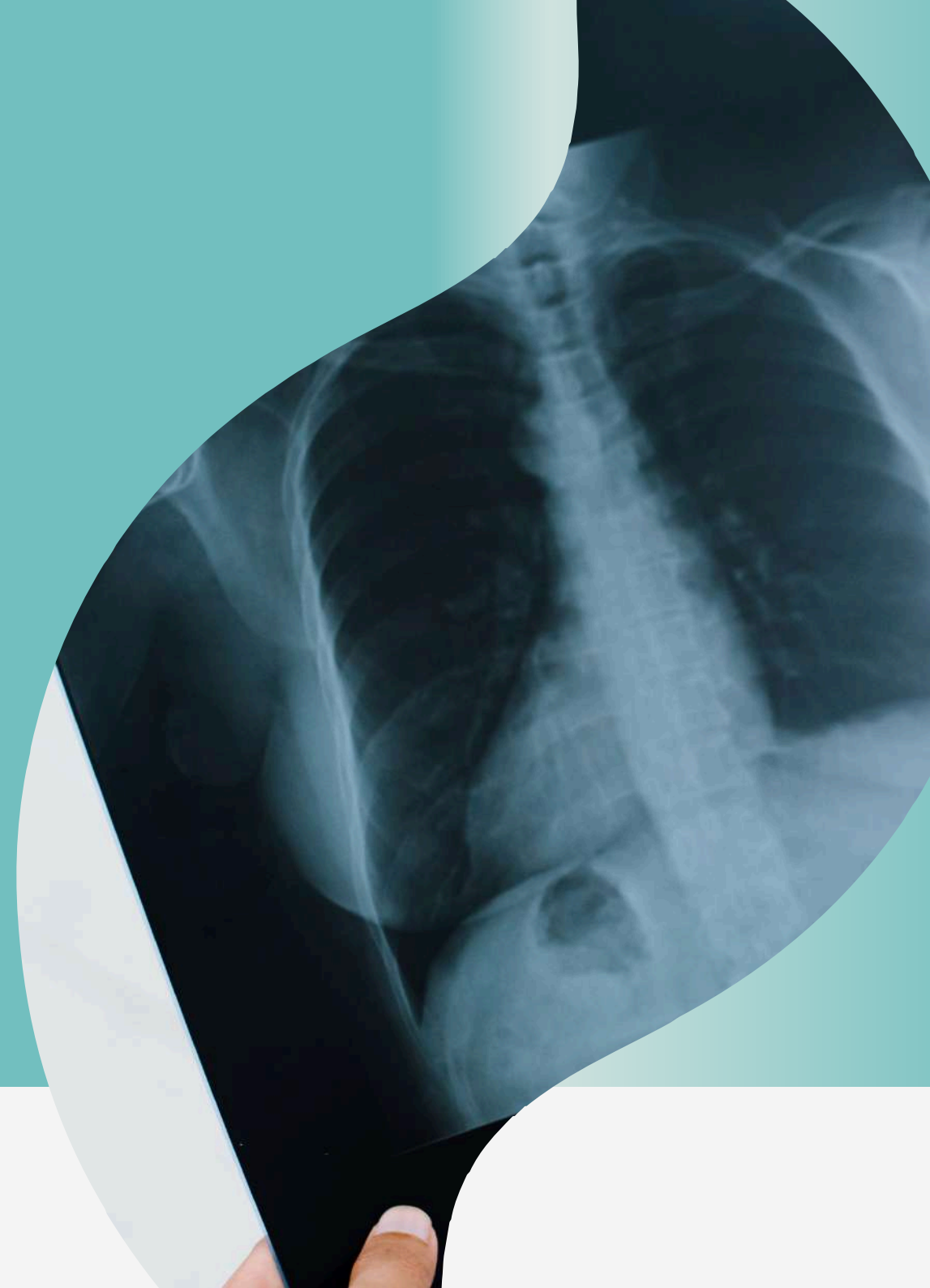


VI Concurso Imagen Radiológica

2024



ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE CÁCERES



Fundación del Ilustre Colegio Oficial de la Profesión Médica de Cáceres



6ª edición

Edita: Fundación Colegio de Médicos de Cáceres

Diseño y maquetación: Lucía Mellado García

ISBN: 978-84-09-64584-8



ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE CÁCERES

 **Fumeca**
Fundación del Ilustre Colegio Oficial de la Profesión Médica de Cáceres

Índice



06 Prólogo

08 Primer premio

10 Segundo premio

12 Tercer premio

14 Resto de imágenes
presentadas



Prólogo

La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional. Dentro de los objetivos del Colegio de Médicos se encuentra ofrecer iniciativas que favorezcan el adecuado aprendizaje de sus médicos y con esta finalidad ha sido organizada esta nueva edición del Concurso de Imagen Radiológica. Una actividad que nació sin pretensión y que se ha consolidado entre nuestros colegiados, recibiendo una gran aceptación con un total de 64 trabajos.

Estos trabajos ven la luz en este libro, con la intención de hacer pública y reconocer la gran labor realizada por los autores, a los que felicitamos por la enorme calidad de sus trabajos. Las pruebas de imagen constituyen un elemento esencial para el diagnóstico temprano de infinidad de patologías y para la realización de un dictamen médico rápido y eficaz.

Por eso, de parte de toda la Junta de Gobierno del Colegio quiero dar la enhorabuena a todos los participantes por el esfuerzo invertido en vuestros trabajos y animaros a que sigáis participando.

Os esperamos el próximo año.

D. Carlos R. Arjona Mateos
Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres





Primer Premio

VI Concurso Imagen Radiológica



Órgano vital fosilizado

DR. FERNANDO DE LOS REYES
GUZMÁN RUIZ

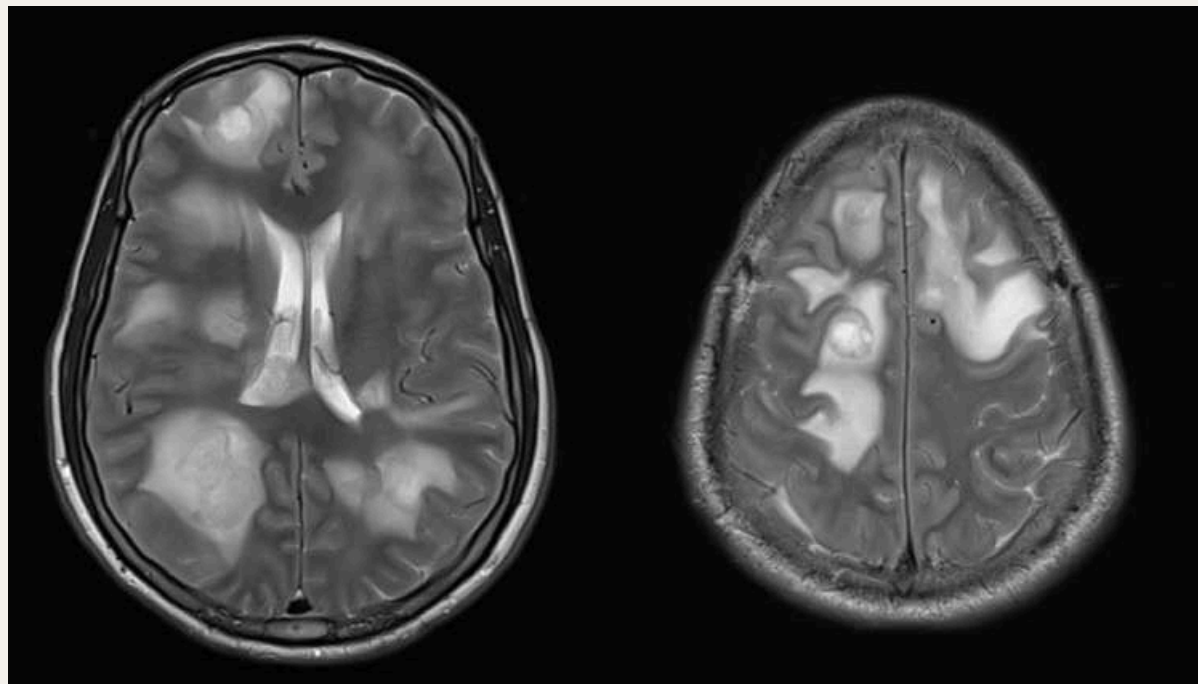
Mujer de 81 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia e infarto agudo de miocardio anteroseptal, es trasladada al hospital por sospecha de ictus. A su llegada, se observa una frecuencia respiratoria de 18rpm, sin evidencia de trabajo respiratorio. En la auscultación pulmonar se aprecia murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, y una saturación de O₂ del 95%. La radiografía de tórax muestra extensas opacidades pulmonares bilaterales de probable distribución centrolobulillar y alta intensidad.

Se solicita una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), donde se observa una afectación en forma de nódulos centrolobulillares y de espacio aéreo, predominantemente en regiones superiores, que contienen calcificaciones de densidad variable. La apariencia radiológica es característica de "calcificación pulmonar metastásica", relacionada principalmente con hiperparatiroidismo e insuficiencia renal, patologías que no padecía la paciente. Se destaca la disociación clínico radiológica.

A decorative white line graphic on a teal background. It starts as a wavy line on the left, dips, rises, and then forms a large, elegant loop on the right side of the page.

Segundo Premio

VI Concurso Imagen Radiológica



Dando en la diada

DR. JUAN PABLO HERRERO

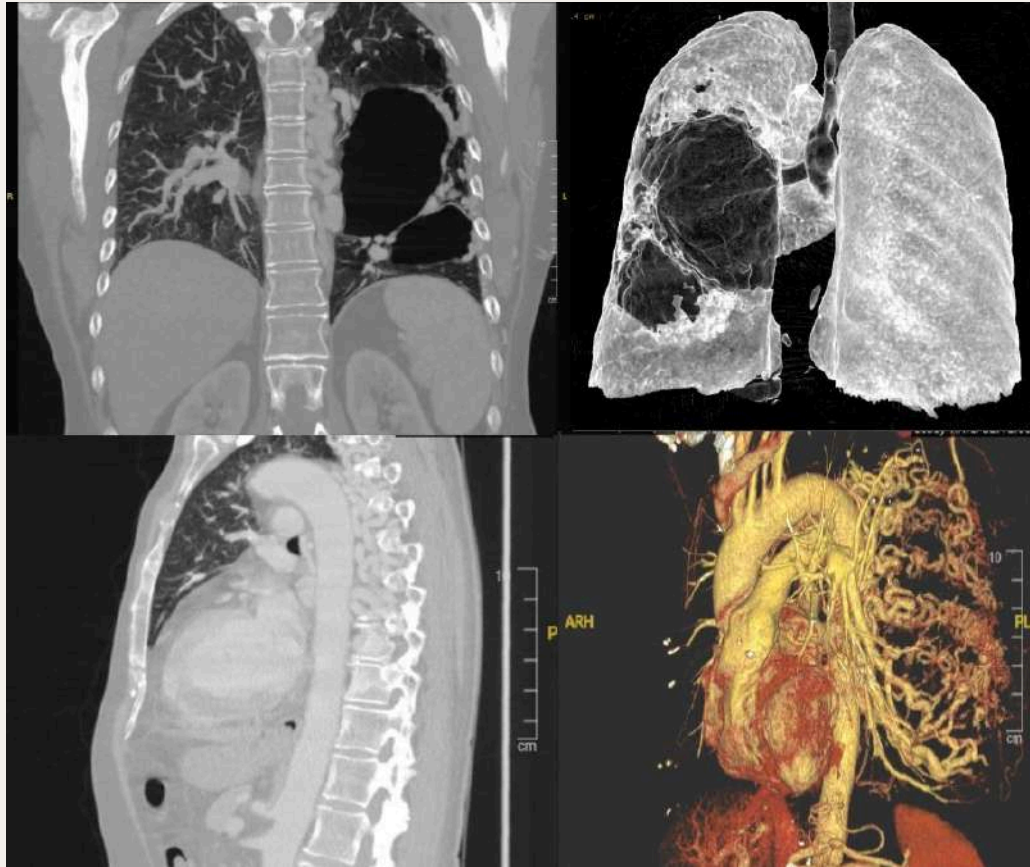
Varón de 31 años ingresado por cuadro de diplopia binocular y alteraciones sensitivas progresivas. Se realiza TC craneal mostrando hipodensidades en sustancia blanca bihemisféricas de características inespecíficas. Se solicita RM cerebral para mejor valoración de la afectación, donde destacan lesiones hiperintensas coalescentes en sustancia blanca supratentorial y de forma bihemisférica, llamando la atención al menos tres lesiones hiperintensas, con anillos concéntricos debido a franjas de alta y baja intensidad adquiriendo una morfología en diana.

Estas lesiones en diana fueron la clave para sospechar y sugerir una Esclerosis Concéntrica de Baló. Esta patología descrita como un subtipo de esclerosis múltiple es infrecuente, presentando una clínica neurológica rápidamente progresiva que en algunos casos es fulminante, teniendo una elevada tasa de morbimortalidad. Por esta razón la sospecha radiológica fue de vital importancia a la hora de comenzar un tratamiento precoz y oportuno.

A decorative white line graphic on a teal background. It starts as a simple wave at the top left, then curves down and to the right, forming a large, elegant loop that extends towards the right edge of the frame.

Tercer Premio

VI Concurso Imagen Radiológica



Un agujero negro en el pulmón

DRA. AMANDA PAULA ARENAS POLO

Mujer de 61 años con antecedente de tuberculosis a los 16 años. Derivada por disnea de esfuerzo y dolor torácico en hemitórax izquierdo. A la exploración hipoventilación en 1/2 campo inferior izquierdo.

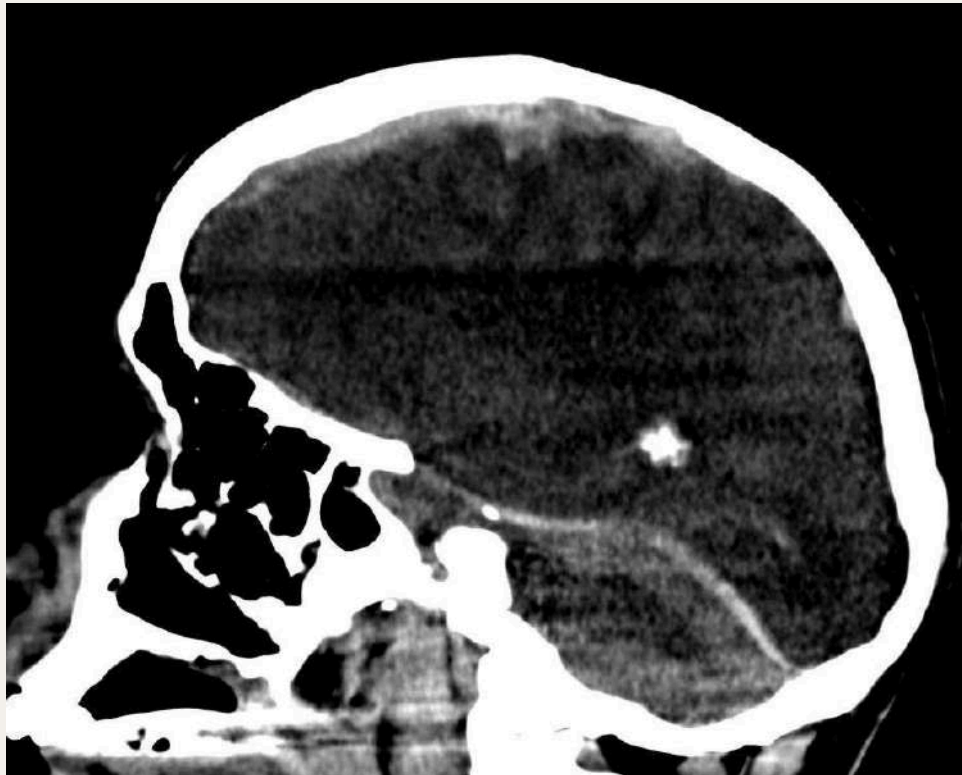
TC tórax: lesión multiquística que ocupa la práctica totalidad del lóbulo inferior izquierdo y asocia atresia bronquial y extensa malformación arteriovenosa de tipo fístula compatible con anomalía broncopulmonar congénita del adulto consistente en malformación adenomatoidea quística congénita (MAQC) junto con malformación arteriovenosa (MAV) pulmonar.

Se trata de una anomalía congénita rara del pulmón tipo hamartomatosa que da lugar a quistes de diferente tamaño y puede asociar MAV. Se suelen diagnosticar en los 2 primeros años de vida por distrés respiratorio e infecciones de repetición o en la edad adulta por imagen radiológica compatible e infecciones respiratorias recidivantes.

The background is a solid teal color. There are two white abstract lines: one is a wavy line starting from the top left and curving towards the center, and the other is a more complex, looping line on the right side of the slide.

Resto de Imágenes Presentadas

VI Concurso Imagen Radiológica



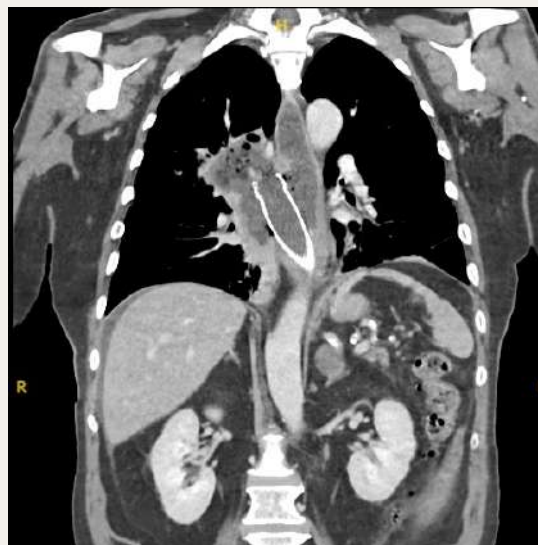
El anuncio del cerebello

DR. CARLOS LÓPEZ DE LETONA LUNA

Paciente varón de 27 años que es traído al servicio de urgencias hospitalarias tras sufrir una colisión de alta energía en un accidente de tráfico. A su llegada, el paciente presenta bajo nivel de conciencia, pupilas midriáticas arreactivas y múltiples estigmas secundarios al politraumatismo.

En el estudio de TC cerebral, se objetiva un extenso hematoma subdural fronto- parieto-temporal derecho y suprayacente al tentorio, que ejerce efecto masa sobre las circunvoluciones adyacentes, el sistema ventricular y las cisternas de la base. Además, se evidencia una hipodensidad difusa del parénquima cerebral supratentorial con una hiperdensidad relativa del tronco encefálico y el cerebello conocida como el "signo del cerebello blanco".

El signo del cerebello o del cerebello hiperdenso es un hallazgo poco frecuente dentro de los signos ominosos del mal pronóstico e indica daño cerebral irreversible. Puede hallarse en situaciones de traumatismo craneoencefálico severo, asfixia neonatal, ahogo, o hipoxia post-parada cardiorrespiratoria.



“Encrucijada crítica”: migración de prótesis esofágica

DRA. MARIA LUISA FUENTES
PULIDO

Varón de 69 años de edad, en seguimiento en consulta de oncología médica por adenocarcinoma de esófago desde tercio medio hasta unión gastroesofágica con afectación de la misma, con oclusión de la luz de manera filiforme, adenopatías mediastínicas y metástasis óseas (estadío IV).

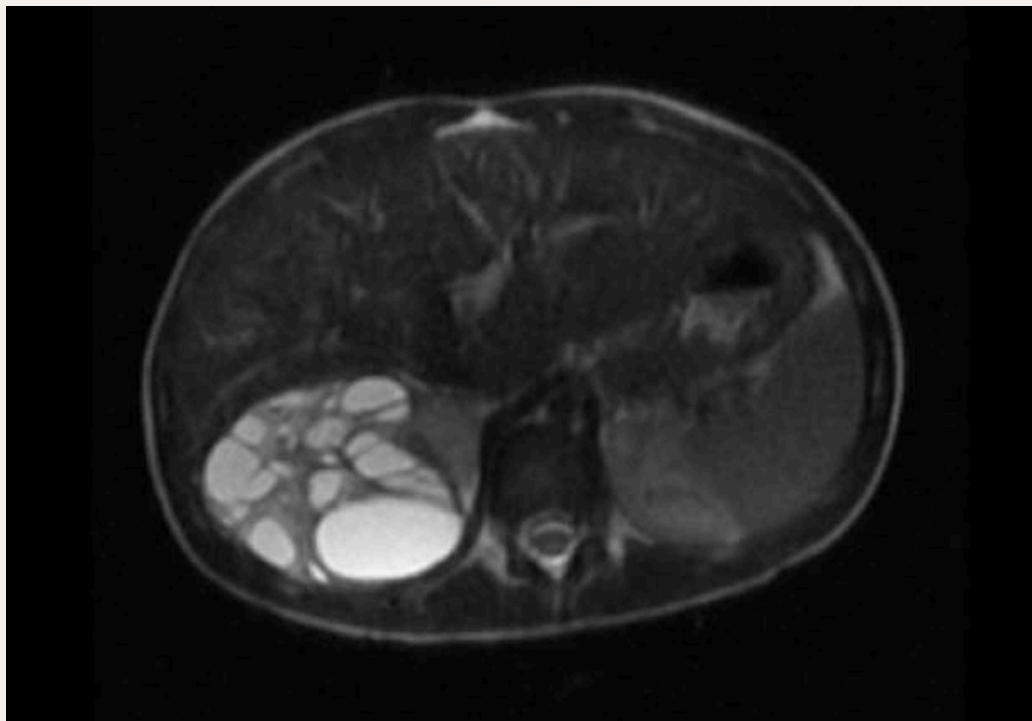
El paciente presentó hemorragia digestiva anemizante precisando radioterapia hemostática.

