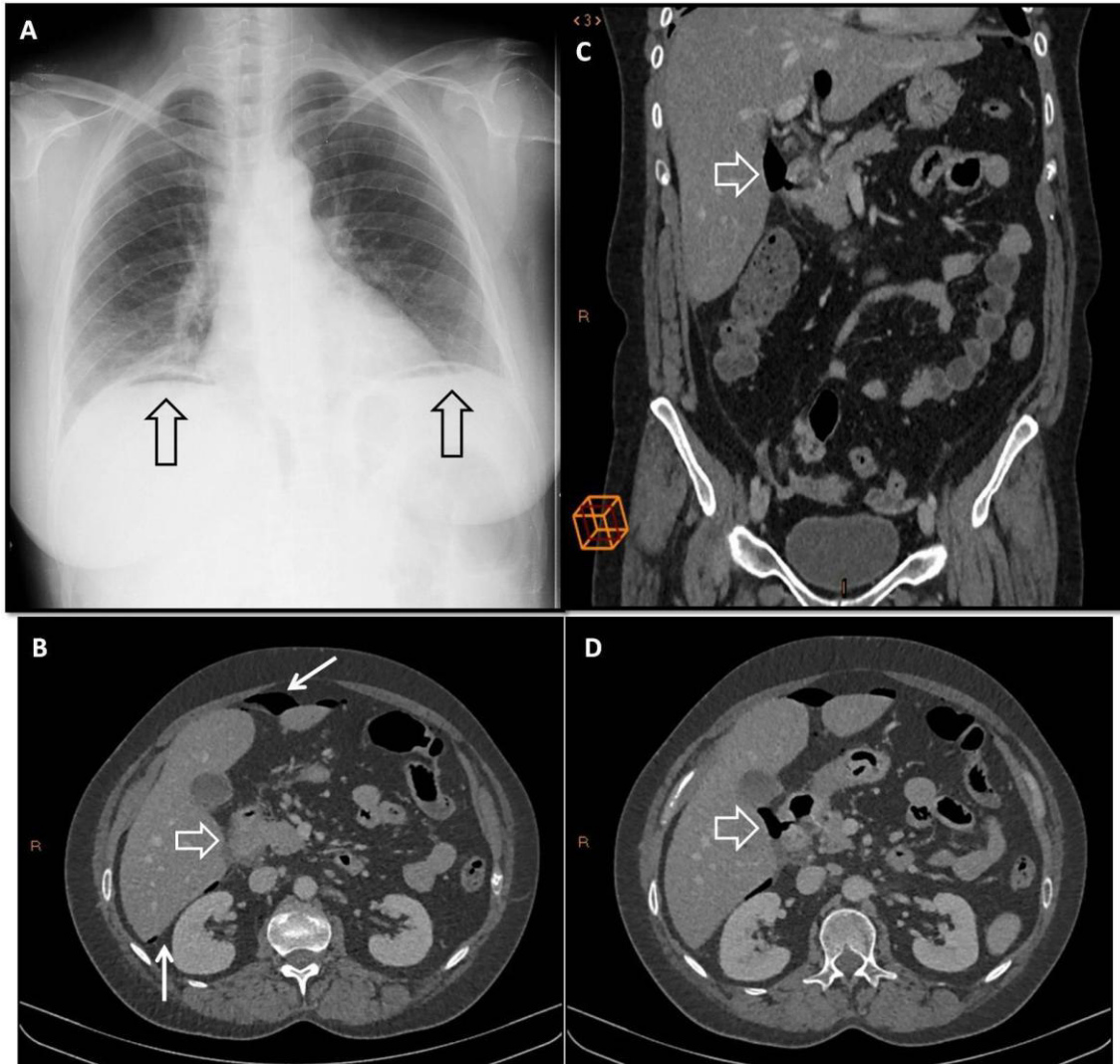
En pacientes con dolor abdominal y sospecha de perforación, la radiografía simple es generalmente la primera modalidad de imagen realizada, presentando una sensibilidad del 50-70% para detectar perforación, siendo esta sensibilidad menor en perforaciones de inicio reciente con menos cantidad de aire libre.

El TCMD es la prueba de imagen más sensible para el diagnóstico de neumoperitoneo por su alta resolución espacial y capacidad para detectar pequeñas cantidades de aire libre intraperitoneal, siendo además capaz de detectar el sitio de perforación. Los signos directos de perforación son aire libre extraluminal y lesión visible transmural en la pared intestinal y los signos indirectos son trabeculación de la grasa mesentérica, líquido libre o engrosamiento parietal.

**Conclusión:**

La perforación gastrointestinal es una patología que requiere un diagnóstico eficaz y un tratamiento rápido por su alta morbilidad y mortalidad, por ello es importante conocer los signos directos e indirectos en TCMD de esta patología, que junto con los hallazgos clínicos, nos conducirán a un diagnóstico rápido y seguro.





**Perforación duodenal por ulcera péptica.** A. En la radiografía simple se aprecia aire libre infradiaphragmático bilateral en relación con peritoneo (flechas). B TCMD axial en el que se confirma la presencia de burbujas aéreas extraluminales de localización perihepática anterior y subhepáticas (flechas) y se aprecia también un engrosamiento de la pared duodenal con trabeculación de la grasa adyacente (flecha grande). C y D. TCMD axial y coronal. Burbuja extraluminal adyacente al bulbo duodenal que presenta ulceración en su pared (flechas).

### Bibliografía:

Giusseppe Lo Re, MD, Francesca La Mantia, MD, Dario Picone MD, et al. Small Bowel Perforation: What the radiologist need to know. Semin Ultrasound CTMRI 37:23-30, 2016.

Maged Nassef Abdalla Fam, Khaled Mostafa Elgharib Attia, Safaa Maged Fathelbab Khalil. Case report: Portal and systemic venous gas in a patient with perforated duodenal ulcer: CT findings. Radiology Case 8(7):20-27, 2014.

Dario Picone MD, Roberta Rusignuolo, MD, Federico Midiri, MD, et al. Imaging Assessment of Gastroduodenal Perforations. Semin Ultrasound CTMRI 37:16-22, 2016

Caso	(529) ¿Simple aneurisma?
Autores	Rut Romera Sánchez Beatriz Alba Pérez, Ignacio Gallego, Santiago Resano Pardo
Centro	Ramón y Cajal

### Presentación:

Varón 61 años con fiebre 39°C, dolor FID 5 días evolución, elevación de reactantes de fase aguda y anemia. Se realiza ecografía abdominal con exploración subóptima debido a importante interposición de gas, como único hallazgo se identifican colecciones anfractuosas, mal definidas y heterogéneas en ambos psoas, por lo que se decide completar estudio con TC. Se realiza estudio abdominopélvico en fase venosa que se completa con fase arterial ante los hallazgos. Se identifica una dilatación aneurismática de aorta infrarrenal, de morfología sacular y dependiente de la pared posterior. No se identifican signos de extravasación activa. Importante afectación de partes blandas locorregionales con extensión de los hallazgos inflamatorios a ambos músculos psoas aumentados de tamaño y con colecciones intramusculares. No se identifican signos radiológicos que sugieren afectación de cuerpos o discos intervertebrales.

### Discusión:

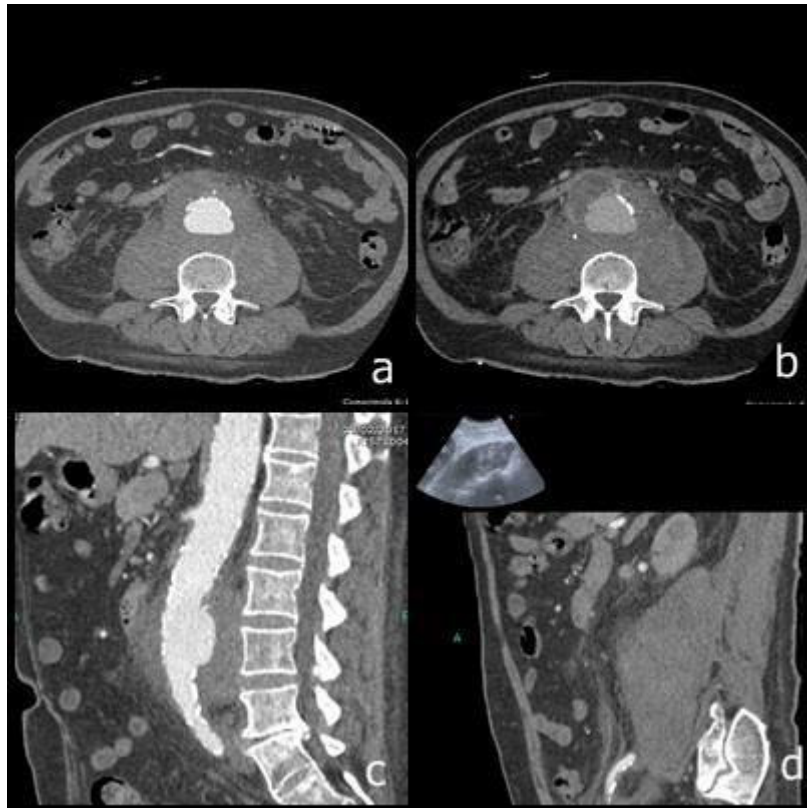
El diagnóstico final fue de probable aneurisma micótico de aorta infrarrenal, sin signos de sangrado activo.

Actualmente el término aneurisma micótico (0.7-2.6% de los aneurismas) se usa para describir aneurismas sobreinfectados sin importar la patogénesis (ya que se describieron en pacientes con endocarditis infecciosa). Resultan de bacteriemia y embolización de material que se aloja en superficie de aterosclerosis, raramente se dan en vasos sanos, siendo el proceso supurativo local el que forma el aneurisma. Otra alternativa es la afectación por estructuras adyacentes, como osteomielitis, abscesos renales o en psoas, que penetran directamente o a través de linfáticos a la estructura vascular. Clínicamente se presentan con dolor agudo por rápido crecimiento o ruptura, elevación de reactantes de fase aguda y hemocultivos positivos.

Los hallazgos en TC incluyen forma sacular, contornos lobulados, inflamación periaortica, absceso y masa.

### Conclusión:

Los aneurismas micóticos, son patología poco frecuente pero que hay que conocer y sospechar ante hallazgos aparentemente banales (abscesos en psoas en ecografía) para completar el estudio y poder realizar un adecuado diagnóstico.



*a y b) imágenes axiales de TC con CIV fase arterial y venosa, donde vemos la dilatación aneurismática de morfología sacular, con importante afectación locoregional y sin signos de extravasación activa. c) reconstrucción sagital donde vemos mejor la morfología y afectación de partes blandas sin signos de osteomielitis. d) imagen de abscesos psoas en ecografía y en TC.*

### **Bibliografía:**

Barbara Theresia Müller, Otto Ruano Wegener, Klaus Grabitz, Michael Pillny, Lutz Thomas, Wilhelm Sandmann. Mycotic aneurysms of the thoracic and abdominal aorta and iliac arteries: Experience with anatomic and extra-anatomic repair in 33 cases. *Journal of vascular surgery* January 2001 Volume 33, Issue 1, Pages 106–113.

Dmitry Rakita, Amit Newatia, John J. Hines, David N. Siegel, Barak Friedman. Spectrum of CT Findings in Rupture and Impending Rupture of Abdominal Aortic Aneurysms. *RadioGraphics* 2007; 27:497–507

Caso	(531) Invaginación intestinal en adulto
Autores	Rut Romera Sánchez Pablo Marazuela García, Santiago Resano Pardo
Centro	Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente de 89 años con clínica de abdomen agudo. Se realiza TC abdominopélvico tras la administración de contraste intravenoso. Se identifica abundante neumoperitoneo, lo que sugiere perforación de víscera hueca, probablemente por la cantidad y disposición origen en colon y más raro en estómago. Se identifica una obstrucción de intestino grueso con válvula ileocecal incompetente. El cambio de calibre se encuentra a nivel del colon transversal donde se visualiza una imagen mamelonada, sugestiva de proceso neoforativo que actúa como punto de guía para una invaginación intestinal, ya que identificamos claramente la imagen de "donut" viendo como hay una capa de meso interpuesta entre las mucosas y luces intestinales.

**Discusión:**

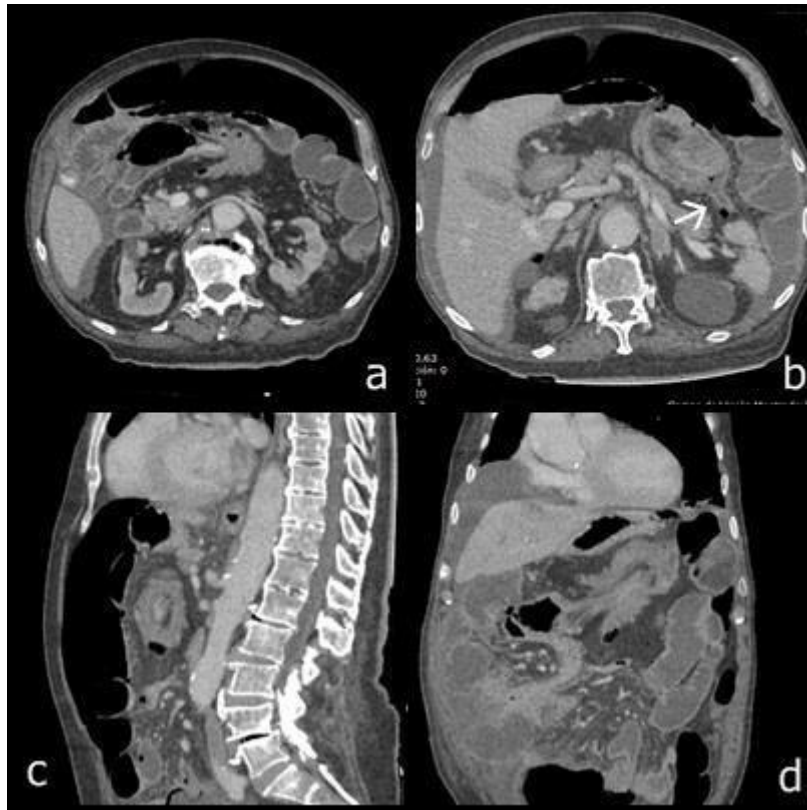
Se diagnostica de perforación intestinal secundaria a obstrucción por invaginación colo-colónica con probable neoforación primaria a nivel del colon transversal.

Sólo el 5% de las invaginaciones se dan en los adultos y sólo el 1% son causa de obstrucción. Entre un 70-90% de los casos la invaginación tienen un punto de guía sobre el que desarrollarse, entre los cuales podemos encontrar causas benignas (lipomas o adenomas en colon, y divertículo de Meckel en delgado) malignas (metástasis, linfoma o adenocarcinoma) o idiopáticas (adherencias o trastornos en la motilidad).

Es importante diferenciar entre las invaginaciones que carecen de punto de guía y las que lo tienen, ya que las primeras suelen ser transitorias y no necesariamente quirúrgicas, normalmente los hallazgos se solapan pero hay casos, en los que la causa es muy clara. Por ello el TC es una herramienta muy útil ya que nos permite aproximarnos lo más posible al diagnóstico.

**Conclusión:**

El TC es una herramienta muy importante ya que en los adultos a diferencia de en los niños la mayoría de las invaginaciones son quirúrgicas, debido al alto grado de probabilidad de encontrar patología subyacente y de tratamiento quirúrgico.



*a y b ) imágenes axiales de TC con CIV donde se ve importante neumoperitoneo, dilatación de asas intestinales con líquido libre, identificamos en colon transverso una lesión mamelonada que hace de punto de guía para la obstrucción intestinal visualizando un cambio brusco de calibre (flecha). c) reconstrucción sagital donde vemos la típica imagen de "donut". d) reconstrucción coronal en la que vemos claramente como parte del transverso introducida en la luz distal al tumor del propio transverso.*

### **Bibliografía:**

Young H. Kim, Michael A. Blake, FFR(RCSI), Mukesh, G. Harisinghani, Krystal Archer-Arroyo, Peter F. Hahn, Martha B. Pitman, Peter R. Mueller. Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point. *RadioGraphics* 2006; 26:733–744

David m. Warshauer, Joseph K. T. Lee. Adult intussusception detected at CT or Mr imaging: clinical-imaging correlation. *Radiology* 1999; 212: 853-860.

<b>Caso</b>	(532) GASTRITIS FLEMONOSA: una causa olvidada de abdomen agudo.
<b>Autores</b>	Esperanza Elías Cabot Jose Enrique Gordillo Arnaud, Rocío Hidalgo Gil, Francisco Fernández Valverde, Leandro Burgos Vigara, Alberto Gonzalez Menchen
<b>Centro</b>	Hospital Valle de los Pedroches

**Presentación:**

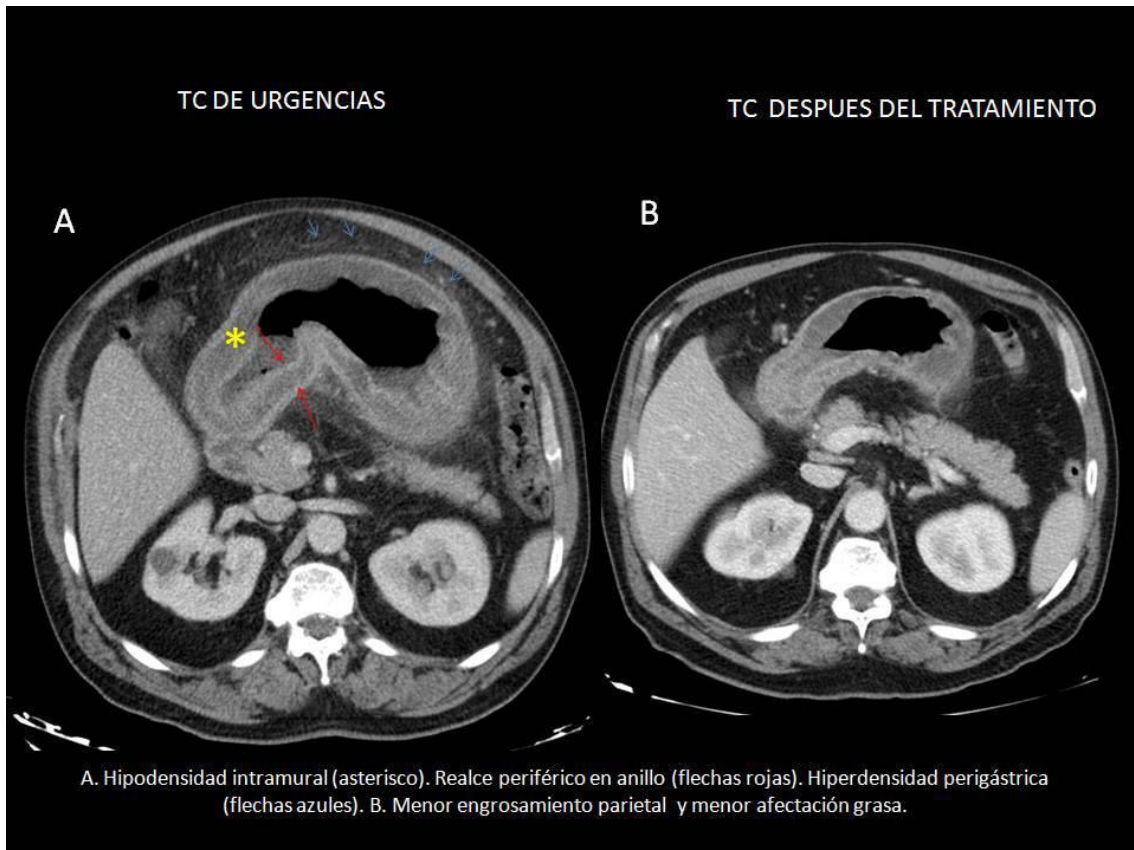
Varón de 64 años, alcohólico. Acude a urgencias por dolor abdominal de 5 días de evolución, vómitos y fiebre. Pálido, sudoroso, T<sup>o</sup> 38<sup>o</sup>, FC 102 lpm, normotenso. A la palpación epigastralgia intensa con defensa voluntaria. Leucocitosis con neutrofilia. El ECG, la radiografía de abdomen y tórax no mostraron alteraciones. Se administra analgesia sin mejoría. TC de abdomen con contraste iv: estómago distendido, marcado engrosamiento difuso de las paredes gástricas con hipodensidad intramural y realce periférico. Hiperdensidad de la grasa perigástrica. Ausencia de neumoperitoneo. Con éstos hallazgos y el antecedente de alcoholismo se sospecha gastritis flemonosa, instaurando tratamiento antibiótico iv. Durante su ingreso, la gastroscopia objetivó pliegues gástricos engrosados, edematosos y eritematosos. Las biopsias obtenidas demostraron inflamación aguda submucosa y microabscesos focales. Se cultivó flora mixta con predominio de *Streptococcus faecalis*.

**Discusión:**

La gastritis flemonosa es una entidad grave e inusual, que con frecuencia afecta a pacientes inmunodeprimidos (alcohólicos, VIH, etc) en forma de abdomen agudo. Consiste en una infección bacteriana purulenta de la pared gástrica rápidamente progresiva (más frecuente *Streptococcus spp*) La prueba de imagen de elección ante su sospecha, es el TC de abdomen con contraste iv que muestra engrosamiento parietal con hipodensidad intramural (edema y microabscesos) y realce periférico en anillo, así como hiperdensidad de la grasa perigástrica. El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con el linfoma o carcinoma gástrico, pero la ausencia de adenopatías, metástasis y la historia clínica sugieren patología inflamatoria.

**Conclusión:**

Pensemos en la gastritis flemonosa en los casos de abdomen agudo en pacientes inmunodeprimidos



**A- TC de urgencias:** Estómago distendido, marcado engrosamiento difuso de las paredes gástricas con hipodensidad intramural (asterisco) y realce periférico en anillo (flechas rojas) Hiperdensidad de la grasa perigástrica (flechas azules). **B- TC de control a los 6 días de tratamiento:** disminución del engrosamiento parietal así como de la hiperdensidad de la grasa perigástrica..

### Bibliografía:

1. -Sood BP, Kalra N, Suri S. CT features of acute phlegmonous gastritis. Clin imaging. 2000; 24(5): 287-8.
2. -Jung C, Choi YW, Jeon SC, Chung WS. Acute diffuse phlegmonous esophagogastritis: radiologic diagnosis. AJR Am J Roentgenol. 2003;180:862–863.



<b>Caso</b>	(533) Vólvulo cecal complicado.
<b>Autores</b>	Adrián Martínez Vázquez Ladera González, Enrique; González Plaza, Jorge; Illade Fornos, Alfonso; Vieito Fuentes, Juan Manuel; Bouzas Sierra, Rosa
<b>Centro</b>	Hospital Álvaro Cunqueiro

**Presentación:**

Mujer de 62 años. Acude a urgencias con dolor abdominal difuso de 4 días de evolución, estreñimiento, abdomen distendido con defensa y peritonismo a la palpación. Ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal, se realiza abdomen en decúbito supino, identificando efecto masa en hipogastrio que desplaza asas de delgado distendidas. La pared intestinal se delimita por la existencia de neumoperitoneo. Ante la sospecha de perforación intestinal secundaria a obstrucción, se realiza TC abdominopélvico con contraste. Las MPR muestran el ciego dilatado y medializado con imagen de giro de asas en colon ascendente inmediatamente distal a ciego, colapso del colon distal, distensión de intestino delgado, líquido libre y neumoperitoneo.

**Discusión:**

Realizamos el diagnóstico prequirúrgico de vólvulo cecal con perforación de víscera hueca secundaria.

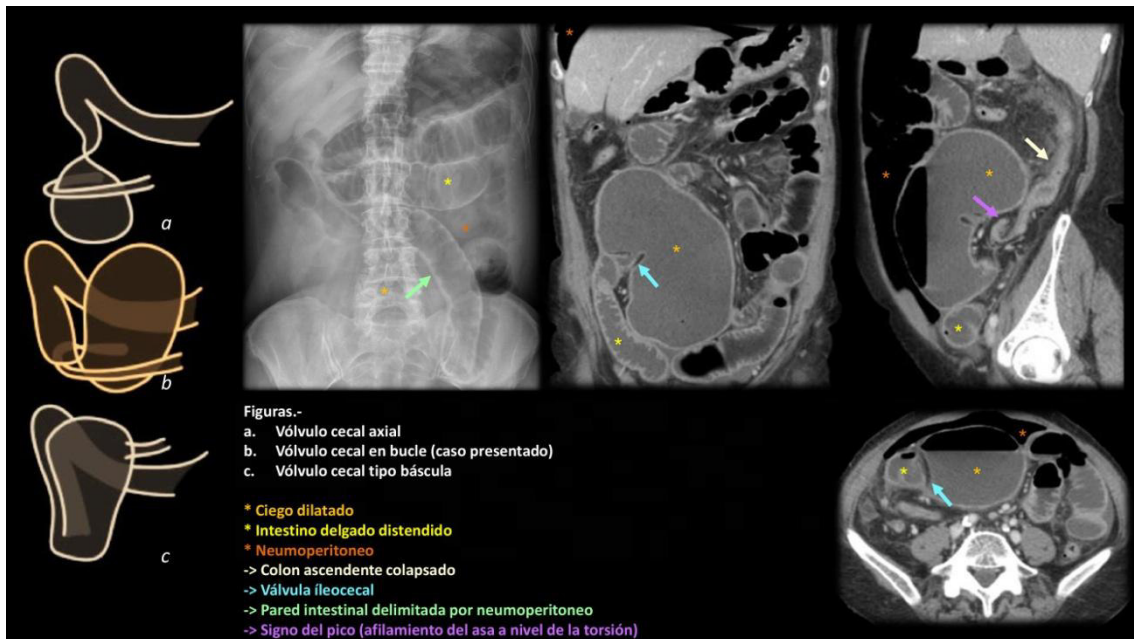
El vólvulo de sigma es el más frecuente en el colon, siendo la segunda localización en frecuencia el mal denominado vólvulo de ciego, ya que la torsión en realidad se sitúa en el colon ascendente.

Los vólvulos de ciego pueden realizar un giro axial, bucle (como nuestro caso) o en forma de báscula (ver figura).

Aunque el ciego móvil está presente en el 11 – 25% de la población y se reconoce factor de riesgo para el vólvulo, éste es mucho más infrecuente, por lo que se cree que deben asociarse otros factores (membranas, bandas, adhesiones...).

**Conclusión:**

El vólvulo cecal es una entidad infrecuente. La TC con MPR es útil para identificar signos de torsión y posibles complicaciones como isquemia o perforación intestinal.



**Diagrama de los tipos de vólvulo cecal. Correlación en radiografía simple y TC (con MPR coronal y sagital) de vólvulo cecal con perforación de víscera hueca secundaria.**

### Bibliografía:

-Diagnosis of colonic volvulus: findings on multidetector CT with three-dimensional reconstructions, C Vandendries, M C Julles, MD, I Boulay-Coletta, MD, J Loriau, MD, and M Zins, MD , Br J Radiol. 2010

-Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector, L. Ibáñez Sanz, S. Borrueal Nacenta, R. Cano Alonso, P. Díez Martínez, M. Navallas Irujo, Radiología 2015

<b>Caso</b>	(535) VÓLVULO GÁSTRICO: EXISTE
<b>Autores</b>	Cristina Berastegi Santamaria Elena Ingunza Loizaga, Gorka Del Cura Allende, Ainhoa Telleria Bajo, Ainize Cancho Salcedo, Paula Garcia-barquin
<b>Centro</b>	Hospital de Galdakao-Usansolo

### **Presentación:**

Varón de 80 años con EP, deterioro cognitivo leve, HTA y ACFA. Acude a urgencias por estreñimiento de una semana de evolución con aumento del perímetro abdominal sin vómitos. La última deposición hace 5 días (diarreica) sin fiebre. En la exploración: abdomen globuloso y doloroso a la palpación generalizada sin signos de irritación peritoneal con ruidos hidroaéreos presentes. Rx simple de abdomen: dilatación de cámara gástrica. Se sospecha de obstrucción y se pauta tratamiento con lavados mediante sonda nasogástrica, enema opaco y pendiente de rx de control.

### **Discusión:**

20 h después sin mejoría, se realiza TC y un EED que se informan como vólvulo gástrico y una gastroscopia que sugiere hernia paraesofágica, no pudiendo descartar vólvulo asociado.

De esto surgen varias cuestiones sobre las que reflexionar: la primera, cual es la mejor exploración a realizar para llegar al diagnóstico de vólvulo y la segunda saber cuál es la etiología y las posibles complicaciones asociadas y que en consecuencia el abordaje terapéutico sea el más adecuado.

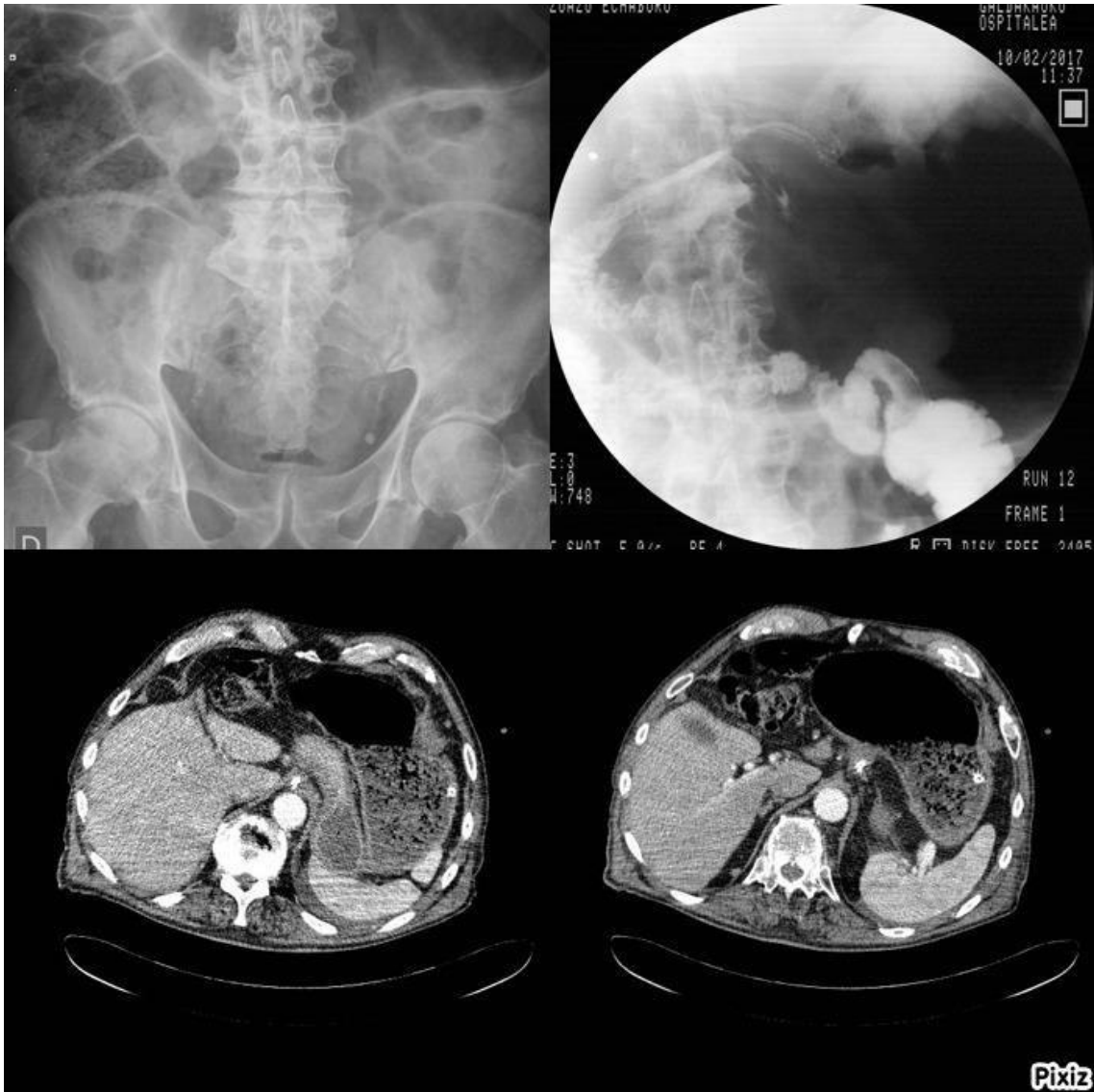
En este caso se trataba de una rotación mesenteroaxial (el estómago rota sobre su eje corto), que debe diferenciarse de una organoaxial (el estómago gira sobre su eje largo) y de una volvulación (que incluye compromiso del órgano) que no llegaba a producir obstrucción.

Es importante que el radiólogo diferencie estas entidades e informe sobre posibles causas y complicaciones para planificar un tratamiento adecuado y facilitar el manejo clínico-quirúrgico.

### **Conclusión:**

La volvulación del estómago es un hallazgo poco frecuente y por tanto, difícil de diagnosticar que una gran mayoría de veces se pasa por alto. Además se trata de una entidad con una presentación clínica muy variable (crónico/agudo, niños/adultos) que tiene alta probabilidad de complicación ya que es una patología que puede conllevar otra causa subyacente.

Por tanto, es competencia del radiólogo conocer los tipos de vólvulos que existen y los posibles hallazgos que puedan asociarse (tanto etiológicos como complicaciones) para poder llevar a cabo un manejo adecuado.



**Fig.1. Radiografía simple de abdomen en supino. Se observa una diltación marcada de la cámara gástrica.**

### **Bibliografía:**

1. Kailee Imperatorea, Brandon Olivierib, Cristina Vincentellia. Acute gastric volvulus: a deadly but commonly forgotten complication of hiatal hernia. Autopsy Case Reports. 2016;6(1):21-26
2. Bang Chau, Susan Dufe. Gastric volvulus. Emerg Med. Enero 2007;24:446–447
3. Anthony P. Cardile DO and David S. Heppner DO. Gastric Volvulus, Borchardt's Triad, and Endoscopy: A Rare Twist. Hawai'i medical journal, VOL 70. Abril 2011.

4. Christine M. Peterson, MD, John S. Anderson, MD, Amy K. Hara, MD, Jeffrey W. Carenza, MD, Christine O. Menias, MD. Volvulus of the Gastrointestinal Tract: Appearances at Multimodality Imaging. RSNA, 2009

5. F. Rashid, T. Thangarajah, D. Mulvey, M. Larvin, S.Y. Iftikhar. A review article on gastric volvulus: A challenge to diagnosis and management. International Journal of Surgery 8. 2010, 18–24

<b>Caso</b>	(537) La hemorragia subaracnoidea como signo de trombosis venosa cerebral
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Ángeles Galatayud Sánchez Leticia Lopez Arellano, Manuel Asencio Durán
<b>Centro</b>	Juan Ramón Jiménez

### **Presentación:**

Mujer de 63 años que acude al servicio de urgencias con cefalea intensa, que en las últimas horas se acompaña de pérdida de fuerza en miembros superiores, y una convulsión tónico-clónica. No presenta antecedentes personales de interés ni recibe tratamiento habitual. Se realiza TC craneal urgente sin y con contraste IV identificándose focos de hemorragia subaracnoidea (HSA) en la convexidad fronto-parieto-temporal bilateral, áreas de edema vasogénico parasagitales bilaterales y “signo del delta vacío” en el seno sagital superior

### **Discusión:**

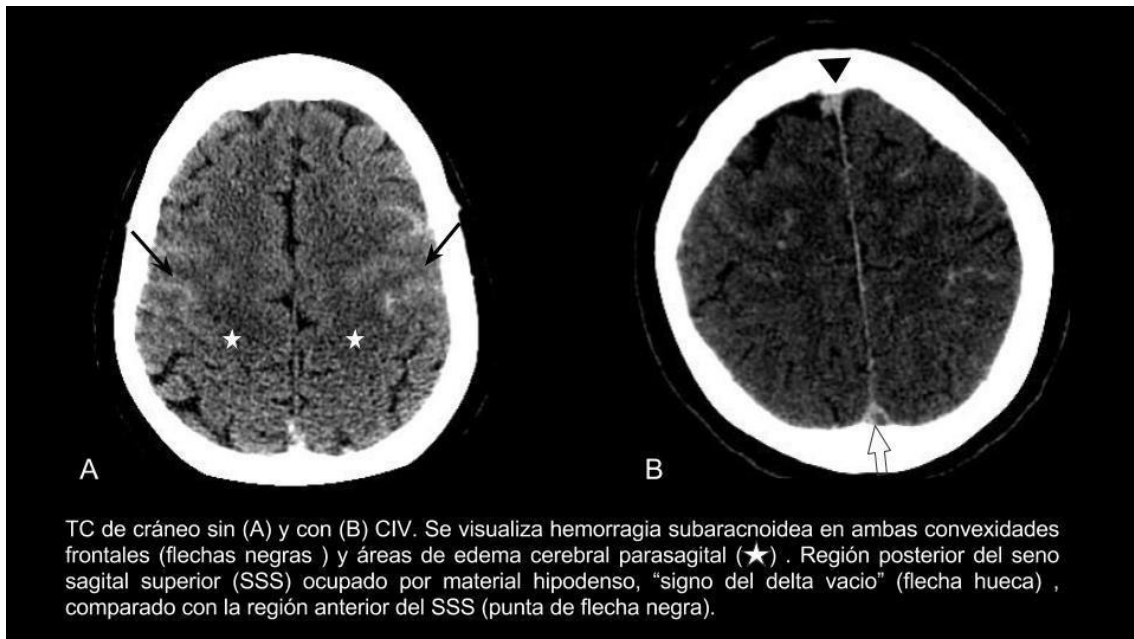
Considerando los datos clínicos junto con los hallazgos radiológicos el diagnóstico es trombosis venosa cerebral (TVC).

La HSA es un signo indirecto, infrecuente, de TVC. Debemos considerar esta entidad cuando la HSA se produce en ausencia de traumatismo, crisis hipertensiva o no compromete la región selar ni perimesencefálica. Otros signos sutiles de TVC en el TC sin CIV serían áreas hipodensas intraparenquimatosas subcorticales, con respeto de la cortical, que no se corresponden con un territorio arterial o que afectan a varios de ellos, la hemorragia intraparenquimatosa, el signo de la cuerda y el signo del triángulo denso. Al completar el estudio de TC con CIV se objetiva el “signo del delta vacío” que traduce la presencia de un trombo en el interior del sistema venoso dural cerebral.

### **Conclusión:**

Nos encontramos ante un caso de TVC con una forma de presentación poco habitual, la HSA, junto a otras más frecuentes como el signo del delta vacío y el edema cerebral.

La TVC es un trastorno neurológico relativamente poco frecuente pero grave. La imagen desempeña un papel primordial en el diagnóstico. Se trata de una entidad infradiagnosticada por su presentación clínica inespecífica y hallazgos radiológicos sutiles, por lo que es crucial para un correcto manejo y mejor pronóstico del paciente que el radiólogo esté atento a sus distintas formas de presentación.



#### Bibliografía:

C. Poon, J. Chang, A. Swarnkar, M. Johnson, J. Wasenko. Radiologic Diagnosis of Cerebral Venous Thrombosis: Pictorial Review .AJR. 2007; 189:S64-S75

J. Stam. Cerebral venous and sinus thrombosis: incidence and causes in ischemic stroke. Adv Neurol 2003; 92:225–232.

F. Masuhr, S. Mehraein, K. Einhaupl. Cerebral venous and sinus thrombosis. J Neurol 2004; 251:11–23.

C. Marder, V. Narla, J. Fink, K. Tozer Fink. Subarachnoid hemorrhage: beyond aneurysms. AJR. 2014; 202:25-37

Caso	(538) ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE EN ECOGRAFÍA Y ENTERORM
Autores	Laura Díaz Rubia Francisco Javier García Verdejo
Centro	Complejo Hospitalario Universitario de Granada

**Presentación:**

Paciente de 32 años diagnosticado de enfermedad de Crohn en ciego e íleon terminal con historia de brotes recurrentes en los últimos años. Acude a urgencias por presentar datos clínicos de nuevo brote de actividad que consistían en múltiples deposiciones al día con moco y sangre junto a intenso dolor en flanco derecho e hipogastrio con febrícula de 38°C. En la analítica destacó elevación de los reactantes de fase aguda. Se solicitó una ecografía abdominal urgente en la que se aprecia engrosamiento parietal de íleon terminal y ciego con marcada hiperemia en el estudio Doppler color debido a enfermedad activa. Se observa trayecto hipoecogénico con gas que comunica porción cecal con segmento de íleon terminal, estableciendo fístula ileocolica. Tras esto el paciente ingresa en planta donde se realiza enteroRM que confirman los hallazgos ecográficos descartando otras complicaciones asociadas.

**Discusión:**

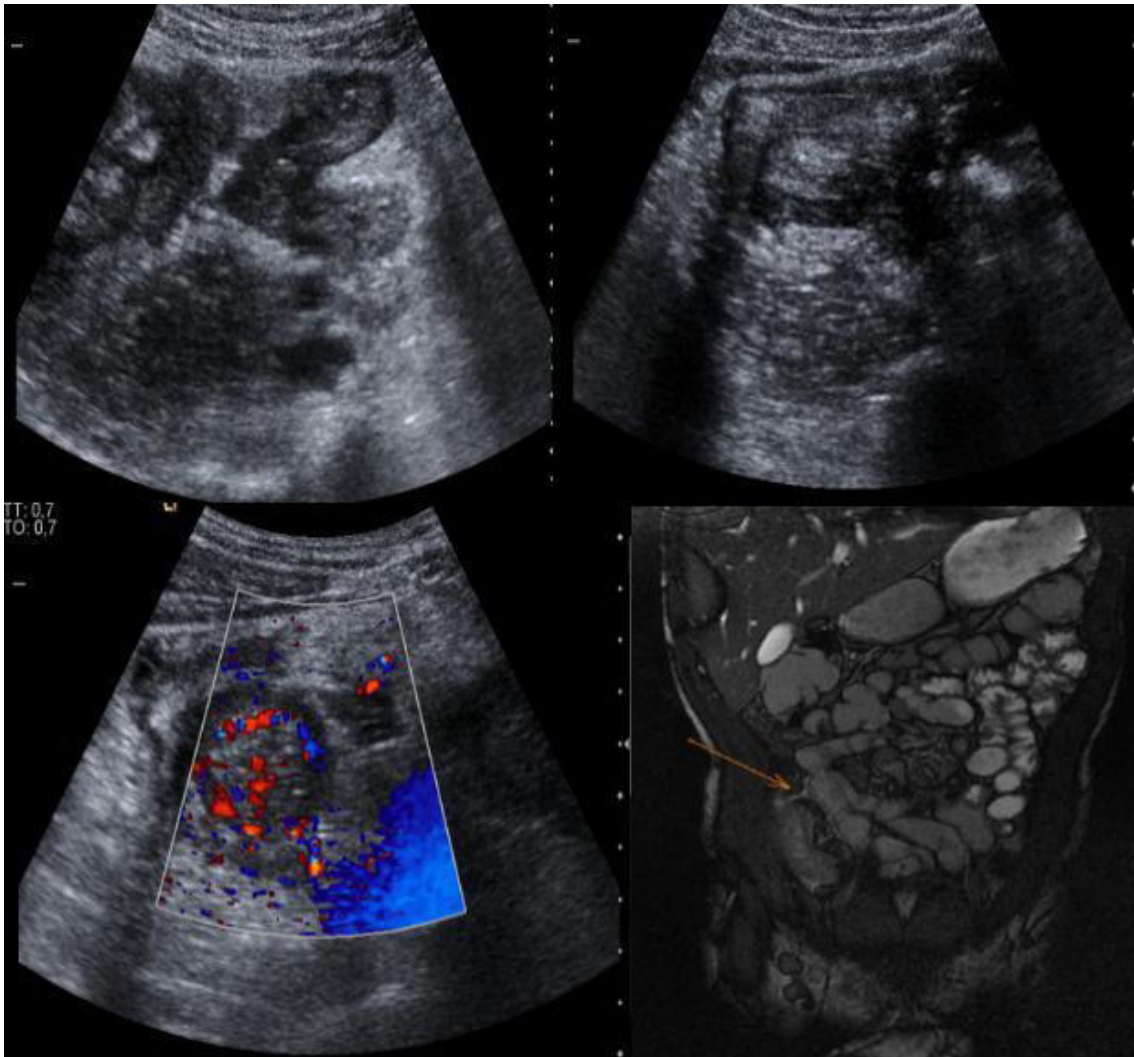
Se trata de un caso de enfermedad de Crohn de localización ileocólica fistulizante y con datos radiológicos en ecografía y enteroRM de actividad.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica que requiere numerosos estudios radiológicos ya que afecta a pacientes jóvenes, más vulnerables a los efectos de las radiaciones ionizantes. Por esto se recurre a exploraciones como ecografía y enteroRM que están exentas de radiación ionizante y son de gran valor en el diagnóstico, control evolutivo y en presencia de complicaciones. La ecografía es una prueba asequible, rápida y no invasiva, pero requiere un explorador experimentado. La enteroRM, es tan precisa en el diagnóstico como la enteroTC y es reproducible, aunque no presenta tanta disponibilidad.

**Conclusión:**

En la enfermedad de Crohn, tanto la ecografía, por su disponibilidad, como la enteroRM, por su precisión, son pruebas de gran valor para el diagnóstico, evaluación de respuesta al tratamiento y sospecha de complicaciones ayudando a la hora de planificar su tratamiento.





*Imágenes de ecografía (arriba y abajo a la izquierda) y de enteroRM (abajo a la derecha) que muestran engrosamiento de íleon terminal y aumento de señal Doppler color como dato de actividad, así como trayecto fistuloso entre ciego e íleon terminal (flecha en enteroRM).*

### **Bibliografía:**

1. J. Leyendecker, R. Bloomfeld, D. DiSantis, G. Waters et al. MR Enterography in the management of patients with Crohn disease. Radiographics 2009; 29:1827-1846.
2. D. Tolan, R. Greenhalgh, I. Zealley, S. Halligan et al. MR Enterographic manifestations of small bowel Crohn disease. Radiographics 2010; 30:367-384.

<b>Caso</b>	(540) Rotura uretral por litiasis vesical
<b>Autores</b>	Daniel Iel
	Apellido: Corominas
<b>Centro</b>	Hospital Clínic de Barcelona

### **Presentación:**

Se trata de un paciente de 82 años con enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo importante que acude por edema penoescrotal y escoriación del dorso peneano. Se realizó una ecografía vesical urgente, evidenciándose una retención aguda de orina con dos litiasis intravesicales. Se procedió a la colocación de una sonda suprapúbica. Se realizó una Tomografía Computadorizada (TC) abdominopélvica, que evidenció, una próstata de gran tamaño, una vejiga distendida con dos grandes litiasis piramidales, un escroto edematoso con líquido libre y la presencia de dos litiasis de 14 y 12 mm en uretra peneana. En la pared lateral derecha de la uretra bulbar se identificó una solución de continuidad como posible causa de la extravasación de urinaria. Estos hallazgos se confirmaron quirúrgicamente y se realizaron una ureterolitotomía y una reconstrucción de la uretra.

### **Discusión:**

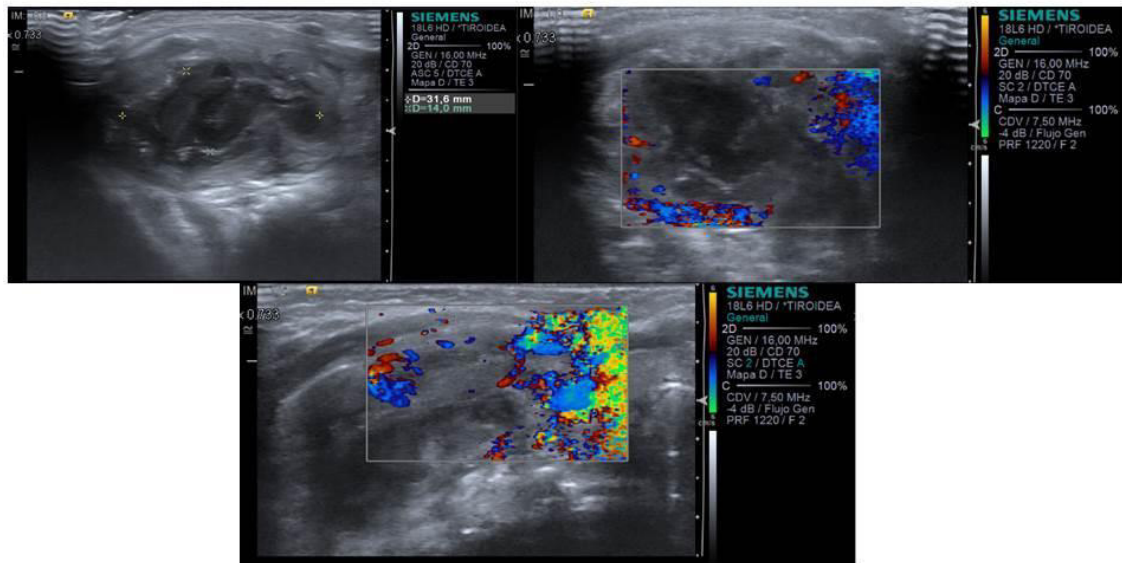
La rotura de uretra es una entidad que puede asociarse a la fractura de pene en los traumatismos genitales relacionados con las relaciones sexuales, siendo mucho más infrecuentes las lesiones aisladas en este contexto.

Por otro lado los pacientes con hiperplasia benigna de próstata pueden presentar, más allá de los síntomas irritativos (poliaquiuria, tenesmo o nicturia), síntomas obstructivos como la retención aguda de orina. Son también más propensos a la formación de litiasis intravesicales.

La migración de estas litiasis formadas en la vesícula hacia la uretra es infrecuente pero cuando sucede pueden producir roturas de la misma.

### **Conclusión:**

La rotura aislada de la uretra asociada a la migración de litiasis intravesicales es una entidad rara y pocas veces reportada. Conlleva además cierto factor de gravedad debido a las complicaciones que puede acarrear como la extravasación de orina o la gangrena de Fournier.



**Fig A:** reconstrucción coronal pélvica. Rectángulo amarillo: próstata de volumen aumentado (170 cc) y dos grandes litiasis intravesicales de forma piramidal. **Fig B:** reconstrucción coronal del área genital. En el círculo amarillo: dos litiasis en la uretra peneana. **Fig C:** corte axial a nivel perineal. Edema escrotal y líquido libre. **Fig D:** corte axial a nivel perineal. Flecha amarilla: solución de continuidad en la uretra bulbar y extravasación de orina.

### Bibliografía:

1. Mamarelis , G, moris, D, Vernadakis, S. Fournier's gangrene after urethral rupture: an uncommon complication of a common procedure. *Am Surg.* 2014;80(5): 150-151.
2. Philippou, P, Moraitis, K, Masood, J, Junaid, I, buchholz, N. The management of bladder lithiasis in the modern era of endourology. *Urology.* 2012;79(5): 980-986.
3. Elgammal, M.A. Straddle injuries to the bulbar urethra: management and outcome in 53 patients. *Int Braz J Urol.* 2009;35(4): 450-458.
4. Marra, G, sturch, P, oderda, M, tabatabaei, S, Muir, G. Systematic review of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia surgical treatments on men's ejaculatory function: Time for a bespoke approach?. *Int J Urol.* 2016;23(1): 22-35.

<b>Caso</b>	(541) Sangrado activo en el trasplante renal.
<b>Autores</b>	Isabel García Chaume Rodrigo Blanco. Jaime Salvador. Estefania Gonzalez
<b>Centro</b>	Hospital Doctor Peset

**Presentación:**

Varón de 59 años, con hipotensión y anemia en las primeras 24 horas tras cirugía por trasplante renal. Se realiza ecografía en modo B y tras la administración de contraste ecográfico, evidenciado hematoma de gran tamaño rodeando al injerto renal y extravasación de contraste en polo superior renal por sangrado activo. La perfusión del parénquima renal es homogénea, sin alteraciones. Con el fin de determinar el punto exacto del sangrado y valorar con precisión la anatomía vascular del injerto se realiza TC abdominal sin y tras la administración de contraste intravenoso (fases arterial y portal).

**Discusión:**

Diagnóstico: Sangrado activo en polo superior del injerto renal.

El diagnóstico precoz y el rápido tratamiento de las hemorragias tras un trasplante renal prolongan la supervivencia del injerto y reducen la morbimortalidad del paciente.

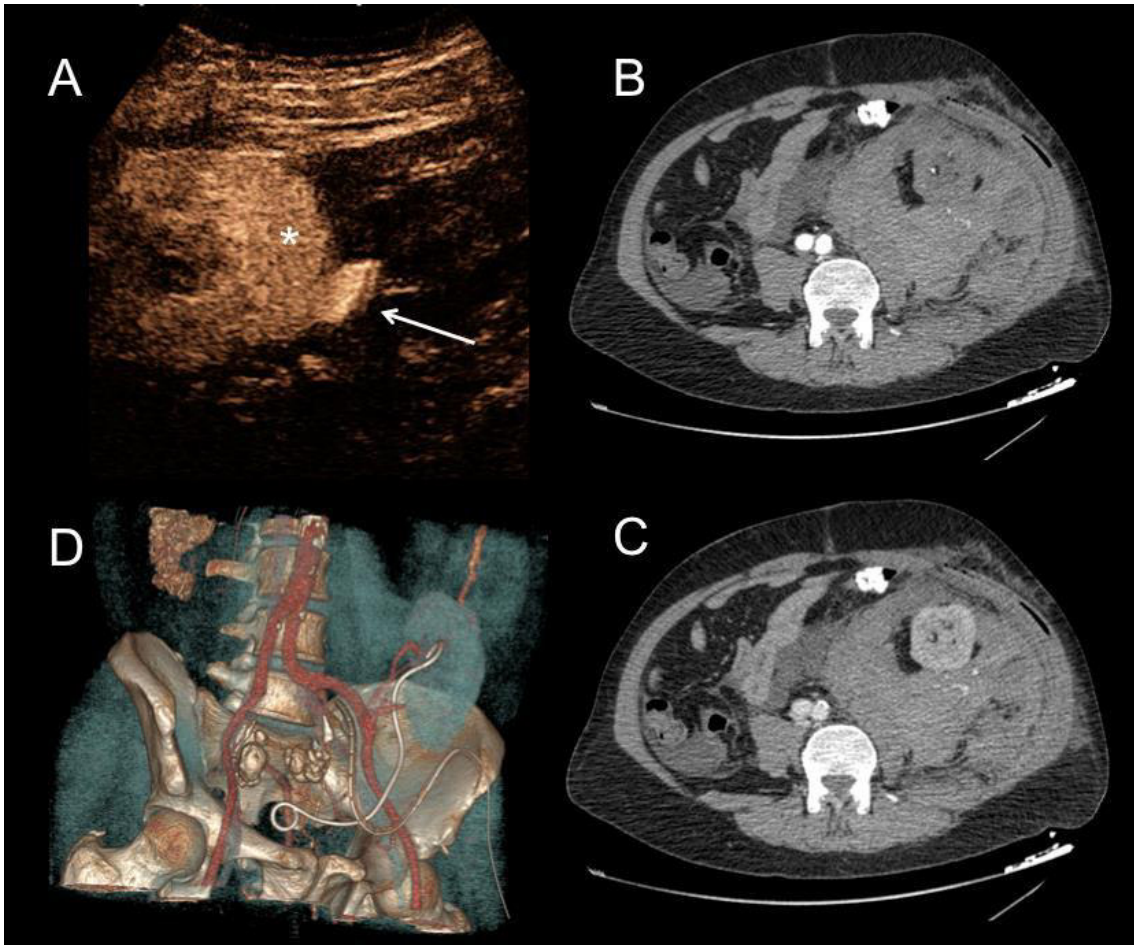
Las técnicas de imagen utilizadas ante sospecha de sangrado activo son el angioTC (detecta sangrados con velocidades de 0.3 ml/min) y la arteriografía (velocidad mínima de 0.5 ml/min). Sin embargo ante la sospecha de hemorragia activa en un

postrasplante renal puede ser de gran utilidad la ecografía con contraste intravenoso.

Esta técnica tiene una alta sensibilidad para detectar la extravasación del contraste, es un estudio en tiempo real (sangrados intermitentes) y además permite valorar el parénquima renal y su vascularización. Asimismo no irradia y el contraste ecográfico es inocuo, a diferencia del contraste yodado, que puede comprometer la función renal y provocar reacciones alérgicas.

**Conclusión:**

La ecografía con contraste es una alternativa diagnóstica útil en la valoración inicial del injerto renal, pues permite visualizar la perfusión del parénquima renal, valorar el tamaño del hematoma o incluso detectar sangrado activo.



**A)** *Ecografía con contraste: se observa hematoma que envuelve el injerto renal (asterisco), evidenciando extravasación de contraste (flecha) desde el polo superior renal. B,C) TC con contraste en fase arterial (b) y fase venosa (c): se observa hematoma retroperitoneal izquierdo que envuelve al injerto renal, se evidencia extravasación de contraste adyacente al polo superior que se acumula en fase tardías en relación con sangrado activo. D) Reconstrucción 3D: extravasación del contraste desde el polo superior del injerto en vacío izquierdo.*

### **Bibliografía:**

Nicolau C, Ripolles T. Contrast-enhanced ultrasound in abdominal imaging. *Abdominal imaging*. 2012, 37:1-19.

Dean Y. Huang, FRCR! EBIRGibran T. Yusuf et al. Contrast-enhanced US-guided Interventions: Improving success rate and avoiding complications using US contrast agents. *RSNA*. Septiembre 2016.

Rumack. Wilson. Charboneau. Levine. *Diagnostico por ecografía*. 4\* ed. Marban 2015.

Caso	(542) LA LESIÓN ESPLÉNICA: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA COLONOSCOPIA
Autores	Marcos Villalta Santamaria
Centro	Hospital de la Ribera

**Presentación:**

Varón de 71 años que refiere dolor abdominal intenso asociado a vómitos de inicio tras colonoscopia realizada hace 24 horas. Presenta hipotensión, defensa abdominal de distribución difusa y predominio en flanco izquierdo. Hb 12 g/dl, leucocitosis (15500), creatinina de 3,9, urea 78 y FG 15. Se solicita TC para descartar perforación tras colonoscopia.

**Discusión:**

La TC muestra una imagen hipodensa lineal con origen en el hilio esplénico compatible con laceración de 7 cm. Hematoma subcapsular de 12 x 4 cm que produce medialización del bazo y hemoperitoneo de distribución difusa periesplénico, perihepático, en ambas gotieras paracólicas y en pelvis .

Se realiza arteriografía que muestra extravasación de contraste de la arteria esplénica que se procede a embolizar de forma selectiva.

La evolución del paciente en la unidad de cuidados intensivos es satisfactoria tras la embolización con recuperación clínica y analítica.

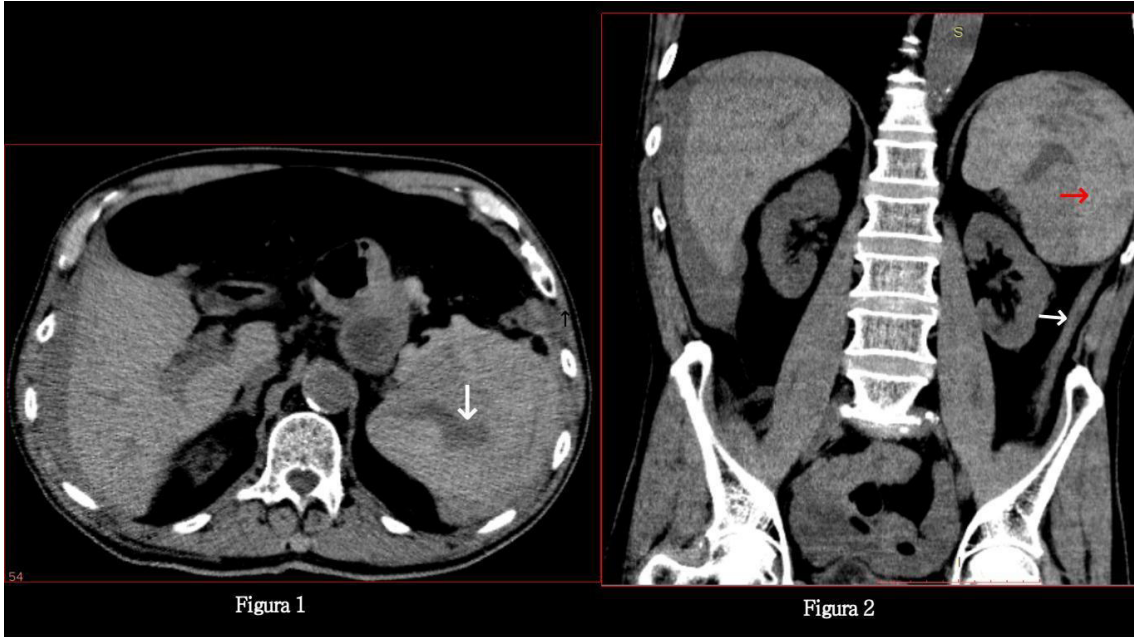
Los hallazgos clave en TC son: la laceración esplénica que se manifiesta como imágenes lineales hipodensas y hemoperitoneo. Puede asociar un hematoma subcapsular de tamaño variable.

**Conclusión:**

La colonoscopia es un procedimiento comúnmente realizado, considerado seguro y eficaz. La lesión esplénica es una complicación muy poco frecuente.

La presentación clínica más habitual es, como en nuestro caso, dolor abdominal en las 24 horas tras el procedimiento.

El mecanismo de dicha lesión no se conoce con certeza, pero existen hipótesis de las posibles causas como la tracción del ligamento espleno cólico, de adherencias previamente formadas, un traumatismo directo no penetrante o maniobras específicas para avanzar el colonoscopio. La TC constituye la técnica diagnóstica de elección.



**Fig.1 Laceración esplénica (flecha). Hematoma subcapsular. Hemoperitoneo. Fig.2 Hematoma subcapsular (flecha roja). Hemoperitoneo (flecha negra)**

### **Bibliografía:**

Splenic rupture after uncomplicated colonoscopy AJEM (2012) 30, 515.e1–515.e2.

Tsoraides SS, Gupta SK, Estes NC. Splenic rupture after colonoscopy: case report and literature review. J Trauma 2007;62:255-7.

<b>Caso</b>	(543) Lesión neoplásica como causa menos frecuente de obstrucción de intestino delgado: Hallazgos en TC.
<b>Autores</b>	Laura García Camacho Cristina Montes Durán, Victoria De Lara Bendahán, Verónica Lorenzo Quesada, Carlos Borrega Harinero
<b>Centro</b>	H.U. Puerto Real

### **Presentación:**

Paciente de 62 años que presenta molestias abdominales de un año de evolución que han aumentado en los últimos meses, acudiendo a urgencias por dolor abdominal intenso y náuseas de varias horas de evolución. En la radiografía de abdomen se observa dilatación difusa de asas de intestino delgado. Se realiza TC de abdomen visualizando severa dilatación de asas de intestino delgado con transición abrupta de calibre en yeyuno donde existe un engrosamiento de la pared hipercaptante con componente nodular hacia la grasa adyacente y adenopatías mesentéricas. El paciente fue intervenido quirúrgicamente confirmando la presencia de obstrucción intestinal producida por masa en yeyuno con diagnóstico anatomopatológico de Linfoma B difuso de células grandes.

### **Discusión:**

La causa más frecuente de obstrucción de asas de intestino delgado son las bridas, el 95 % en pacientes con cirugía previa, por el contrario las neoplasias constituyen la causa más frecuente de obstrucción de intestino grueso, siendo una causa menos frecuente en intestino delgado.

Ante la presencia de síntomas de obstrucción, la primera prueba a realizar suele ser la radiografía de abdomen, aunque en la mayoría de los casos es una prueba diagnóstica poco sensible y específica.

La TC constituye la prueba de elección para el diagnóstico debido a su gran capacidad para determinar la causa y el nivel de la obstrucción y detectar complicaciones. Los hallazgos más sugestivos de obstrucción por neoplasia son engrosamiento parietal focal con hipercaptación, siendo muy importante evaluar la infiltración local y la presencia o no de enfermedad metastásica

### **Conclusión:**

La obstrucción de intestino delgado secundaria a lesión neoplásica constituye una causa mucho menos frecuente, no obstante, es importante conocer los signos que nos orienten hacia dicha patología en TC y evaluar los signos de infiltración local y la presencia o no de afectación de adenopática o metastásica, para una adecuada aproximación diagnóstica.





**Obstrucción de intestino delgado secundaria a neoplasia. A. Rx simple de abdomen. Se aprecia discreta dilatación de asas de intestino delgado a nivel centroabdominal siendo hallazgos poco específicos. B TC axial. Cambio de calibre en asa de yeyuno con engrosamiento focal hipercaptante. C y D. Reconstrucciones coroneales TC. Se aprecia marcada dilatación de asas de delgado de hasta 7 cm de diámetro máximo, con engrosamiento focal en yeyuno con componente nodular hacia la grasa adyacente y adenopatías mesentéricas.**

### **Bibliografía:**

S.D. Manchanda, A. Prasad, N. Sachdev, P. De, S.Z. Abbas,

B.P. Baruah. Multi detector computed tomography (MDCT)

evaluation of small bowel obstruction: pictorial review. Tropical Gastroenterology 2010;31(4):249–259.

Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small bowel obstruction: What to look for. RadioGraphics 2009; 29:423-439.

Castro M, Renedo S, Droppelmann N, Téllez J, Butrón S. Obstrucción intestinal: ¿Qué necesita saber el cirujano? Rev Chil Radiol 2004; 10: 165-171.

<b>Caso</b>	(545) FASCITIS NECROTIZANTE: UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA CIRUGÍA.
<b>Autores</b>	Eva María García Gámez Cristina Montes Durán, Laura García Camacho, Silvana María Lara Fernández, Carlos Borrega Harinero, Verónica Lorenzo Quesada.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerto Real

**Presentación:**

Mujer de 64 años, con antecedentes de neoplasia estenosante de recto sincrónica con neoplasia de ciego e implantes peritoneales, que es intervenida de urgencia por cuadro de obstrucción intestinal practicándosele una ileostomía. Posteriormente comienza con malestar general y dolor abdominal. En la exploración se objetiva dolor en fosa ilíaca izquierda y en la analítica destaca leucocitosis de 19000 con elevación de PCR (30) y procalcitonina (5,8). Ante la sospecha de sepsis de origen abdominal se realiza TC abdominal con hallazgos sugestivos de fascitis necrotizante en región retroperitoneal, perineal y raíz de muslo derecho. Dada la situación clínica y oncológica de la paciente se desestima la cirugía y se opta por actitud conservadora, con evolución tórpida y exitus a los seis días.

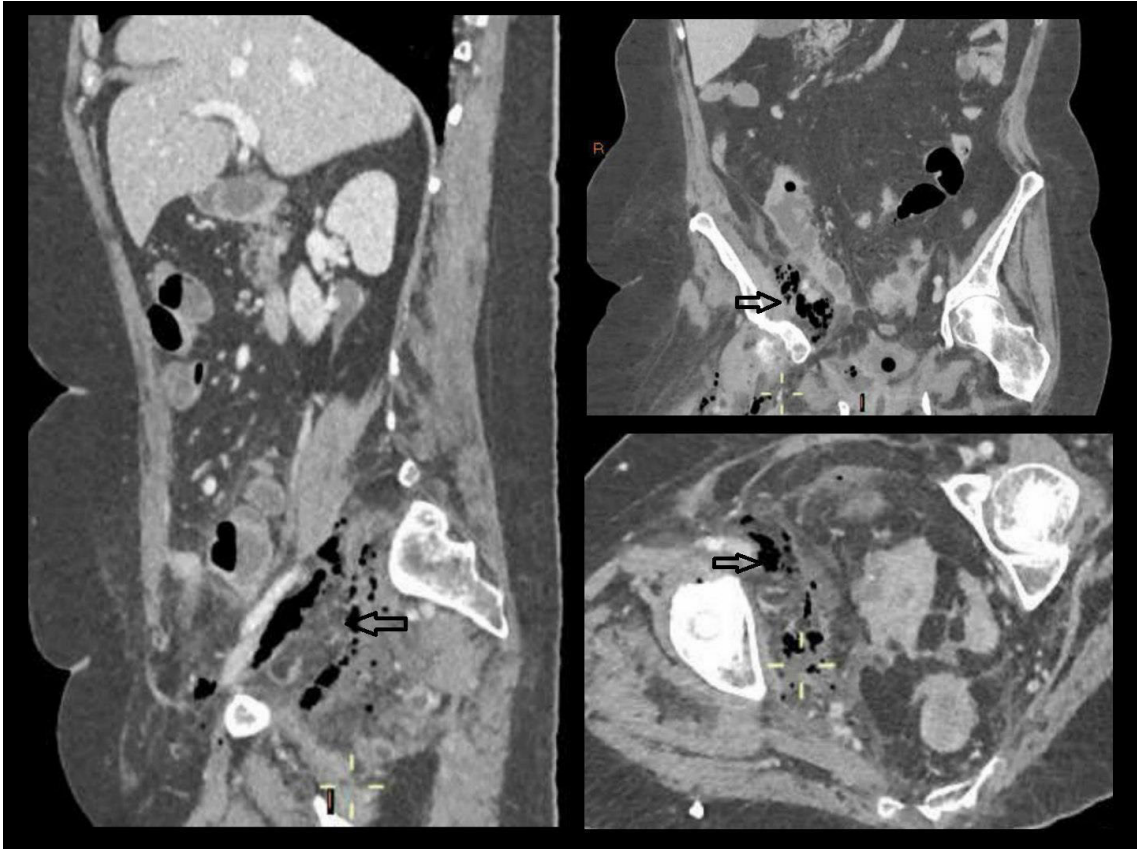
**Discusión:**

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva y a veces fatal que afecta al tejido celular subcutáneo, fascia superficial y, ocasionalmente, a la profunda. Puede afectar a inmunocompetentes pero los inmunocomprometidos presentan mayor riesgo. Existen factores predisponentes como cirugía previa, diverticulitis o trauma menor, entre otros.

El hallazgo característico en TC, aunque poco frecuente, es la presencia de gas en partes blandas asociado a colecciones líquidas disecando los planos fasciales. También se puede observar un aumento asimétrico de las fascias con trabeculación de la grasa adyacente.

**Conclusión:**

La fascitis necrotizante es una infección de tejidos blandos de progresión rápida con una alta tasa de mortalidad. El diagnóstico rápido y el desbridamiento quirúrgico sin demora son necesarios para mejorar su pronóstico. Las técnicas de imagen ayudan a acelerar el diagnóstico y así su tratamiento.



*Se identifican múltiples burbujas de gas disecando planos musculares y fasciales de la musculatura del iliopsoas derecho, mostrando engrosamiento difuso del iliaco con gas en su interior y extensión hacia fosa isquiorrectal derecha. Hallazgos sugestivos de fascitis necrotizante en región retroperitoneal, perineal y raíz del muslo derecho.*

### **Bibliografía:**

Brett Fugitt J, Puckett M, Quigley M, Derr S. Necrotizing Fasciitis. RadioGraphics 2004

Curry C, Corl F, Fishman E. CT diagnosis of necrotizing fasciitis: spectrum of CT findings. Emergency Radiology

<b>Caso</b>	(546) Fractura de Jefferson, una fractura por estallido
<b>Autores</b>	María José Martínez-cutillas Juan Francisco Martínez Martínez, Diego Paez Aranda, Antonio Castillo Garcia, Victor Orcajada Zamora, Irene Sanchez Serrano
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Paciente de 52 años con antecedente de caída en bicicleta con golpe frontal. Desde entonces, presenta cervicalgia y contractura cervical intensa. A la exploración física se evidencia limitación para movimientos del cuello.

**Discusión:**

Hallazgos radiográficos. Fractura del arco anterior de C1 bilateral desplazada, 4 mm en lado derecho y en el izquierdo 10 mm. En corte sagital con ventana de partes blandas, se identifica un aumento de partes blandas (6 mm) por detrás de la apófisis odontoides sugestivo de hematoma por afectación del ligamento transversal.

Juicio diagnóstico. Fractura bilateral del arco anterior de C1 (Jefferson) inestable.

Reflexión docente.

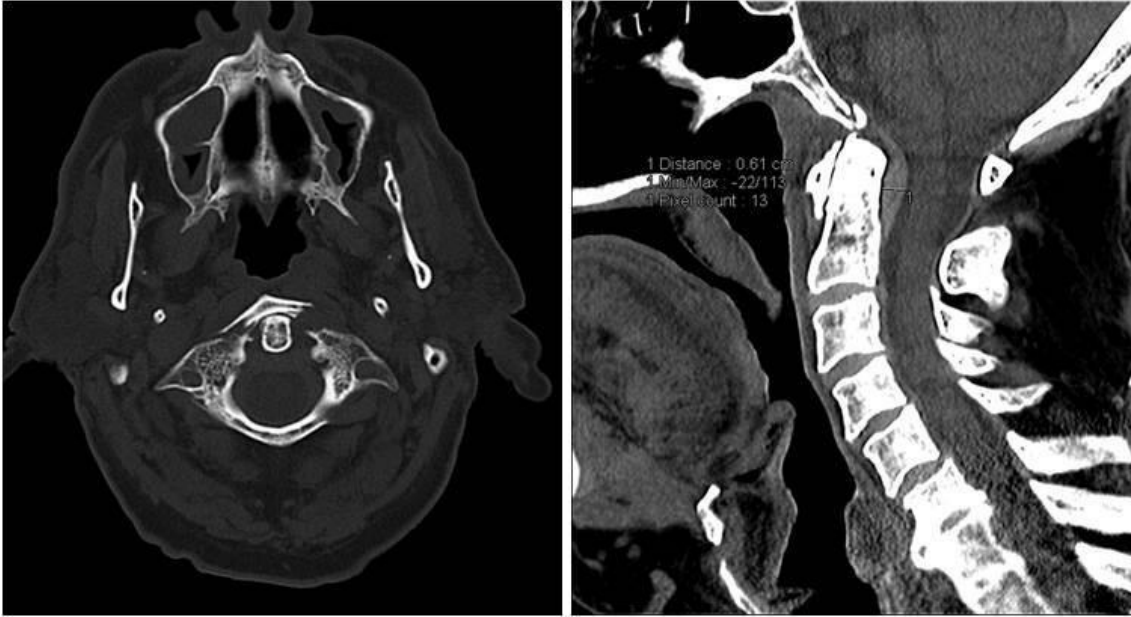
La fractura de Jefferson se caracteriza por la rotura del anillo de C1, presentando al menos dos fragmentos. El mecanismo lesional más frecuente es el exceso de carga axial a lo largo del eje de la columna cervical.

En una radiografía simple en proyección AP con la boca abierta, se puede observar desplazamiento de masas laterales de C1 respecto a C2, aunque en la mayoría de las ocasiones, suele pasar desapercibida. Por lo tanto, es frecuente la realización de TC cervical simple en urgencias.

Este tipo de fractura se suelen tratar de manera conservadora. En los casos en que el ligamento transversal del atlas está interrumpido y cuando la separación entre fragmentos es >7mm, se considera que la lesión es inestable y se requiere un manejo quirúrgico. La rotura del mismo se identifica mediante RM programada, pero también hay signos indirectos como la aparición de hematoma asociado, visualizado en la TC de urgencias.

**Conclusión:**

Ante el diagnóstico de una fractura de Jefferson en urgencias con TC simple, es necesario valoración de signos directos y/o indirectos que indiquen inestabilidad. Un desplazamiento de fragmentos >7 mm y/o aparición de hematoma en el espesor del ligamento transversal pueden cambiar la actitud terapéutica.



*a. Corte axial de TC simple de columna cervical a la altura de C1. b. Corte sagital de TC de columna cervical. Se identifica aumento de partes blandas detrás de apófisis odontoides.*

### **Bibliografía:**

1. Lustrin ES, Karakas SP, Ortiz AO et-al. Pediatric cervical spine: normal anatomy, variants, and trauma. Radiographics. 23 (3): 539-60.
2. Connolly B, Turner C, Devine J et-al. Jefferson fracture resulting in Collet-Sicard syndrome. Spine. 2000;25 (3): 395-8.

<b>Caso</b>	(547) Importancia de la fase excretora en el postquirúrgico ginecológico
<b>Autores</b>	Paula María Hernández Guilabert Lucía Gómez – Pimpollo García, Irene Teresa Gordo Molina, Juan Antonio Mainez Rodríguez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Presentación:**

Mujer de 51 años intervenida de histerectomía laparoscópica en otro centro hace 10 días. Acude por dolor hipogástrico y febrícula, refiere leucorrea de color claro. En analítica, leucocitosis con desviación a la izquierda. Se realiza TC en fase venosa visualizándose líquido libre en lecho quirúrgico y pelvis menor, por lo que se decide realizar TC en fase excretora, en la que se identifica extravasación de contraste en dos puntos, en relación con urinomas por perforación vesical y ureteral. Esta última además asociaba fístula ureterovaginal.

**Discusión:**

Las lesiones del tracto urinario inferior son un riesgo reconocido en las cirugías pélvicas, especialmente en las cirugías ginecológicas, siendo el órgano más frecuentemente lesionado la vejiga.

Además, las cirugías ginecológicas son la causa más frecuente de lesión ureteral iatrogénica, siendo la histerectomía total la intervención más comúnmente responsable (0,5-14%). De no ser diagnosticadas y tratadas, estas lesiones pueden dar lugar a urinomas, fístulas, estenosis y/o hidronefrosis, que pueden condicionar incluso la pérdida de la función renal ipsilateral, aumentando significativamente la morbilidad de estas pacientes.

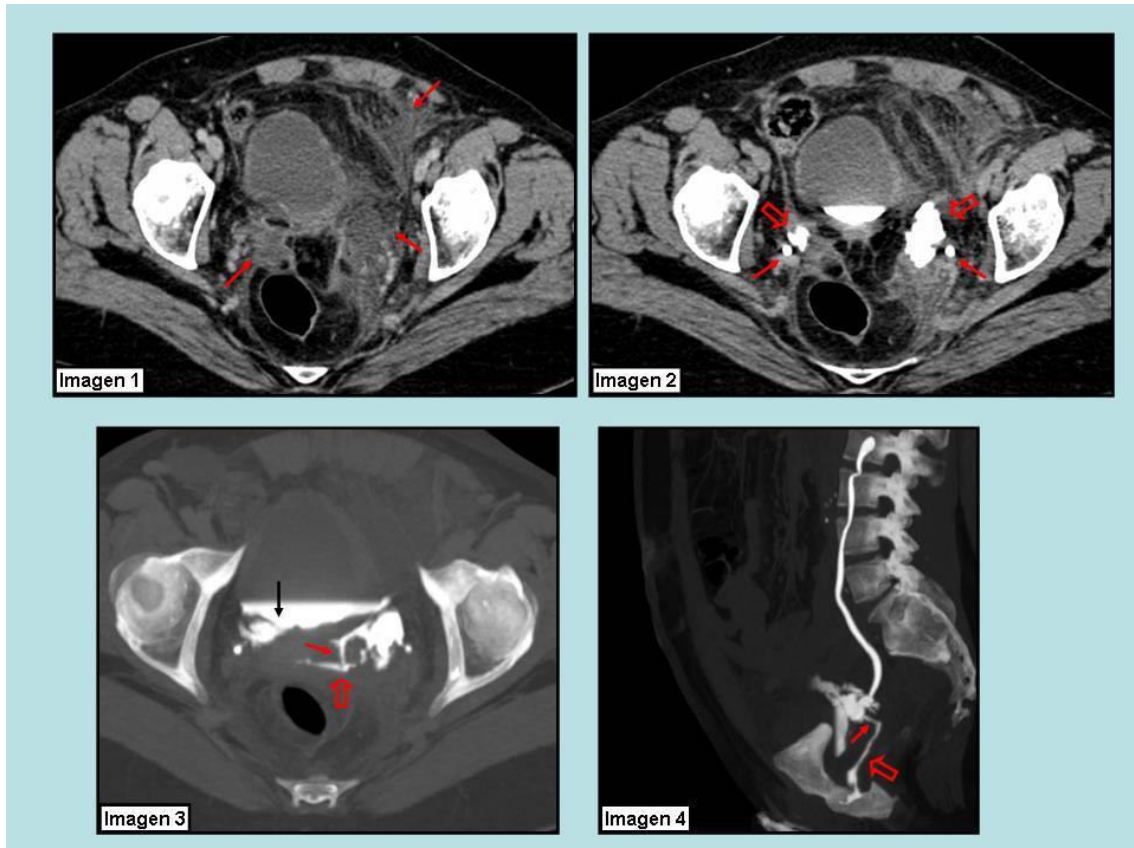
El radiólogo dispone de múltiples técnicas de imagen para la valoración de estas lesiones, constituyendo la TC-urografía el método de elección ya que permite demostrar otros procesos abdominales asociados.

Una obstrucción ureteral, con o sin extravasación de contraste, ha de hacer sospechar al radiólogo una lesión ureteral. La extravasación de contraste hacia la vagina confirma la presencia de fístula ureterovaginal o vesicovaginal, siendo las reconstrucciones multiplanares especialmente útiles en su diagnóstico y caracterización.

**Conclusión:**

Las lesiones del tracto urinario son un riesgo reconocido en el postquirúrgico ginecológico.

El radiólogo debe estar familiarizado con los hallazgos postquirúrgicos normales así como con las posibles complicaciones para ser capaz de sospecharlas y diagnosticarlas, indicando la realización de una fase excretora ante la sospecha de lesión ureteral o vesical.



*Imagen 1. TC en fase venosa en la que se identifica líquido libre con tendencia a la loculación en pelvis menor (flechas). Imagen 2. Extravasación de contraste con formación de urinomas (flechas huecas) próximos a ambos uréteres (flechas). Imágenes 3 y 4. Reconstrucciones MIP en plano axial y sagital que muestra la presencia de urinoma derecho dependiente de la pared posteroinferior vesical (flecha negra). El otro urinoma, dependiente del uréter izquierdo, presenta un trayecto fistuloso (flecha roja) que se extiende hacia el interior vaginal (flecha roja hueca) en relación con fístula ureterovesical.*

### **Bibliografía:**

Paspulati RM, Dalal TA. "Imaging of complications following Gynecological Surgery". Radiographics 2010; 30: 625 – 642.

Patil SB, Guru n, Kundargi VS, Patil VS, Patil N, Ranka K. "Posthysterectomy ureteric injuries: Presentation and outcome of management". Urol Ann. 2017 Jan-Mar; 9(1): 4–8.



<b>Caso</b>	(548) Importancia de la radiografía simple en Urgencias: a propósito de un caso de espondilodiscitis tuberculosa.
<b>Autores</b>	Inmaculada Alcantud González Alberto Ibáñez Ibáñez, Juan Luis Sánchez Rocamora, Cristina López Cárceles, Elena Lozano Setién, Lorenzo Abad Ortíz
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Mujer de 15 años que acude al servicio de Urgencias por dolor dorsal progresivo de 2 meses de evolución. No refiere fiebre ni otros síntomas asociados. Se realiza una radiografía de columna dorsal que muestra disminución del espacio discal T8-T9, pérdida de altura del cuerpo vertebral T9 con irregularidad de su platillo superior, así como masa de partes blandas paraespinal. Posteriormente, la RM define mejor estos hallazgos que son compatibles con espondilodiscitis de probable etiología tuberculosa, respondiendo a su tratamiento específico.

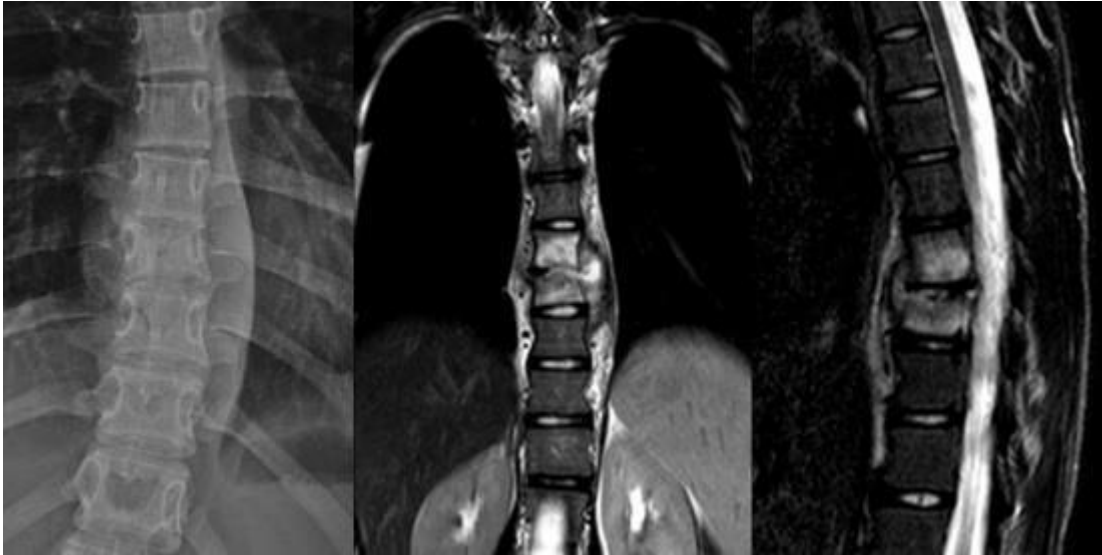
**Discusión:**

La radiografía simple es una técnica de imagen de gran utilidad en Urgencias. En el caso de una espondilodiscitis tuberculosa (enfermedad de Pott), aunque es poco sensible a las alteraciones precoces, posteriormente puede resultar muy útil. La extensión es típicamente subligamentosa, debajo del ligamento longitudinal anterior, sin afectar a elementos posteriores y a menudo implica a múltiples niveles. En fases iniciales, típicamente presenta pérdida de altura de un cuerpo vertebral con irregularidad de su platillo anterosuperior y del margen vertebral anterior. Posteriormente, pueden desarrollarse colecciones paraespinales, a menudo de gran tamaño. En fases tardías, puede aparecer una vértebra de marfil, plana o deformidad en giba.

La RM es más sensible en la detección de alteraciones y su extensión. Además, puede mostrar otros hallazgos como son la alteración de señal del disco, de los cuerpos vertebrales adyacentes y de las partes blandas afectadas, siendo hipointensos en secuencias ponderadas en T1, hiperintensos en T2 y mostrando realce tras la administración de contraste.

**Conclusión:**

La radiografía simple es una herramienta muy útil en Urgencias y ante una espondilodiscitis, puede mostrar hallazgos sugestivos de esta patología e incluso orientar en su etiología, como la tuberculosa, siendo importante su detección para comenzar un tratamiento precoz que evite secuelas.



*Rx de columna dorsal (izquierda), RM SE T2 coronal (centro), RM STIR sagital (derecha). En Rx se aprecia escoliosis y destaca una disminución del espacio discal T8-T9, pérdida de altura cuerpo vertebral T9, irregularidad de su platillo superior, así como masa de partes blandas paraespinal izquierda. En RM, además de estos hallazgos, se aprecia hiperintensidad del disco T8-T9 y de los cuerpos vertebrales adyacentes, junto con colecciones prevertebrales y paravertebrales, sobre todo izquierdas. Todos estos hallazgos son compatibles con espondilodiscitis de probable etiología tuberculosa.*

### **Bibliografía:**

- Burrill J, Williams CJ, Bain G et-al. Tuberculosis: a radiologic review. Radiographics. 27 (5): 1255-73.
- Harisinghani MG, Mcloud TC, Shepard JA et-al. Tuberculosis from head to toe. Radiographics. 20 (2): 449-70.

<b>Caso</b>	(549) Apendicitis y suboclusión secundaria a cuerpo extraño
<b>Autores</b>	Mireia Tomas Chenoll Valentina Troconis Vaamonde, Iliana Romero Baptista, Nuria Marin Lambies, Eva Casanovas Feliu
<b>Centro</b>	Hospital General de Castellón

### **Presentación:**

Paciente varón de 15 años, con autismo en tratamiento con psicofármacos. Acude por dolor abdominal de 48h de evolución, con vómitos de contenido alimentario y luego biliosos. Última deposición hace 24h de características normales. Leucocitosis y PCR elevada. En la radiografía abdominal en bipedestación se observan niveles hidroaéreos. Ante la sospecha de apendicitis vs oclusión y los hallazgos en la radiografía, se realiza una ecografía abdominal. Se observa un apéndice aumentado de tamaño no compresible y con hiperecogenicidad de la grasa adyacente, compatible con apendicitis, así como distensión de asas ileales con contenido líquido y peristaltismo en "vaíven". A nivel de la válvula íleo-cecal una imagen con sombra posterior de difícil caracterización. Se realiza un TC abdomino-pélvico con CIV, observándose un cuerpo extraño impactado a nivel de la válvula íleo-cecal que condiciona un cuadro suboclusivo con dilatación retrógrada de asas ileales y la inflamación apendicular. Se realiza de forma urgente una apendicectomía y extracción de cuerpo extraño (hueso de melocotón) impactado en la válvula íleo-cecal.

### **Discusión:**

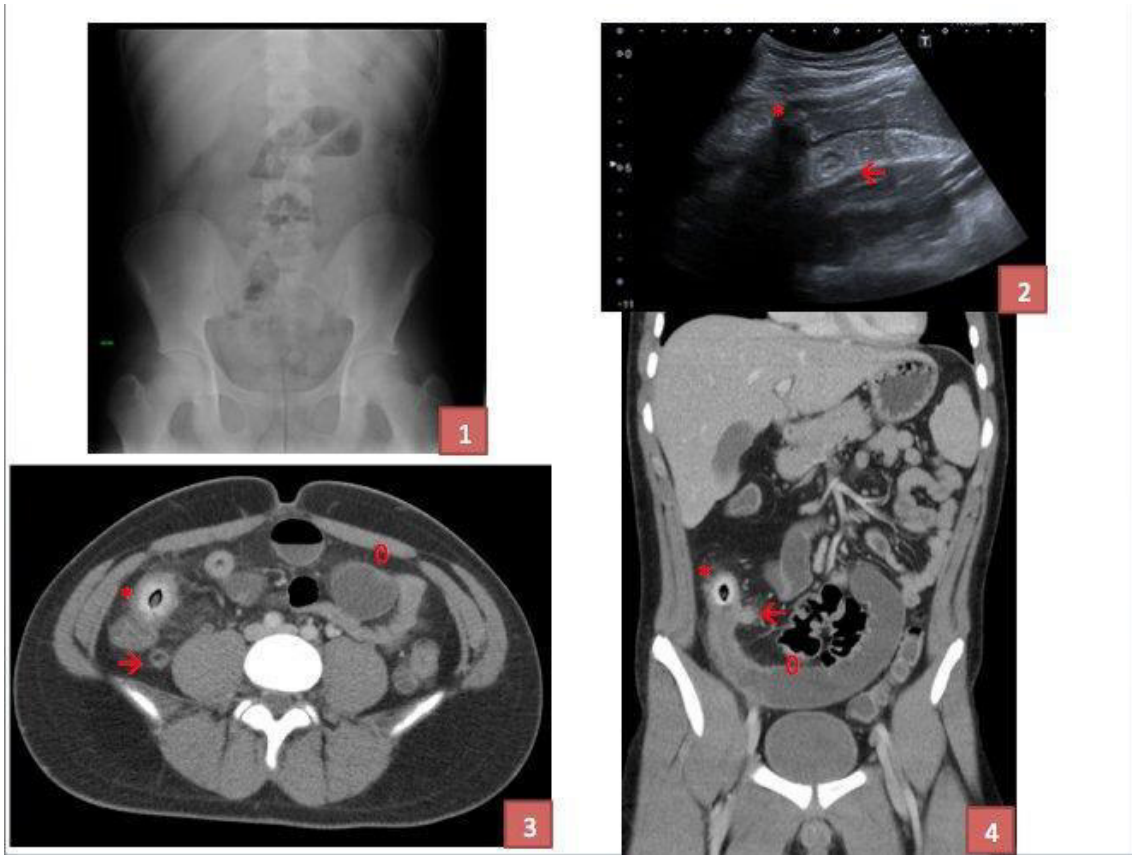
En pacientes con trastornos psiquiátricos, es frecuente la ingesta de cuerpos extraños, por lo que ha de sospecharse ante un abdomen agudo. Éstos suelen alojarse en regiones anguladas como la válvula íleo-cecal, y debe explorarse en busca de otros.

Es posible que la toma de psicofármacos influyera disminuyendo el peristaltismo y favoreciendo la impactación del cuerpo extraño.

La mayoría de cuerpos extraños pasan espontáneamente sin provocar sintomatología, aunque pueden producir casos de oclusión o apendicitis, siendo ésta última una patología muy común por lo que algunos lo consideran un hallazgo coincidente.

### **Conclusión:**

La toma de psicofármacos puede disminuir el peristaltismo, favoreciendo la impactación de un cuerpo extraño, condicionando un cuadro oclusivo, o incluso una apendicitis secundaria.



**Figura 1:** Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos. **Figura 2:** Ecografía abdominal, corte axial en fosa iliaca derecha **Figura 3 y 4:** TC abdomino-pélvico con CIV en fase portal, corte axial y coronal. (\*) Hueso de melocotón (flecha) Apéndice inflamado (0) Asas íleon dilatadas

### Bibliografía:

1. Hunter TB, Taljanovic MS. Foreign Bodies. Radiographics. 2003;23(Special Report):731-757.
2. Quigley Eamonn MM, Craig Orla F, Dinan Timothy G. El papel de los antidepresivos en el manejo del síndrome de intestino irritable. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2011 June [cited 2017 Feb 25] ; 26( 2 ): 140-146. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572011000200010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572011000200010&lng=en).
3. Ikenberry S, Jue T, Anderson M, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointestinal endoscopy. 2011;73(6):1085-1091.

<b>Caso</b>	(551) Traumatismo orbitario con estallido de globo ocular
<b>Autores</b>	José Vicente Quirante
<b>Centro</b>	Julio César Rivera, Celia Guzman, Shahin Mahmoud Hospital General de Valencia

**Presentación:**

Paciente de 54 que consulta por trauma en región facial la pasada noche mientras deambulaba en la calle.

**Discusión:**

Paciente de 54 que consulta por trauma (puñetazo) en región facial la pasada noche mientras deambulaba en la calle posterior a consumo de alcohol y cocaína.

Se realiza valoración por parte de Cirugía maxilofacial:

-Edentulismo parcial, boca séptica, no refiere maloclusión dental tras el traumatismo, no dificultad de apertura y cierre oral

-No movilidad anormal de maxilares.

-Hipoestesia del nervio infraorbitario derecho (refiere hipoestesia del labio de labio y dientes del 1º cuadrante)

Valoración por parte de Oftalmología:

-Hipema total en OD que no deja apreciar iris ni cristalino

-Múltiples heridas lineales peripalpebrales

-Escalón óseo en región superior de órbita

-Hematoma palpebral inferior

-Laceraciones en ambos párpados de ojo derecho.

-Fondo de OD impracticable

Valoración por parte de ORL:

-Laterorinia hacia FND

-No crepita a la palpación

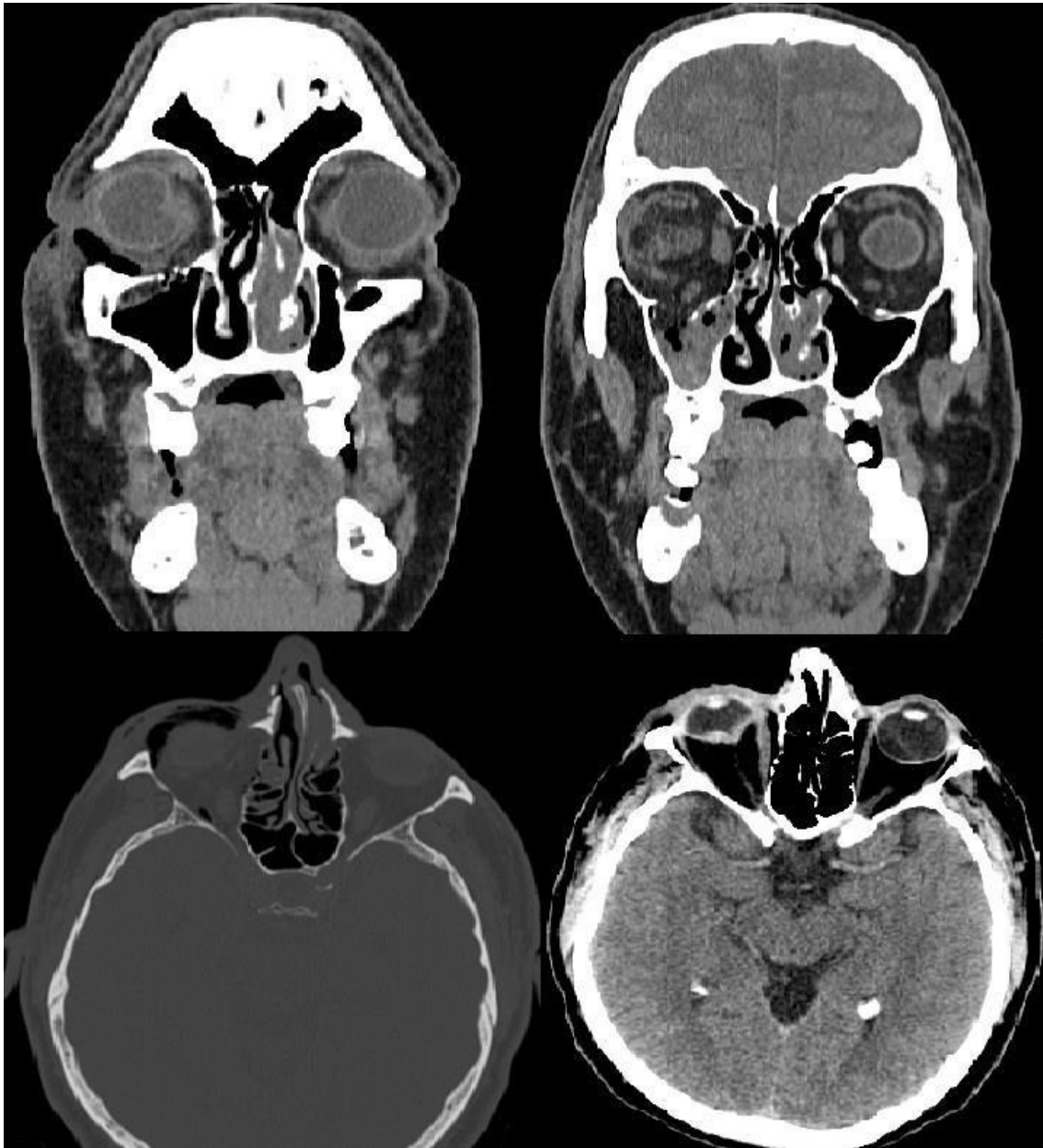
-Rinoscopia anterior: desviación septal hacia FND, previamente conocida, no hematoma septal

**Conclusión:**

El trauma ocular representa el 3% de motivos de consulta en Urgencias y el origen del 40% de la ceguera monocular.

La ecografía que es un estudio idóneo en algunos casos de urgencias oftamológicas está contraindicado si existe sospecha de rotura ocular y la RM está poco disponible en urgencias por lo que sumado al mejor rendimiento diagnóstico para la detección de fracturas orbitarias frente a la radiografía simple se considera la TC el estudio inicial de elección ante un trauma ocular.

Entre los signos sugestivos de rotura ocular se encuentran los cambios del contorno ocular, pérdida de volumen, el signo del “neumático desinflado” discontinuidad escleral, aire y cuerpos extraños intraoculares.



***Fractura de pared inferior de órbita derecha, con herniación de grasa orbitaria y músculo recto inferior, hacia el seno maxilar derecho. Signos de neumato-orbita y enfisema en tejido celular subcutáneo del párpado inferior. Fractura de huesos propios de la nariz. Asimetría del tamaño y morfología del globo ocular, siendo de menor tamaño en el lado derecho con la presencia de aspecto colapsado, irregularidades de su pared posterior, sugestivos de rotura del globo ocular derecho.***

**Bibliografía:**

- 1- “La patología orbitaria en urgencias: hallazgos radiológicos mediante tcmc”
- 2- Kubal. Wayne, imaging of orbital trauma ; radiographics 2008 28:6, 1729-1739
- 3- Injuries of the globe: what can the radiologist offer? E. Sung, r. Nadgir, radiographics 2014 34:3, 764-776

<b>Caso</b>	(552) Síndrome del colgajo hundido
<b>Autores</b>	María José Martínez-cutillas Juan Francisco Martínez Martínez, Andres Francisco Jimenez Sanchez, Antonio Castillo García, Irene Sanchez Serrano, Victoria Vazquez Saez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Mujer de 69 años que en el post-operatorio tardío tras una craniectomía descompresiva por contusiones hemorrágicas y hematoma subdural temporo-parietal izquierdo tras fuerte TCE, presenta deterioro importante del nivel de consciencia. Se le realiza una TC urgente.

**Discusión:**

Hallazgos radiográficos. Se identifica importante hundimiento de la plastia derecha con asociación de efecto masa sobre parénquima y sistema ventricular, se identifica colapso parcial del cuerpo del ventrículo lateral derecho. Provoca un desplazamiento de las estructuras de la línea media con herniación subfalcina paradójica de hasta 8 mm.

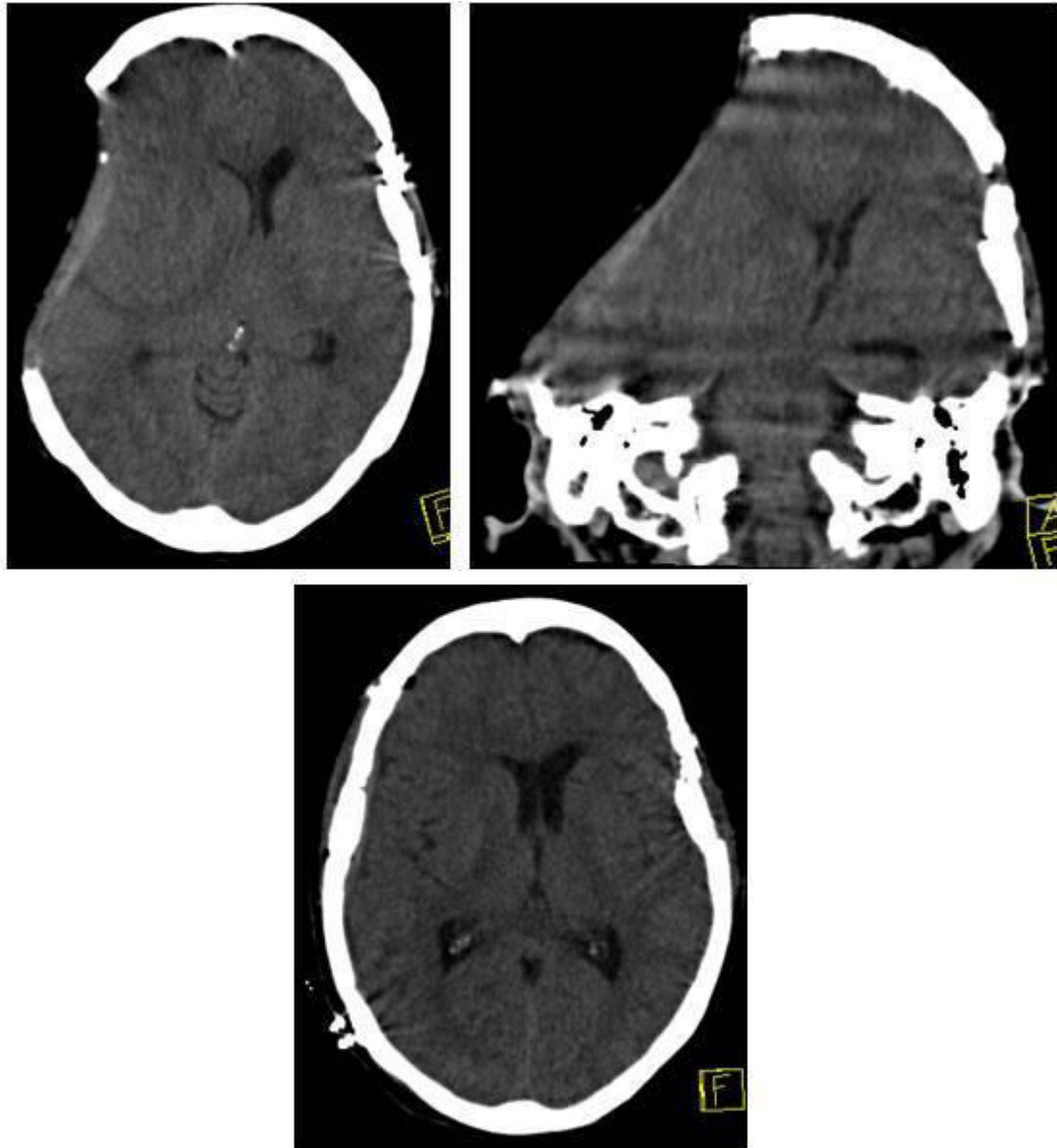
Juicio diagnóstico. Hallazgos sugestivos de síndrome del colgajo hundido.

Reflexión docente. El síndrome del colgajo hundido, también es conocido como hernia cerebral paradójica. Se trata de una entidad rara y potencialmente mortal que aparece como complicación tras la craniectomía descompresiva. El paciente puede permanecer asintomático, o bien presentar un deterioro brusco de consciencia. Se trata de una emergencia neuroquirúrgica y requiere intervención inmediata con realización de craneoplastia.

**Conclusión:**

Esta entidad es una emergencia neuroquirúrgica, por lo que hay que realizar un diagnóstico precoz con TC craneal simple para evitar daños permanentes.





*Arriba. Corte axial y coronal de TC simple de cráneo tras craniectomía. Se identifica importante herniación subfalcina. Abajo. Corte axial de TC simple de cráneo tras colocación de plastia, en la que las estructuras de la línea media se ven centradas.*

### **Bibliografía:**

1. Sarov M, Guichard JP, Chibarro S et-al. Sinking skin flap syndrome and paradoxical herniation after hemicraniectomy for malignant hemispheric infarction. Stroke. 2010;41 (3): 560-2.
2. Akins PT, Guppy KH. Sinking skin flaps, paradoxical herniation, and external brain tamponade: a review of decompressive craniectomy management. Neurocrit Care. 2008;9 (2): 269-76.

3. Jadhav AP, Venna N. Teaching NeuroImages: Gravity reverses paradoxical herniation in the sinking brain syndrome. *Neurology*. 2011;77 (7): e42.
4. Grant FC, Norcross NC. Repair of cranial defects by cranioplasty. *Ann Surg*. 1939; 110: 488–512.

<b>Caso</b>	(554) Compresión medular por infiltración epidural extensa de linfoma no Hodgkin
<b>Autores</b>	Fernando Brahm María Dolores Monedero, Luis López, Jaime Salvador, Anthony Vizarrata, Juan Manuel Pazos
<b>Centro</b>	Hospital Doctor Peset

### **Presentación:**

Hombre de 68 años, consulta por debilidad de extremidades inferiores que se agudiza en las últimas 24 horas, asociando incontinencia de esfínteres, así como astenia y pérdida ponderal de 20 Kg. en los últimos 2 meses. Se realiza una RM medular urgente, identificando una masa de partes blandas epidural desde C7 a T9 con extensión bilateral a los agujeros de conjunción, que envuelve y comprime la médula, la que muestra una alteración de intensidad de señal. La médula ósea presenta alteración de intensidad de señal difusa heterogénea con realce postgadolinio. También se objetivan adenopatías retroperitoneales y mediastínicas. Las secuencias localizadoras muestran una masa en espacio rectovesical y esplenomegalia. Los hallazgos orientan a síndrome linfoproliferativo con compresión medular y mielopatía.

### **Discusión:**

La anatomía patológica confirma el diagnóstico de linfoma difuso de células grande B (LDCGB).

El linfoma difuso de células grandes B constituye el 35% de los linfomas no Hodgkin (LNH).

El 40% de ellos se originan en tejido linfoide de localización extraganglionar y el 60% se diagnostican en estadios III ó IV.

El 0.1-6.5% de los LNH presentan compresión epidural de la médula espinal en el momento del diagnóstico o durante el curso de la enfermedad. En orden de frecuencia, afecta la columna dorsal, lumbar y cervical y tiende a comprometer múltiples niveles, con un promedio de 2.6 vértebras. Se caracteriza por envolver los tejidos blandos paraespinales, para luego invadir los forámenes vertebrales, sin destruir estructuras óseas.

### **Conclusión:**

En un paciente con compresión medular extensa secundaria a una masa epidural que envuelve la médula espinal y se introduce en los agujeros foraminales sin destrucción ósea siempre se debe plantear el linfoma como posibilidad diagnóstica. Los hallazgos asociados de afectación de médula ósea y adenopatías retroperitoneales apoyan el diagnóstico.



**RM de médula espinal con secuencias potenciadas en T1, T1 con supresión grasa postgadolinio, T2 y mielografía. Se identifica una masa de partes blandas de localización epidural desde C7 a T9, que envuelve y comprime el cordón medular, el cual presenta una sutil alteración de intensidad de señal en la secuencia T2. Estos hallazgos asocian alteración de intensidad de señal difusa y heterogénea de la médula ósea en todas las secuencias con realce parcheado tras la administración de contraste iv. En la mielografía destaca el extenso componente estenótico espinal condicionado por la lesión.**

### **Bibliografía:**

Córdoba-Mosqueda, M. E., Guerra-Mora, J. R., Sánchez-Silva, M. C., Vicuña-González, R. M., y Ibarra-de la Torre, A. (2017), Primary Spinal Epidural Lymphoma As a Cause of Spontaneous Spinal Anterior Synbrome: a Case Report and Literature Review. *Journal of Neurological Surgery Reports*, 78(R1), e1-e4.

Hyun-Jun, Ch., Jang-Bo, L., Junseok, H., Sung-Won, J., Tai-Hyoung Ch., y Jung-Yul, P. (2015). A Rare Case of Malignant Lymphoma Occurred at Spinal Epidural Space: A Case Report. *Korean J Spine*, 12(3), 177-180.

Goutham, C., Manish. S., Anil. P., Ravi. R., Mahalakshmi. B., Sumer. S., y Ajai. K. (2011) Primari Spinal epidural lymphomas. *J Craniovertebr Junction Spine*. 2(1), 3-11.

Rodallec. M., Feydy. A., Lerousserie. F., Anract. P., Campagna. R., Babinet. A., Zins. M., y Drapé. J. (2008). Diagnostic Imaging of Solitary Tumors of the Spine: What to Do and Say. *RadioGraphics*. 28, 1019-1041.

<b>Caso</b>	(555) Neumatosis intestinal benigna de origen multifactorial.
<b>Autores</b>	Fernando Brahm María Dolores Monedero, Jaime Salvador, Anthony Vizarrata, Juan Manuel Pazos
<b>Centro</b>	Hospital Doctor Peset

**Presentación:**

Paciente varón de 58 años, con antecedente de enfermedad celiaca con mal control dietético, y coxartrosis en tratamiento con corticoides. Consulta por dolor abdominal difuso de una semana de evolución. En la radiografía de abdomen en decúbito AP se identifican signos de neumatosis extensa en estómago e intestino delgado. Se realiza un TC abdómino-pélvico con contraste IV, donde se confirma la presencia de neumatosis en intestino delgado y estómago, así como gas en retroperitoneo. Las arterias viscerales son permeables, y el realce de la pared es difícil de cuantificar dada la extensa neumatosis.

**Discusión:**

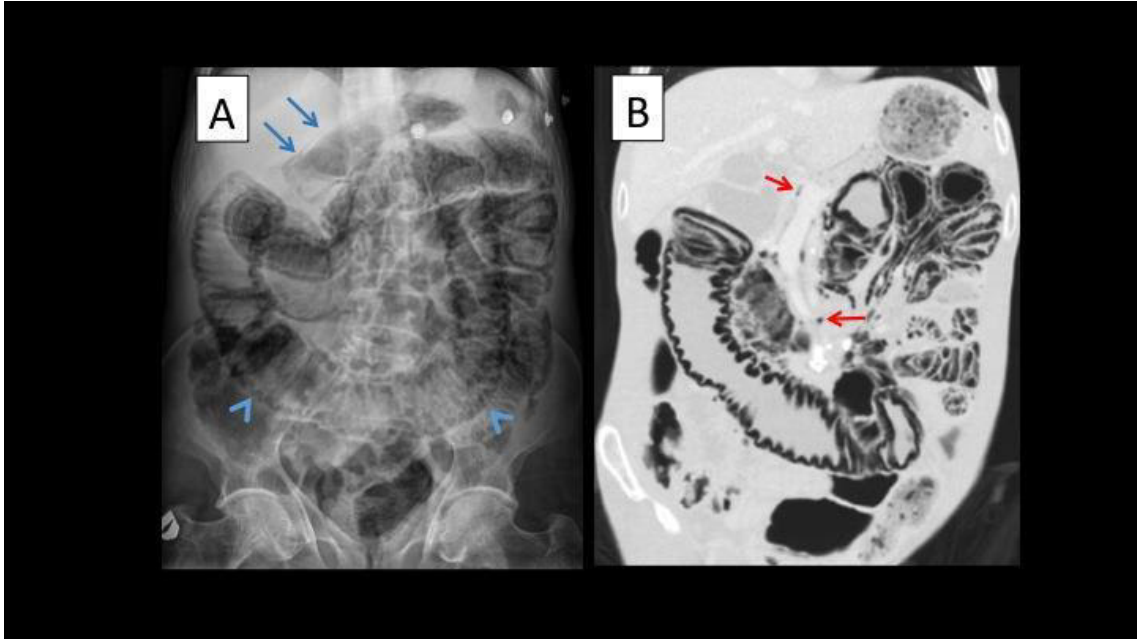
La neumatosis intestinal es la presencia de gas en la pared del tracto digestivo. Su incidencia en las autopsias es de 0.03%. Existen múltiples causas desde benignas, hasta patologías con riesgo vital.

La literatura menciona como signos que orientan a patologías de riesgo: alteración del realce mural, que el segmento afectado pertenezca a un territorio vascular definido, gas con patrón lineal, y presencia de gas en sistema porto-mesentérico.

Si bien en el paciente del el realce mural no se pudo evaluar, y el patrón del gas era predominantemente lineal, se orientó a etiología benigna dado que el territorio afectado estaba irrigado por troncos arteriales independientes, la ausencia de gas en sistema porto-mesentérico, la clínica sin criterios de gravedad que en 24 hrs. se hace asintomática y la analítica prácticamente normal (PCR de 35 mg/dL, sin otros parámetros inflamatorios alterados).

**Conclusión:**

Frente a una neumatosis extensa con afectación de varios segmentos cuya irrigación arterial es independiente entre sí y con una clínica y laboratorio sin criterios de gravedad, se debe plantear una etiología benigna. El número de causas es extenso, entre las que está la córticoterapia y la enfermedad celiaca, dos condiciones que explicarían el origen multifactorial de la neumatosis en este caso.



*(A) Rx de abdomen en decúbito AP y (B) TC de abdomen en ventana de pulmón en corte coronal. Se identifica neumatosis extensa con afectación de cámara gástrica (flechas azules) y asas de intestino delgado (cabezas de flecha), respetando el marco cólico. Así mismo, podemos observar pequeñas burbujas de gas en retroperitoneo (flechas rojas).*

### **Bibliografía:**

Ho. L., Paulson. E., Thompson. W. (2006), Pneumatosis Intestinalis in the Adult: Benign to Life-Threatening Causes. American Journal of Roentgenology. 188, 1604-1613.

Lee. H., Cho. Y., Kim. K. (2014), A simple score for predicting mortality in patients with pneumatosis intestinalis. European Journal of Radiology. 83, 639-645.

<b>Caso</b>	(556) Cefalea y lumbalgia aguda como presentación de hemorragia subaracnoidea (HSA) secundaria a malformación vascular espinal (MVE).
<b>Autores</b>	Fernando Brahm María Dolores Monedero, Jaime Salvador, Anthony Vizarréta, Juan Manuel Pazos
<b>Centro</b>	Hospital Doctor Peset

**Presentación:**

Hombre de 72 años que acudió a Urgencias por cefalea y vómitos, asociados a dolor lumbar de inicio brusco tras realizar esfuerzo. El examen físico mostró signos meníngeos, por lo que se realizó TC craneal para valorar posible HSA que resultó normal. El diagnóstico de HSA se confirmó tras punción lumbar. El dolor lumbar agudo y la presencia de sangre en el LCR planteó el origen espinal de la HSA, por lo que se realizó TC de columna urgente con contraste, donde se identificó una pequeña lesión hiperdensa intradural extramedular a la altura de T11, confirmando en una RM y arteriografía posteriores una malformación vascular con signos de sangrado en el saco tecal.

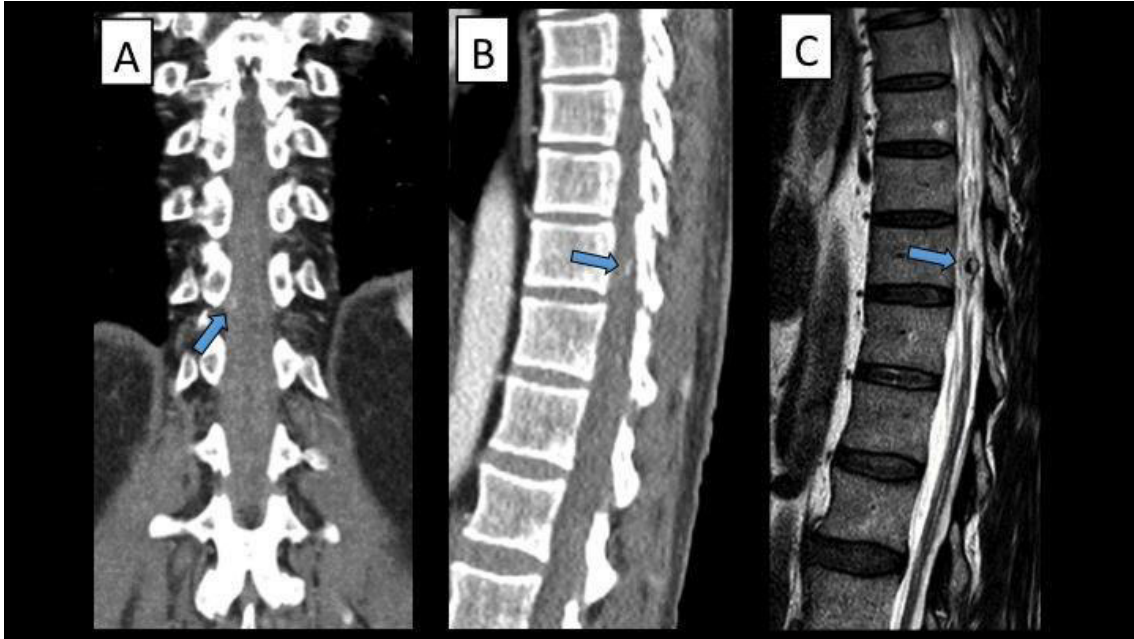
**Discusión:**

El paciente fue intervenido quirúrgicamente y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de fístula arteriovenosa dural.

Las MVE representan el 4% de los procesos expansivos medulares y se clasifican en 4 tipos: tipo I o Fístula arteriovenosa dural, tipo II o malformación arteriovenosa intramedular, tipo III o malformación arteriovenosa intramedular extensa y tipo IV o fístula arteriovenosa intradural perimedular. La tipo I, que representa el 80% del total, consiste en una comunicación directa entre una arteria radicular y una vena de drenaje intradural, condicionando un aumento de presión en el sistema venoso que impide la correcta irrigación medular que determina un proceso isquémico, expresándose como una mielopatía lentamente progresiva. Una forma infrecuente de presentación es la HSA, ya que el 85% de éstas son secundarias a patología aneurismática.

**Conclusión:**

Las MVE son una causa infrecuente de HSA. Sin embargo, una TC craneal normal y dolor lumbar agudo deben hacer sospechar este diagnóstico. Aunque la RM y la arteriografía son las pruebas de elección para valorar esta patología, en el contexto de Urgencias, una TC medular con inyección rápida de contraste puede orientar el origen de la HSA.



*TC de columna vertebral con contraste iv. en fase arterial en cortes coronal (A) y sagital (B) y RM de columna vertebral con secuencia potenciada en T2. En la TC (A y B) se identifica un pequeño realce focal de contraste de 5 mm de diámetro en la vertiente lateral derecha del conducto espinal a la altura de T11 (felchas), que en la RM (C) se confirma como una lesión dural hipointensa de carácter serpiginoso, sugerente de vasos anómalos en el conexto de una malformación arteriovenosa.*

### **Bibliografía:**

- Arauz. A., López. M., Cantú. C., Barinagarrementeria. F. (2007), Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurología*. 22(8), 502-506.
- Hayashi. K., Takahata. H., Nakamura. M. (2004), Two cases of spinal arteriovenous malformation presenting with subarachnoid hemorrhage. *Neurological Surgery*. 32(6), 605-611.
- Minami. S., Sagoh. T., Nishimura. K., Fujisawa. I., Noma. S., Itoh. K., Togashi. K., Oda. Y., Matsumoto. M. (1988), Spinal arteriovenous malformation: MR imaging. *Radiology*. 169(1), 109-115.
- Henríquez. C. (2003), Fístula arteriovenosa dural raquídea con drenaje venoso perimedular. *Revista chilena de radiología*. 9(2), 70-74.
- Mantilla. M., Villanueva. P., Mellado. P., Tevah. J., Tagle. P (2003), Fístula arteriovenosa espinal: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 41(1), 25-30.



<b>Caso</b>	(558) Fractura de cuerpos cavernosos
<b>Autores</b>	Ruth Expósito Díaz Rodrigo Blanco Salado, Isabel García Chaume, Andrés Painel Seguel
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Dr Peset

### **Presentación:**

Varón de 42 años de edad que acude al servicio de urgencias por sospecha de fractura de cuerpos cavernosos tras traumatismo durante una relación sexual. No refiere dolor intenso. Presenta como únicos antecedentes seguimiento por dermatología por presentar condilomas acuminados y herpes genitales. A la exploración física se evidencia hematoma que ocupa toda la superficie peneana, con tumefacción y una deformidad en tercio distal que es compatible con fractura de cuerpos cavernosos. La ecografía muestra una solución de continuidad en túnica albugínea, localizada en tercio proximal del pene, condicionando hematoma de gran cuantía que se extiende hasta el extremo distal. Se realiza también ecografía con contraste para demostrar la solución de continuidad y la ausencia de flujo del área hipoecoica correspondiente al hematoma. No se observa afectación del cuerpo esponjoso ni de la uretra.

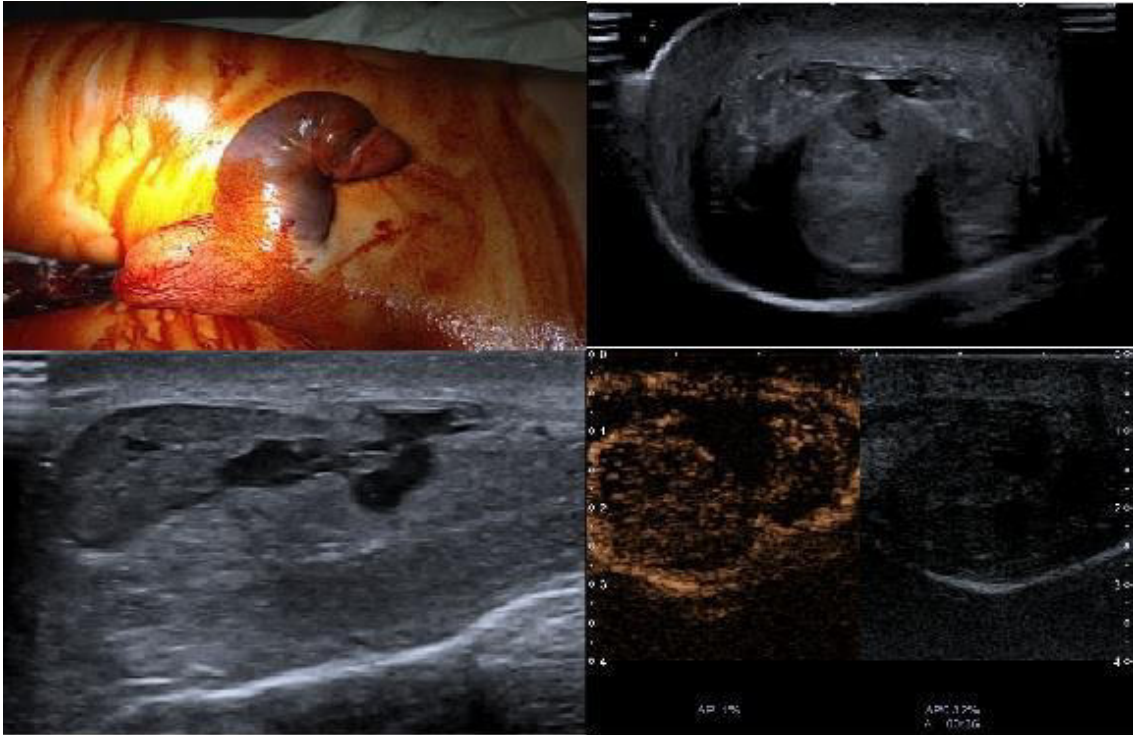
### **Discusión:**

La fractura de cuerpos cavernosos es una urgencia urológica poco frecuente, causada por traumatismo durante una relación sexual, curvándose el pene erecto de manera no fisiológica y teniendo como predisponente una disfunción de la túnica albugínea, que además es más fina en erección. El paciente suele oír un chasquido que se acompaña de dolor intenso, desaparición de la erección, deformidad y un rápido cambio de coloración debido al hematoma. Si se daña la fascia de Buck, el hematoma se puede extender al periné, escroto y pared abdominal. La ecografía es una forma sencilla, eficiente y no invasiva de evaluar la fractura de cuerpos cavernosos. También permite el seguimiento postquirúrgico. Hay que examinar la túnica albugínea, los cuerpos cavernosos, la uretra y el cuerpo esponjoso, evaluar la extensión del hematoma y su localización. Todos estos datos contribuyen a una mayor precisión quirúrgica y reducción del tiempo de intervención.

La disfunción eréctil es la complicación más invalidante provocada por esta fractura, por lo que la reparación quirúrgica está indicada en un gran porcentaje de casos: exploración quirúrgica, drenaje del hematoma y reparación de la túnica albugínea. Otras complicaciones son la curvatura peneana, placas fibrosas remedando la enfermedad de Peyronie, erecciones dolorosas y abscesos.

### **Conclusión:**

La ecografía es una herramienta útil, rentable y accesible tanto en la evaluación como en el control posquirúrgico de los pacientes con fractura de cuerpos cavernosos.



**1. Visión in vivo preoperatoria del pene en la que se observa tumefacción, hematoma y deformidad. 2. Ecografía en la que se ve el hematoma en una imagen axial. 3. Visión del hematoma en una captura de ecografía orientada longitudinalmente. 4. Ecografía con contraste en la que se evidencia el defecto de captación del hematoma, que aparece como una zona hipoecoica.**

### **Bibliografía:**

1. Martí de Gracia M, Muñoz Iriondo I, García Fresnadillo JP, Rodríguez Requena H, Matos A, Pinilla P. Fractura de cuerpo cavernoso: la ecografía en el diagnóstico de urgencia. Radiología. 2013; 55 (2): 154-159.
2. Sawh SL, O'Leary MP, Ferreira MD, Berry AD, Maharaj D. Fractured penis: a review. International Journal of Impotence Research, 2008, 20, 366-369.
3. Nane I, Tefekli A, Armagan A, Sanli O, Kadioglu A. Penile vascular abnormalities observed long-term after surgical repair of penile fractures. International Journal of Urology, 2004, 11, 5, 316-320.

<b>Caso</b>	(559) Hallazgos en TC de rotura cardíaca contenida postinfarto
<b>Autores</b>	Joana Elejondo Oddo Amaia Goienetxea Murgiondo, Ane Ugarte Nuño, Alba Aguado Puente, Virginia Gómez Usabiaga, Gorka Arenaza Choperena
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Donostia

### **Presentación:**

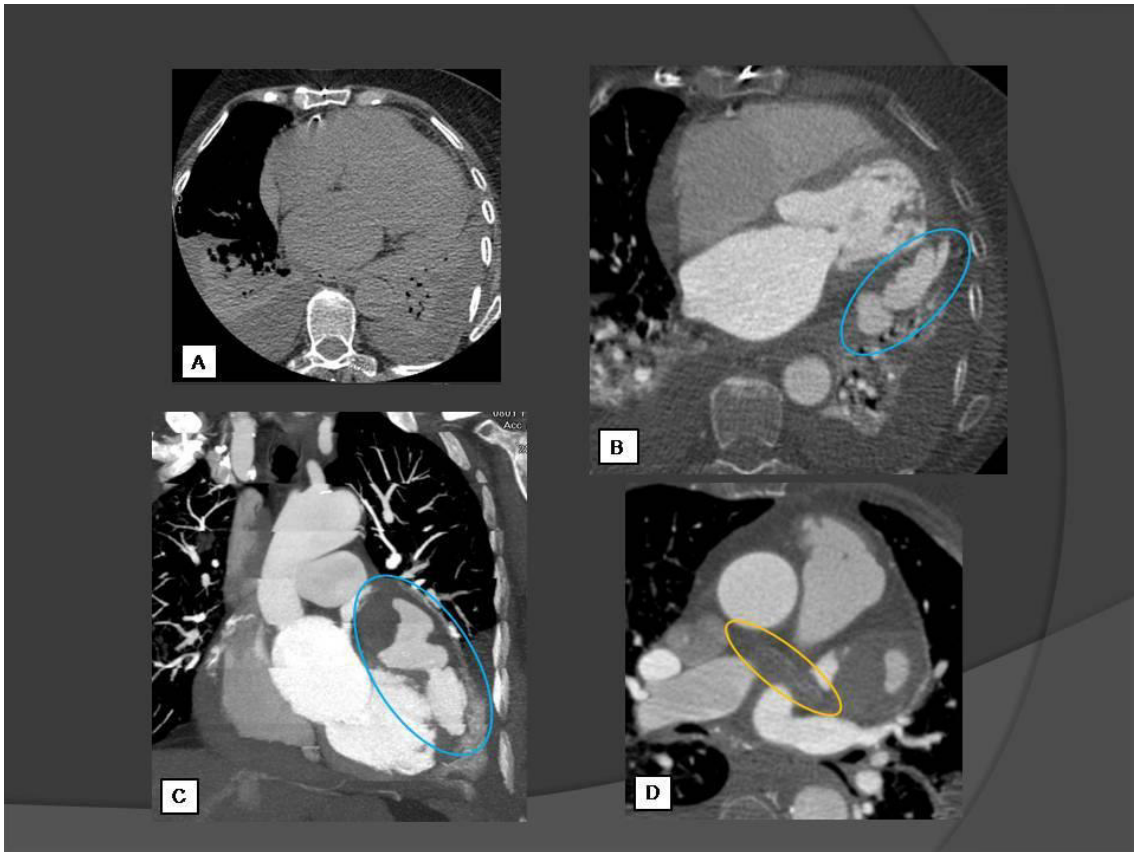
Mujer de 80 años, hipertensa y dislipémica, episodio de cardiopatía isquémica tratada con doble by-pass (AMI a DA y safena a circunfleja) hace más de 20 años, en estudio por episodios de dolor precordial con prueba de esfuerzo negativa. Acude a urgencias por presentar desde la noche previa dolor precordial opresivo con cortejo vegetativo. El ECG muestra descenso de ST en cara anterior y presenta elevación de troponinas. Tras el ingreso en UCI se asocia tratamiento médico y se lleva a cabo coronariografía urgente que muestra una FE: 50%, aquinesia anterolateral, AMI permeable y oclusión de safena a circunfleja. En las 24 horas posteriores presenta episodios de angina, se repite coronariografía que muestra componente espástico en AMI, por lo que se realiza ACTP con implantación de stent farmacoactivo. Se realiza una ecografía 2D en que se aprecia imagen compatible con pseudoaneurisma en la pared lateral del VI. Se solicita angio-TAC, visualizándose rotura miocárdica en región laterobasal del VI, trombosis de by-pass de vena safena a arteria circunfleja, hemopericardio y signos de insuficiencia cardíaca. Se procede a realizar reparación quirúrgica urgente, finalmente la paciente fallece.

### **Discusión:**

La rotura de la pared libre ventricular es una complicación mecánica grave del infarto agudo de miocardio, siendo una urgencia quirúrgica. El 40% se produce en las primeras 24 h del IAM y el 85% dentro de la primera semana. El cuadro clínico se caracteriza por el colapso cardiovascular con disociación electromecánica, mortal en pocos minutos. Sin embargo, en un 25% de los casos la presentación es subaguda, con defectos contenidos, pudiendo originar pseudoaneurismas, y pudiendo simular episodios de reinfarto.

### **Conclusión:**

En pacientes con episodios de dolor torácico tras IAM es importante tener en cuenta la posibilidad de pseudoaneurisma ventricular o rotura cardíaca para su diagnóstico y tratamiento precoces.



**TC torácico sin contraste (A), cortes axiales: Hemopericardio. Derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva parcial de ambos lóbulos inferiores. AngioTC, cortes axiales (B) y reconstrucción coronal (C): se observa extravasación de contraste en región laterobasal del ventrículo izquierdo, con gran colección (círculos azules) con trayecto ascendente y lateral a la aurícula izquierda, hallazgos compatibles con rotura miocárdica contenida en la región laterobasal del ventrículo izquierdo. (D) Trombosis de by-pass de vena safena a circunfleja (círculo naranja).**

### **Bibliografía:**

- Padial, L. R. (Ed.). (2006). Tratado de Cardiología: Texto de medicina cardiovascular. McGraw-Hill Interamericana.
- Facenda-Lorenzo, M., Poncela-Mireles, F. J., Álvarez-Acosta, L., Gómez-Ferrera, N., Trugeda-Padilla, A., & Llorens-León, R. (2014). Rotura cardíaca contenida como hallazgo ecocardiográfico casual tras infarto inferolateral evolucionado. *Cirugía Cardiovascular*, 21(1), 57-59.
- Vogel-Claussen, J., Skrok, J., Fishman, E. K., Lima, J. A., Shah, A. S., & Bluemke, D. A. (2009). Cardiac CT and MRI guide surgery in impending left ventricular rupture after acute myocardial infarction. *Journal of cardiothoracic surgery*, 4(1), 42.
- Shiyovich, A., & Neshet, L. (2012). Contained left ventricular free wall rupture following myocardial infarction. *Case reports in critical care*, 2012.

<b>Caso</b>	(560) SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA
<b>Autores</b>	Carlos Borrega Harinero Eva María García Gámez, Silvana María Lara Fernández, Victoria De Lara Bendahan, Cristina Montes Durán, Pablo Francisco Navarro Vergara
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Puerto Real

**Presentación:**

Datos clínicos: Varón de 47 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar edema y dolor en cara, MSD y hemitórax derecho desde hace dos semanas, con evolución progresiva. Entre sus antecedentes personales destacan cirrosis hepática mixta (VHC + alcohol) y CHC en tratamiento con quimioembolizaciones. Descripción de los hallazgos: Se realiza TC de tórax urgente con contraste iv, en el que se aprecia un defecto de repleción a nivel de la vena cava superior.

**Discusión:**

Diagnóstico:

Trombosis de nivel de la vena cava superior, de probable origen paraneoplásico.

Tratamiento:

Se decide anticoagulación con HBPM a dosis de 80 mg cada 12 horas, con aumento a 100 mg/ 12 horas durante el ingreso. Evolución de forma favorable, estando asintomático al alta.

Reflexión docente:

El síndrome de vena cava superior es un cuadro clínico que aparece como consecuencia de la obstrucción o compresión de la VCS que impide un adecuado retorno venoso desde la cabeza, cuello y extremidades superiores a la aurícula derecha.

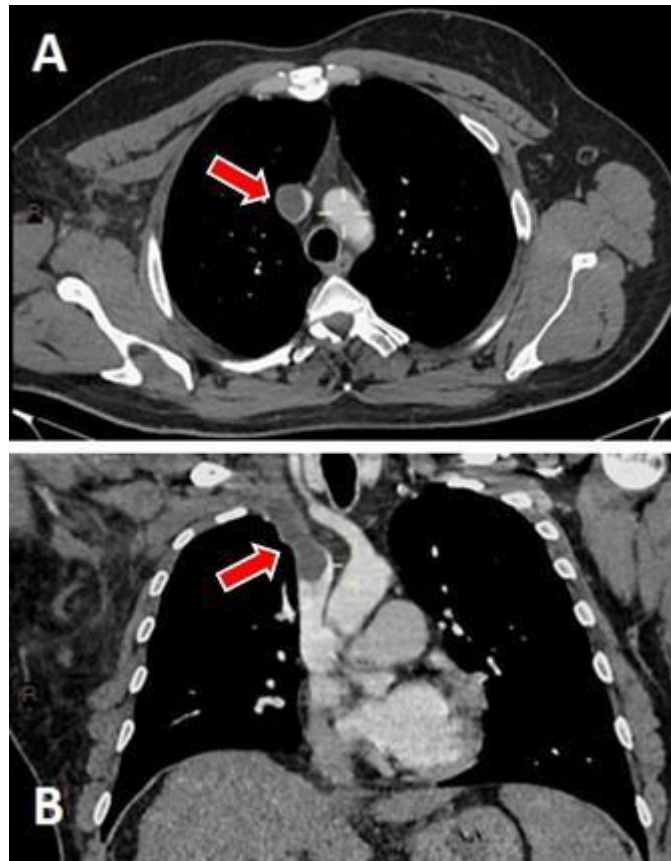
Entre sus causas, destaca la etiología maligna (95%) por tumores malignos de pulmón y mediastino. Dentro de la etiología benigna (5%), podemos encontrar trombosis asociada a catéteres intracavales, bocio endotorácico, sarcoidosis, aneurisma de aorta, síndrome de Behçet y mediastinitis fibrosa.

En el caso que presentamos se trataba de una trombosis de la VCS por síndrome paraneoplásico en el contexto de un paciente con alteración de la función hepática (cirrosis, CHC en tratamiento).

La TC de tórax constituye la prueba de elección para ubicar con exactitud el sitio y grado de obstrucción del vaso. Además permite evaluar el mediastino y el pulmón para buscar posibles causas.

**Conclusión:**

Ante una clínica sugestiva de síndrome de vena cava superior debemos realizar un TC de tórax con contraste de forma urgente para buscar el origen del cuadro y poder instaurar tratamiento de forma precoz.



*Imágenes de TC de tórax con contraste iv. Corte axial (A) y coronal (B) donde se aprecia un aumento de calibre de la vena cava superior, observando un defecto de repleción que ocupa casi por completo su luz (indicado con flechas rojas), de unos 5 cm de longitud, compatible con trombosis. Se sitúa a 5-6 cm de la aurícula derecha.*

### **Bibliografía:**

- Sheth S, Ebert MD, Fishman EK. Superior vena cava obstruction evaluation with MDCT. AJR 2010;194:336-346.
- Plekker D, Ellis T, Irusen EM, Bolliger CT, Diacon AH. Clinical and radiological grading of superior vena cava obstruction. Respiration 2008;76:69-75.

<b>Caso</b>	(561) Fractura del suelo orbitario en edad pediátrica
<b>Autores</b>	Cristina Montes Durán Laura García Camacho, Carlos Borrega Harinero, Silvana M <sup>a</sup> Lara Fernandez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerto Real( Cádiz)

**Presentación:**

Niño de 13 años de edad que acude a Urgencias por traumatismo orbitario derecho por puñetazo. Presenta parestesias periorbitarias y restricción a la elevación de la mirada; sin alteración de la agudeza visual. A la exploración se confirma diplopia en mirada primaria central, inferior y superior. Se realiza TC craneofacial, con fractura del suelo orbitario “en tallo verde” y signos de herniación y atrapamiento del músculo recto inferior y de la grasa intraorbitaria que lo rodea; por lo que es derivado a Cirugía Maxilofacial para intervención quirúrgica.

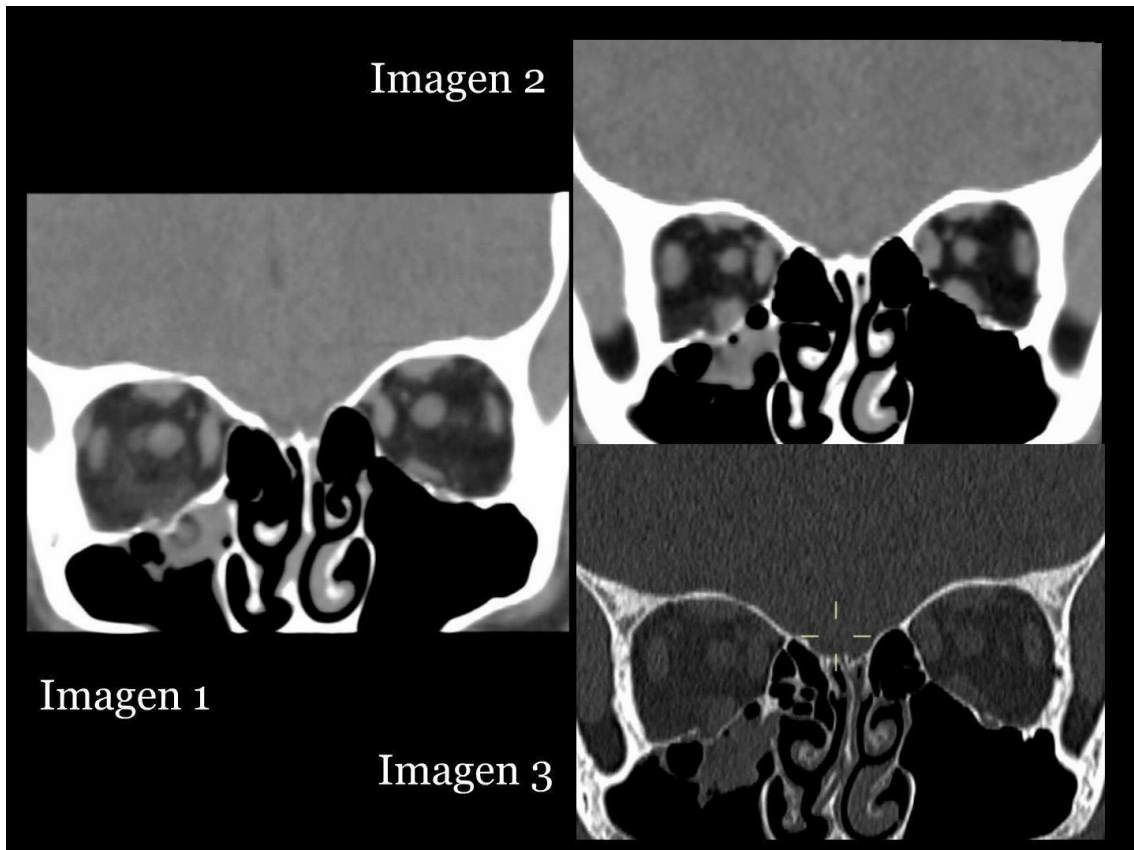
**Discusión:**

Las fracturas orbitarias más frecuentes son las del suelo; pudiendo asociarse o no a signos de herniación de las estructuras intraorbitarias. Existen fracturas de las demás paredes de la órbita, en la que hay que tener en cuenta las que afectan al ápex, por la probable lesión del nervio óptico y las blow in; en la que el fragmento se introduce en la órbita con potencial lesión sobre sus estructuras (globo ocular, vasos, musculatura extraocular).

Este caso corresponde a una fractura orbitaria blow out. Se produce una fractura del suelo pudiendo desplazarse la grasa y/o el músculo recto inferior hacia el seno maxilar. En el caso de los niños se puede producir una fractura “en tallo verde”, en la que la fractura queda unida por un punto, por el mucoperiostio frecuentemente de su margen etmoidal y actúa a modo de trampilla, pasando las estructuras intraorbitarias hacia el techo del seno maxilar y quedar atrapadas (trap door).

**Conclusión:**

Las fracturas orbitarias más frecuentes son las que afectan al suelo, como nuestro caso; con la peculiaridad en el niño, que se puede producir una fractura “en tallo verde”, con herniación y atrapamiento del recto inferior( infrecuente, llamada fractura trap door). Hay que valorar detenidamente las estructuras intraorbitarias y la posible asociación de otras fracturas craneofaciales.



*Fractura de suelo de órbita "trap door". Imagen 1: plano coronal , ventana de partes blandas, en la que se aprecia el músculo recto inferior derecho con grasa rodeandolo, herniado y atrapado en el techo del seno maxilar. Imagen 2: el músculo recto inferior recupera su posición habitual más próximo al apex orbitario. Imagen 3: plano coronal , ventana ósea. Se identifica una pequeña línea de fractura en el suelo orbitario derecho sin desplazamiento significativo.*

### **Bibliografía:**

Kubal WS. Imaging of Orbital Trauma. RadioGraphics 2008; 28:1729-1739.

Alcalá Galiano, MD et al. Pediatric Facial Fractures: Children are not just small adults. RadioGraphics 2008; 28:441-461.



<b>Caso</b>	(562) Un sangrado inesperado
<b>Autores</b>	Paula María Hernández Guilabert Lucía Gómez – Pimpollo García, Marta Escribano Pérez, Victoria Cuartero Revilla
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

### **Presentación:**

Varón de 70 años que acude para realización de ecografía programada por aumento de transaminasas. El paciente impresiona de mal estado general; en ecografía se identifica un hígado muy heterogéneo a expensas de múltiples lesiones hiper e hipoecogénicas. También se visualiza una lesión esplénica y una moderada cantidad de líquido libre intraabdominal con detritus en su interior. Se decide derivar al Servicio de Urgencias y realizar TC abdominal en el que se confirma la presencia de múltiples lesiones hepáticas, algunas de las cuales presentan sangrado activo, con hemoperitoneo asociado. El paciente fue intervenido de urgencia, falleciendo en el postoperatorio inmediato. El estudio histológico hepático sugirió tumor vascular maligno.

### **Discusión:**

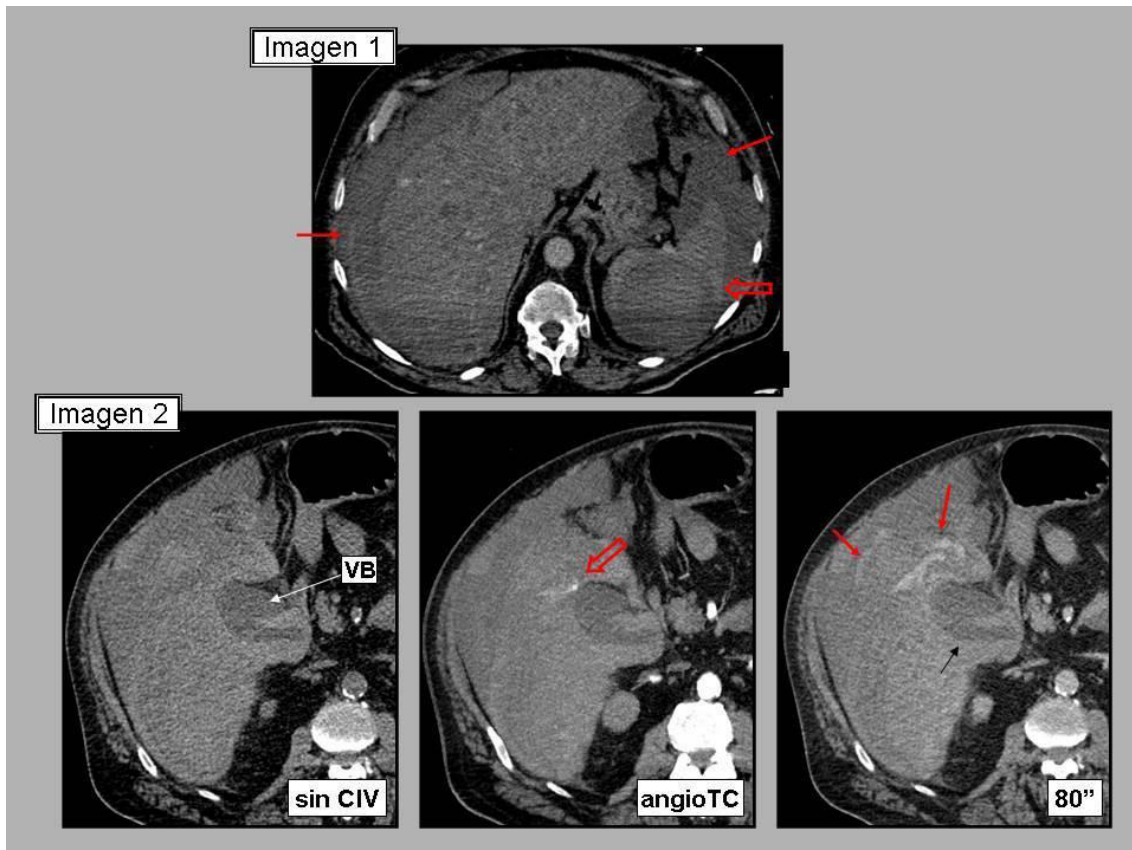
La TC urgente de un abdomen agudo siempre debe ir protocolizado en función de la sospecha clínica: en caso de hemorragia aguda se deben realizar al menos tres fases (sin contraste, fase arterial y venosa) que nos permitan diagnosticar y localizar el origen de un posible sangrado agudo.

La atenuación del hemoperitoneo en los distintos espacios peritoneales, la presencia de un coágulo centinela o la extravasación activa de contraste ayudan a determinar el origen de la hemorragia e incluso a dirigir su manejo terapéutico.

En ausencia de traumatismo o alteración de la coagulación, la causa más frecuente de hemorragia hepática aguda es la rotura de una lesión focal, más frecuentemente un adenoma o hepatocarcinoma. Los tumores vasculares hepáticos malignos (angiosarcoma, hemangioendotelioma epiteloide multicéntrico y sarcoma de Kaposi) son extremadamente infrecuentes, tienden a ser múltiples al diagnóstico y no existe a día de hoy tratamiento efectivo, por lo que tienen un mal pronóstico. A excepción del tercero, no es infrecuente que debuten con hemoperitoneo.

### **Conclusión:**

Ante la sospecha de hemorragia intraabdominal aguda se debe realizar un TC trifásico que nos permita diagnosticar y localizar el origen de un posible sangrado agudo.



**Imagen 1:** Se identifica un hígado heterogéneo a expensas de múltiples lesiones hipodensas e hiperdensas, estas últimas en probable relación con hemorragia intralesional. Destaca la presencia de líquido libre perihepático y periesplénico (flechas), con alta atenuación en esta primera localización, sugiriendo el origen del hemoperitoneo. También se identifica una lesión esplénica (flecha hueca) con áreas hiperdensas en su interior, probablemente en relación con metástasis.

**Imagen 2:** Se realiza TC trifásico identificándose en fase arterial un punto hemorrágico (flecha roja hueca) en segmento IVb y adyacente a la vesícula biliar (VB), que aumenta significativamente en fase venosa sugiriendo sangrado activo. En fase venosa se visualizaba contraste tanto a nivel intraparenquimatoso como en el seno del hemoperitoneo (flechas rojas). Adyacente a la vesícula biliar se visualiza una lesión hepática hipodensa de bordes irregulares (flecha negra) que probablemente corresponda con hematoma previo.

### Bibliografía:

Urban BA, Fishman EK. Tailored Helical CT Evaluation of Acute Abdomen. *Radiographics* 2000; 20: 725 – 749.

Lubner M, Menias C, Rucker C, Bhalla S, Peterson CM, Wang L, Gratz B. "Blood in the Belly: CT Findings in Hemoperitoneum. *Radiographics* 2007;27: 109 -125.

Del Cura JL, Oleaga L. *La Radiología en Urgencias: Temas de Actualidad. Monografía SERAM. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.*

Buetow PC, Back JL, Ros, PR, Goodman ZD. From the Archives of the AFIP: Malignant Vascular Tumors of the Liver, Radiologic-Pathologic Correlation. Radiographics 1994; 14: 153 – 166.

