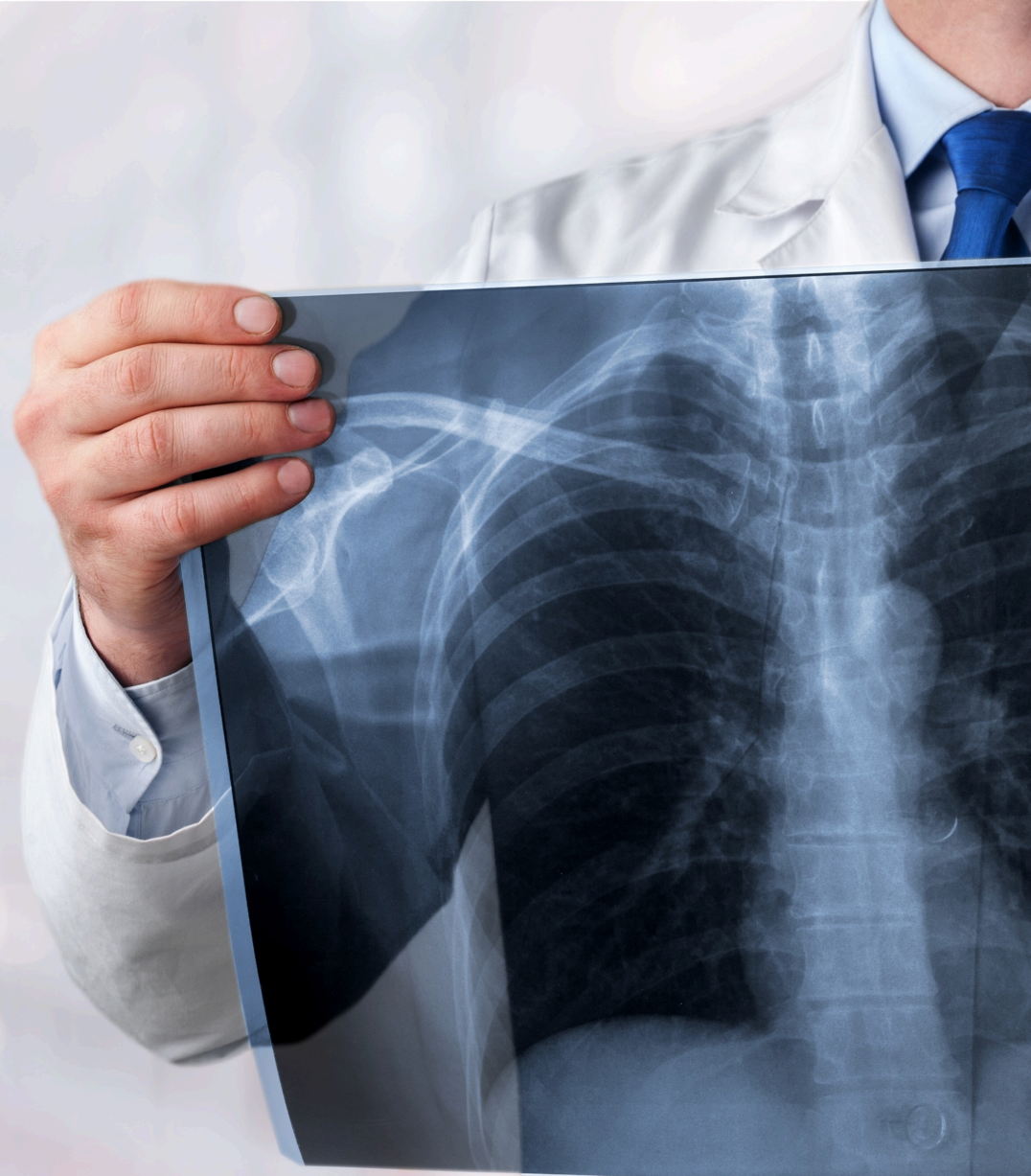


# VII CONCURSO IMAGEN RADIOLÓGICA 2025



ILUSTRE  
COLEGIO OFICIAL DE  
MÉDICOS DE CÁCERES



7ª edición

Edita: Fundación Colegio de Médicos de Cáceres  
Diseño y maquetación: Alejandro Rodríguez Hurtado  
ISBN: 978-84-09-85144-7



ILUSTRE  
COLEGIO OFICIAL DE  
MÉDICOS DE CÁCERES





## *Índice:*

<b>5</b>	<b>PRÓLOGO</b>
<b>6</b>	<b>PRIMER PREMIO</b>
<b>8</b>	<b>SEGUNDO PREMIO</b>
<b>10</b>	<b>TERCER PREMIO</b>
<b>12</b>	<b>FINALISTAS</b>
<b>20</b>	<b>RESTOS DE PARTICIPANTES</b>



# Prólogo

Es un verdadero placer presentar esta obra dedicada al fascinante mundo de la imagen radiológica, un campo en constante evolución que combina la precisión técnica con la creatividad visual.

El concurso de imagen radiológica que aquí se recopila no solo celebra la destreza y el talento de los profesionales que trabajan día a día en el diagnóstico y la interpretación de imágenes médicas, sino que también destaca la belleza y complejidad que se esconden en cada uno de los casos presentados.

Las obras presentadas no solo representan avances tecnológicos y metodológicos, sino que también evidencian la importancia de la creatividad y el rigor en la práctica e interpretación radiológica. Es un claro reflejo del compromiso de los autores en la búsqueda de la excelencia, así como su dedicación a la innovación y la mejora continua en la interpretación de imágenes médicas.

Espero que esta colección sirva de inspiración y reconocimiento a la labor de todos los participantes, a la vez sirva para fomentar el interés por la formación continuada y el desarrollo profesional continuo.

Finalmente quiero felicitar a los ganadores del concurso y agradecer el interés de todos (pone todos) los participantes por su especial esfuerzo y dedicación, a la vez que les felicito por el elevado nivel científico de (no a) todos los trabajos presentados. Un especial agradecimiento a los coordinadores y jurados del concurso por el excelente trabajo realizado.

Invito a todos los colegiados a participar en la próxima edición de 2026.

**Dr. Evelio Robles Agüero**

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres



**Primer premio**  
**VII CONCURSO IMAGEN RADIOLÓGICA**

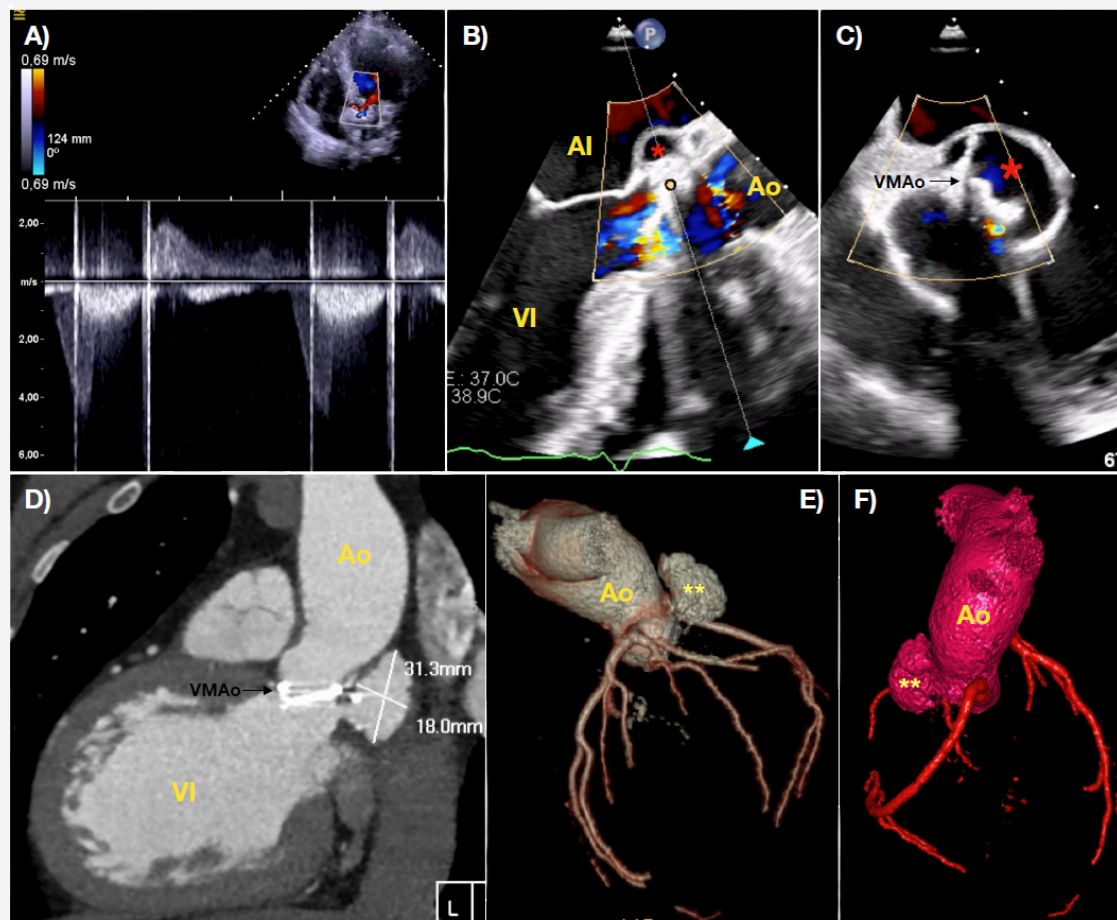
## Control rutinario con sorpresa: diagnóstico de pseudoaneurisma en prótesis mecánica aórtica

Dra. Carla Guillem Ferrer

Varón de 38 años con antecedentes de estenosis aórtica severa congénita que precisó de comisurotomía a los 9 meses de edad y reintervención quirúrgica con prótesis mecánica aórtica en 2003, por reestenosis aórtica.

Acude a revisión rutinaria de su valvulopatía, refiriendo únicamente astenia de larga data con los esfuerzos. En el ecocardiograma transtorácico (ETT) de control, se observó una prótesis aórtica mecánica normoposicionada y una onda anómala en TSVI/Ao con velocidades altas, de origen y tiempo de evolución indeterminados. Se confirmó el correcto funcionamiento de la prótesis con escopia.

Posteriormente, se realizó ecocardiograma transesofágico (ETE) en el que se objetivó una cavidad anecoica semicircular en raíz aórtica (RAo) a nivel del seno no coronario. El AngioTC cardíaco confirmó la presencia de un pseudoaneurisma en RAo de 31x18mm, con puerta de entrada en cara ventricular del anillo protésico aórtico. Al revisar los ETT previos, ya se intuía una onda anómala en TSVI/Ao de origen indeterminado, que pasó desapercibida por la complejidad de la localización del pseudoaneurisma.



A) ETT: doppler continuo en TSVI/Ao que muestra una onda anómala con velocidades altas. B) y C) ETE: imagen semicircular (\*) anecoica en raíz aórtica. D) TC cardíaco con contraste: se objetiva un pseudoaneurisma en raíz aórtica de 31,3x18mm, con puerta de entrada en cara ventricular del anillo protésico aórtico. E) y F) AngioTC: reconstrucción 3D de aorta y árbol coronario, apreciándose el pseudoaneurisma aórtico (\*\*).

VI: Ventrículo Izquierdo. AI: Aurícula Izquierda. Ao: Aorta. VMAo: Válvula mecánica en posición aórtica.

Tras estos hallazgos, se decidió finalmente reintervenir quirúrgicamente al paciente.



**Segundo premio**  
**VII CONCURSO IMAGEN RADIOLÓGICA**

# *Invertido, taponado y aireado*

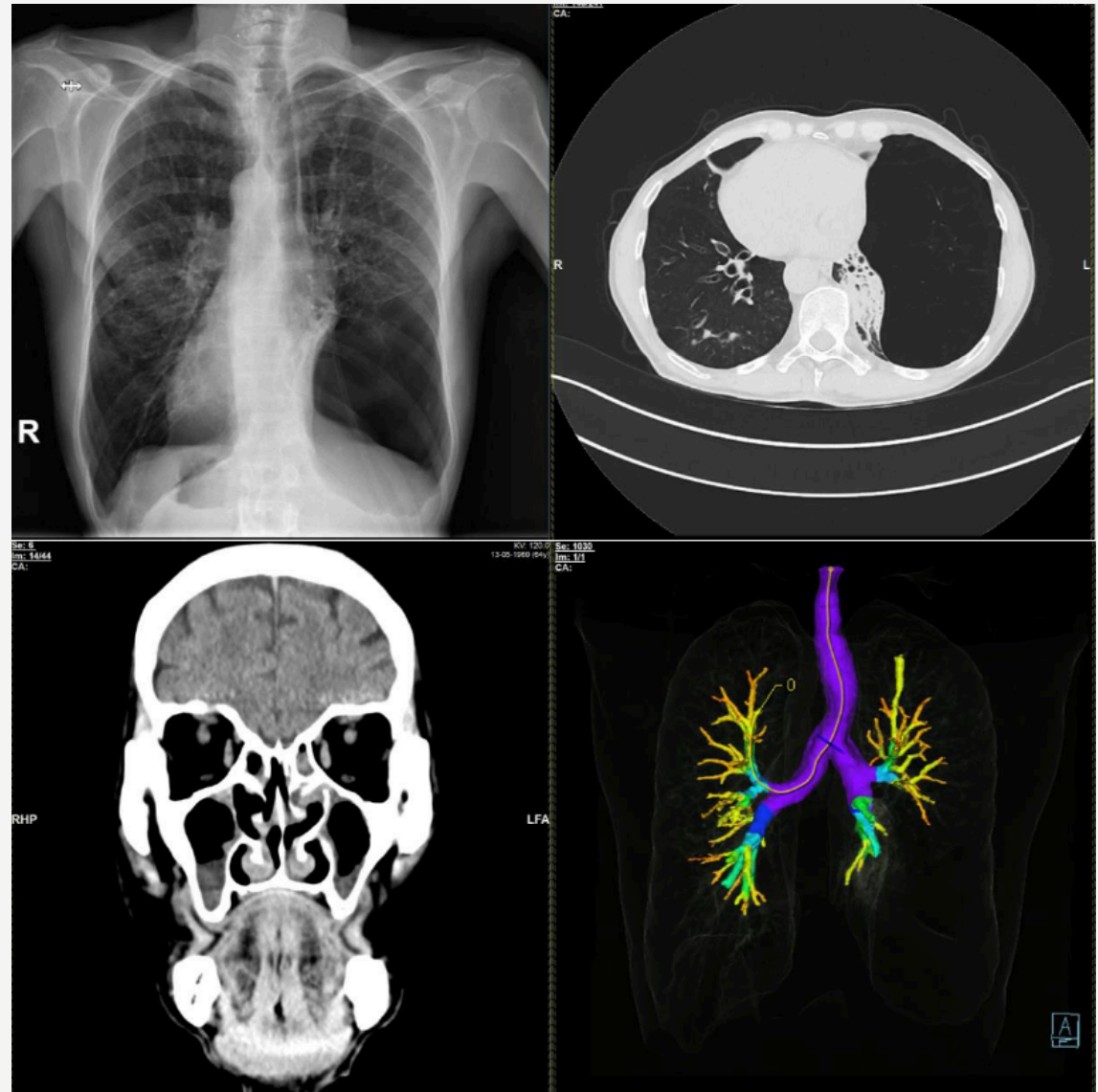
*Dr. Alejandro Sánchez Cano*

Paciente de 64 años con síndrome de Kartagener (también conocido como discinesia ciliar primaria) e infección crónica por pseudomas que acude con cuadro infeccioso respiratorio reagudizado evidenciándose severas dilataciones bronquiectásicas, de predominio central y morfología cilíndrica, con afectación predominante de campos medios e inferiores.

Se asocian a un patrón de destrucción parenquimatosa especialmente en el lóbulo inferior izquierdo, donde se aprecia importante pérdida de volumen parenquimatosa, provocando un agrupamiento de aspectos arrosariado de los bronquios dependientes del lóbulo inferior del izquierdo (véase la reconstrucción 3D).

Algunas de estas bronquiectasias están ocupadas parcialmente en su luz por material mucoso, con engrosamiento mural, se acompaña de imágenes nodulares visibles a nivel de ambos lóbulos superiores que sugieren también probables impactaciones mucosas.

Aumento del calibre de la tráquea y bronquios principales, así como un situs inversus completo.



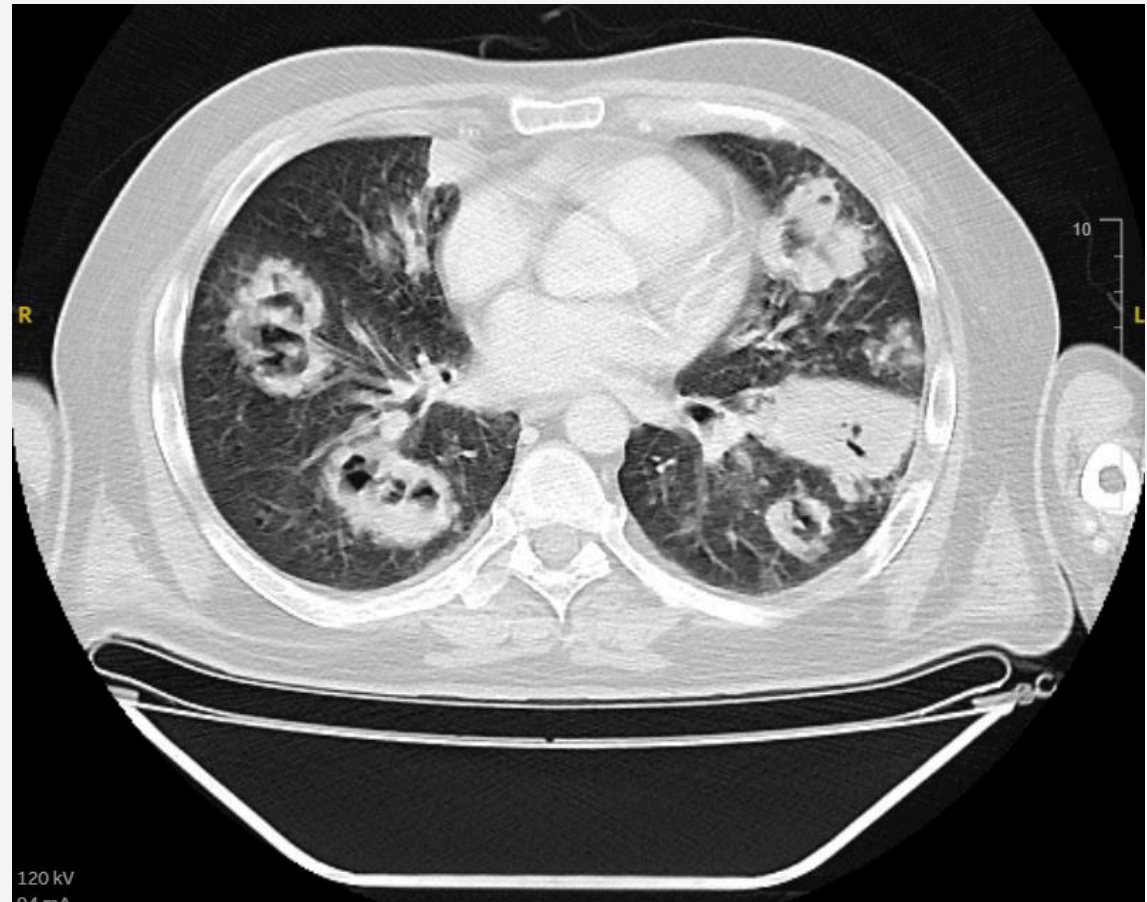


**Tercer premio**  
**VII CONCURSO IMAGEN RADIOLÓGICA**

## *Cuando el hongo florece: un intruso en el pulmón metastásico*

**Dra. Gristea Cerrudo Jiménez**

Paciente de 54 años con antecedente de melanoma estadio IV con metástasis cerebrales, pulmonares, óseas y hepáticas, que ingresa por cuadro de astenia intensa, tos y febrícula. Durante su hospitalización se realiza TC de tórax (imagen) en el que se aprecia importante progresión de las lesiones pulmonares, algunas con cavitación central. Ante el rápido progreso se sospecha proceso infeccioso subyacente a las lesiones metastásicas, iniciándose antibioterapia y terapia antifúngica empírica con voriconazol. Posteriormente, el cultivo de esputo revela la presencia de hifas tabicadas, y el estudio microbiológico en sangre muestra un antígeno galactomanano positivo, ambos hallazgos compatibles con el diagnóstico de aspergilosis invasiva.





**Finalistas**

**VII CONCURSO IMAGEN RADIOLÓGICA**

## *Cuando el tiempo es oro*

*Dra. Marina Soler Calvo*

Presentamos el caso de una mujer de 59 años diagnosticada de carcinoma de mama estadio IV, en tratamiento en cuarta línea con Trastuzumab, Pertuzumab y Faslodex.

En 2018, sufrió una compresión medular que fue tratada con radioterapia, logrando una recuperación clínica completa. Sin embargo, cuatro años después, acude al servicio de urgencias con dificultad progresiva en las últimas 48 horas para deambular, sin incontinencia esfinteriana. Ante esta situación, se solicita una resonancia magnética urgente que revela una fractura patológica de D5 con infiltración metastásica total de los somas vertebrales D4 y D6, condicionando un ángulo cifótico que oblitera por completo el espacio epidural anterior y contacta y deforma el saco tecal, con estenosis severa de canal.

Este caso resalta la importancia de una evaluación radiológica urgente ante una sospecha de compresión medular.



# *Hernia de Garengéot*

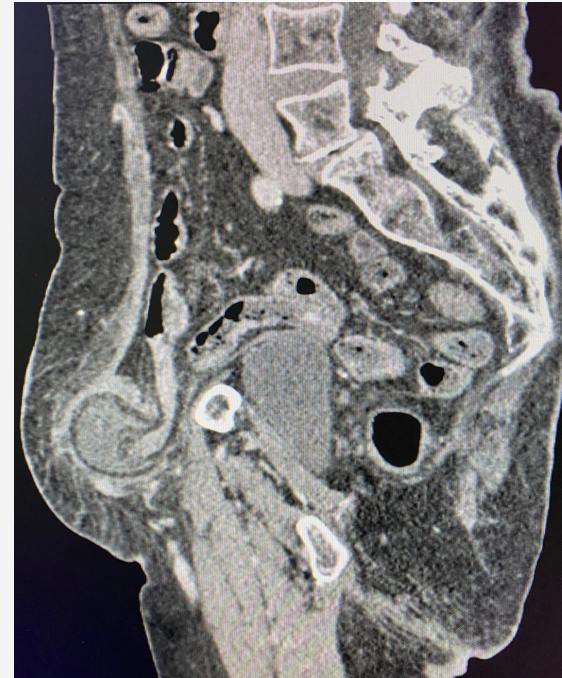
**Dra. Macarena Vargas Gascón**

Paciente de 91 años consulta por tumoración en región inguinal derecha de reciente aparición.