Posteriormente se realizó endoscopia para colocación de prótesis metálica autoexpandible parcialmente cubierta, iniciando tratamiento quimioterápico paliativo.

A los 6 meses inició con cuadro de tos, disnea leve y expectoración hemoptoica ocasional, por lo que cursó ingreso hospitalario.

En analítica destacaban reactantes de fase aguda elevados y anemia. En radiografía de tórax se identificó la migración de prótesis esofágica, confirmándose en estudio de tomografía computarizada, en el que además se comprobó discontinuidad de la pared esofágica con extensa colección mediastínica y pulmonar.

Ante estos hallazgos se instauró tratamiento antibiótico y se realizó gastrostomía endoscópica percutánea, continuando con seguimiento por cuidados paliativos.



Esto sí que no me lo
esperaba

DR. FRANCISCO JAVIER GALLEGO CORTÉS

Niña de 8 años sin antecedentes de interés que consulta en urgencias pediátricas por dolor abdominal agudo irradiado a fosa ilíaca derecha de 30 horas de evolución, febrícula y vómitos en 3 ocasiones. Exploración física con postura antiálgica, defensa abdominal en fosa/flanco derecho, signos de Blumberg, psoas y salto positivos. No se palpan masas ni megalias. Se realiza analítica sanguínea con discreta anemia (hemoglobina 9,8 g/dl) con serie blanca normal y proteína C reactiva de 75 mg/L, resto (perfil hepático, renal, coagulación) sin alteraciones.

Ante la sospecha de abdomen agudo se realiza ecografía abdominal en la que se observa una tumoración renal derecha compatible con tumor de Wilms, que se confirma con la resonancia magnética (masa exofítica predominantemente quística en el polo superior de la lesión, con tejido realzante entre los quistes, y con persistencia de restos hemáticos en distintos estadios) y el estudio histológico.

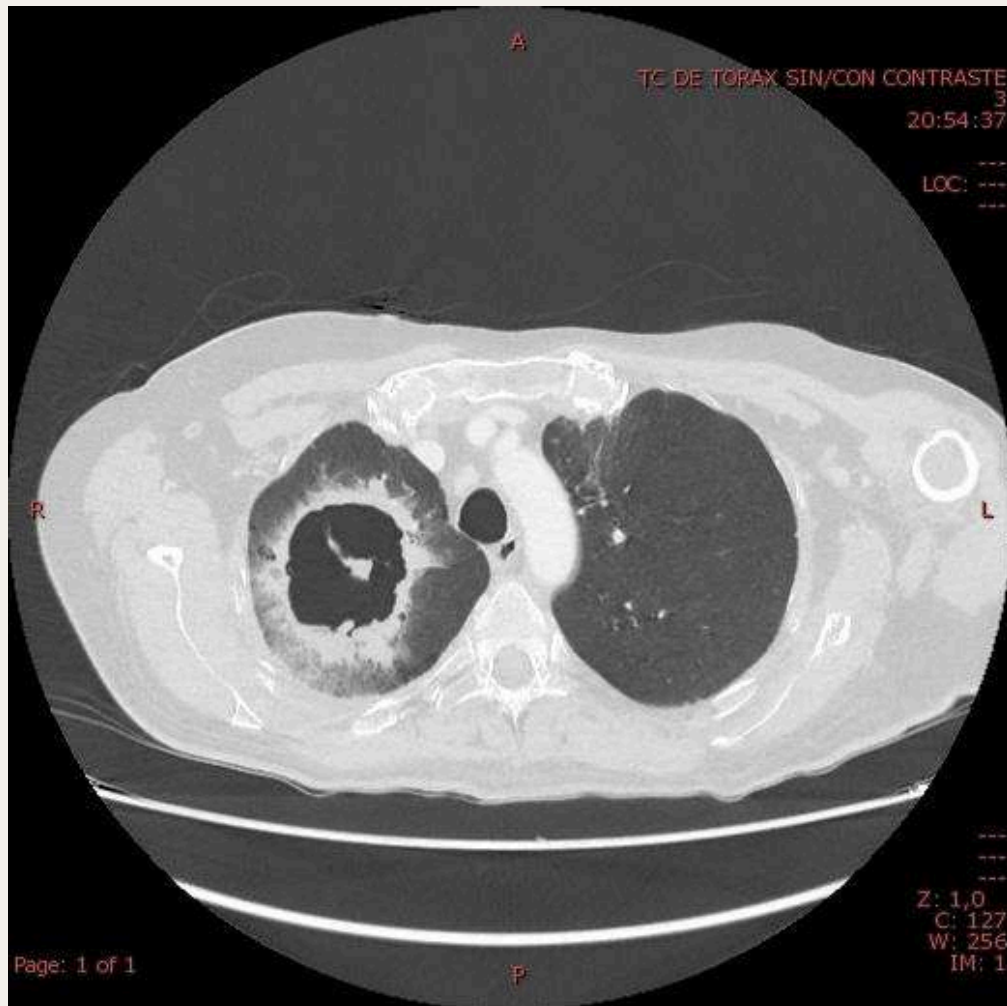


Una esperada imagen radiológica

DRA. ÁNGELA AURORA ESCALONA NELO

Masculino de 62 años, sin antecedentes patológicos de interés, consulta por presentar dolor en miembro superior izquierdo, con limitación funcional y disminución de fuerza muscular, sin causa traumática aparente. Al examen físico se observó deformidad del miembro. Se solicitó una radiografía de húmero evidenciando deformidad del hueso, con cortezas engrosadas marcadas por túneles y trabéculas acentuadas; encorvándose en sentido lateral originando una deformidad en "sable". Se le realizó biopsia ósea confirmando el diagnóstico de Enfermedad Ósea de Paget.

La incidencia y gravedad de esta enfermedad ha disminuido durante las últimas décadas. El diagnóstico en pacientes con hallazgos clínicos o de laboratorio sugestivos, se confirma mediante la demostración de cambios radiográficos característicos. El tratamiento de elección son los bifosfonatos. El paciente recibió tratamiento con ácido zolendrónico, con evolución clínica favorable.



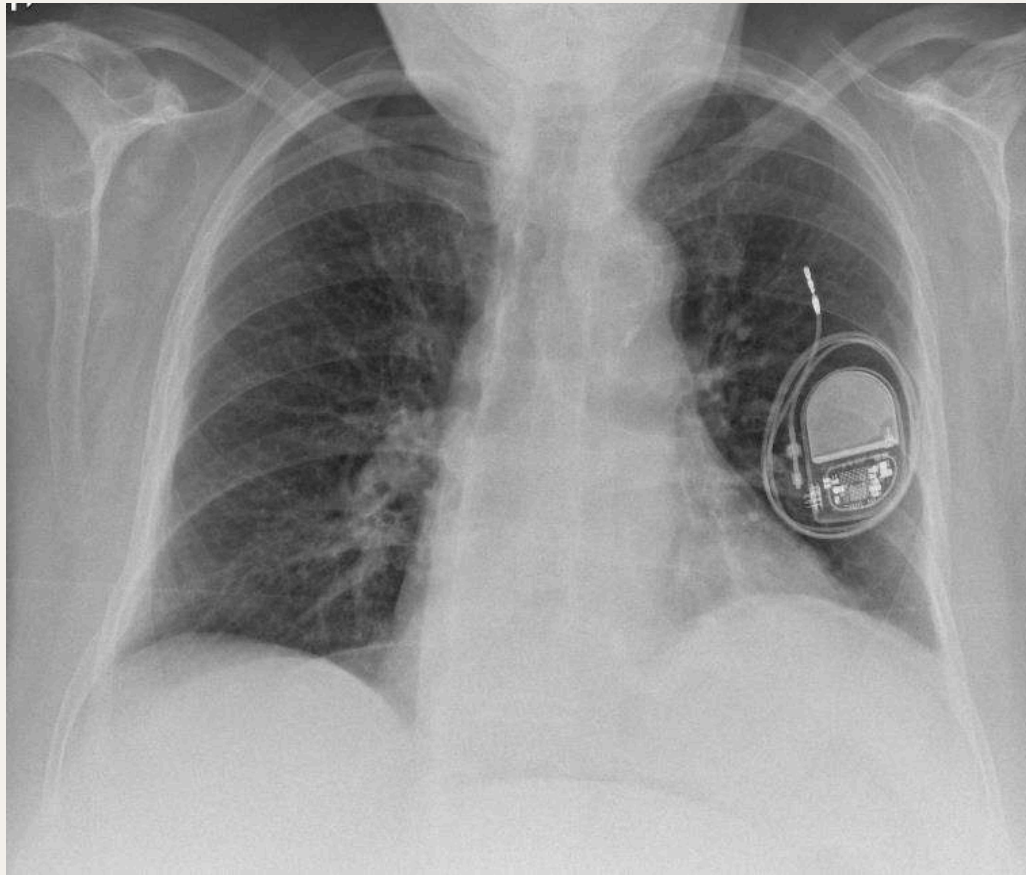
Intruso en la caverna de Platón

DR. JAIME DUARTE TORRES

Varón de 37 años con antecedentes de carcinoma adenoideo de parótida izquierda EIV por afectación pulmonar, renal bilateral, pleural y hepática, en tratamiento de 1ª línea con Lenvatinib desde enero de 2024. Acude al servicio de urgencias por fiebre, disnea y expectoración herrumbrosa a pesar de un ciclo con amoxicilina clavulánico.

Se solicita TC torácico que describe cavitación masiva de las masas tumorales pulmonares derechas y fístula de gran tamaño entre la pared posterior del bronquio principal derecho con probable sobreinfección fúngica de las lesiones pulmonares cavitadas. Se solicita estudio de esputo, resultando positiva la tinción calcoflúor e identificándose posteriormente *Aspergillus fumigatus* en el cultivo para hongos.

Se inició tratamiento con anfotericina B liposomal e isavuconazol, con respuesta deficitaria por lo que se llevó a comité, decidiéndose de forma multidisciplinar lobectomía selectiva, completando posteriormente tratamiento con antifúngicos previos, pudiendo desescalar a monoterapia con isavuconazol con resolución de la infección y alta del paciente.



No te toques, ¡Que te enredas!

DRA. LIZBETH DALILA HERRERA DIAZ

Paciente de 85 años con antecedente de IAM no Q y enfermedad coronaria severa con stent en arteria circunfleja. Se coloca marcapasos tipo VVIR por Bloqueo auriculo-ventricular completo. Se localiza el generador en zona subcutánea de pectoral izquierdo y el electrodo en ápex.

Un mes después, la paciente aqueja molestias torácicas inespecíficas y se objetiva bradicardia en la exploración. Se realiza radiografía de tórax donde se observa dislocación del electrodo de marcapasos que se encuentra enrollado alrededor del generador.

El Síndrome de Reel es una complicación poco frecuente que sucede en portadores de marcapasos o desfibriladores implantables. Se caracteriza por la rotación del generador del marcapasos sobre su eje trasversal y el enrollamiento alrededor de este de los electrodos que ocasiona su desplazamiento y la pérdida de estimulación auricular o ventricular.

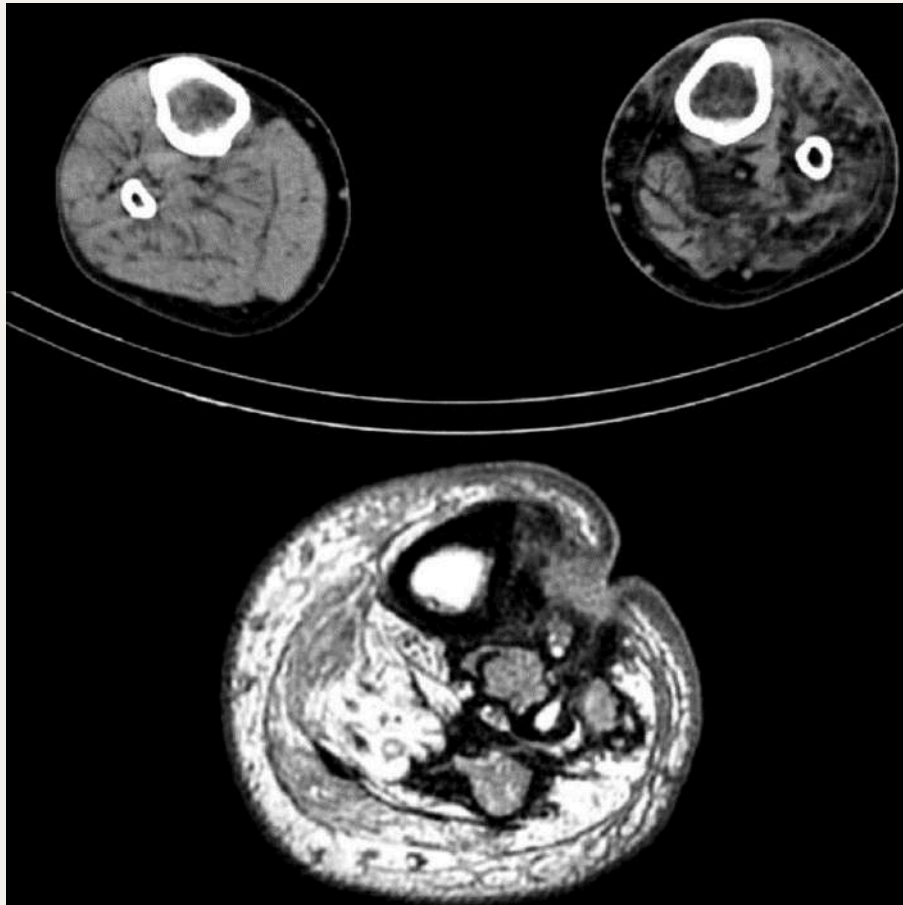


Pasos florales

DRA. ISABEL ARÉVALO EVANS

Paciente intervenido de artrodesis subastragalina derecha tras fractura traumática de calcáneo. Se solicita una resonancia magnética (RM) del pie derecho por persistencia de dolor en el tobillo realizándose la prueba de imagen según protocolo habitual.

En la RM realizada se identifican cambios postquirúrgicos con dos tornillos de artrodesis en el calcáneo que generan un marcado y singular artefacto metálico de susceptibilidad magnética, sin signos de complicación. Este artefacto se produce por objetos dentro del campo de visión con susceptibilidad magnética diferente respecto al tejido adyacente, provocando una disminución de la señal por la pérdida de la homogeneidad del campo magnético local. Los artefactos metálicos dependen del tipo de metal, tamaño, forma y orientación en el campo magnético pudiendo producir pérdida de señal, imágenes brillantes, distorsiones del tejido, lo que puede limitar en algunos casos la valoración radiológica.



Un paciente de 62 años, con insuficiencia arterial izquierda, se somete a bypass femorofemoral. En el postoperatorio inmediato, experimenta síndrome compartimental en la pierna izquierda, tratado mediante fasciotomía de compartimento anterior 48 horas después.

Contractura isquémica del miembro inferior: un enemigo que imposibilita la curación de las heridas

DR. FERNANDO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

La herida asociada evoluciona desfavorablemente, desarrollando un sinus productivo. Se intenta cierre definitivo de herida mediante colgajo Keystone, pero recidiva con dehiscencia en la misma zona.

El TC revela hipodensidad por atrofía grasa y fibrosis tras insulto isquémico en todos los compartimentos musculares de pierna izquierda. La RMN T2 muestra hiperintensidad por atrofía grasa del músculo y áreas reticulares hipointensas correspondientes a fibrosis crónica tras contractura isquémica.

Con estos datos, se decide realizar desbridamiento de todos los músculos del compartimento anterior con cierre directo de la herida, que cicatriza en 4 semanas.

El paciente recupera la bipedestación y la deambulaci3n, recibiendo alta sin incidencias.



Fractura T6-7 desplazada

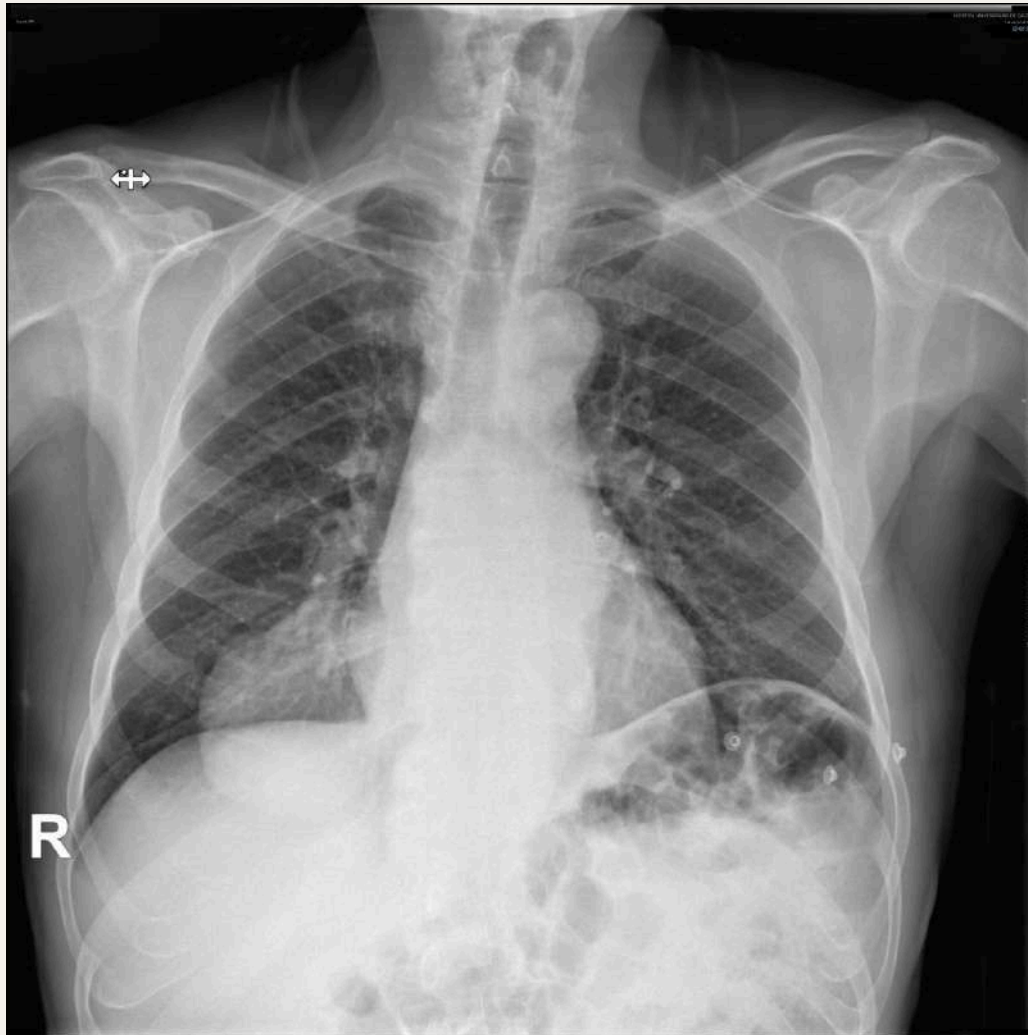
DR. PABLO MANUEL CURTO ALONSO

Paciente mujer de 75 años, sufre un atropello de alto impacto. Se traslada al servicio de urgencias por la UME debidamente inmovilizada.

En la exploración física presenta glasgow 15 y TA 89/67 mmhg .

Dolor a la palpación columna dorsolumbar .Moviliza miembros inferiores , no afectación sensitiva y control de esfínteres conservado.

Se realiza TAC de columna objetivándose fractura T6 -7 desplazada con disminución del 50% del canal medular. Se traslado a neurocirugía de hospital de referencia donde se realiza artrodesis T4-5-6 y laminectomia T6-7.



Expediente X

DRA. CRISTINA IGLESIAS ESCUDERO

Varón 66 años, derivado al SUH por disnea, dolor torácico, cuadro constitucional con pérdida peso (10 kg) y síntomas dispépticos acusados. Tos no productiva de larga evolución. Náuseas matutinas. No anemia.

ANTECEDENTES: No RAMC, HTA, DLP, exfumador hasta el 2000 (IPA 60 paq/años), exbebedor hasta el 2014 (20 UBE), reflujo de 3 meses evolución (pendiente gastroscopia). IQ: Hernioplastia (hace 9 meses). TTo habitual: Enalapril, Simvastatina, Hierro, Levogastrol y Omeprazol.

CONSTANTES: TA 123/69, FC 93, Sat O² 98 %, T^a 36.4°C, Peso 65 Kg.

ANALITICA: destaca Fibrinógeno 7.9, LDH 504, GOT 66, GPT 23, Amilasa 50, PCR 90.

Rx.TORAX: Se observa masa pulmonar en LID de 8x9 cm que contacta con pleura. Dicha masa está presente en la Rx del preoperatorio Mayo 2023 (de un tamaño inferior 5x7 cm) y en otra de Octubre 2022 (de 2x3 cm). El hallazgo es compatible con probable neoformación pulmonar.