<b>Caso</b>	(563) ENFISEMA SUBCUTÁNEO ESPONTÁNEO ASOCIADO A CONSUMO DE COCAINA
<b>Autores</b>	Angel Alberto Marin Suarez Elena Serrano Alcalá, Sara Grossi, Ana Maria Garcia Correa, Iacopo Ciampa
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR

### **Presentación:**

Mujer de 29 años, que consulta por dolor centro torácico irradiado a cuello de 24 horas de evolución. No refiere disnea, cuadro catarral ni traumatismo previo. Explica consumo de cocaína en mayor cantidad de la habitual en las últimas 24 horas. Se realiza Radiografía de tórax donde se observa enfisema subcutáneo y neumomediastino. Se solicita TAC torácico y de cuello donde se confirman los hallazgos y se descartan causas secundarias.

### **Discusión:**

El neumomediastino se define como presencia de aire libre en el mediastino. Según su origen puede ser espontáneo o secundario.

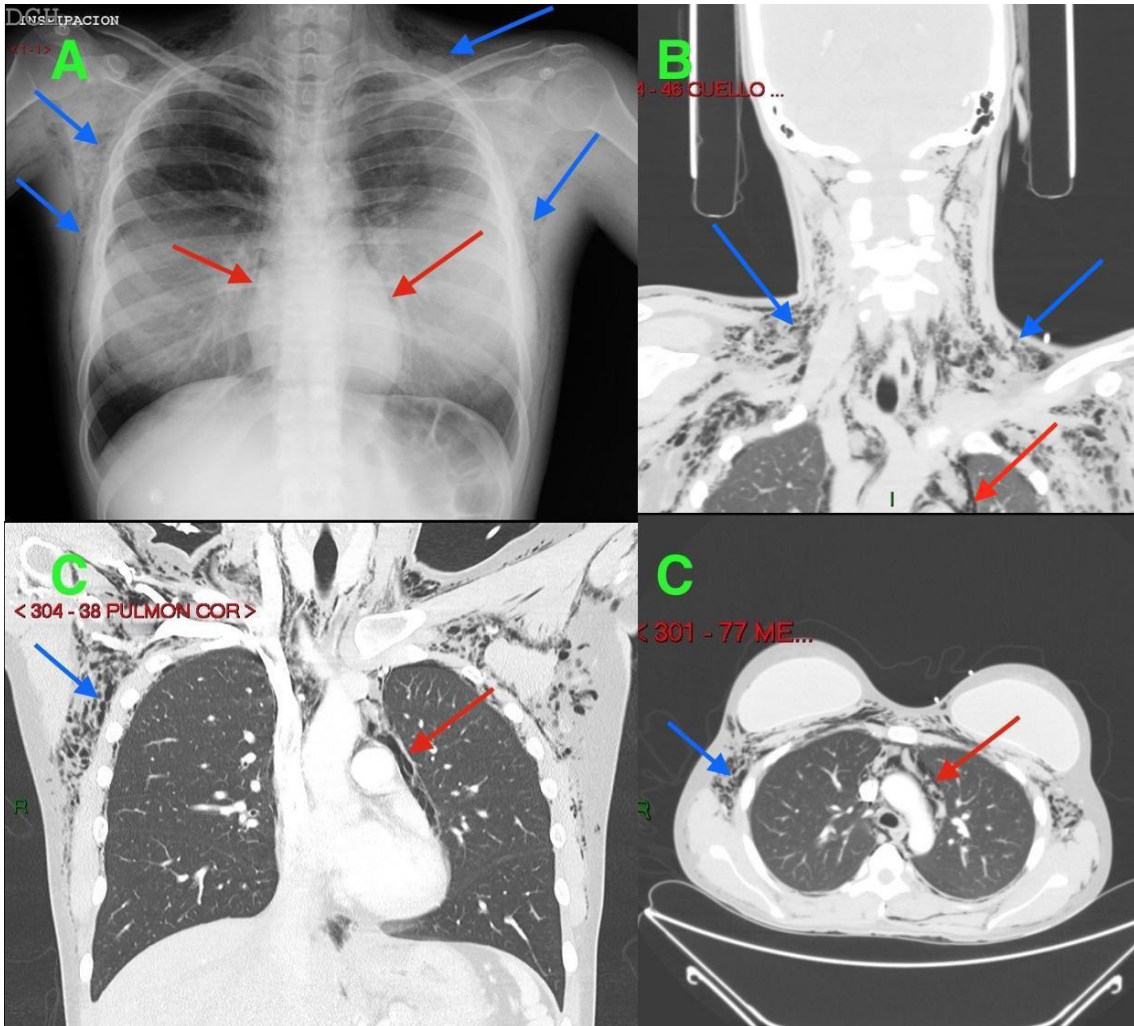
El neumomediastino espontáneo, es una entidad rara, generalmente benigna y autolimitada. Entre los factores que pueden desencadenarlo destacan: Asma, EPOC, Fibrosis pulmonar, Inhalación de drogas (cocaína y otras drogas inhaladas), Maniobras de Valsalva (tos, estornudos, defecación, parto, vómitos), deportes o actividades físicas con esfuerzo. Los síntomas son inespecíficos (dolor torácico y disnea).

Se produce por la rotura de alvéolos terminales por un aumento brusco de la presión intraalveolar, que provoca la liberación de aire al intersticio. Además la cocaína provoca un efecto vasoconstrictor sobre los vasos alveolares, causando necrosis, rotura alveolar y paso del aire por un mecanismo de toxicidad directa. Este aire libre migrará hacia el hilio y mediastino, pudiendo extenderse hacia los tejidos subcutáneos (enfisema subcutáneo), y al canal raquídeo (neumatosis epidural o neumorraquis).

El diagnóstico se establece por la sospecha clínica y radiografía o TC de tórax. Se deben descartar otras causas secundarias.

### **Conclusión:**

El neumomediastino espontáneo es una enfermedad infrecuente que se presenta con dolor torácico y enfisema subcutáneo. El diagnóstico se confirma mediante pruebas de imagen y el curso es generalmente benigno y autolimitado.



*RX de tórax (A) y cortes coronales (B Y C) y axial (D) de TC donde se evidencia el extenso neumomediastino (flechas rojas) y enfisema subcutáneo (flechas azules), sin identificar una causa evidente ni algún tipo de complicación asociada*

### Bibliografía:

Andrew E. Newcomb et al, Spontaneous Pneumomediastinum A Benign Curiosity or a Significant Problem?, CHEST / 128/5/ NOVEMBER, 2005.

Igor Abolnik, M.D. et al. Spontaneous Pneumomediastinum A Report of 25 Cases, CHEST. 1991

<b>Caso</b>	(564) Torsión ovárica en edad pediátrica, una causa de abdomen agudo.
<b>Autores</b>	Iacopo Ciampa Silvia Llaverias Borrell, Elena Serrano Alcalá, Anna María Gallart Ortuño, Angel Alberto Marín Suárez, Jaime Isern
<b>Centro</b>	Kebschull HUSC

**Presentación:**

Niña de 5 años que ingresa por dolor abdominal intermitente que ha empeorado, PCR elevada y leucocitosis, sin signos de irritación peritoneal. La ecografía halla una masa pélvica compleja. La RM muestra un ovario muy aumentado de tamaño, desplazado, con dos quistes y con zona pseudonodular adyacente. Tras la administración del contraste intravenoso se observa una ausencia total de realce.

**Discusión:**

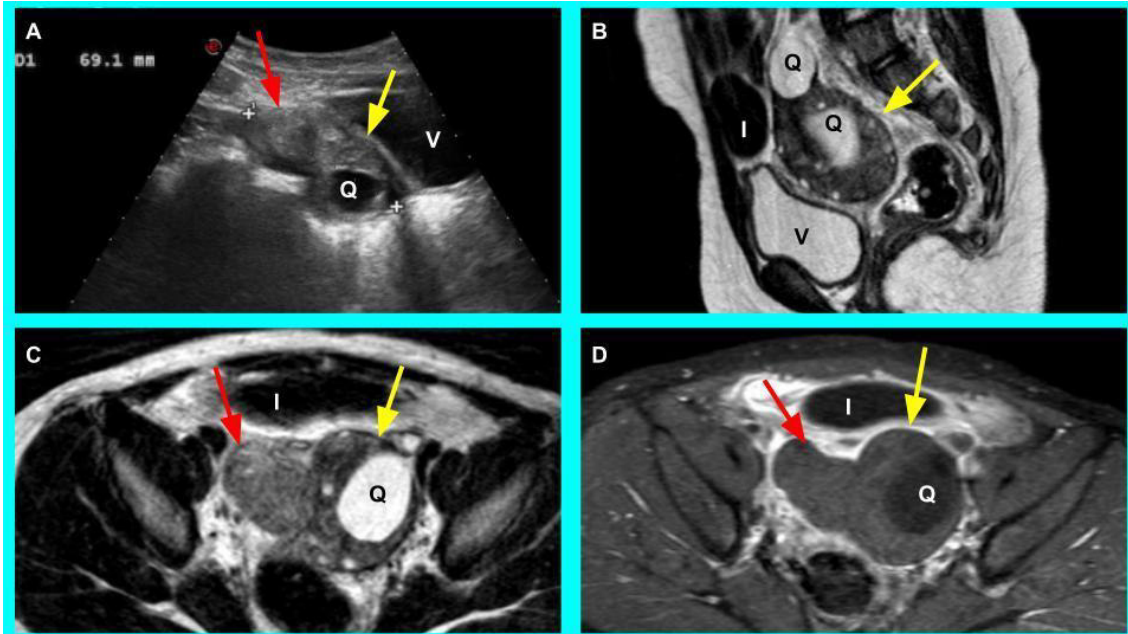
Diagnóstico: Torsión anexial con infarto ovárico. Se confirmó tras la cirugía.

La torsión ovárica puede ocurrir a cualquier edad pediátrica y suele ser una torsión anexial, siendo mucho menos frecuente la torsión ovárica pura. Frecuentemente se asocia a la presencia de una lesión ovárica benigna (teratomas y quistes). Inicialmente la torsión del pedículo compromete el flujo venoso, con estasis y trombosis que evoluciona al aumento de tamaño y edema. Después se produce trombosis arterial, seguida de infarto y necrosis del ovario, que puede conllevar una peritonitis. (1)

La ecografía abdominal es la prueba de elección. Si hay dudas está indicada la RM y si no se dispone de ella, el TC, evitando siempre que podamos la radiación. Los hallazgos de imagen incluyen: agrandamiento ovárico unilateral por encima de 5 cm (2), masa anexial compleja, desplazamiento periférico de los folículos, medialización del ovario, desplazamiento lateral del útero, engrosamiento tubárico (>10mm) (3), signo del remolino (4) y líquido libre. La falta de flujo en el Doppler no es patognomónico de torsión (5). La RM o TC pueden demostrar la ausencia de realce en el caso de infarto y necrosis o detectar otras causas de dolor como una apendicitis o un cálculo ureteral.

**Conclusión:**

Debemos conocer esta entidad, ya que en muchas ocasiones la sintomatología es inespecífica. El hallazgo de imagen más sensible es el engrosamiento asimétrico del ovario. El signo del remolino es patognomónico pero poco frecuente.



**A:** Ecografía abdominal, corte axial oblicuo en la pelvis. Lesión sólida compleja de 69 mm con dos quistes anecoicos (solo uno mostrado en la imagen). **B:** RM pélvica, corte sagital T2. Se reconoce el ovario muy agrandado por la presencia de pequeños folículos en su periferia. **C:** RM, axial T2. La pseudomasa pélvica con una porción izquierda que corresponde al ovario derecho patológico desplazado hacia la izquierda y porción nodular adyacente que corresponde a la trompa ipsilateral engrosada y al pedículo torsionado. **D:** RM corte axial T1 con supresión grasa post-Gadolinio intravenoso, demostrando la ausencia total de realce. Flechas amarillas: ovario engrosado; Flechas rojas: trompa y pedículo torsionados; V: vejiga; I: asa intestinal; Q: dos quistes simples en el ovario patológico, sin signos de hemorragia. **Diagnóstico:** Torsión del anejo derecho con infarto ovárico.

### Bibliografía:

- (1) Anh-Vu Ngo, Jeffrey P. Otjen, Marguerite T. Parisi, Mark R. Ferguson, Randolph K. Otto, A. Luana Stanescu (2015) Pediatric ovarian torsion: a pictorial review. *Pediatric Radiology*, 45 (12): 1845-55
- (2) Oltmann SC, Fischer A, Barber R et al (2009) Cannot exclude torsion — a 15-year review. *J Pediatr Surg* 44:1212–1216, discussion 1217
- (3) Rha SE, Byun JY, Jung SE et al (2002) CT and MR imaging features of adnexal torsion. *Radiographics* 22:283–294
- (4) Duigenan S, Oliva E, Lee SI (2012) Ovarian torsion: diagnostic features on CT and MRI with pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 198:W122–W131
- (5) Linam LE, Darolia R, Naffaa LN et al (2007) US findings of adnexal torsion in children and adolescents: size really does matter. *Pediatr Radiol* 37:1013–1019

<b>Caso</b>	(565) Peritonitis esclerosante encapsulante: Causa poco frecuente de obstrucción intestinal en pacientes en diálisis peritoneal.
<b>Autores</b>	Daniel Alfonso Torres Gamboa Margarita Palmer, Reda Britel, Ines Sanches
<b>Centro</b>	H.U. Son Espases

**Presentación:**

Paciente de 41 años con IRC terminal, en diálisis peritoneal ambulatoria con cuadros recurrentes de dolor abdominal agudo, que acude por cuadro de 24 horas de náuseas, vómitos y dolor abdominal. A la exploración física se encuentra efecto masa doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho.

**Discusión:**

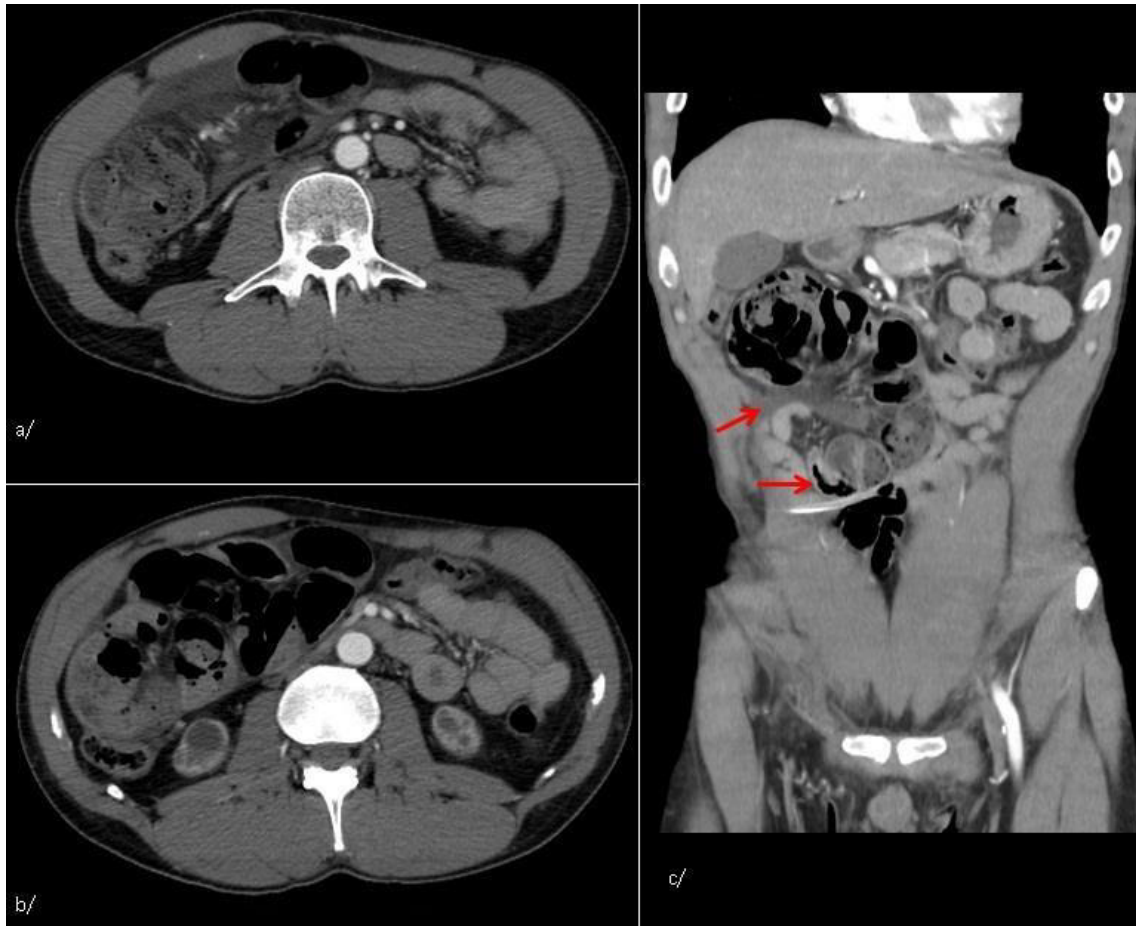
Enfermedad poco frecuente que debe ser considerada en pacientes en diálisis peritoneal con cuadros obstructivos. La clínica suele ser muchas veces inespecífica, por ello, las técnicas de imagen tienen un rol importante. El TC es la técnica de imagen de elección en el que se observa una dilatación de asas de intestino delgado rodeadas de una delgada membrana fibrosa (la capsula) como hallazgo principal, que fue el hallazgo principal de nuestro caso.

**Conclusión:**

La PEE es una complicación infrecuente pero grave de la diálisis peritoneal con una mortalidad del 50%, que actualmente no están claras las causas de la misma, siendo el tiempo de exposición a las soluciones de DP el factor de riesgo principal.

El diagnóstico se basa principalmente en la clínica junto a hallazgos radiológicos compatibles, siendo el TC la mejor técnica de imagen.





**a)** TC axial: Asas intestinales contenidas en la capsula peritoneal con edema e ingurgitación vascular del meso correspondiente. **b)** TC axial: Asas intestinales dilatadas dentro de la capsula peritoneal a diferencia del contralateral, que están colapsadas. **c)** TC coronal: Disposición anómala del meso con respecto a las asas intestinales en relación con obstrucción en asa cerrada (indicado por las flechas)

### **Bibliografía:**

1. Merkle M, Wörnle M. Sclerosing Peritonitis: A Rare but Fatal Complication of Peritoneal Inflammation. *Mediators of Inflammation*. 2012;2012:1-4
2. Oran E, Seyit H, Besleyici C, Ünsal A, Al?? H. Encapsulating peritoneal sclerosis as a late complication of peritoneal dialysis. *Annals of Medicine and Surgery*. 2015;4(3):205-207.
3. Machado N. Sclerosing Encapsulating Peritonitis: Review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2016;16(2):e142-151.
4. Vlijm A, van Schuppen J, Lamers AB, Struijk DG, Krediet RT. Imaging in encapsulating peritoneal sclerosis. *NDT Plus*. 2011;4:281-4.

<b>Caso</b>	(566) PERFORACIÓN INTESTINAL: MANIFESTACIÓN INUSUAL DEL MELANOMA
<b>Autores</b>	Ángeles Jalón Navas Carmen Lozano Calero, Ana Villar Puertas, Blanca Morón Rodríguez, Olga Victoria Mayor Guerrero, Gerardo Blanco Eguren
<b>Centro</b>	Hospital Costa del Sol

**Presentación:**

Varón de 67 años con antecedente de melanoma cutáneo metastásico en ojo izquierdo que precisó enucleación ocular, actualmente en seguimiento por oncología por metástasis pulmonares y óseas. Acudió a urgencias por dolor abdominal difuso y vómitos. A la exploración física presentaba abdomen globuloso y timpánico. Se solicitó una radiografía de abdomen que mostraba una dilatación de asas de intestino delgado y colon derecho. Se le realizó TC abdominal evidenciándose pequeñas burbujas de gas extraluminal en cavidad abdominal superior sugerentes de perforación de víscera hueca y una zona de engrosamiento patológico en yeyuno con sensación de masa y con burbuja de gas de mayor tamaño adyacente que pudiera ser el nivel de la perforación. Asimismo se observaban múltiples nódulos pulmonares bilaterales en relación con metástasis pulmonares y una lesión lítica en pala ilíaca izquierda compatible con metástasis ósea, ya conocidos.

**Discusión:**

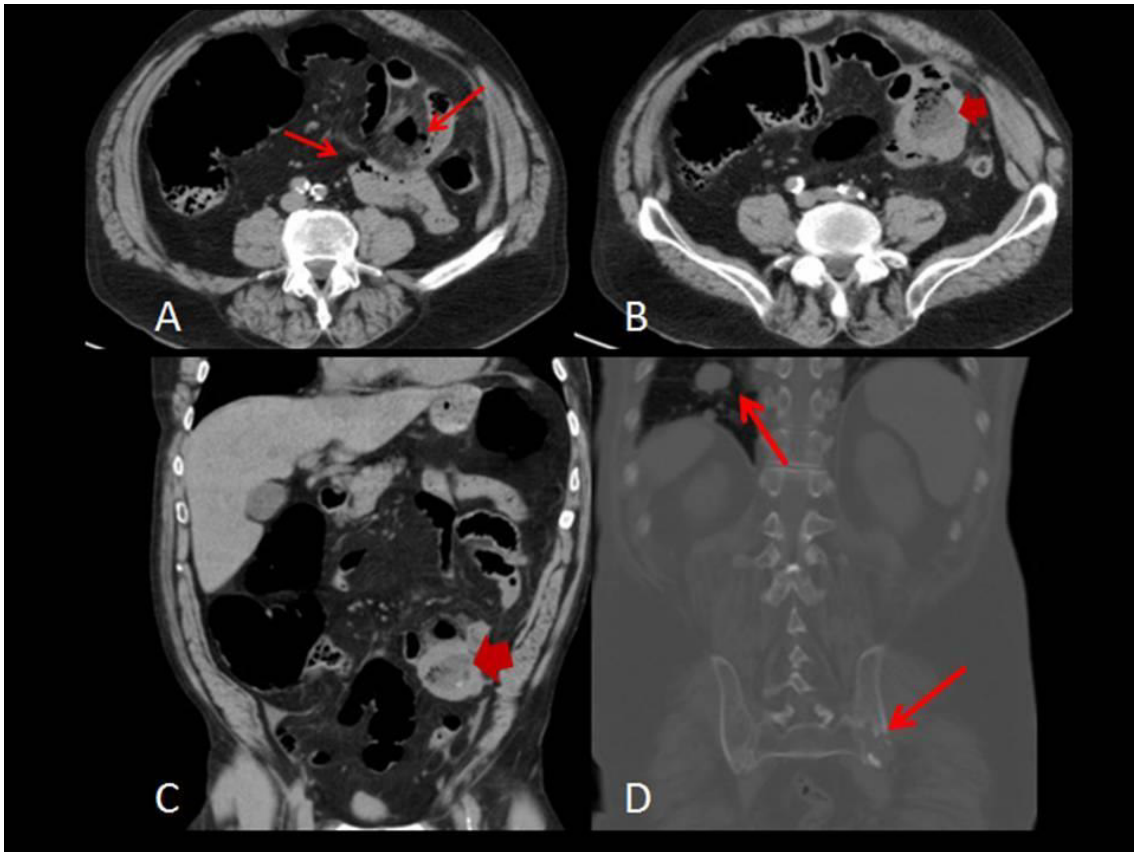
Las lesiones metastásicas del tracto gastrointestinal son infrecuentes (2-5%) aunque el melanoma maligno es una de las principales etiologías que las ocasionan.

Los síntomas son inespecíficos y pueden atribuirse a patologías más prevalentes. Suelen presentarse como dolor abdominal, hemorragia digestiva y obstrucción intestinal que puede acompañarse de perforación empobreciendo el pronóstico.

Las metástasis habitualmente se presentan como eventos tardíos en el curso de la enfermedad, como ocurrió en nuestro paciente que finalmente fue intervenido confirmándose la presencia de una metástasis de melanoma de 6 cm en yeyuno con perforación asociada.

**Conclusión:**

Las metástasis gastrointestinales resultan muy poco comunes aunque el intestino delgado es la localización más habitual resultando el melanoma el tipo tumoral que con mayor frecuencia presenta este tipo de metástasis.



*(A y B) Cortes axiales TC de abdomen muestran burbujas de gas extraluminales (flecha) con aumento de la densidad de la grasa mesentérica. Junto a los signos de perforación se observa masa en yeyuno (flecha gruesa). (C y D) Cortes coronales con masa en yeyuno (flecha gruesa) y metástasis pulmonares y óseas (flecha)*

### **Bibliografía:**

Julián-Gómez L, Barrio J, Torrego JC, Gómez de la Cuesta S, Ruiz L, Pérez-Miranda M, et al. Metástasis digestivas de carcinoma neuroendocrino poco diferenciado. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2010; 102(8): 512-513.

Alonso J, Pérez T, González J. Melanoma cutáneo con metástasis gástrica. Presentación de un caso. *Medisur [Internet]*. 2012 [citado 2017 Mar 04] ; 10( 5 ): 421-423.

Chacón H, González, J, González C, Benítez G, Valero R. Melanoma maligno metastásico en intestino delgado. Una causa poco común de abdomen agudo. *Revista Venezolana de Oncología*. 2007. [citado 2017 Mar 01]

<b>Caso</b>	(568) FID, una vez más no fue apendicitis.
<b>Autores</b>	María Conde Martín F.pizarro Rodriguez.c Cabrera Fernandez.n. Pérez Pelaez.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

Mujer de 72 años con dolor en FID de 3 días de evolución.No fiebre ni sintomatología miccional. PCR de 14,58mg/dl y leucocitosis 13.000/uL

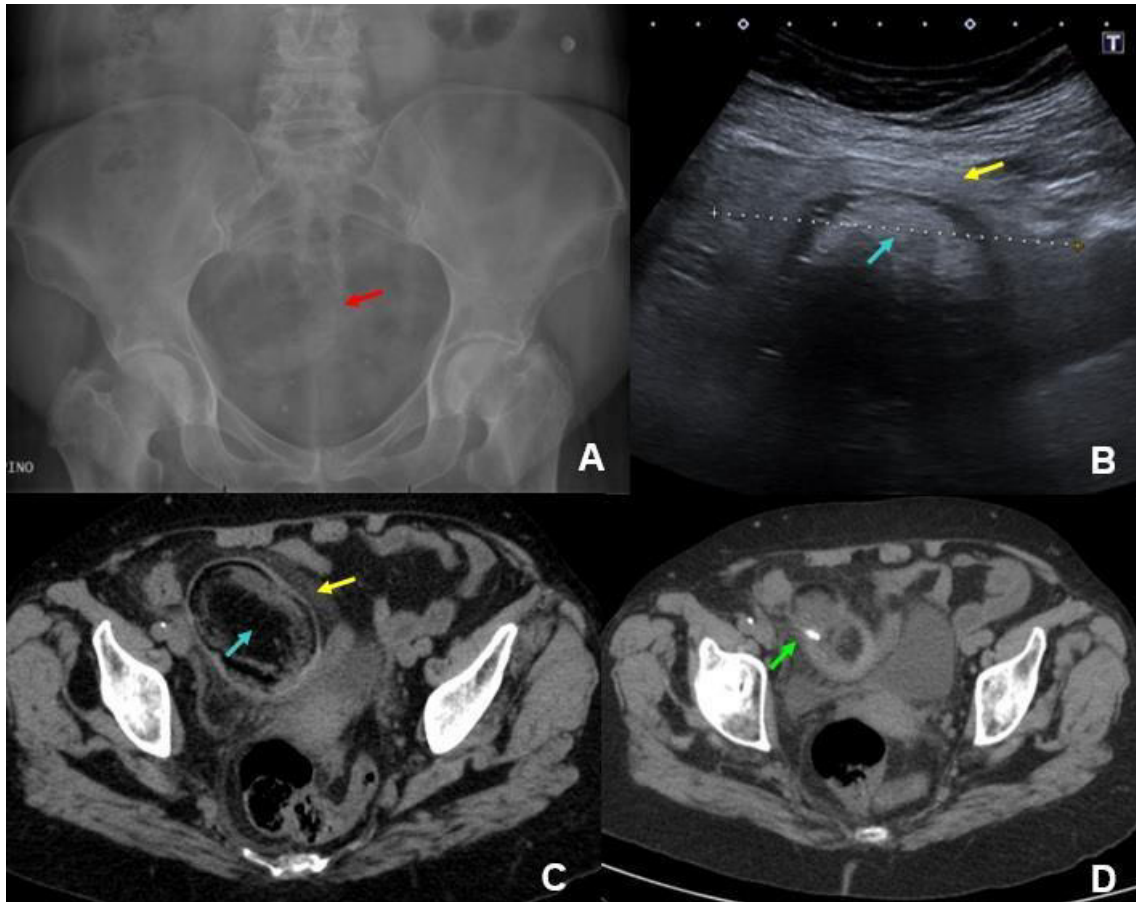
**Discusión:**

El teratoma es un tumor frecuente cuyos componentes proceden de las tres capas embrionarias, por ello tiene unas características radiológicas típicas que es obligado conocer para establecer un diagnóstico rápido. La utilidad de la RX se suele basar en la detección de las calcificaciones. El aspecto ecográfico dependerá de su contenido en grasa, pelo, líquido... y finalmente el diagnóstico por TC se realiza de forma sencilla ya que identifica fácilmente la grasa y calcificaciones. El subtipo más frecuente es el teratoma quístico maduro, pueden presentar clínica muy variada y la torsión del ovario es una de las complicaciones más frecuentes.

Nuestro caso concuerda con lo descrito en la literatura, pues se trataba de una masa anexial con pedículo torsionado sobre sí mismo y la anatomía patológica confirmó que se trataba de un teratoma quístico maduro con extensa necrosis isquémica.

**Conclusión:**

El teratoma debuta de forma frecuente con torsión ovárica. Los pacientes acuden a la urgencia con un cuadro de abdomen agudo por lo que es necesario conocer las características radiológicas del teratoma ya que es un diagnóstico que se realiza por imagen.



*RX anteroposterior de abdomen centrada en pelvis (A) en la que se identifica una lesión de bordes bien definidos que en la ecografía (B) se corresponde con una lesión con morfología en arco de ecoestructura hiperecogénica con sombra posterior que sugiere densidad grasa. Además, alrededor de la lesión se objetiva hiperecogenicidad de la grasa en relación con inflamación/complicación. En el estudio de TC en fase portal (C) y (D) se confirma la presencia de una masa heterogénea de 7,3 x 6,7 x 6 cm (AP x Tr x CC) en región anexial derecha, con abundante contenido graso y calcificaciones groseras periféricas en su interior, en relación a teratoma. Existe estriación de la grasa adyacente, lo cual sugiere complicación / torsión del mismo.*

### **Bibliografía:**

Sung BP, Jeong KK, Kyu-Rae K, et al. Imaging Findings of Complications and Unusual Manifestations of Ovarian Teratomas Radiographics 2008 28:969-983

Hannah CC, Shweta B, and Vikram SD. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. Radiographics 2008 28:1355-1368.

<b>Caso</b>	(569) Ictus isquémico, más allá de la Arteria Cerebral Media
<b>Autores</b>	Carola Rocafuerte Avila Dayra Daza Narváez, Esteban García Martínez
<b>Centro</b>	Hospital General de Castellón

**Presentación:**

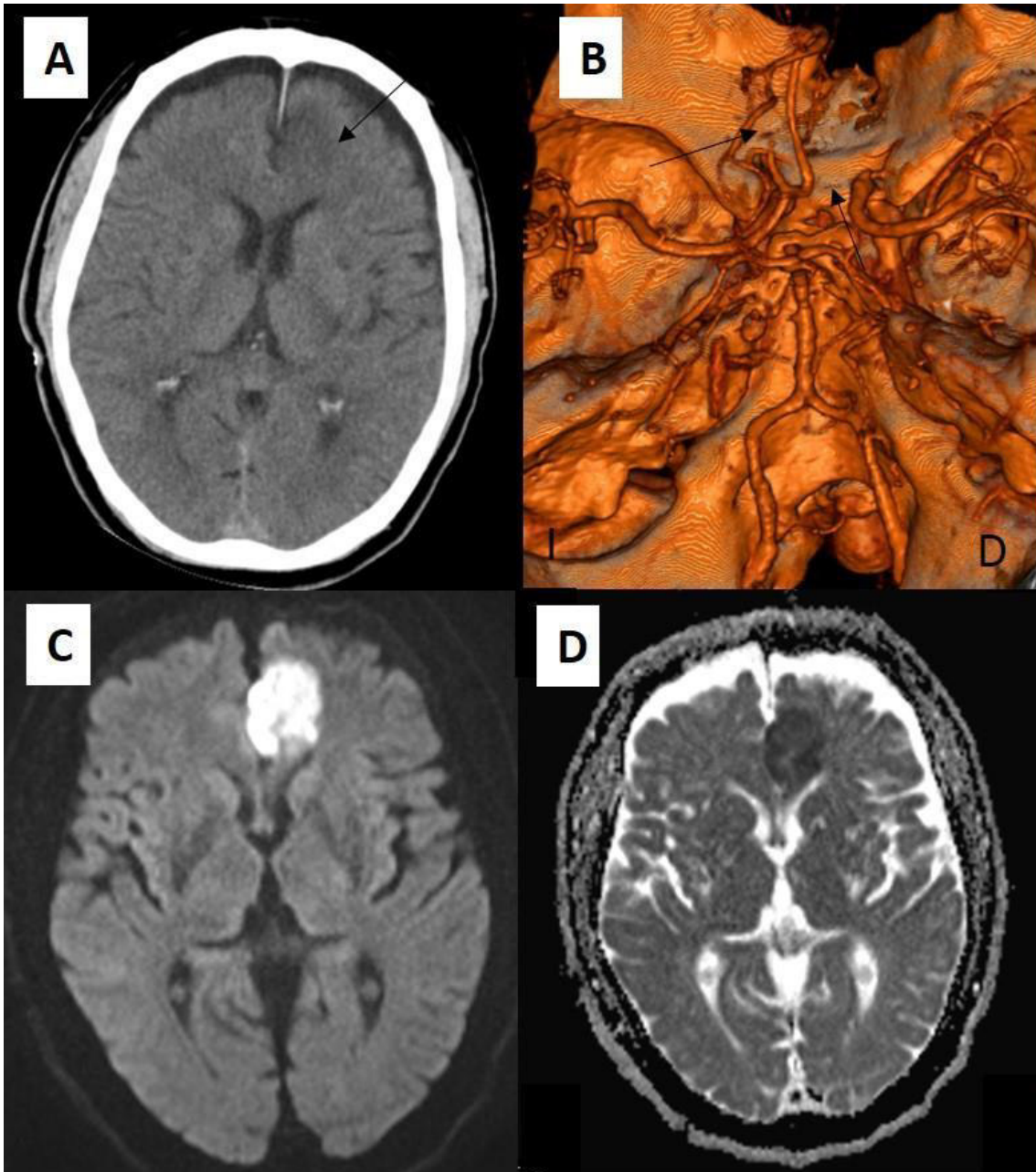
A su llegada a urgencias presenta mutismo, obedece órdenes sencillas y muestra disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, de 3/5 en MS y 1/5 en MI. NIHSS 13. Se realiza analítica, ECG y Rx de tórax sin hallazgos relevantes. Ante la sospecha de ictus en territorio de ACM izquierda se solicita un TC cerebral sin CIV. TC cerebral sin CIV: tenue hipodensidad en región medial del lóbulo frontal izquierdo. Ante los hallazgos de imagen y la clínica concordante se plantea el diagnóstico de ictus isquémico en territorio de ACA izquierda. Se inicia tratamiento con rt-PA ante la ausencia de contraindicaciones. Por la escasa mejoría se solicita un angioTC. AngioTC: ausencia de contraste en arteria cerebral anterior izquierda a nivel del segmento A2 confirmando el diagnóstico planteado. Además se observa una hipoplasia del segmento A1 de la arteria cerebral anterior derecha. Se solicita un TC cerebral de control sin CIV a las 24 horas observando un aumento en la extensión de la lesión hipodensa en territorio de la ACA izquierda. Se completa el estudio con una RM cerebral con hallazgos compatibles con infarto isquémico agudo en territorio de la ACA izquierda, un pequeño foco de transformación hemorrágica y múltiples infartos lacunares. Al alta el paciente mejoría de la hemiparesia derecha persistiendo una afasia motora leve.

**Discusión:**

Los infartos isquémicos producidos por oclusión de la arteria cerebral anterior tienen una incidencia menor al 5% debido a que recibe flujo colateral a través de la ACA contralateral. En ocasiones la clínica de los ictus en territorio de la ACM y de la ACA pueden ser difíciles de diferenciar por el clínico como ocurrió en nuestro caso en el que se planteó inicialmente la sospecha diagnóstica de ictus en territorio de la ACM izquierda. Es necesario hacer un análisis sistemático de las imágenes para evitar errores en el diagnóstico debido a que los hallazgos por imagen en el TC sin CIV en fase aguda pueden ser muy sutiles.

**Conclusión:**

Este caso representa la necesidad para el residente en formación de conocer los territorios cerebrales vasculares y los síndromes clínicos de la isquemia cerebral para evitar cometer errores diagnósticos.



- **A:** TC cerebral sin CIV. Hipodensidad en región medial del lóbulo frontal izquierdo. •
- **B:** reconstrucción 3D angioTC. Ausencia de contraste en arteria cerebral anterior izquierda a nivel del segmento A2 (flecha). Hipoplasia del segmento A1 de la a. cerebral anterior derecha (flecha). •
- **C:** RM cerebral con restricción de la difusión en región medial de lóbulo frontal izquierdo y **D:** hipointensidad concordante en mapa ADC.

### Bibliografía:

Diagnostic Imaging Brain. Osborn. I-4-120, I-4-121.

Radiología esencial. Tomo II. SERAM. Cap. 81.

State of the art. Imaging of acute stroke. Radiographics 2006;26: S75-S95.





<b>Caso</b>	(570) LA GRAVEDAD ENMASCARADA DEL SÍNDROME DE BOERHAAVE
<b>Autores</b>	Ángeles Jalón Navas Carmen Lozano Calero, Ana Villar Puerta, Blanca Morón Rodríguez, Olga Victoria Mayor Guerrero, Gerardo Blanco Eguren
<b>Centro</b>	Costa del Sol

### **Presentación:**

Varón de 52 años sin antecedentes personales relevantes, que acudió a urgencias por dolor costal izquierdo tipo pleurítico tras vómitos ocasionados por la ingesta excesiva de alcohol seguidos de ataques de tos. En la auscultación pulmonar se objetivó un murmullo vesicular disminuido junto con crepitantes supraclaviculares derechos. Se solicitó una radiografía de tórax donde se identificó neumomediastino junto con enfisema subcutáneo y derrame pleural. Ante estos hallazgos se sospechó una posible rotura esofágica realizándose un TC de tórax con contraste oral que corroboró el neumomediastino así como la presencia de un neumotórax anterior bilateral junto con derrame pleural bilateral, además de la presencia de fuga de contraste a nivel del esófago distal. El diagnóstico radiológico fue de síndrome de Boerhaave con perforación esofágica complicada con neumomediastino y neumotórax que se confirmó tras la cirugía.

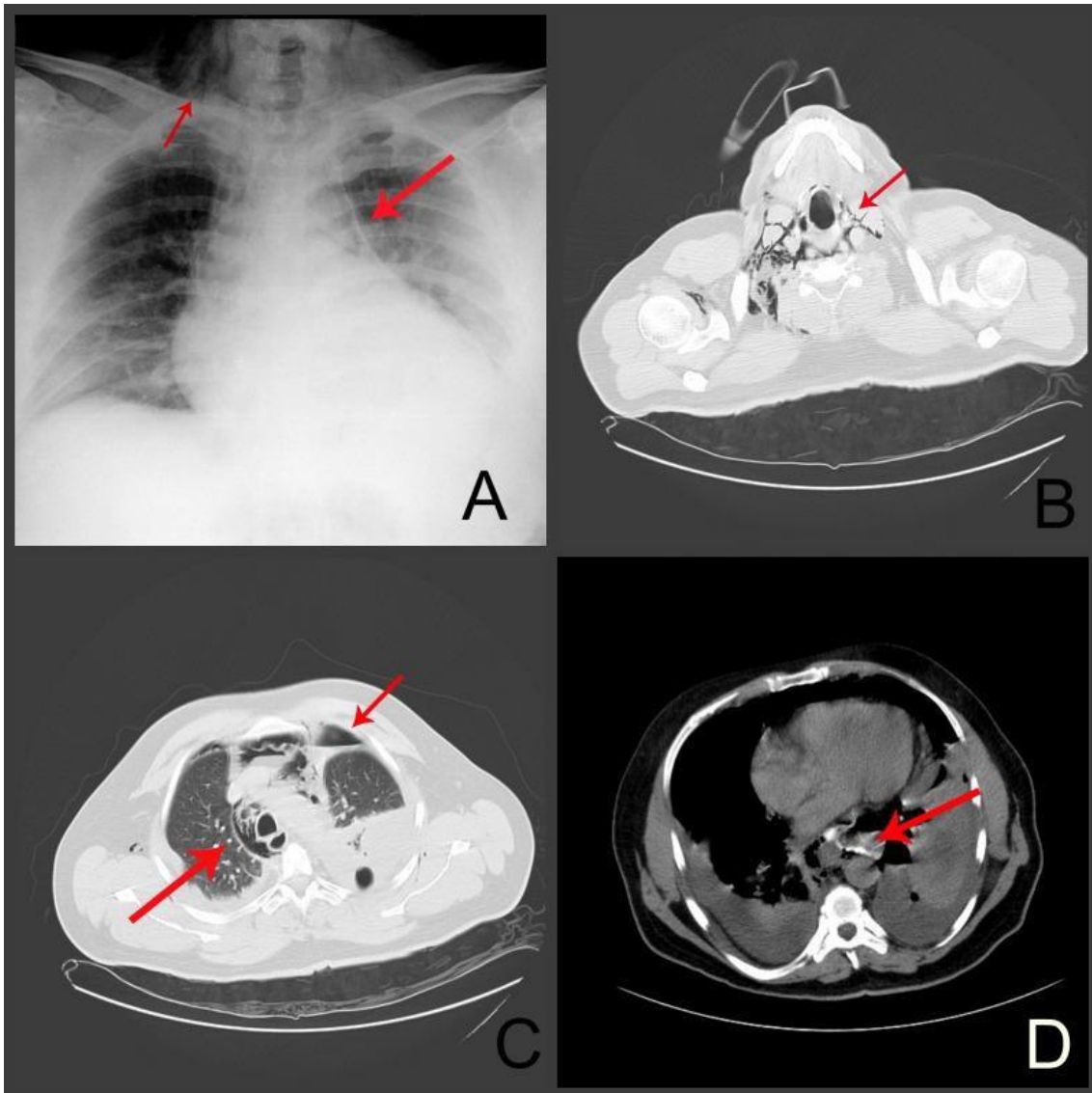
### **Discusión:**

El síndrome de Boerhaave es una entidad infrecuente 1/6000 con elevada morbimortalidad que se debe a laceración transmural completa esofágica como consecuencia de un barotrauma.

Su complicación más severa es la mediastinitis que se presenta con fiebre e inestabilidad hemodinámica que puede desembocar en un shock séptico y en la muerte (30-50%) a pesar de un tratamiento temprano y apropiado, como ocurrió en este caso.

### **Conclusión:**

La mediastinitis es una entidad clínica grave con una alta mortalidad que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. El radiólogo desempeña un papel crucial en el manejo clínico de estos pacientes ya que puede establecer un diagnóstico de sospecha desde la placa simple de tórax.



**(A)** Radiografía de tórax muestra neumomediastino (flecha larga) junto con enfisema subcutáneo más marcado a nivel supraclavicular derecho (flecha corta) y derrame pleural. Cortes axiales TC de tórax: **(B)** muestra abundante enfisema subcutáneo (flecha), **(C)** revela neumomediastino (flecha larga) con neumotórax anterior bilateral (flecha corta) y **(D)** pone de manifiesto el contraste fugado en esófago distal (flecha) sugerente de perforación esofágica junto con derrame pleural bilateral.

### Bibliografía:

Guasch I, Staitie AM, Quintero JC, López P, González AC, Margelí VD. Neumomediastino espontáneo y secundario no traumático: signos radiológicos. ¿Cómo distinguirlos? SERAM [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2017].

Silva A, Barros D, Raddatz A. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): una entidad poco frecuente no siempre reconocida. Rev Chil Cir. 2013. 65 (5)

Martínez P, Espinosa D, Hernández L, Triviño A. Mediastinitis. Arch Bronconeumol. 2011; 47 (Supl 8) 32-36.



<b>Caso</b>	(572) UN CASO INUSUAL DE ENCEFALITIS POR ADENOVIRUS EN UN PREESCOLAR.
<b>Autores</b>	Renzo Javier Andrade Gonzales Juan F. Martínez Martínez, Daniel Rodríguez Sánchez, Elena López Banet.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Datos clínicos: Preescolar de 2 años que estando previamente asintomático comienza con cefalea brusca y vómitos. No tiene diarrea ni fiebre. En tratamiento con augmentine hace 6 días por otitis media. Se sospecha trombosis venosa cerebral. Descripción de los hallazgos: Se realiza tomografía computarizada (TC) cerebral con contraste donde se descarta trombosis venosa, donde se descarta trombosis venosa y se observa hipodensidad córtico-subcortical temporo-parietal izquierda, de predominio temporal medial. Hallazgos sugestivos de encefalitis viral. Se confirma con punción lumbar positiva para adenovirus.

**Discusión:**

Diagnóstico: Encefalitis por adenovirus.

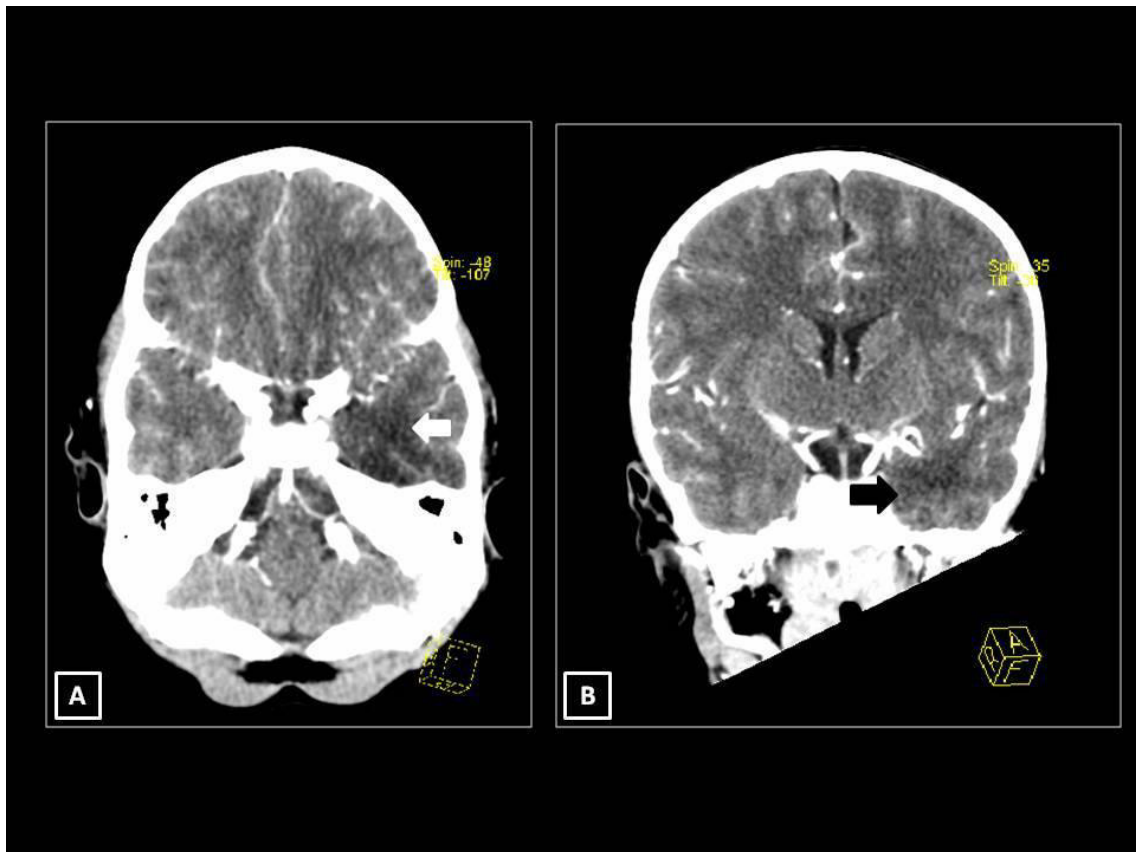
Reflexión docente: El virus del herpes tipo 1 es la causa más común de meningoencefalitis viral esporádica. El adenovirus es un patógeno común en la población pediátrica. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, dolor de cabeza, rigidez del cuello, convulsiones, déficit neurológico y afectación del estado mental.

En la TC la encefalitis por adenovirus no es específica y comparte hallazgos de imagen con el resto de encefalitis. Las áreas afectadas parecen normales o hipodensas a medida que avanza la infección. La hemorragia se considera una característica tardía de la enfermedad. Después de la administración intravenosa de contraste, el realce parenquimatoso puede variar de ausente a parcheado o giriforme. Ocasionalmente, las meninges adyacentes muestran un mínimo realce.

En el paciente adulto, el patrón es bastante típico y se manifiesta como una afectación asimétrica bilateral del sistema límbico, lóbulos temporales mediales, corteza insular y lóbulos frontales inferolaterales. La afectación extralímbica es más frecuente en los niños que en los adultos, observada con mayor frecuencia en el lóbulo parietal. Los ganglios basales no se suelen afectar, ayudando a distinguirlo de un infarto de la arteria cerebral media.

**Conclusión:**

Las encefalitis víricas tienen presentaciones clínicas y características de imagen similares. Los radiólogos debemos tener en cuenta esta patología ante un niño con clínica inespecífica y hallazgos de imagen característicos.



*Tomografía computarizada con contraste intravenoso. Imagen A: Corte axial que muestra hipodensidad córtico-subcortical en lóbulo temporal (flecha blanca). Imagen B: Corte coronal que muestra la hipodensidad en lóbulo temporal (flecha negra).*

### **Bibliografía:**

- 1.- Acosta JH, Rantes CI, Arbelaez A, Restrepo F, Castillo M. Noncongenital central nervous system infections in children: radiology review. *Top Magn Reson Imaging*. Junio 2014; 23(3):153-64.
- 2.- Solbrig MV, Hasso AN, Jay CA. CNS viruses--diagnostic approach. *Neuroimaging Clin N Am*. Febrero 2008; 18(1):1-18.
- 3.- Straussberg R, Harel L, Levy Y, Amir J. A syndrome of transient encephalopathy associated with adenovirus infection. *Pediatrics*. Mayo 2001; 107(5).

<b>Caso</b>	(573) Hemoptisis masiva secundaria a un aneurisma de Rasmussen
<b>Autores</b>	Irene Sánchez Serrano Juan Francisco Martínez Martínez, Guilda Morrel González, Diego Páez Granda, Francisco Lloret Estañ, Daniel Rodríguez Sánchez
<b>Centro</b>	Hospital Clinico Universitario Virgen de la Arrixaca

### **Presentación:**

Varón de 43 años que acudió al Servicio de Urgencias con hemoptisis franca, hipotensión y disminución del nivel de conciencia. Entre sus antecedentes personales figuraba una tuberculosis pulmonar antigua, con extensos cambios fibro-cavitarios en pulmón izquierdo y caverna residual colonizada por aspergiloma. Ante la hemoptisis amenazante se llevó a cabo de forma urgente una angio-TCMD de tórax con contraste intravenoso que objetivó consolidaciones alveolares multifocales y ocupación parcial de caverna del LSI por líquido de alta atenuación y nivel hidroaéreo. En LII se detectó dilatación focal de una rama subsegmentaria de la arteria pulmonar lobar inferior izquierda acompañada de teñido extravascular de contraste en relación con sangrado activo. Hallazgos que se interpretaron como hemotórax atribuible a sangrado activo de aneurisma de Rasmussen. A continuación la Sección de Radiología Intervencionista llevó a cabo con éxito la embolización del aneurisma.

### **Discusión:**

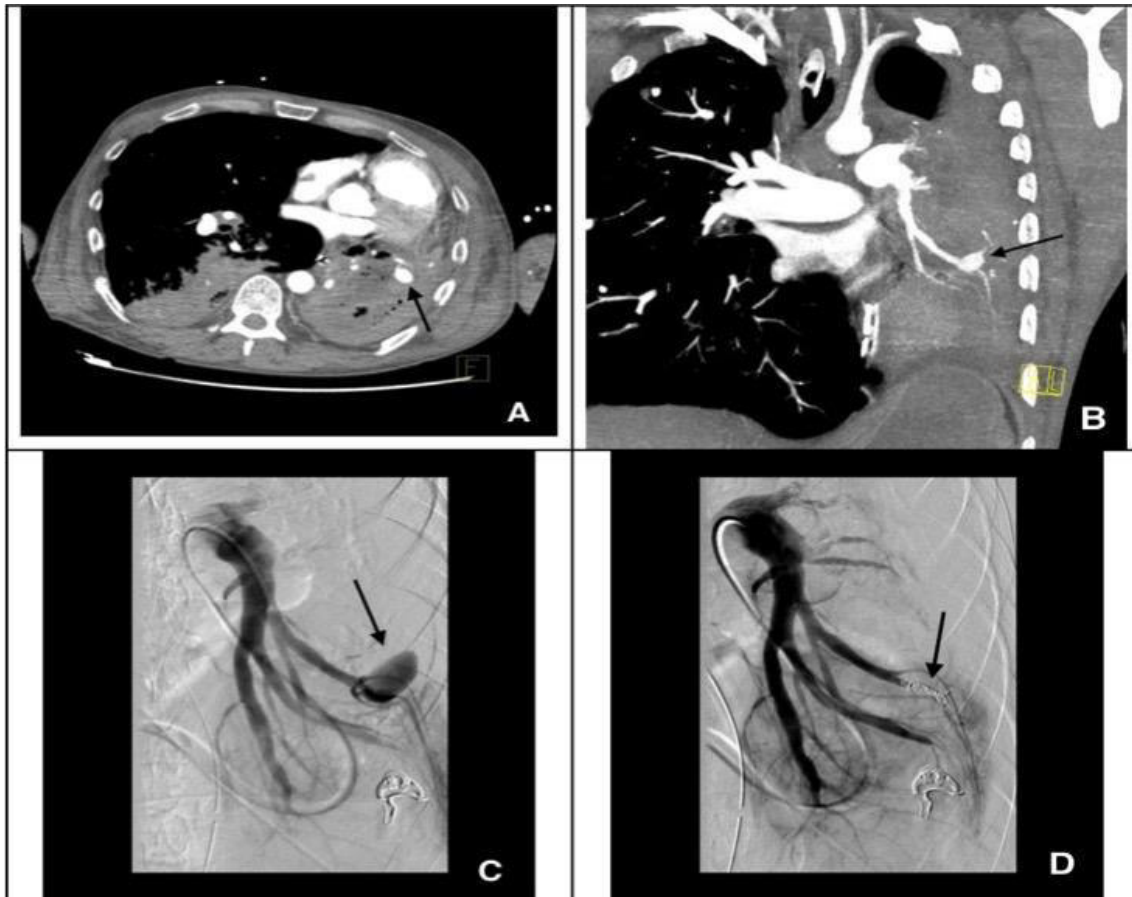
El aneurisma de Rasmussen es una complicación infrecuente y grave de la tuberculosis pulmonar secundaria a la lesión vascular de las ramas segmentarias o subsegmentarias de la arteria pulmonar, por el reemplazo de la capa media y la adventicia por tejido de granulación y fibrina.

Suele producirse en la periferia pulmonar, adyacente a cavidades tuberculosas residuales.

Si bien las arterias bronquiales suelen ser el origen más frecuente de hemoptisis en pacientes tuberculosos, no debemos olvidar que las ramas pulmonares también pueden verse afectadas.

### **Conclusión:**

El aneurisma de Rasmussen es una causa rara de hemoptisis secundaria a tuberculosis, si bien su detección es importante de cara al abordaje vascular dada la elevada mortalidad que presenta.



**Figura 1-** A) Corte axial de angio-TC de tórax que muestra una dilatación vascular focal compatible con aneurisma de Rasmussen (flecha), dependiente de una rama subsegmentaria de la arteria pulmonar izquierda. Severa pérdida de volumen de parénquima pulmonar izquierdo, con consolidación bilateral. B) Corte coronal de angio-TC donde se aprecia el aneurisma de Rasmussen (flecha). C, D) Angiografía antes y tras la embolización del aneurisma de Rasmussen en una rama de la arteria lobar inferior izquierda (flecha).

### Bibliografía:

- Kim HY, Song KS, Goo JM, Lee JS, Lee KS, Lim TH. Thoracic sequelae and complications of tuberculosis. *RadioGraphics*. 2001;21(4):839-58. doi:10.1148/radiographics.21.4.g01jl06839
2. Bruzzi JF, Remy-Jardin M, Delhay D, Teisseire A, Khalil C, Remy J. Multi-detector row CT of hemoptysis. *RadioGraphics*. 2006;26(1):3-22. doi:10.1148/rg.261045726
3. Peghini Gavilanes E, Fernández-Velilla M, Bermejo Moriñigo A, Morales Ruiz R. Pseudoaneurisma de Rasmussen: hallazgos en tomografía computada. Revisión de casos. *Rev Argent Radiol (en línea)*. 2016;80(2):122-6. doi:10.1016/j.rard.2016.03.004

<b>Caso</b>	(574) Abscesos litogénicos vs adenocarcinoma de páncreas
<b>Autores</b>	Carmen Picón Serrano B. Alba Pérez, E. García Casado, C. Sempere Ortega, I. García Gómez, R. Romera Sánchez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

### **Presentación:**

Paciente de 64 años que acude a urgencias por aparición de eventración epigástrica hace 2 meses, que en la actualidad presenta enrojecimiento y secreción purulenta de la zona. No presenta fiebre, dolor abdominal, ni otra clínica acompañante. Como antecedentes de interés, el paciente fue intervenido 1 año atrás de colecistectomía laparoscópica.

### **Discusión:**

Se realizó una TC abdominopélvico tras administración de civ, en el que fueron descritos los siguientes hallazgos: colección de 7 x 3, 7 cm en el tejido celular subcutáneo de la región epigástrica, parasagital izquierda que muestra un trayecto fistuloso irregular hacia cavidad peritoneal donde se observa una pequeña burbuja de gas intraluminal. No hay colecciones intraabdominales en el momento actual. Llama la atención la presencia de tres lesiones heterogéneas, en íntima relación con superficie hepática, la mayor de 3.8 cms (medial al caudado, anterior a VCI), inespecíficas. Se podría realizar RM complementaria para definir mejor su naturaleza. Adyacente a la lesión de mayor tamaño hay pequeñas adenopatías.

Las lesiones mediante RM presentaban hallazgos similares a los de la TC, con marcada restricción de la difusión, por lo que se realizó PAAF mediante ecoendoscopia de la lesión del espacio portocava, con hallazgos compatibles con inflamación aguda abscesificada sobreinfectada por *Klebsiella pneumoniae*.

Ante estos hallazgos, se realizó una TC de reevaluación, en la que planteó el diagnóstico de abscesos litogénicos secundarios a colecistectomía, ya que las colecciones, además, presentaban una imagen hiperdensa en el interior sugestiva de contenido litásico.

### **Conclusión:**

La salida de coledoclitiasis a la cavidad peritoneal durante la colecistectomía laparoscópica secundaria a la rotura de la vesícula es frecuente, y la mayoría de ellas permanecen silentes. Sin embargo, si éstas no son correctamente identificadas, pueden ser erróneamente diagnosticadas como implantes peritoneales o lesiones primarias. Los abscesos litogénicos en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica son una complicación a considerar entre los posibles diagnósticos diferenciales, incluso de evolución tardía, sin olvidar que la RM puede resultar confusa debido a la marcada restricción de la difusión que presentan las lesiones neoplásicas y los abscesos.





*Lesión del espacio portocava (imagen izquierda). Colección epigástrica e implante subcapsular (imagen derecha).*

### **Bibliografía:**

#### PICTORIAL REVIEW

Dropped gallstones: spectrum of imaging findings, complications and diagnostic pitfalls

1L NAYAK, MD, 2C O MENIAS, MD and 1G GAYER, MD

1Department of Radiology, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA

2Department of Radiology, Mayo Clinic, Scottsdale, AZ, USA

Radiologic Features of Complications Arising from Dropped Gallstones in Laparoscopic Cholecystectomy Patients

M. M. Morrin<sup>1</sup> J. B. Kruskal

M. G. Hochman<sup>1</sup> P. F. Saldinger<sup>2</sup> R. A. Kane<sup>1</sup>

Original Report

<b>Caso</b>	(576) Colecistitis enfisematosa en paciente diabética
<b>Autores</b>	Esther Taberner Lopez Paulina Gallegos Espinosa, Veronica Ricart Selma
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

### **Presentación:**

Mujer de 71 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. Como antecedentes personales obesidad, hipertensión arterial y diabetes no insulino dependiente. Presenta dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de 72 horas de evolución, que comenzó tras ingesta copiosa. Se acompaña de escalofríos y náuseas sin vómitos. A la exploración llama la atención el regular estado general de la paciente y el intenso dolor a la compresión del hipocondrio derecho. Como pruebas complementarias se realizó analítica destacando leucocitos con neutrofilia. También se realizó rx abdominal la que se visualiza un halo radiolúcido que rodea la vesícula biliar y una ecografía abdominal. Tras los hallazgos ecográficos ( vesícula biliar distendida, de pared engrosada (7.3mm), con presencia de aire en la pared de la misma y múltiples litiasis en su interior y ante la sospecha de colecistitis enfisematosa se decide completar el estudio con TC. En el TC abdominal con contraste destaca el engrosamiento parietal de la vesícula biliar con burbujas de aire y múltiples litiasis en su interior, junto con importantes cambios inflamatorios alrededor, diagnosticandose de colecistitis aguda. La paciente fue intervenida quirúrgicamente de forma urgente mediante colecistectomía laparoscópica. La anatomía patológica confirmó una vesícula biliar con cálculos combinados que mide 11.3 x 5 cm, con diagnóstico de colelitiasis y colecistitis aguda gangrenosa. El microorganismo aislado fue el Clostridium Welchii. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a los 10 días.

### **Discusión:**

La colecistitis aguda enfisematosa es una variante infrecuente de colecistitis aguda causada por infección por microorganismos productores de gas [1]. Clínicamente es indistinguible de una colecistitis aguda. El diagnóstico se confirma mediante pruebas radiológicas. Es más frecuente en hombres que en mujeres( al contrario que la colecistitis aguda). Le edad media de presentación es de 50-70 años y pacientes con factores predisponentes como la diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular [2]. Las manifestaciones clínicas incluyen el dolor en hipocondrio derecho, nauseas, vómitos, febrícula que progresan rápidamente, requiriendo una intervención quirúrgica urgente. Las pruebas de laboratorio revelan leucocitos e incremento de la bioquímica hepática.El organismo que más frecuentemente se aísla es el Clostridium welchii y Escherichia coli.

La radiografía simple muestra aire en la pared o luz de la vesícula biliar.

En el estudio de ecografía se aprecian imágenes ecogénicas con sombra posterior y artefactos de reverberación [3, 4]. Un signo menos frecuente pero más específico es la presencia de pequeños focos dependientes de la luz, similares a burbujas efervescentes (champagne sign)[4].

La presencia de gas en la pared es un criterio diagnóstico muy sensible y específico en TC [5]. Los hallazgos en TC incluyen: litiasis en vesícula biliar, en el colédoco o en ambos; engrosamiento focal o difuso de la pared vesicular >3mm, con un diámetro transversal de más de 5cm; infiltración de la grasa circundante. No obstante esta prueba no es estrictamente necesaria para el diagnóstico.

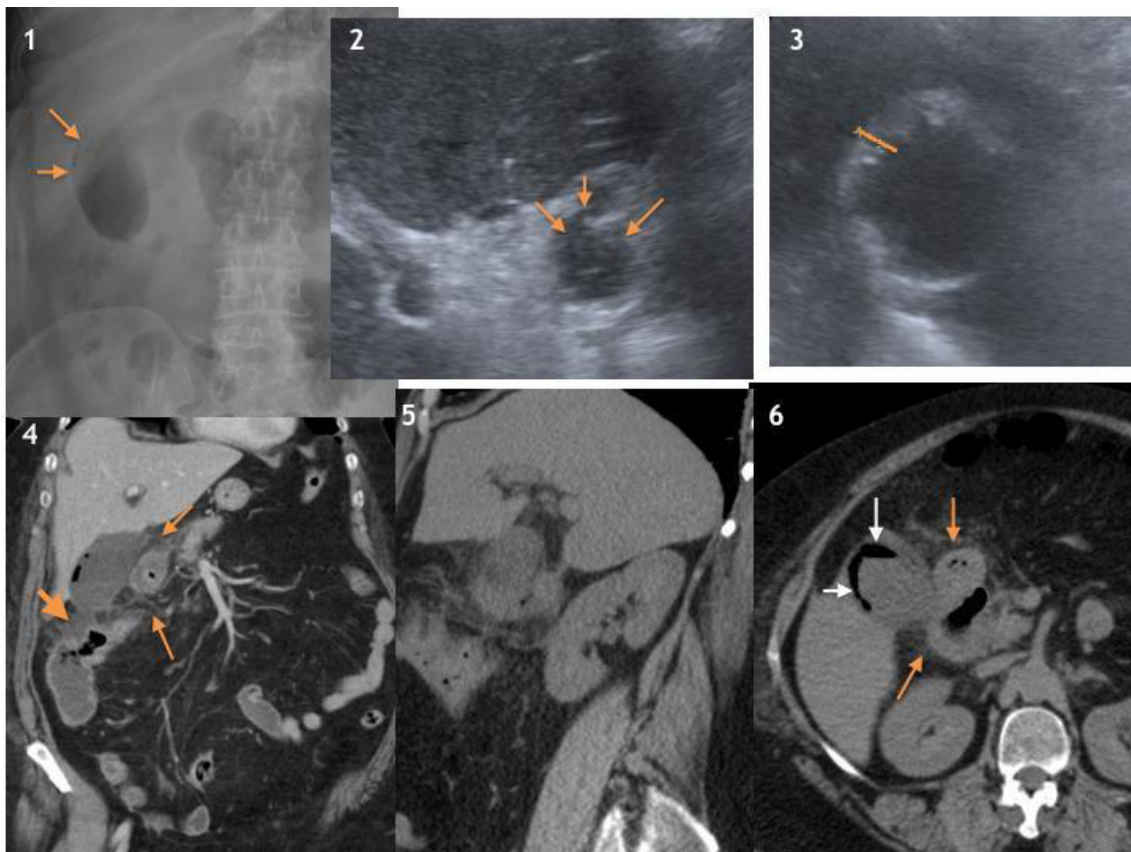
Las complicaciones incluyen perforación vesicular y sepsis, más frecuentes que en la colecistitis no enfisematosa.

El diagnóstico diferencial debe incluir el ileo biliar y la fístula biliar entérica.

El tratamiento indicado es la colecistectomía, siendo otra opción posible la colecistostomía percutánea en pacientes críticos. La mortalidad global de los pacientes con colecistitis enfisematosa es del 15%, comparada con el 4% en los casos no complicados de colecistitis aguda [2, 4].

### Conclusión:

En conclusión, debemos tener en mente que esta entidad puede verse en pacientes con síntomas de colecistitis aguda y que el diagnóstico tardío aumenta las complicaciones. En nuestro caso destacamos la edad de la paciente y sus factores predisponentes (diabetes) e ilustra un caso típico de colecistitis enfisematosa.



**1- Rx simple muestra colecciones de gas en hipocondrio derecho (flechas), que representan gas en la pared vesicular. 2- imagen transversal de ecografía. Se identifican múltiples pequeñas imágenes hiperecogénicas (flechas) dentro de la luz vesicular que corresponden a burbujas de gas dependientes de la pared (champagne sign). 3- imagen transversal de ecografía. Engrosamiento difuso de la pared vesicular (>4mm). 4- imagen coronal de TC con contraste iv. Aumento de la**

*atenuación de la grasa que se extiende hasta era ángulo hepático del colon ( flechas finas).  
Pequeña colección quística (flecha gruesa).5-imagen sagital de TC con contraste iv. No hay signos  
de aerobilia ni dilatación de la vía biliar. No hay signos de perforación vesicular. 6- imagen axial de  
TC con contraste iv. Nivel aire líquido en vesícula biliar y gas en la pared (flechas blancas).  
Inflamación perivesicular de la grasa que se extiende hasta duodeno (flechas naranja)*

### **Bibliografía:**

- 1-Miyahara H, Shida D, Matsunaga H, Takahama Y, Miyamoto S. Emphysematous cholecystitis with massive gas in the abdominal cavity. World J Gastroenterol 2013; 19(4): 604-606
- 2-Miguel F. Carrascosa MD, José R. Salcines-Caviedes MD. Emphysematous cholecystitis. CMAJ, January 10, 2012, 184(1).
- 3-Gregory A. Bortoff, MD, PhD, Michael Y. M. Chen, MD, David J. Ott, MD, Neil T. Wolfman, MD, William D. Routh, MD. Gallbladder Stones: Imaging and Intervention. RadioGraphics 2000; 20:751–766
- 4-?David E. Grayson, Capt, USAF, MC, Robert M. Abbott, Lt Col, USAF, MC Angela D. Levy, Lt Col, USA, MC ,Paul M. Sherman, Maj, USAF, MC. Emphysematous Infections of the Abdomen and Pelvis: A Pictorial Review. RadioGraphics 2002; 22:543–561
- 5-Asli Tanrivermis Sayit, Hediye Pinar Gunbey. Emphysematous Cholecystitis in 24-Year-old Male Without Predisposing Factors. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015 Jul, Vol-9(7)

<b>Caso</b>	(577) HEMATOMAS MUSCULARES ESPONTÁNEOS POR DÉFICIT DE FACTOR VIII
<b>Autores</b>	Ernesto Fernández Torvisco María Martínez Mora, Jorge Solaz Solaz, Pau Montesinos García , Silvia Paulina Gallegos Espinoza, Giovanni Benedetto
<b>Centro</b>	Hospital de la Ribera

**Presentación:**

Varón de 60 años que acude al servicio de Urgencias por dolor en FID y región inguinal de 6 horas de evolución con malestar general desde hace días. AP: HTA, GN proliferativa mesangial. Analítica: Ausencia de leucocitosis, Hb de 10,4 g/dl. Ante la sospecha de hernia inguinal vs apendicitis, se solicita una ecografía abdominal urgente mostrando grasa hiperecogénica en FID y líquido libre interasas, sin visualizar el apéndice. Se completa estudio con TC abdomino-pélvico con contraste iv.

**Discusión:**

Ante los hallazgos del TC y la disminución de la hemoglobina a 9g/dL en las horas posteriores, se plantea el diagnóstico de hematomas musculares con hemoperitoneo de pequeña cuantía. El paciente se mantuvo estable hemodinámicamente.

Ante la sospecha de un trastorno de la coagulación, se solicitan nuevas pruebas analíticas que evidencian alargamiento del TTPA que corrige tras test de mezclas y Factor VIII del 5 %. Hallazgos compatibles con trastorno hemofílico.

**Conclusión:**

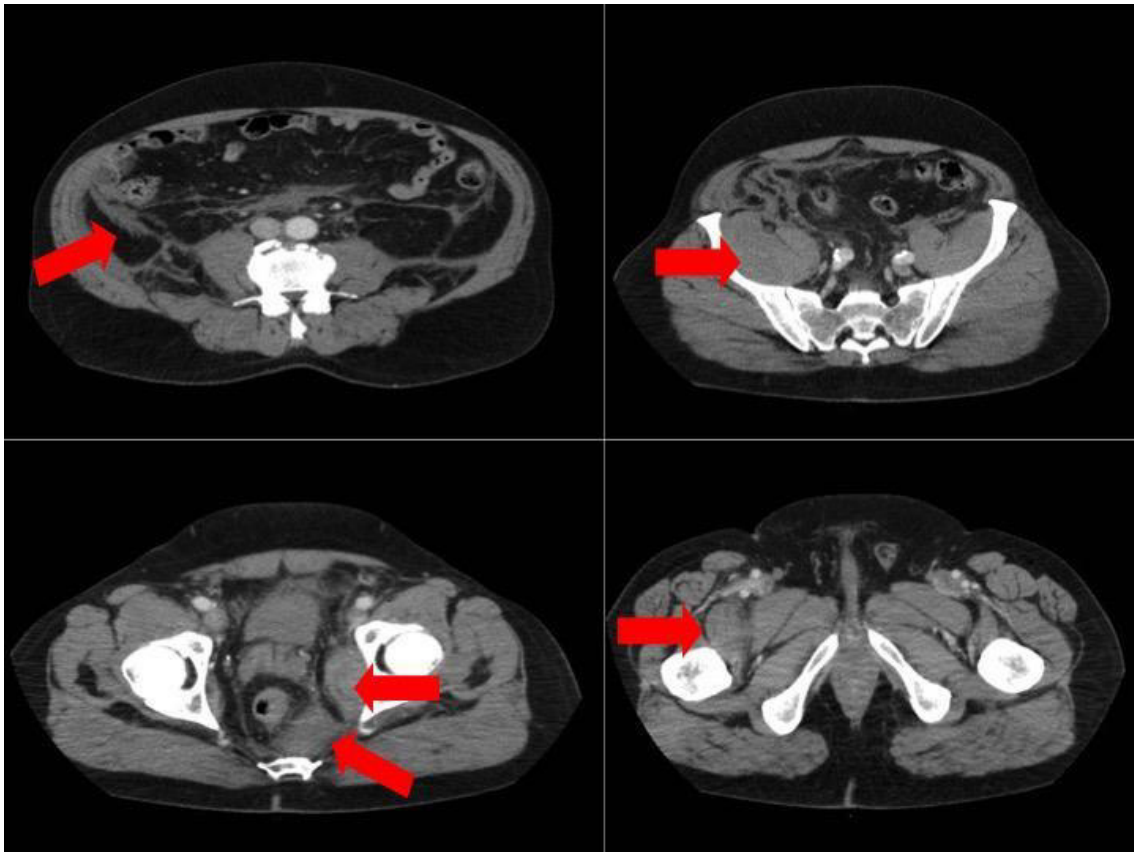
Los hematomas del músculo psoas-iliaco son entidades inusuales más frecuentes en pacientes con trastornos de la coagulación y pacientes en tratamiento con anticoagulantes.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor y ocasionalmente hematomas/equimosis cutáneos. Con sangrado profuso se pueden producir signos de hipovolemia e incluso shock.

Es útil la analítica con perfil de coagulación y los niveles de hemoglobina. La rentabilidad de la ecografía es alta, pero el TC presenta mayor sensibilidad y especificidad.

El diagnóstico diferencial es amplio (apendicitis aguda, diverticulitis, cólico nefrítico, tumores retroperitoneales...) por lo que una sospecha clínico-analítica es esencial.

La clínica y hemodinámica del paciente determinarán el tratamiento, que puede ir desde un manejo conservador con corrección de la hemostasia hasta el drenaje o la embolización.



**TC ABDOMINO-PÉLVICO: Engrosamiento difuso del músculo ilio-*ps*oas derecho, del elevador del ano y obturador izquierdos con láminas de líquido de predominio retroperitoneal.**

### **Bibliografía:**

- Aouba A, Breton S, Harroche A, Sy-Bah D, Torchet M.F, Frenzel L, Lasne D, Padovai J.P, Odent T, Rothschild C.

Spontaneous obturator internus muscle haematoma: a new unpublished cause of iliopelvic pain in haemophilia.

Haemophilia, (january 2013), volume 19, issue 1, 1-161, e1-e61

- Canelles E, Bruna M, Roig J.V

Hematoma espontáneo del músculo *ps*oas-íliaco. Aporte de 3 casos y revisión de la literatura médica.

Rev Esp Cir Ortop Traumatol (2010) 54:234-7

- Ashrani A.A, Osip J, Christie B, Key N.S

liopsoas haemorrhage in patients with bleeding disorders. Experience from one center

Haemophilia, 9 (2003), 721-726



<b>Caso</b>	(578) Bezoar: una causa rara de obstrucción intestinal.
<b>Autores</b>	Irene Sánchez Serrano Juan Francisco Martínez Martínez, Andrés Francisco Jiménez Sánchez, Yesica Martínez Paredes, Antonio Castillo García, Maria José Martínez Cutillas
<b>Centro</b>	Hospital Clinico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Paciente de 80 años con dolor abdominal de localización difusa, vómitos alimenticios y cierre intestinal de 24 horas de evolución, asociado a leucocitosis y PCR de 16. Se realizó una radiografía simple de abdomen en bipedestación, que mostraba signos de obstrucción intestinal, por lo que se realizó una Tomografía Computarizada Multidetector (TCMD) con contraste intravenoso, donde se evidenció una obstrucción de ID secundaria a un bezoar. Durante el procedimiento quirúrgico se confirmaron los hallazgos de las pruebas de imagen.

**Discusión:**

Los bezoares son cuerpos extraños intestinales formados por la concreción de restos alimenticios o materiales pobremente digeridos (fibras vegetales, pelo...) que se acumulan en el estómago, y que pueden migrar al intestino delgado provocando una obstrucción.

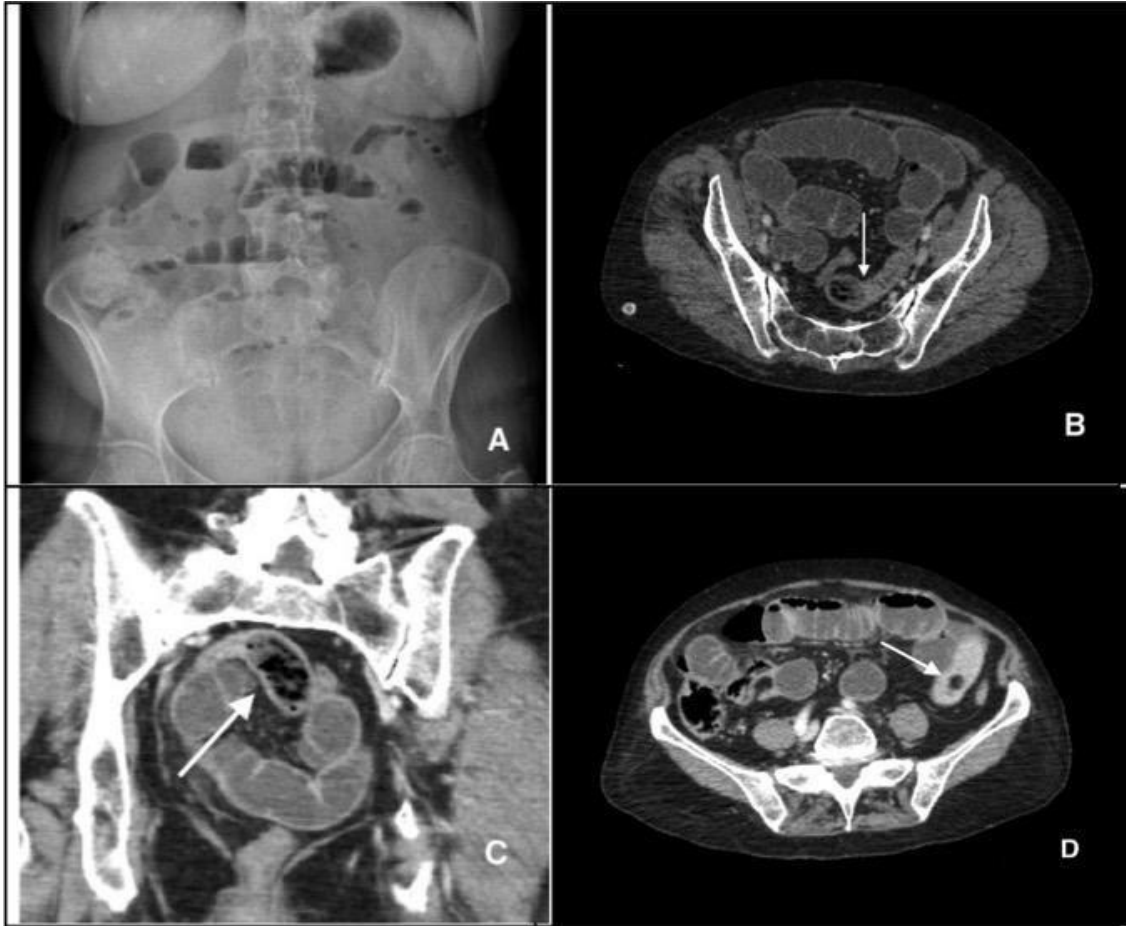
Es necesario diferenciarlos del patrón en miga de pan (PMP), más sugestivo de una obstrucción intestinal de características subagudas/crónicas, reversible en muchos casos con tratamiento conservador.

Los bezoares suelen estar bien definidos, tener una baja atenuación y menor longitud que el PMP, presentando en ocasiones una pared definida. Cuando causan una obstrucción, se encuentran en la zona de transición y no suelen asociar cambios inflamatorios de la grasa mesentérica.

**Conclusión:**

Los bezoares son una causa rara de obstrucción intestinal, pero su identificación y diferenciación del signo de las heces permite inclinar la balanza hacia el tratamiento quirúrgico.





**Figura 1-** A) Radiografía simple de abdomen con signos de obstrucción intestinal: asas de ID distendidas con niveles hidroaéreos, signo del collar de perlas, y ausencia de gas distal. B-C) TCMD con contraste: dilatación de asas de ID y cambio de calibre en íleon distal (1B-flecha), secundario a una imagen de densidad heterogénea y burbujas de aire en su interior, que se identificó como un bezoar (1C-flecha). D) Proximal a la obstrucción se objetivaba una imagen redondeada de densidad grasa (flecha), muy sensible para el diagnóstico de obstrucción secundaria a bezoar.

### Bibliografía:

1. Delabrousse E, Lubrano J, Saille N, Aubry S, Manton GA, Kastler BA. Small-bowel bezoar versus small-bowel feces: CT evaluation. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191(5):1465-8. doi:10.2214/AJR.07.4004
2. Chen YC, Liu CH, Hsu HH, Yu CY, Wang HH, Fan HL, et al. Imaging differentiation of phytobezoar and small-bowel faeces: CT characteristics with quantitative analysis in patients with small-bowel obstruction. *Eur Radiol.* 2015;25(4):922-31. doi:10.1007/s00330-014-3486-1
3. Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small bowel obstruction: what to look for. *RadioGraphics.* 2009;29(2):423-39. doi:10.1148/rg.292085514



<b>Caso</b>	(579) Hematometocolpos secundario a himen imperforado: causa de dolor abdominopélvico en adolescentes
<b>Autores</b>	Macarena Barreda Solana Juan Delgado Moraleda, Alejandro Montoya Filardi, Cecilia Gallegos Espinoza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario y Politécnico La Fe

**Presentación:**

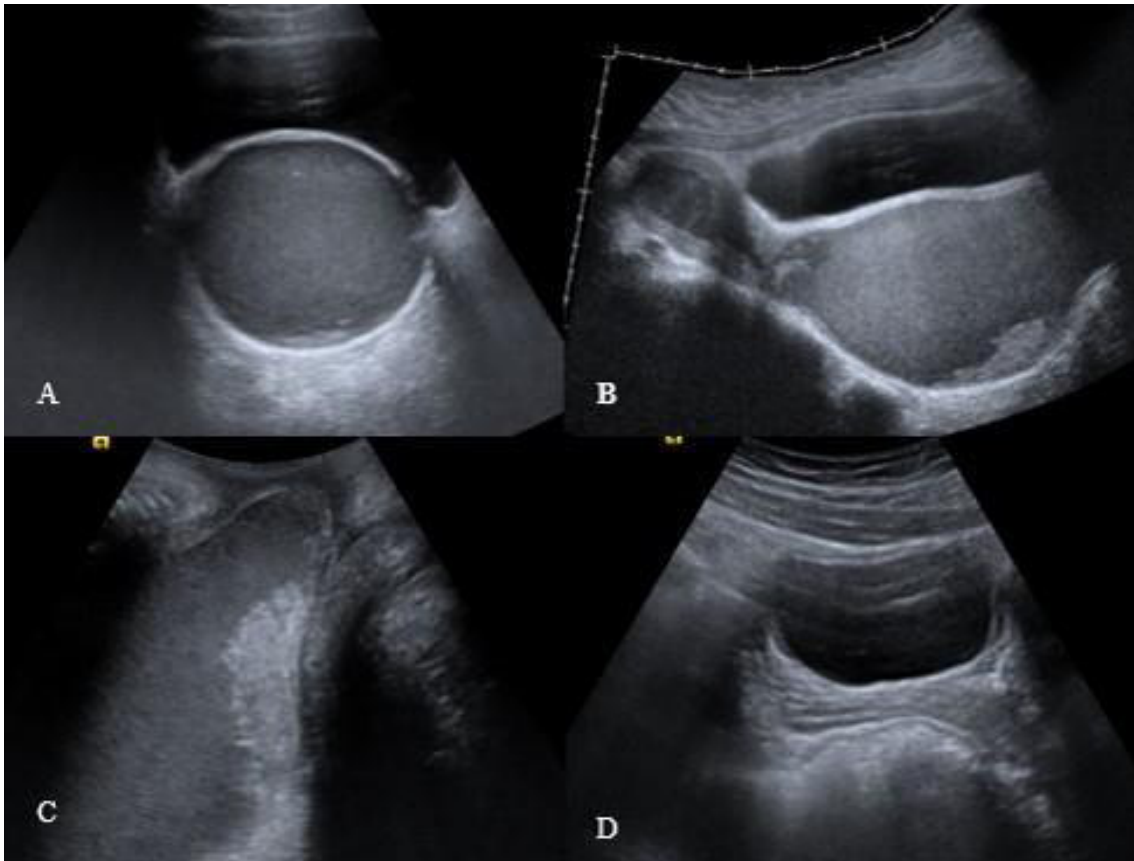
Paciente de sexo femenino de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos, ni antecedente de menarquia. Consulta con médico de cabecera por cuadro de disuria y poliaquiuria intermitente de 1 mes de evolución, analítica de orina normal. Se agrega al cuadro clínico dolor abdominal en hipogastrio de 5 días de evolución por lo que decide consultar en Servicio de Urgencia, a la exploración física se palpa masa en hipogastrio. Se solicita ecografía abdominal, en la cual se observa una estructura quística distendida en la línea media entre la vejiga y el recto de la paciente, que corresponde a dilatación de la cavidad uterina y de la vagina, con un fondo de saco abombado que se extiende hacia el periné, presentando contenido hiperecogénico con detritus en las zonas de declive, sin vascularización a la señal doppler color, realizándose el diagnóstico de hematometocolpos, secundario a himen imperforado. El tratamiento consistió en apertura del himen con drenaje del hematometocolpos y tratamiento antibiótico profiláctico. Tras lo cual, la paciente presenta alivio sintomático y normalización de la anatomía genital observada en ecografía de control.

**Discusión:**

Cualquier obstrucción del tracto vaginal durante el periodo prenatal, perinatal o adolescencia resulta en retención de secreciones vaginales y uterinas. El himen imperforado es la principal causa de obstrucción vaginal distal y cuando el diagnóstico es realizado en pacientes adolescentes las secreciones retenidas corresponden a productos menstruales. Si bien no es un cuadro frecuente (1 cada 2000 adolescentes), es fácilmente tratable..

**Conclusión:**

Este cuadro clínico debe ser sospechado en pacientes con amenorrea, dolor abdominal subagudo y masa palpable en hipogastrio. La ecografía abdominal es el principal estudio de imagen para confirmar el diagnóstico y valorar la integridad vaginal hasta el introito, descartando otras causas de su obstrucción como atresia vaginal a través de un abordaje perineal, todo esto asociado a un adecuado examen ginecológico.



**A y B:** Dilatación de cavidad uterina y vagina con contenido ecogénico en su interior. **C:** Abordaje perineal que muestra abombamiento distal de la vagina. **D:** Normalización de anatomía genital tras tratamiento.

### **Bibliografía:**

Drakonaki EE, Tritou I, Pitsoulis G et-al. Hematocolpometra due to an imperforate hymen presenting with back pain: sonographic diagnosis. J Ultrasound Med. 2010;29 (2): 321-2.

Jeffrey M. Levsky and Ross T. Mondshine. Hematometrocolpos Due To Imperforate Hymen in a Patient with Bicornuate Uterus.

American Journal of Roentgenology 2006; 186 (5): 1469-1470.

<b>Caso</b>	(580) Un postoperatorio inesperado: obstrucción intestinal secundaria a un hematoma intraluminal.
<b>Autores</b>	Irene Sánchez Serrano Juan Francisco Martínez Martínez, Andrés Francisco Jiménez Sánchez, Antonio Castillo García, María José Martínez Cutillas, Daniel Rodríguez Sánchez
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Paciente de 86 años que en el postoperatorio inmediato de una hernia crural incarcerada, presentó anemia, oliguria y alteración de la función renal junto con un vómito de características biliares y distensión abdominal. Se realizó una placa de abdomen donde se objetivaron signos sugestivos de obstrucción intestinal, por lo que se realizó una Tomografía Computarizada Multidetector (TCMD), en la que se evidenció una obstrucción de intestino delgado (OID) con cambio de calibre proximal a la anastomosis quirúrgica. Cerca de la cual la luz intestinal estaba ocupada por material hiperdenso de 35-40 UH, compatible con un hematoma intraluminal. El paciente fue intervenido, confirmando los hallazgos descritos en el informe radiológico.

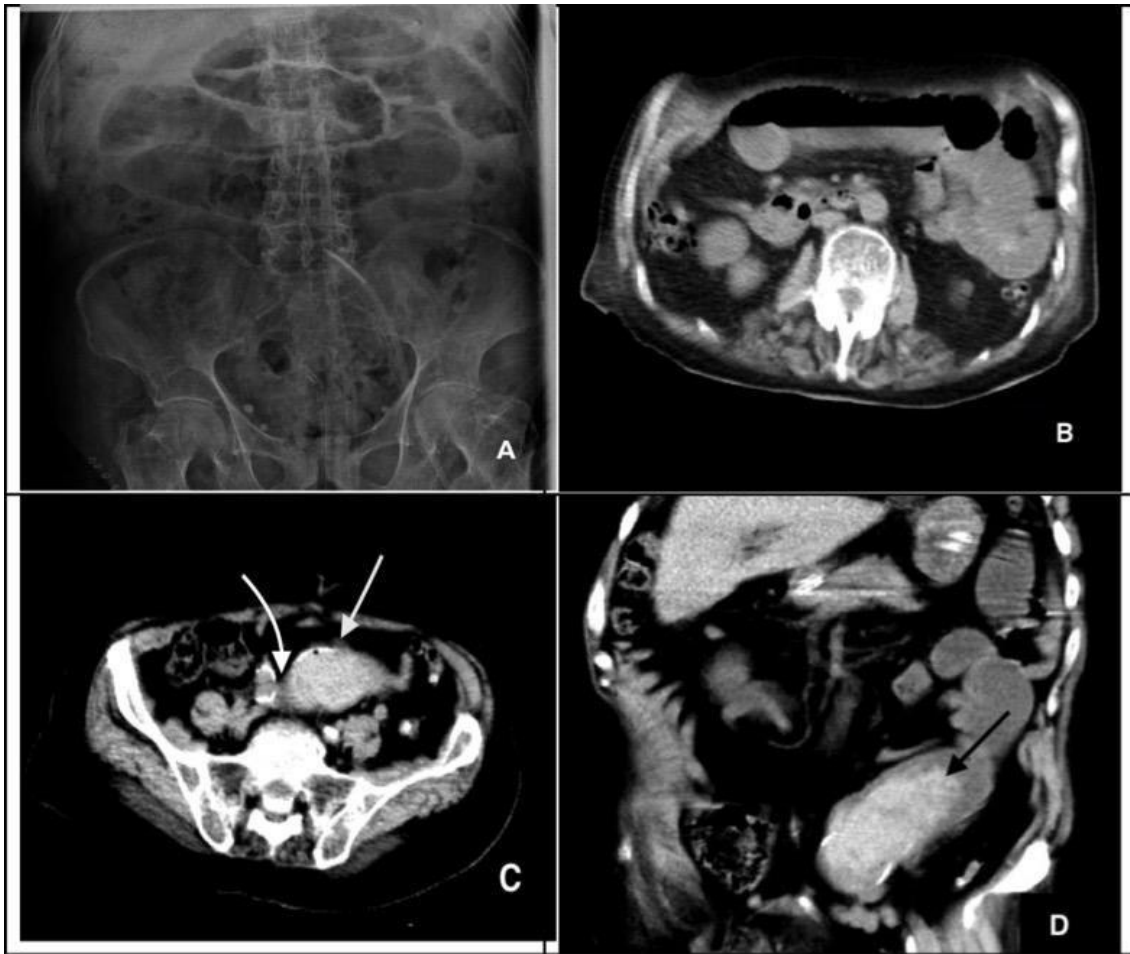
**Discusión:**

El hematoma intraluminal es una causa rara de obstrucción intestinal. Se ha descrito asociado a puntos sangrantes en pacientes con alteraciones de la coagulación, y a sangrados de la anastomosis en pacientes postquirúrgicos con y sin coagulopatías.

Debe diferenciarse del hematoma intramural, que se presenta como un engrosamiento hiperdenso y circunferencial de la pared intestinal, así como de otras causas de obstrucción intestinal.

**Conclusión:**

La obstrucción intestinal posquirúrgica secundaria a un hematoma intraluminal es una causa rara de obstrucción intestinal. Su rápido diagnóstico mediante la TCMD y la determinación de posibles puntos de sangrado, permite un rápido manejo de esta entidad.



**Figura 1-** A) Radiografía simple de abdomen donde se observan asas de intestino delgado dilatadas. B) Corte axial de TCMD sin contraste intravenoso donde se evidencia una dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos y disminución de calibre del intestino grueso, compatible con una OID. C) Cambio de calibre próximo a la anastomosis (línea curva) y ocupación de la luz intestinal por material hiperdenso (línea recta). D) Corte coronal donde se observa con mayor detalle la ocupación de la luz intestinal por un hematoma intraluminal (flecha).

### Bibliografía:

1. Green J, Ikuine T, Hacker S, Urrego H, Tuggle K. Acute small bowel obstruction due to a large intraluminal blood clot after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *J Surg Case Rep.* 2016;2016(8). doi:10.1093/jscr/rjw143
2. Medrano S, Guerra E, Prieto A, Vázquez L. Obstrucción intestinal en paciente en tratamiento con acenocumarol. *Rev Clin Esp* 2008;208(4):197-8. DOI: 10.1157/13117042

<b>Caso</b>	(581) LA IMPORTANCIA DE LA DENSIDAD DE LOS SENOS VENOSOS: TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL.
<b>Autores</b>	Renzo Javier Andrade Gonzales Juan F. Martínez Martínez, María D. Morales Cano, Andrés F. Jiménez Sánchez, Guilda Morell González
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Datos clínicos: Paciente varón de 44 años que tiene como antecedentes ser consumidor de heroína y actualmente diagnosticado de tuberculosis en tratamiento. Empezó hace 4 días con cefalea holocraneal intensa que ha ido en aumento empeorando en decúbito y con maniobras de valsalva, sin focalidad neurológica asociada. No refiere fiebre. Sospecha de hemorragia subaracnoidea. Descripción de los hallazgos: Se realiza tomografía computarizada (TC) simple donde se descarta hemorragia y se observa hiperdensidad del seno transversal izquierdo y del seno longitudinal superior, por lo que se decide realizar estudio con contraste para el estudio de senos venosos, evidenciando defecto de repleción en el seno transversal izquierdo y seno longitudinal superior (signo del delta vacío). Hallazgos compatibles con trombosis venosa cerebral.

**Discusión:**

Diagnóstico: Trombosis venosa cerebral.

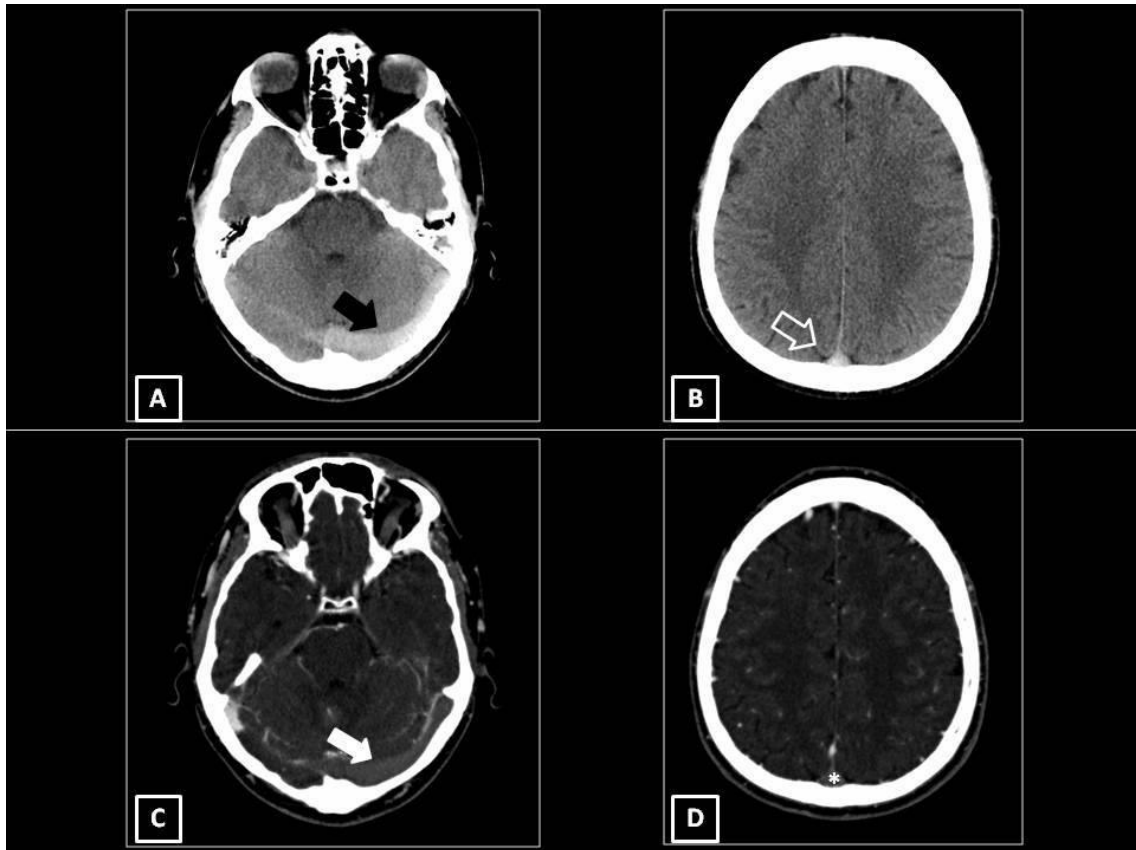
Reflexión docente: La trombosis venosa cerebral se refiere a la oclusión de senos venosos en la cavidad craneal, incluyendo trombosis venosa dural, trombosis de la vena cortical y trombosis venosa cerebral profunda.

La presentación clínica es variable, desde síntomas clínicos leves hasta el coma y la muerte. Los síntomas típicos son cefalea, náuseas, vómitos y déficit neurológico relacionado con infartos venosos.

La TC simple revela senos duros y, rara vez, venas corticales hiperdensas, relacionado con la presencia de coágulos dentro de la luz. El mejor signo para el diagnóstico es el signo del "delta vacío" en los estudios de TC y resonancia magnética con contraste, que se caracteriza por un realce dural rodeando un trombo en el lumen del seno afectado.

**Conclusión:**

La trombosis venosa cerebral se refiere a la oclusión de senos venosos en la cavidad craneal. La presentación clínica es inespecífica. En los estudios TC sin contraste puede sospecharse por el hallazgo de la hiperdensidad de los senos duros, siendo el signo del "delta vacío" en el estudio con contraste el mejor signo diagnóstico.



*Imagen A y B: Tomografía computarizada cerebral sin contraste, cortes axiales, muestra hiperdensidad del seno transversal izquierdo (flecha negra) y del seno longitudinal superior (flecha hueca). Imagen C y D: Tomografía computarizada cerebral con contraste intravenoso, cortes axiales, muestra defecto de repleción en el seno transversal izquierdo (flecha blanca) y en el seno longitudinal superior, signo del delta vacío (asterisco).*

### **Bibliografía:**

- 1.- Bonneville F. Imaging of cerebral venous thrombosis. *Diagn Interv Imaging*. Diciembre 2014; 95(12):1145-50.
- 2.- Leach JL, Fortuna RB, Jones BV, Gaskill-Shiple MF. Imaging of cerebral venous thrombosis: current techniques, spectrum of findings, and diagnostic pitfalls. *Radiographics*. Octubre 2006.
- 3.- Provenzale JM, Kranz PG. Dural sinus thrombosis: sources of error in image interpretation. *AJR*. Enero 2011; 196(1):23-31.



<b>Caso</b>	(583) Masa que sugiere teratoma maduro, aunque no siempre es lo que parece.
<b>Autores</b>	Alba Mas Sánchez Cristina Narvaez, Angeles Franco, Paula Bartumeus
<b>Centro</b>	Hospital San Juan

### **Presentación:**

Mujer de 33 años con dolor abdominal de 12h de evolución acompañado de náuseas y vómitos, test gestacional negativo. Se realizó ecografía y TC abdomino-pélvico (figura 1). Ante los hallazgos se trató con cirugía laparoscópica que reveló lesión encapsulada con contenido líquido grasiento y masa con abundante pelo y huesos. El estudio anatomopatológico describió estructura fetiforme, con estructuras óseas, se realizó una radiografía de la pieza (figura1,D)

### **Discusión:**

El diagnóstico diferencial se establece entre teratoma maduro y fetus in fetu, las pruebas de imagen, junto con el estudio patológico indican que se trata de un fetus in fetu.

El "Fetus in fetu" (FiF) es una malformación congénita poco frecuente, una embriogénesis anómala en la que un feto queda en el interior del otro. Su incidencia es de 1:500.000 recién nacidos vivos.

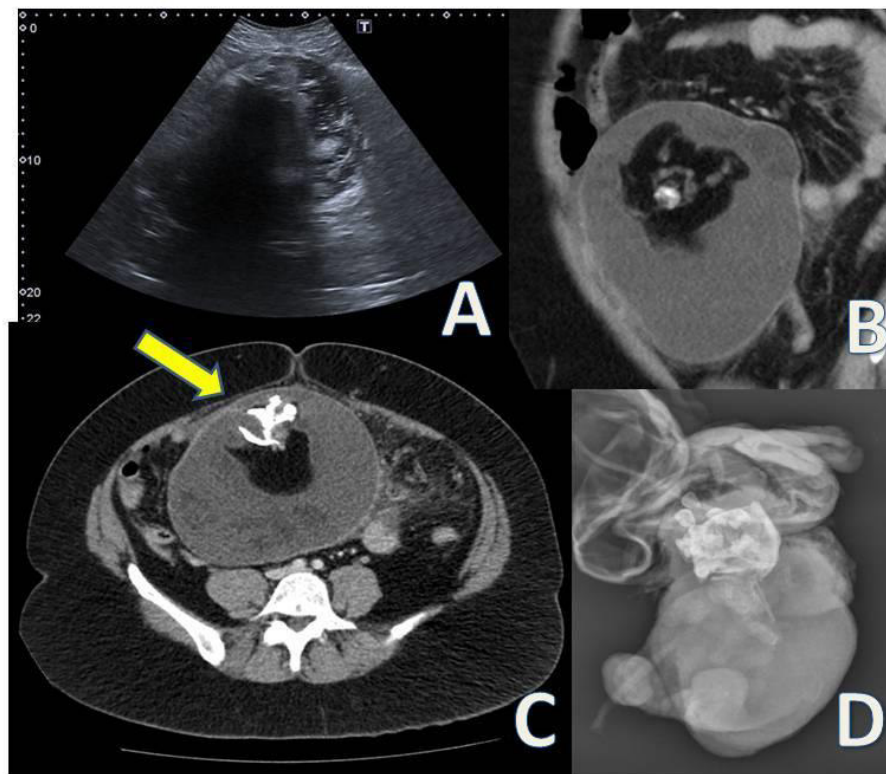
El FiF suele tener una cápsula con contenido líquido, correspondientes a su bolsa y líquido amniótico. Tiene aspecto de feto en desarrollo, puede contener estructuras del sistema nervioso, tracto gastrointestinal o urinario y huesos largos bien diferenciados, los cuerpos vertebrales son patognomónicos, y es excepcional la existencia de corazón o encéfalo.

El 80% de los FiF se localizan en región retroperitoneal. Se suele presentar como masa abdominal, su crecimiento puede comprometer estructuras adyacentes, por lo que la resección quirúrgica es la opción terapéutica.

El principal diagnóstico diferencial es con el teratoma altamente diferenciado. La existencia de cuerpos vertebrales indica que el feto parásito alcanzó la etapa primitiva embriogénica precursora de la columna vertebral. El teratoma se origina por un crecimiento descontrolado de células pluripotenciales sin organogénesis ni segmentación vertebral.

### **Conclusión:**

A pesar de que el "Fetus in fetu" es una patología poco frecuente debemos conocer sus características radiológicas y diferenciarlo del teratoma maduro ovárico.



*Ecografía abdominal (A), masa redondeada compleja, bien definida, con calcificaciones en su interior. TC abdominopélvico con contraste iv, corte coronal (B) y axial (C), masa ovalada heterogénea de 15cm, con diferentes componentes de predominio líquido, tejido de partes blandas e imágenes de densidad cálcica agrupadas (flecha). Radiografía de la pieza quirúrgica (D) de morfología fetiforme con calcificaciones que recuerdan a estructuras óseas.*

### **Bibliografía:**

- Patankar T, Fatterpekar GM, Prasad S et-al. Fetus in fetu: CT appearance--report of two cases. *Radiology*. 2000;214: 735-7.
- Hoeffel CC, Nguyen KQ, Phan HT et-al. Fetus in fetu: a case report and literature review. *Pediatrics*. 2000;105:1335.4.doi:10.1542/peds.105.6.1335
- Brand A, Alves MC, Saraiva C et-al. Fetus in fetu--diagnostic criteria and differential diagnosis--a case report and literature review. *J. Pediatr. Surg.* 2004;39 (4): 616-8. *J. Pediatr. Surg.*

<b>Caso</b>	(584) SÍNDROME DE CASCANUECES
<b>Autores</b>	Renzo Javier Andrade Gonzales Juan F. Martínez Martínez, Francisca Velázquez Marín, Santiago Ibañez Caturla, Elena López, Banet, Guilda Morell González.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Datos clínicos: Paciente mujer de 41 años que presenta dolor en fosa renal izquierda irradiado a fosa iliaca e hipogastrio de 10 días de evolución. No fiebre, nauseas ni vómitos. En el sedimento urinario se encontró hematuria. Se descarta patología ginecológica. Descripción de los hallazgos: Se realiza una ecografía donde se descarta apendicitis aguda y se decide realizar tomografía computarizada abdominopélica, donde se evidencia dilatación de vena ovárica izquierda y congestión venosa del ovario izquierdo. En las reconstrucciones se aprecia compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Hallazgos compatibles con Síndrome de Cascanueces y congestión pélvica asociada.

**Discusión:**

Diagnóstico: Síndrome de cascanueces.

Reflexión docente: El síndrome de Cascanueces se refiere a la compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, causando hipertensión venosa renal y dilatación secundaria de las venas gonadales. Su ruptura dentro del tracto urinario da lugar a la hematuria clásica. La formación de varices en las venas gonadales puede llevar al síndrome de congestión pélvica, donde la historia clásica sería dolor de costado exacerbado por sentarse, estar de pie o caminar.

El diagnóstico de "Síndrome de Cascanueces" puede ser confirmado por venografía renal con medida de gradiente de presión entre la vena izquierda y la vena cava inferior. Pero este síndrome es raro, indoloro y difícil de diagnosticar. En caso de hematuria grave, el síndrome del cascanueces debe ser siempre considerado en el diagnóstico diferencial.

Actualmente se recomienda tomografía abdominal con contraste o resonancia magnética con angiografía en el diagnóstico no invasivo de pacientes con hematuria inexplicable y dolor de flanco.

**Conclusión:**

El síndrome del cascanueces es una enfermedad rara y los radiólogos necesitan tener un alto índice de sospecha en los pacientes que presentan hematuria y dolor abdominal.



*Tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste intravenoso. Corte axial [A] y sagital [B] muestra compresión de la vena renal izquierda (flechas negra y blanca). Corte coronal [C] muestra dilatación de la vena ovárica (asterisco). Corte sagital [D] muestra congestión venosa ovárica izquierda (flecha hueca).*

### **Bibliografía:**

- 1.- Gulleroglu K, Gulleroglu B, Baskin E. Nutcracker syndrome. World J Nephrol. Noviembre 2014; 3(4):277-81.
- 2.- Muraoka N, Sakai T, Kimura H, Uematsu H, Tanase K, Yokoyama O, Itoh H. Rare causes of hematuria associated with various vascular diseases involving the upper urinary tract. Radiographics. Mayo-junio 2008; 28(3):855-67.
- 3.- Little AF, Lavoipierre AM. Unusual clinical manifestations of the Nutcracker Syndrome. Australas Radiol. Junio 2002; 46(2):197-200.

<b>Caso</b>	(586) Laceración esplénica por Plasmodium vivax
<b>Autores</b>	Jessie Zulay Ramírez Calderón Virginia Navarro Cutillas, Nancy Guerrero Salcedo, Elena Martínez Chamorro, Susana Borrueal Nacenta
<b>Centro</b>	Doce de Octubre

**Presentación:**

Varón de 33 años, paquistaní, en España desde hace 3 meses, acude por dolor abdominal de una semana de evolución localizado en hipocondrio y flanco izquierdos con vómitos y fiebre de 4 días. A la exploración destaca ictericia conjuntival y en la analítica un aumento de la creatinina, PCR elevada y plaquetopenia. Nos solicitan ecografía abdominal encontrándose esplenomegalia y líquido periesplénico heterogéneo por lo que se realiza TC abdominopélvico con CIV objetivándose laceración esplénica con hemoperitoneo asociado en espacios periesplénico, subhepático y gotieras parietocólicas. Con los hallazgos se realiza gota gruesa dando positivo para plasmodium vivax. Posterior al tratamiento antipalúdico el paciente presente mejoría progresiva dándose el alta con control por imagen en otro centro.

**Discusión:**

La malaria es endémica en la mayoría del mundo tropical con más de medio millón de muertes cada año (1). Produce múltiples complicaciones entre ellas la rotura esplénica, cuya incidencia, aunque desconocida, se estima en un 2%, aunque algunos refieren hasta 8,8%(2). Ésta es más común con Plasmodium vivax. (1) el cual suele causar mayor esplenomegalia.

Se proponen tres mecanismos diferentes:

1- Hiperplasia celular y congestión venosinusoidal con aumento de la presión y estrés capsular.

2- Oclusión vascular por células retículoendoteliales que resulta en fenómenos trombóticos e isquémicos.

3- aumento de la presión abdominal (toser, reír) que pueden causar daño en un bazo friable. (3)

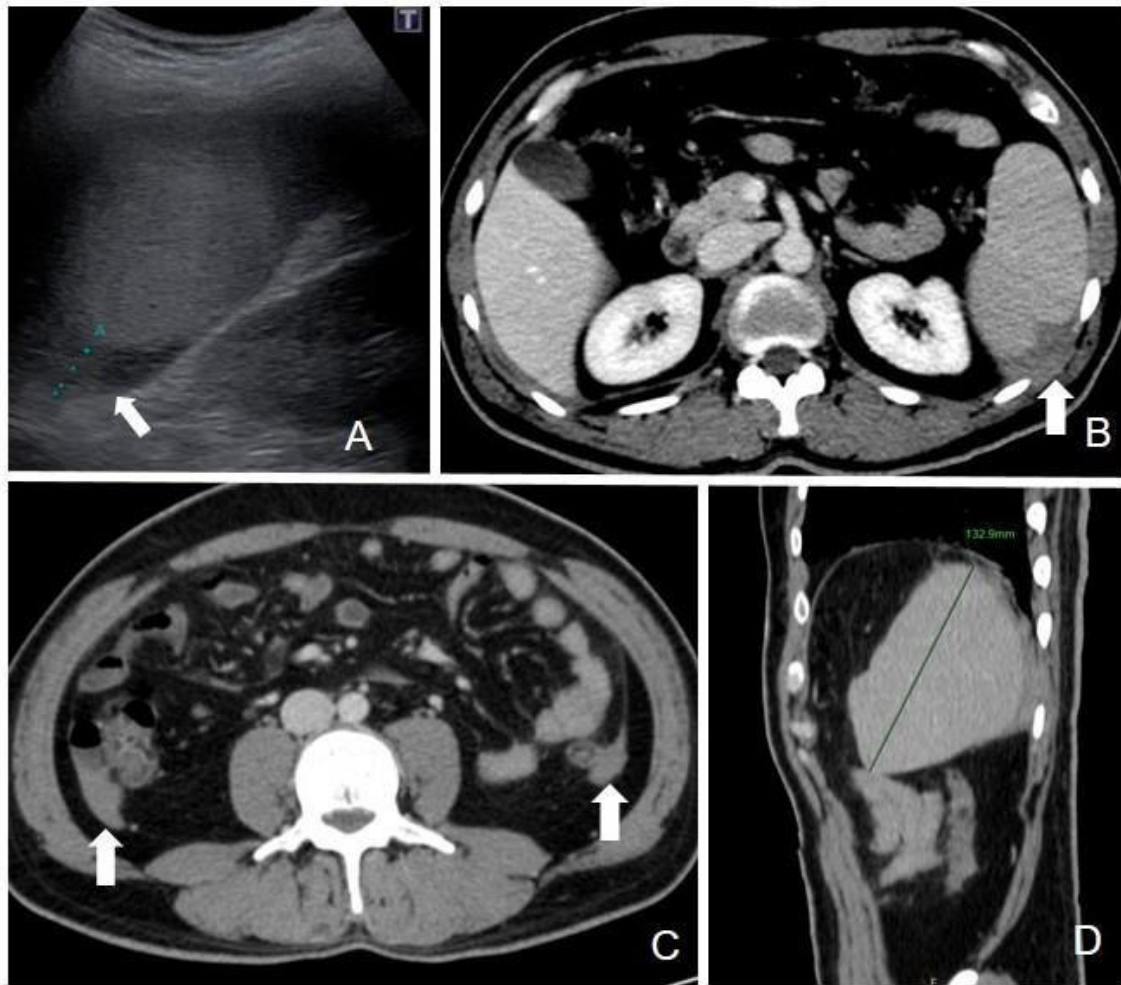
Clínicamente se presenta con shock hipovolémico y peritonismo (1).

El diagnóstico se realiza mediante ecografía o TC encontrándose hemoperitoneo, esplenomegalia, hematoma subcapsular y/o laceraciones o hematomas esplénicos. (4)

El tratamiento puede ser conservador o mediante embolización (5) en pacientes estables o llegar a esplenectomía en inestables.

**Conclusión:**

La rotura esplénica es una complicación grave y rara, aunque infraestimada, de la malaria. Se debe sospechar en pacientes provenientes de zonas endémicas con dolor abdominal (en hipocondrio izquierdo) y signos hipotensivos.



**A.** Corte ecográfico que demuestra líquido periesplénico heterogéneo (flecha). **B.** En el TC abdominopélvico con CIV se observa laceración esplénica y hemoperitoneo asociado (flecha) que se extiende a espacios subhepático y gotieras parietocólicas (flechas en C). **D.** Esplenomegalia de 13 cm

### Bibliografía:

1. Waweru P, Macleod J, Gikonyo A. Complicated malaria and a covert ruptured spleen: a case report Journal of Surgical Case Reports 2014; (2 pages) doi:10.1093/jscr/rju122
2. Machado Siqueira A. et al. Spleen rupture in a case of untreated Plasmodium vivax infection PLOS neglected tropical diseases. Vol 6 Issue 12 e1934. 2012

3. Osman M F. et al. Non-operative management of malarial splenic rupture: The Khartoum experience and an international review *International Journal of Surgery*. 10 (2012) 410-414.
4. Lemmerer R et al Case report: spontaneous rupture of spleen in patient with *Plasmodium ovale* malaria. *Wien Klin Wochenschr The Central European Journal of Medicine*. (2016) 128:74–77 DOI 10.1007/s00508-015-0888-2
5. Na Hee Kim, Kyung Hee Lee, Yong Sun Jeon, Soon Gu Cho, Jun Ho Kim Spontaneous Splenic Rupture in a Vivax Malaria Case Treated with Transcatheter Coil Embolization of the Splenic Artery *Korean J Parasitol* Vol. 53, No. 2: 215-218, April 2015 <http://dx.doi.org/10.3347/kjp.2015.53.2.215>

<b>Caso</b>	(587) ¿A todo gas? Cistitis enfisematosa disecando la pared abdominal anterior.
<b>Autores</b>	Jessie Zulay Ramírez Calderón Virginia Navarro Cutillas, Nancy Guerrero Salcedo, Elena Martínez Chamorro, Susana Borrueal Nacenta
<b>Centro</b>	Doce de Octubre

### Presentación:

Mujer de 90 años que acude a urgencias por disfagia pero refiere dolor abdominal de varios días de evolución, presentando deterioro de la función renal en la analítica. Se le realiza una radiografía simple de abdomen encontrándose gas rodeando a la vejiga sugestivo de cistitis enfisematosa. Se decide realizar TC abdominopélvico sin CIV el cual confirmó el gas intramural vesical, en espacio perivesical y extendiéndose cranealmente disecando la pared abdominal anterior. Se sugiere cistitis enfisematosa con perforación extraperitoneal vesical versus fascitis necrotizante asociada. Se demuestra E. coli en urocultivo. Al mes se realiza un control, tras tratamiento intravenoso antibioticoterápico y oral, con práctica resolución del enfisema.

### Discusión:

La cistitis enfisematosa consiste en la presencia de vesículas gaseosas en la mucosa, músculo detrusor o en la luz vesical (1). Es más frecuente en mujeres y en mayores de 45 años (2).

Se asocia a diabetes (más del 50%), también a estasis urinario crónico, procesos obstructivos, vejiga neurógena, catéteres ureterales e ITUs crónicas (1,3).

Las bacterias más comunes son *Escherichia coli* (58%) y *K. pneumoniae* (21%), que fermentan glucosa produciendo finalmente dióxido de carbono (4).

Puede presentarse con disuria, piuria, bacteriuria, hematuria, glucosuria y neumatúria (signo más específico) o ser asintomática. La radiografía simple, ecografía y/o tomografía computarizada confirman el diagnóstico (1).

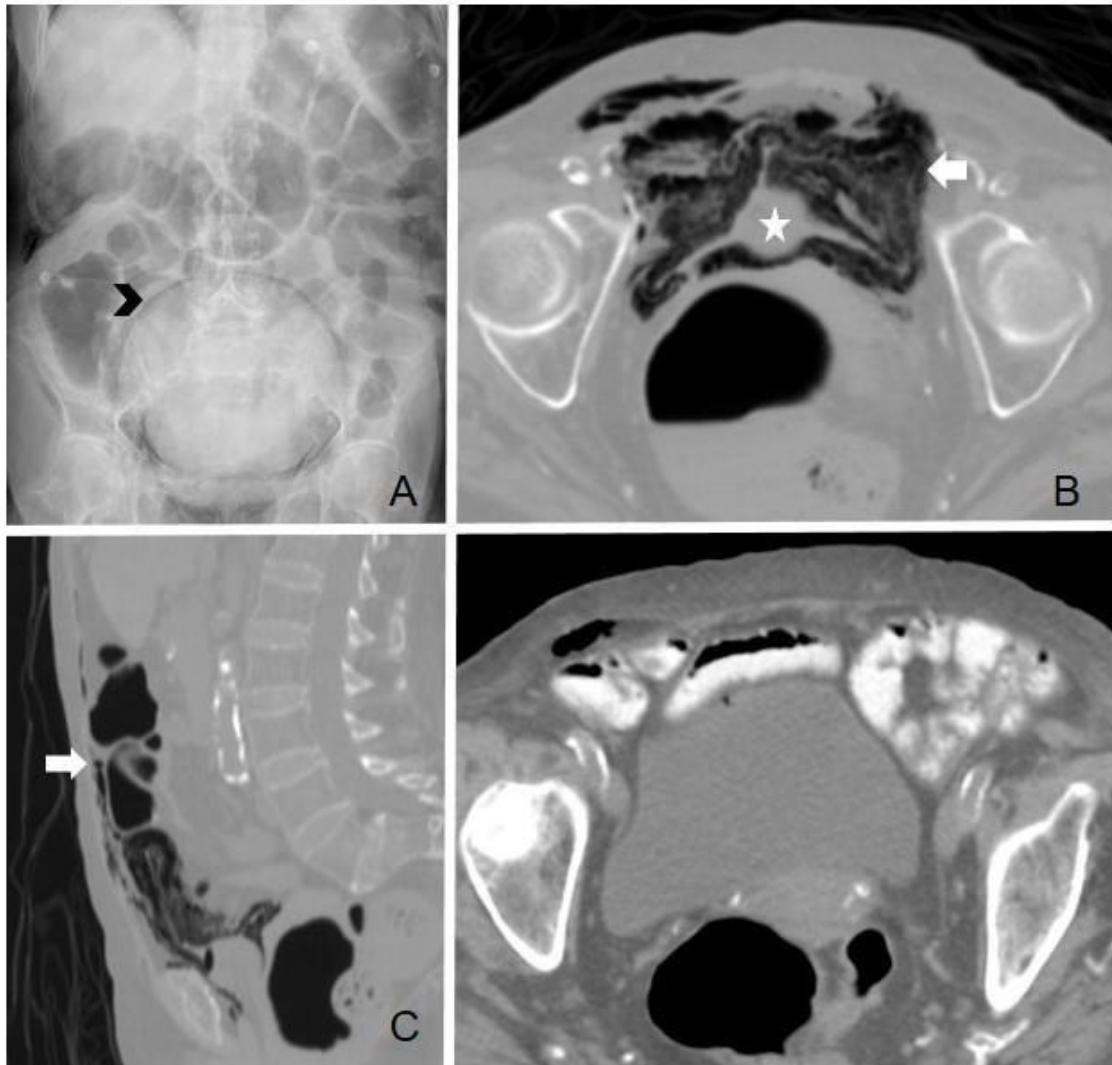
El diagnóstico diferencial incluye instrumentación urológica previa, fístulas entre la vejiga y estructuras vecinas (intestino, vagina), procesos neoplásicos/inflamatorios, radioterapia previa, traumatismos, gas intrapelviano extravesical (abscesos pélvicos) y procesos ginecológicos, como la gangrena gaseosa uterina y la vaginitis enfisematosa (1).

Su tratamiento consiste en antibióticoterapia intravenosa y algunas veces cirugía y, a pesar de la mortalidad aproximada del 20%, su pronóstico suele ser favorable en la mayoría de los casos (4).

### Conclusión:

La cistitis enfisematosa es una entidad de diagnóstico exclusivo por imagen que, aunque grave, suele tener una evolución favorable con tratamiento adecuado





**A.** Radiografía simple de abdomen en la que se observa gas rodeando y delimitando la vejiga (punta de flecha). **B** Tomografía abdominopélvica sin CIV: corte axial que confirma gas intramural y perivesical (flecha) extendiéndose a través de los músculos de la pared abdominal hasta el tejido celular subcutáneo. Sonda Foley (estrella) **C.** corte sagital en el que se aprecia la extensión craneal por la pared abdominal anterior. **D** Control al mes con TC abdominopélvico sin CIV y con contraste oral en el que solo se identifica una pequeña burbuja en pared vesical anterior.

### Bibliografía:

1. J. Borrego Gómez et al Infecciones Enfisematosas en el abdomen y pelvis: hallazgos radiológicos y diagnóstico diferencial. Congreso: SERAM 2012, Poster no.: S-0056. Madrid. DOI: 10.1594/seram2012/S-0056
2. M. A. Udaondo Cascante, et al B. A propósito del gas ectópico Congreso: SERAM 2012 Poster no.: S-1268 Valladolid DOI: 10.1594/seram2012/S-1268

3. Tal Maya, et al Demonstrative Imaging of Emphysematous Cystitis Urology Case Reports Volume 6, May 2016, Pages 56–57

4. Balanc?a A. Bladder rupture secondary to emphysematous bladder: A diabetic patient report. Ann Phys Rehabil Med. 2016 Sep;59S:e106. doi: 10.1016/j.rehab.2016.07.235.

DOI: 10.1016/j.rehab.2016.07.235

<b>Caso</b>	(590) Disección de arterias viscerales, una rara causa de dolor abdominal en paciente de mediana edad
<b>Autores</b>	Juan Francisco Ferrer Soriano Laura Fernández Navarro, Álvaro Moyano Portillo
<b>Centro</b>	Hospital Virgen de las Nieves

**Presentación:**

Varón de 50 años sin otros antecedentes de interés que debuta con intenso dolor abdominal no irradiado y náuseas. La exploración abdominal es dolorosa a la palpación profunda en epi-mesogastrio sin signos de peritonismo. Las pruebas de laboratorio son normales. Se realiza ecografía abdominal sin alteraciones significativas. Ante la persistencia del dolor pese a tratamiento se realiza endoscopia digestiva alta que no encuentra hallazgos patológicos.

**Discusión:**

Finalmente se solicita Angio-TC abdominal, en el que se visualizan dos “flap” de disección arterial, uno en tronco celiaco(1.C) sin extensión a ramas ni repercusión hemodinámica visceral; y otro en arteria mesentérica superior, que se extiende por varias ramas yeyuno-ileales mostrando trombosis de la luz falsa con oclusión vascular de algunas y repermeabilización distal (1.A, B, D). Asocia mínimo engrosamiento mural por edema de asas yeyunales.

El paciente es intervenido de urgencia mediante colocación endovascular de sendos Stent en tronco celiaco y AMS. Se realiza exploración abdominal por vía laparoscópica apreciando signos de sufrimiento de asas yeyunales con posterior recuperación de viabilidad.

La disección espontánea de arterias viscerales es muy rara, con muy pocos casos descritos en la literatura, y su etiología es desconocida. Ocurre con mayor frecuencia en pacientes de edad media (50-60 años) con cierto predominio en varones. Se han descrito factores de riesgo y causas tales como aterosclerosis, hipertensión, displasia fibromuscular, enfermedades del tejido conectivo, necrosis quística de la media, mediolisis arterial segmentaria, etc.

No existe un protocolo rígido de tratamiento, sino que depende de la situación clínica del paciente y los hallazgos por imagen, comprendiendo desde el manejo conservador hasta la revascularización quirúrgica.

**Conclusión:**

Aunque es infrecuente, no debemos olvidar la patología de arterias viscerales como posible causa de dolor abdominal agudo en el paciente joven. Se reporta un raro caso de disección de arterias viscerales abdominales.



**Fig 1. A), B) y D) Disección de AMS y ramas yeyunales con trombosis de la luz falsa, oclusión parcial/total de la luz vascular y repermeabilización distal. C) Flap de disección en tronco celiaco.**

### **Bibliografía:**

Aydin, S., Ergun, E., Fatihoglu, E., Durhan, G., Kosar, P.N. Spontaneous isolated celiac artery and superior mesenteric artery dissections: a rare case. *Pol J Radiol.* 2015;80:470–472

D'Ambrosio N, Friedman B, Siegel D, Katz D, Newatia A, Hines J, Spontaneous isolated dissection of the celiac artery: CT findings in adults *AJR Am J Roentgenol* 2007 188(6):W506-11.

Nonami S, Nakanishi T, Tanizaki S, Matsumoto T, Sera M, Maeda S, Characteristics and diagnostic pitfalls of spontaneous visceral artery dissection in the emergency department *Am J Emerg Med* 2016 34(6):1092-96.

Takayama T, Miyata T, Shirakawa M, Nagawa H: Isolated spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *J Vasc Surg*, 2008; 48(2): 329–33

<b>Caso</b>	(591) Rotura diafragmática postraumática: patología infrecuente con alta morbimortalidad.
<b>Autores</b>	Guilda Morell González Juan Francisco Martínez Martínez, Blanca García-villalba Navaridas, María Carolina Gutiérrez Ramírez, María José Martínez Cutillas, Renzo Javier Andrade Gonzáles.
<b>Centro</b>	Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Varón de 35 años que sufre politraumatismo por accidente de tráfico de alto impacto, saliendo despedido del vehículo. Se realiza TC con protocolo "total body". A nivel torácico se observan, en las imágenes opacidades pulmonares posteriores bilaterales compatibles con contusiones y se identifica ocupación parcial del hemitórax izquierdo por un material de densidad líquido con atelectasia compresiva del lóbulo inferior izquierdo. En las reconstrucciones coronales se observa, más claramente, que se trata de una herniación intratorácica de casi la totalidad del estómago con abundante contenido líquido y de un pequeño componente graso. Además, se aprecia una discontinuidad en la región posterior del hemidiafragma izquierdo.

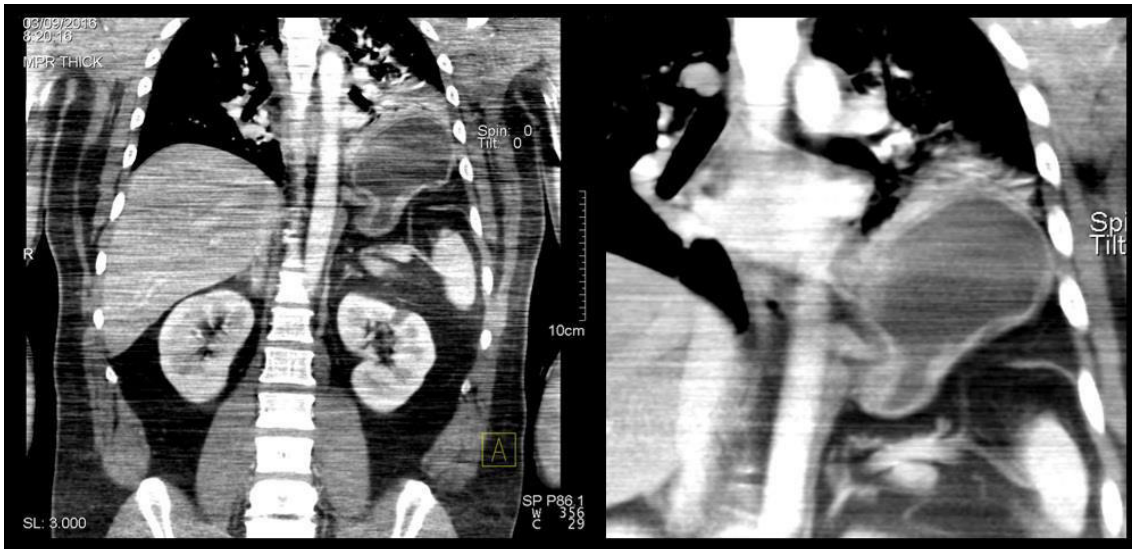
**Discusión:**

Se realizó el diagnóstico de rotura diafragmática secundaria a traumatismo cerrado de alto impacto, con herniación subtotal del estómago. El paciente se intervino quirúrgicamente y se suturó el defecto diafragmático.

Las lesiones diafragmáticas tras un traumatismo tóraco-abdominal cerrado son poco frecuentes (menos del 10%). No obstante, asocian una alta morbilidad y mortalidad, por lo que se hace imprescindible su correcto diagnóstico de forma precoz. La técnica de imagen de elección es la TC. Podemos identificar la rotura de manera directa, mediante un defecto segmentario o la ausencia de visualización diafragmática, o a través de signos indirectos, por ejemplo, la herniación visceral intratorácica y signos como el de las vísceras dependientes o el del collar y la joroba. La administración de contraste y las reconstrucciones multiplanares aumentan la exactitud diagnóstica.

**Conclusión:**

La rotura diafragmática es una patología de alta morbimortalidad que, aunque es poco frecuente tras un traumatismo cerrado de alto impacto, debe sospecharse siempre ya que la demora del tratamiento adecuado podría tener consecuencias nefastas. La TC es la técnica de imagen de elección para su diagnóstico, siendo fundamentales las reconstrucciones multiplanares.



***Reconstrucciones coronales MIP donde se observa la herniación intratorácica del estómago y grasa abdominal, con atelectasia pulmonar del LII, así como un defecto del hemidiafragma izquierdo.***

### **Bibliografía:**

Bonatti M, Lombardo F, Vezzali N, Zamboni GA, Bonatti G. Blunt diaphragmatic lesions: Imaging findings and pitfalls. World J Radiol. 2016; 8(10): 819-28.

Desir A and Ghaye B. CT of blunt diaphragmatic rupture. Radiographics. 2012; 32:477-498.

Lanci AR, Gotway MB, Litt HI et al. Helical CT with sagittal and coronal reconstructions: accuracy for detection of diaphragmatic injury. AJR Am J Roentgenol 2002; 179:451-57.

<b>Caso</b>	(592) FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA INDUCIDA POR BEVACIZUMAB
<b>Autores</b>	María Victoria Álvarez Martínez Rosa María Piqueras Olmeda, Juan Jose Delgado Moraleda
<b>Centro</b>	Universitari i Politecnic La Fé

### **Presentación:**

Presentamos una paciente de 62 años que acude al servicio de Urgencias por hematemesis, rectorragia y síncope. La paciente presenta una neoplasia de cérvix en estadio IV, tratada con radioterapia y quimioterapia (Carboplatino, Taxol y Bevacizumab). La paciente muestra inestabilidad hemodinámica y disminución de las cifras de hematocrito por lo que se solicita un estudio de TC ante la sospecha de sangrado abdominal activo. El estudio radiológico realizado demuestra abundante contenido hemático en asas intestinales, localizando un punto de fuga de contraste desde la aorta hacia el duodeno. No se observaba ninguna alteración en la pared de la aorta que predispusiera a una fístula aorto-entérica.

### **Discusión:**

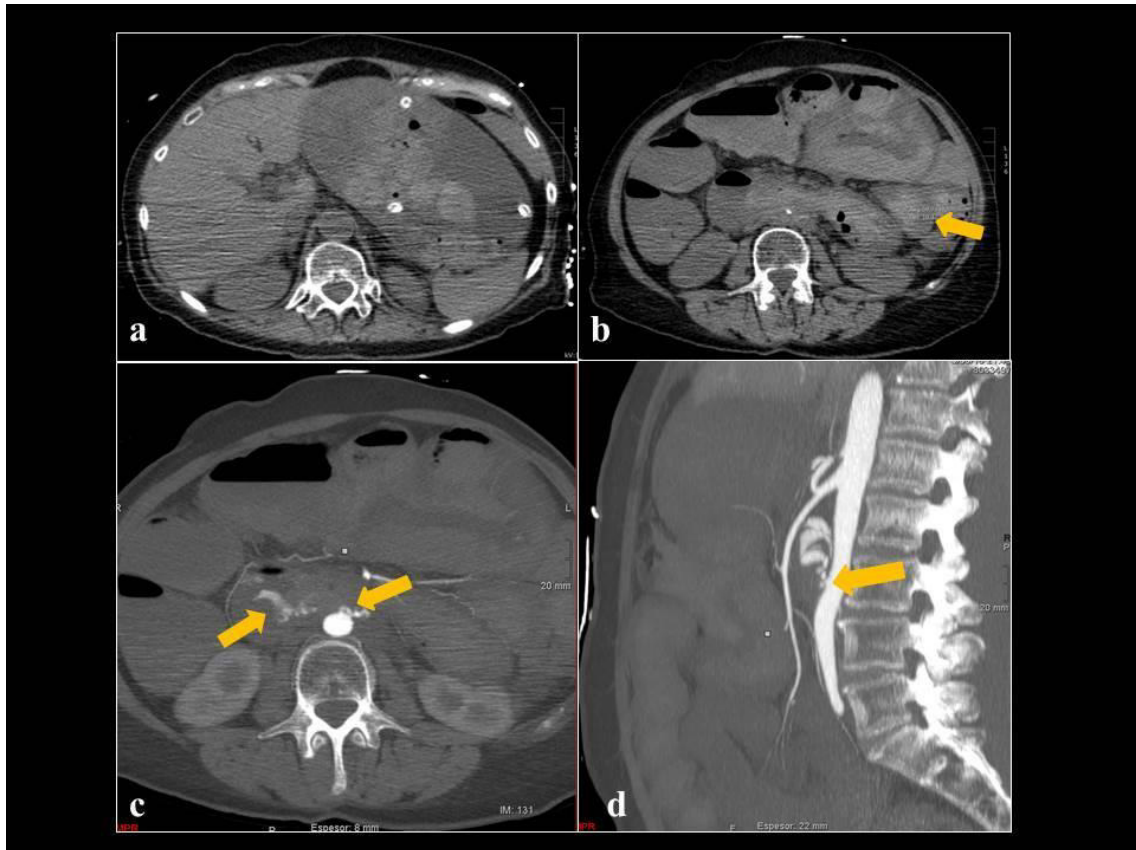
Las fístulas aorto-entéricas (FAE) representan una causa infrecuente de sangrado digestivo, asociándose a una elevada mortalidad si existe demora en su diagnóstico y por tanto en su tratamiento. Dichas fístulas pueden ser primarias, asociadas a aneurismas de aorta abdominal, o secundarias, asociadas a prótesis de aorta abdominal.

Nuestra paciente no presentaba ninguna de las dos premisas clásicas para la presentación de una FAE. En una búsqueda de la posible causa de la misma en la literatura, encontramos relación entre el tratamiento con Bevacizumab (que estaba recibiendo nuestra paciente) y el desarrollo de FAE.

El Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal utilizado en multitud de neoplasias por efecto antiangiogénico. Interfiere en la microvasculatura de la pared del intestino, causando isquemia y trombosis de los vasos, con consecuente ulceración y perforación de la mucosa como efecto secundario.

### **Conclusión:**

En la literatura consultada se encuentran varios artículos que ponen de manifiesto la aparición de fístulas colovesicales, colovaginales, colorrectales y colcutáneas, en relación con el Bevacizumab, siendo la fístula aortoentérica un efecto secundario también posible e infrecuente.



**Figura 1. a y b) Abundante contenido hemático en asas intestinales. c y d) Sangrado activo a duodeno desde fístula aorto-entérica.**

### **Bibliografía:**

1. Borofsky SE, Levine MS, Rubesin SE, Tanyi JL, Chu CS, Lev-Toaff AS. Bevacizumab-induced perforation of the gastrointestinal tract: clinical and radiographic findings in 11 patients. *Abdom Imaging*. 2013 Apr;38(2):265-72.
2. Pepper AN1, Valenzuela MO, Oller KL. Aortoduodenal fistula in a patient on intravitreal bevacizumab injections: a case report. *American Journal of Therapeutics* 2015 May-Jun;22(3):e75-6.
3. Abu-Hejleh T1, Mezhir JJ, Goodheart MJ, Halfdanarson TR. Incidence and management of gastrointestinal perforation from bevacizumab in advanced cancers. *Current Oncology Reports*. 2012 Aug;14(4):277-84



<b>Caso</b>	(593) Infección periprotésica: rara complicación de las endoprótesis de aneurismas de aorta abdominal
<b>Autores</b>	Macarena Barreda Solana Juan Delgado Moraleda, Cecilia Gallegos Espinoza, Celia Guzmán Botero
<b>Centro</b>	Hospital Universitario y Politécnico La Fe

**Presentación:**

Paciente de sexo masculino de 81 años, intervenido para exclusión de aneurismas iliacos bilaterales mediante colocación de endoprótesis aorto-biiliaca. Consulta en Servicio de Urgencia 2 meses tras la cirugía, por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por fiebre y dolor lumbar irradiado a glúteo y pierna derecha. Se realiza AngioTC abdominal en el cual se observaba adyacente al aneurisma iliaco derecho portador de endoprótesis, una colección mal delimitada con presencia de burbujas de aire, que se extendía hasta el raquis lumbosacro y psoas lumbar, condicionando cambios erosivos en el cuerpo vertebral de L5 y S1, compatible con absceso perianeurismático con afectación ósea lumbar. No evidenciándose fuga de contraste. Se realiza RM lumbosacra en donde se observan hallazgos que confirman el diagnóstico (Colección perianeurismática con cambios de aumento de señal en STIR en tejidos blandos y vertebras, con aumento de la captación de contraste y restricción a la difusión). El manejo terapéutico consistió en el drenaje percutáneo de las colecciones abdominales y terapia antibiótica por largo plazo.

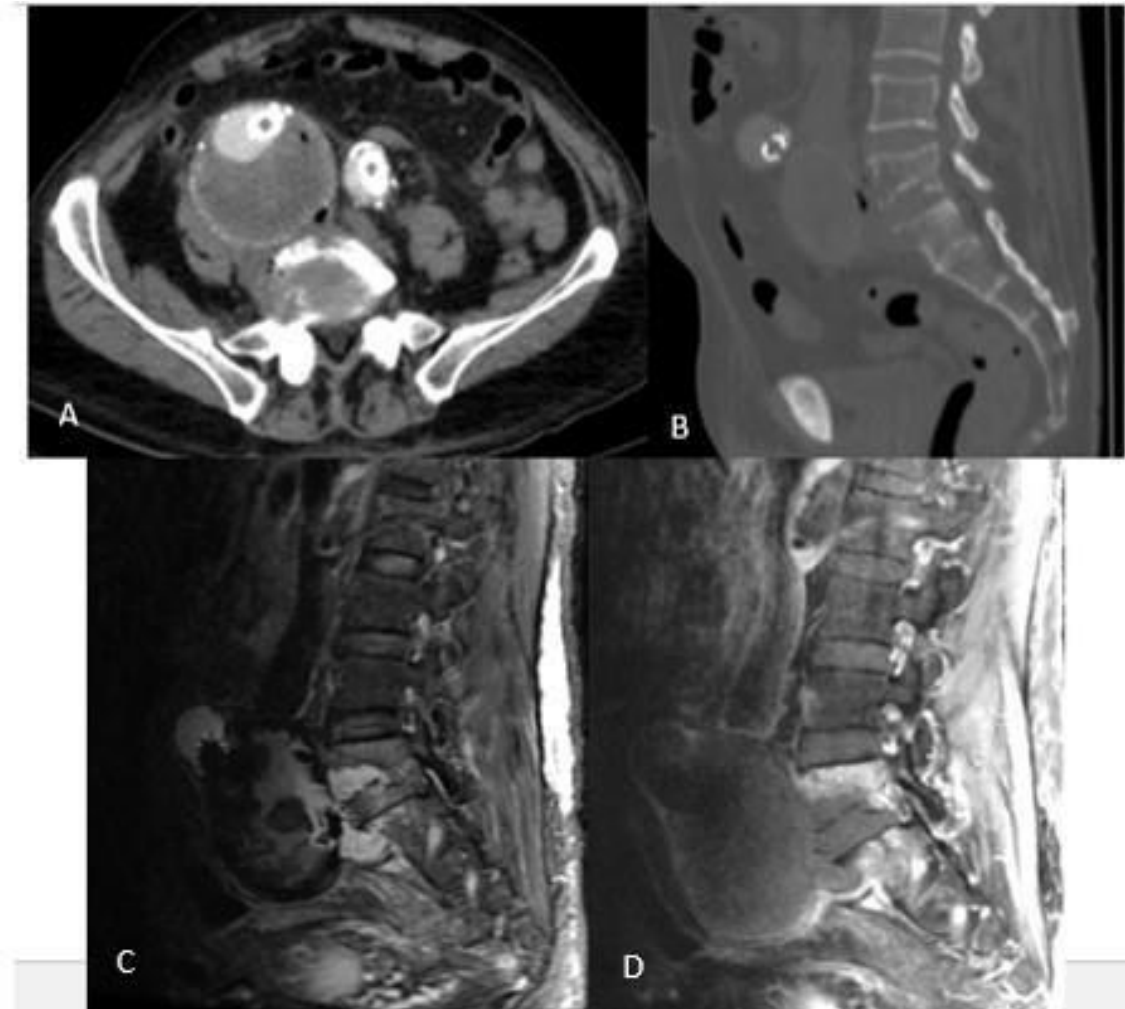
**Discusión:**

Una de las posibles complicaciones de las endoprótesis de aneurisma de aorta abdominal es la infección periprotésica. Aunque es una entidad poco frecuente, es grave. Puede ocurrir en forma precoz o tardía (años) tras la cirugía, siendo sus principales causas la contaminación perioperatoria del material protésico, diseminación hematológica, erosiones mecánicas del material protésico y problemas de sellado.

El principal diagnóstico diferencial que se debe tener en cuenta es la fístula aortoentérica, pues presenta similares hallazgos en las imágenes, salvo que en esta existe fuga de contraste hacia alguna asa intestinal adyacente.

**Conclusión:**

Si bien la infección de las endoprótesis de aneurisma de aorta abdominal es un cuadro poco frecuente, es grave. Por lo que debe ser sospechado en pacientes sometidos a este tipo de intervención, independiente del tiempo transcurrido de la cirugía.



**A:** Colección con burbujas de aire adyacente a aneurisma con pérdida del plano graso. **B:** TC en ventana ósea donde se visualiza la erosión ósea de L5 y S1. **C y D:** RM STIR y T1 con contraste que muestra colección ya descrita y aumento de la intensidad de señal en la columna lumbosacra con aumento de la captación de contraste, por espondilitis secundario a absceso periprotésico.

### **Bibliografía:**

Aortoenteric fistula and perigraft infection: evaluation with CT.

Low RN, Wall SD, Jeffrey RB Jr, Sollitto RA, Reilly LM, Tierney LM Jr. *Radiology*. 1990 Apr; 175(1):157-62.

Aortic prosthetic graft infections: radiologic manifestations and implications for management. Orton DF1, LeVeen RF, Saigh JA, Culp WC, Fidler JL, Lynch TJ, Goertzen TC, McCowan TC. *Radiographics*. 2000 Jul-Aug;20(4):977-93.

<b>Caso</b>	(594) UN CASO DE HIPERPERFUSIÓN CEREBRAL: ESTATUS EPILEPTICO FOCAL
<b>Autores</b>	Renzo Javier Andrade Gonzales Juan F. Martínez Martínez, Daniel Rodríguez Sánchez.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Datos clínicos: Paciente varón de 67 años que 3 días antes del ingreso presenta episodio brusco de mareo con desorientación témporo-espacial y cefalea opresiva occipital. El día del ingreso presenta varios episodios de versión oculo-cefalica a la izquierda con bradipsiquia sin automatismos ni liberación de esfínteres. Familiares lo encuentran en el suelo con desconexión del medio por lo que deciden traerlo a urgencias. Antecedentes: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cáncer de próstata en tratamiento con radioterapia y hormonoterapia. Luego de la evaluación se activo protocolo para código ictus. Descripción de los hallazgos: En el protocolo de código ictus se descarta isquemia aguda, pero en el estudio de perfusión se aprecia en región parieto-occipital derecha aumento del volumen y el flujo sanguíneo cerebral, así como discreta disminución del tiempo de tránsito medio, hallazgos que en el contexto clínico sugieren estatus epiléptico. Posteriormente se confirma estatus epiléptico focal.

**Discusión:**

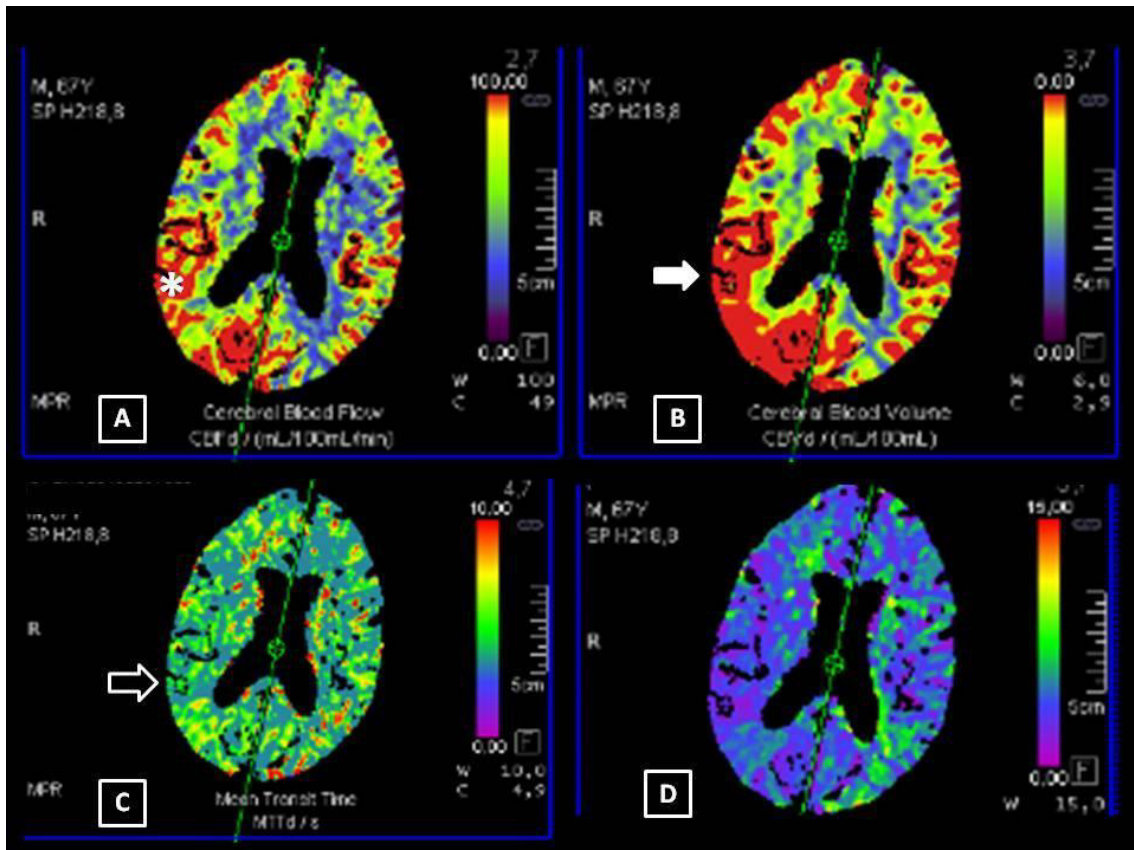
Diagnóstico: Estatus epiléptico focal.

Reflexión docente: La TC- perfusión es una técnica que permite la evaluación cualitativa y cuantitativa rápida de la perfusión cerebral mediante la generación de mapas de flujo sanguíneo cerebral (FSC), volumen sanguíneo cerebral (VSC) y tiempo de tránsito medio (TTM). La técnica se basa en el principio de volumen central ( $FSC = VSC / TTM$ ). La TC de perfusión es útil para el diagnóstico no invasivo de la isquemia e infarto cerebral y algunas veces para descartar otras causas que justifiquen el cuadro agudo.

Las epilepsias pueden tener sintomatología que imita los cuadros de isquemia aguda. En los casos de convulsiones, la región ictal muestra hiperperfusión, lo que puede conducir a una interpretación de la hipoperfusión en el hemisferio contralateral imitando el infarto.

**Conclusión:**

Este caso demuestra la importancia de los estudios de perfusión para descartar patología isquémica, y la confirmación de otros cuadros agudos como el estatus epiléptico focal.



**Tomografía computarizada con mapas de perfusión cerebral, que muestra flujo sanguíneo cerebral [A] y volumen sanguíneo cerebral [B] en región parieto-temporal derecha aumentados (asterisco y flecha blanca), y discreta disminución (flecha hueca) del tiempo de transito medio [C y D].**

### Bibliografía:

- 1.- Kiefer C, Abela E, Schindler K, Wiest R. Focal Epilepsy: MR Imaging of Nonhemodynamic Field Effects by Using a Phase-cycled Stimulus-induced Rotary Saturation Approach with Spin-Lock Preparation. *Radiology*. Julio 2016; 280(1):237-43.
- 2.- Miles KA. Brain perfusion: computed tomography applications. *Neuroradiology*. Diciembre 2004 Dec; 46:194-200.
- 3.- Hoeffner EG, Case I, Jain R, Gujar SK, Shah GV, Deveikis JP, Carlos RC, Thompson BG, Harrigan MR, Mukherji SK.. Cerebral perfusion CT: technique and clinical applications. *Radiology*. Junio 2004; 231(3):632-44.