A la exploración, tumoración indurada en región inguinal derecha muy dolorosa. Abdomen ligeramente distendido, doloroso a la palpación sin claros signos de irritación peritoneal.

Analítica con leucocitosis 13000 sin otros hallazgos. Se solicitó TAC de abdomen que presentaba hernia crural derecha cuyo saco herniario contenía apéndice con signos inflamatorios compatible con Hernia de Garengéot.

Se optó por abordaje preperitoneal para apendicectomía y reparación herniaria bajo técnica de Nyhus con buena evolución. La hernia de Garengéot es una entidad extremadamente rara con una incidencia <1%.



# Me falta el aliento

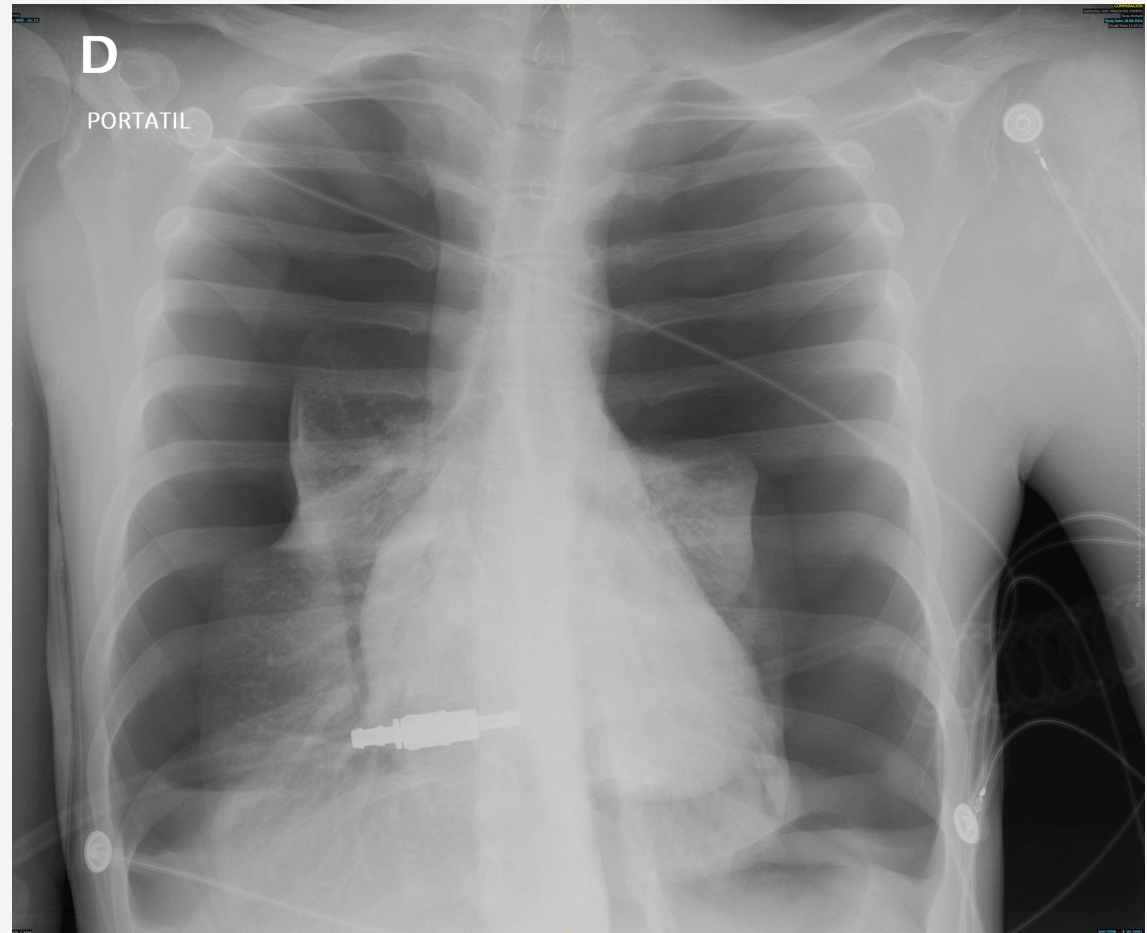
## Dra. María Eugenia López Bravo

Varón de 17 años que es traído a las urgencias hospitalarias por la UME debido a disnea brusca con hipoventilación pulmonar generalizada.

A su llegada presenta mal estado general, saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) del 80% a pesar de oxigenoterapia a alto flujo, frecuencia cardíaca (FC) en 140 lpm y tensión arterial (TA) de 140/80; por lo que pasa directamente al box vital. Se procede a estabilización y se solicita radiografía portátil de tórax, visualizándose neumotórax bilateral a tensión. Se contacta con Cirugía y se colocan dos tubos torácicos, apreciándose mejoría significativa de la mecánica respiratoria, la FC y la SatO<sub>2</sub> (99% con gafas nasales a 2 lpm).

Posteriormente se realizan estudios complementarios, siendo diagnosticado de neumotórax secundario a metástasis pulmonares de osteosarcoma estadio IV en hombro y húmero izquierdos.

Tras la resolución del cuadro respiratorio el paciente fue derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos, falleciendo dos meses después.



## *Lo que esconde el dolor torácico atípico*

**Dr. Miguel Ángel Silva Cerpa**

Varón de 63 años sin antecedentes cardiovasculares de interés que consultó por dolor torácico atípico. Se realizó TAC coronario que descartó enfermedad arterial coronaria significativa, pero como hallazgo incidental se identificó una lesión quística de paredes finas en el surco interventricular anterior en íntima relación con la arteria descendente anterior, que la rodeaba parcialmente sin signos de compresión significativa. Ante la sospecha de quiste hidatídico, se solicitaron pruebas serológicas, resultando positivas.

Se completó el estudio sin hallazgos extracardíacos y se descartó la cirugía por la compleja localización de la lesión. Se inició tratamiento antiparasitario con albendazol y seguimiento clínico-radiológico periódico, sin complicaciones a corto plazo.

La hidatidosis cardíaca es infrecuente y suele diagnosticarse de forma incidental, por lo que la imagen es clave para su detección y manejo.



## *El misterio de los huesos crecientes*

**Dra. Ana Martínez García**

Niño de 14 años valorado desde primera infancia por deformidades óseas evidentes, inicialmente en manos y hombro. No traumatismos ni clínica infecciosa. Asintomático en todo momento. No limitación funcional. En última revisión refiere nuevas lesiones en pierna, palpándose exóstosis en parte superior de tibia izquierda. Se solicita radiografía (imagen), observándose múltiples lesiones compatibles con osteocondromas. Presenta lesiones similares en manos, codos, húmero y tobillos. La familia refiere clínica similar en padre y hermano gemelo. Finalmente, se confirma genéticamente una variante patogénica en heterocigosis en el gen EXT2, compatible con “Osteocondromatosis múltiple hereditaria”. Actualmente en seguimiento, con actitud expectante.

Esta entidad, caracterizada por crecimiento de osteocondromas benignos especialmente en huesos largos, puede provocar acortamiento o deformidades. Es poco frecuente y tiene herencia autosómica dominante. Suele diagnosticarse en la infancia y la mayoría permanecen asintomáticos, requiriendo controles clínicos y radiológicos periódicos, así como corrección quirúrgica de deformidades que limiten la función.



## *Respirando por el orificio*

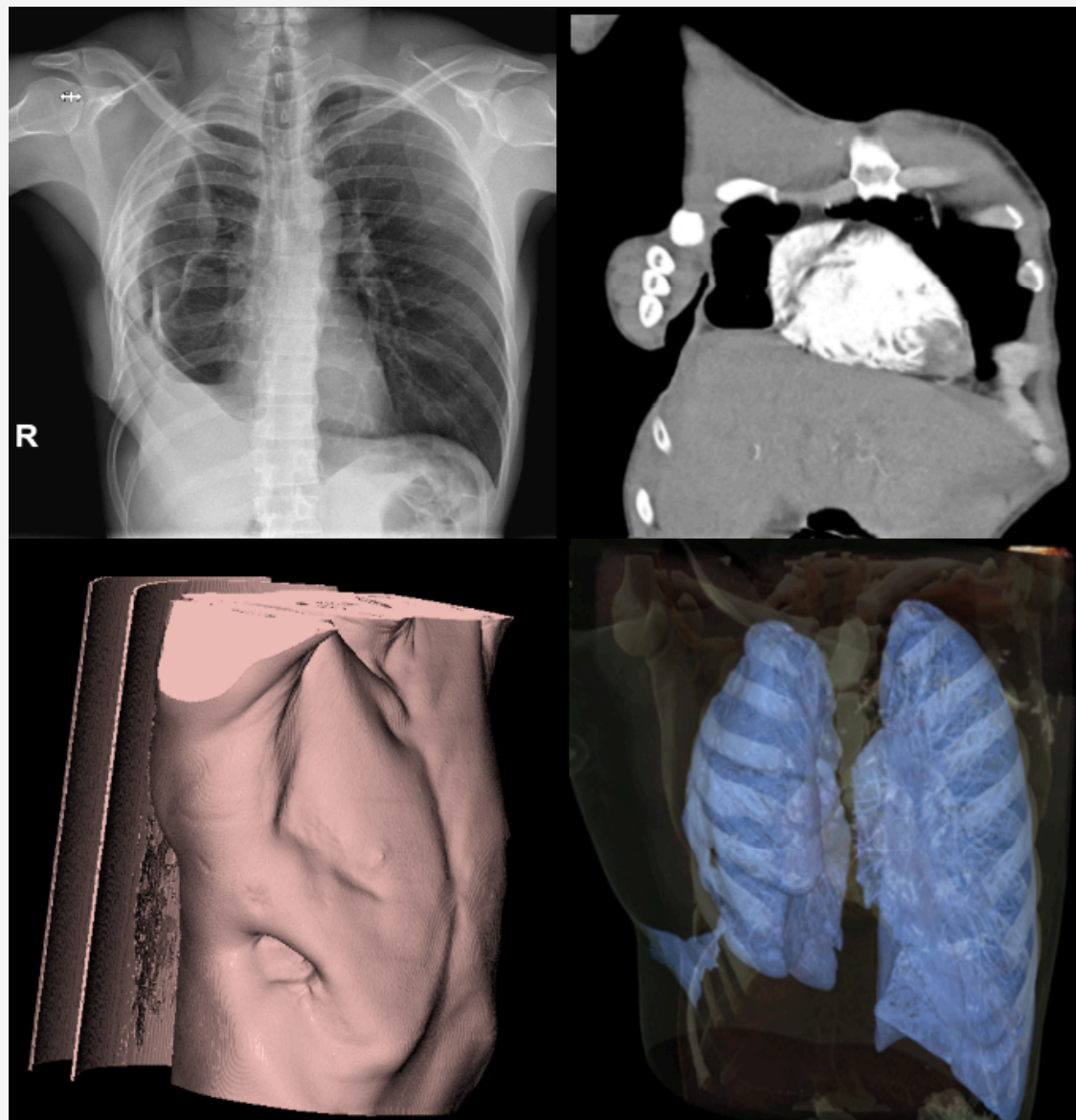
### **Dr. Manuel Alejandro García Varela**

Paciente que refiere antecedente de colocación de drenaje pleural en hemitórax derecho, hace 4 años en Ecuador. Manifiesta haber sido valorado hace años en el Hospital Virgen de la Macarena y estar pendiente a intervención quirúrgica.

Acude a Urgencias porque, después de haber realizado ejercicio físico intenso en los últimos días, nota “como que respira” y salida de material purulento a través de la herida del drenaje colocado hace 4 años, por lo que se solicita Radiografía y TC de tórax.

En el TC se observa en el hemitórax derecho una reducción del volumen pulmonar, engrosamiento pleural, con presencia de aire y mínima cantidad de líquido en la cavidad pleural secundario un trayecto fistuloso que se comunica con el exterior a través del orificio de toracotomía quirúrgica.

Hallazgos en relación con fístula pleurocutánea.

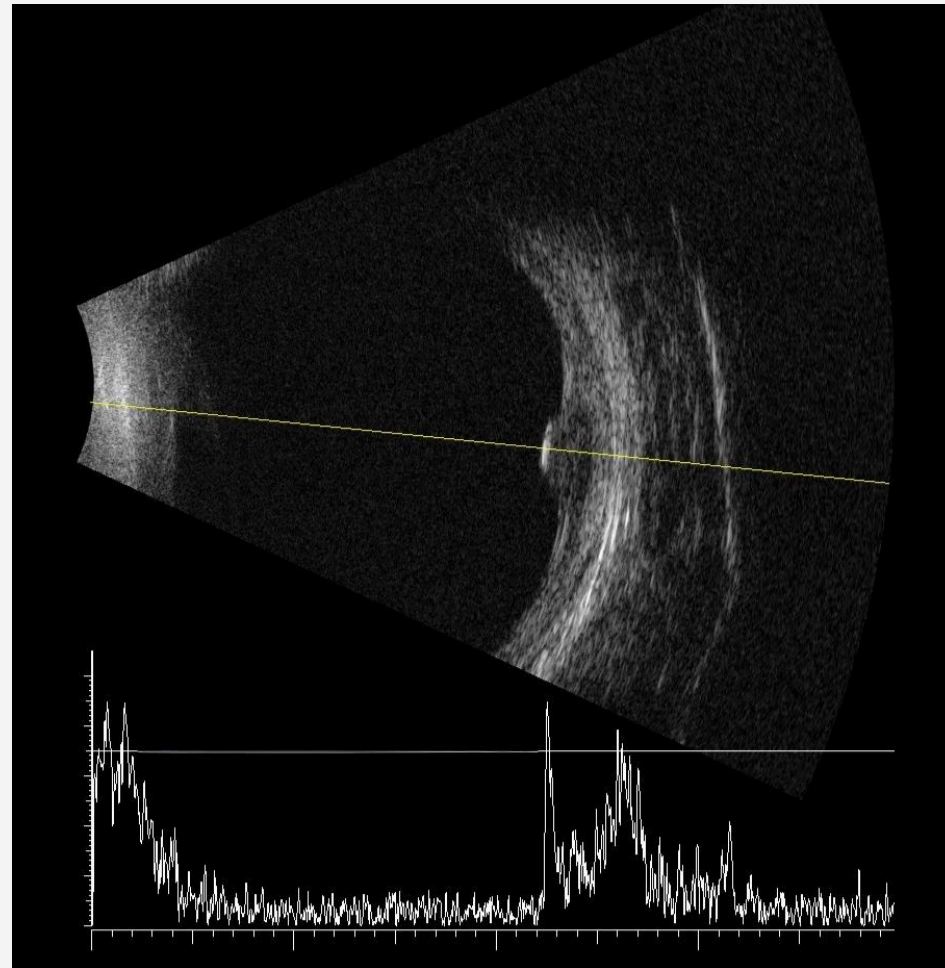


# Una mirada hacia la profundidad vítrea

**Dr. Alberto Quintero Roldán**

Paciente varón de 53 años que acude a revisión oftalmológica rutinaria sin pérdida de agudeza visual (0.8), sin cambios en presión intraocular (12 mmHg) y con examen biomicroscópico anterior normal. En fondo de ojo se detecta lesión sobreelevada de 6.3 mm (diámetro horizontal) x 4 mm (diámetro vertical) entre arcadas temporales superior e inferior, con desprendimiento de retina exudativo perilesional.

Se realiza OCT macular y autofluorescencia donde se observa una masa hipofluorescente con pigmento naranja en superficie (signo de malignidad). En la ecografía modo B (imagen superior) se observa una masa hipoeecogénica cupuliforme que protruye hacia la cavidad vítrea compatible con un melanoma de coroides. Destaca la marcada atenuación acústica a medida que se progresa hasta la base tumoral. En la ecografía modo A (imagen inferior) se aprecia un pico hiperreflectivo inicial (retina) seguido de una reflectividad tumoral media-baja (masa tumoral corioidea) y otro pico de reflectividad alta (esclera). La disminución progresiva de la altura de los picos a medida que penetran en el tumor hasta encontrarse con la base escleral se denomina ángulo kappa.



Ecografía Modo B y A de masa tumoral compatible con melanoma corioideo. “Una mirada hacia la profundidad vítrea”. R: Retina. Línea discontinua: Masa tumoral corioidea y ángulo kappa. S: Esclera.

Este se corresponde con la atenuación acústica en modo B y constituye un criterio ecográfico imprescindible para orientar el diagnóstico de los melanomas corioideos.



**Resto de finalistas**  
**VII CONCURSO IMAGEN RADIOLÓGICA**

## *Del diente al ojo: una complicación oculta de la rinosinusitis crónica*

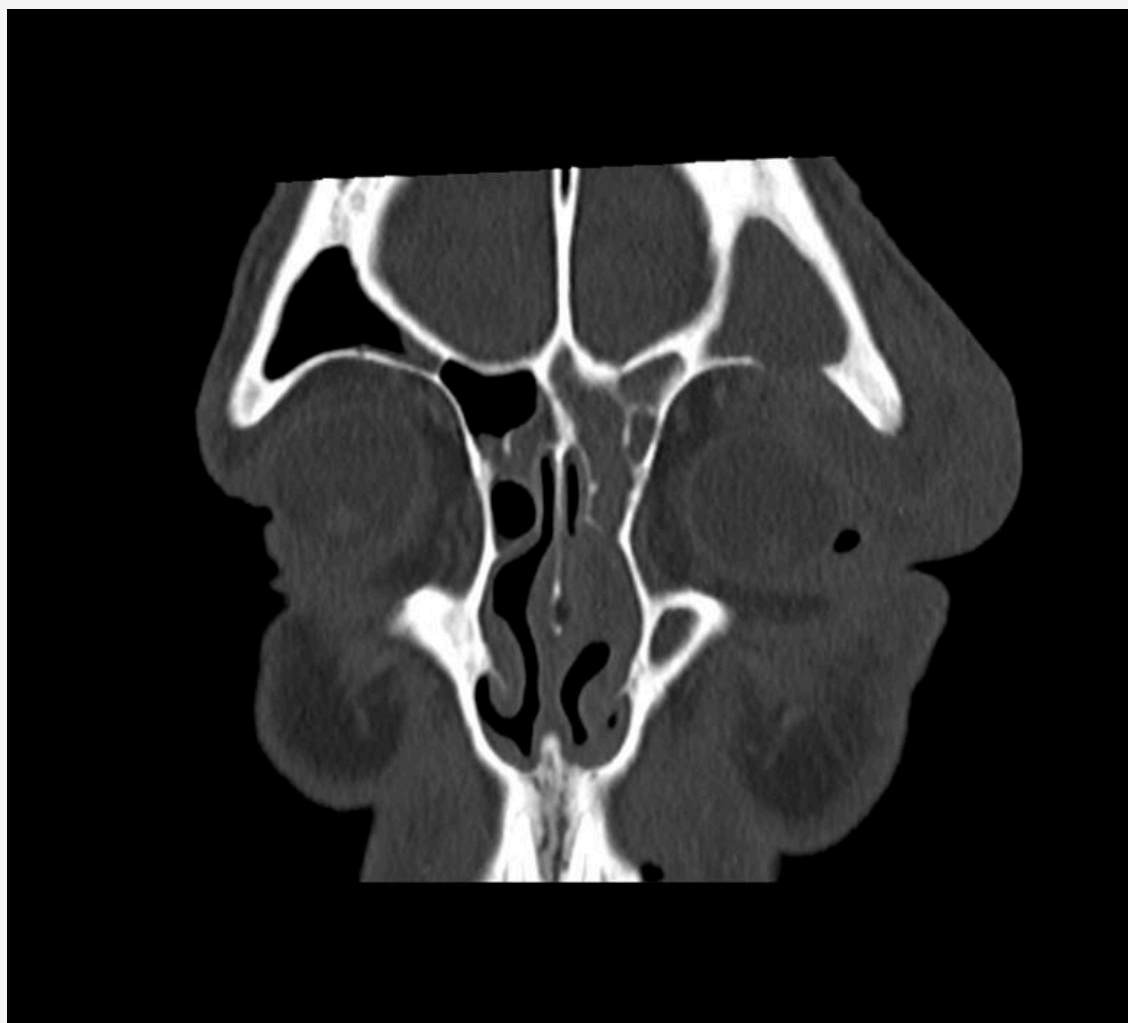
**Dra. Alicia Gómez Cabeza**

Varón de 50 años acudió a urgencias por edema palpebral e inflamación del ojo izquierdo de 10 días de evolución, con progresión a absceso periorbitario. Inicialmente diagnosticado de edema palpebral secundario a picadura de insecto, fue tratado con zamene y ebastina sin mejoría.

Una tomografía computarizada urgente evidenció rinosinusitis crónica con absceso subperióstico frontal izquierdo, secundario a infección odontogénica, con extensión intraorbitaria y desplazamiento inferior del globo ocular a través de techo orbitario.

El paciente fue intervenido de urgencia por oftalmología, realizándose drenaje externo con evacuación de abundante material purulento. Seguidamente, se programó de forma urgente una cirugía endoscópica nasosinusal para drenaje de los senos maxilar y frontal izquierdos, con resolución del cuadro.

Este caso resalta la importancia de la tomografía computarizada en el diagnóstico diferencial de infecciones orbitarias y complicaciones de los senos paranasales, permitiendo una identificación precisa de la extensión del proceso infeccioso y una intervención oportuna.



## *Lo bonito de ser diferente*

### **Dra. Margarita Berga Socías**

Paciente de 68 años que acude a urgencias por dolor en fosa renal izquierda tipo cólico. En urgencias presenta microhematuria en sistemático de orina. Se realiza TC de urgencia donde se observa masa renal en tercio inferior renal izquierdo con invasión de la vena renal izquierda y sistema pielocalicial. De forma incidental, hallazgos de doble vena cava inferior como variante de la normalidad.

Las variantes anatómicas de la vena cava inferior doble de dan entre en 1-3%, siendo la mayoría asintomáticas e incidentales. El TC es la técnica de elección para su diagnóstico, no obstante, la mayoría son hallazgos incidentales durante el estudio de otras patologías.

Conocer esta variante es necesario e importante de cara a la correcta interpretación de las imágenes radiológicas para evitar diagnósticos erróneos.