No es solo un traumatismo

DRA. YANILKA DEL ROSARIO MORENO

Paciente de 60 años que sufre traumatismo directo en antebrazo derecho. Presenta dolor en borde cubital e impotencia funcional. En la radiografía se observa fractura patológica de cúbito sobre lesión osteolítica con compromiso de corticales.

Se realiza TAC cerebral que informa múltiples lesiones nodulares intraparenquimatosas con acentuado realce sugerentes de secundarismo.

Se realiza estudio de extensión para diagnosticar primario, TAC body, PET CT, PAAF, que concluye con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón estadio IV y metástasis cerebrales, óseas, y mediastínicas.

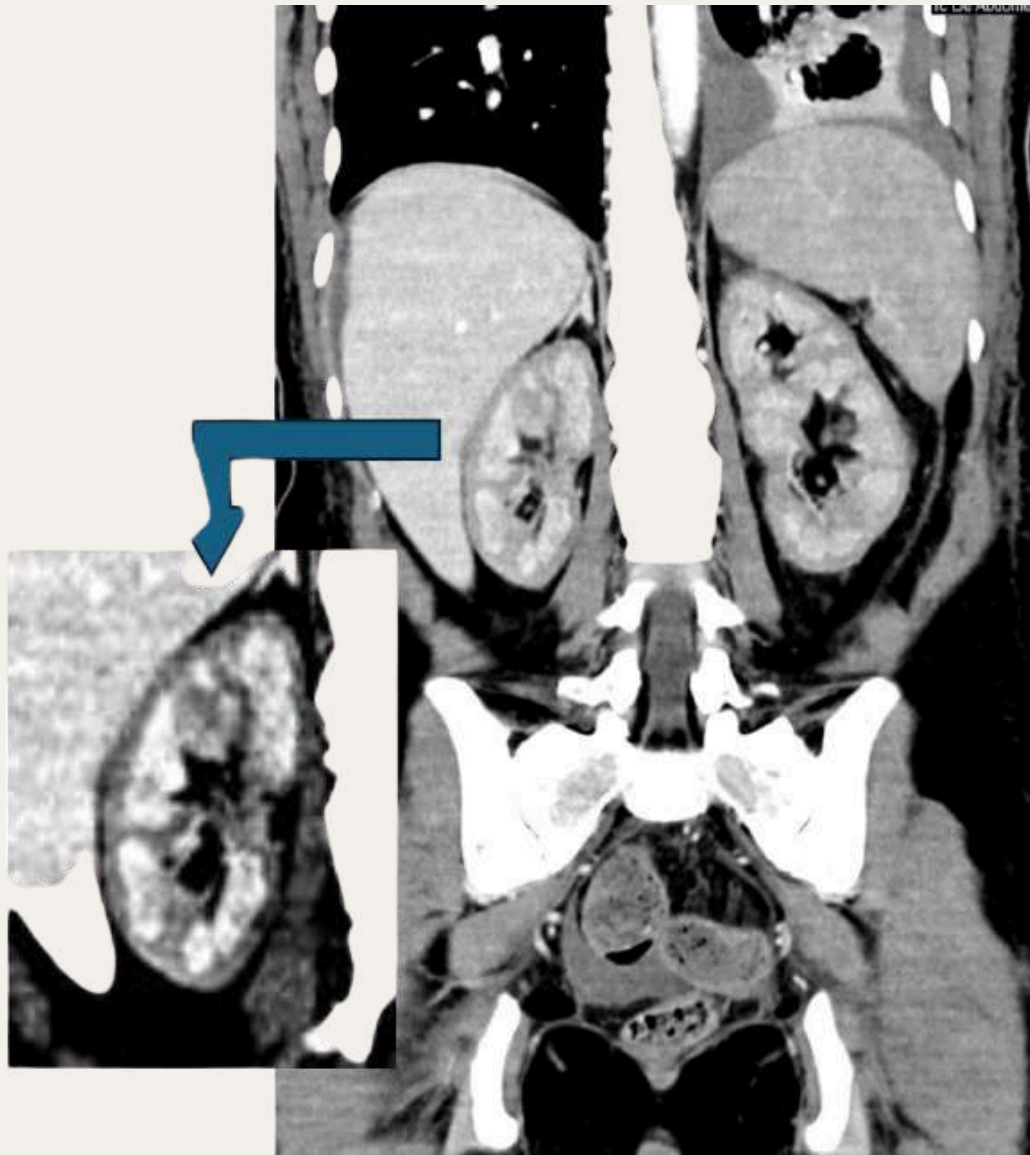


La radiografía de tórax mostró la hernia

DRA. MARÍA RUS MARTÍNEZ

Mujer de 63 años que consultó por dolor torácico sin cortejo vegetativo. Asociaba epigastralgia y tos nocturna. Se realizó: electrocardiograma, el cual fue normal; analítica, con enzimas cardíacas en rango; y radiografía de tórax, con una imagen redondeada y retrocardíaca compatible con hernia de hiato. Se solicitó un esofagograma con medio de contraste baritado que confirmó la hernia. Ante la sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), se solicitó una endoscopia digestiva alta que informó de esofagitis.

La hernia de hiato es la protrusión parcial o total del estómago hacia la cavidad torácica, siendo una anomalía bastante frecuente. Algunas hernias pueden ser un hallazgo radiográfico incidental en más del 40% de la población asintomática. El esofagograma es el método de elección para el diagnóstico de la misma, pudiendo complementarse con una endoscopia digestiva alta para valorar si existe daño de la mucosa esofágica y hacer el diagnóstico de ERGE.



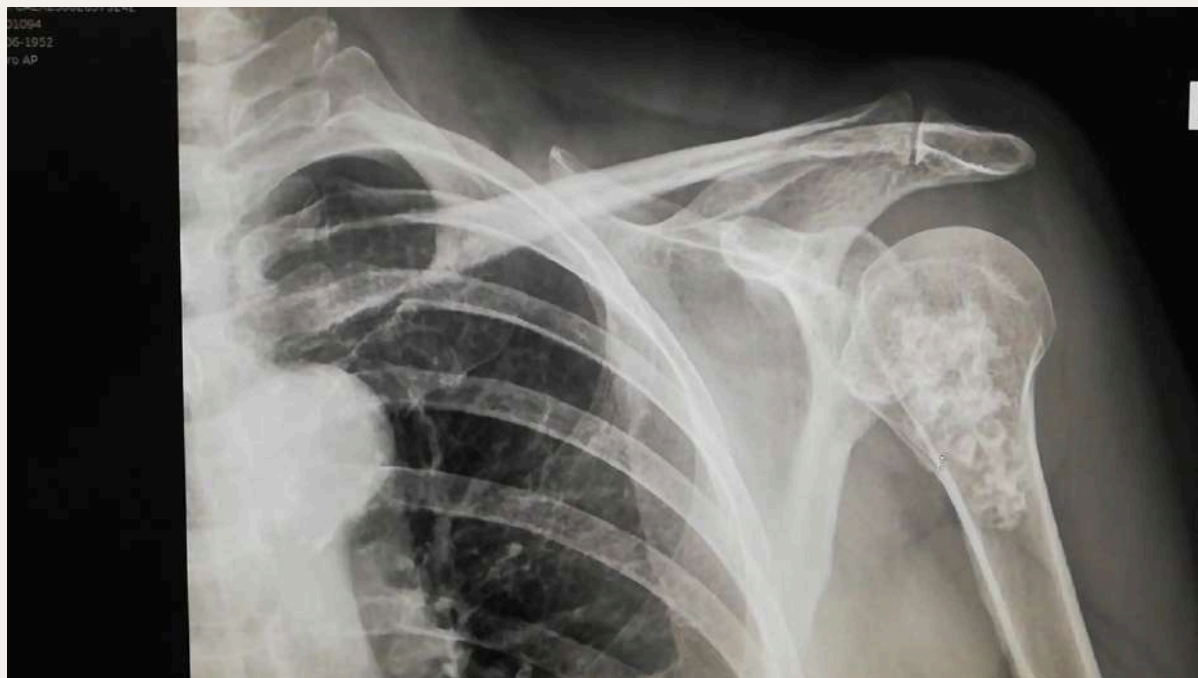
La cara B de la corteza renal

DRA. ÁNGELA VEGA DE MIGUEL DELGADO

Se solicita un TC abdominal ante la sospecha de patología vesicular en una paciente con antecedentes personales de LLA en tratamiento, aplasiada en el momento actual. Se encuentra ingresada a causa de una extensa neumonía del LSI y LII que se observa en los cortes superiores de la imagen. En el momento actual la paciente presenta de forma brusca hiperbilirrubinemia directa, oligoanuria y deterioro de la función renal (FG 33)

Los hallazgos por imagen descartan patología hepatobiliar, sin embargo, se identifica una anomalía en el patrón de realce del parénquima de ambos riñones, que muestran una cortical hiporrealzante respecto a la medular renal normal (signo de la llanta invertida). Dichos hallazgos junto con los signos exploratorios sugieren necrosis cortical aguda bilateral.

La necrosis cortical aguda es una entidad con elevada mortalidad, en la que se produce un daño isquémico de la corteza renal, con numerosas etiologías sistémicas causantes y múltiples factores desencadenantes, destacando en nuestra paciente un posible shock séptico, reacción transfusional, toxicidad a fármacos, etc.



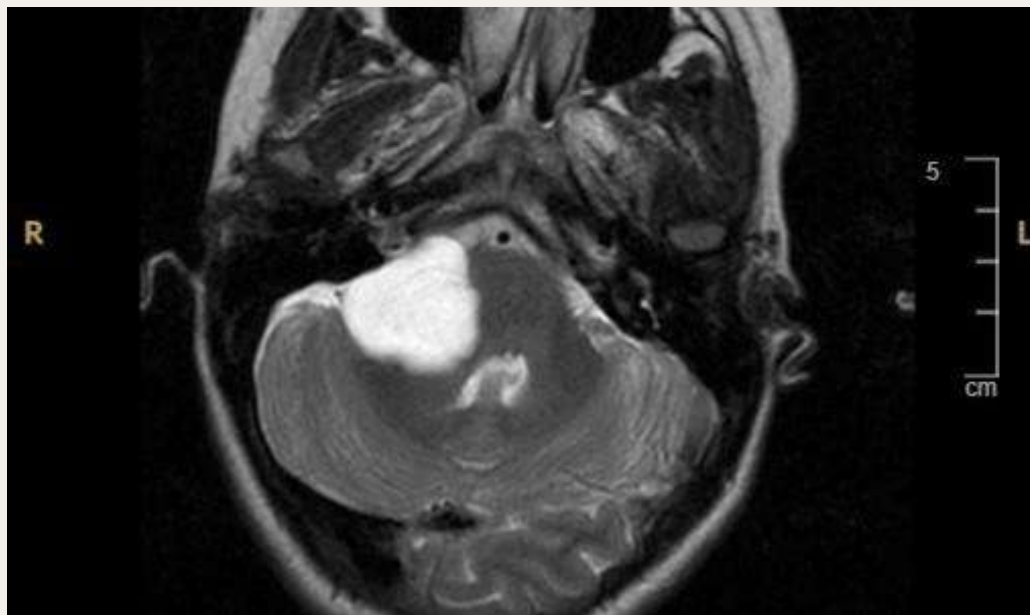
Encontrando lo que no buscamos

DRA. ROSA MARÍA DEL REY LOBO

Paciente con omalgia de larga duración. En radiografía aparece imagen en cabeza de húmero, compatible con encondroma en principio benigno de localización típica, muy probablemente no causante del dolor.

Revisando radiografías de tórax previas, de años anteriores, se aprecia imagen de menor tamaño.

Derivamos al Servicio de Traumatología para seguimiento por crecimiento aunque es infrecuente su malignización.



Adolescente con marcha anómala como hallazgo casual

DRA. NORA FLOR ECHEVARRÍA LÓPEZ

Adolescente de 12 años que acudió a revisión. Presentó cojera desde hace 7 meses. No cefalea. No vómitos. No alteraciones del comportamiento. No otra sintomatología.

En seguimiento por oftalmólogo por visión mínimamente borrosa.

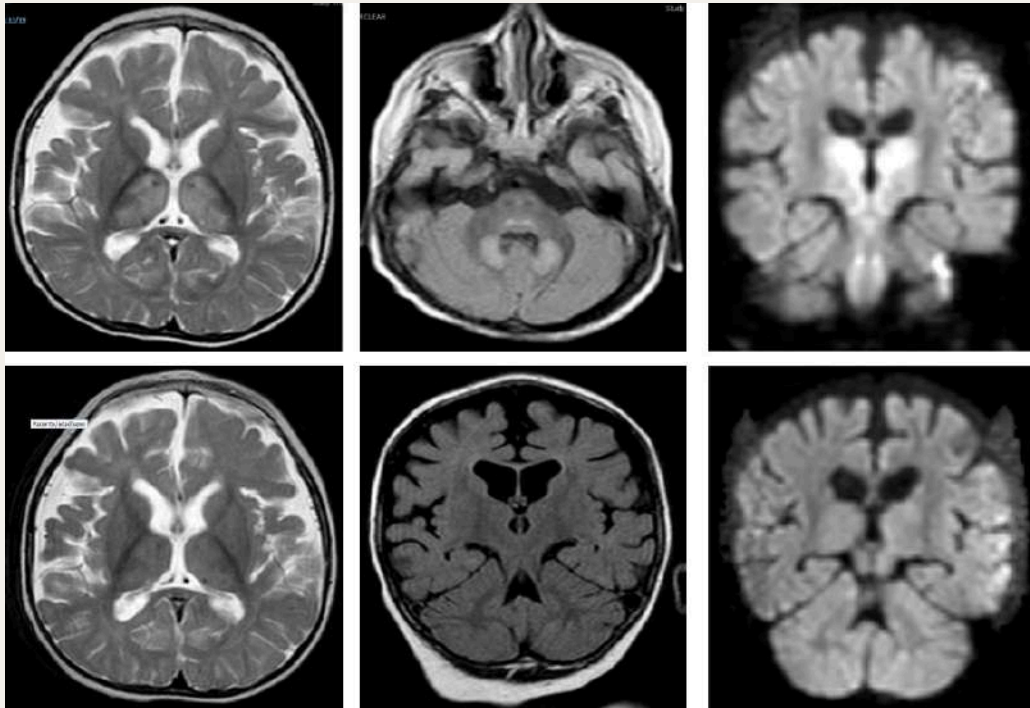
EXPLORACIÓN: BEG. Pupilas normales. Pares craneales normales. Nistagmus. Dismetría de extremidades inferiores +1 cm.

ROT exaltados bilateralmente, más la izquierda. Babinski positivo izquierdo. Marcha anormal con arrastre de pie izquierdo y dificultad en elevación de pie en patrón de marcha, dificultad para la marcha de puntillas y de talones.

Romberg negativo.
Glasgow 15 puntos.

RM CEREBRAL: tumoración extensa sólida quística de localización troncoencefálica con gran efecto de masa y desplazamiento troncoencefálico hasta la región mesencefálica e hipotálamo derecho. No ocasiona hidrocefalia. Diagnóstico: Tumoración troncoencefálica de gran tamaño con extensión hacia lado derecho de aspecto sólido quístico. En S.O.P se realizó biopsia de tumor.

RESULTADOS DE A.P: Glioma astrocitario.



Iatrogenia pura y dura

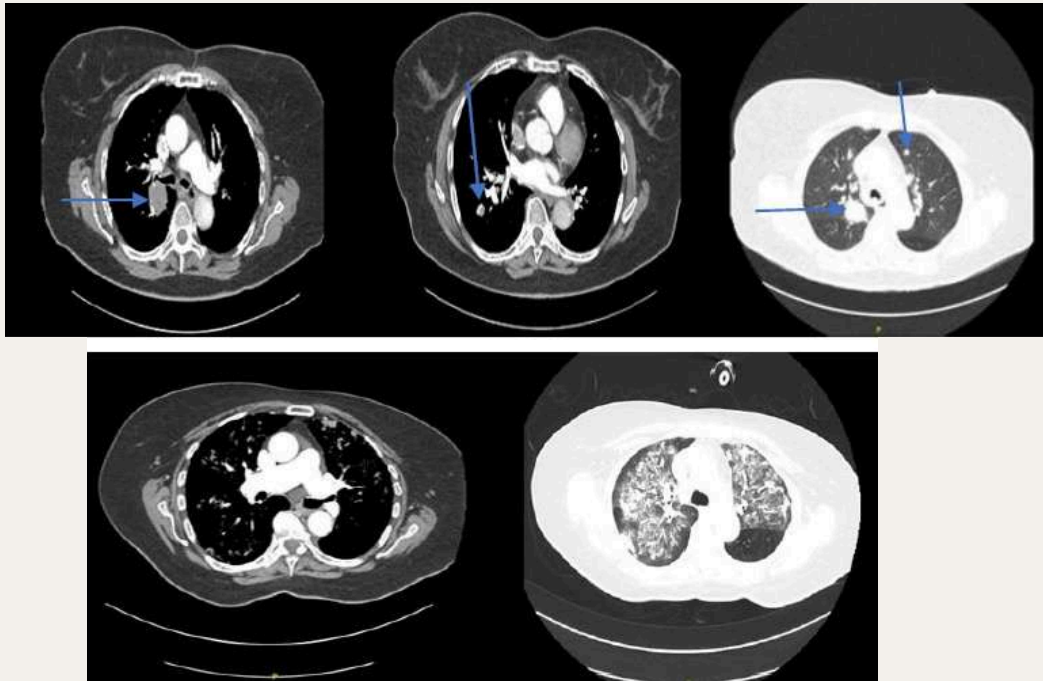
DR. MIGUEL BEGINES TIRADO

Lactante de 8 meses de edad en estudio por retraso psicomotor global, hipotonía central y sospecha de déficit sensorial. Se realiza RM cerebral (RMC), dentro de estudio etiológico, sin alteraciones significativas salvo atrofia cortical fronto-temporal.

Debut de espasmos epilépticos a los 20 meses, precisando tratamiento con vigabatrina.

Se realiza RMC de control a los 28 meses evidenciándose marcada hiperintensidad de señal en T2, T1 y FLAIR que afecta a ambos pálidos, tálamos, porción posterior del tronco encefálico, con una restricción de la difusión en tálamos y porción posterior del tronco encefálico (imágenes fila superior). Espectroscopia y estudio metabólico normales. Sospecha de alteración radiológica asintomática de origen iatrogénico, como causa más probable frente a metabolopatía.

Tras retirada de vigabatrina se realiza control de RMC, donde se observa la completa normalización de las imágenes hiperintensas en T1 y T2 y la desaparición de las alteraciones en secuencias de difusión (imágenes fila inferior).



Nada es lo que parece

DR. IDIR LARRUD BEN SI MOHAN

Mujer de 85 años que acude a urgencias por disnea súbita y dolor subcostal izquierdo. La exploración física es normal. Analítica con D-dimero de 4616 ng/mL. Se realiza TAC tórax que informa de masa pulmonar en LID y lesiones nodulares bilaterales. Estudio de extensión (BodyTAC y broncoscopia) negativo. Todas estas lesiones desaparecen en un nuevo TAC torácico realizado por empeoramiento clínico brusco, presentando esta vez TEP e infiltrados alveolares bilaterales que ya se habían visualizado previamente en la radiografía de tórax, comenzando pauta de corticoides iv.

La nueva analítica presenta fracaso renal agudo y destacan anticuerpos antiproteinasa 3 positivos (ANCA+), resultado que, junto a la evolución del cuadro, nos orienta a una Granulomatosis con Poliangeítis (enfermedad de Wegener).

Granulomatosis con poliangeítis: vasculitis granulomatosa capaz de simular nódulos pulmonares o de producir glomerulonefritis. Se trata con glucocorticoides asociados a inmunosupresores.



Aplastado por la vía

DR. FERNANDO MARTÍN OLMEDO

Varón de 66 años con ingreso reciente, que acude a Urgencias por debilidad progresiva y dificultad para la deambulación, con brusca pérdida de tono y fuerza de ambos miembros inferiores y superiores distal con sensibilidad conservada, que ha comenzado hoy. Asoció febrícula y retención de orina que resuelve tras sondaje vesical.

En la exploración hipotonía y abolición de la fuerza en MMII y antebrazos distales. Flebitis en MSD. Se solicita analítica en la que se descartan alteraciones metabólicas y ante la sospecha de compresión medular, se decide realizar estudio urgente con RMN, donde se aprecia colección fusiforme de localización extradural a nivel del espacio epidural posterior, hiperintenso en T2, con un diámetro de 82.5 mm desde C3 hasta T1-T2, provocando efecto compresivo de la médula cervical.

Tras intervención quirúrgica urgente se evidencia que la colección se trata de un absceso epidural, probablemente secundario a flebitis superficial de antebrazo.



Calcificaciones pélvicas ¿subvaloradas?

DR. PEDRO JOSÉ OJEDA HERRERA

Masculino 52 años, fumador; consulta por hematuria significativa, de 8 meses de evolución. Ecografía: Imagen hiperecogénica con sombra posterior intravesical 3 cm, Uretrocistoscopia: litiasis 2 cm intravesical, difícil de movilizar. TAC: lesión intravesical, bilobulada, parte adyacente a pared 2 cm y otra lesión 3.2 cm, con paredes calcificadas. Se realiza RTU vesical. Biopsia: carcinoma urotelial invasivo, pT1 alto grado. Se indica instilaciones intravesicales de BCG.