<b>Caso</b>	(595) SECUESTRO PULMONAR IMITANDO UN CUADRO DE TEP
<b>Autores</b>	Renzo Javier Andrade Gonzales Juan F. Martínez Martínez, Daniel Rodríguez Sánchez.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Datos clínicos: Paciente mujer de 44 años con dolor torácico izquierdo agudo, sin fiebre, con dímero D de 1000. Antecedentes: anticonceptivos orales. Sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP). Descripción de los hallazgos: Se realiza una Angiografía-TC de arterias pulmonares donde se descarta TEP, y se observa masa de partes blandas en base de hemitórax izquierdo que recibe aporte vascular de aorta abdominal y se localiza dentro de espacio pleural, con realce periférico. Hallazgos compatibles con secuestro pulmonar intralobar en lóbulo inferior izquierdo con signos de sobreinfección.

**Discusión:**

Diagnóstico: Secuestro pulmonar.

Reflexión docente: El secuestro pulmonar, también llamado pulmón accesorio, se refiere a la formación aberrante de tejido pulmonar segmentario que no tiene conexión con el árbol bronquial o las arterias pulmonares, y recibe su suministro de sangre a partir de una arteria sistémica aberrante.

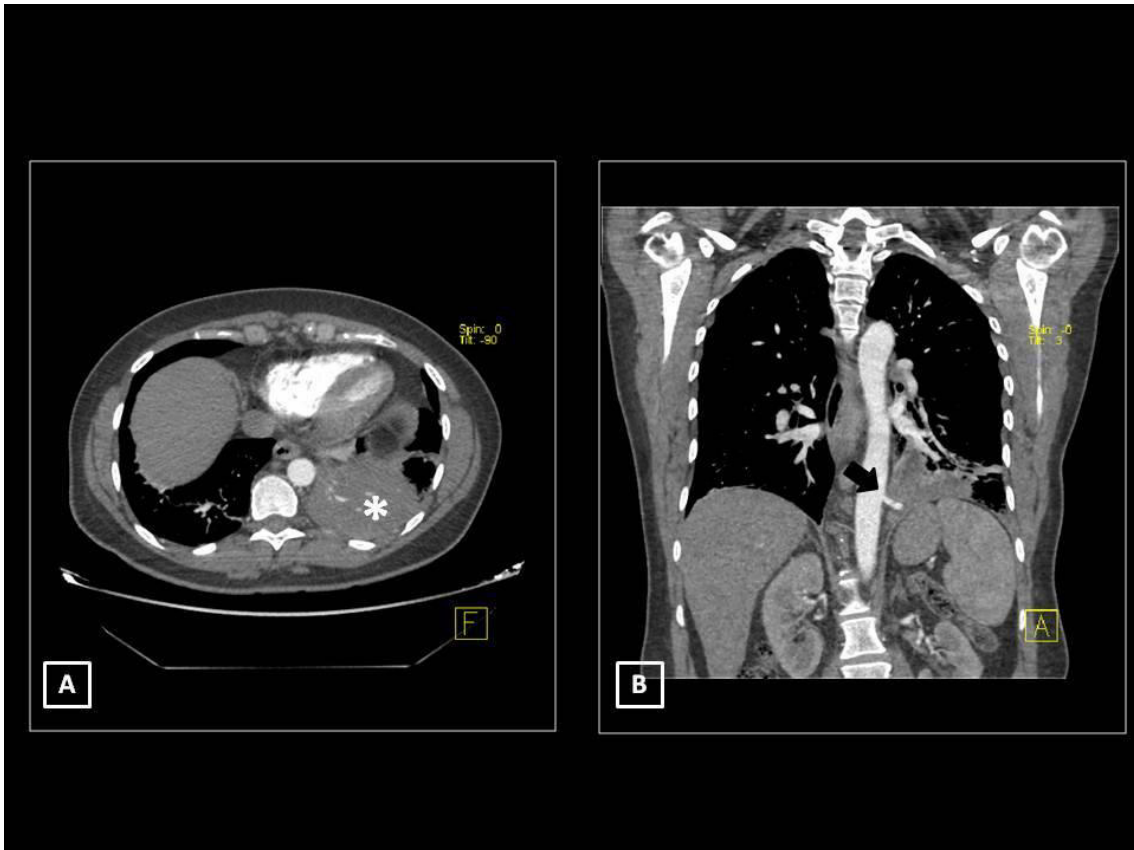
Se puede dividir en dos grupos distintos basados en la relación del tejido pulmonar segmentario aberrante con la pleura, en secuestro extralobar e intralobar. El primero se diagnostica habitualmente en el periodo neonatal o primer año de vida. El segundo puede diagnosticarse a edades más avanzadas, siendo con mayor frecuencia asintomático, o cursar con un cuadro de disnea y cianosis al realizar esfuerzos físicos.

En el diagnóstico prenatal, se diagnostican en el ultrasonido como masas homogéneas densas. La resonancia magnética (RM) es la mejor herramienta para el diagnóstico del secuestro y para el diagnóstico diferencial entre otras entidades.

El diagnóstico postnatal se muestra inicialmente en las radiografías de tórax y se aclara la tomografía computarizada con contraste. La RM es particularmente útil para lesiones complejas y hernias diafragmáticas congénitas.

**Conclusión:**

El secuestro pulmonar es un segmento de parénquima pulmonar no funcional que no tiene conexión con el árbol traqueobronquial y recibe su suministro de sangre a partir de una arteria sistémica aberrante. En raras ocasiones puede producir sintomatología imitando un cuadro de TEP.



*Tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso que muestra masa de partes blandas en base de hemitórax izquierdo que recibe aporte vascular de aorta abdominal y se localiza dentro de espacio pleural..*

### **Bibliografía:**

- 1.- Gupta S, Kim S. Images in clinical medicine. Pulmonary sequestration. N Engl J Med. Enero 2013 31; 368(5).
- 2.- Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2625 cases in China. Eur J Cardiothorac Surg. Julio 2011; 40(1).
- 3.- Ferretti GR, Jouvan FB, Coulomb M. MDCT demonstration of intralobar pulmonary sequestration of the right upper lobe in an adult. AJR Am J Roentgenol. Diciembre 2005 Dec; 185(6):1663-4.

<b>Caso</b>	(596) Neumomediastino por inhalación de cocaína.
<b>Autores</b>	Silvia Paulina Gallegos Espinoza Giovanni Benedetto, Macarena Pía Barreda Solana, Celia Andrea Guzman Botero, Esther Taberner Lopez, Andrea Llavata Solaz
<b>Centro</b>	Hospital de la Ribera

**Presentación:**

Paciente de 33 años acude al servicio de urgencias, refiere que desde anoche ha inhalado 5 gramos de cocaína. Tras la última inhalación ha notado como se le hinchaba la cara y el cuello. A la exploración física se observa edema de cuello y en la región supraclavicular de ambos lados crepita a la palpación. En placa simple de tórax se observa enfisema subcutáneo supraclavicular y neumomediastino. Se completa con TC cuello y tórax sin contraste i.v. comprobando los hallazgos observados en placa de tórax.

**Discusión:**

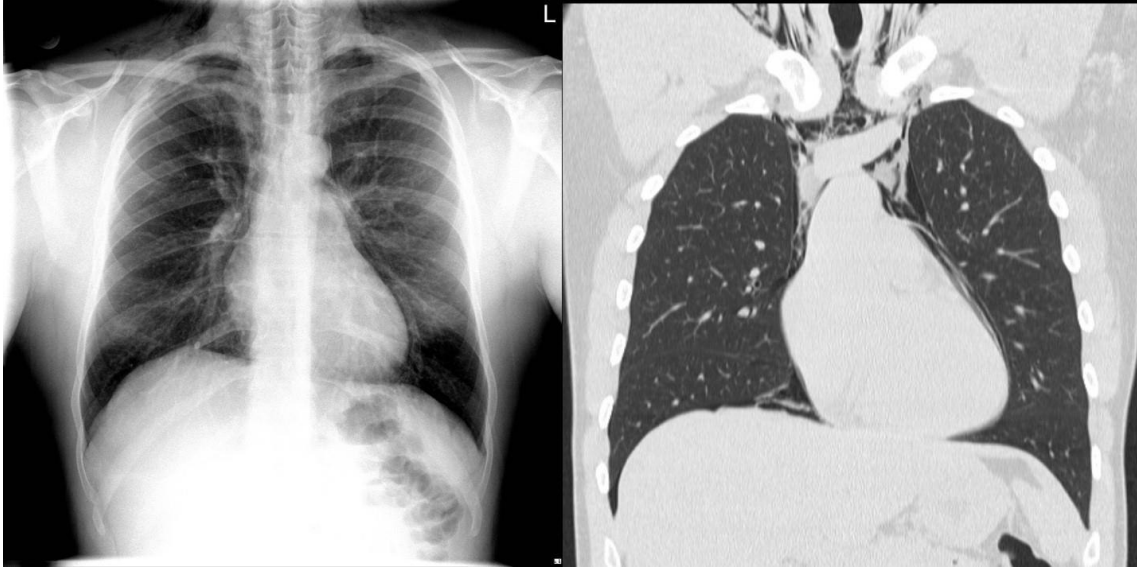
El neumomediastino es la presencia de gas extraluminal dentro del mediastino. El gas puede originarse intratorácico: en los pulmones, la tráquea, los bronquios centrales o extratorácico: el esófago, la cavidad peritoneal.

Los signos radiográficos de neumomediastino consisten en la representación de estructuras anatómicas normales que se delimitan con el aire en mediastino. Estos signos incluyen: el signo de la vela del timo, signo del "anillo alrededor de la arteria", signo de la arteria tubular, signo de la doble pared bronquial, signo de diafragma continuo. El TC puede ser útil para establecer o confirmar el diagnóstico.

La inhalación de drogas como la cocaína, es un factor desencadenante de neumomediastino espontáneo y su fisiopatología se basa en la rotura alveolar mediante el llamado efecto Macklin, que consiste en la presencia de un gradiente de presión decreciente entre el espacio alveolar y el intersticio pulmonar que da lugar a rotura alveolar. Este gradiente de presión puede ser producido por un aumento brusco de la presión intralveolar como ocurre en aquellas acciones en las que interviene una maniobra de Valsalva.

**Conclusión:**

El neumomediastino espontáneo es una entidad rara, que puede pasar inadvertido, si no se distinguen los signos clásicos de neumomediastino en una radiografía de tórax. Esta entidad está descrita dentro de las complicaciones por inhalación de cocaína.



*Placa simple de tórax y reconstrucción coronal de TC torácico en ventana pulmonar: Se visualiza neumomediastino difuso en mediastino anterior y medio con extensión del aire ectópico a la pared torácica antero-superior, espacios supraclaviculares bilaterale*

### **Bibliografía:**

1.-Guasch Arriaga<sup>1</sup>, A. M. Staitie Gali<sup>2</sup>, J. C. Quintero Rivera et al. Neumomediastino espontáneo y secundario no traumático: signos radiológicos. ¿Como distinguirlos?. SERAM 2014 / S-1148. DOI: 10.1594/seram2014/S-1148.

2.- Dr Martin Gorrochategui et al. Pneumomediastinum. Disponible en <https://radiopaedia.org/articles/pneumomediastinum>.

3.-Christopher M. Zylak, James R. Standen, George R. Barnes, et al. Pneumomediastinum

Revisited. RadioGraphics 2000; 20:1043–1057

4.-Carlos S. Restrepo, Jorge A. Carrillo, Santiago Martínez, et al .Pulmonary Complications

from Cocaine and Cocaine-based Substances: Imaging Manifestations. RadioGraphics 2007; 27:941–956



<b>Caso</b>	(598) Extravasación de contraste post-trombectomía. Un caso excepcional.
<b>Autores</b>	Xiomara Altagracia Santos Salas María Luz Parra, Josima Luchsinger Heitmann, Ana Bermúdez De Castro Muela, Isabelle Greilich, Paloma Largo Flores.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de la Princesa

**Presentación:**

Varón de 77 años que ingresa por un ictus isquémico con oclusión del tercio proximal de la arteria basilar realizándose trombectomía primaria que resulta dificultosa, consiguiendo recanalización tras cuatro pases con stent retriever, 2 angioplastias con balón y 5000 unidades de heparina sódica. En la analítica que se realiza en Urgencias se objetiva un fallo renal agudo prerrenal con creatinina de 6,13 mg/dl.

**Discusión:**

Se solicita TC de control horas después de la realización de la trombectomía mecánica para descartar complicación hemorrágica (imágenes A1-3), en donde se visualiza abundante contenido hiperdenso ocupando la mayor parte de los surcos hemisféricos, cisternas de la base y el espacio subdural frontal bilateral. Dado que presenta valores de atenuación muy elevados y que se han realizado recientemente estudios con administración de contraste, se interpreta estos hallazgos como extravasación de contraste.

En el siguiente control realizado 4 días más tarde (imágenes B1-2) se observa una disminución de la atenuación de los restos hemáticos localizados a nivel de la cisterna interpeduncular y ambiens por los que se informa como extensa hemorragia subaracnoidea. También se visualiza un aumento del tamaño de las colecciones epidurales frontales. Se suspende la anticoagulación al paciente.

Al 7mo día post-trombectomía y después de dializar al paciente, se realiza el tercer TC de control (imagen C1), visualizándose una mejoría de todos los hallazgos radiológicos con desaparición de las colecciones subdurales y de la hemorragia subaracnoidea. Todo esto indica que estamos ante una extravasación de contraste intravenoso.

**Conclusión:**

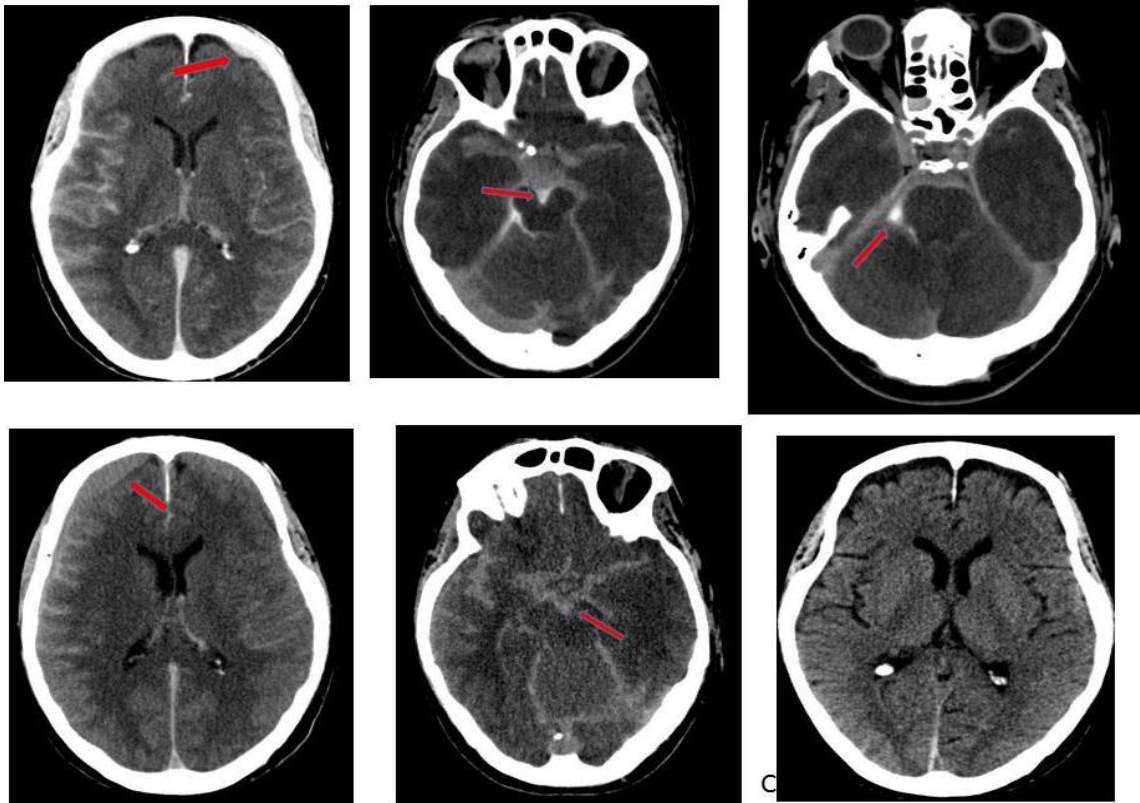
Cuando se nos pide valorar complicaciones hemorrágicas tras la realización de un procedimiento intervencionista como son las trombectomias mecánicas siempre nos surgen dudas de si las hiperdensidades visualizadas en espacio subaracnoideo corresponden a hemorragia subaracnoidea o extravasación de contraste.

En los casos en los que la hiperdensidad en el espacio subaracnoideo se debe a extravasación de contraste, la densidad suele ser más alta que la sangre. La sangre en el espacio subaracnoideo suele rondar entre 40-60 UH.

También es importante tener en cuenta que el contraste en el espacio subaracnoideo se reabsorbe rápidamente, lo que se traduce en una resolución de la hiperdensidad en el espacio subaracnoideo en corto tiempo, la mayor parte del contraste dentro de las

primeras 24 horas; en cambio la sangre tiene una reabsorción más lenta, menos del 50% en 24 horas.

En este paciente la reabsorción/ eliminación del contraste intravenoso tardó más de lo esperado por la importante insuficiencia renal, llevándonos a pensar en HSA. Tras la realización de la diálisis se observa una total resolución de las hiperdensidades en el espacio subaracnoideo.



### Bibliografía:

R. Gupta, C. M. Phan, C. Leidecker. Evaluation of Dual-Energy CT for Differentiating Intracerebral Hemorrhage from Iodinated Contrast Material Staining. *Radiology*, October 2010 Volume 257, Issue 1.

K. P, Wechsler LR, Broderick JP. Intracranial hemorrhage associated with revascularization therapies. *Stroke* 2007;38(2):431–440. CrossRef, Medline

A. Borjas Consigliere, G. Arenaza, F. J. Borjas. Que es lo que veo? Hemorragia cerebral o extravasación de contraste. SERAM 2014. Donostia, España.

<b>Caso</b>	(601) Sangrado por arma blanca, intento de autolisis.
<b>Autores</b>	Alba Mas Sanchez Cristina Narvaez,
<b>Centro</b>	Hospital U San Juan (Alicante)

**Presentación:**

Paciente de 86 años traído por el SAMU por intento de autolisis con arma blanca, que presenta sangrado activo por herida incisa toracoabdominal. Se le realiza TAC que muestra hemoperitoneo con sangrado activo (figura 1). Por lo que se decide laparotomía urgente con extracción de coágulos, ligadura de vena umbilical y hemostasia.

**Discusión:**

Las lesiones vasculares abdominales presentan los mayores índices de mortalidad y morbilidad de entre todas las lesiones que puede sufrir un enfermo traumático. La sospecha de sangrado agudo es una situación frecuente en la Urgencia y supone un reto diagnóstico, es fundamental un manejo multidisciplinar por parte de endoscopistas, radiólogos y cirujanos.

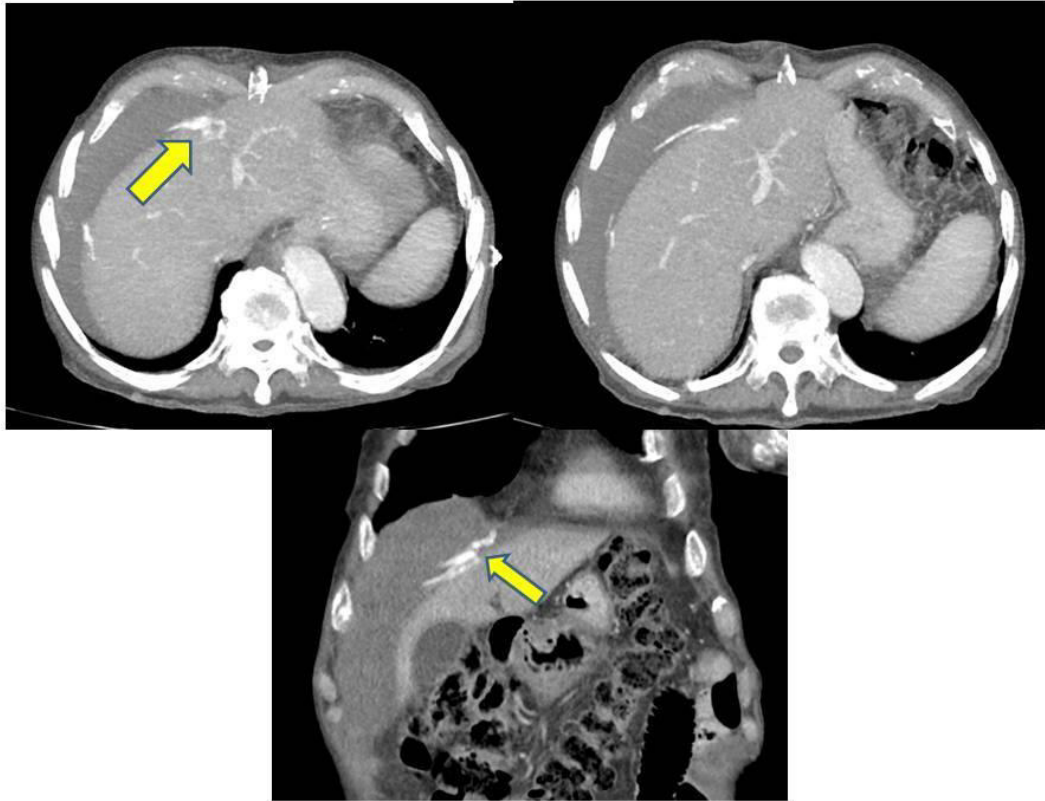
Las principales causas de traumatismos abdominales abiertos son las heridas por arma blanca y arma de fuego cuya frecuencia es creciente. Las heridas por arma blanca producen lesiones intraabdominales en el 20-30% de los casos, mientras que las de arma de fuego las producen en el 80-90% de los casos.

En general, las lesiones vasculares abdominales raramente se presentan aisladas, hallando con frecuencia lesiones asociadas, que aumentan la gravedad de la agresión y el tiempo necesario para repararlas.

TAC debe realizarse en aquellos pacientes estables hemodinámicamente que han sufrido un traumatismo abdominal, para detectar hematomas retroperitoneales, en algunos casos la visualización de sangrado activo puede no darse, ya que la hemorragia suele ser un proceso intermitente.

**Conclusión:**

La TC permite la localización precisa del sangrado activo y patología subyacente, fundamental en el manejo del paciente.



*TC Abdominal con cte iv en fase arterial. Hemoperitoneo perihepático, sangrado activo en arteria umbilical con trayecto paralelo a superficie hepática.*

**Bibliografía:**

Asensio JA, Lejarraga M. Abdominal Vascular Injury. In: Trauma Handbook. Demetriades D, Asensio JA Eds. Landes Biosciences Co. Austin, Tx. In Press

<b>Caso</b>	(602) ¿Absceso o cambios postquirúrgicos?
<b>Autores</b>	Guilda Morell González Juan Francisco Martínez Martínez, María Carolina Gutiérrez Ramírez, María José Martínez Cutillas, Renzo Javier Andrade González, Blanca García-villalba Navaridas.
<b>Centro</b>	Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

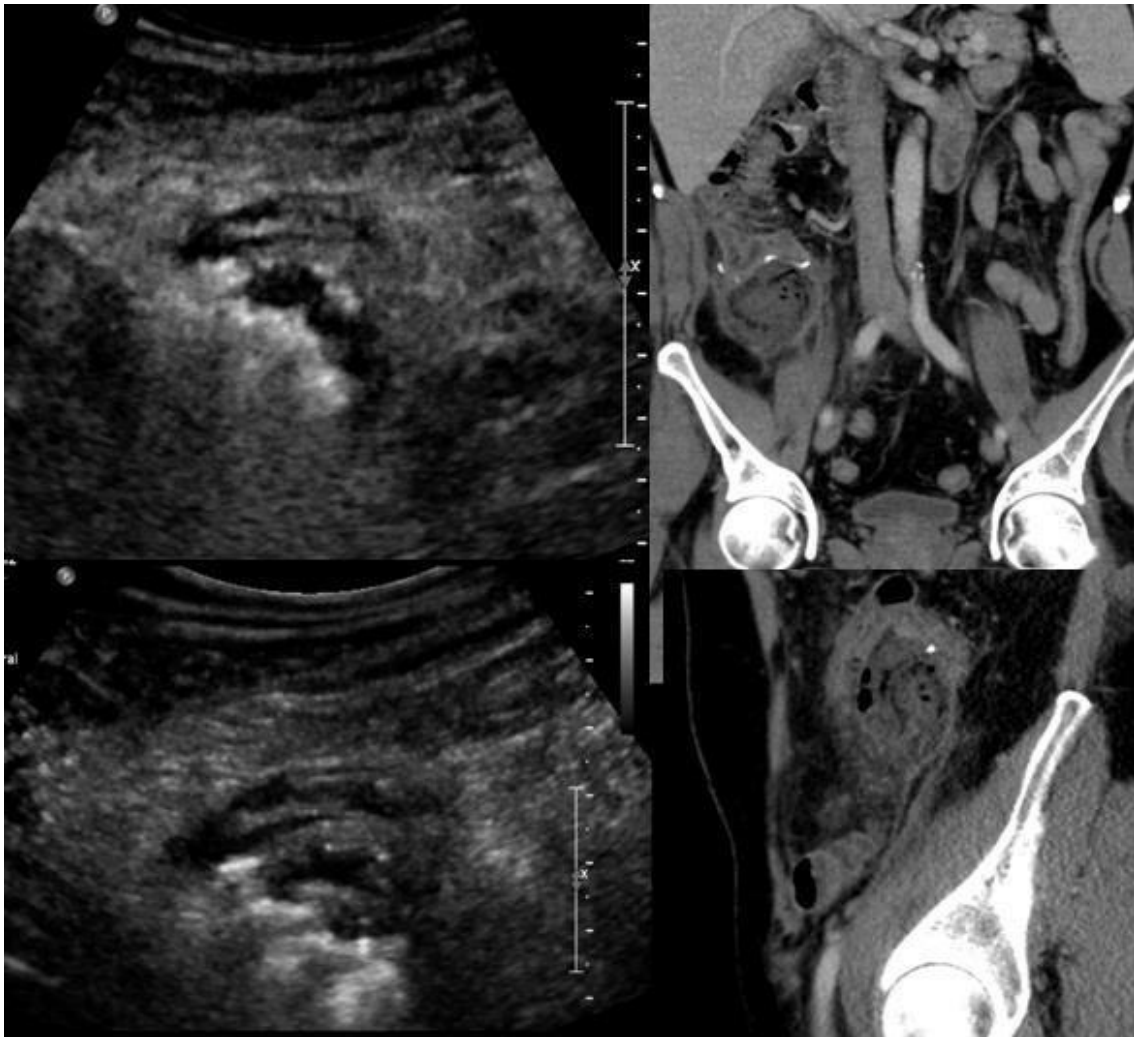
Varón de 52 años intervenido 48h antes de apendicectomía laparoscópica (hallando plastrón apendicular) que presenta aumento de los reactantes de fase aguda y leucocitosis. Se realiza ecografía abdominal urgente para descartar complicaciones postquirúrgicas. En fosa ilíaca derecha se observan cambios inflamatorios con aumento de la ecogenicidad de la grasa, aumento del flujo Doppler, leve engrosamiento mural de ciego-íleon terminal y pequeña cantidad de líquido libre. Asimismo se identifica una lesión heterogénea, con pared mal definida e irregular y aire en su interior que impide el paso de los ultrasonidos, que podría corresponder con absceso o material de hemostasia. Se realiza una TC de abdomen con contraste intravenoso que muestra en el lecho quirúrgico una masa redondeada y heterogénea, con pequeñas burbujas aéreas en su interior, sin pared claramente definida.

**Discusión:**

Los hallazgos encontrados se interpretan como cambios residuales a cirugía con material de hemostasia (Surgicel®), descartando el absceso. Existen diversos materiales hemostáticos biodegradables como la espuma de gelatina (Gelfilm® y Gelfoam®) o la celulosa oxidada regenerada (Surgicel®) que se emplean en distintos procedimientos quirúrgicos para ayudar a controlar la hemorragia. Se dejan en el lecho quirúrgico ya que se absorben en un plazo variable (de 2 a 6 semanas) sin causar reacción inflamatoria o fibrosis significativa. En los primeros días presenta burbujas aéreas que desaparecen progresivamente, por lo que podrían confundirse con una zona de abscesificación por microorganismos productores de gas.

**Conclusión:**

El material de hemostasia en el lecho quirúrgico puede simular una colección abscesificada. Debemos conocer su forma de presentación en imagen y tener en cuenta el contexto clínico del paciente para evitar errores diagnósticos.



**Bibliografía:**

Young ST, Paulson EK, McCann RL, Baker ME. Appearance of oxidized cellulose (Surgicel) on postoperative CT scans: similarity to postoperative abscess. *Am J Roentgenol.* 1993;160: 275-277.

Gayer G, Petrovitch I, Brooke Jeffrey R. Foreign Objects Encountered in the Abdominal Cavity at CT RadioGraphics, 2011, Vol.31: 409-428.

<b>Caso</b>	(604) Ventana de hueso, más allá de fracturas.
<b>Autores</b>	Helena Martinez Maicas Fernando Aparici Robles, Alexandre Perez Girbes, Daniel Sanchez Mateos, Juan Delgado Moraleda, Maria Andrea Jarre
<b>Centro</b>	Mendoza HUIP La Fe

### **Presentación:**

Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años, diagnosticado de adenocarcinoma de próstata con metástasis ganglionares y óseas. Acude a urgencias por cefalea opresiva de dos semanas de intensidad progresiva. En las últimas horas asociaba hipoestesia del miembro superior derecho. Se realiza un TC craneal sin contraste intravenoso en el que se observaba un aumento de densidad extraaxial fronto-parietal izquierdo, isodenso, con edema del parénquima cerebral adyacente. Inicialmente fue considerado como un hematoma extraaxial en estadio subagudo, planteando el diagnóstico diferencial con afectación meníngea y empiema subdural. La clave diagnóstica en este caso la aportaba la ventana ósea, en la que se podía observar una reacción perióstica de la tabla interna adyacente, que ponía de manifiesto la agresividad del proceso. Se amplió el estudio con RM cerebral con contraste confirmando un engrosamiento irregular paquimeníngeo de la convexidad izquierda y nodular en la hoz con marcada captación del medio de contraste. Se realizó también un estudio con gammagrafía ósea que mostraba múltiples depósitos patológicos del radiotrazador, entre ellos en calota, por metástasis del carcinoma prostático.

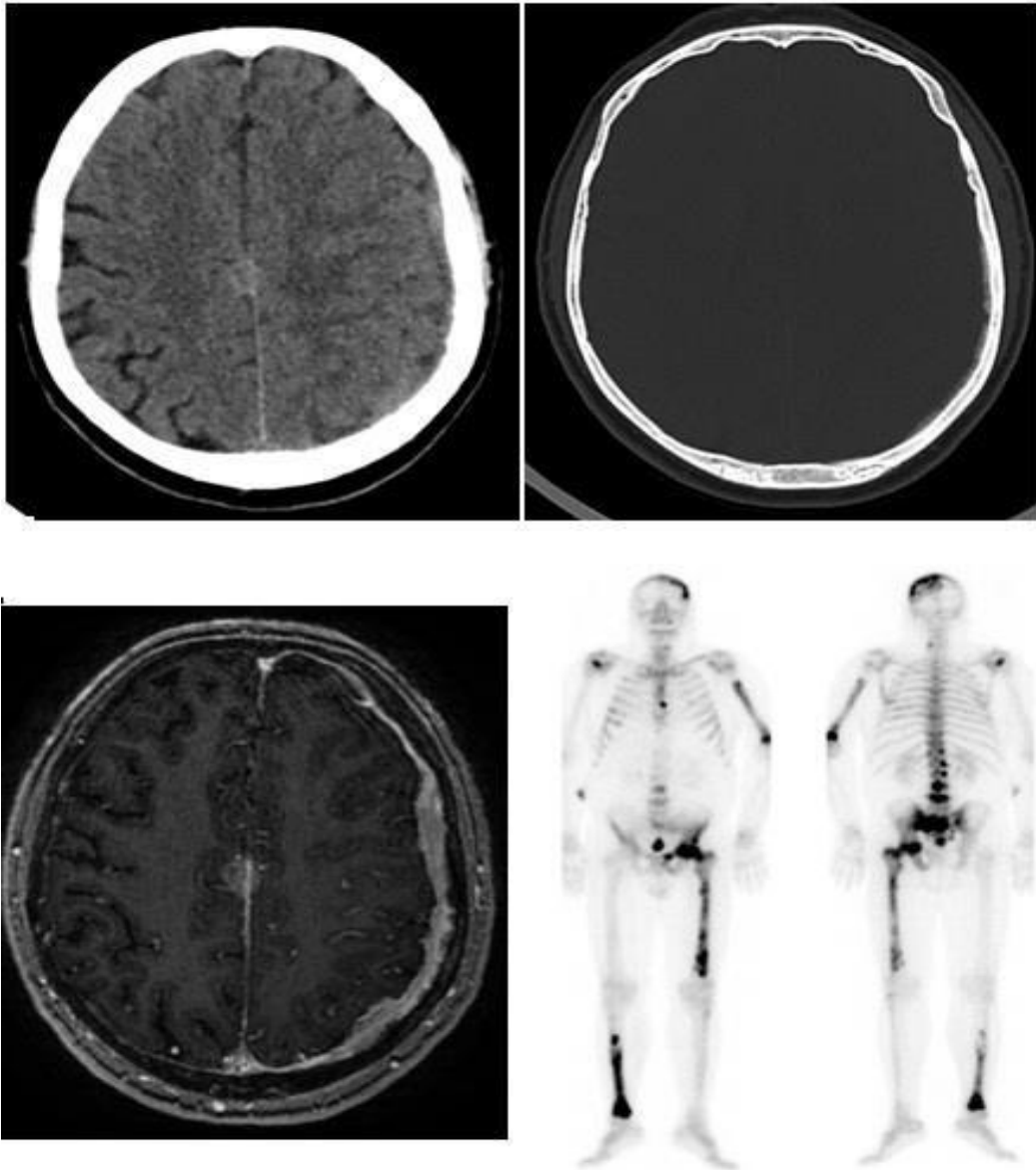
### **Discusión:**

Las metástasis al sistema nervioso central en el carcinoma de próstata son poco frecuentes, siendo las metástasis dures más raras aún. El origen más probable de la afectación dural en nuestro paciente es la extensión directa desde la metástasis ósea en calota.

Como ya se ha descrito previamente en la literatura, los hallazgos radiológicos pueden simular condiciones benignas como meningioma o hematoma subdural. Es de gran importancia diferenciar entre hematoma subdural y metástasis meníngea, ya que el tratamiento cambia radicalmente.

### **Conclusión:**

Presentamos un caso poco frecuente de metástasis dural, resaltando que se debe valorar siempre toda la información contenida en el estudio, porque como en nuestro caso, la información necesaria para el diagnóstico correcto era visible en una ventana inesperada.



*Aumento de densidad extraxial izquierdo que corresponde a un engrosamiento paquimeningeo hipercaptante por metástasis dural de un adenocarcinoma de próstata.*

### **Bibliografía:**

Metastatic disease of the brain: extra-axial metastases (skull, dura, leptomeningeal) and tumour spread. *Eur Radiol* (2005) 15: 617–626

Dural metastases from prostate cancer mimicking acute sub-dural hematoma. *Emerg Radiol* (2012) 19:549–552

Patterns of Contrast Enhancement in the Brain and Meninges. *RadioGraphics* 2007; 27:525–551



<b>Caso</b>	(605) Apendicitis aguda, no solo nos confunde clínicamente...
<b>Autores</b>	Iliana Romero Batista Mireia Tomas Chenoll, Miguel Ángel Edo Prades, Nuria Marín Lambies, Silvia Ambit Capdevilla, Susana De Lázaro Y De Molina
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario de Castellón.

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** Niña de 7 años de edad, acudió a Urgencias por dolor abdominal difuso tipo cólico de 24 horas de evolución, acompañado de fiebre de 38 ° C, vómitos y diarreas. Abdomen doloroso a la palpación de forma difusa. **DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:** Ecografía abdominal: Se identifica apéndice desde la salida del ciego hasta su porción distal de calibre normal. Moderada cantidad de líquido libre en ambos flancos con ecos en su interior. Asas ileales y yeyunales de paredes engrosadas y paréticas. Se sospechó proceso infeccioso o inflamatorio intestinal; se realizó Tc abdominopélvico con CIV: La porción más distal de apéndice cecal se encuentra localizado en región pélvica adyacente a ovario derecho, está engrosado con apendicolito en su interior y solución de continuidad en la punta. Líquido libre abdominal en pelvis menor y en FID. Signos de peritonitis secundarios a perforación de apendicitis.

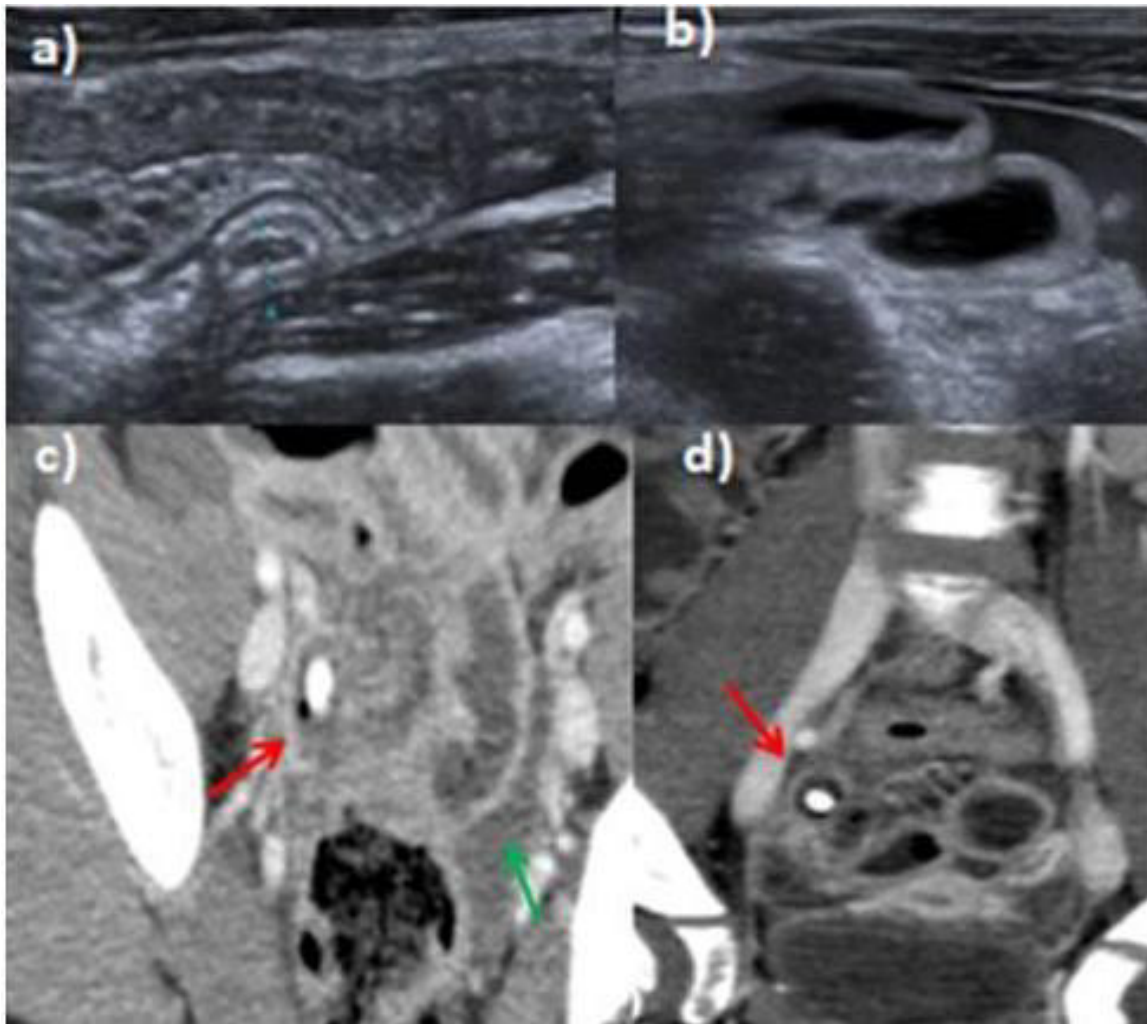
**Discusión:**

**DIAGNÓSTICO:** Apendicitis aguda perforada con peritonitis.

**REFLEXIÓN DOCENTE:** La apendicitis aguda simula otras patologías como los procesos infecciosos intestinales; la ecografía nos ayuda a esclarecer diagnósticos habitualmente, pero en este caso el apéndice tenía una localización pélvica, que unido al abundante meteorismo, no nos permitió su completa visualización, se necesitó la realización de un TC abdominopélvico para llegar al diagnóstico correcto. Se realizó apendicectomía y Anatomía Patológica confirma diagnóstico.

**Conclusión:**

La apendicitis aguda es una patología a la que nos enfrentamos diariamente y que simula varias enfermedades; la anamnesis, la clínica, pruebas de laboratorio y radiológicas, ayudan a establecer el diagnóstico diferencial y evitar cirugías innecesarias. La ecografía tienen una alta especificidad diagnóstica evidenciadas en varios estudios, pero existen factores que la limitan como la inexperiencia del radiólogo, el meteorismo, localización del apéndice entre otros, por eso constituye un desafío diagnóstico constante para los radiólogos.



**Figura 1. Ecografía abdominal modo B: a) y b).** Se identifica parte de apéndice cecal de calibre normal 3 mm en FID a); asas de intestino delgado, de paredes engrosadas, líquido en flanco izquierdo con ecos en su interior b). Tc abdominopélvico con CIV, c) Corte axial y d) Corte coronal, Se visualiza parte distal de apéndice engrosada con apendicolito en su interior y solución de continuidad en la punta (flechas rojas) c) y d). Líquido libre y peritonitis (flecha verde) d).

### Bibliografía:

1. Ahmed, I.; Asgeirsson, K.; Beckinham, I. & Lobo, D. The position of the vermiform appendix at laparoscopy. Surg. Radiol. Anat., 29:165-8, 2007.
2. S. Purysko, Erick M. Andrei Remer, Hilton M. Leão Filho, Leonardo K. Bittencourt, Rodrigo V. Lima, Douglas J. Racy. - Beyond Appendicitis: Common and Uncommon Gastrointestinal Causes of Right Lower Quadrant Abdominal Pain at Multidetector CT. - RadioGraphics 2011; 31:927-947.

<b>Caso</b>	(607) Isquemia gástrica
<b>Autores</b>	Mónica Fdez. Del Castillo Ascanio Marichal Hdez, Carlos Alberto; Nuñez Vila, Pilar Nimar; El Khatib Ghzal, Yasmín; Eiroa Guitierrez, Daniel; Benitez Rivero Sonia.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria (HUNSC)

**Presentación:**

Mujer de 72 años ingresada en la planta de neurología tras resolución en la UVI de un coma de causa no aclarada. Nos avisan porque la paciente comienza con distensión abdominal, leucocitosis y fiebre. Valoramos la radiografía de abdomen (figura 1) y ante los hallazgos realizamos un TC abdomino-pélvico donde se evidencia importante neumoperitoneo secundario a perforación sigmoidea con signos de peritonitis fecaloidea difusa (figura 2). La paciente fue sometida a resección quirúrgica del segmento afecto donde constataron perforación sigmoidea con placa de necrosis. A los 4 días nos llaman de nuevo ya que la paciente presenta importante empeoramiento del estado general y elevación del láctico. Se realiza nuevo TC (figura 3 y 4) donde se identifican signos de isquemia gástrica evolucionada tales como neumatosis y aire en sistema porto-mesentérico. La paciente estaba siendo estudiada con la sospecha de vasculopatía. Falleció el mismo día.

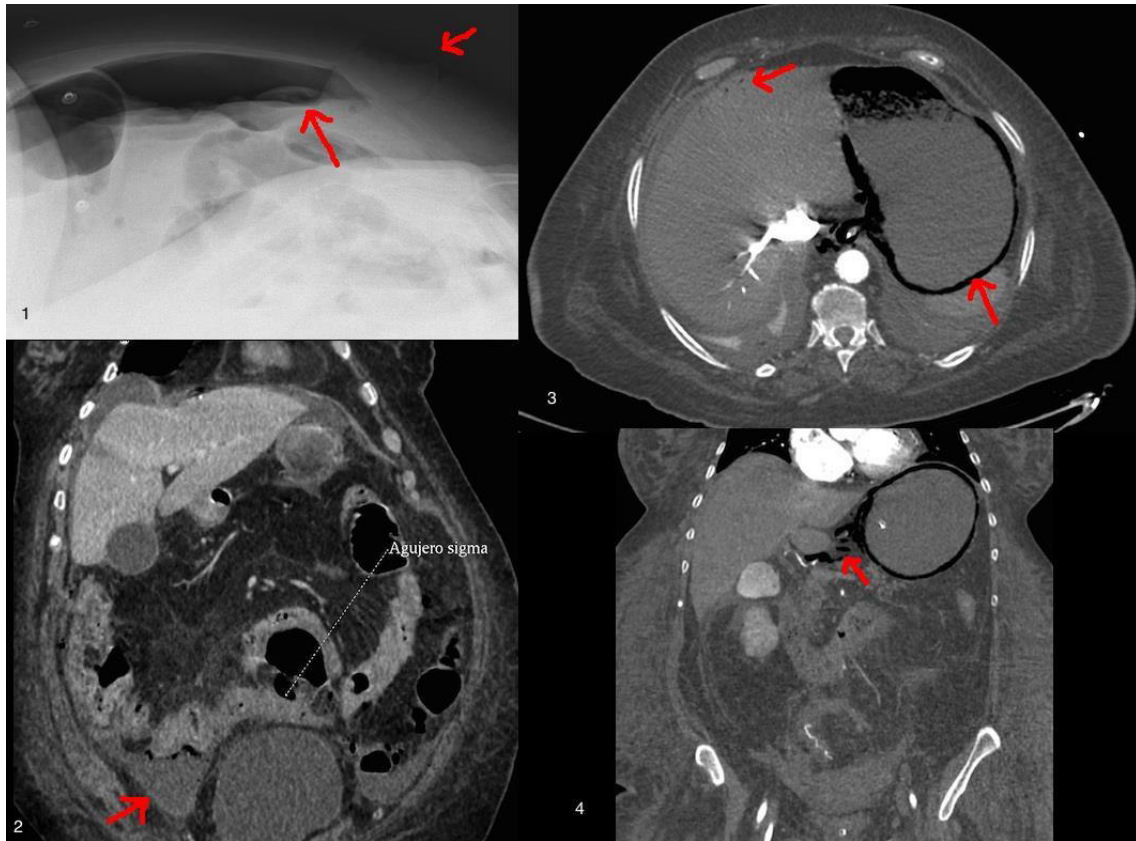
**Discusión:**

La isquemia gástrica es una rara entidad causada por una disminución de la vascularización del estómago (1). Aunque éste presenta una amplia circulación colateral, causas como un shock hipovolémico generado por una sepsis puede desembocar en su isquemia (2). La vasculitis también es una causa posible aunque poco habitual, pero hemos de tener en cuenta que la paciente de nuestro caso estaba siendo estudiada con esta sospecha diagnóstica.

Esta patología presenta una gran mortalidad con un pronóstico nefasto, por lo que un diagnóstico precoz es fundamental para poder ofrecer alguna opción terapéutica viable (1). Existen signos radiológicos que nos ayudan a valorar el pronóstico de estos pacientes como es la presencia de gas en el sistema porto-mesentérico. Nunca confundir la presencia de gas en el sistema portal (que se extiende hasta la periferia hepática como en nuestro caso) con la aerobilia (que respeta dicha periferia) (3).

**Conclusión:**

Desde la radiología de urgencias hemos de estar familiarizados con aquellos signos que ensombrecen el diagnóstico de determinadas patologías, en este caso la presencia de aire en el sistema porto-mesentérico.



**Figura 1:** Rx decúbito supino que muestra neumoperitoneo así como aire en región umbilical. **Figura 2:** TC con civ coronal que muestra perforación en sigma y contenido fecaloideo en cavidad abdominal (flecha roja). **Figura 3:** TC con civ axial que muestra neumatosis gástrica y aire en sistema portal. **Figura 4:** TC con civ coronal donde señalamos aire en sistema venoso mesentérico.

### Bibliografía:

1. Shou-jiang Tang, Sumanth R. Daram, Ruonan Wu, and Feriyl Bhaijee. Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Gastric Ischemia. *Clinical Gastroenterol and Hepatol* 2014;12:246–252
2. Preethi Guniganti, MD Courtney H. Bradenham, MD Constantine Raptis, MD Christine O. Menias, MD Vincent M. Mellnick, MD . CT of Gastric Emergencies. *RadioGraphics* 2015; 35:1909–1921
3. Carmen Sebastià, Sergi Quiroga, Eloy Espin, Rosa Boyé, Agustí Alvarez-Castells, Manel Armengol. Portomesenteric Vein Gas: Pathologic Mechanisms, CT Findings, and Prognosis. *RadioGraphics* 2000; 20:1213–1224

<b>Caso</b>	(608) Angiomiolipoma Complicado
<b>Autores</b>	Lautaro Meneses Rosa Dosda, Antoni Boscà, Eder Douze, Nerses Nersesyan, Cecilia Rubio
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valencia

### Presentación:

Mujer de 79 años con HTA, DM2, cardiopatía isquémica y angiomiolipoma renal izquierdo, remitida a urgencias por Hb de 7,9 mg/dl. Refirió caídas en días previos. Al examen sin hallazgos.

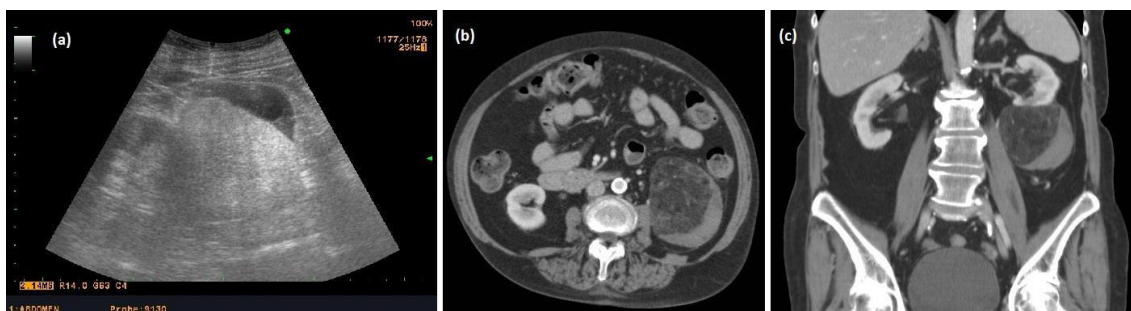
En ecografía angiomiolipoma conocido de 8 x 6,5 cm con colección anecoica adyacente de 19 mm de grosor máximo. En TC imagen hiperdensa en semiluna adyacente a angiomiolipoma compatible con pequeño hematoma peritumoral. Es ingresada y manejada de forma conservadora con evolución favorable.

### Discusión:

El angiomiolipoma es una neoplasia benigna compuesta por vasos dismórficos, músculo liso y grasa. Su incidencia es del 0,3% y representa el 3% de las masas renales sólidas. Puede ser esporádico o asociarse a esclerosis tuberosa. En el 80-90% es un hallazgo incidental. Si da síntomas, incluyen dolor en flanco, masa palpable o hematuria. La hemorragia retroperitoneal ocurre en el 10%, señalándose en últimos estudios una tasa del 0,4%. Ecográficamente son lesiones hiperecogénicas, pero un tercio de los CCR también lo son, siendo ésta una técnica imprecisa. La baja incidencia de grasa en el CCR hace posible diagnosticarlo fehacientemente usando TC al detectar su presencia. En casos dudosos la RM está indicada. Raramente tienen calcificaciones sugiriendo su presencia CCR. Tamaños sobre 7 cm y necrosis tumoral aumentarían el riesgo de malignidad. Los criterios quirúrgicos incluyen mujeres en edad fértil, sospecha de malignidad o lesiones sintomáticas mayores a 4 cm. El tamaño de los aneurismas intralesionales es otro factor a considerar. La nefrectomía parcial y la embolización arterial selectiva son las opciones preferidas. Inhibidores de mTOR pueden usarse en aquellos asociados a la esclerosis tuberosa.

### Conclusión:

El creciente uso de pruebas de imagen en urgencias ha aumentado el hallazgo de tumores renales incidentales, modificando a la baja las tasas de AML sintomáticos y de sus complicaciones. El tamaño sobre el cual tratar los AML es controvertido.



*(a) En ecografía se observa tumoración hiperecoica en polo inferior renal izquierdo con colección anecoica peritumoral. (b, c) TC con contraste IV, se observa tumoración con contenido graso en polo inferior renal izquierdo compatible con AML con imagen en semiluna hiperdensa en su periferia por hematoma peritumoral.*

### **Bibliografía:**

1. Bhatt J, Richard P, Kim N, Finelli A, Manickavachagam K, Legere L et al. Natural History of Renal Angiomyolipoma (AML): Most Patients with Large AMLs >4 cm Can Be Offered Active Surveillance as an Initial Management Strategy. *European Urology*. 2016;70:85-90.
2. Flum A, Hamoui N, Said M, Yang X, Casalino D, McGuire B et al. Update on the Diagnosis and Management of Renal Angiomyolipoma. *The Journal of Urology*. 2016; 195:834-846.
3. Wei Hao L, Lin Ch, Tsai Sh. Spontaneous Hemorrhagic Angiomyolipoma Present with Massive Hematuria Leading to Urgent Nephrectomy. *American Journal of Emergency Medicine*. 2008;26:249.e3–249.e5.

<b>Caso</b>	(609) Síndrome de Lemierre como complicación de una Angina de Ludwig
<b>Autores</b>	Lautaro Meneses Delfina Dualde, Carlos Piñana, Juan Pomares, Álvaro Pesquera, Eder Douze
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valencia

### Presentación:

Varón de 43 años con signos inflamatorios en región submaxilar resistente a antibioterapia ambulatoria. En TC presenta colecciones confluentes en músculo milohioideo derecho de origen dentario compatible con Angina de Ludwig. Se hospitaliza con mala evolución, requiere traqueotomía y cirugía de drenaje. En TC de control abscesos residuales en hemisuelo de boca y espacios carotídeo y parafaríngeo derechos (a, b y c), con ausencia de llenado de la vena yugular interna debido a trombosis secundaria (d). Tras ligadura yugular y tratamiento conservador evoluciona favorablemente.

### Discusión:

El síndrome de Lemierre clásico define una tromboflebitis séptica de la yugular interna asociada a émbolos sépticos en el seno de una infección faríngea. Está causado por el bacilo anaerobio *Fusobacterium necrophorum*, gran productor de abscesos necróticos, y ocurre especialmente en jóvenes sanos. Algunos autores incluyen infecciones óticas, mastoideas u odontógenas como fuente primaria de infección y otros prescinden del aislamiento de *F. necrophorum*, provocando variaciones del cuadro clásico.

Complicaciones de la invasión parafaríngea incluyen, además, rotura carotídea, síndrome de Horner, parálisis del trapecio y disfagia. La tromboflebitis séptica yugular puede derivar en émbolos sépticos pulmonares principalmente, o en cualquier otro órgano.

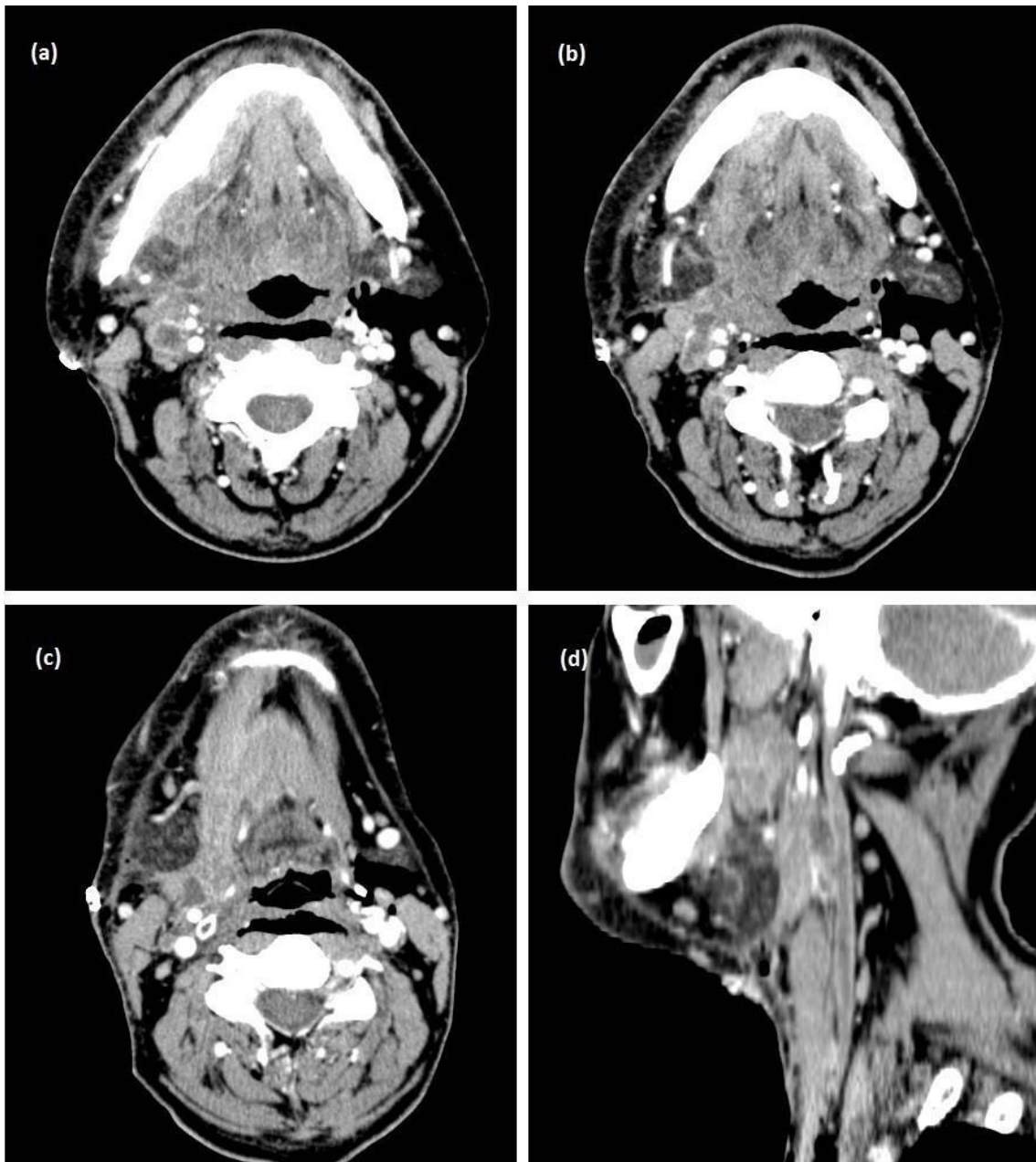
La radiografía torácica puede demostrar infiltrados pulmonares.

La TC cérvico-torácica contrastada es de elección al demostrar trombosis yugular y evaluar el parénquima pulmonar. La ecografía Doppler puede ser muy útil, aunque tiene menor sensibilidad en detectar nuevos trombos y está limitada por la interposición mandibular y clavicular. Su escasa disponibilidad limita la RM.

El tratamiento primario es la antibioterapia. La anticoagulación es discutida. El drenaje de las colecciones es generalmente necesario y la ligadura o escisión yugular está indicada de existir embolia séptica persistente. La mortalidad se cifra en 6-22%.

### Conclusión:

La demostración de trombosis yugular interna o de émbolos sépticos pulmonares debe alertar al radiólogo sobre este síndrome, evitando así mayores complicaciones locales o a distancia e inclusive la muerte.



*(a) Colección líquida con captación periférica en relación con absceso en suelo de boca con extensión al espacio carotídeo. (b) Misma colección en plano más caudal. (c) Ausencia de realce de vena yugular derecha por trombosis y vena yugular izquierda permeable realzada. (d) Vena yugular interna derecha trombosada adyacente al absceso.*

### **Bibliografía:**

1. Kelly L, Pflug K, Raggio B, April D, Milburn J. Lemierre Syndrome: The Forgotten Disease?. *Oschner Journal*. 2016;16(1):7-9.
2. Riordan T, Wilson M. Lemierre's Syndrome: More Than a Historical Curiosa. *Postgraduate Medical Journal* . 2004;80:328-334.
3. Screatton N, Ravenel J, Lehner P, Heitzman E, Flower C. Lemierre Syndrome: Forgotten but Not Extinct. Report of Four Cases. *Radiology*. 1999;213:369-374.



<b>Caso</b>	(610) Dolor pélvico: la torsión ovárica y sus hallazgos.
<b>Autores</b>	Lautaro Meneses Rosa Dosda, Marcelo Rengel, Rocío Gil, Susanie Flores, Antoni Boscà
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Mujer de 43 años sin antecedentes de interés que acude por dolor abdominal , lumbar izquierdo y vómitos, cuadro previamente tratado como cólico nefrítico. A la exploración dolor en hipogastrio y FII. Analítica de sangre y orina: leucocitosis,hemoglobina 9,9 gr/dl, nitritos (+), hematíes 20-50 por campo y ligera bacteriuria.

Radiografía abdominal sugestiva de obstrucción de delgado y probable masa hipogástrica (a). En TC abdomino-pélvico con contraste IV: ascitis leve y tumoración quística en hipogastrio y FID de 17x10 cm con pared gruesa y septo compatible con tumoración anexial derecha (b, c, d). Se realiza anexectomía izquierda. Anatomopatológicamente se describe ovario de 14x13,5x8,5 cm con gran cavidad hemática, edematizado y hemorrágico, secundario a infarto hemorrágico ovárico por torsión.

**Discusión:**

En la torsión ovárica éste y su pedículo vascular giran sobre el ligamento suspensorio, produciendo edema y agrandamiento ovárico (unas 28 veces el volumen normal) por compromiso venoso y linfático, con posterior isquemia e infarto hemorrágico por compromiso arterial.

Predispone en el 50-90% una masa ovárica benigna o maligna. Ocurre a cualquier edad, predominando en la reproductiva. Clínicamente hay vómitos, dolor en fosa ilíaca irradiado a flanco o ingle ipsilateral, sensibilidad y masa anexial al examen pélvico, y fiebre y leucocitosis leves. La ecografía transvaginal revela un ovario agrandado (>4 cm), folículos periféricos, masa ovárica, ascitis y alteraciones en Doppler, incluyendo el signo del remolino. En la TC y RM existe agrandamiento ovárico (con realce anómalo o ausente, hematoma subagudo en él y/o folículos periféricos), masa anexial, trompa engrosada, útero traccionado al lado afecto y ascitis. La detorsión y ooforopexia ha ido ganando popularidad sobre la ooforectomía.

**Conclusión:**

La clínica de la torsión ovárica es inespecífica. El retraso diagnóstico puede conducir a la pérdida ovárica y subsecuente reducción en la fertilidad. El conocimiento de los hallazgos radiológicos ayudará al oportuno diagnóstico y facilitará el tratamiento conservador.



**(a)** Radiografía de abdomen evidenciando dilatación de asas de delgado, ausencia de aire distal y masa hipogástrica. **(b)** Correlación con la TC abdomino-pélvica con contraste IV, demostrando gran tumoración quística hipogástrica. **(c)** Tumoración quística septada (probable nivel líquido-líquido) y ausencia de realce central por hematoma subagudo. **(d)** Se identifica tumoración como anexial y se identifica trompa de Falopio engrosada y ascitis en receso útero-vesical.

### Bibliografía:

1. Damigos E, Johns J, Ross J. An update on the diagnosis and management of ovarian torsion. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2012;14:229–36.
2. Duigenan S, Oliva E, Lee S. Ovarian Torsion: Diagnostic Features on CT and MRI With Pathologic Correlation. *AJR*. 2012;198:W122–W131.
3. Chang H, Bhatt S, Dogra V. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. *RadioGraphics*. 2008;28:1355–1368.

<b>Caso</b>	(611) Pseudoaneurisma aórtico de origen traumático
<b>Autores</b>	Cristina Rodríguez Ramón Ortiz, Pilar Pintado
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

### Presentación:

Varón de 19 años trasladado desde la estación de Astún tras accidente de esquí a gran velocidad. A su llegada Glasgow 8, con intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se realiza TCMD de cuerpo completo, donde presenta a nivel craneoencefálico (no incluidas las imágenes) múltiples focos contusivos frontobasales izquierdos y parietales izquierdos altos, hematoma subdural parietotemporal izquierdo de 10 mm de espesor, colapso de los surcos de la convexidad así como de las cisternas basales y desplazamiento de la línea media de 7 mm. En el estudio toracoabdominal destaca la alteración del contorno aórtico externo en el istmo, sin extravasación del medio de contraste y que sugiere pseudoaneurisma aórtico (a y b). A nivel óseo asocia además fractura del primer arco costal izquierdo (c).

### Discusión:

La lesión aórtica traumática está presente en el 0,5-2% de los pacientes asistidos en los Servicios de Urgencias. Los accidentes de tráfico con vehículo a motor a más de 50 kilómetros por hora son los responsables del 85% de los casos de lesión aórtica traumática. Los impactos laterales son de mayor riesgo que los frontales (el 73% de las lesiones del istmo lo son por impactos laterales) y el 80% de los accidentados mueren en el lugar del accidente. La mortalidad de aquellos pacientes hemodinámicamente estables que han recibido medidas de soporte inicial presentan una mortalidad menor del 25%.

El mecanismo principal viene determinado por una desaceleración rápida, que provoca torsión y por tanto fuerzas de corte en lugares de inmovilidad aórtica relativa, como son la región adyacente al ligamento arterioso, a la raíz aórtica y al diafragma.

De entre las posibles localizaciones, las más frecuentes (90%) son las que afectan a la región del istmo. Esto es debido a la fijación a la que le somete el ligamento arterioso, siendo más frecuente la afectación de los 2 cm aórticos distales al nacimiento de la arteria subclavia izquierda.

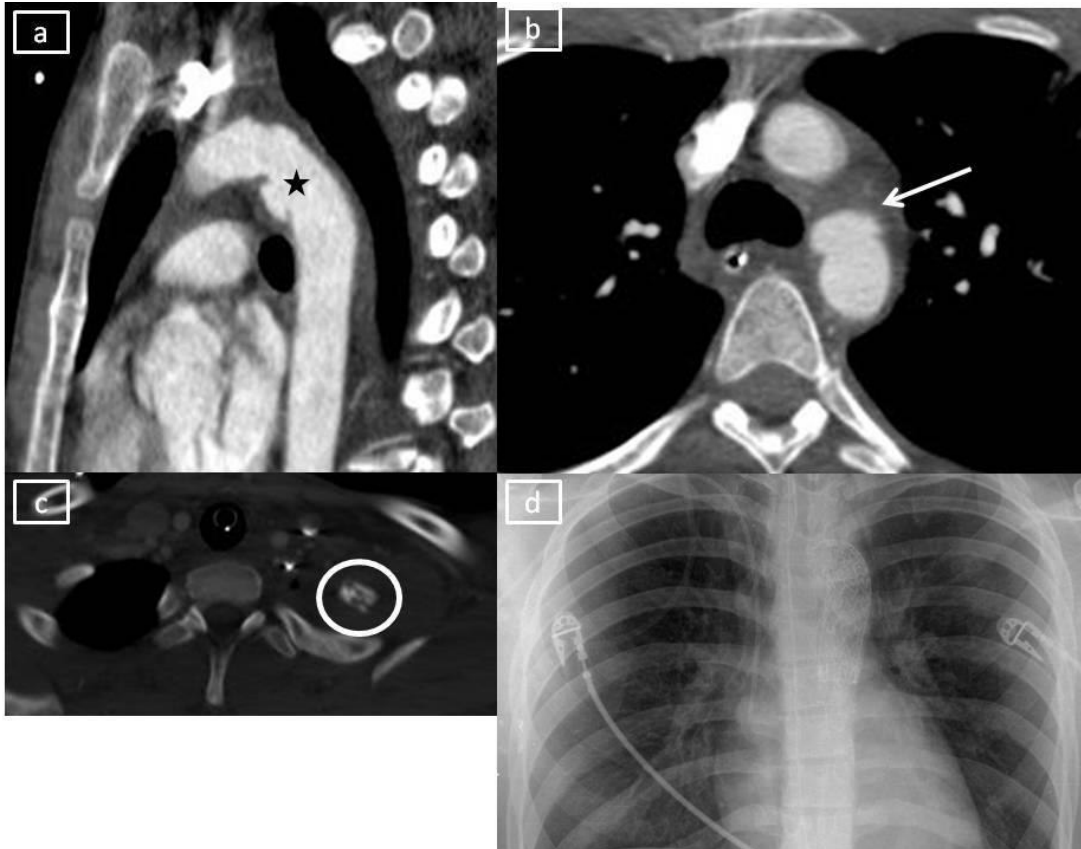
La TCMD es el método de imagen de elección en el manejo del paciente politraumatizado grave, con una elevada sensibilidad y precisión en la detección y caracterización de lesiones. La visualización de una aorta normal en el angioTC, sin anomalías en su contorno, rodeada de un plano graso y sin hematoma mediastínico tiene un VPN para lesión aórtica traumática de un 100%.

De acuerdo a la clasificación adaptada por la Sociedad Americana de Cirugía Vasculat, la lesión aórtica traumática puede clasificarse en 4 grados: grado I (flap intimal o hematoma intramural < 1 cm), grado II (hematoma intramural > 1 cm), grado III (pseudoaneurisma) y grado IV (rotura aórtica con extravasación del medio de contraste). El tratamiento para las lesiones grado I es conservador con beta-

bloqueantes. El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los casos en el grado IV, tan pronto como sea posible (en función de lesiones asociadas) en el grado III (d) y si se demuestra progresión en el estudio de control realizado a los 7 días en las lesiones grado II.

### Conclusión:

La TCMD es la prueba de elección en la evaluación de pacientes politraumatizados y en el diagnóstico/exclusión de la lesión aórtica. El 90% de las lesiones se localizan en el istmo. De la rápida asistencia sanitaria depende la supervivencia de los pacientes.



***Pseudoaneurisma típico. Angio-TC MPR sagital (a) y axial (b) del tórax. Pseudoaneurisma del istmo aórtico (asterisco). (c) Con ventana ósea, fractura asociada del primer arco costal izquierdo (círculo). (d) Radiografía anteroposterior de tórax realizada en la Unidad de Ciudadanos Intensivos. Se realiza craneotomía descompresiva y evacuación del hematoma subdural. A pesar del mal pronóstico neurológico, se decide colocación de endoprótesis por el elevado riesgo de rotura. Desgraciadamente, el paciente fallece a las 48 horas del ingreso.***

**Bibliografía:**

1. Martí De Gracia M, Artigas Martín JM, Vicente Bártulos A, Carreras Aja M. Manejo radiológico del paciente politraumatizado. Evolución histórica y situación actual. *Radiología*. 2010; 52:105-14.
2. Voitle E, Hofmann W, Cejna M. Aortic emergencies - diagnosis and treatment: a pictorial review. *Insights Imaging*. 2015; 6:17.32.
3. Gunn ML. Imaging of Aortic and Branch Vessel Trauma. *Radiol Clin N Am*. 2012; 50:85-103.
4. Martí De Gracia M, Artigas Martín JM, Soto JA. Evaluation of Thoracic Vascular Trauma With Multidetector Computed Tomography. *Semin Roentgenol*. 2012; 47: 342-51.
5. Lamarche Y, Berger FH, Nicolaou S, Bilawich AM, Louis L, Inacio JR, et al. Vancouver simplified grading system with computed tomographic angiography for blunt aortic injury. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2012; 144:347-54.
6. Starnes BW, Lundgren RS, Gunn M, Quade S, Hatsukami TS, Tran NT, et al. A new classification scheme for treating blunt aortic injury. *J Vasc Surg*. 2012; 55:47-54.

<b>Caso</b>	(612) Afectación hepato-renal en paciente con enfermedad indiferenciada del tejido conectivo.
<b>Autores</b>	Agustina Vicente Bártulos I. Pecharromán De Las Heras, S. Resano Pardo, O. Sanz De León, E. García Casado, J.m. García Cabero
<b>Centro</b>	H. U. Ramón y Cajal.

**Presentación:**

Paciente de 36 años con antecedentes de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo que acude a urgencias por dolor lumbar. En analítica destaca elevación de transaminasas y creatinina por lo cual se solicita ecografía abdominal para descartar cuadro obstructivo renal.

**Discusión:**

La existencia de nefromegalia con riñones ecogénicos y con nefrograma anómalo, con apenas captación parenquimatosa, ligeramente atigrado, en una paciente con antecedente de enfermedad reumatológica previa e insuficiencia renal aguda, obliga a descartar en primer lugar obstrucción renal e insuficiencia prerrenal y una vez descartadas, la afectación parenquimatosa (Glomerulonefritis, Síndrome nefrótico, NTA...) secundaria a enfermedad del colágeno. Otros diagnósticos diferenciales en este caso incluyeron infiltración por linfoma, por mieloma o amiloidosis entre otras, también en íntima relación con la enfermedad del tejido conectivo y con insuficiencia renal y riñones grandes.

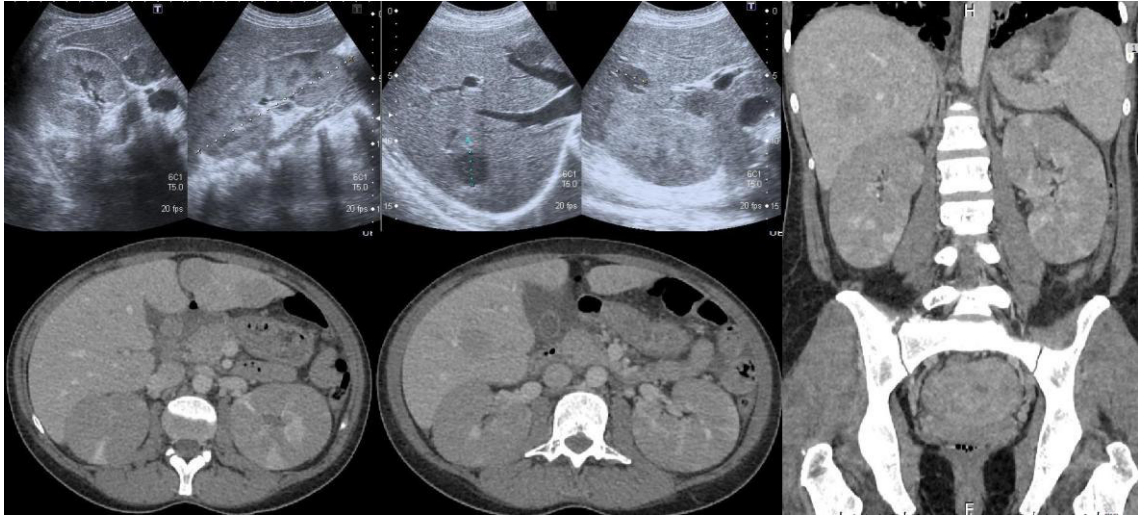
La afectación hepática con hepatomegalia y lesiones focales hepáticas hipocóicas e hipodensas, sin realce de contraste, resultaban también inespecíficas siendo las posibilidades diagnósticas abscesos, amiloidomas y afectación por linfoma.

Estudios posteriores de imagen no aclararon la etiología de las lesiones, y múltiples cultivos y estudios citológicos de las lesiones hepáticas no presentaban malignidad, ni ningún germen cultivado ni bacteriano ni fúngico. Otros estudios de la paciente durante su ingreso llegaron al diagnóstico de Linfoma Burkitt estadio IV, siendo las lesiones hepáticas abscesos neutrofílicos granulomatosos sin ningún germen cultivado.

No siempre es posible llegar a un diagnóstico con las pruebas de imagen en urgencias, pero sí a un amplio diagnóstico diferencial que incluía en este caso la posibilidad de un linfoma en la afectación de ambos órganos, tanto el renal como el hepático.

**Conclusión:**

Afectación renal difusa y bilateral por linfoma Burkitt en paciente con enfermedad reumatológica previa y con debut de insuficiencia renal aguda. Lesiones focales hepáticas indeterminadas y con diagnóstico final por punciones y cultivos múltiples de abscesos neutrofílicos granulomatosos



***Imágenes de ecografía donde se identifican siluetas renales aumentadas de tamaño y marcadamente ecogénicas, así como lesiones focales hepáticas hipoechoicas, múltiples, en hígado con hepatomegalia. Los cortes axiales de TC y reconstrucción MPR-Coronal, confirman los hallazgos ecográficos visualizando además una fase nefrográfica muy escasa y anómala en riñones grandes y edematosos y múltiples lesiones focales hepáticas, no captantes, en ninguna de las fases realizadas.***

### **Bibliografía:**

1.- Sheila Sheth, MD, Syed Ali, MD, and Elliot Fishman, MD. Imaging of Renal Lymphoma: Patterns of Disease with Pathologic Correlation. Radiographics. July-August

2006 Volume 26, Issue 4 RSNA Education Exhibits

2.- Molyneux EM1, Rochford R, Griffin B, Newton R, Jackson G, Menon G, Harrison CJ, Israels T, Bailey S. Burkitt's lymphoma. Lancet. 2012 Mar 31;379(9822):1234-44. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61177-X. Epub 2012 Feb 13.

3.- Lommatzsch SE, Bellizzi AM, Cathro HP, Rosner MH. Acute renal failure caused by renal infiltration by hematolymphoid malignancy. Ann Diagn Pathol. 2006 Aug;10(4):230-4

<b>Caso</b>	(613) Rotura esplénica tras colonoscopia.
<b>Autores</b>	Elena Bello Martínez Cristina Álvarez, Marina Bertólez, Laura Galván, Ana Visal, Ana Mañas.
<b>Centro</b>	Clínico San Carlos

**Presentación:**

Paciente de 63 años sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal tras la realización de colonoscopia 8 horas antes. A la exploración física presenta taquicardia, hipotensión y anemia. En TC abdominopélvico se observa rotura esplénica grado III con abundante hemoperitoneo y signos de sangrado activo. Se intervino al paciente de esplenectomía urgente, de la que se recuperó favorablemente.

**Discusión:**

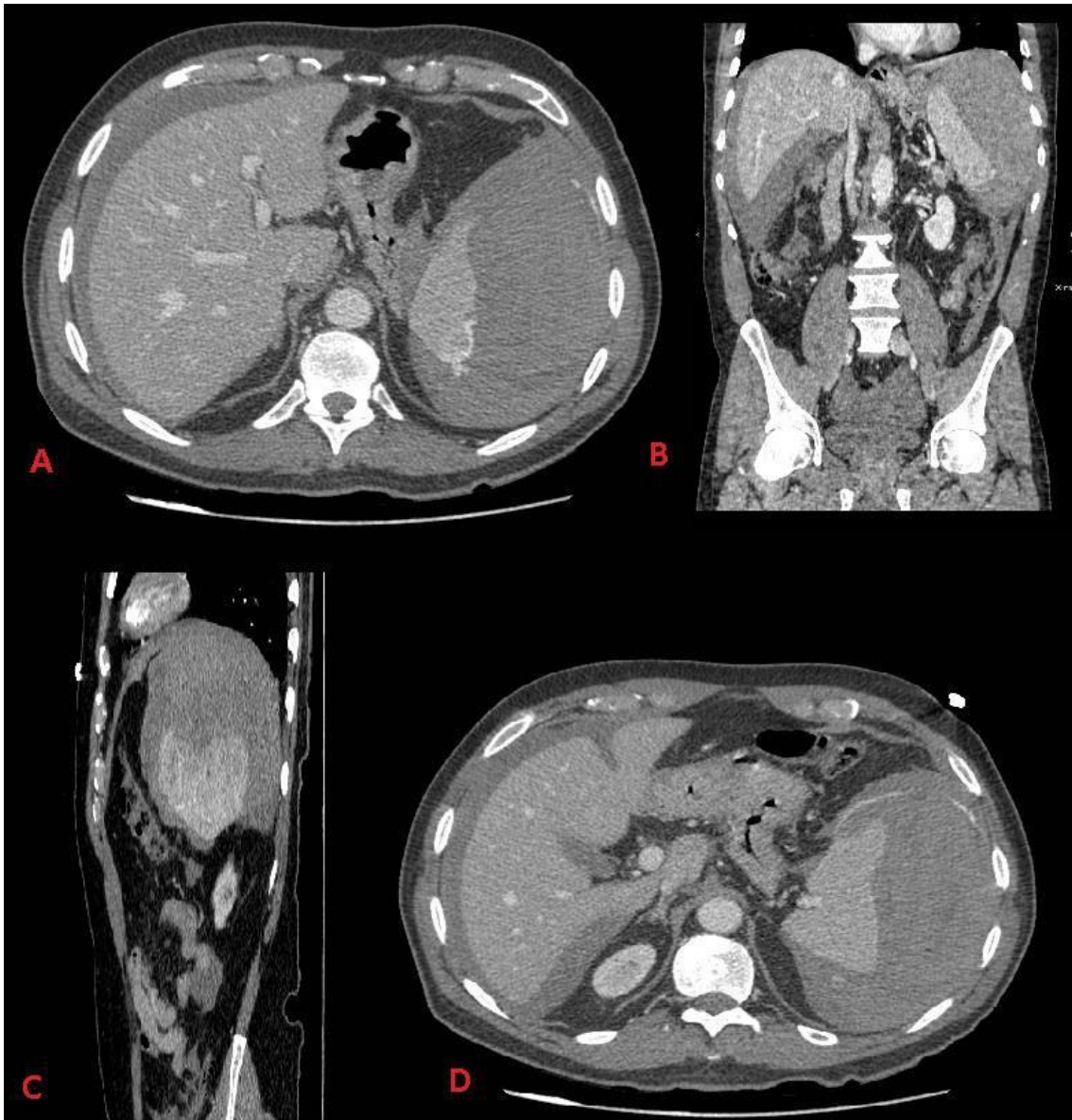
La rotura esplénica es una complicación muy infrecuente de la colonoscopia. Mucho más frecuente es la perforación (incidencia de 1 - 0,2%), por lo que la primera prueba de imagen a realizar es una placa de abdomen o tórax en bipedestación, para demostrar neumoperitoneo. Si es negativa, es conveniente sospechar el diagnóstico de rotura esplénica, especialmente si el paciente presenta anemia, hipotensión y taquicardia. Se recomienda TC urgente basal y con CIV en fases arterial (integridad del hilio esplénico, extravasación de contraste) y portal (parénquima esplénico).

Una vez diagnosticada la rotura esplénica es conveniente indicar el grado de la misma, ya que variará el manejo del paciente

**Conclusión:**

La primera complicación a sospechar ante dolor tras colonoscopia, será la perforación. No obstante, si no se demuestra neumoperitoneo en placa simple, conviene sospechar la rotura esplénica, sobretodo ante ciertos síntomas del paciente como anemia, taquicardia e hipotensión, y la prueba de primera elección a realizar será un TC abdominal con CIV.





*TC abdominopélvico: A y D.: cortes axiales con demostración de sangrado activo. B.: corte coronal donde se identifica el importante hemoperitoneo periesplénico y perihepático. C.: corte sagital donde se visualiza el gran hematoma subcapsular esplénico mayor al 50% de la superficie del bazo; grado III.*

### **Bibliografía:**

-Rotura esplénica tras colonoscopia. Una complicación inusual. Laura Casanova Martínez Eduardo.

-Traumatismo abdominal cerrado. Manifestaciones radiológicas de la lesión en víscera sólida. M. Moral Cano.

<b>Caso</b>	(614) Hematoma epidural espinal espontáneo
<b>Autores</b>	Cristina Rodríguez Ramón Ortiz, M <sup>a</sup> José Gimeno
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

### **Presentación:**

Varón de 48 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor torácico intenso de carácter opresivo, de aparición espontánea. Una vez descartado el origen coronario y aórtico (coronariografía y angio-TC torácico sin alteraciones), inicia clínica de hipoestesia y debilidad progresiva en EESS. Se realiza RM de columna cervical donde se aprecia colección extradural desde C6 a D1, sugestiva de hematoma epidural. Se interviene quirúrgicamente de forma urgente, realizándose laminectomía C7-D2 y evacuación de la colección hemática epidural.

### **Discusión:**

El hematoma epidural espinal espontáneo es una entidad poco frecuente causante de compresión medular aguda. Tiene una incidencia de 0,1 casos por 100.000 personas al año. Las causas de los hematomas espinales están por lo general relacionadas con coagulopatías, tratamiento anticoagulante, punción lumbar, cirugía espinal o craneal, trauma espinal o una malformación vascular. En los casos que no se consigue detectar una causa, se habla de hematoma epidural espontáneo y corresponden al 40% del total de hematomas epidurales espinales.

Las manifestaciones clínicas comprenden desde síntomas menores, como dolor interescapular o mínima afectación radicular hasta la lesión medular completa. Su presentación clínica variable puede confundirse con entidades muy diferentes, como la disección aórtica, polirradiculomielopatías, mielitis transversa aguda o la trombosis medular.

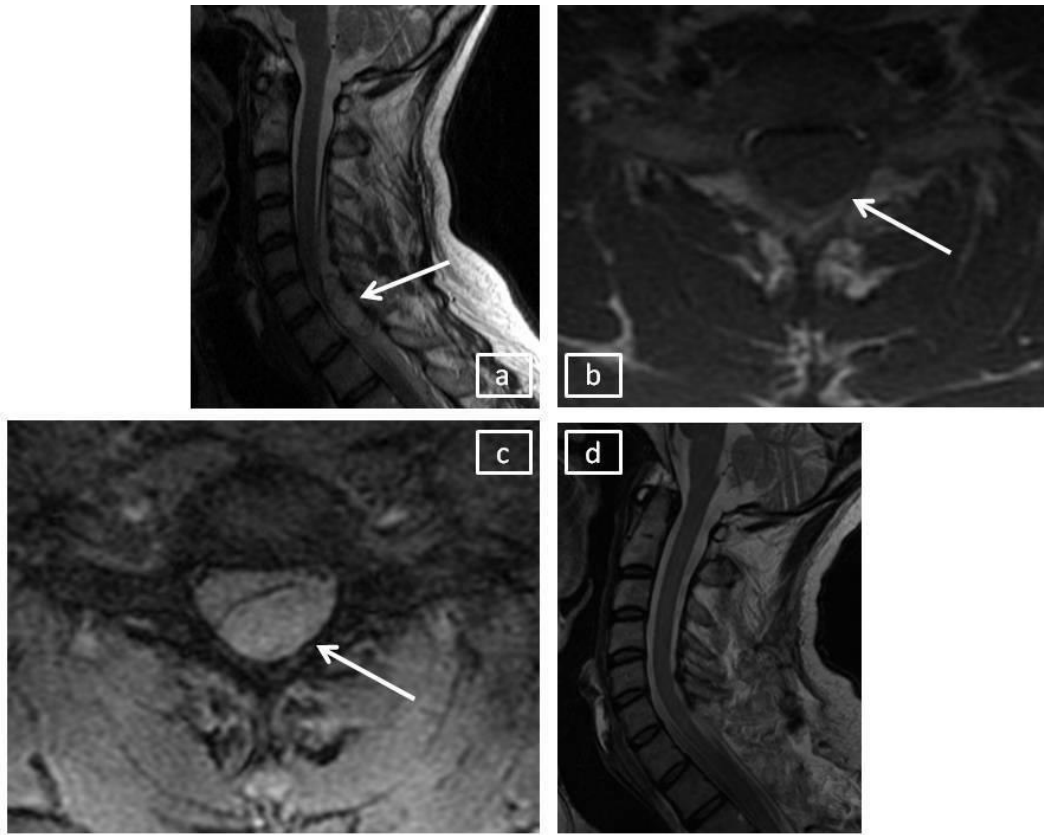
La resonancia magnética es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico, que presentará unas características variables en función del tiempo de evolución. En la fase aguda (primeras 24-48 horas), se visualiza una ocupación del canal medular por una colección en el espacio epidural (posterior la mayoría de las veces) y que desplaza anteriormente el saco tecal. En T1, dicha colección se visualiza isointensa con respecto al cordón medular. En T2 se aprecia predominantemente hiperintensa, pudiendo asociar hipointensidades focales (focos de deoxihemoglobina y/o septos fibrosos).

El tratamiento de elección es la cirugía, mediante laminectomía descompresiva y evacuación del hematoma. En casos con mínima afección neurológica, se puede optar por tratamiento no quirúrgico y vigilancia intensiva.

### **Conclusión:**

El hematoma epidural espinal espontáneo es una patología poco frecuente, causante de compresión medular aguda. Hasta en un 40% de los casos no se identifica la

causa. Requiere diagnóstico inmediato y tratamiento quirúrgico urgente, puesto que el grado de afectación preoperatorio es el factor pronóstico más importante.



**Hematoma epidural espinal espontáneo. Resonancia magnética cervical realizada con carácter de urgencia. (a) Sagital T2. Colección localizada en espacio epidural posterior, entre C6 y D1, hiperintensa con focos hipointensos en su interior (flecha). (b) Axial T1. Colección isointensa respecto al cordón medular, que desplaza anteriormente el saco tecal (flecha). (c) Axial T2\*. Colección epidural posterior hiperintensa (flecha). (d) Sagital T2 de control tras cirugía descompresiva. Cambios post-quirúrgicos por laminectomía C6-D2, con resolución completa del hematoma epidural.**

### Bibliografía:

1. Sánchez Rico P, Tomasa Irriguible TM, Catalán Eraso P, Martínez Vega P, Gener Raxach J, Klamburg I Pujol J. Hematoma epidural cervicotorácico espontáneo. *Med Intensiva*. 2009;33:54-7.
2. Aparici F, Más F, Solera MC, Moro G. Hematoma epidural cervical espontáneo: a propósito de un caso y revisión de la bibliografía. *Radiología*. 2002; 44:118-21.
3. Fukui MB, Swarnkar AS, Williams RL. Acute spontaneous spinal epidural haematomas. *Am J Neuroradiol*. 1999; 20:1365-72.
4. Ross JS. Hematoma epidural espontáneo. En: Ross JS, Moore KR, Shah LM, Borg B, Crim J. *Diagnóstico por Imagen. Columna*. Madrid: Marban; 2012, p. V-3-40-V-3-43.

<b>Caso</b>	(615) ¿Una simple sinusitis, o hay algo más?
<b>Autores</b>	Laura Abenza Oliva M <sup>a</sup> Carmen Ojados Hernández, Carmen Del Pilar Zevallos Maldonado, Lucía Sánchez Alonso, Noelia Lacasa Pérez, Alejandro Puerta Sales
<b>Centro</b>	Hospital Reina Sofía de Murcia

**Presentación:**

Hombre de 17 años que acude por celulitis periorcular izquierda tras cirugía sinusal. En la urgencia se realizó un TC craneal con contraste, observándose una colección extraaxial, lenticular, hipodensa con realce de pared, localizada en lóbulo frontal izquierdo que desplazaba discretamente la línea media sugestiva de empiema epidural. En el TC facial con reconstrucción coronal se observaba una ocupación por densidad de partes blandas de ambos senos maxilares, celdillas etmoidales, así alteración inflamatoria malar, maxilar y orbitaria izquierda con engrosamiento de la glándula lagrimal izquierda.

**Discusión:**

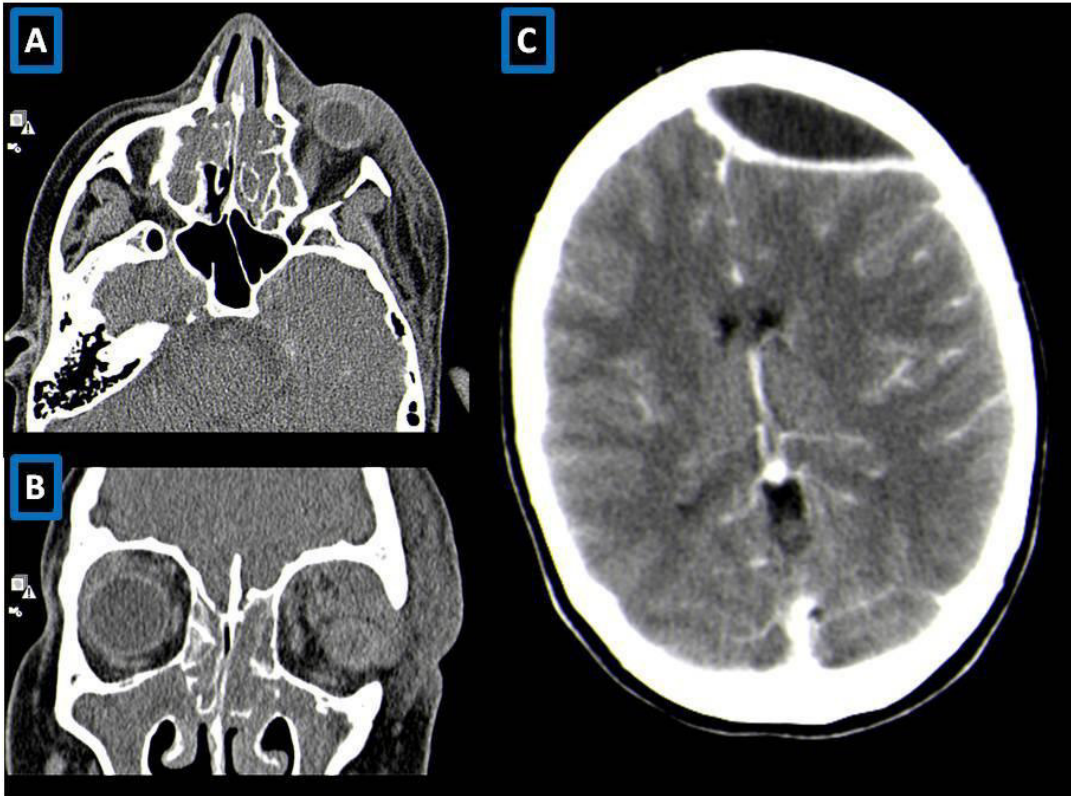
La causa más frecuente de celulitis orbitaria es la sinusitis, otras causas son procesos inflamatorios faciales, lagrimales, dentales, traumatismos y cirugía. La diseminación se produce por dos mecanismos: a través del sistema venoso oftálmico, a través de dehiscencias congénitas o adquiridas en la lámina papirácea. En nuestro caso, el paciente fue intervenido en los días previos de cirugía de senos paranasales.

En cuanto a los empiemas epidurales, éstos debidos a complicaciones de procesos infecciosos faciales u óticos y representan el 15% de las todas las infecciones intracraneales.

El tratamiento tanto de los procesos infecciosos faciales como de sus complicaciones es la administración de antibióticos y en ocasiones drenaje de las colecciones.

**Conclusión:**

Ante una clínica facial u orbitaria en urgencias la técnica de elección es la TC. El radiólogo tiene que estar familiarizado con la fisiopatología y los patrones de diseminación de las infecciones para descartar posibles complicaciones intracraneales.



*TC facial axial (A) y coronal (B): ocupación mucosa de ambos senos maxilares, celdillas etmoidales, y alteraciones inflamatorias en la región malar, maxilar y orbitaria izquierda con engrosamiento de la glándula lagrimal izquierda. TC craneal con contraste (C): colección extraaxial, lenticular, hipodensa con realce de la pared y efecto de masa sobre los giros frontales y mínimo desplazamiento de la línea media, localizada en lóbulo frontal izquierdo.*

### **Bibliografía:**

- 1.- Scheld WM, Whitley RJ, Marra CM. Infections of the central nervous system. Lippincott Williams & Wilkins. (2004) ISBN:0781743273.
- 2.- Parikh V, Tucci V, Galwankar S. Infections of the nervous system. International Journal of Critical Illness and Injury Science. 2012;2(2):82-97. doi:10.4103/2229-5151.97273.

<b>Caso</b>	(616) Colitis y perforación de causa isquémica en paciente psiquiátrico
<b>Autores</b>	Agustina Vicente Bártulos S. Resano Pardo, E. García Casado, O. Sanz De León, I. Pecharroman De Las Heras, J.m. García Cabero.
<b>Centro</b>	H.U. Ramón y Cajal

### **Presentación:**

Paciente de 43 años con antecedentes de trastorno psiquiátrico, alcoholismo y pancreatitis. Actualmente acude a urgencias por dolor abdominal de intensidad moderada y localización en hipocondrio-flanco derecho, de 8 días de evolución y con diarrea de 2-3 deposiciones sin productos patológicos. No hay peritonismo marcado y existe discordancia entre el estado general y el analítico que muestra una importante leucocitosis de 33.000 y PCR de 391.

### **Discusión:**

La isquemia y la necrosis intestinal en pacientes jóvenes con toma de antipsicóticos es muy rara, sin embargo, la mortalidad es alta y da un cuadro subagudo con síntomas moderados, pueden evolucionar hacia un shock séptico.

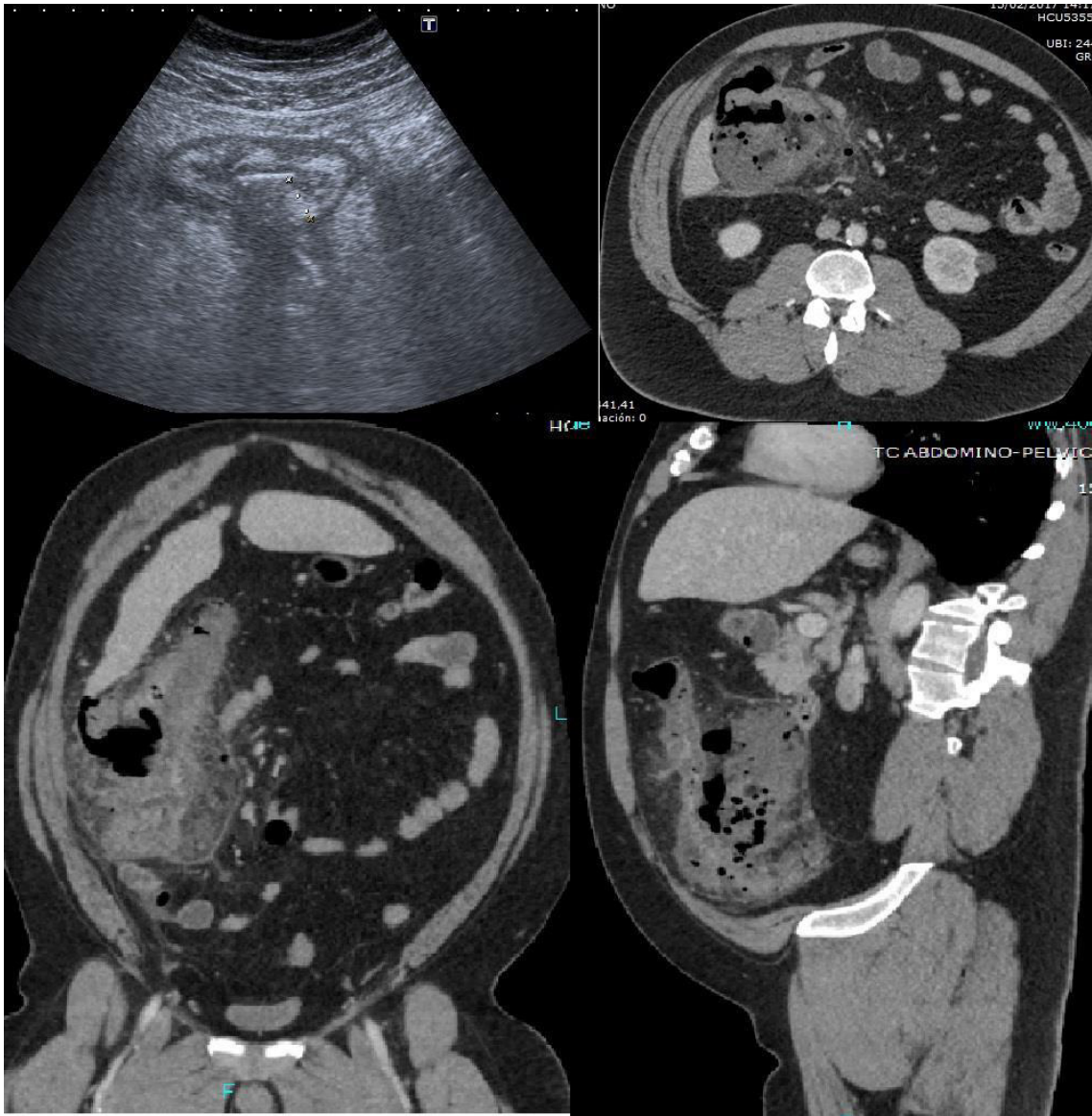
Los antipsicóticos producen hipomotilidad gastrointestinal y la necrosis intestinal está descrita. Los síntomas inespecíficos tales como el dolor abdominal asociado con vómitos o diarrea deberían poner en alerta al médico de los pacientes con estos tratamientos.

En este caso se planteó la posibilidad de si la afectación isquémica visible en la pared colónica era la causa o la consecuencia de la afectación, ya que era predominante la afectación inflamatoria de plastrón y parecía infrecuente la causa isquémica en un paciente joven en el que se desconocía inicialmente su antecedente de trastorno psiquiátrico. Fue al valorar el lugar de la perforación donde se vio la mayor isquemia de la pared y los pequeños vasos mesentéricos peor contrastados.

El tratamiento ante los hallazgos descritos fue una cirugía de urgencia con hemicolectomía derecha y se confirmaron los hallazgos del TC de perforación colónica, isquemia, plastrón y colecciones. No se visualizaron otros hallazgos en quirófano y la causa probable de la isquemia se atribuyó a la toma de antipsicóticos y drogas.

### **Conclusión:**

Perforación de colon derecho secundario a cuadro isquémico de pequeño vaso, con extenso plastrón y colecciones en paciente con tratamiento de antipsicóticos.



*Ecografía con engrosamiento de pared de colon y afectación inflamatoria de la grasa adyacente. Corte axial de TC abdominal y MPR coronal y sagital que demuestra la afectación de la pared colónica, la hipoperfusión de la misma, así como la solución de continuidad y el origen de la perforación. Se visualiza también extensa afectación inflamatoria de la grasa mesentérica y gran colección hidroaérea. Colitis isquémica perforada y con gran afectación inflamatoria.*

### **Bibliografía:**

- 1.- Peyrière H1, Roux C, Ferard C, Deleau N, Kreft-Jais C, Hillaire-Buys D, Boulenger JP, Blayac JP; French Network of the Pharmacovigilance Centers. Antipsychotics-induced ischaemic colitis and gastrointestinal necrosis: a review of the French pharmacovigilance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009 Oct;18(10):948-55. doi: 10.1002/pds.1801.
- 2.- Walker AM1, Bohn RL, Cali C, Cook SF, Ajene AN, Sands BE. Risk factors for colon ischemia. *Am J Gastroenterol.* 2004 Jul;99(7):1333-7.





<b>Caso</b>	(617) Perforación esofágica por cuerpo extraño (pepita de mandarina)
<b>Autores</b>	Cristina Álvarez Sánchez Elena Bello Martínez, Laura Galván, María Bertólez Cué, Ana María Mañas Hernández
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario San Carlos

**Presentación:**

Paciente traída a urgencias por presentar atragantamiento e impactación tras la comida asociado a sialorrea. Se realiza endoscopia que informa de desimpactación de pepita de mandarina a unos 17cm de la arcada dentaria sin identificarse orificio de perforación y deteniendo el procedimiento por aparición de enfisema subcutáneo. Se realiza TC de cuello, tórax y abdomen superior basal y tras la administración de contraste oral por la sospecha de perforación esofágica. Se observa importante neumomediastino, neumoperitoneo y pequeña cantidad de retroneumoperitoneo, así como enfisema subcutáneo extenso que se extiende por los espacios cervicales llegando hasta los músculos del cráneo. Se observa aire disecando las capas del esófago. No se observa fuga de contraste oral.

**Discusión:**

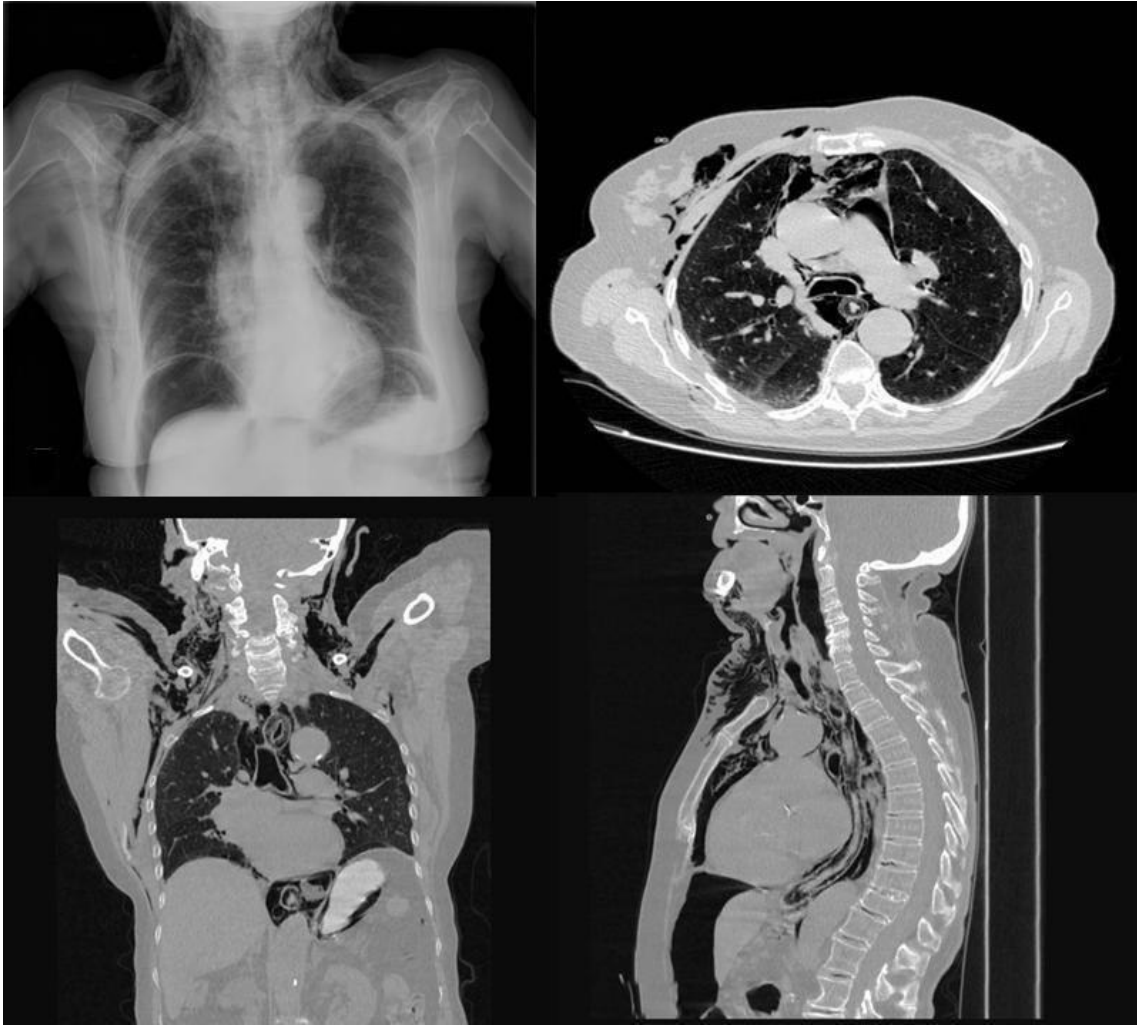
Importante neumomediastino, enfisema subcutáneo intenso y neumoperitoneo secundarios a perforación esofágica sin identificarse fuga en el estudio con Gastrografía. La paciente fue tratada conservadoramente.

Conviene recordar que en las sospechas de perforación el Bario es más sensible pero menos seguro (riesgo de mediastinitis), por lo que administramos contraste hidrosoluble (Gastrografía).

Este caso nos ayuda igualmente a recordar que el espacio cervical está conectado con el tórax por el espacio peligroso y el tórax con el abdomen por los hiatos esofágico y aórtico.

**Conclusión:**

Ante una sospecha de perforación esofágica es conveniente realizar, siempre que sea posible, una radiografía simple cervical y de tórax incluyendo cúpulas diafragmáticas ya que podremos identificar signos indirectos de la misma. Para demostrar la perforación realizaremos un TC con contraste oral donde es posible visualizar la fuga de contraste marcando el punto de perforación, aunque, como en nuestro caso puede no observarse dicha fuga.



*Rx simple y cortes de TC donde se muestra el extenso enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumoperitoneo, así como la disección de las capas del esófago.*

### **Bibliografía:**

-Esophageal perforation: diagnostic workup and clinical decision-making in the first 24 hours.

John Arne & Asgaut Viste.

-Esophageal perforation: comparison of use of aqueous and barium-containing contrast media. Buecker A, Wein BB.

<b>Caso</b>	(619) Síndrome de vena cava superior
<b>Autores</b>	Laura García Alonso De Caso A. Ureña Vacas, A. Silva Rodriguez, I. Gallego , J. Blazquez Sanchez
<b>Centro</b>	Ramón y Cajal

**Presentación:**

Varón de 56 años que acude a SU por enlentecimiento de la marcha. En la exploración presenta edema y plétora facial, arañas vasculares en la cara anterior del tórax y cordones venosos no indurados en zona superior del tórax y zona cervical antero-inferior.

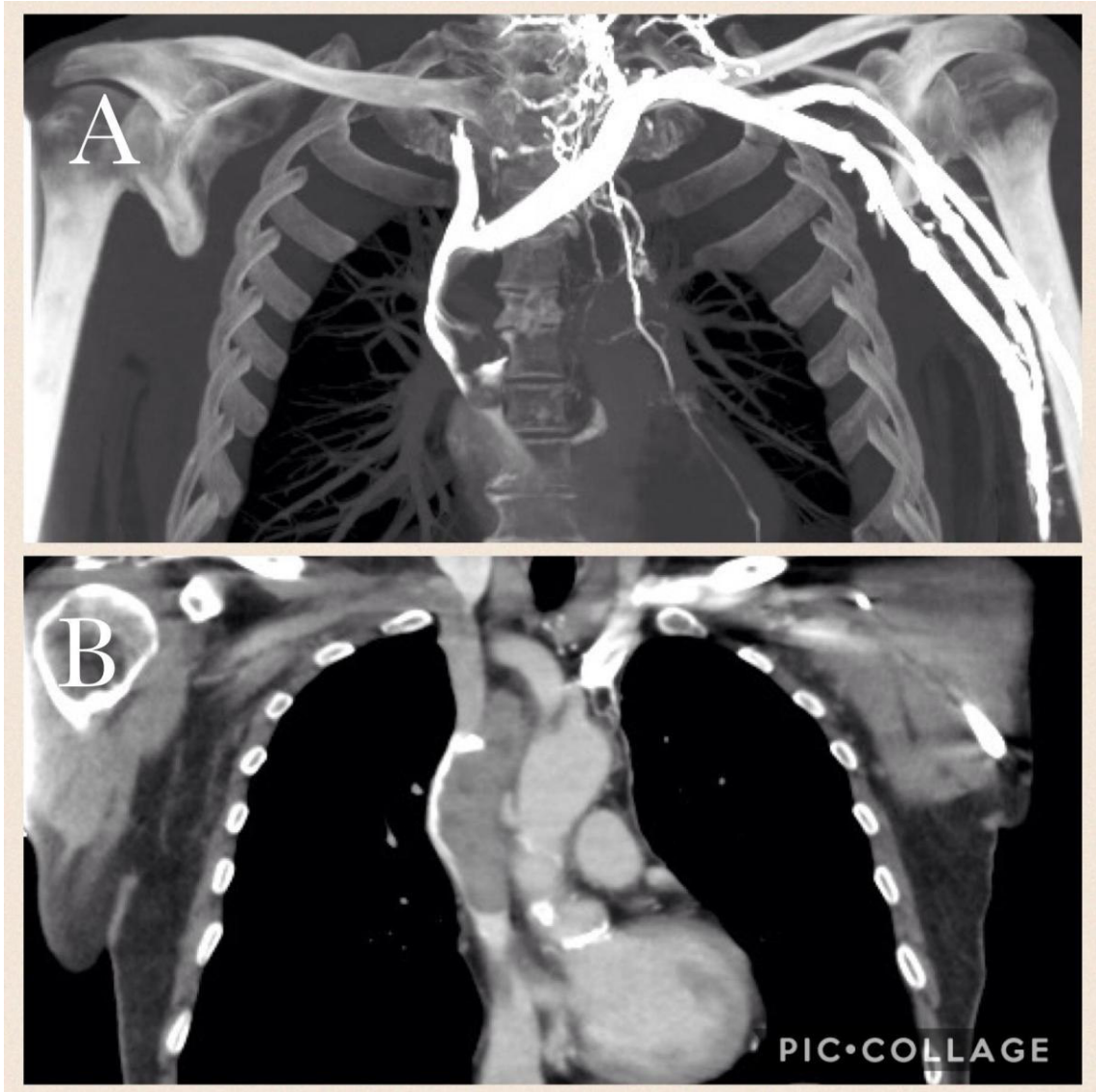
**Discusión:**

Se realiza TC de tórax tras administración de CIV identificándose un conglomerado adenopático mediastínico que infiltra la VCS, con extenso trombo tumoral que se extiende a lo largo de la VCS y condiciona una oclusión subtotal de su luz, con extensa colateralidad venosa mediastínica, paravertebral y esofágica asociada.

**Conclusión:**

Ante la presencia de colateralidad venosa prominente latero cervical y mediastínica debemos evaluar la permeabilidad de troncos venosos y VCS. Ante el hallazgo de trombosis deberán considerarse las causas iatrogénica (dispositivos intravasculares venosos) y tumoral como primeras opciones diagnósticas.

El paciente fue ingresado para filiar el origen de los hallazgos, obteniéndose posteriormente una anatomía patológica concordante con adenocarcinoma de origen pulmonar.



*A y B. Reconstrucciones coronales de TC torácico con CIV en fase venosa que muestran colateralidad venosa prominente con extenso trombo en VCS.*

**Bibliografía:**

Michael J Cumming, MD. Superior Vena Cava Syndrome Imaging. [emedicine.medscape.com](http://emedicine.medscape.com) Dec 02, 2015.

<b>Caso</b>	(620) Neumoperitoneo benigno
<b>Autores</b>	Laura García Alonso De Caso P. Marazuela García, A. Rodriguez Silva, A. Vicente Bártulos, J. Blazquez Sanchez
<b>Centro</b>	Ramón y Cajal

**Presentación:**

Dolor en región lumbar irradiado a región inguinal, de tipo cólico, con disuria y polaquiuria. En la EF el abdomen es blando y depresible con dolor a la palpación de FID, sin signos de irritación peritoneal.

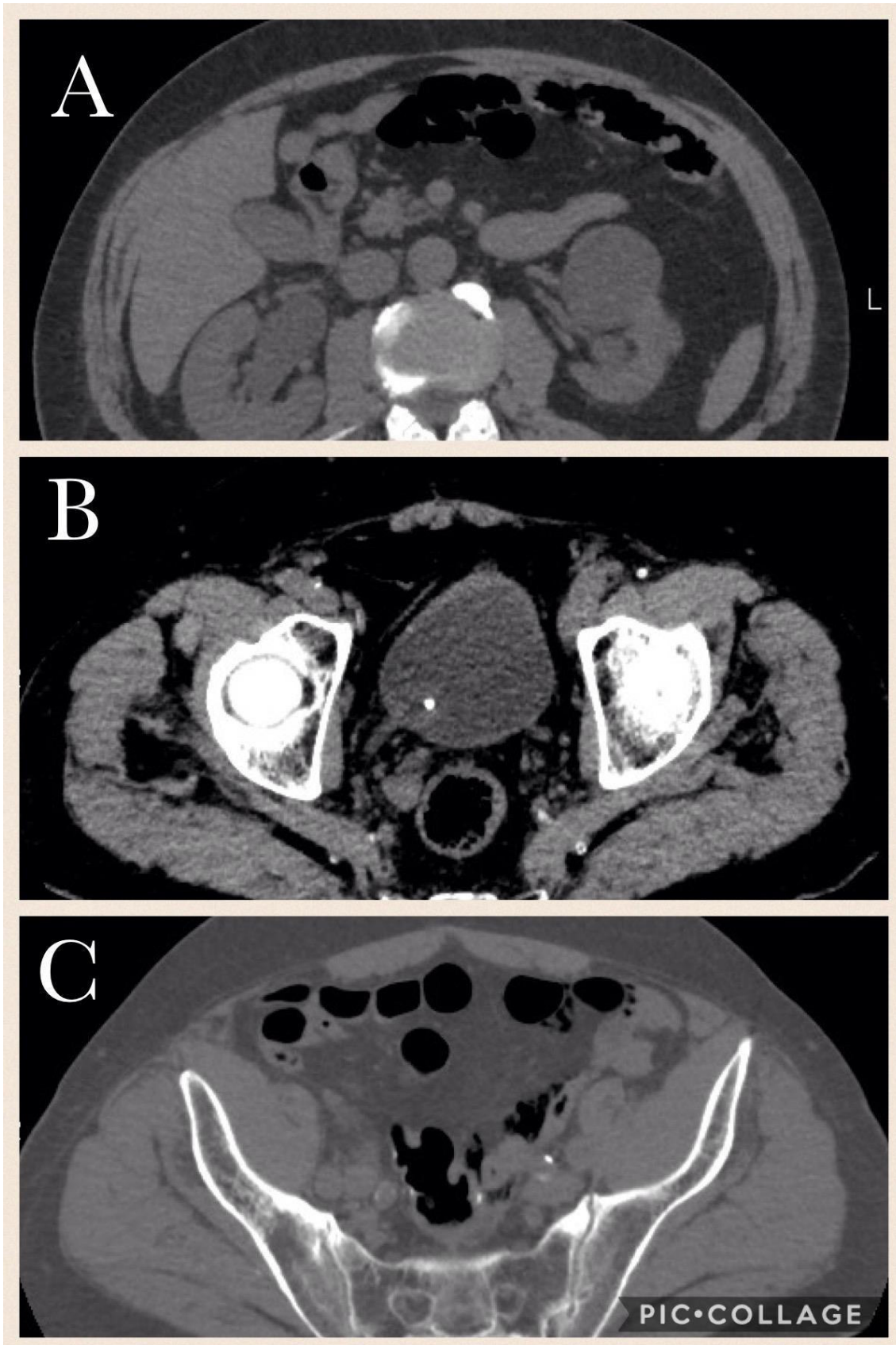
**Discusión:**

Se realiza TC abdominopélvico sin administración de CIV que muestra hidronefrosis y dilatación ureteral derechas de manera secundaria a litiasis obstructiva impactada en meato ureteral de ese lado. Como hallazgo incidental se observan burbujas de neumoperitoneo en pelvis, sin líquido libre intraabdominal ni otros hallazgos que sugieran perforación de víscera hueca.

Ante la interpretación de gas libre intraperitoneal en pacientes asintomáticos debe tenerse en cuenta que el 10% de casos de neumoperitoneo están ocasionados por procesos que no requieren intervención quirúrgica, siendo esta entidad conocida como neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico o neumoperitoneo benigno. Posibles orígenes no quirúrgicos de neumoperitoneo son el iatrogénico (cirugía reciente, procedimientos endoscópicos...), torácico (ventilación mecánica, RCP...), abdominal (neumatosis quística) o genital (ducha vaginal, relaciones sexuales...).

**Conclusión:**

En este caso, dado que el paciente no presentaba signos clínicos de alarma, fue dado de alta una vez resuelto el cuadro de cólico renoureteral.



*Cortes axiales de TC abdominopélvico sin CIV que muestran hidronefrosis derecha (A), litiasis impactada en meato ureteral derecho (B) y burbujas de neumoperitoneo en pelvis (C).*

**Bibliografía:**

Dres. Guillermo Premoli, Pablo Capellino, Leandro Pierini. Neumoperitoneo espontáneo. Revista del Hospital Privado de Comunidad 2003;vol 6, nº 2

Caridad de la Torre Silva; Dinorah Oliva Venereol; Félix Ochoa Cabrera; Arturo Luis Viñas MartínezIV; Maibel García López. Neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico. Rev cubana med v.49 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2010.

F. Moreno Antón, J. García-Donasa. Neumoperitoneo no quirúrgico. ev Clin Esp 2004;204:372-4 - Vol. 204 Núm.7

<b>Caso</b>	(621) Proctitis secundaria a linfogranuloma venéreo rectal.
<b>Autores</b>	Gonzalo Lecumberri Cortés María Del Mar Sarmiento, marivi Barcena, maria Isusi, ane Ibañez, Iñigo Lecumberri
<b>Centro</b>	Hospital universitario de Basurto

**Presentación:**

Varón de 32 años de edad que acude a urgencias por proctalgia aguda con rectorragia con sangre roja y moco. Refiere prácticas homosexuales recientes.

**Discusión:**

La proctitis es una inflamación de la mucosa rectal que se manifiesta con dolor abdominal, proctalgia, rectorragia y heces con sangre y moco.

La etiología más frecuente es la asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal. Otras causas son la asociada a radiación, isquémica, síndrome de úlcera rectal solitaria, síndrome de Bechet y las proctitis de origen infeccioso entre ellas se ha descrito un aumento de la incidencia de proctitis secundaria a enfermedades de transmisión sexual siendo la más frecuente la producida por *Chlamydia trachomatis*.

La proctitis infecciosa por *Chlamydia trachomatis* puede ser producida por diferentes serotipos. Los serotipos L1, L2 y L3 producen una afectación invasiva siendo los responsables de provocar el linfogranuloma venéreo (LGV).

El LGV es una infección endémica en países tropicales, considerándose una enfermedad emergente cursando en brotes en Europa, Norteamérica y Australia.

Es más frecuente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, prácticas sexuales con juguetes eróticos y fiestas sexuales.

Hallazgos radiológicos: cambios de proctitis con engrosamiento parietal asimétrico en ocasiones de aspecto pseudotumoral. Es frecuente la presencia de adenopatías asociadas de gran tamaño y cambios inflamatorios importantes en grasa mesorrectal. En estadios avanzados se pueden objetivar fístulas y áreas de estenosis.

El diagnóstico definitivo se realiza por PCR a partir de las muestras del exudado de la mucosa rectal.

**Conclusión:**

Ante una proctitis en un paciente con factores de riesgo debemos incluir el linfogranuloma venéreo en nuestro diagnóstico diferencial. Para una correcta aproximación diagnóstica es de suma importancia una historia clínica minuciosa que incluya comportamientos sexuales de riesgo.





*Engrosamiento mamelonado de la pared lateral derecha del recto medio asociada a aumento de densidad de la grasa mesorrectal asociada a numerosas adenopatías de gran tamaño( de hasta 13 mm). RM( coronal T2) : resolución prácticamente completa de los hallazgos tras 14 de tratamiento con doxiciclina.*

### **Bibliografía:**

- 1.- CT imaging of colitis: R.Thoeni,John P,Cello.Radiology:Volume 240:Number3-September 2006.
- 2.- Proctitis: diagnóstico diferencial.A propósito de un caso.AC Moncada,B.Bernad et al.Enfermedad inflamatoria intestinal al día 2015;14(1):26-29
- 3.-Lymphogranuloma venereum:diagnostic and treatment challenges.Romana Ceovis.Sandra jerkovic.Infection and drug resistance 2015:8 39-47.
- 4.-Lymphogranuloma venereum proctitis.Tucker Harrison.Proc 2016;29(4):418-419

<b>Caso</b>	(623) La “apendicitis izquierda”: correlación de ecografía y TC.
<b>Autores</b>	
	Carlos Martín Gómez
	Daniel Zarranz Sarobe, Amelia Fernández Fernández, Elena López Miralles, Mónica Pérez González, Jimena María Pedrosa Arroyo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** Varón de 35 años con dolor desde hace 3 días en hemiabdomen inferior, tipo cólico, irradiado a fosa ilíaca izquierda. Fiebre desde ayer. No clínica urinaria ni hematuria. No vómitos. Antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y hernia umbilical. No tratamiento habitual. A la exploración, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda. En analítica destaca leucocitosis con neutrofilia. Se realiza ecografía abdominal urgente, completando estudio con TC. **DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:** En la ecografía se aprecia un engrosamiento segmentario del sigma, con divertículos y cambios inflamatorios en la grasa perientérica. También se visualiza una imagen hiperecogénica lineal sospechosa de aire extraluminal. En la TC se observa un segmento de sigma de aproximadamente 12 cm con engrosamiento parietal difuso, reticulación de la grasa locoregional y divertículos asociados, apreciando una colección con nivel hidroaéreo (correspondiente al gas visualizado por ecografía) de disposición posteroinferior en íntimo contacto con la pared del sigma, de unos 4 cm de diámetro mayor.

**Discusión:**

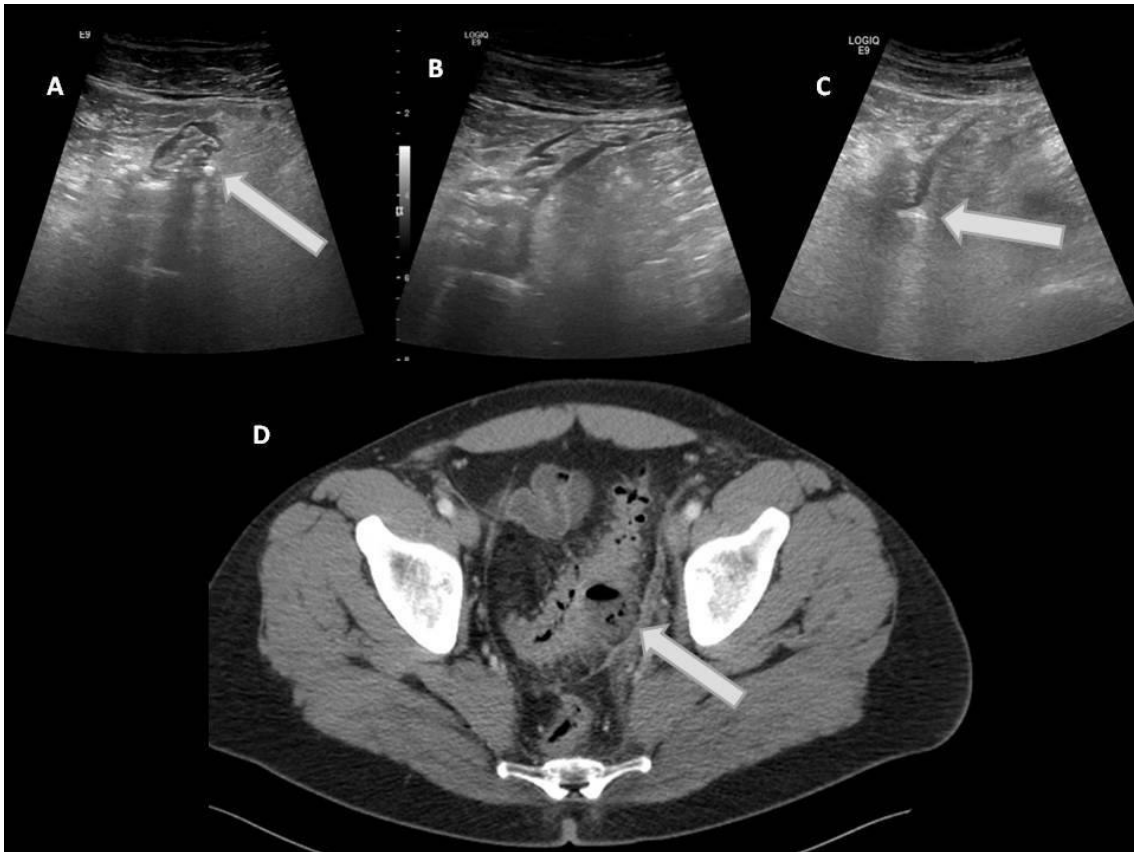
**DIAGNÓSTICO:** Diverticulitis aguda complicada con absceso.

**REFLEXIÓN DOCENTE:**

Ante un paciente con dolor en fosa ilíaca izquierda, fiebre y leucocitosis, debemos sospechar una diverticulitis aguda. Se produce por una obstrucción de la luz diverticular, facilitando la proliferación bacteriana, menor irrigación y riesgo de perforación. Es más frecuente en sigma. El diagnóstico en fase aguda es clínico, siendo útil la TC para confirmar el diagnóstico y valorar complicaciones (absceso, perforación, obstrucción o fístulas). En ocasiones puede ser indistinguible de una neoplasia, por lo que se debe realizar una colonoscopia diferida.

**Conclusión:**

La diverticulitis aguda es un cuadro clínico frecuente, por lo que el radiólogo debe conocer sus manifestaciones en las diferentes pruebas de imagen para proporcionar un diagnóstico preciso, así como descartar sus complicaciones.



*En ecografía se visualizan divertículos sigmoideos (imagen A), engrosamiento parietal y cambios inflamatorios locorregionales (imagen B), así como la presencia de una imagen hiperecogénica lineal sospechosa de aire extraluminal (imagen C). La TC demuestra el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada con absceso con nivel hidroaéreo (imagen D), lo cual justifica los hallazgos ecográficos.*

### **Bibliografía:**

1. Stoker J, van Randen A, Laméris W, Boermeester MA. Imaging patients with acute abdominal pain. *Radiology* 2009;253(1):31-46.
2. Chintapalli KN, Esola CC, Chopra S, Ghiatas AA, Dodd GD III. Pericolic mesenteric lymph nodes: an aid in distinguishing diverticulitis from cancer of the colon. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169:1253-1255.
3. Padidar AM, Jeffrey RB Jr, Mindelzum RE, Dolph JF. Differentiating sigmoid diverticulitis from carcinoma on CT scans: mesenteric inflammation suggests diverticulitis. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 163:81-83.
4. Bryk D, Soong KY. Colonic ileus and its differential roentgen diagnosis. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1967; 101 (2): 329-337.
5. Frager D, Rovno HD, Baer JW, Bashist B, Friedman M. Prospective evaluation of colonic obstruction with computed tomography. *Abdom Imaging* 1998; 23 (2):141-146.

<b>Caso</b>	(625) Buscando la causa de la obstrucción intestinal.
<b>Autores</b>	Carlos Martín Gómez Daniel Zarranz Sarobe, Amelia Fernández Fernández, Elena López Miralles, Mónica Pérez González, Jimena María Pedrosa Arroyo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** Mujer de 84 años con cuadro de dolor abdominal súbito de 10 horas de evolución. No Náuseas, vómitos ni alteraciones deposicionales. Antecedentes de cirugía por hernia inguinal bilateral. A la exploración abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación en fosa ílica izquierda. Analítica anodina. Se realiza radiografía simple de abdomen y se completa con TC. **DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:** En la radiografía de abdomen se aprecia dilatación de asas de intestino delgado. En la TC se identifica hernia obturatriz izquierda, condicionando dilatación retrógrada de asas de intestino delgado, asociando líquido libre peritoneal. El íleon terminal y el colon muestran un calibre normal.

**Discusión:****DIAGNÓSTICO:**

Obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz.

**REFLEXIÓN DOCENTE:**

Las hernias representan la segunda causa más frecuente de obstrucción de intestino delgado (después de las bridas postquirúrgicas), dentro de las cuales la hernia obturatriz es poco frecuente. Se produce por protrusión de contenido abdominal o pélvico a través del foramen obturador, siendo más frecuente entre mujeres.

La obstrucción de intestino delgado es un síndrome clínico frecuente cuyo diagnóstico ha de establecerse rápidamente y de manera precisa correlacionando los datos de la historia clínica, exploración y hallazgos radiológicos.

La radiografía simple de abdomen constituye la prueba complementaria inicial, con una alta sensibilidad para las obstrucciones de alto grado. Su manejo varía en función del lugar de obstrucción, severidad, causa subyacente (mecánica o funcional) y sospecha de estrangulación. Para ello, la TC representa la prueba de elección, determinando la conveniencia de actitud conservadora con colocación de sonda nasogástrica y seguimiento estrecho, u optar por intervenir quirúrgicamente.

**Conclusión:**

Ante un cuadro de obstrucción de intestino delgado es necesario valorar la severidad, signos de sufrimiento intestinal, el punto de cambio de calibre y la causa, dentro de las cuales debemos conocer y valorar la posibilidad de hernia obturatriz.



*En la radiografía de abdomen se aprecia dilatación de asas de intestino delgado, con escaso aire en el marco colónico (imagen A), hallazgo que se confirma en la TC abdominal, con presencia de niveles hidroaéreos (imagen B). En los planos coronal (imagen C) y axial (imagen D) se identifica una porción intestinal que se introduce entre los músculos obturador y pectíneo, provocando una dilatación retrógrada de asas de intestino delgado, sin dilatación del colon.*

### **Bibliografía:**

1. Igari K, Ochiai T, Aihar A, Kumagai Y, Lida M, Yamazaki S. Clinical presentation of obturator hernia and review of the literatura. *Hernia* 2010; 14: 409-413.
2. Chang SS, Shan YS, Lin YJ, Tai YS, Lin PW. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg* 2005; 29: 450-454.
3. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J Am Coll Surg* 2002; 194: 657-663.
4. Basnet RB, Rijal B, Sharma VK. Abstruse Diagnosis of obturator hernia – A case series. *J Nepal Med Assoc* 2010; 50: 316-319.
5. Yokoyama T, Kobayashi A, Kikuchi T, Hayashi K, Miyagawa S. Transabdominal Preperitoneal repair for obturator hernia. *World J Surg* 2011; 35: 2323-2327.

<b>Caso</b>	(627) Cuando el grano de café hace su aparición en la guardia.
<b>Autores</b>	
<b>Centro</b>	

Carlos Martín Gómez  
Daniel Zarranz Sarobe, Alin Stroe, Pablo Velázquez Fragua,  
Elena López Miralles, Mónica Pérez González  
Hospital Universitario de Burgos

### **Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** Mujer de 73 años con dolor súbito de inicio hace 8 horas, de localización suprapúbica, levemente aliviado tras un episodio de vómito. Deposiciones diarreicas. Leve alivio tras analgesia. No cirugías previas ni tratamiento habitual. En la exploración física abdomen blando y depresible. No dolor espontáneo ni a la palpación. En analítica neutrofilia sin leucocitosis. Se realiza radiografía de tórax PA y de abdomen. Dados los hallazgos, se completa con TC abdominopélvico con contraste intravenoso. **DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:** En radiografía de tórax se aprecia signo de pseudoneumoperitoneo, debido a síndrome de Chilaiditi. En radiografía de abdomen se observa el “signo del grano de café”, resultante de la morfología adoptada por el sigma dilatado. En la TC abdominopélvica se identifica una dilatación del marco colónico de manera difusa, con punto de cambio de calibre a nivel del sigma, asociando torsión del mesosigma conjuntamente con su pedículo vascular (“signo del remolino”), con engrosamiento e hipercaptación parietal de la porción del recto y sigma adyacentes al punto de cambio de calibre, objetivando reticulación de la grasa locorregional y láminas de líquido libre.

### **Discusión:**

#### **DIAGNÓSTICO:**

Vólvulo de Sigma con obstrucción del marco colónico retrógrada.

#### **REFLEXIÓN DOCENTE:**

Este tipo de vólvulo se produce por torsión de un segmento de sigma alrededor de su mesenterio, produciendo una obstrucción en asa cerrada con el consiguiente compromiso vascular, pudiendo evolucionar a isquemia y perforación. Por todo ello, el radiólogo de urgencias juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz de esta patología.

### **Conclusión:**

La radiología convencional forma parte del manejo de los pacientes con vólvulo de sigma, ya que los pacientes suelen presentar dolor abdominal inespecífico y síntomas de obstrucción, por lo que se deben conocer los signos diagnósticos de esta patología en la radiografía simple. En los casos en los que no esté claro el diagnóstico inicial, se realizará TC.



***En radiografía de tórax se aprecia signo de pseudoneumoperitoneo, debido a síndrome de Chilaiditi (imagen A). En radiografía de abdomen se observa el “signo del grano de café”, resultante de la morfología adoptada por el sigma dilatado (imagen B). En la TC se aprecia una dilatación de todo el marco colónico, identificando un punto de cambio de calibre a nivel del sigma (imagen C), asociando torsión del mesosigma conjuntamente con su pedículo vascular (signo del “remolino” en imagen D).***

**Bibliografía:**

- 1.Safioleas M, Chatziconstantinou C, Felekouras E, et al. Clinical considerations and therapeutic strategy for sigmoid volvulus in the elderly: a study of 33 cases. World J Gastroenterol 2007; 13:921-924
- 2.Lal SK, Morgenstern R, Vinjirayer EP, Matin A. Sigmoid volvulus an update. Gastrointest Endosc Clin N Am 2006; 16:175-187.
- 3.Ott DJ, Chen MY. Specific acute colonic disorders. Radiol Clin North Am 1994; 32(5):871-884.
- 4.Catalano O. Computed tomographic appearance of sigmoid volvulus. Abdom Imaging 1996; 21:314-317.
- 5.Burrell HC, Baker DM, Wardrop P, Evans AJ. Significant plain film findings in sigmoid volvulus. Clin Radiol 1994; 49:317-319.
- 6.Feldman D. The coffee bean sign. Radiology 2000;216(1):178-179.
- 7.Salati U, McNeill G, Torreggiani WC. The coffee bean sign in sigmoid volvulus. Radiology 2011; 258(2):651-652.
- 8.Levsky JM, Den EI, DuBrow RA, Wolf EL, Rozenblit AM. CT findings of sigmoid volvulus. AJR Am J Roentgenol 2010; 194(1):136-143.
- 9.Hirao K, Kikawada M, Hanyu H, Iwamoto T. Sigmoid volvulus showing “a whirl sign” on CT. Intern Med 2006; 45(5):331-332.



<b>Caso</b>	(628) Pielonefritis en paciente pediátrica con fecaloma rectal.
<b>Autores</b>	Jenny Soraya Cárdenas Herrán Julio Cesar Rivera, Jesus Palao, Rebeca Miron Mombiela, Jelena Vucetic, Marian Revert
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario de Valencia

**Presentación:**

Niña de 8 años de edad que consulta por fiebre, vómitos y dolor abdominal de 17 horas de evolución con antecedente de estreñimiento crónico e infecciones del tracto urinario recurrentes. Asocia leucocitosis y piuria. En la ecografía se encuentra dilatación pieloureteral grado II bilateral y una masa pélvica que desplaza la vejiga hacia la izquierda, observándose también contenido ecogénico intravesical. Radiografía simple de abdomen demuestra fecaloma rectal. Posteriormente tras desimpactación fecal, se realiza control ecográfico encontrando resolución de la dilatación pieloureteral.

**Discusión:**

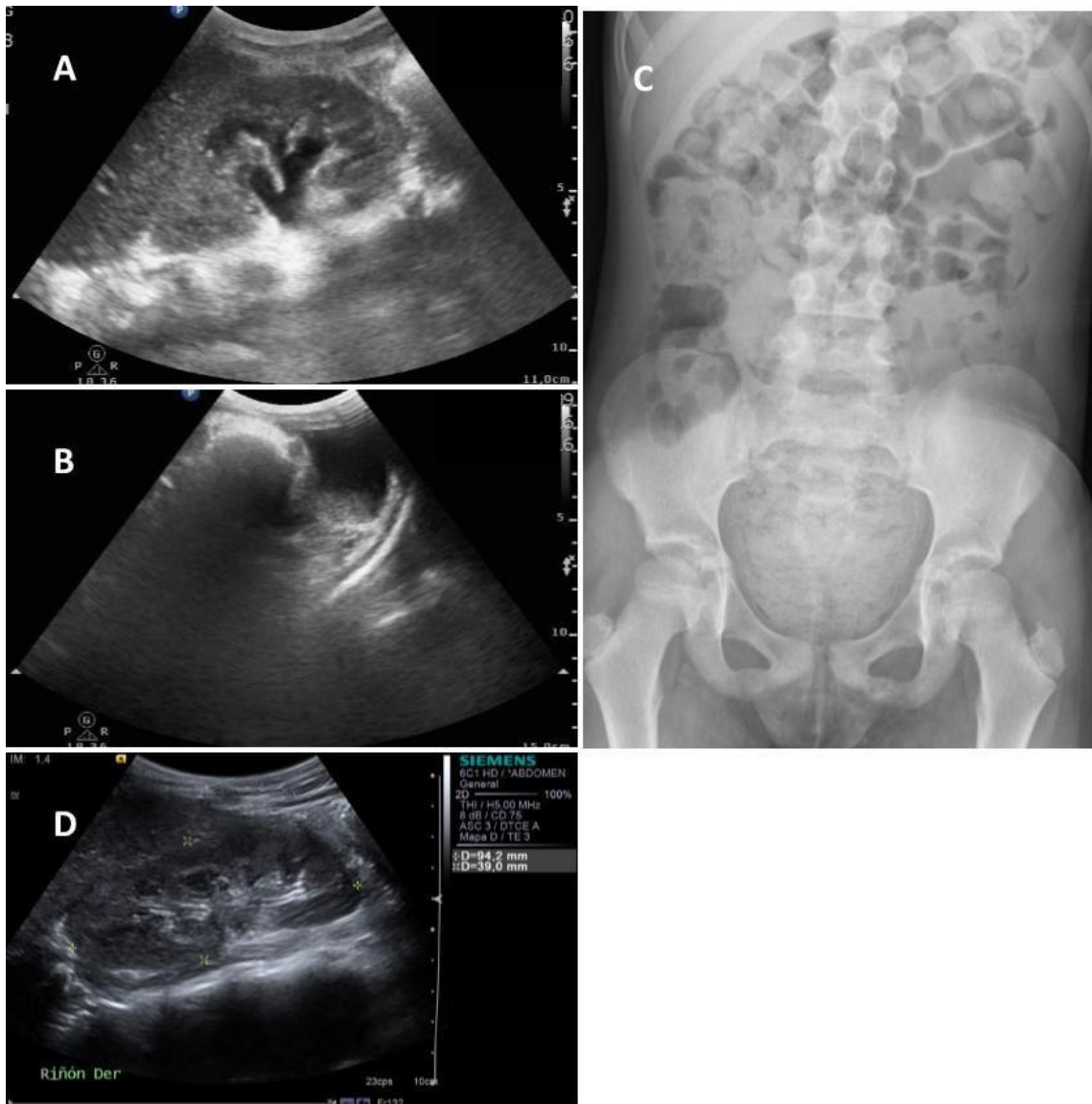
El estreñimiento funcional es un problema frecuente en la población infantil, con una prevalencia del 3%, siendo el 95% de los casos idiopáticos. Existe una relación entre el estreñimiento funcional y las infecciones recurrentes del tracto urinario ya que una dilatación rectal mantenida impide el vaciado completo de la vejiga. Puede provocar también reflujo vesicoureteral bilateral, infección del tracto urinario y enuresis. Todo lo anterior facilita el desarrollo de infecciones del tracto urinario, presentando mejoría con el tratamiento del estreñimiento.

Al existir un origen embriológico común entre la inervación de la vejiga y el recto (parasimpático S2-S4) la asociación entre el estreñimiento y las infecciones del tracto urinario no solo pueden tener una etiología mecánica sino también neuropatológica.

Una evaluación ecográfica en la edad pediátrica permite identificar posibles alteraciones del tracto urinario, incluyendo un diagnóstico precoz de complicaciones en pacientes con historia de estreñimiento crónico e infecciones del tracto urinario recurrentes.

**Conclusión:**

El conocer que existe una asociación entre el estreñimiento funcional y las infecciones del tracto urinario en la edad pediátrica, permite al radiólogo considerar esta patología dentro de su diagnóstico diferencial para brindar una correcta orientación diagnóstica, que permita dar un tratamiento efectivo y así disminuir las complicaciones que se pueden presentar.



**A.** Ecografía abdominal que muestra dilatación pieloureteral grado II bilateral. **B.** Masa pélvica que desplaza la vejiga hacia la izquierda, la cual presenta contenido eco génico en su interior. **C.** Radiografía de abdomen simple donde se observa fecaloma rectal. **D.** tras desimpactación fecal, se realiza control ecográfico tres días después, encontrando resolución de la dilatación pieloureteral.

**Bibliografía:**

- 1.- Marcio A. Averbeck, Helmut Madersbacher. Constipation and LUTS - How do They Affect Each Other?. *Int Braz J Urol.* 2011; 37: 16-28.
- 2.- Seikh Azimul Hoque, MD. Tariqul Islam, FARID AHMED, MOHAMMED HANIF , SHAHNOOR ISLAM, M A MATIN. Impact of Constipation in Children on Urinary Tract Infection (UTI). *BANGLADESH J CHILD HEALTH* 2010; VOL 34 (1): 17-20.
- 3.- M.M. Tabbers, C. DiLorenzo, M.Y. Berger, C. Faure, M.W. Langendam, S. Nurko, A. Staiano, Y. Vandenplas, and M.A. Benninga. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *JPGN* Volume 58, Number 2, February 2014.
- 4.- Yazbeck S, Schick E, O'Regan S. Relevance of constipation to enuresis, urinary tract infection and reflux. *Eur Urol.* 1987;13(5):318-21.
- 5.- Francisco Sánchez Ruiz, Juan José Gilbert, Pedro Bedate Calderón, Beatriz Espín Jaime. Estreñimiento y encopresis. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP.
- 6.- González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de vías urinarias en la infancia. *Protoc diagn ter pediatr.* 2014; 1: 91-108.

<b>Caso</b>	(629) Agenesia de la vena cava infrarrenal asociada a extensa trombosis venosa pélvica y de miembros inferiores
<b>Autores</b>	Irene Vicente Zapata Ana Blanco Barrio, Lucía Hernández Sánchez, Marta Tovar Pérez, Alba Patricia Solano Romero, Irene Cases Susarte
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer

**Presentación:**

Mujer de 19 años que toma anticonceptivos orales y acude al Servicio de Urgencias con dolor e inflamación de ambos MMII y disnea de 24 h. En la analítica tiene un Dímero D de 14318. Se realiza una angio-TC pulmonar que es normal, por lo que se solicita una ecografía Doppler que evidencia trombosis iliofemoral bilateral y varices trombosadas periuterinas, sin lograr identificar la vena cava inferior (VCI). Se identifica una gran vena dilatada derecha, alejada de la aorta. Se completó el estudio con TC abdominopélvica con contraste oral e intravenoso que mostraba una ausencia de la VCI infrarrenal con dilatación del sistema venoso paravertebral, de las venas lumbares ascendentes, del sistema ácigos-hemiácigos y de la vena ovárica derecha, que correspondía a la vena dilatada de la ecografía. Las venas ilíacas primitivas, iliacas internas y externas, femorales comunes, el cayado de las safenas, y las venas del plexo periuterino derecho estaban aumentadas de calibre y con contenido hipodenso, por trombosis.

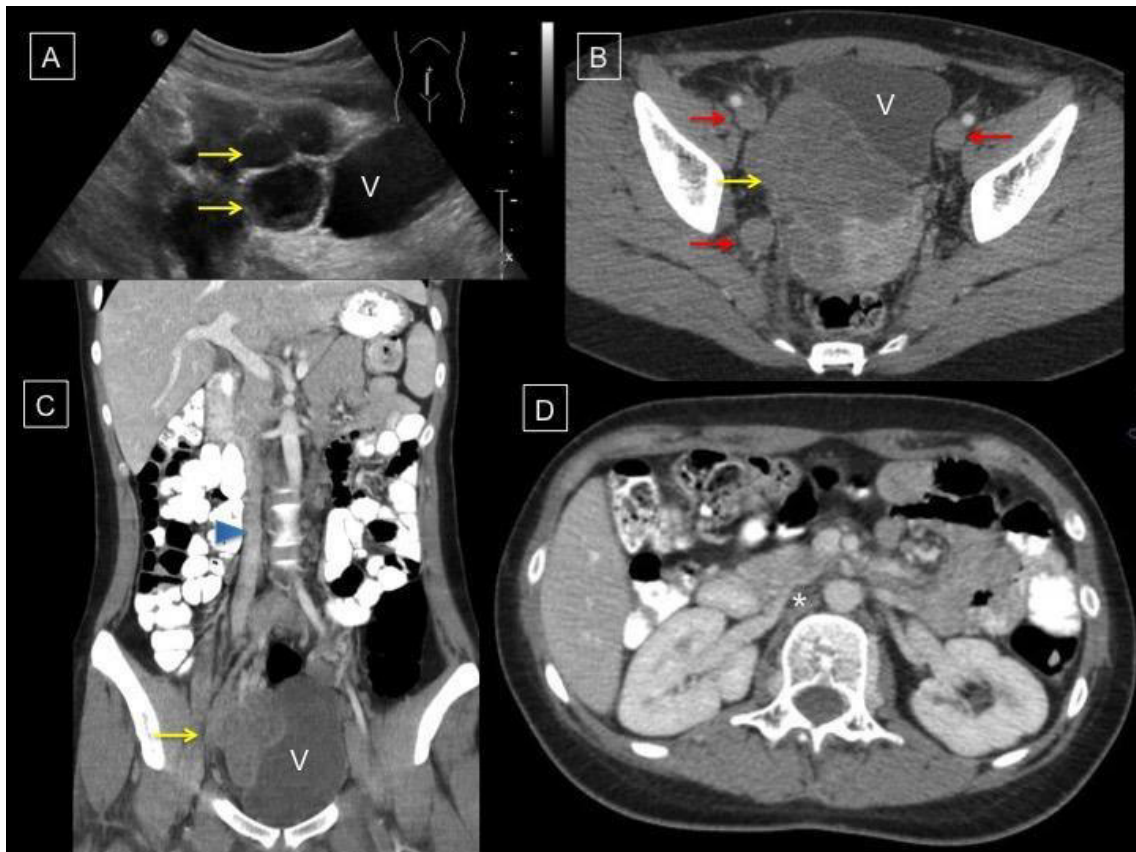
**Discusión:**

El diagnóstico fue de agenesia de la VCI infrarrenal asociada a extensa trombosis venosa profunda (TVP) distal.

La agenesia de la VCI es una malformación rara que suele afectar al segmento hepático, siendo extraordinaria la afectación de la VCI infrarrenal, y aún más rara la agenesia completa de la VCI. Puede tener un origen tanto congénito como adquirido en una trombosis perinatal. Suelen diagnosticarse casualmente o durante el estudio de TVP en pacientes jóvenes, ya que ésta es una complicación frecuente. El drenaje venoso se recoge por las venas lumbares y de ahí a la ácigos y hemiacigos, que se encuentran hipertrofiadas por este motivo.

**Conclusión:**

La agenesia de la VCI es una malformación rara que se asocia con frecuencia a TVP, siendo necesario un seguimiento estrecho de estos pacientes.



**A.** La ecografía muestra varices periuterinas (flechas) con contenido ecogénico en su interior (trombosadas). **B, C y D.** TC abdominopélvico con contraste oral e IV: se observa la trombosis de las varices periuterinas (flechas amarillas) y de las venas ilíacas externas e internas (flechas rojas), una gran vena dilatada que discurre desde la vena renal derecha hasta la pelvis, que corresponde a la vena ovárica derecha (punta de flecha azul), y la ausencia de vena cava infrarrenal (asterisco). V (vejiga)

### Bibliografía:

1. Rodríguez Lorenzo L, Rizza Siniscalchi N, Madrazo González Z, Romera Villegas A. Tratamiento de la trombosis venosa profunda asociada a agenesia de vena cava inferior. Revisión de las anomalías de vena cava inferior. *Angiología*. 2011;63(6):254-260.
2. Raposo Rodríguez L, Recio Rodríguez M, Álvarez Moreno E, López Azorín M. Agenesia de la vena cava inferior infrarrenal con trombosis de la vena renal fetal: a propósito de un caso. *Radiología*. 2012;54(5):457-461.

<b>Caso</b>	(630) Más allá de la apendicitis en la FID: bridas congénitas.
<b>Autores</b>	Marta Tovar Pérez Irene Vicente Zapata, Ana Moreno, Patricia Solano, Juana M <sup>a</sup> Plasencia Martínez, Amalia García Chiclano.
<b>Centro</b>	Hospital Morales Meseguer

### **Presentación:**

Mujer de 19 años que consulta por dolor en FID. En la ecografía abdominal se observan cambios inflamatorios en FID, sin visualizar el apéndice cecal, recomendándose la correlación clínica. Ante la sospecha alta de apendicitis aguda, se interviene hallando apéndice blanco, sin otras anomalías. A los 3 días, nuevo dolor en FID, náuseas y vómitos. La ecografía abdominal muestra asas de delgado dilatadas y líquido interasas. Con la sospecha de obstrucción intestinal, se realiza TC abdómino-pélvico con contraste iv confirmándose obstrucción intestinal baja por volvulación del íleon terminal a 3 cm de la valvula ileocecal, probablemente por brida. Ascitis leve. Además, se objetiva situs inversus abdominal parcial, no conocido, con marco cólico en localización normal.