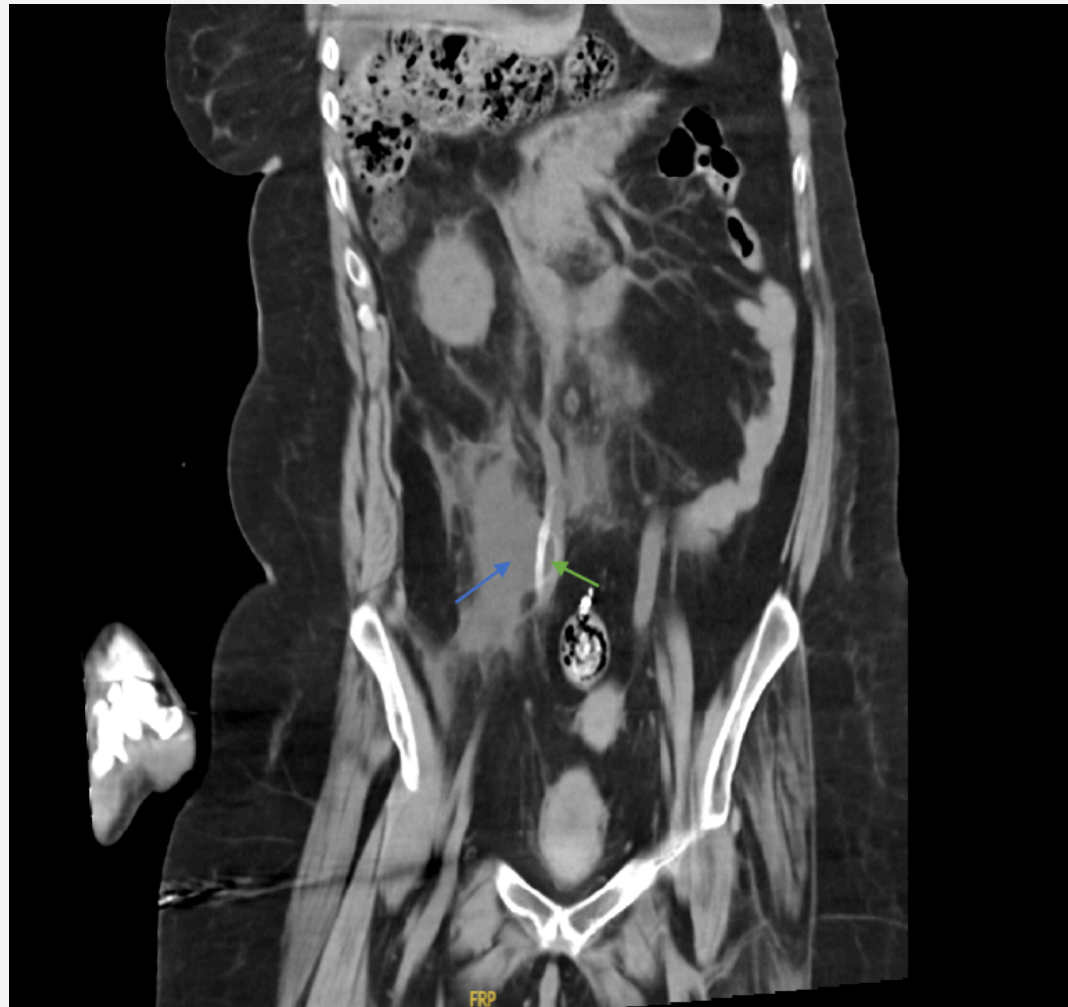
## Estallido ureteral

### Dr. José María Tapia Rodríguez

Paciente de 51 años institucionalizada en residencia por deterioro neurológico secundario a oligodendroglioma en lóbulo temporo-parietal derecho. Realiza autocateterismos intermitentes. Acude al servicio de urgencias por dolor en hipogastrio, anuria y dificultad para el sondaje vesical . No otra sintomatología.

Se realiza TAC en urgencias observándose dilatación pielocalicial bilateral con sonda Foley hasta tercio medio de uréter derecho con perforación, urinoma y neumoretroperitoneo. Ante dichos hallazgos, se realiza colocación de catéter doble J derecho sin incidencias. Tras procedimiento, empeoramiento clínico analítico con disminución del nivel de consciencia, Glasgow 7 y tensión arterial (86/54 mmHg) en relación a sépsis de origen urinario. Se realiza TAC con contraste donde se evidencia aumento de urinoma y extravasación de contraste. Se procede a colocación de nefrostomía percutánea derecha e imposibilidad de drenaje de colección.

En TAC de control, mejoría del urinoma con reducción de tamaño medio y ausencia de extravasación de contraste por vía urinaria.



Perforación ureteral derecha iatrogénica con sonda Foley  
Flecha azul: Urinoma.  
Flecha verde: Balón sonda vesical.

## *Cuando no todo es maligno en una paciente con cáncer*

**Dr. José del Corral Morales**

Mujer de 61 años con cáncer de mama HER2+ localmente avanzado, tratada en otra comunidad con quimioterapia neoadyuvante y cirugía, logrando una excelente respuesta y completando tratamiento adyuvante antiHER2. Durante el seguimiento en nuestra comunidad, estudios radiológicos repetidos informan metástasis hepáticas múltiples. Ante este hallazgo, se realiza biopsia hepática, que descarta malignidad. El diagnóstico final revela alteraciones de la perfusión hepática secundarias a una hipertensión portal grave, simulando enfermedad metastásica.

Un caso que resalta la importancia de la correlación clínica y la confirmación histológica en la evaluación radiológica de lesiones sospechosas.



## *Más allá de una lumbalgia: descubriendo los nódulos de Schmorl*

**Dra. María Cerezo Ríos**

Varón de 22 años sin antecedentes de interés consulta por dolor lumbar bilateral de 3 días, asociado a un sobre esfuerzo al levantar peso. No presenta irradiación, traumatismo, fiebre ni signos de alarma. La exploración muestra dolor a la palpación de la musculatura paralumbar y leve limitación de movilidad, con pruebas neurológicas negativas.

Se inicia tratamiento con AINEs, pero persiste el dolor, por lo que se solicita radiografía lumbar, evidenciando nódulos de Schmorl en L3 y L5.

Se ajusta analgesia y se deriva a fisioterapia y traumatología para completar estudio con resonancia magnética.

Los nódulos de Schmorl son herniaciones del núcleo pulposo del disco intervertebral hacia el interior del cuerpo vertebral adyacente, se asocian a degeneración discal, microtraumatismos, predisposición genética u osteoporosis. Suelen ser asintomáticos, pero pueden causar dolor lumbar. El tratamiento es conservador, con analgesia y fisioterapia, reservando otros estudios o intervenciones para casos sintomáticos o con complicaciones.



## *Asómate a la ventana, para ver la causa de la nevada*

**Dra. Virginia González Hidalgo**

Paciente de 65 años, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos, quien consulta por tos crónica y seca de un mes de evolución, dolor pleurítico y pérdida de 5 Kg en este tiempo. Exploración física general y neurológica y analítica de urgencias sin datos de interés. Radiografía de tórax (imagen 1A) con múltiples infiltrados bilaterales compatible con "suelta de suelta".

Se realizó TC (imágenes 1B C) torácico que confirmó dicho hallazgo sin evidenciar otros relevantes. Se realizó estudio analítico con inmunidad, serologías, marcadores tumorales y estudio tiroideo (todos ellos negativos). TC de extensión (craneal, cervical, abdomino pélvico) normal.

Tres días después, comienza con miodesopias y disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo, evidenciándose mediante oftalmoscopia lesión nodular pigmentada marrón compatible con melanoma coroideo, y tomografía de coherencia óptica con irregularidades en la estructura interna y pérdida coriocapilar compatible con lo anterior.



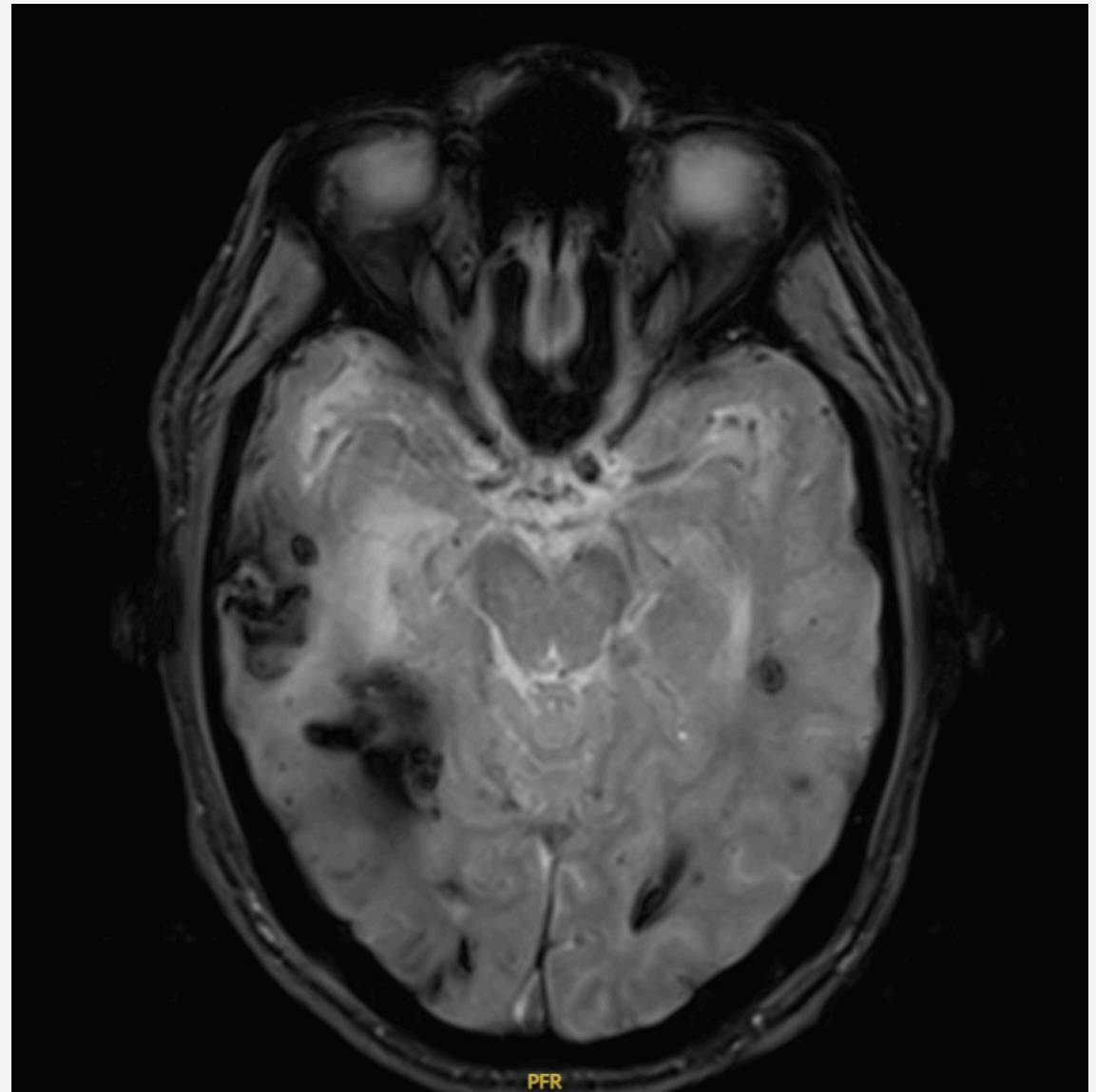
## *Más allá del TC se esconde la verdad*

**Dra. Lucía Macarena Olea Ramírez**

Varón de 65 años con antecedente de hematoma lobar parietal derecho el mes previo que acude a Urgencias por cefalea, náuseas y vómito y alteración visual, observándose en TC craneal urgente nueva hemorragia parietotemporal derecha con extensión ventricular.

Durante la hospitalización, se completa estudio con RM cerebral, en la que además de los hallazgos descritos, se observaron en la secuencia de susceptibilidad magnética múltiples depósitos milimétricos de hemosiderina subcorticales y corticales bilaterales en lóbulos parietales, temporales y occipital, así como en los hemisferios cerebelosos, y siderosis en surcos de la convexidad frontal y parietal derecha; lo que, junto a los episodios clínicos del paciente, resultó compatible con el diagnóstico de angiopatía amiloide.

La clínica y los hallazgos de neuroimagen permiten el diagnóstico de angiopatía amiloide cerebral aplicando los criterios de Boston V2.



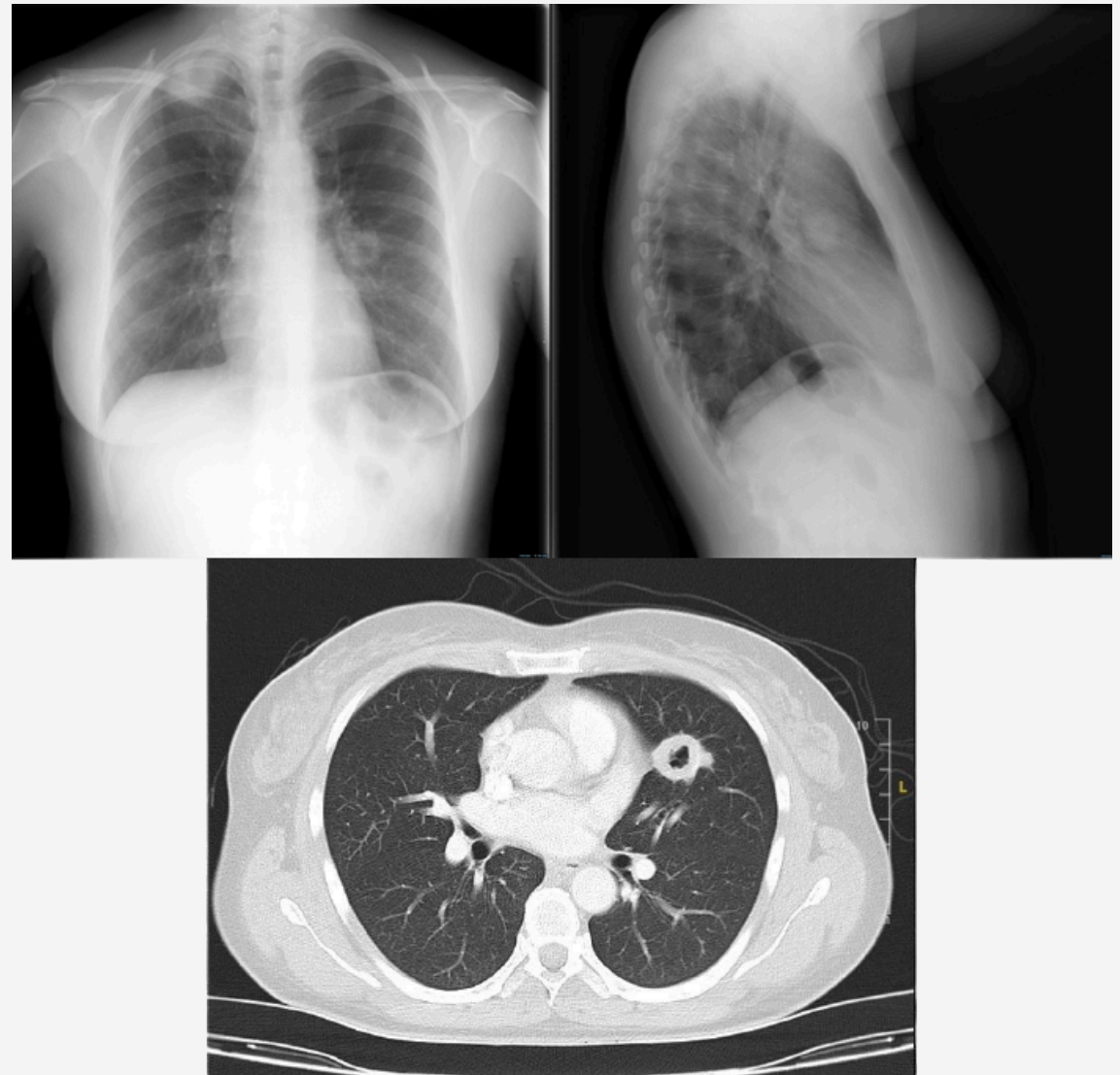
# *Granulomatosis de Wegener. Enfermedad de varias caras*

**Dra. Carmen Fernández Ramos**

Paciente mujer de 43 años con antecedentes personales de rinoconjuntivitis, asma bronquial, alergia a pólenes y monoartritis agudas recidivantes. Acudió a consulta por cuadro de odinofagia, tos y esputos con restos de sangre, fiebre de 38°C y estridor (inspiratorio y espiratorio) de intensidad progresiva que conllevaba a sensación disneica.

Desde Atención Primaria se realizó exploración física y pruebas complementarias, objetivándose edema laríngeo y hallazgo radiológico de nódulos pulmonares en hemitórax derecho e hilio izquierdo, de aspecto cavitado (imagen 1 y 2).

Con esto, la paciente ingresó en Neumología para completar estudio. Finalmente se diagnosticó de Vasulitis de Wegener por presentar TAC con masas cavitadas pulmonares (imagen 3) que sugerían dicha granulomatosis y positividad de c-ANCA y AcPR3. Se inició tratamiento con deflazacort 30mg, metotrexato 20mg/semana y ácido fólico 5mg. Actualmente continúa en seguimiento por Reumatología y Neumología con estabilidad clínica.



## *Masa mediastínica y pulmonar: Un dilema diagnóstico*

**Dra. Celia Santos Lebrato**

Mujer de 47 años remitida por tumoración supraclavicular derecha de 2 cm, con antecedentes de insomnio, alteraciones menstruales y lesiones en MMII. Además, desde hace 2-3 meses presenta tos seca, pérdida de peso y prurito generalizado. En la exploración física destaca adenopatía supraclavicular izquierda y axilar ipsilateral y lesiones urticariformes.

El TC cervico-toraco-abdominal revela una masa mediastínica y pulmonar izquierda con áreas de necrosis, infiltración mediastínica, adenopatías bilaterales y derrame pleural, lo que sugiere cáncer de pulmón paramediastínico. Sin embargo, se plantea un dilema diagnóstico al considerar la posibilidad de linfoma.

La decisión de realizar una biopsia con aguja gruesa (BAG) de la adenopatía supraclavicular, aunque indicada como primer paso, podría no obtener suficiente muestra para diagnosticar linfoma, si resultara ser esta la patología. Este dilema resalta la importancia del TC como herramienta clave para decidir la prueba diagnóstica más adecuada y optimizar la precisión diagnóstica.



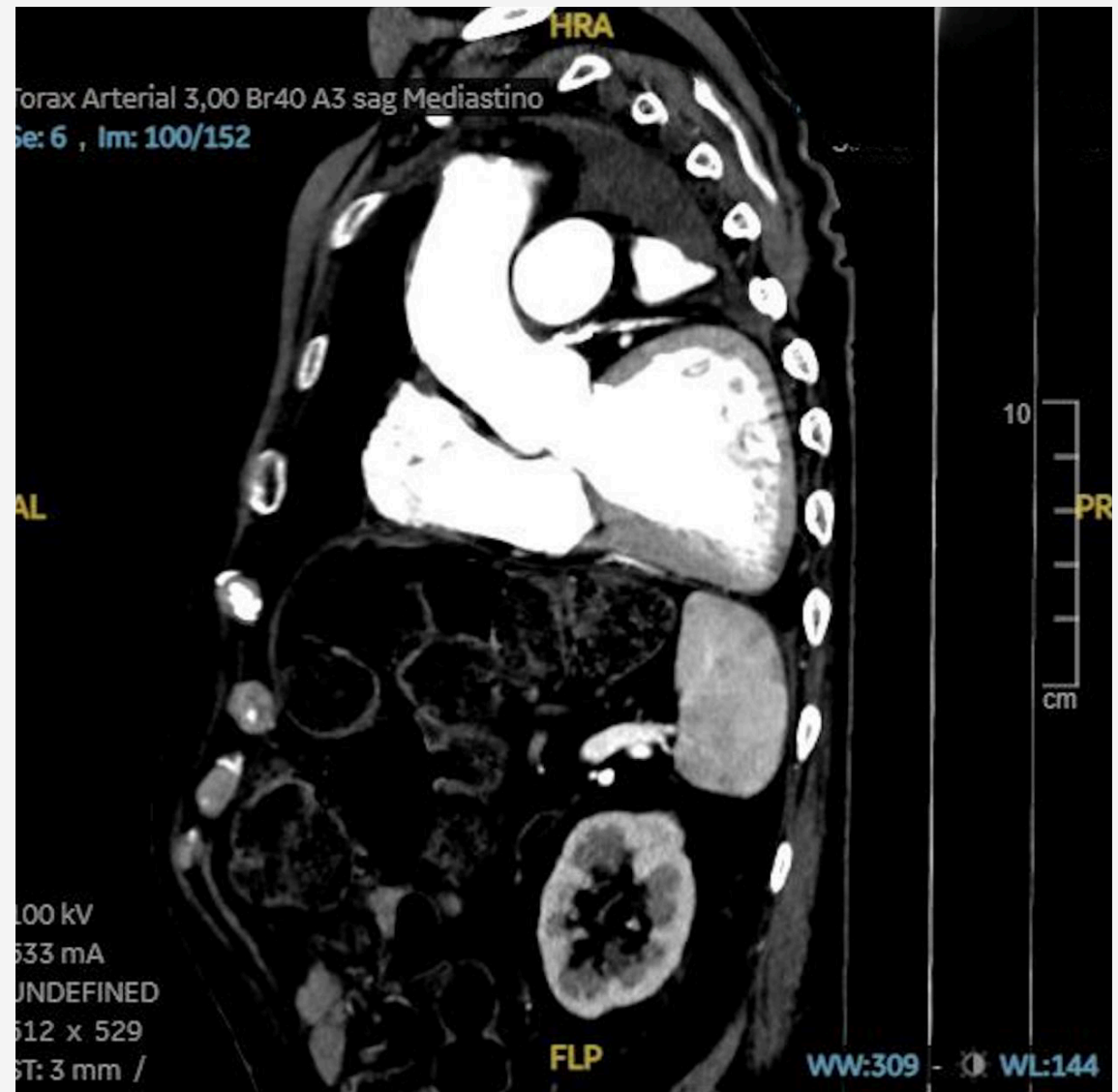
## Corazón delatador

### Dra. Rocío Soledad González Garay

Paciente de 74 años derivado por disnea. Antecedente de carcinoma broncogénico del lóbulo superior izquierdo (2015), tratado mediante neumonectomía izquierda y linfadenectomía. En la exploración física como hallazgos de interés, presenta soplo sistólico III/VI en posición paravertebral izquierda y ruidos cardiacos apagados en campo anterior del tórax.