Las calcificaciones son hallazgos comunes en la imagen abdominopélvica. Son más frecuentes en procesos benignos, pero también existen neoplasias que se presentan con calcificaciones. Los aspectos que se deben evaluar de una calcificación son la localización, movilidad, cantidad, los contornos y densidad central.

En ocasiones, será necesario auxiliarse de otros métodos de imagen para caracterizar la calcificación (Tomografía Computada y/o cistoscopia). Existen dos formas de calcificaciones patológicas: cuando el depósito se presenta en tejidos no viables (calcificación distrófica) y cuando el depósito ocurre en tejidos vivos (calcificación metastásica).

La calcificación distrófica es la más frecuente y se forma por depósito de sales cálcicas en tejidos lesionados por licuefacción, infarto, necrosis o degeneración grasa.

El cáncer vesical es el cuarto tumor maligno más frecuente y el segundo tumor urológico. La calcificación tumoral vesical, es una forma rara de presentación.

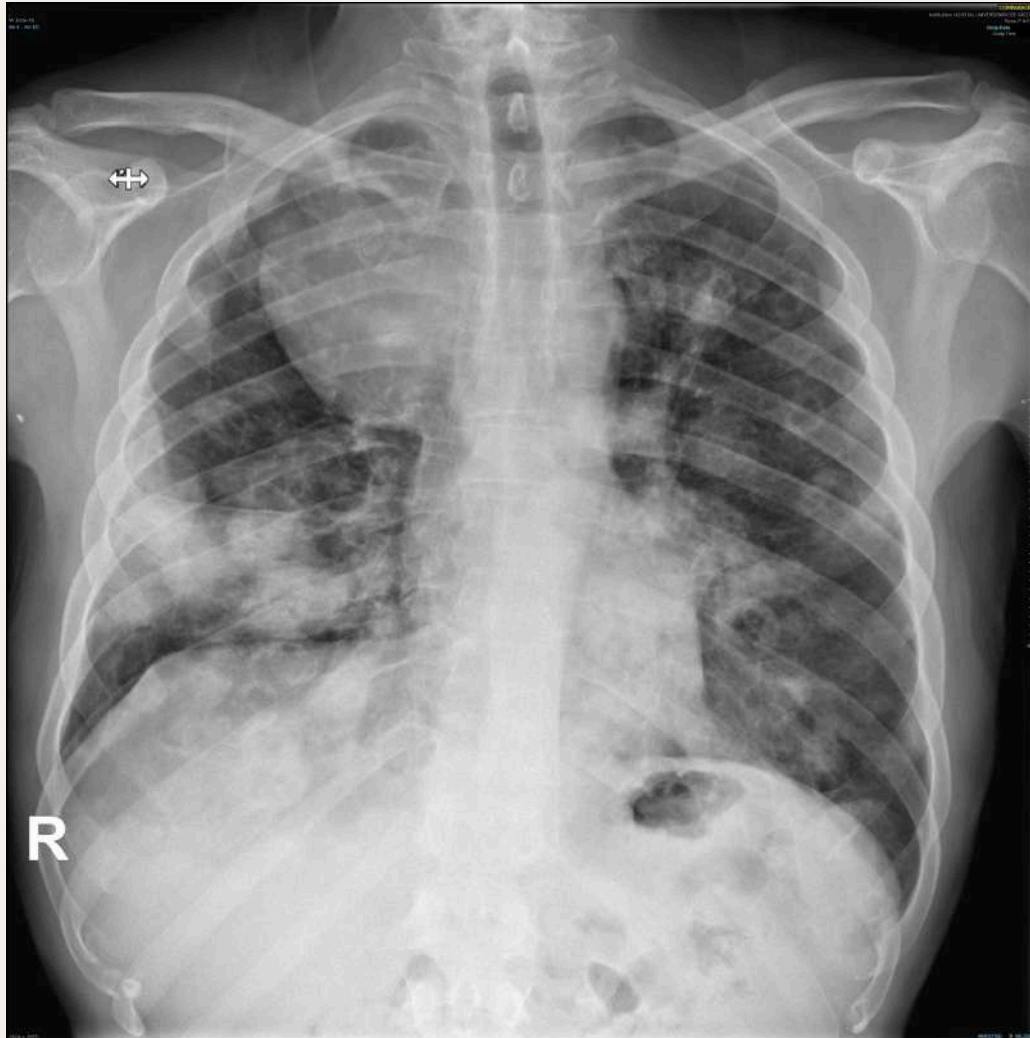


La elevación diafragmática, ¿Qué esconde debajo?

DRA. ELENA CARRASCO BRENES

Varón de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y exfumador. Ingresó por disnea, tos y expectoración junto con elevación de reactantes de fase aguda en la analítica. En la radiografía de tórax, se observó un infiltrado en lóbulo inferior izquierdo, diagnosticándose de neumonía. Sin embargo, la existencia de una elevación diafragmática derecha significativa en la radiografía y la elevación de enzimas hepáticas nos hizo sospechar que debajo de esa elevación, había algo más.

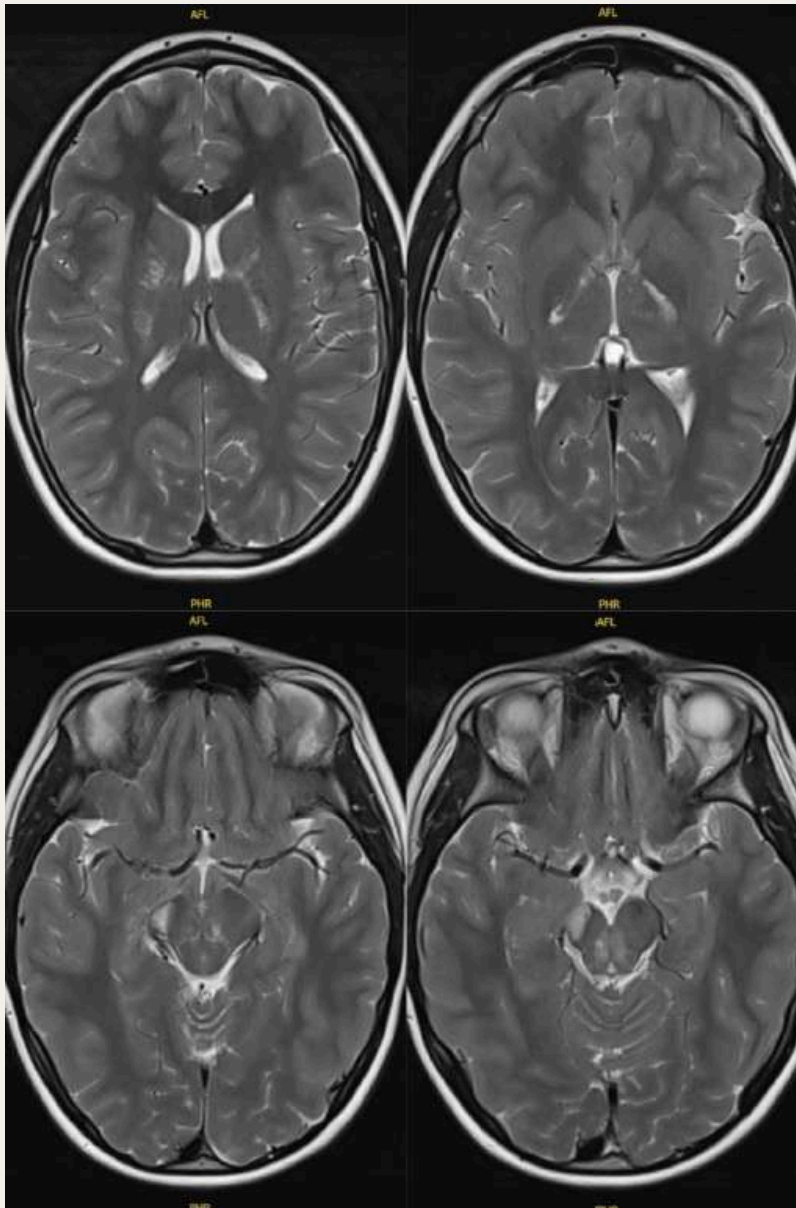
Solicitamos TC toraco-abdominal, donde se describieron adenopatías paratraqueales y subcarinales, elevación severa diafragmática derecha que condicionaba una atelectasia completa del lóbulo inferior y parcial del medio derecho, derrame pleural, desplazamiento mediastínico contralateral e incontables formaciones nodulares hipodensas en el hígado. Finalmente, la biopsia con aguja gruesa de las lesiones hepáticas y el estudio anatomopatológico, nos llevó al diagnóstico de carcinoma de pulmón avanzado con metástasis hepática.



Progresión oncológica de rápida evolución en forma de gran masa apical derecha e imagen en suelta de globos

DRA. GRISTEA CERRUDO JIMÉNEZ

Varón de 55 años que es diagnosticado de carcinoma papilar de células renales y que en el estudio de extensión muestra metástasis pulmonares en forma de nódulos subcentimétricos. Se somete a una nefrectomía radical, suprarrenalectomía y linfadenectomía al mes del diagnóstico para posteriormente iniciar terapia sistémica oral. Tras la intervención, el paciente comienza con disnea a grandes esfuerzos y, a los dos meses del diagnóstico presenta un episodio de hemoptisis franca, motivo por el que acude al servicio de urgencias. Se le realiza una radiografía de tórax postero-anterior (imagen) y lateral en las que se objetiva una gran masa a nivel de lóbulo superior derecho de diez centímetros de diámetro transversal, longitudinal y anteroposterior e imagen en suelta de globos compatibles con progresión oncológica de rápida evolución tras tan sólo dos meses del diagnóstico.



Señor Leigh, ¡ayúdeme!

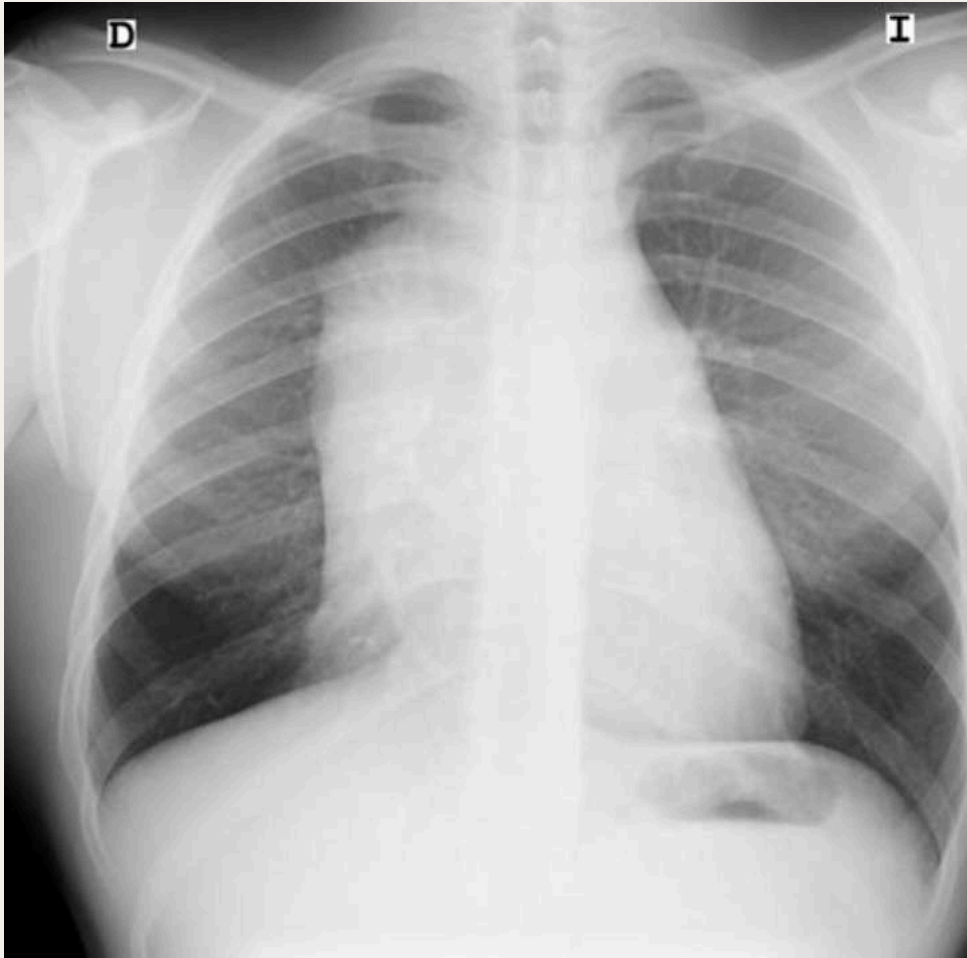
DR. SERGIO PAVÓN JIMÉNEZ

Niño de 6 años en estudio por antecedentes de retraso psicomotor global con evolución a discapacidad intelectual, regresión en el área del lenguaje global y neuropatía axonal periférica. Consanguinidad de segundo grado.

En RM cerebral se objetiva aumento de señal en T2 de forma bilateral en ganglios basales (caudado y putamen) y en otras áreas como ambas cápsulas internas, mesencéfalo y pedúnculos cerebelosos.

Estos hallazgos fueron la clave, junto con el cuadro clínico del paciente, para la sospecha de un síndrome de Leigh: encefalomielopatía necrotizante subaguda de curso neurodegenerativo, con un origen genético y cuadro clínico muy heterogéneo.

El origen de esta entidad clínico-radiológica suele ser una alteración del metabolismo mitocondrial, a nivel de la fosforilación oxidativa. Estos hallazgos orientaron su manejo clínico y a la solicitud de estudios genéticos, que revelaron un déficit del complejo III de la cadena respiratoria mitocondrial.



Lo que esconde el corazón

DRA. CELIA SANTOS LEBRATO

Paciente de 25 años sin antecedentes de interés que consulta por un bultoma occipital de un mes de evolución asociado a aumento de adenopatías. Se acompaña de sudoración nocturna con sensación distérmica. No dolor torácico ni abdominal. Discreta disnea a esfuerzos intensos.

En esta radiografía de tórax en proyección PA observamos una masa mediastínica de localización anterior que el TC toraco-abdominal caracteriza de 20 cm x 15 cm de diámetro longitudinal y trasverso respectivamente, desde la unión cervico-torácica hasta las bases pulmonares, hipodensa con zonas de densidad líquido-grasa que engloba parcialmente la salida de troncos supraaórticos y la pleura mediastínica y parietal. Finalmente se realizó una BAG ecoguiada cuya muestra anatomopatológica fue descrita como un linfoma linfoblástico de células T. Por tanto, podemos concluir en la importancia de la radiografía simple de tórax siendo clave en la mayoría de nuestros diagnósticos como en el presente.



Doctor me duele la barriga

DR. LEONARDO MARCIAL DÍAZ AGUILAR

Paciente de 61 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por cuadro clínico de dolor abdominal de inicio de 5-7 días, en mesogastrio y se ha irradiado hacia hipogastrio y fosa iliaca derecha. Refiere dolor continuo que empeora con el esfuerzo y con la tos. Niega fiebre. Niega náuseas. Niega vómitos. Niega otros síntomas.

Exploración física: Defensa generalizada a la palpación, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha. Blumberg positivo. Rovsing positivo, Mac Burney (+). Analítica leucocitosis de 13790 con neutrofilia y PCR 260.4. Procalcitonina de 2.26.

Se realiza ecografía clínica donde se evidencia estructura tubular no compresible fijo en dicha posición con edema y alteración de la grasa periapendicular de más de 6mm de diámetro compatible con apendicitis.

Tras intervención quirúrgica se confirma el diagnóstico: Apéndice cecal gangrenosa engrosada en 1/3 proximal. Base apendicular gangrenosa. Escaso líquido purulento. Peritonitis localizada.



Ecografía clínica y su utilidad en nuestra práctica asistencial

DRA. RAQUEL CASENAVE ORTIZ

Mujer de 22 años que consulta por dolor abdominal en flanco derecho que se irradia hacia fosa iliaca del mismo lado de comienzo brusco. Refiere náuseas sin vómitos. Niega fiebre. Niega síndrome miccional. FUR hace 15 días. Refiere anticoncepción de emergencia hace un mes.

Exploración física: Estable hemodinámicamente y afebril.

Abdomen: Dolor en flanco y fosa iliaca derecha. Blumberg, McBurney y otros signos de irritación peritoneal negativos. PPR derecha positiva. Resto anodino.

Analítica urgente: PCR 17 y en orina 22 leucocitos/campo con nitritos negativo. Resto normal.

Se realiza ecografía clínica donde se descarta hidronefrosis bilateral y líquido libre en abdomen. Se evidencia imagen quística de paredes gruesas de 4*4 cm de diámetro con contenido heterogéneo en su interior, dependiente de ovario derecho, flujo doppler conservado.

JC: Quiste complejo ovario derecho.

Tras valoración ginecológica se confirma quiste lúteo hemorrágico resaltando el papel de la ecografía para llegar a este diagnóstico.



Ilustración 1. Corte coronal abdominal, se aprecia masa en aurícula derecha, vena cava inferior, que produce un síndrome de Budd Chiari

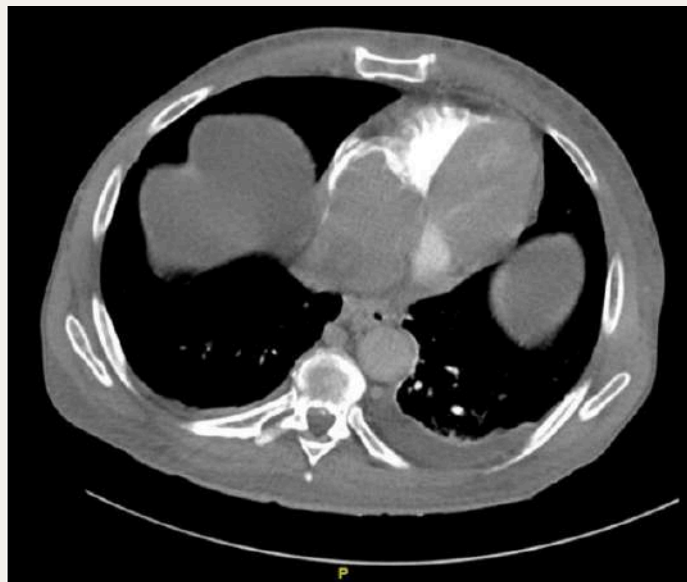


Ilustración 2. Corte axial torácico. Masa que ocupa aurícula derecha, y vena cava inferior.

Una aparición extraña

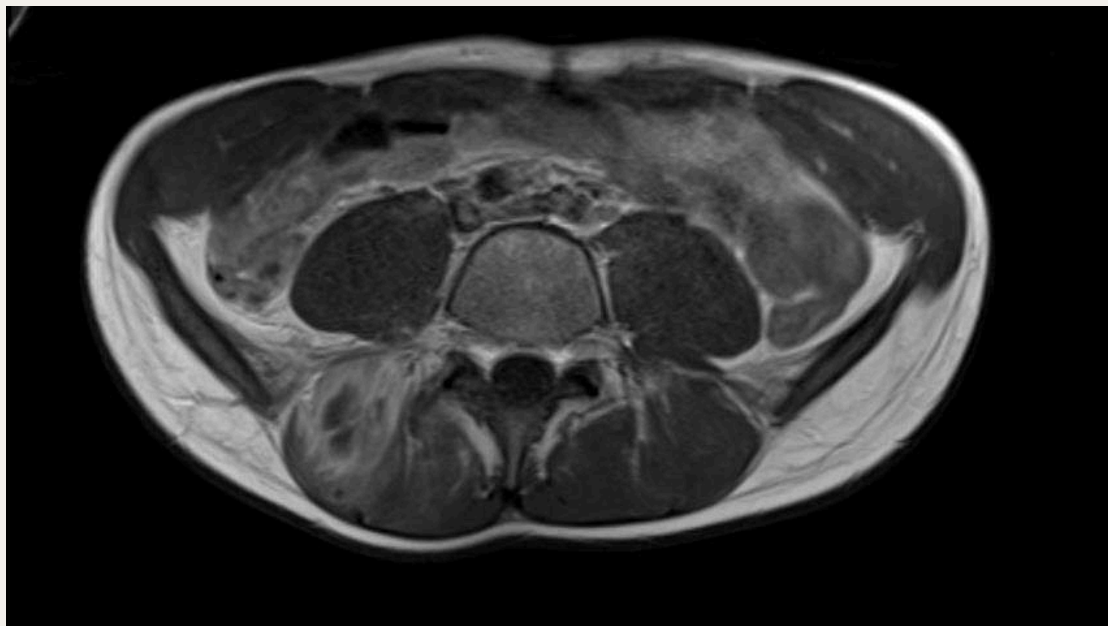
DR. ALBERTO MASA CABALLERO

Varón de 61 años que ingresa por cuadro de dolor abdominal, edemas en miembros inferiores, ascitis y astenia con mínimos esfuerzos de tres días de evolución. Analítica con elevación de transaminasas (GOT/GPT 5100/2200) y alteración de la coagulación.

Se realiza un TC tóraco-abdominal: apreciando una extensa masa intracavitaria en aurícula derecha que produce afectación de vena cava inferior y suprahepáticas, probablemente también portal izquierda intrahepática así como seno coronario y arteria pulmonar derecha e interlobar derecha.

El paciente fallece por una parada cardiorrespiratoria. Sin poder filiar la masa.