### **Discusión:**

Diagnóstico final: Obstrucción de intestino delgado por volvulación del íleon terminal, probablemente por brida. Situs inversus abdominal parcial. La cirugía confirma brida congénita desde la raíz del mesenterio al íleon terminal. Se liberan las asas intestinales, con evolución favorable. Retrospectivamente, en la TC se visualiza imagen lineal grasa en esa localización, correspondiente a la brida.

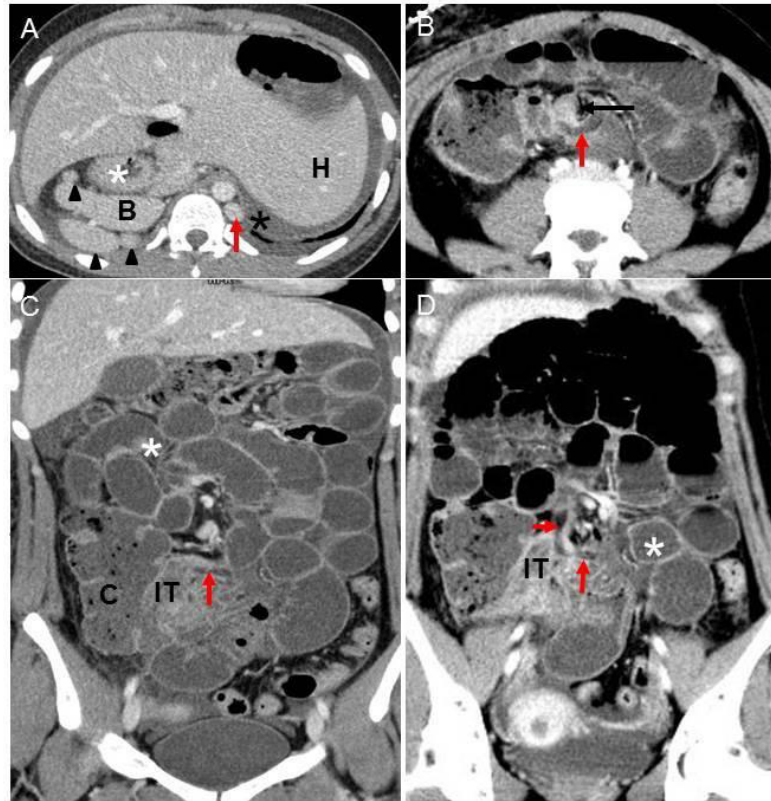
Los vólvulos de intestino delgado se consideran una enfermedad grave, con mortalidad de hasta el 9%. Suelen ocurrir por malrotaciones embriológicas debidas a la existencia de bridas congénitas. La localización más frecuente es el íleon terminal.

Las malrotaciones embriológicas, habitualmente, se objetivan durante el primer mes de vida, y por tanto el índice de sospecha disminuye con la edad, debido a la inespecificidad del cuadro clínico.

El signo del remolino caracterizado por el giro del mesenterio y del intestino en torno al eje aortomesentérico es un hallazgo descrito en TC que puede ser útil en el diagnóstico de estos pacientes.

### **Conclusión:**

Es importante considerar la malrotación en pacientes adultos debido al mayor riesgo de obstrucción intestinal y a que una cirugía precoz supone un aumento en la supervivencia.



**TC abdominopélvico con contraste iv:** A. Corte axial: Situs inversus con localización anómala de los órganos intraabdominales: lóbulo hepático izquierdo (H) en hipocondrio izquierdo, bazo (B) en hipocondrio derecho, con presencia además de esplenosis (cabezas de flecha), estómago (asterisco blanco) en el lado derecho y ascitis perihepática (asterisco negro). Agenesia de la vena cava inferior con hipertrofia de las venas hemiaóxicas (flecha roja). B. Corte axial: Giro brusco de la raíz del mesenterio formando el signo del remolino (flecha negra). Imagen grasa lineal en la raíz del mesenterio sugestiva de brida (flecha roja) C y D. Reconstrucciones coronales: Obstrucción a 3 cm de la salida del ileon terminal (IT) por brida (flechas rojas) que se visualiza como imagen grasa lineal desde la raíz del mesenterio hasta íleon terminal. Dilatación de asas de intestino delgado proximales (asterisco blanco). Ciego (C) localizado a la derecha.

### Bibliografía:

1. Pickhardt PJ, Bhalla S. Intestinal Malrotation in Adolescents and Adults: Spectrum of Clinical and Imaging Features. *American Journal of Roentgenology*. 2002;179(6):1429-1435.
2. Ibáñez Sanz L, Borrueal Nacenta S, Cano Alonso R, Díez Martínez P, Navallas Irujo M. Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector. *Radiología*. 2015; 57(1):35-43.
3. Yang K, Lee TB, Lee SH, Kim SH, Cho YH, Kim HY. Congenital adhesion band causing small bowel obstruction: What's the difference in various age groups, pediatric and adult patients?. *BMC Surgery*. 2016;16:79.

<b>Caso</b>	(631) Síndrome de Grisel: subluxación atloaxoidea postinfecciosa
<b>Autores</b>	Francisco Pozo Piñón Vanesa Gómez Dermit, Marta Pelaz Esteban, Elena Gallardo Agromayor, Rosa Landeras Álvaro, Beatriz García Martínez
<b>Centro</b>	Hospital Marqués de Valdecilla

### **Presentación:**

Niña de 4 años con otitis media aguda derecha sin mejoría tras tratamiento, que posteriormente presenta tortícolis, inclinación cefálica ipsilateral y rechazo de la ingesta, por lo que se decide realizar una ecografía cervical. La ecografía cervical demostró una colección anfractuosa paratraqueal derecha adyacente al tiroides con extensión mediastínica sugestiva de absceso parafaríngeo. Para valorar la extensión de la colección y la columna cervical superior se realizó una TC cérvico-torácica que confirmó el absceso parafaríngeo con extensión desde la amígdala derecha hasta el mediastino, descendiendo por el espacio paratraqueal derecho y una subluxación rotatoria atloaxoidea. Estos hallazgos confirman un Síndrome de Grisel.

### **Discusión:**

El Síndrome de Grisel es una entidad rara con pocos casos descritos en la literatura. Se trata de una subluxación atloaxoidea atraumática con etiopatogenia escasamente establecida. Los pacientes, característicamente presentan tortícolis dolorosa, posible historia previa de fiebre y otros signos inespecíficos de infección. Los niños con hiperlaxitud ligamentosa atloaxoidea tienen mayor riesgo cuando presentan cuadros de características inflamatorias, infecciosas o procesos quirúrgicos de cabeza y cuello.

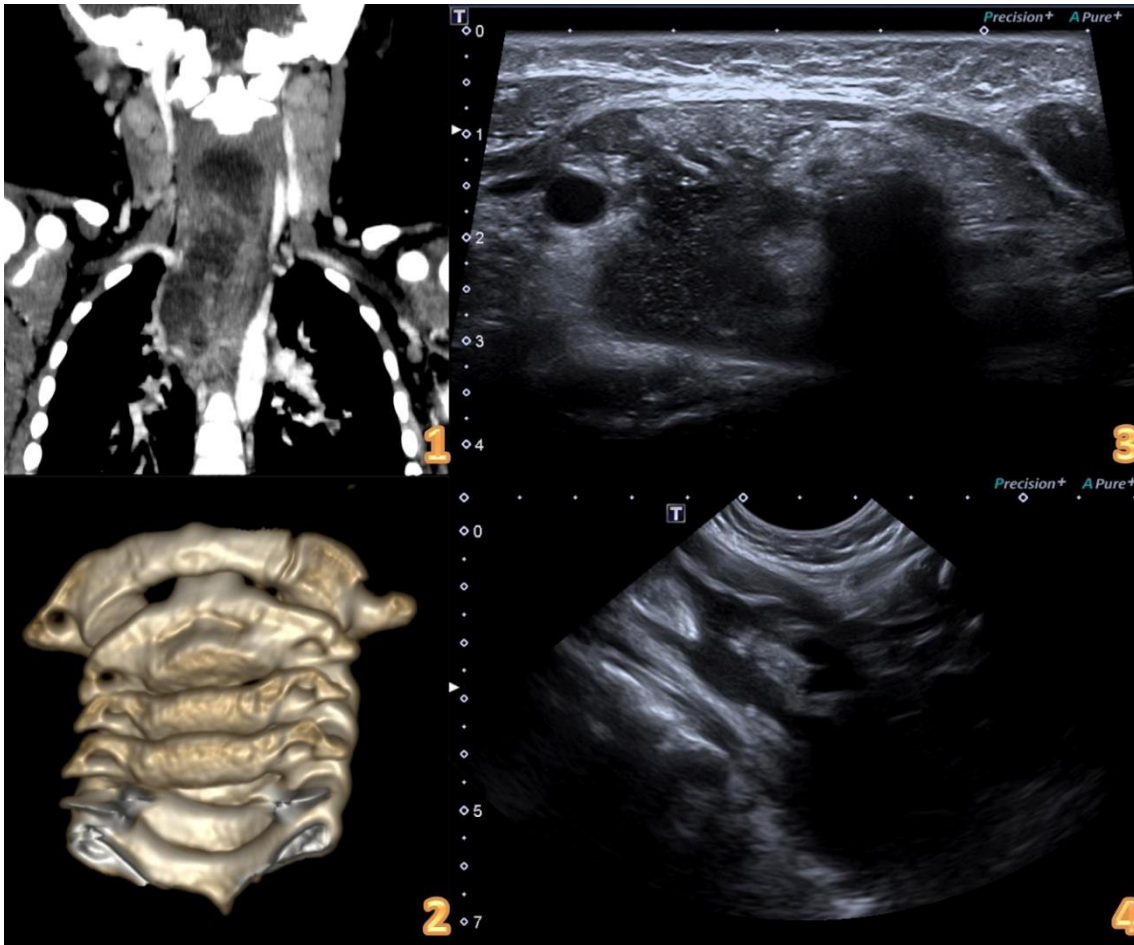
El diagnóstico suele ser clínico pero siempre precisa una confirmación radiológica. En nuestro caso el diagnóstico se realizó mediante TC que es el "gold standard". En el diagnóstico diferencial se ha de tener en cuenta anomalías congénitas de la columna cervical, tumores de la fosa posterior y de la médula espinal, traumatismos de columna, desórdenes oculares y vestibulares, distonía, así como efectos medicamentosos.

El manejo temprano consiste en inmovilización, tratamiento médico, tracción y fisioterapia. En casos tardíos puede complicarse con deformidad dolorosa por luxación rotatoria atloaxoidea que precise reducción y fijación quirúrgica, lesiones de la arteria vertebral o de la unión bulbomedular.

### **Conclusión:**

Presentamos un caso único de Síndrome de Grisel secundario a infección ORL complicada con absceso parafaríngeo y mediastinitis, que sin un diagnóstico y manejo precoz hubiera tenido consecuencias fatales.





**1. Absceso parafaríngeo con extensión mediastínica. 2. Subluxación rotatoria atloaxoidea. 3. Absceso parafaríngeo, lateral al lóbulo tiroideo derecho y medial al paquete yugulocarotídeo. 4. Extensión mediastínica del absceso parafaríngeo.**

### **Bibliografía:**

1. Youssef K, Daniel S. Grisel syndrome in adult patients. Report of two cases and review of the literature. *Can J Neurol Sci.* 2009 Jan;36(1):109-13.
2. Harma A, Firat Y. Grisel syndrome: nontraumatic atlantoaxial rotatory subluxation. *J Craniofac Surg.* 2008 Jul;19(4):1119-21.
3. Yamazaki M, Someya Y, Aramomi M, Masaki Y, Okawa A, Koda M. Infection-related atlantoaxial subluxation (Grisel syndrome) in an adult with Down syndrome. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008 Mar 1;33(5):E156-60.
4. Martínez-LJF, Martínez Pérez M, Fernández Cornejo V et al. Atlanto-axial rotatory subluxation in children: early management. *Acta Neurochir (Wien)* 2001; 143: 1223-1228.

5. Doshi J, Anari S, Zammit-Maempel I, Paleri V. Grisel syndrome: a delayed presentation in an asymptomatic patient. *J Laryngol Otol.* 2007 Aug;121(8):800-2. Epub 2007 Feb 13.
6. Mathern GW, Batzdorf U. Grisel's syndrome. Cervical spine clinical, pathologic and neurologic manifestations. *Clin Orthop* 1989;244: 131-146.
7. Subach BR, McLaughlin MR, Albright AL, Pollack IF. Current management of pediatric atlanto-axial rotatory subluxation. *Spine* 1998; 23(20): 2174-2179.
8. Andrew P, Pasos G. Grisel's syndrome: the two-hit hypothesis- a case report and literature review. *Archives of Diseases in Childhood* 2003; 88: 628-662.

<b>Caso</b>	(632) A vueltas con los vólvulos
<b>Autores</b>	Ana Isabel Barrio Alonso Juan Calvo Blanco, Sandra Sánchez García, Diego Rubio Solís, Alejandro Cernuda García, Ana De Menezes Falcao.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

### **Presentación:**

Datos clínicos: Paciente con distensión y dolor en hipocondrio derecho, fosa renal derecha e hipogastrio. Hábito intestinal estreñido y ruidos hidroaéreos aumentados. Descripción de los hallazgos: Rx abdomen simple y bipedestación: asa muy dilatada con haustras y morfología en grano de café en hemiabdomen izquierdo, con niveles hidroaéreos en la proyección en bipedestación. TC abdominopélvico con CIV: Ciego distendido, volvulado y situado en el hemiabdomen superior izquierdo.

### **Discusión:**

Diagnóstico

Vólvulo de ciego (torsión en bucle).

Reflexión docente

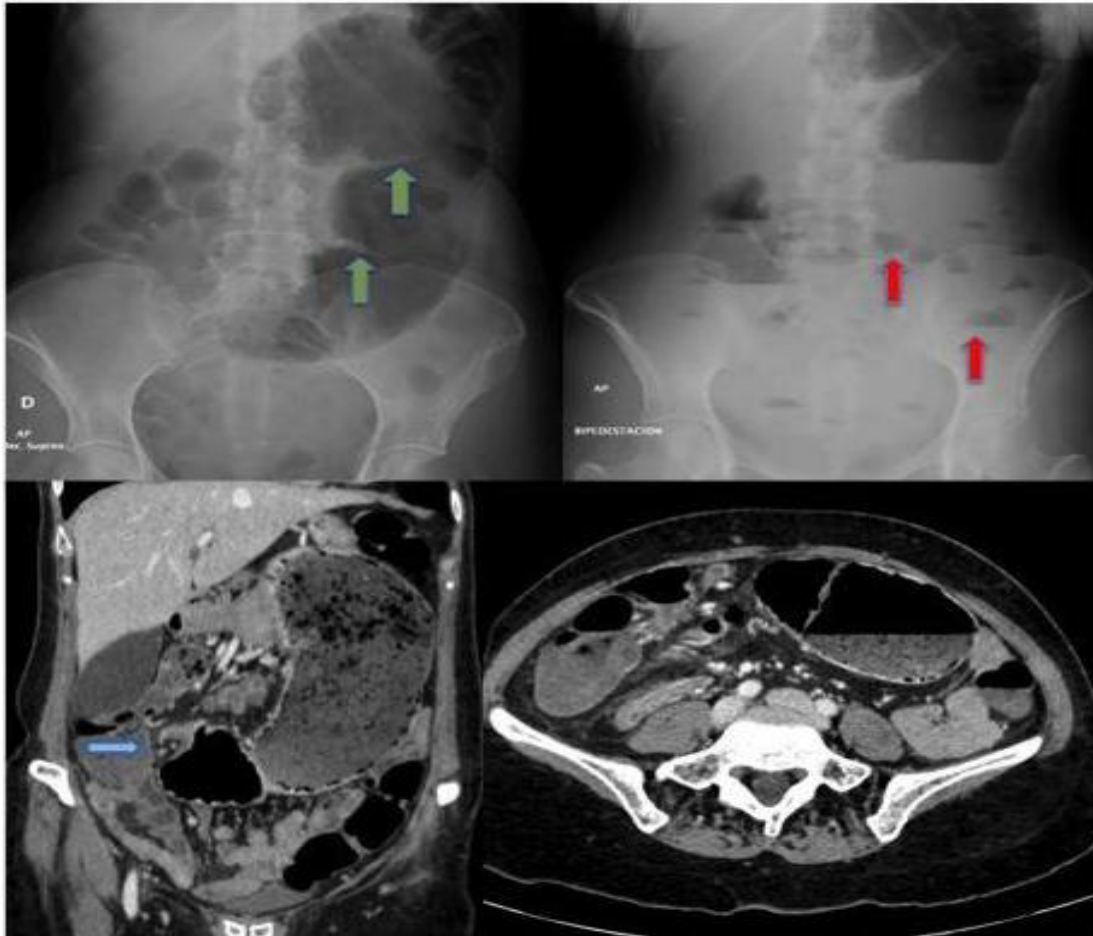
El vólvulo cecal es una torsión del ciego en torno a su propio mesenterio que afecta habitualmente al colon ascendente e ileon terminal. Supone el 1–1,5% de todas las causas de oclusión intestinal. Es el segundo tipo de vólvulo más frecuente, después del vólvulo de sigma.

Los diagnósticos diferenciales son el vólvulo de sigma (asa con morfología de "U invertida" y sin haustras), la dilatación del colon secundaria a tumores o diverticulitis, el megacolon tóxico que no presenta haustras y la dilatación gástrica.

### **Conclusión:**

El vólvulo de ciego tiene una clínica de dolor y distensión abdominal, vómitos y estreñimiento. La radiografía simple de abdomen muestra un asa con haustras dilatada en cuadrante superior izquierdo (torsión en bucle), cuadrante inferior derecho (torsión axial) o situación centralizada (báscula cecal).

La CT confirma la posición anómala del ciego y los signos característicos como el "pico de pájaro" y el "remolino" en el mesenterio.



**Radiografía simple abdomen y en bipedestación:** se observa un asa muy dilatada con haustras (flechas verdes) y morfología en grano de café, en vacío izquierdo con niveles hidroaéreos (flechas rojas) en la proyección en bipedestación. **TC abdomen con contraste intravenoso:** se confirma la posición anómala del ciego con el signo de pico de pájaro (flecha azul).

### Bibliografía:

- Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector. L. Ibáñez Sanz et al. Radiologia 2015,57:1(35-43).
- Findings of cecal volvulus at CT. Juliana M. Rosenblat et al. Radiology. 256:1, July 2010.

<b>Caso</b>	(633) Síndrome vena cava superior.
<b>Autores</b>	Ana Isabel Barrio Alonso Juan Calvo Blanco, Alejandro Cernuda García, Susana Sanmartino González, Ana De Menezes Falcao, Faustino García Arias.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

### **Presentación:**

Datos clínicos: Mujer de 58 años con cáncer de mama, portadora de catéter reservorio derecho, leve congestión facial y cervical. Descripción de los hallazgos Rx tórax PA y lateral: Ensanchamiento mediastínico anterior de probable origen vascular. Catéter reservorio derecho con extremo distal en cava superior. Mastectomía izquierda. TC tórax con contraste IV: Defecto de repleción en vena cava superior adherido al extremo distal del catéter de quimioterapia, que ocupa el 80% de la luz de la vena, compatible con trombo. Abundante circulación colateral venosa que desemboca en la vena cava superior y vena ácigos. Flebografía de miembros superiores: Trombo en el extremo distal del catéter reservorio, que condiciona obstrucción en un corto trayecto de la vena cava superior. Drenaje por colateralidad hacia la vena ácigos.

### **Discusión:**

Diagnóstico

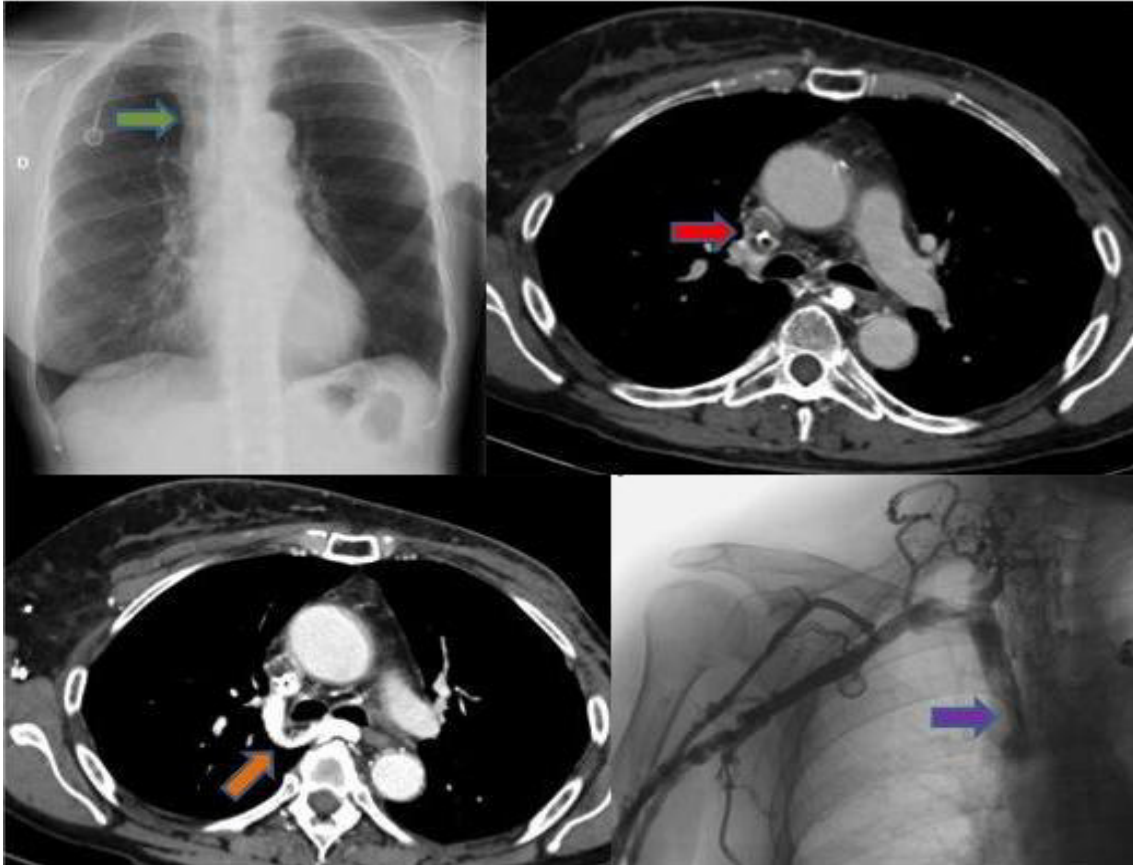
Síndrome vena cava superior secundario a trombosis pericatóter intracaval.

Reflexión docente

El síndrome de vena cava superior es debido a obstrucción parcial o completa de dicho vaso. Se caracteriza por disnea, edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral tóracobraquial. En un 5% se asocia a la presencia de catéteres intracavales. La radiografía de tórax muestra ensanchamiento mediastínico. La TC confirma el nivel y grado de la obstrucción, la extensión del segmento afectado, y la presencia de trombo intraluminal distal a la obstrucción. La flebografía con fibrinólisis es la prueba de confirmación y terapéutica.

### **Conclusión:**

Esta patología requiere un diagnóstico y tratamiento precoces. La radiografía de tórax es diagnóstica, aunque la TC permite al radiólogo intervencionista escoger el tratamiento más óptimo.



*Rx tórax PA y lateral: Ensanchamiento mediastínico anterior de probable origen vascular (flecha verde). TC tórax con contraste IV: Defecto de repleción en la vena cava superior adherido al extremo distal del catéter de quimioterapia (flecha roja) compatible con trombo. Abundante circulación colateral venosa que desemboca tanto en la vena cava superior como en la vena ácigos (flecha naranja) . Flebografía de miembros superiores: Se confirma la existencia de trombo en el extremo distal del catéter reservorio (flecha morada), que condiciona obstrucción en un corto trayecto de la vena cava superior, con drenaje por colateralidad hacia la vena ácigos.*

### **Bibliografía:**

Comprehensive Imaging Review of the Superior Vena Cava. Sushilkumar K. Sonavane et al. RadioGraphics 2015; 35:1873–1892.

- Evaluation With MDCT. Sheila Sheth Mark et al. AJR:194:35:1873–1892.

<b>Caso</b>	(635) Cistitis enfisematosa
<b>Autores</b>	Ana Isabel Barrio Alonso Juan Calvo Blanco, Ana De Menezes Falcao, Alejandro Cernuda García, Helena Cigarrán Sexto Y Faustino García Arias.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Descripción de los hallazgos Rx abdomen simple: Aire atípico en pelvis menor, rodeando y dibujando la silueta de la vejiga. Sonda urinaria. Dilatación de asa de intestino delgado y colon en relación con obstrucción intestinal. TC abdominopélvico con CIV: Vejiga con paredes engrosadas e hipercaptantes con abundante cantidad de aire en su espesor que se extiende al espacio retroperitoneal.

**Discusión:**

Diagnóstico

Cistitis enfisematosa.

Reflexión docente

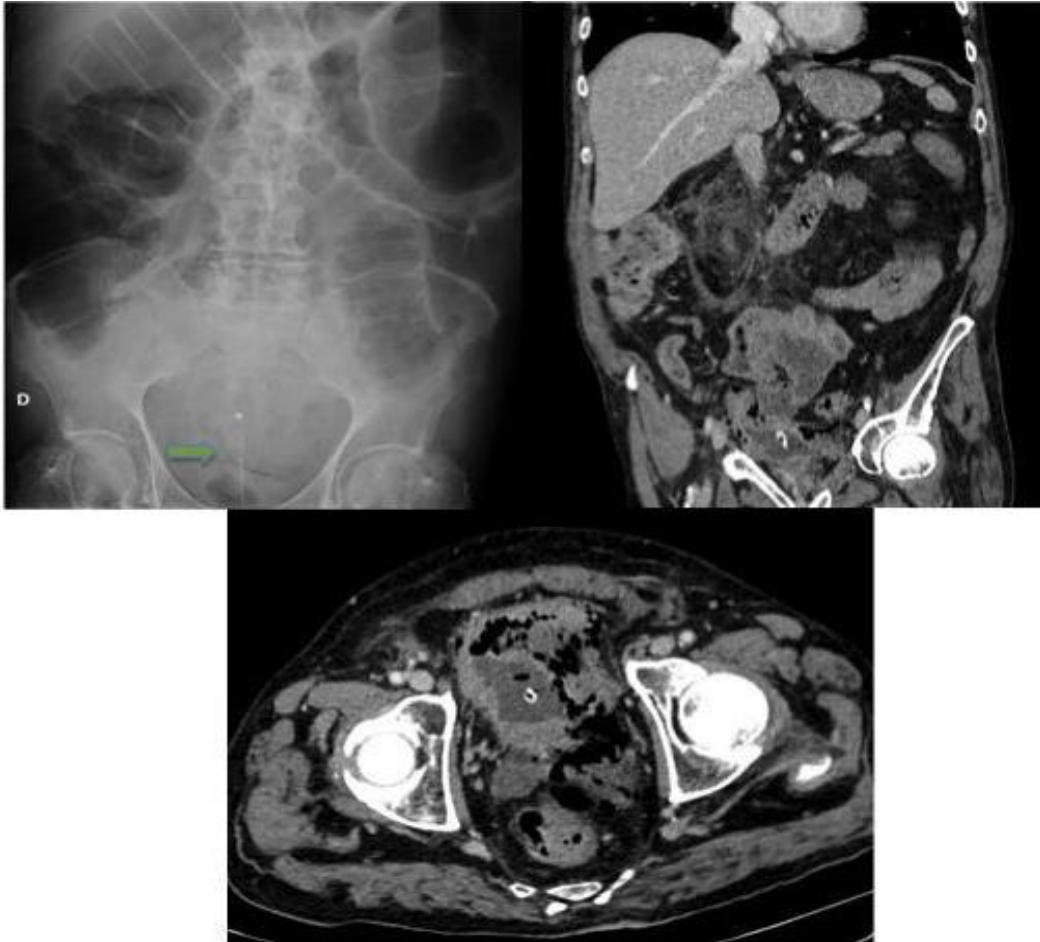
La cistitis enfisematosa presenta gas intravesical y en la pared de la vejiga urinaria, debida a la fermentación bacteriana. Es frecuente en diabéticos e inmunodeprimidos.

La clínica es disuria, piuria, bacteriuria, hematuria, glucosuria y neumaturia (signo-síntoma más específico).

El diagnóstico diferencial debe realizarse en pacientes a los que se les ha realizado una instrumentación urológica, pacientes con fístulas entre la vejiga y las estructuras de vecindad (colon, asas de intestino delgado y vagina en mujeres) debidas a procesos neoplásicos/inflamatorios o a RT previa, traumatismos, neumatosis quística intestinal y de gas intrapelviano extravesical, por abscesos pélvicos o procesos ginecológicos.

**Conclusión:**

La cistitis enfisematosa es una complicación grave de la infección del tracto urinario. Aunque en la radiografía simple de abdomen se puede visualizar el gas vesical, la TC es la técnica de imagen que permite hacer una adecuada evaluación de la localización y distribución del aire intramural, permitiendo una valoración del resto de estructuras de la pelvis.



***Rx abdomen simple: Aire atípico en pelvis menor, rodeando la silueta de la vejiga (flecha verde) . Sonda urinaria. Dilatación de asa de intestino delgado y colon en relación con obstrucción intestinal. TC abdominopélvico con CIV: Vejiga con paredes engrosadas e hipercaptantes con abundante cantidad de aire en su espesor que se extiende al espacio retroperitoneal.***

### **Bibliografía:**

- Emphysematous cystitis: a radiographic diagnosis. Islam M, et al. BMJ Case Rep 2016. doi:10.1136/bcr-2016-214455.
- Emphysematous Infections of the Abdomen and Pelvis: A Pictorial Review. David E. Grayson et al. RadioGraphics 2002; 22:543–561.



<b>Caso</b>	(637) Pielonefritis enfisematosa.
<b>Autores</b>	Pablo Marazuela García L. García Alonso De Caso, A. López-frías López-jurado, J.m. Blanc Molina, B. Romera Pintor, J. Blázquez Sanchez.
<b>Centro</b>	H.U. Ramón y Cajal

**Presentación:**

Varón de 75 años portador de catéter doble J desde Dic 2016 por litiasis renal derecha. Acude a SU por fiebre y tiritona en domicilio de hasta 39°C. Disuria y polaquiuria hace 3 días. En el momento de la exploración el paciente presentaba dolor en FID, fiebre y FRA.

**Discusión:**

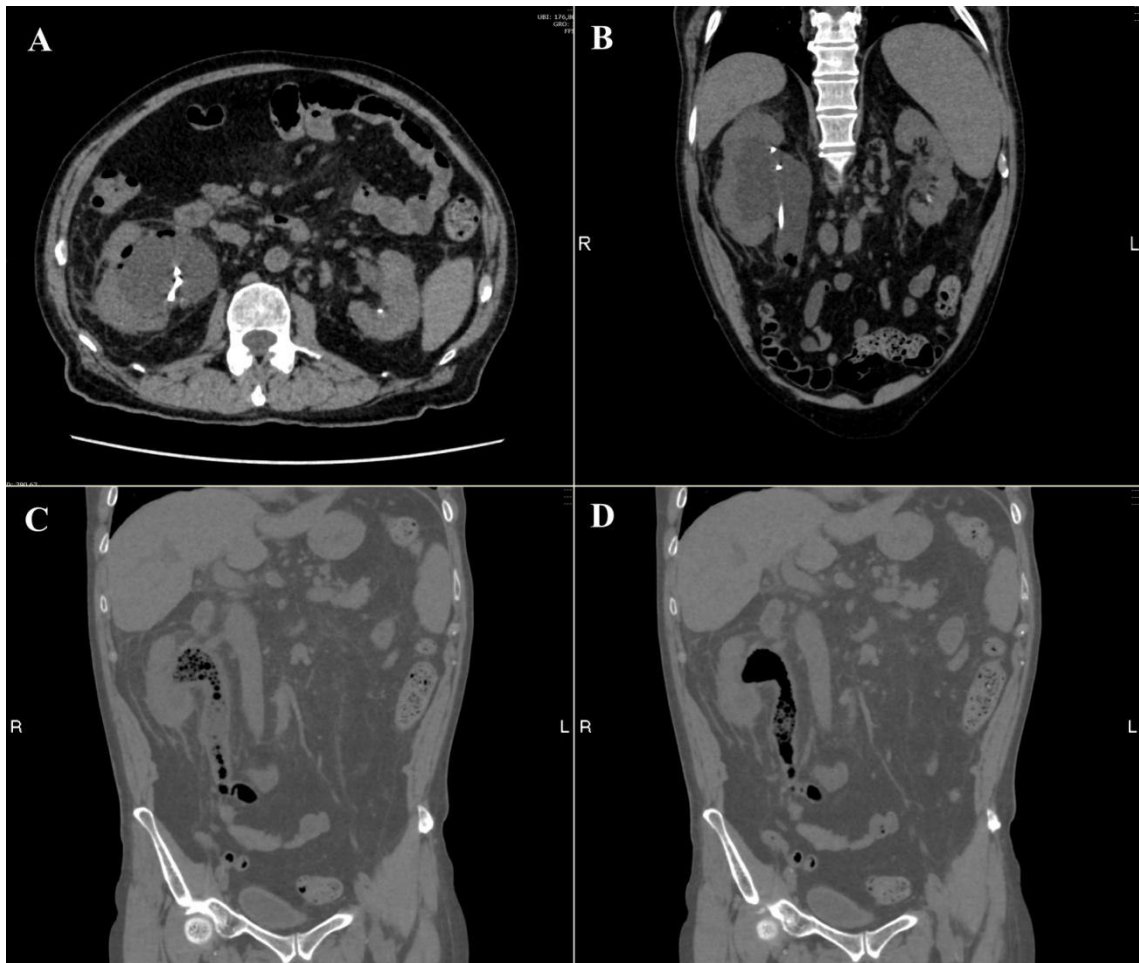
Se identifica catéter doble J derecho normoposicionado, con persistencia de imagen litiásica en el interior del uréter derecho a nivel de su cruce con los vasos ilíacos, hidronefrosis grado IV y dilatación ureteral hasta el nivel de la litiasis. Se observa un desflecamiento de la grasa periureteral y perirrenal derecha; y múltiples burbujas de gas en el interior de vejiga, uréter y cálices renales todo ello de nueva aparición. Los hallazgos son sugestivos de proceso inflamatorio-infeccioso sobreañadido a uropatía obstructiva, debiéndose incluir en el diagnóstico diferencial gérmenes productores de gas y pielonefritis enfisematosa una vez descartado el origen iatrogénico del gas descrito.

No se identifican claras colecciones intraabdominales. No hay líquido libre intraabdominal. No hay neumoperitoneo.

Ante el hallazgo de gas en el interior de la vía urinaria y en el contexto clínico-analítico adecuado, una vez descartado el origen iatrogénico del gas, siempre debe incluirse en el diagnóstico diferencial la pielonefritis enfisematosa especialmente ante la presencia de situaciones favorecedoras como son la obstrucción de la vía urinaria o la DM mal controlada. Será de vital importancia alertar al clínico de esta posibilidad por la gravedad y alta mortalidad del cuadro.

**Conclusión:**

Tras los hallazgos se procedió a sustituir el catéter doble J tomándose muestras de los detritus presentes en extremo distal. Los cultivos determinaron la presencia *Klebsiella Pneumoniae* como agente causal de la infección y de la presencia de gas en el sistema excretor derecho.



**A.** Corte axial de TC sin civ, en el que se evidencia catéter doble J, hidronefrosis grado IV y presencia de gas en cálices. **B, C y D.** Reconstrucciones coronales en las que se observa la presencia de gas en todo el uréter derecho.

### **Bibliografía:**

1-. David E. Grayson, Capt, USAF, MC. Robert M. Abbott, Lt Col, USAF, MC. Angela D. Levy, Lt Col, USA, MC. Paul M. Sherman, maj, USAF, MC. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. Radiographics 2002 22:543-561.

<b>Caso</b>	(638) GIST: causa de hemorragia digestiva recurrente.
<b>Autores</b>	María Del Mar Muñoz Ruiz Carreño Gonzalez, Rocio; Doroteo Lobato, Sandra
<b>Centro</b>	Hospital Comarcal de la Axarquía

**Presentación:**

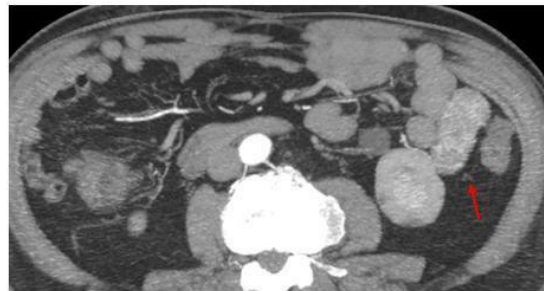
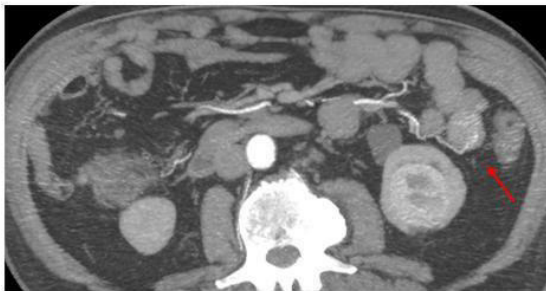
Varón de 61 años con FA anticoagulado y con marcapasos , anemia ferropénica de años de evolución con SOH+. Episodios de melenas sintomáticos con anemización que precisa transfusiones. Gastroskopias y colonoscopias normales. Pendiente de cápsula endoscópica. Ante nuevo ingreso por episodio de melenas anemizante se realiza Angio TAC Abdominal para descartar hemorragia digestiva (basal, fase arterial y portal) en el que se visualiza una lesión sólida en yeyuno, exofítica, de contornos definidos de unos 4,5 cm con vasos nutricios que la realzan, especialmente en la periferia y en fase arterial. No se visualizan metástasis ni invasión de estructuras adyacentes.

**Discusión:**

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal siendo el yeyuno la localización más frecuente. se originan en la capa muscular propia por lo que suelen ser exofíticos. La hemorragia gastrointestinal se produce en tumores que afectan a la mucosa. La TC es la técnica diagnóstica de elección. La PET-FDG es muy sensible para valorar la respuesta al tratamiento. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica y si la enfermedad está avanzada se valora utilizar inhibidores de la tirosina-Kinasa (Imatinib).

**Conclusión:**

Ante episodios reiterados de sangrado digestivo con estudios endoscópicos normales incluir dentro de las posibles causas los GIST, tumores cuyos síntomas inespecíficos y crecimiento exofítico retardan su detección.



*Pieza macroscópica de segmento yeyunal con tumor del estroma gastrointestinal . AngioTC en fase arterial.*

### **Bibliografía:**

Lee CM, Chen HC, Leung TK, Chen YY. Gastrointestinal stromal tumor: Computed tomographic features. *World J Gastroenterol.* 2004;10:2417–8.

Hong X, Choi H, Loyer EM, Benjamin RS, Trent JC, Charnsangavej C. Gastrointestinal stromal tumor: Role of CT in diagnosis and in response evaluation and surveillance after treatment with imatinib. *Radiographics.* 2006;26:481–95.

Levy AD, Remotti HE, Thompson WM, Sobin LH, Miettinen M.

Gastrointestinal stromal tumors: radiologic features with pathologic correlation. *Radiographics.* 2003; 23:283-304.

<b>Caso</b>	(639) Las apariencias engañan: no es una hemorragia intraventricular
<b>Autores</b>	Carlos Alberto Marichal Hernández Fernández Del Castillo Ascanio, Mónica; Núñez Vila, Nímar; El Khatib Ghzal, Yasmín; Benítez Rivero, Sonia; Eiroa Gutiérrez, Daniel
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**Presentación:**

Varón de 56 años que hace 15 días comienza con cuadro de dolor de garganta, tos, flemas y malestar general. Hace dos días empeoramiento del mismo con cefaleas, dolor cervical y sensación nauseosa. Cefalea que describe bifrontal, opresiva que se ha vuelto holocraneal. Desde ayer con tratamiento sintomático. A la exploración rigidez de nuca.

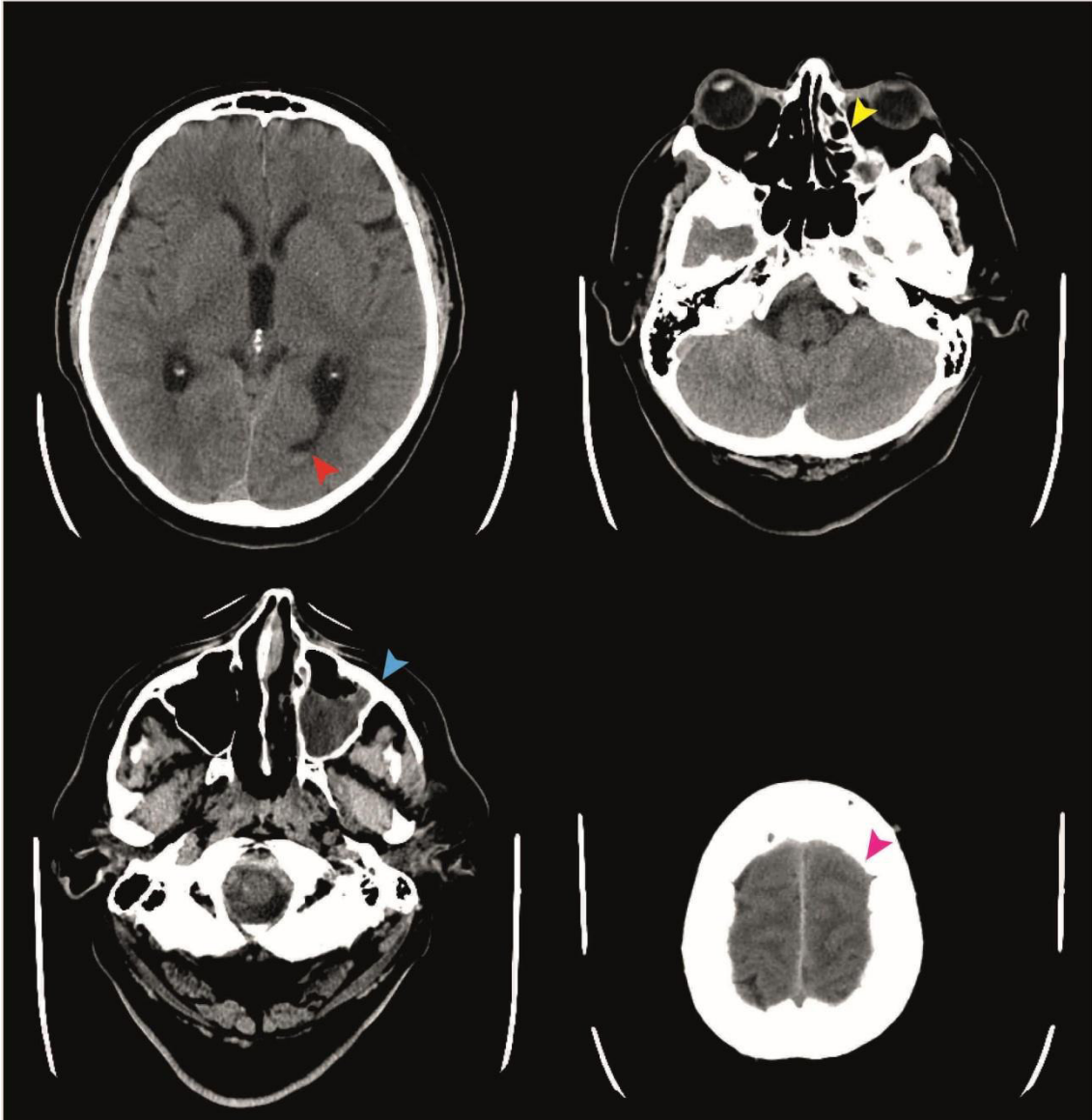
**Discusión:**

En la meningitis la TC al inicio puede ser normal, o bien observarse una leve dilatación del sistema ventricular, raramente con sedimento denso. Igualmente se puede observar borramiento de cisternas basales y de surcos de la convexidad, y tras la administración del medio de contraste se suele observar un realce a dicho nivel. Además permite estudiar sus complicaciones: edema, infarto, trombosis venosa, hidrocefalia obstructiva... Y en ocasiones permite determinar su origen: sinusitis, otitis...

Así pues aunque es poco frecuente observar en fases iniciales en la TC los niveles de altos valores de atenuación en el interior del sistema ventricular, es importante conocer que no es la hemorragia su única causa, y conocer el contexto clínico del paciente permite sugerir el diagnóstico que se confirmará con el estudio del LCR (punción lumbar). Hallazgos que apoyan este diagnóstico son la ausencia de hemorragia subaracnoidea y la presencia de infecciones otorrinolaringológicas

**Conclusión:**

La meningoencefalitis es un diagnóstico clínico y de laboratorio, los hallazgos de imagen son inespecíficos, no obstante en un contexto clínico permiten sugerir la posibilidad de este diagnóstico y además permiten estudiar sus complicaciones.



*TC cráneo simple: Niveles de alta densidad en astas occipitales (punta de flecha roja), así como obliteración de surcos de la convexidad (punta de flecha magenta), probablemente ocupados también por material isodenso. Engrosamiento mucoso en celdillas etmoidales izquierdas (punta de flecha amarilla) y en seno maxilar izquierdo, visualizándose nivel hidroaéreo en este último (punta de flecha azul).*

### **Bibliografía:**

Diagnostic Imaging, Brain. A. Osborn. Amirsys. 2004

<b>Caso</b>	(640) Pielonefritis enfisematosa
<b>Autores</b>	Carlos Alberto Marichal Hernández Fernández Del Castillo Ascanio, Mónica; Eiroa Gutiérrez, Daniel; Benítez Rivero, Sonia; El Khatib Ghzal, Yasmín; Vázquez Sánchez, Víctor
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**Presentación:**

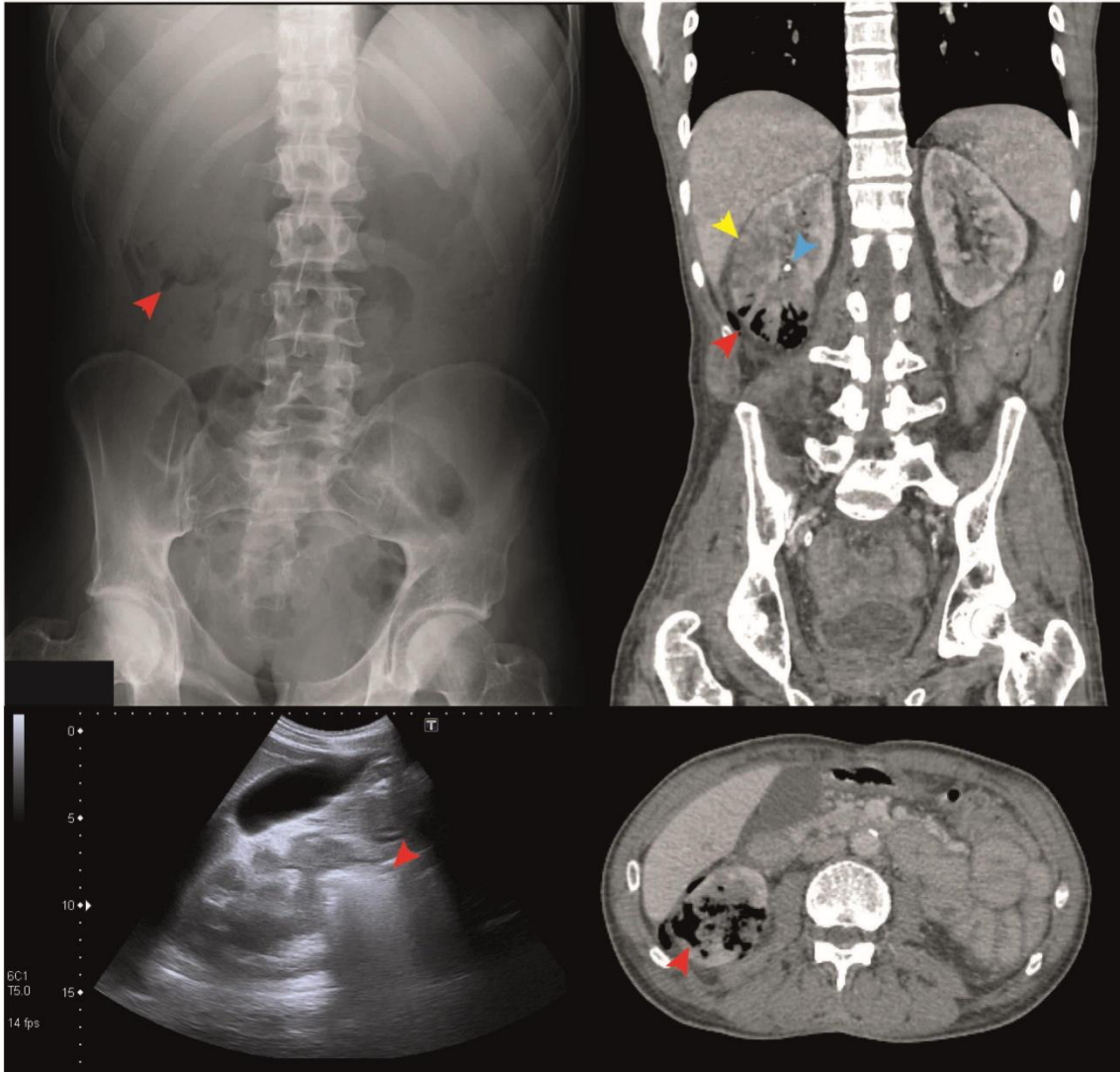
Varón de 54 años que acude a urgencias por MEG, vómitos y deposiciones diarreicas. En urgencias se objetiva descompensación hiperglucémica hiperosmolar y sepsis de origen urinario. Durante su estancia en urgencias ha presentado mala evolución con elevación del ácido láctico, hipotensión y dolor abdominal en HCD y flanco derecho con defensa abdominal

**Discusión:**

La pielonefritis enfisematosa es una infección necrotizante renal que pone en riesgo la vida del paciente, que se caracteriza por la formación de gas en el interior y/o alrededor del riñón, típica de pacientes inmunodeprimidos. La radiografía abdominal muestra aire en el interior de la fascia de Gerota en el 70% de los pacientes. Los ultrasonidos se caracterizan por demostrar aumento del tamaño renal, colecciones aéreas y litiasis. La TC es la técnica de elección, permitiendo demostrar la presencia de aire, litiasis, la destrucción del parénquima y la extensión a tejidos adyacentes

**Conclusión:**

Aunque la TC es la técnica de elección, se debe hacer hincapié en la realización y adecuada valoración del estudio radiológico simple en pacientes con pielonefritis porque permite valorar la presencia de aire en la mayoría de los casos, y por lo tanto realizar la aproximación diagnóstica hacia una pielonefritis enfisematosa



**Radiografía simple de abdomen:** Trabeculación de densidad aérea (punta de flecha roja) superpuesta a la silueta renal derecha. **Ecografía:** pérdida de la diferenciación renal derecha, con imagen ecogénica en el interior del riñón derecho con artefacto de reverberación sugestiva de contenido aéreo (punta de flecha roja). **TC:** Riñón derecho prominente con múltiples defectos de perfusión (punta de flecha amarilla), presentando en su tercio inferior múltiples burbujas aéreas parenquimatosas (punta de flecha roja). Litiasis renal derecha (punta de flecha azul). Asimismo se observan múltiples defectos de perfusión milimétricos en el polo inferior del riñón izquierdo.

### Bibliografía:

Pyelonephritis: Radiologic-Pathologic Review, W. D Craig et al., RadioGraphics 2008 28:1,255-276



<b>Caso</b>	(641) Pileflebitis secundaria a coledocolitiasis.
<b>Autores</b>	María Del Mar Muñoz Ruiz Herrero Platero, Carmen Dolores; De La Torre Valdivia, Carmen
<b>Centro</b>	Hospital Comarcal de la Axarquía

**Presentación:**

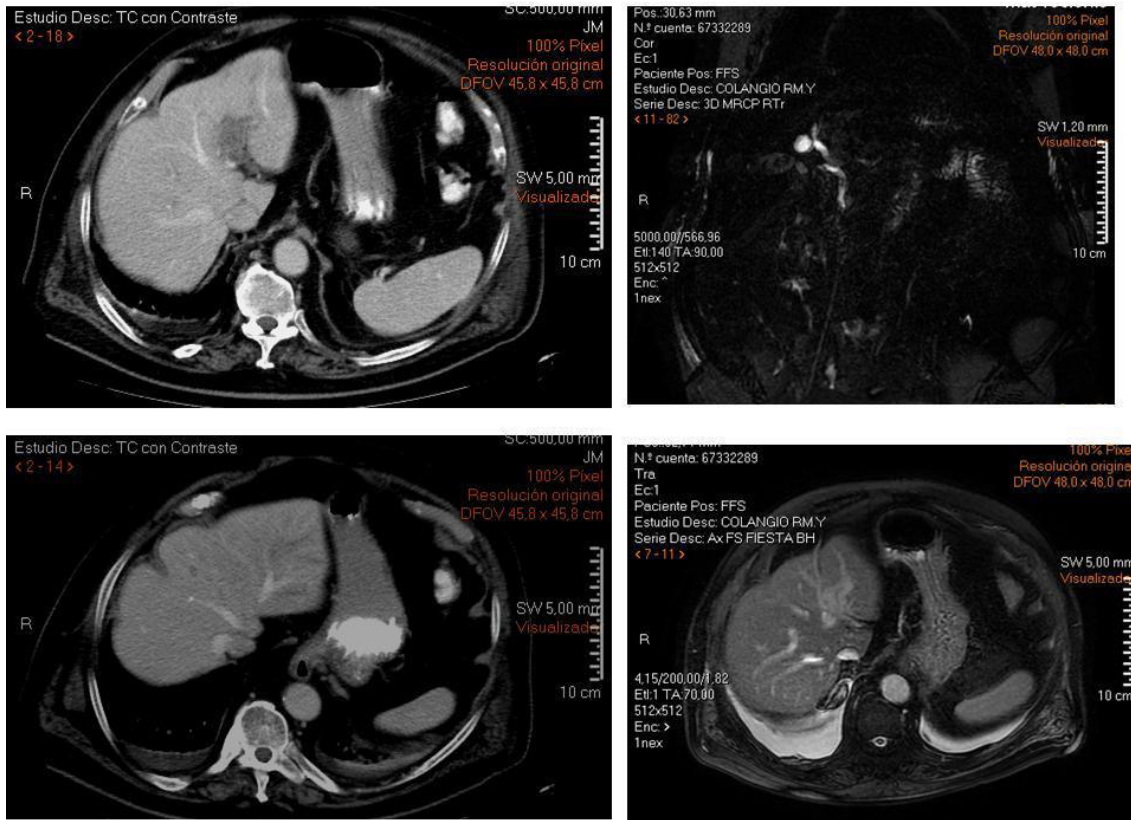
Varón de 82 años que acude a urgencias por dolor abdominal súbito e intenso centrado en epigastrio e hipocondrio derecho. Afebril. En observación presenta crisis de bacteriemia con fiebre de hasta 40°C. Ecografía sin hallazgos y Tac Abdominal SC con divertículos en sigma sin signos de diverticulitis. En planta de hospitalización se realiza TAC Abdominal con contraste oral e IV en fase portal visualizando una trombosis de la rama portal izquierda con alteración de la perfusión del LHI y área central de menor atenuación, hallazgos sugestivos de pileflebitis y área de colangitis, Se completa estudio con RM abdominal con los mismos hallazgos y ColangioRM con coledocolitiasis. Se realiza tratamiento antibiótico y CPRE con extracción de barro biliar y esfinterotomía. Paciente evoluciona a la resolución completa del cuadro.

**Discusión:**

La pileflebitis es la trombosis séptica aguda de la porta y/o sus ramas, generalmente como complicación de procesos inflamatorios intraabdominales siendo actualmente la diverticulitis aguda la causa más frecuente. Los hallazgos radiológicos permiten sospechar el cuadro lo que puede mejorar el pronóstico vital de los pacientes al poder realizar un tratamiento que disminuya la posibilidad de una evolución desfavorable.

**Conclusión:**

La pileflebitis es un cuadro potencialmente grave en el que un diagnóstico temprano puede evitar una evolución desfavorable, de ahí la importancia de las técnicas de imagen, donde los signos de sospecha orientan a instaurar un precoz y eficaz tratamiento.



**TAC Abdomen con contraste. RM hepática y ColangioRM.**

### **Bibliografía:**

E.J. Balthazar, P. Gollapudi

Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT imaging

J Comput Assist Tomogr, 24 (2000), pp. 755–760

C. Sebastià, S. Quiroga, E. Espin, R. Boyé, A. Alvarez-Castells, M. Armengol

Portomesenteric vein gas: pathologic mechanisms, CT findings and prognosis

Radiographics, 20 (2000), pp. 1213–1224

<b>Caso</b>	(645) Una forma de presentación aguda del síndrome de Budd Chiari
<b>Autores</b>	Luis Ángel Rubio Romero Mercedes López Ferreras, Beatriz González Chomón, Aritz De La Fuente Gaztañaga, Magdalena Sofía Carreras Aja, Irma Arrieta Artieda.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Cruces

### **Presentación:**

Varón de 61 años que acude a urgencias por distensión abdominal de 2 días de evolución, episodio de TVP reciente, actualmente en tratamiento anticoagulante. En el análisis elevación de transaminasas. Hígado de contornos lisos, hipertrofia del lóbulo caudado (C), con abundante ascitis (A) y presencia de una gran lesión focal hepática encapsulada (L), heterogénea con múltiples lesiones satélites, con calcificación central ramificada y patrón de captación inespecífico, hipervascular en fase arterial y lavado heterogéneo en fase portal (Fig. 1 y 2). Ocupación por trombo de la vena cava intrahepática (flecha) con extensión a la aurícula derecha y ausencia de relleno de las venas suprahepáticas (\*) con trastorno de la perfusión asociado. El trombo presenta captación de contraste y dilata la vena cava inferior, por lo que impresiona de trombo tumoral.

### **Discusión:**

Impresión diagnóstica: Síndrome de Budd-Chiari rápidamente progresivo por trombosis tumoral de vena cava inferior secundaria a tumor hepático sugestivo de hepatocarcinoma.

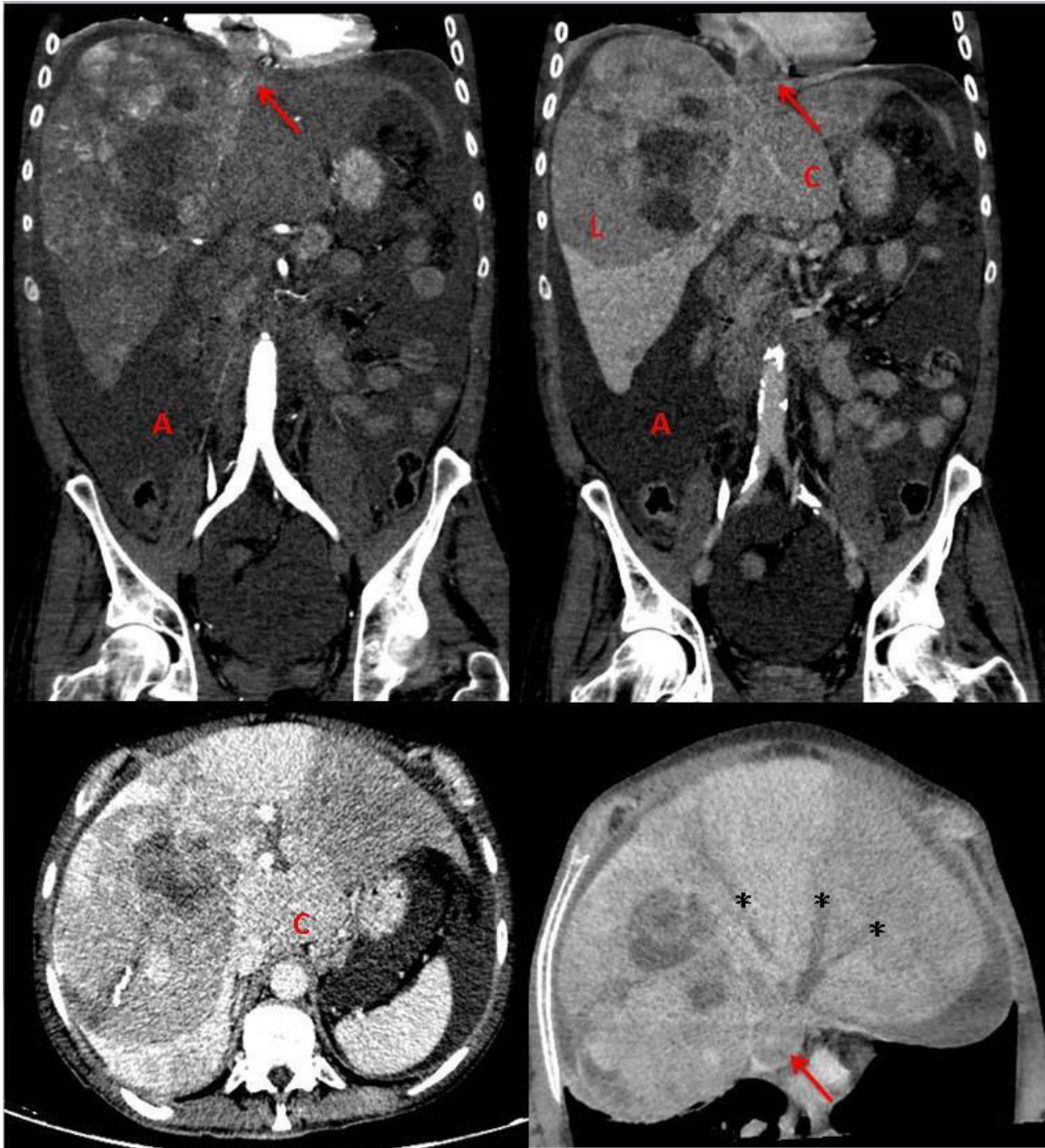
El síndrome de Budd-Chiari es el resultado de la obstrucción del drenaje venoso del hígado a nivel de las venas suprahepáticas, vena cava inferior o aurícula derecha (1). La obstrucción condiciona un aumento retrógrado de presión en sinusoides, produciendo hipertensión portal, congestión e hipoperfusión hepática y en casos severos insuficiencia hepática fulminante.

En países occidentales suele ser secundaria a estados de hipercoagulabilidad, siendo la etiología tumoral menos frecuente (2).

Las manifestaciones clínicas dependen de la duración y la extensión del proceso, en éste paciente la ausencia de circulación colateral y de atrofia o fibrosis del parénquima hepático son indicativas de una evolución rápidamente progresiva.

### **Conclusión:**

Ante todo primer episodio de ascitis, especialmente sin antecedentes conocidos de hepatopatía, es necesario valorar el drenaje venoso del hígado para descartar un origen postsinusoidal de la hipertensión portal.



(A: Ascitis, C: Caudado, L: Lesión, Flecha: trombosis, \*: venas suprahepáticas)

### Bibliografía:

1. Cura M, Haskal Z, Lopera J. Diagnostic and interventional radiology for Budd-Chiari syndrome. Radiographics. 2009 May-Jun;29(3):669-81.
2. Shin N, Kim YH, Xu H. Redefining Budd-Chiari syndrome: A systematic review. World J Hepatol. 2016 Jun 8;8(16):691-702.

<b>Caso</b>	(648) Invaginación intestinal como causa transitoria de dolor en adulto.
<b>Autores</b>	Patricia Virginia García Pérez Sandra Duque Fernández De Vega, Daniel Eiroa Gutierrez
<b>Centro</b>	Centro de Diagnóstico

### **Presentación:**

Paciente mujer de 36 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso. Antecedentes de intervención por mola. Se realiza analítica urgente y se solicita TC abdominal. En el TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal se aprecia la invaginación de un asa de intestino delgado bajo la pared abdominal a nivel umbilical sin obstrucción proximal. Los hallazgos de esta entidad en la TC es patognomónica: típica imagen en “diana” en los cortes transversales y de “salchicha o pseudo riñón” en los cortes longitudinales.

### **Discusión:**

La invaginación intestinal es frecuente en el niño, mientras que en el adulto es una enfermedad rara y de etiología generalmente secundaria (patología demostrable en el 70-90% casos). El uso creciente del TC ha aumentado la detección de la invaginación intestinal, sobre todo la transitoria. Se pueden clasificar según localización (entero-entérica, ileo-cólica, colo-cólica o más frecuente en intestino delgado) o etiología (neoplásica, no neoplásica o 70-90% secundarias).

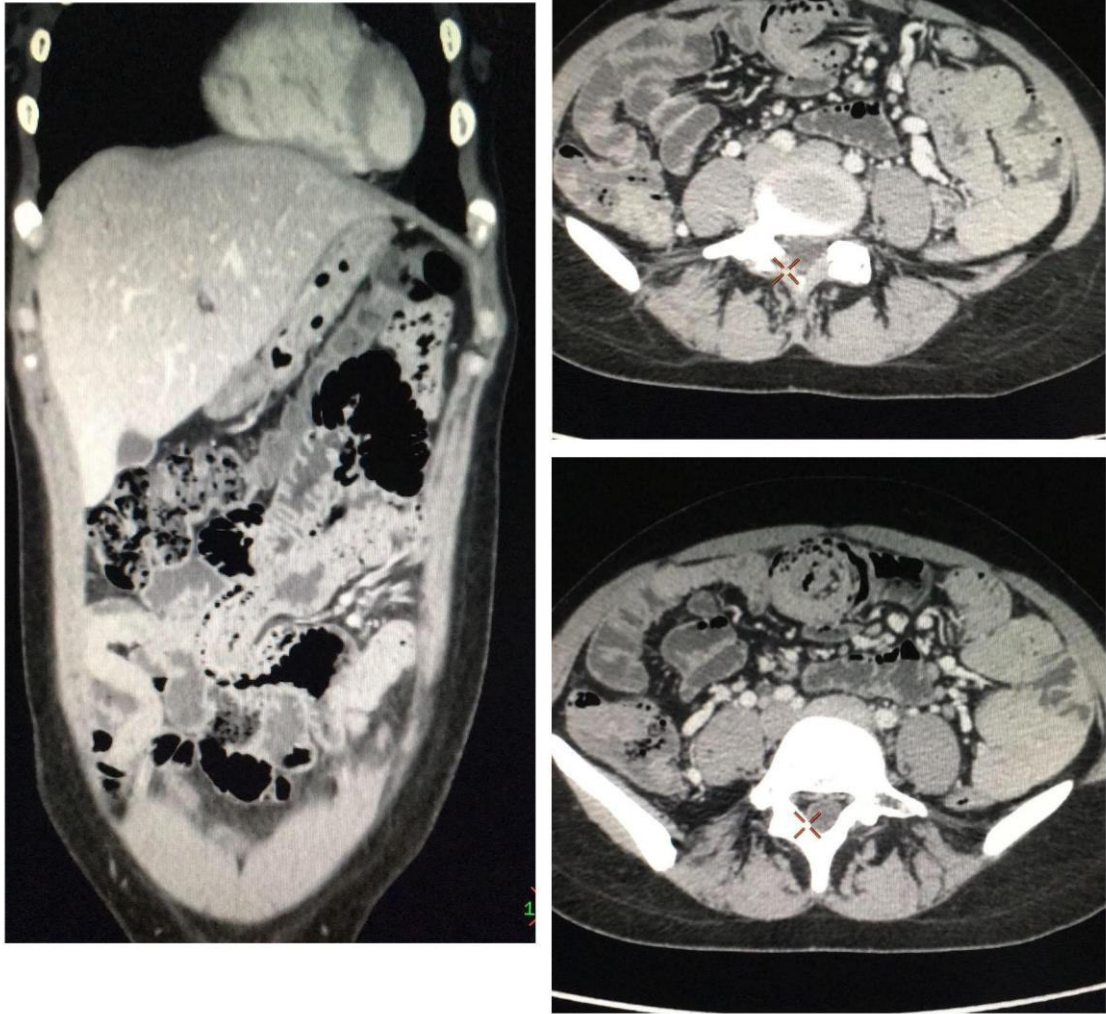
Puede haber o no punto guía (lesión subyacente como pólipos, lipomas...). Sin punto guía suelen ser hallazgos casuales, imagen en “diana” y transitoria.

Con punto guía prevalece edema parietal, dilatación de asas y habitualmente necesita tratamiento quirúrgico. Existen criterios para diferenciar invaginaciones transitorias de las secundarias. Hallazgos a favor de transitoriedad incluyen:

-afectación segmento corto(<3,5 cm) -pequeño calibre (<3,5 cm) -no punto guía ni dilatación de asas -localización intestino delgado -antecedentes de EII, trastornos de motilidad, adherencias postquirúrgicas...

### **Conclusión:**

La invaginación intestinal sin causa puede manifestarse como dolor abdominal vago, sin embargo la mayoría se descubren incidentalmente. Cuando son transitorias no se objetiva punto guía y por general aparecen como masa en forma de diana o salchicha (axial vs longitudinal) con curso evolutivo transitorio.



*Imágenes coronal y axial TC donde se aprecia el asa de delgado invaginada con imagen típica de "salchicha o pseudo riñón"*

### **Bibliografía:**

-Intestinal intussusception: a diagnostic dilemma in adults. Two case reports and literature review. *Cir Cir.* 2014 Jul-Aug;82(4):436-41.

-Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment. *G Chir.* 2013 Sep-Oct;34(9-10):280-3.

<b>Caso</b>	(649) Síncope como presentación de Neurinoma del acústico.
<b>Autores</b>	Jesus Venegas Gómez Carlos Martín Gómez, José López Martínez, Esther Alonso García, Esther Riñones Mena, M Jesús Rubio Sanz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

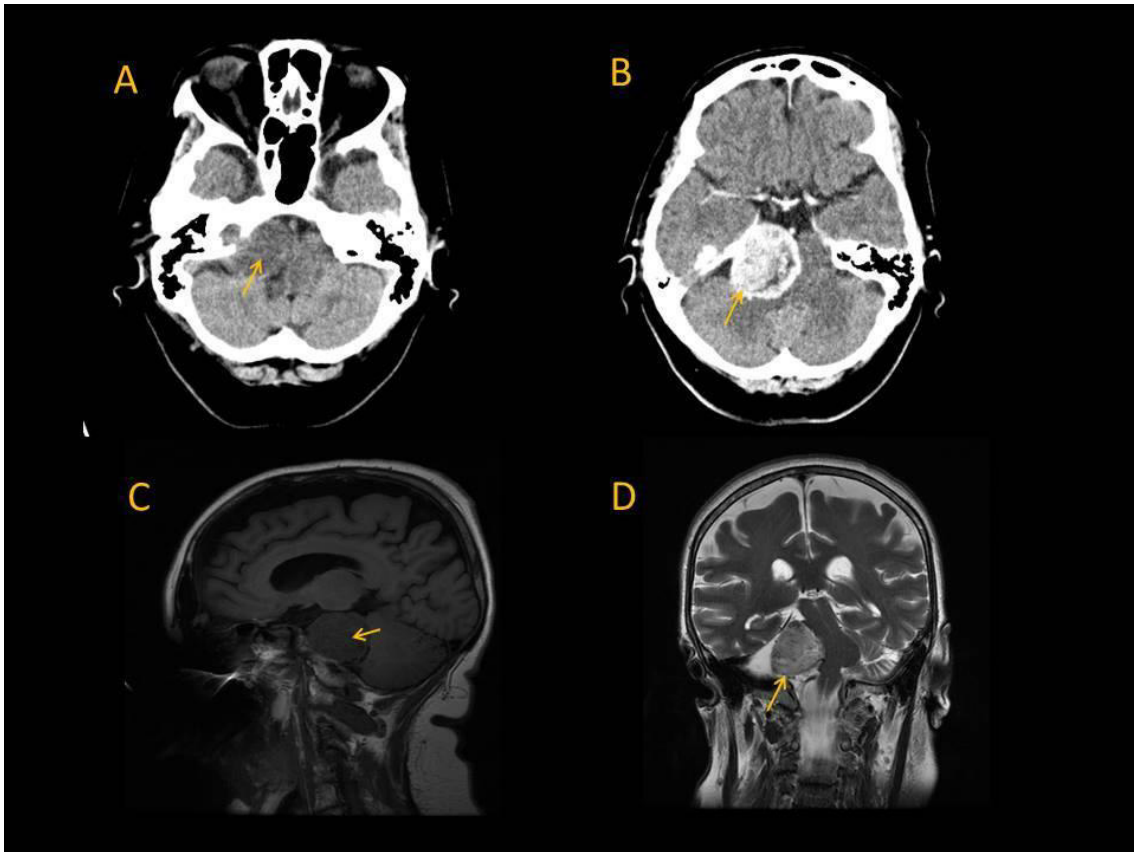
Mujer de 60 años que acude a urgencias por síncope, temblor y sudoración con episodio previo de pérdida de la conciencia. Antecedentes de hipoacusia de meses de evolución y alteración de la marcha. A la exploración la paciente está aletargada, con disminución de fuerza en miembros inferiores. Se realiza TC sin contraste que evidencia masa sólida extraaxial en ángulo pontocerebeloso derecho que ejerce efecto de masa sobre hemisferio cerebeloso y tronco del encéfalo, con realce heterogéneo tras la administración de contraste intravenoso. Con el diagnóstico radiológico de neurinoma del acústico, es intervenida. La biopsia intraoperatoria confirma el diagnóstico.

**Discusión:**

Los schwannomas vestibulares son los tumores más comunes del conducto auditivo interno siendo el 85% de todas las masas del ángulo pontocerebeloso. El neurinoma es una neoplasia benigna de crecimiento lento compuesto por células de Schwann y matriz colagenosa. Su incidencia más alta en los casos esporádicos es entre la quinta y sexta década de vida y asociado a neurofibromatosis tipo II en la segunda década, siendo en estos casos bilaterales. Clínicamente presenta hipoacusia neurosensorial unilateral, tinnitus, vértigo, cefalea, y alteración de la marcha entre otros. En la TC se aprecia una masa iso o hipodensa con respecto al cerebelo con realce tras la administración del mismo. La RM es el gold estándar siendo isointensos en secuencia T1 con respecto al tejido cerebral, moderadamente hiperintensos en secuencia T2 y con realce tras la administración de gadolinio. Hallazgos como calcificaciones, erosión del temporal, hialinización y cavitaciones pueden observarse en neurinomas con degeneración avanzada. El tratamiento definitivo es quirúrgico presentando recurrencia del 1 al 9%.

**Conclusión:**

El neurinoma del acústico es una neoplasia benigna de lento crecimiento que se manifiesta de múltiples formas pudiendo ser atípica. El diagnóstico por imagen se realiza mediante TC y RM con de contraste intravenoso. El tratamiento es quirúrgico.



**A.** TC sin contraste. Masa sólida extra axial en angulo pontocerebeloso derecho sugestiva de neurinoma (flecha). **B.** TC con contraste. Masa sólida extra axial en angulo pontocerebeloso con realce heterogéneo sugestiva de neurinoma (flecha). **C.** Lesión hipointensa en T1 sagital (flecha) que produce efecto de masa sobre protuberancia y comprime 4to ventrículo. **D.** Lesión hiperintensa (flecha) en T2 coronal con efecto de masa y desplazamiento hacia la izquierda de la protuberancia.

### Bibliografía:

1. Juliano A, Ginat D, Moonis G. Imaging review of the temporal bone: part I. Anatomy and inflammatory and neoplastic processes. *Radiology* 2013; 269:17-33.
2. Silk P, Lane J, Driscoll C. Surgical approaches to vestibular schwannomas: What the radiologist needs to know. *RadioGraphics* 2009; 29: 1955-1970.
3. Paldor I, Chen A, Kaye A. Growth rate of vestibular schwannoma. *Journal of Clinical Neuroscience* 2016; 32: 1-8.
4. Phillips G, LoGerfo S, Richardson M, Anzai Y. Interactive web-based learning module on CT of the temporal bone: anatomy and pathology. *RadioGraphics* 2012; 32: E85-E105.
5. Pilavaki M, Chourmouzi D, Kiziridou A, Skordalaki A, Zarampoukas T, Drevlengas A. Imaging of peripheral nerve sheath tumors with pathologic correlation. Pictorial review. *European Journal of Radiology* 2004; 52: 229-239.



6. De Foer B, Kenis C, Van Melkebeker D, Vercruysse J, Somers T, Pouillon M, et al. Pathology of vestibulocochlear nerve. *European Journal of Radiology* 2010; 74: 349-358.
7. Pettet G. Use of MRI in the investigation of suspected acoustic neroma. A retrospective review of 1000 scans. *Clinical Radiology* 2012; 67: S25-S25.
8. Coffey N, Torres C, Glikstein R, Al Mansoori T, Carpio R. Imaging findings in sensorineural hearing loss: a pictorial essay. *Canadian Association of Radiologist Journal* 2016; xx: 1-10.
9. Rangel L, Russin J, Spetzler R. Surgical management of skull base tumors. *Reports of practical oncology and radiotherapy* 2016; 21: 325-335.
10. Skolnik A, Loevner L, Sampathu D, Newman J, Lee J, Bagley L, et al. Cranial nerve schwannomas: diagnostic imaging approach. *RadioGraphics* 2016; 36: 1463-1477.

<b>Caso</b>	(650) Dolor en FID: lo primero pensar en apendicitis aguda
<b>Autores</b>	Álvaro Arribas Marcos Sandra Bermúdez, Miguel Navarro, Frank Eric Farfán
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

### **Presentación:**

Paciente de 41 años con clínica de CRU derecho de 10 días de evolución. El urólogo de guardia solicita un TC sin contraste intravenoso (CIV) para valorar el nivel de la urolitiasis y el grado de dilatación de la vía urinaria.

### **Discusión:**

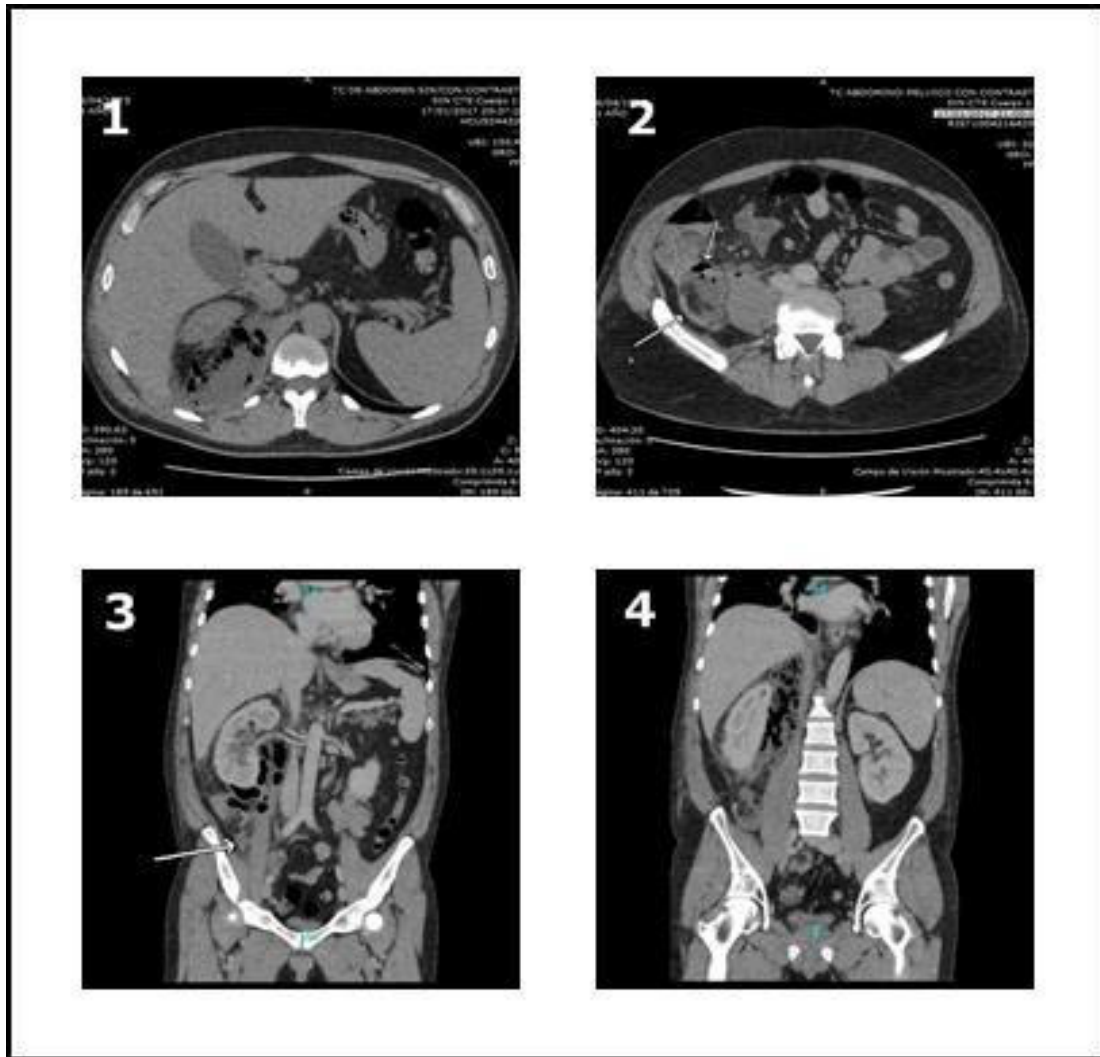
El TC sin CIV: colección retroperitoneal con burbujas de gas desde la fosa iliaca derecha hasta el espacio perirrenal. Se completó con CIV por la sospecha de una apendicitis perforada, identificando imagen compatible con apéndice cecal perforado en su base, asociando la mencionada colección. No se demostraba dilatación de la vía urinaria ni presencia de urolitiasis.

Ante una colección en FID debemos pensar en: apendicitis aguda, diverticulitis aguda en dolicosigma, tumor de ciego, incluso úlcera duodenal o colecistitis, todas perforadas.

### **Conclusión:**

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de dolor en FID por lo que siempre se debe pensar en ella como primer diagnóstico.

La administración de CIV nos permite afinar más en la adecuada valoración de patología de la región ileocecal.



**1. TC sin civ: colección con gas a nivel perirrenal. 2. TC con civ: apéndice inflamado y perforado en su base (flechas).3-4. Reconstrucciones coronales: apéndice (flecha) y colección perirrenal.**

### **Bibliografía:**

1. Andrei S. Puryško, Erick M. Remer. Beyond Appendicitis: Common and Uncommon Gastrointestinal Causes of Right Lower Quadrant Abdominal Pain at Multidetector CT. *RadioGraphics* 2011; 31:927–947.
2. Christine H., Michel D. Crema. Multi-Detector Row CT: Spectrum of Diseases Involving the Ileocecal Area. *RadioGraphics* 2006; 26:1373–1390

<b>Caso</b>	(652) Gonalgia de causa infrecuente: complicación de osteocondroma.
<b>Autores</b>	Patricia Virginia García Pérez Sandra Isabel Duque Fernández De Vega, Corina Neira Pozzy
<b>Centro</b>	Centro de Diagnóstico

### **Presentación:**

Varón joven que acude a urgencias por gonalgia izquierda sin antecedente traumático reseñable. Se realiza Rx simple de rodilla donde se observa osteocondroma pediculado en región metafisaria interna con fractura subluxada en su base.

### **Discusión:**

Los osteocondromas son los tumores benignos de origen cartilaginoso más frecuentes, habitualmente únicos. Se presenta como una exóstosis ósea pediculada o sésil con continuidad corticomedular con el hueso subyacente y casquete cartilaginoso. Deja de crecer al terminar maduración esquelética. Suele dirigirse al lado contrario de la articulación.

En la Rx simple aparecen como protuberancia metadiáfisaria bien delimitada, en la TC se identifica la continuidad corticomedular con hueso adyacente y en la RM se puede ver el casquete cartilaginoso de alta señal en secuencias pT2.

Dentro de las complicaciones se incluye deformidad ósea, fracturas, compromiso vascular-neurológico y transformación maligna.

El diagnóstico diferencial se realiza con osteosarcoma parostal, condroma paraostal y condrosarcoma ( sólo el osteocondroma muestra la contigüidad corticomedular con hueso subyacente).

### **Conclusión:**

Dada la alta prevalencia de esta entidad es importante conocerla así como sus complicaciones para evitar pruebas innecesarias.



*Rx simple que muestra osteocondroma pediculado en región metafisaria interna del fémur con fractura en su base y tras reducción de la misma*

### **Bibliografía:**

- 1) Revisión de tumores cartilaginosa: hallazgos de imagen con correlación AP. Póster electrónico Seram 212/S-0596
- 2) Osteocondroma: diagnóstico radiológico complicaciones y variantes. Rev.chil.radio.vol.19 n.2, Santiago 2013.
- 3) Trauma-Induced Resolution of Solitary Osteochondroma of the Distal Femur. Orthopedics. 2016 Sep 1;39(5):e1001-4. doi: 10.3928/01477447-20160616-09. Epub 2016 Jun 24.

<b>Caso</b>	(653) Más allá del TEP: otros diagnósticos alternativos (I)
<b>Autores</b>	Álvaro Arribas Marcos Almudena Ureña Vacas, Agustina Vicente Bártulos, Inés Pecharromán De Las Heras
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente de 64 años que acude por hipotensión, disnea y elevación del Dímero D. Se sospecha TEP y se realiza un AngioTC de arterias pulmonares.

**Discusión:**

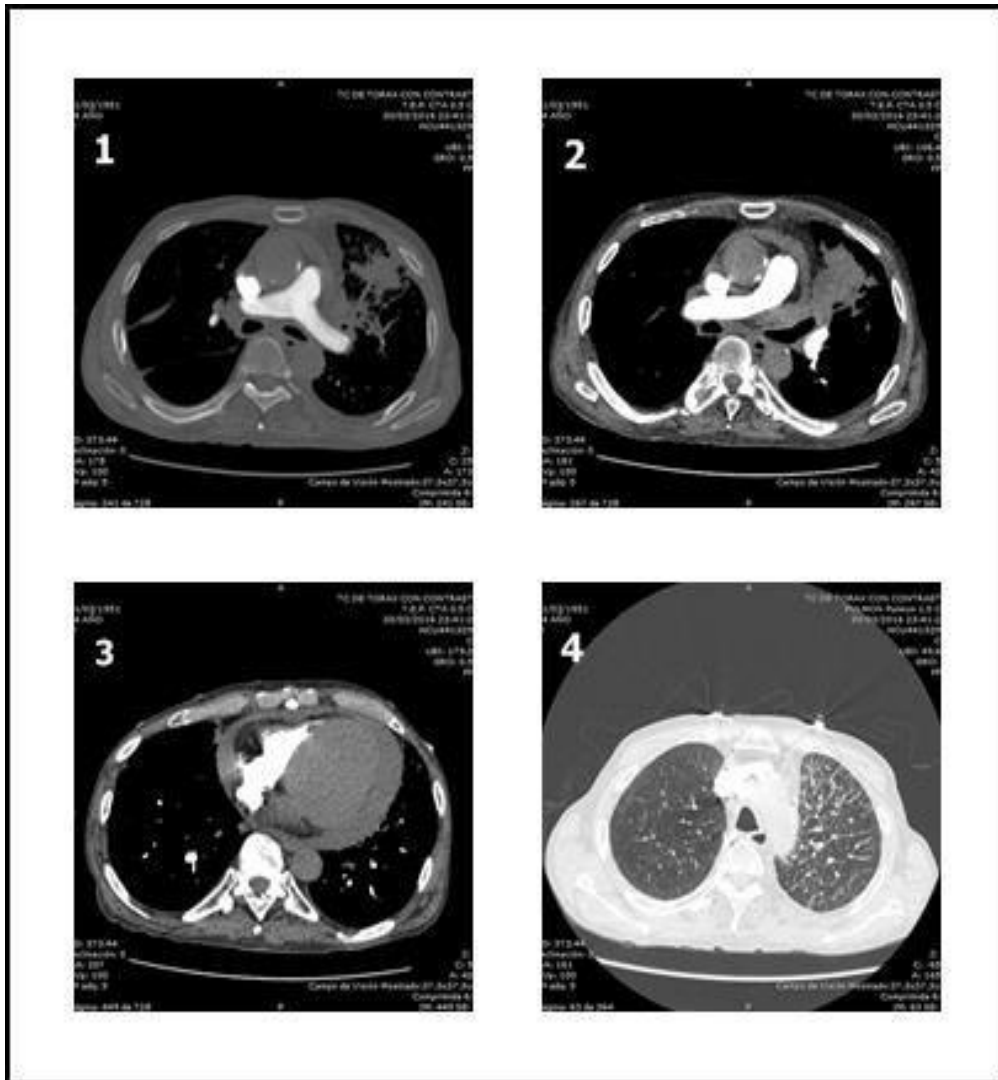
No se identifican defectos de repleción en arterias pulmonares que sugieran TEP. Masa sólida en segmento superior de la lóbulos sugestiva de carcinoma broncogénico. Derrame pericárdico de moderada-abundante cuantía. Engrosamiento liso y nodular de los septos interlobulillares de predominio en lóbulos y LSI, así como de las cisuras y del intersticio peribroncovascular.

Tenemos que establecer un diagnóstico diferencial entre entidades que cursan con un engrosamiento septal: edema pulmonar intersticial, NIU, amiloidosis, sarcoidosis, o linfangitis carcinomatosa. Un engrosamiento septal unido a la presencia de una masa en lóbulos sugestiva de carcinoma broncogénico hace que el diagnóstico más plausible sea el de linfangitis carcinomatosa.

**Conclusión:**

Masa pulmonar y engrosamiento septal nodular nos debe hacer pensar en carcinoma broncogénico asociado a linfangitis carcinomatosa.

Únicamente un 20% de las sospechas de TEP son positivas. Debemos conocer otras entidades que puedan presentar una clínica similar y establecer un diagnóstico diferencial



**1-2. Ventana de mediastino: no signos de TEP; masa sólida en segmento superior de la l ngula.3. Derrame pericárdico moderado-severo.4. Ventana de pulmón: engrosamiento septal de predominio en LSI.**

### **Bibliografía:**

1. Palleiro A, Franquet T. Patrones radiológicos en la enfermedad pulmonar intersticial. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, 14 (2013) 97-105.

2. Zaas AK, Biswas A, Sriram PS. Getting the whole picture: lymphangitic carcinomatosis. Am J Med. 2015 Apr 22

<b>Caso</b>	(654) Más allá del TEP: otros diagnósticos alternativos (II)
<b>Autores</b>	Álvaro Arribas Marcos Almudena Ureña Vacas, Agustina Vicente Bártulos, Inés Pecharromán De Las Heras
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Paciente de 69 años que en estudio por derrame pleural derecho sugestivo de mesotelioma, presenta aumento brusco de la disnea y se sospecha TEP.

**Discusión:**

No se identifican signos que sugieran TEP. Engrosamiento liso bilateral de los septos interlobulillares unido a áreas en vidrio deslustrado con tendencia a la confluencia (patrón en empedrado). Derrame pleural bilateral, mayor derecho. Oclusión de la arteria descendente anterior (DA).

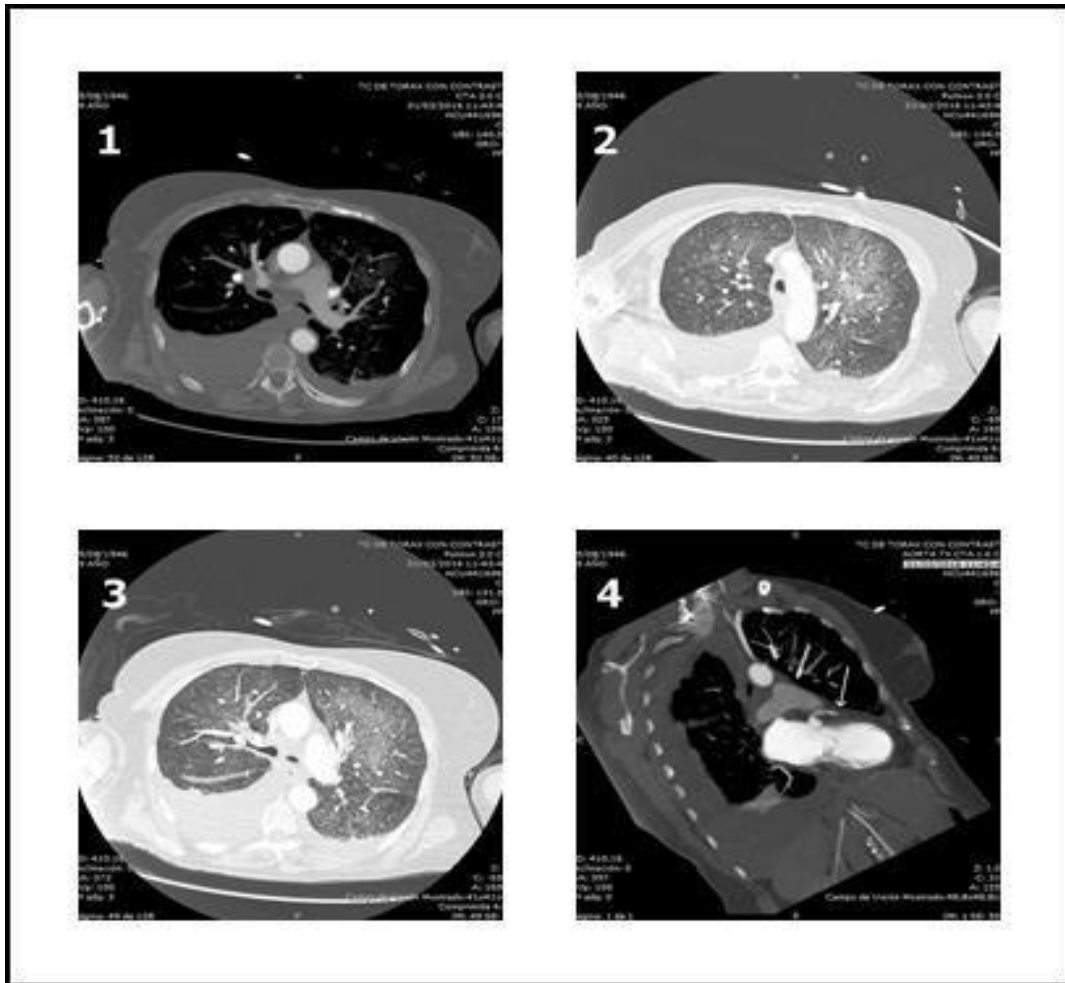
Se debe establecer un diagnóstico diferencial entre entidades que cursan con un patrón en empedrado: neumonía intersticial aguda, síndrome de distrés respiratorio agudo, hemorragia pulmonar, edema pulmonar, proteinosis alveolar o linfangitis carcinomatosa. La presencia de un derrame pleural predominantemente unilateral, la distribución central y la oclusión de la DA, sugieren que se trata de un edema pulmonar cardiogénico secundario a la oclusión coronaria.

**Conclusión:**

Ante datos que sugieren un edema pulmonar se debe intentar buscar la causa, en nuestro caso probablemente fuera cardiogénico secundario al cierre de la arteria DA.

El patrón en empedrado presenta un amplio abanico de diagnósticos diferenciales. Se deben conocer los más relevantes y de esta forma llegar al diagnóstico más probable.





**1. Ventana de mediastino: no signos de TEP. 2-3. Ventana de pulmón: patrón en empedrado bilateral. 4. Reconstrucción MIP oblicua: oclusión DA (flecha)**

### **Bibliografía:**

1. De Wever W, Meersschaert J. The crazy-paving pattern: a radiological-pathological correlation. *Insights into Imaging*. 2011;2(2):117-132. doi:10.1007/s13244-010-0060-5.
2. Gluecker, et al. Clinical and Radiologic Features of Pulmonary Edema. *RadioGraphics* 1999; 19: 1507-1531

<b>Caso</b>	(655) Importancia de TCMD en Traumatismo Torácico
<b>Autores</b>	Alejandra Doroteo Lobato
<b>Centro</b>	Carmen Dolores Herrero Platero, Carmen De La Torre Valdivia H.Comarcal Axarquía

### **Presentación:**

Paciente de 22 años. Traumatismo costal derecho por accidente de moto. Dolor en hemitórax derecho , no disnea. Rx tórax : aumento densidad basal con pequeño derrame pleural derecho. Hiperclaridad de hemitórax derecho. No fracturas costales evidentes. TCM tórax. Hidroneumotórax derecho sin desplazamiento mediastínico. Condensación alveolar en LID con varios neumatoceles. Enfisema subcutáneo. No fractura costal. Conclusión: Hidroneumotórax derecho con contusión y laceración en LID.

### **Discusión:**

#### **Conclusión:**

Hidroneumotórax derecho con contusión y laceración en LID.

Discusión :

En RX de tórax se intuía la existencia de una contusión pulmonar no objetivándose con nitidez los otros hallazgos como el hidroneumotórax y la laceración.

En un 10-50% de los neumotórax no se ven en la RX.

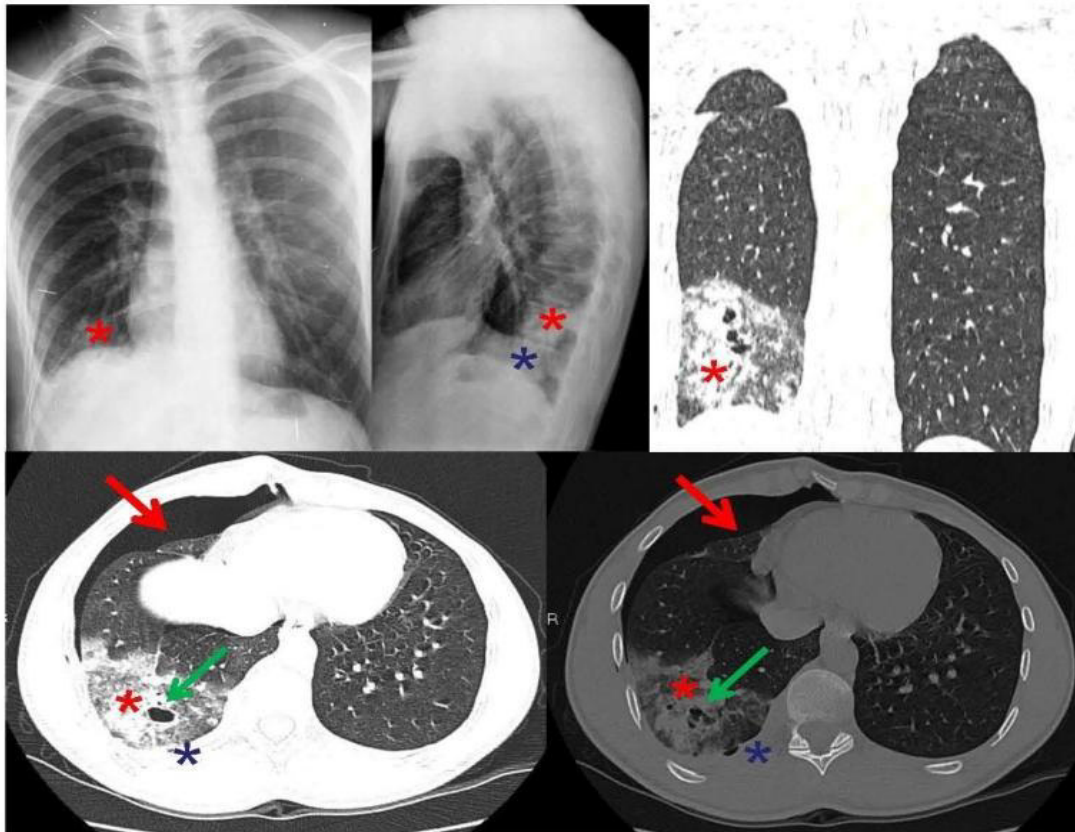
El hemotórax se define en el TCMD sin CIV como una colección en espacio pleural de densidad heterogénea > de 30 UH.

Las Contusiones pulmonares son lesiones que traducen una hemorragia alveolar. La Rx infraestima estas lesiones. En TCMD se ven como áreas de vidrio deslustrado periféricos y parcheada o bien condensaciones alveolares.

Laceración pulmonar: son disrupciones del parénquima pulmonar que se asocian a áreas de contusión, se comportan como cavidades de morfología ovoidea (neumatocele y/o hematocele)

Conclusión:

Las lesiones torácicas son una causa importante de morbi-mortalidad en los pacientes con traumatismo, son la 2ª causa de muerte en pacientes politraumatizados. No existe buena correlación entre los signos clínicos, la radiografía simple y la probabilidad de sufrir serios daños pulmonares. El TCMD ha facilitado dicho diagnóstico, ya que los estudios de RX simple infravaloran la afectación torácica. Para una correcta valoración es fundamental revisar las distintas estructuras que pueden estar afectadas: la pared torácica, el espacio pleural, el parénquima pulmonar, la vía aérea, el mediastino y los grandes vasos.



→ Neumotórax anterior derecho. \* Derrame pleural (hemotórax)  
\* Contusión en LID → Neumatocelos ( contusión )

**Bibliografía:**

1-Kaewlai R, Avery L, Asrani A, Novelline R. Multidetector CT of Blunt Thoracic Trauma. Radiographics 2008; 28: 1555-1569

<b>Caso</b>	(656) TRAUMATISMO MESENTÉRICO Y PERFORACIÓN DIFERIDA DE COLÓN
<b>Autores</b>	Alejandra Doroteo Lobato Rocio Carreño González, Carmen Dolores Herrero Platero
<b>Centro</b>	H.Comarcal Axarquía

### **Presentación:**

Paciente que sufre accidente de tráfico. Intenso dolor abdominal. Estabilidad hemodinámica. Se realiza TCMD abdominal objetivándose aumento de densidad del meso con extravasación de contraste en fase arterial, hallazgos sugestivos de sangrado activo mesentérico. El paciente fue intervenido con buena evolución en un primer momento. 5 días después comienza con dolor abdominal, se realiza TCMD evidenciándose neumoperitoneo por perforación diferida de colon transverso. Fallece al día siguiente.

### **Discusión:**

La TCMD tiene una especificidad mayor que la ecografía, y la clínica para la detección de lesiones mesentéricas y/o intestinales en Traumatismo abdominal cerrado (TAC), siendo la prueba de elección en pacientes hemodinámicamente estables.

Es fundamental distinguir lesiones significativas (requieren cirugía), de las no significativas (tratamiento conservador).

La lesión mesentérica significativa incluye hemorragia activa (extravasación de CIV), irregularidad y/o terminación abrupta de los vasos mesentéricos. La no significativa sería el hematoma y la infiltración mesentérica.

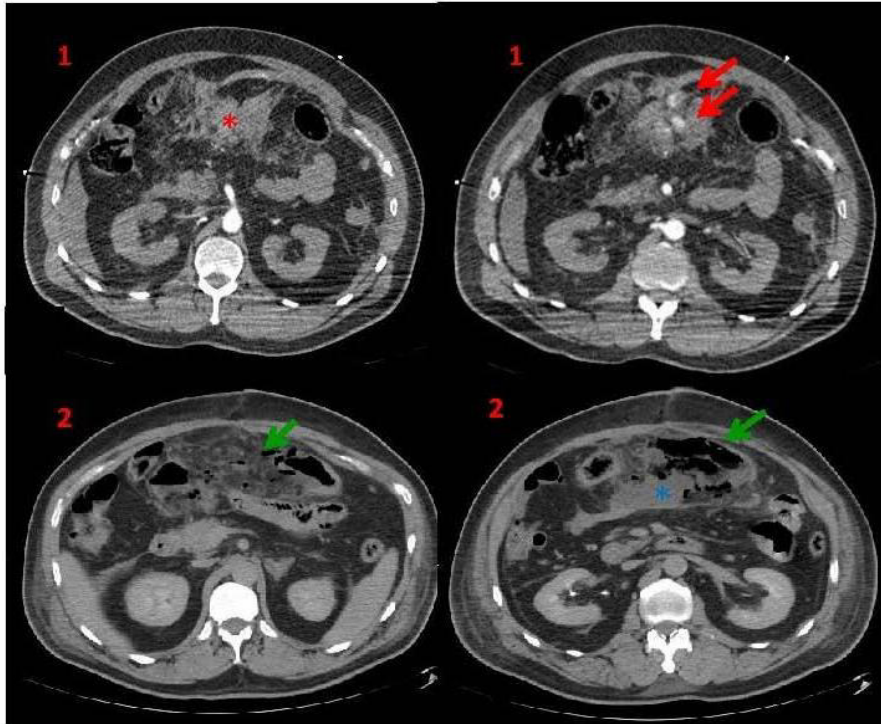
La lesión intestinal significativa incluye cualquier lesión que implica un desgarro completo de la pared o incompleto que envuelve la serosa y que se extiende pero no envuelve a la mucosa. (Discontinuidad de la pared intestinal. Contraste oral extraluminal. Aire extraluminal). La no significativa incluye hematoma o desgarro limitado a la serosa.

Nuestro paciente sufrió una lesión significativa de mesenterio y una perforación diferida de colon transverso por devascularización.

### **Conclusión:**

El papel del radiólogo es fundamental para definir la afectación intestinal y/o mesentérica que requiera tratamiento quirúrgico o conservador.

El retraso en el diagnóstico conlleva una alta morbi-mortalidad, la cual se ve aumentada en caso de una perforación de colon diferida.



- 1.- Lesión Significativa del Mesenterio (hemorragia activa) :**  
 \*Aumento de densidad del mesenterio ➔ Extravasación de contraste
- 2.- Lesión Significativa Intestinal : (5 días después del Traumatismo) Perforación Diferida de Colón Transverso:**  
 \*Líquido libre ➔ Gas extraluminal

### Bibliografía:

Brody JM, Leighton DM, Murphy BL. CT of Blunt Trauma Bowel and Mesentery Injury: Typical Findings and Pitfalls in Diagnosis. Radiographics 2000;20:1525-36

Gómez Grande ML, Ambrós Checa A, Ortega Carnicer J. Perforación diferida de colon en el traumatismo abdominal cerrado. Med Intensiva 2002;26:459-62

<b>Caso</b>	(657) TORSIÓN TESTICULAR : IMPORTANCIA DEL ECO DOPPLER
<b>Autores</b>	Alejandra Doroteo Lobato Carmen Dolores Herrero Platero, Maria Del Mar Muñoz Ruiz
<b>Centro</b>	H.Comarcal Axarquía

**Presentación:**

Paciente de 14 años comienza con dolor testicular izquierdo intenso y brusco que le despierta. Presenta teste izquierdo ascendido y horizontalizado sin signos inflamatorios. Ecografía Testicular: Teste Izquierdo con ausencia de flujo doppler y engrosamiento del epidídimo de aspecto rotacional. Teste derecho con flujo doppler conservado y de morfología y ecogenicidad normal.

**Discusión:**

Los hallazgos descritos son compatibles con torsión testicular aguda.

Existen varias causas de dolor escrotal agudo. La torsión testicular es más frecuente en adolescentes, es una verdadera urgencia quirúrgica dado que su reparación en las primeras 6 horas tiene unas posibilidades de resolución sin secuelas de entre el 80-100% que desciende hasta un 20% después de 12 horas.

Hallazgos ecográficos: En las primeras 6 horas la ecogenicidad del testículo puede ser normal. Puede existir aumento de tamaño del testículo o epidídimo con disminución de ecogenicidad. También hidrocele, hematocele o engrosamiento de pared escrotal y masa extratesticular que corresponde al cordón espermático torsionado. El doppler color es la técnica más específica. Siempre hay que valorar el teste contralateral. El hallazgo más común es la ausencia de flujo. En fases subagudas puede haber aumento de flujo peritesticular. La valoración debe ser intratesticular. La túnica albugínea se adhiere a la superficie y la hiperemia reactiva puede confundir con flujo de arterias capsulares.

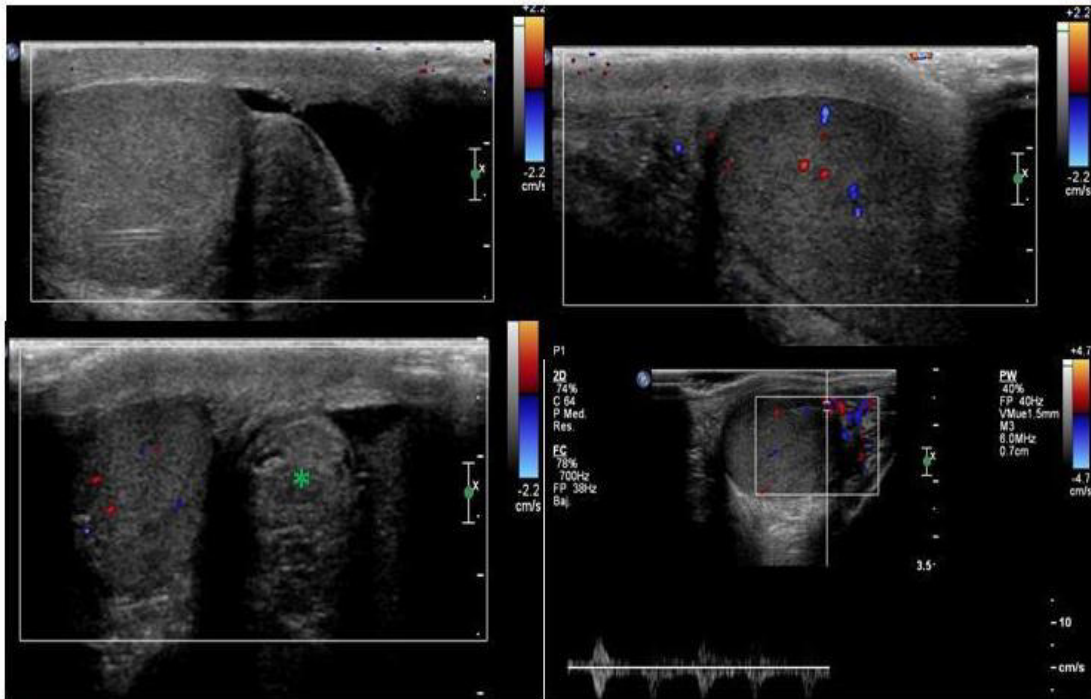
**Conclusión:**

La ecografía doppler es la prueba de imagen de elección en el dolor escrotal agudo.

La torsión testicular es la causa más urgente de dolor testicular agudo, en la ecografía se ve como un aumento o disminución del tamaño testicular con disminución/ausencia de flujo intratesticular y aumento del flujo peritesticular, todo ello dependiendo de la fase en la que se encuentre.

Teste izquierdo sin flujo

Teste derecho con flujo



\* Cordón espermático torsionado

Teste izquierdo con flujo tras destorsión

### Bibliografía:

Turgut A.T, Bhatt S, Dogra V.S. Acute Painful Scrotum. Ultrasound Clin.2008;3:93-107.

<b>Caso</b>	(659) Causa infrecuente de dolor en FID: más allá de la apendicitis.
<b>Autores</b>	Patricia Virginia García Pérez Sandra Duque Fernandez De Vega, Daniel Eiroa Gutierrez
<b>Centro</b>	Centro de Diagnóstico

### **Presentación:**

Varón de 48 años que acude al servicio de urgencias por dolor y masa palpable en FID de días de evolución. No asocia fiebre con analítica anodina. Se solicita TC abdominal para descartar patología ileocecal o apendicular. Se observa engrosamiento tubular del apéndice de 65 x 25 mm de diámetro con fino realce parietal y contenido hipodenso en su interior sin cambios inflamatorios de la grasa mesentérica adyacente sugestivo de mucocele. Se procede a apendicectomía con resultado AP de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado.

### **Discusión:**

El mucocele apendicular es una rara entidad que corresponde a un término descriptivo macroscópico, que se refiere al apéndice dilatado, de forma difusa o focal, con acúmulo de moco en su luz. Se han descrito cuatro causas de mucocele apendicular: quiste de retención, hiperplasia mucosa, cistoadenoma mucinoso de bajo grado y cistoadenocarcinoma mucinoso de alto grado. Es más frecuente en la mujer y generalmente en pacientes mayores de 55 años.

Presenta clínica desde silente a cuadro de abdomen agudo. Como signos y síntomas nos encontramos dolor en FID, masa palpable, sangrado digestivo..etc. Entre los hallazgos en la TC se incluyen dilatación tubular del apéndice, calcificaciones parietales, realce nodular parietal y contenido hipodenso .

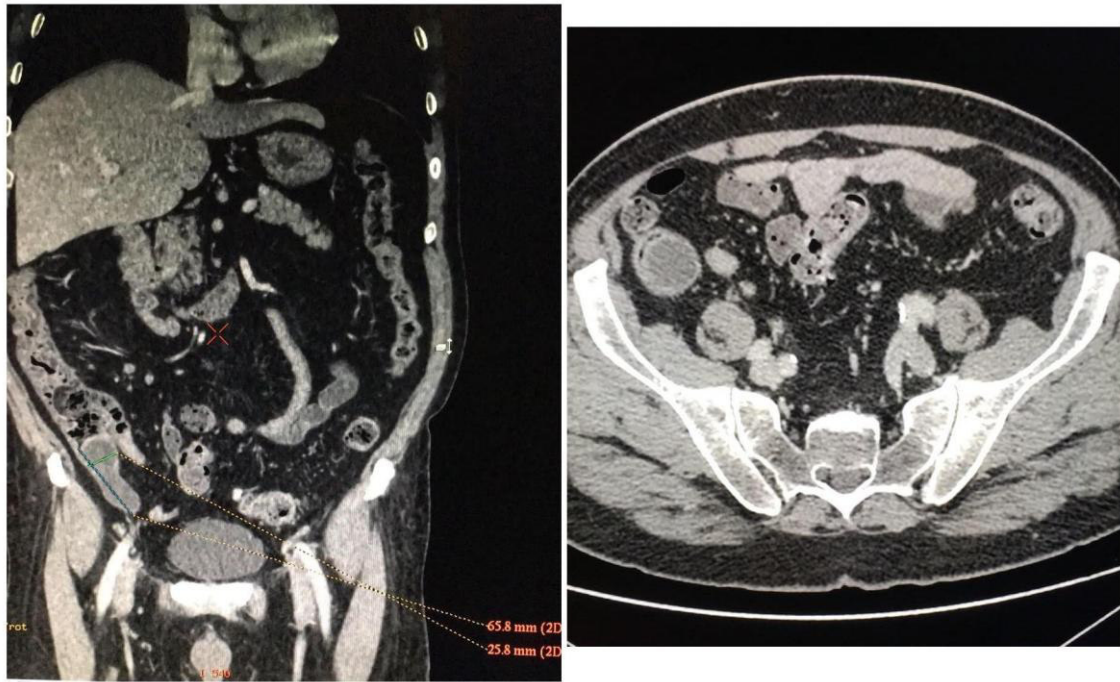
El diagnóstico diferencial se ha de realizar con apendicitis aguda, quiste de duplicación intestinal, quiste anexial, mesentérico, hidrosalpix y linfoma apendicular entre otros. Puede tener complicaciones: infección, invaginación y pseudomixoma peritoneal. El tratamiento es quirúrgico ampliando con hemicolectomía en casos que presente displasia de alto grado.

En nuestro caso se realizó apendicetomía con controles evolutivos negativos para recidiva hasta la actualizad.

### **Conclusión:**

Aunque menos frecuente dentro del diagnóstico diferencial de dolor en FID del adulto en el servicio de urgencias hay que incluir el mucocele apendicular y conocer sus manifestaciones radiológicas.





*TC coronal: Engrosamiento tubular del apéndice hipodenso en su interior.*

### **Bibliografía:**

Carcinoid tumors of the appendix. A report of 46 cases. Tunis Med.2004 Jul;82(7):668-73. SERAM 2014 / S-1282 Manifestaciones radiológicas del tumor carcinoide

-SERAM 2014 / S-0700 Tumores apendiculares: manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos y correlación histopatológica en nuestro hospital.

<b>Caso</b>	(660) Linfoma de Burkitt abdominal en pediatría.
<b>Autores</b>	María Berástegui Imaz Esther Gorostiza Bermejo, Armando Gozalo García, Fermín Sáez Garmendia
<b>Centro</b>	Cruces

**Presentación:**

Niño de 5 años que acude a la urgencia por sospecha de sepsis abdominal. Los días previos presentó fiebre y vómitos. A la exploración, abdomen distendido con sensación de ocupación. Se realiza ecografía abdominal donde se objetiva un marcado engrosamiento hipoecogénico concéntrico de ciego. Se visualiza un aumento de ecogenicidad de aspecto infiltrativo en mesenterio con áreas nodulares hipoecogénicas hepáticas. Pequeñas lengüetas de líquido entre asas. Posteriormente se realiza TC abdominopélvico con contraste yodado intravenoso, donde se confirma una infiltración difusa peritoneal y mesentérica de toda la cavidad abdominal con atrapamiento de asas intestinales, encajamiento vascular y masas infiltrantes periportales.

**Discusión:**

El diagnóstico fue de linfoma de Burkitt abdominal. En el diagnóstico diferencial se incluyó proceso linfoproliferativo y tuberculosis abdominal.

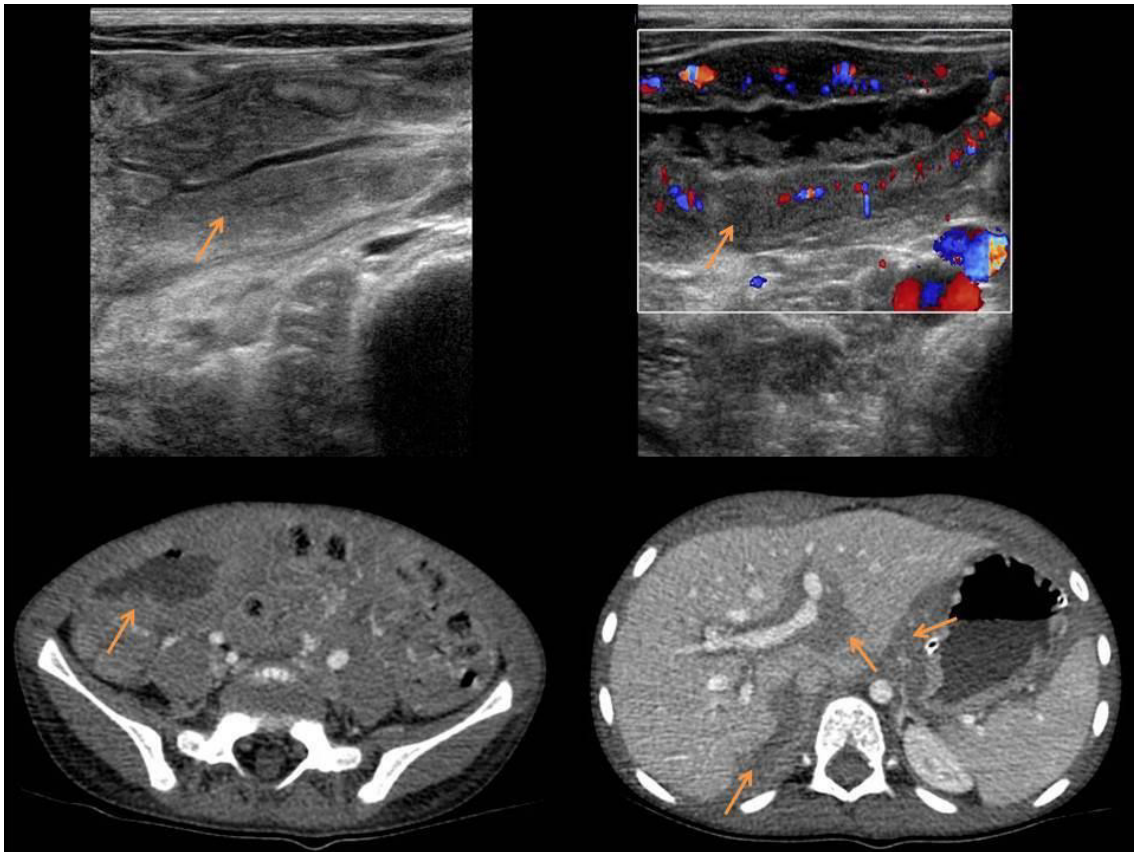
El linfoma de Burkitt es el tipo más frecuente de linfoma no Hodgkin. Es el tumor que presenta un crecimiento más rápido en la infancia con una tasa de duplicación tumoral de 24 horas, por lo que el diagnóstico debe ser precoz para poder iniciar el tratamiento cuanto antes.

La afectación del linfoma de Burkitt suele ser típicamente extranodal. Las manifestaciones abdominales se observan en el 31% de los casos. La presentación clínica es variada y depende del lugar de afectación.

Dentro del tracto gastrointestinal, la región ileocecal y el apéndice son los lugares que más frecuentemente se ven afectados debido a la abundante presencia de tejido linfoide.

**Conclusión:**

Dentro de la patología abdominal aguda de un niño, hay que tener en cuenta el debut de un linfoma de Burkitt.



*a. US. Infiltración de mesenterio con encajamiento vascular. b. US. Engrosamiento concéntrico hipocogénico de paredes de ciego. c. TC ctre iv. Engrosamiento de paredes de ciego e infiltración mesentérica. d. TC ctre iv. Infiltración periportal, perihepática y de ligamento gastrohepático.*

### **Bibliografía:**

- Derinkuyu, BE, et al. "Imaging features of Burkitt lymphoma in pediatric patients." *Diagnostic and Interventional Radiology* 22.1 (2016): 95-110.
- Biko, David, et al. "Childhood Burkitt lymphoma: abdominal and pelvic imaging findings." *American Journal of Roentgenology* 192.5 (2009): 1304-1315.

<b>Caso</b>	(661) Infarto omental.
<b>Autores</b>	Beatriz Sastre Borregón E.valbuena Durán, J.martínez Ollero, Mj.raya Núñez, L.nicolás Liza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Guadalajara

### **Presentación:**

Mujer, 78 años, al día 20 tras hemicolectomía izquierda acude a urgencias por dolor abdominal intenso. La analítica es normal. Ante sospecha de complicación quirúrgica, solicitan TC urgente. En el estudio TC con contraste intravenoso se identifica una masa en pelvis menor, bien delimitada, de aproximadamente 6x10x7cm (APxTxCC). Es heterogénea, conteniendo áreas de densidad grasa, junto a áreas de densidad partes blandas y pequeñas burbujas de gas, todo ello encapsulado por un halo hiperdenso. Se visualiza, además, la sutura de anastomosis colónica próxima a la lesión.

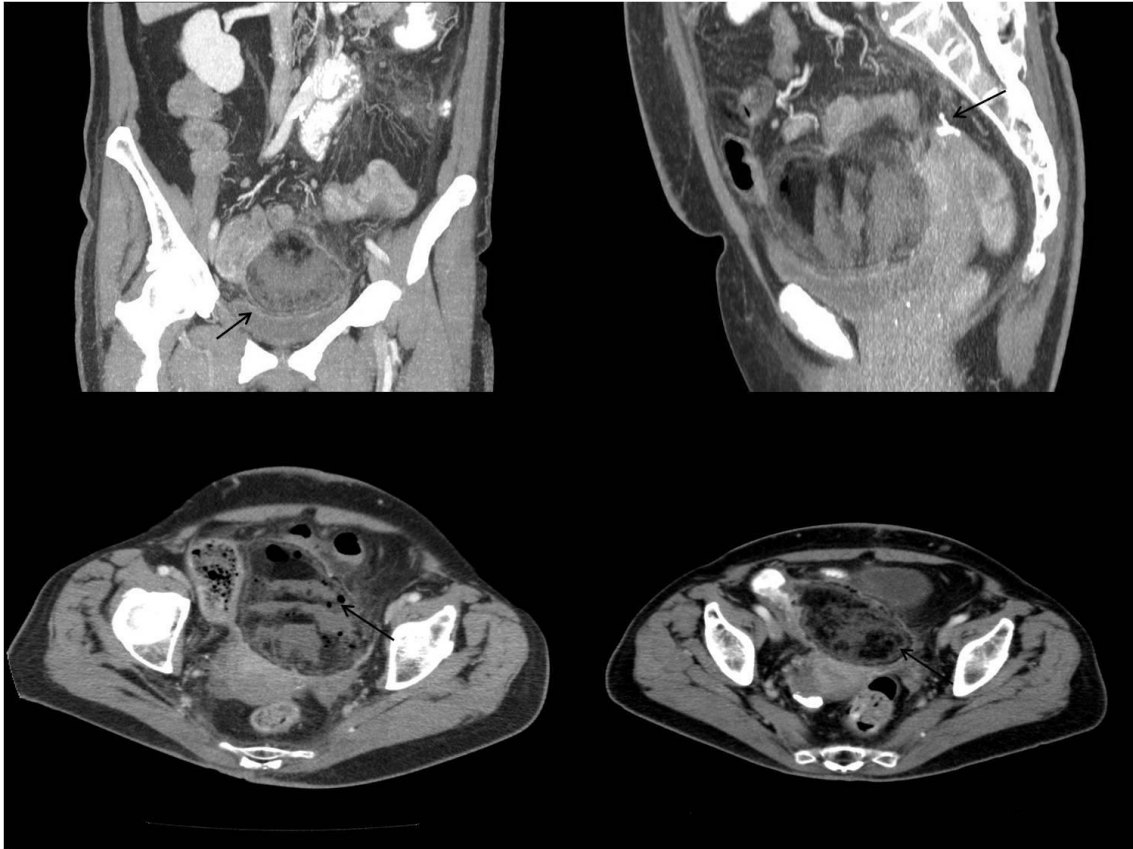
### **Discusión:**

El diagnóstico diferencial incluye patologías secundarias a cirugía reciente como absceso intraabdominal y lesiones que afectan al tejido adiposo intraabdominal como apendagitis epiploica e infarto omental. En nuestro caso, la ausencia de datos analíticos y la presencia de grasa intralesional descartan el absceso. Existen parámetros que nos ayudan a diferenciar entre las otras 2 entidades. La apendagitis predomina en sigma y colon izquierdo, capta contraste y suele ser de menor tamaño, además de presentar dependencia del colon. El infarto omental es de mayor tamaño, no presenta zonas de realce y no muestra relación con la pared colónica. Por ello, el diagnóstico radiológico fue infarto omental, confirmándose su total resolución en control tomográfico a los 3 meses.

El infarto omental es una entidad infrecuente pudiendo ser primaria, por limitación de flujo vascular, o secundaria, tras proceso traumático o quirúrgico reciente. Ante un paciente que acuda a urgencias con dolor abdominal intenso, con antecedentes de cirugía abdominal reciente, si visualizamos una lesión con atenuación grasa, cercana a la zona quirúrgica manipulada, debemos incluir el infarto omental en el diagnóstico diferencial. Estas lesiones se tratan de manera conservadora, realizando controles radiológicos hasta su total resolución.

### **Conclusión:**

El manejo conservador del infarto omental hace fundamental su conocimiento por parte del radiólogo de urgencias.



*Imágenes de TC con contraste intravenoso, visualizando, mediante las flechas, la masa bien delimitada por un halo hiperdenso en la imagen coronal, el material de sutura adyacente a la lesión en el corte sagital, y las burbujas de aire y las áreas de densidad grasa en los cortes axiales.*

### **Bibliografía:**

1. Snehal Lapsia, Sangeet Ghai. Omental infarction: a rare cause of acute abdominal pain. *Emerg Med J.* 2007 Nov; 24(11): 779.
2. Kushal P. Barai, Benjamin C. Knight. Diagnosis and management of idiopathic omental infarction: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2011; 2(6): 138–140.
3. Balthazar EJ1, Lefkowitz RA. Left-sided omental infarction with associated omental abscess: CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr.* 1993 May-Jun;17(3):379-81.

<b>Caso</b>	(662) Hiperplasia folicular linfoide del apéndice.
<b>Autores</b>	Beatriz Sastre Borregón E.valbuena Durán, J.martínez Ollero, M J.raya Núñez, L.nicolás Liza.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Guadalajara.

**Presentación:**

Mujer, 18 años, acude al Servicio de Urgencias por fiebre y dolor en fosa iliaca derecha de 3 días de evolución. La analítica es normal. Solicitan ecografía abdominal urgente ante la sospecha de apendicitis aguda. En la ecografía se visualiza una estructura tubular, no compresible, con origen en ciego, que termina en fondo de saco, compatible con el apéndice cecal. Presenta un diámetro máximo de 6 mm. Se identifica un engrosamiento mural marcadamente hipoecoico, sin desestructuración de la morfología apendicular. Adyacentemente, no se objetiva hiperecogenicidad grasa, adenopatías ni líquido locorregional.

**Discusión:**

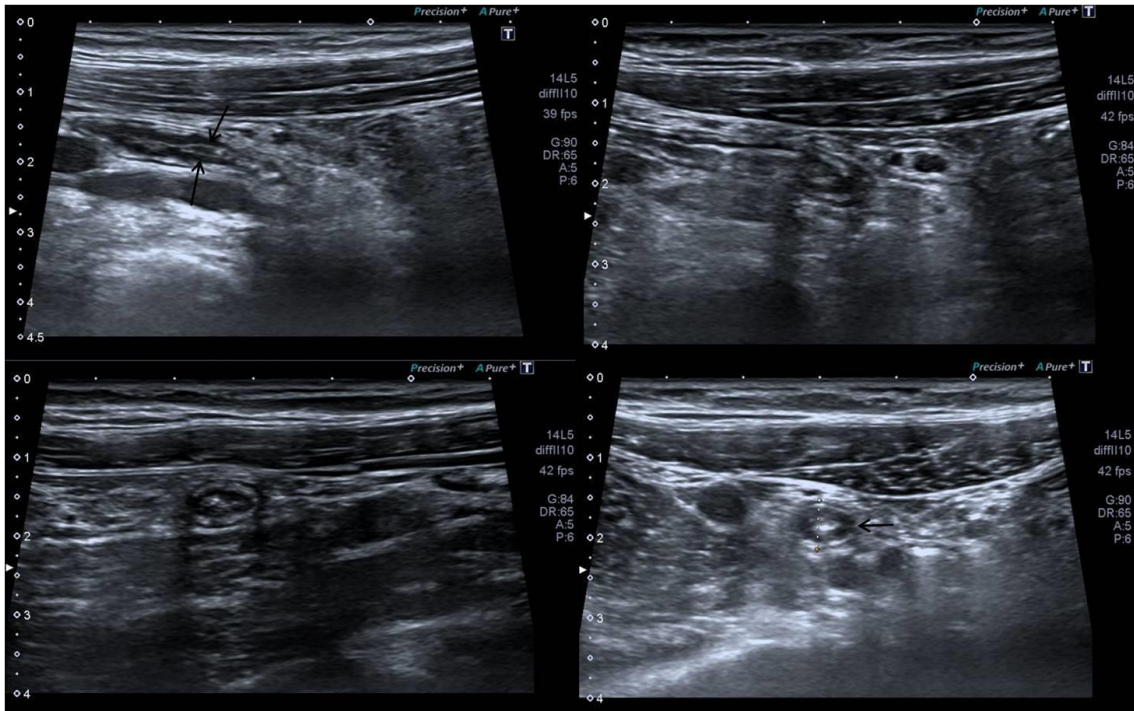
Aunque el diagnóstico diferencial del dolor en FID es muy amplio, habría que acotarlo a dos entidades principales dada la edad de la paciente: apendicitis aguda e hiperplasia folicular linfoide. Para diferenciarlas, debemos valorar la ecogenicidad predominante en el apéndice; hipoecoico en caso de engrosamiento de la mucosa e hiperecogénico si se trata de la submucosa, así como, buscar otros signos de inflamación. El estudio anatomopatológico confirmó la hiperplasia folicular linfoide.

Si durante el estudio ecográfico urgente en un niño o adolescente, visualizamos un apéndice con un diámetro levemente aumentado (6-8mm), que presenta una capa engrosada hipoecogénica, sin desestructuración de su pared, además de no encontrar signos indirectos de inflamación locorregional y con analítica normal, la primera sospecha diagnóstica debe ser hiperplasia folicular linfoide.

La lámina propia del apéndice en la edad pediátrica contiene múltiples folículos linfoides que, en ocasiones, pueden verse aumentados/inflamados, generando los cambios ecográficos descritos. Previamente, se creía que la hiperplasia folicular linfoide era una fase en la etiopatogenia de la apendicitis, sin embargo, recientes estudios han demostrado que es una entidad independiente.

**Conclusión:**

Es fundamental conocer esta entidad (sus hallazgos ecográficos así como su prevalencia en edad infantil/adolescencia) para diferenciarla de la apendicitis con el fin de evitar falsos positivos en la urgencia pediátrica.



**Imágenes ecográficas en corte transversal y longitudinal del apéndice cecal, con diámetro de 6 mm y engrosamiento mural de predominio hipoecoico (marcado con flechas). No se identifican otros signos inflamatorios asociados.**

### Bibliografía:

1. Yingding Xu, R.Brooke Jeffrey, Michael A.DiMaio, Eric W.Olcott. Lymphoid Hyperplasia of the Appendix: A Potential Pitfall in the Sonographic Diagnosis of Appendicitis. American Journal of Roentgenology. 2016;206: 189-194.
2. Noh Hyuck Park, Hwa Eun Oh, Hee Jin Park, Ji Yeon Park. Ultrasonography of normal and abnormal appendix in children. World J Radiol. 2011 Apr 28; 3(4): 85–91.
3. V Singhal, V Jadhav. Acute Appendicitis: Are we Over Diagnosing it? Ann R Coll Surg Engl. 2007 Nov; 89(8): 766–769.

<b>Caso</b>	(663) INFARTO MEDULAR AGUDO SECUNDARIO A MALFORMACIÓN VASCULAR ESPINAL.
<b>Autores</b>	Almudena Isabel Ureña Vacas S. Escoda Menendez, S. Bermúdez Nieto, E. García Santana, J Pérez-templado, I. Gallego Rivera
<b>Centro</b>	Ramón y Cajal

### **Presentación:**

Acude a urgencias un varón de 70 años por cuadro brusco de pérdida de fuerza en ambas piernas, junto con paraparesia, arreflexia e hipoestesia de MMII e incontinencia de esfínteres. Hallazgos radiológicos: -RM de columna dorsolumbar antes y después de la administración de gadolinio: Se identifica marcado engrosamiento y alteración de la señal del cordón medular a partir del nivel T8 hasta el cono, con restricción en la secuencia de difusión. Se aprecian estructuras vasculares arrosariadas entorno a la porción distal del cordón medular como signo indirecto de malformación vascular. - Arteriografía: a nivel L2 derecho, se objetiva trombosis de la arteria intercostal, existiendo anastomosis arterio-arteriales desde L1 y L3 derechas que vascularizan el segmento de la intercostal L2 post-trombosis. Estos hallazgos pueden estar en relación con malformación vascular medular que ha sufrido fenómenos de trombosis espontánea.

### **Discusión:**

Debemos realizar el diagnóstico diferencial del síndrome medular agudo, cuya causa más frecuente es traumática. Nuestro paciente no contaba este antecedente, por lo que se decidió realizar RM de urgencia sin realizar TC previo.

En la RM se observa edema medular (T8-cono) sin identificarse lesiones compresivas, planteando así el diagnóstico diferencial de infarto medular vs mielitis. La restricción en difusión presente permite realizar el diagnóstico de infarto medular en este caso.

El infarto espinal supone exclusivamente el 1% del total de infartos siendo la causa más frecuente conocida es una hipotensión prolongada previa al infarto medular, aunque en la mayoría de ocasiones la etiología es desconocida.

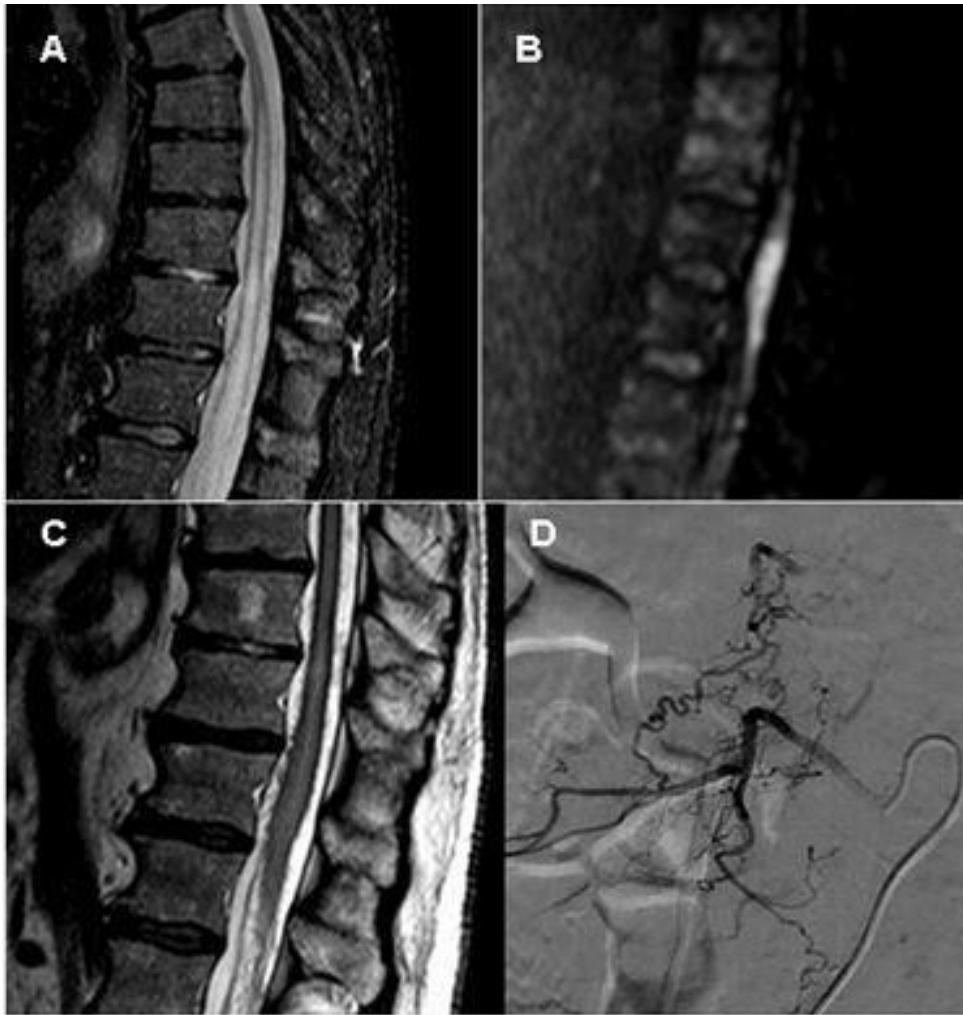
Una de las causas poco frecuentes es la malformación vascular espinal, siendo la más frecuente entre estas la fístula dural. Esta genera una situación de congestión venosa y mielopatía progresiva que puede agudizarse con infarto.

Es típico en estos casos en RM ver edema medular extenso y dilatación de vasos perimedulares, al igual que en nuestro caso.

### **Conclusión:**

En una situación de síndrome medular no traumático debemos siempre incluir en el protocolo de RM secuencias de difusión porque nos van a permitir diagnosticar un infarto agudo medular. Por otro lado la existencia de vasos perimedulares nos debe hacer recomendar la realización de arteriografía diagnóstica para descartar fístula dural.





**Imagen A:** STIR sag. Marcada alteración y engrosamiento medular desde T8 a cono. **Imagen B:** alteración de la difusión en porción distal del cono medular. **Imagen C:** T2 sagital. Estructuras vasculares arrosariadas perimedulares. **Imagen D.** Arteriografía. trombosis de arteria intercostal a nivel L2 derecho con anastomosis arterio-arteriales L1-L3.

### **Bibliografía:**

- Krings T, Geibprasert S. Spinal dural arteriovenous fistulas (2009) AJNR Am J. Neuroradiol 30: 639–48. -Bradley RF, Stewart JH, Russell GB, Levine EA, Geisinger
- Krings T, Lasjaunias PL, Hans FJ, et al. Imaging in spinal vascular disease. Neuroimaging Clin N Am 2007;17:57–72

<b>Caso</b>	(664) Íleo biliar: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal.
<b>Autores</b>	Yasmin El Khatib Ghzal Y. El Khatib Ghzal, P.n. Núñez Vila, C.a. Marichal Hernández, M. Fdez. Del Castillo Ascanio, D. Eiroa Gutiérrez, S. Benítez Rivero.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**Presentación:**

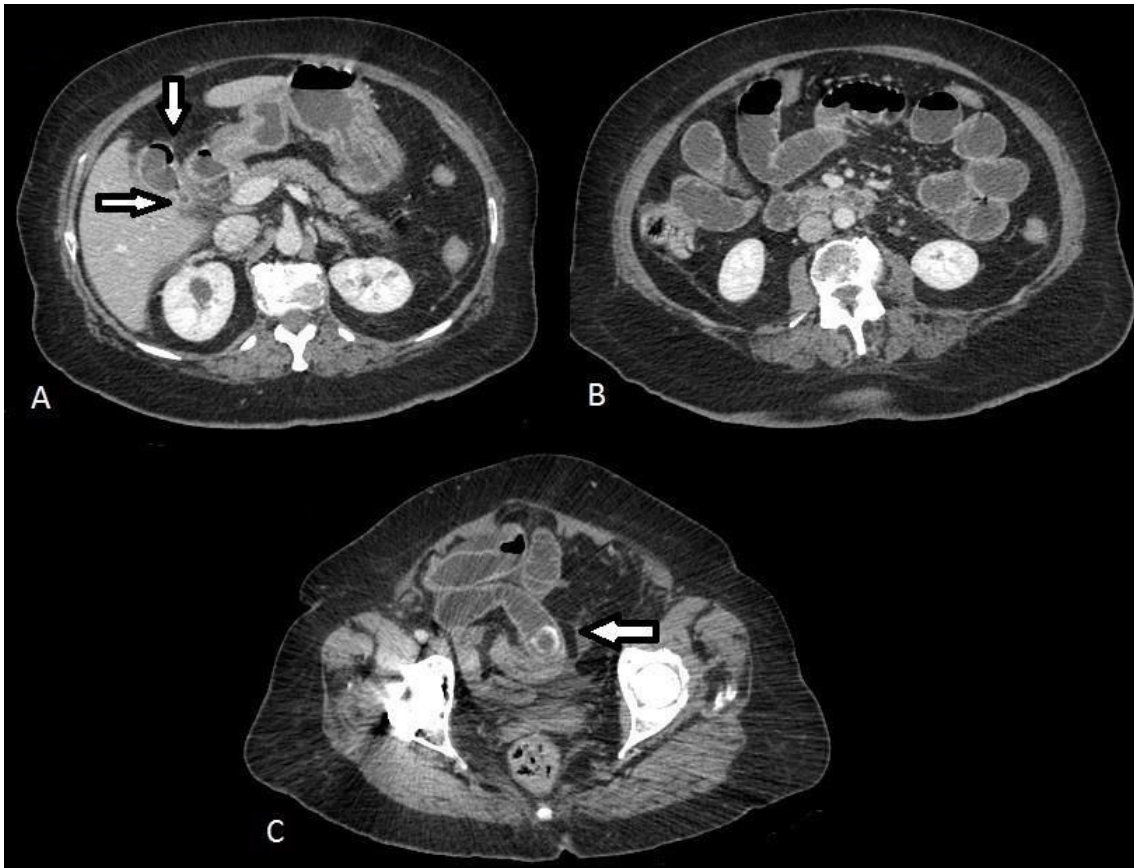
- Datos clínicos: Mujer de 72 años con sospecha de obstrucción intestinal por bridas. - Hallazgos: Se objetiva fístula colecistoduodenal a 2ª porción duodenal, con burbujas aéreas dentro de la vesícula biliar, así como dilatación de asas de intestino delgado hasta íleon distal, observando en el punto de cambio de calibre una imagen compatible con litiasis de 2,1 cm. Aerobilia. Leve cantidad de líquido libre perihepático, entre asas y en pelvis.

**Discusión:**

- Diagnóstico: Íleo biliar
- Reflexión docente: El íleo biliar consiste en una obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de uno o más cálculos biliares dentro de la luz intestinal. El íleo biliar representa una urgencia quirúrgica que supone del 1% al 4% de las obstrucciones intestinales mecánicas. El paso de los cálculos biliares al tubo digestivo se produce a través de una fístula biliodigestiva, cuya localización más frecuente es la colecistoduodenal (60% a 70% de los casos). La presentación clínica del íleo biliar es muy poco específica y más de un tercio de los pacientes no tienen una historia previa de enfermedad biliar, por lo que el diagnóstico solía ser postquirúrgico en más de la mitad de los pacientes. Sin embargo, en la actualidad, el 77% de los pacientes se diagnostican de forma preoperatoria mediante tomografía computarizada, radiografía simple o ecografía.

**Conclusión:**

A pesar de que las causas más frecuentes de obstrucción intestinal mecánica son las bridas posquirúrgicas o las hernias, no hay que olvidar que existen otras causas menos frecuentes cuyo diagnóstico se confirma mediante pruebas de imagen.



- A) Burbujas aéreas dentro de la vesícula biliar. Fístula colecistoduodenal.  
B) Dilatación generalizada de asas de intestino delgado.  
C) Punto de cambio de calibre en íleon distal causada por imagen compatible con litiasis.

### Bibliografía:

- 1) S F. Marco Doménech, P. Fernández García, F. Bordón Ferré, R M. Piqueras Olmeda. Diagnóstico por la imagen en el íleo biliar. *Med Integr.* 2000;36:267-71
- 2) Andrew P Keaveny, Nezam H Afdhal, Steven Bowers. Gallstone ileus. [Monografía en Internet]. Uptodate; 2017. [acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

<b>Caso</b>	(665) Rotura de aneurisma de aorta abdominal con fístula aorto-cava.
<b>Autores</b>	Yasmin El Khatib Ghzal Y. El Khatib Ghzal, A. López Figueroa, M. Fdez. Del Castillo Ascanio, C.a. Marichal Hernández, V. Vázquez Sánchez, S. Benítez Rivero.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**Presentación:**

- Datos clínicos: Varón de 61 años con antecedentes de aneurisma de aorta abdominal que es trasladado en ambulancia tras sufrir dolor importante en región lumbar que irradia a abdomen y síncope. Tras recuperarse, permanece con hipotensión a pesar de perfusiones de noradrenalina. No se palpa pulso pedio del miembro inferior derecho. Sospecha de síndrome aórtico agudo. - Hallazgos: Aneurisma de aorta abdominal de 8,2 cm con luz de 3 cm. Presencia de hematoma intramural (signo de luna creciente) y de rotura en cara posterolateral derecha infrarrenal, con fístula aorto-cava y extravasación del contraste hacia el retroperitoneo (sangrado activo).

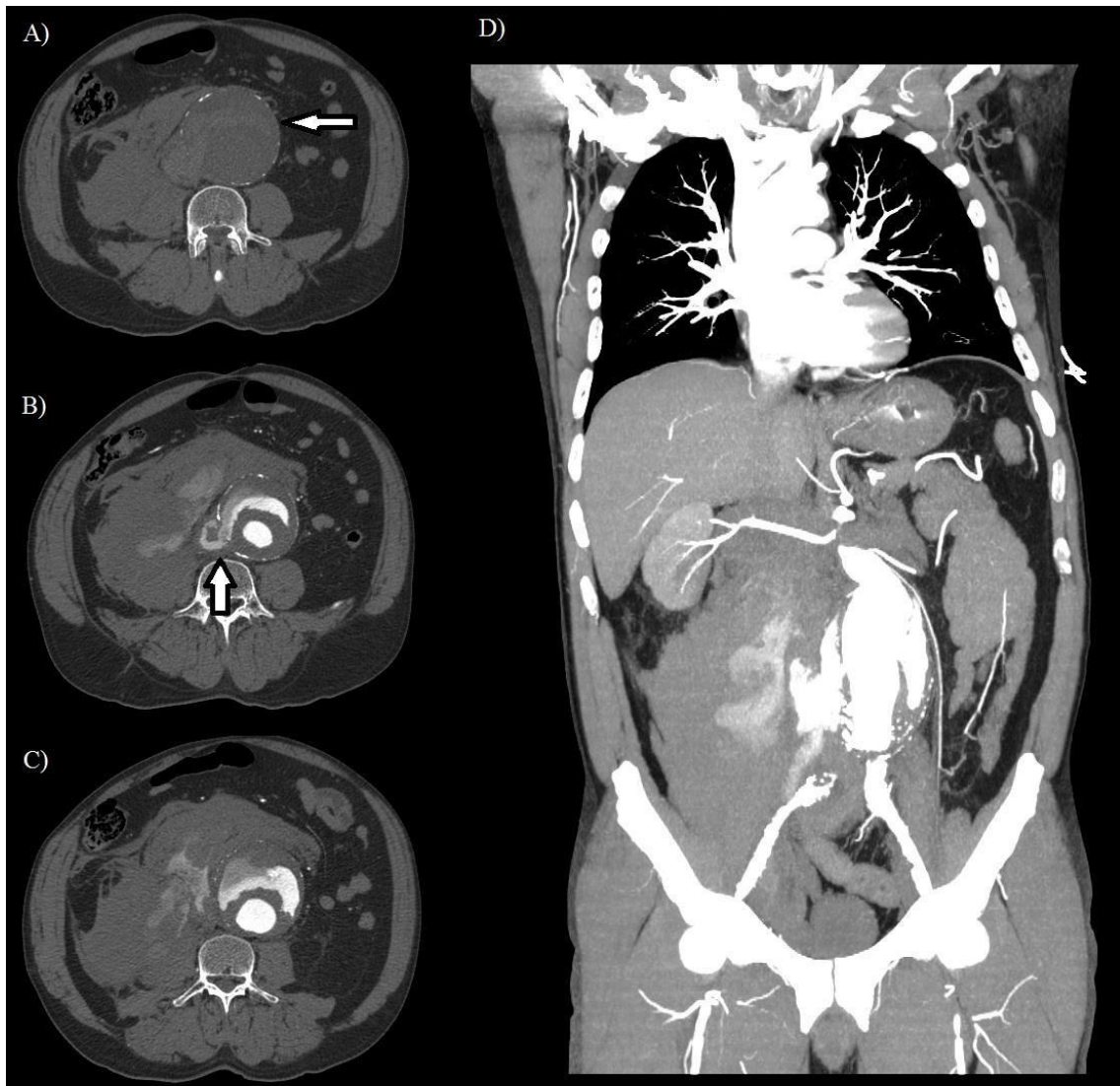
**Discusión:**

- Diagnóstico: Rotura de aneurisma de aorta abdominal con fístula aorto-cava.

- Reflexión docente: La fístula aorto-cava es una complicación poco frecuente del aneurisma de aorta abdominal, que se puede pasar por alto en la evaluación urgente. Dada la alta mortalidad asociada a la patología aórtica aguda, es importante realizar un diagnóstico rápido y preciso de ésta y sus complicaciones para facilitar el manejo quirúrgico.

**Conclusión:**

La rotura de aorta abdominal es una urgencia quirúrgica que puede comprometer la vida del paciente, por lo que es esencial establecer un diagnóstico precoz y preciso de dicha entidad y sus complicaciones.



A) TC sin contraste: Aneurisma de aorta abdominal con área hiperdensa en forma de media luna que corresponde a hematoma intramural. B), C) y D) TC con contraste i.v. en fase arterial: Fístula aorto-cava y extravasación de contraste hacia retroperitoneo.