Se realiza pruebas complementarias, donde la TC torácica con contraste evidencia cambios postquirúrgicos con desplazamiento de contenido mediastínico, destacando la curiosa posición anómala del corazón, en contacto estrecho con los arcos costales posteriores.

Este hallazgo refleja la adaptación anatómica secundaria a la pérdida de volumen pulmonar posterior a la cirugía y que, hasta el momento, no ha presentado complicaciones a nivel cardiovascular.



## Escondido tras el dolor

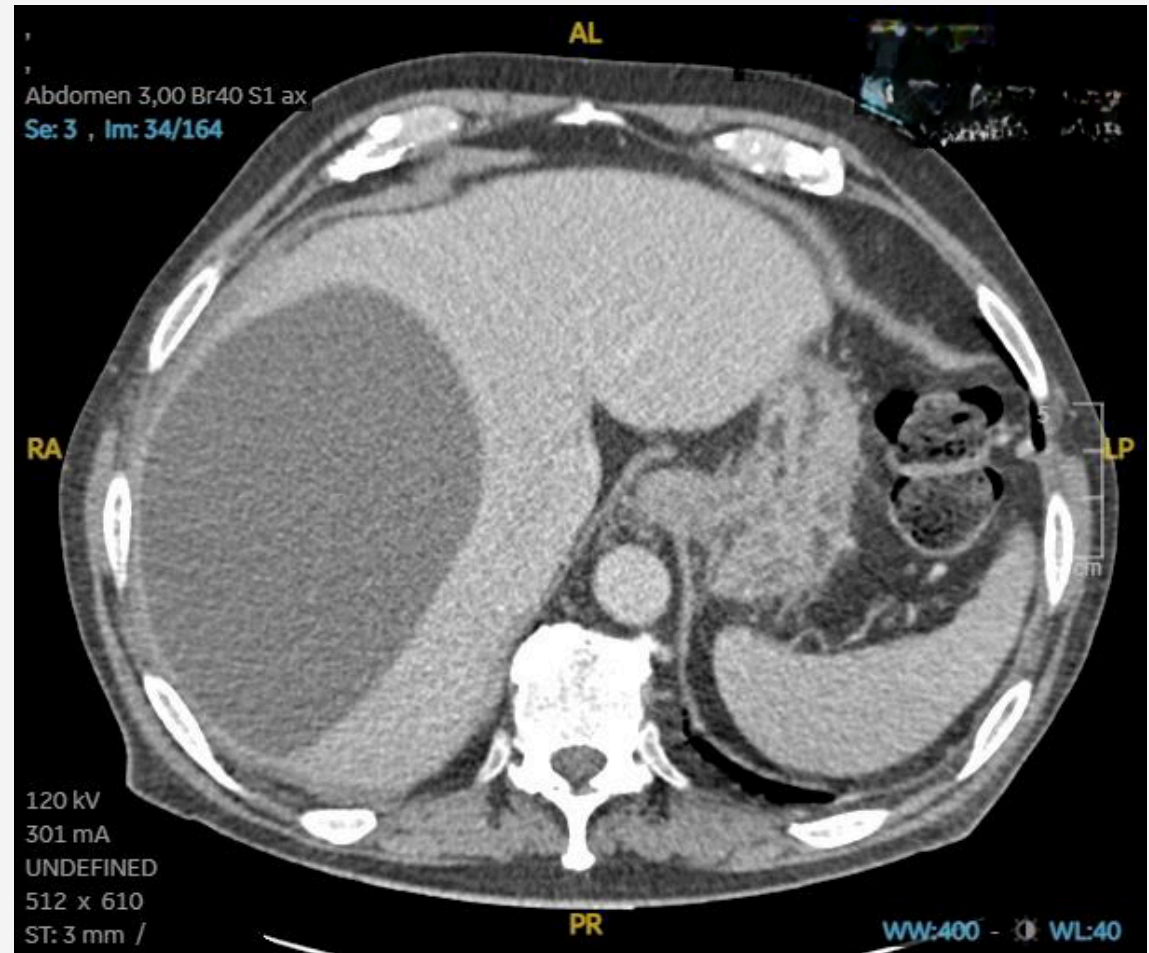
**Dra. Carmen Monterrey Gallardo**

Paciente de 78 años con antecedente reciente de colecistitis aguda tratada conservadoramente, presenta dolor abdominal y paravertebral derecho.

El TAC inicial revela colecistitis aguda litiasica con una colección hepática sugestiva de absceso subhepático vs. bilioma. Este hallazgo fue crucial para iniciar el drenaje percutáneo, obteniendo líquido sugestivo de absceso con crecimiento de E. coli. El segundo TAC de control muestra una disminución del tamaño del absceso hepático, aunque persisten signos de colecistitis aguda con cambios inflamatorios en la grasa adyacente.

La evolución del absceso subcapsular hepático, junto con la persistencia de la colecistitis, orientó hacia la necesidad de cirugía. Finalmente, se realizó una colecistectomía subtotal, lo que resultó en la resolución del proceso infeccioso.

Este caso resalta el papel crucial del TAC a la hora de descubrir una complicación inesperada, siendo una prueba imprescindible tanto para el diagnóstico inicial como para el seguimiento.

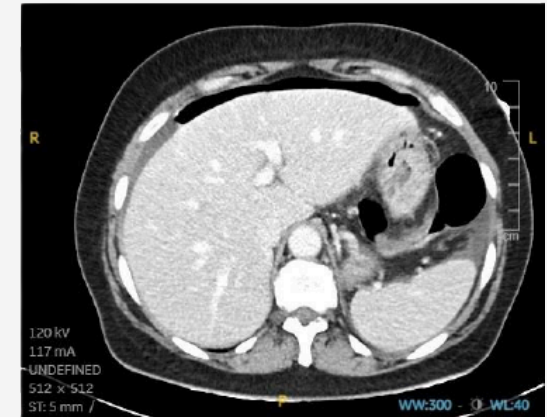


## *Doctor, este dolor de barriga no cede con nada*

**Dr. Miguel Ángel del Pozo Pérez**

Mujer de 48 años acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por epigastralgia de 12 horas de evolución que no cede a pesar del tratamiento analgésico. A la exploración presenta abdomen en tabla, doloroso a la palpación de forma generalizada y peritonítico. Analítica con leucocitosis y elevación leve de los reactantes de fase aguda.

En la radiografía lateral de tórax se apreciaba la presencia de probable neumoperitoneo. Para completar el estudio se solicitó una TAC de forma urgente donde se observaba la presencia de aire extraluminal a nivel prehepático, subhepático, a nivel del ligamento falciforme, en hipocondrio izquierdo, anterior al colon transversal, también en el hilio hepático y retroperitoneal inmediatamente anterior al riñón derecho, hallazgos en relación con neumoperitoneo por posible perforación de víscera hueca.



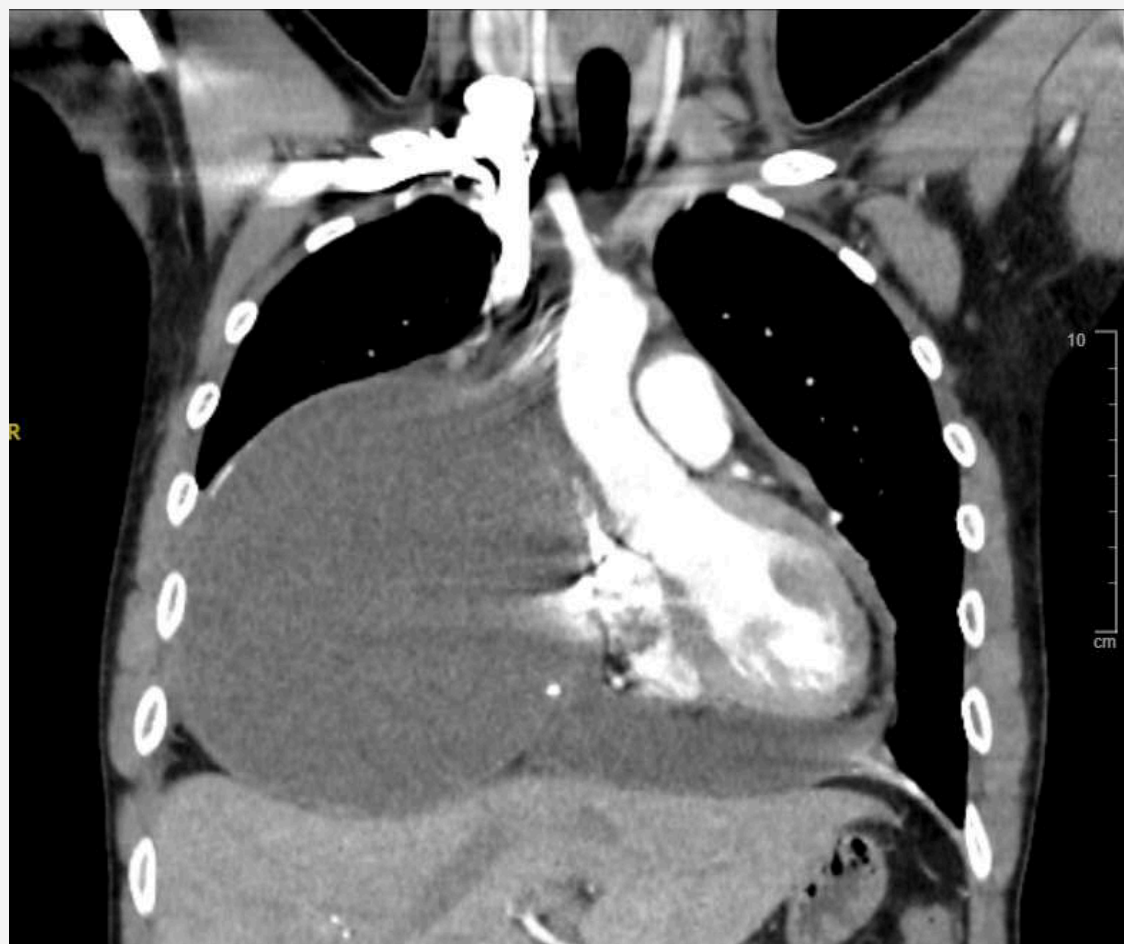
## *Mediastino enigma: Una masa, dos diagnósticos y un desenlace inesperado*

**Dra. Ana Carbajal Rodríguez**

Paciente de 27 años con antecedentes de vida rural y contacto con perros, que consulta al servicio de urgencias hospitalario por clínica sugerente de pericarditis e importante trabajo respiratorio.

En la radiografía de tórax se observa alteración en la disposición del mediastino y presencia de derrame pleural izquierdo por lo que se completa el estudio con un TAC, donde se aprecia una lesión quística en lóbulo superior izquierdo de grandes dimensiones calcificada parcialmente y con una porción sólida basal que ocasiona atelectasias pasivas y compresión de estructuras mediastínicas, con desplazamiento de mediastino, altamente sugestiva de quiste hidatídico.

Ante la sospecha, el equipo quirúrgico y anestésico preparó el abordaje bajo estrictas medidas para hidatidosis. Sin embargo, la sorpresa llegó tras la resección: el análisis histológico reveló un timoma estadio I según la clasificación de Masaoka. Un giro inesperado que nos recuerda que, en medicina, no todo es lo que parece.



## *La nueva casa del Mitreo*

### **Dra. Victoria Cabrera Jiménez**

Varón de 7 años traído por sus padres al servicio de urgencias hospitalarias afirmando ingesta voluntaria de cuerpo extraño de gresite de piscina hace tres horas. Episodio no presenciado por adultos. Inicialmente, presentó vómitos de contenido alimentario, sin restos hemáticos, sin asociar otra clínica. Posteriormente, asintomático.

En la valoración en urgencias, estable clínica y hemodinámicamente. La exploración física incluyendo la exploración abdominal resultó anodina. Se solicita radiografía de tórax y abdomen. Destaca imagen compatible con cuerpo extraño cuadrado, de unos 2,4 x 2,4 centímetros de diámetro, que impresiona estar en vía digestiva, sobre región esófago-gástrica, sin datos de neumotórax ni neumomediastino. Se ingresa para observación 24 horas, con dieta absoluta, sueroterapia y protección gástrica.

En radiografía abdominal de control, progresión de cuerpo extraño a región antro-pilórica.

Contactamos con Cirugía Pediátrica, que acepta traslado procediendo a extracción de cuerpo extraño de forma endoscópica sin incidencias.



## *Diagnóstico menos esperado*

### **Dr. Pablo Manuel Curto Alonso**

Paciente con dolor de rodilla izquierda de meses de evolución sin traumatismo previo acude a urgencias , se realiza radiografía tibia-peroné objetivándose lesión de características líticas en tercio proximal de la tibia.

Tras completar estudio con pet-tac incluido se objetiva múltiples lesiones líticas en el contexto de mieloma múltiple.



## *El silencio de un gigante*

### **Dra. Carlota Valentin del Barco**

Se presenta el caso de un varón de 82 años que acude a Urgencias tras hallazgo incidental de quiste abdominal en ecografía. Refiere que ha notado recientemente una masa en flanco izquierdo, sin signos inflamatorios.

La exploración revela un perímetro abdominal aumentado de forma homogénea y una tumoración central de consistencia elástica bien delimitada.

La ecografía muestra un gran quiste abdominopélvico sin poder determinar su origen, lo que lleva a la realización de un TC abdominal, en el que se muestra una lesión quística que engloba la vena cava inferior hasta la bifurcación ilíaca.

A pesar de su tamaño el paciente permanece asintomático. Tras valoración por Cirugía Hepatobiliar, se opta por un manejo conservador, dada la naturaleza de la lesión y la ausencia de sintomatología significativa.

Este caso subraya la importancia de la evaluación radiológica en la identificación y manejo de lesiones quísticas abdominales complejas.

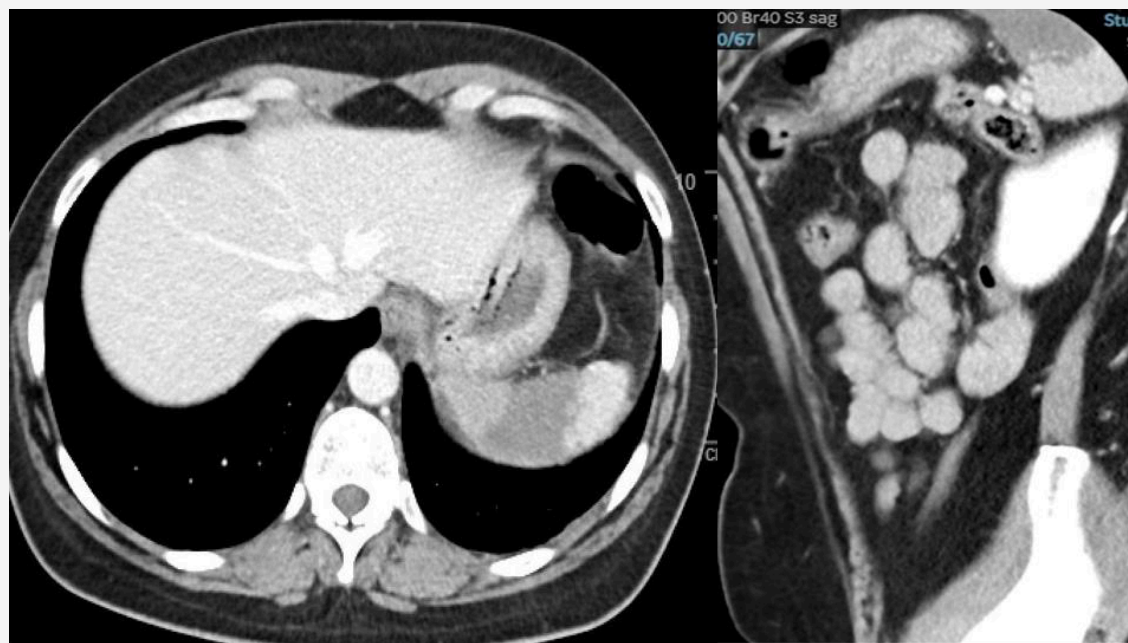


## *Retratos de la coagulación: Sarilumab y el desafío del infarto esplénico en artritis reumatoide*

**Dr. José María Granado Minero**

Mujer de 45 años con antecedentes de artritis reumatoide (AR) tratada con Sarilumab e hipotiroidismo, ingresa por dolor abdominal irradiado al hipocondrio izquierdo. La exploración física revela abdomen blando con dolor localizado. Análíticamente destaca leucocitosis (19,030) y PCR elevada (58.3 mg/L). El TC-abdominal muestra un área triangular hipodensa en el polo superior del bazo, compatible con infarto esplénico. Se realiza manejo conservador con analgesia y profilaxis antibiótica, logrando estabilidad clínica. Se recomienda al alta seguimiento ambulatorio y control radiológico en 3 meses.

Sarilumab, es eficaz en AR moderada, es un anticuerpo monoclonal IgG1 que bloquea el receptor de IL-6, que forma parte de diversos procesos fisiológicos como la migración y activación de linfocitos (T,B) que predisponen a una inflamación sistémica, clave en inflamación y destrucción articular en AR, y alteración de la coagulación, lo que podría predisponer a eventos trombóticos como el infarto esplénico en pacientes susceptibles.



## *Un cabo óseo no suelto*

### **Dr. Miguel Begines Tirado**

Varón de 3 años que consulta por aparición de bultoma en pierna derecha de dos meses de evolución. No dolor ni antecedente traumático. Deambulación normal. Afebril. No clínica sistémica.

En la exploración física destaca una tumoración de unos 2 cm de diámetro en borde interno de tibia proximal derecha, no dolorosa a la palpación y móvil sobre planos superficiales.

La radiografía del miembro inferior derecho mostró una excrecencia ósea de base ancha en borde interno de la metáfisis tibial derecha, con continuación de la cortical sin interrupción con el hueso sano y sin datos sugerentes de malignidad.

Estos datos orientaban hacia un osteocondroma, el tumor óseo benigno más frecuente. El tratamiento consiste en la observación de la lesión al ser asintomática. Se plantearía la resección completa de la lesión si comenzara con sintomatología o sospecha de malignización, intentando demorar el procedimiento hasta la madurez esquelética para evitar lesiones fisarias.



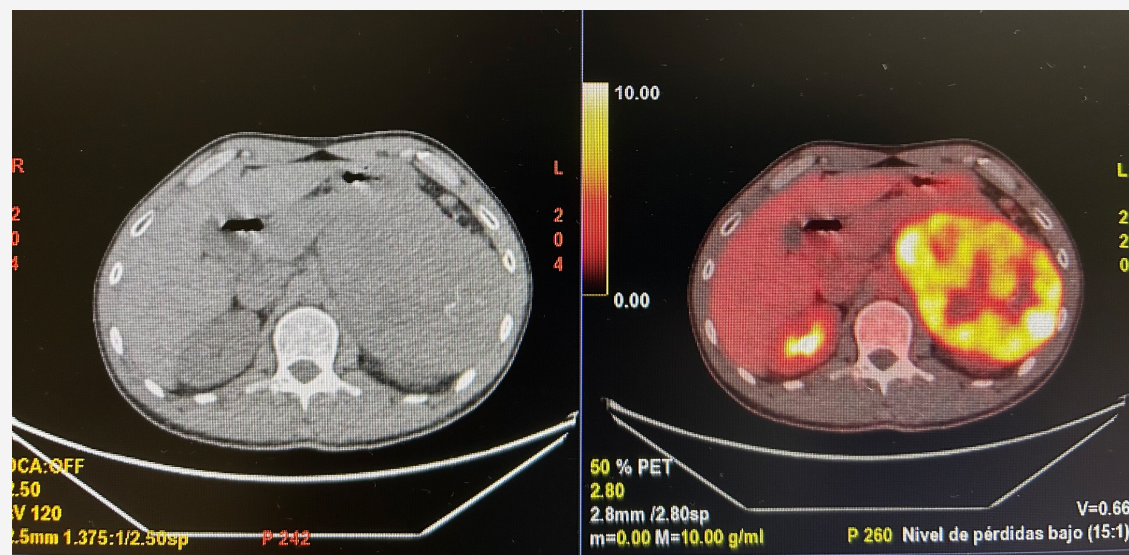
## *El susurro del abdomen: Viaje hacia un diagnóstico inesperado*

**Dra. María Luisa Fuentes Pulido**

Varón de 36 años, fumador sin antecedentes personales relevantes, presenta clínica de dispepsia asociada a alteración del hábito intestinal, hiporexia y distensión abdominal.

La exploración física reveló una masa palpable en hipocondrio izquierdo. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) confirmaron una masa polilobulada de 17 cm en el hemiabdomen superior izquierdo, con realce heterogéneo tras la administración de contraste. Se realizó una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) que mostró hipermetabolismo (SUVmáx 12.9), sugiriendo malignidad.

Se realizó una biopsia ecoguiada, cuyo análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de carcinoma adrenocortical oncocítico, una variante infrecuente de carcinoma suprarrenal, representando un desafío diagnóstico por su baja incidencia. El paciente actualmente se encuentra estable tras la resección quirúrgica y el manejo de las complicaciones postoperatorias, en seguimiento oncológico con mitotano ante el elevado riesgo de recurrencia.



## *Menos tumor, más infección: más problemas*

**Dra. María Lucía Redondo Rosco**

Varón de 56 años con antecedente de carcinoma adenoescamoso estadio IIIB (T4N2M0), en primera línea de tratamiento con Carboplatino-Pemetrexed y radioterapia concomitante. Acude al servicio de urgencias por fiebre y tos, ingresando posteriormente por sospecha de infección respiratoria.

Ante la persistencia de fiebre y síntomas respiratorios a pesar del tratamiento antibiótico empírico, se solicita una tomografía computarizada (TC) de tórax. El estudio revela una reducción del 50% en el tamaño de la masa tumoral; sin embargo, se observa la presencia de una neumonía necrotizante, como se muestra en la imagen de la derecha.

La neumonía necrotizante es una complicación grave que puede surgir tras una neumonía, generalmente asociada a microorganismos altamente virulentos. Su incidencia es mayor en pacientes inmunodeprimidos, como aquellos con neoplasias malignas. En este caso, la respuesta tumoral al tratamiento pudo haber generado cavitaciones en el tejido pulmonar, favoreciendo la sobreinfección y el desarrollo de esta complicación.