Los tumores cardíacos rara vez se asocian con el síndrome de Budd Chiari. Los tumores pueden causar Budd Chiari ya sea por invasión directa o por presión externa. Encontramos algunos informes de casos en la literatura donde los tumores auriculares han causado el síndrome de Budd Chiari. En estos casos, los tumores eran malignos y los pacientes morían poco después del diagnóstico.



Más que una simple caída

DR. PAOLA ESCALANTE OCAMPO

Adolescente de 13 años ingresado por lumbalgia de una semana de evolución, tras jugar un partido de fútbol, refiriendo caída y traumatismo en la zona. Asociaba irradiación en forma de parestesias hasta la rodilla derecha y fiebre máxima de 39°C. Limitación a la flexión del tronco y dolor a la palpación de la musculatura paravertebral lumbar. Analítica normal, PCR 160 mg/L.

Se realizó una RMN en la que se observó un área de hiperintensidad a nivel de la musculatura paravertebral derecha sacra y, en el centro, un área de menor intensidad que no realizaba con contraste (2 x 2 cm), siendo diagnosticado de piomioisitis paravertebral lumbosacra derecha con zona central abscesificada.

Recibió tratamiento intravenoso con Cefazolina 5 días con mejoría progresiva del dolor, sin requerir drenaje del absceso. Alta domiciliaria con Cefuroxima oral durante 3 semanas. Evolución favorable al mes, encontrándose asintomático.



Suelta en globos

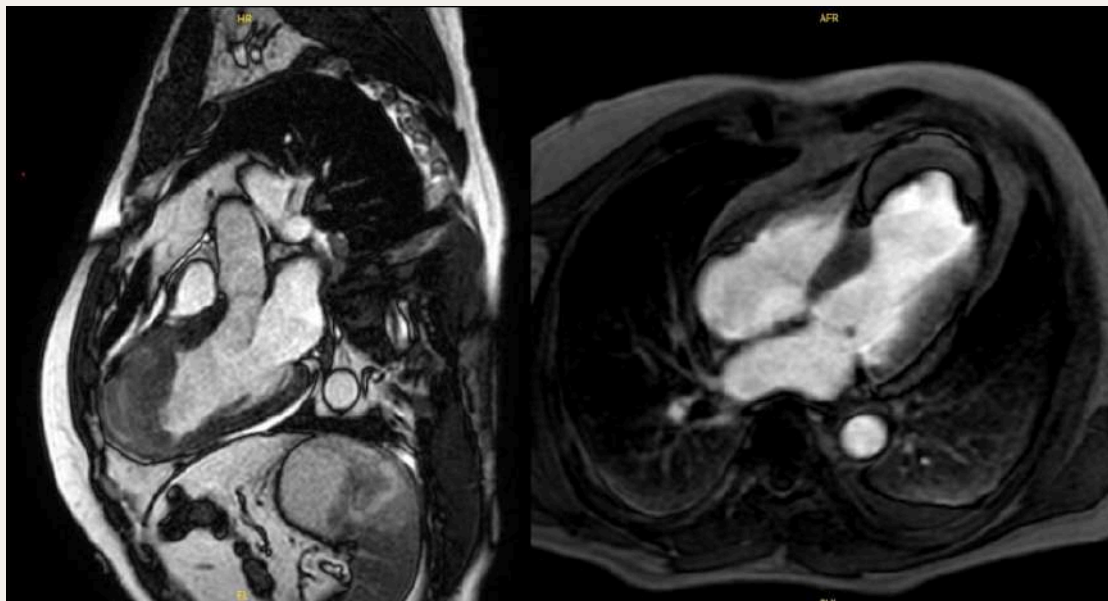
DRA. CELIA TIBURCIO PIÑERO

Mujer de 58 años de edad, que consultó en el Servicio de Urgencias por tos seca de más de dos meses de evolución, sin fiebre y sin síndrome constitucional. Previamente recibió cuatro ciclos de antibióticos sin mejoría.

Se realizó radiografía de tórax que mostraba infiltrados pulmonares bilaterales, sin poder descartar imagen de suelta en globos. Se decidió ingreso y se completó estudio con TAC toracoabdominal, cuyos hallazgos radiológicos sugirieron enfermedad inmunoalérgica-vasculitis (Wegener, Churg Strauss, etc), descartando imágenes metastásicas; TAC cerebral sin hallazgos patológicos y marcadores tumorales negativos.

Además se realizó analítica completa con inmunología: ANCA positivo y MPO positivo; serología negativa. Biopsia transbronquial negativa sin granulomas ni vasculitis.

La paciente completó ciclo de corticoterapia y comenzó con Metotrexate, objetivándose notable mejoría radiológica y sintomática tras tratamiento.



Corazón “partío”

DR. RAFAEL CANTISÁN CAMPILLOS

Varón de 53 años exfumador, sin otros AP a destacar. Ingresa a cargo de Neurología por cuadro de mano torpe derecha, activándose código ICTUS, descartando la afectación de gran vaso. El paciente comienza con dolor precordial opresivo a las pocas horas, en ECG se objetiva ascenso del ST en V2-V5 con onda Q ya establecida. Se activa CODINEX realizándose cateterismo de manera primaria con hallazgo de sub-oclusión trombótica con placa de ateroma rota en DA media-distal, implante de 2 stents FA con buen resultado.

El paciente pasa a cargo de Cardiología realizándose durante su hospitalización ECO TT con imagen sugerente de trombo apical, se completa estudio con RNM cardíaca para confirmar diagnóstico. En RNM se objetiva imagen compatible con disección de la pared lateral del miocardio y hematoma intramiocárdico, que se extiende disecando los segmentos apicales hasta el septo interventricular apical, con un diámetro máximo de 26.2mm a nivel septoapical.

¿Una demencia reversible?

DRA. JULIA ÁLVAREZ
FERNÁNDEZ



Esta imagen se asemeja a la hidrocefalia crónica del adulto, una demencia tratable y reversible. Sin embargo, se trata de un varón de 5 años, que desde los 2 años presenta torpeza motora global, alteración de la marcha y dificultades del aprendizaje. En exploración física se objetiva: macrocefalia, prominencia frontal, alteración de la marcha, temblor fino distal y piramidalismo.

Se solicita RM cerebral objetivándose severa hidrocefalia tetraventricular comunicante, permeabilidad de forámenes Luschka-Magendie, índice de Evans: 0,52. No existe edema en sustancia periventricular, estadio crónico.

Arqueamiento superior y adelgazamiento de cuerpo calloso. Arqueamiento inferior del suelo del 3º ventrículo.

La hidrocefalia consiste en el acúmulo excesivo de LCR provocando dilatación ventricular. Constituye la patología neuroquirúrgica más frecuente en pediatría, siendo la derivación de LCR su principal tratamiento. En nuestro caso, se colocó VDVP, mejorando la clínica, pero sin cambios significativos radiológicos, sugiriendo hidrocefalia ex vacuo o ventriculomegalia oculta de larga duración.



Lo que la tuberculosis se llevó

DRA. CRISTINA ÁNGELA SOLÍS LOMA

Paciente de 55 años, fumador importante, que ingresa por fiebre y tos con radiografía de tórax muy patológica. Se aísla en lavado broncoalveolar *Mycobacterium tuberculosis* y *Aspergillus niger*. Se indica tratamiento antifúngico y antituberculoso, a pesar de lo cual (y en contexto de mal cumplimiento y problemática social) un año más tarde el paciente presenta importante destrucción parenquimatosa. Se realiza TC de tórax de control en que se observa que gran parte de los lóbulos superiores aparece destruida y sustituida por cavidades aéreas con septaciones incompletas que las atraviesan como restos desestructurados de parénquima.



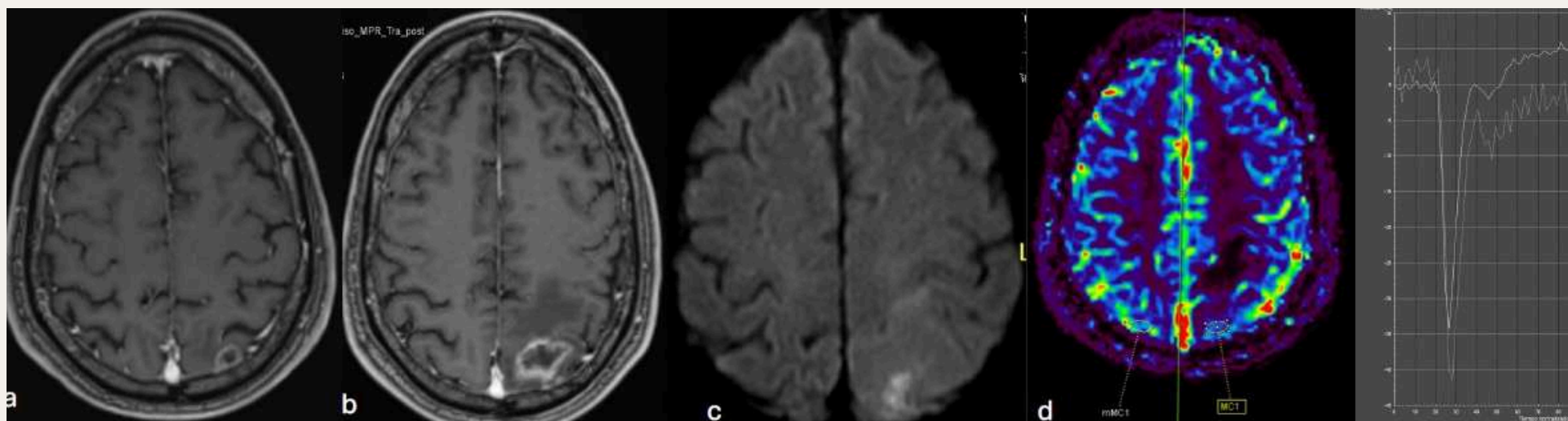
La importancia del accesorio

DRA. YESSICA CAMPOS CAMPOS

Neonato de sexo femenino a las 60 horas de vida presenta taquipnea, con antecedente parto a las 38+3/7 semanas, instrumental (Kiwi) por SPBF. Apgar 8/10. Parálisis de Erb-Duchenne derecha en probable relación con parto.

En radiografía tórax elevación de diafragma derecho hasta 6° arco costal, compatible con parálisis diafragmática derecha, confirmación con ecografía en modo M. Necesitó VMNI en modalidad CPAP y fisioterapia. Dada de alta con buena dinámica respiratoria continua con rehabilitación.

La incidencia de parálisis braquial de causa obstétrica varía, entre 1.5 y 2 casos 1000 recién nacidos vivos. La Parálisis de Erb-Duchenne lesión nervios periféricos cervicales C5 y C6, ocasionalmente C7. Se produce por tracción de las ramas superiores del plexo braquial. A veces, afecta al nervio frénico por daño de su raíz accesoria en C5 con parálisis hemidiafragmática, estando un 75% asociada al Erb-Duchenne es importante por el potencial compromiso respiratorio.



Más allá de la progresión

DR. JULIÁN ARTEMIO CUZA CHARQUILLE

Varón 58 años con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón y metástasis cerebral única parietal izquierda, tratada mediante radiocirugía estereotáxica. En RM de control se visualiza crecimiento de la metástasis cerebral acompañada de área de edema vasogénico, obsérvese antes(a) y 1 año después de la radiocirugía(b), manteniéndose asintomático.

Con el uso de técnicas avanzadas de RM, como la secuencia de Difusión y la Perfusión, se identificó restricción de la zona necrótica central de la lesión(c), sin aumento significativo del volumen sanguíneo cerebral relativo(d), hallazgos que según la evidencia científica apoyan el diagnóstico de radionecrosis con elevados valores de sensibilidad y especificidad.

El crecimiento tras la RT constituye un desafío en cuanto se debe diferenciar entre progresión o cambios postratamiento. La radionecrosis es una complicación de la radioterapia debida al daño vascular y glial, con necrosis coagulativa y proliferación fibroblástica rodeada de células inflamatorias. Su correcta detección es crucial para evitar una cirugía o reirradiación innecesarias.



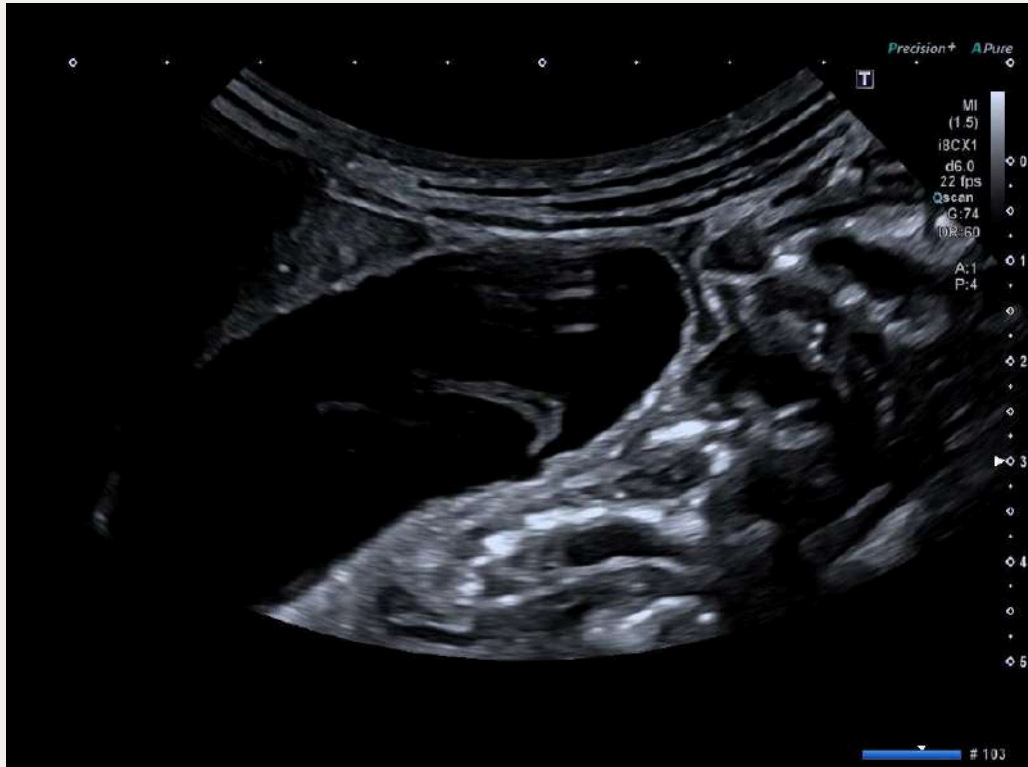
Lo importante es el camino

DRA. ROCÍO SOLEDAD GONZÁLEZ GARAY

Varón, 60 años en estudio pre trasplante renal se realiza ecocardiograma transtorácico objetivándose signo de RAC: imagen infrecuente y muy específica que determina un posible origen anómalo de una arteria coronaria (con recorrido retro aórtico). La angiotomografía coronaria con reconstrucción del árbol coronario confirma salida anómala de la arteria circunfleja del seno coronario derecho con ostium independiente.

La arteria discurre por debajo de la raíz aórtica entre el seno no coronario y la aurícula derecha para continuar entre el infundíbulo de salida del ventrículo izquierdo y la aurícula izquierda, llegando a su territorio habitual.

Es importante en estos casos determinar si la AC presenta un recorrido interarterial (entre aorta y arteria pulmonar). Esto podría conllevar compresión de la arteria, particularmente durante el ejercicio, pudiendo generar isquemia miocárdica. En nuestro caso el paciente no presentaba trayecto interarterial, siendo el diagnóstico anomalía coronaria benigna sin repercusión hemodinámica.



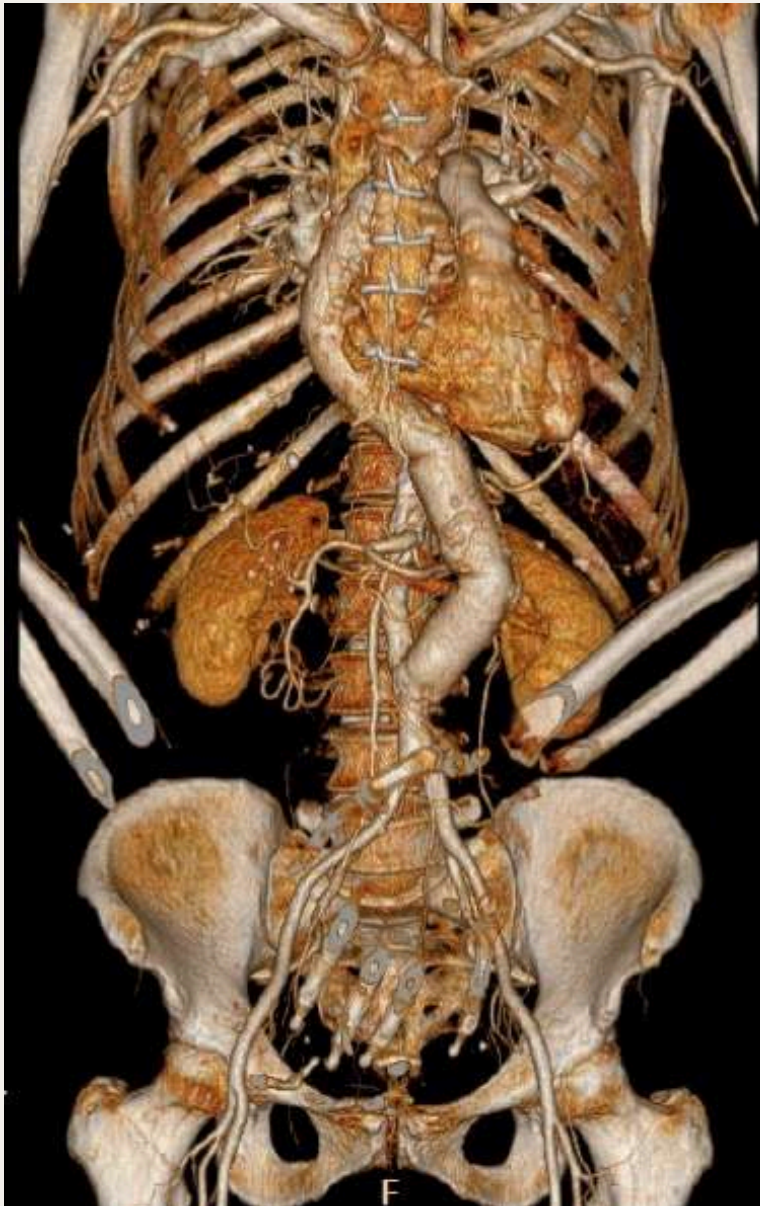
¿Hay vida dentro de la vesícula biliar?

DR. ÁLVARO PASCUAL MACÍAS

Mujer de 40 años con VIH con regular control que presenta cuadro de diarrea crónica de larga data, asociando síndrome constitucional y alteración del perfil hepático. En TAC abdominal presenta dilatación de la vía biliar sin objetivarse patología obstructiva.

Se realiza ecografía clínica POCUS abdominal observándose hígado de tamaño y morfología normal, con estructura ecogénica homogénea y sin lesiones ocupantes de espacio. Venas porta y suprahepáticas permeables y de calibre normal. Vesícula aumentada de tamaño, con paredes engrosadas y rugosas en su cara interna con presencia de barro biliar en su interior. Destaca la presencia de una estructura tubular curvada de 3 mm de calibre y unos 3 cm de longitud, móvil. Las vías biliares intrahepáticas se encuentran ligeramente dilatadas y el colédoco de 8 mm, sin aparente contenido.

Ante el hallazgo ecográfico, se plantea como hipótesis diagnóstica un parásito en luz de vesícula biliar, probablemente un Ascaris.



Arteritis de Takayasu inactiva

DRA. MARINA MOHEDANO RODRÍGUEZ

Presentamos el caso de una mujer de 76 años de edad con antecedente personal de hipertensión, con arteritis de Takayasu tipo III en fase inactiva con afectación de aorta torácica descendente intervenida quirúrgicamente en 1980 e inicio de tratamiento glucocorticoide e inmunosupresores.

Se realiza seguimiento con tomografía computarizada abdominal en la que se puede visualizar prótesis tubular Dacron 20 mm desde aorta ascendente hasta bifurcación aortoiliaca.

La arteritis de Takayasu es una vasculitis de gran vaso, cuyo diagnóstico se basa en hallazgos clínicos (síntomas constitucionales, carotidinia, hipertensión, pulsos disminuidos o ausentes y/o soplos arteriales en paciente de menos de 40 años) y en una prueba de imagen que muestre el estrechamiento vascular de la aorta y/o sus ramas principales. El pilar del tratamiento son glucocorticoides junto con la asociación de un fármaco ahorrador de esteroides dado que muchos casos muestran una arteritis recurrente con curso fluctuante.



Árbol flotante

DRA. MARINA SANZ FLORES

Varón de 16 años sin antecedentes de interés que consulta por tos seca de un mes de evolución. Tras hallazgos de infiltrados alvéolo intersticiales biapicales en radiografía de tórax se solicita TC torácico observándose bronquiectasias quísticas, centrales y periféricas en lóbulos superiores asociadas a múltiples imágenes de árbol en brote y nódulos centrolobulillares en relación con bronquiolectasias además de adenopatías hiliares bilaterales.