### Bibliografía:

- 1) Oda T, Yasunaga H, Hosokawa Y, Nomura Y, Shojima T, Zaima Y, Kawara T. Preoperative computed tomographic diagnosis of an aortocaval fistula associated with aneurysm of the abdominal aorta. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;17(5):531-3.
- 2) Nakazawa S, Mohara J, Takahashi T, Koike N, Takeyoshi I. Aortocaval fistula associated with ruptured abdominal aortic aneurysm. *Ann Vasc Surg.* 2014 Oct;28(7):1793.e5-9.
- 3) Jeffrey Jim, Robert W Thompson. Clinical features and diagnosis of abdominal aortic aneurysm. [Monografía en Internet]. Uptodate; 2017. [acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

<b>Caso</b>	(666) Intoxicación por monóxido de carbono. Hallazgos precoces en TC craneal.
<b>Autores</b>	Juan Sanz Díaz Juan Calvo Blanco, Sandra Sánchez García, Jorge Peña Suarez, Paola Rueda Mejía, Lucía Terán Álvarez.
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

### **Presentación:**

Paciente de 58 años trasladada al hospital tras encontrarla en su domicilio con bajo nivel de consciencia en el contexto de una posible intoxicación por monóxido de carbono (CO). Al ingreso se encuentra inconsciente, con insuficiencia respiratoria y Glasgow de 4. En la analítica presenta niveles elevados de carboxihemoglobina (21,6%). Ante esta clínica se realiza TC craneal urgente que muestra discreta hipodensidad en ambos globos pálidos y cápsula blanca interna (a). A pesar del tratamiento con O<sub>2</sub> hiperbárico, la paciente no muestra mejoría, por lo que se decide realizar TC de control a las 48 horas, observando mayor hipodensidad en ambos globos pálidos y vértices de la cápsula interna (b), muy sugestivos de intoxicación por monóxido de carbono.

### **Discusión:**

La intoxicación por monóxido de carbono es la causa más frecuente de intoxicación accidental en Europa y Estados Unidos. Ante la falta de aporte de O<sub>2</sub> los efectos más nocivos ocurren en los órganos con un alto consumo del mismo: cerebro y corazón.

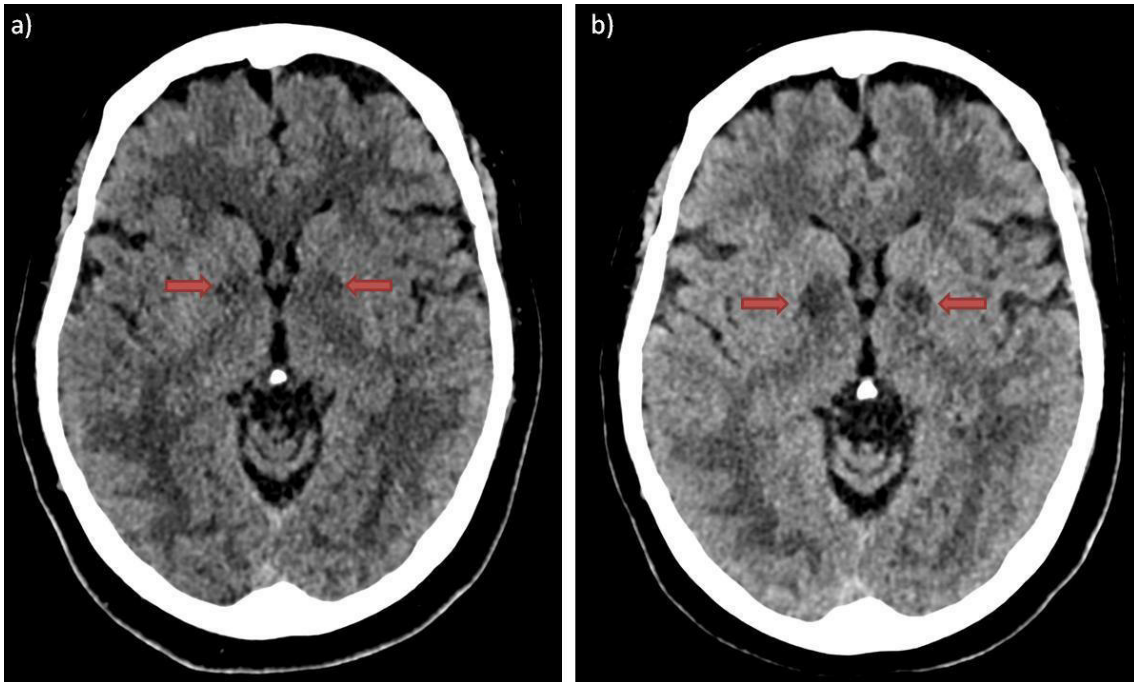
La apariencia de las lesiones encefálicas es variable y su localización puede ser múltiple en cualquier episodio de intoxicación por monóxido de carbono. La mayoría de las lesiones se encuentran en los globos pálidos de manera bilateral, sustancia blanca subcortical y ganglios de la base. Esta hipodensidad es secundaria al edema y necrosis en estas regiones.

Las lesiones se pueden detectar en las primeras 24 horas tras el episodio mediante TC e incluso de manera más temprana si se realiza RM de inicio.

En RM se observa hiperintensidad de ambos globos pálidos en secuencias T<sub>2</sub>, hipointensidad en T<sub>1</sub> y restricción de difusión.

### **Conclusión:**

La intoxicación por CO presenta correlación directa entre los hallazgos en la neuroimagen y las manifestaciones clínicas del paciente, ayudando así en su manejo y pronóstico.



*a) Primer estudio realizado a las 3 horas del episodio. b) Estudio de control a las 48 horas. En ambos estudios se observa una hipodensidad, más significativa en el control a las 48 horas, de ambos globos pálidos secundaria al edema y necrosis a este nivel, tras la intoxicación por monóxido de carbono.*

### **Bibliografía:**

1. Silver DA, Cross M, Fox B, Paxton RM. Computed tomography of the brain in acute carbon monoxide poisoning. Clin Radiol. 1996 Jul;51(7):480-3.
2. O'Donnell P, Buxton PJ, Pitkin A, Jarvis LJ. The magnetic resonance imaging appearances of the brain in acute carbon monoxide poisoning. Clin Radiol. 2000 Apr;55(4):273-80.
3. Wang X, Li Z, Berglass J, He W, Zhao J, Zhang M, Gao C, Zhang C, Zhang H, Yi X. MRI and clinical manifestations of delayed encephalopathy after carbon monoxide poisoning. Pak J Pharm Sci. 2016 Nov;29(6(Suppl)):2317-2320.
4. Shochat G, Lucchesi M. Carbon Monoxide Toxicity. Disponible en:<http://www.learningradiology.com/archives06/COW%20232-CO%20Poisoning/copoisoningcorrect.html>

<b>Caso</b>	(667) Complicación no infecciosa en paciente con neoplasia hematológica: Leucostasis
<b>Autores</b>	Antoni Boscà Ramon Nerses Nersesyan, Rosa Dosda, Marcelo Rengel, Eder Douze, Lautaro Felipe Meneses Vega.
<b>Centro</b>	H.Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Mujer de 23 años que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución con disnea, tos, expectoración verdosa, fiebre de 39°C, astenia y fatigabilidad. Durante su estancia en urgencias la paciente presenta deterioro neurológico y episodio de crisis tonicoclónica. En analítica sanguínea destaca hiperleucocitosis de  $131,60 \times 10^9/L$ , y plaquetopenia  $47 \times 10^9/L$ .

**Discusión:**

Se realiza TC torácico (a), observando múltiples áreas de consolidación en ambos hemitórax, junto con afectación intersticial, evidenciando engrosamiento de intersticio peribroncovascular y prominencia de arterias pulmonares periféricas.

Ante la clínica neurológica se realiza TC craneal sin contraste (b), observando focos de hemorragia parenquimatosa en ambos hemisferios. Sistema ventricular de tamaño normal, sin evidenciar desviación de línea media.

Días más tarde la paciente permanece en coma vigil, se solicita RM cerebral (c), se muestran en secuencia T2 gradiente múltiples focos hemorrágicos intraparenquimatosos bilaterales, con cierto componente de edema perilesional.

Los hallazgos descritos son altamente sugestivos de leucostasis con presencia consolidaciones pulmonares debidas a daño alveolar y hemorragia por plaquetopenia.

La leucostasis se caracteriza por la acumulación de células leucémicas en vasos sanguíneos de pequeño calibre, especialmente en el pulmón, corazón, cerebro y testículos. En la práctica el diagnóstico es empírico y se realiza por la presencia de signos y síntomas pulmonares como hipoxemia y disnea con taquipnea y manifestaciones neurológicas tales como cefalea, somnolencia, ataxia y cambios visuales.

La incidencia de leucostasis es mayor en la leucemia mieloide aguda que en la leucemia linfoide.

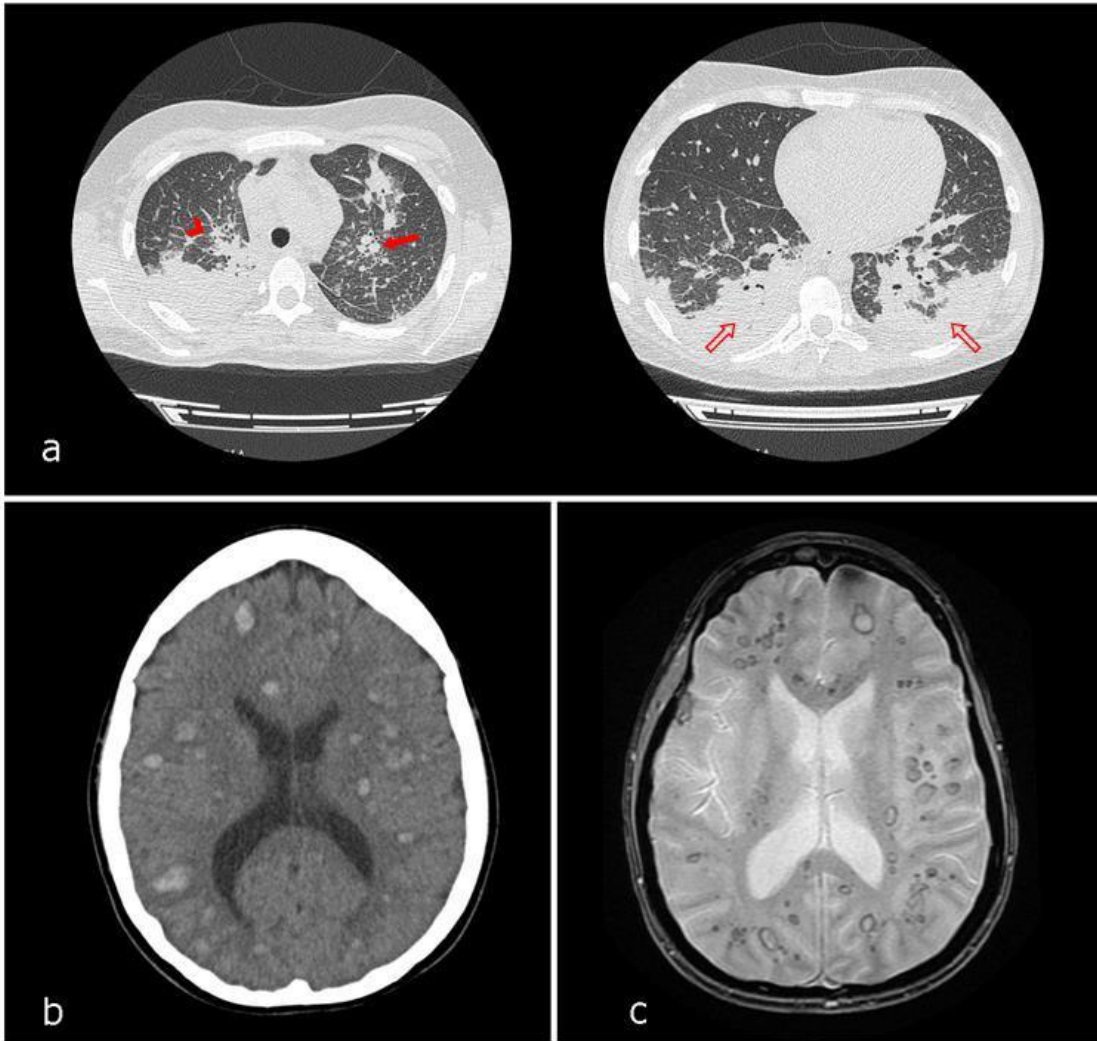
A la paciente se le realizó un aspirado de médula ósea que resultó diagnóstico de Leucemia aguda mieloide M5 o Monocítica.

**Conclusión:**

La leucostasis en ocasiones es difícil de diagnosticar debido a su sintomatología inespecífica. En pacientes con hiperleucocitosis (definida como un recuento de



leucocitos  $>100 \times 10^9/L$ ) es una complicación frecuente y peligrosa que debemos descartar.



**(a) Cortes axiales de TC torácico en ventana de pulmón. Engrosamiento de intersticio peribroncovascular (punta de flecha). Prominencia de arterias pulmonares periféricas (Flecha rellena). Áreas de consolidación en ambos hemitórax (Flecha vacía). (b) Cortes axiales de TC craneal sin contraste. Hemorragia parenquimatosa en ambos hemisferios. (c) Cortes axiales en secuencia T2 gradiente de RM cerebral. múltiples focos hemorrágicos intraparenquimatosos bilaterales. Hallazgos altamente sugestivos de leucostasis.**

**Bibliografía:**

Moon H, Jung I. Acute Pulmonary Complications in Patients with Hematologic Malignancies RadioGraphics Oct 2014, Vol. 34: 1755–1768.

Singh H, Prasad BN, Jagdish, Batra A. Hyperleukocytosis associated pulmonary leukostasis in acute leukaemia. J Assoc Physicians India 2006; 54: 405-7.

Porcu P, Cripe LD, Ng EW, Bhatia S, Danielson CM, Orazi A, et al. Hyperleukocytic leukemias and leukostasis: A review of pathophysiology, clinical presentation and management. Leuk Lymphoma 2000; 39: 1-18.

<b>Caso</b>	(669) Crisis comicial
<b>Autores</b>	Ana Isabel Barrio Alonso Juan Calvo Blanco, Jorge Manuel Peña Suárez, Vicente Santamaría Pérez, Helena Cigarrán Sexto Y Pedro González Filgueira
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Datos clínicos: Mujer de 36 años con primera crisis comicial. No antecedentes clínicos de interés. Descripción de los hallazgos TC cráneo sin y con contraste IV: Lesión ocupante de espacio, bilobulada y espontáneamente hiperdensa, frontobasal y temporal izquierda, en íntimo contacto con la ACM izquierda, no captante. RM cerebro sin contraste y angioRM: Lesión mixta con cavernoma de 1,2 cm subcortical frontal izquierdo y una formación nodular asociada, extraaxial, de alta señal en T1 y baja señal heterogénea en T2, compatible con hematoma subagudo reciente. Se observa un angioma venoso situado por encima del cavernoma con vena de drenaje que termina en el seno esfenoparietal.

**Discusión:**

Diagnóstico

Cavernoma frontal complicado con hematoma contenido.

Reflexión docente

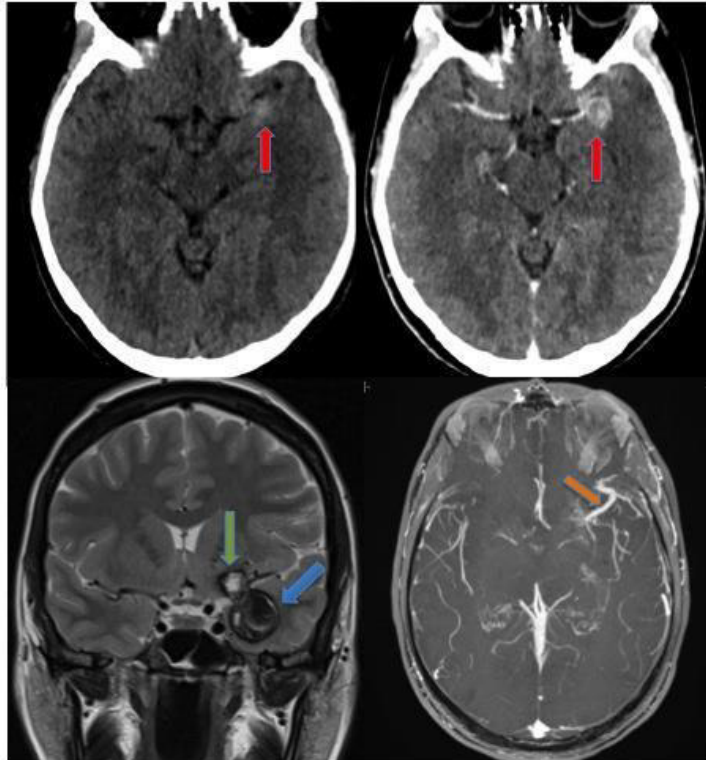
Los cavernomas son lesiones bien delimitadas, formadas por espacios vasculares sinusoidales.

La TC muestra una lesión redondeada, de alta densidad y bien definida. Pueden apreciarse calcificaciones en su interior.

En la RM su apariencia es variable dependiendo del estadio de la hemorragia. La imagen más típica en los cavernomas no complicados es la "lesión en palomitas de maíz": núcleo de señal heterogénea en las imágenes ponderadas en T1 y T2, rodeado por un anillo de hemosiderina completo, hipointenso, en secuencias ponderadas en T2. La secuencia más sensible es el eco de gradiente T2.

**Conclusión:**

Los cavernomas son malformaciones vasculares con características radiológicas típicas. Con cierta frecuencia asocian una anomalía del desarrollo venoso, lo que incrementa el riesgo de sangrado.



**TC cráneo sin y con contraste IV: Lesión ocupante de espacio, bilobulada y espontáneamente hiperdensa, frontobasal y temporal izquierda, en íntimo contacto con la ACM izquierda, no captante (flecha roja). RM cerebro sin contraste y angioRM: Lesión mixta con cavernoma subcortical frontal izquierdo (flecha verde) y una formación nodular asociada, extra axial, de alta señal en T1 y baja señal heterogénea en T2, compatible con hematoma subagudo reciente (flecha azul). Se observa un angioma venoso (flecha naranja) situado por encima del cavernoma.**

### **Bibliografía:**

- Malformaciones cavernosas intracraneales: espectro de manifestaciones neuro radiológicas. J.J. Cortés Vela et al. Radiología. 2012;54(5):401-409.
- Hemangioma from Head to Toe: MR Imaging with Pathologic Correlation. Joan C. Vilanova et al. RadioGraphics 2004; 24:367–385.

<b>Caso</b>	(670) Retroneumoperitoneo , ¿ qué debemos buscar?
<b>Autores</b>	María José Raya Núñez Emilio Valbuena Durán, Lidia Nicolás Liza, Beatriz Sastre Borregón, Javier Martínez Olleros
<b>Centro</b>	Hospital universitario de Guadalajara

### **Presentación:**

Varón , 53 años, con antecedente de amputación abdominoperineal por adenocarcinoma rectal hace 10 años. Acude por dolor abdominal y cuadro suboclusivo. Analítica con leucocitosis y neutrofilia. En TC abdominopélvica con contraste iv se observa moderado retroneumoperitoneo en abdomen superior , posterior a la cabeza del páncreas, extendiéndose al ligamento gastrohepático, saco menor e hilio esplénico, con trabeculación de la grasa localizada alrededor de la tercera porción duodenal y raíz del meso en relación con cambios inflamatorios. Divertículo dependiente de la 3ª porción duodenal adyacente al gas extraluminal , con aumento de tamaño respecto al estudio previo de hace 1 año. Dilatación gástrica y duodeno-yeyunal con normalización progresiva del calibre de asas en yeyuno distal, en relación con íleo paralítico. Tras intervención quirúrgica se confirma perforación de divertículo duodenal.

### **Discusión:**

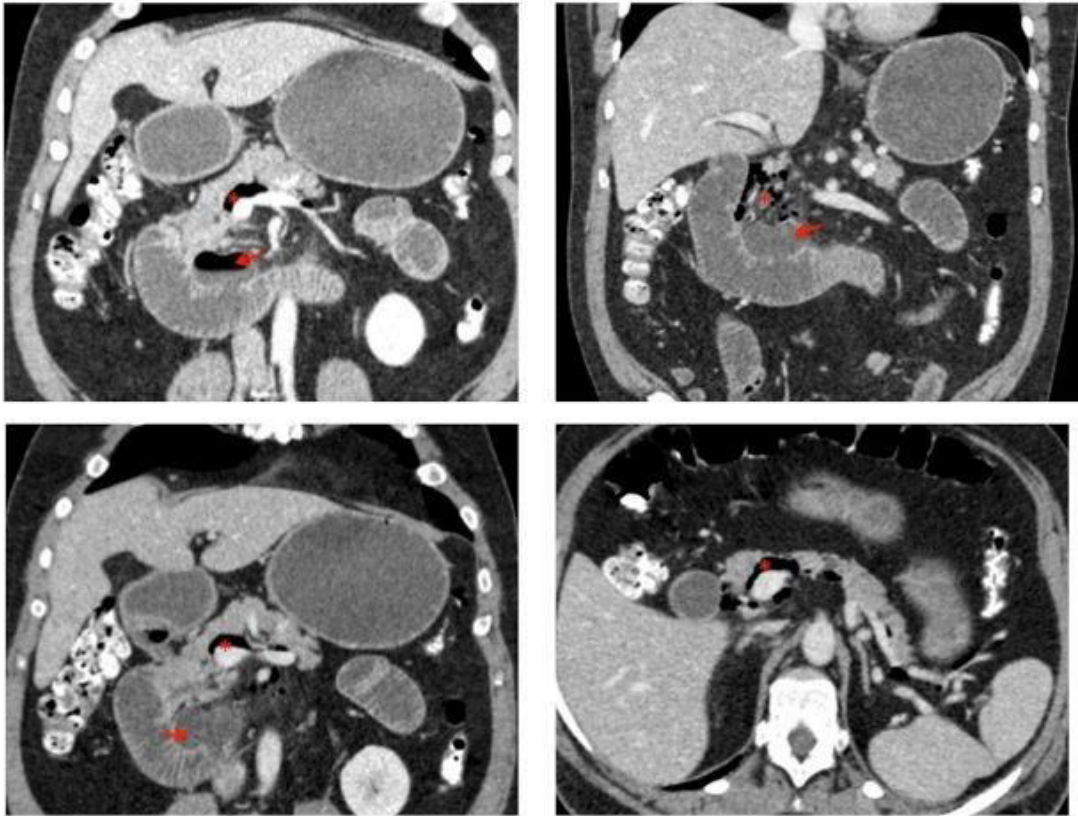
Diagnóstico: Retroneumoperitoneo secundario a perforación de divertículo duodenal.

La presencia de retroneumoperitoneo suele indicar una perforación de víscera hueca. En nuestro caso, dado la localización en abdomen superior, el diagnóstico diferencial principal era la perforación duodenal secundaria a úlcera péptica ( causa más frecuente) frente a la perforación del divertículo duodenal (dada su localización adyacente al gas extraluminal y su aumento de tamaño respecto al estudio previo) a pesar de no identificar una clara solución de continuidad.

### **Conclusión:**

La causa más frecuente de gas libre retroperitoneal es la perforación de víscera hueca de la 2ª-3ª porción duodenal (úlceras pépticas, traumatismo, perforación de divertículo), colon ascendente/descendente ( carcinoma, diverticulitis y colitis isquémica principalmente) y recto, sin olvidar las causas iatrogénicas principalmente tras procedimientos endoscópicos y CPRE.

Hay que realizar diagnóstico diferencial con procesos infecciosos/inflamatorios de órganos sólidos retroperitoneales como la pancreatitis enfisematosa, pielonefritis enfisematosa y los abscesos retroperitoneales, donde el gas proviene del metabolismo anaerobio de las bacterias causantes de estos cuadros.



*Retroneumoperitoneo ( asterisco rojo) en abdomen superior con trabeculación de la grasa localizada alrededor de la tercera porción duodenal y raíz del meso en relación con cambios inflamatorios. Imagen sacular dependiente de la 3ª porción duodenal, en relación con divertículo ( flecha roja) , adyacente al gas extraluminal.*

### **Bibliografía:**

1. Tirkeset al. Peritoneal and retroperitoneal anatomy and its relevance for cross-sectional imaging Radiographics. 2012 Mar-Apr;32(2):437-51
2. Zissin et al. Abdominal CT findings in small bowel perforation. The British Journal of Radiology. 2009
3. J. Cogollos, M.J. Martínez. Ecografía y tomografía computerizada de la patología duodenal. Radiología 2006; 48(5):263-72

<b>Caso</b>	(671) Neuroblastoma retroperitoneal en lactante.
<b>Autores</b>	Laura Adrián Lozano Carlos Martín Gómez, Elena López Miralles, Mónica Pérez González, Esther Alonso García, Esther Riñones Mena
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

Lactante 11 meses. Acude por febrícula de 3 días, hiporexia, distensión abdominal y vómitos. Deposiciones y diuresis normal. No ganancia ponderal en último mes. Exploración: masa de consistencia dura bajo el reborde costal que llega a FII. En RX: efecto de masa en flanco izquierdo que desplaza asas intestinales. Se realiza ecografía abdominal identificando una tumoración sólida de gran tamaño (10 x 9,3 x 8 cm) que ocupa el flanco – fosa ilíaca izquierda y cruza la línea media siendo difícil establecer dependencia. Engloba los grandes vasos y rechaza lateralmente el riñón izquierdo. La masa es de ecoestructura muy heterogénea con múltiples microcalcificaciones y presenta vascularización interna. Grandes conglomerados adenopáticos en territorio del tronco celíaco y en hilio hepático. Se completó estudio con RM que confirmó la gran tumoración de origen retroperitoneal.

**Discusión:**

El diagnóstico radiológico fue de neuroblastoma dadas sus características de imagen.

Es el tumor sólido extracraneal más frecuente de la infancia y más del 90% se diagnostican antes de los 5 años (pico de incidencia a los 2-3 años de edad).

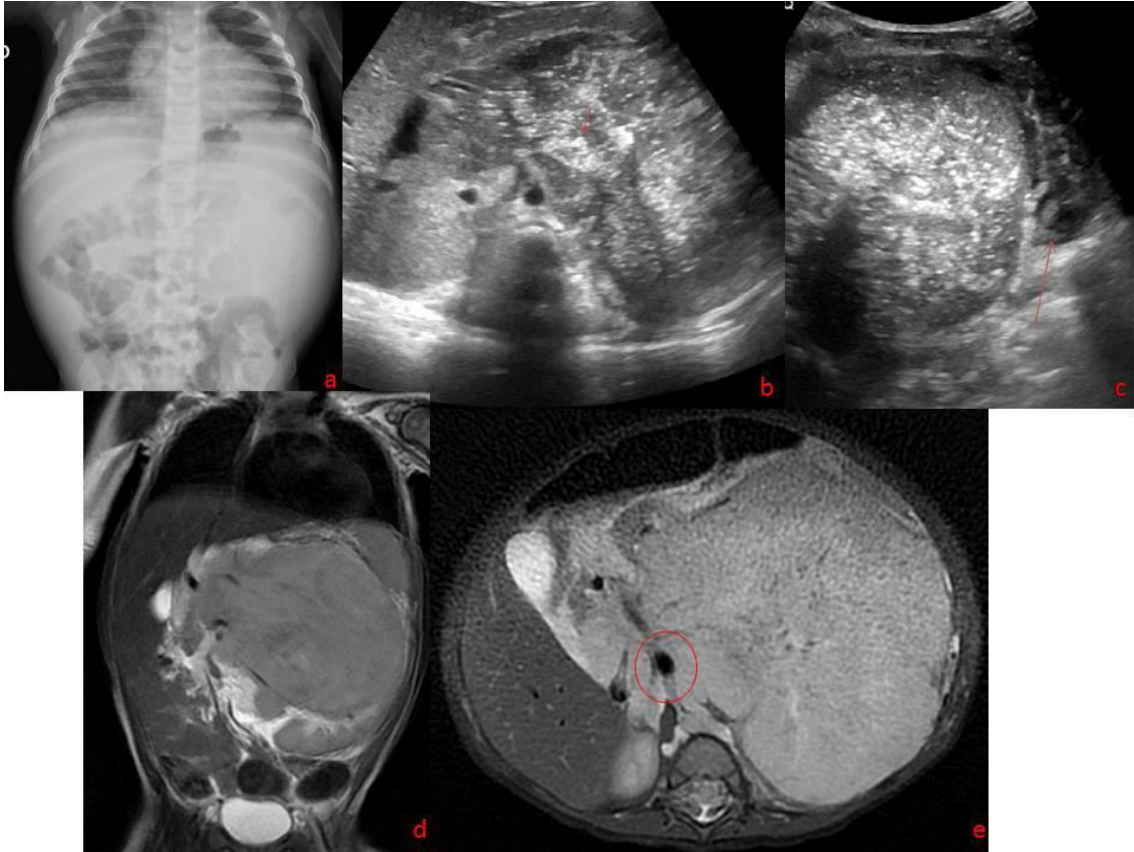
El retroperitoneo es su localización más frecuente (glándulas suprarrenales > ganglios paraespinales > mediastino posterior...) y cerca del 50% de los pacientes presentan metástasis al diagnóstico (hueso, médula ósea, ganglios e hígado).

En ecografía se comportan como masas sólidas, heterogéneas, con focos anecoicos sugestivos de necrosis o hemorragia y focos hiperecogénicos sin sombra acústica posterior compatibles con calcificaciones.

En la RM este tumor es heterogéneo, hipointenso en T1 e hiperintenso en T2 y muestra un realce variable en las secuencias con civ. La RM permite realizar el estudio de extensión.

**Conclusión:**

Neuroblastoma grado 3 (atravesaba línea media y presentaba adenopatías patológicas) cuyo tratamiento es la quimioterapia.



*b)En ecografía se aprecian múltiples focos ecogénicos sugestivos de calcificaciones (flecha).  
c)Riñón izquierdo desplazado. d y e)Gran tumoración que cruza la línea media y engloba los grandes vasos.*

### **Bibliografía:**

Pediatric primary and metastatic neuroblastoma: MRI findings

Magnetic Resonance Imaging, Volume 30, Issue 7, September 2012, Pages 893–906



<b>Caso</b>	(672) Traumatismo mesentérico tras atragantamiento y maniobra de Heimlich.
<b>Autores</b>	Antoni Boscà Ramon Nerses Nersesyan, Marcelo Rengel, Rosa Dosda, Eder Douze, Lautaro Felipe Meneses Vega.
<b>Centro</b>	H.Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Hombre de 74 años que mientras almorzaba presenta episodio de atragantamiento con síncope de segundos de duración. Se le realiza maniobra de Heimlich en la calle. Durante su estancia en observación el paciente presenta somnolencia, mareo, sudoración e hipotensión mantenida de 58/67 mm de Hg. Abdomen distendido, doloroso.

**Discusión:**

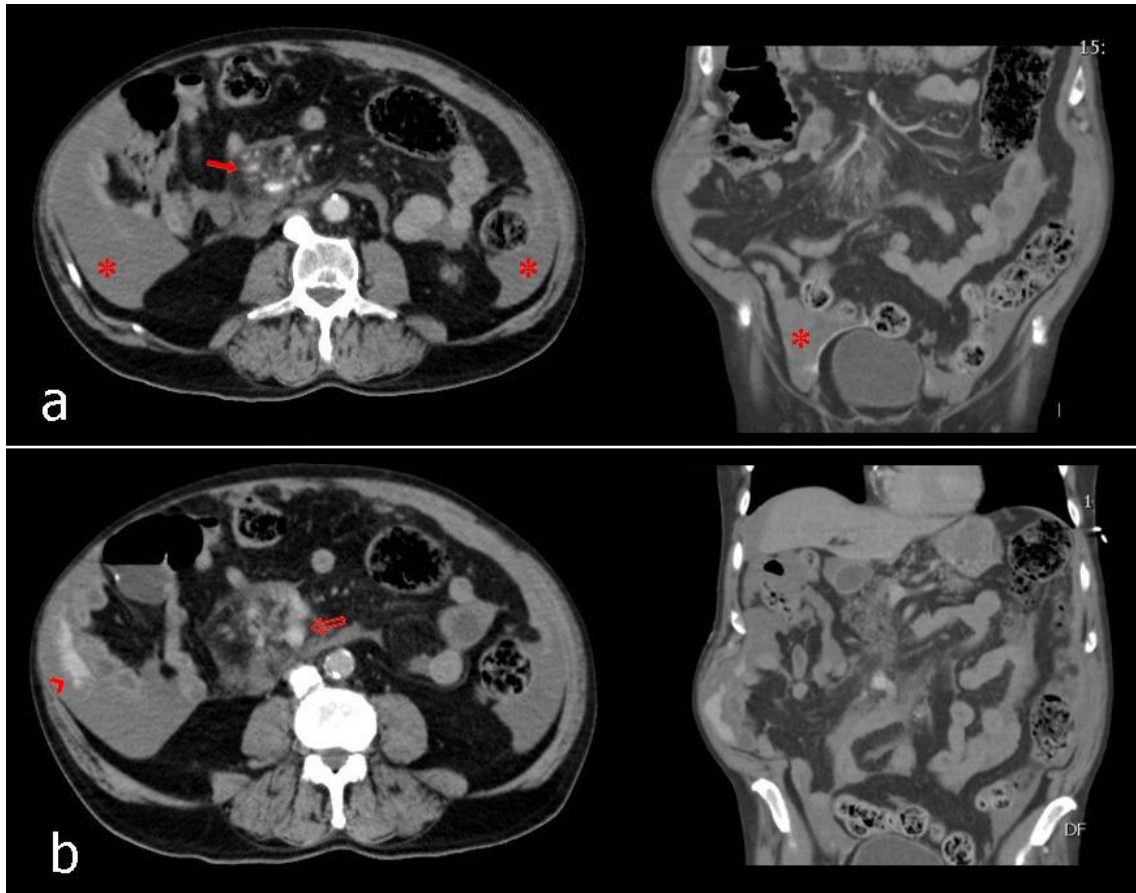
Se realiza TC abdominopélvico con contraste intravenoso observando líquido libre perihepático, periesplénico, en ambas gotieras paracólicas y pelvis. En fase arterial (a) se evidencian imágenes de sangrado activo en “jet arterial” o “blush” adyacentes a los vasos mesentéricos. Estas imágenes hiperdensas lineales se producen por extravasación del contraste que se mezcla con la sangre fresca del hematoma circundante.

En el estudio en fase tardía (b) se observa que el líquido libre en gotiera derecha aparece con aumento de atenuación. Además, se visualiza una protuberancia sacular hiperdensa, que no cambia de morfología en las diferentes fases y que corresponde a pseudoaneurisma de ramificación de arteria mesentérica. Esta lesión aparece por lesión de la capa íntima con hemorragia contenida por la adventicia o por los tejidos perivasculares circundantes.

La etiología del traumatismo abdominal cerrado es variable, siendo la más frecuente los accidentes de tráfico. Los mecanismos fisiopatológicos son: el impacto directo, el trauma por aceleración-desaceleración, y el estallido de órganos causado por el incremento súbito de la presión intraabdominal. En el caso de nuestro paciente las repetidas presiones realizadas al practicar la maniobra de Heimlich fueron la causa del traumatismo mesentérico.

**Conclusión:**

Ante un traumatismo abdominal cerrado el radiólogo debe reconocer los hallazgos sutiles del traumatismo mesentérico e intestinal, que en caso de no ser detectados a tiempo implican una importante morbilidad y mortalidad en relación con la peritonitis por perforación intestinal y la hemorragia.



*TC abdominopélvico con contraste intravenoso. Fase arterial (a), imágenes de sangrado activo en "jet arterial" o "blush" adyacentes a los vasos mesentéricos (flecha). Líquido libre en ambas gotieras paracólicas y pelvis (asteriscos). Fase tardía (b), el líquido libre en gotiera derecha aparece con aumento de atenuación (Punta de flecha). Pseudoaneurisma de ramificación de arteria mesentérica (Flecha vacía).*

### **Bibliografía:**

G.A. Castrillona, J.A. Soto Traumatismo intestinal y mesentérico. Radiología 2011;53 Supl 1:51-9

Olavarrieta, JR Lucena. (2005). Lesiones del mesenterio como consecuencia del trauma abdominal contuso. Revista de la Facultad de Medicina, 28(2), 123-128.

<b>Caso</b>	(673) Embolización arterial de hemoptisis amenazante en paciente con TBC.
<b>Autores</b>	Antoni Boscà Ramon Juan Manuel Sanchís García, Marcelo Rengel, Nerses Nersesyan, Eder Douze, Lautaro Felipe Meneses Vega.
<b>Centro</b>	H.Clínico Universitario de Valencia

**Presentación:**

Hombre de 51 años que inicia esputo hemoptoico y posteriormente hemoptisis masiva con >200 ml de sangre roja fresca con coágulos. Explica pérdida de 5Kg en 2 semanas con astenia y anorexia. Se realiza broncoscopia que muestra sangrado procedente de árbol bronquial izquierdo. Se realiza broncoaspirado (BAS) para microbiología.

**Discusión:**

En Rx de Tórax (a) se observan áreas parcheadas de ocupación alveolar en ambos campos pulmonares superiores. Destaca elevación de hilio derecho probablemente por pérdida de volumen en LSD. Dada la inestabilidad del paciente se decide realizar arteriografía diagnóstica-terapéutica.

Por abordaje femoral común derecho se procede a realizar estudio de vascularización bronquial, se aprecian ramas arteriales anómalas en tronco costobroncogénico con recorrido tortuoso e irrigación patológica de ambos hemitórax (b)(c)(d), por lo que se procede a embolizar las mismas mediante inyección de micropartículas y coils (e).

La Rx de Tórax inmediata tras el procedimiento (f) muestra persistencia de las áreas de ocupación alveolar, con correcta localización del material de embolización sobre ramas arteriales anómalas.

El BAS mostró DNA de M. tuberculosis (PCR) Positivo

La hemoptisis (a menudo masiva) concomitante a TBC puede tener diversas etiologías como bronquiectasia, aspergiloma, reactivación de la TBC, carcinoma cicatricial, bronquitis crónica, colonización microbiana de una cavidad y complicaciones vasculares tales como pseudoaneurismas. La hemoptisis masiva asociada a la tuberculosis cavitaria crónica suele deberse a la rotura de un pseudoaneurisma a través de la pared de la cavidad, y puede ser letal.

**Conclusión:**

El término hemoptisis amenazante define una situación clínica en la que el volumen del sangrado es ?150-200ml en 24h. Es una situación grave que implica un riesgo inmediato para la vida del paciente y que precisa de un diagnóstico y tratamiento rápidos.



*(a) Áreas parcheadas de ocupación alveolar en ambos campos superiores (Flechas vacías). (b)(c)(d) Ramas arteriales anómalas en tronco costobroncogénico con recorrido tortuoso e irrigación patológica de ambos hemitórax, que muestran signos indirectos de sangrado activo (Flechas). (e) Embolización mediante micropartículas y coils de las ramas arteriales anómalas (puntas de flecha). (f) Radiografía de control que muestra persistencia de las áreas de consolidación, con correcta localización del material de embolización (puntas de flecha vacías).*

### **Bibliografía:**

C. Spinu, E. Castañer La tomografía computarizada multidetector en la hemoptisis amenazante Radiología. 2013;55(6):483-498

<b>Caso</b>	(677) Disección aórtica
<b>Autores</b>	Manuel Varo Alonso Fernández L, Muley Vm, Miguelsanz I, Díez Tascón A, Martí De Gracia M
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz

### **Presentación:**

Varón 64 años, pálido, sudoroso, con dolor centrotorácico de 1 hora, opresivo que empeora con la inspiración profunda, con cortejo vegetativo. Dudoso presíncope previo a su llegada. Sin FRCV ni enfermedades cardiovasculares. TA: 111/75, FC: 60. Pulsos pedios presentes y simétricos. Auscultación: soplo diastólico torácico. Analítica: Troponina I: 0.92; Cr 1.53; FG: 47,4. Sospecha de disección aórtica. Se realiza angioTC. "Disección aórtica, con flap intimal desde el plano valvular aórtico (disección A de Stanford) hasta bifurcación de íliaca común izquierda. La disección se extiende a la salida de los TSA afectando a la carótida izquierda, subclavia y axilar izquierdas con segmentos de estenosis crítica por la luz falsa, y tronco braquiocefálico derecho con signos de oclusión de la luz verdadera completa. En el cayado se aprecia invaginación intimal circunferencial (luz verdadera rodeada por la luz falsa). A nivel abdominal la disección afecta a la salida del tronco celíaco, mesentérica superior y arteria renal izquierda, con retraso de nefrograma renal izquierdo. Sin repercusiones isquémicas sobre asas intestinales o resto de órganos dependientes de dichas ramas vasculares. Discreto hemopericardio. No derrame pleural. Aorta ascendente con diámetros máximos de 5,3 x 5,3 cm TxAP." En quirófano se sustituyó la aorta ascendente por un tubo de poliéster. Válvula aórtica sin daño estructural. El paciente fue recuperándose del FRA y bradipsiquia, con secuelas de HTA e HTP.

### **Discusión:**

El paciente presentó una disección tipo A de Stanford.

Los datos que hay que aportar en el informe son: distinguir luz verdadera/falsa, localizar origen y posibles reentradas de la disección intimal, valorar la implicación de los vasos, la relación de los vasos respecto a la luz verdadera o falsa y la detección de complicaciones.

### **Conclusión:**

Es vital la rápida realización del informe, ya que cuanto más pronto se cierre la puerta de entrada más posibilidades de restauración del flujo.

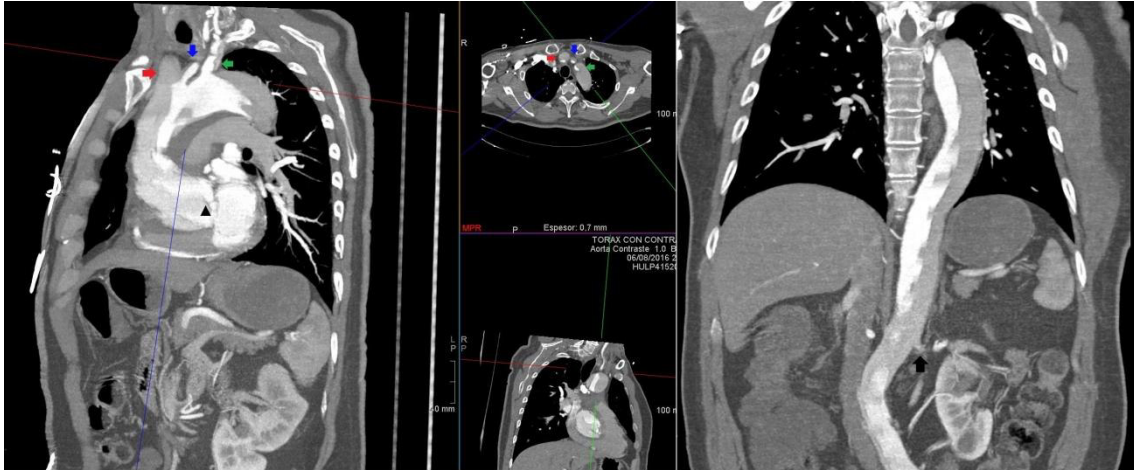


IMAGEN 1: Reconstrucción MPR sagital oblicua. Disección aórtica desde el origen en el plano valvular aórtico (punta de flecha) con afectación de los troncos supraaórticos. En la imagen se aprecia afectación del tronco braquiocefálico (flecha roja), carótida común izquierda (flecha azul) y subclavia izquierda (flecha verde).

IMAGEN 2: Reconstrucción MPR coronal oblicua. Afectación de la aorta torácica, aorta abdominal e iliaca común izquierda (punta de flecha), Hay extensión de la disección a la arteria renal izquierda (flecha).



IMAGEN 3: Reconstrucción MPR sagital oblicua. Disección aórtica, afectando al origen del tronco celiaco (flecha azul) y arteria mesentérica superior (flecha roja).

### Bibliografía:

Castañer E, Andreu M, Gallardo X, Mata JM, Cabezuelo MA, Pallardó Y. CT in Non traumatic Acute Thoracic Aortic Disease: Typical and Atypical Features and Complications. Radiographics. Oct 2003;23 Spec No:S93-110

McMahon M, Squirrell C. Multidetector CT of Aortic Dissection: A Pictorial Review. Radiographics. Mar 2010;30(2):445-60

Caso	(678) NO TODO LO HIPERDENSO ES SANGRE O CALCIO : BAILE, HIPERGLUCEMIA E HIPERDENSIDAD EN TC DE CRÁNEO
Autores	Clara Gil Perea C. Rodríguez Godoy, D. Sánchez Paré, G. Rueda Monago, M. Relaño Mesa , L. Fernández Prudencio
Centro	Hospital Infanta Cristina

**Presentación:**

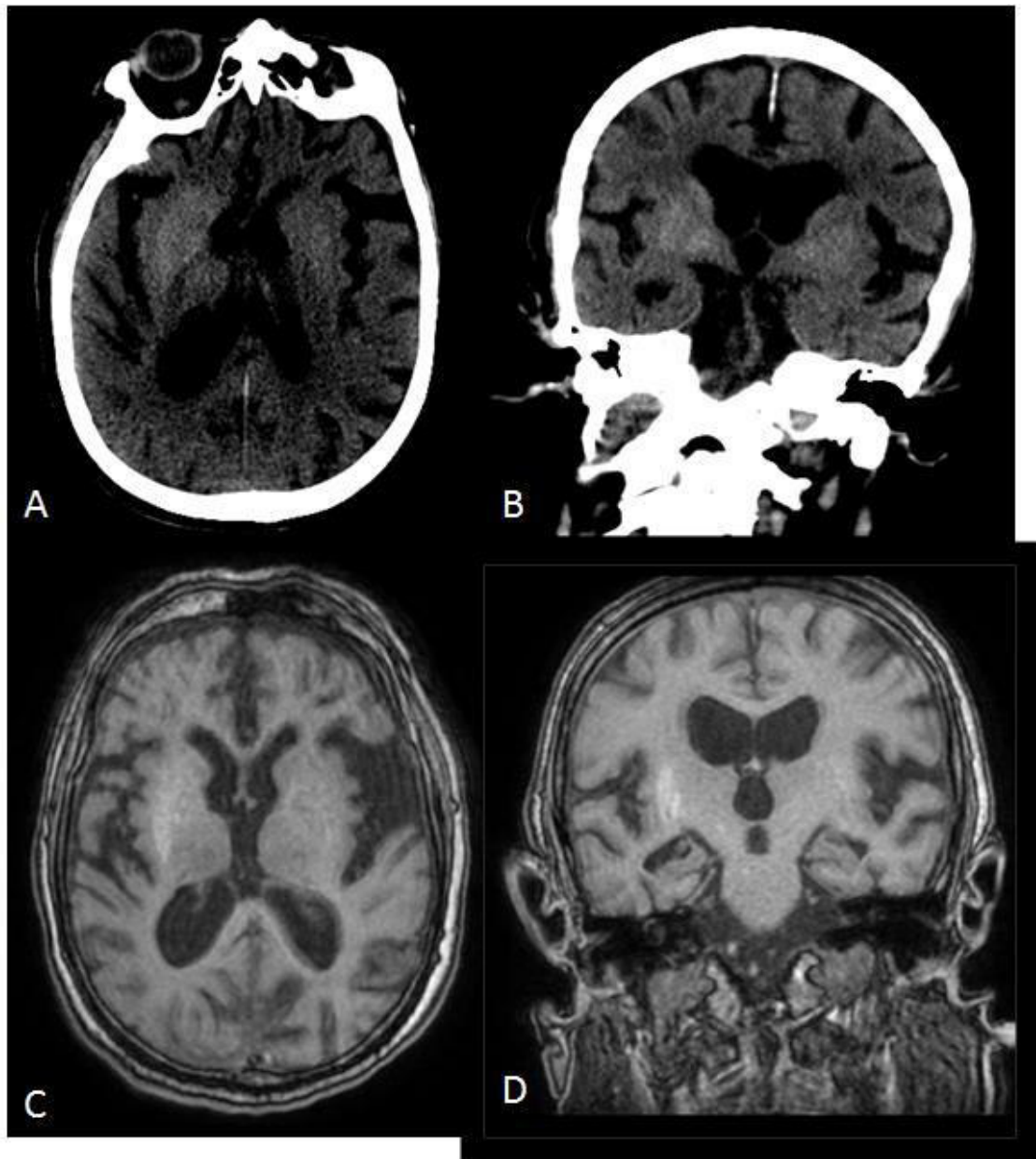
Hombre de 84 años, DM2 mal controlada, acude a urgencias por 10 días de movimientos coreoatetósicos del brazo derecho y orolinguales que le dificultan la ingesta y actividades de la vida cotidiana. Previamente era totalmente independiente. Glucosa de 187 mg/dl. Se realiza TC de cráneo sin contraste iv con reconstrucciones MPR, en el que se observa discreta hiperdensidad de los ganglios de la base ligeramente más evidente en el lado derecho, además de marcada retracción cortico-subcortical difusa. Resto de estudio sin otros hallazgos reseñables. (Imágenes A y B) Dado los hallazgos y la clínica del paciente, se decide completar el estudio mediante RM reglada. observando hiperintensidad en secuencia potenciada en T1, en los núcleos lenticulares, caudados y sustancia negra, de predominio en el lado derecho (Imágenes C y D). Ante estos hallazgos se confirma la sospecha diagnóstica de corea hiperglucémica no cetósica.

**Discusión:**

La corea hiperglucémica no cetósica, es una patología infrecuente, que se asocia a pacientes con DM2. Los hallazgos en imagen son hiperdensidad bilateral en TC sin contraste iv, e hiperintensidad de los ganglios de la base en secuencias potenciadas en T1 en RM. En el caso de afectación unilateral, serán contralaterales a los afectados por la clínica. El diagnóstico diferencial, debe hacerse con otras causas de hiperdensidad de los ganglios basales, como hemorragias hipertensivas y calcificaciones.

**Conclusión:**

Destacar la importancia de la correlación entre la clínica y los hallazgos en imagen. La corea hiperglucemia no cetoacética es una entidad que es importante conocer, ya que un diagnóstico precoz de la misma puede evitar situaciones críticas al paciente como crisis convulsivas o coma. Además, un correcto tratamiento y el control de los niveles de glucemia consigue la desaparición de la clínica, en muchos casos invalidante, en 7-10 días.



*A y B : TC de cráneo sin contraste iv en los planos axial y coronal. C y D imágenes de RM potenciadas en T1 en los planos axial y coronal.*

### **Bibliografía:**

Narayanan S. Hyperglycemia-induced hemiballism hemichorea: a case report and brief review of the literature. J Emerg Med 2012; 43:442-4

Shan DE, Ho DM, Chang C, Pan HC, Teng MM. Hemichorea-hemiballism: an explanation for MR signal changes. AJNR Am J Neuroradiol 1998; 19:863-70.

Lai PH, Chen C, Liang HL, Pan HB. Hyperintense basal ganglia on T1-weighted MR imaging. AJR Am J Roentgenol 1999; 172:1109-15



Wilson TJ, Than KD, Stetler WR et-al. Non-ketotic hyperglycemic chorea-hemiballismus mimicking basal ganglia hemorrhage. J Clin Neurosci. 2011;18 (11): 1560-1.

<b>Caso</b>	(679) Sarcoidosis: La importancia de pensar
<b>Autores</b>	Rubén Eduardo Pacios Blanco Sandra Bermúdez Nieto, Ignacio Gallego Rivera, Carmen Campos Ferrer, Juan Salvador Martínez San Millán, Ernesto García Santana.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

Mujer de 38 años que acude al servicio de urgencias por cefalea hemicraneal derecha de una semana de evolución, acompañada de odontalgia y sensación de aumento de movilidad dentaria en las arcadas superiores, así como epífora abundante. En la exploración clínica se observa ojo rojo derecho, con supuración lacrimal y empastamiento locorregional. Constantes normales y analítica con discreta neutrofilia.

**Discusión:**

Se realiza TC facial que evidencia aumento de tamaño de ambos conductos lacrimales y dilatación de los sacos lacrimales, con contenido en su interior e hipercaptación parietal, de predominio derecho, hallazgos compatibles con dacriocistitis aguda. Se observan múltiples adenopatías cervicales bilaterales y aumento de tamaño de ambas glándulas parótidas y submaxilares con patrón pseudonodular difuso, así como abundantes caries y amplia reabsorción ósea periapical en piezas 11, 12 y 21 de la arcada dentaria superior. En la base del tallo hipofisario se visualiza una lesión nodular hipercaptante con disminución de volumen de la adenohipófisis.

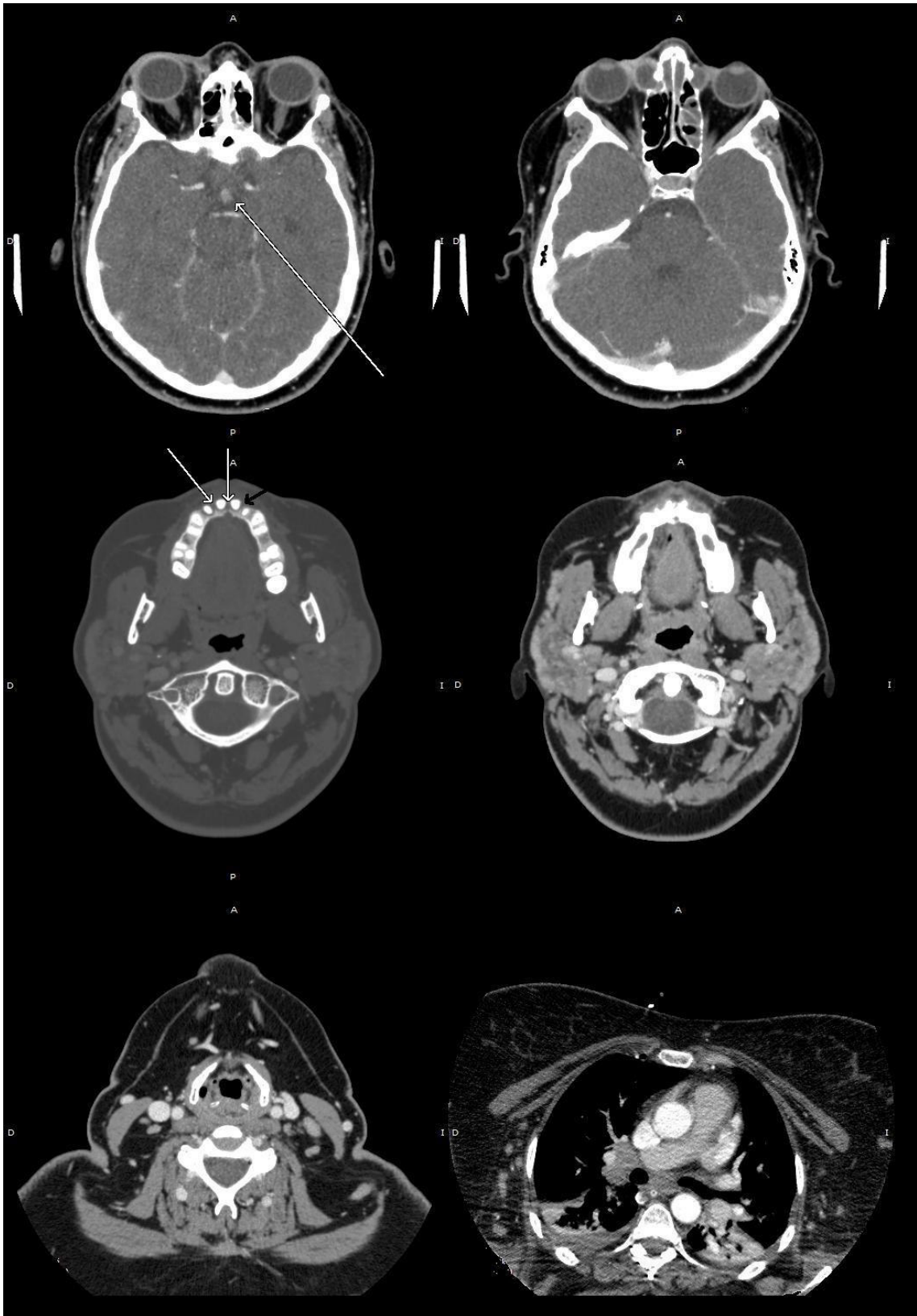
Revisando la historia clínica de la paciente aparece antecedente de amenorrea de un año de evolución secundaria a hipogonadismo hipogonadotropo, fenómeno de Raynaud y sinequias nasales, con granulomas y ausencia de vasculitis en biopsia previa. Esto unido a la presencia de adenopatías múltiples, afectación de las glándulas salivales

, alteraciones dentarias e hipofisarias, sugiere el diagnóstico de sarcoidosis, el cual se confirma a posteriori.

La enfermedad de Besnier-Boeck es una granulomatosis sistémica autoinmune, de etiología desconocida, que afecta fundamentalmente a adultos entre los 20 y 40 años. La clínica es variable y a menudo es asintomática. La enfermedad puede manifestarse en cualquier órgano del cuerpo, con mayor frecuencia en pulmón y ganglios mediastínicos.

**Conclusión:**

Es importante pensar en el diagnóstico de sarcoidosis ante la afectación multiorgánica y la presencia de adenopatías múltiples. En este caso correlacionar los hallazgos clínico-radiológicos con la historia previa nos ha llevado al diagnóstico correcto.



**En los cortes de TC podemos ver sucesivamente: masa hipercaptante en tallo hipofisario, dacriocistitis bilateral, reabsorción ósea maxilar, aspecto nodular de ambas parótidas, adenopatías cervicales y mediastínicas hiliares bilaterales.**

**Bibliografía:**

1. Badhey AK, Kadakia S, Carrau RL, Iacob C, Khorsandi A. Sarcoidosis of the Head and Neck. *Head and Neck Pathology*. 2015;9(2):260-268. doi:10.1007/s12105-014-0568-y.
2. Palmucci S, Torrisi SE, Caltabiano DC, et al. Clinical and radiological features of extra-pulmonary sarcoidosis: a pictorial essay. *Insights into Imaging*. 2016;7(4):571-587. doi:10.1007/s13244-016-0495-4.

<b>Caso</b>	(680) Neumoencéfalo a tensión. Signo del Monte Fuji.
<b>Autores</b>	Juan Sanz Díaz Karen Del Castillo Arango, Lucía Terán Alvarez, Laura García Suarez, Diego Rubio Solís, Sandra Sanchez García.
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

### **Presentación:**

Paciente de 85 años que acude al servicio de Urgencias por cefalea de predominio frontal e inestabilidad postural con limitación para la marcha y la bipedestación. Como antecedente más significativo, el paciente fue operado una semana antes de un hemangiopericitoma nasosinusal mediante cirugía endonasal. Al realizar la TC de cráneo se evidencia un significativo neumoencéfalo identificando una solución de continuidad a nivel del seno esfenoidal. Dicho neumoencéfalo diseca y comprime a ambos lóbulos frontales, ensanchando el espacio interhemisférico, dando una morfología en cráter de volcán, más conocida en términos radiológicos como "signo del Monte Fuji". Tras el ingreso, en el cual se llevó un manejo conservador del paciente, éste presentó una evolución positiva con mejoría significativa en los posteriores controles por TC y resolución completa de la clínica neurológica.

### **Discusión:**

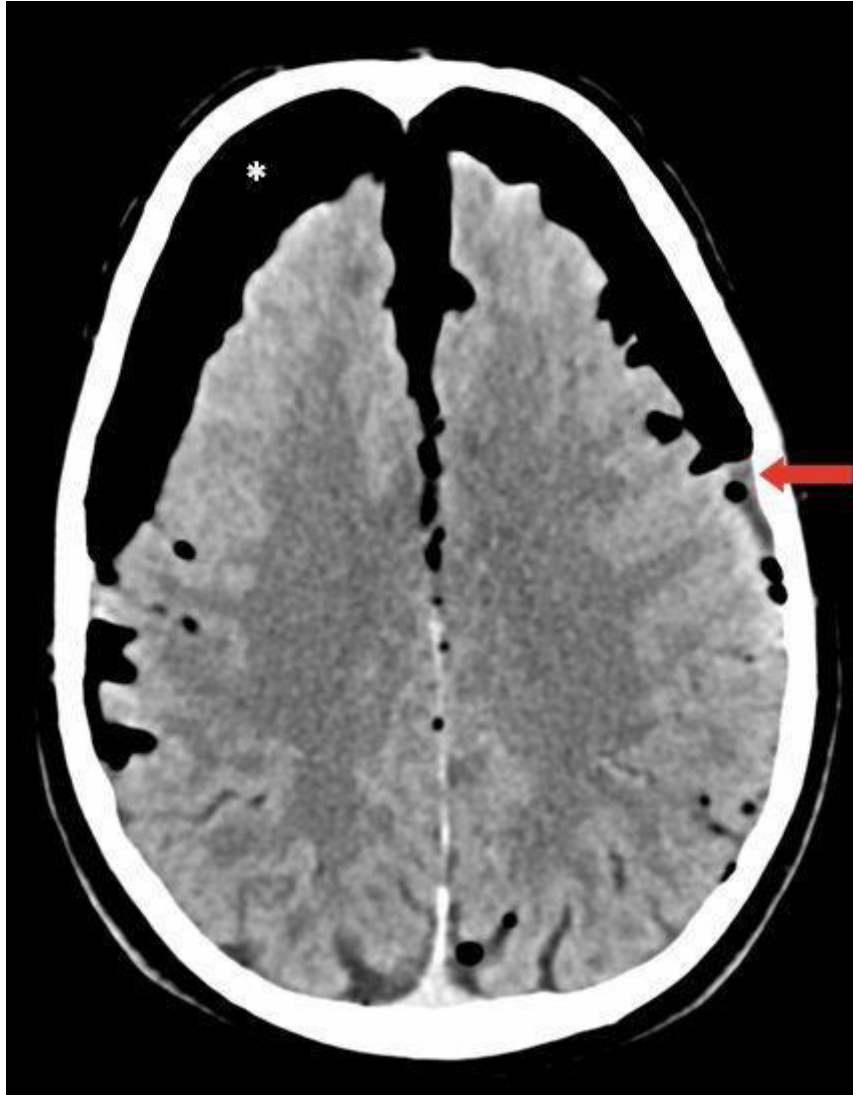
El neumoencéfalo a tensión se trata de una entidad poco frecuente con una etiología múltiple, si bien lo más frecuente es que aparezca tras traumatismos o procedimientos quirúrgicos que afectan a la base del cráneo y los senos paranasales ya que en la fosa craneal anterior la duramadre es más delgada y se encuentra más íntimamente relacionada con el hueso.

El signo del Monte Fuji permite distinguir un neumoencéfalo a tensión, que requiere un tratamiento de manera urgente, de uno a presión normal.

La presencia de un volumen significativo de gas atípico en la cavidad intracraneal provoca una hipertensión intracraneal condicionando un deterioro neurológico del paciente y un mal pronóstico del mismo.

### **Conclusión:**

El neumoencefalo es una entidad poco frecuente. Mediante el signo del Monte Fuji, resultado de la compresión significativa que el aire realiza sobre los lóbulos frontales, se puede distinguir cuando existe hipertensión intracraneal, susceptible de tratamiento quirúrgico urgente.



*Imagen axial de TC de craneo en el que se observa la presencia de gas atípico intracraneal (\*) que diseca ambos lóbulos frontales con ensanchamiento del espacio interhemisférico. Nótese en el receso lateral izquierdo la presencia de un nivel hidroaéreo, en relación con mínima hemorragia subaracnoidea (flecha).*

### **Bibliografía:**

1. Pérez M R, Alcántara S C, Carrascosa Á G. [Mount Fuji sign: tension pneumocephalus]. Med Intensiva. 2011 Apr;35(3):199.
2. Heckmann J G, Ganslandt O. Images in clinical medicine. The Mount Fuji sign. N Engl J Med. 2004 Apr 29;350(18):1881.
3. Shaikh N, Masood I, Hanssens Y, Louon A, Hafiz A.  
Tension pneumocephalus as complication of burr-hole drainage of chronic subdural hematoma: A case report. Surg Neurol Int. 2010 Jul 6;1. pii: 27.

4. Saglam M, Sivrioglu AK, Kara K, Aribal S. Mount Fuji sign following subdural haematoma evacuation. *BMJ Case Rep.* 2013 Mar 25;2013.
5. Dabdoub CB, Salas G, Silveira Edo N, Dabdoub CF. Review of the management of pneumocephalus. *Surg Neurol Int.* 2015 Sep 29;6:155.



<b>Caso</b>	(681) APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A LA FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA EN URGENCIAS.
<b>Autores</b>	María Del Mar García Gallardo Tania Díaz Antonio, Ignacio García Trujillo, Pedro Gutiérrez Chacón, Andrea Domínguez Igual,maría Lucía Berma Gascón
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Presentación:**

Mujer de 60 años que presenta edema palpebral ,exoftalmos bilateral,quemosis, hiperemia y PIO elevada. Refiere cefalea fronto-temporal el día previo. Se realiza TCMC de cráneo s/c ante la sospecha de tumoración visualizándose un aumento de densidad y ensanchamiento bilateral del seno cavernoso además de proptosis ocular bilateral, ingurgitación de las venas oftálmicas superiores y engrosamiento de la musculatura extraocular. Ante la sospecha de fístula carótido cavernosa (FCC) se completa el estudio con Angio TC de cráneo objetivándose aumento de tamaño y realce del seno cavernoso con relleno precoz de las venas oftálmicas superiores. Hallazgos compatibles con el diagnóstico de presunción y confirmados tras arteriografía.

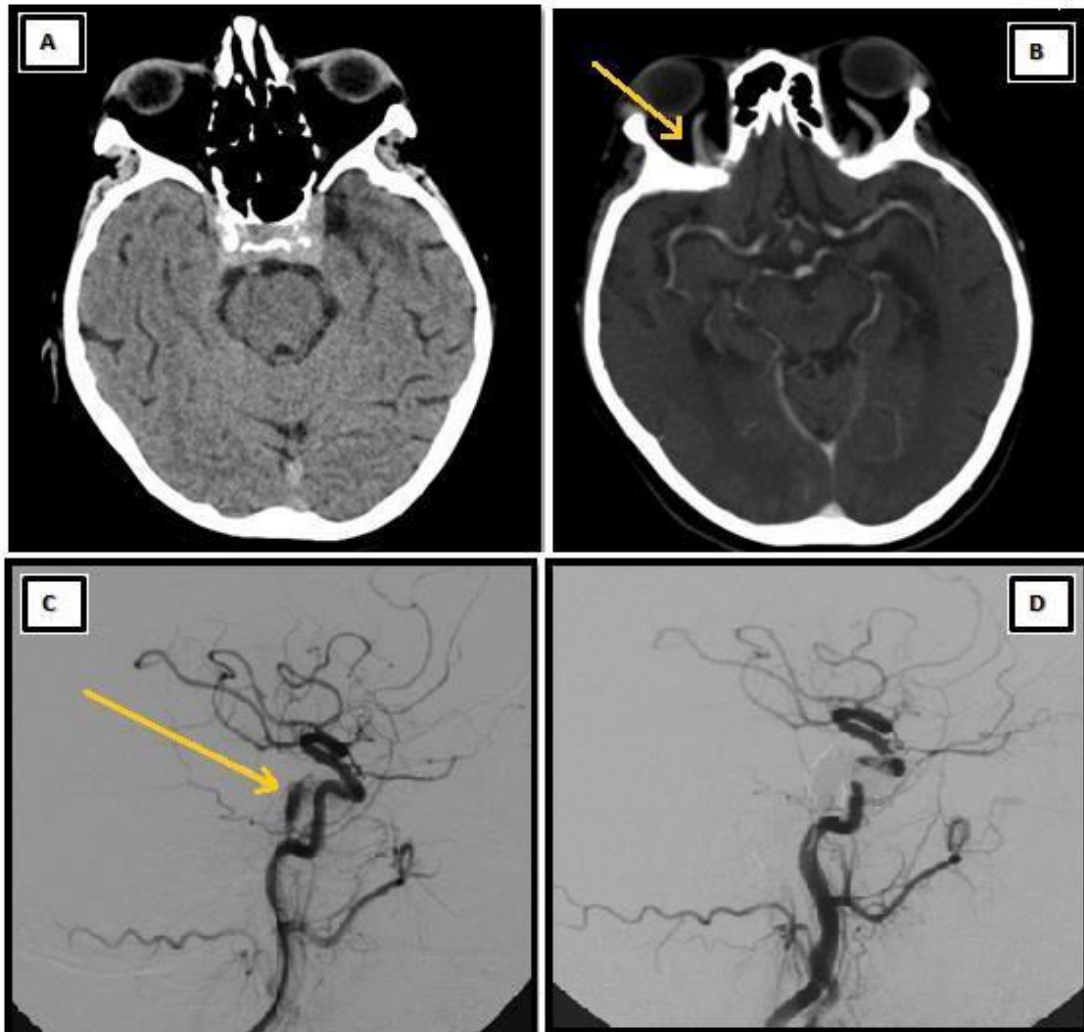
**Discusión:**

La FCC es una comunicación anómala entre el sistema arterial carotídeo y los senos venosos cavernosos (shunt arteriovenoso) directamente a la arteria carótida interna (alto flujo) o través de ramas intradurales (bajo flujo). El 75% de las FCC son adquiridas (traumatismo, iatrogenia) el resto espontáneas (principalmente por rotura de aneurismas en el intracavernoso).

Los síntomas/signos de la FCC se relacionan con el tamaño,duración,localización y vía de drenaje siendo los más frecuentes el exoftalmos pulsátil,quemosis conjuntival y soplo fronto-orbitario; en la mayoría de los casos de forma unilateral.En ocasiones asocian pérdida de agudeza visual y alteración de los pares craneales. Es importante plantear el diagnóstico diferencial con otras entidades como con glaucoma y celulitis.

**Conclusión:**

El diagnóstico de la FCC requiere de un alto grado de sospecha clínica. Es de especial interés la valoración de las venas oftálmicas, seno cavernoso y musculatura ocular en el TC sin/con contraste en urgencias; si bien el gold standard para la confirmación de esta entidad es la arteriografía.



**A. TC de cráneo s/c: Aumento de densidad y ensanchamiento bilateral del seno cavernoso . Proptosis ocular bilateral. B. Reconstrucción MIP de TC de cráneo c/c. Marcada dilatación de la vena oftálmica superior con arterialización de su flujo en fase precoz. C. Arteriografía. Presencia de relleno de contraste del seno cavernoso inmediatamente tras la inyección del mismo en la arteria carótida interna por fístula carótido cavernosa derecha de alto flujo. D. Arteriografía. Embolización completa del seno cavernoso mediante coils y onyx.**

### **Bibliografía:**

- HalbachV,HieshimaG,HigashidaR,ReicherM.Carotidcavernousfistula: indicationsforurgentreatment.AmJRoentgenol1987;149:587-93
- KeltnerJ,Satterfield D,DublinA,Lee B.Duralandcarotidcavernousfistulas. Diagnosis,managementandcomplications.Ophthalmology1987;94:1585-99

<b>Caso</b>	(683) Un molde perfecto para los huesos de oliva: los bronquios lobares inferiores
<b>Autores</b>	Irene Vicente Zapata Juana María Plasencia Martínez, Lucía Hernández Sánchez, Ana Barceló Cárceles, Isabel María González Moreno, Amalia García Chiclano
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 86 años fumador, con EPOC, que acude a urgencias por fiebre de alto grado persistente tras tratamiento antibiótico, tos productiva purulenta y broncoespasmo generalizado. Se le realizan proyecciones PA y lateral de tórax que evidencian un aumento de densidad en el LII con pérdida de volumen, compatible con una neumonía con componente atelectásico o atelectasia del LII. Dado el hallazgo y la patología de base del paciente se completa estudio con una TC de tórax y abdomen superior con contraste oral e IV para descartar patología maligna pulmonar. Se observa atelectasia parcial del LII con bronquiectasias y bronquiolectasias cilíndricas y varicosas, con áreas de consolidación distal, destacando la ocupación del bronquio lobar inferior izquierdo por un cuerpo extraño (CE) con calcificación periférica que podría corresponder a un hueso de oliva aspirado, hallazgo confirmado y extraído mediante broncoscopia.

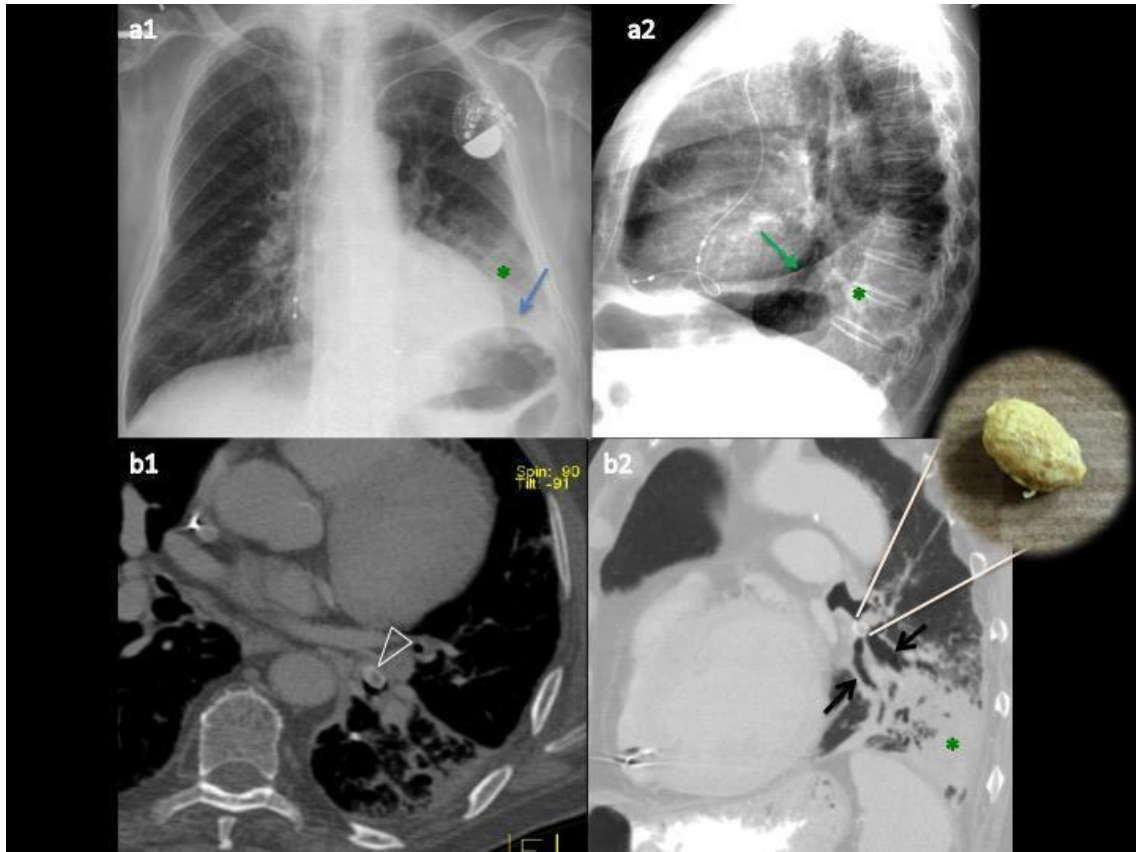
**Discusión:**

El diagnóstico fue de atelectasia con neumonitis postobstructiva del LII secundaria a aspiración de hueso de oliva intrabronquial.

En adultos, las causas más frecuentes de lesiones endobronquiales de alta atenuación son, por orden de frecuencia, los CE y las broncolitiasis. La clínica es variable y depende de si la obstrucción bronquial es completa o parcial. La prueba inicial ante la sospecha de CE aspirado es la radiografía PA y lateral de tórax, ya que aunque la mayoría de cuerpos extraños son radiolúcidos pueden verse signos secundarios como atelectasia, consolidación o hiperinsuflación pulmonar del lado afecto. La TC de tórax será de gran utilidad para llegar al diagnóstico definitivo. El tratamiento de elección es la extracción mediante broncoscopia.

**Conclusión:**

Una atelectasia, sobre todo cuando es persistente tras tratamiento antibiótico, requiere descartar una lesión obstructiva endobronquial mediante TC. Si bien la TC debe protocolizarse para evaluar un potencial proceso neoplásico, nuestro diagnóstico diferencial debe incluir causas benignas, curables con actuaciones sencillas.



*Rx PA (a1) y lateral (a2) de tórax en las que se observa una opacidad en el LII (asterisco) con desplazamiento de la cúpula diafragmática (flecha azul) y de la cisura mayor (flecha verde), con pérdida de volumen asociada, compatible con atelectasia del LII. TC de tórax y abdomen superior con contraste intravenoso en plano axial con ventana de hueso (b1) y sagital con ventana de pulmón (b2) que evidencia un cuerpo extraño ovalado de bordes radiodensos (punta de flecha) que correspondía a un hueso de oliva, ocupando el bronquio para el LII, inmediatamente anterior a la división para las ramas para la pirámide basal. Condiciona atelectasia del LII con neumonitis postobstructiva (asterisco) y bronquiectasias (flechas negras), que sugieren obstrucción bronquial de evolución no aguda.*

### **Bibliografía:**

1. SmitaPatel, Ella A. Kazerooni. Case 31: Foreign Body Aspiration-Chicken Vertebra. Radiology. 2001. 218:523-25.
2. Avery LL, Lim R, Pugmire BS. Review of Ingested and Aspi-rated Foreign Bodies in Children and Their Clinical Significance for Radiologist. Radiographics. 2015. 35:1528-38
3. Cuerpos extraños en vía aérea. Luis Cabezas L, Maya Kuroiwa M. Rev.Medi.Clin.Condes.2011;22(3):289-92.
4. Cabeza B, Santos CG, Hernangómez S, Serrano A, Ruiz ES. Aspiración de cuerpo extraño. Anales de pediatría. 2013;79(1):52-3.

<b>Caso</b>	(684) Infarto omental izquierdo abscesificado
<b>Autores</b>	Irene Vicente Zapata Juana María Plasencia Martínez, Marta Huertas Moreno, Carmen María Botía González, Elisabeth Cruces Fuentes, María Jesús Gayán Belmonte
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 67 años, con colectomía subtotal 2 meses antes por poliposis adenomatosa familiar atenuada, enviado desde otro centro con diagnóstico de absceso subfrénico izquierdo para drenaje radiológico urgente. El paciente tenía deterioro del estado general, fiebre y dolor en hipocondrio izquierdo. En la analítica destacaba la leucocitosis. Se revisó la TC simple, realizada en el centro de procedencia, que mostraba una colección subfrénica izquierda bien delimitada, encapsulada y heterogénea, compuesta de grasa y material de densidad líquido que forma un nivel, muy sugestiva de infarto omental (IO) sobreinfectado abscesificado. Se realizó drenaje percutáneo obteniéndose pus franco. Al 5º día se realiza control mediante TC con CIV que evidencia una clara mejoría, habiendo disminuido de tamaño, desaparecido el componente líquido y aparecido gas que podría provenir del catéter, correctamente conformado, o de la propia evolución del proceso de abscesificación. Ante la buena evolución del paciente se le dio de alta con controles del drenaje.

**Discusión:**

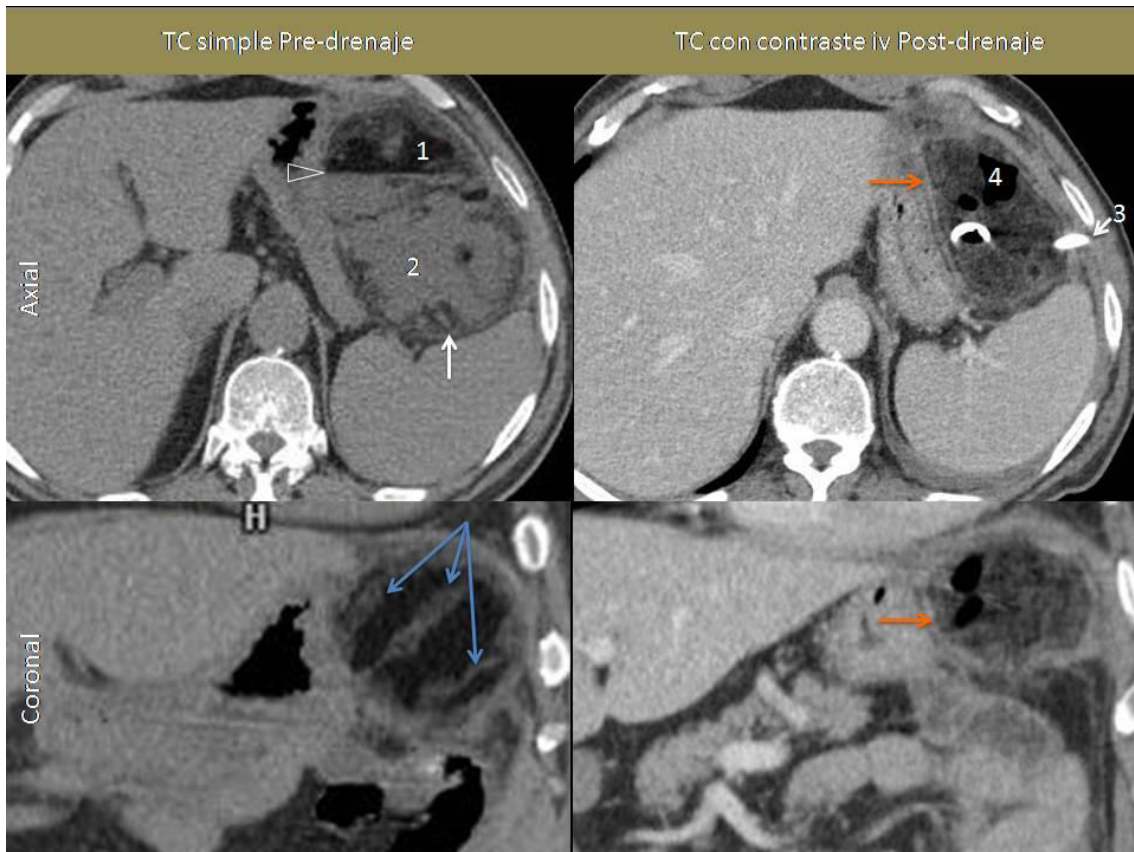
El diagnóstico fue de IO izquierdo secundario a cirugía previa, sobreinfectado.

El IO es un tipo de necrosis grasa relativamente infrecuente. El primario típicamente es derecho y resulta de la torsión o trombosis venosa espontánea que lleva a necrosis hemorrágica. Cuando lo vemos en el lado izquierdo, más raro, hay que pensar que se trate de un IO secundario a una cirugía o trauma previo. El diagnóstico se realiza mediante ecografía o TC. Ante los hallazgos anteriormente descritos y la clínica del paciente debe sospecharse sobreinfección, lo que requerirá generalmente drenaje radiológico.

El control evolutivo permite confirmar el diagnóstico cuando disminuye el tamaño de la lesión y desaparecen los signos inflamatorios, como en nuestro caso.

**Conclusión:**

Tanto la localización izquierda como la abscesificación del infarto omental son raras, debiendo tratarse ésta última de forma urgente mediante drenaje radiológico.



*En la TC simple Pre-drenaje en plano axial, se observa una masa ovoidea heterogénea de densidades grasa (1) y líquido (2) encapsulada (flecha blanca), con nivel grasa-agua (cabeza de flecha). En el corte coronal se observa que es subfrénica izquierda y que contiene en su interior densidades lineales con atenuación de partes blandas mezcladas con áreas grasas (flechas azules). En la TC con CIV Post-drenaje se observa realce de la cápsula, que se define mejor (flechas naranjas), que ha disminuido de tamaño, ha desaparecido el componente líquido y han aparecido burbujas de gas (4). Puede apreciarse el tubo de drenaje (3).*

### **Bibliografía:**

1. Kamaya A, Federle M, Desser T. Imaging Manifestations of Abdominal Fat Necrosis and Its Mimics. *RadioGraphics*. 2011;31(7):2021-2034.
2. Aguilar-García J, Alcaide-León P, Vargas-Serrano B. Necrosis grasa intraabdominal. *Radiología*. 2012;54(5):449-456.
3. Singh A, Gervais D, Hahn P, Sagar P, Mueller P, Novelline R. Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics. *RadioGraphics*. 2005;25(6):1521-1534.

<b>Caso</b>	(685) APENDICITIS HERNIADA: REPORTE DE UN CASO DE HERNIA DE AMYAND
<b>Autores</b>	Loren Marbello García Juan Pablo García Fresnadillo, Guillermo Alabau Vázquez, Antonio Ortuño Maciá, Elena Esteban García, María Isabel Moya García
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Torrevieja

### **Presentación:**

Varón de 86 años con antecedentes de Alzheimer y colecistectomía, con cuadro de dolor abdominal difuso, deposiciones diarreicas y fiebre. A la EF obeso, con dolor epigástrico y en FID. Hernia inguinal derecha no incarcerada dolorosa. Se realiza TC abdominopélvico con CIV que muestra hernia inguinal indirecta derecha que contiene al apéndice cecal que presenta un diámetro de 10mm, con pequeña cantidad de líquido libre y una calcificación en ciego compatible con apendicolito. La ecografía selectiva de FID muestra el apéndice engrosado, de aproximadamente 9mm de calibre, no desestructurado, introduciéndose en el saco herniario inguinal siendo ecográficamente compatible con apendicitis aguda. El paciente fue intervenido quirúrgicamente encontrando hernia inguinal derecha no incarcerada con apendicitis aguda en saco herniario.

### **Discusión:**

La hernia de Amyand es la presencia del apéndice cecal en el saco herniario de una hernia inguinal, una entidad infrecuente, con una incidencia aproximada del 1% y cuyas complicaciones como la apendicitis aguda, son aún más raras (0.13%).

Sin preferencia por edad/sexo, es habitualmente diagnosticada durante la cirugía de herniorrafia.

Para el diagnóstico preoperatorio son de gran utilidad la ecografía que permite realizar estudios dinámicos que permiten valorar si la hernia es o no reductible y la TC abdominopélvica que permite la valoración de grandes hernias, pacientes obesos y la exploración global del abdomen. En ellas se visualizará el apéndice vermiforme introduciéndose en el saco herniario, la presencia o ausencia de cambios inflamatorios y posibles complicaciones (alteraciones en la grasa adyacente, perforación, absceso).

Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales a tener en cuenta están: epididimitis aguda, torsión testicular, adenitis inguinal, entre otros.

### **Conclusión:**

Ante una patología quirúrgica poco frecuente, la clínica debe orientar el método de aproximación diagnóstica, para optimizar los recursos, una mejor planificación quirúrgica y reducir el riesgo de complicaciones.



**A. y B. Visión longitudinal y transversal de apéndice engrosado e hiperecogenicidad de la grasa periapendicular dentro del saco herniario en región inguinal derecha. C., D. y E. Cortes axial, sagital y coronal de TC abdominopélvico con CIV que muestran hernia inguinal indirecta derecha (arteria epigástrica inferior – flecha azul) que contiene al apéndice de aprox. 10 mm de calibre (flecha roja), con cambios inflamatorios locales y probable apendicolito en el orificio apendicular (flecha verde).**

### **Bibliografía:**

1. Adrián Morales-Cárdenas, César Felipe Ploneda-Valencia, Victor Hugo Sainz-Escárrega, Alvaro Cuauhtemoc Hernández-Campos, Eliseo Navarro-Muñiz, Carlos René López-Lizarraga, and Carlos Alfredo Bautista-López

Amyand hernia: Case report and review of the literature

Ann Med Surg (Lond). 2015 Jun; 4(2): 113–115.

2. Leire Agirre Etxabe, Mikel Prieto Calvoa, Ander García Etxebarríab, José María García González, Aingeru Sarriugarte Lasarte, Alberto Colina Alonso

Hernia de Amyand (tipo 2 de Losanoff) diagnosticada preoperatoriamente y tratada mediante hernioplastia con malla biológica

Rev Hispanoam Hernia Vol 2, Issue 4, October–December 2014: 169–172

3. Bendeck S, Nino-Murcia M, Berry G, Jeffrey B.

Imaging for suspected appendicitis: Negative appendectomy and perforation rates.

Radiology 2002; 225: 131-136.



4. Martín Nicola S., Guillermo Mora M., Rodney Stock L., Rodrigo Vallejos C., Matías Robles M., Carolina Tapia Z., Héctor Cid B., Gonzalo Guastavino B.

Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura.

Rev Chil Cir v.59 n.2 Abril 2007: 142-144

5. J. L. del Cura, s. Pedraza, A. Gayete

Patología del peritoneo, del mesenterio y de la pared abdominal.

Radiología Esencial. Ed. Médica Panamericana Tomo I. Pág 602-604

<b>Caso</b>	(686) Apendicitis epiploica: un diagnóstico que puede evitar intervenciones innecesarias
<b>Autores</b>	Lucía Hernández Sánchez Ana Moreno Pastor, Amalia García Chiclano, Irene Vicente Zapata, Marta Tovar Pérez, Carmen Botía González
<b>Centro</b>	Morales Meseguer

**Presentación:**

Mujer de 59 años con dolor abdominal de 6 días de evolución y sensación distérmica. Diagnosticada de EIP leve en otro centro. Sin alteraciones analíticas. Se realiza ecografía abdominal observándose un aumento de la ecogenicidad de la grasa en FID con efecto de masa sobre la cúpula vesical, sin poder visualizar el apéndice cecal ni el ovario derecho. Se completa el estudio con TC abdominopélvico con contraste i.v. identificándose una lesión ovalada de densidad grasa, de 1,5 x 4,5 x 5,5 cm de diámetro (AP x T x L), en íntimo contacto con el borde antimesentérico del sigma medio y con un vaso trombosado en su interior. Tumefacción de la grasa adyacente.

**Discusión:**

Diagnóstico final: Apendicitis epiploica aguda del sigma medio. La paciente recibió tratamiento conservador y seguimiento ambulatorio.

Los apéndices epiploicos son pequeñas prolongaciones peritoneales localizados en la superficie serosa del colon.

La apendicitis epiploica es una patología benigna, autolimitada, causada por la torsión o el compromiso vascular de estos apéndices. Cursa con dolor abdominal bajo, pudiendo simular otras patologías (apendicitis, diverticulitis, EIP...). Posibles factores de riesgo son la obesidad y el ejercicio físico extenuante. Su tratamiento es conservador y su manejo ambulatorio.

Los hallazgos ecográficos, coincidiendo con el punto de máximo dolor, son: masa sólida, no compresible, ovoidea, hiperecogénica y con un halo hipocogénico. En la TC aparece como una lesión de densidad grasa, adyacente al colon, rodeada de un halo hiperdenso (peritoneo inflamado) y cambios inflamatorios. Es frecuente la existencia de un área central hiperdensa (vaso trombosado), aunque su ausencia no excluye el diagnóstico. La localización más frecuente es el colon sigmoide.

**Conclusión:**

La apendicitis epiploica aguda es una entidad a tener en cuenta ante un dolor abdominal agudo. Su tratamiento es conservador y, por tanto, su correcto diagnóstico puede evitar hospitalizaciones, tratamiento antibiótico y cirugía innecesaria.



**TC abdominopélvico con contraste i.v.: Lesión ovalada de densidad grasa (flechas negras) con vaso trombosado en su interior (flecha blanca) y estriación de la grasa adyacente, en contacto con el sigma medio (punta de flecha) compatible con apendicitis epiploica**

### Bibliografía:

- Lorente C, Hearne CB, Taboada J. Recurrent epiploic appendagitis mimicking appendicitis and cholecystitis. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2017;30(1):44–46.
- Eberhardt SC, Strickland CD, Epstein KN. Radiology of epiploic appendages?: acute and imaging natural history. Abdominal Radiology. Springer US; 2016; Available from: "<http://dx.doi.org/10.1007/s00261-016-0757-0>
- Kessler SE, Martin G. Epiploic Appendagitis?: A Benign Process at Risk of Unnecessary Hospitalization and Interventions. Journal of General Internal Medicine; 2016;2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3955-0>
- Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT Appearance of Acute. AJR. 2004;183:1303–1307.
- Miguel A, Ripollés T, Jesús M, Virgilio M, Alfonso M. Apendicitis epiploica e infarto omental. Hallazgos en ecografía y tomografía computarizada. Radiología. 2001; 43(8):395-401.
- Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Appendagitis and Its Mimics. RadioGraphics 2005; 25:1521–1534.

<b>Caso</b>	(687) Infarto esplénico necrosado como causa de neumoperitoneo
<b>Autores</b>	Manuel Delgado Márquez Juliana Rodríguez Arango, César Canales Pimentel
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Getafe

### Presentación:

Mujer de 82 años con antecedentes de HTA, DM tipo II, dislipemia, obesidad, hepatopatía crónica e insuficiencia renal crónica estadio IV que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución y fiebre. En la analítica destaca una LDH de 303 (límite 246) y elevación de PCR (150, valor normal <6). Se realiza Rx de abdomen donde se observa aire en localización ectópica en hipocondrio izquierdo, con morfología en semiluna, así como un patrón en migas de pan superpuesto a la teórica localización del bazo. Ante los hallazgos se realiza TAC abdominal sin administrar contraste iv donde se observa abundante cantidad de aire en el parénquima esplénico, de morfología triangular, con base periférica, que podría corresponder a una lesión isquémica necrosada, con aparente ruptura esplénica y paso de aire a localización subcapsular, con burbujas de neumoperitoneo asociadas y pequeña cantidad de líquido libre. Se realiza laparotomía exploradora, observándose un absceso esplénico perforado con peritonitis aguada purulenta difusa, tratándose con esplenectomía. En el informe de Anatomía Patológica se concluye infarto esplénico con necrosis tisular con periesplenitis asociada con una solución de continuidad de la cápsula esplénica. A los 20 días la paciente es dada de alta tras resolución del cuadro agudo. Se realiza control con TAC abdominal al mes y los 6 meses, donde se aprecian los cambios postquirúrgicos sin evidencia de complicaciones.

### Discusión:

La incidencia de infarto esplénico en la población general es baja, siendo más frecuente en pacientes con enfermedades hematológicas infiltrativas y procesos tromboembólicos. La mayoría de pacientes se presentan con dolor en piso abdominal superior, pudiendo desarrollar abscesos e incluso sepsis. Si existe rotura capsular puede existir una hemorragia (hemoperitoneo), siendo extremadamente raro la presencia de necrosis tisular con posterior ruptura y presencia de neumoperitoneo.

### Conclusión:

Muy pocas publicaciones documentan la presencia de neumoperitoneo secundario a un infarto esplénico en ausencia de un absceso en la cavidad abdominal.

En el caso ilustrado, la presencia de gas en el hipocondrio izquierdo, con morfología en semiluna, con márgenes bien definidos en la Rx simple, hizo pensar la presencia de algún tipo de complicación a nivel esplénico. Al realizarse el TAC, ante la morfología triangular con base periférica en la cual se disponía el aire, se pensó en un proceso isquémico evolucionado que hubiera favorecido la necrosis del parénquima, hallazgo que se confirmó en el análisis histológico de la pieza de esplenectomía.



***Rx simple donde se identifica aire con morfología en semiluna, aparentemente rodeando al bazo, en localización extraluminal así como patrón en miga de pan superpuesto al parénquima esplénico. En el TAC sin contraste, plano axial, se aprecia disposición del aire con morfología triangular, sugerente de lesión isquémica, con necrosis, con ruptura del bazo y paso del mismo a cavidad abdominal.***

### **Bibliografía:**

1. Nores M, Phillips EH, Morgenstern L, Hiatt JR. The clinical spectrum of splenic infarction. *Am Surg* 1998 Feb;64(2):182-8.
2. Okeef Jr JH, Holmes Jr DR, Schaff HV, Sheedy 2nd PF, Edwards WD. Thromboembolic splenic infarction. *Mayo Clin proc* 1986 Dec;61(12):967-72.
3. Ting W, Silveerman NA, Arzouman DA, Levitsky S. Splenic septic emboli in endocarditis. *Circulation* 1990 Nov; 82(5 Suppl):IV105-9
4. Ishigami K, decker GT, Bolton-Smith JA, Samuel I, Wilson SR, Brown BP. Ruptured splenic abscess: a cause of pneumopritoneum i a patient with AIDS. *Emerg Radiol* 2003 Dec;10(3):163-5. Epub 2003 Aug23.
5. Chang KC, Chuah SK, Changchien cS, et al. Clinical characteristics and prognostic factors of splenic abscess: a review of 67 cases in a single medical center of Taiwan. *World J Gastroenterol* 2006;12:460-4.

6. W.J.F. Green, S.A.H Andrabi, M.C, De Nunzio, K. Lingam. The bubbling spleen. A cause of pneumoperitoneum. The surgeon, Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland. The Surgeon 9 (2011):112-114.

7. Lee WS Choi ST, Kim KK. Splenic abscess: a single institution study and review of the literature. Yonsei Med J. 2001;52:288-92

<b>Caso</b>	(688) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO ENDOLUMINAL
<b>Autores</b>	Carlos Borrega Harinero Silvana María Fernández Lara, Eva María García Gámez, Macarena García Marín, Victoria De Lara Bendahan, Pablo Francisco Navarro Vergara
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Puerto Real

### **Presentación:**

Datos clínicos: Varón de 78 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar intenso dolor abdominal en mesogastrio de cuatro días de evolución, con vómitos biliosos y estreñimiento. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía. Descripción de los hallazgos: Se realiza TC de abdomen urgente con contraste intravenoso en fase venosa, en el que se aprecia una leve dilatación de asas de íleon con un segmento de íleon terminal que presenta marcado engrosamiento difuso de su pared. Coincidiendo con la zona de mayor engrosamiento, se aprecia una imagen endoluminal de alta densidad y morfología en semiluna. Se acompaña de discretos cambios inflamatorios en la grasa adyacente y pequeña cantidad de líquido libre en gotiera paracólica derecha. Se informó como cuadro suboclusivo de asas de intestino delgado secundario a edema de pared de íleon terminal con cuerpo extraño endoluminal.

### **Discusión:**

Diagnóstico:

Cirugía: Laparotomía exploradora urgente en la que se evidencia un plastrón inflamatorio a nivel de íleon terminal, por lo que decide realizar resección ileocecal con anastomosis ileocólica.

Biopsia: Pieza intestinal con cuerpo extraño (concha de almeja, no fragmentada, de 2 x 1,5 cm) y con alteraciones histológicas en íleon terminal altamente sugestivas de enfermedad inflamatoria tipo enfermedad de Crohn.

Reflexión docente:

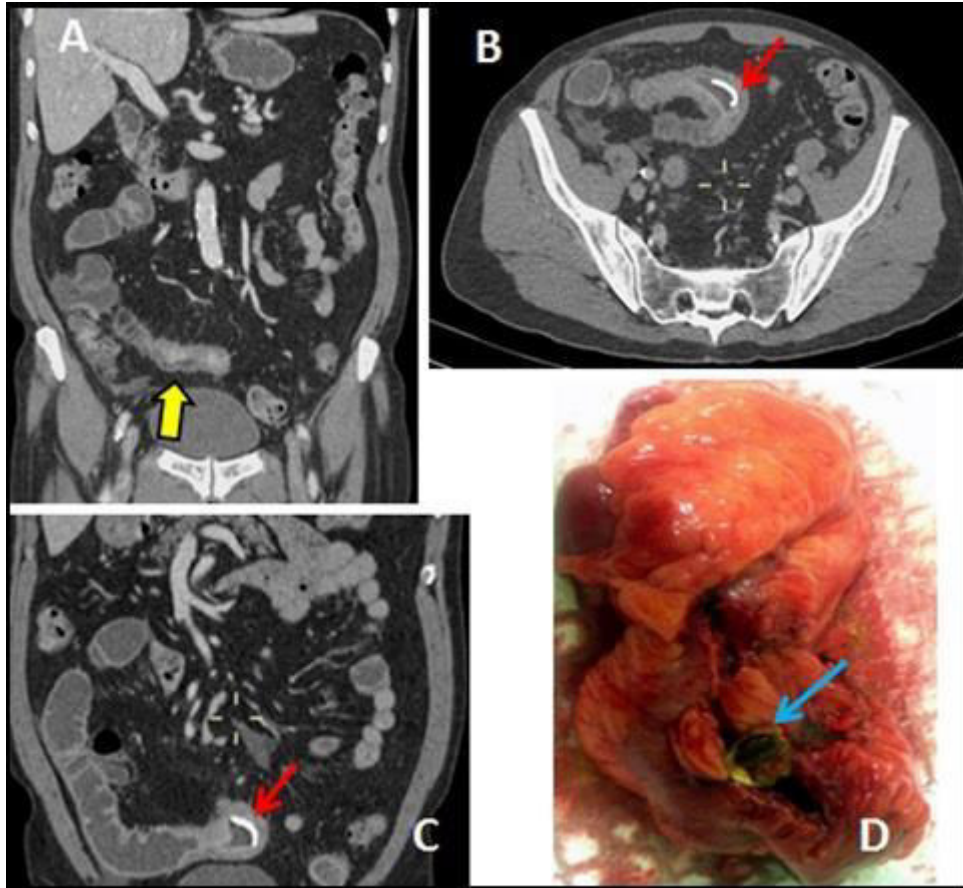
La obstrucción intestinal es una entidad clínica relativamente frecuente que afecta hasta el 20% de los pacientes con abdomen agudo. La TC es la técnica de elección para el estudio de la localización, causa y posibles complicaciones.

La obstrucción intestinal por cuerpos extraños es rara, siendo el intestino delgado el lugar menos frecuente (3%). La ingestión accidental es más frecuente y suele verse fundamentalmente en niños y ancianos.

La mayoría de cuerpos extraños pasan sin problemas por el tracto gastrointestinal, pero algunos pueden detenerse en alguna parte del mismo debido a angulaciones fisiológicas. No obstante, en edades avanzadas se debe sospechar una estenosis debida a una patología subyacente, principalmente de etiología inflamatoria o neoplásica.

**Conclusión:**

En los casos de obstrucción intestinal por cuerpo extraño en la edad adulta debemos sospechar una patología de base (principalmente inflamatoria o neoplásica) que justifique una estenosis en la luz intestinal y, de forma secundaria, la impactación del cuerpo extraño.



*A, B, C: Imágenes de TC de abdomen con contraste iv. A) Corte coronal donde se aprecia un segmento de íleon terminal de aproximadamente 10 cm de longitud (flecha amarilla) con marcado engrosamiento difuso de su pared. B, C) Cortes axial y coronal, respectivamente, donde se aprecia cuerpo extraño endoluminal de morfología semilunar (flechas rojas). D) Pieza quirúrgica donde podemos comprobar que el cuerpo extraño se corresponde con una concha de almeja impactada en la luz intestinal (flecha azul).*

**Bibliografía:**

- Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. SERAM. Editorial Panamericana. 2011.
- Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small bowel obstruction: What to look for. RadioGraphics 2009; 29:423-439.
- Gabriela Gayer, MD, Ivan Petrovitch, MD, and R. Brooke Jeffrey, MD. Foreign Objects Encountered in the Abdominal Cavity at CT. RadioGraphics 2011; 31:409-428.



- René Francisco Candia-de la Rosa, Raúl Candia-García, Mary Carmen Pérez-Martínez. Obstrucción intestinal por cuerpo extraño en paciente con adenocarcinoma de colon. Informe de un caso. Cir Ciruj. 2010; 78:87-91.

<b>Caso</b>	(691) Torsión de fibroma ovárico.
<b>Autores</b>	Alexandre Soler Perromat Carlos Nicolau Molina
<b>Centro</b>	Clínic de Barcelona

### **Presentación:**

Mujer de 31 años, puérpera, que acude por dolor hipogástrico y sangrado vaginal. No presenta otros antecedentes de interés. A la exploración física muestra dolor abdominal hipogástrico con defensa. Al tacto vaginal se palpa en Douglas una tumoración dolorosa. En la ecografía transvaginal se observa un ovario derecho aumentado de tamaño, con una masa anexial dependiente del mismo. Fig. A. En la TC abdominal esta lesión muestra áreas hemorrágicas. Hay líquido libre adyacente y realce peritoneal. Fig. B y D. Se realizó una RM pélvica al día siguiente. Se observa una masa heterogénea dependiente del ovario derecho, de predominio hipointensa en T2 y centro hiperintenso, con múltiples pequeñas imágenes quísticas periféricas. Fig. C.

### **Discusión:**

Las características por RM sugieren una lesión ovárica complicada, pudiendo tratarse de un fibroma ovárico complicado o bien de un endometrioma con decidualización.

Se realizó anexectomía derecha, con resultado anatomopatológico de tumor ovárico mesenquimal fibroso benigno con cambios congestivos y hemorrágicos.

Los fibromas son los tumores sólidos benignos más frecuentes del ovario. Pueden torsionarse causando dolor abdominal, siendo difíciles de diagnosticar preoperatoriamente.

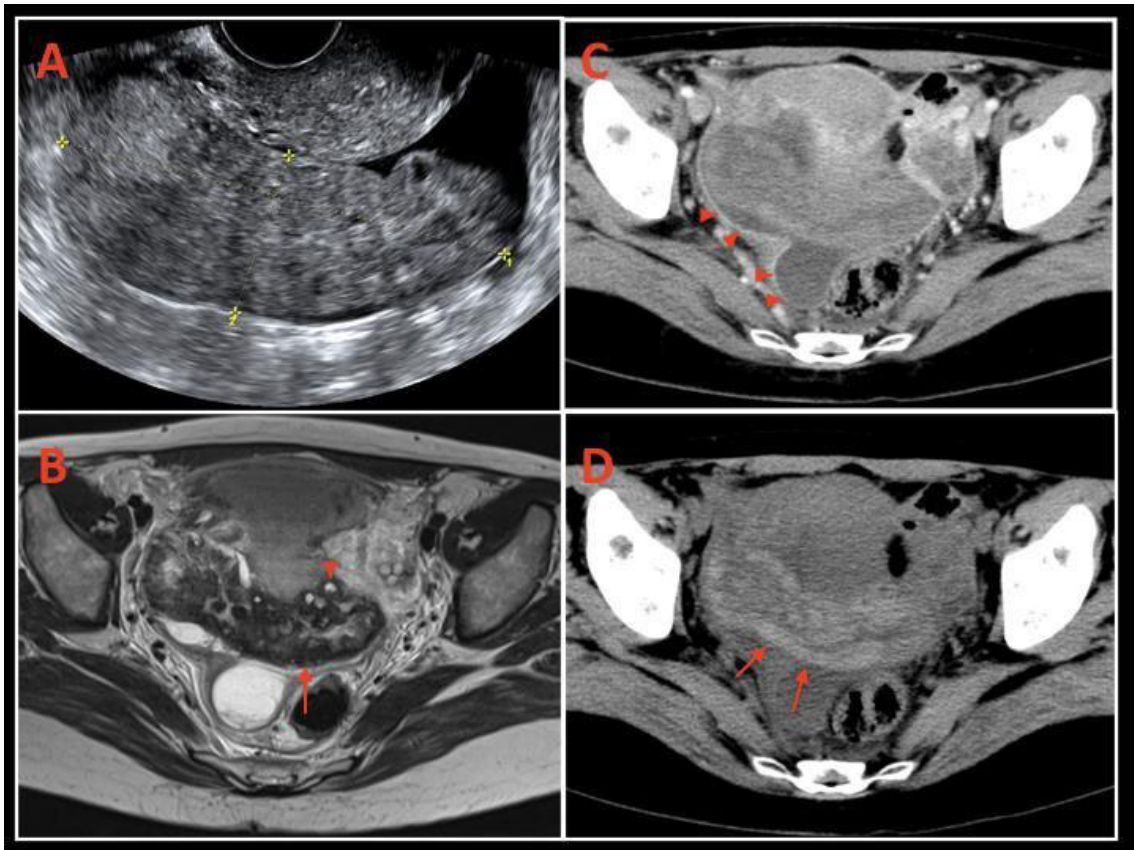
La prueba de elección para su caracterización es la RM, en la que veremos un ovario aumentado de tamaño con folículos desplazados periféricamente, siendo difícil diferenciarlo de la tumoración, que presenta también áreas quísticas frecuentemente.

Se identificarán áreas hipointensas en T1 y T2 en relación a tejido fibroso. Debido a la torsión pueden presentar focos hemorrágicos y/o necróticos.

El tratamiento de elección es la anexectomía unilateral.

### **Conclusión:**

La torsión es una complicación poco frecuente de los fibromas ováricos. El diagnóstico preoperatorio es difícil, siendo la RM la prueba más adecuada para su detección. El tratamiento de elección es la anexectomía unilateral.



**Figura A:** Ecografía transvaginal. Masa dependiente del ovario derecho. **Figura B:** RM pélvica. Periferia de la lesión hipointensa en T2 (flecha) con áreas quísticas (punta de flecha). **Figuras C y D:** TC abdominal basal y en fase portal. Masa heterogénea hiperdensa basalmente por hemorragia (flechas), con líquido libre adyacente y realce peritoneal (puntas de flecha).

### Bibliografía:

Duigenan, S., Oliva, E., & Lee, S. I. (2012). Ovarian torsion: diagnostic features on CT and MRI with pathologic correlation. *American Journal of Roentgenology*, 198(2), W122-W131.

Boujoual, M., Hakimi, I., Kouach, J., Oukabli, M., Moussaoui, D. R., & Dehayni, M. (2015). Large twisted ovarian fibroma in menopausal women: a case report. *The Pan African Medical Journal*, 20, 322. <http://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.322.5998>

<b>Caso</b>	(692) Obstrucción intestinal con sorpresa
<b>Autores</b>	Lara Martínez González Marta María Valle Franco, María José Fernández Bermúdez, Juan Ignacio López Fernández, Francisco Damián Salamanca, Luis Carlos Martínez Blanco
<b>Centro</b>	Complejo Asistencial Universitario Leon

**Presentación:**

Mujer, sin antecedentes quirúrgicos, acude a urgencias por dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento de 48 horas de evolución. En la radiografía de abdomen existe importante dilatación de asas de delgado y ausencia de gas distal, por lo que es valorada por cirugía general que solicitan TC abdominal ante la sospecha de cuadro oclusivo. TC Abdomen con civ: Gran dilatación de asas yeyunales, duodeno y cámara gástrica, con transición abrupta de calibre coincidiendo con hernia obturatriz derecha, distal a la cual, las asas recuperan su calibre normal. No se identifica neumoperitoneo.

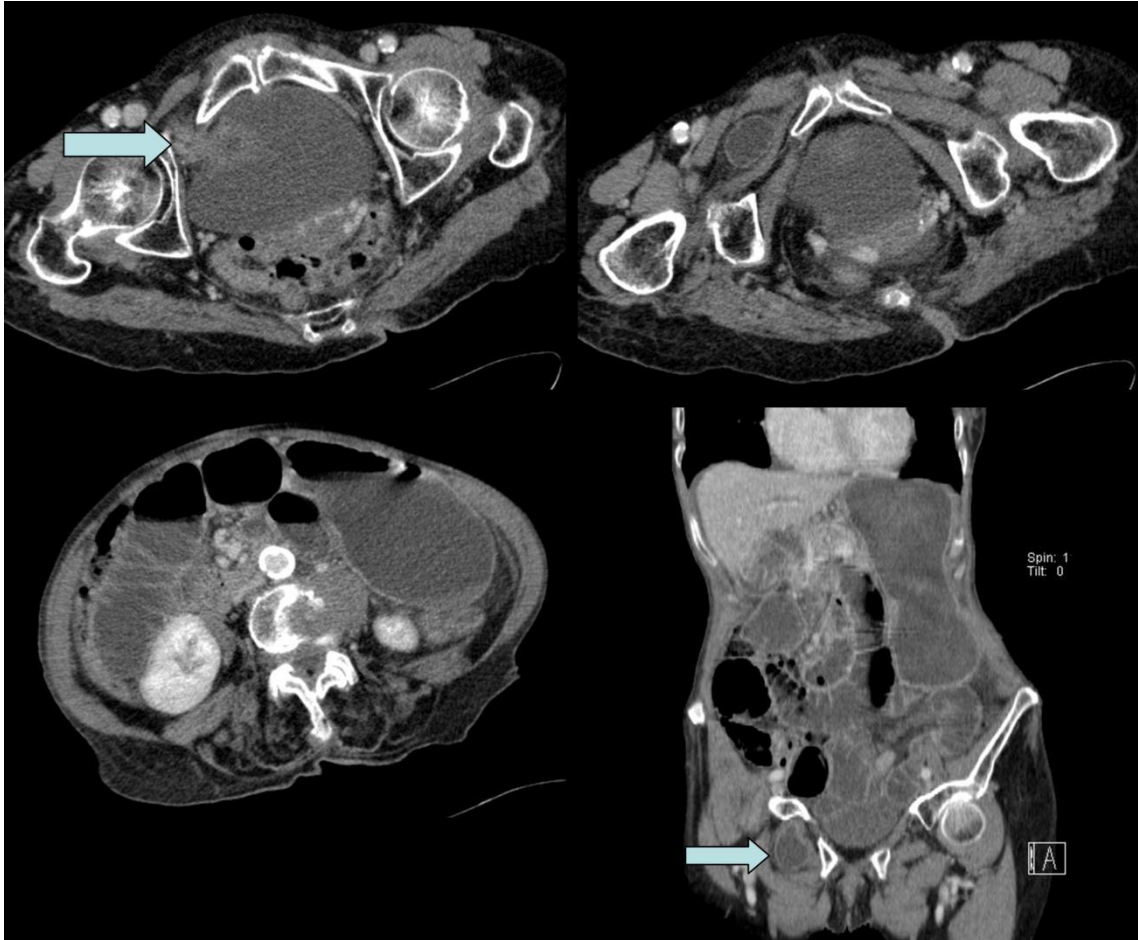
**Discusión:**

Hernia obturatriz derecha y oclusión intestinal secundaria.

La hernia obturatriz se produce a través del canal obturador, localizándose entre el músculo pectíneo y obturador externo. Es una entidad muy infrecuente (<1%) y típica en mujeres de edad avanzada y en ocasiones multíparas, por mayor debilidad del suelo pélvico. Tienen alto riesgo de estrangulación. El manejo quirúrgico es clave y suele realizarse en el mismo momento del diagnóstico. Ante clínica de obstrucción intestinal en un paciente sin antecedentes quirúrgicos, las etiologías más probables se reducen a la existencia de hernias complicadas o a patología neoplásica que produzca estenosis de la luz. En nuestra paciente el diagnóstico es claro al realizar la TC donde se identifica una hernia entre los músculos pectíneo y obturador externo.

**Conclusión:**

Es importante que sepamos reconocer las diferentes causas de obstrucción intestinal y realizar un correcto diagnóstico radiográfico en el momento agudo debido a las implicaciones terapéuticas de las diferentes patologías que la producen. Las hernias obturatrizes por su escasa frecuencia, resultan una entidad muy llamativa en la urgencia.



*Las imágenes superiores, son dos cortes axiales de TC abdominal con civ, donde se identifica la hernia obturatriz derecha alojada entre los músculos pectíneo y obturador externo. La inferior izquierda se observa la importante dilatación de asas de delgado. La inferior derecha es un corte coronal del mismo estudio donde podemos identificar la hernia obturatriz.*

### **Bibliografía:**

“Patologías frecuentes de la pared abdominal en TC”. L. Martín Martínez, I. C. Duran Palacios, L. E. Dinu, E. Garcés Redolat, G. Del Caño Mendez, C. López García; Soria/ES DOI: 10.1594/seram2014/S-1054.

<b>Caso</b>	(693) Rotura de AAA: una urgencia vital.
<b>Autores</b>	Xiomara Plasencia Cruz Melanie Moana Sánchez, Glenis Nieves Perdomo, María Beatriz Sánchez De Lorenzo-cáceres, Sara María Acosta González, María Adela Rodríguez Fuentes.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Canarias.

### **Presentación:**

Varón de 81 años remitido a Urgencias tras sufrir síncope de corta duración. FA anticoagulada, HTA, EPOC, tabaquismo. Presenta dolor abdominal difuso con abdomen globuloso, poco depresible, y se objetiva hematoquecia, acidosis láctica e hipotensión severa. Sospecha de isquemia mesentérica. ?TC abdomen y pelvis con contraste iv. en fase arterial y portal: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 6.5 x 6.4 cm de diámetros máximos con solución de continuidad de pared posterolateral derecha, estriación de la grasa periaórtica, hematoma retroperitoneal extenso derecho y extravasación del contraste. Pérdida focal de planos entre la aorta y la luz de la vena cava inferior con opacificación similar de ésta a la de la aorta durante la fase arterial.

### **Discusión:**

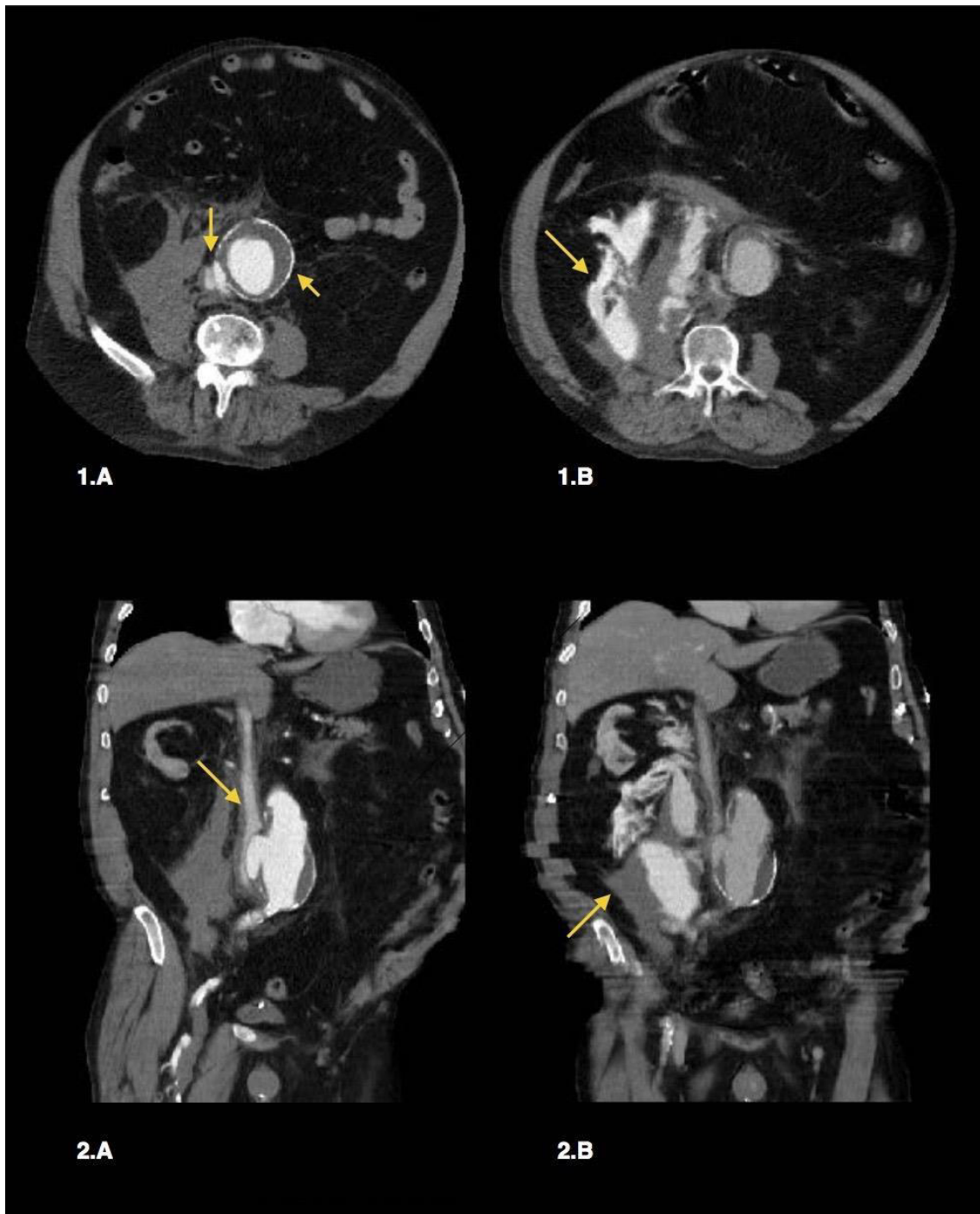
Se denomina AAA a la dilatación de ésta mayor o igual a 3 cm de diámetro por afectación de las tres capas de su pared, con riesgo de rotura proporcional al aumento del tamaño. Pueden ser asintomáticos o sintomáticos, con síntomas compresivos o sugestivos de rotura, requiriendo en este caso atención urgente.

Los signos tomográficos de ruptura son un aneurisma asociado a hematoma retroperitoneal, en raíz del mesenterio o musculatura del psoas, con o sin extravasación del contraste.

La FAC es un fenómeno infrecuente de extrema gravedad. El hallazgo radiológico de realce de la VCI de similar intensidad que la aorta abdominal es un signo específico, aunque indirecto, de FAC, y la visualización directa de comunicación entre el AAA y la VCI es diagnóstica.

### **Conclusión:**

La rotura de AAA es una urgencia vital y las posibilidades de disminuir la morbi-mortalidad están directamente relacionadas con la adecuada interpretación de los distintos hallazgos y signos en TC.



**Fig.1:** TC de abdomen y pelvis con contraste iv. Plano axial. A: Fase arterial. B: Fase portal. **Fig.2:** Plano coronal. A: Fase arterial. B: Fase portal.

### **Bibliografía:**

- Remedios Alpera et al. Fístula aortocava: complicación infrecuente tras rotura de aneurisma de aorta abdominal. Radiología 2002; 44(4):167-169.
- C. Pérez Vega-Leal et al. Rotura de aneurisma de aorta abdominal: espectro de los hallazgos en TC. SERAM 2012. S-0921.

<b>Caso</b>	(694) UTILIDAD DE LA RADIOLOGIA CONVENCIONAL
<b>Autores</b>	Juan Lloret Del Hoyo Marina Bertólez Cue; Luis Moreno Domínguez; Ana Vidal González; María Duque Muñoz; Ana María Mañas Hernández
<b>Centro</b>	Hospital Clínico San Carlos

**Presentación:**

Paciente de 93 años que presenta dolor abdominal, náuseas y vómitos en escopetazo que no ceden con el tratamiento médico. Leucocitosis leve y discreta elevación de la PCR elevada.

**Discusión:**

## DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS

Rx de TX: infiltrados en base pulmonar sospechosos de aspiración.

RX abdomen AP en decúbito supino: Distensión gástrica con herniación de bulbo duodenal hacia la base pulmonar derecha. Prótesis de cadera derecha.

TC toraco-abdomino-pélvico con CIV en fase portal: Hernia de Morgagni que contiene antro gástrico y bulbo duodenal así como ángulo hepático del colon, ya descrito en RX de abdomen. No hay signos de isquemia del tracto gastrointestinal.

## DIAGNÓSTICO

Hernia de Morgagni con contenido gastroduodenal y ángulo hepático del colon sin signos de complicación.

## REFLEXIÓN DOCENTE

La radiografía simple de abdomen proporcionaba suficiente información diagnóstica. Tras la insistencia del departamento clínico con el fin de descartar complicación se realiza TC toracoabdominopélvico con CIV en fase portal donde se objetivan los mismos hallazgos descritos en la radiografía simple. Se trataba de una hernia de Morgagni con contenido gastroduodenal y ángulo hepático del colon sin signos de compromiso vascular ni otras complicaciones.

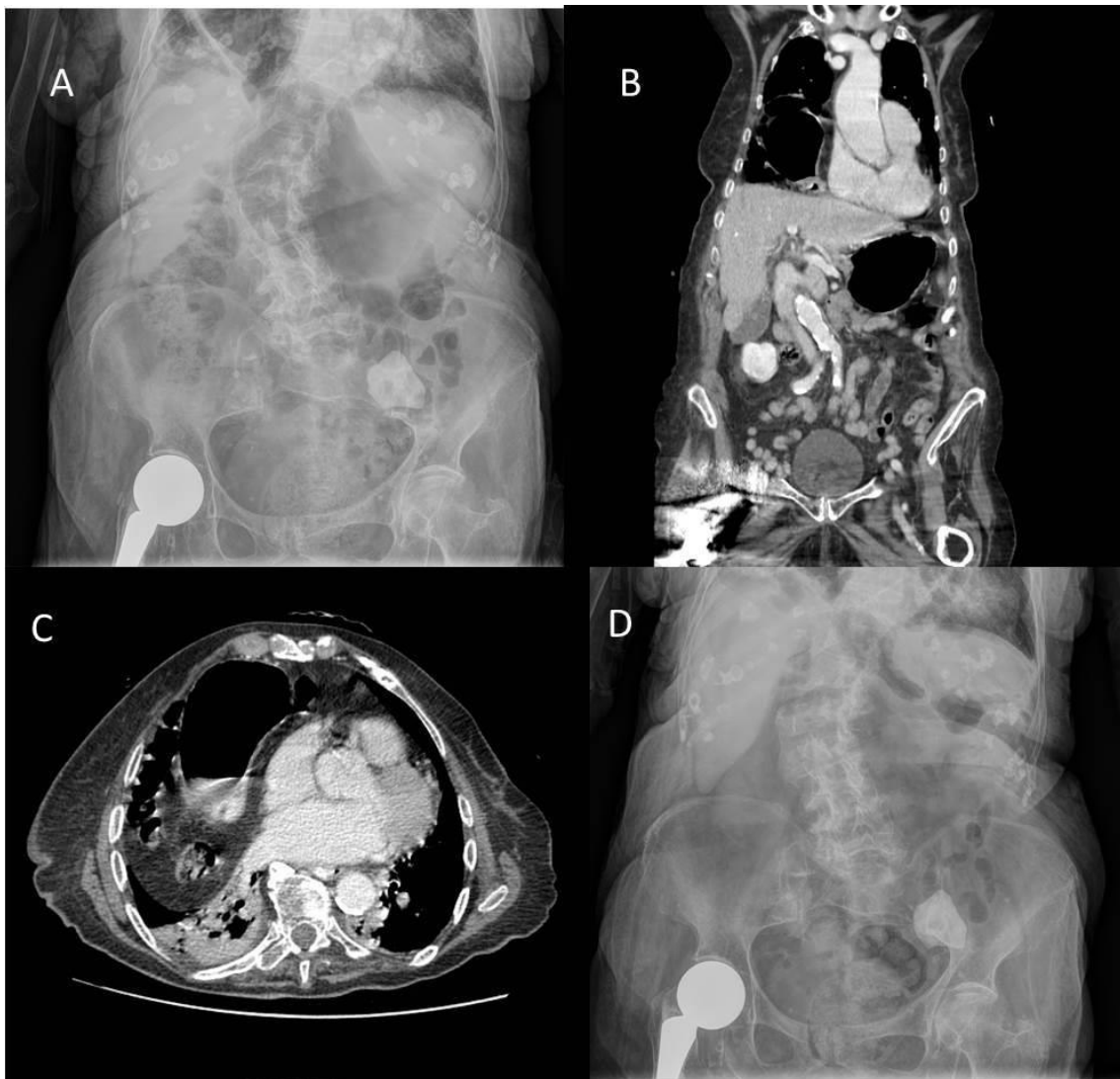
En un control posterior tras la colocación de la sonda nasogástrica se observa disminución de la dilatación gástrica, con persistencia de la hernia.

**Conclusión:**

Cuando no existen signos clínicos ni analíticos de alarma sospechosos de compromiso vascular, la radiografía simple de abdomen y/o la radiografía de tórax anteroposterior y lateral pueden ser diagnósticas sin requerir la realización de más pruebas radiológicas que conllevan además mayor gasto, radiación y riesgo de nefrotóxicidad por el contraste iv.



En este caso, al no haber datos clínicos de alarma y existir ya patología pulmonar que justificaba la analítica, no era necesario realizar un TC de urgencias para evaluar el estado de la hernia.



**A) Rx anteroposterior de abdomen en decúbito supino B) reconstrucción coronal de TC toracoabdominopélvico con contraste intravenoso, imágenes en fase portal. C) corte axial de TC toracoabdominopélvico con contraste intravenoso, imágenes en fase portal. D) Rx de abdomen tras colocación de sonda nasogástrica.**

### **Bibliografía:**

- 1.- Reed; Chest Radiology; 2011.
- 2.- J.L. del Cura, S. Pedraza, A. Gayete. Radiología esencial. Vol I. Reimpresión revisada. Madrid: Médica Panamericana.; 2015.
- 3.- Laura K. Nason et al; Imaging of the Diaphragm: Anatomy and Function; Radiographics marzo-abril 2012.

<b>Caso</b>	(695) IMPORTANCIA DE LA “ANAMNESIS” ECOGRÁFICA
<b>Autores</b>	Ana Vidal González Ana María Mañas Hernández, Juan Lloret Del Hoyo, Luis Moreno Domínguez, Elena Cebada Chaparro, María Duque Muñoz
<b>Centro</b>	Hospital Clínico San Carlos

**Presentación:**

Mujer de 24 años que acude a urgencias por náuseas y dolor abdominal de dos días de evolución, principalmente en hipocondrio derecho. Murphy positivo. Analíticamente presenta leve leucocitosis, elevación de LDH y transaminasas. Se solicita ecografía abdominal por sospecha de patología hepato-biliar versus vascular. En el estudio ecográfico abdomino-pélvico únicamente llama la atención el desarrollo y ecogenicidad de los músculos rectos anteriores de hasta dos cm de espesor para la constitución no atlética de la paciente. Al interrogarla acerca de la práctica de ejercicio físico refiere escasa actividad, tras insistir confirma haber acudido a rehabilitación por lesión muscular, realizando ejercicios abdominales intensos.

**Discusión:**

Tras la anamnesis dirigida por radiólogo se plantea el diagnóstico alternativo de rabdomiolisis, solicitando completar analítica con niveles de enzima creatinquinasa (CPK), que resultaron 24.874U/L, confirmando diagnóstico.

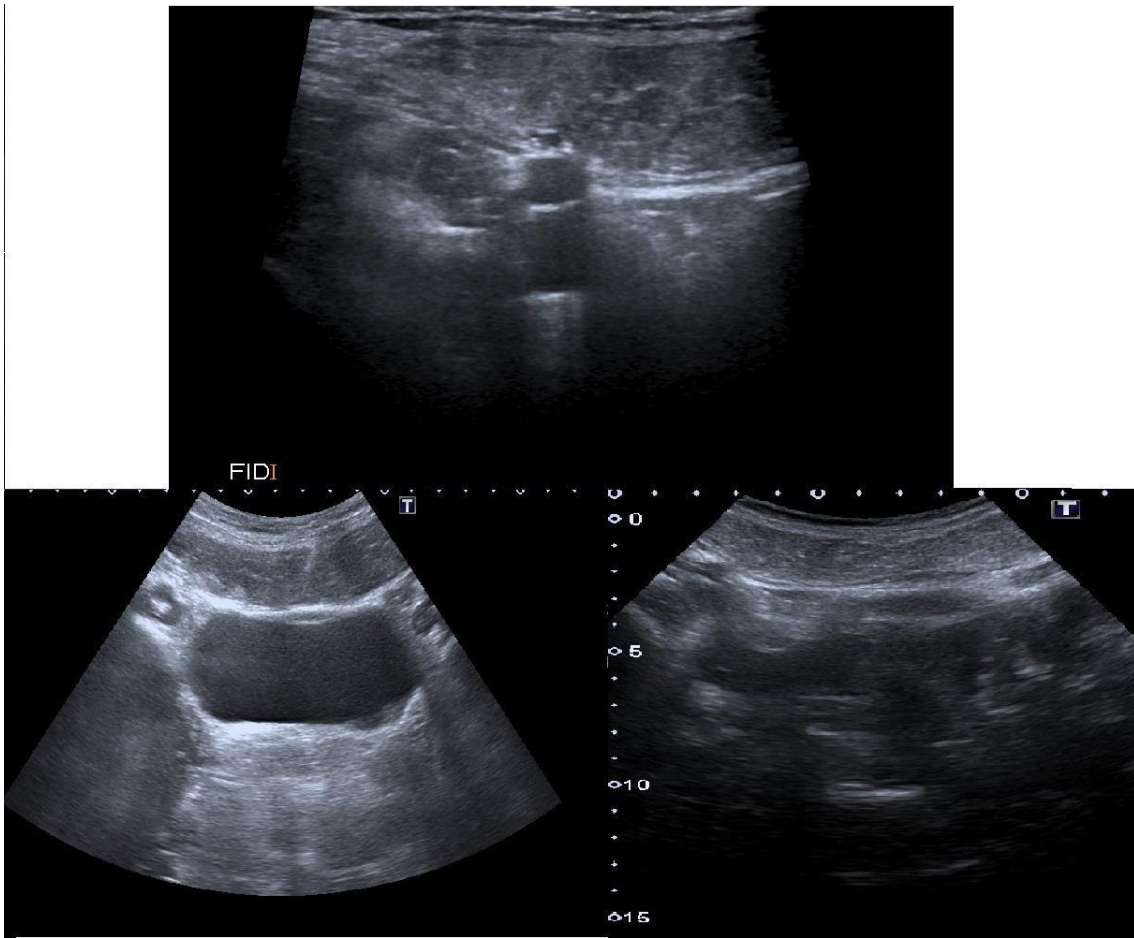
Tras permanecer en observación 24 horas con analgesia, hidratación, control de función renal y niveles de CPK, se decide alta con control analítico persistiendo el descenso de CPK hasta normalización.

La rabdomiolisis consiste en rotura de fibras musculoesqueletales con liberación de componentes intracelulares. Algunas causas son fármacos, heparina intravenosa, quemaduras, tóxicos, enfermedades autoinmunes o, en nuestro caso, traumatismo muscular repetido por ejercicio intenso. Es característico el ascenso de la CPK, potasio, mioglobina, elevación de transaminasas y LDH simulando clínicamente otras patologías.

Este caso muestra la importancia de una correcta anamnesis inicial para posteriormente, dirigir hacia hallazgos analíticos y/o otras pruebas de imagen.

**Conclusión:**

La ecografía es un método rápido, útil, económico y accesible para el diagnóstico de la patología músculo-tendinosa urgente. Queda patente su importancia como parte de las pruebas radiológicas urgentes ya que además permite al radiólogo una exploración en tiempo real donde localizar punto doloroso, valorar estado clínico del paciente y realizar una anamnesis más dirigida como en nuestro caso permitiendo un diagnóstico certero que quizás no se habría contemplado.



*Imágenes ecográficas de músculos rectos anteriores, donde se observa aumento de la ecogenicidad y espesor de aproximadamente dos centímetros.*

### **Bibliografía:**

1. Radiopaedia.org (Internet) Dr. Yuranga Weerakkody. Skeletal muscle edema on MRI (differential). <https://radiopaedia.org/articles/skeletal-muscle-oedema-on-mri-differential>
2. Ana Gil Martin et al. "Valoración ecográfica de las lesiones músculo-tendinosas traumáticas del adulto en la urgencia". SERAM. 2010. <http://seram2010.seram.es/modules/posters/files/comprimido2.pdf>

<b>Caso</b>	(696) INDICACIONES DE LA TC TORÁCICA URGENTE. DIAGNÓSTICO SORPRESA.
<b>Autores</b>	Ana Vidal González Marina Bertólez Cué, Elena Cebada Chaparro, María Duque Muñoz, Luis Moreno Domínguez, Ana María Mañas Hernández
<b>Centro</b>	Hospital Clínico San Carlos

### **Presentación:**

Varón de 45 años que acude a urgencias por dolor costal derecho, punzante, de intensidad creciente de 10 días de evolución. Presenta antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral, hepatopatía crónica por VHC y esquizofrenia paranoide. La analítica resulta anodina. En la radiografía de tórax se observan tumoraciones bien definidas en hemitórax derecho, sin poder especificar su naturaleza sólida/derrame loculado, ni su ubicación pleural/extrapleural. La posterior aparición de fiebre y escalofríos llevó a realizar una TC torácica urgente, identificándose derrame pleural derecho multiloculado, así como múltiples adenopatías mediastínicas.

### **Discusión:**

La ausencia inicial de clínica aguda llevó a considerar la enfermedad tumoral como primera sospecha diagnóstica, estando indicada la TC torácica programada. Ante la posterior sospecha de complicación se realizó la TC torácica urgente y se ingresó al paciente. El examen microbiológico del líquido pleural purulento obtenido por tubo endotorácico resultó positivo para *Actinomyces meyeri*.

Tras 3-4 semanas de cobertura antibiótica, drenaje torácico y pleurodesis, se consiguió la resolución del cuadro, quedando programado el seguimiento radiológico.

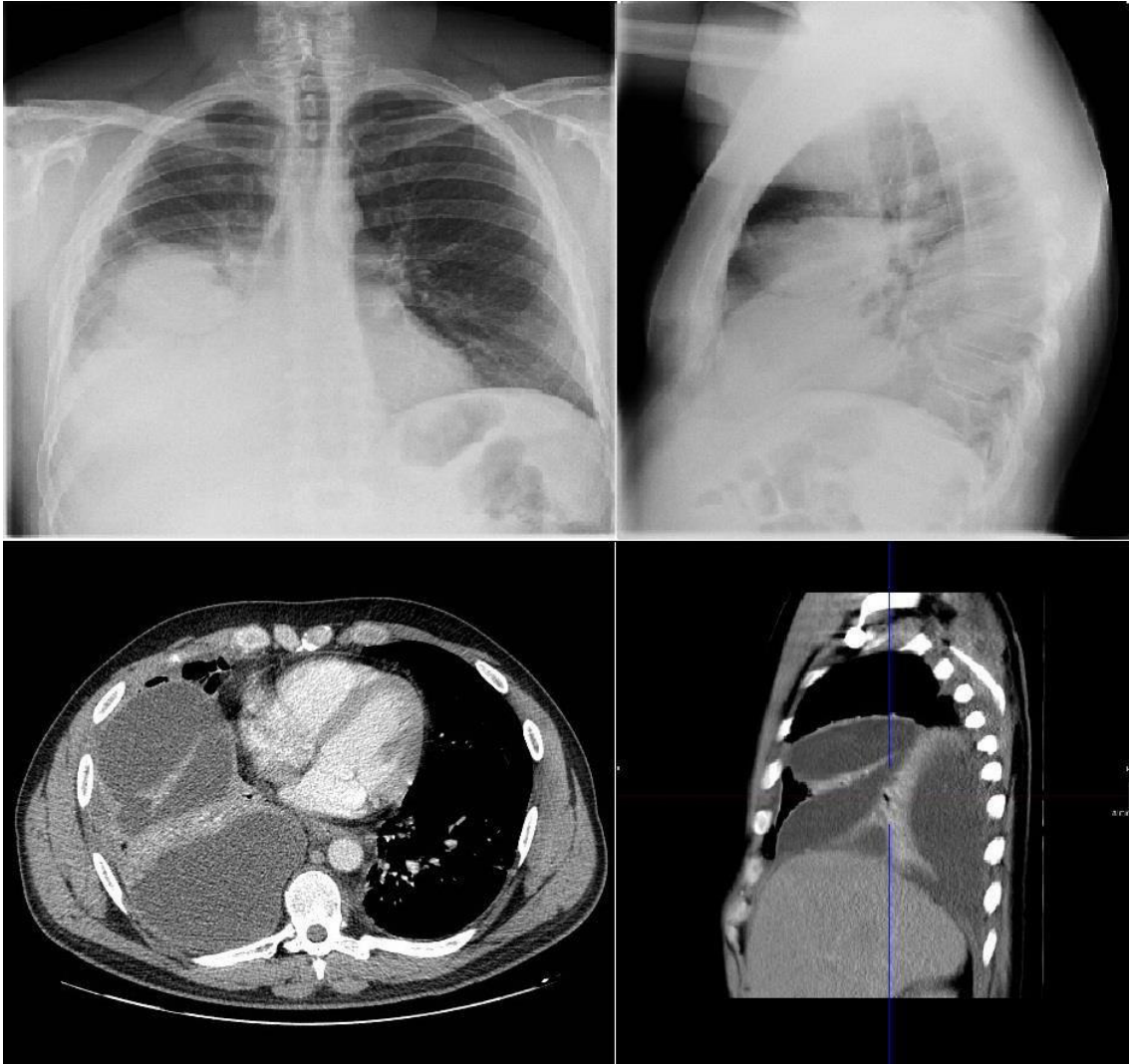
La neumonía por *actinomyces* suele ser de origen aspirativo, con localización periférica en lóbulos inferiores, y tras varios días puede cavitarse y/o aparecer empiema.

La afectación pleural aislada y aparición de adenopatías mediastínicas, como en nuestro caso, son atípicas. Resalta la importancia de la historia clínica y la sintomatología en la indicación de pruebas radiológicas como la TC torácica urgente.

### **Conclusión:**

Las indicaciones más frecuentes de TC de tórax en la urgencia son la sospecha de tromboembolismo pulmonar, síndrome aórtico agudo, traumatismo torácico, derrames loculados para determinar vía de intervencionismo, pacientes inmunodeprimidos y las neumonías complicadas.

Algunas patologías que cursan con radiografía de tórax patológica, como el hemitórax opaco o el neumotórax, requieren completar el estudio con TC torácica programada, así como la sospecha de enfermedad tumoral y la ausencia de clínica aguda.



*Las dos primeras imágenes corresponden a la radiografía de tórax en proyecciones posteroanterior y lateral. Las imágenes inferiores corresponden a un corte axial de TC torácica con contraste intravenoso, imágenes en fase portal y una reconstrucción en sagital de TC.*

### **Bibliografía:**

1.- J.L. del Cura, S. Pedraza, A. Gayete. Radiología esencial. Vol I. Reimpresión revisada. Madrid: Médica Panamericana.; 2015.

2.- MEDYNET.com (Internet). Dres N. Alegre Bayo, J. Algarra Garcia, R. Aguilar Cuevas, J.A. Villalobos Martin, E. Urbaneja Salas y P. Gutierrez Chacon. Exploraciones radiológicas en urgencias. Servicio de Radiología Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria" MALAGA. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/explorad.pdf>

<b>Caso</b>	(697) HALLAZGOS ECOGRÁFICOS Y EN TC DE DIVERTICULITIS DUODENAL PERFORADA EN PACIENTE CON CLÍNICA SUGERENTE DE COLECISTITIS AGUDA
<b>Autores</b>	Laura Díaz Rubia Francisco Javier García Verdejo
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Granada

### **Presentación:**

Se trata de una mujer de 65 años con antecedentes de cólicos biliares que acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos y febrícula de días de evolución. En la exploración destacó dolor a la palpación en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio con Murphy positivo. Se realizó analítica que mostró como aumento de los reactantes de fase aguda. Ante estos datos se sospechó un cuadro de colecistitis aguda por lo que se solicitó una ecografía abdominal en la que se apreció engrosamiento parietal de segunda porción duodenal junto a colección líquida en el espacio duodenopancreático con abundante gas en su interior que sugiere divertículo duodenal perforado. También se observó glándula pancreática aumentada focalmente de tamaño en región cefálica. Se completó estudio con TC abdominal que confirmó el diagnóstico de diverticulitis de segunda porción duodenal perforada con duodenitis y pancreatitis focal cefálica reactivas (ver figura).

### **Discusión:**

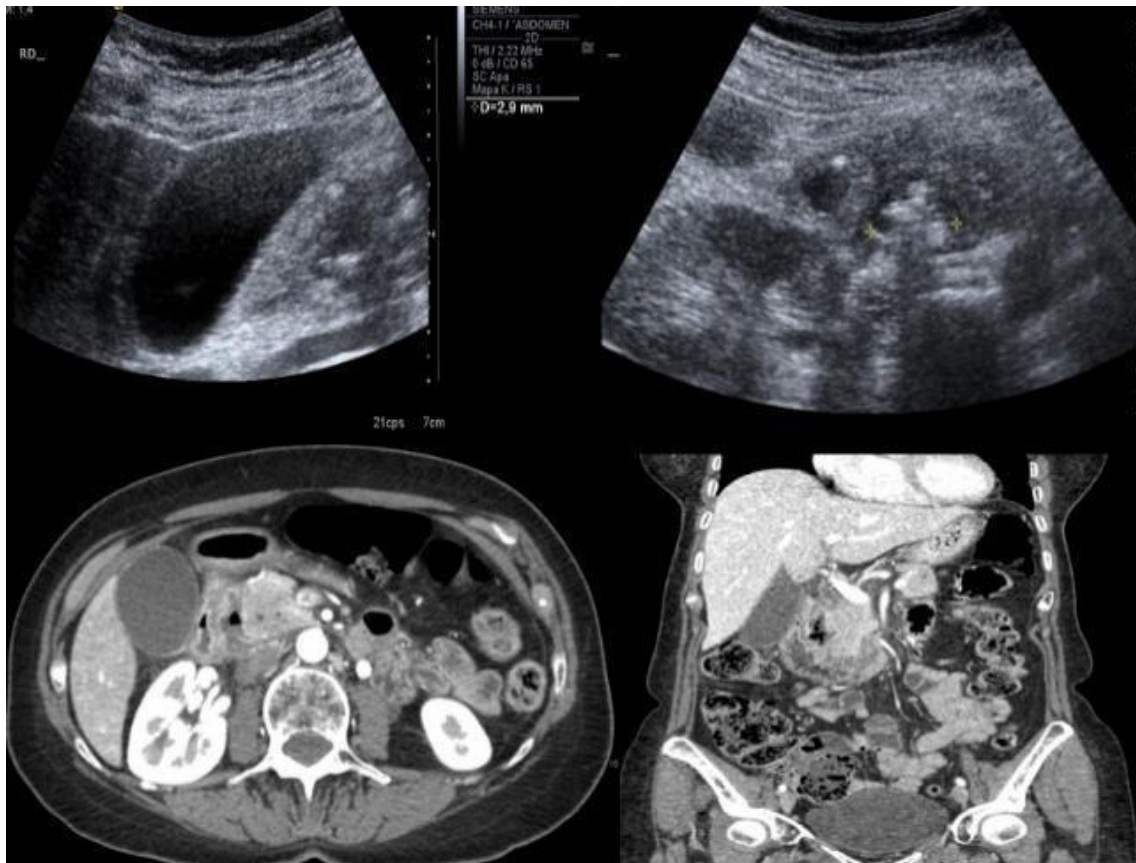
Estamos ante un caso de diverticulitis perforada de segunda porción duodenal con reacción pancreática subyacente que clínicamente sugería una colecistitis aguda.

Los divertículos duodenales son los segundos en frecuencia tras los de colon. En el 75% se localizan en la segunda porción duodenal y su diagnóstico suele ser incidental. En ocasiones se complican con diverticulitis, obstrucción, hemorragia y perforación o simulan otras enfermedades como la colecistitis o colangitis complicando su diagnóstico.

También se han descrito casos de pancreatitis como consecuencia de un aumento de la presión en un divertículo inflamado o por irritación del parénquima pancreático adyacente a un divertículo perforado.

### **Conclusión:**

Los divertículos duodenales, aunque no son infrecuentes, suelen ser de difícil diagnóstico debido a la clínica inespecífica que suele simular otras entidades. Aunque su diagnóstico suele ser incidental, en ocasiones se complican con obstrucción, hemorragia o perforación, por lo que es importante un diagnóstico precoz para poder realizar un tratamiento adecuado.



**Arriba a la izquierda imagen de ecografía que muestra vesícula con grosor parietal normal. Arriba a la derecha, imagen de ecografía donde se aprecia estructura de ecogenicidad heterogénea con sombra posterior en relación con divertículo duodenal perforado. Abajo, imágenes de TC en axial (izquierda) y coronal (derecha) donde se observa colección líquida con aire en su interior en espacio duodenopancreático (divertículo duodenal perforado) junto a engrosamiento de segunda porción duodenal y de cabeza pancreática.**

### **Bibliografía:**

1. Sánchez, Eugenia; Martín, Silvia; García, Javier; Domínguez, Ángel. Diverticulitis duodenal. Hallazgos en la TC. Radiología 2001;43:87-9.
2. Eisenberg R. Divertículos y pseudodivertículos de intestino delgado. En: Eisenberg R eds. Radiología gastrointestinal. 3.a edición. Madrid. Marban. 1997. p. 541-51.

<b>Caso</b>	(698) Politraumatismo
<b>Autores</b>	Pablo Santos Velasco Ana Belén Gil Guerra, Mercedes Susana González Fuente, Mohamed Brahim Salek, Maria Esther Gómez San Martín,
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Presentación:**

Paciente de 65 años sin antecedentes personales. Sufre politraumatismo por lo que se solicita TC toracoabdominopélvico, de cuello y cerebral. GCS 15, Paciente hipotensa y taquicárdica. En el TC cerebral no apreciamos signos de patología aguda. En TC abdominal se observa importante cantidad de líquido libre, sin lograr localizar ningún punto sangrante. En el TC de cuello y tórax evidenciamos un importante hematoma de partes blandas en región anterior derecha, que se continúa hacia mediastino superior. También observamos ausencia de flujo de la arteria vertebral derecha, próxima a su salida de arteria subclavia. Además, apreciamos fractura de cuerpo vertebral de C2. Se realiza laparatomía exploradora hallándose sangrado en polo inferior esplénico.

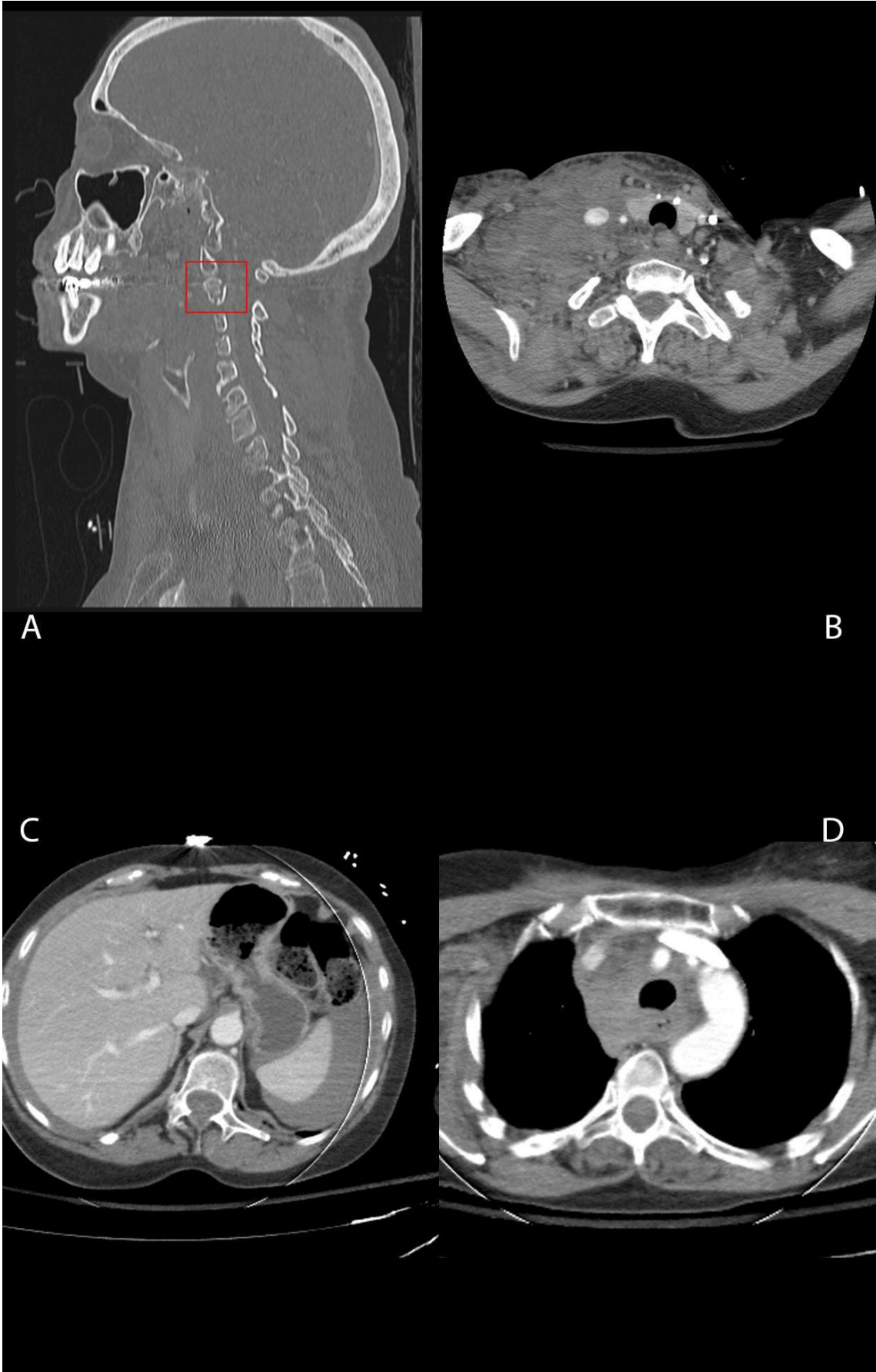
**Discusión:**

En la evaluación del politraumatizado existen focos de interés que debemos valorar. El TC cerebral debe realizarse primero. Después TC cervical, torácico y abdominopélvico. Los focos de interés en concreto son integridad de la columna, tejidos blandos del cuello (valorar posibles lesiones vasculares y penetrantes), presencia de neumotórax/hemotórax o contusiones pulmonares, evaluación de mediastino y aorta, y valorar lesiones abdominales y líquido libre intraabdominal.