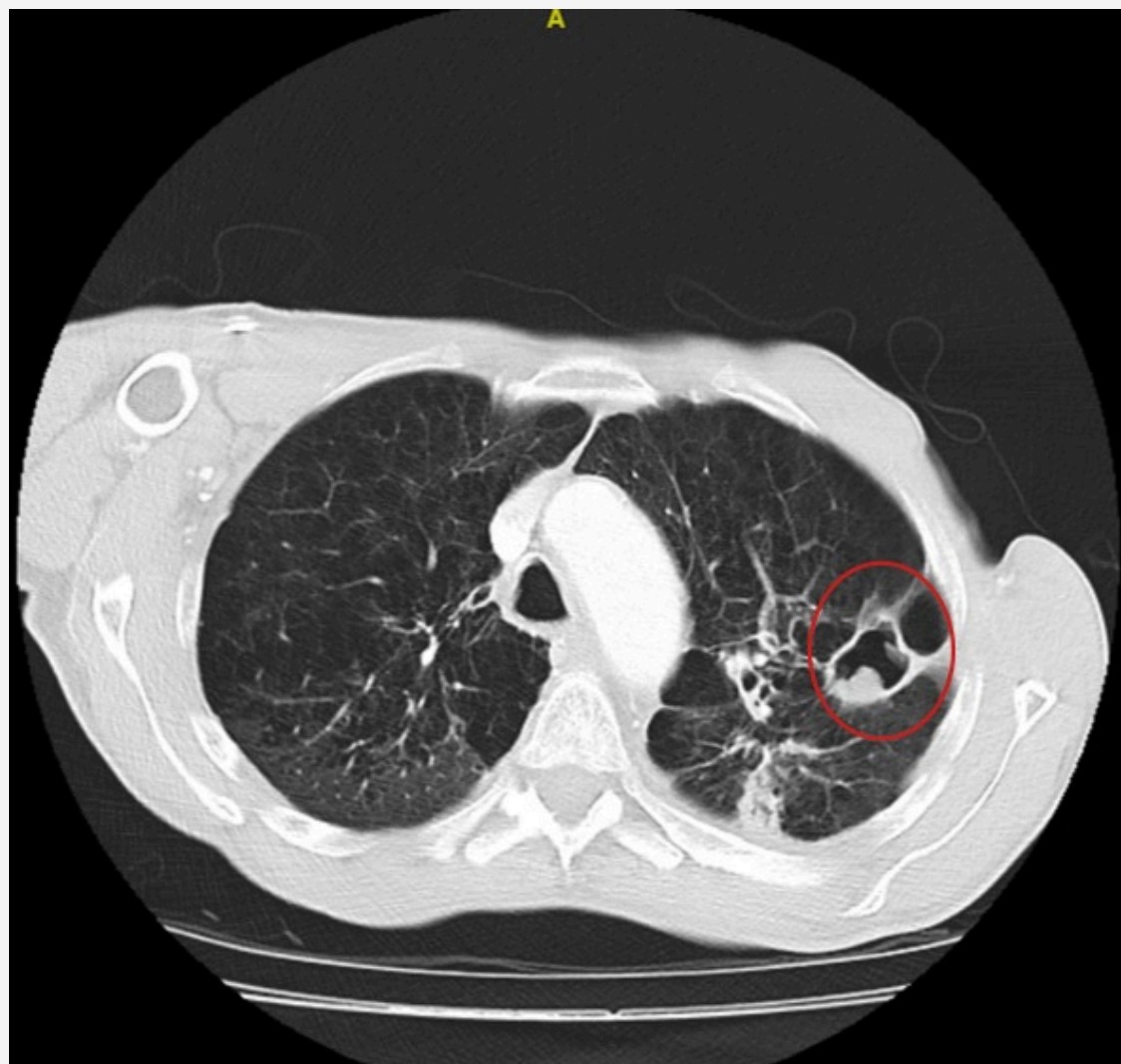
## *La importancia de la imagen en la patología respiratoria*

**Dr. Álvaro Macías Pascual**

Varón de 65 años con antecedentes más relevantes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisematoso fenotipo exacerbador en contexto de hábito tabáquico activo, que consulta por aumento de disnea en posible relación con exacerbación de EPOC.

Revisando la historia, llama la atención la aparición de lesión fibrótica con dudosa cavitación en ápex izquierdo con dudosas cavitaciones con signo del halo y tractos fibrosos no presentes previamente.

Todo ello, asociado a una situación de delgadez marcada, con pérdida de peso no cuantificada en un tiempo que no sabe definir y la situación basal del paciente (consumo de alcohol y tabaco) nos hace plantearnos principalmente el diferencial entre infección crónica (tuberculosa vs aspergilosis crónica necrotizante) vs neoplásica, obteniéndose esta imagen de signo de halo en TAC torácico.

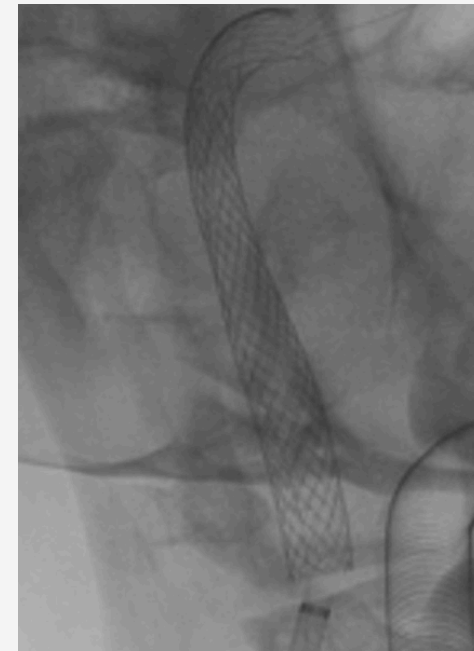
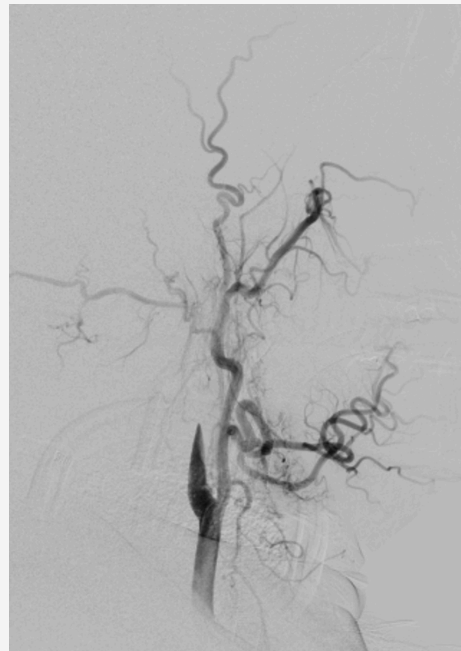


## *La llama al final del tunel*

### **Dr. Julián Artemio Cuzca Charquille**

Se activa el código ictus en paciente de 55 años con clínica de infarto completo de circulación anterior derecha de 5 horas de evolución, y sospecha de disección carotídea. En la TC-perfusión presentaba extensa área de penumbra isquémica del territorio anterior sin infarto establecido. En la angiografía por sustracción digital se visualizó el signo de la llama en la carótida interna derecha siendo diagnóstico de disección carotídea, por lo cual se realiza angioplastia con stent comprobando una repermeabilización completa del vaso.

La disección carotídea es una entidad rara que supone un desafío clínico, en la que existe una rotura de la túnica íntima con paso de sangre hacia la túnica media creando una falsa luz que ocluye la luz verdadera de la arteria. En este caso su rápida identificación y manejo permitió abrir la luz verdadera y salvar el territorio en penumbra con una recuperación clínica completa y sin secuelas.



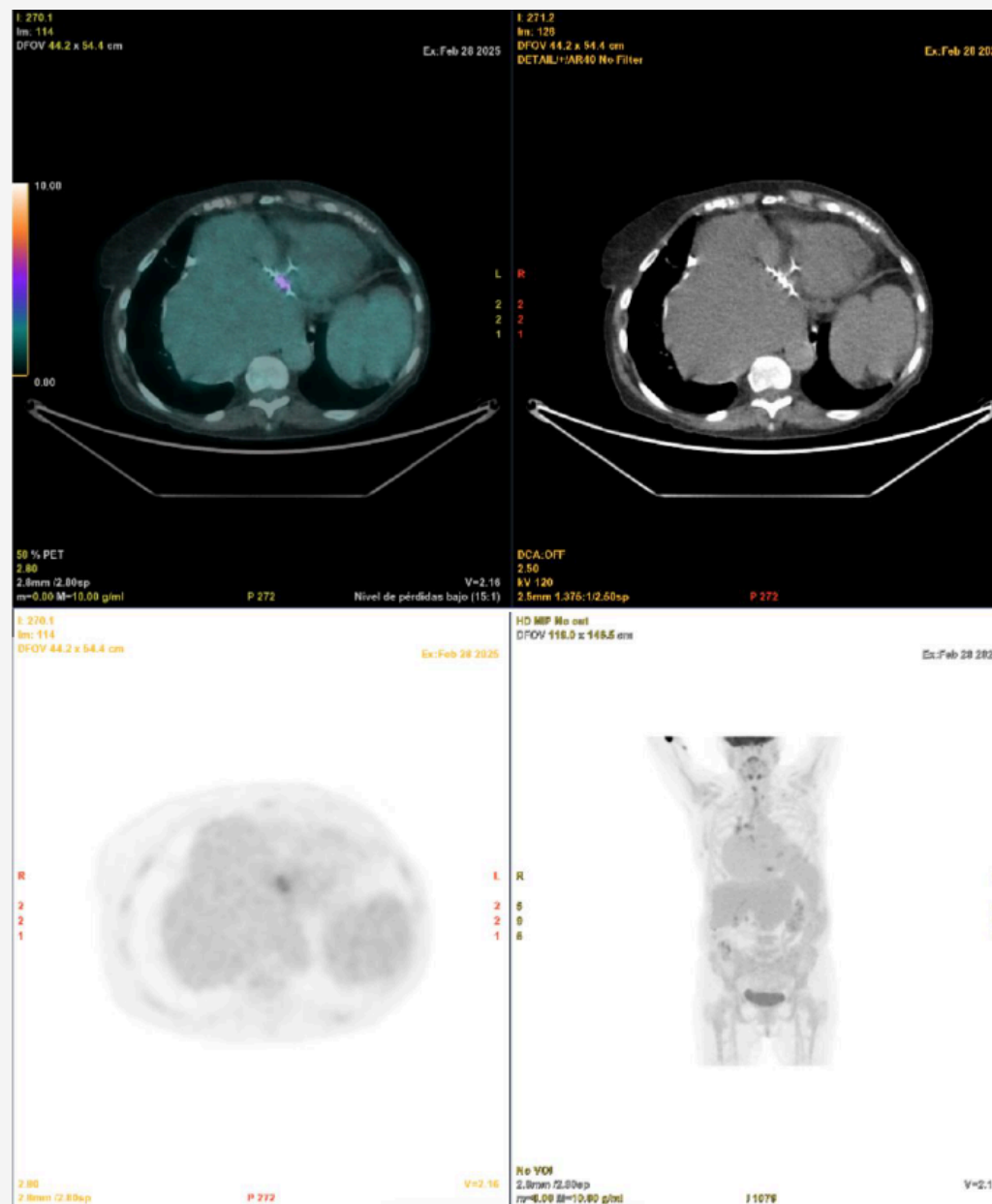
# Prótesis mitral en riesgo

**Dra. Elia Moreno Fuentes**

Mujer de 72 años, ingresada por fiebre de hasta 39°C, sin otra sintomatología asociada. Antecedentes de prótesis mitral y episodios previos de endocarditis bacteriana (EB).

Durante el ingreso presentó signos de ICC, fiebre sin foco, aumento significativo de reactantes de fase aguda y VSG >100mm/h. No se observó afectación orofaríngea ni signos de émbolos sépticos. Se inició tratamiento empírico con Ceftriaxona ante alta sospecha de EB, y debido a hemocultivos positivos para *Streptococcus gallolyticus* se solicitó un ecocardiograma transesofágico (ETE) que no mostró evidencia de endocarditis nativa aórtica o protésica mitral. Por ello, se procedió a realizar un PET-TAC para un estudio adicional, el cual reveló un área focal hipermetabólica en la válvula mitral (SUV<sub>máx</sub> 4,6), que orientó hacia el diagnóstico de sospecha.

Este caso subraya que, cuando los métodos convencionales no son concluyentes, las técnicas avanzadas (como el PET-TAC), desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y manejo terapéutico.



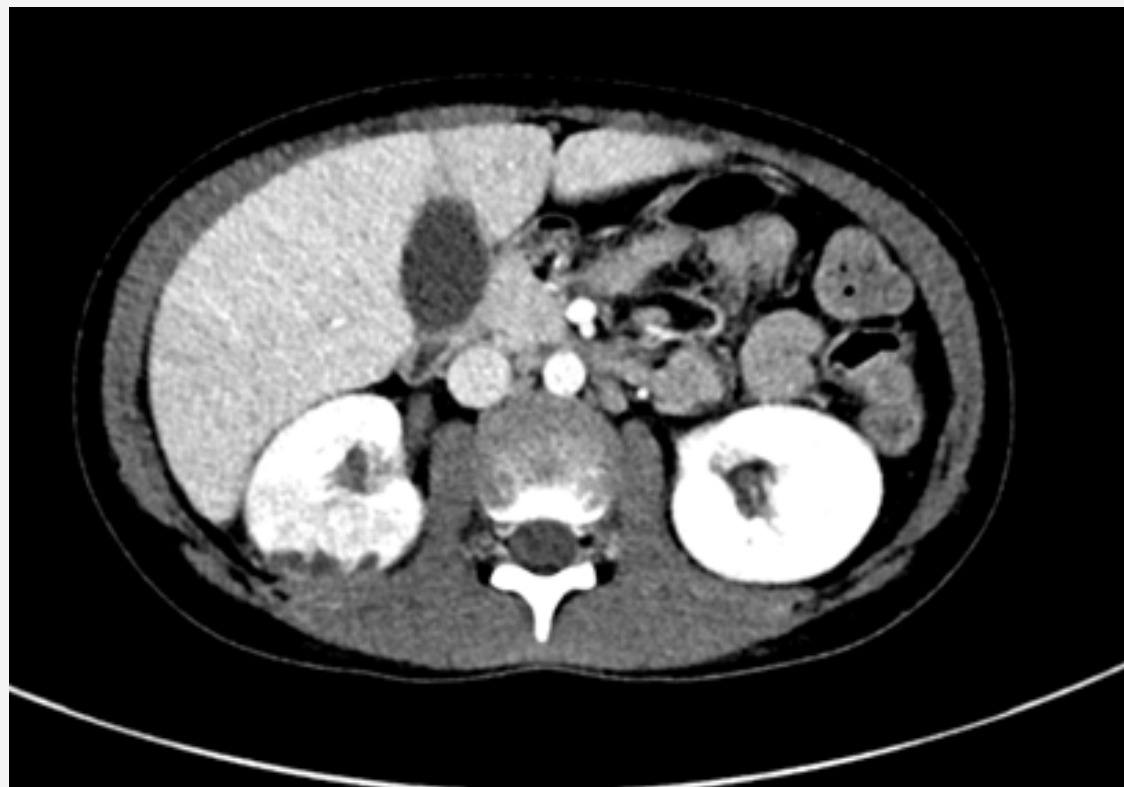
## *Un inusual hallazgo radiológico renal en la infancia*

**Dra. María Martín Bermejo**

Niño de 9 años sin antecedentes de interés, consultó en Urgencias por fiebre de 40 horas de evolución de hasta 39,3°C y dolor en hemiabdomen derecho; disuria intermitente. Reactantes de fase aguda muy elevados (PCR 356 mg/L.), sin clínica miccional ni piuria, con tira de orina y ecografía inicial normal, ingresando a cargo de cirugía pediátrica con sospecha inicial de abdomen agudo.

Apendicectomía laparoscópica sin hallazgos patológicos. Tras la intervención, reaparece fiebre pasando a cargo de pediatría. Se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) donde se observa riñón derecho con leve aumento de tamaño, nefrograma estriado y múltiples imágenes hipodensas parenquimatosas periféricas; hallazgos compatibles con una Nefronía Lobar Aguda (NLA).

Esta patología resulta muy poco frecuente en pediatría precisando un alto índice de sospecha y una imagen radiológica que permita el diagnóstico definitivo para un tratamiento adecuado del paciente.



# De la parada cardiorespiratoria a la embolización: Un viaje neurocrítico

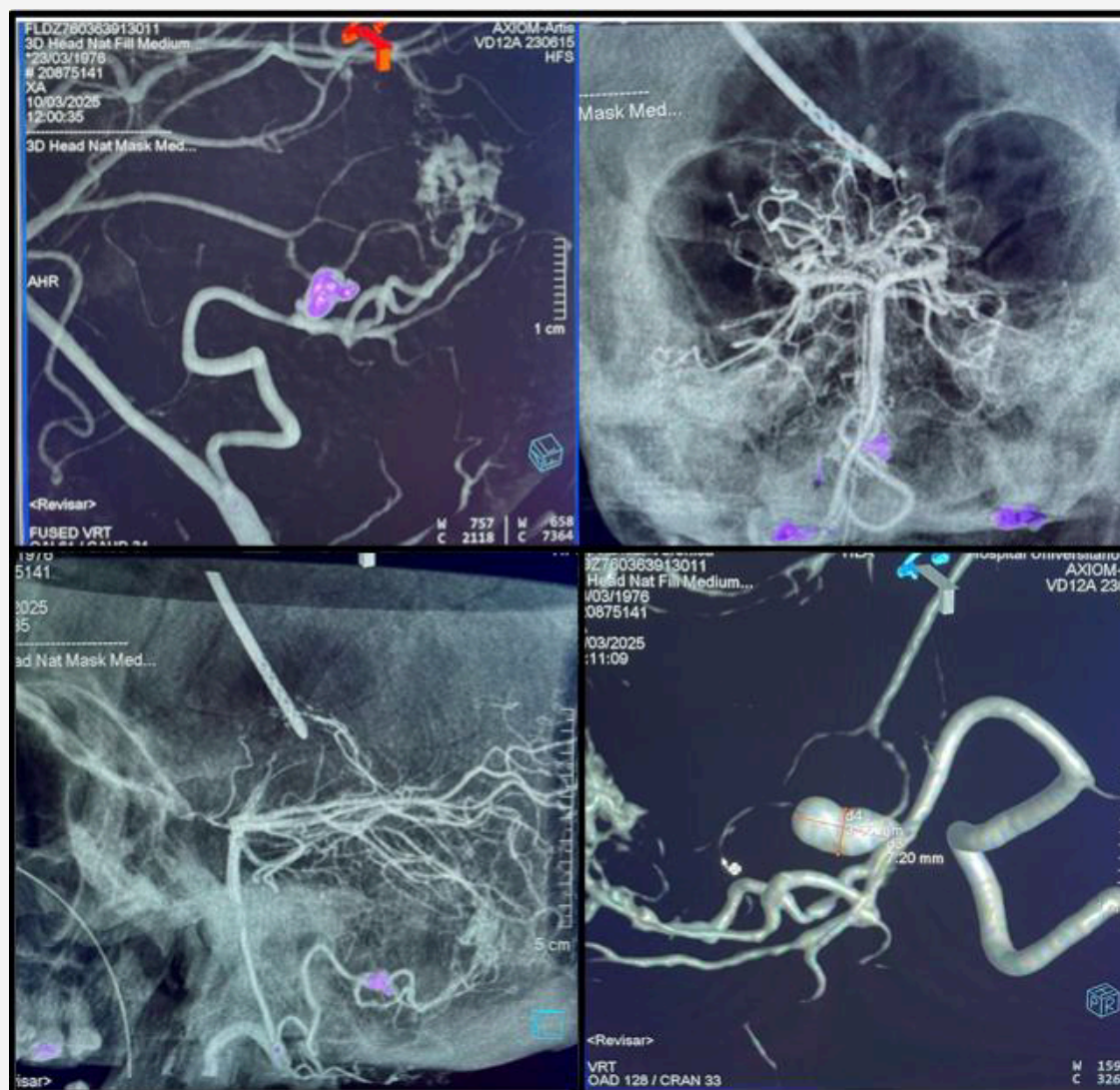
**Dra. Carmen Tola Sayagués**

Paciente de 48 años con hemorragia subaracnoidea FISHER IV, secundaria a la rotura de un aneurisma en la arteria pontina derecha del tronco basilar, causando hemorragia intraventricular masiva e hipertensión intracraneal.

Tras un esfuerzo físico, se produce una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria recuperada, que ingresa en UCIA con deterioro neurológico progresivo. Se coloca drenaje ventricular externo y se realiza embolización endovascular con coiling.

Las imágenes corresponden a la embolización del aneurisma mediante coiling simple, técnica de mínima invasión que permitió su exclusión de la circulación y redujo el riesgo de resangrado. Durante el procedimiento, el manejo anestésico se centró en la optimización del estado hemodinámico, garantizando una presión de perfusión cerebral adecuada en un contexto de hipertensión intracraneal y soporte vasopresor.

Este caso resalta la importancia del abordaje conjunto entre radiología intervencionista y anestesiología para una embolización segura, evitando el compromiso hemodinámico y neurológico en un procedimiento de alta complejidad.