Completando el estudio, en cuanto a los hallazgos microbiológicos destaca la PCR de *Mycobacterium tuberculosis* positiva en el lavado broncoalveolar, esputo espontáneo y orina; siendo hemocultivos y serología negativos. La citología del lavado es negativa para células malignas y la tinción de auramina positiva en muestra de esputo espontáneo. Tras ello se procede a notificación del caso a medicina preventiva mediante informe DOE y a inicio de tratamiento antituberculoso. Analíticamente mínima elevación de reactantes de fase aguda y transaminasas normales tras inicio de tratamiento.



Anuria. No siempre es lo que parece

DRA. CRISTINA GARCÍA DE LA VEGA GARCÍA

Mujer de 39 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, tratada con quimioterapia, trasplante de progenitores hematopoyéticos y, finalmente, inclusión en un ensayo clínico por progresión y varias recaídas. Necesidad de hemodiálisis mediante catéter transitorio (CVC) femoral derecho por síndrome de lisis tumoral.

Ante la presencia de fiebre y cultivos negativos, se retira el CVC y realizan TAC de tórax con hallazgo de condensaciones neumónicas y derrame pleural izquierdo.

La paciente presenta cuadro de anuria brusca (diuresis previamente conservada). Se solicita TAC de abdomen para descartar causa obstructiva objetivándose morfología, densidad y patrón de captación de contraste por parte de los riñones sugerente de necrosis cortical aguda.

En control analítico, fracaso renal agudo estadio 3, hiperbilirrubinemia, LDH en ascenso, elevación de reactantes de fase aguda. Se solicita frotis de sangre periférica, con presencia de esquistocitos. Dada la inestabilidad hemodinámica, la paciente ingresa en UCI. Finalmente, falleció unos días más tarde.



El estudio realizado se identifica masa localizada a nivel parietooccipital que cruza línea media con invasión de región posterior de seno longitudinal superior, con calcificación y lesión quística de 2.5 cm en región anterior izquierda, con invasión ósea parietooccipital adyacente y con crecimiento extracraneal a región de calota craneal, que tras administración de CIV identifica captación heterogénea región intracraneal y extracraneal con drenaje venoso que comunica con seno recto, sugerente del masa de características axiales con afectación ósea crecimiento en calota craneal corresponder con meningioma con comportamiento atípico y agresivo, no puedo descartar otras etiologías del tipo del oligodendroglioma anaplásico debido a formación quística y calcificaciones sin descartar otras etiologías menos frecuentes de xantastrocitoma pleomórfico, hemangiopericitoma...

El que busca, encuentra

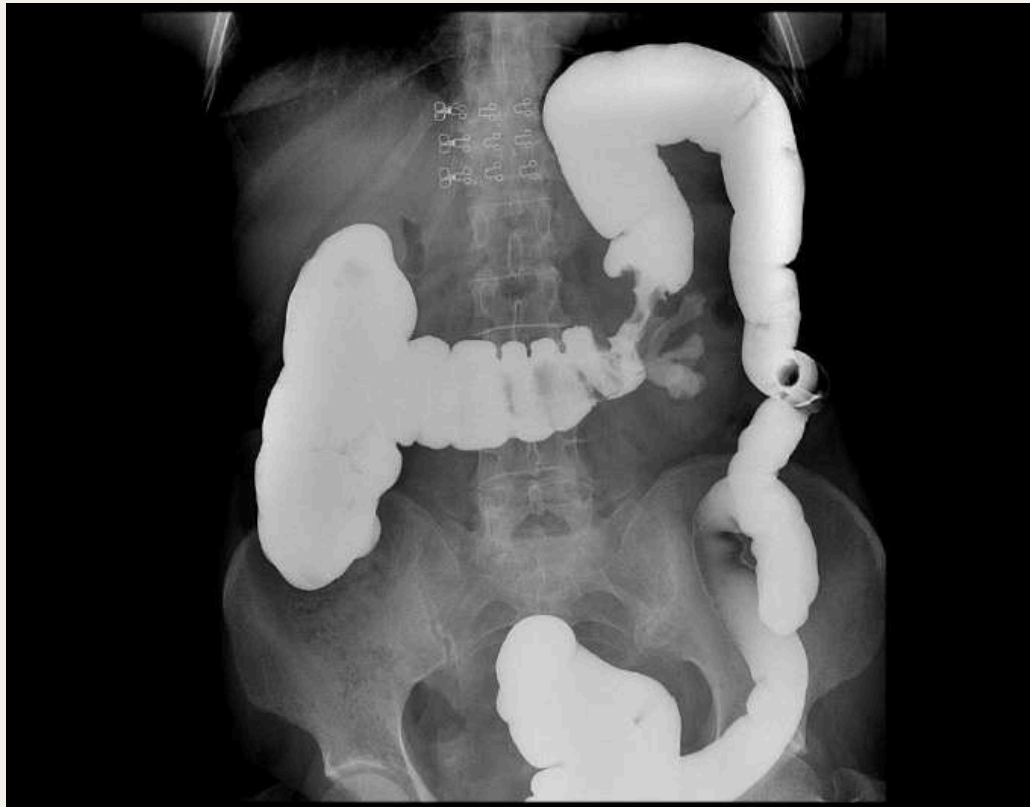
DRA. MARÍA PIERRE BAREA

Mujer de 38 años es valorada por mareo, que empeora al levantarse y con movimientos desde hace 10 días, llanto, apatía y anhedonia. Valorada previamente en el centro de salud, diagnosticada de depresión con pauta de ISRS. Ahora es derivada para valoración por Psiquiatría.

Se realiza exploración física y psicopatológica, en la que destaca llanto continuo durante la entrevista y manifiesta reiteradamente preocupación 'por si la tienen que operar'.

Se solicitan pruebas complementarias: analítica completa, sin hallazgos y TC craneal, con el siguiente resultado: Masa extraaxial parietooccipital que cruza línea media con invasión del seno longitudinal superior, calcificaciones, formación quística 2.5 cm con captación de contraste, erosión ósea, crecimiento extracraneal en calota craneal de 7 x 5 cm sugerente lesión del tipo del meningioma agresivo.

Resultado de Anatomía Patológica: Meningioma osteolítico. La paciente se encuentra pendiente de cirugía y radioterapia.



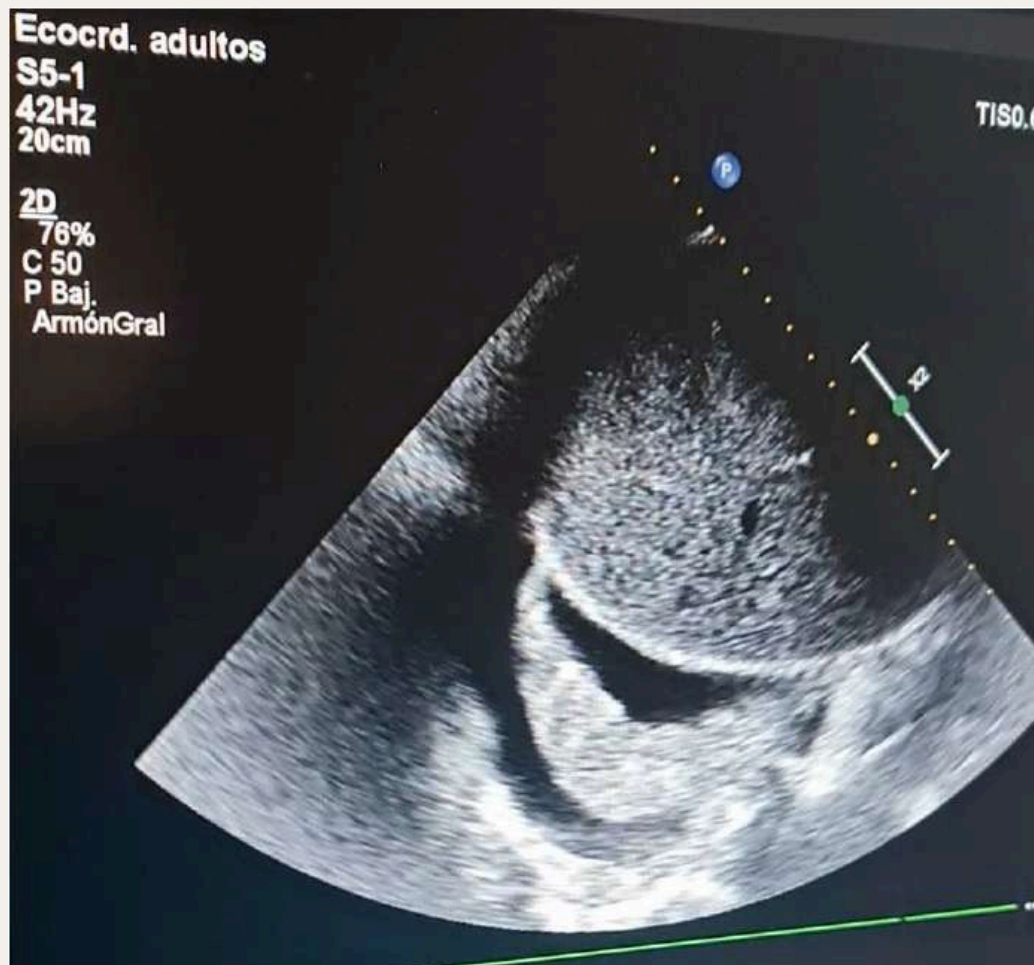
Manzana mordida

DR. ADRIÁN RIVERA SANTOS

Mujer de 73 años sin antecedentes ni personales ni familiares de interés con cuadro clínico de estreñimiento de años de evolución con empeoramiento del mismo en los últimos meses acompañado de astenia moderada sin claro síndrome constitucional asociado. Analíticamente tan solo destaca una discreta anemia con respecto a analítica previa de hace 6 meses con hemoglobina de 10 g/dl.

Se solicita enema opaco desde atención primaria donde se observa a nivel de colon transverso un segmento estenosante con el clásico signo de la manzana mordida, signo compatible con un tumor de colon.

Finalmente se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de colona 70 cm del margen anal mediante TAC y toma de biopsia.



Signo de la medusa. La Antilla

DR. VALENTÍN MORENO CARBONELL

Varón de 72 años en su tercer día postoperatorio de sustitución valvular aórtica. Presenta dificultad respiratoria de manera gradual con necesidad de gafas nasales de alto flujo para mantener saturaciones superiores 95%. Reactantes de fase aguda y resto de parámetros infecciosos negativos. Parámetros hemodinámicos normales.

Ecocardiograma con buena contractilidad sin alteración de la función valvular. En la ecografía pulmonar se observa en el punto PLAPS izquierdo la imagen presentada. Se aprecia el signo de la medusa (jellyfish sign) o de la lengua (tongue-like sign) correspondiente a una atelectasia completa del lóbulo pulmonar inferior izquierdo que flota sobre un derrame pleural masivo.

Cuando el derrame causa compromiso respiratorio está indicado la colocación de un tubo de tórax. El volumen del líquido puede ser estimado utilizando la fórmula de Balik que consiste en medir en inspiración la longitud máxima interpleural y multiplicarla x 20 obteniendo así los mililitros aproximados del derrame.



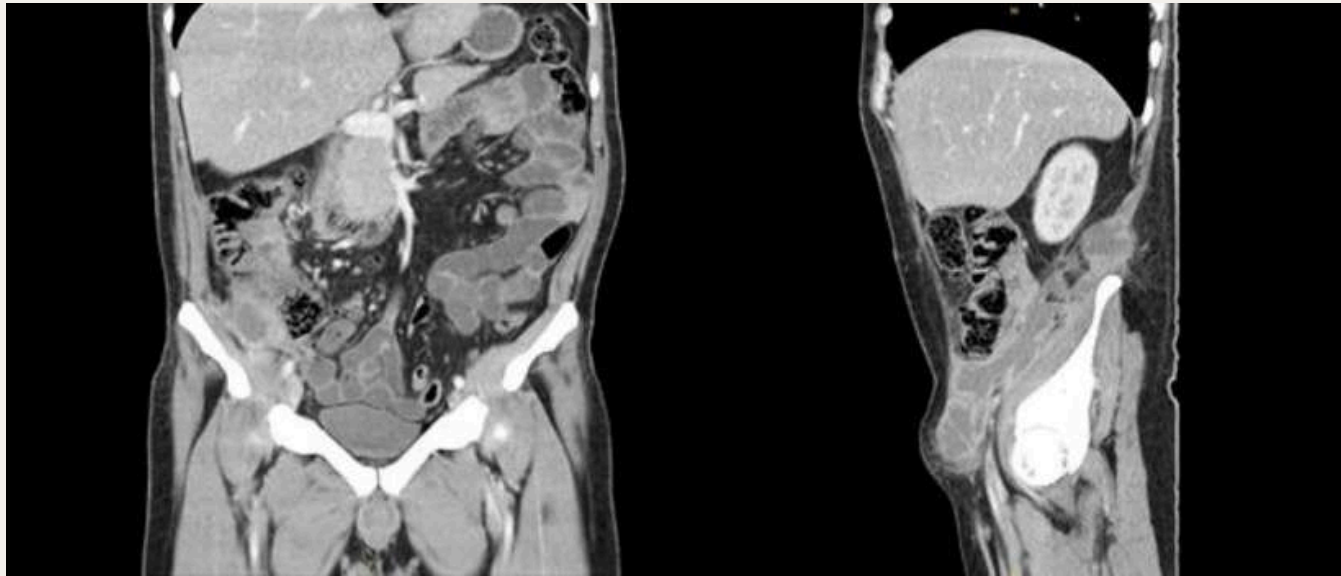
Masa abdominal

DRA. ARLENY CORREA AMOR

Mujer de 37 años sin antecedentes patológicos previos acude a urgencias por presentar masa abdominal de un mes de evolución sin síntomas constitucionales, náuseas v ó mitos ni hematuria. No alteraciones ginecológicas, ni estreñimiento. La evolución coincide con antecedente de caída de altura de 1,5 metros con traumatismo en región dorsolumbar derecha hace 41 días controlado con primer escalón de analgesia.

Exploración hemodinámicamente estable, tórax sin hallazgos, masa hemiabdomen derecho de 20x15x19, dolor a la palpación profunda, sin signos de irritación. Se solicitó TAC abdominal informando rotura renal derecha grado 4, urinoma enorme y ascitis de pequeña cantidad.

En el contexto de un trauma abdominal cerrado es crucial estar alerta ante los posibles síntomas de traumatismos renales. Aunque sólo un 4% presentan lesiones de importancia (grados III y mayores). Es fundamental una correcta estadificación para el manejo adecuado. En este caso, se procedió a la colocación de un catéter doble J.

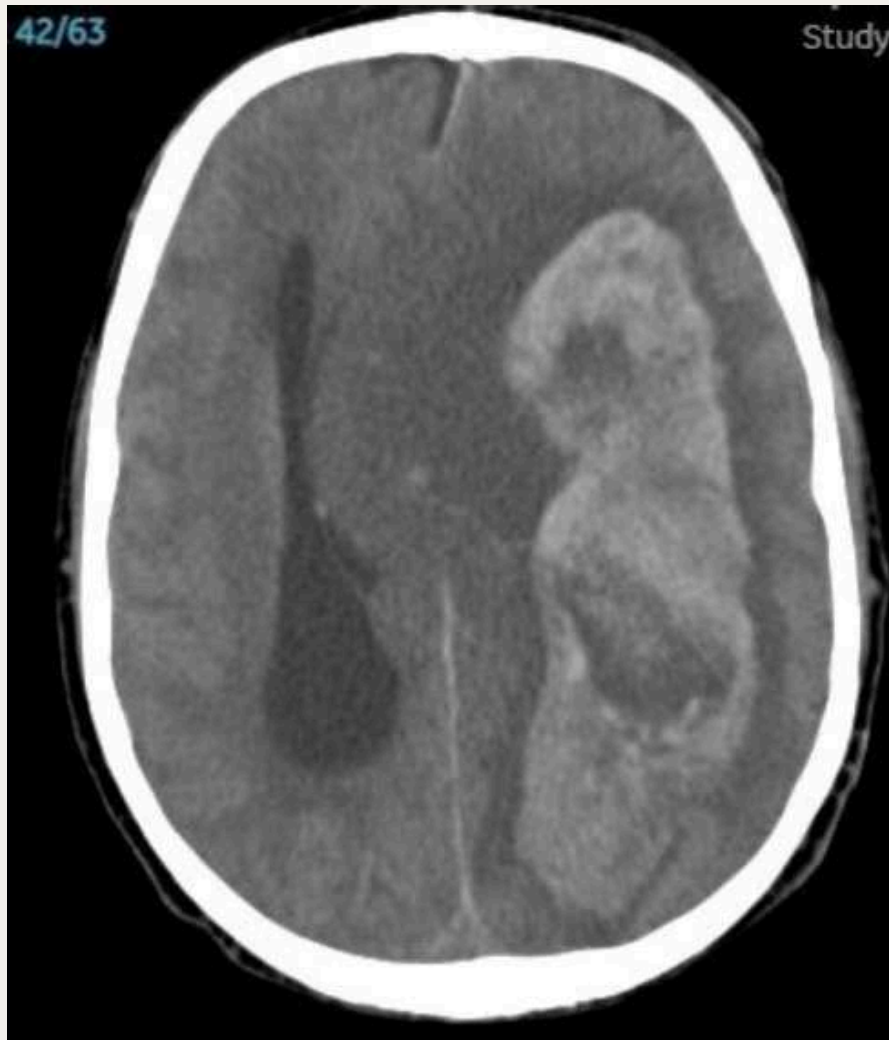


No es lo que
parece

DRA. ANA BELÉN LÓPEZ
FERNÁNDEZ

Paciente de 56 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II e intervenido de hernioplastia inguinal izquierda, que acude a urgencias por dolor inguinal derecho de 48 horas de evolución y fiebre. A la exploración, se aprecia tumoración dolorosa en zona inguinal derecha, sospechosa de hernia inguinal derecha complicada. Tras estudio en urgencias, con leucocitosis y PCR 239 en analítica, se realiza TC de abdomen que describe imagen de morfología irregular localizada en región retroperitoneal derecha, que infiltra

a músculo ilíaco y se extiende hacia región inguinal derecha con herniación en la misma, compatible con colección retroperitoneal con extensión a zona inguinal derecha. Ante dichos hallazgos, se realiza intervención quirúrgica urgente para drenaje de absceso retroperitoneal por vía inguinal derecha y colocación de drenaje axion en dicha zona para lavados que, junto con antibioterapia dirigida, se consigue una completa resolución del cuadro con comprobación por TC abdominal de control.



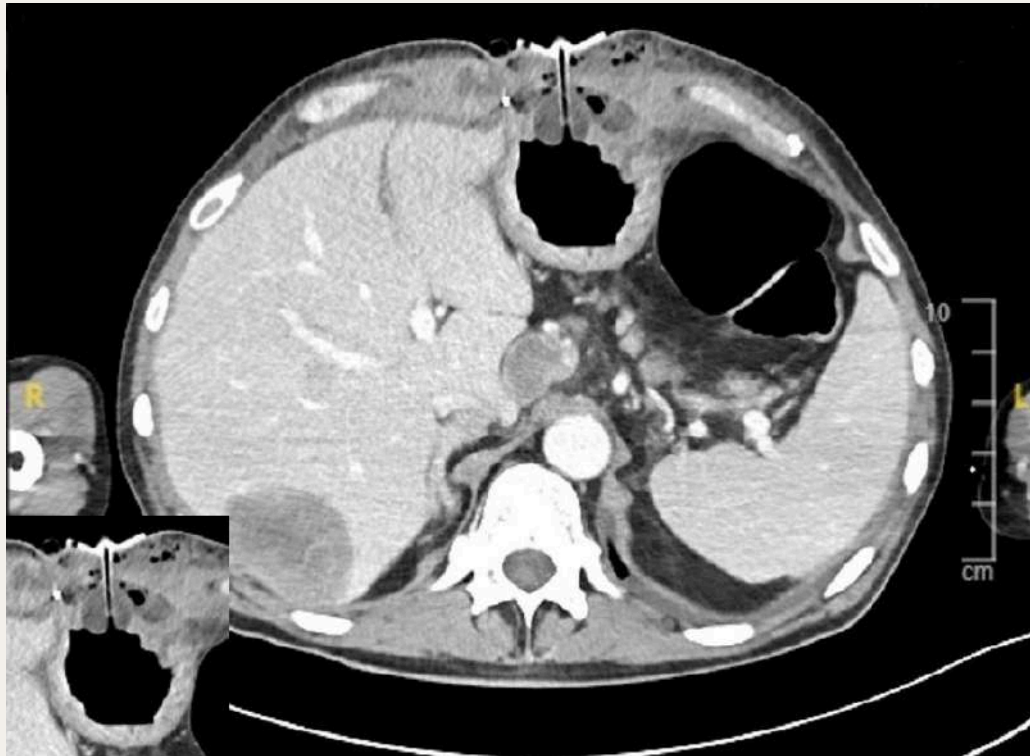
Remolino mortal: el siniestro espectro de la hemorragia cerebral

DR. GERARDO JOSÉ AYESTAS MORENO

Paciente varón de 79 años con antecedentes de HTA, valvulopatía mitral y fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom presenta síncope. Al llegar a urgencias, presenta midriasis arreactiva, bajo nivel de conciencia con Glasgow de 3 y signos de decorticación. Se observa en el TAC una colección intraaxial frontoparietotemporal izquierda con marcado edema perilesional, indicando hemorragia intraparenquimatosa con sangrado activo (signo del remolino) y aumento del ventrículo lateral derecho.