**Conclusión:**

En este caso que algunos de ellos se encuentran comprometidos. Además, al no conseguir visualizar radiológicamente el punto sangrante abdominal y precisar laparatomía exploradora, es imprescindible valorar y asegurar la integridad cervical de cara a la intubación





***A: Fractura de cuerpo vertebral de C2 en su vertiente posterior, sin desplazamiento del muro posterior. B: Se observa importante hematoma de partes blandas y ausencia de flujo en arteria vertebral derecha, probablemente debido a espasmo, laceración o disección. C: Abundante líquido libre perihepático y periesplénico. D: Ensanchamiento mediastínico en relación a hemoperitoneo.***

**Bibliografía:**

Munera F, Morales C, Soto JA, García HI, Suárez T, García V, et al. Gunshot wounds of abdomen: evaluation of stable patients with triple-contrast helical CT. Radiology. 2004; 231: 399-405.

<b>Caso</b>	(699) TORSIÓN ANEXIAL COMO CAUSA INFRECLENTE DE ABDOMEN AGUDO.
<b>Autores</b>	Tania Diaz Antonio Rodriguez Molina Ana; Garcia Gallardo Maria Del Mar; Fernandez Gonzalez Margarita; Dominguez Igual Andrea; Ruiz Salas Antonio
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Presentación:**

Mujer de 35 años con dolor abdominal agudo en flanco derecho de 48 horas de evolución y náuseas, sin fiebre ni signos de irritación peritoneal. Se realiza ecografía abdominopélvica en la que se observa una masa parauterina izquierda con pequeños quistes periféricos y ausencia de señal doppler-color. Ante la sospecha de torsión ovárica se realiza TC abdominopélvico c/c que demuestra una trompa de Falopio y ovario derechos de localización anómala en la hemipelvis izquierda, aumentados de tamaño y con ausencia de realce, así como dextroversión uterina. Ante el diagnóstico de torsión anexial derecha se decide laparotomía exploradora urgente que confirma el diagnóstico, con posterior anexectomía.

**Discusión:**

La torsión anexial es una urgencia ginecológica poco frecuente que resulta de la rotación del anejo sobre su pedículo vascular con el consecuente compromiso de su viabilidad.

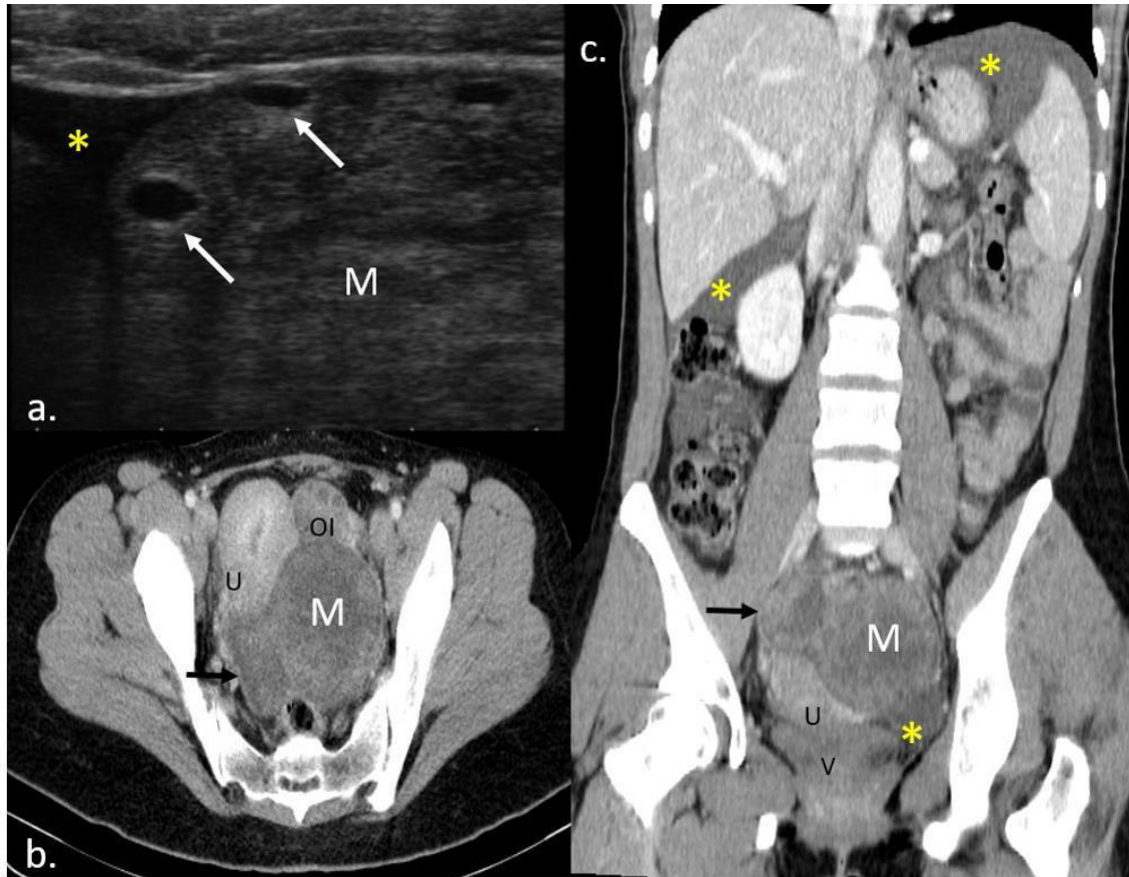
En la mayoría de los casos (50-81%) subyace una lesión anexial de etiología benigna, siendo la más frecuente el teratoma quístico maduro. Otros factores predisponentes son el síndrome de hiperestimulación ovárica y el embarazo, sin poder excluir esta entidad en anejos normales.

Suele manifestarse como dolor agudo en hemiabdomen inferior acompañado de cortejo vegetativo, planteando diagnóstico diferencial con otras entidades como embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, apendicitis o complicaciones gastrointestinales.

Es más frecuente en mujeres en edad reproductiva, siendo fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir un daño anexial irreparable.

**Conclusión:**

La torsión anexial es una entidad infrecuente y con alta morbilidad. Por su presentación clínica inespecífica, supone un reto diagnóstico. Puesto que la ecografía no suele mostrar hallazgos concluyentes, es frecuente recurrir a la TC abdominopélvica c/c ante su sospecha ya que ésta va a poner de manifiesto unos signos radiológicos que debemos reconocer para realizar un diagnóstico precoz con el fin de preservar el anejo.



*a) Ecografía: ovario derecho (M) aumentado de tamaño con pequeños quistes en su periferia (flechas blancas) y líquido libre circundante (asterisco). B y C) TC abdominopélvico c/c corte axial y reconstrucción MIP coronal: Útero desplazado hacia la derecha, trompa de Falopio derecha engrosada, hipodensa y edematosa (flecha negra) y ovario derecho (M) en localización anómala en hemipelvis izquierda, aumentado de tamaño y con ausencia de realce, signos compatibles con torsión anexial derecha. Se asocia líquido libre en moderada cuantía (asterisco). Ovario izquierdo normal. U= útero, V= vejiga, OI= ovario izquierdo, M: ovario derecho simulando masa pélvica.*

### **Bibliografía:**

- Pardo Pumar MI, Campos Arca S, Aguilar Couto MR et-al. Torsión anexial como causa de abdomen agudo en una paciente adolescente. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*.2011; 54(9):469-472.
- Rha SE, Byun JY, Jung SE et-al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. *Radiographics*. 22 (2): 283-94.
- Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics* 2008; 28:1355-1368.

<b>Caso</b>	(700) Cuando la TC cuenta lo que el paciente no puede ¿qué hay detrás de este enfisema subcutáneo?
<b>Autores</b>	Irene Cases Susarte Juana María Plasencia Martínez, Maria Jesús Gayan Belmonte, Amalia García Chiclano, Ana Barceló Cárceles, Carlos Vázquez Olmos
<b>Centro</b>	Hospital Morales Meseguer

**Presentación:**

Mujer de 84 años con bajo nivel de conciencia que acude a urgencias por deterioro del estado general, odinofagia y disnea leve. En planta el internista de guardia se percata de un extenso enfisema subcutáneo cérvico-torácico, sin causa aparente y solicita TC para determinar causa. La TC cérvico-torácica con contraste intravenoso muestra un cuerpo extraño calcificado localizado en la oro-hipofaringe con morfología en "U" que perfora el seno piriforme izquierdo. En la reconstrucción en volumen se objetiva la morfología típica del cuerpo extraño. Asocia un extenso enfisema cervicotorácico y neumomediastino.

**Discusión:**

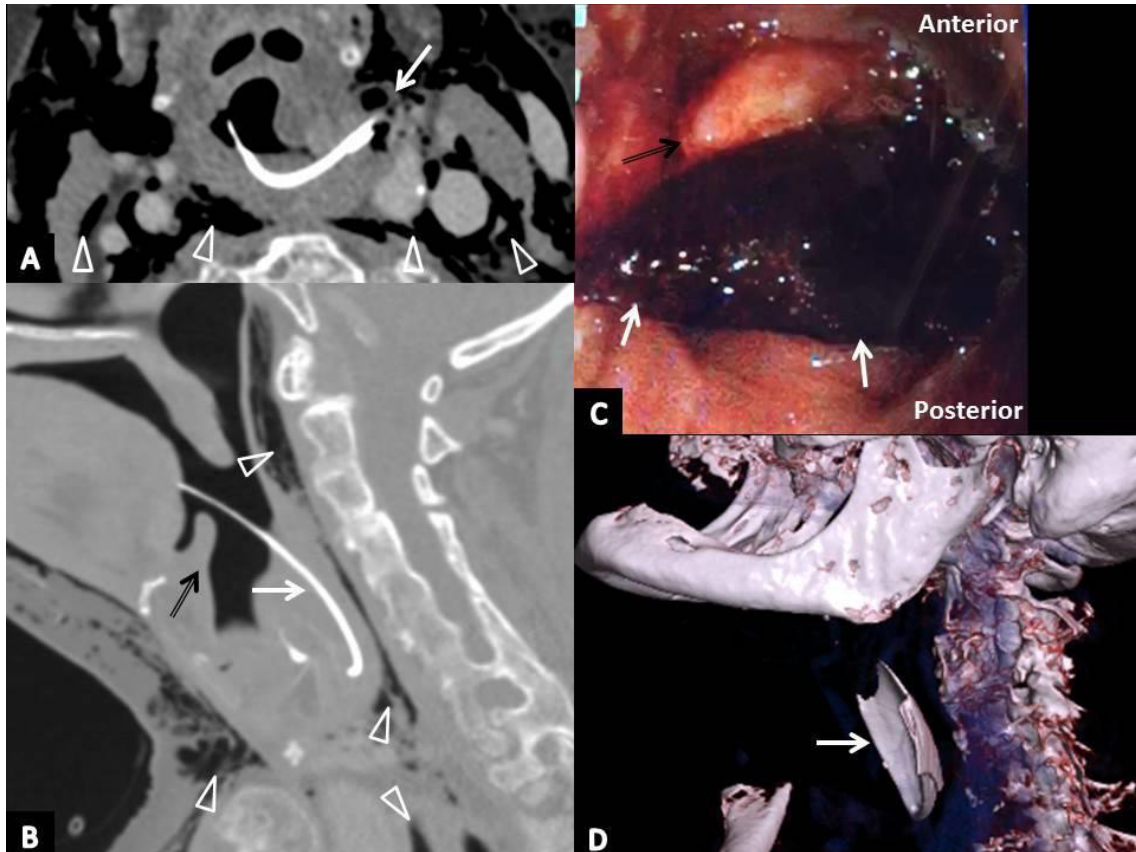
El diagnóstico final fue de perforación de unión faringo-esofágica por concha de mejillón.

La fibroscopia mostró una concha de mejillón sobre la glotis sin oclusión de vía aérea superior, que fue extraída. La revisión quirúrgica mostró una solución de continuidad en la pared esofágica adyacente a uno de los fragmentos. La paciente fue ingresada en UCI con antibióticos y tratamiento de soporte. La TC de control 48 h más tarde mostró una disminución tanto enfisema y del neumomediastino, sin evidencia de cuerpos extraños ni de otras complicaciones. La paciente fue alta a los 8 días.

En adultos con bajo nivel de conciencia, la presencia de disnea, odinofagia, enfisema o dolor cervical puede traducir perforación por cuerpo extraño. Aunque existen otras alternativas (Rx, tránsito baritado), la TC tiene la mayor sensibilidad diagnóstica (100% si usamos reconstrucciones 3D) y está indicada tanto para el screening como para la confirmación de cuerpo extraño, debiendo realizarse en <24h tras el inicio de la clínica. Un diagnóstico precoz evitará posibles complicaciones, como neumomediastino, neumotórax, abscesos, sepsis, obstrucciones digestivas o asfixia.

**Conclusión:**

Bajo un enfisema subcutáneo espontáneo puede subyacer perforación de la vía aéreo-digestiva por un cuerpo extraño. La TC será fundamental para este diagnóstico.



**A.** Imagen axial de TC cérvico-torácico con contraste intravenoso en ventana de partes blandas: cuerpo extraño de densidad elevada en el vestibulo de la hipofaringe que perfora el seno piriforme izquierdo (flecha blanca). Extenso enfisema cervical que disecciona las regiones submandibular y los espacios parafaríngeos, carotídeos, retrofaríngeos y cervical posterior y superficial en el plano graso subcutáneo del cuello (cabezas de flecha blancas). **B.** Imagen sagital de TC cérvico-torácico con contraste intravenoso en ventana de hueso: cuerpo extraño de alta densidad localizado entre la orofaringe y la hipofaringe con una morfología en «U» abierta hacia arriba (flecha blanca). Enfisema retrofaríngeo y superficial en el plano graso subcutáneo del cuello (cabezas de flecha blancas). Epiglotis (flecha negra doble). **C.** Imagen de fibroscopia: concha de mejillón (flechas blancas) situada posterior a la epiglotis (flecha negra doble). **D.** Reconstrucción volumétrica: cuerpo extraño de alta densidad con morfología cóncava a nivel cervical compatible con concha de mejillón (flecha blanca).

### Bibliografía:

Zissin, R., Shapiro-Feinberg, M., Rozenman, J., Apter, S., Smorjick, J. and Hertz, M. (2001). CT findings of the chest in adults with aspirated foreign bodies. *European Radiology*, 11(4), pp.606-611.

Predescu D, Predescu I, Sarafoleanu C, Constantinoiu (2016) S.Oesophageal Foreign Bodies--from Diagnostic Challenge to Therapeutic Dilemma. *Chirurgia*, 111(2), pp.102-104.

<b>Caso</b>	(702) Pneumatosis cystoides intestinalis
<b>Autores</b>	Luis Gijón De La Santa Emilio José Valbuena Durán, José Antonio Pérez Retortillo, Lidia Nicolás Liza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Guadalajara

**Presentación:**

Paciente de 93 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva que acude a urgencias por empeoramiento de su disnea habitual y tos productiva. No se objetiva dolor abdominal y los parámetros analíticos están dentro de la normalidad. Se realizó radiografía torácica. Ante los hallazgos se realizó TC abdominal.

**Discusión:**

En la radiografía de tórax se aprecia un neumoperitoneo masivo y atelectasias laminares bibasales por hipoventilación.

La TC abdominal confirmó la presencia de neumoperitoneo e incontables lesiones redondeadas, de paredes finas y contenido aéreo en la región anterior del mesenterio, en íntima relación con las asas de intestino delgado.

Ante la ausencia de clínica abdominal y la estabilidad de la paciente se planteó el diagnóstico de Pneumatosis cystoides intestinalis.

La paciente ingresó en planta en observación manteniéndose estable y siendo dada de alta.

La Pneumatosis cystoides intestinalis es una entidad rara que se caracteriza por la presencia de quistes aéreos localizados en la submucosa y subserosa del intestino. En la mayoría de las ocasiones ocurre en intestino delgado aunque hay casos recogidos en la literatura de afectación colónica (un 6% del total).

Esta forma de pneumatosis es considerada benigna y habitualmente es un hallazgo incidental. Su importancia radica en distinguirla de otras formas secundarias de pneumatosis en relación a distintas patologías (EPOC, esclerodermia...) así como de otras causas potencialmente mortales como la isquemia intestinal.

Con la sospecha diagnóstica si el paciente está estable y en ausencia de complicación el tratamiento debería ser conservador incluso en la presencia de neumoperitoneo.

**Conclusión:**

La Pneumatosis cystoides intestinalis es una entidad rara que debe ser conocida debido a su buena evolución con tratamiento conservador y el diagnóstico diferencial que plantea con entidades potencialmente mortales.



**RX:** Se observa un neumoperitoneo masivo. **TC axial (A) y reconstrucción sagital (B).** Se observa la presencia de neumoperitoneo e incontables lesiones redondeadas, de paredes finas y contenido aéreo en la región anterior del mesenterio, en íntima relación con las asas de intestino delgado.

### **Bibliografía:**

- Ooi SM (2015) Pneumoperitoneum in a non-acute abdomen-pneumatosis cystoides intestinalis. Surg Case Rep Epub
- Ksiadzyna D, Peña AS (2015) Segmental pneumatosis cystoides coli: Computed tomography-facilitated diagnosis. Rev Esp Enferm Dig Epub ahead of print
- Ooi S, Das K, Toh JW (2015) Pneumatosis cystoides intestinalis: a benign differential diagnosis for computed tomographic evidence of pneumoperitoneum in a stable patient. ANZ J Surg Epub ahead of print



- Ando T, Sakata J, Maruyama T et al. (2015) A Case of Pneumatosis Cystoides Intestinalis Secondary to Gefitinib Therapy for Lung Adenocarcinoma. *Gan To Kagaku Ryoho* Jul;42(7):847-9
- Kancherla D, Vattikuti S, Vippera K (2015) Pneumatosis cystoides intestinalis: Is surgery always indicated?. *Cleve Clin J Med* 82(3):151-2
- Lee KS, Hwang S, Hurtado Rúa SM, Janjigian YY, Gollub MJ. (2013) Distinguishing benign and life-threatening pneumatosis intestinalis in patients with cancer by CT imaging features. *AJR Am J Roentgenol* May;200(5):1042-7
- Ho LM, Paulson EK, Thompson WM (2007) Pneumatosis intestinalis in the adult: benign to life-threatening causes. *AJR Am J Roentgenol* Jun;188(6):1604-13

<b>Caso</b>	(703) TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS DURALES SECUNDARIA A SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO
<b>Autores</b>	Laura Cuesta Lujano Daniela De Araujo Martins-romeo, Celia Izco García-cubillana, Eduardo Rosales Marínez, Raquel Escudero Esteban, Antonio Delgado Cotán
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

### **Presentación:**

Niño de 6 años con antecedentes personales de síndrome nefrótico, remitido con datos clínicos de cefalea y vómitos en escopetazo. Sospecha de hipertensión intracraneal (HIC). Se realiza tomografía computarizada multidetector (TCMD) de cráneo sin contraste intravenoso y dados los hallazgos completamos estudio con venografía-TC. Ajustamos los parámetros de la TCMD (16 detectores) para la edad del paciente (100 mAs, 80 kV; Ultravist 370 mg/ml a 2ml/kg y adquisición del estudio a los 30 segundos tras la administración del contraste). Los hallazgos fueron compatibles con trombosis de senos venosos duros, con implicación subtotal del seno sagital superior y completa del seno transversal y sigmoideo derecho, así como de la vena yugular interna derecha, sin signos de infarto venoso o hidrocefalia.

### **Discusión:**

La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) constituye una entidad extremadamente infrecuente en pediatría. Afecta aproximadamente a 0,4 niños /100.000 al año, excluyendo a los neonatos, lo que implica un bajo grado de sospecha que suele llevar a un retraso en el diagnóstico y un aumento de la morbimortalidad.

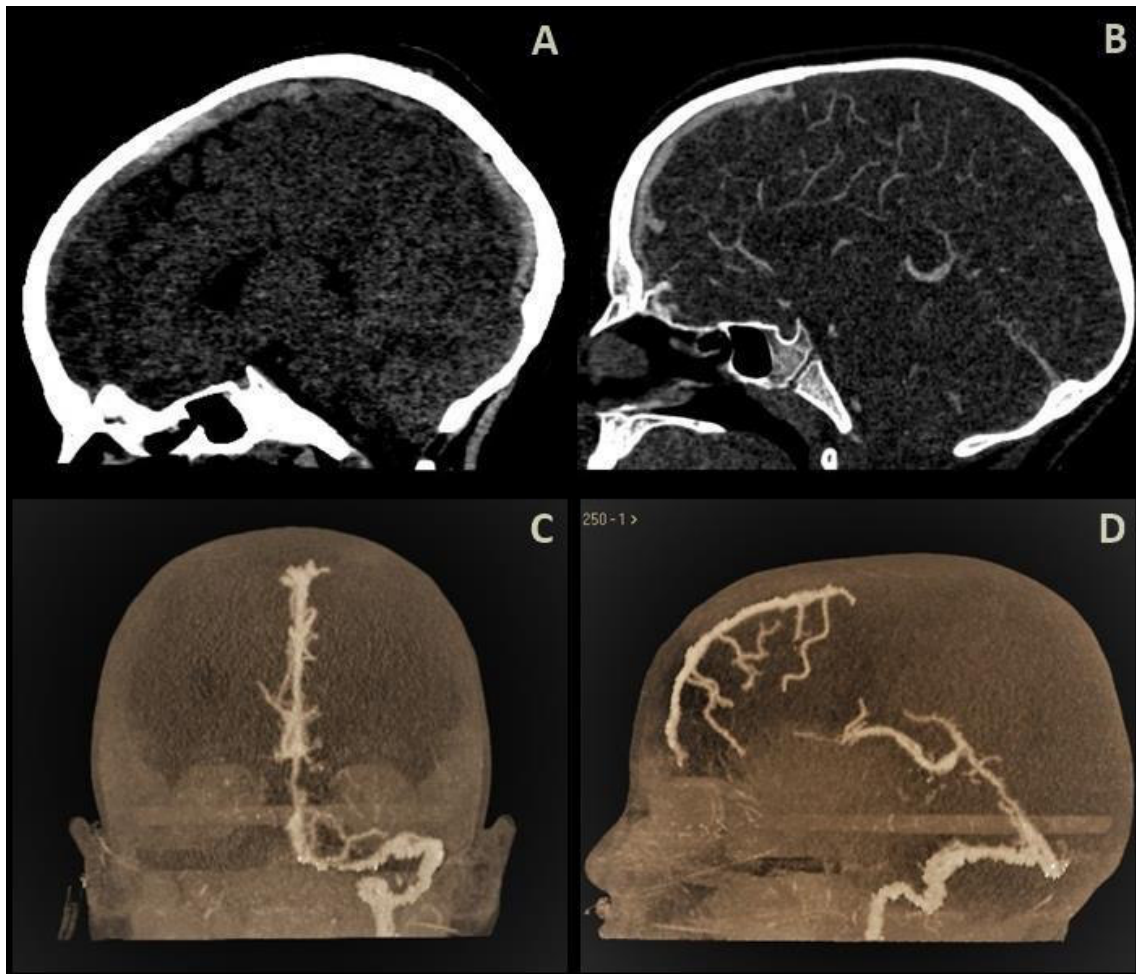
La TSVC puede obedecer a una etiología infecciosa (cabeza y cuello) o no infecciosa (traumatismo craneal, estados protrombóticos o enfermedades crónicas como el lupus eritematoso sistémico o síndrome nefrótico (SN)).

El SN se asocia a un estado de hipercoagulabilidad con una incidencia de complicaciones tromboembólicas en niños del 2 al 5 %.

Aunque la TCMD y venografía-TC son muy sensibles y accesibles, se considera que la técnica de elección en este contexto es la resonancia magnética (FLAIR, T1 sin y con contraste, T2, T2\* y difusión (DRM)) y venografía-RM.

### **Conclusión:**

La TSVC debemos sospecharla en un paciente con síndrome nefrótico que presenta clínica neurológica. En este contexto las pruebas de imagen deben realizarse precozmente ya que, de confirmarse la sospecha, se iniciará inmediatamente tratamiento anticoagulante mejorando la morbimortalidad.



**Figura 1 Hallazgos de TSVC en TCMD. A) En TCMD sin contraste intravenoso se observan varias hiperdensidades en seno venoso sagital superior, sugestivas de material trombótico. B) Venografía-TCMD véase el defecto de repleción en los dos tercios distales del seno sagital superior, compatible con trombosis. C) Reconstrucción vascular coronal, con ausencia del seno transverso y sigmoideo derecho así como de la vena yugular ipsilateral. D) En la reconstrucción vascular sagital se observa el defecto de los dos tercios distales del seno sagital superior, con indemnidad de los senos sagital inferior, recto y transverso y sigmoideo derechos.**

### Bibliografía:

- J. Puiga, , S. Pedrazaa,b, G. Blascoa y J. Serenac. Actualización en el diagnóstico neurorradiológico de la trombosis venosa cerebral. Radiología. 2009;51(4):351–361
- Torres RA, Torres BR, Castilho AS, Honorato R. Venous sinus thrombosis in a child with nephrotic syndrome: a case report and literature review. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(4):430-434.
- D. N. Gera, D. K. Yadav, V. B. Kute, S. B. Patil, and H. L. Trivedi. Cerebral venous sinus thrombosis in children with nephrotic síndrome. Indian J Nephrol. 2012 Nov-Dec; 22(6): 455–458.

- Shalinee Bhoobun, Alhaji Alusaine Jalloh, and Kathryn H Jacobsen. Cerebral venous thrombosis in a child with nephrotic syndrome: case report. *Pan Afr Med J.* 2012; 13: 57.

<b>Caso</b>	(704) Formas atípicas de presentación de la TBC
<b>Autores</b>	Irene Cases Susarte Helena Pérez Templado Ladrón De Guevara, Alba Patricia Solano Romero, Elisabeth Cruz Fuentes, Carmen Botía González, Irene Vicente Zapata
<b>Centro</b>	Hospital Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 19 años senegalés que acude a urgencias por dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho y dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución. No fiebre ni otras alteraciones. No antecedentes médicos relevantes. En la Rx de tórax se observa un aumento de densidad en el hemitórax inferior y medio derecho con desplazamiento mediastínico contralateral que podría ser secundario a un derrame pleural, una masa mediastínica o menos probable a una hernia diafragmática o elevación frénica. Para aclarar el diagnóstico se realiza TC de tórax donde se confirma la existencia de un derrame pleural derecho masivo y loculado. Además, las pleuras derechas muestran un engrosamiento liso, sin realces. En el abdomen superior se observa una afectación peritoneal en forma de "omental cake" y leve ascitis difusa. Ante estos hallazgos se plantean los siguientes diagnósticos: carcinomatosis peritoneal secundaria a tumor desconocido, linfoma o tuberculosis peritoneal.

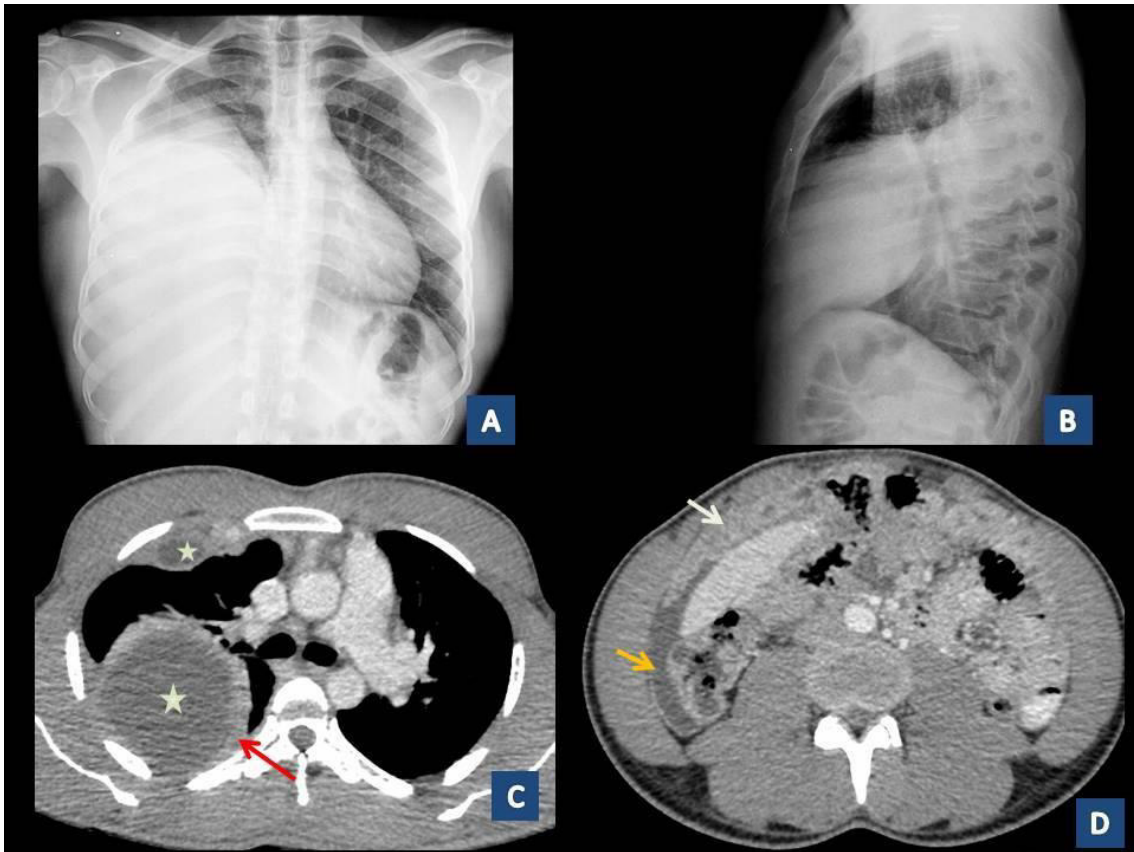
**Discusión:**

Se realizó una toracocentesis diagnóstica con datos de exudado y un ADA elevado compatibles con TBC. Se practicó una biopsia eco-guiada del omento con resultado de infiltrado inflamatorio granulomatoso necrotizante, sin atipias. Los cultivos realizados (líquido pleural y ascítico) fueron negativos. El diagnóstico final fue de TBC pleural y peritoneal diseminada.

Por una parte el origen del paciente era un dato clave para orientar el diagnóstico diferencial a una etiología infecciosa. La opción de carcinomatosis peritoneal era poco probable dada su edad. Por otra parte, la rareza de nuestro caso es que coexisten dos formas de presentación de TBC atípicas, como son la tuberculosis peritoneal (frecuencia < 0,7% entre todas las formas de tuberculosis) y la presencia de TBC pleural en ausencia de foco pulmonar.

**Conclusión:**

La TBC sigue siendo un diagnóstico frecuente, sobretodo en pacientes de zonas endémicas, siendo importante reconocer sus formas extrapulmonares.



**Imagen A y B:** Rx PA y LAT de tórax: aumento de densidad en hemitórax inferior y medio derecho con desplazamiento mediastínico contralateral. Parénquima pulmonar visible sin alteraciones. **Imagen C:** TC de tórax con contraste intravenoso en ventana partes blandas (corte axial) Derrame pleural derecho masivo, biloculado (pleura costal anterior y posterior) (estrellas blancas) que origina una atelectasia pasiva prácticamente completa del pulmón adyacente y un efecto masa sobre las estructuras cardio-mediastínicas. Además, engrosamiento liso de la pleura del pulmón derecho (flecha roja). El parénquima pulmonar ipsilateral visible y el contralateral no muestran alteraciones. No hay adenopatías. **Imagen D:** TC de tórax con contraste intravenoso en ventana partes blandas (corte axial) En el abdomen superior se observan una grasa omental (flecha blanca) aumentada de tamaño y de densidad heterogénea compatible con un "omental cake". Leve ascitis (flecha amarilla) de distribución difusa.

### Bibliografía:

1. Grau Bono, M., Estruch Gregori, A., Fos Gonzalvo, A., Espert Segarra, A., Sifres Alemany, M. and Carmona Moral, J. (2013). Tuberculosis peritoneal. Diagnóstico diferencial con carcinomatosis de origen ovárico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(7), pp.378-381.
2. Castiñeira Estévez A, et al. Manifestaciones radiológicas de la tuberculosis pulmonar. *Med Integral* 2002; 39(5):192-206
3. Webb, W., Müller, N. and Naidich, D. (2003). Alta resolución en TC de pulmón. 3rd ed. Madrid: Marbán, pp.371-376.

<b>Caso</b>	(706) Mucocele apendicular coexistente con apendicitis aguda
<b>Autores</b>	Isabel María González Moreno Juana María Plasencia Martínez; Marta Huertas Moreno; Irene Cases Susarte; Carmen Botía González; Elisabeth Cruces Fuentes
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

**Presentación:**

Varón de 63 años que acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha de 10 horas de evolución y fiebre de 37,9°. Sin antecedentes personales de interés. Se realizó una ecografía y una TC abdominopélvica con contraste intravenoso, evidenciándose una masa quística en hemipelvis derecha, de 11,5 cm x 6,3 cm, en continuidad con el ciego. Presentaba calcificaciones periféricas y una densidad homogéneamente baja. Existía reticulación de la grasa adyacente y líquido libre. El diagnóstico radiológico fue de mucocele apendicular con cambios inflamatorios. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica concluyó que se trataba de un cistoadenoma apendicular con cambios inflamatorios agudos y crónicos y focos de displasia epitelial de bajo y alto grado.

**Discusión:**

El diagnóstico fue mucocele apendicular con cambios inflamatorios locorreionales.

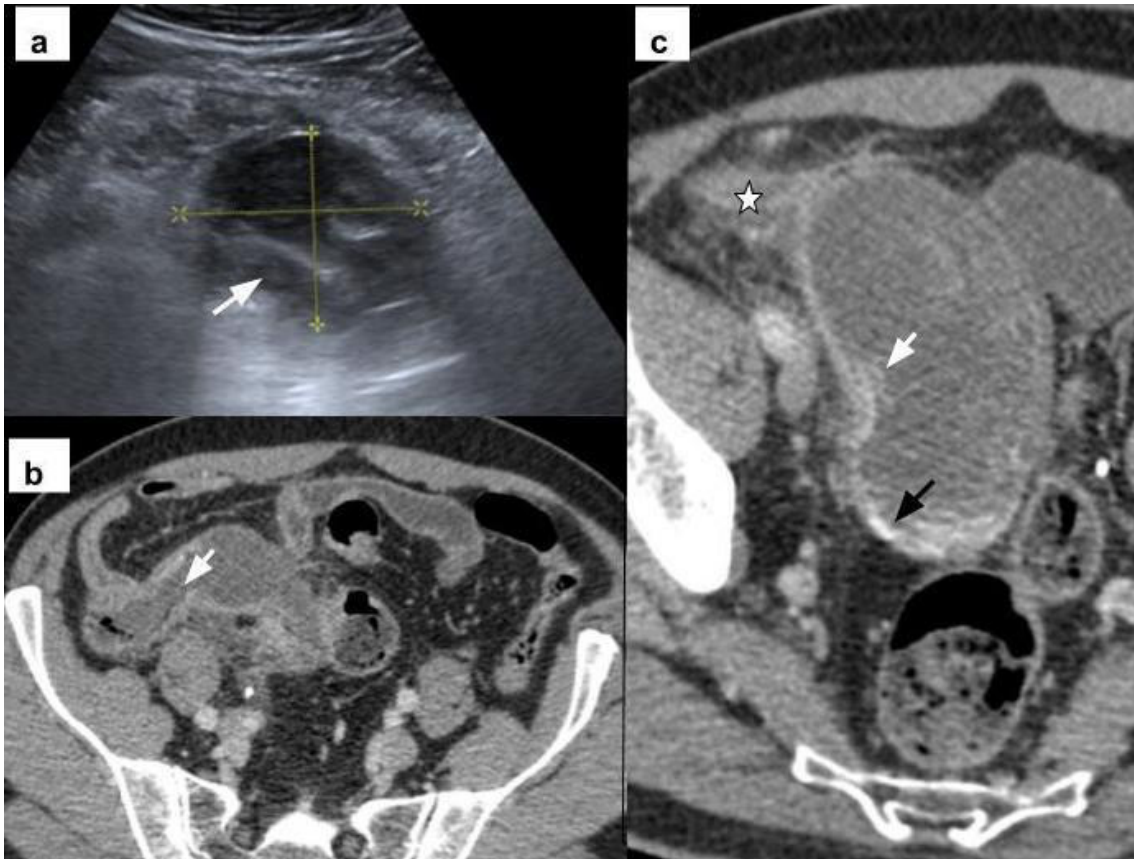
Llamamos mucocele a un apéndice cecal anormalmente dilatado con acumulación intraluminal de moco, cuya causa puede ser obstructiva o neoplásica (1).

Se identifican en un 0,2-0,3 % de las apendicectomías (1). Puede ser un hallazgo casual o identificarse ante un cuadro sintomático. En este último escenario el radiólogo se enfrenta al diagnóstico diferencial entre apendicitis aguda, mucocele o ambos hallazgos asociados. La diferencia es relevante de cara al manejo quirúrgico, que varía desde una apendicectomía a una hemicolectomía derecha en caso de malignidad. Además, por el riesgo de ruptura del mucocele, se recomienda la cirugía abierta (1).

Los hallazgos radiológicos sugestivos de mucocele son el diámetro luminal máximo mayor de 13 mm, la presencia de dilatación quística y la calcificación mural (1,2). La irregularidad y el engrosamiento con densidad de partes blandas parietal, así como la afectación de la grasa adyacente son inespecíficos (1). Por último, debemos descartar mediante TC el pseudomixoma peritoneal, complicación más temida del mucocele maligno (1).

**Conclusión:**

Ante los hallazgos radiológicos descritos en un paciente con apendicitis aguda debemos sospechar un mucocele concurrente y comunicarlo al cirujano.



*Imagen de ecografía en fosa ilíaca derecha que muestra la masa quística con alteración de la ecoestructura de su pared profunda (flecha blanca). La grasa adyacente mostraba aumento de la ecogenicidad (no mostrada). b y c. Cortes axiales de TC con contraste intravenoso. La masa quística se origina en el ciego (flecha blanca en b). En corte axial más craneal (c) se evidencia la masa quística, con focos de calcificación parietal (flecha negra), contenido de baja atenuación y realces lineales en su pared (flecha blanca). Véase el gran tamaño de la masa y la estriación de la grasa a su alrededor (estrella blanca).*

### **Bibliografía:**

1. T. Persaud, N. Swan, W C. Torreggiani. (2007) Best Cases from the AFIP: Giant Mucinous Cystadenoma of the Appendix. Radiographics 27:2 553-557
2. G.Bennett, T.Tanpitukpongse, M. Macari, K. Cho, S. Babb (2009) Original Research. CT Diagnosis of Mucocele of the Appendix in Patients with Acute Appendicitis. American Journal of Roentgenology 192:W103-W110



<b>Caso</b>	(708) Rotura espontánea de esófago: un diagnóstico en el que pensar en la urgencia
<b>Autores</b>	Maitane Alonso Lacabe Hernandez Herrero. M, Fajardo Puentes. M, Brunie Vegas. Fje, De La Fuente Bobillo. Ma, Ginés Santiago. A.
<b>Centro</b>	Rio Hortega

**Presentación:**

Paciente de 64 años que acude a urgencias por un cuadro de epigastralgia de inicio súbito de aproximadamente 4 horas de evolución. Presenta sudoración profusa y náuseas asociadas. El paciente niega episodio previo de vómitos, precordialgia, palpitations o síndrome febril. Se realiza TC toracoabdominal sin y con contraste intravenoso. Se objetiva un extenso neumomediastino que cranealmente llega hasta los planos blandos cervicales, existiendo gas por delante de los grandes vasos y que predomina en torno al esófago. El esófago se encuentra dilatado y presenta una colección paraesofágica izquierda en tercio medio e inferior.

**Discusión:**

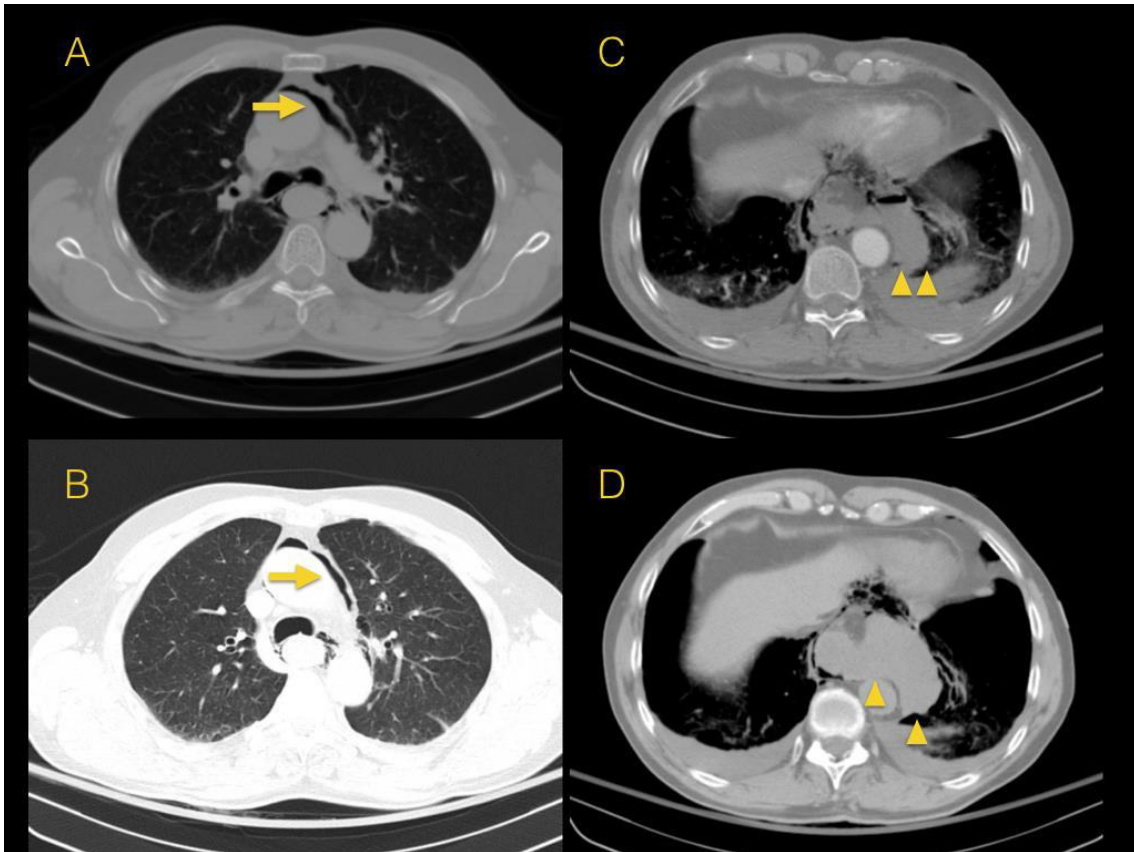
Los hallazgos radiológicos sugieren perforación esofágica sin poder establecer el nivel mediante esta técnica.

La perforación esofágica continúa siendo un gran desafío. Los procesos esofágicos como cuerpos extraños, traumatismos o perforaciones son patologías que pueden presentar gran urgencia a pesar de que en muchas ocasiones la clínica es inespecífica y pueden simular IAM, disección aórtica o una úlcera péptica perforada. En el caso de la perforación esofágica, los pacientes pueden presentar dolor a nivel torácico o epigástrico, así como disfagia, disnea o hemoptisis. En la exploración, podemos observar enfisema subcutáneo. Debemos estudiar si el paciente presenta una base patológica esofágica (esofagitis, Barret) ya que estas entidades predisponen la ruptura.

**Conclusión:**

La TC es la prueba diagnóstica de elección para patología esofágica urgente. En la Rx de tórax podemos observar signos de neumomediastino y el signo V de Naclerio.

La mortalidad está directamente relacionado con el intervalo entre la perforación esofágica y el inicio del tratamiento, siendo del 70% tras 24 horas y prácticamente del 100% por mediastinitis fulminante, en aquellos casos no tratados.



*A y B: las flechas señalan el neumomediastino, C y D: colección paraesofágica izquierda*

### **Bibliografía:**

Sereide JA et al: Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 19:66, 2011.

Restrepo CS et al: intramural hematoma of the esophagus: a pictorial essay. *Emerg Radiol.* 15 (1): 13-22, 2008.

Catherine A. Young, Christine O. Menias, Sanjeev Bhalla, Srinivasa R. Prasad. *CT Features of Esophageal Emergencies.* RadioGraphics 2008.

<b>Caso</b>	(712) Shock cardiogénico y Síndrome de Tako-Tsubo (STT) invertido como forma de presentación de feocromocitoma suprarrenal
<b>Autores</b>	Irene Vicente Zapata Jose Ramón Olalla Muñoz, Ana Blanco Barrio, Lucía Hernández Sánchez, Carmen María Botía González, Irene Cases Susarte
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer

### **Presentación:**

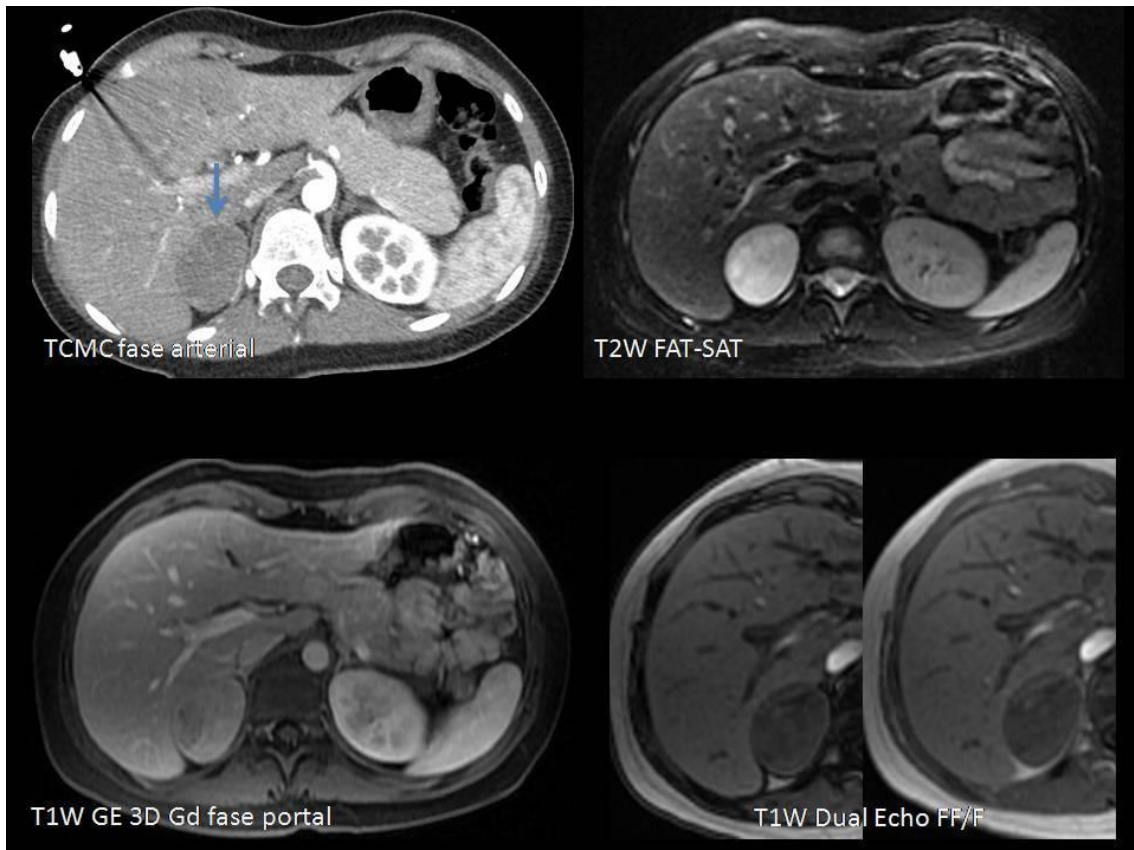
Mujer de 21 años que acude a Urgencias con dolor torácico de características isquémicas, elevación de enzimas cardíacas, cambios en ECG en cara lateral, disfunción sistólica severa y shock cardiogénico. Ante la sospecha inicial de SCA se realizó cateterismo cardíaco, que descartó lesiones coronarias y objetivó una acinesia de segmentos basales en la ventriculografía (STT invertido). Tras estos hallazgos y el deterioro hemodinámico, se solicitó una TCMC sin y con CIV para descartar disección de aorta, evidenciando como único hallazgo, una masa suprarrenal derecha sin densidad grasa y con discreto realce en el estudio dinámico. Con el diagnóstico radiológico de un posible feocromocitoma, dada la clínica de la paciente, se realizó una RM que mostró los hallazgos típicos del feocromocitoma: masa bien definida hiperintensa en T2, hipointensa en T1 y sin grasa microscópica en la secuencia de Desplazamiento Químico, con un realce arterial periférico y heterogéneo en fase portal tras el CIV. La paciente tenía aumento de las catecolaminas en orina y fue intervenida confirmándose el diagnóstico radiológico.

### **Discusión:**

El shock cardiogénico asociado a STT invertido es una forma de presentación extraordinaria del feocromocitoma. A este tumor, secretor de catecolaminas, se le conoce como “el gran simulador” siendo la tríada clásica: cefalea, palpitaciones y diaforesis, aunque puede presentarse de forma atípica y fatal. Los hallazgos de alteración de la contractilidad y función miocárdica en la ventriculografía y/o ecocardiografía se deben al efecto tóxico de las catecolaminas sobre el miocito, denominado “aturdimiento miocárdico”, que produce una miocardiopatía de estrés. El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica junto con la confirmación analítica y radiológica.

### **Conclusión:**

El feocromocitoma debe incluirse en el diagnóstico diferencial de causas de shock cardiogénico en pacientes jóvenes y coronariografía normal.



*En la TC en fase arterial se observa una masa suprarrenal (flecha) bien definida con discreto realce de predominio periférico. Los cortes axiales de RM muestran que la masa es hiperintensa en secuencias potenciadas en T2 con saturación grasa, tiene un realce completo heterogéneo en la fase portal del T1 y no hay caída de la señal en el eco gradiente fuera de fase.*

### **Bibliografía:**

1. Chevarría J, de Arriba G, Ocaña J, Sánchez-Heras M. Feocromocitoma con consecuencias fatales. ¿Qué podemos aprender de este caso?. Hipertensión y Riesgo Vascular. 2009;26(4):181-183.
2. Molina-Lerma M, Santiago-Díaz P, Arrebola-Moreno A. Shock cardiogénico en paciente con arterias coronarias normales. Cardiacore. 2010;45(4):177-178.
3. Cruz-tejedor M, Esteban A, Waez B, Martín J. Shock cardiogénico secundario a feocromocitoma. Medicina Intensiva. 2006;30(4):185-186.
4. Marijuan Z, Andrés A, Blanco J, Ruiz L. Síndrome de tako-tsubo. Una presentación atípica. Revista Española de Cardiología. 2010;63(3):364-365.

<b>Caso</b>	(713) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECANICA DE CAUSA ATÍPICA
<b>Autores</b>	Luis Moreno Domínguez Juan Lloret Del Hoyo, María Duque Muñoz, Ana Vidal González, Marina Bertólez Cué, Ana María Mañas Hernández
<b>Centro</b>	Hospital Clínico San Carlos

**Presentación:**

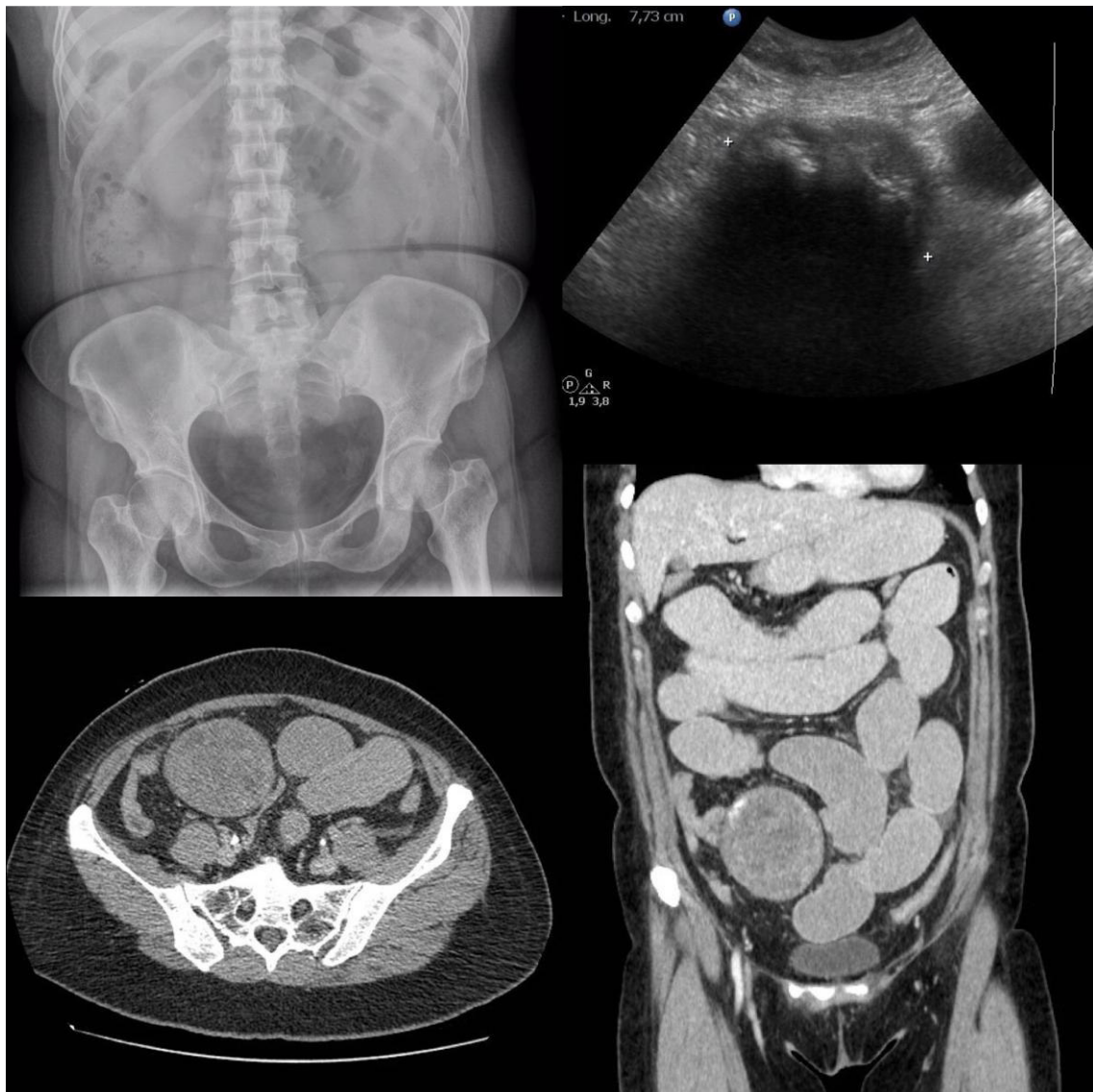
Mujer ecuatoriana joven con antecedentes de histerectomía, acude a urgencias por náuseas, vómitos y distensión abdominal. La radiografía de abdomen impresiona por el escaso gas y presencia de asas de intestino delgado dilatadas con líquido en su interior instaurando tratamiento conservador. La ecografía de abdomen muestra asas distendidas y masa de 7 cm con sombra acústica posterior, compatible con teratoma ovárico, ya descrita en ecografía realizada años por molestias abdominales. Al cuarto día se solicita TC abdominopélvico por mala evolución clínica donde persiste obstrucción completa en íleon distal coincidiendo con tumoración heterogénea de 7 cm con focos aislados de calcificación internas, que no parece anexial, de probable origen mesentérico, sugerente de GIST y que precisó intervención quirúrgica urgente con resección ileal y de la tumoración. La anatomía patológica describe masa que al corte presenta material de aspecto textil, que sugiere gasa, rodeado de pseudocápsula fibrosa vascularizada. Al microscopio, se observa intensa reacción inflamatoria con numerosas células multinucleadas de tipo cuerpo extraño. Sin datos de malignidad.

**Discusión:**

La presentación clínica del textiloma es poco específica, desde un absceso postoperatorio hasta masas asintomáticas durante años que pueden debutar con un cuadro obstructivo, por lo que la sospecha inicial de un textiloma suele devenir de un estudio de imagen, siendo muy útil su marcador radioopaco que nos permite su identificación en la placa simple. En ocasiones se puede observar un patrón similar a la miga de pan por el contenido algodonoso del textiloma. En los textilomas de larga evolución, como este caso, puede haberse degradado el material, no identificarse el marcador y debutar con masas con importante reacción fibrosa conllevando variedad de presentación en las diferentes técnicas de imagen.

**Conclusión:**

Considerar el textiloma (gasoma/gossypiboma/oblito) en el diagnóstico diferencial en pacientes con masas atípicas sometidos a cirugías previas



**A) Radiografía simple de abdomen: “blanco” con asas distendidas llenas de líquido. B) masa en la ecografía con llamativa sombra acústica posterior C) Corte axial con la masa bien definida en FID sin patrón de miga de pan ni burbujas D) Plano coronal del TC donde se observa la masa con calcificación periférica que condiciona la obstrucción.**

### **Bibliografía:**

L. Ariño Montaner, M. Rausell Félix, R. Sanchez Oro, A. Llanes Rivada, S. Paz Maya, J. Palmero da Cruz (mayo, 2012) Presentación de Gossypibomas en cavidad abdominal. Póster presentado en el congreso de la SERAM 2012, 24-28 de mayo, en Granada, España.

<b>Caso</b>	(715) Cólico renal: piensa más que en la litiasis
<b>Autores</b>	Irantzu Aloa Hermoso De Mendoza Jone Sagasta Urrutia, Sonia Santos Ochoa De Oribe, Laura Alonso Irigaray, Elena Diez Lasheras, Cecilia García Villafañe
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Álava

### **Presentación:**

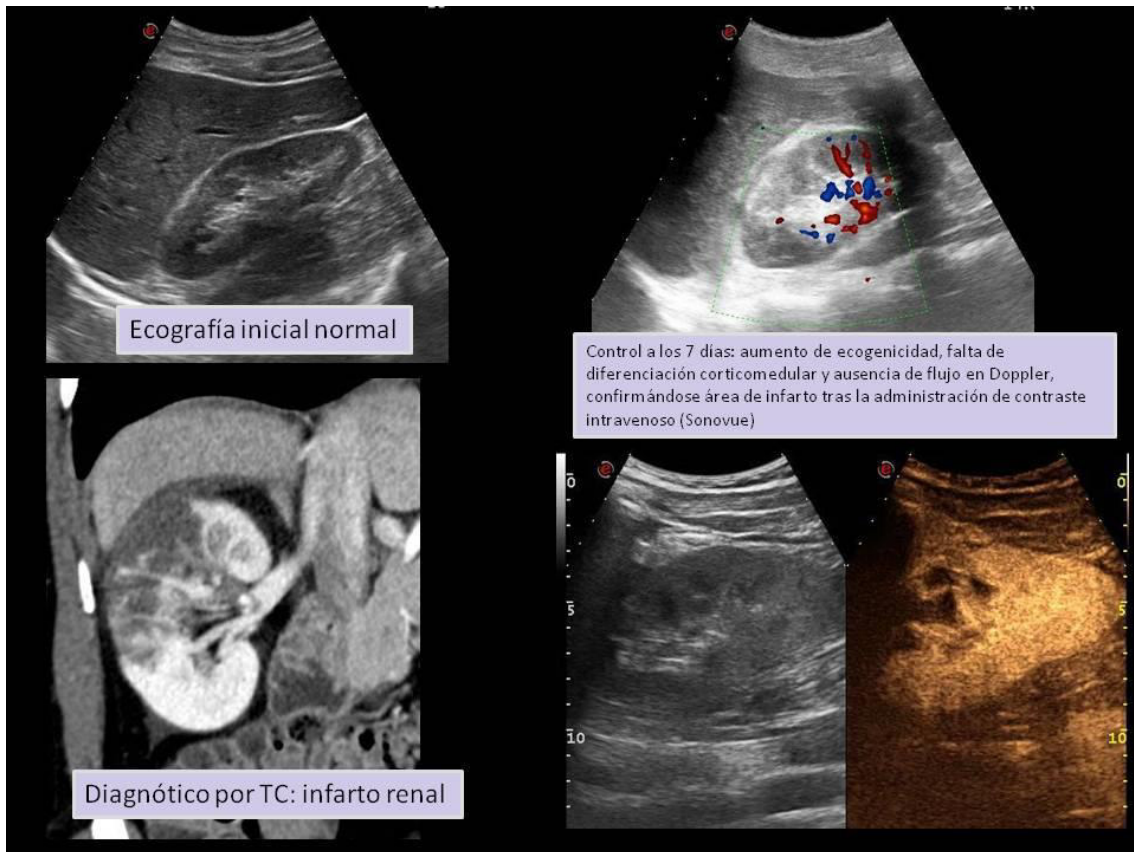
Chico de 33 años con dolor cólico derecho. A pesar de haber mejorado levemente tras analgesia, persiste muy afectado. En exploración y analíticas realizadas se objetiva: febrícula (37,3°C), PPR derecha+, LDH 296, Cr 1, no leucocitosis, hematuria ni proteinuria. No antecedentes personales de interés. Dada la sospecha de cólico renal complicado se solicita RX de abdomen y ecografía urgente, donde no se observan alteraciones. El paciente es ingresado con diagnóstico de cólico renal derecho para control del dolor. Dada la no visualización de la litiasis, se solicita uroTC al día siguiente. En éste se objetiva una lesión hipodensa cuneiforme en el polo superior del riñón derecho sugestiva de infarto renal, con una arteria renal y vena permeables. Durante el ingreso se completa el estudio con un ecocardiograma (normal), RM (con mismos hallazgos que en TC) y estudio hematológico (trombofilia parcial, con IgG cardiolipina positivo débil). Se inicia tratamiento anticoagulante y se realiza control con ecografía con contraste a los 7 días donde se confirma infarto renal de aproximadamente el 20% en el polo superior del riñón derecho.

### **Discusión:**

El cólico renal es una patología muy frecuente, donde la búsqueda de la litiasis y la dilatación secundaria suele ser nuestro objetivo en las pruebas radiológicas realizadas en urgencias. Aunque la litiasis ureteral es la causa del dolor cólico el 97% de las veces, no debemos olvidar que otras patologías también importantes pueden cursar con esta clínica (como el caso presentado de infarto renal). Por este motivo, ante una ecografía normal en paciente con dolor cólico, deberían excluirse otros diagnósticos mediante la realización de TC (sin contraste, y si éste sigue siendo negativo repetir con CIV).

### **Conclusión:**

No todo dolor cólico está causado por una litiasis. Ante una ecografía renal normal deberíamos buscar otros diagnósticos posibles mediante ecografía o TC.



*Infarto renal en polo superior de riñón derecho*

**Bibliografía:**

C. Nicolau. Manejo diagnóstico del cólico renal. Radiología 2015;57(2):113-122



<b>Caso</b>	(716) Una trombosis de senos derales inesperada
<b>Autores</b>	Manuel Salomón De La Vega E Gorostiza Bermejo, A De La Fuente Gaztañaga, I Arrieta Artieda, M Carreras Aja, J Mendiola Arza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Cruces

### **Presentación:**

Mujer, 38 años. Desaparecida hace 48 horas. Encontrada con fiebre y alteración de la consciencia. Análisis con rhabdomiolisis y orina positiva para benzodiazepinas. Eritema cervical y mastoideo derechos. Descartar mastoiditis. TC sin contraste: aumento de volumen en hemicuello derecho con hipodensidad de grupos musculares laterocervicales y cervicales posteriores. Cambios de celulitis y engrosamiento de fascias. Tenue hiperdensidad de seno transversal derecho, que tras TC con contraste, presenta un defecto de repleción que se extiende hacia vena yugular interna derecha.

### **Discusión:**

Cambios de celulitis-miositis en hemicuello derecho con trombosis venosa profunda de seno transversal y vena yugular interna derechos.

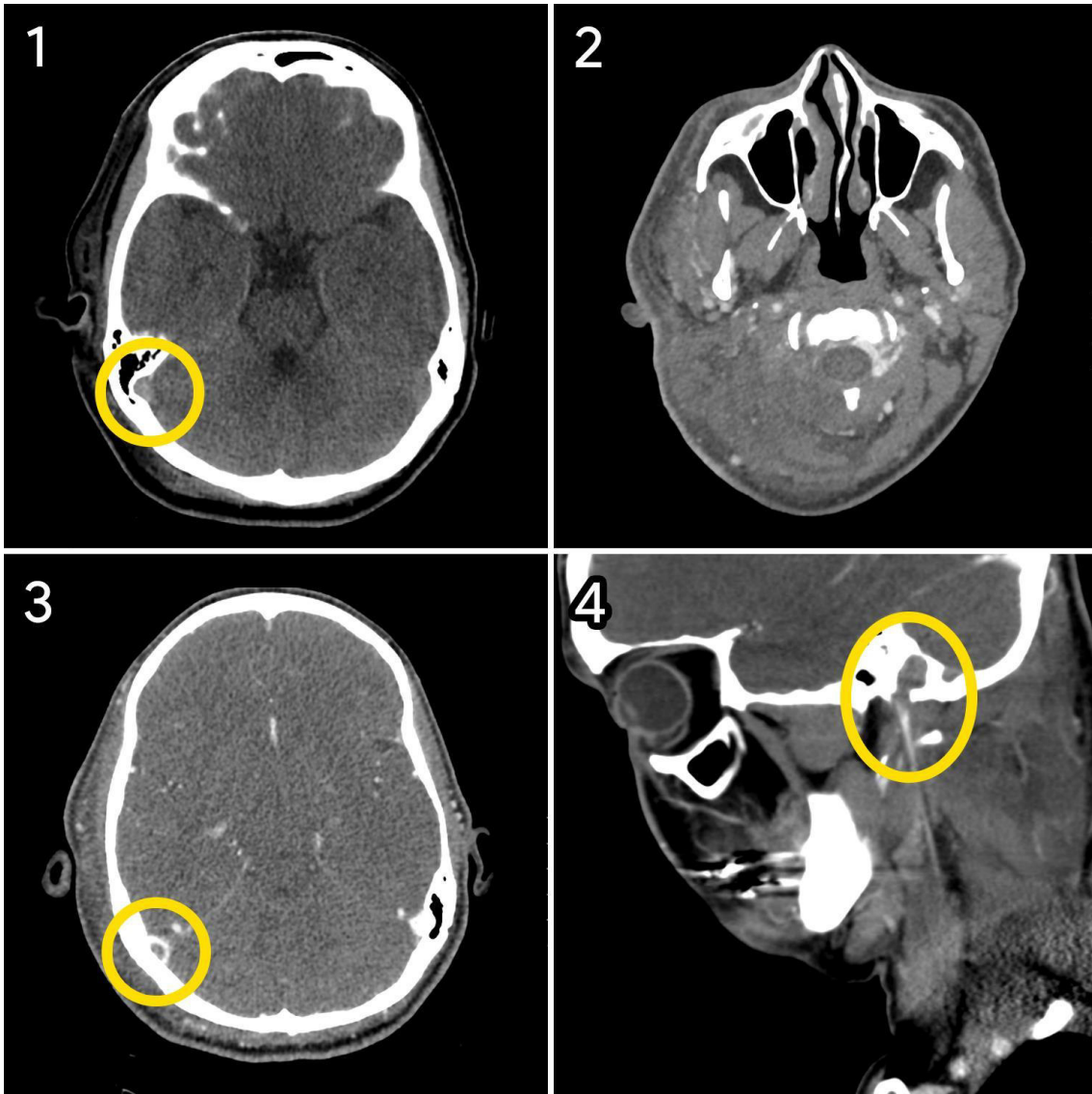
Se ingresa en UCI con tratamiento anticoagulante y antibiótico. Mejora progresivamente y se da el alta con sospecha de origen cutáneo.

La trombosis de senos derales es una entidad poco frecuente de diversas causas, entre ellas hormonales, estados protrombóticos, infecciones o enfermedades sistémicas. Cuando es secundario a una infección, normalmente suele ser debido a mastoiditis, siendo menos frecuente la celulitis orbitaria, la celulitis facial o, como en nuestro caso, una infección de los tejidos blandos del cuello. El diagnóstico requiere de una exploración con contraste para confirmar el defecto de repleción.

En muchos casos, en el estudio sin contraste la hiperdensidad en los senos es sutil y puede llevarnos a falsos negativos. De cara a valorar a esta paciente, es necesario integrar los hallazgos radiológicos de celulitis en cuello con los hallazgos clínicos de fiebre y alteración de la consciencia, para sospechar afectación vascular y realizar una exploración sin y con contraste.

### **Conclusión:**

La trombosis de senos derales es una complicación rara pero grave en procesos infecciosos de cabeza-cuello. La sospecha ha de basarse en criterios tanto clínicos como radiológicos. Es importante recordar valorar los senos derales en la TC con contraste, especialmente cuando se presentan datos infecciosos en territorio adyacente.



1. TC sin contraste, corte axial. Hiperdensidad en el seno transversal derecho. 2. TC tras contraste, corte axial. Cambios de edema y celulitis-miositis en hemicuello derecho. 3. TC tras contraste, corte axial. Defecto de repleción en seno transversal derecho. 4. TC tras contraste, corte sagital. Defecto de repleción en seno sigmoideo derecho y porción más craneal de vena yugular interna derecha.

### Bibliografía:

1. Rodallec M, Krainik A, Feydy A, Hélias A, Colombani J, Jullès M et al. Cerebral Venous Thrombosis and Multidetector CT Angiography: Tips and Tricks. *RadioGraphics*. 2006;26(suppl\_1):S5-S18.
2. Leach J, Fortuna R, Jones B, Gaskill-Shiple M. Imaging of Cerebral Venous Thrombosis: Current Techniques, Spectrum of Findings, and Diagnostic Pitfalls. *RadioGraphics*. 2006;26(suppl\_1):S19-S41.

3. Southwick F, Richardoson E, Swartz M. Septic Thrombosis of the Dural Venous Sinuses. *Medicine*. 1986;65(2):82-106.

<b>Caso</b>	(717) Relevancia de la variante fetal de la circulación craneal en el Código Ictus.
<b>Autores</b>	Manuel Salomón De La Vega E Gorostiza Bermejo, A De La Fuente Gaztañaga, I Arrieta Artieda, M Carreras Aja, J Mendiola Arza
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Cruces

### **Presentación:**

Varón, 67 años. Código Ictus. Pérdida de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo izquierdo. TC sin contraste: desdiferenciación corticosubcortical de territorio de ACP izquierda, borramiento de surcos e hiperdensidad de ACI izquierda. Estudio de perfusión: isquemia establecida en territorio de ACP izquierda. AngioTC de TSA: ACI no replecionada desde C1 hasta C6. Defecto de repleción en ACP izquierda. Origen fetal derecho.

### **Discusión:**

Trombosis de ACI con lesión isquémica aguda en territorio de ACP izquierda, con variante fetal de la misma, probablemente por suelta de émbolo desde ACI. Se avisa a radiología intervencionista y se realiza trombectomía mecánica sobre ACI izquierda. No se realiza trombectomía en ACP izquierda dado el extenso territorio ya infartado.

Se comenta con el servicio de Neurología y comentan cambio de la focalidad neurológica desde clínica de ACM hacia ACP.

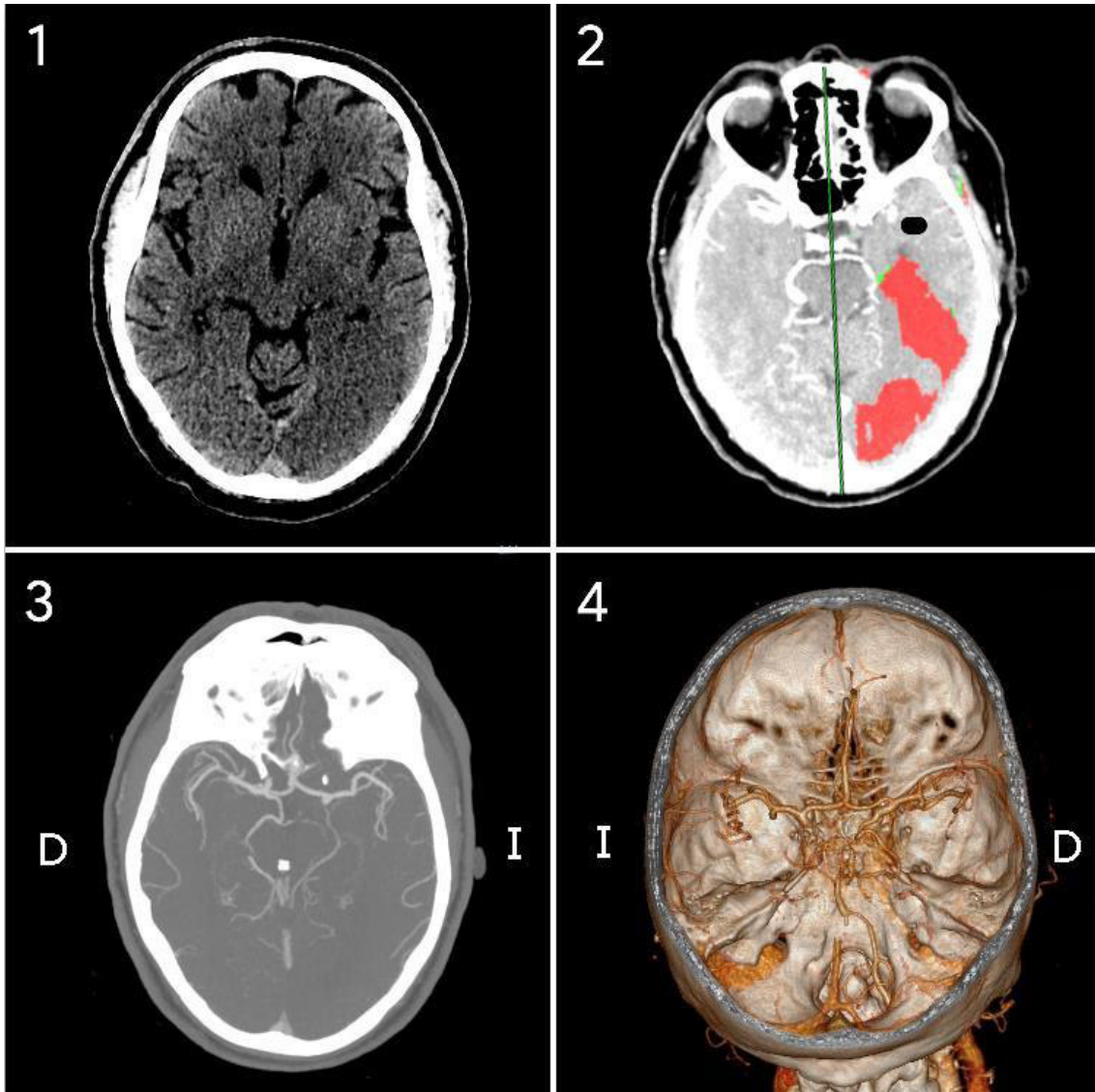
El origen fetal de la arteria cerebral posterior se presenta hasta en un 30% de pacientes. Es uni o bilateral. La arteria basilar es de menor tamaño de lo normal y el segmento P1 estará hipoplásico o ausente. La vía de acceso será a través de la ACI.

Nuestro caso ejemplifica cómo la ACP puede ser parte del territorio de ACI. Aunque no conocemos si el defecto de repleción de la ACP es en P1 o en la variante fetal, dado que presenae trombo en la ACI y hay un origen fetal en el lado contralateral, nos hace sospechar que el origen de la ACP izquierda es asimismo una variante fetal.

La clínica de ACM izquierda puede ser por émbolos distales no visualizados en el AngioTC, o por la isquemia temporal previa al avance del trombo de T carotídea a ACP.

### **Conclusión:**

Reconocer las variantes anatómicas de la circulación cerebral es de importancia de para comprender hallazgos no esperables en la TC, de cara al diagnóstico y tratamiento.



1. TC cerebral sin contraste, corte axial. Desdiferenciación cortico-subcortical occipital izquierda y borramiento de surcos. 2. Estudio de perfusión cerebral de territorio anterior. Parcialmente incluido en el estudio, área de disminución tanto de tiempo de tránsito medio como de volumen sanguíneo cerebral en relación con área de infarto establecido en territorio de ACP izquierda. 3. AngioTC de troncos supraaórticos, reconstrucción MIP, corte axial. Persistencia de la circulación fetal derecha. Defecto de repleción en ACP izquierda. 4. AngioTC de troncos supraaórticos, reconstrucción VR, visión oblicua. Persistencia de la circulación fetal derecha. Defecto de repleción en ACP izquierda.

### Bibliografía:

1. Dimmick S, Faulder K. Normal Variants of the Cerebral Circulation at Multidetector CT Angiography. *RadioGraphics*. 2009;29(4):1027-1043.
2. Arjal R, Zhu T, Zhou Y. The study of fetal-type posterior cerebral circulation on multislice CT angiography and its influence on cerebral ischemic strokes. *Clinical Imaging*. 2014;38(3):221-225.

<b>Caso</b>	(718) Pileflebitis como complicación de procesos infecciosos intestinales.
<b>Autores</b>	Manuel Salomón De La Vega E Gorostiza Bermejo, A De La Fuente Gaztañaga, L Mugica Álvarez, I Arrieta Artieda, M Carreras Aja
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Cruces

**Presentación:**

Mujer de 68 años. Acude al Servicio de Urgencias por disnea y fiebre de tres días de evolución. Previamente una semana de malestar general con vómitos. En los análisis, datos de sepsis. En la TC abdominopélvica tras contraste, se visualiza reticulación adyacente a la cabeza y proceso uncinado del páncreas, que impresiona de pancreatitis. En el hígado, llaman la atención numerosas imágenes hipodensas en ambos lóbulos hepáticos, de morfología redondeada y disposición discretamente arracimada, sin captación de contraste. Presenta asimismo trombosis parcial de vena porta principal, vena mesentérica superior y vena suprahepática media.

**Discusión:**

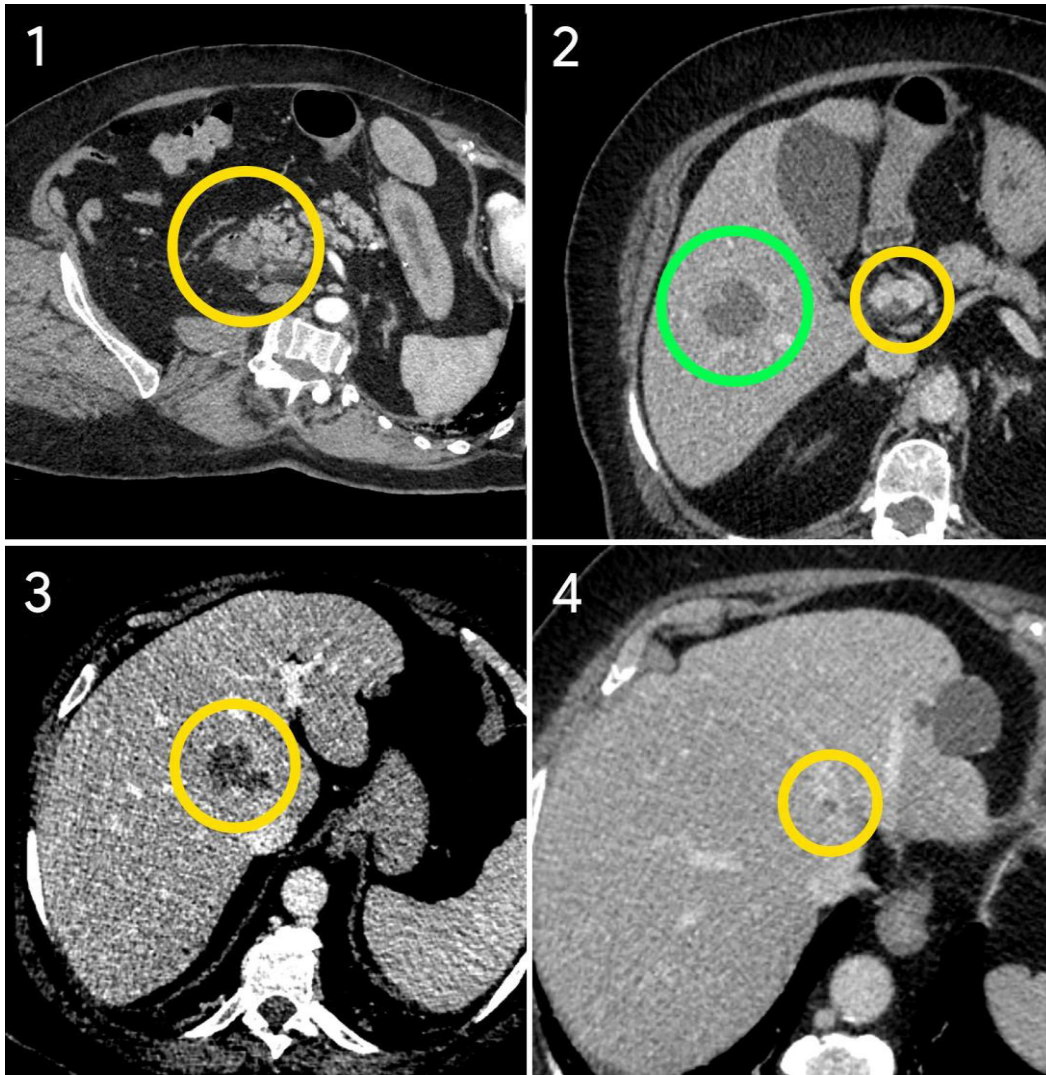
Se plantea el diagnóstico de pileflebitis con abscesos hepáticos de probable origen pancreático, planteando como diagnóstico diferencial menos probable metástasis de origen desconocido.

Tras antibioterapia, en controles sucesivos disminuye el número y tamaño de los abscesos hepáticos, así como las imágenes de trombosis, confirmando la sospecha de un cuadro infeccioso.

La pileflebitis, que se define como una tromboflebitis séptica de la vena porta, es una posible complicación de los procesos infecciosos de estructuras que drenan en el sistema portal. Es una complicación relativamente frecuente en las apendicitis agudas, aunque se puede ver en otros cuadros tales como diverticulitis o pancreatitis. Esta tromboflebitis, a su vez, propicia la formación de abscesos hepáticos.

**Conclusión:**

Para realizar un correcto diagnóstico en el contexto de sepsis, es importante entender la relación entre las estructuras anatómicas, pensar en la pileflebitis como una posible complicación grave de procesos infecciosos, y a su vez buscar un foco infeccioso en los casos de tromboflebitis portal.



1. TC abdominopélvico tras CIV en fase arterial, corte oblicuo. Reticulación alrededor de cabeza de páncreas y segunda porción duodenal. 2. TC abdominopélvico tras CIV en fase venosa, corte axial. Círculo amarillo: defecto de repleción parcial en vena porta en contexto de trombosis parcial de la misma. Círculo verde: lesión de bordes irregulares que, a pesar de que no realza en la periferia, sugiere de absceso en este contexto. 3. TC abdominopélvico tras CIV en fase venosa, corte axial. Lesiones hipodensas agrupadas en racimo que no captan CIV, sugieren de abscesos hepáticos en este contexto. 4. TC abdominopélvico tras CIV en fase venosa, corte axial. Defecto de repleción parcial en vena suprahepática media en contexto de trombosis parcial de la misma.

### Bibliografía:

1. Lee H, Park S, Yi B, Yeon E, Kim J, Hong H. Portal vein thrombosis: CT features. *Abdominal Imaging*. 2007;33(1):72-79.
2. Bartone G, Severino B, Armellino M, Domenico Maglio M, Castriconi M. Clinical Symptoms of Intestinal Vascular Disorders. *Radiologic Clinics of North America*. 2008;46(5):887-889.
3. García Figueiras R, Liñares Paz M, Baleato González S, Villalba Martín C. Case 158: Pylephlebitis. *Radiology*. 2010;255(3):1003-1003.

<b>Caso</b>	(719) Pielonefritis xantogranulomatosa: la necesidad de un diagnóstico combinado
<b>Autores</b>	David Esteban Díaz Pérez García Santana Ernesto; Fabuel Alcañiz Jj; Sánchez Guerrero C; Gonzalez Gordaliza C; Burgos Revilla J
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

### Presentación:

Mujer de 66 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por dolor lumbar derecho y fiebre de hasta 39°C de una semana de evolución. En la exploración física destaca abultamiento en fosa renal derecha con puñoperCUSión negativa. La analítica demuestra leucocitosis con neutrofilia. Se solicita TC urgente.

### Discusión:

La pielonefritis xantogranulomatosa es una variante de pielonefritis crónica que aparece asociada a obstrucción crónica y/o litiasis. Se considera una gran imitadora, pudiendo confundirse con neoplasias renales u otras. El cuadro típico es una mujer de mediana edad con dolor en flanco, masa abdominal, fiebre y cuadro constitucional, con datos de inflamación en la analítica. No tiene hallazgos patognomónicos, siendo el diagnóstico resultado de la combinación de datos clínicos, de imagen y anatomopatológicos de la pieza quirúrgica. La prueba de elección en el diagnóstico por imagen es la TC, siendo hallazgos habituales la sustitución del tejido renal por áreas focales de muy baja densidad rodeadas por un halo de mayor captación que refleja los cálices rellenos de tejido granulomatoso, así como cambios inflamatorios en la grasa perirrenal; la detección de obstrucción o litiasis es habitual. El tratamiento se realiza de forma urgente con antibióticos de amplio espectro y nefrectomía radical en bloque.

### Conclusión:

El diagnóstico de pielonefritis xantogranulomatosa requiere una alta sospecha por parte del clínico y la realización de una prueba de imagen, siendo de elección la TC.



***En el riñón derecho se aprecia litiasis de 22x13 mm en grupo calicial de región interpolar. El parénquima renal es heterogéneo con áreas de adelgazamiento focal cortical. Se identifica una colección con realce periférico que se extiende al espacio pararenal posterior derecho y a la pared abdominal posterolateral derecha, cuyas dimensiones máximas son 5,7x5,3 cm en el plano axial y 6,2 cm de extensión craneocaudal.***



**Bibliografía:**

1. Gil-Villa SA, Campos-Salcedo JG et al. Pielonefritis xantogranulomatosa, un diagnóstico complejo: reporte de un caso. Rev Mex Urol 2015; 75(2): 89-93.
2. Alberto Francisco Leoni, Pablo Kinleiner et al. Pielonefritis xantogranulomatosa: revisión de diez casos. Arch. Esp. Urol. 2009; 62(4): 259-271.
3. Alam A, Chander BN. Xanthogranulomatous Pyelonephritis: Diagnosis using Computed Tomography. MJAFI 2004; 60: 86-88.

<b>Caso</b>	(723) Mieloma múltiple extraóseo: una etiología poco habitual de masa retroperitoneal
<b>Autores</b>	David Esteban Díaz Pérez García Santana Ernesto; Sánchez Guerrero C; Fabuel Alcañiz Jj; González Gordaliza C; Burgos Revilla J
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

### Presentación:

Mujer de 75 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 15 días de evolución localizado en flanco izquierdo que irradia a ingle y muslo que se acompaña de polaquiuria y edemas de reciente aparición en miembros inferiores. Entre los antecedentes se incluye un mieloma múltiple diagnosticado y tratado en 2009 con primera línea de quimioterapia, sin que la paciente realizara los controles posteriores indicados. En la analítica destaca insuficiencia renal moderada de reciente aparición, LDH y dímero D aumentados. Se decide realizar TC urgente con contraste intravenoso.

### Discusión:

El mieloma múltiple es una neoplasia maligna productora de inmunoglobulinas monoclonales que derivada de células plasmáticas. La presentación extraósea aparece solo en el 5% de casos y se asocia a un curso más agresivo. Puede afectar a cualquiera de las estructuras del retroperitoneo, cursando con una clínica variable. Debe realizarse diagnóstico diferencial con tumores retroperitoneales primarios, tumores urológicos y metastásicos, para lo cual puede recurrirse a la electroforesis, pruebas de imagen (fundamentalmente la TC) o a la obtención de muestras anatomopatológicas, si bien el elemento más importante es tener un antecedente personal de mieloma múltiple. El tratamiento implica quimioterapia a altas dosis para reducir el volumen.

### Conclusión:

El mieloma múltiple extraóseo es una causa rara de masa retroperitoneal cuyo diagnóstico requiere la combinación de datos clínicos, analíticos, radiológicos y anatomopatológicos.



*En la TC se observan masas sólidas voluminosas de atenuación heterogénea localizadas en retroperitoneo con tendencia a la confluencia, que engloban al eje aortoiliaco, el riñón y la suprarrenal izquierda así como ambos uréteres, donde comprimen y condicionan una ureterohidronefrosis grado II. Las masas se extienden desde niveles mediastínicos periaórticos hasta pelvis menor, donde no existen planos de separación graso con vejiga ni órganos genitales internos, por lo que posiblemente se encuentren infiltrados.*

**Bibliografía:**

1. Antguaco E, Fassas A, Walker R, Sethi R, Barlogie B. Multiple myeloma: clinical review and diagnostic imaging. Radiology 2004; 231: 11-23.
2. Patlas M, Khalili K, Dill-Macky M, Wilson S. Spectrum of imaging findings in abdominal extraosseus myeloma. AJR Am J Roentgenol 2004; 183(4): 929-32.
3. Berdugo, Juan Oswaldo; Garzón, Julián Gonzalo; Nieto Sonia, Janeth. Mieloma múltiple extraóseo con afectación retroperitoneal: reporte de un caso. Rev. colomb. radiol 2008; 19(4):2539-2541.

<b>Caso</b>	(726) Rotura traqueal postintubación
<b>Autores</b>	Jade García Espinosa Elena Moya Sánchez, Alberto Martínez Martínez
<b>Centro</b>	H.A.R Alcalá la Real

### **Presentación:**

Paciente mujer de 86 años intubada en el postoperatorio de cirugía maxilofacial, con clínica de insuficiencia respiratoria aguda. Se realizó tomografía computarizada (TC) de tórax en la que se apreció abundante enfisema en tejidos blandos de cuello y tórax, neumotórax derecho, neumomediastino y solución de continuidad en la pared posterolateral derecha de la tráquea.

### **Discusión:**

El diagnóstico radiológico fue de rotura traqueal postintubación, lo que se confirmó mediante fibrobroncoscopia.

La rotura traqueal postintubación orotraqueal es una complicación muy infrecuente pero con elevada morbimortalidad. Las situaciones que más la favorecen son la intubación emergente, intentos múltiples, uso de fiador, hiperinsuflación del balón del tubo, recolocación del tubo sin desinflar el balón, movimientos del paciente con el balón inflado e inexperiencia del médico.

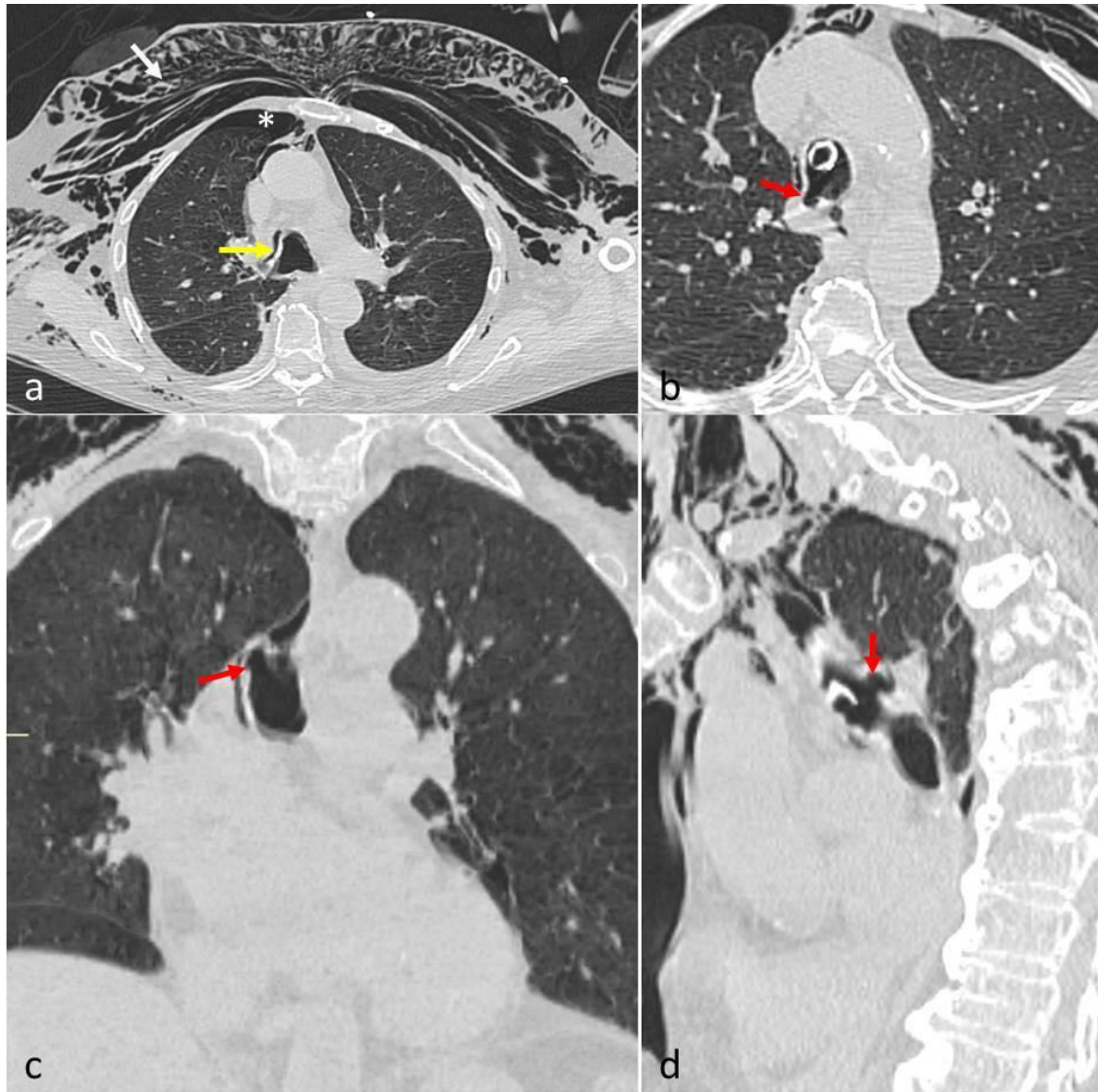
Puede ser longitudinal o transversal. Las longitudinales son las más frecuentemente relacionadas con intubación, ocurriendo prácticamente siempre en la pared posterior traqueal, membranosa, de menor resistencia y grosor que la pared anterolateral, cartilaginosa.

La técnica de imagen de elección en Urgencias es la TC, que muestra signos indirectos inespecíficos como neumomediastino, neumotórax, enfisema de tejidos blandos extrapulmonares que aumenta progresivamente, pérdida de la forma circunferencial de la pared traqueal, deformidad de su contorno, comunicación anormal de la misma con otras estructuras mediastínicas o aire paratraqueal. En algunas ocasiones, como en nuestro caso, puede localizarse una solución de continuidad en la pared traqueal, siendo este el único signo directo de rotura. Un signo que nos ayuda a localizar la lesión es la herniación del globo a través de la misma adquiriendo una forma en mancuerna o "Mickey Mouse".

La rotura traqueal debe confirmarse con fibrobroncoscopia o cirugía.

### **Conclusión:**

La rotura traqueal postintubación es infrecuente y grave. La presencia de los signos indirectos descritos o la visualización directa de lesión traqueal en un paciente intubado, deben hacernos sospechar esta entidad.



*TC de tórax en plano axial (a y b) y reconstrucciones coronal (c) y sagital (d) donde se aprecia enfisema de partes blandas de tórax (flecha blanca), neumotórax (asterisco), neumomediastino (flecha amarilla) y solución de continuidad en la pared posterior de la tráquea (flechas rojas).*

### **Bibliografía:**

- H. Lim, J. H. Kim, D. Kim, J. Lee, J. S. Son, D. C. Kim, and S. Ko. Tracheal rupture after endotracheal intubation. A report of three cases. Korean J Anesthesiol. 2012; 62(3): 277–280.
- E. Miñambresa, J. Burona, A. González-Castroa, JC. Rodríguez-Borregana, R. Monsb, F. López-Espada. Tracheal rupture after urgent intubation. Med Intensiva 2005;29(7):393-5.

- C. R. Medina, JJ. Camargoll, JC. Felicettill, T. N. Machuca, B. M. Gomes, L. A. Melo. Post-intubation tracheal injury: report of three cases and literature review. J. bras. Pneumol 2009;35(8).
- J. Chen, K. Shanmuganathan, SE. Mirvis, KL. Killeen, RP. Dutton. Using CT to diagnose tracheal rupture. AJR 2001;176(5).

<b>Caso</b>	(728) LA RADIOGRAFÍA LATERAL DE TÓRAX: LA GRAN DESCONOCIDA
<b>Autores</b>	María Duque Muñoz Ana María Mañas Hernández; Juan Lloret Del Hoyo; Luis Moreno Domínguez; María De Los Ángeles Rojas Soldado; Marina Bertólez Cué
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Clínico San Carlos

### **Presentación:**

Mujer de 80 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor lumbar y pérdida de apetito realizándose radiografía posteroanterior y lateral de tórax. En estas se observa una masa bien definida en ángulo cardiopulmonar derecho, que se decide caracterizar mediante ecografía teniendo como sospecha inicial lesión quística extraxial. La ecografía abdominal sorprendió con gran masa de partes blandas con infiltración pulmonar, hepática y retroperitoneal. Se decide su estudio programado. Acude días después a urgencias por empeoramiento clínico donde se realiza TC toracoabdominal confirmando gran tumoración heterogénea toraco-abdominal con epicentro en esternón que presenta patrón óseo parcheado con calcificaciones anulares, produciendo compresión y afilamiento de vena cava superior, afectación mediastínica con estrechamiento bronquial, invasión hepática e infiltración intestinal con perforación secundaria, falleciendo la paciente. No se realizó autopsia que confirme la sospecha radiológica pero dada la destrucción esternal con la masa de partes blandas y el patrón óseo parcheado con calcificaciones anulares la sospecha diagnóstica fue condrosarcoma de alto grado con invasión toraco-abdominal.

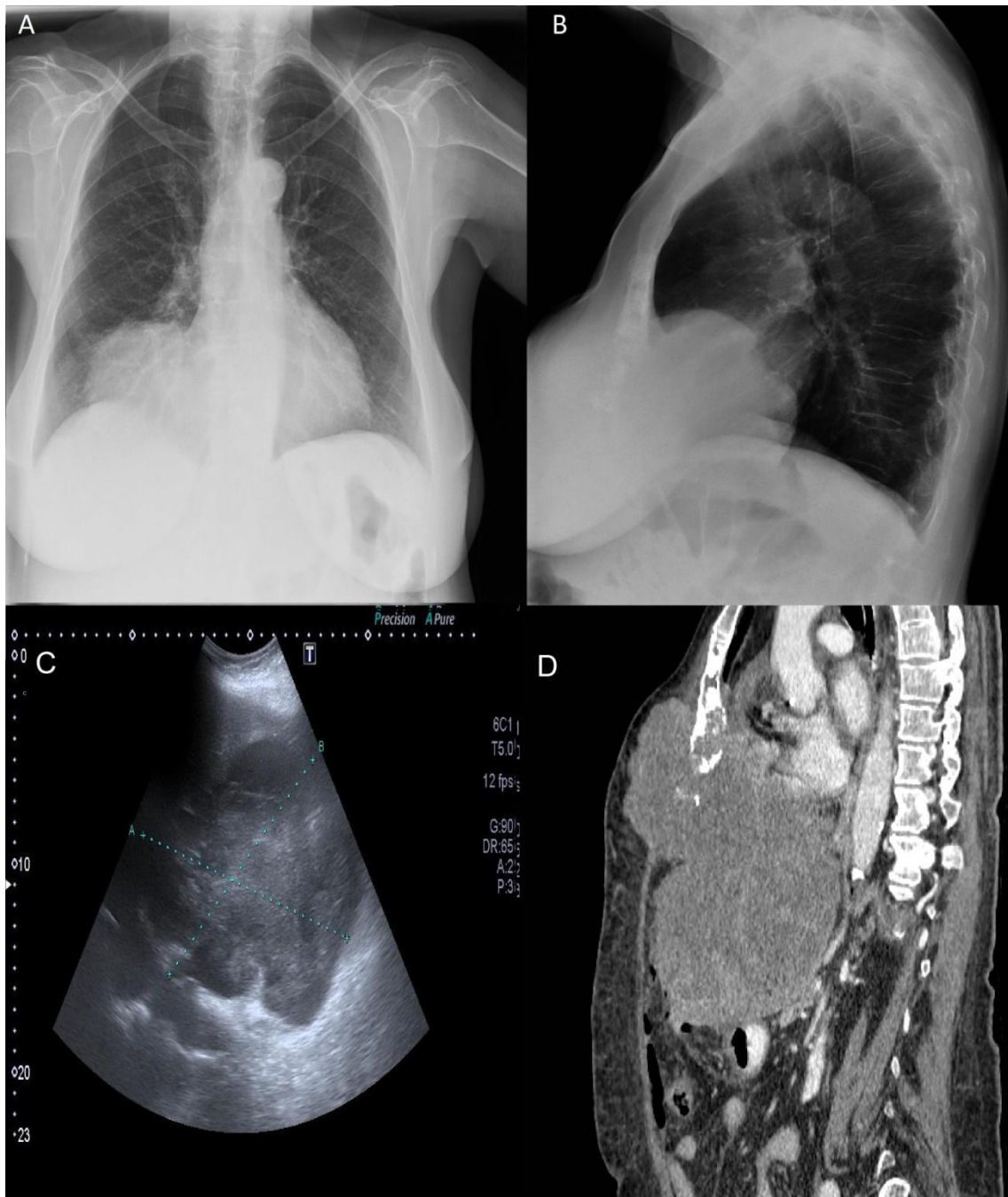
### **Discusión:**

El diagnóstico inicial ante una lesión bien definida en el ángulo cardiopulmonar en el ámbito de la urgencia debe ir dirigido a diferenciar patologías comunes y benignas en dicha localización, como la hernia diafragmática, la grasa epicárdica o el quiste pericárdico.

En este caso la lesión ósea agresiva no fue sospechada en un principio sino tras realizar la ecografía abdominal y reevaluando retrospectivamente la proyección lateral del tórax siendo indispensable ésta al observar en ella la erosión y pérdida de la cortical esternal, que posteriormente se caracteriza en el TC como característico de condrosarcoma.

### **Conclusión:**

Se demuestra la importancia de la lectura correcta de la Radiografía de Tórax en especial su proyección lateral.



**A. Radiografía anteroposterior de tórax: se identifica masa en el ángulo cardiofrénico derecho. B. Proyección lateral: se observa destrucción esternal. C. Ecografía abdominal: se identifica una masa infiltrante sólida. D. TC toracoabdominal: se observa una gran masa con epicentro en el esternón que infiltra tórax y abdomen y que presenta calcificaciones anulares.**

### **Bibliografía:**

Pineda. V, Andreu. J, Cáceres. J, Merino. X, Varona. D y Domínguez-Oronoz. R. Lesiones of the cardiophrenic space: findings at-cross sectional imaging. Radiographics. 27 (1)





<b>Caso</b>	(729) VIENDO CÓMO SANGRA EL DIVERTÍCULO.
<b>Autores</b>	Alejandro Cernuda García Juan Calvo Blanco, Karen Del Castillo, Ana Isabel Barrio Alonso, Ana Menezes Falcao, Verónica Soto Verdugo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

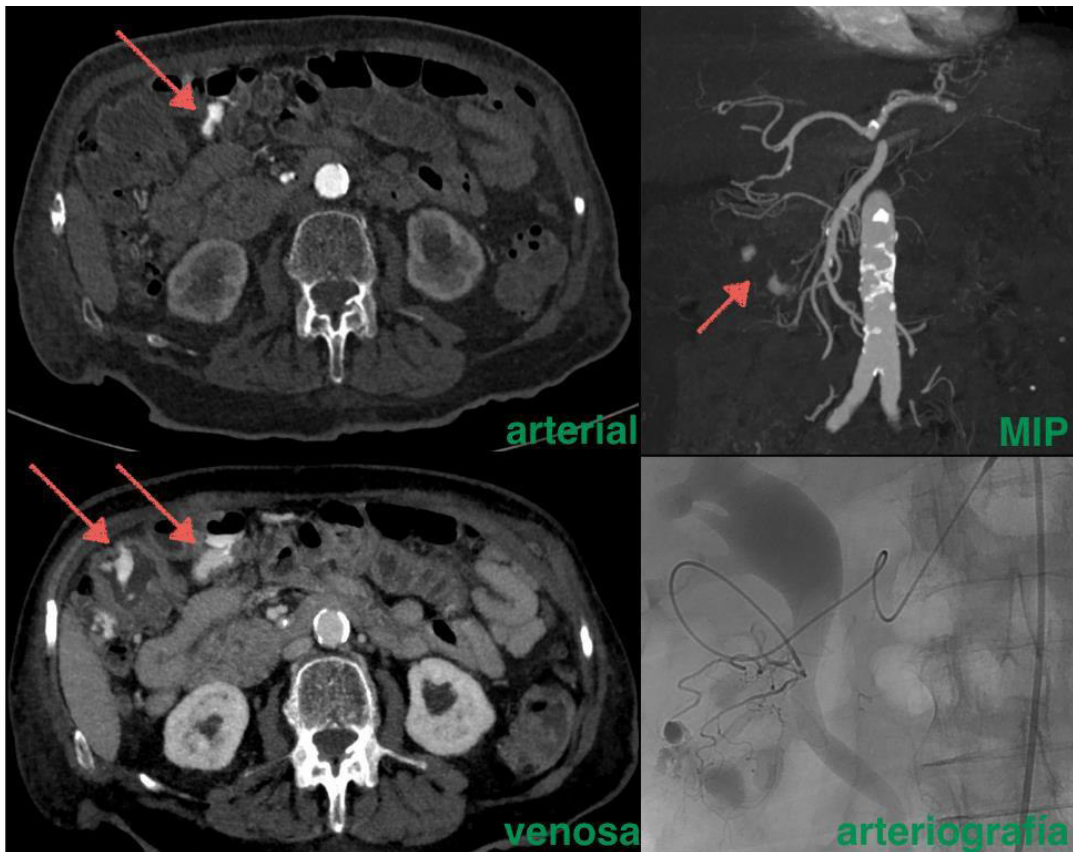
DATOS CLÍNICOS: Shock hemodinámico en mujer de 72 años con rectorragias. Angio-TC urgente para determinar origen del sangrado. HALLAZGOS: Importante sangrado activo endoluminal en ángulo hepático del colon de origen diverticular. Embolización urgente: embolización con onyx de ramas dependientes de la arteria cólica derecha que irrigan un divertículo con sangrado activo.

**Discusión:**

DIAGNÓSTICO: Sangrado activo de origen diverticular. REFLEXIÓN DOCENTE: La diverticulosis colónica es una entidad con elevada prevalencia y asociada a múltiples complicaciones, comúnmente diverticulitis y hemorragia. La hemorragia diverticular es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja. Ante sospecha de sangrado activo, el Angio-TC es la prueba de imagen de elección para determinar origen del sangrado. Inicialmente, se realiza un estudio sin CIV para visualizar posibles materiales hiperdensos y evitar falsos positivos. Posteriormente, una fase arterial tardía permitirá visualizar el sistema arterial y dará tiempo a que el contraste llegue a la lesión y se extravase. Finalmente una fase venosa permitirá ver sangrados más tardíos o de bajo débito, observando mayor extravasación. La embolización arterial es una alternativa efectiva y de menor moribimortalidad a la cirugía. Se realiza en primer lugar un estudio angiográfico, que junto al mapa vascular del Angio-TC, permite determinar con exactitud el punto de sangrado para posteriormente realizar embolización supraselectiva de las arterias implicadas.

**Conclusión:**

La patología diverticular es la principal causa de hemorragia digestiva baja. Ante sangrados activos, lo más importante es determinar el origen del sangrado, siendo el Angio-TC la técnica de imagen de elección. La angiografía endovascular y la embolización transcatóter son alternativas seguras, eficaces y con menor morbi-mortalidad a la cirugía.



**Angio-TC fase arterial:**Extravasación de contraste endoluminal en colon de origen diverticular en relación con sangrado activo (Flechas rojas). **Fase venosa:** aumento de la extravasación de contraste (Flechas rojas). **Reconstrucción MIP arterial:** se observan los focos de sangrado (Flechas rojas). **Angiografía selectiva en arteria cólica derecha** que muestra la extravasación de contraste (Flechas rojas).

### Bibliografía:

Raja S Ramaswamy et al. Role of interventional radiology in the management of acute gastrointestinal bleeding. world journal of radiology.

S. Quiroga. Hemorragia digestiva: papel de la radiología. Radiología. 2011;53(5):406-420

<b>Caso</b>	(730) COMPLICACIONES EN PACIENTE CON COLECISTITIS AGUDA EN TRATAMIENTO CONSERVADOR
<b>Autores</b>	Carmen Dolores Herrero Platero Maria Del Mar Muñoz Ruiz , Alejandra Doroteo Lobato
<b>Centro</b>	HOSPITAL COMARCAL AXARQUIA

**Presentación:**

Paciente de 69 años con diagnóstico de colecistitis aguda en tratamiento conservador desde hace 7 días , comienza con dolor abdominal difuso, defensa y sensación de plastrón en HCD. No fiebre. Ictericia cutáneo-mucosa. En la analítica destaca 28000 leucocitos, trastorno de la coagulación y HB 6.7. Se realiza ecografía visualizando importante engrosamiento de pared vesicular, muy vascularizada y con irregularidad de la pared posterior sugerente de perforación. Dilatación de vía biliar intrahepática probablemente compresiva, gran cantidad de líquido libre con ecos en el interior que se interpreta como probable coleperitoneo. Dada la anemia brusca se solicita angioTAC-abdomen objetivando imagen compatible con pseudoaneurisma en la pared vesicular y contenido denso de la misma por probable sangrado no apreciando otros focos hemorrágicos en el estudio.

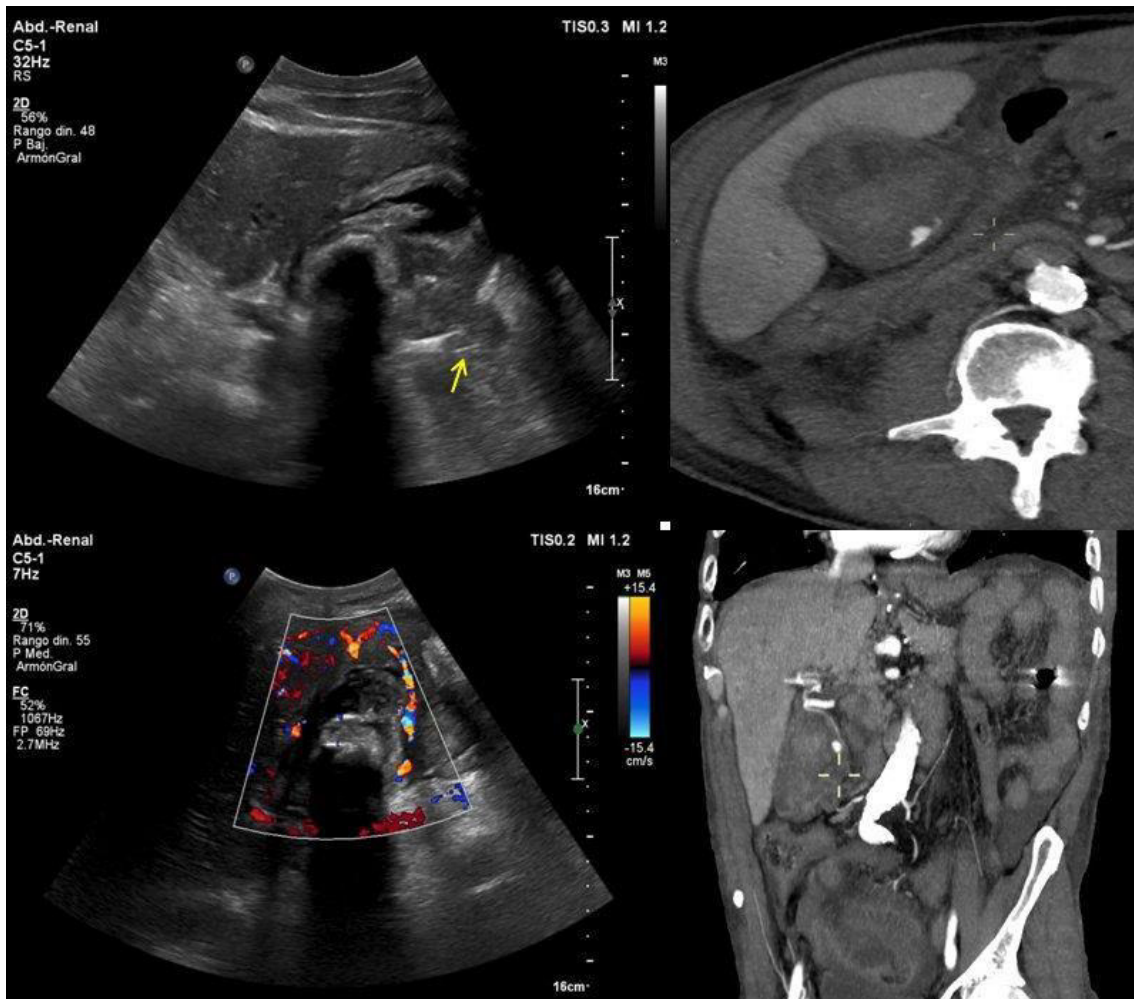
**Discusión:**

Se realiza laparotomía media encontrando gran cantidad de coágulos y líquido libre hemático. No se aprecia bilis. La vesícula muestra perforación con pequeño absceso, colelitiasis y coágulos en el interior sin salida de bilis .Se realiza aspirado del hemoperitoneo y colecistectomía. No hay sangrado activo. El paciente evoluciona favorablemente

La perforación vesicular aparece en un 5% a 10% de los casos de colecistitis aguda. Un gran número de las perforaciones son subagudas provocando la aparición de un absceso adyacente al fundus vesicular .En ecografía se observa una colección líquida perivesicular compleja, ecogénica, con septos o bien, rodear totalmente a la vesícula con ausencia de visibilidad de la misma. La Colecistitis hemorrágica es causa infrecuente de abdomen agudo, presentando una elevada mortalidad.

**Conclusión:**

El diagnóstico inicial de complicaciones biliares se realiza con ecografía donde en nuestro caso dada la perforación, pensamos en coleperitoneo. No obstante , en muchas ocasiones es necesario realización de TC más sensible para la detección de complicaciones como en este caso el foco sangrante en la vesícula



*colecistitis hemorrágica perforada como causa de hemoperitoneo*

### Bibliografía:

L. Martín Martínez, I. C. Duran Palacios, E. Garcés Redolat, C. Eguizabal Subero, C. Moratinos Yagüez, A. Groba. Colecistitis aguda: las múltiples caras de una gran conocida. SERAM 2014

Mendoza Arnau, F. Muñoz Parra, C. Ortiz Cueva, A. Izco Aso, J. C. Sanchez Sanchez Diagnóstico por imagen de hemoperitoneo espontáneo SERAM 2012 / S-0525

Syme RG, Thomas EJ. Massive hemoperitoneum from transhepatic perforation of the gallbladder: a rare complication of cholelithiasis. Surgery 1989; 105: 556-9.

<b>Caso</b>	(731) Invaginación de intestino delgado en adulto
<b>Autores</b>	Jenny Soraya Cárdenas Herrán Julio Cesar Rivera, Rebeca Miron Mombiela, Jelena Vucetic, Marian Revert, Jose Quirante
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario de Valencia

### **Presentación:**

Mujer de 41 años de edad, presenta dolor centroabdominal de un mes de evolución, agudizado hace tres días asociando náuseas y diarrea aislada. A la palpación dolor periumbilical, sin irritación peritoneal. La ecografía muestra en un corte transversal una masa en hipogastrio redondeada con múltiples anillos concéntricos (signo de la diana) que se relaciona con asas aparéticas de intestino delgado y liquido libre interasas, la TC identifica una invaginación íleo-ileal con dilatación de las asas proximales, compatible con suboclusión. Recibió tratamiento quirúrgico hallando un pólipo inflamatorio ileal intraluminal.

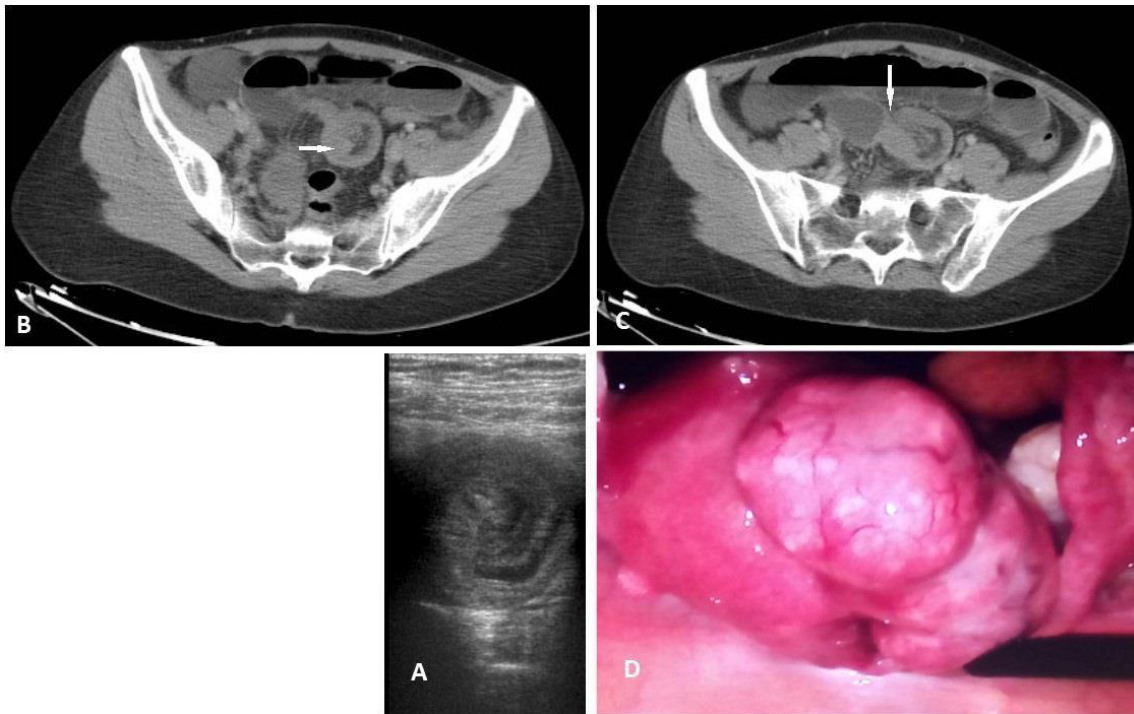
### **Discusión:**

La invaginación intestinal es una patología poco frecuente en adultos y representa el 1-5% de las causas de obstrucción intestinal en este grupo de pacientes, la presentación clínica es poco específica, puede ser asintomática o presentar síntomas agudos, intermitentes o crónicos, por lo cual se requiere un alto índice de sospecha para llegar al diagnóstico. En adultos generalmente tiene una causa demostrable en el 70-90% de los casos.

La invaginación consiste en que un segmento proximal del tracto gastrointestinal (intussusceptum) y su mesenterio se introduce en la luz de un segmento distal adyacente (intussusciens), lo anterior como resultado del peristaltismo, ya que las contracciones proximales y relajaciones distales en porciones del tracto digestivo que presentan lesiones en la pared o intraluminales, como pólipos intestinales, exacerban dichos movimientos. Se pueden clasificar en invaginaciones sin punto guía que generalmente son transitorias e invaginaciones con punto guía que pueden ser recurrentes, persistentes o transitorias. En estos casos la TC es la técnica de elección para realizar el diagnóstico de invaginación y su clasificación, que orientara a un tratamiento correcto.

### **Conclusión:**

En el diagnóstico de invaginación intestinal del adulto la TC es la técnica de elección que permite realizar una correcta valoración del tipo de invaginación y evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios.



**A, Ecografía abdominal que muestra en un corte transversal una masa en hipogastrio correspondiente a una porción de ileon, redondeada con múltiples anillos concéntricos (signo de la diana), los cuales están conformados por las paredes de intestino delgado edematizadas y una zona central ecogénica que permite sospechar una invaginación con punto guía. B, C, corte axial de TC abdominopélvico con contraste que muestra una invaginación ileo-ileal con el signo de la diana, objetivando grasa mesentérica en el interior de la invaginación y presencia de punto guía con dilatación de asas proximales, compatible con suboclusión. D, Se realiza por laparotomía resección ileal de la porción invaginada objetivando masa polipoidea, el resultado anatomopatológico reporta un pólipo fibrinoide inflamatorio ulcerado que invagina la muscular.**

### **Bibliografía:**

1. Young H. Kim, MD. Michael A. Blake, FFR(RCSI), FRCR. Mukesh G. Harisinghani, MD. Krystal Archer-Arroyo, MD. Peter F. Hahn, MD, PhD. Martha B. Pitman, MD. Peter R. Mueller, MD. Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point. *RadioGraphics* 2006; 26:733–744. Published online 10.1148/rg.263055100.
2. Stephanie L. Rufener, MD. Khaldoun Koujok, MD. Barbara J. McKenna, MD Michael Walsh, MD. Small Bowel Intussusception Secondary to PeutzJeghers Polyp. *RadioGraphics* 2008; 28:284 –288. Published online 10.1148/rg.281075092.
3. Pablo Alvaray Quilodrán, Giancarlo Schiappacasse Faúndes, Andrés Labra Weitzler, Camila De La Barra Escobar. Invaginaciones intestinales en adultos: la visión del radiólogo. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2015;45:323-332

<b>Caso</b>	(734) NO ES DISECCIÓN TODO LO QUE PARECE
<b>Autores</b>	Lucía Terán Álvarez Karen Del Castillo Arango, Juan Sanz Díaz, Sandra Sánchez García, Helena Cigarrán Sexto, Faustino García Arias
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

Mujer de 72 años hipertensa como único antecedente de interés, que acude al Servicio de Urgencias por dolor precordial y crisis hipertensiva. Se realiza ecocardiografía urgente donde objetivan flap intimal en aorta ascendente sugestivo de disección aórtica por lo que solicitan angioTC de aorta toracoabdominal. Se realiza una fase sin contraste previa, fase arterial y venosa con sincronismo cardíaco en TC Somatom Definition Flash 128 detectores con los siguientes hallazgos: Aneurisma de aorta ascendente de 40 mm de diámetro (anterior a la salida de los troncos supraaórticos) sin signos de disección aórtica ni rotura inminente. Se identifican 2 formaciones saculares dependientes de la pared de la aorta ascendente compatibles con pseudoaneurismas. El mayor mide 46 mm y provoca compresión del tronco de la arteria pulmonar y de la arteria pulmonar principal derecha. Ante la situación hemodinámica de la paciente se decide intervención quirúrgica para sustitución de aorta ascendente.

**Discusión:**

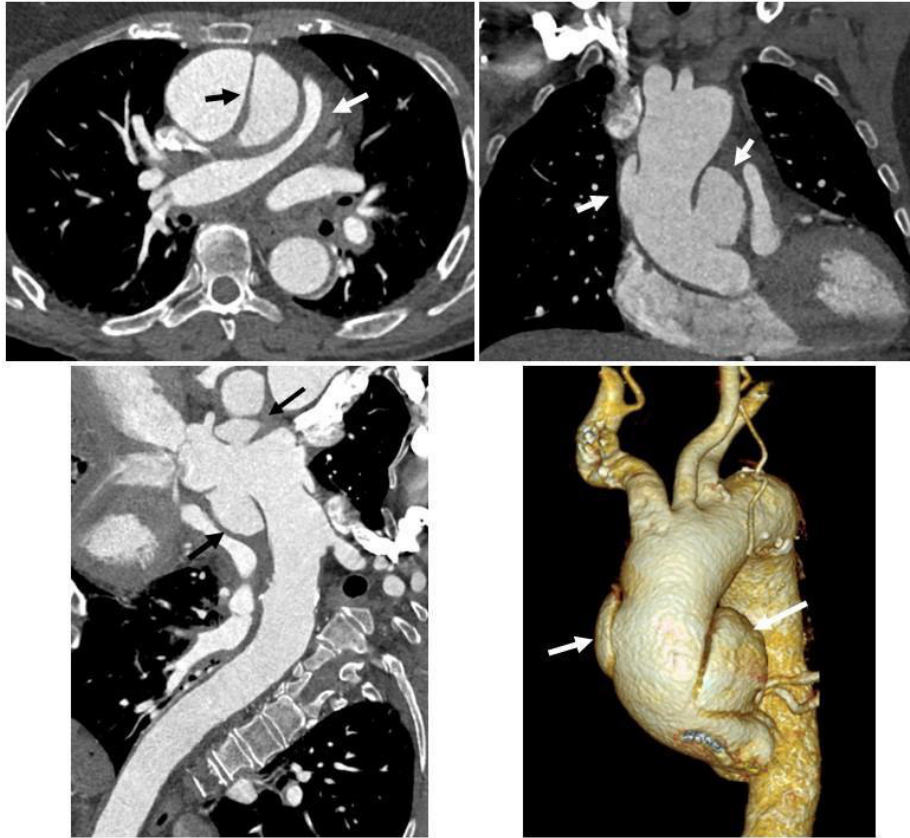
Los pseudoaneurismas son consecuencia de una interrupción de la continuidad de la pared arterial, con rotura de la íntima y la media, quedando contenido por la adventicia. La presión arterial mantenida provoca una dilatación sacular en la pared que forma el pseudoaneurisma.

Son de causa iatrogénica o traumática, aunque en casos raros pueden ser secundarios a una úlcera arterioesclerótica penetrante. Los hallazgos radiológicos muestran una dilatación sacular dependiente de la luz aórtica limitada por la adventicia o por los tejidos de partes blandas adyacentes. Además de analizar las reconstrucciones en plano axial, el estudio se debe completar mediante reconstrucciones en plano sagital y coronal ya que puede simular una disección aórtica.

**Conclusión:**

Los pseudoaneurismas aórticos son poco frecuentes y para su diagnóstico es necesario realizar un angioTC de aorta con reconstrucciones en plano axial, sagital y coronal para establecer el diagnóstico diferencial con la disección de aorta.





**A) TC axial con CIV: Línea hipodensa en aorta ascendente que simula un flap intimal (flecha negra). Compresión que el pseudoaneurisma produce sobre el tronco de la arteria pulmonar y la arteria pulmonar principal derecha (flecha blanca). B) TC coronal con CIV, C) Reconstrucción curva de aorta y D) TC 3D volume rendering: pseudoaneurismas dependientes de la pared lateral de la aorta (flechas).**

### **Bibliografía:**

Lee S, Cho SH. Huge ascending aortic pseudoaneurysm caused by a penetrating atherosclerotic ulcer. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2008;1 (3): e19-20.

<b>Caso</b>	(735) Apendagitis epiploica. Dolor en fosa ilíaca izquierda en urgencias no es sinónimo de diverticulitis
<b>Autores</b>	Andrea Domínguez Igual María Del Mar García Gallardo, Antonio Ruiz Salas, Tania Diaz Antonio
<b>Centro</b>	Universitario Virgen de la Victoria

### **Presentación:**

Varón de 59 años que acude de forma repetida a Urgencias por dolor en FII que no cede a tratamiento analgésico. No otra sintomatología. Única alteración analítica PCR elevada. Ante la sospecha de diverticulitis aguda se realiza TC de abdomen c/c visualizándose un área ovoidea de densidad grasa adyacente a la unión de colon descendente/sigmoide asociado a aumento de la atenuación de la grasa circundante. Pese a la presencia de divertículos en colon sigmoide estos no muestran cambios inflamatorios. Hallazgos compatibles con apendagitis epiploica.

### **Discusión:**

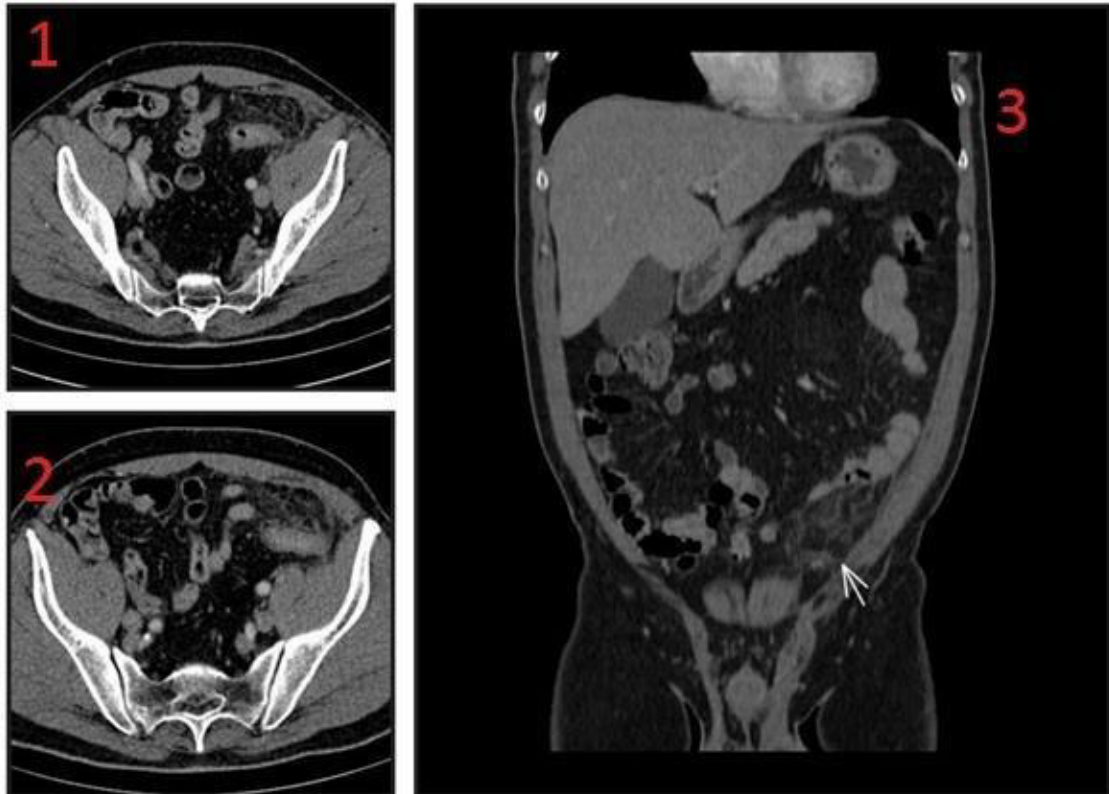
La apendagitis es un proceso infrecuente, benigno y autolimitado que afecta con mayor frecuencia a varones en la 4ª-5ª década de la vida. La localización más frecuente es en cuadrantes inferiores, en las áreas adyacentes a sigma y ciego (casi siempre fosa ilíaca izquierda) debido a una torsión/oclusión del vaso central de un apéndice epiploico condicionando un cuadro autolimitado de inflamación y eventualmente infarto isquémico.

Ante un cuadro de dolor en FII es importante establecer la correlación con los datos analíticos, exploratorios y las pruebas de imagen planteándose el diagnóstico diferencial con otras entidades:

- Diverticulitis (presencia de divertículos en el marco cólico con parámetros inflamatorios alterados)
- Colitis (afectación inflamatoria del colon de diversa etiología)
- Infarto omental (más frecuente en hipocondrio/flanco derecho y puede presentarse en la infancia)

### **Conclusión:**

El TCMC adquiere gran importancia en el estudio del dolor FII en Urgencias, confirmando la etiología, valorando la severidad/complicaciones asociadas al cuadro y el manejo terapéutico ante el mismo.



TCMC de Abdomen c/c

*1. Corte axial de TCMC de abdomen c/c. Área ovoidea de baja densidad rodeada asociada a aumento de la atenuación de la grasa circundante. 2. Mínimos cambios inflamatorios en la unión del colon descendente/sigmoide, adyacente a la lesión sin imagen de divertículo asocia a dicho nivel. 3. Reconstrucción coronal de TC de abdomen del mismo paciente localizando el área afecta a nivel de FII.*

### Bibliografía:

- Roig Salgado, E.Santa Eulalia Mainegra, D.Yago Escusa, G,Martinez Sanz, E.Y. Vilar Bonasa, F.O.Lenghel. Apendagitis y su diagnóstico diferencial. Congreso SERAM 2014, S-1174. Presentación electrónica.
- M.Carreras Aja, I. Arrieta Artieda. Manejo radiológico del abdomen agudo no traumático. J.L.del Cura, S.Pedraza, A.Gayete. Radiología Esencial. 2ªed.Madrid.Panamericana; 2010. 569-571.

<b>Caso</b>	(737) Poliposis yeyunal sangrante, invaginación yeyuno-yeyunal, colecistitis perforada y neoplasia pulmonar diseminada...¿¿¿todo yo???
<b>Autores</b>	Elena Diez Lasheras Irantzu Aloa Hermoso De Mendoza, Laura Alonso Irigaray, Sonia Santos Ochoa De Eribe, David Quintana Blanco, Ibon Enciso Baztan
<b>Centro</b>	HUA Txagorritxu

**Presentación:**

Varón de 63 años con antecedentes de Billroth II por perforación de ulcus gástrico y anticoagulación por TVP de repetición. Acude a Urgencias por dolor abdominal, melenas y vómitos hemáticos, observándose en la analítica anemia, aumento de reactantes de fase aguda e INR elevado. En gastroscopia se visualiza coágulo formado que tapiza la curvatura mayor y sangre fresca sin punto claro de sangrado. Se ingresa al paciente y se realiza ecografía, en la que se objetivan signos de colecistitis aguda. Se repite gastroscopia por persistencia de melenas y anemia y se detecta angiodisplasia gástrica de 2 mm, que se fotocoagula con Argón. Continúa con hemorragia activa y anemia y precisa una 3ª gastroscopia: en asa eferente a 10 cm de la anastomosis lesión vegetante, ulcerada, que ocupa el 50% de la circunferencia. Se realiza TCMD, con los siguientes hallazgos: -Múltiples pólipos de gran tamaño en yeyuno. Suboclusión intestinal por invaginación yeyuno-yeyunal con pólipo de 7 cm en la cabeza de la invaginación. Líquido libre intraperitoneal con realce difuso del peritoneo. -Colecistitis aguda perforada, con absceso hepático. -Masas suprarrenales bilaterales. -Masa polilobulada en receso pleuroácigoesofágico sugestiva de neoplasia pulmonar primaria.

**Discusión:**

Carcinoma yeyunal pobremente diferenciado sobre poliposis yeyunal. Invaginación yeyuno-yeyunal. Hemorragia digestiva alta.

Carcinoma indiferenciado no célula pequeña pulmonar. Metástasis suprarrenales.

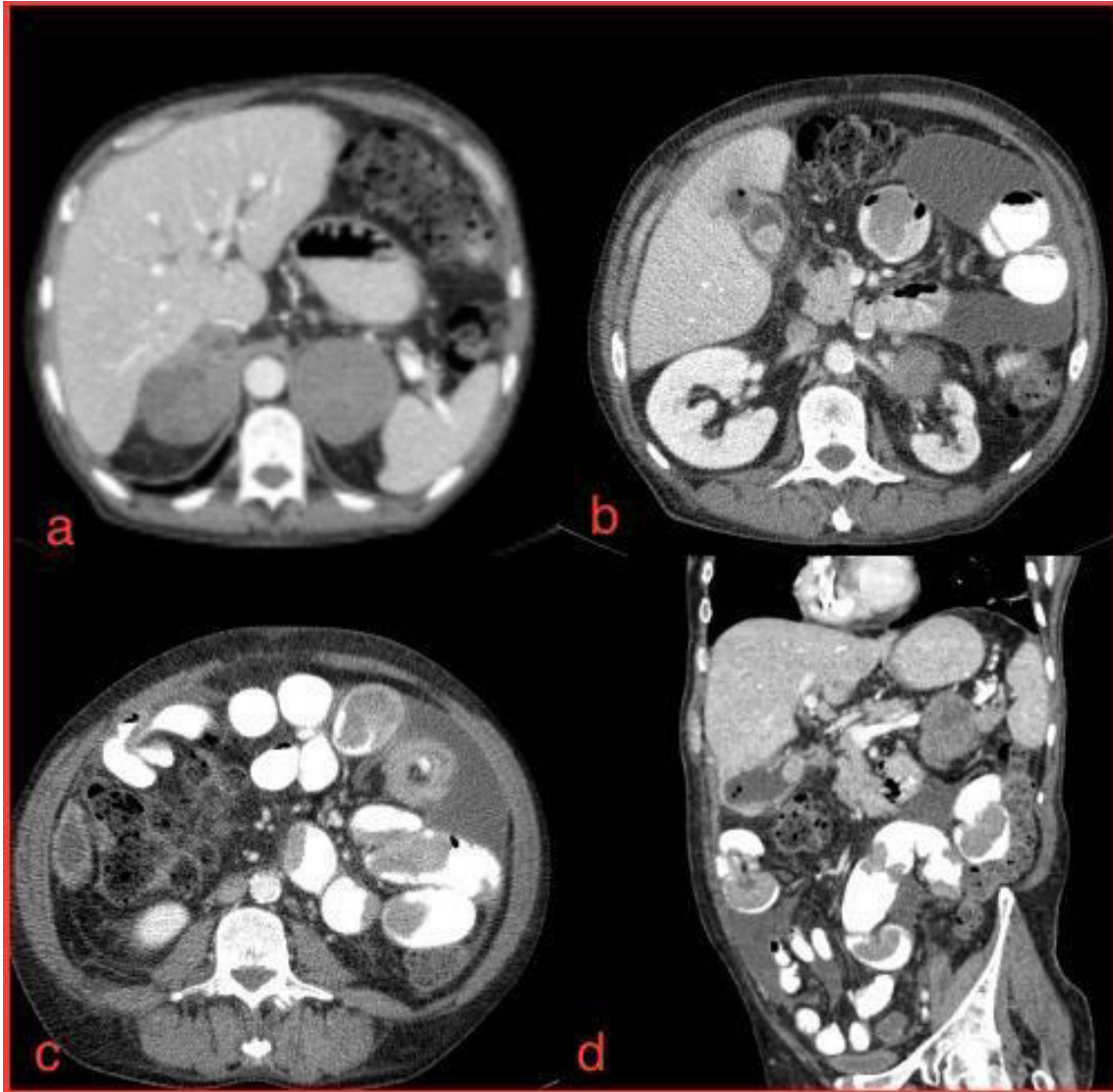
Colecistitis perforada con absceso hepático.

**Conclusión:**

1-En pacientes Billroth II, las neoplasias yeyunales pueden cursar como hemorragia digestiva alta, siendo fundamental la valoración de las asas aferente y eferente.

2-Que el árbol no te impida ver el bosque:

El hecho de diagnosticar una determinada patología no debe hacernos olvidar que dicha patología puede formar parte de un cuadro clínico más complejo, por lo que hay que examinar con sumo cuidado el estudio en su globalidad.



*a) masas suprarrenales; b) colecistitis perforada y pólipo yeyunal; c) pólipos yeyunales, invaginación intestinal y líquido libre peritoneal; d) pólipos yeyunales*

### **Bibliografía:**

"Invaginaciones intestinales en el adulto: la visión del radiólogo", PA Quilodrán, Acta Gastroenterol Latinoam 2015

"Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point", YH Kim, Radio-Graphics 2006

"Small bowel tumors" R Reinhard, Radiology Assistant, 2014

<b>Caso</b>	(738) Herniación medular traumática: El papel de la RM
<b>Autores</b>	Elena Esteban García Lourdes Guillen Vargas, María Ángeles Gil Ortega, Loren Cecilia Marbello García, María Isabel Moya García
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Torrevieja

### **Presentación:**

Varón de 20 años que tras accidente de moto, presenta ausencia de reflejos, movilidad y sensibilidad en MMII, con importante dolor a nivel de la columna. En la TC de tórax se observa fractura-distracción compleja de columna dorsal alta con severa anterolistesis T5-T6 asociada a fractura de elementos posteriores con compromiso de conducto raquídeo. Se completa estudio con RM apreciándose, además, hematoma intrarraquídeo epidural, que se extiende desde C7 hasta T12, condicionando desplazamiento de la médula. Marcada alteración de señal intramedular desde aproximadamente T2-T7 con ensanchamiento de la misma, en relación a edema intramedular, visualizando también focos hemorrágicos intramedulares (factor de mal pronóstico). Asimismo, se observa rotura del saco tecal en su vertiente izquierda a la altura de T4-T5, de aproximadamente 20x4mm (CCxAP), a través de la cual se visualiza herniación medular.

### **Discusión:**

El diagnóstico fue, por tanto, de fractura-distracción inestable con componente rotacional asociado de T5-T6, hematoma epidural intrarraquídeo, edema intramedular y focos hemorrágicos intramedulares, así como rotura del saco tecal con herniación medular.

A pesar de que la RM tiene pocas indicaciones en urgencias, es importante no olvidar que ante la sospecha de una afectación medular, es el estudio de elección. Es la técnica de imagen que mejor permite estudiar los tejidos blandos y por tanto, detectar lesiones medulares y extramedulares de forma urgente para elegir el tratamiento adecuado. Realizar una RM de manera precoz, tiene valor pronóstico, dada la gravedad de estas lesiones.

### **Conclusión:**

Ante la sospecha de una lesión medular en un traumatismo, es importante completar el estudio con RM de manera urgente con el fin de intentar mejorar el pronóstico.



**Fig. A) Reconstrucción sagital de TC de columna dorsal: Fractura-distracción con anterolistesis T5-T6 asociada a fractura de elementos posteriores. Fig. B y C) Imagen sagital en secuencia T2 y axial en secuencia GRE respectivamente: Hematoma intrarraquídeo epidural (flechas) con desplazamiento de la médula. Fig. D) Imagen sagital en secuencia T2: Focos hemorrágicos intramedulares y rotura del saco tecal en su vertiente izquierda, a través de la cual se visualiza herniación medular (flecha).**

### Bibliografía:

1. Martínez-Pérez R, Cepeda S, Paredes I, Alen JF, Lagares A. MRI Prognostication factors in the setting of cervical spinal cord injury secondary to trauma. *World Neurosurg.* 2017 Feb 16. S1878-8750(17)30196-1
2. Wittenberg RH, Boetel U, Beyer HK. Magnetic resonance imaging and computer tomography of acute spinal cord trauma. *Clin Orthop Relat Res.* 1990 Nov;(260):176-85.
3. Oleaga Zufiri? a L. Urgencias vertebromedulares. En: del Cura Rodri?guez JL, Oleaga Zufiri? a L, coordinadores. *La Radiologi? a en Urgencias. La Radiologi? a en Urgencias. Temas de actualidad* 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2005. p.21-28.

<b>Caso</b>	(739) PAQUIMENINGOPATÍA SECUNDARIA A MENINGITIS CRÓNICA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.
<b>Autores</b>	Margarita González Fernández María Del Mar García Gallardo, victoria Romero Laguna, tania Díaz Antonio, Antonio Márquez Moreno, Ana Rodríguez Molina.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**Presentación:**

Mujer de 60 años, hipertensa, que acude a Urgencias por sufrir un traumatismo craneoencefálico hace 3 horas, por caída en el baño de su domicilio. La paciente no recuerda lo sucedido ni la caída fue presenciada por testigos. Refiere dolor occipital sin otra clínica acompañante. A la exploración física la paciente presenta un pequeño hematoma occipital con exploración neurológica normal y sin otros hallazgos significativos. No obstante se solicita TAC craneal para valoración. En el estudio realizado sin contraste se aprecia un engrosamiento hiperdenso de la hoz sagital interhemisférica, hoz del tentorio bilateral y espacio extra-axial adyacente a los lóbulos frontal, temporal y parietal derechos, con pequeñas calcificaciones. Ante estos hallazgos nos planteamos la posibilidad de un hematoma subdural agudo. No obstante correlacionando con estudios previos de la paciente realizados en otro centro hospitalario se visualizaban los mismos hallazgos que en el estudio actual, por lo que se trataba de una lesión crónica. Accediendo a la historia clínica de la paciente, pudimos comprobar que hacía 1 año estuvo ingresada durante varios meses por una infección meningea.

**Discusión:**

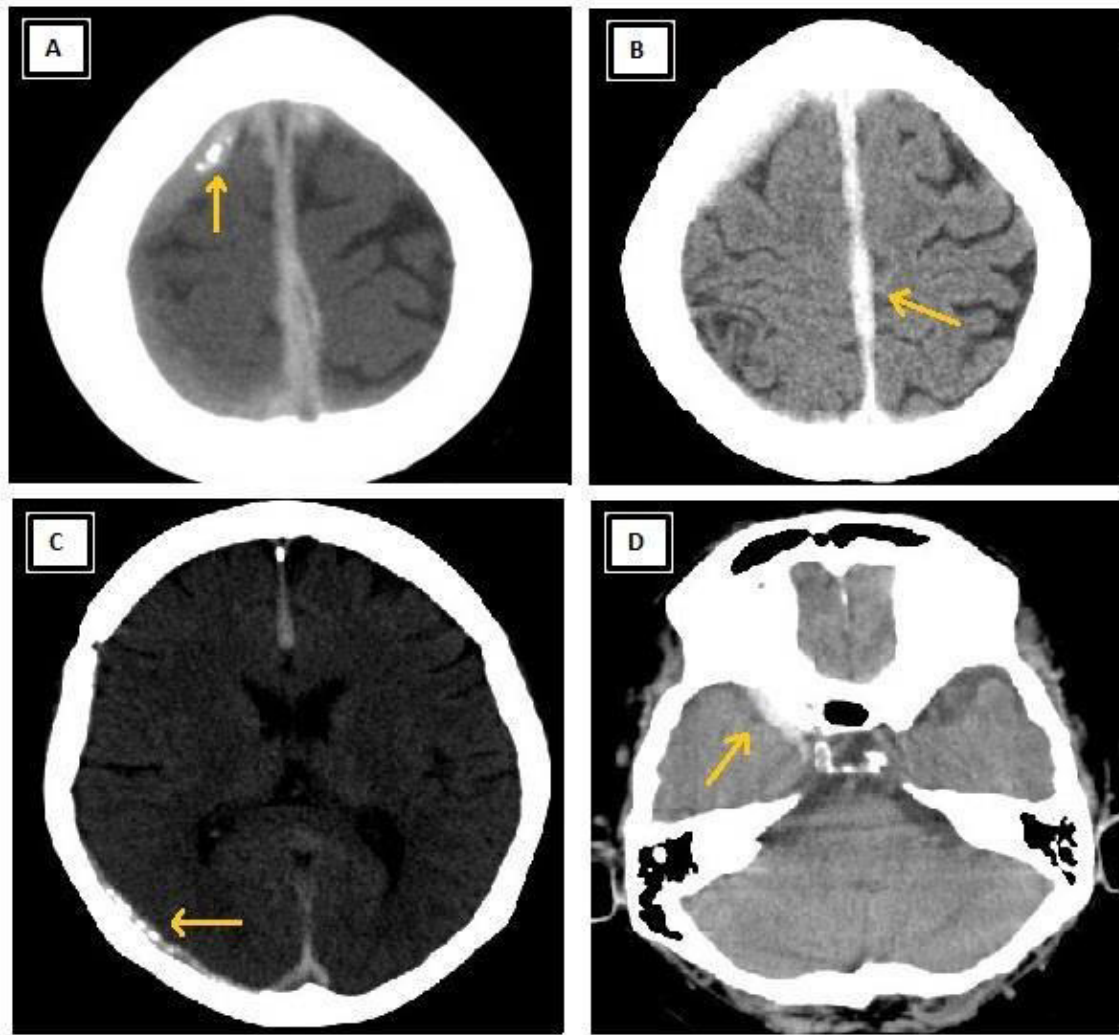
La paquimeningopatía consiste en un aumento del grosor de la duramadre e incluye varios diagnósticos diferenciales como el hematoma subdural, la meningitis crónica, neurosarcoide, postquirúrgica o por hipotensión intracraneal.

Nos debemos apoyar en los antecedentes personales del paciente, datos clínicos, exploración física y resto de pruebas complementarias así como otros hallazgos radiológicos, para llegar al diagnóstico correcto.

**Conclusión:**

El engrosamiento residual de la duramadre en pacientes que han sufrido una meningitis es un hallazgo a tener en cuenta para evitar errores diagnósticos. De ahí la importancia para el Radiólogo del conocimiento de la historia clínica del paciente así como de la búsqueda y comparación con estudios previos.





*Cortes axiales de TC de cráneo s/c: Se aprecia engrosamiento hiperdenso de la hoz sagital interhemisférica y del espacio extra-axial adyacente a los lóbulos frontal (A,B) , parieto- occipital (B) y temporal (D) . Calcificaciones en el seno de algunas de estas hiperdensidades (A y C).*

### **Bibliografía:**

- Kupersmith MJ, Martin V, Heller G, Shah A, Mitnick HJ. Idiopathic hypertrophic pachymeningitis. *Neurology* 2004; 62:686–694.
- Osborn AG, Salzman KL, Barkovich AJ. Hematoma subdural agudo. *Diagnóstico por Imagen Cerebro* 2011; 1-2: 14-27.
- Han BK, Babcock Ds, McAdams L. Bacterial meningitis in infants. *Radiology* 1985; 154:645-650.

<b>Caso</b>	(740) Invaginación intestinal en el adulto: un diagnóstico a tener en cuenta.
<b>Autores</b>	Eder Douze R Dosda Muñoz, C Parrilla Muñoz, A Boscá Ramon, L Meneses Vega.
<b>Centro</b>	Hospital clínico universitario de Valencia

**Presentación:**

Varón de 27 años de edad remitido por su médico de atención primaria por cuadro de dolor abdominal agudo con sospecha de apendicitis aguda.