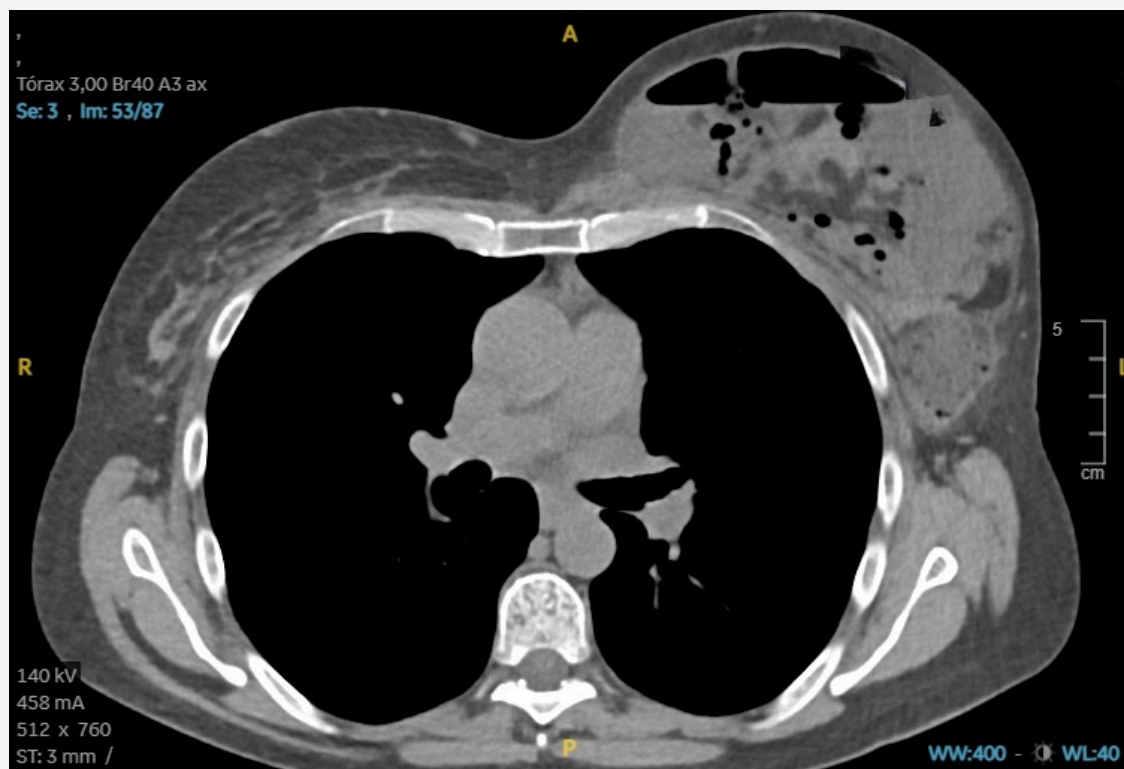


## Reducción mamaria paradójica

**Dr. Peter Franz Chambi Pinto**

Mujer de 50 años, antecedente de SAHS y DM2 que remitieron luego de cirugía bariátrica realizada en 2010 (IMC 63.3) con múltiples complicaciones (peritonitis, mallas, fistulas, y múltiples ingresos en UCI). Posteriormente colecistectomía en 2015, dermolipectomía de brazos y piernas en 2018 y abdominoplastía en 2023. En enero/2025 se somete a una mastopexia bilateral con injerto de CAP.

Luego de casi 2 meses inicia aumento de volumen de mama izquierda sin otra sintomatología, eco urgente describe pequeño acúmulo y edema generalizado, 4 días después en eco de control y TAC torácico presenta colección encapsulada a dicho nivel, se realiza drenaje de absceso con cultivos NEGATIVOS. Pasados 7 días del ingreso es alta sin clínica ni datos analíticos de infección, con antibiótico oral, analgesia y pendiente de control.



## *Hidrops vesicular*

### **Dra. Yanilka del Rosario Moreno**

Mujer de 70 años con antecedentes personales de dislipemia. Acude a urgencias por dolor a nivel de ambas fosas renales irradiado a abdomen de manera difusa, más focalizado en hipocondrios y fosas ilíacas, acompañado de náuseas, vómitos y orinas oscuras, hiporexia, astenia y pérdida de peso. Escasa mejoría con tratamiento analgésico administrado en el servicio de urgencia hospitalaria. En analíticas patrón colestásico. Se realiza TAC abdominopélvico que informa de gran distensión vesicular (hidrops vesicular) de 10 cm de eje longitudinal, pared fina, coledocitis, en parénquima hepático, patrón vascular portal marcado.

Paciente cursa ingreso hospitalario en el que se realiza colangio RM de abdomen, que confirma masa cefalopancreática, concordante con proceso neoproliferativo primario, consecuente dilatación del árbol biliar, de la vesícula, del colédoco y del conducto de Wirsung.



## *No todo es lo que parece*

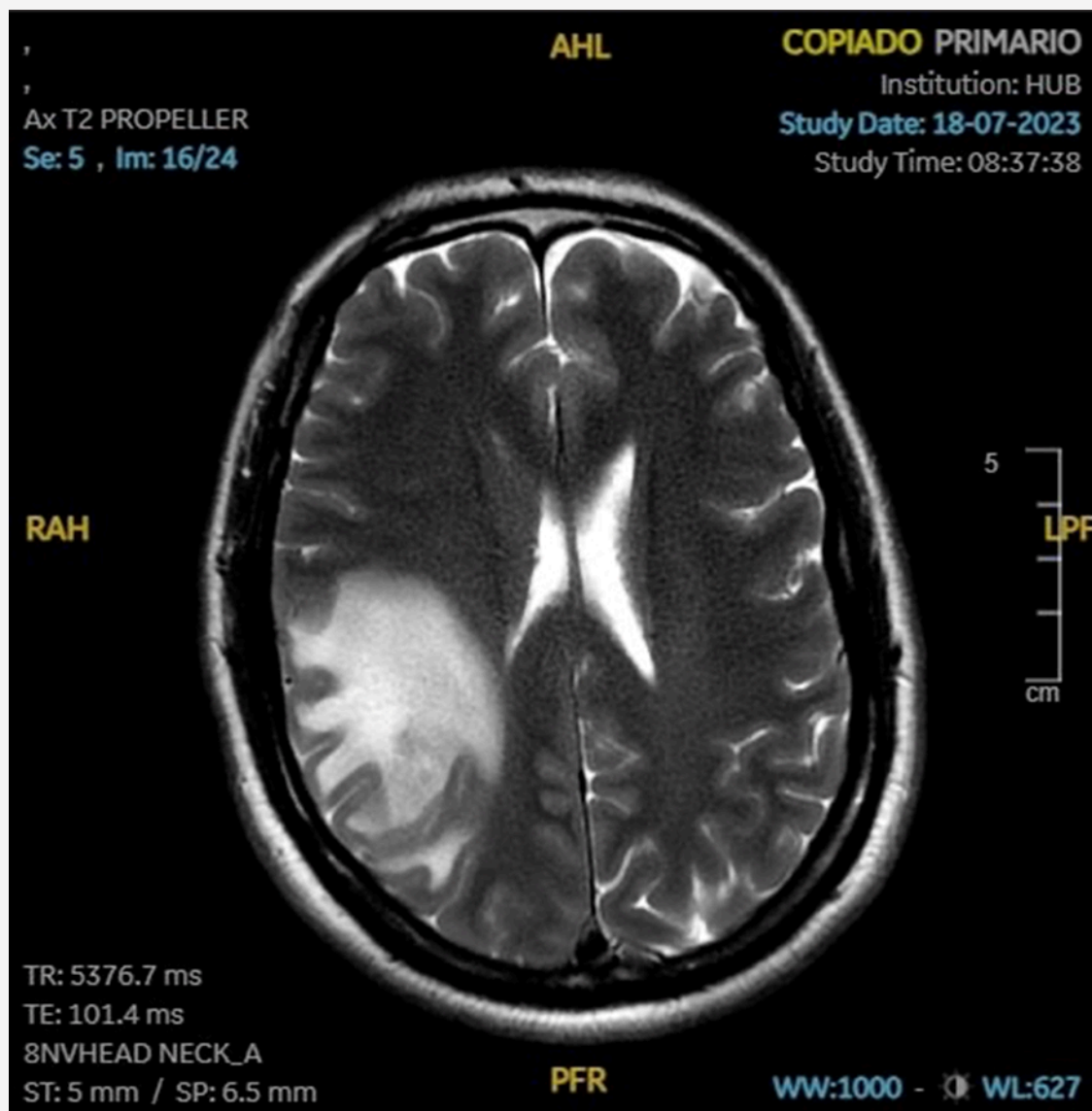
### **Dra. Marina Mohedano Rodríguez**

Varón de 45 años sin antecedentes de interés acude al servicio de Urgencias por presentar crisis comicial tras ingesta alcohólica. Niega cefalea. Niega vómitos o sensación nauseosa. Niega alteraciones del comportamiento. Niega otra sintomatología.

Se realiza resonancia cerebral donde se observa lesión parietal derecha de unos 35 mm de diámetro con importante edema perilesional y captación periférica de contraste e hiperdensidad central con mínimo foco hemorrágico sugestiva de proceso neoplásico.

Posteriormente, se realiza estudio por Medicina Interna sin evidencia de tumor primario y tras haber recibido pauta de antibiótico al considerar la posibilidad de absceso cerebral se decide intervenir quirúrgicamente al paciente con obtención estudio anatomopatológico que fue concluyente de glioblastoma difuso astrocitario de alto grado.

Ante estos hallazgos se instauró tratamiento oncológico con recaída posterior, continuando finalmente seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos.



# Dispositivos de asistencia ventricular y su riesgo tromboembólico

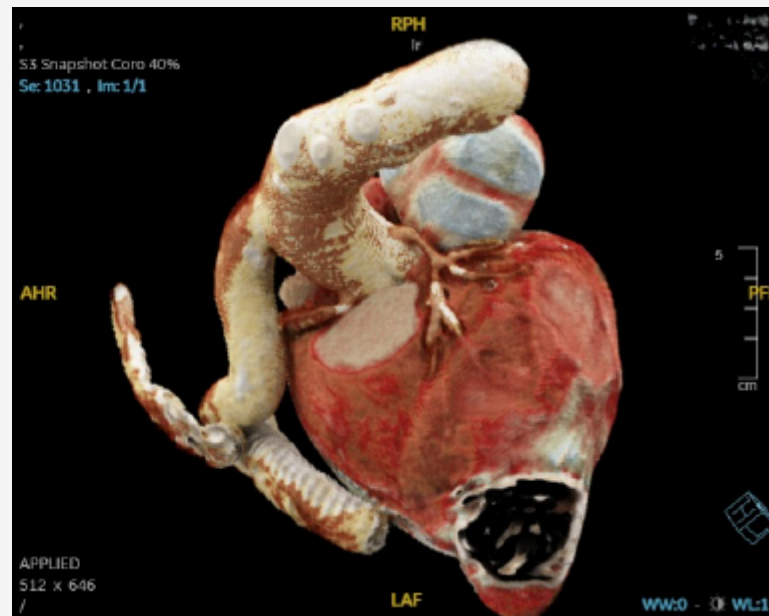
**Dra. Estrella Martínez Bermúdez**

Varón de 58 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción ventricular severa. Se implantó dispositivo de asistencia ventricular de larga duración como terapia destino.

El paciente ingresó inicialmente en la UCI por edema agudo de pulmón, evolucionando favorablemente y pasando a la Planta de Cardiología.

Durante su hospitalización, presentó un episodio de focalidad neurológica caracterizado por mano torpe, dismetría y pérdida de visión. Ante estos hallazgos, se realizó TC craneal urgente, que reveló la presencia de lesiones isquémicas en el territorio vertebrobasilar.

Dado el riesgo trombótico inherente a los dispositivos de asistencia ventricular, se solicitó un Cardio-TC para descartar la presencia de trombos intracavitarios, en el dispositivo o en sus tubos de soporte. Se confirmó la correcta colocación del dispositivo, con el tubo de salida desde la bomba hacia la aorta ascendente, sin evidencia de trombos (Imagen 1).

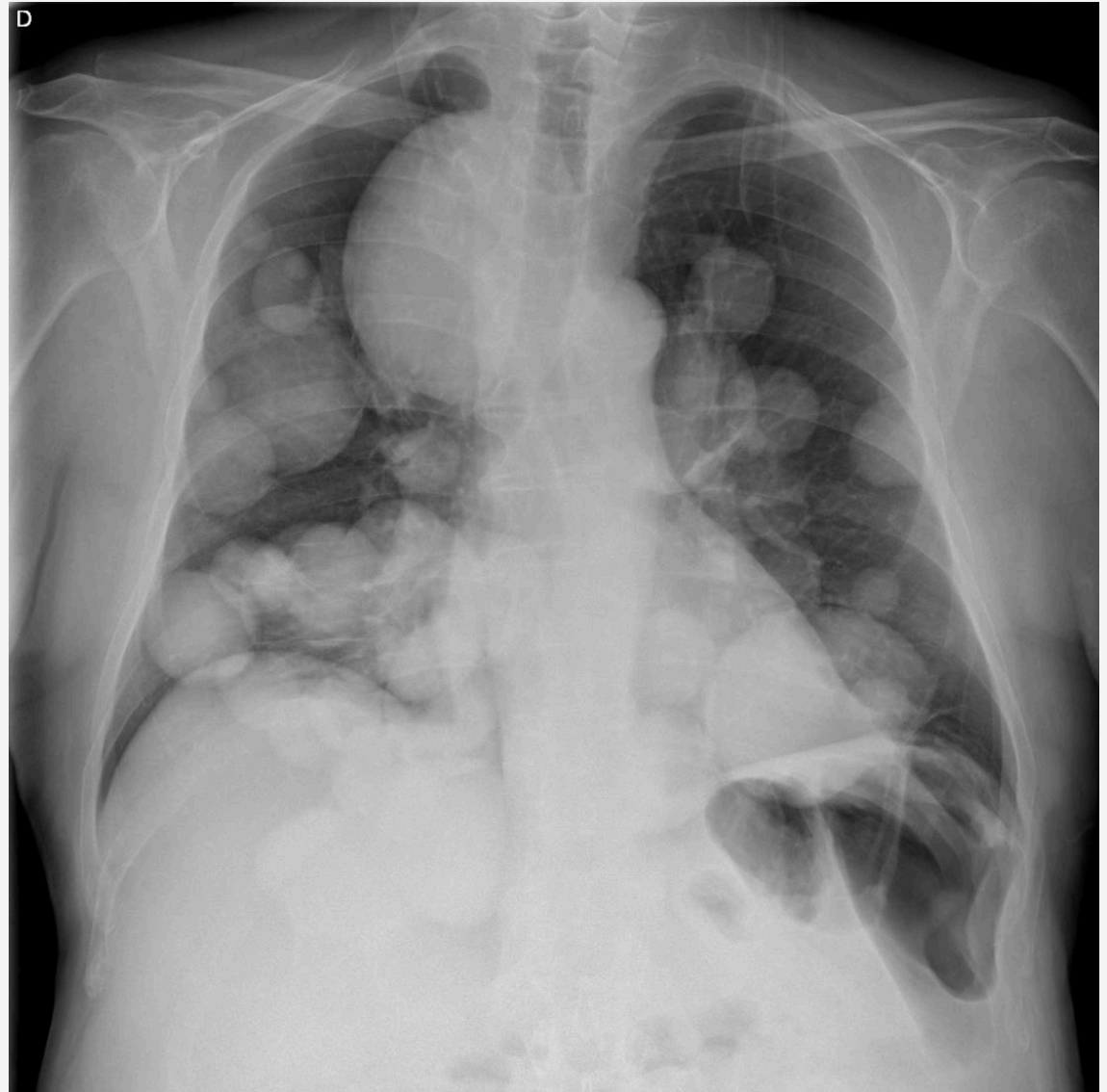


## *Globos malignos*

### **Dra. Carmen Fernández Fernández**

Varón de 70 años con múltiples metástasis pulmonares por carcinoma suprarrenal.

Clínicamente destacaba astenia, HTA, síndrome de Cushing y tos no productiva.



## *El descuido que se hizo bola*

### **Dra. Celia González-Peramato Muro**

Paciente intervenido de lesión lumbosacra compatible con schwannoma. Se realiza TAC de control tras resección completa.

En canal parietocólico derecho se identifica lesión quística encapsulada, con realce fino y homogéneo de pared y dimensiones de 8x5x6cm.

En su interior presenta contenido heterogéneo con mayor cantidad de líquido, áreas centrales con aspecto en miga de pan e imagen hiperdensa “en remolino”. Hallazgos compatibles con GASOMA o GOSSYPIBOMA.



## ¿Un vólvulo en el pulmón?

### Dra. Marina Sanz Flores

Se trata de una paciente de 88 años que consulta en el servicio de urgencias por mal estado general de siete días de evolución acompañado de tos productiva, disnea, dolor de características pleuríticas en costado derecho y fiebre. Desde hace varios años presenta marcada pérdida de peso y episodios de atragantamiento que han empeorado en el último mes, con disfagia a sólidos y líquidos acentuándose en los días previos a la visita a urgencias.

En pruebas de imagen, se observan numerosos niveles hidroaéreos derechos así como neumonía bilateral de probable origen broncoaspirativo. Analíticamente destaca una marcada leucocitosis con neutrofilia así como elevación de los reactantes de fase aguda. Tras la toma de muestra, cumple criterios de empiema. Se aísla *Stenotrophomonas maltophilia* en cultivo de abscesos.

Tras largo ciclo de tratamiento antibiótico y colocación de drenaje endotorácico presenta curación con resolución en prueba de imagen.



## *Mamá no te entiendo*

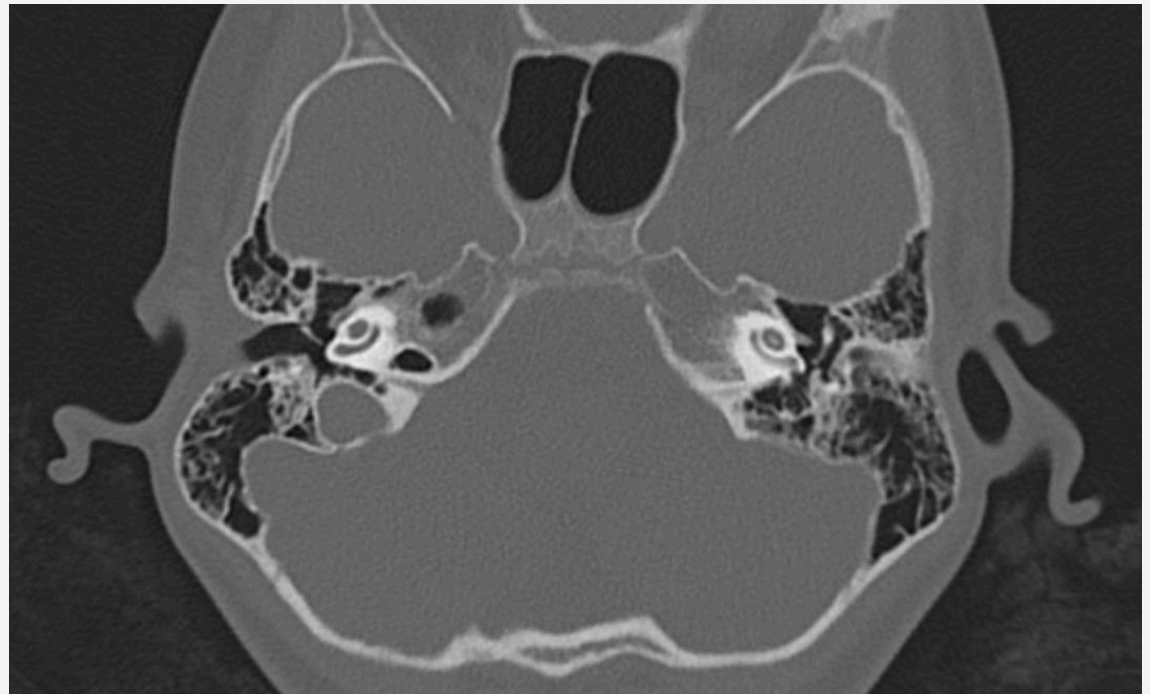
### **Dra. Elena Crehuet Jurado**

Niña de 6 años con antecedentes de meningitis neumocócica. Desde entonces, su madre ha notado que está “más lenta”, le cuesta entender y localizar los sonidos.

Se le hizo una audiometría que mostró audición normal en el oído derecho, en el oído izquierdo no hubo respuesta, ni siquiera con estímulos de 90-100 dB.

La meningitis neumocócica puede causar hipoacusia neurosensorial debido a la osificación de la cóclea. El tratamiento ideal en estos casos es el implante coclear. Dado que Cáceres es el centro de referencia en implantes cocleares de Extremadura, se le propuso esta opción a la familia. Se realiza un TC de peñascos para valorar la permeabilidad de la cóclea, ya que el implante solo se puede colocar si el electrodo puede introducirse en el canal coclear.

La imagen mostró osificación en la cóclea izquierda con estenosis del canal lo que imposibilitó la colocación del implante coclear. Aunque el implante coclear habría sido la mejor opción para mejorar su audición, no es la única alternativa. Estamos valorando otras soluciones, como los implantes osteointegrados, que pueden ayudar a mejorar la localización del sonido y a entender en ambientes ruidosos.



## *Imagen radiológica de estar por casa*

### **Dra. Remedios Cabrera Izquierdo**

Mujer de 93 años, institucionalizada, con antecedentes personales de hipertensión, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca e intervenida de adenocarcinoma de colon no apta para adyuvancia.

En analítica de control se objetiva hipertransaminasemia y deterioro de función renal, por lo que se programa consulta a domicilio, hallando exploración patológica con abdomen globuloso sin dolor, megalias ni oleada. Se amplía la exploración con ecografía abdominal clínica con ecógrafo portátil. En la misma se objetiva aumento de líquido intraabdominal que condiciona desplazamiento craneal del hígado limitando su estudio e implantes peritoneales como los de la imagen.

Ante la sospecha de progresión tumoral y dado el perfil de la paciente, se deriva de forma preferente al Servicio de Geriatría.

Previa a la consulta, la paciente presenta agudización de insuficiencia cardíaca con ingreso hospitalario, durante el mismo se solicita ecografía abdominal, confirmándose la sospecha de ascitis, carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas.



## *Garganta de los infiernos*

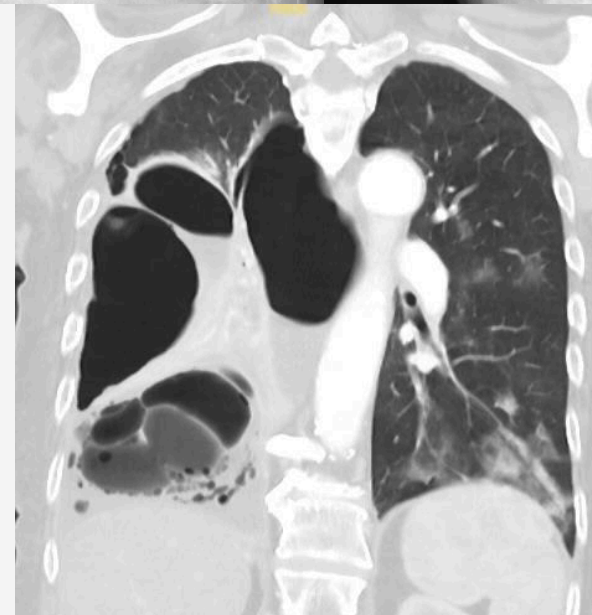
### **Dr. Fernando de los Reyes Guzmán Ruiz**

Mujer de 87 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por pérdida ponderal de 30 kg, disnea, fiebre, dolor pleurítico, tos y expectoración. Refiere disfagia y atragantamientos recurrentes en los últimos dos años.

La radiografía de tórax muestra niveles hidroaéreos en el hemitórax derecho, con escaso parénquima en campo superior, desviación mediastínica contralateral e infiltrados en el hemitórax izquierdo. La TC confirma pnoneumotórax derecho con múltiples colecciones. Se inicia tratamiento con antibioterapia y drenaje pleural.