Pocas horas después el paciente sufre paro cardiorrespiratorio y fallece.

El "signo del remolino" se evidencia en la TAC como una zona arremolinada hipodensa rodeada de sangre hiperdensa en el espacio epidural. Es un marcador adverso que denota sangrado activo no coagulado en el hematoma, significando un mal pronóstico, generando un desenlace fatal en la mayoría de los casos.



Ups, creo que no está en su sitio

DR. PEDRO MANUEL ESPACIO SANTOS

Paciente varón de 65 años diagnosticado de Ca Esófago Estadio IV, ingresa a cargo de Oncología ante progresión de enfermedad e intolerancia oral, con colocación de sonda PEG a las 72h del ingreso. En las posteriores 24h, el paciente comienza con fiebre y expulsión de líquido perisonda. Ante fiebre persistente e intolerancia a través de sonda PEG, solicitamos control por imagen, objetivando en TC Abdomen "Síndrome Buried Bumper" junto con absceso perisonda.

Dicho síndrome se encuentra entre las complicaciones graves, aunque no muy frecuentes, de colocación de sonda PEG, donde el dispositivo de fijación interna migra a lo largo del tracto del estoma hacia fuera del estómago. Es importante ofrecer un diagnóstico y tratamiento temprano, pudiendo tratarse de forma conservadora, quirúrgica o endoscópica.



Cuando la pancreatitis se complica

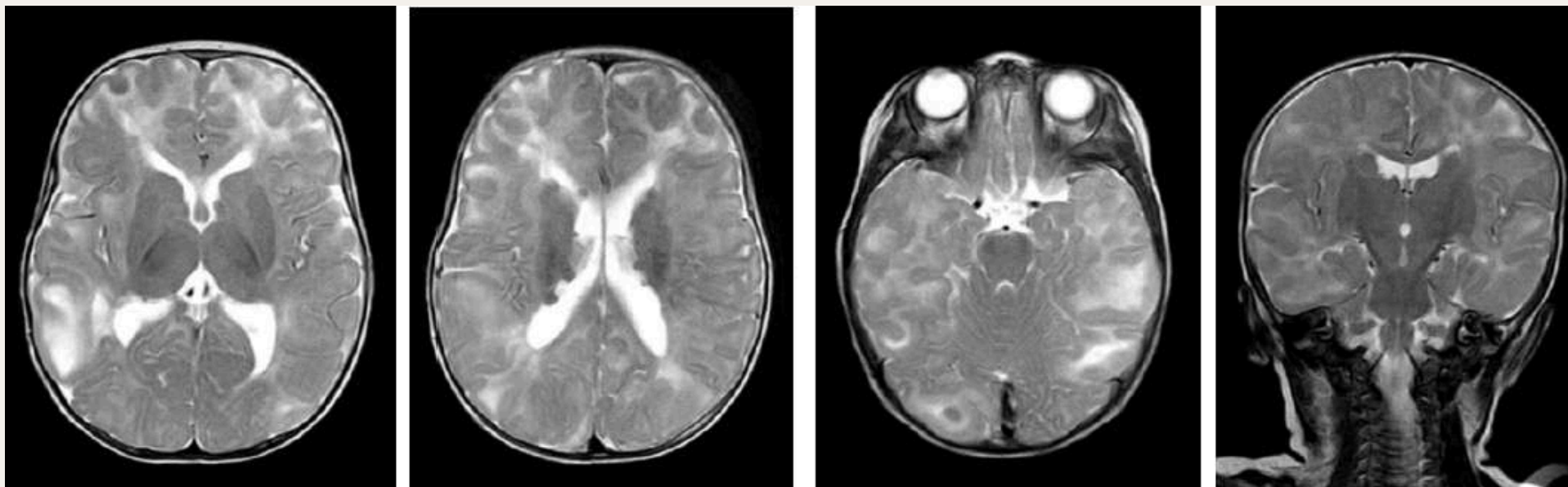
DRA. YADY ZAMARA VERA ROZO

Masculino de 71 años, consulta por dolor abdominal de 10 días de evolución, con mejoría temporal, seguida de reagudización tras ingesta copiosa, asociado a vómito. Niega fiebre, ni otras manifestaciones clínicas concomitantes.

Analítica con leucocitosis (16.420/L), elevación de transaminasas (GOT: 327 UI/L y GPT: 201 UI/L) y elevación de amilasa (1177 UI/L).

Se realiza TC abdominal con CIV por sospecha de pancreatitis complicada:

Objetivándose importante desestructuración de la cabeza, cuerpo y cola pancreática, asimismo, abundante gas y colecciones líquidas en la celda pancreática, con escasas áreas glandulares viables. Importante inflamación dada por estriación de la grasa y cuñas de líquido libre peripancreático. Los hallazgos descritos están en relación con pancreatitis aguda necrotizante infectada. Las pruebas de imagen en la pancreatitis aguda son fundamentales ante dudas diagnósticas, sospecha de complicaciones o en evolución clínica desfavorable.



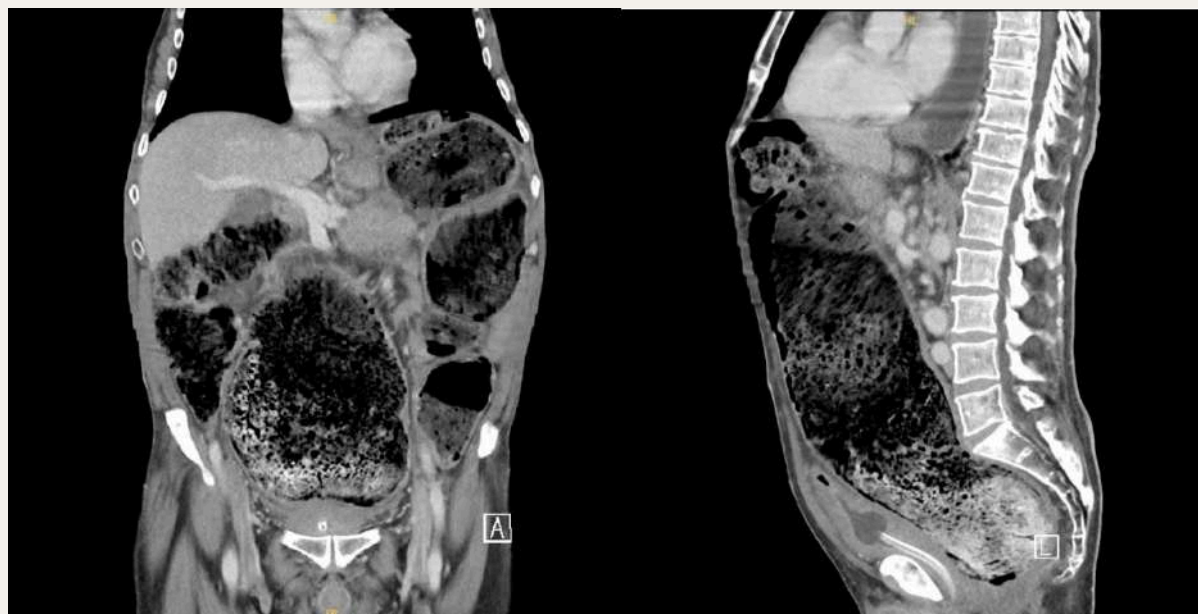
Cólicos cerebrales

DRA. NOELIA ALFONSO TENA

Niño de 4 meses derivado a Gastroenterología-Pediátrica por sospecha de cólicos del lactante. En la exploración se objetiva un retraso psicomotor global, mancha hipocrómica en abdomen y episodio de salvas de espasmos epilépticos en flexión (interpretados como cólicos previamente). Ante la sospecha de enfermedad neuro-cutánea como primera posibilidad, se solicita electroencefalograma donde se objetiva un trazado de hipsarritmia y RM cerebral que nos permite el diagnóstico clínico.

En RM se objetivan imágenes sugerentes de numerosos hamartomas subependimarios sin afectación del sistema ventricular y múltiples túberes corticales, bilaterales. Estos hallazgos radiológicos permiten el diagnóstico clínico definitivo de Complejo Esclerosis Tuberosa, permitiendo un abordaje bien orientado y un tratamiento precoz de las manifestaciones epilépticas.

Posteriormente se realizó estudio genético encontrando variante patogénica de novo en gen TSC2.



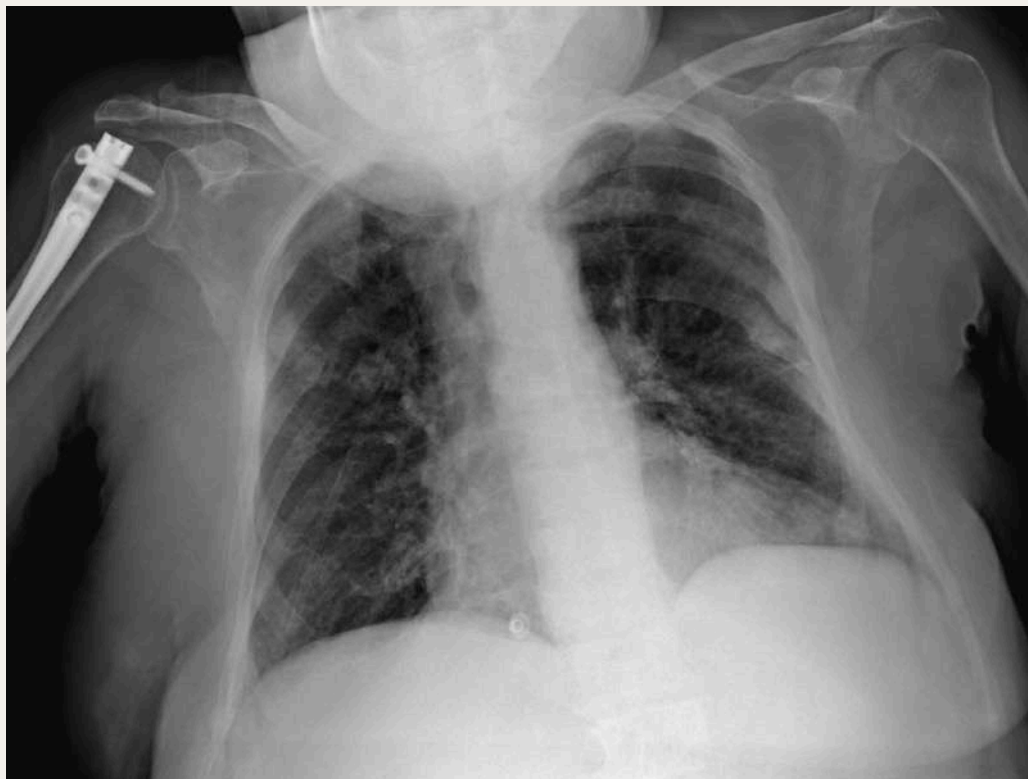
Final inesperado tras fecaloma

DRA. MARIA DE LA SOLEDAD
RAMÍREZ ORMEÑO

Paciente varón de 64 años de edad con antecedente de hipertensión arterial, meningitis a los tres meses de vida y discapacidad intelectual como secuela. Ingresa por cuadro de vómitos secundarios a obstrucción intestinal de tres semanas de evolución con dolor abdominal acompañado.

En TAC abdominal de urgencias se observa distensión del marco cólico generalizada, con marcada cantidad de contenido fecaloideo, con mayor componente a nivel de la ampolla rectal y dilatación del tercio distal esofágico con cambio de calibre a nivel de la unión esofagogástrica, que presenta engrosamiento mural concéntrico.

Se realiza por parte de Servicio de Digestivo colonoscopia para fragmentación de fecaloma, logrando deshacerlo y con salida de abundantes restos de heces de aspecto normal, sin productos patológicos. Tras la evacuación del fecaloma el paciente presenta tendencia a hipotensión arterial, respiración agónica y finalmente parada cardiorrespiratoria tipo fibrilación ventricular con éxitus letalis a los veinte minutos.



¿Sospecha de progresión pulmonar o metástasis ya conocidas?

DR. JOSÉ DEL CORRAL MORALES

Mujer de 57 años diagnosticada de un carcinoma ductal infiltrante de mama HER 2+ sin expresión de receptores hormonales con afectación metastásica (óseas y hepáticas) que tras progresión hace 2 meses inicia tratamiento con Trastuzumab-Deruxtecán con buena tolerancia tras 3 ciclos.

La paciente ingresa por un shock séptico de posible foco respiratorio o urinario, por sistemático de orina positivo. En la radiografía de tórax, llama la atención las múltiples condensaciones en forma de "suelta de globos" que no estaban presentes en la tomografía computarizada (TC). Finalmente, en un TC realizado durante el ingreso, se descartó el foco respiratorio al observarse que las lesiones de la radiografía de tórax correspondían con las metástasis óseas que la paciente padecía, y que no podían compararse con radiografías previas al realizar seguimiento mediante TC.



El espejo del alma

DR. MARCOS GARCÍA JAMBRINA

Paciente mujer de actualmente 36 años diagnosticada de miocardiopatía congénita, consistente en situs inversus, dextrocardia, dextroapex con transposición de grandes vasos corregido congénitamente. Alteraciones que coexisten con comunicación interventricular (CIV) y ductus persistente. Actualmente en situación de Eisenmenger. Se trata de un caso singular, debido al conjunto de malformaciones que coexisten y limitan severamente la clase funcional de la paciente.

Corte coronal torácico de RMC donde a primera vista, nos podría parecer que la imagen se encuentra invertida, no solo por la localización del corazón sino por la disposición de los grandes vasos. Se aprecia la comunicación del ventrículo izquierdo en posición anómala antero inferior, comunicado con la arteria pulmonar. En contraposición el ventrículo derecho (No visualizado) se encontraría en posición postero superior y comunicado con la aorta, que se visualiza por delante y en paralelo a las salida de la AP.



Dentro de la alucinación

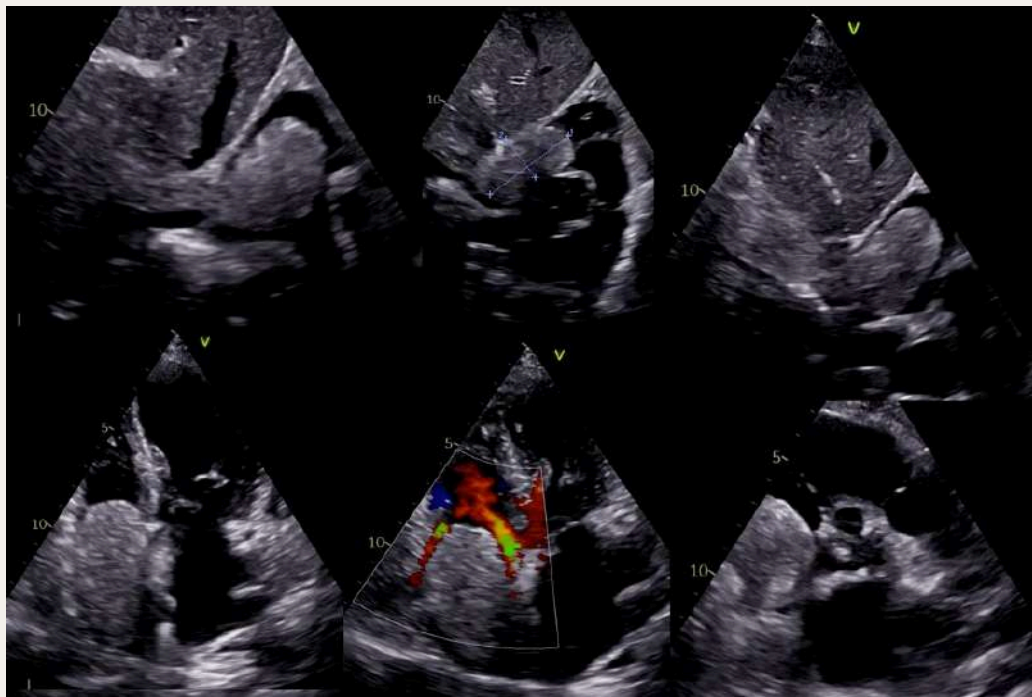
DRA. LUCÍA MACARENA OLEA RAMÍREZ

Paciente de 38 años con antecedentes de diabetes insípida central y panhipopituitarismo tras cirugía y radioterapia por disgerminoma pineal en tratamiento sustitutivo y, trombosis venosa profunda tratada con acenocumarol.

Acude a Urgencias por presentar alucinaciones visuales autolimitadas y epistaxis tras despertarse. Su examen neurológico solo mostró disartria leve.

A nivel analítico destacaba plaquetopenia leve (97000), actividad protrombina 59% y Na 123 mmol/L. Se realiza TC y Angio-TC craneal observándose hematoma protuberancial, por lo que se decide ingreso hospitalario. Posteriormente la RMN confirma el hematoma a nivel protuberancial ventral además de área de malacia y gliosis frontobasal por cambios postquirúrgicos previos.

Las alucinaciones son falsas percepciones de experiencias sensoriales. Pueden producirse fisiológicamente, al dormirse o al despertarse, o en enfermedades graves como la demencia o la esquizofrenia, y en relación con lesiones vasculares de los ganglios basales, el tálamo y la protuberancia superior.

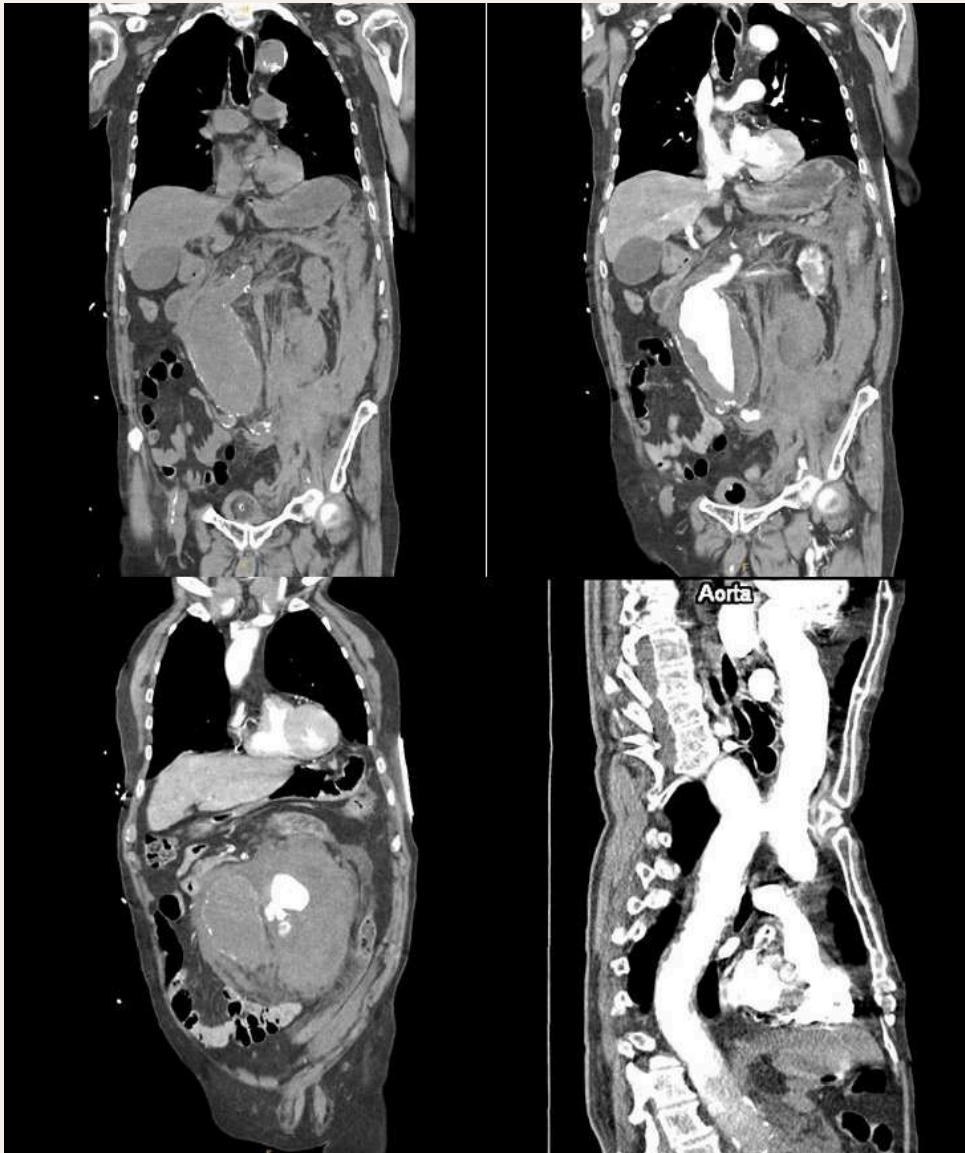


Corazón y riñón más unido que nunca

DRA. CARLA GUILLÉN FERRER

Mujer de 87 años que consultó por síndrome constitucional (SC) y anemia normocítica-normocrómica en rango transfusional. Se solicitó una Ecografía abdominal para iniciar el estudio del SC, que posteriormente se amplió con un TC abdominopélvico. Los marcadores tumorales fueron negativos, excepto un ligero ascenso de la beta-2-microglobulina.