**Discusión:**

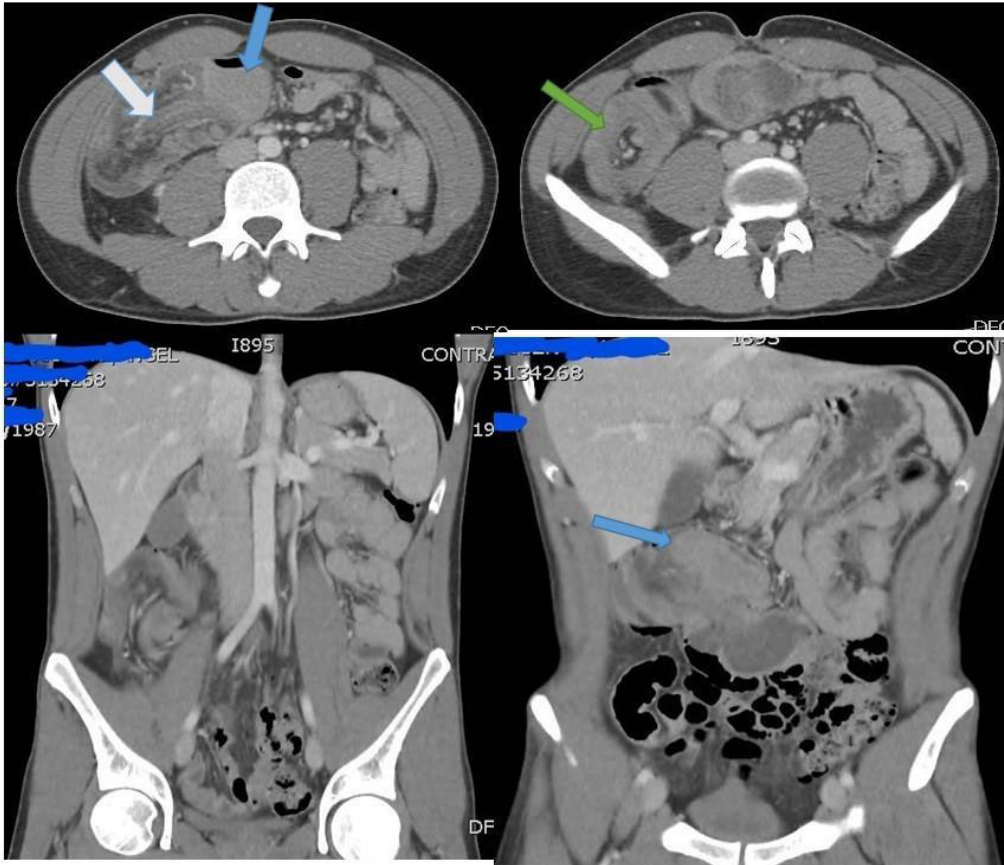
La intususcepción o invaginación intestinal consiste en que un segmento del intestino y su mesenterio se invagina en la luz de un segmento intestinal adyacente. La mayoría de los casos se presenta en niños; sin embargo, de 5% -16% ocurre en adultos. Constituye el 1% de todas las causas de oclusión intestinal. A diferencia de la invaginación en niños, en la mayoría de los casos en adultos se puede demostrar la etiología. Las causas más frecuentes de las invaginaciones benignas son lipomas, pólipos adenomatosos y divertículo de Meckel, mientras que de las malignas son las metástasis, el linfoma y el adenocarcinoma.

El estudio de TC abdominopélvico con contraste IV ha demostrado ser la herramienta diagnóstica más útil para la identificación y evaluación de la intususcepción, con la ventaja de facilitar la identificación de otras causas de dolor abdominal, así como también cualquier lesión metastásica a las vísceras sólidas y a ganglios linfáticos abdominopélvicos.

La apariencia en la TC es patognomónica: típica imagen en “diana” en los cortes transversales y de “pseudorriñón” en los cortes coronales.

**Conclusión:**

La invaginación intestinal en el adulto es una patología infrecuente de dolor abdominal agudo, por lo que debe tomarse en cuenta como parte de los diagnósticos diferenciales. La TC es una herramienta fundamental para planificar el tratamiento de esta enfermedad, ya que permite determinar si la invaginación tiene o no una causa subyacente y si existe complicación asociada.



**TC abdomino-pélvico con CIV donde se identifica imagen de invaginación ileo-cecal con presencia de meso ingurgitado, vasos ingurgitados (flecha blanca) y masa de densidad de partes blandas en el ciego que sugiere lesión subyacente (flechas azules). Imagen típica en diana de invaginación intestinal (flecha verde). El paciente se interviene quirúrgicamente. El estudio anatomopatológico de la masa corresponde a linfoma de Burkitt en ciego.**

### **Bibliografía:**

- S. Santamaria Jareño, J. Culebras Requena, M. Barxias Martín, et al. Invaginación intestinal en el adulto. ¿En qué se diferencia de la del niño? ¿Qué hallazgos radiológicos de TC permiten identificar las invaginaciones clínicamente significativas? SERAM 2012.
- A. Villalba Gutiérrez<sup>1</sup>, N. Alegre Bernal<sup>2</sup>, J. M. Marin<sup>3</sup>, et al. Intususcepción intestinal en el adulto ¡Échale invaginación, busca la cabeza! SERAM 2014.
- G. Nieves Perdomo, C. A. Marichal Hernández, et al. Invaginación intestinal en el adulto: una realidad a conocer. SERAM 2012.
- C. Rubio Hervás, A. Verón Sánchez, A. Díez Tascón, et al. Invaginaciones intestinales en el adulto: hallazgos de imagen y correlación radiopatológica. SERAM 2012.
- G. Nieves Perdomo, C. A. Marichal Hernández, J. L. Conchuela Fumero, et al. Invaginación intestinal en el adulto: una realidad a conocer. SERAM 2012.

<b>Caso</b>	(741) Signos de inminente rotura en un aneurisma de aorta toracoabdominal.
<b>Autores</b>	Alice Pérez De Los Ríos Concejo Iglesias P, Barón Rodiz Pa, Álvarez Pérez Mj, Blanco García Df, Pérez Dávila Mm.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Severo Ochoa

### Presentación:

Varón de 73 años con antecedentes de HTA, alcoholismo, fumador, enfermedad renal crónica, EPOC y varios episodios de pancreatitis aguda; diagnosticado recientemente de aneurisma de aorta toracoabdominal. Acude a urgencias por dolor epigástrico de 24 horas de evolución. Analítica: leve elevación de la amilasa pancreática. El dolor empeora progresivamente, a pesar de tratamiento analgésico. Una nueva analítica muestra signos de anemización, por lo que se decide realizar TC para valoración del aneurisma aórtico. Descripción de los hallazgos: Aumento de tamaño del aneurisma de aorta torácica descendente respecto al estudio previo, observándose un descenso en la proporción trombo/luz (con aumento del diámetro de la luz). Aumento de la densidad del trombo mural (signo de la semiluna hiperdensa) e hiperdensidad de la grasa peri-aórtica.

### Discusión:

Diagnóstico: Aneurisma de aorta toracoabdominal con signos de inminente rotura.

La rotura de un aneurisma aórtico es una urgencia médica potencialmente fatal.

Los pacientes suelen debutar con dolor torácico y abdominal agudo irradiado a la región dorso-lumbar y/o escroto y shock hipovolémico.

Ante la sospecha de esta patología debemos identificar los siguientes signos:

Signos de inminente rotura:

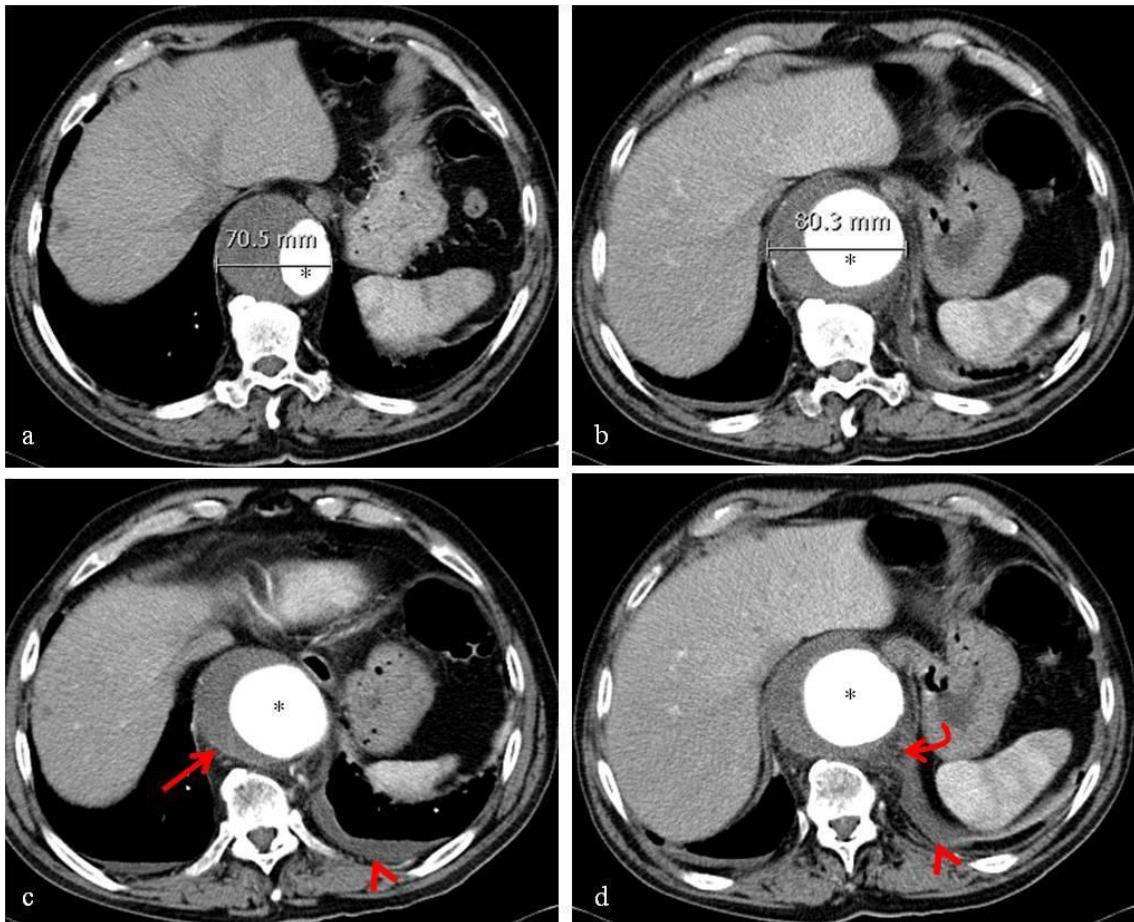
- Aumento del diámetro máximo. Es el hallazgo más común que predice una rotura aórtica.
- Cambios en la morfología de los trombos y calcificaciones murales.
- Signo de la semiluna hiperdensa. Representa un desgarramiento del trombo mural (signo más precoz y específico).

Signos de rotura franca/contenida:

- Hematoma retroperitoneal adyacente o derrame pleural (hallazgo más frecuente).
- Signo del abrazo aórtico o “draped aorta sign”: Ausencia de diferenciación entre la pared aórtica posterior y las estructuras adyacentes o cuando sigue el contorno de los cuerpos vertebrales.

**Conclusión:**

La rotura de un aneurisma aórtico es una patología grave, que debemos conocer y saber identificar de forma rápida y eficaz.



*Cortes axiales de angio-TC a nivel de la aorta torácica descendente. (a) TC inicial donde se diagnostica el aneurisma de aorta tóraco-abdominal. (b-d) Angio-TC urgente. Aumento del diámetro del aneurisma respecto al TC inicial (a). Descenso de la proporción trombo/luz, observándose aumento del calibre de la luz (\*). Hiperintensidad del trombo mural o signo de la semiluna hiperdensa (flecha en imagen c). Aumento de densidad de la grasa peri-aórtica (flecha curva en imagen d) y derrame pleural (cabeza de flecha en imágenes c y d).*

**Bibliografía:**

- Agarwal PP, Chughtai A, Matzinger FRK, Kazerooni EA. Multidetector CT of Thoracic Aortic Aneurysms. *RadioGraphics* 2009; 29:537-552.
- Rakita D, Newatia A, Hine JJ, Siegel DN, Fiedman B. Spectrum of CT findings in Rupture and Impending Rupture of Abdominal Aortic Aneurysms. *RadioGraphics* 2007; 27: 497-507.

<b>Caso</b>	(742) ¿Hemorragia o contraste? Esa es la cuestión.?
<b>Autores</b>	Alejandro Cernuda García Juan Calvo Blanco, Ana Menezes Falcao, Ana Isabel Barrio Alonso, Karen Del Castillo, Faustino García Arias
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** Anisocoria en varón de 53 años que horas antes había sido sometido a una trombectomía por oclusión de la arteria cerebral posterior izquierda. **HALLAZGOS:** - Trombo en origen de la arteria cerebral posterior izquierda con caída del flujo sanguíneo en el territorio afectado. También se observaba caída en el tiempo de drenaje con conservación del volumen sanguíneo (imágenes no incluidas). - TC a las 5 h por anisocoria: Aumento de densidad en la hemiprotuberancia izquierda, hemisferios cerebelosos, cisternas de la base y IV ventrículo compatible con transformación hemorrágica o extravasación de contraste. La TC con energía dual confirma únicamente extravasación de contraste sin sangrado.

**Discusión:**

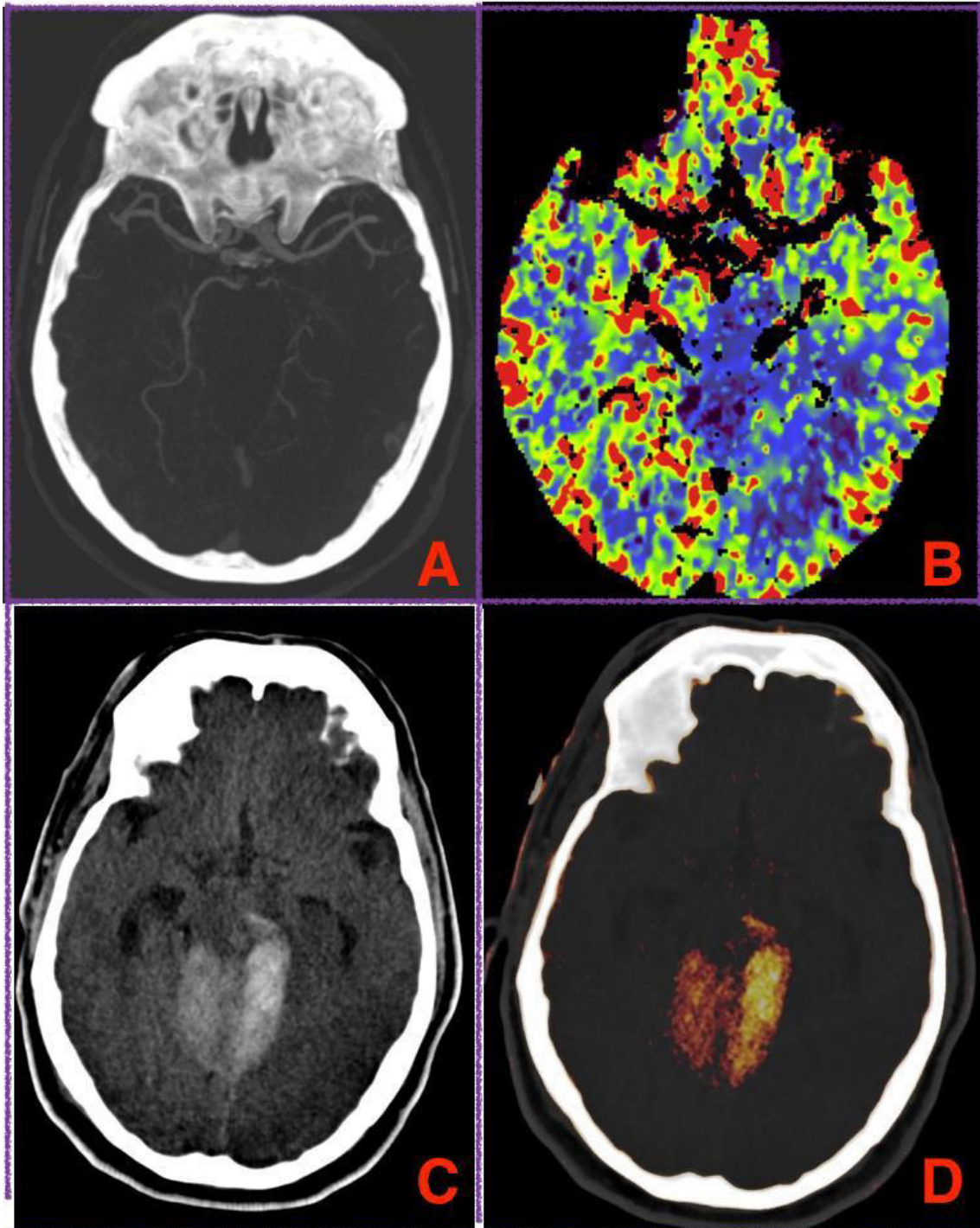
**DIAGNÓSTICO:** Extravasación de contraste tras trombectomía.

**REFLEXIÓN DOCENTE:** En la TC realizada tras un procedimiento de revascularización tras un evento isquémico agudo es muy frecuente la visualización de lesiones hiperdensas, difíciles de interpretar. Estas hiperdensidades podrían corresponder con una extravasación de contraste al medio extracelular o bien con una transformación hemorrágica. La TC basal es incapaz de diferenciar entre ambos y su diagnóstico se realizará en función de la evolución temporal de los hallazgos. La aplicación de la energía dual, ha permitido solventar ese problema, diferenciando sangre y contraste (iodo). La diferencia de atenuación del iodo y la sangre con dos niveles energéticos distintos (140 y 80 KV) permite diferenciarlos, asignando un código de color distinto a cada uno de ellos. En nuestro caso el iodo se muestra en naranja.

La energía dual ha permitido la identificación precoz de las transformaciones hemorrágicas post-trombectomía, reduciendo la morbi-mortalidad.

**Conclusión:**

La TC con energía dual permite diferenciar con alta sensibilidad y especificidad la transformación hemorrágica de la extravasación de contraste en pacientes con ictus isquémico sometidos a trombectomía. El diagnóstico precoz de la hemorragia reduce significativamente la morbimortalidad.



**AngioTC Polígono Willis: trombo en arteria cerebral posterior izquierda. ?TC de perfusión (flujo sanguíneo): caída del flujo sanguíneo en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda. ?TC a las 5 horas por anisocoria: aumentos de densidad en hemiprotuberancia izquierda, hemisferios cerebelosos, cisternas de la base y IV ventrículo en relación con extravasación de contraste o transformación hemorrágica. ?TC dual con mapa de yodo: el aumento de densidad descrito en la TC basal corresponde con extravasación de contraste (naranja). No se evidencia sangrado.**

**Bibliografía:**

Alida. A. et al. Dual-Energy CT: What the Neuroradiologist Should Know. Curr Radiol Rep (2015) 3:16 DOI 10.1007/s40134-015-0097-9.

Protocolos realizados por el Hospital Universitario Central de Asturias.



<b>Caso</b>	(743) Oclusión intestinal secundaria a hernia obturatriz encarcerada
<b>Autores</b>	Carme Lozano Roca Juan Enrique Gutiérrez Alliende, Rogelio José Velazco Ramírez, Diana Hernández Jover
<b>Centro</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Presentación:**

Datos clínicos: mujer 87 años con antecedentes de Alzheimer avanzado que presenta vómitos, dolor y distensión abdominal. Descripción de los hallazgos: TC de abdomen simple con contraste enteral que muestra herniación de una asa intestinal que atraviesa el agujero obturatriz y más caudalmente se sitúa entre los músculos obturador externo y pectinio. Gran dilatación de la mayoría de las asas de intestino delgado proximales, mientras que las asas ileales distales y colon están colapsadas.

**Discusión:**

Diagnóstico:

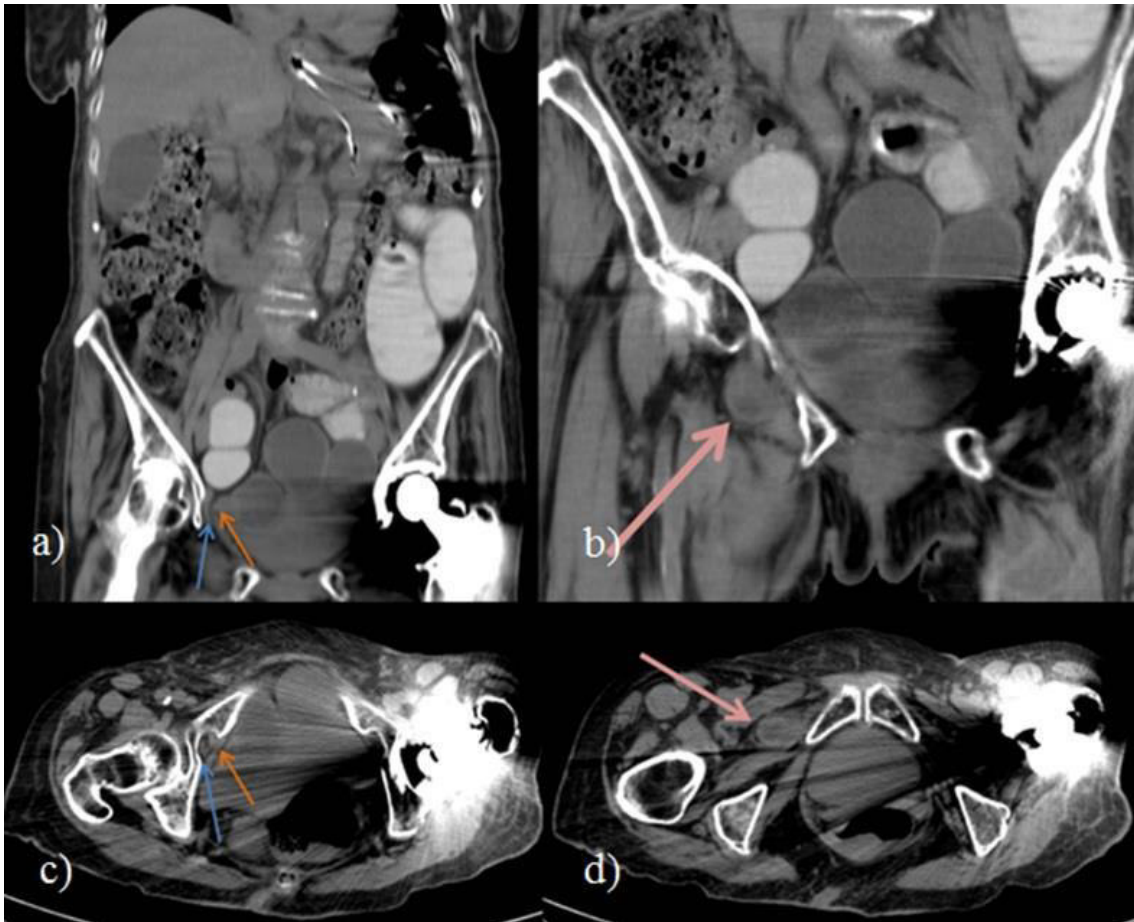
Oclusión intestinal secundaria a una hernia obturatriz.

Reflexión docente:

La hernia obturatriz es una entidad rara, cuyo contenido discurre a través del agujero obturador. Representan <1% de las hernias abdominales. El contenido más habitual hemiado es el intestino delgado, siendo el íleon más frecuente que el yeyuno. La incidencia es mayor en mujeres de edad avanzada asociada a postración y extrema delgadez. El embarazo, constipación y situaciones que aumentan la presión intraabdominal favorecen esta patología. Se afecta más el lado derecho, dada la presencia del colon sigmoide en el lado izquierdo que ayuda a prevenir este evento. Cuando da síntomas se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal aguda o intermitente. Se han descrito dos signos clínicos (signo de Howship-Romberg presente en el 50% de los casos y el signo de Hannington-Kiff más específico pero menos frecuente) que apoyan la sospecha clínica. No obstante, cabe destacar la importancia de las pruebas de imagen mediante TC abdominal, que aportará el diagnóstico de confirmación.

**Conclusión:**

La oclusión intestinal por hernia obturatriz es una entidad rara y de diagnóstico difícil que afecta a mujeres de edad avanzada. El diagnóstico precoz mediante una alta sospecha clínica, la confirmación radiológica y el tratamiento quirúrgico precoz contribuyen significativamente a reducir las tasas de morbi-mortalidad.



*Figura a) y c) Incarceración de un segmento corto de una asa ileal distal derecha a través del agujero obturatriz. Las flechas naranjas indican el asa aferente con dilatación de las asas ileales proximales y las flechas azules indican el asa eferente con colapso de las asas ileales distales. Figura b) y d) muestran el segmento del asa de intestino ileal herniada.*

### **Bibliografía:**

Marcelo Fonseca C., Cedric Adelsdorfer O., Milenko Slako M., Pedro Hernández V., Cesar Barría K., Iván Vial P., Juan F. Moreno M., Franco Anziani O., Diego Lira. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz. Caso clínico. Rev Chil Cir v.62 n.4 Santiago ago. 2010

J.R. Salameh. Primary and unusual abdominal wall hernias. Surg Clin N Am 88(2008) 45-60.

Munoz-Forner Elena, Garcia-Botello Stephanie, Lopez-Mozos Fernando, , Marti-Obiol Roberto, Martinez-Lloret Alfredo, Lledó Salvador. Computed tomographic diagnosis of obturator hernia and its surgical management: A case series. International Journal of Surgery. Volume 5, Issue 3, June 2007, Pages 139–142

<b>Caso</b>	(744) La “sutileza” de una lesión pélvica inestable
<b>Autores</b>	María Jesús García Sánchez Martínez Gamarra, Carolina; Linares Beltrán, Alicia; Caparrós Cánovas, Silvia; Diez Tascón, Aurea; Martí De Gracia, Milagros
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz (HULP)

### **Presentación:**

Varón de 22 años remitido a Urgencias por accidente de tráfico de alta velocidad con intubación orotraqueal por bajo nivel de conciencia. Se realizó TC según protocolo de politrauma, (cerebral basal) de columna cervical, tóraco-abdomino-pélvico en fase arterial y abdomino-pélvico portal). Se evidenciaron contusiones pulmonares bilaterales, dos fracturas costales, fracturas de apófisis transversas, diástasis de la sínfisis del pubis y discreta apertura de la articulación sacroilíaca (SI) izquierda. El paciente fue intervenido quirúrgicamente con reducción abierta y osteosíntesis de la sínfisis pubiana, sin complicaciones durante el procedimiento.

### **Discusión:**

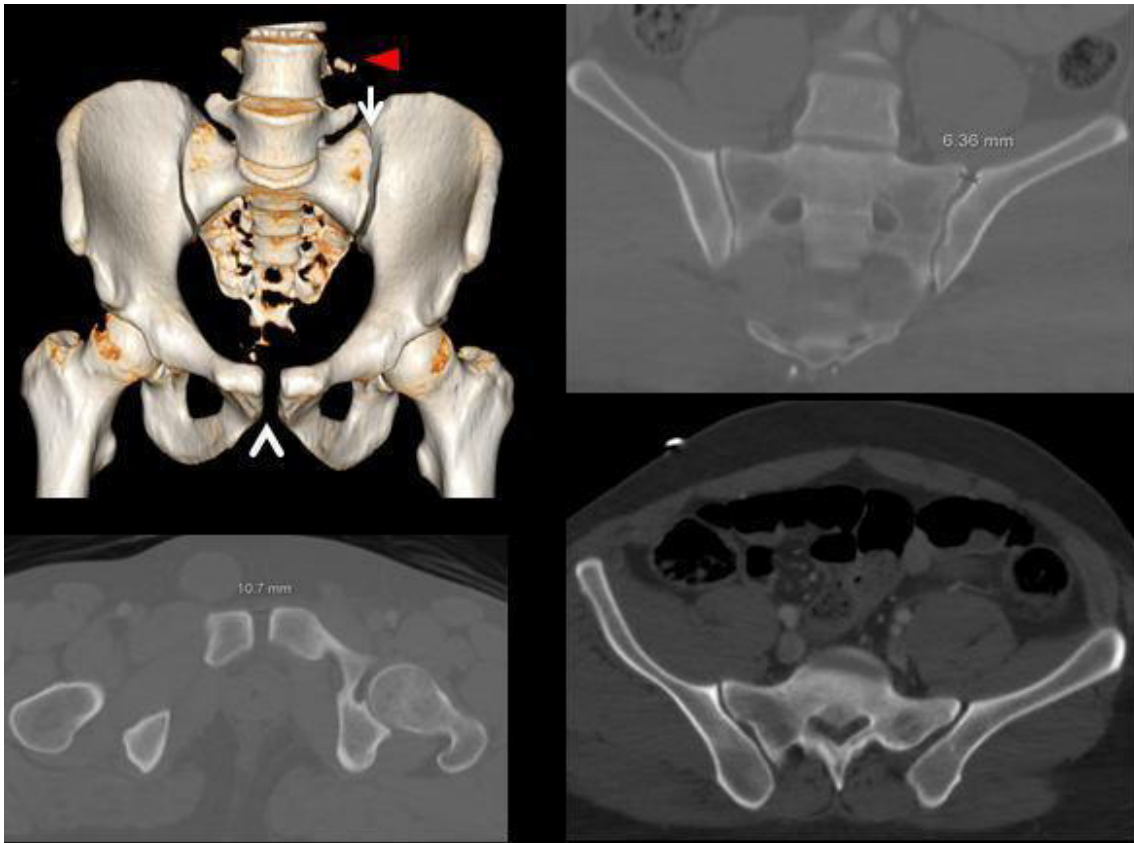
El anillo pélvico funcionalmente está conformado por un arco anterior, (ramas púbicas y sínfisis), y un arco posterior, (sacro, articulaciones sacroilíacas y huesos ilíacos). Su estabilidad depende de un complejo ligamentario, siendo los ligamentos sacroiliacos (SI) interóseos el principal elemento estabilizador.

En general, las fracturas / luxaciones que condicionen desplazamientos >1 cm o comprometen a los ligamentos posteriores son con frecuencia inestables. Debemos recordar la existencia de los ligamentos iliolumbares entre las crestas ilíacas posteriores y las apófisis transversas L4-L5. La fractura-avulsión de las apófisis transversas es por tanto un signo secundario de inestabilidad que sugiere alteración de los elementos posteriores y debe impulsar al radiólogo a prestar atención e incluso revisar las SI y la sínfisis.

Un mecanismo de compresión pélvica antero-posterior en el plano sagital explicaría la diástasis púbica y la rotación externa secundaria de la hemipelvis izquierda en la articulación sacroilíaca, favoreciendo la lesión de los ligamentos SI posteriores y dando como resultado una pelvis “en libro abierto”, inestable tanto en el plano rotacional como vertical.

### **Conclusión:**

Es importante recordar que pueden existir fracturas pélvicas “sin líneas de fractura”. Detectar signos sutiles como una discreta diástasis púbica, el ensanchamiento SI o avulsiones de apófisis transversas, es crucial para detectar en Urgencias una fractura de pelvis en libro abierto.



**Figura 1:** (a) Reconstrucción TC volumétrica 3D que muestra la diástasis de la sínfisis pubiana (cabeza de flecha), discreto ensanchamiento de la articulación sacroilíaca izquierda (flecha) y fractura-avulsión de la apófisis transversa de L4 (marca roja). (b) Imagen TC axial donde se aprecia la apertura de aproximadamente 10.7 mm de la sínfisis pubiana. (c) y (d) Imagen TC coronal y axial de las articulaciones sacroilíacas, identificándose el ensanchamiento de la izquierda con respecto a la contralateral, (aproximadamente 6.8 mm). (d) Discreto desplazamiento posterior del hueso ilíaco izquierdo con respecto a la articulación sacroilíaca ipsilateral que sugiere lesión de los ligamentos posteriores (flecha).

### Bibliografía:

1. Khurana B, Sheehan SE, Sodickson AD, Weaver MJ. Pelvic Ring Fractures: What the Orthopedic Surgeon Wants to Know 1. *RadioGraphics*. 2014;34(3):1317–33.
2. McCormack R, Strauss EJ, Alwattar BJ, Tejwani NC. Diagnosis and management of pelvic fractures. *Bull NYU Hosp Jt Dis. United States*; 2010;68(4):281–91.
3. Slater SJ, Barron DA. Pelvic fractures-A guide to classification and management. *Eur J Radiol. Ireland*; 2010 Apr;74(1):16–23.
4. Young JWR, Resnik CS. Fracture of the pelvis: Current concepts of classification. *Am J Roentgenol*. 1990;155(6):1169–75.

<b>Caso</b>	(745) Hematoma intramural intestinal espontáneo
<b>Autores</b>	Carme Lozano Roca Juan Enrique Gutiérrez Alliende, Rogelio José Velazco Ramírez, Diana Hernández Jover
<b>Centro</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Presentación:**

Datos clínicos: Varón 72 años con antecedentes de cardiopatía isquémica y recambio valvular aórtico en tratamiento con sintrom. Acude a urgencias por vómitos, distensión y dolor abdominal. En la analítica destaca INR>26. Descripción de los hallazgos: TC de abdomen sin contraste ev muestra engrosamiento concéntrico de la pared de un segmento de una asa yeyunal. La pared engrosada presenta una densidad alta y se asocia a infiltración de la grasa adyacente. La lesión condiciona un colapso completo de la luz intestinal y se asocia a importante dilatación del tracto digestivo superior (yeyuno proximal, duodeno, estómago) con presencia de contenido líquido en su interior.

**Discusión:**

Diagnóstico:

Hematoma intramural yeyunal. Oclusión intestinal secundaria.

Reflexión docente:

El hematoma intramural intestinal suele ser secundario a un traumatismo abdominal. La etiología espontánea es rara, y puede ser secundaria a una complicación del tratamiento con anticoagulantes orales o a enfermedades hematológicas. Se afectan con más frecuencia las asas yeyunales, a diferencia del hematoma intramural traumático afectando con más frecuencia al duodeno. La incidencia es mayor en hombres en la sexta década.

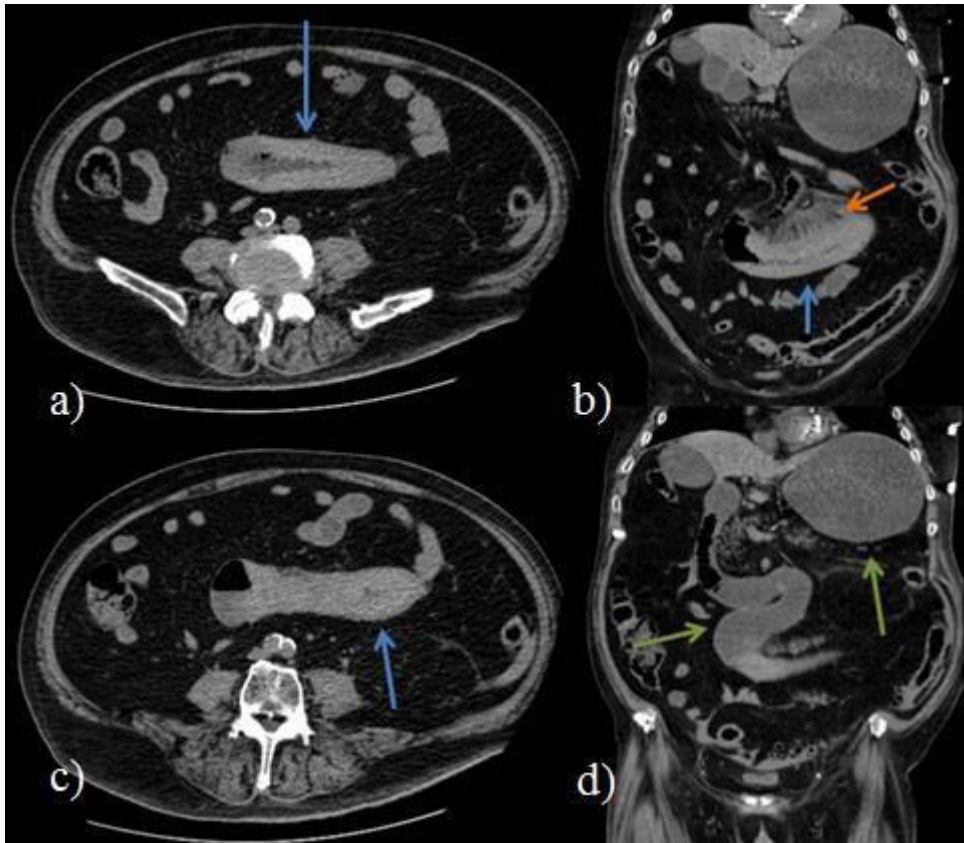
El cuadro clínico es inespecífico y oscila desde molestias abdominales a cuadros más graves como la oclusión intestinal.

El TC es el método de elección para el diagnóstico, observando principalmente un engrosamiento circumferencial e hiperdenso de la pared de un segmento de intestino delgado.

Es importante ante la sospecha diagnóstica realizar una analítica con hemograma y coagulación, que, junto a los hallazgos TC se obtendrá el diagnóstico.

**Conclusión:**

El hematoma intestinal intramural espontáneo es una entidad rara que suele ser secundario a alteraciones de la coagulación, normalmente por fármacos anticoagulantes. La técnica de elección para su diagnóstico es la TC, que junto a un adecuado contexto clínico, permitirán obtener el diagnóstico.



*Figura a) y c) Engrosamiento concéntrico de la pared yeyunal de alta densidad TC que corresponde al hematoma intramural (flechas azules). Figura b) y d) Corte coronal que muestra el hematoma intramural (flecha azul), con infiltración de la grasa adyacente (flecha naranja) y distensión de las asas yeyunales proximales y del estómago.*

### **Bibliografía:**

Chalerm Eurboonyanun, Kulyada Somsap, Somchai Ruangwannasak, Anan Sripanaskul. Spontaneous Intramural Duodenal Hematoma: Pancreatitis, Obstructive Jaundice, and Upper Intestinal Obstruction. *Case Reports in Surgery*. 2016; 2016: 5321081.

Ulusan S, Pekoz B, Sariturk C. Can computed tomography aid in diagnosis of intramural hematomas of the intestinal wall? *Acta Gastroenterol Belg*. 2015 Dec;78(4):399-405.

F. Miras Azcón, A. Martínez Martínez, A. Santiago Chinchilla, A. Medina Benítez, E. Ochando Pulido, M.A. Pérez Rosillo. Hallazgos en imágenes del hematoma intramural intestinal espontáneo. *Revista Argentina de Radiología*. Volume 80, Issue 1, January–March 2016, Pages 39–44

<b>Caso</b>	(746) RM urgente, cada día más frecuente.
<b>Autores</b>	Alejandro Cernuda García Juan Calvo Blanco, Marta Morán Hevia, Ana Isabel Barrio Alonso, Ana Menezes Falcao, Ángela Meilán Martínez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** ??Varón de 50 años traído a urgencias tras caída casual mientras pintaba. Sospecha de shock medular agudo ante la ausencia de movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores ?**HALLAZGOS:** Apertura del interespacio C7-T1, con aumento de la señal discal en T2 y solución de continuidad en los elementos posteriores (disrupción del ligamento amarillo y herniación parcial de los mismos hacia el interior del canal medular), hallazgos compatibles con fractura transdiscal. Sección medular, con pérdida de continuidad focal del cordón medular y edema en los extremos de la sección (C7-T1).

**Discusión:**

**DIAGNÓSTICO:** ??Fractura transdiscal C7-T1 con disección medular.

**REFLEXIÓN DOCENTE:**

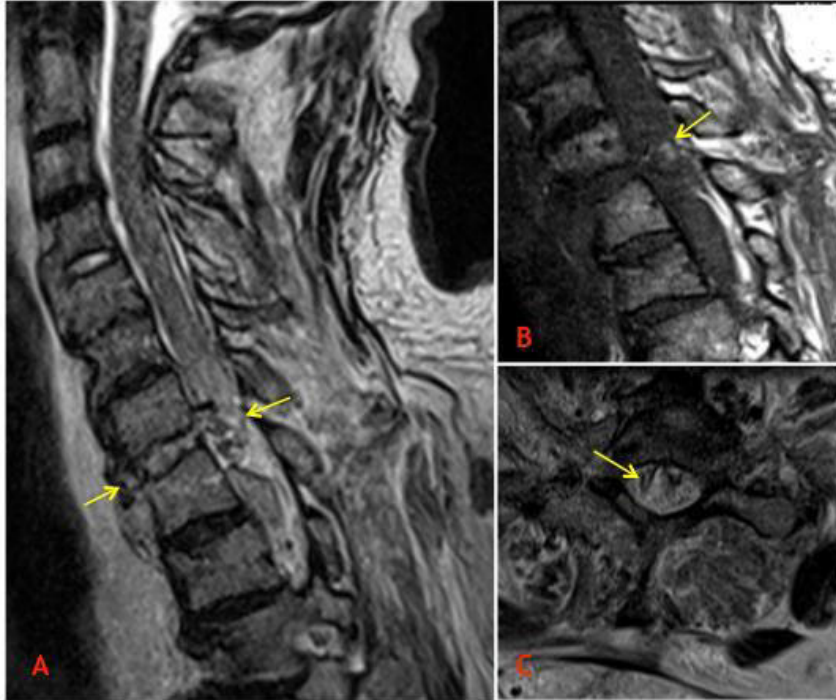
El shock medular agudo es la aparición de una focalidad neurológica aguda de origen medular o radicular. La RM es la prueba de imagen de elección para el estudio y evaluación medular. ?Los traumatismos son la causa más frecuente de lesión medular. Una fuerza de gran magnitud produce una ruptura ligamentosa o un desplazamiento óseo condicionando una lesión medular, por rasgado debido a la falta de la estabilidad ligamentosa o bien por el choque directo con un fragmento óseo.

La hiperintensidad de señal medular en secuencias T2 confirma compresión medular. ?Aunque la RM es la prueba de imagen de elección para la evaluación medular, la TC permite una mejor valoración de las estructuras óseas (fracturas). ?Los estudios con RM permiten localizar y caracterizar la lesión medular aguda ayudando a establecer el pronóstico y el tratamiento inmediato más adecuado.

**Conclusión:**

La RM es la técnica de elección ante sospecha de shock medular agudo.

Confirmar la presencia o no de lesión medular ayuda a seleccionar el tratamiento inmediato más adecuado así como a establecer un pronóstico.



**Secuencia RM T2 sagital (A): apertura del interespacio C7-T1 con aumento de la señal discal y solución de continuidad en los elementos posteriores y herniación parcial (flechas) de los mismos hacia el interior del canal medular? Secuencia RM T1 sagital (B): lesiones hiperintensas (flechas) en médula en relación con contusiones hemorrágicas.? Secuencia T2 axial (C): pérdida de continuidad del cordón medular (flechas) y hematoma epidural asociado.**

### **Bibliografía:**

Protocolos realizados por nuestro hospital (Hospital Universitario Central de Asturias).



<b>Caso</b>	(747) Rectorragia incapacitante
<b>Autores</b>	Ana Isabel Barrio Alonso Juan Calvo Blanco, Helena Cigarrán Sexto, Sara Gálvez García, Verónica Soto Verdugo, Faustino García Arias
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

### **Presentación:**

Datos clínicos: Mujer de 27 años con cirugía de resección anterior de recto superior e ileostomía terminal. En el postoperatorio inmediato presenta abdomen distendido, timpánico, rectorragia intensa e inestabilidad hemodinámica. Descripción de los hallazgos TC abdominopélvico sin CIV y con CIV en fase arterial y venosa: Aumento de densidad en la luz del recto, a 43 mm del margen anal, inmediatamente inferior a la sutura rectal, que aumenta de manera significativa en la fase venosa, en relación con punto de sangrado activo endoluminal. Arteriografía de arteria mesentérica inferior: Extravasación importante de contraste a partir de una rama terminal de la hemorroidal superior derecha. Se cateteriza supra-selectivamente con microcatéter la arteria hemorroidal derecha y se emboliza con líquido adhesivo cianoacrilato.

### **Discusión:**

Diagnóstico

Sangrado activo de la arteria hemorroidal superior derecha.

Reflexión docente

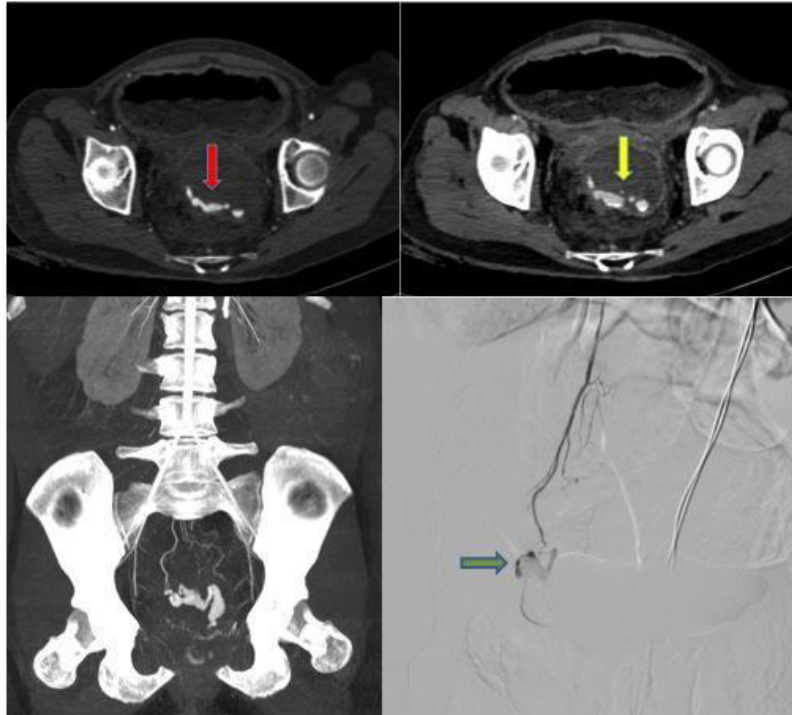
La hemorragia digestiva baja (HDB) se origina entre el ángulo de Treitz y el recto y supone un 25% de las HD. Se presenta clínicamente como rectorragia, hematoquecia o melenas.

La hemorragia posquirúrgica aparece en las anastomosis quirúrgicas y arterias de mediano y pequeño tamaño. La embolización arterial selectiva es efectiva para controlar dicha hemorragia y con escasas complicaciones.

La técnica de elección es la TC angiografía, con una fase sin contraste, una fase arterial y otra fase venosa.

### **Conclusión:**

La HDB súbita con inestabilidad hemodinámica requiere de TC angiografía para la detección del punto de sangrado y de embolización arterial supra-selectiva mediante arteriografía.



**TC abdominopélvico con CIV en fase arterial y venosa: Se observa un aumento de densidad en la luz del recto (flecha roja), adyacente a la pared posterior, inmediatamente inferior a la sutura rectal, que aumenta de manera significativa en la fase venosa (flecha amarilla), en relación con punto de sangrado activo endoluminal. Arteriografía de arteria mesentérica inferior: Extravasación importante de contraste a partir de una rama terminal de la hemorroidal superior derecha (flecha verde).**

### **Bibliografía:**

- Hemorragia digestiva: papel de la radiología. S. Quiroga et al. Radiología. 2011;53(5):406-420.
- La tomografía computarizada multidetector como primera opción diagnóstica en la hemorragia digestiva baja aguda en Urgencias. M. Martí de Gracia y J.M. Artigas Martín. Radiología. 2011;53(1):43-50.

<b>Caso</b>	(748) TC-perfusión en el diagnóstico diferencial del ictus agudo
<b>Autores</b>	Ewa Joanna Maciag E. Almazán-mesa, A. Salazar-gómez, H. Cuellar-calabria, P. Coscojuela-santaliestra, A. Rovira Cañellas
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Vall d'Hebron

### **Presentación:**

1. Contexto clínico que motiva la exploración o exploraciones de imagen: Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión, diabetes y enfermedad de Alzheimer, admitida como código ictus tras presentar de forma aguda una hemiparesia izquierda posterior a una crisis tónico-clónica presenciada por testigos. 2. Hallazgos de las pruebas de imagen: La TC simple y la angio-TC realizadas 30 minutos tras inicio de los síntomas no mostraban alteraciones agudas, oclusiones arteriales ni vasodilatación. La TC-Perfusión muestra un aumento del flujo (CBF) y volumen (CBV) sanguíneos, y una discreta disminución del tiempo de tránsito medio (MTT) en el lóbulo frontal derecho, sugestivos de hiperperfusión e hiperemia.

### **Discusión:**

#### 3. Diagnóstico diferencial / final

Existen varias causas de hiperperfusión en pacientes con clínica de isquemia cerebral sin hallazgos radiológicos concluyentes, como estados post-ictales, o en fenómenos de reperfusión tras infartos cerebrales agudos y subagudos. El análisis de los parámetros de la TC-perfusión permite diferenciar entre dichas entidades.

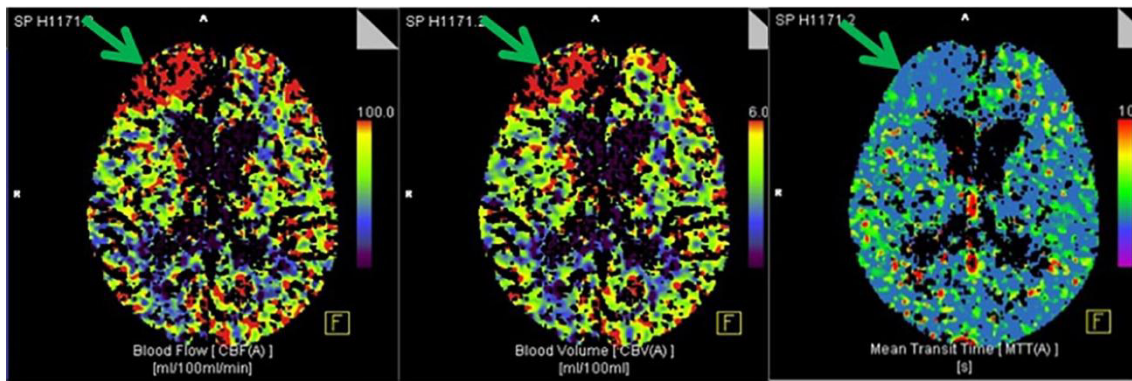
En este caso se observa un aumento focal de la perfusión a nivel frontal derecho en relación a crisis epiléptica sintomática, con parálisis de Todd asociada.

#### 4. Reflexión docente

La TC-perfusión se realiza en pacientes con sospecha de isquemia cerebral aguda para la selección de candidatos a tratamiento endovascular. El examen incluye diferentes parámetros que permiten determinar áreas de alteración del flujo sanguíneo, áreas de isquemia establecida y el territorio de penumbra, facilitando así el diagnóstico y tratamiento en estos casos. En pacientes con clínica de ictus, y resultados de TC y angio-TC normales, la TC-perfusión puede mostrar hiperperfusión en relación a otros cuadros neurológicos.

### **Conclusión:**

La TC-perfusión es una herramienta rápida y útil en el abordaje de los pacientes con sospecha clínica de isquemia cerebral. Aparte de la selección de candidatos para tratamiento trombolítico en casos de ictus isquémico, permite establecer diagnósticos diferenciales alternativos.



**La TC-Perfusión muestra un aumento del flujo (CBF) y volumen (CBV) sanguíneos, y una discreta disminución del tiempo de tránsito medio (MTT) en el lóbulo frontal derecho.**

### Bibliografía:

1. Wiest R, von Bredow F, Schindler K, et al. Detection of regional blood perfusion changes in epileptic seizures with dynamic brain perfusion CT: a pilot study. *Epilepsy Res* 2006;72:102–110.
2. Nagar VA, McKinney AM, Karagulle AT, et al. Reperfusion phenomenon masking acute and subacute infarcts at dynamic perfusion CT: confirmation by fusion of CT and diffusion-weighted MR images. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193:1629-38.
3. Wintermark M, Reichhart M, Thiran J.P., et al. Prognostic accuracy of cerebral blood flow measurement by perfusion computed tomography, at the time of emergency room admission, in stroke patients. *Ann. Neurol* 2002;51:417–432.
4. Doucet C, Roncarolo F, Tampieri D, Del Pilar Cortes M. Paradoxically decreased mean transit time in patients presenting with acute stroke. *J Comput Assist Tomogr* 2016;40:409-12.
5. Guerrero R W, Dababneh H, Eisenschenk S, The role of perfusion CT in identifying stroke mimics in the emergency room: a case of status epilepticus presenting with perfusion CT alterations. *Int J Emerg Med* 2012; 5:4

<b>Caso</b>	(749) ¿A dónde se va la orina? ¿cirugía o alta??
<b>Autores</b>	Alejandro Cernuda García Juan Calvo Blanco, Vicente Santamaría, Ana Isabel Barrio Alonso, Ana Menezes Falcao, Helena Cigarrán Sexto
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

**Presentación:**

**DATOS CLÍNICOS:** ??Varón 61 años, importante dolor abdominal y hematuria. Antecedentes: resección transuretral de tumor vesical hace 5 días. **HALLAZGOS:**??- TC de abdomen con CIV fase portal: disrupción de 1,5 cm de la pared anterolateral derecha de la vejiga. Líquido no coleccionado en el espacio extraperitoneal en probable relación con fuga de orina.- Ante los hallazgos, se realiza TC en fase retardada: fuga de contraste intravesical al espacio extraperitoneal que confirma los hallazgos anteriormente descritos. No hay fuga de contraste al espacio intraperitoneal.

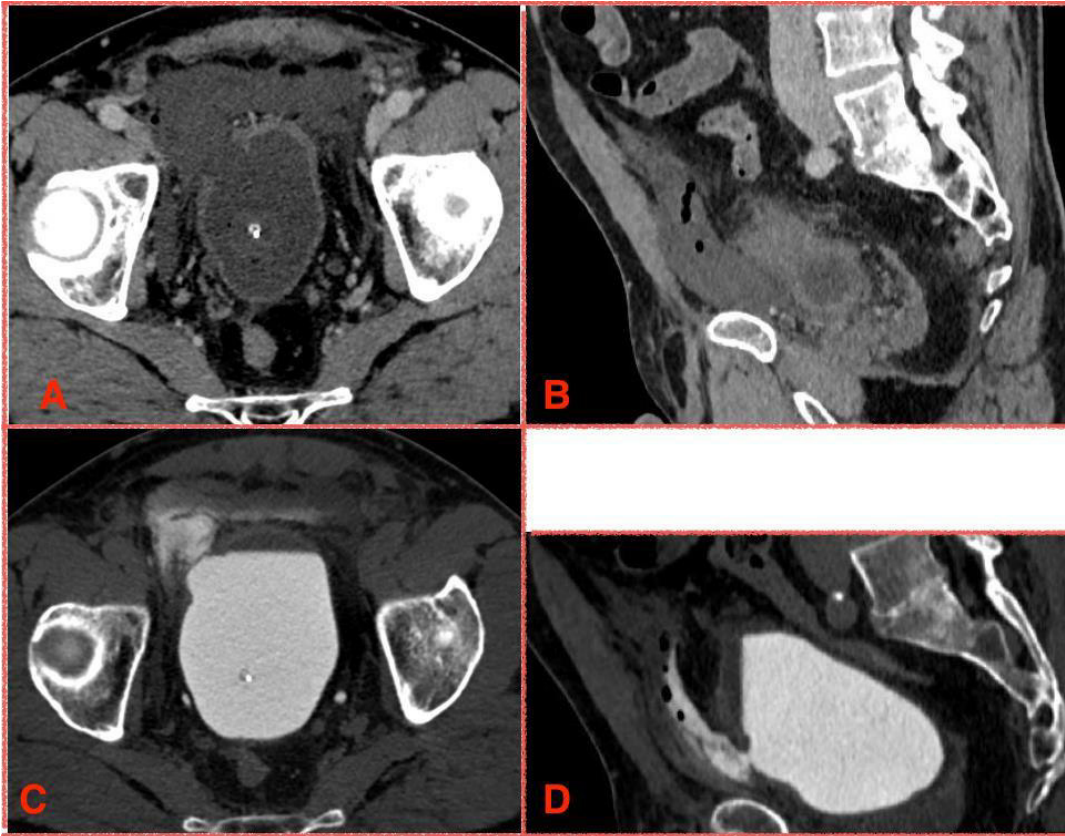
**Discusión:**

**DIAGNÓSTICO:** ??Rotura vesical con fuga de orina al espacio extraperitoneal.??**REFLEXIÓN DOCENTE:**??La rotura vesical es una complicación de la resección transuretral de tumores vesicales. Se sospecha en pacientes que tras someterse a esta intervención refieren dolor abdominal intenso, distensión abdominal y hematurias.?Lo más importante ante la sospecha de rotura vesical es constatar si existe fuga de orina. La vejiga es un órgano extraperitoneal pero íntimamente relacionado con el espacio intraperitoneal. Determinar si la fuga de orina se dirige solo al espacio extraperitoneal (contraste en regiones perivesicales y retroperitoneo) o si alcanza el espacio intraperitoneal (contraste entre asas, mesenterio y gotieras) es crucial para el tratamiento inmediato del paciente. ?Para ello, es imprescindible realizar una TC con instilación de contraste por vía retrógrada o un estudio con contraste en fase retardada. Las fugas de orina al espacio intraperitoneal requieren cirugía urgente mientras que las que afectan exclusivamente al espacio extraperitoneal un manejo conservador suele ser suficiente.?

**Conclusión:**

Una TC con instilación de contraste por vía retrógrada o un estudio con contraste en fase retardada proporciona la distensión vesical adecuada y necesaria para identificar fuga de contraste.

El tratamiento inmediato de estos pacientes dependerá de si hay fuga al espacio extraperitoneal, intraperitoneal o a ambos.?



*TC con contraste intravenoso en fase portal (A y B): disrupción de la pared en la cara anterolateral derecha de la vejiga, identificando líquido no coleccionado en el espacio extraperitoneal en relación con fuga de orina. TC en fase retardada (C y D): fuga de contraste intravesical al espacio extraperitoneal que confirma la rotura de la pared y la extravasación de orina.*

### **Bibliografía:**

Jusid. J. et al. Ruptura vesical por trauma: evaluado por TC.

Protocolos realizados por nuestro hospital (Hospital Universitario Central de Asturias).

<b>Caso</b>	(750) Actinomicosis pélvica, la “tumoración del DIU”
<b>Autores</b>	María Jesús García Sánchez Jiménez Rodrigo, Alberto; Bello Erias, Miguel; Oterino Serrano, César; Tapia Viñé, Mar; Morón Hodge, Sara.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario La Paz (HULP)

### **Presentación:**

Mujer de 48 años con dolor abdominal periumbilical, vómitos, fiebre y pérdida de 10 kg en un mes. Antecedentes de abdominoplastias y portadora de dispositivo intrauterino (DIU) desde hace 10 años, sin revisiones ginecológicas. A la exploración presentaba una masa pétreo infraumbilical y secreción umbilical mucoide. Leucocitosis con desviación izquierda y PCR elevada (206,9 mg/L). La ecografía ginecológica reseñaba un mioma como único hallazgo. Se realizó un TC abdómino-pélvico para evaluar patología infecciosa / tumoral y eventual punción, identificándose una lesión en pared abdominal anterior, de bordes hipercaptantes, con extensión hacia la musculatura anterior y grasa intraabdominal. Presentaba una lesión parauterina izquierda e hidronefrosis ipsilateral por compresión extrínseca. El estudio microbiológico de la lesión abdominal aisló gérmenes anaerobios (*Actinomyces europaeus* y *radingsae*).

### **Discusión:**

El *Actinomyces* es una bacteria anaerobia Gram positiva, endógena del tracto gastrointestinal y urogenital femenino. La forma abdominopélvica supone el 20% de los casos.

El uso prolongado de DIU favorece la pérdida de la integridad mucosa y una infección ascendente con formación de abscesos, adhesiones, tractos fibróticos y fístulas de drenaje. Puede simular malignidad, mimetizando una pelvis congelada.

Como hallazgos radiológicos se manifiestan como masas heterogéneas e hipercaptantes, con abscesos en su interior y marcados cambios inflamatorios.

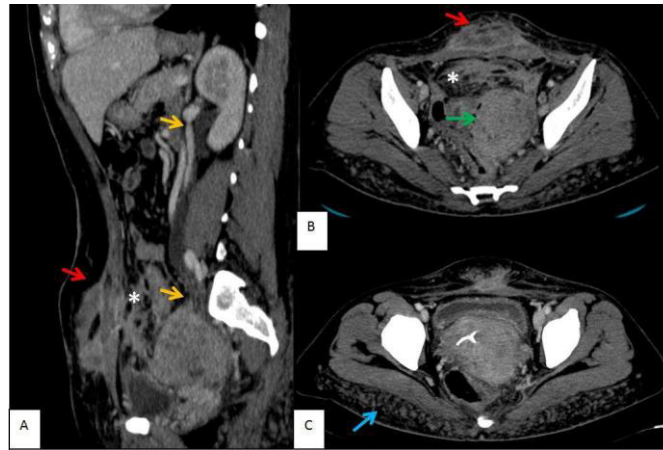
En el diagnóstico diferencial incluimos patología tumoral (ovárico primario, krukemberg, tumor desmoide), así como absceso de etiología incierta. El estudio histopatológico descartó etiología tumoral y aisló dos especies de *Actinomyces*.

La lesión parauterina, interpretada inicialmente como un mioma, disminuyó de tamaño tras tratamiento antibiótico, en relación con su naturaleza infecciosa.

### **Conclusión:**

El diagnóstico inicial con frecuencia es histopatológico. Conocer sus manifestaciones radiológicas permitirá incluirlo en el diagnóstico diferencial de masas abdominales de características inflamatorias / tumorales.

Debemos sospecharlo ante masas sólidas / quísticas con captación heterogénea, que invadan estructuras adyacentes, especialmente en mujeres portadoras de DIU.



**Figura 1. A y B:** Lesión en pared abdominal anterior, polilobulada, de bordes anfractuosos hipercaptantes, (flechas rojas). Presenta extensión hacia la musculatura anterior y tractos fibrociatricos en grasa properitoneal y abdominal, (espacio de Retzius), (\*). Hidronefrosis izquierda, (flechas amarillas). **B:** Lesión nodular en vertiente lateral izquierda del útero, heterogénea e hipercaptante, con imágenes nodulares hipodensas en su interior, (flecha verde). **C:** DIU en cavidad uterina. Imágenes nodulares en tejido celular subcutáneo de la pared abdominopélvica posterior, compatible con siliconomas dados los antecedentes de abdominoplastias de la paciente, (flecha azul).

### Bibliografía:

1. Heo SH, Shin SS, Kim JW, Lim HS, Seon HJ, Jung S-I, et al. Imaging of Actinomycosis in Various Organs: A Comprehensive Review. *RadioGraphics* [Internet]. 2014;34(1):19–33.
2. Lunca S, Bouras G, Romedea NS, Pertea M. Abdominal wall actinomycosis associated with prolonged use of an intrauterine device: a case report and review of the literature. *Int Surg. Italy*; 2005;90(4):236–40.
4. Triantopoulou C, Molen a. VD, Es a. C V., Giannila M. Abdominopelvic actinomycosis: spectrum of imaging findings and common mimickers. *Acta Radiol Short Reports* [Internet]. 2014;3(2):1–5.



<b>Caso</b>	(751) Tuberculosis peritoneal, una causa de “omental cake” que no debemos olvidar.
<b>Autores</b>	Isabel María González Moreno Ana Blanco Barrio; Irene Cases Susarte; María Jesús Gayán Belmonte; Amalia García Chiclano; Alba Patricia Solano Romero
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

**Presentación:**

Mujer de 26 años, española, sin antecedentes. Acude a Urgencias por dolor abdominal difuso, aumento del perímetro abdominal y astenia. Se realizó ecografía abdomino-pélvica objetivando ascitis difusa con una imagen nodular en el peritoneo parietal de la fosa ilíaca derecha. Con la sospecha de un implante tumoral sin origen claro, se completó estudio con TC toraco-abdomino-pélvico, que corroboró la infiltración omental y mesentérica, objetivando tenues engrosamientos nodulares del peritoneo parietal, sin claro tumor primario ni adenopatías. Se realizó estudio ginecológico y de mama que también fueron normales. Los estudios del líquido, de laboratorio y una biopsia percutánea del omento no lograron dar resultados concluyentes por lo que fue necesario realizar laparoscopia exploradora que mostró una siembra peritoneal de granulomas, con el resultado en la biopsia de granulomas necrotizantes compatibles con infección por micobacterias. Los cultivos microbiológicos y el Mantoux no fueron concluyentes; solamente el test del quantiferón resultó positivo. Se instauró tratamiento tuberculostático con notorios resultados clínicos y de imagen.

**Discusión:**

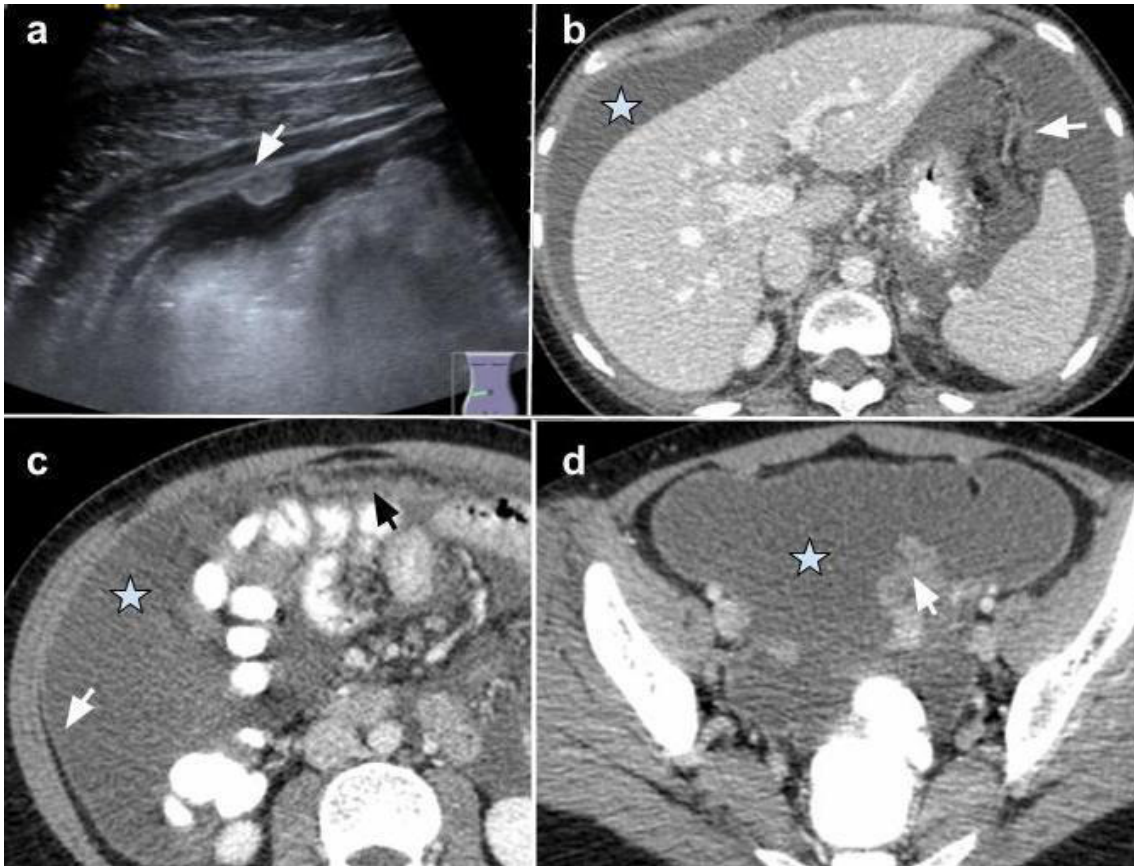
Diagnóstico: tuberculosis peritoneal.

La afectación peritoneal es la presentación abdominal más frecuente de la tuberculosis. Su diagnóstico es importante porque es uno de los pocos procesos peritoneales que tiene un tratamiento específico y eficaz. Sin embargo, su diagnóstico diferencial con la carcinomatosis peritoneal, el mesotelioma o patología maligna ginecológica puede llegar a ser un reto.

La ecografía es una buena técnica inicial, pero la TC tiene mayor sensibilidad para detectar cambios omentales. Los hallazgos de TC que apoyan la sospecha de tuberculosis son: ascitis (que puede ser densa), engrosamiento peritoneal suave y regular con captación de contraste, afectación omental y mesentérica, y adenopatías con áreas centrales de necrosis y calcificación

**Conclusión:**

Dada la posibilidad de un tratamiento específico y eficaz debemos sospechar esta entidad ante los hallazgos radiológicos comentados, sobre todo en pacientes jóvenes, para evitar la demora en el diagnóstico.



**Imagen de ecografía en eje corto (a) que muestra una lesión nodular ecogénica (flecha blanca) dependiente del peritoneo parietal anterior de la fosa ilíaca derecha y ascitis. Cortes axiales de TC con contraste oral e intravenoso. La imagen b muestra un engrosamiento nodular del mesenterio del ligamento gastrocólico (flecha blanca). En c se objetiva el signo del “omental cake” en el omento mayor (flecha negra), así como un realce suave y regular del peritoneo (flecha blanca). Por último, la imagen d muestra implantes nodulares en los ligamentos ancho izquierdo (flecha blanca). En los tres cortes de TC se observa abundante ascitis (estrella blanca).**

### **Bibliografía:**

1. Da Rocha, E. L., Pedrassa, B. C., Bormann, R. L., Kierszenbaum, M. L., Torres, L. R., & D'Ippolito, G. (2015). Abdominal tuberculosis: a radiological review with emphasis on computed tomography and magnetic resonance imaging findings. *Radiologia Brasileira*, 48(3), 181–191
2. Pérez Sánchez P, Montesinos Sánchez-Girón O, Naranjo Chicharro G. (2010). Solución del caso 22. Peritonitis tuberculosa. *Radiologia* 52:484-6
3. Burrill J, Williams CJ, Bain G, Conder G, Hine AL, Misra RR.( 2007 ). Tuberculosis: A Radiologic Review. *RadioGraphic.s* 27(5): 1255–1273.
4. Grau Bono M, Estruch Gregori A, Fos Gonzalvo A, Espert Segarra A, Sifres Alemany M, Carmona Moral JV. (2013 ).Tuberculosis peritoneal. Diagnóstico

diferencial con carcinomatosis de origen ovárico. *Progresos Obstet y Ginecol* 56(7):378–81.

<b>Caso</b>	(752) Presentación infrecuente de infección del tracto urinario inferior: Cistitis enfisematosa.
<b>Autores</b>	Virginia Jiménez Coronel Carmen Martínez Huertas, Ana Milena Muñoz, Mariola Gutiérrez Gallardo, Inmaculada Concepción Valero Rosa, Cristina Dávila Arias.
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

**Presentación:**

Se presenta el caso de un paciente varón de 79 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2 y HBP, que acude a urgencias por intenso dolor abdominal difuso, más intenso en hipogastrio, así como síntomas de irritación del tracto urinario inferior. La analítica mostró un aumento de leucocitos con desviación izquierda, elevación de PC) y piuria en el sedimento urinario. Se realiza TC abdominopélvica sin contraste intravenoso apreciando un engrosamiento de la pared vesical, con abundante cantidad de gas en su luz y en las paredes. No se visualizó gas o cambios inflamatorios a otros niveles del sistema genitorinario y se descartó existencia de fístulas vesico-intestinales, diagnosticándose de cistitis enfisematosa.

**Discusión:**

La cistitis enfisematosa es una forma de presentación infrecuente de infección del tracto urinario inferior (ITU).

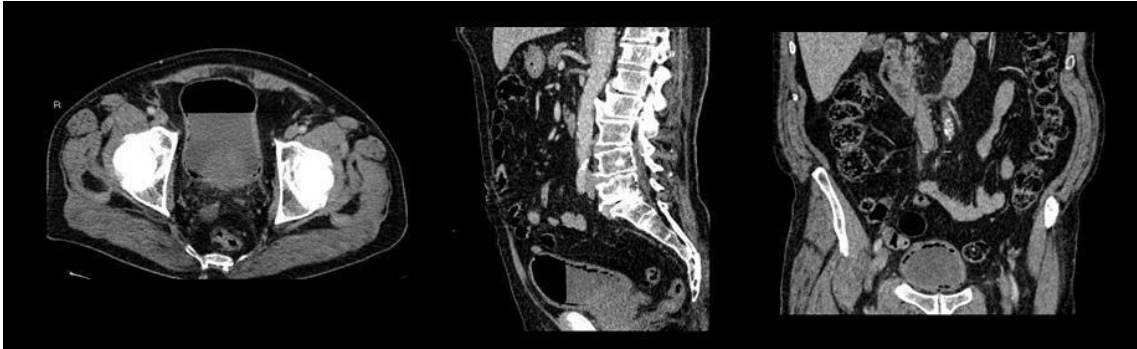
Se caracteriza por la presencia de gas intravesical, intraluminal e intramural, y está ocasionada por gérmenes Gramnegativos (más frecuente *Escherichia coli*). El tratamiento consiste en la instauración de antibióticos de amplio espectro y drenaje vesical.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres añosas, y los factores que favorecen la proliferación de bacterias Gramnegativas son fundamentalmente la diabetes, inmunosupresión y todas aquellas condiciones que determinen retención de orina, como la HBP o la vejiga neurógena.

Su diagnóstico requiere pruebas de imagen y sigue un curso progresivo, pudiendo ocasionar sepsis y fallo multiorgánico

**Conclusión:**

La cistitis enfisematosa es una forma atípica de ITU que hay que considerar especialmente en pacientes diabéticos de edad avanzada. Es importante su diagnóstico rápido para la instauración precoz del tratamiento antibiótico.



*TC abdominopélvica, axial, sagital y coronal. Abundante gas en la luz y en la pared vesical.*

### **Bibliografía:**

- Nicolás Vera A, Christian Zwanzger M, Pablo Troncoso C. Cistitis enfisematosa: una inusual forma de presentación de la infección del tracto urinario bajo. Rev Med Chile 2015; 143: 387-390.
- Diana María Cerquera Cleves, Laura María Manrique Tierradentro, Hector Alirio Corredor, Rodolfo Varela Ramirez. Cistitis enfisematosa: abordaje clínico y terapéutico. Urol Colomb 2016; 25:46-9 - DOI: 10.1016/j.uroco.2015.12.004.
- Galiano Baena JF, Caballero Romeu JP, Galán Llopis JA, Leivar Tamayo A, Lobato Encinas JJ. Cistitis enfisematosa. Caso clínico y revisión de literatura. Actas Urol Esp. 2008; 32(9):948-950.

<b>Caso</b>	(753) TRANSFORMACIÓN HEMORRAGICA INFARTO VENOSO CEREBRAL
<b>Autores</b>	Ángeles Silva Rodríguez E. García Santana; Jm. Blanc Molina; A. Vicente Bártulos
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Presentación:**

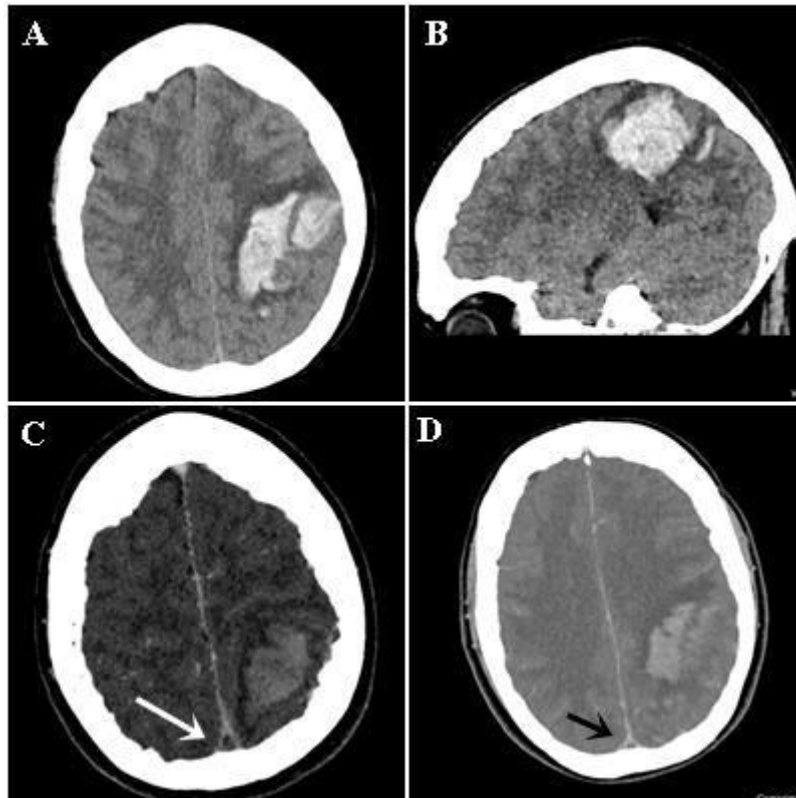
Mujer de 73 años encontrada caída en el suelo con imposibilidad para la emisión del lenguaje y debilidad en extremidades derechas. Refiere cefalea holocraneal de 15 días de evolución. Exploración neurológica: afasia grave (2) de predominio motor. No responde preguntas (2), obedece órdenes, disartria leve (1). Hemiparesia derecha (1+2+1), anosognosia (1). Posible hemianopsia homónima derecha por amenaza (2). NIHSS 12. Se activa el protocolo de código ictus, realizándose TC basal y AngioTC. Se evidencia hematoma intraparenquimatoso frontal izquierdo con unas dimensiones aproximadas de 48 x 40 x 36 mm (AP x T x CC). Sutil hiperdensidad de seno longitudinal superior. Se realiza una hélice más tardía donde se evidencia trombo en seno longitudinal superior.

**Discusión:**

Hematoma intraparenquimatoso frontal izquierdo compatible con infarto venoso dada la presencia de trombosis de seno longitudinal superior.

**Conclusión:**

La trombosis de senos venosos cerebrales puede ser la causa de infartos hemorrágicos por lo que ante un hematoma intraparenquimatoso lobar debemos fijarnos en la permeabilidad de los senos antes de descartar esta etiología como causante del sangrado agudo.



**A y B. Corte axial y sagital identificándose hematoma frontal izquierdo. C y D. Cortes axiales tras administración de contraste, evidenciándose trombosis de seno longitudinal superior, signo del delta vacío (flechas)**

### **Bibliografía:**

1. Imaging of Cerebral Venous Thrombosis: Current Techniques, Spectrum of Findings, and Diagnostic Pitfalls. October 2006 RadioGraphics, 26, S19-S41
2. Rodallec MH, Feydy A, Helias A, Colombani JM, Jukkes MC, Marteau V, and Zins M. Cerebral Venous Thrombosis and Multidetector CT Angiography: Tips and Tricks RadioGraphics, 26, S5-S18
3. Actualización en el diagnóstico neurorradiológico de la trombosis venosa cerebral. Radiología. 2009;51(4):351–361.
4. Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke.2011; 42: 1158-119.

<b>Caso</b>	(754) Diplopia y enoftalmos agudos: Síndrome del seno silente
<b>Autores</b>	Enrique Álvarez Arranz Diego Solís Gutierrez, Helena Esteban Cuesta, M <sup>a</sup> Cristina Puebla Macarrón, Diego Edgardo Dotti Gonzalez, Ramón Ortiz Gimenez
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

### **Presentación:**

Mujer de 35 años gestante a término, sin antecedentes patológicos, que acude a Urgencias por cefalea hemicraneal izquierda refractaria a tratamiento analgésico y diplopia. En la exploración física se objetivó enoftalmos izquierdo con asimetría palpebral. Se realizó TC craneofacial con reconstrucciones multiplanares, evidenciándose ocupación y colapso del seno maxilar izquierdo, adelgazamiento/osteolisis de las paredes del seno, tracción del proceso uncinado y desplazamiento inferior del suelo de la órbita y su contenido. Se diagnosticó de síndrome del seno silente y se realizó una antrostomía maxilar izquierda ampliada, mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), con resultado clínico satisfactorio.

### **Discusión:**

El síndrome del seno silente es una atelectasia unilateral espontánea del seno maxilar producida por una obstrucción del infundíbulo maxilar que produce presión negativa intrasinusal y colapso del seno.

Forma de presentación:

- Asimetría facial indolora por enoftalmos de instauración rápida frecuentemente asociado a retracción del párpado superior, lagofthalmos o depresión malar.
- Diplopia
- Ausencia de antecedente traumático o enfermedad crónica nasosinusal,.

Existen otras causas de enoftalmos como el síndrome de Parry-Romberg o la esclerodermia lineal, pero la combinación de enoftalmos, hipoglobo y diplopia se considera patognomónica de esta entidad y la TC permite confirmar el diagnóstico y planificar la cirugía de reconstrucción.

Hallazgos radiológicos:

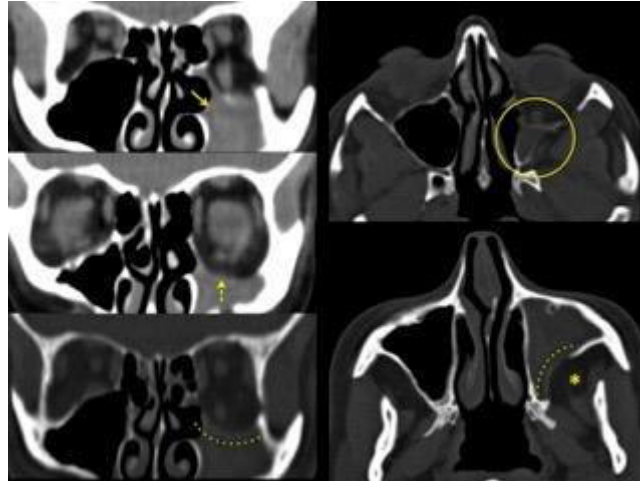
- Retracción de las paredes del seno maxilar hacia el lumen, ocasionando disminución de su volumen con expansión secundaria de la cavidad orbitaria y meato medio.
- Obstrucción infundibular por la apófisis unciforme del hueso etmoides, a menudo desplazada lateralmente, impidiendo el drenaje de secreciones.
- Adelgazamiento/resorción ósea de las paredes del seno.
- Engrosamiento óseo focal.



- Aumento del contenido graso en las fosas pterigopalatina e infratemporal.

### Conclusión:

La aparición brusca de diplopia y enoftalmos requiere la realización de TC facial para confirmar la sospecha clínica de síndrome del “seno silente” y planificar el tratamiento.



*A la izquierda de la imagen, se presentan reconstrucciones coronales con ventana de partes blandas y con ventana de hueso (imagen inferior) y a la derecha imágenes axiales con ventana ósea a nivel de los senos maxilares. Se aprecia: Ocupación y colapso del seno maxilar izquierdo (círculo). Adelgazamiento/osteolisis de las paredes del seno (línea de puntos). Tracción del proceso uncinado (flecha). Desplazamiento inferior del suelo de la órbita y su contenido (flecha de puntos). Aumento del contenido graso en las fosas pterigopalatina e infratemporal (\*).*

### Bibliografía:

1. Illner A, Davidson HC, Harnsberger HR, Hoffman J. The silent sinus syndrome: clinical and radiographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:503–5.
2. Rose GE, Sandy C, Hallberg L, Moseley I. Clinical and radiologic characteristics of the imploding antrum, or “silent sinus,” syndrome. *Ophthalmology* 2003;110:811–818.
3. Hourany R, Aygun N, Della Santina C, Zinreich SJ. Silent Sinus Syndrome: An Acquired Condition. *AJNR Am J Neuroradiol* 2005, 26:2390–2392.

<b>Caso</b>	(757) Disección aislada de la arteria mesentérica superior
<b>Autores</b>	Josima Luchsinger María Luz Parra Gordo, Xiomara Santos, Juan Antonio Del Pozo, Carmen Idoate
<b>Centro</b>	Hospital Universitario la Princesa

**Presentación:**

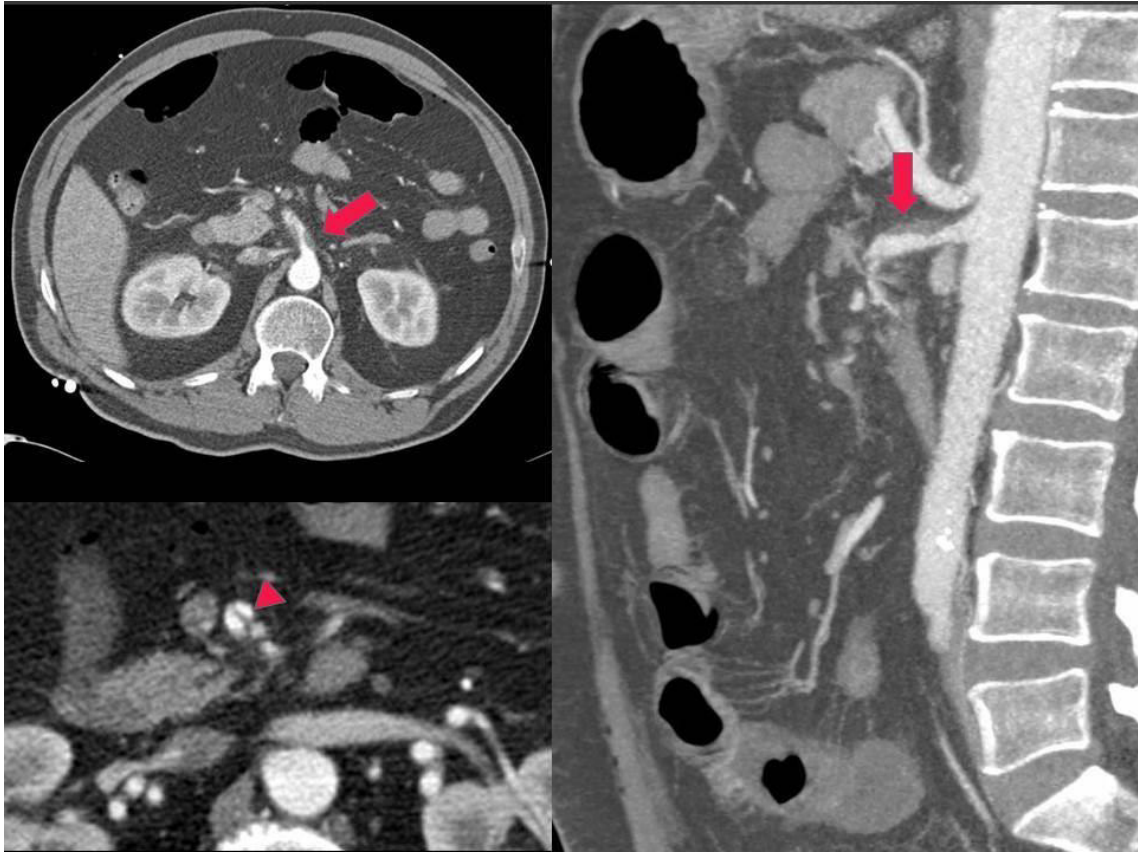
Paciente masculino de 58 años con intenso dolor abdominal y reciente laparotomía exploradora por sospecha de isquemia mesentérica en que no se observan signos de sufrimiento de asas.

**Discusión:**

Una disección aislada de la AMS es muy poco habitual y se ha descrito pocas veces en la literatura. Es más frecuente en varones asociándose a ateromatosis, fibrodisplasia y trauma, si bien la etiología definitiva es incierta. El dolor abdominal es su síntoma más habitual. El estudio de elección es un angioTC abdominal, siendo los hallazgos característicos un aumento de calibre de la AMS, trombo mural excéntrico y flap intimal distal al trombo. No debiera existir afectación de la aorta. Según el tiempo de evolución, presencia de colaterales y extensión de la disección, se podrán ver signos de sufrimiento de asas, entre otros un engrosamiento de las paredes intestinales, ausencia de realce mural, ascitis y/o neumoperitoneo. El tratamiento dependerá de la severidad de la isquemia, pudiéndose realizar cirugía, colocación de stents según características de la disección y, en la mayoría de los casos, tratamiento conservador, especialmente en casos leves o si hay contraindicación quirúrgica.

**Conclusión:**

En un paciente con dolor abdominal agudo y signos de isquemia mesentérica, es imprescindible la realización de una angio-TC en fase arterial y venosa para detectar alteraciones vasculares endoluminales. Nuestro caso reportado de un varón en edad media diagnóstico una disección aislada de la AMS sin aparente causa, siendo tratado mediante cirugía con resección de asas de intestino delgado. El paciente sobrevivió sin grandes repercusiones en su calidad de vida.



*Imágenes en el plano axial y reconstrucción sagital de TC abdominal con CIV en fase arterial muestran un aumento de calibre de la AMS con trombo mural excéntrico (flechas) y el flap intimal distal al trombo (punta de flecha).*

### **Bibliografía:**

- Isolated superior mesenteric artery dissection. Lalitha P, Reddy B. Indian J Radiol Imaging. 2010 May; 20(2): 132–134.
- Management strategy of isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. Satokawa H et al. Jpn J Vasc Surg 2013; 22: 695-701.
- Current strategy for the treatment of symptomatic spontaneous isolated dissection of superior mesenteric artery. Min SI et al. J Vasc Surg. 2011 Aug;54(2):461-6

<b>Caso</b>	(758) Perforación sigmoidea: Una causa infrecuente.
<b>Autores</b>	Rogelio José Velazco Ramírez Jaume Palmer Sancho, Juan Enrique Gutierrez Alliende, Carme Lozano Roca.
<b>Centro</b>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

### Presentación:

Paciente, varón de 53 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por presentar dolor abdominal de inicio en FII de 2 días de evolución. Niega náuseas, vómitos, alteración del hábito deposicional, clínica miccional o fiebre termometrada. EF: Buen estado general, abdomen globuloso, doloroso a la palpación de predominio en FII, sin signos de irritación peritoneal. PPL bilateral negativa. Analítica alterada: PCR 200,1 mg/L Leucocitosis 16.000. Se solicita TC abdominal (ver imagen).

### Discusión:

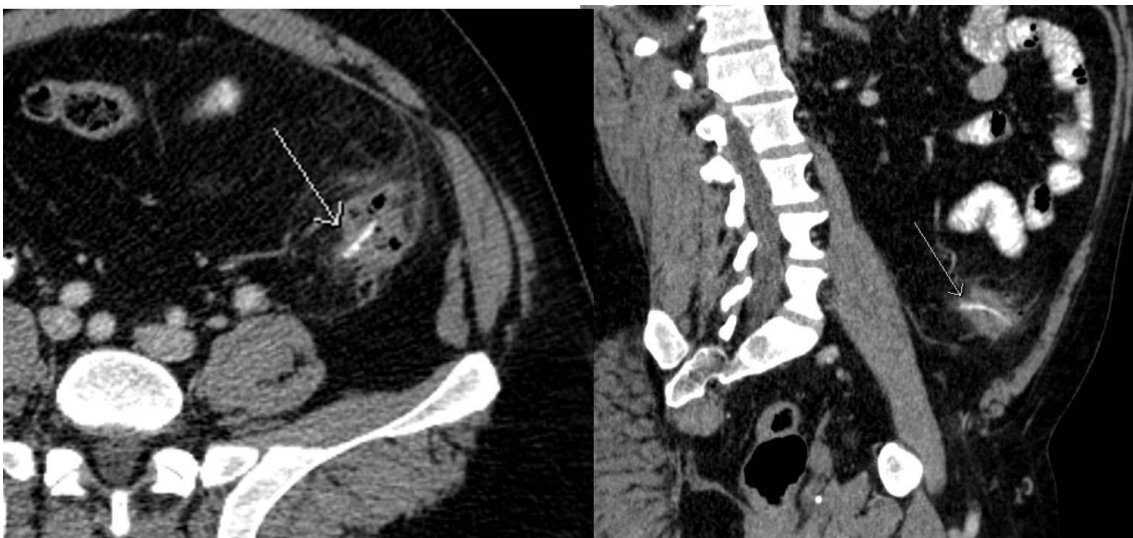
Diagnóstico: Perforación sigmoidea secundaria a un cuerpo extraño endoluminal (espina de pescado).

La ingesta accidental de cuerpos extraños es un problema clínico común en la emergencia. La mayoría tiende a pasar el tracto gastrointestinal sin causar ningún problema, sin embargo hay que tenerlos en cuenta ya que pueden ser capaces de causar perforaciones intestinales y en estos casos el TAC juega un papel fundamental en la identificación y localización exacta de los mismos y en la presencia o no de neumoperitoneo.

### Conclusión:

El TAC tiene un rol fundamental en el diagnóstico de la perforación intestinal por cuerpos extraños.

El radiólogo debe tener en cuenta esta entidad para poder realizar un diagnóstico correcto.



*TC abdominal en axial y sagital donde se demuestra engrosamiento parietal de un segmento de sigma ubicado en FII, con infiltración de la grasa perisigmoidea adyacente asociado a burbujas aéreas extraluminales indicando la presencia de una perforación intestinal. Coincidiendo con el punto de perforación se observa una imagen de morfología tubular, hiperdensa, de 35mm de diámetro máximo, (flecha) correspondiente a un cuerpo extraño (espina de pescado).*

**Bibliografía:**

Nicolodi GC, Trippia CR, et al. Intestinal perforation by an ingested foreign body. Radiol Bras. 2016 Sep-Oct; 49(5): 295–299.

Sarmast AH, Showkat HI, et al. Gastrointestinal tract perforations due to ingested foreign bodies; a review of 21 cases. BJMP. 2012;5:a529–a529.

Caso	(759) Fuga peritoneal como complicación de la diálisis peritoneal
Autores	Ana Belén Veas López Plácida Aleman Díaz
Centro	HGU Reina Sofía

**Presentación:**

Varón de 80 años en tratamiento con diálisis peritoneal desde diciembre de 2014 bien tolerada que, tras una sesión de diálisis, comienza con aumento de volumen y edema escrotal izquierdo, por lo que se solicita ecografía escrotal urgente en la que se aprecia importante edema del tejido celular subcutáneo escrotal izquierdo y raíz del pene. Ante la sospecha diagnóstica de fuga peritoneal se solicita un estudio de TC-peritoneografía, identificándose fuga peritoneo-escrotal izquierda y hernia inguinal bilateral (figuras A y B).

**Discusión:**

La diálisis peritoneal es una posibilidad terapéutica aceptada en los pacientes con insuficiencia renal terminal que permite gran independencia y muchos beneficios clínicos, pero también pueden presentar complicaciones.

Las fugas peritoneo-escrotales pueden ocasionar un cuadro testicular agudo, posible complicación que debemos de tener presente en pacientes sometidos a tratamiento de diálisis peritoneal. Éstas pueden ocurrir por persistencia del conducto a través de la fascia de Scarpa y en otros casos por la persistencia del conducto peritoneo-vaginal permeable.

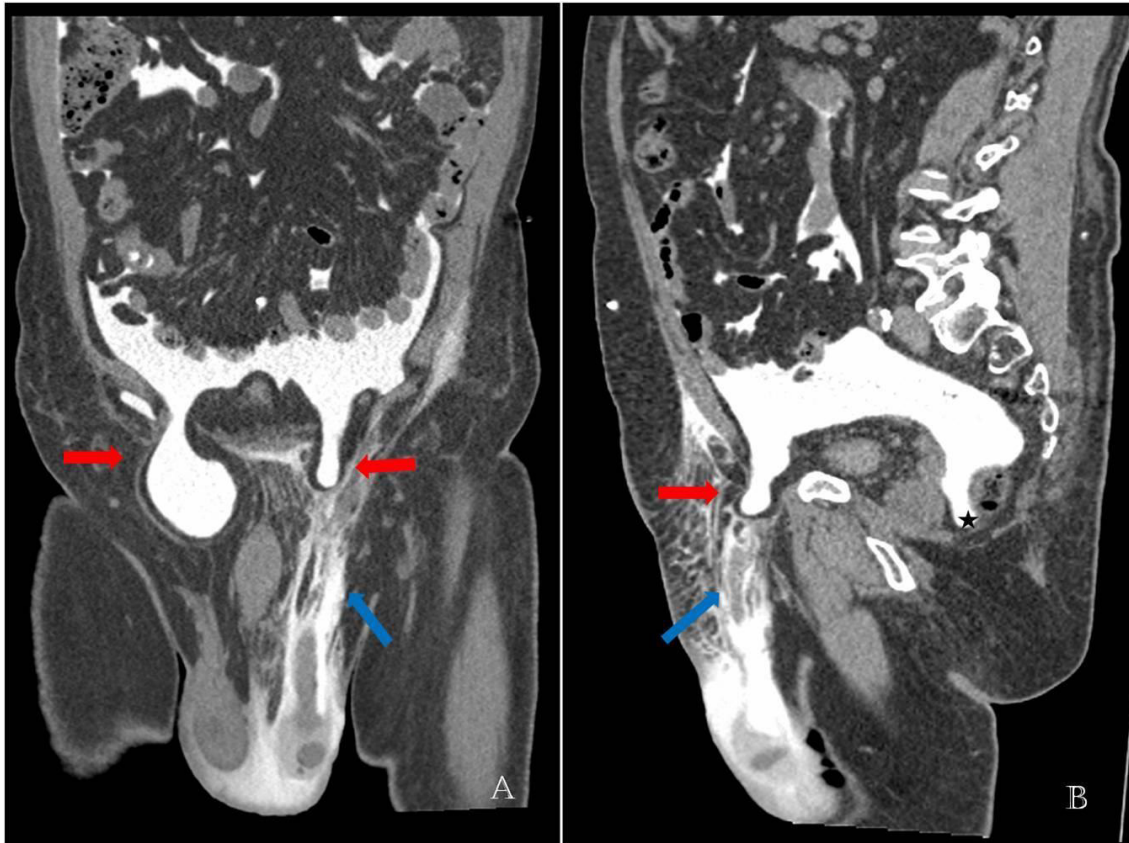
El orificio de entrada del catéter es un punto débil para la aparición de fuga de líquido.

Otro punto donde podrían existir fugas podría ser si existieran comunicaciones peritoneopleural con la aparición de derrame pleural. En ocasiones, la fuga puede ser hacia retroperitoneo y son difíciles de detectar clínicamente (manifiestada como un fallo agudo del ultrafiltrado), por lo que es necesario detener la diálisis peritoneal y en algunos casos puede requerir reparación quirúrgica.

Por su mayor inocuidad y disponibilidad ante un cuadro de escroto agudo la técnica inicial es la ecografía pero la técnica de imagen de referencia para la valoración fugas peritoneales es la TC-peritoneografía.

**Conclusión:**

Las fugas peritoneales constituyen una complicación de la diálisis peritoneal y en muchas ocasiones la clínica no es concluyente en su detección y la radiología juega un papel muy importante.



**Figuras A y B. Peritoneografía-TC. Fuga peritoneo-escrotal izquierda, identificándose contraste disecando los planos grasos y cubiertas escrotales izquierdas (flechas azules) y hernia inguinal bilateral (flechas rojas). En el estudio de peritoneografía-TC, en condiciones normales, el contraste se distribuye por los recesos peritoneales, incluido el espacio de Douglas (\*).**

### **Bibliografía:**

1. Stuart S, Booth TC, Cash CJ et al (2009) Complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Radiographics* 29(2):441–460.
2. Continuous ambulatory peritoneal dialysis—a guide to imaging appearances and complications. *Insights Imaging* (2013) 4:85–92.

<b>Caso</b>	(760) CEUS en el trasplante renal: detección de complicaciones vasculares agudas.
<b>Autores</b>	Yesica Martínez Paredes Juan F. Martínez Martínez, Elena López Banet, Irene Sánchez Serrano, Manuel Santa-olalla González, Ana A. García Ortega
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

### **Presentación:**

Mujer de 41 años que es sometida a un trasplante renal por ERC en estadio avanzado. En el postoperatorio debe ser reintervenida por sangrado, evacuando un hematoma retroperitoneal. Durante primeros 2 días se evidencia aumento de creatinina y se solicita una ecografía urgente para valorar el estado del injerto renal. El riñón es de morfología y ecoestructura normal, identificando vena y arteria renales permeables en hilio. No se visualizan adecuadamente los vasos renales periféricos, identificando exclusivamente vascularización en el polo superior con un IR normal. Se decide completar exploración con contraste ecográfico (Sonovue, 2,5mL), que muestra adecuado realce del seno y la cortical del polo superior, con ausencia del mismo en el resto del parénquima cortical. Estos hallazgos son compatibles con hipoperfusión cortical renal, sin evidencia clara de trombosis ni estenosis de las arterias renales. Se mantiene en observación, al 5º día postrasplante persisten cifras altas de creatinina y se vuelve a valorar ecográficamente, con hallazgos similares. Seguidamente, se realiza un angio-TC, donde se confirma oclusión completa de la arteria renal principal con la presencia de una arteria renal accesoria permeable que nutre el polo renal superior (que podría corresponder al vaso identificado en el hilio renal). Finalmente, se realiza trasplanctectomía evidenciando arteria renal con pulso en extremo distal y polar, con un trombo en la zona media de la arteria principal.

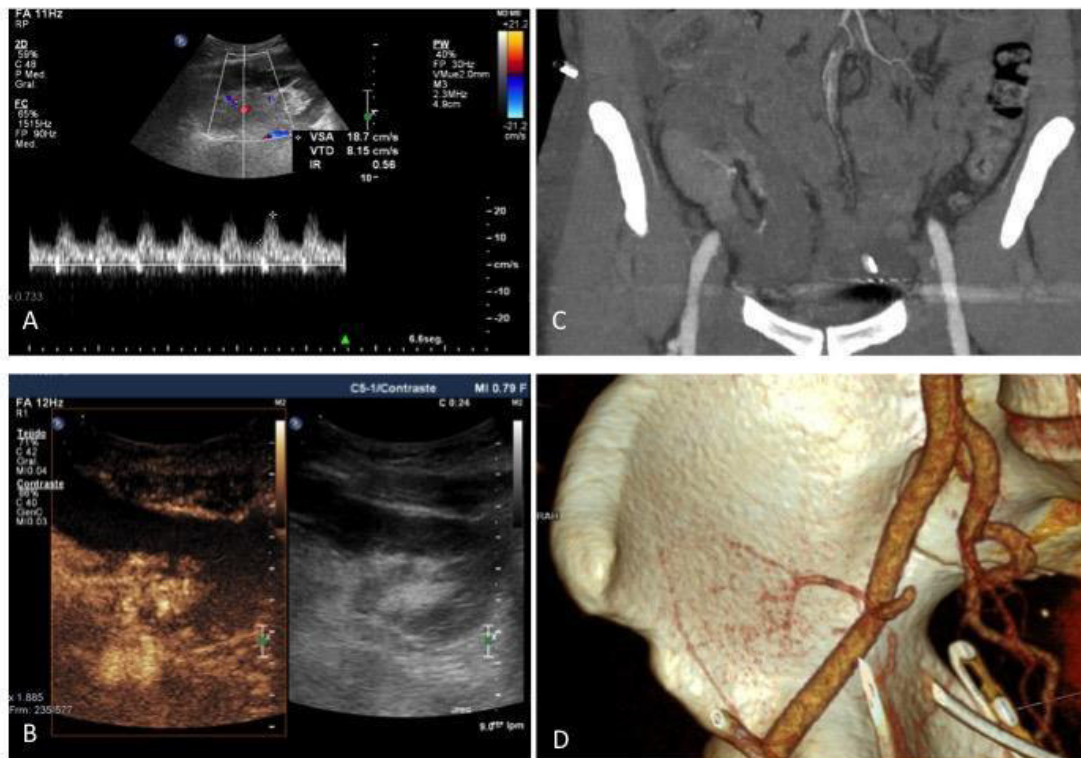
### **Discusión:**

En el caso presentado, la evaluación mediante CEUS del injerto renal aporta información relevante(1–3), que se confirma mediante angio-TC(4) y en la cirugía posterior. En caso de sospechar patología vascular renal en la valoración de riñones nativos la EFSUMB recomienda el uso de la CEUS con un nivel A;1a (2) , y hemos extrapolado dicha recomendación al injerto renal.

### **Conclusión:**

La aplicación de la CEUS en la valoración del trasplante renal no está definida, pero puede ser de gran utilidad.





**A) Ecografía Doppler donde se aprecia un espectro monofásico con un IR de 0,56 (normal) en las arterias del polo superior del injerto renal. B) CEUS del injerto renal a los 24 segundos de inyectar el contraste, donde se identifica falta de repleción de la cortical del tercio medio e inferior del parénquima renal. C) Reconstrucción coronal de angio-TC abdominal donde se observa repleción del polo superior del injerto con ausencia de la misma en el resto de la cortical. D) Reconstrucción VR del angio-TC donde se identifica arteria accesoria que irriga el polo superior renal y oclusión de la arteria renal principal en su tercio medio.**

## Bibliografía:

1. Tenant SC, Gutteridge CM. The clinical use of contrast-enhanced ultrasound in the kidney. *Ultrasound* [Internet]. 2016;24(2):94–103. Disponible en: <http://ult.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/1742271X15627185>
2. Piscaglia F, Nolsoe C, Dietrich CF, Cosgrove DO, Gilja OH, Bachmann Nielsen M, et al. The EFSUMB Guidelines and Recommendations on the Clinical Practice of Contrast Enhanced Ultrasound (CEUS): Update 2011 on non-hepatic applications. *Ultraschall Der Medizin*. 2012;33(1):33–59.
3. Korda D, De??k P, Kozma V, Kiss G, Doros A. Role of Contrast-Enhanced Ultrasound in the Follow-up of Kidney Transplant Patients. *Transplant Proc* [Internet]. Elsevier Inc.; 2016;48(7):2544–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.07.010>

4. Inci MF, Ozkan F, See TC, Tatli S. Renal transplant complications: Diagnostic and therapeutic role of radiology. *Can Assoc Radiol J* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014;65(3):242–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.carj.2013.06.002>

Caso	(761) FRACTURA TRIPLANA DE TIBIA PROXIMAL: UNA LESIÓN GRAVE DE LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL
Autores	Antonio Gámez Martínez Jade García Espinosa; Alberto Martínez Martínez
Centro	Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Presentación:**

Paciente varón de 17 años de edad, sin antecedentes de interés, que tras caída circulando en bicicleta sufre contusión directa en ambas rodillas. En la exploración clínica, se objetivó una limitación para la flexo-extensión completa y un choque rotuliano bilateral. En radiografía simple, valorada por médico de urgencias, se apreciaron múltiples trazos de fractura en tibia proximal derecha, por lo que se solicitó tomografía computerizada (TC) para mejor caracterización de los hallazgos y planificación quirúrgica, identificándose fractura triplanar de tibia proximal.

**Discusión:**

Aunque las fracturas triplanares de la tibia distal son una entidad bien conocida este tipo de lesión es infrecuente en otras localizaciones.

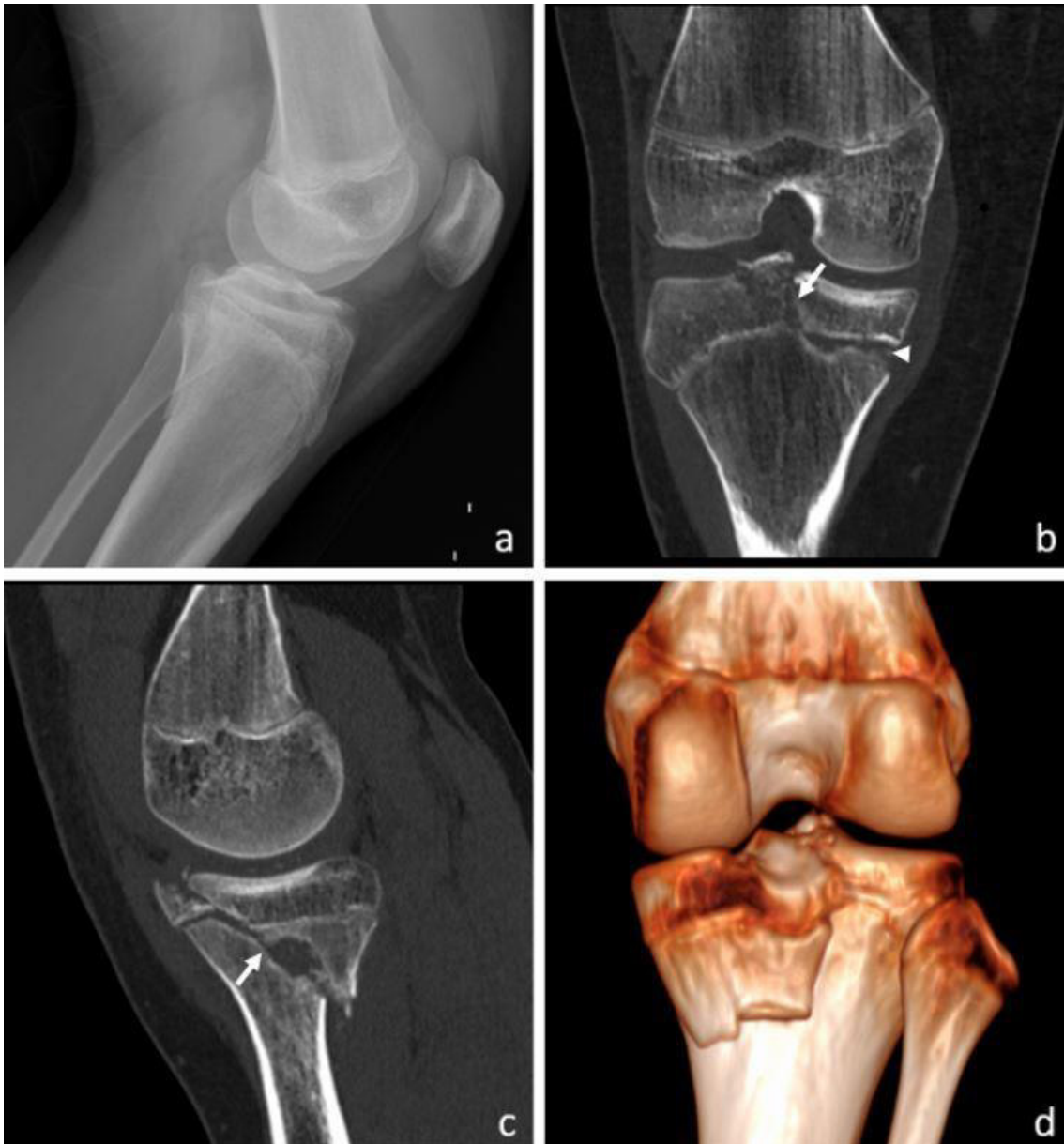
El término “triplano” hace referencia a la orientación de los trazos de fractura implicados, disponiéndose en los tres planos del espacio: transversal, sagital y coronal; y normalmente se producen en traumatismos de alta energía. Son más frecuentes en pacientes adolescentes y suelen afectar al cartílago de crecimiento, por lo que será necesario un seguimiento posterior para evitar deformaciones futuras.

Así mismo, pueden asociarse a lesión de arteria poplítea y nervio peroneo debido a la cercanía de estas estructuras, así como a síndrome compartimental, siendo necesario un diagnóstico adecuado y un seguimiento estrecho.

El tratamiento suele incluir una reducción abierta de los fragmentos con fijación interna.

**Conclusión:**

La fractura triplana de la tibia proximal es una lesión excepcional y grave que conlleva una alta morbilidad. De este modo, es necesario que el radiólogo de urgencias sea capaz de reconocerla como entidad propia para establecer un adecuado manejo terapéutico.



**a:** Radiografía con proyección lateral de rodilla derecha donde se identifican trazos de fractura que afectan a meseta tibial y metáfisis de tibia proximal. **b:** Plano coronal de TC de rodilla derecha con trazo de fractura vertical epifisario medial anterior (flecha) y trazo horizontal fisario (punta de flecha). **c:** Plano sagital de TC de rodilla derecha con trazo oblicuo metafisario medial posterior (flecha). **d:** Reconstrucción 3D de TC.

### **Bibliografía:**

1) Proximal tibia triplane fracture: A serious presentation of a serious injury - Philip D. Nowicki, Nabil A. Ebraheim, Carlos E. Gomez, Jason Rabenold - Injury Extra

Volume 41, Issue 3, March 2010, Pages 31–34

2) Triplane fracture of the proximal tibial epiphysis. - Sinigaglia R, Gigante C, Basso G, Turra S. - Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol. 2007 Mar-Apr;72(2):149-51.

<b>Caso</b>	(762) Obstrucción gástrica con fístula colecistoduodenal: Síndrome de Bouveret
<b>Autores</b>	M <sup>a</sup> Teresa Álvarez De Eulate García Elena Núñez Miguel, María Pina Pallín, Rebeca Sigüenza González, Marta Sánchez Ronco, Jorge Galván Fernández.
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

### **Presentación:**

Mujer de 79 años, sin AP de interés, acude a Urgencias con náuseas, vómitos y dolor epigástrico de cuatro días de evolución. Se realiza TC de abdomen con contraste, que confirma la presencia de una gran piedra en el bulbo ocasionando estómago de retención (el estómago se apreciaba parcialmente descomprimido por la presencia de una sonda nasogástrica). Además existía engrosamiento de la pared duodenal, adyacente y sin plano de separación, a una vesícula contraída con la pared también gruesa y aire en la vía biliar, hallazgos sugestivos de síndrome de Bouveret. En la gastroscopia se observa el bulbo totalmente ocupado por una gran litiasis que no se consigue movilizar, por lo que finalmente se realiza de forma quirúrgica gastrotomía con extracción del cálculo.

### **Discusión:**

El síndrome de Bouveret es una causa rara de íleo biliar proximal, consiste en una obstrucción gástrica por una litiasis impactada en el píloro o bulbo duodenal, secundaria a una fístula colecistoentérica.

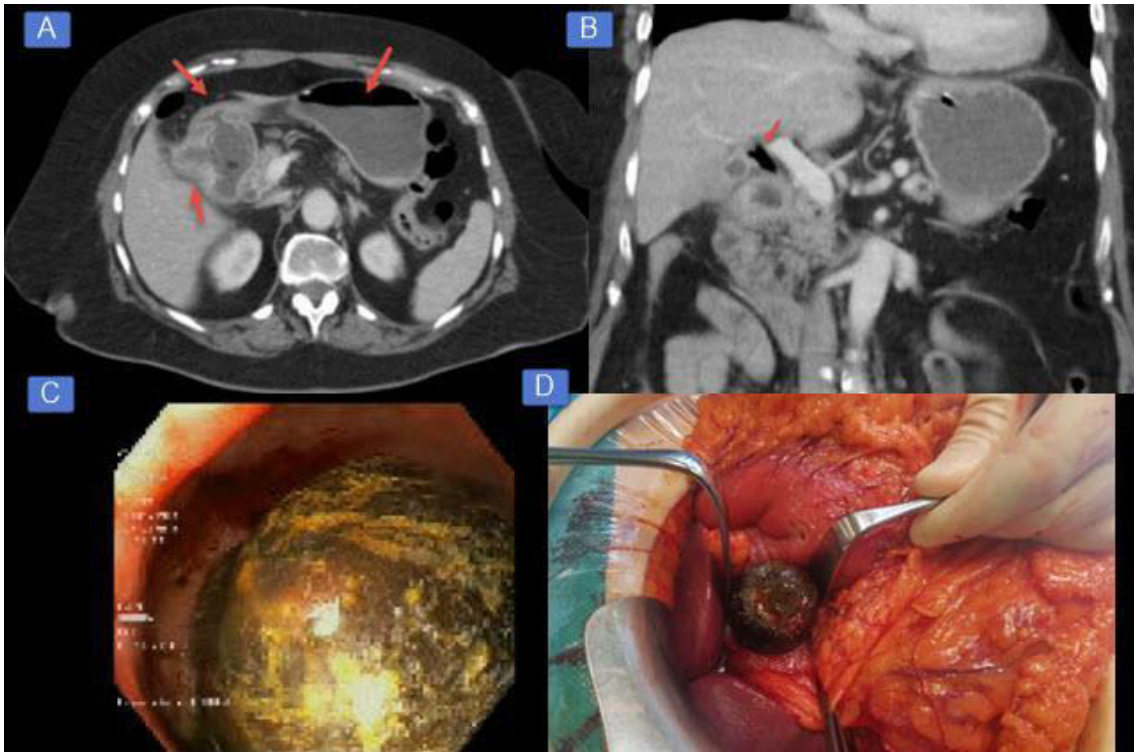
Se observa con más frecuencia en mujeres de edad avanzada manifestándose con síntomas poco específicos como náuseas, vómitos o dolor epigástrico.

La TC tiene una gran sensibilidad en la identificación de la triada de Rigler (aerobilia, litiasis biliar ectópica y obstrucción intestinal), que se considera altamente sugestiva de esta entidad.

Estos pacientes por su avanzada edad y enfermedades concomitantes, suelen ser pobres candidatos quirúrgicos, por lo que el abordaje endoscópico suele ser la primera técnica terapéutica de elección.

### **Conclusión:**

El síndrome de Bouveret es una forma de presentación rara de una patología muy frecuente, especialmente prevalente en población de edad avanzada y en la que la TC constituye una herramienta diagnóstica de gran utilidad para detectar la típica triada de Rigler.



**A y B:** TC Abdomen con CIV, cortes axial y coronal: estómago de retención secundario a piedra en bulbo duodenal, el cual muestra engrosamiento mural concéntrico y se encuentra en contacto sin plano de separación con una vesícula contraída y con pared engrosada. Aerobilia. **C:** Imagen de la gastroscopia: gran litiasis ocupando el bulbo duodenal. **D:** Imagen adquirida durante la intervención quirúrgica: litiasis obstructiva.

### **Bibliografía:**

- [1]Puri V, Lee RW, Amirlak BA, et al (2007) Bouveret syndrome and gallstone ileus. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.
- [2]Mahesh V. Jayaraman, William W. Mayo-Smith, Jonathan S. Movson, et al (2001) CT of the Duodenum: An Overlooked Segment Gets Its Due. RadioGraphics.
- [3]Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S (2004) Bouveret syndrome. Radiographics.
- [4]ZP Englert et al (2012) Syndrome: Gallstone Ileus of the Duodenum. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.

<b>Caso</b>	(763) Perforación vesical yatrogénica
<b>Autores</b>	Ana Belén Veas López Plácida Aleman Díaz
<b>Centro</b>	Hospital Reina Sofía

### **Presentación:**

Varón de 70 años con antecedentes de hipertrofia benigna de próstata que acude a urgencias con cuadro de retención aguda de orina, realizándose sondaje vesical. El sondaje resulta dificultoso y traumático. Tras la manipulación el paciente comienza con hematuria franca y dolor suprapúbico intenso. Ante la sospecha de lesión traumática vesical se realiza cisto-TC, hallándose una rotura vesical extraperitoneal simple (figuras A, B y C).

### **Discusión:**

La lesión vesical puede ser debida a un traumatismo cerrado, penetrante o yatrogénica. Cursa con dolor suprapúbico y hematuria. La rotura de la vejiga se puede clasificar en cinco tipos dependiendo de su localización y extensión: Contusión de la vejiga (1), Rotura intersticial (2), Rotura intraperitoneal (3), Rotura extraperitoneal simple (4a) o compleja (4b) y Rotura combinada(5).

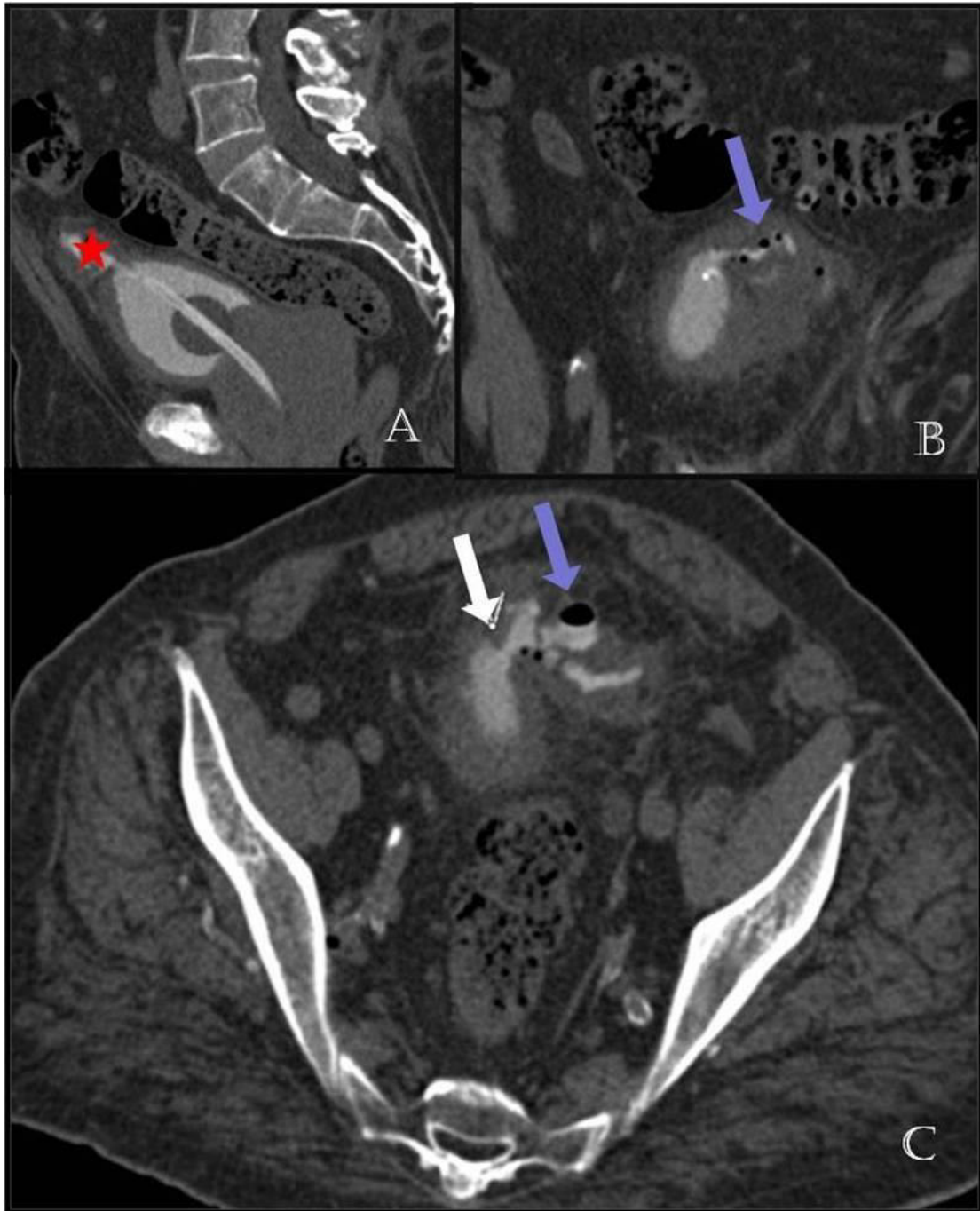
La rotura extraperitoneal es el tipo más común de lesión en la vejiga, representando un 80-90% de los casos. Por lo general, es el resultado de fracturas pélvicas o traumatismo penetrante. La cistografía revela una trayectoria variable de material de contraste extravasado. En las roturas extraperitoneales simples la extravasación de contraste queda confinada a los espacios perivesicales mientras que en las roturas extraperitoneales complejas se extiende más allá de los espacios perivesicales, disecando una variedad de planos fasciales y espacios. Tradicionalmente se ha empleado cistografía-fluoroscópica, sin embargo ésta no puede caracterizar otras estructuras pélvicas, por ello su uso ha sido reemplazado por la cistografía-TC.

La rotura intraperitoneal requiere reparación quirúrgica mientras que las lesiones extraperitoneales se tratan de manera conservadora con un catéter vesical.

### **Conclusión:**

La rotura extraperitoneal de vejiga es el tipo más frecuente de roturas vesicales. Frecuentemente ocurren por traumatismos cerrados o penetrantes sin olvidar, la posibilidad de lesiones de origen yatrogénico. El diagnóstico preciso y la clasificación de la rotura se realiza con cisto-TC ya que ello condiciona el manejo y tratamiento del paciente.





**Figuras A, B y C. Rotura vesical extraperitoneal simple. Cistografía-TC. Reconstrucciones sagital (A) coronal (B) y axial (C). El extremo distal del catéter de la sonda sobrepasa la pared anterior vesical (\*) asociado a la presencia de contraste extraluminal y burbujas de gas confinados al espacio perivesical (flecha azul), dentro de la pelvis extraperitoneal, apreciándose una solución de continuidad en la pared anterior vesical (flecha blanca). La extravasación muestra la apariencia típica del “diente molar”.**

### Bibliografía:

Jonathan P. Vaccaro, MD Jeffrey M. Brody, MD. CT Cystography in the Evaluation of Major Bladder Trauma. *Radiographics* 2000; 20:1373-1381.

V. E. Merlo González, F. Árbol Linde, P. López Onega, et al. Rotura vesical extraperitoneal traumática. *Emergencias* 2001;13:348-350.

<b>Caso</b>	(764) FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA CON LITIASIS MIGRADA A COLON
<b>Autores</b>	Elena Martínez Carapeto Susana Borrueal Nacenta, Elena Martínez Chamorro, Nancy Guerrero Salcedo, Virginia Navarro Cutillas, Vanessa Terán Pareja
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre

**Presentación:**

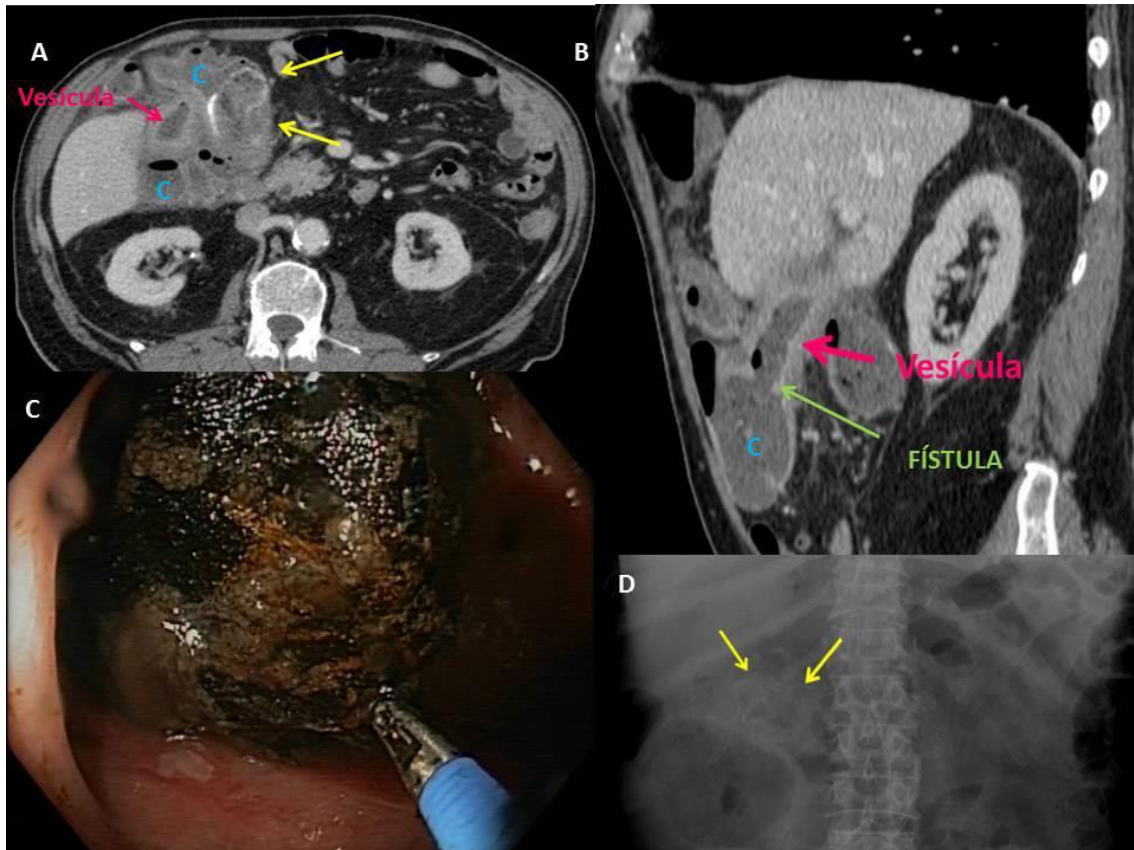
Varón de 80 años con antecedentes de colecistitis aguda y coledocolitiasis que requirió CPRE, que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal en flanco derecho-FID con rectorragia. Ante la sospecha clínica de colecistitis aguda, se realizó inicialmente ecografía abdominal, objetivándose una vesícula biliar de contornos mal definidos y con contenido heterogéneo. Además, parecía existir una comunicación biliocolónica, por lo cual, completamos la exploración con TC abdominopélvico con CIV, confirmándose la existencia de una fístula colecistocolónica, con varias litiasis migradas a colon derecho, la mayor de 5 cm. Existía además aerobilia y el ángulo hepático del colon presentaba engrosamiento y alteraciones en la captación en su pared, en probable relación con cambios inflamatorios y/o isquémicos. En un segundo tiempo, se revisó la Rx simple de abdomen, visualizando la litiasis de 5 cm en flanco derecho, superpuesta a la localización del colon.

**Discusión:**

Las fístulas colecistocolónicas suponen el 10-12% de todas las fístulas bilioentéricas, siendo las segundas en frecuencia tras las fístulas colecistoduodenales (70%). Su causa más frecuente con diferencia es la colecistitis litiásica de larga evolución, y ocurren más comúnmente en pacientes de avanzada edad con síntomas que pueden comprender desde dolor abdominal de predominio derecho, hasta fiebre, íleo biliar, colangitis, diarrea, esteatorrea, malabsorción, desequilibrio electrolítico o hemorragia. Otras etiologías menos frecuentes son el carcinoma de vesícula biliar con invasión del colon, o la neoplasia primaria de colon con invasión vesicular. Se ha propuesto que la hemorragia provenga de la arteria cística erosionada. El tratamiento definitivo es el quirúrgico, por la alta incidencia de colangitis ascendente.

**Conclusión:**

Las fístulas colecistocolónicas son un subgrupo infrecuente dentro de las fístulas bilioentéricas, siendo el paciente tipo una persona de avanzada edad con colecistitis litiásica crónica y sintomatología inespecífica (dolor abdominal, diarrea de larga evolución...)



**A y B.** Cortes axial y sagital de TC respectivamente, donde podemos ver la vesícula biliar con burbujas de gas, el colon (C) con pared engrosada, la fístula colecistocolónica, y la litiasis de mayor tamaño alojada en colon derecho (flechas amarillas). **C.** Imagen de colonoscopia correspondiente a la visualización del cuerpo extraño (litiasis) en colon. **D.** Rx simple de abdomen donde se observa la litiasis de mayor tamaño (flechas amarillas) en flanco derecho, superpuesta a la localización del colon.

### Bibliografía:

1. Ramos De la Medina A, Medina Franco H. Fístulas biliocolónicas. Revisión de la literatura y análisis de dos casos con diferente etiología. Rev Gastroenterol Mex 2002; 67 (3).
2. Zakir M, Balupuri S, Boobis L. Colonic gallstones: a case report. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2007; 6: 324-25.

<b>Caso</b>	(765) Mirando a la convexidad
<b>Autores</b>	Mar Sarmiento De La Iglesia Gonzalo Lecumberri Cortes, Juanjo Gomez Muga, Lander Anton Mendez, Jaime Cardenal Urdampilleta, Berta Ruiz Morin
<b>Centro</b>	Hospital de Basurto

**Presentación:**

Mujer de 57 años en tratamiento quimioterápico por linfoma folicular. Presenta disminución de fuerza en extremidades y pérdida visual. Tensión arterial normal.

**Discusión:**

Ante una hemorragia no traumática aislada en la convexidad, el angioTC es útil para descartar trombosis venosas, lesiones focales hemorrágicas y anomalías vasculares, no presentes en nuestro estudio.

En ausencia de la anteriores, debemos considerar la posibilidad de angiopatía amiloide, encefalopatía posterior reversible (PRES), síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, vasculitis otras.

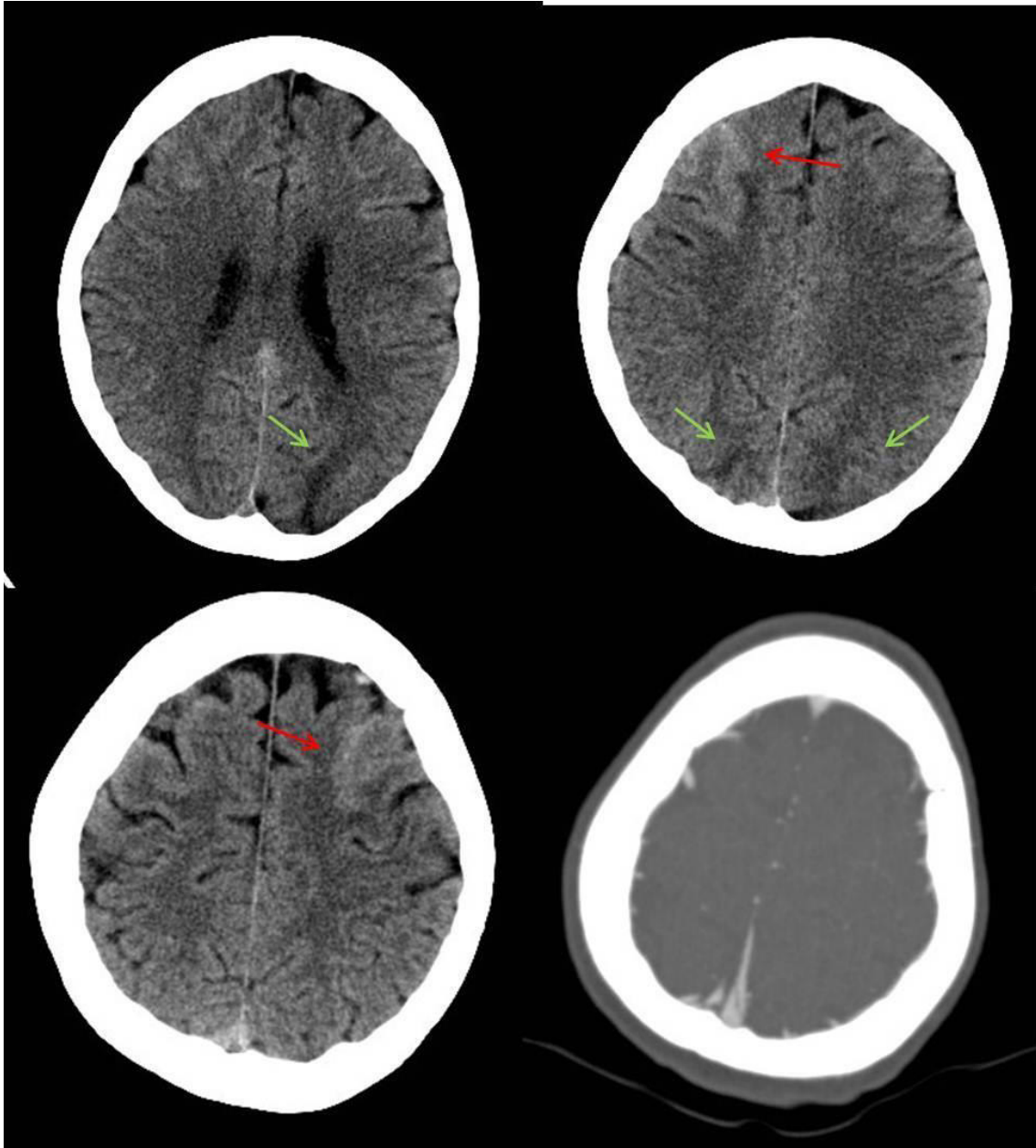
El PRES es un cuadro neurológico secundario a una alteración de la autorregulación de la circulación posterior consecuencia de presión arterial elevada o daño endotelial. Aunque el cuadro típico ocurre en pacientes con elevación de la tensión arterial, cifras normales no excluyen y constituyen un 25% de los casos, encontrándose entre sus causas toxicidad a fármacos, lupus, síndrome hemolítico urémico, púrpura trombótica trombocitopenica, etc. El bortezomib, fármaco administrado a nuestra paciente, se ha descrito como causa de PRES.

La clínica consiste en cefalea, convulsiones, encefalopatía o alteraciones visuales.

En el TC de urgencia, primera prueba diagnóstica, los hallazgos típicos son áreas hipodensas corticosubcorticales bilaterales en regiones posteriores encefálicas. También puede existir afectación de zonas no posteriores, fundamentalmente en territorios vasculares frontera y giro frontal superior. La hemorragia está presente en el 15% de los pacientes y la presencia de infartos en el 10 – 25 %. Menos frecuente es el patrón unilateral o central en tronco del encéfalo o ganglios basales sin afectación cortical.

**Conclusión:**

Ante una hemorragia subaracnoidea espontánea y aislada en convexidad craneal, debemos considerar el pres y buscar otros hallazgos típicos de esta entidad, aun en ausencia de hipertensión arterial.



*Ocupación de surcos cerebrales frontales en convexidad craneal por contenido hiperdenso sugestivo de hemorragia subaracnoidea (flechas rojas). Areas de hipodensidad en sustancia blanca subcortical de lóbulos parietales. (flechas verdes). En el angioTC, no se objetivan defectos de replección en venas corticales o senos venosos. No malformaciones vasculares ni lesiones focales subyacentes.*

### **Bibliografía:**

C Spitzer 1 , M Mull , V Rohde , C M Kosinski Non-traumatic cortical subarachnoid haemorrhage: diagnostic work-up and aetiological background *Neuroradiology* (2005) 47: 525–531

Carrie P, Vinod Narla, James R. Fink and Kathleen R. Tozer Fink. Subarachnoid Hemorrhage: Beyond Aneurysms AJR 2014; 202:25–37

H.M. Hefzya, W.S. Bartynskib, J.F. Boardmanb and D. Lacomisa Hemorrhage in Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome: Imaging and Clinical Features AJNR Am J Neuroradiol 30:1371–79 \_ Aug 2009

Oshikawa G1, Kojima A, Doki N, Kobayashi T, Kakihana K, Tsuda H, Endo I, Kamata N, Ohashi K, Sakamaki H. Bortezomib-induced Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome in a Patient with Newly Diagnosed Multiple Myeloma Intern Med 52: 111-114, 2013

<b>Caso</b>	(768) HAZLE CASO A LAS ENZIMAS HEPÁTICAS
<b>Autores</b>	Santiago Ibanez Caturla Jf Martínez Martínez, A Castillo García, G Carbonell López, I Bañón García, A García Ortega
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Paciente de 56 años, trasplantado hepático seis meses antes por hepatopatía crónica, que acude a Urgencias por fiebre y diarrea de varios días de evolución. Se objetiva importante acidosis metabólica, hipotensión (70/46) y taquicardia así como alteración analítica (70000 leucocitos, PCR 34, plaquetopenia e hipertransaminasemia). Se solicita ecografía abdominal, que revela colección heterogénea de bordes mal definidos en lóbulo hepático derecho, con aire en su interior, hallazgos compatibles con absceso hepático piogénico.

**Discusión:**

Los abscesos hepáticos suelen tener origen polimicrobiano (más frecuente Gram -), y suelen ser múltiples, al tener su origen en diseminación hematógena o colangitis ascendente.

En nuestro entorno suelen darse en pacientes con factores de riesgo (inmunosuprimidos principalmente), aunque también pueden deberse a enfermedades importadas (amebiasis...).

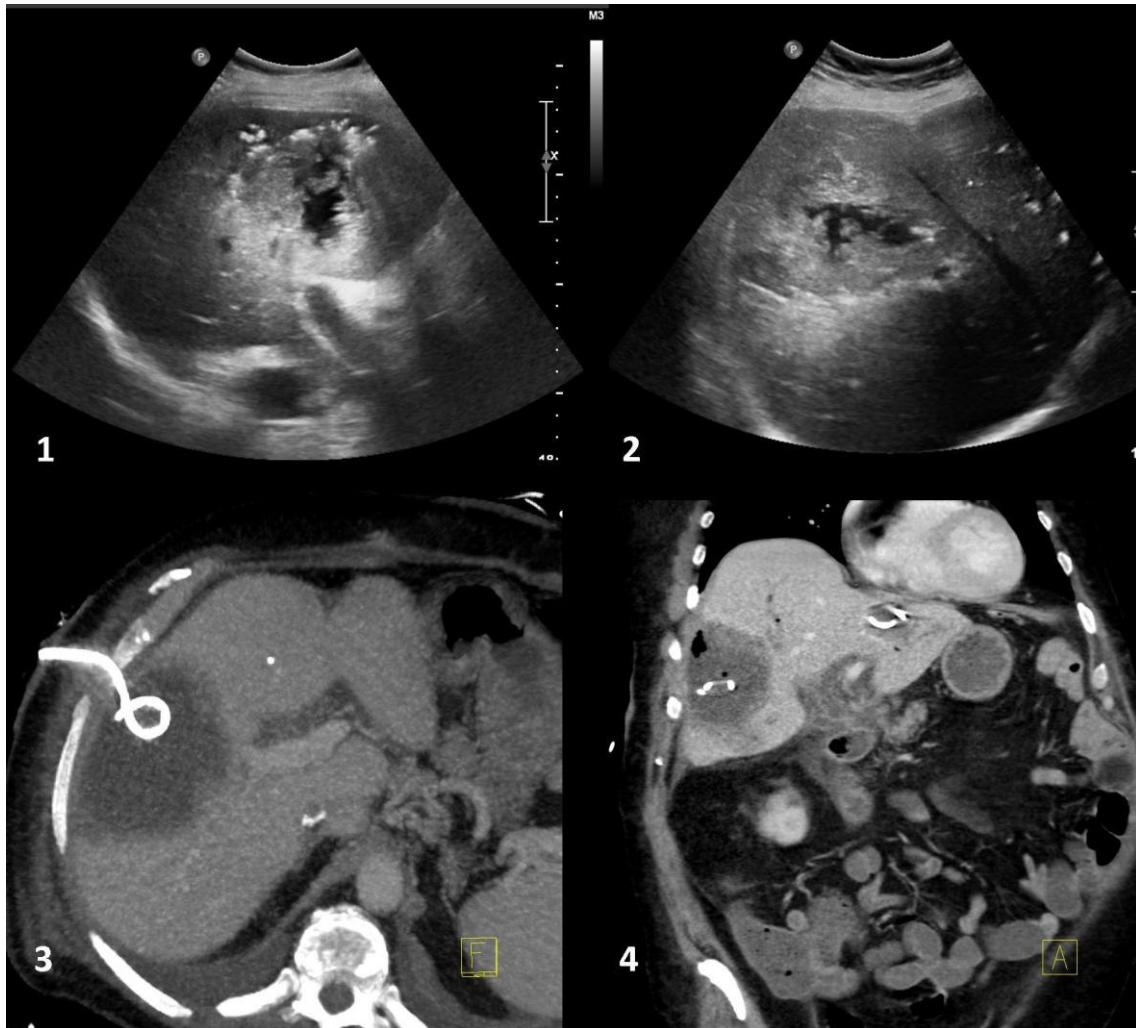
Tras la sospecha inicial, la ecografía suele ser suficiente, ya que la clínica nos orienta al diagnóstico. No obstante, en casos complejos o en que se sospeche complicación puede ser conveniente la realización de una TC para evaluar el tamaño, número o evolución de los mismos.

El tratamiento antibiótico precoz, con o sin drenaje radiológico en función del tamaño, se ha definido como la mejor opción y ha demostrado mejorar ampliamente la supervivencia.

**Conclusión:**

La actuación ágil del radiólogo, unida a una buena sospecha clínica, permite realizar un diagnóstico y tratamiento precoces en patologías de este calibre, que pueden salvar la vida del paciente.





**1-2 Ecografía abdominal muestra colección hepática con áreas hipoecogénicas y focos milimétricos hiperecogénicos con sombra posterior que corresponden a aire, todo ello atribuible a absceso hepático. 3-4 TC axial y reconstrucción coronal que muestran el absceso hipodenso con un drenaje radiológico en su interior.**

### **Bibliografía:**

Mortelé, K., Segatto, E. and Ros, P. (2004). The Infected Liver: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*, 24(4), pp.937-955.

Shah, P., Cunningham, S., Morgan, T. and Daly, B. (2011). Hepatic Gas: Widening Spectrum of Causes Detected at CT and US in the Interventional Era. *RadioGraphics*, 31(5), pp.1403-1413.

<b>Caso</b>	(769) Abdomen agudo en paciente adulto con divertículo de Meckel complicado.
<b>Autores</b>	Rocío Carreño González Carmen Dolores Herrero Platero ;carmen De La Torre Valdivia; Cristina Rodriguez Silva
<b>Centro</b>	Hospital Comarcal de la Axarquía. AGS. Málaga Este-Axarquía

**Presentación:**

Varón 46 años, sin antecedentes. Dolor abdominal agudo en FID. Leucocitosis y neutrofilia. En la ecografía se identifica un segmento intestino delgado engrosado en región pélvica, con estructura tubular de 30mm adherida, muy vascularizada y que asocia afectación inflamatoria de la grasa adyacente. Se sospecha divertículo de Meckel complicado y completa con TC abdominal. En el TC abdominal se observa un asa de íleon preterminal engrosada y con estructura tubular de 30 mm que termina en fondo de saco ciego, distendida y que asocia aumento de la atenuación de la grasa adyacente, hallazgos que confirman el diagnóstico ecográfico de sospecha.

**Discusión:**

Se obtuvo buena correlación quirúrgica y anatomopatológica siendo el diagnóstico final divertículo de Meckel con metaplasia gástrica, complicado.

La clínica es inespecífica y puede simular otras entidades causantes de dolor abdominal agudo o sangrado intestinal, por lo que es un diagnóstico a tener en cuenta incluso en pacientes adultos como el de nuestro caso.

La ecografía es la técnica inicial en pacientes con dolor abdominal agudo, aunque limitada para el diagnóstico de esta entidad si se trata de divertículos de pequeño tamaño.

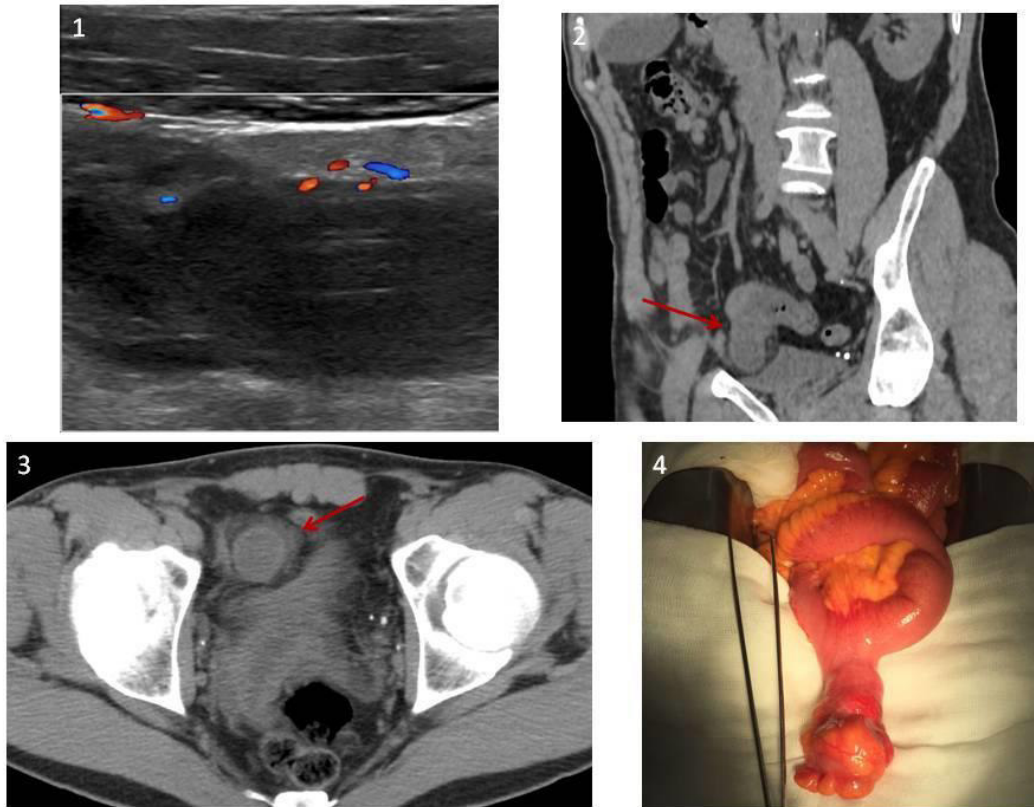
La técnica de elección es el TC abdominal que permite identificar la formación sacular ciega dependiente de un asa intestinal como hallazgo patognomónico, aunque si son de pequeño tamaño el diagnóstico se dificulta.

En nuestro caso el divertículo era de gran tamaño lo que permitió un diagnóstico de certeza, incluso ecográficamente.

**Conclusión:**

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, la mayoría asintomáticos (98%), con menos frecuencia de complicaciones en adultos.

En paciente con abdomen agudo y colección o formación tubular adherida a un asa de intestino delgado en la localización habitual debe sospecharse diverticulitis de Meckel.



**1. Ecografía. Segmento de intestino delgado engrosado en región pélvica, con estructura tubular de 30mm adherida, muy vascularizada y que asocia afectación inflamatoria de la grasa adyacente. 2 y 3. TC abdominal. Estructura tubular en continuidad con el íleon preterminal ( flecha roja). Asocia cambios inflamatorios locorregionales. 4. Pieza quirúrgica.**

### **Bibliografía:**

Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ et-al. Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189 (1): 81-8.

Lee NK, Kim S, Jeon TY et-al. Complications of congenital and developmental abnormalities of the gastrointestinal tract in adolescents and adults: evaluation with multimodality imaging. *Radiographics.* 2010;30 (6): 1489-507.

<b>Caso</b>	(770) PSEUDOANEURISMA PERIPROTÉSICO TRAS DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A
<b>Autores</b>	Santiago Ibañez Caturla Jf Martínez Martínez, A Castillo García, Af Jiménez Sánchez, D Rodríguez Sanchez, F Sarabia Tirado
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Paciente intervenido de disección aórtica tipo A (desde raíz de aorta ascendente hasta aorta infrarrenal, con afectación del origen de subclavia izquierda y hematoma mural) con implante de tubo de Dacrón en aorta ascendente. Se realiza TC postquirúrgico que muestra área de extravasación de contraste postvalvular de 17mm de espesor y morfología semilunar, compatible con fuga periaórtica activa. Posteriores controles mostraron su persistencia, indicativo de pseudoaneurisma periprotésico postquirúrgico.

**Discusión:**

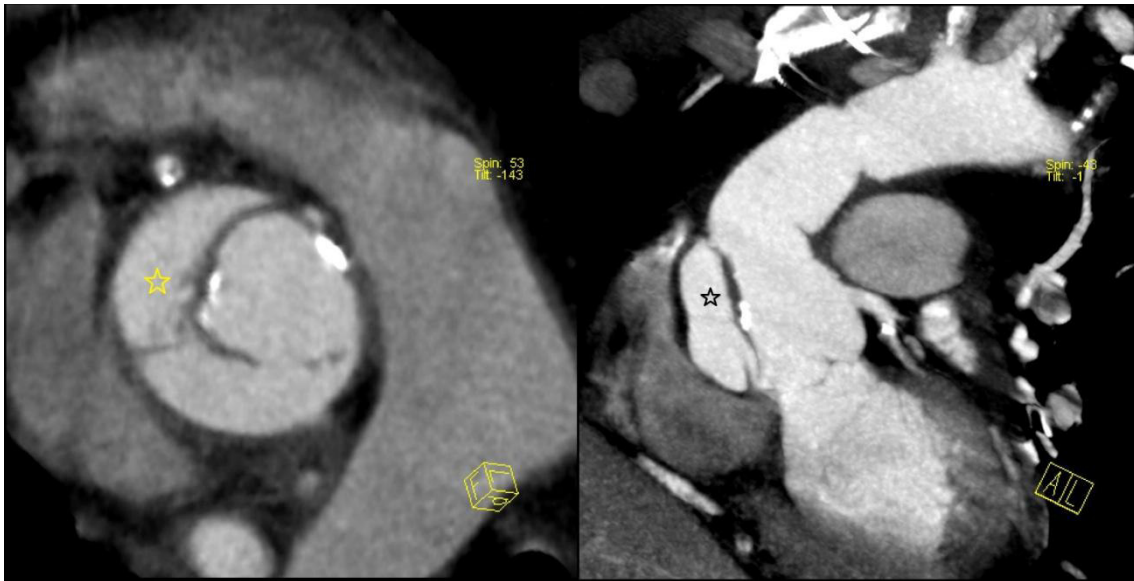
La formación de pseudoaneurismas tras la implantación quirúrgica de prótesis aórticas es una complicación rara, generalmente debida a dehiscencia parcial de una línea de sutura (ya sea proximal o distal), que conlleva a la fuga sanguínea activa periaórtica contenida por capas externas (generalmente adventicia) que puede evidenciarse mediante TC/RM con contraste.

Hemos de distinguirlos de los hematomas periprotésicos, que no muestran realce postcontraste y que pueden considerarse normales si miden menos de 10 mm en periodo postquirúrgico inmediato.

Dada la persistencia sin cambios en sucesivos controles de imagen y la buena evolución clínica del paciente, se decidió tratamiento conservador y alta con vigilancia periódica.

**Conclusión:**

Es importante la detección precoz de complicaciones postquirúrgicas y la comunicación con los cirujanos implicados para la toma de decisiones conjuntas, ante la potencial mortalidad de muchas de ellas.