Durante la hospitalización, Otorrinolaringología diagnóstica disfagia funcional orofaríngea, lo que relacionaría los hallazgos pulmonares con broncoaspiraciones de repetición, más frecuentes en lóbulo medio e inferior derecho por su disposición anatómica.

El mayor porcentaje de la alteración de la arquitectura pulmonar en este caso de pnoneumotórax no corresponde a la destrucción del parénquima pulmonar sino a la atelectasia pasiva por el efecto masa, por lo que, tras el drenaje de las colecciones, el pulmón recupera casi por completo su estructura original y su funcionalidad, permitiendo el alta sin síntomas respiratorios simplemente con medidas logopédicas para prevenir nuevas broncoaspiraciones.



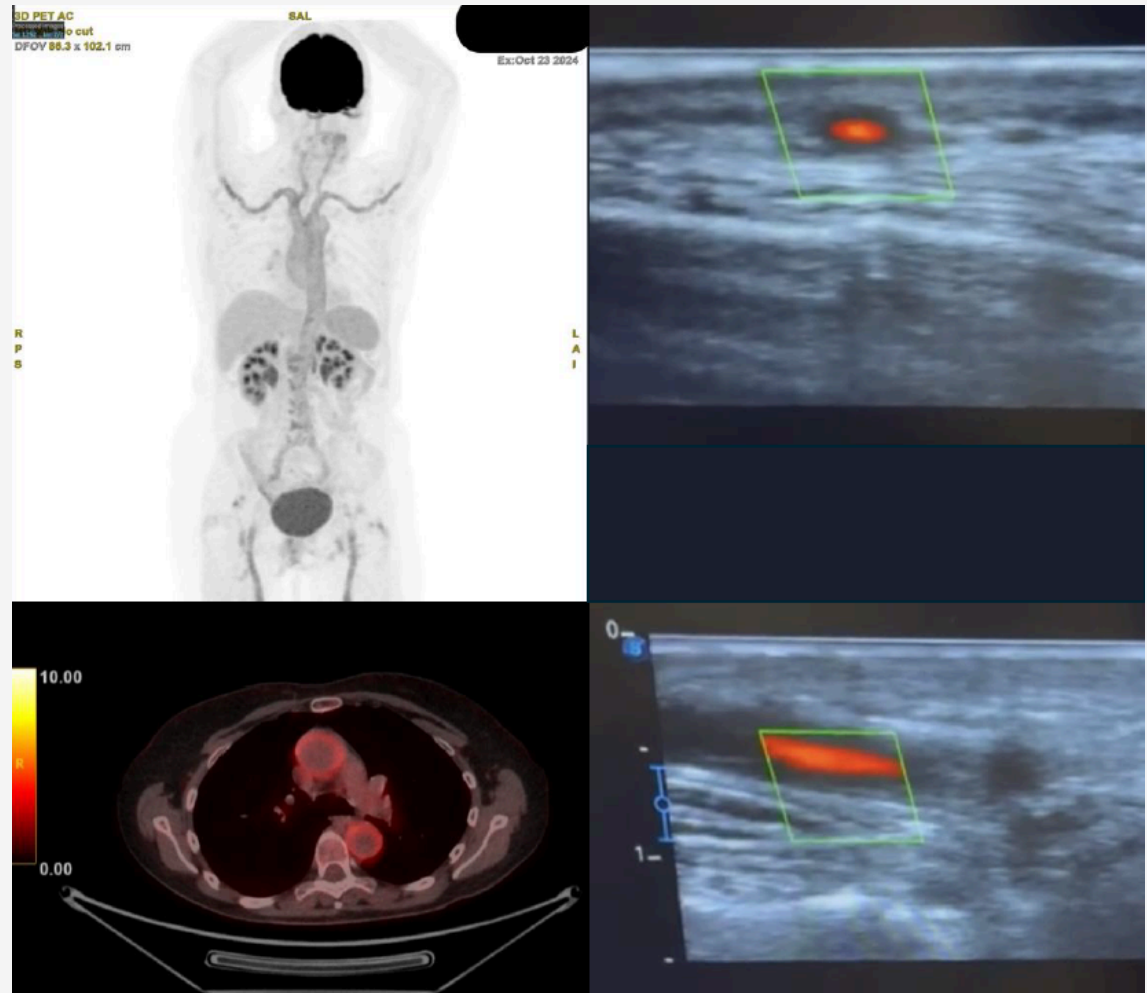
# *Claudicación mandibular, a propósito de un caso*

**Dr. Jaime Duarte Torres**

Mujer de 82 años que acude a urgencias por disminución de agudeza visual en ojo izquierdo hacía 72 horas y progresando al ojo derecho en las últimas 24 horas. En la anamnesis dirigida refería mes y medio de cefalea de predominio bitemporal, “agujetas” con la masticación y debilidad generalizada, negando fiebre y otros síntomas.

Se realizó analítica con VSG 114 mm/h y PCR 47 mg/dl, con leve leucocitosis con desviación izquierda. Se trató con 5 pulsos de metilprednisolona y tras despistaje infeccioso se pautó prednisona a 0.5mg por kg y tocilizumab 162mg sc semanal, con franca mejoría clínica y analítica, recuperando parte de la agudeza visual del ojo derecho.

Las imágenes muestran el signo del halo en la ecografía y extensa captación vascular en PETTAC. La biopsia de temporal fue compatible con arteritis de células gigantes o enfermedad de Horton.



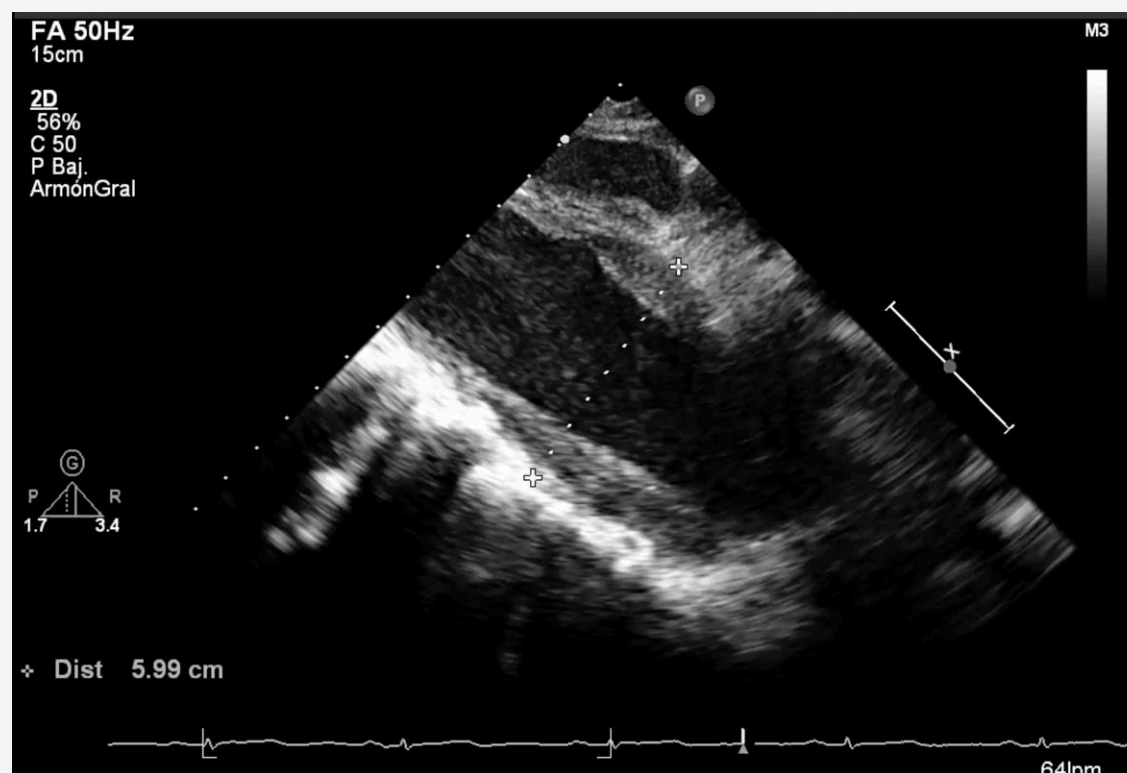
# Sombra en la Aorta: Hallazgo inesperado en el Screening Cardiovascular

**Dr. Marcos García Jambrina**

Presentamos el caso de una mujer de 69 años, diagnosticada en 2022 con válvula aórtica bicúspide y en seguimiento por aneurisma de aorta abdominal. Asintomática desde el punto de vista cardiovascular (clase funcional I), sin disnea ni dolor torácico, se encontraba en estudio en el Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, pendiente de intervención quirúrgica.

El ecocardiograma transtorácico mostró una válvula aórtica bicúspide con estenosis ligera (gradiente máximo 30 mmHg, medio 15 mmHg), función sistólica conservada (FEVI 60%), ligera hipertrofia septal y cavidades no dilatadas. Sin embargo, en el plano subxifoideo, se identificó un hallazgo clave: la presencia de un trombo mural en la aorta abdominal dentro del aneurisma previamente diagnosticado.

Este caso destaca la relevancia del cribado sistemático de la patología aórtica en pacientes de edad avanzada con factores de riesgo cardiovascular. La ecocardiografía en plano subxifoideo, a menudo infrutilizada, puede proporcionar información diagnóstica crucial para la estratificación del riesgo y la planificación terapéutica, evitando complicaciones tromboembólicas potencialmente fatales.



## *Un reparto equitativo, riñón en herradura*

**Dr. Eduardo Ortega Collazos**

Paciente mujer de 16 años de edad, ingreso en Medicina Interna para estudio de edemas generalizados en manos, brazos y cara. Valorada por Reumatología con estudio de autoinmunidad negativo y por C. Vascular privado sin diagnóstico evidente.

Se realiza TC de Tórax y abdomen, que muestra riñón en herradura con cierta impronta sobre cava y aorta, presentando buena diferenciación córtico-medular. No dilatación de la vía excretora. Resto del estudio sin alteraciones.

Posteriormente se realizó linfogammagrafía, siendo el estudio compatible con discretos signos de linfedema bilateral, llegando al diagnóstico final y realizando seguimiento a través de consultas externas.



## Doble retorno

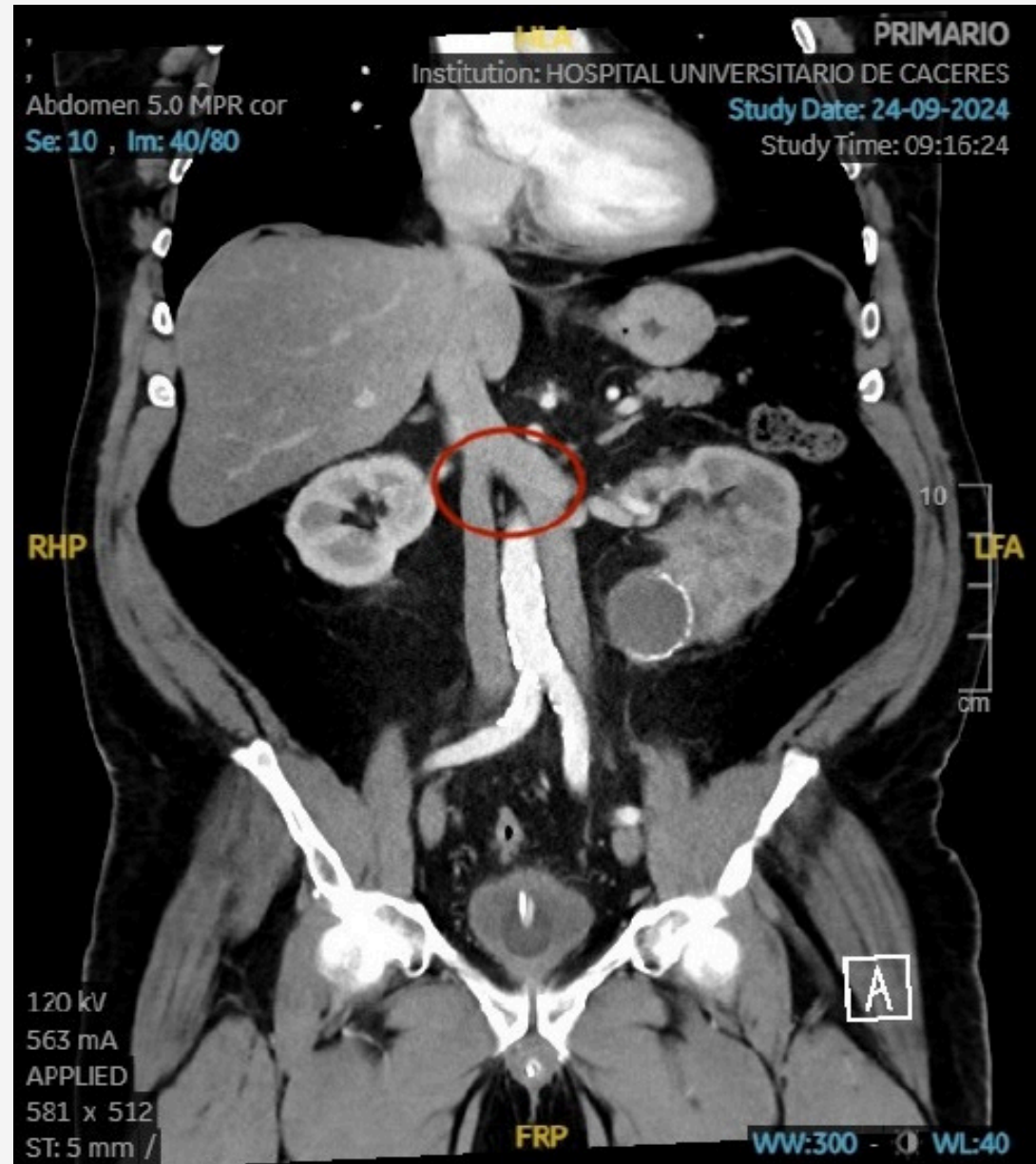
### Dra. Alicia Sánchez Villagrán

Paciente de 68 años, hipertenso, diabético, dislipémico y obeso. Exfumador desde los 32 años.

Acudió a Urgencias del Hospital Universitario Donostia en julio 2024 por clínica de cólico renoureteral izquierdo, hematuria macroscópica intermitente y aumento volumen escrotal izquierdo, repitiéndose el episodio en septiembre 2024. Por ello, solicitan un TAC en el cual evidencian una masa renal en el polo inferior del riñón izquierdo con trombo mural en la vena renal izquierda; siendo derivado a consultas de Urología del Hospital Universitario de Cáceres.

El estudio de extensión confirma lo evidenciado en TAC previo, presentando como hallazgo incidental doble vena cava inferior. Finalmente, se realiza nefrectomía radical izquierda el 12 de diciembre de 2024 con resultado anatomopatológico de carcinoma renal de células claras e invasión linfovascular (pT2apNxpM0).

Actualmente, en seguimiento en consulta multidisciplinar de urooncología con TAC de control sin enfermedad a distancia y función renal (creatinina 1.54 mg/dL y FG 46).



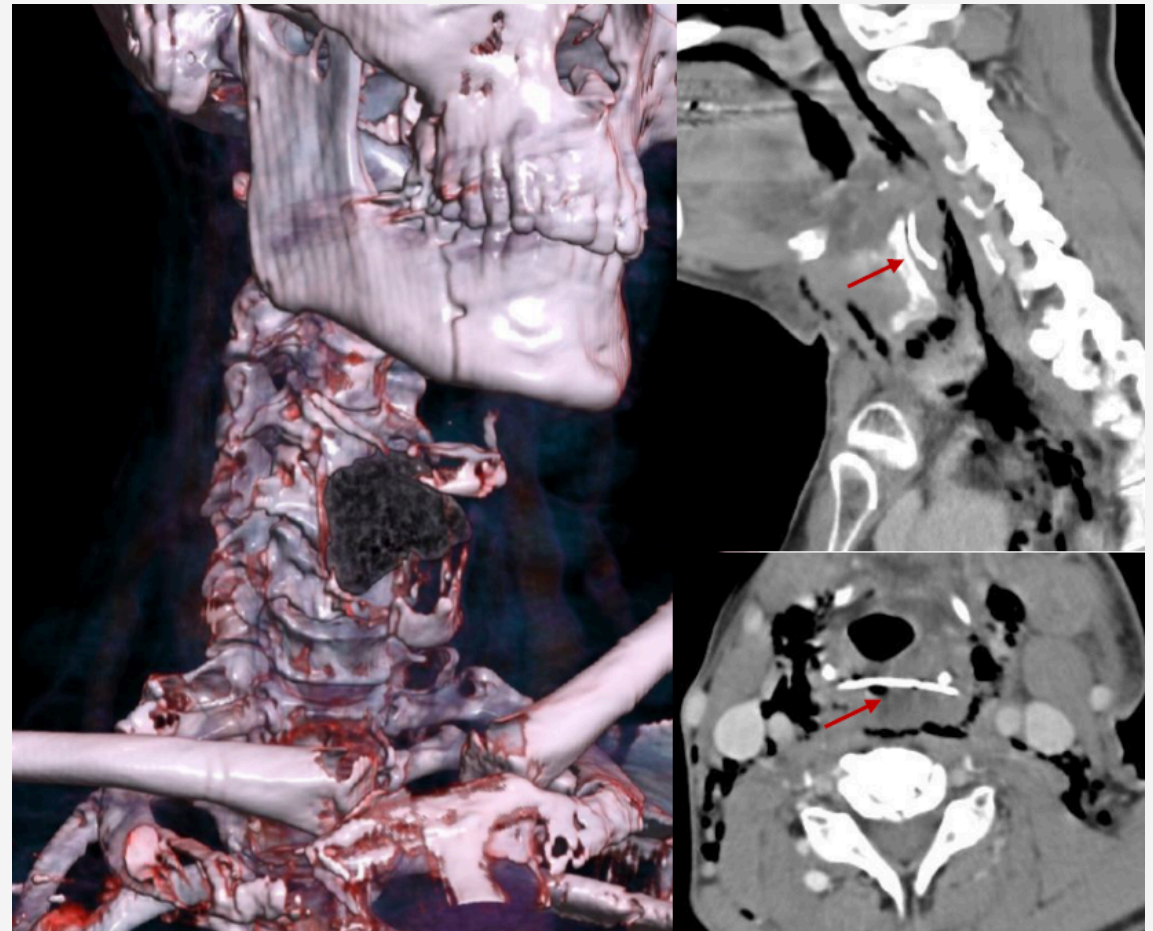
## *Con sabor a mar*

### **Dra. Sara Ghouila López**

Varón de 61 años sin antecedentes personales de interés, salvo retraso mental, es trasladado al Servicio de Urgencias por sospecha de absceso cervical izquierdo complicado. A su llegada, se observa saturación de oxígeno del 93% y a la exploración física destaca la palpación de masa cervical dolorosa con crepitación acompañante.

Ante los hallazgos exploratorios y la sospecha de patología urgente se solicita TC cervical a Radiología de guardia. En dicha prueba se objetiva cuerpo extraño con densidad cálcica a nivel de laringofaringe, que condiciona perforación esofágica y enfisema cervical ampliamente distribuido por la totalidad de espacios cervicales, así como consecuente neumomediastino de carácter severo.

A raíz de los resultados descritos en la prueba de imagen se contacta con Otorrinolaringología de guardia que, bajo anestesia e intubación orotraqueal, realiza extracción de cuerpo extraño esofágico (concha de mejillón).

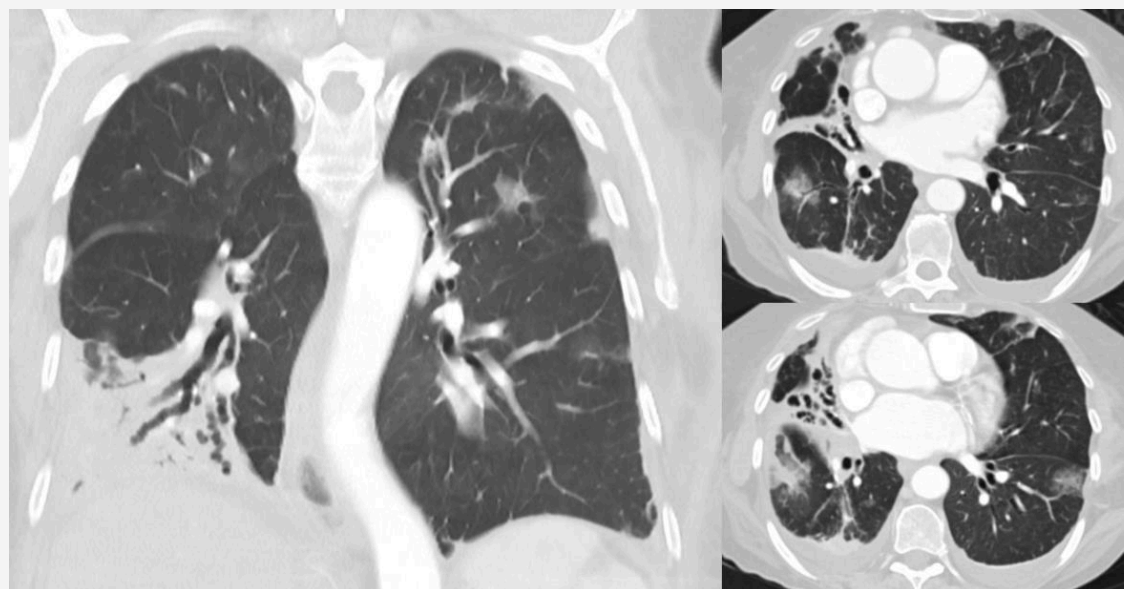


## *Cuando una microbacteria representó una comedia de Oscar Wilde*

**Dra. Laura Lozano Sutil**

Mujer de 76 años, con antecedentes de bronquiectasias colonizadas por *P. aeruginosa* en tratamiento con colistina. Ingresada en UCI por bronconeumonía bilateral, aislándose en esputos recogidos en el mes previo, *Mycobacterium avium* complex (MAC). Se visualiza en TC de tórax bronquiectasias cilíndricas, varicosas y quísticas con engrosamiento parietal concéntrico en ambos hemitórax con predominio en lóbulo medio e inferior derechos compatibles con síndrome de Lady Windermere, así como áreas de neumonía necrotizante.

Se trata de un epónimo basado en la obra teatral homónima de Oscar Wilde (que vinculado a la percepción social negativa de toser en público especialmente, las mujeres de la alta sociedad), para describir infecciones por MAC. Se describe mayoritariamente en mujeres sin afección respiratoria previa y afecta principalmente a lóbulo medio - lóbulo basándose en la mayor dificultad para la eliminación de secreciones por su morfología, favoreciendo la aparición de bronquiectasias y sobreinfección secundaria por MAC.