A los dos meses, la paciente ingresó por primer episodio de insuficiencia cardíaca, solicitándose un Ecocardiograma Transtorácico (ETT). El ETT mostró una imagen homogénea y redondeada de 60x20mm en la aurícula derecha (AD), que no dependía del septo interauricular y que producía una obstrucción tricuspídea al protruir en ventrículo derecho durante la diástole. Desde el plano subcostal se objetivó que la masa procedía de la vena cava inferior (VCI). El TC confirmó la presencia de dicha masa diagnosticándose de trombo tumoral extenso que llegaba a la AD a través de la VCI y la vena renal derecha, teniendo como origen una tumoración renal ipsilateral.



"Dolor torácico" el gran simulador

DR. YUNIOR RAFAEL TIMAURE YEPEZ

Varón de 88 años masculino con antecedentes personales de hipertensión arterial, e insuficiencia renal crónica. Acude a urgencias por presentar dolor centro torácico no opresivo de moderada intensidad y vómitos de contenido alimentario de horas de evolución. Presentando un examen físico anodino, y sin alteraciones significativas analíticas, ni electrocardiográficas (ECG).

Es ingresado para monitorización y seriación de enzimas miocárdicas, donde a los pocos minutos inicia con deterioro súbito del estado general, hipotensión arterial y reaparición del dolor irradiado a hipocondrio derecho, se realiza nuevo ECG observando supradesnivel del segmento ST en DII, DIII, y AVF; y POCUS positivo para líquido libre en cavidad peritoneal.

Se inician medidas de reanimación con líquidos e inotrópicos con escasa respuesta y al realizar TAC Abdominal se evidencia aneurisma roto de aorta abdominal infrarenal con sangrado activo y severo componente hemático retroperitoneal, sin posibilidades de resolución quirúrgica.



Pulgarcita

DR. JOSÉ ANTONIO LUCEÑO MARDONES

Paciente octogenaria trasladada a urgencias por episodio de disnea paroxística nocturna y cuadro progresivo de cansancio con disnea a pequeños esfuerzos, episodios de disfagia, dolor centrotorácico y "amargor de boca".

Se realiza estudio que descarta TEP y cardiopatía. En RX se aprecian atelectesias y lesiones micronodulares con un nódulo pulmonar de mayor tamaño; el estudio TAC muestra lesiones micronodulares y patrón reticulonodular con apreciación de masa con imagen "en MIGA de PAN".

Se realiza tránsito EGD donde se aprecia gran divertículo medioesofágico de tracción, con boca > 1 cm por la que transita contenido del contraste y restos asociados, así como ondas peristálticas terciarias y reflujo 2º, como puede apreciarse en la imagen.

JC: Divertículo medioesofágico. Se trató con medidas conservadoras sin incidencias hasta la fecha.



Todo un acierto; el diagnóstico, el manejo y el porcentaje de supervivencia.

DRA. REMEDIOS CABRERA
IZQUIERDO

Varón de 58 años, hipertenso, obeso y dislipémico.

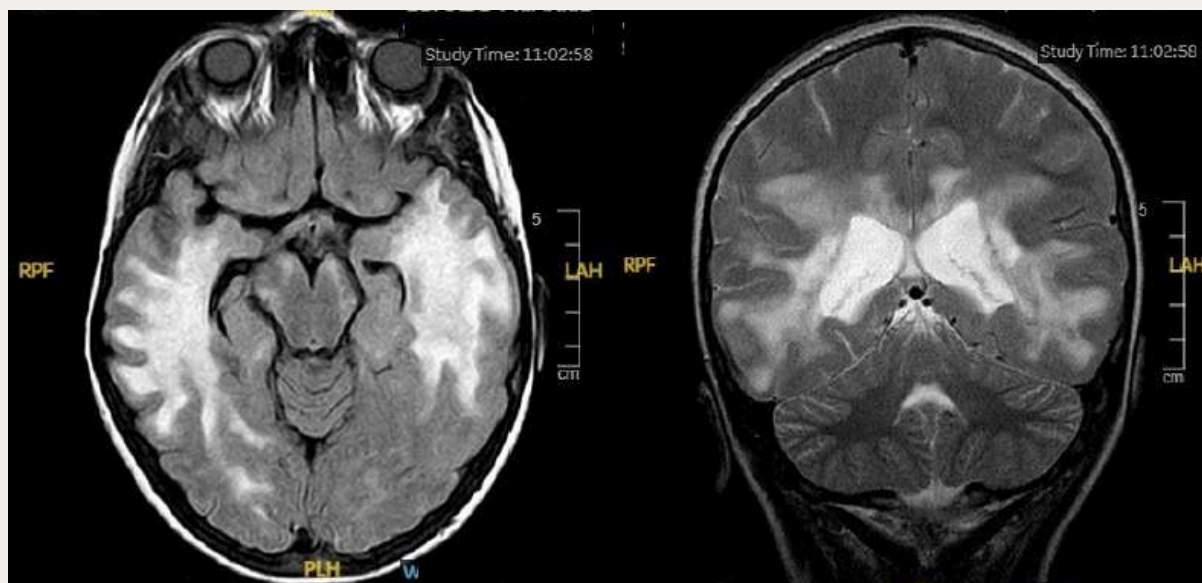
Conduciendo, presenta de forma súbita, dolor opresivo centrotorácico irradiado a espalda y ambos brazos, tras un minuto, el dolor pasa a ser abdominal, acompañado de distensión y urgencia defecatoria.

Al ser atendido por el 112 presenta tensiones de 188/138 y leve descenso de ST de V2 a V6 en el electrocardiograma. Se pauta solinitrina pensando en síndrome coronario agudo, a los pocos minutos la tensión cae bruscamente a 100/50.

Ya en urgencias persisten los síntomas abdominales y la hipotensión, analíticamente destaca un dímero D de 7535, planteándose el diagnóstico diferencial entre tromboembolismo pulmonar y disección de aorta.

Se solicita angioTAC, diagnosticándose de disección de aorta toracoabdominal tipo A de Stanford.

El paciente es estabilizado y se traslada en UVI móvil a un hospital con servicio de cirugía torácica, falleciendo en el trayecto y cumpliéndose el mal pronóstico de esta patología.



¿Demencia infantil?

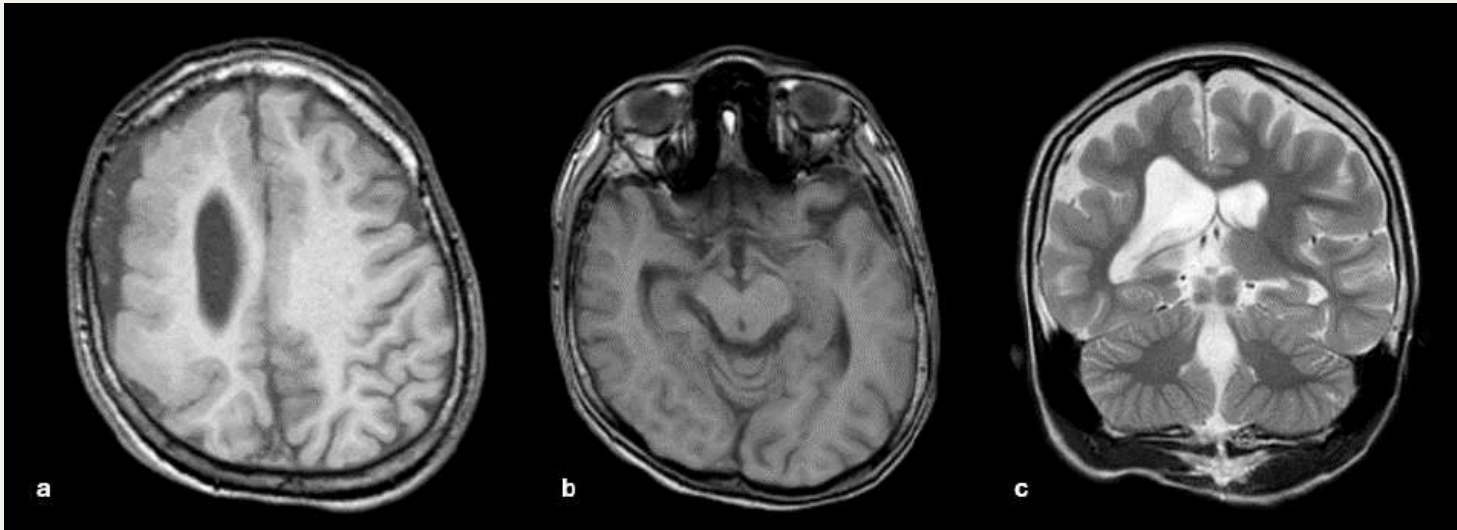
DRA. ANA MARTÍNEZ GARCÍA

Niño de 11 años en seguimiento por posible trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y cefalea, con empeoramiento en últimos meses y disminución del rendimiento académico y autonómico recientemente. Acude a urgencias tras primera crisis convulsiva focal secundariamente generalizada. Afebril. No traumatismos. A su llegada presenta somnolencia excesiva, se solicita EEG (lentificado, desorganizado, con focalidad) y TAC cerebral (ventriculomegalia e hipodensidad subcortical de hemisferios temporales y parietales). Ingreso hospitalario.

RM cerebral: Afectación difusa y simétrica de sustancia blanca supratentorial y dilatación de ventrículos laterales, hallazgos sugerentes de leucodistrofia.

Tras estudio metabólico y genético se confirma el diagnóstico: Adrenoleucodistrofia ligada al X. Evolución desfavorable, en seguimiento por cuidados paliativos pediátricos.

Esta enfermedad genética se caracteriza por acumulación de ácidos grasos de cadena muy larga, afectando fundamentalmente al sistema nervioso y suprarrenal. Es un proceso degenerativo, con fenotipo clínico variable, pudiendo asociar alteraciones del comportamiento, deterioro cognitivo y crisis epilépticas.



Migración errónea

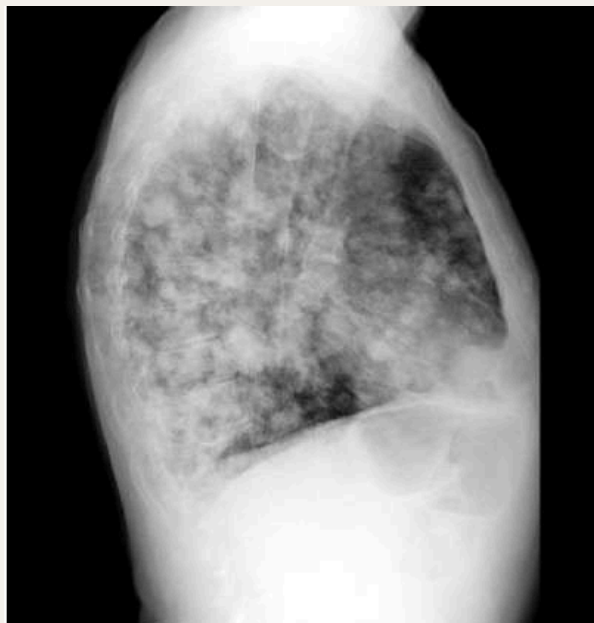
DRA. INMACULADA SERRANO ORTEGA

Niña de 14 años diagnosticada de discapacidad intelectual grave, parálisis cerebral infantil tipo hipotónica-hiperquinética, ceguera cortical visual y epilepsia farmacorresistente secundaria a malformación compleja de sistema nervioso central.

En su estudio etiológico se descartó infección congénita por citomegalovirus y se realizó RM cerebral donde se objetivó hemiatrofia cerebral derecha y del mesencéfalo homolateral asociada a malformación extensa del desarrollo cortical de predominio fronto-temporal. Son evidentes las anomalías de surcos cerebrales con engrosamiento cortical difuso, con mala diferenciación sustancia gris-sustancia blanca y zonas de polimicrogiria (a,b).

La atrofia del hemisferio derecho afecta tanto a sustancia blanca y como sustancia gris, con aumento del espacio extraaxial y sistema ventricular (c).

En estudio genético se evidenció variante patogénica de novo en gen GRIN1. Este gen codifica una subunidad del receptor NMDA neuronal que juega un papel crucial en la organización morfológica de estructuras neuroanatómicas durante la vida fetal, causa de polimicrogiria extensa.

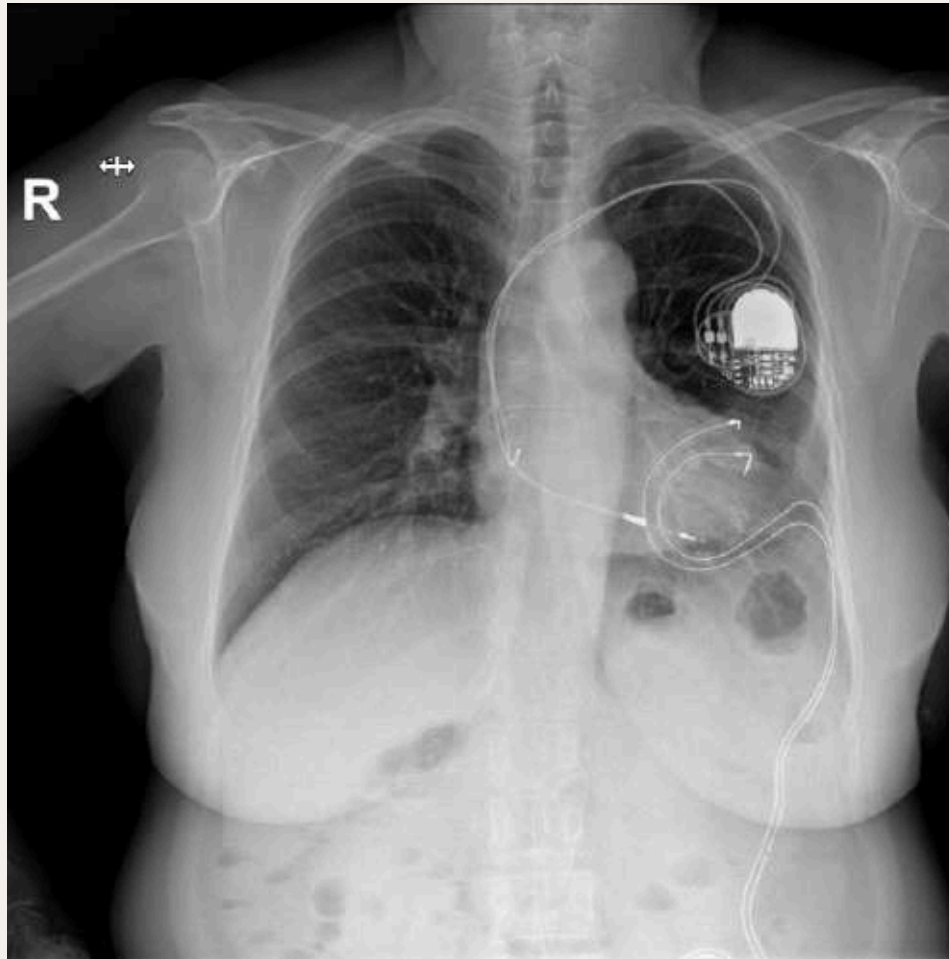


El cielo estrellado

DR. ARIANA JORDÁ BALDÓ

Varón de 75 años con una situación basal independiente para sus actividades, vive solo, es soltero, con antecedentes de melanoma en región lumbar. Es derivado a urgencias por cuadro de desaturación y deterioro del estado general detectado por el equipo de atención primaria tras acudir a realizar la cura local de la lesión. Se realiza a una radiografía de tórax donde se detecta la siguiente imagen en suelta de globos. El paciente se encuentra en un estadio muy avanzado de la enfermedad.

Debemos recordar la importancia de una detección temprana de los melanomas por la implicación pronóstica. Este paciente presenta varios factores de riesgo que han implicado tener una lesión avanzada, como son la localización de la lesión, ser varón y soltero. Debemos insistir a la población en la importancia de revisar las lesiones dérmicas de las regiones menos visibles y consultar a su médico ante cualquier lesión sospechosa.

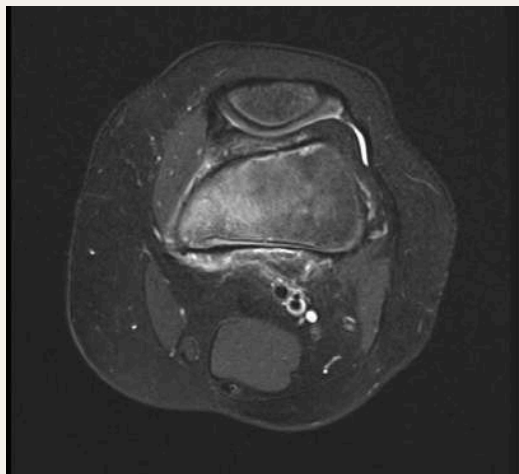


Recuerdos de la niñez

DR. MIGUEL ÁNGEL SILVA CERPA

Mujer de 63 años que acude a Urgencias por cuadro vírico de 4 días de evolución compatible con infección por SARS-CoV2 leve. Entre las pruebas complementarias, se solicitó una radiografía de tórax que mostraba un marcapasos bicameral endocavitario normoposicionado, pero además, uno adicional epicárdico cuya carcasa se encontraba a nivel abdominal.

Revisando sus antecedentes, figuraba el implante del marcapasos abdominal hacía 56 años por bloqueo AV completo congénito que debutó en su momento como síncope. Posteriormente la carcasa fue explantada. El cuadro que motivó la consulta se resolvió con tratamiento conservador y sin complicaciones.



Infección oculta

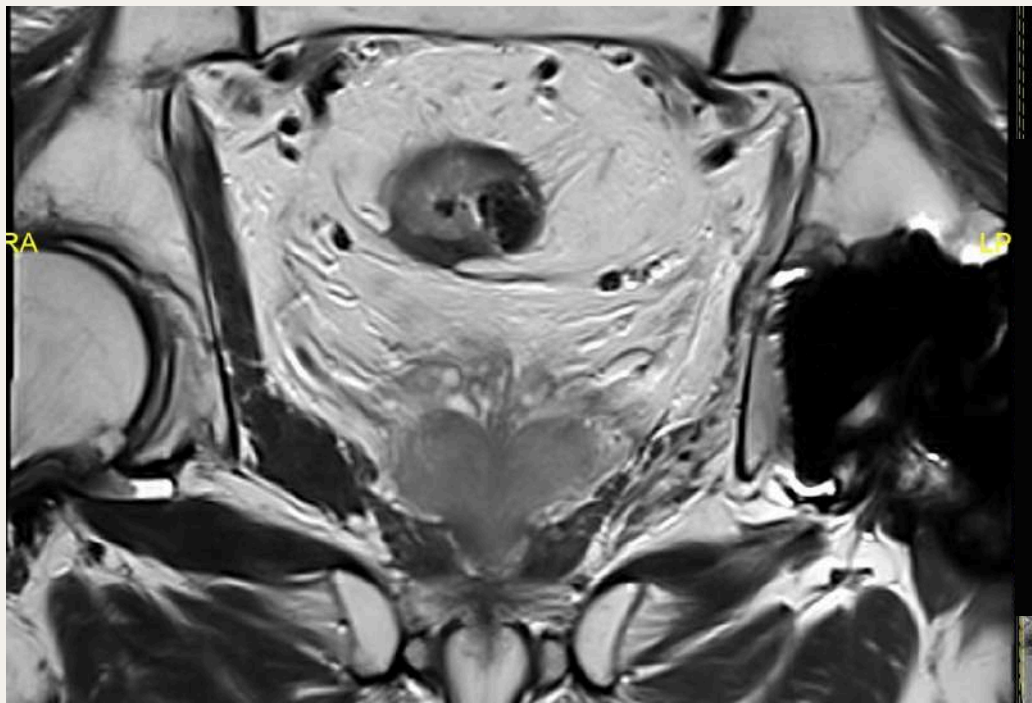
DRA. CARMEN FERNÁNDEZ RAMOS

Niño de 9 años que consultó en Urgencias por gonalgia izquierda y fiebre de 39°C de 12 horas de evolución. Negaba traumatismos previos ni otra sintomatología.

Exploración física con dolor a la palpación y extensión en rodilla izquierda, cojera y limitación a la deambulación. Analítica anodina excepto PCR de 50 mg/L. Hemocultivo con resultado positivo a *S. aureus* sensible a cloxacilina. Ecografía de partes blandas sin hallazgos de interés.

Posteriormente se solicitó RMN de rodilla, visualizándose marcada alteración de señal ósea en región metafisaria interna del fémur distal, extendiéndose a región interna del cóndilo medial, con aumento de señal en T2FS (imagen 1) e hipointensidad en T1, compatible con edema óseo (imagen 2). Presencia de absceso subperióstico laminar, localizado en región metafisaria femoral medial, sin alcanzar epífisis (imagen 3). Todo ello compatible con osteomielitis aguda.

Ante la evolución del cuadro se decidió ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso con cloxacilina.



Descorazonado

DR. ALEJANDRO SÁNCHEZ CANO

El amor realmente lo abarca todo, incluso en los lugares más inesperados está presente. Aunque a veces se necesitan pruebas más profundas para entenderlo por completo; no es el caso de Manolo (nombre ficticio), varón de mediana edad que se encuentra en seguimiento oncológico por un cáncer de recto en respuesta completa y estable. Tras su tratamiento y varios controles prácticamente libre de enfermedad nos permite salir de la monotonía, * hasta sacarnos una sonrisa* con una próstata que irradia amor (sobre todo en T2).



ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE CÁCERES