*(IZQ) Reconstrucción axial muestra pseudoaneurisma periprotésico con realce tras el contraste que comunica con la raíz aórtica a nivel de la sutura proximal de la prótesis. (DCH) Reconstrucción MIP oblicua muestra pseudoaneurisma rodeando el margen derecho de la aorta ascendente.*

### **Bibliografía:**

Hanneman, K., Chan, F., Mitchell, R., Miller, D. and Fleischmann, D. (2016). Pre- and Postoperative Imaging of the Aortic Root. *RadioGraphics*, 36(1), pp.19-37.

García, À., Ferreirós, J., Santamaría, M., Bustos, A., Abades, J. and Santamaría, N. (2006). MR Angiographic Evaluation of Complications in Surgically Treated Type A Aortic Dissection. *RadioGraphics*, 26(4), pp.981-992.

Pham, N., Zaitoun, H., Mohammed, T., DeLaPena-Almaguer, E., Martinez, F., Novaro, G. and Kirsch, J. (2012). Complications of Aortic Valve Surgery: Manifestations at CT and MR Imaging. *RadioGraphics*, 32(7), pp.1873-1892.

<b>Caso</b>	(771) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA DE SPIEGEL
<b>Autores</b>	Santiago Ibanez Caturla Jf Martínez Martínez, A Navarro Baño, D Paez Granda, E Lopez Banet, F Velazquez Marín
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**Presentación:**

Mujer de 45 años sin antecedentes quirúrgicos que consulta por dolor en FII de 3 días de evolución, catalogado inicialmente como cólico renoureteral sin mejoría tras antiinflamatorios, que actualmente asocia náuseas, intolerancia oral y defensa abdominal, sin fiebre. Ante persistencia de la clínica se solicita ecografía abdominal, que evidencia dilatación de asas de intestino delgado, leve cantidad de líquido libre interasas y una imagen intestinal en bucle que sugería obstrucción en asa cerrada. Para filiar los hallazgos se completa estudio con TC abdominal que evidencia herniación de un tramo de ileon a través de un defecto en pared anterolateral izquierda del abdomen, con punto de cambio de calibre y dilatación retrógrada de asas, sin signos de sufrimiento intestinal, compatible con hernia de Spiegel.

**Discusión:**

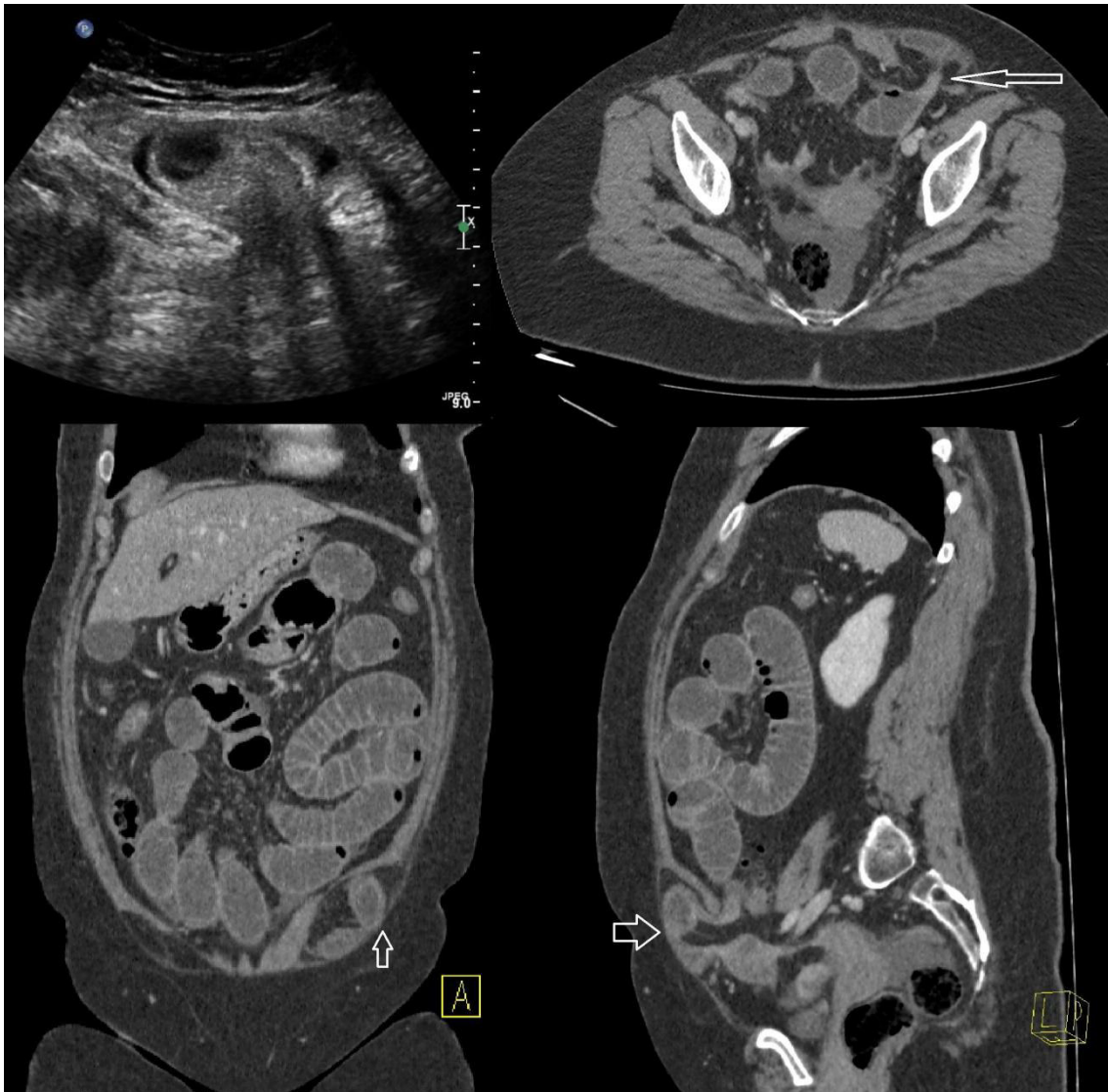
La hernia de Spiegel es un tipo infrecuente de hernia de la pared abdominal anterior en que el defecto herniario se sitúa en la línea semilunar, entre la aponeurosis del músculo transverso y el músculo oblicuo externo.

Tras las adherencias, las hernias de pared abdominal constituyen la segunda causa de obstrucción de intestino delgado (no así de intestino grueso, que es infrecuente). Las potenciales complicaciones de éstas (obstrucción intestinal, encarceración y estrangulación con isquemia intestinal) hacen que el diagnóstico deba ser rápido para evitar la progresión del cuadro y favorecer un tratamiento (que suele ser quirúrgico) lo más precoz posible.

Ante la sospecha ecográfica de obstrucción intestinal está indicado completar el estudio con TC, ya que ayuda a identificar mejor el punto de obstrucción, su gravedad y la potencial causa de la misma, así como el posible diagnóstico diferencial con otras entidades.

**Conclusión:**

La elevada frecuencia de obstrucción intestinal en la urgencia radiológica nos obliga a conocer las múltiples e infrecuentes causas que pueden provocarla para poder proporcionar un manejo adecuado.



**1** Ecografía abdominal que muestra asa de intestino delgado distendida, formando un bucle, a través de defecto peritoneal. **2** TC abdominal axial que muestra punto de cambio de calibre de ileon con herniación a través de defecto en pared anterolateral izquierda del abdomen. **3 y 4** Reconstrucciones coronal y sagital que muestran asa intestinal en el saco herniario, con colapso de asas distales y dilatación retrógrada, sugestivo de obstrucción intestinal.

### Bibliografía:

Aguirre, D., Santosa, A., Casola, G. and Sirlin, C. (2005). Abdominal Wall Hernias: Imaging Features, Complications, and Diagnostic Pitfalls at Multi-Detector Row CT. *RadioGraphics*, 25(6), pp.1501-1520.

Silva, A., Pimenta, M. and Guimaraes, L. (2009). Small Bowel Obstruction: What to Look For. *RadioGraphics*, 29(2), pp.423-439.

<b>Caso</b>	(775) TROMBOSIS PORTAL EN LA URGENCIA. ¿CUÁL PUEDE SER LA CAUSA?
<b>Autores</b>	Santiago Ibáñez Caturla Jf Martínez Martínez, G Morell González, Af Jiménez Sánchez, M Castellón Pérez, F Velázquez Marín
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

### **Presentación:**

Hombre de 52 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias con febrícula, dolor abdominal postprandial con defensa. A la exploración muestra abdomen distendido timpánico, palidez mucocutánea, así como taquicardia y en analítica ligera hiperbilirrubinemia. Se solicita ecografía abdominal, donde se aprecia ascitis severa multicompartimental, esplenomegalia difusa y trombosis portal sin evidencia de colateralidad. Se realiza angioTC abdominal para completar estudio, donde se confirma trombosis de vena porta principal y de rama derecha, sin observar afectación arterial. Así mismo, se aprecia engrosamiento irregular parietal de un segmento de colon ascendente con hiperrealce, que se acompaña de moderado engrosamiento y edema submucoso del resto de colon ascendente y ciego, hallazgos sugestivos de neoformación. La colonoscopia confirmó adenocarcinoma circunferencial estenosante en colon ascendente.

### **Discusión:**

La trombosis del sistema porta se presenta principalmente en pacientes cirróticos, aunque hay muchos otros procesos que la pueden producir (infecciones, neoplasias, estados de hipercoagulabilidad, síndromes mieloproliferativos...). Dentro de la etiología tumoral, la más frecuente es el carcinoma hepatocelular, pancreático, colangiocarcinoma o el adenocarcinoma gástrico.

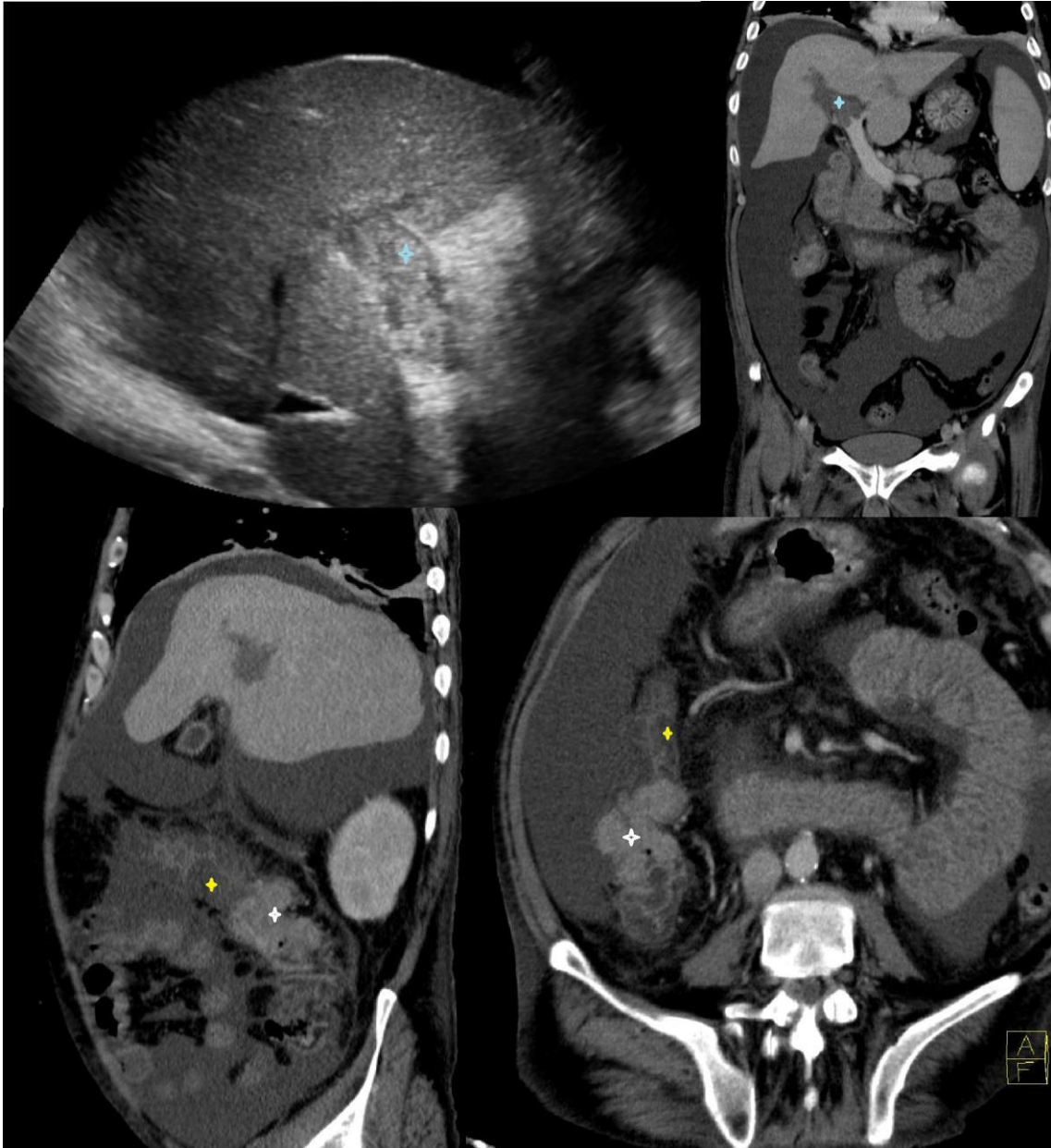
La ecografía, principalmente en modo Doppler, es el mejor método diagnóstico al demostrar la ausencia de flujo y la ocupación de la vena, así como la posibilidad de diferenciar entre trombo blando y tumoral en función de su vascularización interna. Esta diferenciación es importante en carcinoma hepatocelular, ya que la trombosis tumoral contraindica el trasplante hepático según la clasificación LI-RADS.

La TC nos puede ayudar para filiar la etiología o en casos de diagnóstico poco claro, así como para evidenciar otros signos asociados de hipertensión portal (colateralidad, cavernomatosis, etc).

### **Conclusión:**

Las técnicas de imagen son útiles tanto en la detección de la trombosis portal como en la posterior filiación de la etiología, de las complicaciones y nos permite decidir un manejo adecuado.





**A:** Ecografía abdominal muestra ocupación de porta principal por material ecogénico en relación con trombosis, hallazgo que se confirmó en B (reconstrucción coronal de TC abdominal). C (reconstrucción sagital) y D (axial oblicua) muestran moderada ascitis así como segmento engrosado con hiperrealce de colon ascendente sugestivo de neoformación (estrella blanca), con edema y engrosamiento del colon adyacente (estrella amarilla)

### Bibliografía:

Canellas, R., Mehrkhani, F., Patino, M., Kambadakone, A. and Sahani, D. (2016). Characterization of Portal Vein Thrombosis (Neoplastic Versus Bland) on CT Images Using Software-Based Texture Analysis and Thrombus Density (Hounsfield Units). American Journal of Roentgenology, 207(5), pp.W81-W87.

Gallego, C., Velasco, M., Marcuello, P., Tejedor, D., De Campo, L. and Frieria, A. (2002). Congenital and Acquired Anomalies of the Portal Venous System. *RadioGraphics*, 22(1), pp.141-159.

Teissier, J., Régimbeau, J., Sommacale, D., Paradis, V., Sauvanet, A. and Belghiti, J. (2017). Thrombose portale tumorale et métastase hépatique de cancer colorectal.

<b>Caso</b>	(776) Invaginación Intestinal en adulto mayor
<b>Autores</b>	Josima Luchsinger María Luz Parra, Carmen Idoate, Xiomara Santos, Juan Antonio Del Pozo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario la Princesa

**Presentación:**

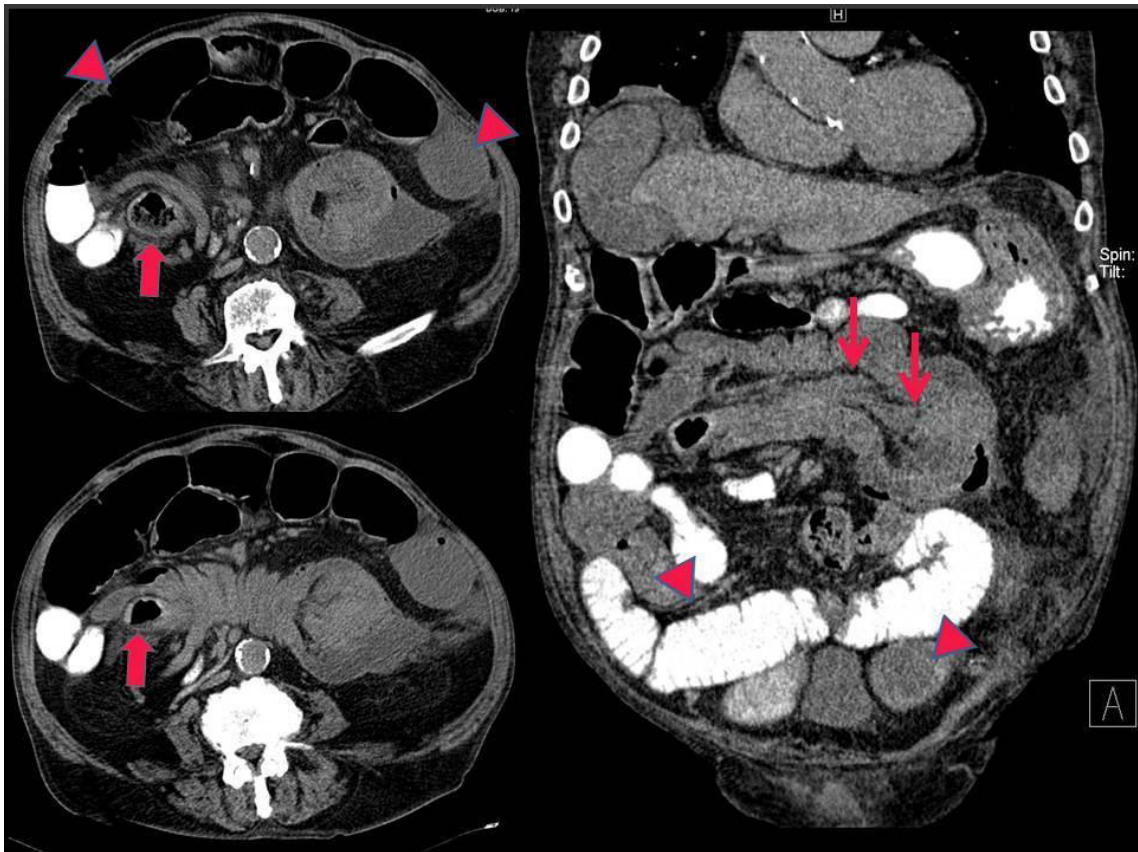
Paciente masculino de 82 años hemicolectomizado hace 12 años por un carcinoma de colon. Presenta dolor abdominal, náuseas y ausencia de tránsito de varios días de evolución, se sospecha obstrucción intestinal secundaria a bridas.

**Discusión:**

Una intususcepción es la invaginación de un asa intestinal con su pliegue mesentérico adentro del lumen de una porción continua intestinal. En adultos es muy infrecuente (<5%) y es la causa de sólo el 1% de las obstrucciones. Es frecuentemente debido a enfermedad subyacente (punta de intususcepción), que en el intestino grueso tiende a ser maligno (adenocarcinoma, linfoma o metástasis) o de causa benigna (lipoma o pólipo). Con el advenimiento de la TC multicorte, se detectan en mayor número las invaginaciones sin punta de intususcepción. El tratamiento varía según el grado de obstrucción intestinal presente y los signos de sufrimiento intestinal, siendo posible en muchos casos una actitud expectante con tratamiento conservador o con tratamiento endoscópico. En otros, se requiere una cirugía de resección de asas isquémicas y de la causa subyacente. A nuestro paciente se le realizó una hemicolectomía izquierda con colostomía terminal dado el aspecto necrótico-isquémico del colon izquierdo, sin identificar en la anatomía patológica causa de punta de intususcepción subyacente.

**Conclusión:**

Si bien las invaginaciones son una causa infrecuente de obstrucción en el adulto, es importante reconocer sus signos radiológicos más frecuentes y buscar activamente la punta de intususcepción si la hubiese.



*Imágenes de una CT en el plano axial con reconstrucción coronal, muestran una intususcepción colo-cólica (flechas de bloque) y del pliegue del mesenterio (flechas lineales) con importante dilatación retrógrado de asas de intestino delgado (puntas de flechas).*

**Bibliografía:**

-Adult intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. Kim Y, Blake M et al. Radiographics 2006; 26:733-744.

<b>Caso</b>	(777) Hernia de hiato gigante complicada con vólvulo gástrico
<b>Autores</b>	Rocío Carreño González Carmen Dolores Herrero Platero; Alejandra Doroteo Lobato
<b>Centro</b>	Hospital Comarcal de la Axarquía. AGS. Málaga Este-Axarquía

### **Presentación:**

Mujer 77 años. Hernia de hiato gigante. Vómitos de retención, dolor epigástrico y dificultad para pasar la SNG. La radiografía de tórax mostró una masa en hemitórax izquierdo, sonda nasogástrica intratorácica con bucle, indicativo de hernia de hiato intratorácica con sospecha de vólvulo gástrico. Se realiza TC de tórax donde se observa un gran defecto diafragmático, con herniación casi completa del estómago hacia hemitórax izquierdo. Se observan dos puntos de torsión situados en unión antro-cuerpo gástrico y en unión esofagogástrica. La curvatura mayor se sitúa en posición craneal a la menor. Fundus, parte del cuerpo y antro se encuentran en cavidad torácica quedando el resto del cuerpo gástrico en abdomen. Hallazgos compatibles con vólvulo gástrico posiblemente organoaxial.

### **Discusión:**

La paciente fue intervenida de urgencia con diagnóstico de hernia de hiato gigante con vólvulo gástrico intratorácico. La paciente evolucionó satisfactoriamente.

Una hernia de hiato gigante es aquella que incluye al menos 30% el estómago en el tórax. La mayoría son mixtas (deslizamiento y paraesofágicas).

Frecuentemente las hernias de hiato gigantes producen rotación gástrica, muy a menudo órgano-axial, tratándose de vólvulo cuando asocia estrangulación y obstrucción del órgano.

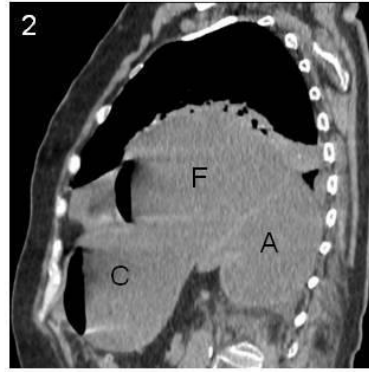
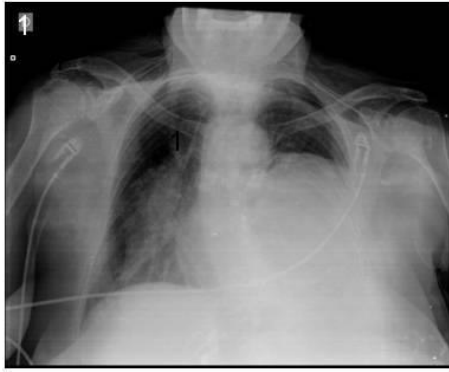
La clínica de vólvulo gástrico se caracteriza por la triada de Borchardt (dolor epigástrico, náuseas e imposibilidad para pasar la sonda nasogástrica).

La radiografía de tórax es útil como prueba inicial.

El TC es la técnica de elección pues detecta el tipo de rotación, posición del píloro y cardias, determina la relación entre curvaturas y localiza los puntos de torsión. A veces es difícil conocer el tipo de rotación o incluso pueden ser rotaciones mixtas.

### **Conclusión:**

Un vólvulo gástrico agudo es una emergencia, ya que hay obstrucción en asa ciega y compromiso vascular que requiere tratamiento inmediato, por lo que es importante realizar un diagnóstico precoz y estar familiarizado con los hallazgos radiológicos.



**1. Rx tórax decúbito. Masa en hemitórax izquierdo y sonda nasogástrica intratorácica con bucle. 2. TC tórax reconstrucción sagital. Herniación casi completa del estómago en cavidad torácica. Septo separando antro ( A), de cuerpo ( C) y de fundus ( F) que corresponde al punto de torsión. 3. TC tórax coronal. SNG alojada en esófago. Dilatación gástrica, septo e inversión de curvaturas gástricas. 4. TC tórax axial. Se observan dos imágenes en pico entre el cuerpo y antro gástrico representando el punto de torsión.**

### **Bibliografía:**

- 1.L. Ibáñez Sanz et al. Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector. Radiología. 2015;57(1):35-43.
- 2.Chiu CC, Wang W, Wei PL, Lee WJ. Giant diaphragmatic hernia with intrathoracic gastric volvulus. Endoscopy. 2006; 38 Suppl 2: E52-53.
- 3.Mitiek MO, Andrade RS et al. Giant hiatal hernia. Ann Thorac Surg. 2010; 89(6): S2168-2173.

<b>Caso</b>	(778) Complicaciones gastrointestinales agudas en paciente neutropénico: Colitis por citomegalovirus
<b>Autores</b>	Cecilia Rubio Maicas Nerses Nersesyan, Carlos Piñana Plaza, Rocio Gil Viana, Rosa Dosda Muñoz, Julio Palmero Da Cruz
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

**Presentación:**

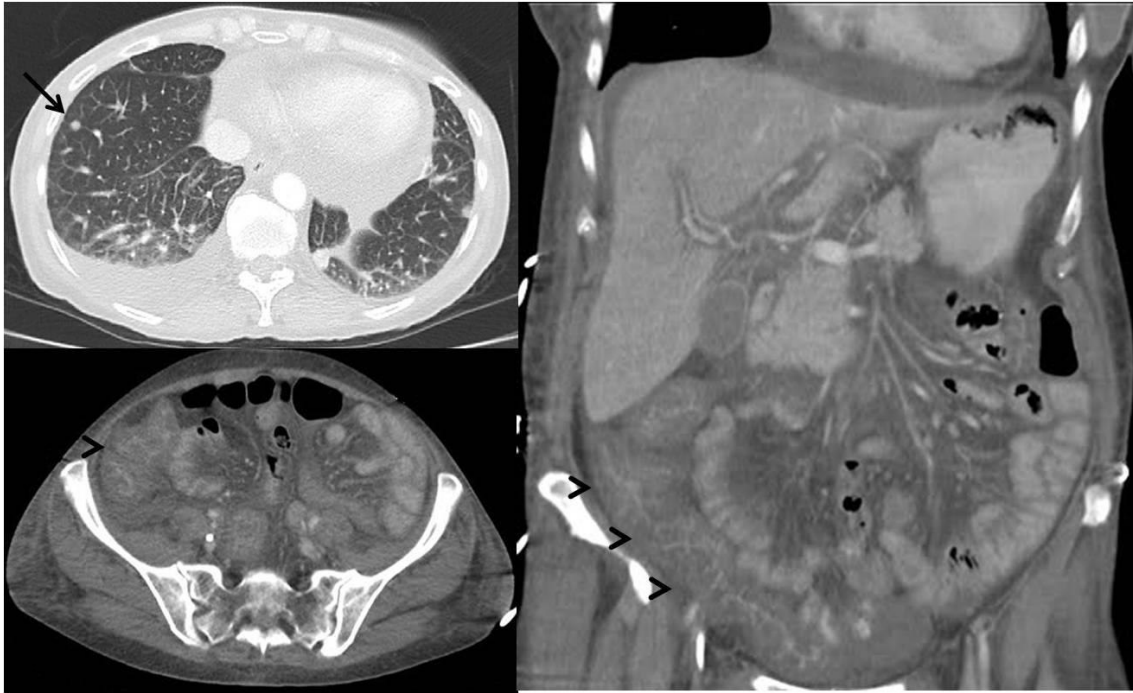
Paciente de 54 años con diagnóstico de linfoma no Hodgkin difuso de célula grande B que en el día 16 tras trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos presenta dolor abdominal intenso en flanco izquierdo, náuseas, fiebre e hipotensión. Se realiza TC toracoabdominopélvico tras administración de contraste intravenoso donde se observan nódulos pulmonares milimétricos bilaterales y engrosamiento de paredes de colon ascendente y transverso. La carga viral de citomegalovirus (CMV) es elevada por lo que se inicia tratamiento con ganciclovir.

**Discusión:**

Las complicaciones intestinales tras trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH) son causa importante de mortalidad y morbilidad. Las más frecuentes son la enfermedad de injerto contra huésped (EICH), la colitis pseudomembranosa, colitis neutropénica, enterocolitis infecciosa, neumatosis benigna y la microangiopatía trombótica. La TC con contraste intravenoso es la prueba de imagen de elección en estos pacientes, la cual se realizará preferiblemente sin contraste oral ya que la mayoría de los pacientes no pueden tolerarlo y puede irritar la mucosa intestinal. En los primeros 30 días tras el alo-TPH el riesgo de infección es alto. La colitis por CMV es la principal causa infecciosa en la fase precoz. Los hallazgos radiológicos abdominales son inespecíficos siendo lo más común el engrosamiento de la pared intestinal con afectación de la grasa adyacente (la región ileocecal es la más frecuente) asociado a las manifestaciones pulmonares.

**Conclusión:**

La colitis por CMV es la complicación intestinal más frecuente de origen infeccioso en la fase precoz tras alo-TPH.



*Colitis infecciosa por citomegalovirus en paciente neutropénico. TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso en cortes axiales (A y B) y coronal (C). Engrosamiento parietal concéntrico de asas de colon de predominio derecho con realce mucoso (cabezas de flecha) que asocia aumento de densidad y trabeculación de la grasa mesentérica con mínima cantidad de líquido libre y edema periportal y perivesicular. Opacidades nodulares pulmonares bilaterales (flecha).*

### **Bibliografía:**

Abdominal Complications Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Del Campo et al. RadioGraphics 2014; 34:396–412.

Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT Evaluation of the Colon: Inflammatory Disease. RadioGraphics 2000; 20:399-418

Macari M, Balthazar EJ. CT of Bowel Wall Thickening: Significance and Pitfalls of Interpretation. AJR 2001; 176: 1105-1116.



<b>Caso</b>	(779) Obstrucción intestinal secundario a brida y divertículo de Meckel
<b>Autores</b>	Cecilia Rubio Maicas Nerses Nersesyan, Antoni Boscá, Lautaro Meneses, Juan Ignacio Cervera Miguel, Julio Palmero Da Cruz
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario

**Presentación:**

Paciente varón de 34 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso difuso de aparición brusca de 8 horas de evolución. A la exploración física presenta abdomen distendido con defensa a la palpación. Se realiza ecografía abdominal completándose estudio con TC abdominopélvico tras administración de contraste donde se visualiza engrosamiento parietal de un segmento de íleon sugestivo de cuadro obstructivo por bridas identificando una estructura sacular adyacente con enterolitos en su interior compatible con divertículo de Meckel.

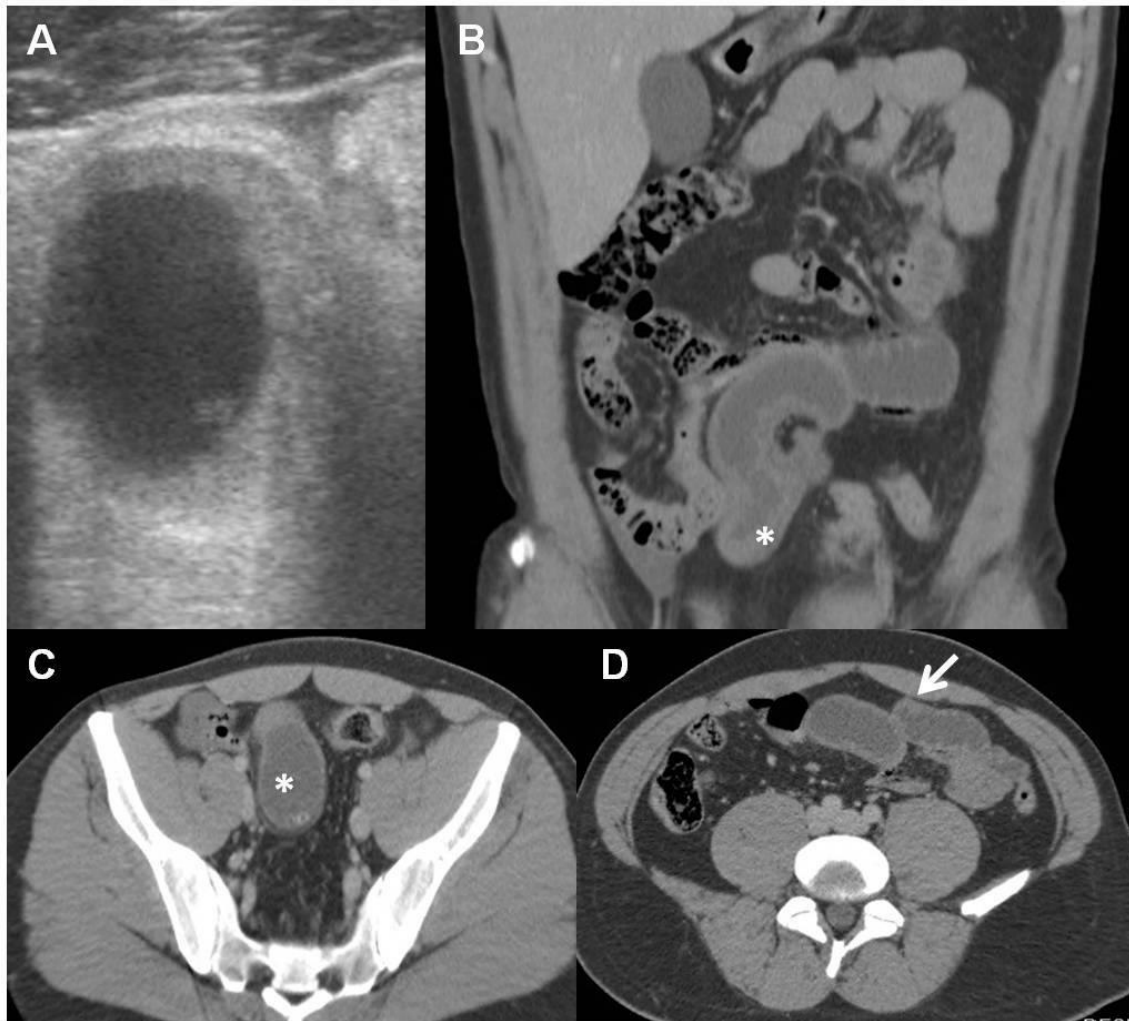
**Discusión:**

El divertículo de Meckel es la anomalía más frecuente del conducto onfalomesentérico. Contiene todas las capas del intestino por lo que es un divertículo verdadero y su localización más frecuente es a 40-100cm de la válvula ileocecal con una longitud de entre 1 y 10 cm aproximadamente. Es más frecuente en varones. La mayoría son asintomáticos o presentan una clínica muy inespecífica con dolor abdominal o sangrado. Las complicaciones aparecen en un 19% de los casos siendo la más frecuente la obstrucción intestinal (40%) que puede ser provocada por torsión del divertículo sobre su propio meso, invaginación o por introducción del divertículo en un saco herniario existente (hernia de Littre). Otras complicaciones serían la diverticulitis, la formación de enterolitos, hemorragias y la neoplasia (tumor carcinoide).

En nuestro caso, el divertículo de Meckel se asoció a un cuadro de obstrucción en asa cerrada de un segmento de íleon adyacente al divertículo en relación con una brida formada por un proceso inflamatorio anterior del divertículo. Nuestro paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencia realizándose resección del segmento de íleon afecto y del divertículo.

**Conclusión:**

El divertículo de Meckel es la anomalía más frecuente del intestino siendo importante reconocer sus hallazgos radiológicos y diferenciarlo de otras patologías causantes de dolor abdominal agudo. Puede asociar complicaciones que requieren un diagnóstico y tratamiento urgentes.



**Varón de 34 años. Ecografía abdominal (A): engrosamiento parietal de asas de íleon con cambios inflamatorios adyacentes. TC abdominopélvico tras civ B (coronal), C y D (axial): dilatación y engrosamiento parietal de un segmento de íleon sugestivo de cuadro obstructivo por bridas (flecha) que contacta con una estructura sacular (asterisco) que contiene enterolitos en su interior, compatible con divertículo de Meckel.**

### **Bibliografía:**

Levy AD, Hobbs CM. From the archives of the AFIP. Meckel diverticulum: radiologic features with pathologic Correlation. Radiographics. 2004;24:565-87.

Thurley PD, Halliday KE, Somers JM, Al-Daraji WI, Ilyas M, Broderick NJ. Radiological features of Meckel's diverticulum and its complications. Clin Radiol. 2009;64:109-18.

Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR. Imaging Manifestations of Meckel's Diverticulum. AJR 2007; 189:81-88

<b>Caso</b>	(780) Hemorragia ventricular primaria como forma de presentación de una enfermedad de Moyamoya.
<b>Autores</b>	Fares Salame Antonio Revert, Yolanda Pallardó
<b>Centro</b>	Hospital de Manises

### **Presentación:**

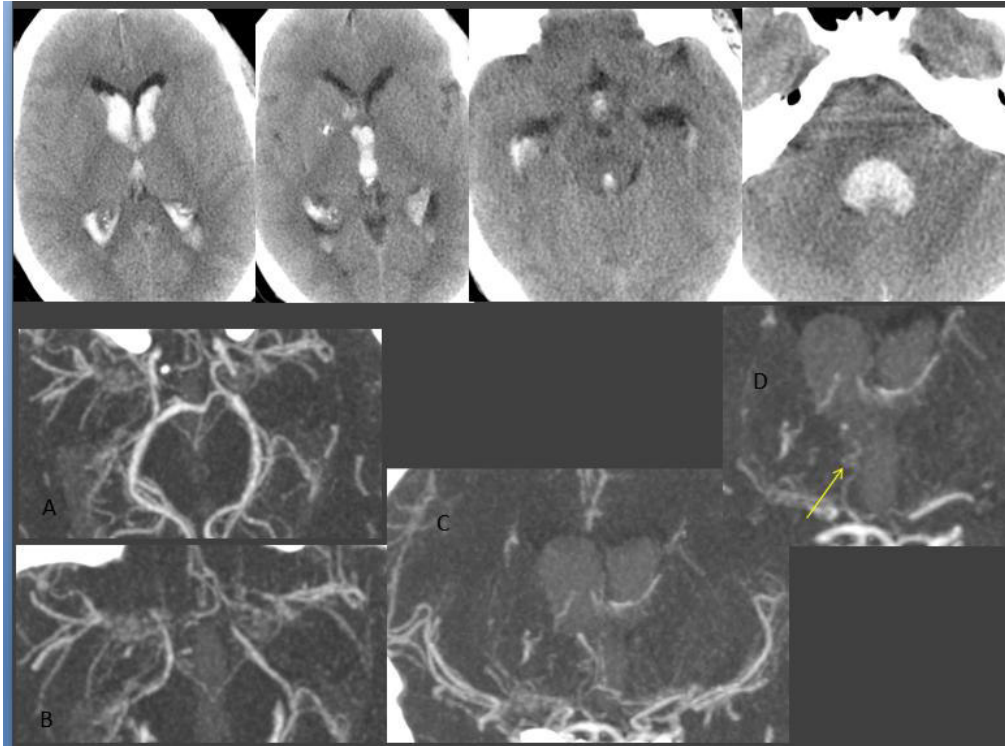
Mujer de 44 años, originaria de China, sin HTA ni otros antecedentes de interés, que es traída a Urgencias por cefalea y disminución del nivel de conciencia. En la exploración presenta una puntuación de 12 en la escala de Glasgow, sin fiebre ni focalidad. Se realiza un TC urgente que demuestra una extensa hemorragia aguda tetraventricular, sin hemorragia parenquimatosa o HSA asociadas. Estos hallazgos hacen sospechar una malformación vascular subyacente, por lo que se decide completar el estudio con un angioTC de arterias cerebrales. No se identifican MAV ni aneurismas. Se visualiza un polígono de Willis patológico, con afilamiento de las carótidas distales, no visualización de los segmentos M1 y abundante circulación colateral, características de Moyamoya. Se atribuye la hemorragia a la rotura de vasos colaterales tortuosos en la pared del 3º ventrículo.

### **Discusión:**

La hemorragia ventricular secundaria a hematomas en tálamo o núcleos basales es muy frecuente. En cambio, la hemorragia ventricular primaria (HVP) sin hematoma parenquimatoso asociado, es muy rara (3% de los ictus hemorrágicos). Se trata de una entidad poco conocida. La mitad de las HVP se deben a alteraciones vasculares, siendo esta etiología más probable cuanto más joven es el paciente. En pacientes mayores predominan las hemorragias idiopáticas en relación con HTA. En nuestro medio, las MAV y determinados aneurismas (PICA, comunicante anterior y top basilar) son las causas vasculares más frecuentes. En China, la enfermedad de Moyamoya es la causa principal (22%), seguida por las MAV (19%) y los aneurismas (7.5%).

### **Conclusión:**

Es importante reconocer la HVP como una entidad específica dentro de los ictus hemorrágicos, en la que hay que descartar una etiología vascular. En la urgencia, ante una HVP, y sobre todo en pacientes jóvenes, se debe realizar un angioTC de arterias cerebrales. La enfermedad de Moyamoya en adultos, generalmente orientales, puede presentarse como una HVP.



**Figura 1. TC craneal: Hemorragia aguda tetraventricular, sin hematoma parenquimatoso o HSA. Ligeramente dilatación de astas temporales. Figura 2. ANGIOTC de arterias cerebrales: A, B y C: No visualización de bifurcación carotídea, segmentos M1 y A1, y en su lugar penachos vasculares indicativos de circulación colateral, característico de Moyamoya. Sí se visualizan comunicantes posteriores prominentes y ACP. D. Vaso colateral tortuoso (flecha) en pared lateral derecha del 3ºV, probable causa de la hemorragia. E. En fase tardía no se aprecia extravasado de contraste (spot sign).**

### **Bibliografía:**

Zhang S1, Jia B2, Li H1, You C1, Hanley DF3, Jiang Y4. Primary intraventricular hemorrhage in adults: etiological causes and prognostic factors in Chinese population. J Neurol. 2017 Feb;264(2):382-390.

Giray S1, Sen O, Sarica FB, Tufan K, Karatas M, Goksel BK, Yerdelen D, Cekinmez M, Can U. Spontaneous primary intraventricular hemorrhage in adults: clinical data, etiology and outcome. Turk Neurosurg. 2009 Oct;19(4):338-44.

Saeki N1, Yamaura A, Hoshi S, Sunami K, Ishige N, Hosoi Y. Hemorrhagic type of moyamoya disease. No Shinkei Geka. 1991 Aug;19(8):705-12.

<b>Caso</b>	(781) Mucocele apendicular: una entidad infrecuente
<b>Autores</b>	María Luz Parra Gordo Josima Luchsinger Heitmann, Paloma Largo Flores, Juan Antonio Del Pozo Jiménez, Saturnino González Ortega, Daniel Tejedor Segura
<b>Centro</b>	Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa. Universidad Autónoma.

**Presentación:**

Mujer de 80 años que acude a Urgencias por dolor en FID de 4 días de evolución de inicio brusco, sin náuseas, vómitos, alteración del tránsito intestinal o fiebre. En la exploración física, se aprecia abdomen globuloso, doloroso a la palpación en FID, con Blumberg positivo. No se palpan hernias, ni masas ni organomegalias. En la analítica, no hay leucocitosis con neutrofilia. En la reevaluación a las 6 horas, el dolor y el Blumberg son muy evidentes, y se solicita TC abdominal, que muestra un apéndice aumentado de tamaño, de 10 x 4 x 4,5 cm con contenido hipodenso y calcificación periférica, compatible con mucocele apendicular. No se identifican cambios inflamatorios periapendiculares, líquido libre ni neumoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente, con hallazgo de gran masa apendicular, con aspecto de mucocele y amplia base de implantación en ciego, realizando hemicolectomía derecha. En la anatomía patológica, el apéndice cecal presenta con neoplasia mucinosa de bajo grado apendicular (cistoadenoma mucinoso) con signos de apendicitis. Como hallazgo adicional, se encontró un pólipo en colon ascendente, un adenocarcinoma sobre adenoma túbulovellosos estadio B1 (Astler-Coller), moderadamente diferenciado y ausencia de metástasis en los 12 ganglios linfáticos aislados. La paciente inicia tolerancia oral con lenta evolución, con alta domiciliaria en el decimoquinto día tras la cirugía.

**Discusión:**

Los mucocelos apendiculares representan sólo el 0,25% de todas las apendicectomías realizadas. Se produce a causa de la distensión mucinosa de su luz secundaria a un quiste de retención, hiperplasia mucosa mucinosa, cistoadenoma y cistoadenocarcinoma.

Los cuadros pseudoapendiculares agudos son la manifestación más habitual de los mucocelos sintomáticos. La supervivencia en el mucocele simple, en la hiperplasia mucosa y en el cistoadenoma mucinoso alcanza el 91% de supervivencia a los 10 años. En casos de cistoadenocarcinomas sin afectación peritoneal, disminuye a 5 años del 25%.

**Conclusión:**

Los mucocelos se asocian a una incidencia global aumentada del cáncer de colon en estos pacientes, otras neoplasias malignas del tracto gastrointestinal, ovario, mama y riñón.

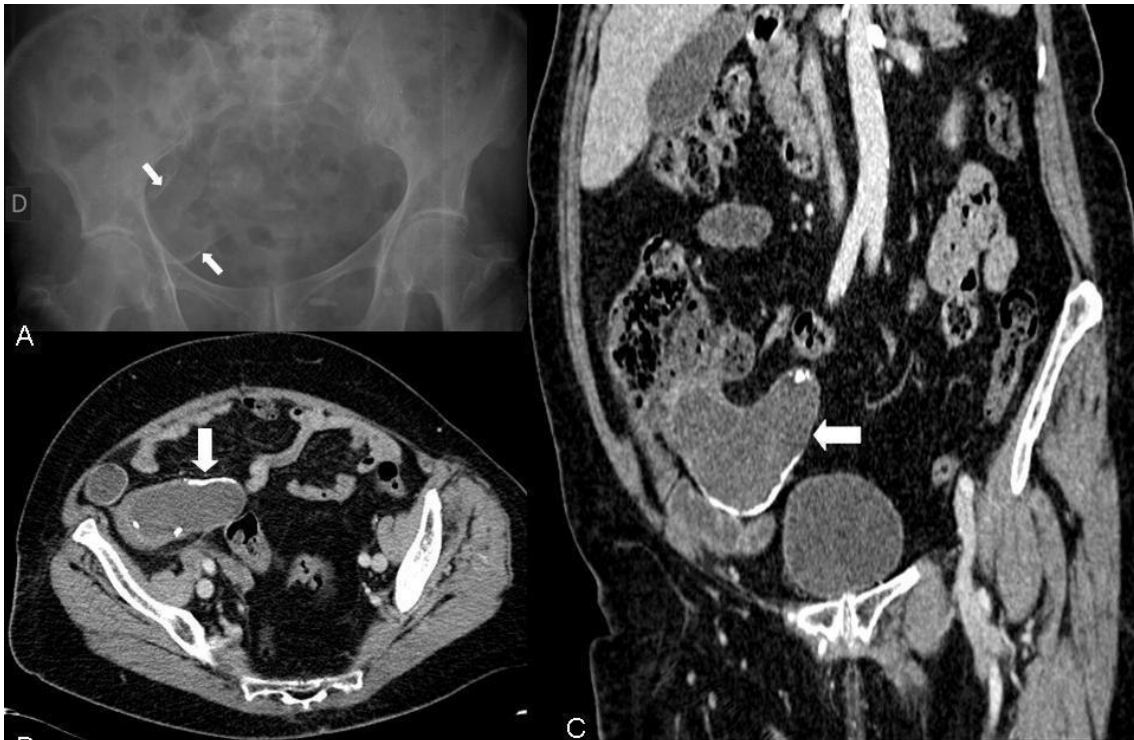


Imagen A: Radiografía de abdomen focalizada en FID donde se identifican dos finas calcificaciones lineales (flechas). Las imágenes B y C corresponden a imágenes axiales y coronales de TC abdominal con contraste intravenoso que muestran un apéndice aumentado de tamaño, con contenido hipodenso en su interior y calcificación periférica (flechas), siendo los hallazgos compatibles con mucocele apendicular.

### Bibliografía:

Dhage-Ivatury S, Sugarbaker PH. Update on the surgical approach to mucocele of the appendix. *J Am Coll Surg.* 2006;202:680-684.

Bronzino P, Abbo L, Bagnasco F, Barisone P, Dezzani C, Genovese AM, Iannucci P, Ippoliti M, Sacchi M, Aimo I. Appendiceal mucocele due to mucinous cystadenoma: case report and review of the literature. *G Chir* 2006;27:97-99.

Sasaki K, Ishida H, Komatsuda T, Suzuki T, Konno K, Ohtaka M, Sato M, Ishida J, Sakai T, Watanabe S. Appendiceal mucocele: Sonographic findings. *Abdom Imaging* 2003;28:15-18.

Lakatos PL, Gyori G, Halasz J, Fuszek P, Papp J, Jaray B, Lukovich P, Lakatos L. Mucocele of the appendix: An unusual cause of lower abdominal pain in a patient with ulcerative colitis. A casereport and review of literature. *World J Gastroenterol.* 2005;11:457-459.

Misdraji J1, Yantiss RK, Graeme-Cook FM, Balis UJ, Young RH. Appendiceal mucinous neoplasms: a clinicopathological analysis of 107 cases. *Am J Surg Pathol.* 2003;27:1089-1093.

Ruiz-Tovar J, Teruel DG, Castineiras VM, Dehesa AS, Quindos PL, Molina EM. Mucocele of the appendix. *World J Surg* 2007;31:542-548.

Roberge RJ, Park AJ. Mucocele of the appendix: an important clinical rarity. *J Emerg Med* 2006;30:303-306.



<b>Caso</b>	(783) Dificultad para tragar sin visualizar cuerpo extraño, ¿qué hacemos ahora?
<b>Autores</b>	Patricia Camino Marco Alberto Ibáñez Ibáñez, Giovanni Patricio Heredia López, Máximo García Rodríguez, Silvia Crusat Braña, Nuria María López-galiacho Heras
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

### **Presentación:**

Mujer de 69 años remitida a nuestro hospital por sensación de cuerpo extraño faríngeo, tras comer pescado 4 días antes. Previamente acudió a un hospital de otra provincia visualizando en la exploración cuerpo extraño cuyo contacto visual se pierde durante el procedimiento. E.F: Orofaringe normal, sin cuerpos extraños, abombamientos ni lesiones faríngeas. Fibroscopia: imagen sugestiva de erosión recubierta de fibrina en pared lateral de hipofaringe derecha, en contacto con aritenoides ipsilateral. No se observan cuerpos extraños. Con estos hallazgos, el otorrino de guardia consulta con nosotros y decidimos realizar TC cervical+civ. El TC mostró cuerpo extraño radiodenso de 4 cm de longitud extendiéndose desde la úvula hasta epiglotis. Sin signos de mediastinitis ni colecciones cervicales.

### **Discusión:**

El diagnóstico fue de cuerpo extraño (probable espina de pescado) en partes blandas retrofaríngeas. La paciente fue sometida a cirugía urgente con extracción de la espina.

Para la detección de cuerpos extraños la Radiografía simple es la prueba inicial siendo muchas veces suficiente para su localización. Cuando no es posible hay que realizar estudios adicionales. La siguiente prueba de imagen a realizar en este caso era el TC.

La Rx es menos sensible, estando condicionada por el plano de realización.

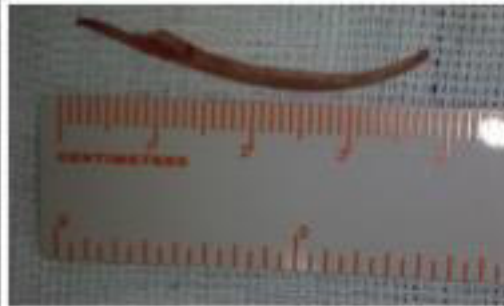
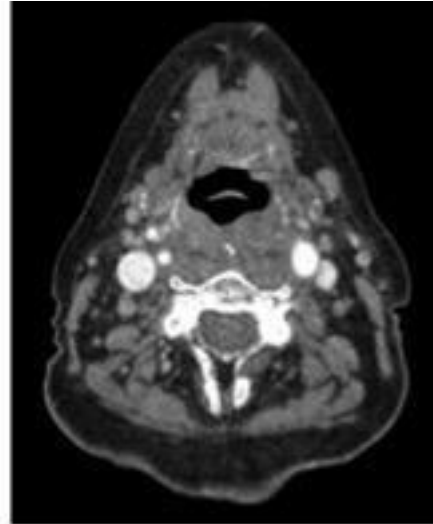
La TC es superior permitiendo la localización exacta y características del cuerpo extraño, y complicaciones asociadas.

El cuerpo extraño puede ser no radiodenso y no visible mediante estas pruebas, existiendo hallazgos de imagen sugestivos de su presencia: mediastinitis, hematomas retrofaríngeos, erosiones o colecciones cervicales.

### **Conclusión:**

Ante la sospecha de cuerpo extraño la primera prueba de imagen a realizar es una radiografía simple. El TC es la segunda prueba permitiendo la caracterización y localización del mismo.





*TC cervical: cuerpo extraño radiodenso en retrofaringe. Imagen inferior derecha: espina de pescado extraída.*

### **Bibliografía:**

- Aras MH, et al. Comparison of the sensitivity for detecting foreign bodies among conventional plain radiography, computed tomography and ultrasonography. Dentomaxillofacial Radiology. 2010; 39: 72-78
- Castán Senar et al. Foreign Bodies on Lateral Neck Radiographs in Adults: Imaging Findings and Common Pitfalls. Radiographics 2017; 37:323-345

<b>Caso</b>	(784) Rotura aórtica traumática: hallazgos radiológicos
<b>Autores</b>	Rocío Carreño González
<b>Centro</b>	Carmen Dolores Herrero Platero; María Del Mar Muñoz Ruiz Hospital Comarcal de la Axarquía. AGS. Málaga Este-Axarquía

### **Presentación:**

Varón de 45 años con traumatismo torácico tras accidente de motocicleta. A su llegada estable hemodinámicamente. La radiografía de tórax portátil mostraba ensanchamiento mediastínico, borramiento del cayado aórtico, fracturas costales e infiltrados alveolares en hemitórax izquierdo. Se sospechó lesión vascular traumática por lo que se realizó AngioTC de aorta tóraca. El angioTC de aorta confirmó la sospecha, mostrando laceración completa aórtica localizada en el istmo, con pseudoaneurisma fusiforme de 32 mm en arco aórtico, presencia de varios colgajos intimaes caudales a la lesión, hematoma periaórtico, foco contusivo pulmonar y varias fracturas costales. No había extravasado activo de contraste.

### **Discusión:**

El paciente fue trasladado al centro de referencia falleciendo finalmente por inestabilidad repentina.

La lesión aórtica es la segunda lesión traumática mortal después del traumatismo craneal.

Se produce en traumatismos de alta energía por diferentes índices de desaceleración en los distintos tramos aórticos, ocurriendo en puntos de fijación, por lo que el 90% se dan en el istmo.

Los hallazgos iniciales en la radiografía de tórax a veces nos permiten sospechar lesión vascular, aunque en traumatismos de alta energía está indicada la realización de TC con contraste para excluir lesiones ocultas siendo la radiografía normal.

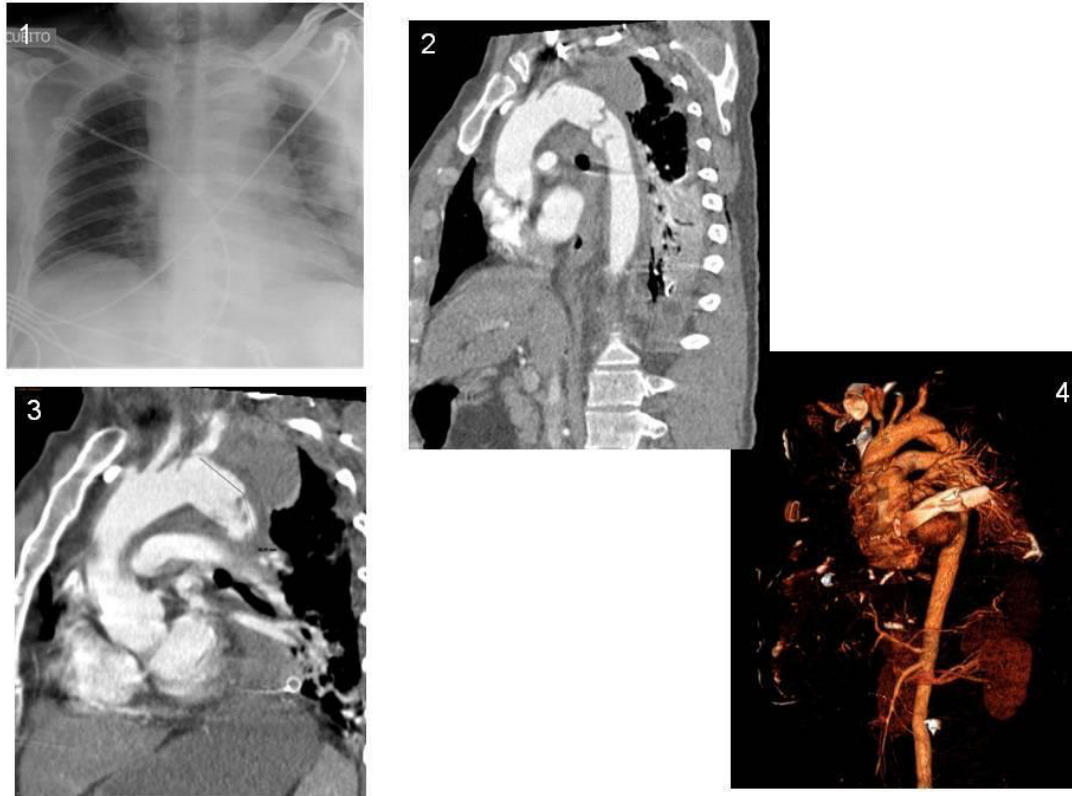
El TC es la prueba de elección en la evaluación de pacientes con traumatismo torácico y permite determinar el grado de afectación de la pared aórtica ( flap intimal, hematoma intramural, pseudoaneurisma y rotura completa con extravasado activo).

En nuestro caso la radiografía de tórax mostraba hallazgos de alta sospecha para lesión vascular y el TC reveló lesión grado III (pseudoaneurisma) con pronóstico grave.

### **Conclusión:**

En traumatismos torácicos de alta energía la TC es la técnica de elección para valoración de probable lesión vascular.

Es importante realizar un diagnóstico precoz ya que la supervivencia de estos pacientes disminuye con el tiempo transcurrido.



**1. Rx de tórax en decúbito. Ensanchamiento mediastínico, borramiento del cayado aórtico e infiltrados alveolares en hemitórax izquierdo. 2. AngioTC aorta torácica sagital. Irregularidad del istmo aórtico, flaps intimaes y hematoma periaórtico conteniendo la rotura. Foco consolidativo pulmonar compatible con contusión pulmonar. 3. Pseudoaneurisma fusiforme en cayado aórtico con hematoma periaórtico, sin extravasado activo de contraste. 4. Reconstrucción 3D. Pseudoaneurisma con imagen de pseudocoartación aórtica.**

### **Bibliografía:**

1. Kaewlai R, Avery L, Asrani A, Novelline R. Multidetector CT of Blunt Thoracic Trauma. Radiographics. 2008; 28:1555-1569.
2. Del cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. 2º Reimpresión revisada. España: Medica Panamericana. 2015.

<b>Caso</b>	(785) AUMENTO DEL TAMAÑO ESCROTAL EN POSTOPERATORIO.
<b>Autores</b>	Elena Cebada Ana Mañas, Laura Galván, María Vidal, Marrina Bertólez, Hugo De La Rosa
<b>Centro</b>	Clínico San Carlos

### **Presentación:**

Varón de 54 años que en segundo día postoperatorio de apendicectomía abierta por apendicitis complicada continúa sin mejoría clínica ni analítica. A la exploración física se apreció aumento del volumen escrotal por lo que se solicita Doppler testicular para descartar orquiepididimitis. El estudio Doppler testicular muestra colección bien definida tabicada de 5 cm con ecos móviles en su interior, craneal al testículo e independiente del mismo más bien contenido en herniación del mesenterio a través del canal inguinal, compatible con absceso. Posteriormente se realizó TC en la que se confirma la colección inguinal izquierda con realce de la pared, así como una segunda colección intraperitoneal en el receso de Douglas. Finalmente, se decidió el drenaje quirúrgico urgente vía laparoscópica de ambas colecciones confirmadas como abscesos.

### **Discusión:**

El hallazgo de una lesión quística multiseptada inguinal nos conduce a un diagnóstico diferencial amplio en el cual es imprescindible la presentación clínica y datos analíticos.

En primer lugar debemos determinar si la lesión es intratesticular o extratesticular. En nuestro caso, ambos testes no mostraba alteraciones, por lo que las lesiones propiamente gonadales se excluían .

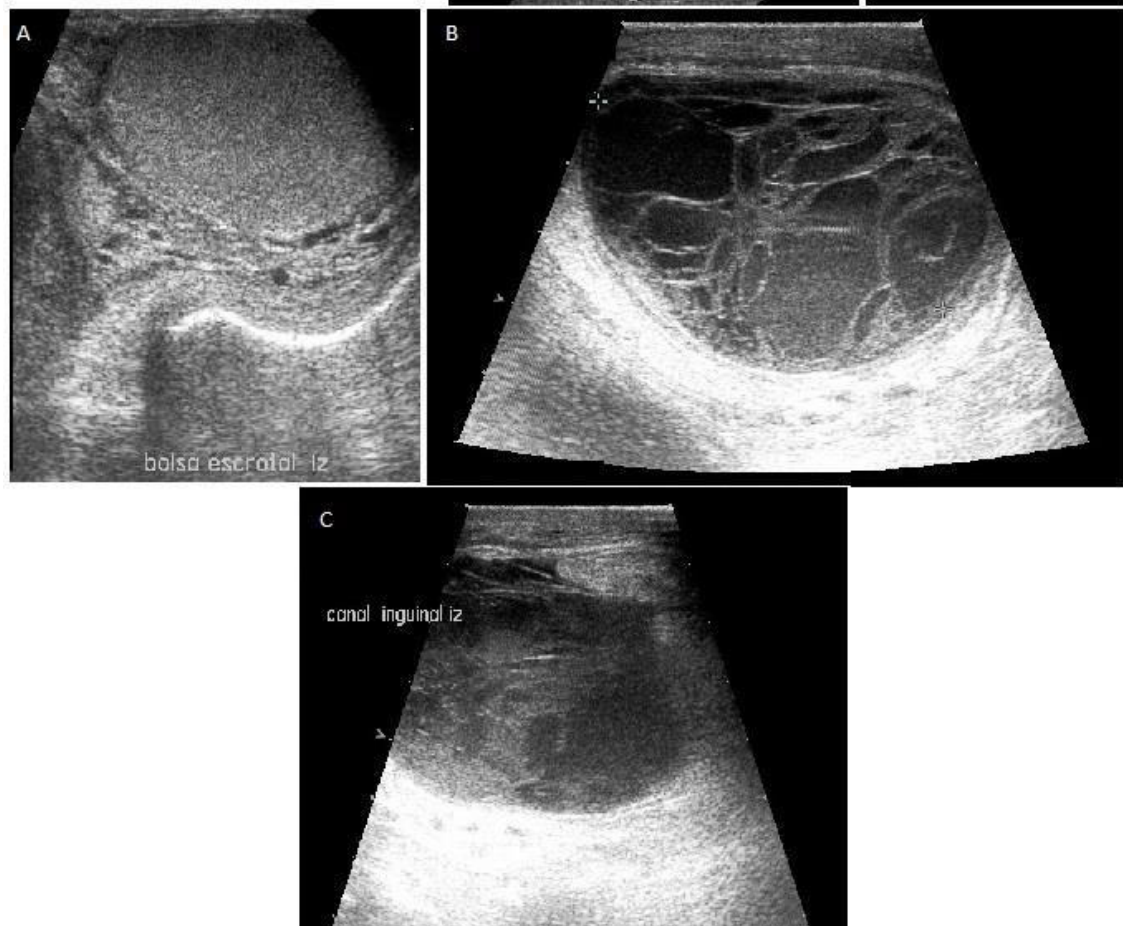
Las lesiones intraescrotales extratesticulares de aspecto quístico multiseptada son numerosas: quiste del epidídimo, espermatocele, hidrocele, piocele, hematocele, hidátides complicadas, tumores quísticos...

Pero no debemos perder de vista que cuando existe una hernia inguinal indirecta, cualquiera de los procesos intraabdominales , puede aparecer localizado en el conducto inguino-escrotal simulando patología testicular.

### **Conclusión:**

En este caso fue fundamental la capacidad multiplanar de la ecografía, que nos permitió filiar el origen de la lesión estudiando cómo se relaciona con otras estructuras adyacentes.

El determinar el origen extratesticular intraperitoneal además conllevó la realización del TC abdomino-pélvico y decidió finalmente la actitud terapéutica quirúrgica que hubiera sido muy diferente de no diagnosticar eficazmente la ecografía inicial.



**(A) Bolsa escrotal izquierda. (C) Herniación del mesenterio a través del canal inguinal izquierdo, identificando una colección bien definida y tabicada en su interior, con ecos móviles (B), compatible con absceso.**

### **Bibliografía:**

1. Del Cura J.L., Pedraza S., Gayete A. Radiología esencial. Madrid. Editorial Panamericana 2010.
2. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. Ecografía. 2ª edición. Madrid. Editorial Marbán.
3. Calvo Azabarte P., Cerecea Perez, CN, Céspedes Mas M., García-Hidalgo Alonso MI, Valentín Martín A, Pérez Martínez A. Región inguinal. Revisión de la anatomía y los hallazgos de imagen. Complejo Hospitalario de Toledo. ID e-Poster: 1160. Seram.

<b>Caso</b>	(786) Torsión de la hidátide de Morgagni: buscando el punto azul
<b>Autores</b>	Mónica Pérez González Amelia Fernández Fernández, Elena López Miralles, Carlos Martín Gómez, Jimena María Pedrosa Arroyo, Pablo Martínez Núñez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario de Burgos

**Presentación:**

Niño de 11 años derivado por su pediatra por dolor testicular derecho desde hace 18 horas, sin disuria ni fiebre. Combur test normal. Calendario vacunal correcto. No alergias conocidas. Exploración: en el teste derecho se aprecia hidátide dolorosa y azulada a la transiluminación. Se realiza ecografía escrotal urgente con sonda lineal de alta frecuencia apreciándose una lesión nodular de 0,7x0,6 cm, heterogénea, fundamentalmente hipoecoica situada inmediatamente por debajo de la cabeza epididimaria derecha, avascular en el Doppler color compatible con torsión de la hidátide de Morgagni. Testes y epidídimos de tamaño, ecoestructura y vascularización normal.

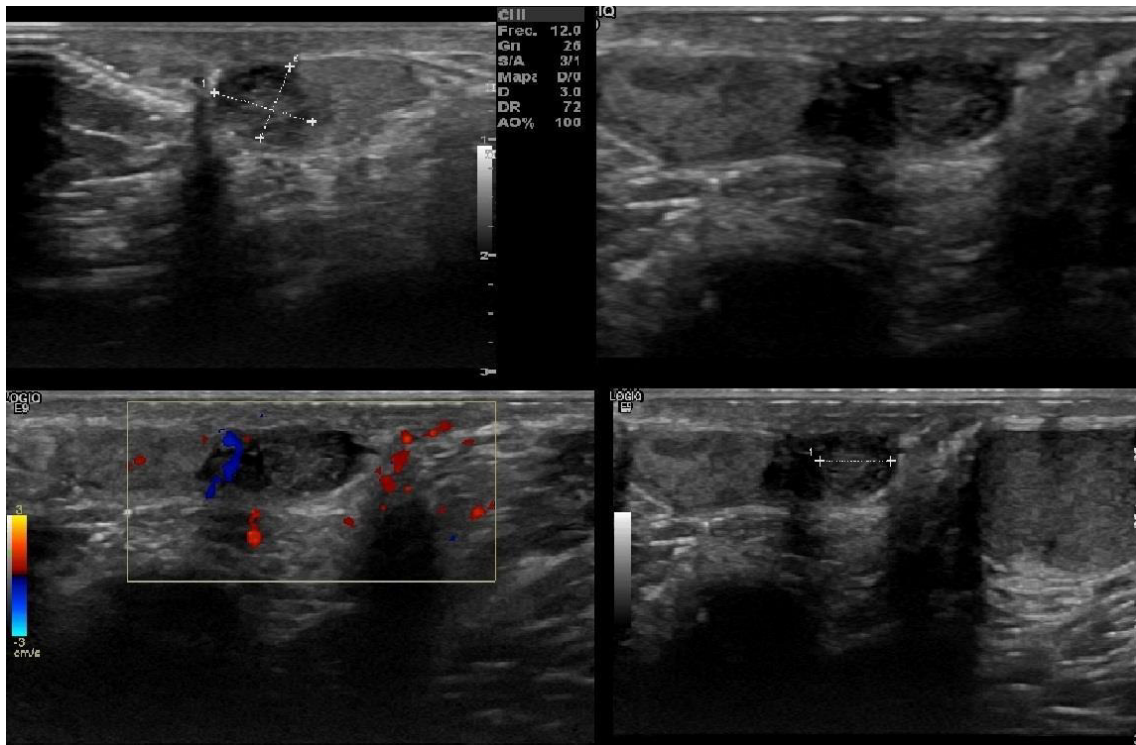
**Discusión:**

La torsión del apéndice testicular es la causa más común de dolor agudo hemiescrotal en el paciente pediátrico, siendo más frecuente desde los 7 a los 14 años y en el lado izquierdo. Son remanentes de los conductos embrionarios mesonefricos y paramesonefíco y están constituidos por tejido conectivo vascularizado, siendo estructuras sesiles, lo que las predispone a la torsión. Los pacientes suelen presentar dolor intenso súbito usualmente localizado en el polo superior del testículo. Ecograficamente se observa como una estructura nodular hipo / hiperecogénica avascular entre el epidídimo y el testículo. Suelen asociar hidrocele reactivo.

Un nódulo azulado puede verse por transiluminación a través de la piel del escroto superior (blue dot sign) y es patognomónico.

**Conclusión:**

La torsión de la hidátide de Morgagni es una causa frecuente de escroto agudo en niños prepuberales. Ante un paciente con dolor intenso localizado en el polo superior del testículo se deberá buscar una pequeña masa localizada a este nivel, caracterizada por el signo del punto azul correspondiente al apéndice torsionado. Ecograficamente se verá como una estructura nodular hipo / hiperecogénica avascular entre el epidídimo y el testículo. Es un cuadro autolimitado, de manejo sintomático, que irá cediendo en pocos días atrofiándose el apéndice dejando una calcificación escrotal (escrotolito).



***Lesión nodular de 0,7 x 0,6 cm localizada inmediatamente por debajo de la cabeza epididimaria derecha, heterogénea, hipoecoica y avascular en el Doppler color.***

### **Bibliografía:**

1. Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. *Pediatrics*. 1998; 102(1):73-6.
2. Sellars ME, Sidhu PS. Ultrasound appearances of the testicular appendages: Pictorial review. *Eur Radiol*. 2003; 13(1):127-35.
3. Monga M, Scarpero HM, Ortenberg J. Metachronous bilateral torsion of the testicular appendices. *Int J Urol* 1999;6:589–591.
4. M. Rouprêt y F. Audenet. Tratado de medicina, 2013-06-01, Volúmen 17, Número 2, Pages 1-4, 2013 Elsevier Masson SAS.
5. Mushtaq I, Fung M, Glasson MJ. Retrospective review of paediatric patients with acute scrotum. *ANZ J Surg* 2003;73:55–8.
6. Laura LA, Meier HS. Imaging of Penile and Scrotal Emergencies. *Radiographics*. 2013; Vol.33: 721-740.
7. Yang C Jr, Song B, Liu X, Wei GH, Lin T, He DW,. Acute scrotum in children: An 18-year retrospective study. *Pediatr Emerg Care*. 2011; 27(4):270-4.

8. Mirochnik B, Bhargava P, Dighe, MK, Kanth N. Ultrasound evaluation of scrotal pathology. *Radiol Clin North Am* 2012;50:317-32.



<b>Caso</b>	(789) Pielonefritis aguda enfisematosa secundaria a litiasis ureteral
<b>Autores</b>	Carmen Botía González Enrique Luis Girela Baena, Marta Tovar Pérez, Lucía Hernández Sánchez, Elisabeth Cruces Fuentes, María Jesús Gayán Belmonte
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

**Presentación:**

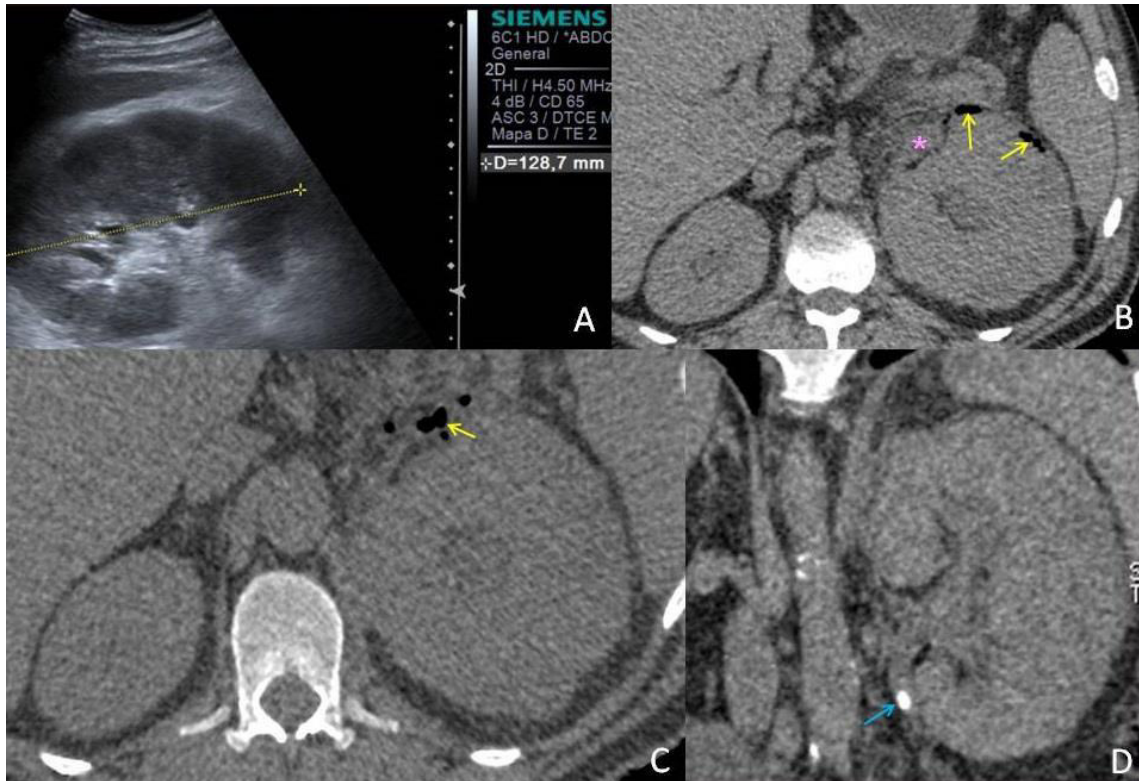
Varón de 47 años exfumador no diabético que acude a Urgencias por dolor lumbar izquierdo y sensación distérmica no termometrada que no mejora con analgésicos. La analítica realizada en el Servicio de Urgencias muestra datos de sepsis y una creatinina de 4 mgr / dL. Tras la exploración clínica y los datos analíticos, se contacta con el radiólogo de guardia que realiza una ecografía abdominal al paciente, en la cual se observa un aumento de volumen del riñón izquierdo y una hidronefrosis grado I sin que se evidencien litiasis. Tras esto, se realiza una tomografía computarizada (TC) simple abdominal en la que se detecta una litiasis de 1 cm enclavada en el uréter proximal izquierdo y cambios inflamatorios perirrenales (estriación de la grasa y pequeña cantidad de líquido) así como algunas burbujas de gas intra- y pararenal, siendo el paciente diagnosticado de pielonefritis aguda enfisematosa secundaria a litiasis ureteral.

**Discusión:**

La pielonefritis aguda enfisematosa es una infección necrotizante potencialmente letal que se caracteriza por la formación de gas por bacterias, en la mayoría de los casos por E. coli, en la que es necesaria una rápida intervención ya que la infección puede progresar rápidamente a sepsis y ser fulminante. Hasta en un 90% de los casos los pacientes son diabéticos pero esta patología también puede ocurrir en pacientes con infecciones del tracto urinario recurrentes, inmunodeficientes o con obstrucción ureteral, ya sea por cálculos o por estenosis.

**Conclusión:**

La pielonefritis aguda enfisematosa es una patología urgente de fácil diagnóstico mediante TC que requiere una rápida intervención debido a su mal pronóstico. Aunque en la mayoría de los casos ocurre en pacientes diabéticos, es necesario recordar que también puede suceder como consecuencia de una obstrucción ureteral, ya sea por estenosis o por litiasis, como en nuestro caso.



*Ecografía abdominal a nivel del flanco izquierdo (figura A), en la que se evidencia un riñón aumentado de tamaño (12,8 cm). En la TC simple (figuras B, C y D), se observan cambios inflamatorios perirrenales izquierdos (asterisco rosa), gas en intra- y perirrenal izquierdo (flechas amarillas) y una litiasis en el tercio proximal del uréter izquierdo (flecha azul).*

### **Bibliografía:**

- 1.SchrierRW (2001) Infections of theupperurinarytract. Diseases of thekidney and urinarytract, Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams &Wilkins 847–869.
- 2.Federle M.P., Jeffrey R.B., Woodward P.J., Borhani A.A., Pielonefritis enfisematosa. En Diagnóstico por imagen 2º edición. En España. Editorial Marbán; 2011. P 1018-1019.
- 3.William D. Craig, CDR, MC, USN, Brent J. Wagner, MD, and Mark D. Travis, LCDR, MC, USN (2008) Pyelonephritis: Radiologic-PathologicReview. Radiographics - AFIP Archives Volume 28, Issue 1

<b>Caso</b>	(790) Traumatismo renal
<b>Autores</b>	Marta Valle Lara Martínez, Constanza Camila Torrez, M. Eugenia Pinedo, Cristina Rodríguez, Teresa Domínguez
<b>Centro</b>	Complejo Asistencial Universitario de León

**Presentación:**

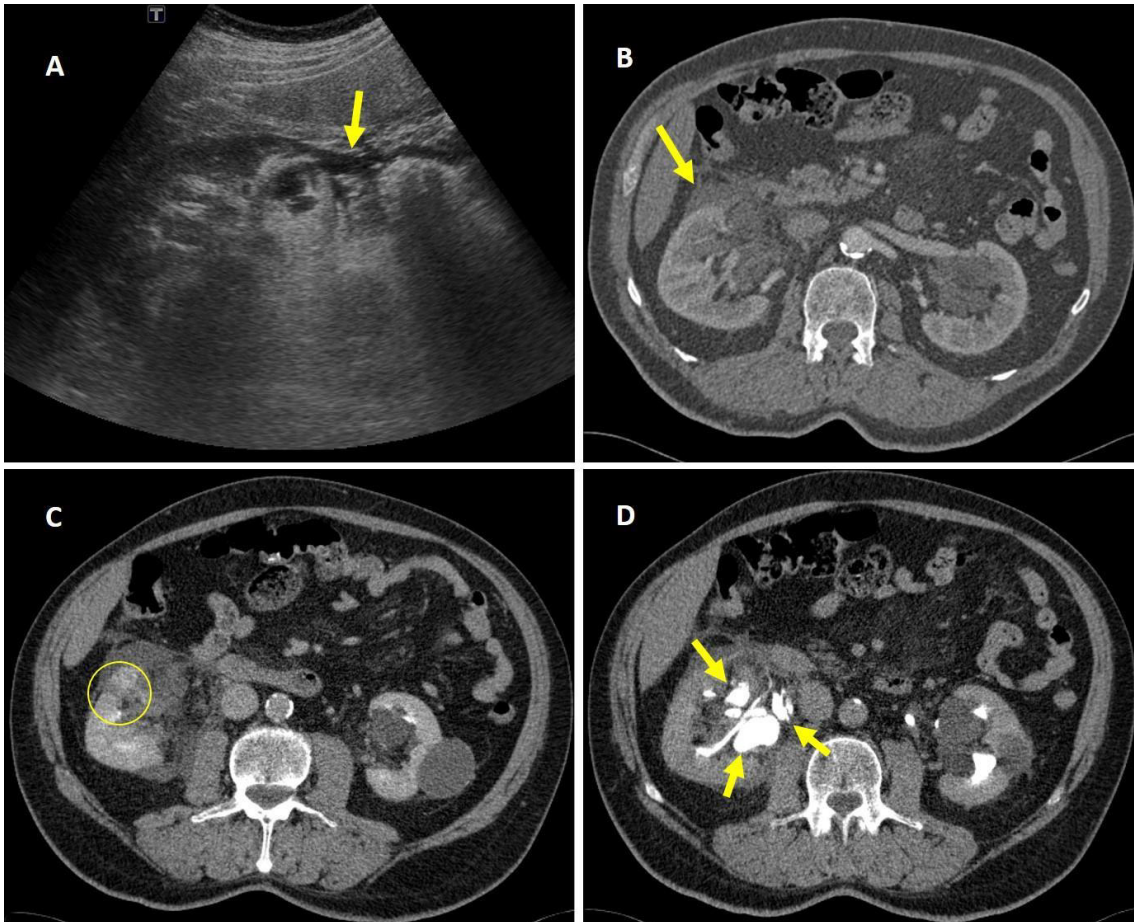
Varón de 69 años acude a Urgencias por hematuria tras traumatismo lumbar por caída de bicicleta. A la exploración física, puñopercusión renal derecha positiva. La ecografía demuestra principalmente líquido perirrenal. Posteriormente se realiza AngioTC de abdomen con tres fases: En la arterial no se aprecia extravasación de sangre arterial, en la venosa se identifica una banda hipocaptante que atraviesa el parénquima del polo inferior renal derecho sin demostrar fugas de contraste, pero en la tardía existe extravasación del mismo desde la pelvis renal, que se encuentra distorsionada. El uréter derecho aparece contrastado hasta el meato ureteral. También se visualiza líquido perirrenal derecho de baja atenuación y en gotiera paracólica derecha.

**Discusión:**

Nos encontramos ante una laceración corticomedular que afecta al sistema colector y produce extravasación de contraste desde la pelvis al espacio perirrenal en la fase de eliminación. La baja atenuación del líquido perirrenal en la fase arterial descarta componente hemorrágico y nos orienta hacia extravasación urinaria. Según la AAST (American Association for de Surgery of Trauma) se trata de un traumatismo renal de grado IV. La AAST clasifica los traumatismos renales en cinco grados según las estructuras renales y vasculares comprometidas detectadas por AngioTC, con el fin de planificar un tratamiento quirúrgico o un manejo conservador con controles radiológicos, como ocurrió con este caso, que evolucionó favorablemente.

**Conclusión:**

La capacidad del AngioTC para diagnosticar y clasificar de forma específica los traumatismos renales, le convierte en la prueba de elección en urgencias ante la sospecha clínica. Gracias a este estudio y a la AAST, se puede llevar a cabo el tratamiento oportuno.



**A:** Líquido perirrenal objetivado en la ecografía; **B:** La hipodensidad del líquido en la fase arterial descarta la naturaleza hemorrágica del mismo; **C:** En fase venosa, banda hipodensa en el parénquima renal indica laceración corticomedular; **D:** Fuga de contraste desde la pelvis en fase excretora.

### Bibliografía:

1. Harris AC, Zwirerich CV, Lyburn ID, Torreggiani WC, Marchinkow LO. CT Findings in Blunt Renal Trauma. RadioGraphics. 2001;21:S201-14.
2. Park SJ, Kim JK, Kim KW and Cho KS. MDCT Findings of Renal Trauma. American Journal of Roentgenology. 2006;187(2):541-47.

<b>Caso</b>	(791) Paciente con dolor torácico interescapular
<b>Autores</b>	Patricia Camino Marco Alberto Ibáñez Ibáñez, M <sup>a</sup> nieves Loeches Prado, Miguel Villar García, Cecilia Parrondo Muiños, Enrique Marcos Naranjo
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

### **Presentación:**

Mujer de 89 años que acude a urgencias por aparición súbita de dolor interescapular y sensación nauseosa. No disnea ni otra clínica. AP: HTA, FA, DM II. A la exploración física destaca regular estado general, TA brazo derecho 160/115 mmHg, brazo izquierdo 169/92 mmHg. ACP: arrítmica, taquicárdica, sin soplos, hipoventilación global. La sospecha es síndrome aórtico agudo, solicitándose Angio-TC urgente. Se realiza protocolo Angio-TC de aorta torácica con dos fases, inicial sin contraste y otra en fase arterial, con hallazgos de: Aorta ascendente y cayado aórtico de aspecto deflecado, con ateromatosis calcificada y múltiples erosiones sugestivas de úlceras penetrantes, así como hematoma intramural asociado, visualizando extravasación de contraste en fase arterial por sangrado activo.

### **Discusión:**

Con diagnóstico de úlceras penetrantes ateroscleróticas con hematoma intramural asociado, la paciente fue valorada por Cirugía Cardiovascular decidiéndose tratamiento conservador por su edad y patología concomitante.

Los síndromes aórticos agudos son: disección aórtica, hematoma intramural, úlcera penetrante. Cursan con dolor torácico opresivo interescapular siendo una urgencia médico-quirúrgica. El protocolo de imagen recomienda una fase sin contraste previa a fase arterial.

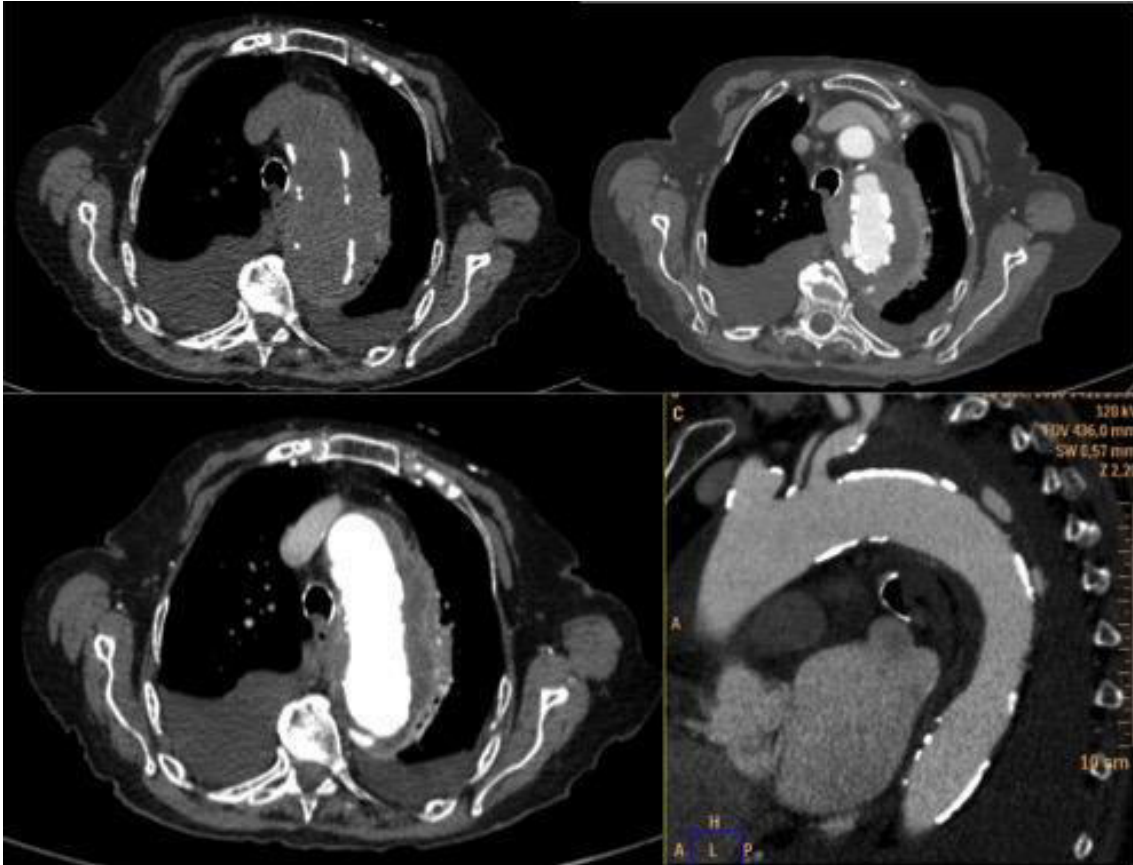
Las úlceras penetrantes aórticas son más frecuentes en pacientes pluripatológicos de edad avanzada. Son erosiones de la membrana elástica interna, que asocian la presencia de calcificaciones en la puerta de entrada y formación de imagen en seta por la extravasación de contraste que causa el hematoma asociado.

La formación del hematoma puede ser espontánea, resultado de un trauma o úlcera.

### **Conclusión:**

Las úlceras penetrantes aórticas forman parte de las entidades agrupadas bajo síndrome aórtico agudo.

Son urgencias vitales cuyo protocolo de estudio y hallazgos de imagen debemos conocer.



*Imagen superior izquierda: TC sin contraste: ateromatosis calcificada y hematoma intramural, derrame pleural bilateral. TC+civ: múltiples úlceras penetrantes.*

### **Bibliografía:**

- Voitle E, et al. Aortic emergencies-diagnosis and treatment: a pictorial review. Insights Imaging 2015; 6: 17-32
- Maddu KK et al. Nontraumatic Acute Aortic Emergencies: Part I, Acute Aortic Syndrome. AJR 2014; 202: 656-665

<b>Caso</b>	(792) Código Sepsis: papel del radiólogo
<b>Autores</b>	María Luz Parra Gordo Josima Luchsinger Heitmann, Paloma Largo Flores, Juan Antonio Del Pozo Jiménez, Saturnino González Ortega, Daniel Tejedor Segura.
<b>Centro</b>	Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa. Universidad Autónoma

### **Presentación:**

Varón de 41 años con fiebre en picos de hasta 40°C con tiritonas desde hace 5 días, que cedían con antitérmicos. Desde hace dos semanas, refiere dolor testicular, síndrome miccional y dolor rectal sin relación con la deposición. En la exploración física, se observa fiebre de 39°C, con próstata grande y dolorosa a palpación rectal. Presenta taquicardia, hipotensión y oliguria. En la analítica existe leucopenia, trombopenia y discreta coagulopatía. Se activó el protocolo de Código Sepsis y se solicita ecografía abdominal portátil, con riñones normales. Las vesículas seminales están aumentadas con ecogenicidad disminuida. La próstata presenta tamaño aumentado (48 mm de eje longitudinal), con áreas hipoecoicas en lóbulos anteriores, que podría estar en relación con prostatitis aguda. Se realiza ecografía testicular, con pequeño hidrocele derecho. Ingresa en UCI en situación de shock séptico con fracaso renal, hemodinámico, trombopenia y coagulopatía. Se sacan hemocultivos, urocultivos y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y ciprofloxacino. Ante la mala evolución del paciente, se realizó TC abdominal con contraste intravenoso. En celdilla prostática, se identifica una colección polilobulada de 5x4x3,2 cm, abierta a la musculatura isquiorrectal izquierda donde se identifica otra colección de 3 x 1 cm en relación con abscesos. Se decidió intervención quirúrgica por parte de Urología. En la ecografía transrectal previa, identifican abscesos múltiples realizando drenaje percutáneo transperineal ecodirigido con aguja, con extracción de 50-70 cc de contenido purulento. Se realiza incisión del absceso más superficial, accediendo a cavidad que comunica con todos los abscesos. Se desbrida, palpando uretra que parece indemne con sonda vesical. Todos los hemocultivos y urocultivos iniciales fueron estériles. En las muestras purulentas de quirófano, creció *Estafilococo capitis*. La mejoría del paciente fue progresiva en los siguientes días a la intervención, con buen ritmo diurético espontáneo con función renal normal, plaquetas completamente recuperadas, coagulación normal y desaparición de las lesiones isquémicas de los dedos de los pies.

### **Discusión:**

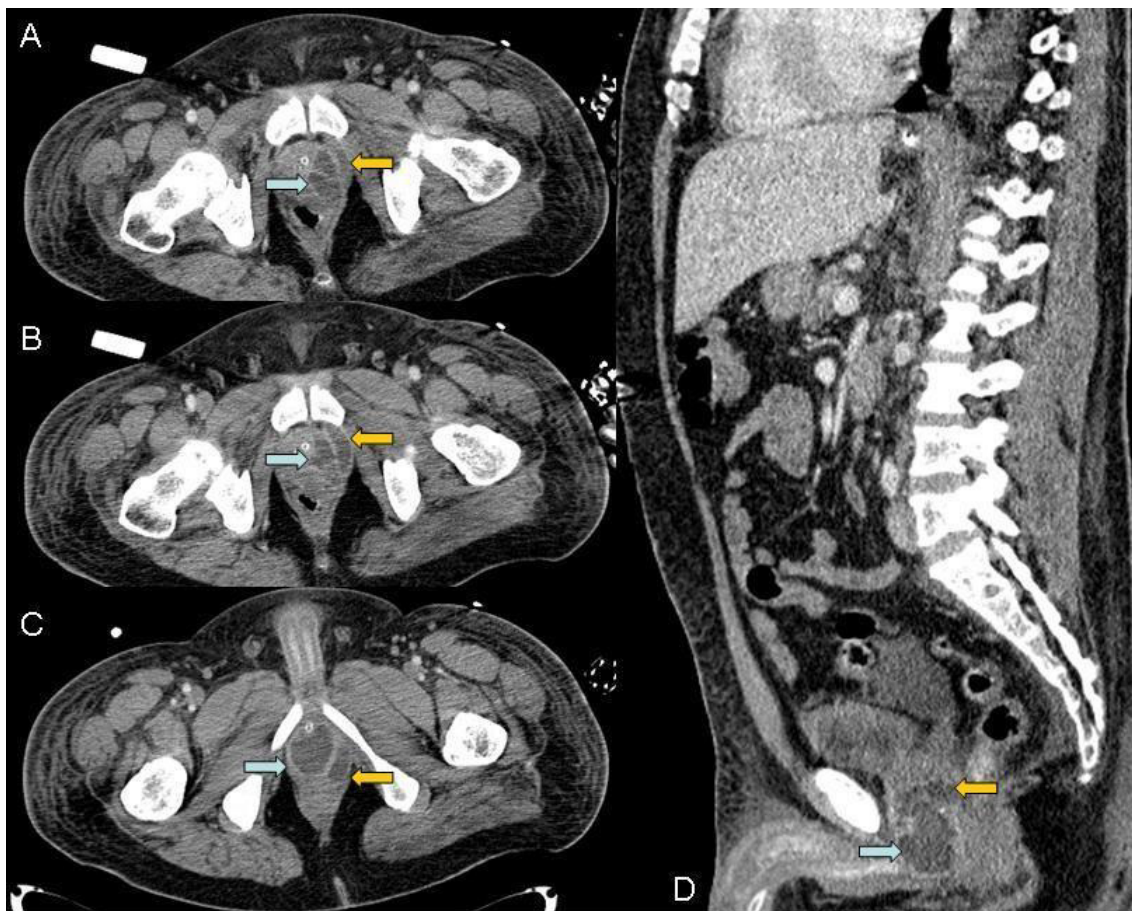
Los abscesos de próstata son raros y se asocian a prostatitis, asociados a diabetes o inmunodepresión, en pacientes en hemodiálisis o con sonda urinaria permanente. La clínica es inespecífica, pudiendo presentar fiebre y escalofríos, disuria y dolor perineal o suprapúbico. Ecográficamente se presenta como una imagen hipoecoica y en la TC, el hallazgo más frecuente es una colección de densidad líquida en una próstata aumentada de tamaño.

El tratamiento incluye antibioterapia, la punción-aspiración con aguja con control de ecografía transrectal es un método simple y efectivo, con drenaje perineal en situaciones de emergencia o mala evolución clínica.

En la bibliografía, no existen muchas publicaciones de complicaciones sistémicas graves de los abscesos prostáticos: muerte, shock séptico, endoftalmítis o endocarditis bacteriana aguda.

### Conclusión:

El absceso prostático es una patología rara, con sintomatología inespecífica y retraso diagnóstico. Son necesarias pruebas de imagen, tratamiento con antibióticos y drenaje quirúrgico.



TC abdominal con contraste intravenoso, con imágenes axiales (A, B, C) e imagen parasagital izquierda (D). En celdilla prostática, se identifica una colección polilobulada hipodensa (flechas azules), abierta a la musculatura isquiorectal izquierda donde se identifica otra colección (flechas naranjas) en relación con abscesos prostáticos.

### Bibliografía:

Domínguez Berrot AM, de San Luis González LC, Pascual Palacín R, Álvarez Ruiz A, López Messa JB, Tamayo Lomas LM. Absceso prostático como causa poco frecuente de shock séptico Med Intensiva 2004;28:222-224.

Hoffman MA, Steele G, Yalla S. Acute bacterial endocarditis secondary to prostatic abscess. J Urol 2000;163:245.



Horcajada JP, Vilana R, Moreno-Martínez A, Álvarez-Vijande R, Bru C, Bargallo X, Buñesch L, Martínez JA, Mensa J. Transrectal Prostatic Ultrasonography in Acute Bacterial Prostatitis: Findings and Clinical Implications. *Scand J Infect Dis* 2003;35:114-120.

Liu KH, Lee HC, Chuang YC, Tu CA, Chang K, Lee NY, Koss WC. Prostatic abscess in southern Taiwan: another invasive infection caused predominantly by *Klebsiella pneumoniae*. *J Microbiol Immunol Infect* 2003;36:31-36.

Liu JW, Lin TC, Chang YT, Tsai CA, Hu SY. Prostatic abscess of *Klebsiella pneumoniae* complicating septic pulmonary emboli and meningitis: A case report and brief review. *Asian Pac J Trop Med*. 2017;10:102-105.

Lee DS, Choe HS, Kim HY, Kim SW, Bae SR, Yoon BI, Lee SJ. Acute bacterial prostatitis and abscess formation. *BMC Urol*. 2016;16:38.

Collins SM, Correa H, Ortenberg J. Prostatic abscess in the newborn: an unrecognized source of urosepsis. *Urology* 2001, 57:554.

<b>Caso</b>	(793) Cesárea electiva en mujer de 39 años con Síndrome de Marfan, ¿Qué puede pasar?
<b>Autores</b>	Alberto Ibáñez Ibáñez Patricia Camino Marco, Lorena López Martínez, Enrique Marcos Naranjo, Miguel Villar García, M <sup>a</sup> nieves Loeches Prado
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**Presentación:**

Mujer de 39 años con dolor interescapular brusco y palpitaciones. El día anterior había ingresado para cesárea electiva por antecedente de Sd. de Marfan en seguimiento por Cardiología con presencia de dilatación ligera de aorta ascendente. Padre y hermano con patología aórtica. E.F: TA 94/48 mmHg, FC 76. Auscultación cardíaca: rítmica con soplo diastólico en foco aórtico. Se solicitó AngioTC de aorta por sospecha de disección. Realizamos protocolo trifásico de AngioTC de aorta (fase sin CIV+ CIV arterial y tardía) con sincronización cardíaca en fase arterial para mejor precisión descriptiva. Los hallazgos radiológicos fueron: Aorta ascendente de 36 mm con disección que empieza en válvula aórtica extendiéndose hacia arco aórtico con afectación de troncos supraaórticos, sugestivo de disección aórtica tipo A Stanford and DeBakey. La arteria coronaria derecha parecía salir de la luz falsa. La paciente fue sometida a cirugía urgente con implantación de prótesis y reimplante de botón coronario derecho.

**Discusión:**

Los síndromes aórticos agudos son una urgencia vital, más frecuentes si antecedente de Sd. de Marfan y situaciones de aumento de la precarga como el embarazo. El protocolo de imagen recomienda un estudio trifásico.

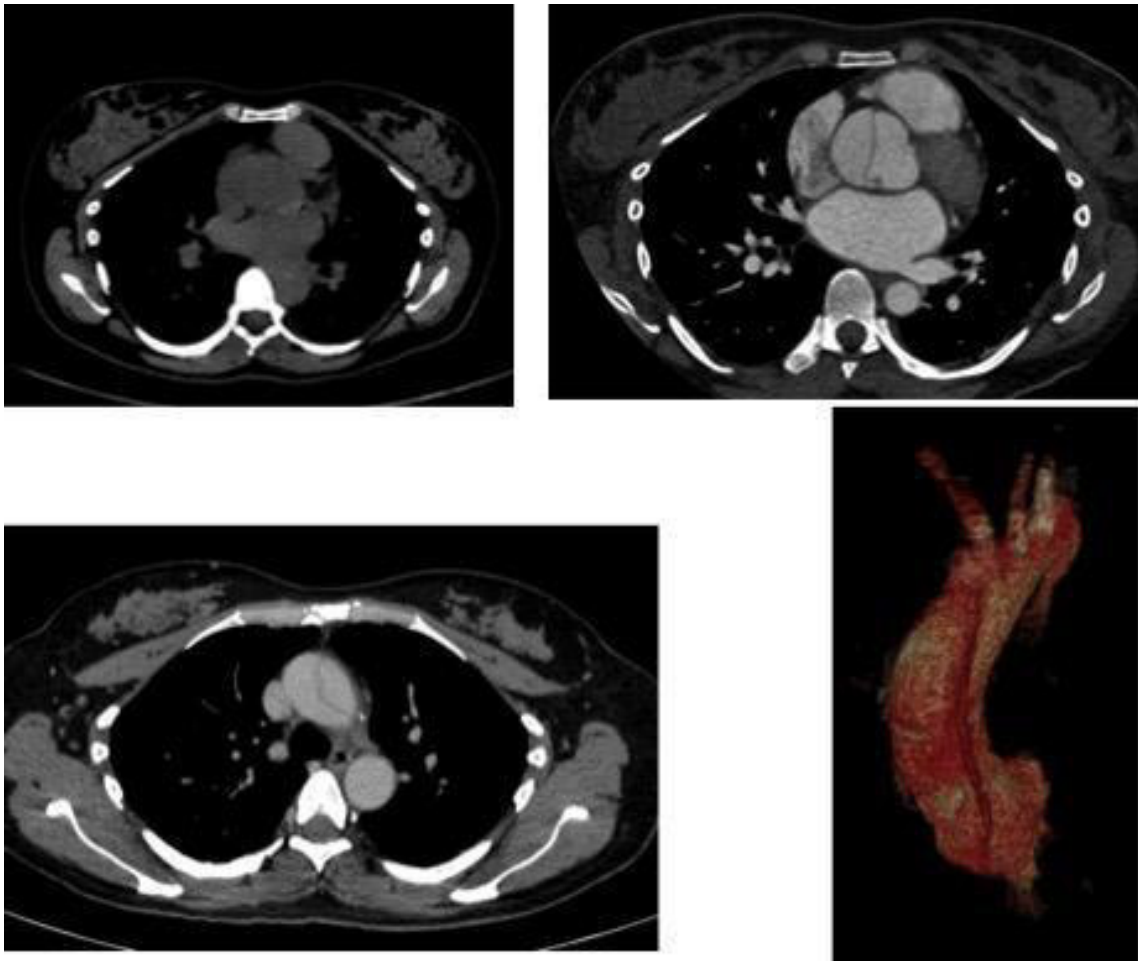
La disección aórtica se caracteriza por un desgarro (flap) de la íntima-media, con creación de una falsa luz. La luz verdadera tiene una morfología cilíndrica o filiforme con calcificación en el sitio de inicio del desgarro y usualmente se opacifica antes que la luz falsa.

Según Stanford and DeBakey las disecciones aórticas se clasifican en:

- Tipo A: aorta ascendente
- Tipo B: aorta descendente

**Conclusión:**

Realizar el protocolo de estudio indicado y las reconstrucciones multiplanares aportan precisión diagnóstica, siendo clave en la planificación terapéutica de la disección aórtica.



*AngioTC-Aorta protocolo trifásico: Disección aórtica tipo A*

**Bibliografía:**

- Agarwal PP, et al. Multidetector CT of Thoracic Aortic Aneurysm. Radiographics 2009; 29: 537-552
- Voitle E, et al. Aortic emergencies-diagnosis and treatment: a pictorial review. Insights Imaging 2015; 6: 17-32

<b>Caso</b>	(795) No todo dolor en fosa ilíaca derecha es una apendicitis aguda 795
<b>Autores</b>	Carmen Botía González Enrique L.girela Baena, Alba Patricia Solano Romero, Irene Vicente Zapata, Irene Cases Susarte, María Jesús Gayán Belmonte
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

**Presentación:**

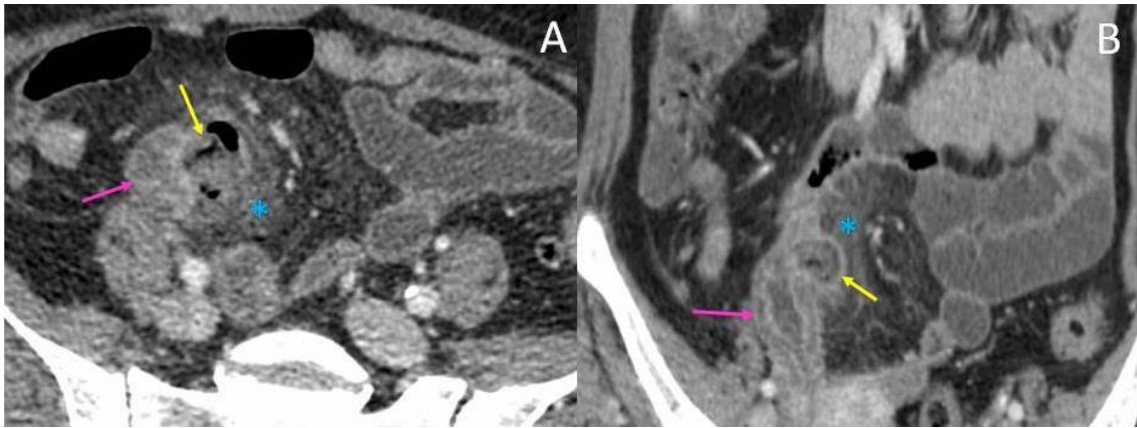
Mujer de 44 años que acude a Urgencias por dolor abdominal continuo de 3 días de evolución en fosa ilíaca derecha sin fiebre, náuseas, u otras alteraciones asociadas. En la analítica destaca leucocitosis de 14.900 sin otras alteraciones asociadas. Tras la clínica y alteraciones analíticas, se contacta con el radiólogo de urgencias que realiza una ecografía abdominal en la que la mala ventana acústica de la paciente hace que el estudio termine complementándose con una tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica con contraste I.V., en la que se observa una estructura diverticular corta dependiente del íleon distal de pared mal definida con plastrón inflamatorio en la grasa circundante, y mínima cantidad de líquido adyacente. El asa de íleon de la que depende el divertículo presenta engrosamiento de su pared por inflamación reactiva. Tras estos hallazgos se diagnostica a la paciente de diverticulitis de Meckel con plastrón adyacente, y se le realiza una resección de un segmento unos 10 cm de íleon que incluye al divertículo.

**Discusión:**

El divertículo de Meckel es un divertículo ileal debido a la persistencia del conducto onfalomesentérico que está presente en el 2% de la población. Suele ser sintomático antes de los dos años de edad en niños, y en adultos, entraña tres principales complicaciones: la hemorragia, la obstrucción intestinal y la diverticulitis aguda, como en nuestro caso, cuya forma de presentación clínica se asemeja a la de la apendicitis aguda y cuyo tratamiento también es quirúrgico.

**Conclusión:**

El diagnóstico diferencial del dolor en la fosa ilíaca derecha es amplio, y es importante que el radiólogo de Urgencias esté familiarizado con todas sus posibles causas, entre ellas la diverticulitis de Meckel.



*TC abdomino-pélvico con contraste i.v. a nivel de la pelvis, imagen axial (A) y reconstrucción coronal (B), en la que se aprecia el divertículo de Meckel (flecha amarilla), el segmento de íleon distal que lo contiene con la pared engrosada (flecha rosa), y el plastrón inflamatorio adyacente al mismo (asterisco azul).*

### **Bibliografía:**

1. Federle M.P., Jeffrey R.B., Woodward P.J., Borhani A.A., Divertículo de Meckel. En Diagnóstico por imagen 2º edición. En España. Editorial Marbán; 2011. P 366-369.
2. Levy AHobbs C. From the Archives of the AFIP. RadioGraphics. 2004;24(2):565-587.

<b>Caso</b>	(796) Catéter venoso central introducido en drenaje venoso pulmonar anómalo parcial.
<b>Autores</b>	Jaime Salvador Santiago Isarria, Juan Delgado, Fructuoso Delgado, Jose Antonio González
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Doctor Peset

**Presentación:**

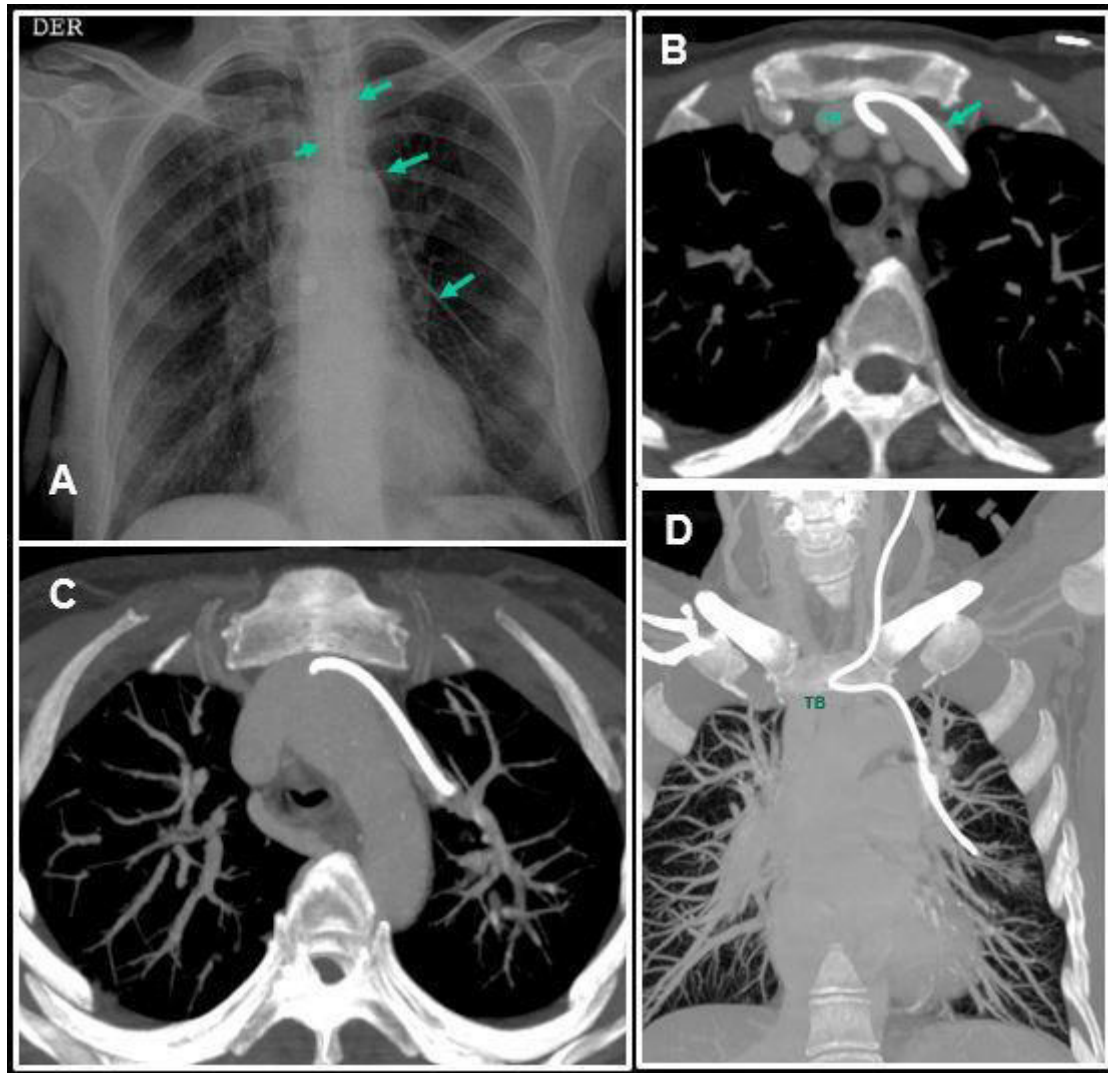
Mujer de 53 años ingresada en la unidad de cuidados intensivos por sepsis. Se solicita radiografía de tórax de control tras colocación de catéter venoso central. Se identifica extremo de catéter localizado en el interior del pulmón izquierdo. No hay signos de derrame pleural ni neumotórax. Se realiza TC torácico con contraste intravenoso visualizando extremo de catéter en el interior de una vena pulmonar con drenaje anómalo a tronco innominado.

**Discusión:**

El drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP) izquierdo es una alteración congénita de las venas pulmonares donde el hallazgo fundamental es la presencia de una vena pulmonar izquierda drenando a tronco innominado. Suele ser un hallazgo incidental en los estudios de imagen.

**Conclusión:**

Es fundamental reflejar en los informes radiológicos este tipo de anomalías ya que puede modificar actitudes quirúrgicas pulmonares, por ejemplo, en lobectomías por tumores broncogénicos.



**Catéter venoso central introducido en drenaje venoso pulmonar anómalo parcial. A) Radiografía de tórax anteroposterior donde se visualiza catéter venoso de acceso yugular con extremo distal en el interior del pulmón izquierdo (flechas). B), C) y D) Imágenes de TC de tórax con contraste en planos transversal y coronal donde se pone de manifiesto cómo el catéter al llegar al origen del tronco venoso innominado, realiza un bucle (flecha) y se introduce en el interior de una vena pulmonar con drenaje anómalo en el tronco venoso (TV).**

### **Bibliografía:**

1. Porres, D., Morenza, Ó., Pallisa, E., Roque, A., Andreu, J. and Martínez, M. (2013). Learning from the Pulmonary Veins. *RadioGraphics*, 33(4), pp.999-1022.
2. Dillman, J., Yarram, S. and Hernandez, R. (2009). Imaging of Pulmonary Venous Developmental Anomalies. *American Journal of Roentgenology*, 192(5), pp.1272-1285.
3. Demos, T., Posniak, H., Pierce, K., Olson, M. and Muscato, M. (2004). Venous Anomalies of the Thorax. *American Journal of Roentgenology*, 182(5), pp.1139-1150.

4. Kirsch J, Kirby A, Williamson EE. Venous anatomy of the thorax. In: Ho VB, Reddy GP, eds. Cardiovascular imaging. St Louis, Mo: Elsevier, 2011; 1001.



<b>Caso</b>	(797) Complicaciones de los tratamientos de fertilidad: Más allá del síndrome de hiperestimulación ovárica.
<b>Autores</b>	Carmen Botía González Ana Sánchez González, Amalia García Chiclano, Isabel María González Moreno, Ana Barceló Cárceles, Marta Huertas Moreno
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Morales Meseguer

### **Presentación:**

Paciente de 29 años que acude por la noche al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con dolor abdominal en hipogastrio tras donación de óvulos esa mañana. En la analítica presenta 19.000 leucocitos, hemoglobina de 10 y hematocrito del 31,6%. Tras esto, se le realiza una ecografía abdomino-pélvica en la que se observan ovarios aumentados de tamaño (ovario derecho: 6cm, ovario izquierdo 6,4 cm), el izquierdo con múltiples folículos en la periferia, algunos de ellos con ecos en relación con hemorragia, y el derecho, heterogéneo predominantemente hiperecogénico compatible con hemorragia intraovárica. También se observa ascitis leve-moderada con ecos finos en todos los compartimentos abdominales y no se aprecia derrame pleural. Tras los antecedentes, clínica, alteraciones analíticas y hallazgos ecográficos se diagnostica a la paciente de síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) y hemorragia peritoneal de origen ovárico derecho secundario a punción para extracción de ovocitos.

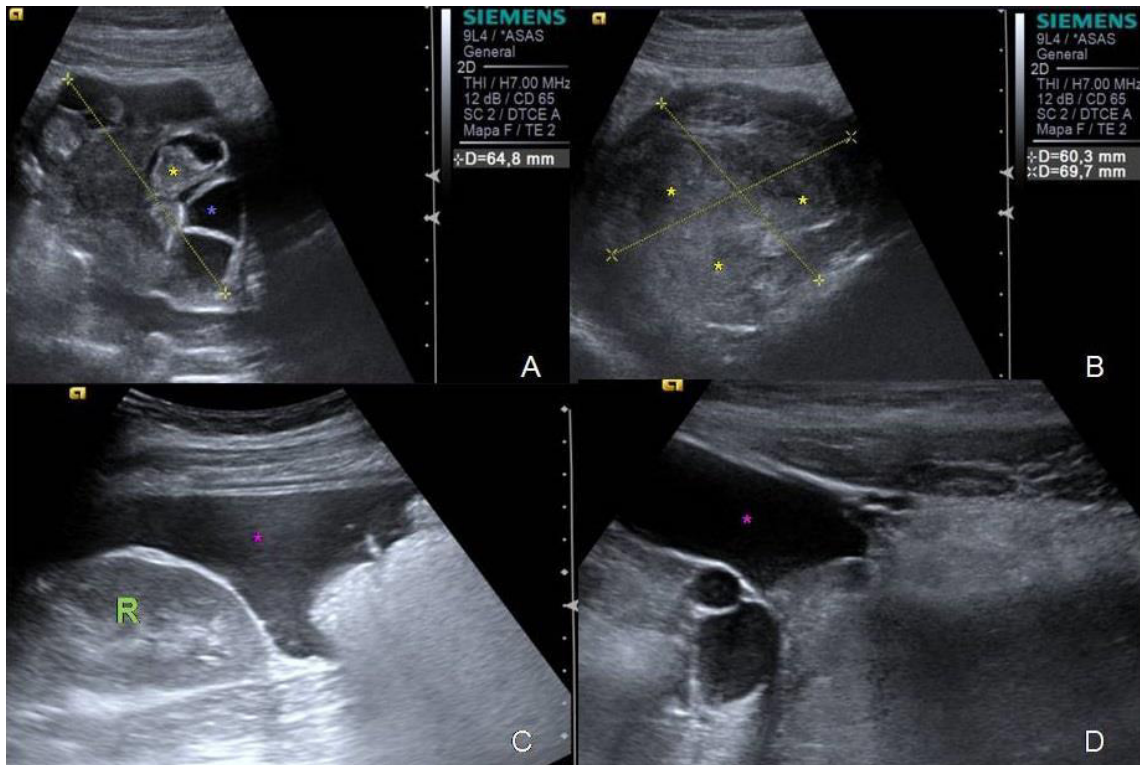
### **Discusión:**

El diagnóstico ecográfico del SHO es fácil con una buena orientación clínica. El principal papel del radiológico es definir el tamaño de los ovarios (por debajo de 8 cm, entre 8 y 12 cm o mayores de 12 cm) y notificar la presencia y cuantía de ascitis y derrame pleural, hallazgos que junto con la clínica y las alteraciones analíticas permiten establecer la severidad y el manejo de esta entidad.

La hemorragia peritoneal de origen ovárico tras la extracción de ovocitos es una complicación infrecuente pero que puede ser grave y comprometer la estabilidad hemodinámica e incluso requerir la extirpación quirúrgica del ovario.

### **Conclusión:**

Es importante recordar que los tratamientos de fertilidad no están exentos de complicaciones, y que pese a que el síndrome de hiperestimulación ovárica es la complicación más frecuentemente descrita, existen otras patologías como la hemorragia peritoneal de origen ovárico tras la extracción de ovocitos que pueden amenazar la vida de las pacientes.



**En la imagen se observan ovarios aumentados de tamaño (líneas de puntos amarillos), el izquierdo (figura A) con múltiples folículos (asterisco azul), algunos de ellos con sangre en su interior (asterisco amarillo), y el derecho (figura B) prácticamente sustituido por sangre (asteriscos amarillos), y ascitis subhepática y en fosa ilíaca derecha (asteriscos rosa en C y D respectivamente). R: riñón.**

### **Bibliografía:**

- 1.C Lobo, S Twigg (2010) Ovarian hyperstimulation syndrome — the role of intra-abdominal pressure monitoring. The Intensive Care Society vol. 11 no. 3 190-191.
- 2.Doron Shmorgun, MD, Ottawa ON Paul Claman, MD, Ottawa ON (2011)The Diagnosis and Management of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. Joint SOGC-CFAS Clinical Practice Gu 33(11):1156–1162
- 3.Nouri K, Walch K, Promberger R, Kurz C, Tempfer C, Ott J. Severe haematoperitoneum caused by ovarian bleeding after transvaginal oocyte retrieval: A retrospective analysis and systematic literature review. 2017.

<b>Caso</b>	(799) Hemorragia cerebelosa remota: una complicación postoperatoria inesperada.
<b>Autores</b>	Pablo Tomás Muñoz Elena Moya Sánchez, Antonio Gámez Martínez, Jorge Pastor Rull, Francisco Javier Martínez Bosch
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Presentación:**

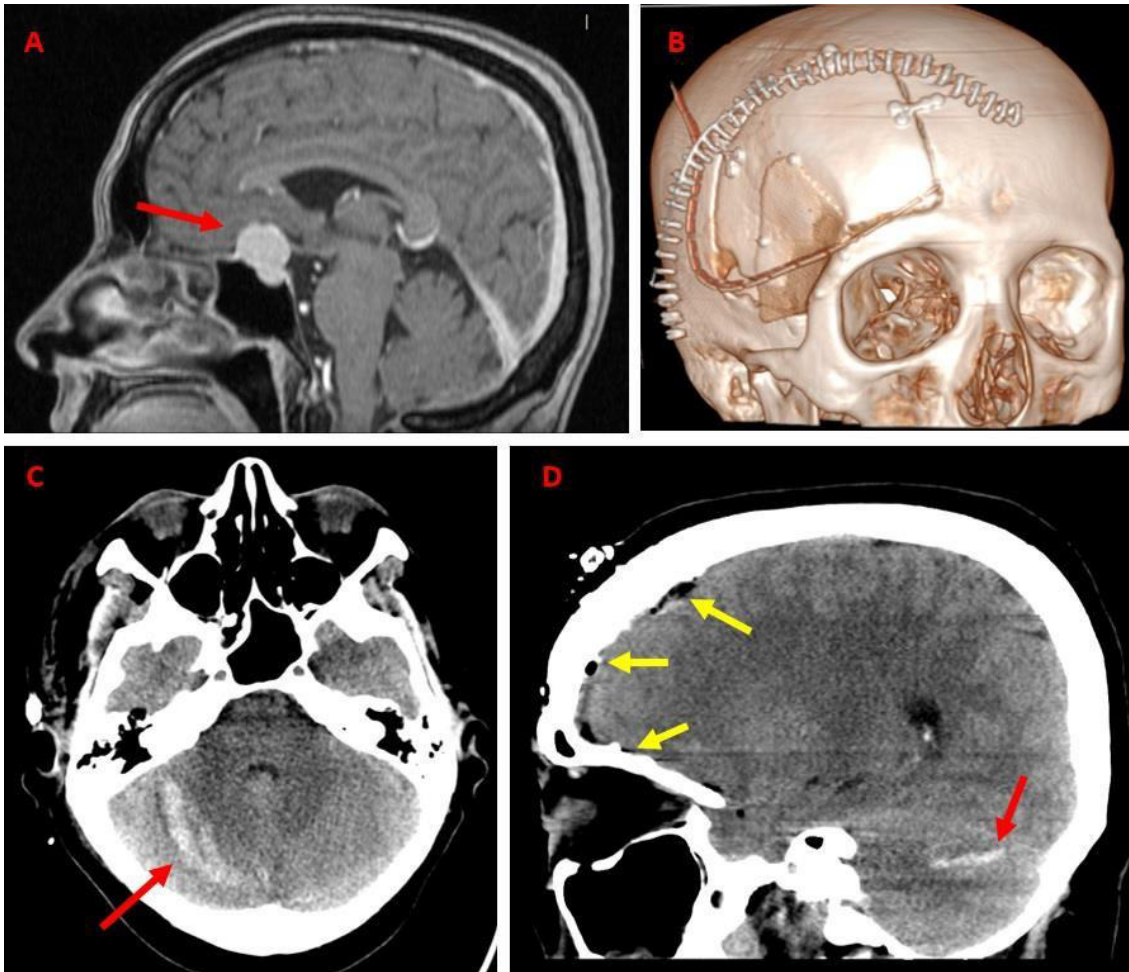
Mujer de 49 años, sin antecedentes de interés, es intervenida para resección de tumor supraselar sugerente de meningioma mediante craneotomía pterional derecha por déficit visual. Durante el postoperatorio inmediato en reanimación sufre crisis comicial por lo que se solicita TC craneal para valoración de posibles complicaciones postquirúrgicas precoces. Las imágenes obtenidas mostraron la existencia de una banda curva hiperdensa respecto al parénquima que perfilaba el margen posterosuperior del hemisferio cerebeloso derecho, sin generar efecto masa, y que asociaba escaso edema a su alrededor, compatible con hematoma intraparenquimatoso agudo. La evolución clínica fue autolimitada con resolución espontánea del cuadro y sin secuelas.

**Discusión:**

El diagnóstico radiológico fue de hemorragia cerebelosa remota. Se trata de una entidad rara que aparece tras intervenciones sobre el compartimento supratentorial mediante craneotomía, (aunque también se han descrito casos tras intervenciones de columna) y que podría ser secundaria a una hipopresión de LCR que implica un descenso del cerebelo y un colapso transitorio de venas de fosa posterior. No se relaciona con el infarto hemorrágico o con coagulopatías. En ella aparece una hemorragia de un aspecto lineal como la que se presenta, que en la mayoría de las ocasiones es asintomática o genera escasa sintomatología tipo ataxia, cefalea o déficit motor; y cuyo curso habitualmente es indolente sin necesidad de intervención.

**Conclusión:**

Es importante tener presente que tras una intervención neuroquirúrgica pueden aparecer complicaciones urgentes no solo en el lecho operatorio, sino a distancia dentro del sistema nervioso central. La hemorragia cerebelosa remota es un ejemplo.



**A:** Meningioma supraselar previo a la intervención. **B:** Craneotomía fronto-pterional amplia derecha. **C:** Hemorragia lineal aguda en hemisferio cerebeloso derecho tras cirugía. **D:** Cambios postquirúrgicos frontales en compartimento supratentorial (flechas amarillas) y hemorragia cerebelosa remota en compartimento infratentorial (flecha roja).

### Bibliografía:

- Amini A, Osborn AG, Mccall TD et al. Remote cerebellar hemorrhage. AJNR Am J Neuroradiol. 2006;27 (2): 387-90.
- Dincer A, Özcan Ü, Kaya D et al. Asymptomatic remote cerebellar hemorrhage: CT and MRI findings. Cerebellum. 2012;11: 880-86. doi:10.1007/s12311-011-0351-5

<b>Caso</b>	(801) Traumatismo esplénico: ¿Cómo realizar la TC para contar al cirujano lo que necesita saber?
<b>Autores</b>	Carmen Botía González Juana María Plasencia Martínez, Marta Tovar Pérez, Lucía Hernández Sánchez, Isabel María González Moreno, Irene Vicente Zapata.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

**Presentación:**

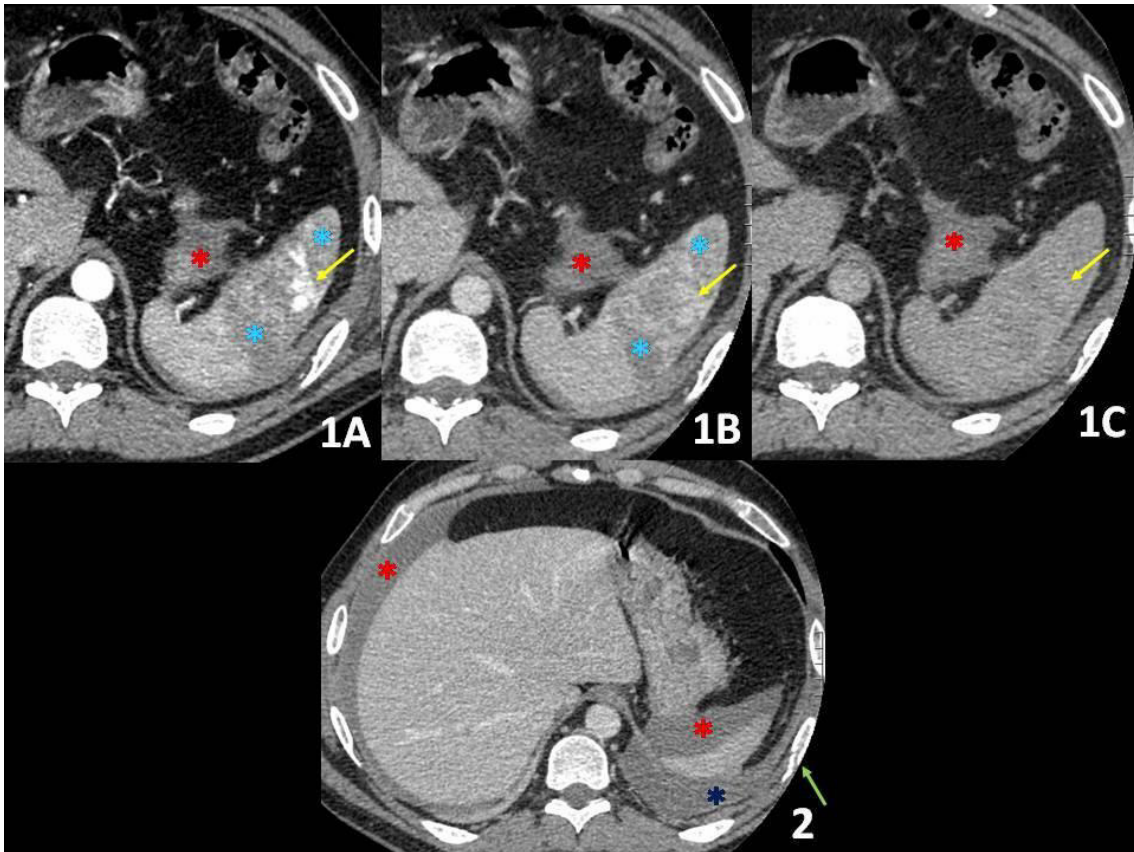
Paciente de 36 años con dolor en hipocondrio izquierdo e inestabilidad hemodinámica tras caída por las escaleras hace cuatro días. Se realiza TC abdomino-pélvica con contraste i.v. en fases arterial, portal, y tardía que muestra fracturas costales izquierdas, derrame pleural izquierdo leve, hemoperitoneo moderado y múltiples áreas lineales hipodensas en el bazo en todas las fases compatibles con laceraciones/fracturas. En el polo esplénico superior, además, se observan áreas focales de hipercaptación en fase arterial similar a la aorta, cuya densidad disminuye en la fase portal al nivel del parénquima esplénico normal, compatible con pseudoaneurismas.

**Discusión:**

Identificar lesiones vasculares en el traumatismo esplénico es fundamental, ya que son las lesiones de los vasos y no las de origen parenquimatoso, las que predicen el fracaso del manejo conservador y la necesidad de intervención en estos pacientes, generalmente mediante embolización arterial en los pseudoaneurismas y esplenectomía en las hemorragias activas. Para ello, es esencial realizar una TC multifásica. Una imagen de morfología lineal o irregular, isodensa a la aorta en fase portal (o en fase arterial cuando el sangrado es de origen arterial), con aumento de tamaño y de densidad más de 10 U.H. con respecto a la aorta en fases tardías indica sangrado activo; en cambio, los pseudoaneurismas se manifiestan como focos con un patrón de realce que permanece similar al de la aorta en todas las fases post-contraste.

**Conclusión:**

En el traumatismo esplénico es fundamental realizar una TC multifásica con fase arterial para poder detectar lesiones vasculares, que son el principal factor predictor de fracaso del tratamiento conservador e indicación de intervención en estos pacientes.



*Imágenes axiales de TC abdomino-pélvica con contraste i.v. en fases arterial (1A), portal (1B y 2) y tardía a los 5 minutos (1C). Se observan áreas hipodensas en el polo superior del bazo, algunas de las cuales atraviesan todo el espesor del órgano (asteriscos azules en 1A y 1B), compatibles con laceraciones/fracturas. Además, existen focos lineales de morfología nodular o irregular en el polo superior del bazo, de densidad similar a la de la aorta en todas las fases (flechas amarillas en 1A-C), compatibles con pseudoaneurismas, que apenas son diferenciables del resto del parénquima en la fase portal (1B), por lo que es fundamental disponer de una fase arterial para detectarlos (1A). También se observa hemoperitoneo (asterisco rojo), derrame pleural (asterisco azul oscuro) y una fractura costal izquierda (flecha verde).*

### **Bibliografía:**

1. Uyeda J, LeBedis C, Penn D, Soto J, Anderson S. Active Hemorrhage and Vascular Injuries in Splenic Trauma: Utility of the Arterial Phase in Multidetector CT. *Radiology*. 2014;270(1):99-106.
2. Ruiz Arteaga J.D., Valdez Murillo A. N., Aguilar Jiménez I.S., Villagómez López A., Casaos Martínez H. Traumatismo esplénico. Evaluación con tomografía computarizada. *Anales de Radiología México* 2012;1:33-45.

<b>Caso</b>	(802) Hemorragia subaracnoidea: busca el aneurisma.
<b>Autores</b>	A.b. Molina Navarro C. Pérez Ramírez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

### **Presentación:**

Paciente de 53 años derivada por sus familiares a urgencias tras presentar de forma súbita desorientación y obnubilación fluctuante con episodios de agitación. TC de cráneo sin contraste: extensa hemorragia subaracnoidea (HSA) ocupando ambas cisuras de Silvio, surcos de la convexidad, espacio subaracnoideo del polígono de Willis y cisternas de la base. Angio-TC: imagen sacular en el segmento comunicante de la arteria carotídea interna derecha (ACID).

### **Discusión:**

Se realiza arteriografía confirmando la existencia de un aneurisma como causa del sangrado y se realiza embolización terapéutica.

Las hemorragias subaracnoideas suponen solo el 2-5% de los ictus, mostrando la TC una sensibilidad cercana al 100% en las primeras horas.

La mayoría son debidas a traumatismos, pero dentro de las causas espontáneas, la ruptura de aneurismas saculares supone el 85% de los casos. El 10% corresponde a HSAs perimesencefálicas idiopáticas, mientras que el 5% restante va a ser debido a multitud de entidades (malformaciones arteriovenosas, fístula arteriovenosa dural, infarto venoso, cocaína, vasculitis, etc).

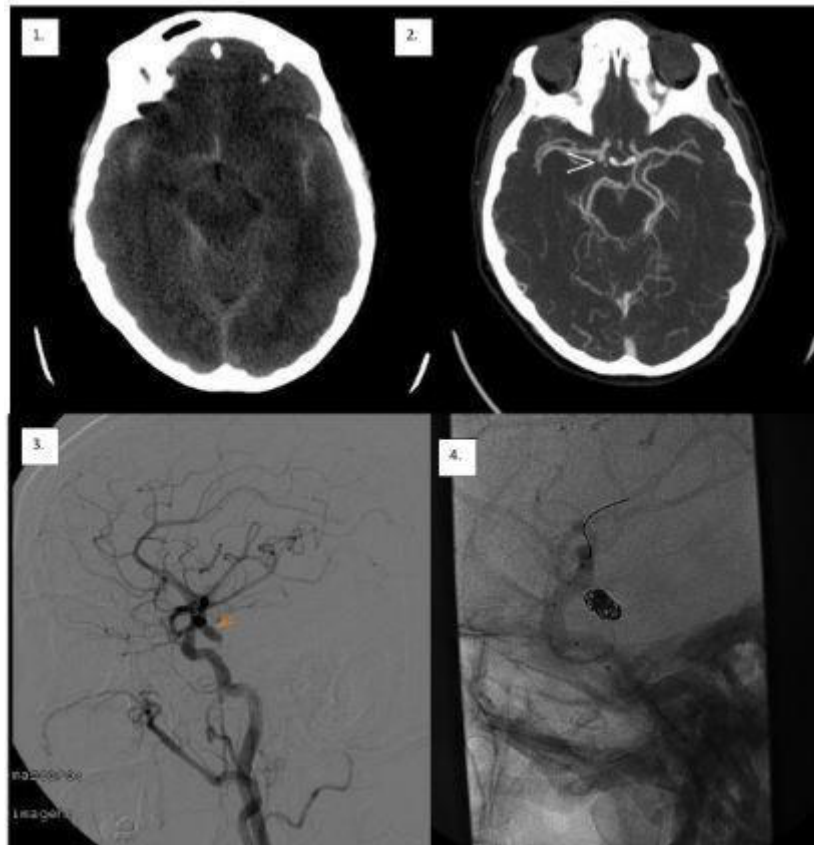
La distribución de la sangre facilita el diagnóstico etiológico; así la HSA en cisternas supraselares centrales con extensión periférica es característico de rotura de aneurismas.

La localización más frecuente del aneurisma es la arteria comunicante anterior, seguida de la arteria cerebral media, comunicante posterior y carótida interna.

Si hay sospecha de aneurisma y este no se identifica en un primer estudio, se aconseja repetirlo en un plazo no inferior a 2 semanas, por la posibilidad de los aneurismas ocultos por un vasoespasmo precoz.

### **Conclusión:**

La hemorragia subaracnoidea es el subtipo de ictus menos frecuente pero es el que cualitativamente mayor morbimortalidad produce, además un porcentaje relevante de los casos incide sobre personas jóvenes. Por lo que es importante conocer las características típicas de los aneurismas para poder realizar un diagnóstico acertado y precoz.



**1. TC de cráneo sin contraste, extensa hemorragia subaracnoidea. 2. AngioTC de cráneo con reconstrucción MIP, la cabeza de flecha señala una imagen sacular en el segmento comunicante de la ACID. 3 y 4. Arteriografía en la que se confirma la existencia de un aneurisma, cabeza de flecha, con embolización del mismo.**

### **Bibliografía:**

1.-J. Vivancos, F. Gillo, R. Frutos, J. Maestre, A. García-Pastor, F. Quintana et al.

Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. Neurología [Internet].2012 [6/10/2012]; 29(6):353-370. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-guia-actuacion-clinica-hemorragia-subaracnoidea--S0213485312002496>.

2.-Radiopaedia.org [Internet]. A. Prof Frank Gaillard et al; 24/06/2015. Subarachnoid haemorrhage. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/subarachnoid-haemorrhage>.



<b>Caso</b>	(803) Rotura de tráquea tras colocación de tubo endotraqueal.
<b>Autores</b>	Carmen Botía González Ana Moreno Pastor, María Martínez Gálvez, Alba Patricia Solano Romero, Marta Huertas Moreno, Elisabeth Cruces Fuentes.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

**Presentación:**

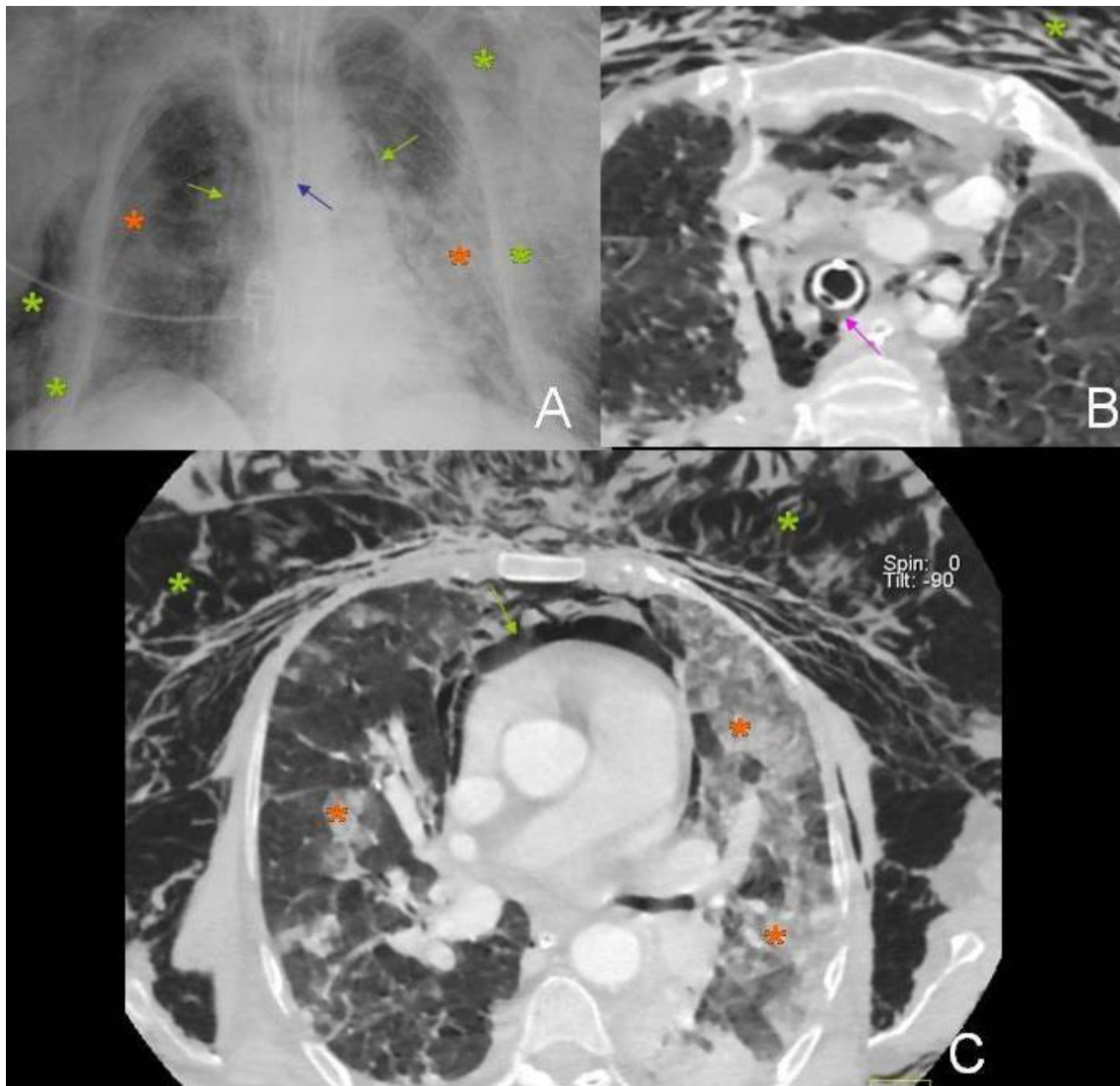
Paciente de 77 años ingresada en UCI por parada cardiorrespiratoria con importante enfisema subcutáneo tras intubación orotraqueal. Se le realiza radiografía de tórax portátil en la que se observa importante enfisema subcutáneo, neumomediastino, consolidaciones pulmonares multifocales y el extremo distal del tubo orotraqueal situado a menos de 1 cm de la carina. Tras esto, se le realiza una TC torácica simple en la que se observan los hallazgos radiológicos descritos en la radiografía de tórax y una solución de continuidad en la pared posterior de la tráquea, diagnosticándose a la paciente de rotura de tráquea tras colocación de tubo orotraqueal.

**Discusión:**

La rotura de tráquea tras intubación orotraqueal es una complicación iatrogénica rara aunque más frecuente en mujeres y pacientes de edad avanzada, y suele ocurrir en la porción membranosa (posterior) de la tráquea, que es la más débil. Las manifestaciones clínicas de esta entidad son enfisema subcutáneo, neumotórax, hemoptisis y fallo respiratorio inmediatamente posterior o unas horas tras la intubación orotraqueal. La radiografía y la TC de tórax pueden demostrar signos indirectos de lesión traqueal (enfisema subcutáneo, neumomediastino, neumotórax), o incluso mostrar el defecto de la pared de la tráquea (en la TC), como en este caso. El diagnóstico final se establece con broncoscopia, y el tratamiento suele ser conservador si el defecto es inferior a 2 cm de longitud y el paciente está estable clínicamente.

**Conclusión:**

La rotura de tráquea secundaria a la intubación orotraqueal es una entidad infrecuente en la que la presencia de enfisema subcutáneo y neumotórax junto con el antecedente de intubación orotraqueal hacen muy sugestivo el diagnóstico, y en la que la radiografía y la TC torácica pueden mostrar signos indirectos de lesión traqueal o incluso el área de solución de continuidad de la misma (en la TC).



**A) Radiografía de tórax portátil: Importante enfisema subcutáneo (asteriscos verdes), neumomediastino (flechas verdes), consolidaciones pulmonares multifocales (asteriscos naranja) y el extremo distal del tubo orotraqueal situado a menos de 1 cm de la carina (flecha azul). Ante la sospecha de lesión de vía aérea se realiza una TC torácica simple (B y C) en la que se confirma la existencia de una solución de continuidad en la pared posterior de la tráquea (flecha rosa). Enfisema subcutáneo (asteriscos verdes), neumomediastino (flecha verde) y opacidades en vidrio deslustrado (asteriscos naranja) compatibles con contusiones pulmonares.**

### **Bibliografía:**

1. Prunet B, Lacroix G, Asencio Y, Cathelinaud O, Avaro J, Goutorbe P. Iatrogenic post-intubation tracheal rupture treated conservatively without intubation: a case report. *Cases Journal*. 2008;1(1):259.
2. Medina C, Camargo J, Felicetti J, Machuca T, Gomes B, Melo I. Laceração traqueal pós-intubação: análise de três casos e revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35(8).



<b>Caso</b>	(804) INFESTACIÓN INTESTINAL POR ASCARIS LUMBRICOIDES COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO
<b>Autores</b>	Beatriz Rodríguez Fisac Beatriz Miriam Rodríguez Chikri, Julio Olsen Triulzi, M <sup>a</sup> Angeles Martín Martín
<b>Centro</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

**Presentación:**

Varón de 31 años, Nigeriano, remitido a urgencias por dolor abdominal y vómitos. Sin alteraciones analíticas en sangre y orina. En TC abdominal con contraste e.v. se observa dilatación de algunas asas ileales y de colon con contenido líquido, y engrosamiento leve de la pared del íleon terminal de aspecto inflamatorio. Se identifican estructuras intraluminales en FID, vermiformes, parcialmente enrolladas. Con la sospecha de presencia de gusanos redondos, se realizó ecografía abdominal confirmando estructuras curvilíneas, de paredes ecogénicas paralelas y centro tubular hipoecoico compatible con Ascaris Lumbricoides. Se solicitó estudio de parásitos en heces y se trató con Mebendazol 100mg cada 12 horas durante 3 días.

**Discusión:**

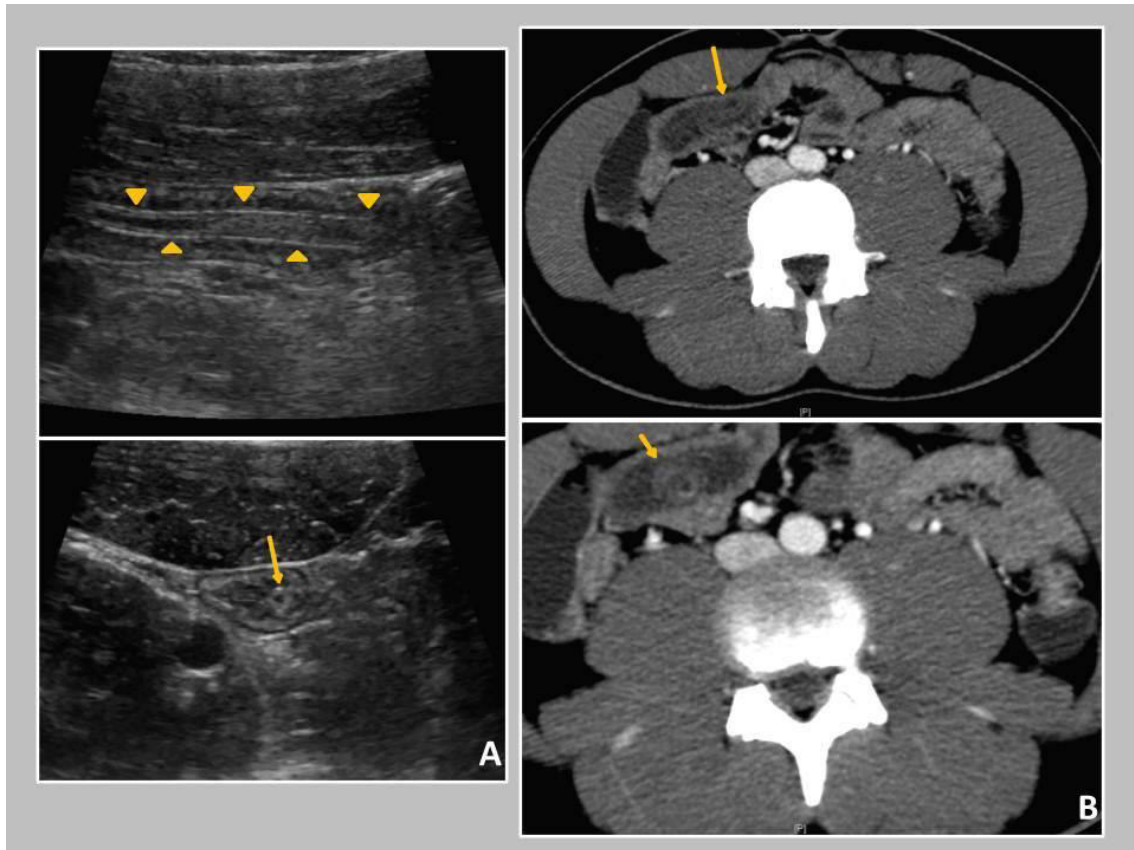
Ascaris Lumbricoides es la enfermedad parasitaria más frecuente a nivel mundial, afectando al 25% de la población, con mayor prevalencia en los países tropicales en vías de desarrollo y bastante inusual en nuestro medio. Es el nematodo más grande que parasita el intestino.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas debido a la afectación de varios órganos y sistemas durante el ciclo vital del parásito. Las gastrointestinales son inespecíficas (náuseas, vómitos, anorexia, malestar abdominal o dolor de tipo cólico) y se deben a la infestación por gusanos adultos. La obstrucción intestinal por infestación masiva y formación de bolo es la complicación más frecuente.

Es conocida la apariencia de Ascaris en estudios baritados y en ecografía pero no tanto en TC, donde frecuentemente se diagnostican los cuadros complicados.

**Conclusión:**

El extendido uso del TC en los servicios de Urgencias para el diagnóstico del abdomen agudo y el repunte de las parasitosis en nuestro medio, principalmente explicado por los constantes intercambios migratorios, evidencian la necesidad de conocer las manifestaciones radiológicas de la ascariasis a fin de orientar un diagnóstico muchas veces insospechado.



**A.** *Imágenes longitudinal y axial de ecografía con sonda de alta frecuencia (11MHz): imágenes intraluminales tubulares de paredes ligeramente hiperecogénicas con centro hipoecoico compatibles con gusanos redondos. B.* *Imágenes axiales de TC abdominal con contraste e.v.: imágenes tubulares hipodensas y de pared hiperdensa en intraluminales en íleon terminal, ligeramente dilatado y con leve engrosamiento de la pared de aspecto inflamatorio.*

### **Bibliografía:**

1. C. Hommeyer, G. S. Hamill, J. A. Johnson. CT diagnosis of intestinal ascariasis. *Abdom Imaging* 20:315 -316 (1995)
2. Eric J. Rodriguez, MD, Maggie A. Gama, MD, Sanford M. Ornstein, MD, William D. Anderson, MD. 2003. Ascariasis Causing Small Bowel Volvulus. *RadioGraphics* 2003; 23:1291–1293.
3. CJ Das, J Kumar, J Debnath, A Chaudhry. Imaging of ascariasis. *Australasian Radiology* (2007) 51, 500–506.