## *Cuidado por donde caes*

### **Dra. Ana Belén López Fernández**

Paciente de 55 años con síncope de repetición debidos a estenosis de canal cervical medular, que acude a urgencias tras caída por las escaleras secundaria a síncope sin pérdida de conciencia. A la exploración, presenta dolor intenso en hemitórax derecho sin alteración hemodinámica ni analítica. En TC toraco-abdominal urgente se describe laceración hepática de 5 cm de profundidad en el parénquima hepático, sin evidenciarse extravasación de contraste que sugiera sangrado activo, en íntimo contacto con rama portal, compatible con traumatismo hepático grado III de la AAST, sin asociarse a fracturas costales ni a alteraciones a nivel pleural.

Ante dichos hallazgos y estabilidad hemodinámica de la paciente, se realiza un manejo conservador con monitorización en UCI-Intensivos durante 48h sin anemización y con buen control de dolor, por lo que pasa a planta de Hospitalización con TC de abdomen de control que muestra regresión progresiva de la lesión sin sangrado activo.



## Oscilando entre la niebla: Wernicke en movimiento

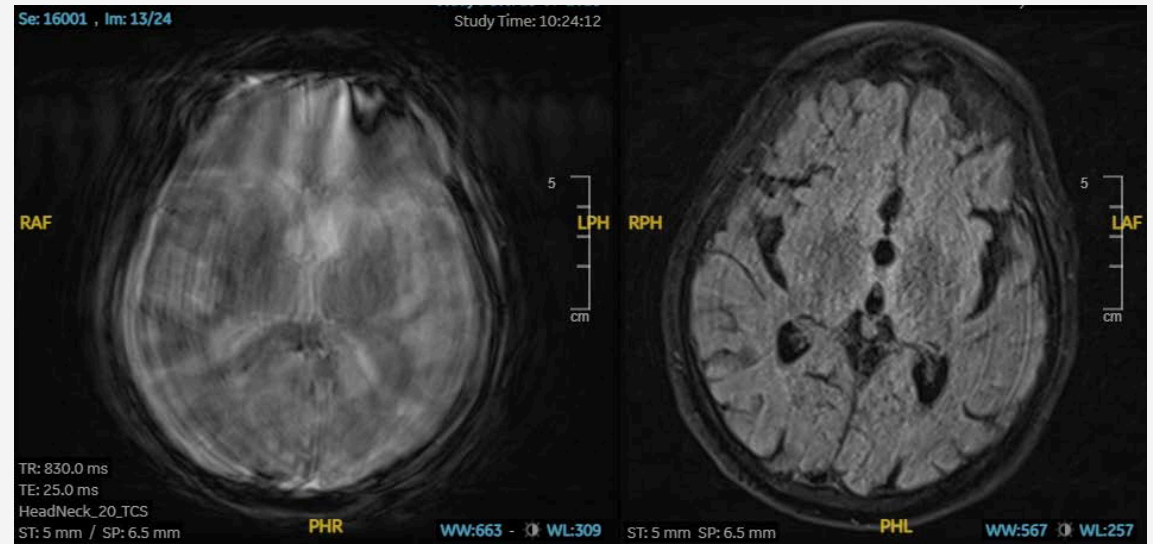
**Dra. Irene Gómez Cirera**

Varón de 52 años con antecedentes personales de alcoholismo crónico, DM-II, pancreatitis grave (2014) y neuropatía axonal, que acude a Urgencias por inestabilidad de la marcha, ptosis palpebral derecha, confusión, desorientación y alucinaciones visuales de 2-3 días de evolución.

A la exploración neurológica destaca bradipsiquia con discurso incoherente, pupilas mióticas normoreactivas, parálisis del III par craneal derecho, disimetría dedo-nariz, marcha inestable con temblor axial, base de sustentación aumentada y pasos cortos.

Las RMN en FLAIR y T2 muestran un leve aumento simétrico de la señal en región medial de ambos tálamos y sustancia gris periacueductal, sin clara restricción en difusión (por probable artefacto de movimiento).

Estos hallazgos clínicos y radiológicos son compatibles con la encefalopatía de Wernicke, secundaria al déficit de tiamina, con la triada clásica de encefalopatía, disfunción oculomotora y ataxia de la marcha.



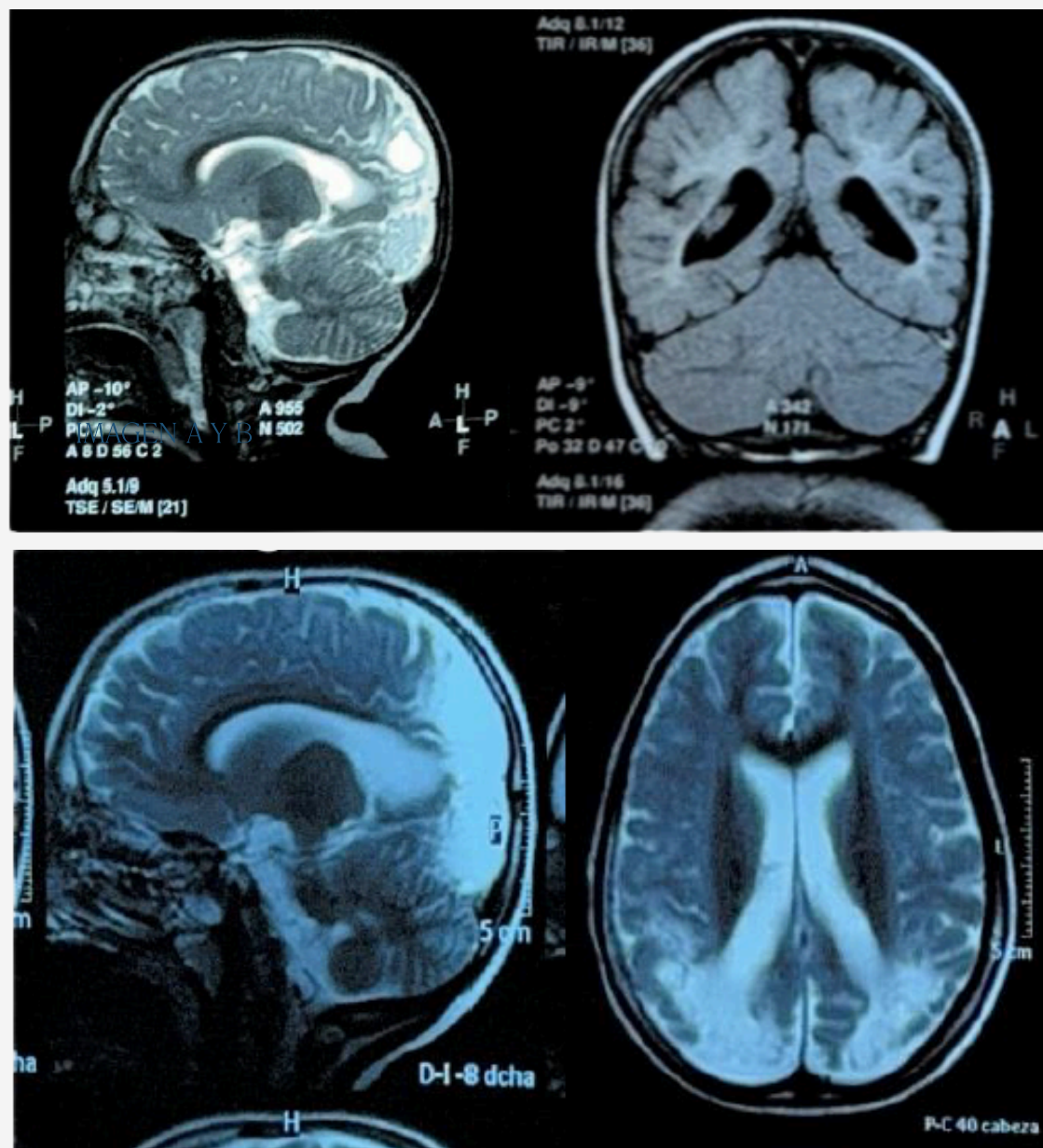
## *Hipoglucemia neonatal: consecuencias a nivel cerebral*

**Dra. Paola Escalate Ocampo**

Varón de 14 años en seguimiento multidisciplinar por discapacidad intelectual grave, déficit visual cortical, parálisis cerebral infantil hipotónica y epilepsia farmacorresistente. Entre sus antecedentes destaca exclusivamente una hipoglucemia grave en periodo neonatal debida a falta de aporte alimentario y pérdida excesiva ponderal, con estudio tóxico-metabólico-endocrinológico negativo.

Entre sus RM cerebrales destaca: En fase aguda (Imágenes A y B), lesiones hiperintensas en T2 que sugieren daño cortical y subcortical extenso de predominio en lóbulos occipitales, con pérdida de diferenciación cortical. En fase crónica (Imágenes C y D) existe un aumento del sistema ventricular en regiones posteriores, persistiendo las lesiones descritas previamente.

La hipoglucemia neonatal grave mal controlada es actualmente infrecuente. Se ha observado una vulnerabilidad selectiva de algunas regiones cerebrales a la hipoglucemia siendo típica la afectación de los lóbulos occipitales. Esto puede dar lugar a secuelas cognitivas, visuales, motoras, además de una epilepsia farmacorresistente de por vida.



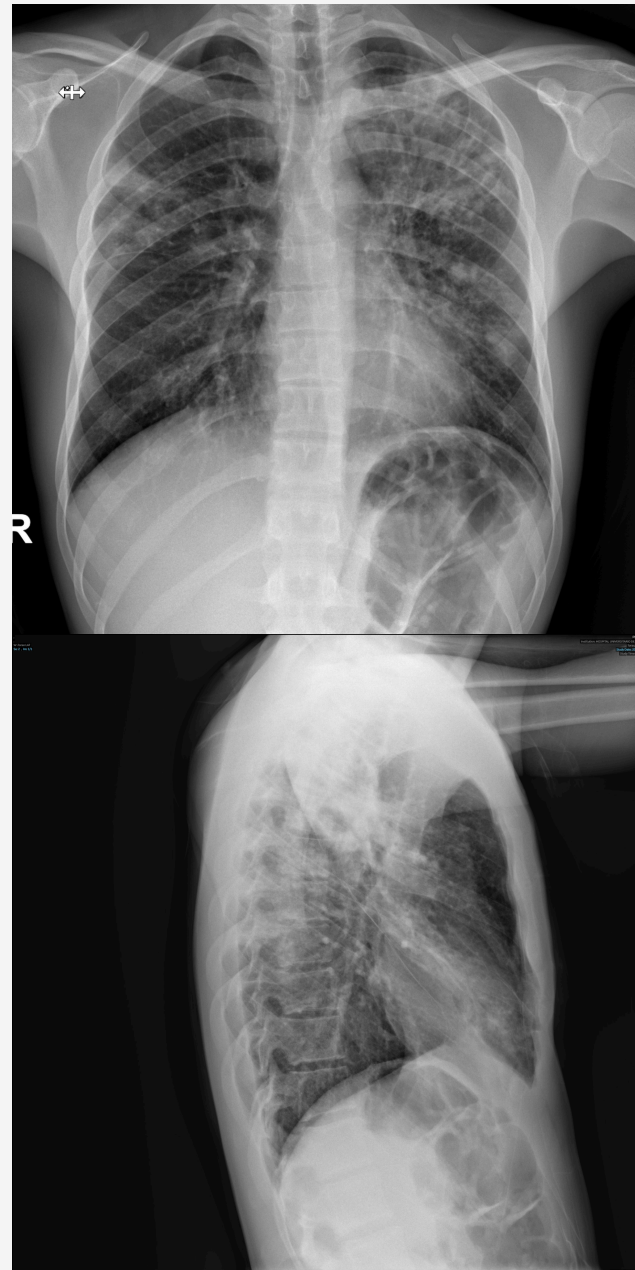
## *Cuando lo común no es tan común*

**Dra. Marta Ramos Rubio**

Varón 34 años. No antecedentes médicos de interés. Refiere que presenta cuadro de tos con expectoración verdosa, sensación distérmica no termometrada, cefalea con sudoración nocturna y artralgias de 20 días de evolución. A la exploración física en auscultación cardiopulmonar destaca soplo tubárico en base derecha.

Se realiza radiografía de tórax donde se visualiza infiltrados parcheados y cavitados bilaterales (imagen 1 y 2). PCR Mycobacterium Tuberculosis: positivo. Cultivo de Micobacterias: Mycobacterium Tuberculosis positivo. Tinción Auramina: positivo.

Se pautó tratamiento antituberculoso con evolución favorable. Destacar el importante papel que presenta Atención Primaria en la detección precoz y seguimiento de los pacientes, así como en el estudio y seguimiento de los contactos estrechos como se procedió en este caso. Es muy importante una correcta anamnesis y exploración física sistemática sobre todo ante pacientes con clínica inespecífica persistente.

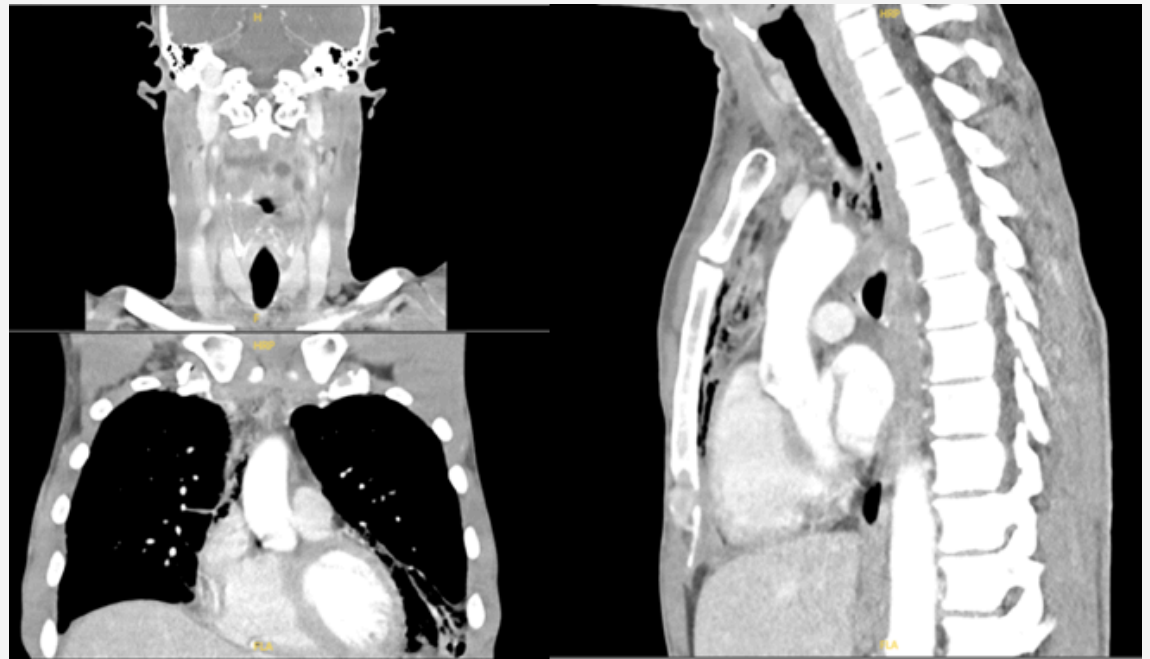


## *Cuando duele la barriga, mira arriba*

**Dra. Miriam Busto Trapote**

Varón de 42 años que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal generalizado, irradiando a ambos costados, con defensa abdominal y sensación distérmica. En la analítica, destaca una PCR de 266 mg/dL y una procalcitonina de 2,65 ng/mL. Se realiza una Tomografía Computerizada de abdomen, ampliando ante los hallazgos a cuello y tórax, mostrando un extenso neumomediastino y colecciones en el espacio visceral del cuello y en el espacio retrofaríngeo paravertebral comunicadas entre sí, y una colección de 1,4 x 0,9 cm en la vallécula epiglótica derecha, junto con edema de epiglotis y moderado derrame pleural bilateral.

Ante los hallazgos, se procedió en conjunto por parte de los servicios de ORL y Cirugía Torácica al drenaje del absceso laterofaríngeo derecho junto con toracotomía y cervicosternotomía media, y la realización de una traqueotomía quirúrgica para asegurar la vía aérea, ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos con una favorable evolución.



## *Regreso a las bases: Radiografía simple como primera aproximación diagnóstica*

### **Dra. Irene Momblán Medina**

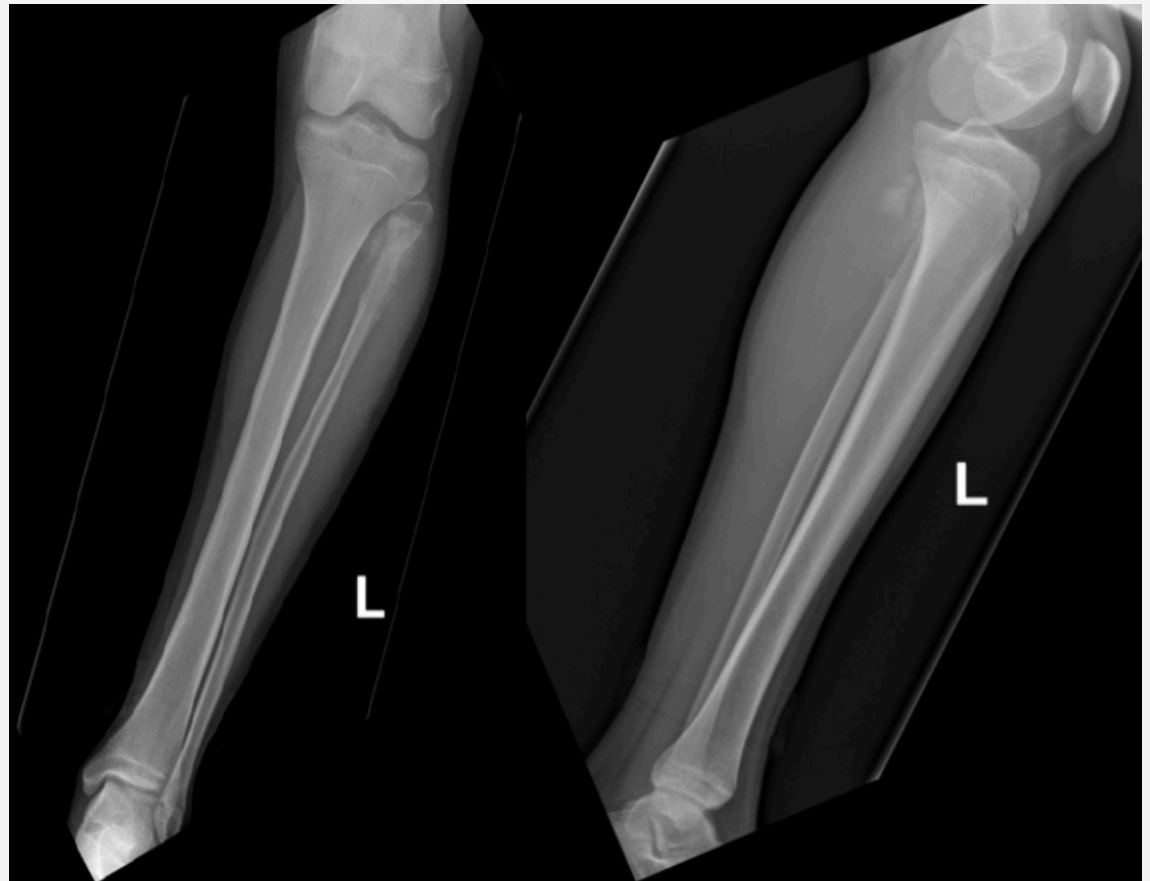
Adolescente de 13 años, con dolor en pierna izquierda de 2 meses de evolución tras antecedente traumático. No clínica constitucional ni pérdida de peso.

En la exploración destaca tumoración indurada a nivel del gemelo externo con aumento de temperatura local y limitación a la movilidad activa a la flexo-extensión.

Radiografía simple con lesión osteolítica en tercio proximal peroné izquierdo con márgenes mal definidos, aspecto permeativo y marcada reacción perióstica (triángulo de Codman) asociando componente de partes blandas sugere de neoformación. Se amplía estudio con resonancia magnética, diagnóstico de sospecha: osteosarcoma.

El dolor óseo de larga evolución y/o con datos de alarma supone indicación de radiografía simple urgente. Esta prueba de fácil accesibilidad presenta una elevada sensibilidad, suponiendo el punto de partida para el diagnóstico de las tumoraciones óseas.

Resaltar las características radiológicas de las lesiones malignas: bordes no definidos, patrón moteado, ruptura cortical, reacción perióstica y componente de partes blandas.



## *Suspiro de alivio*

### **Dra. Ariana Jordá Baldó**

Cada inhalación era un esfuerzo, cada exhalación un susurro entrecortado... Así llegó a consulta Josefa, con diagnóstico de adenocarcinoma avanzado con metástasis pulmonares. Desde hacía unas semanas presentaba disnea progresiva que le impedía la deambulación. A pesar de su diagnóstico era independiente para las actividades de la vida diaria. Presentaba hipofonesis en campo medio y base derecha por lo que solicité radiografía donde se objetiva un derrame pleural derecho hasta campo medio y leve izquierdo. Tras el diagnóstico le planteé una toracocentesis y aceptó.

La toracocentesis se convirtió en el puente entre la angustia y el alivio. No era solo oxígeno lo que recuperaba, sino la sensación de libertad, de poder inhalar sin miedo, recuperar su funcionalidad y bienestar. Presentó alivio inmediato: respiración más pausada, menor angustia y logró expresarse: “Puedo respirar”.

La imagen de control no sólo evidenciaba un pulmón expandido, sino la restauración de un espacio vital para el bienestar de Josefa.



## En el centro del anillo

### Dra. Cristina García Ceberino

Niño de 6 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor localizado en región periumbilical tipo cólico de tres días de evolución asociado a cuatro vómitos en las últimas 24 horas y fiebre máxima termometrada de 38,2°. Las deposiciones fueron normales. A la exploración destacaba dolor a la palpación en flanco derecho, sin defensa.

Ecográficamente, a nivel del flanco derecho se visualizó imagen entérica con morfología en “diana” (signo del “donut”), con patrón intestinal e imagen de asa dentro de asa, que por su localización sugería invaginación entero-entérica (posiblemente ileo-ileal), junto con leve cantidad de líquido libre entre asa.

El signo del donut o rosquilla (2 anillos de baja ecogenicidad separados por un anillo hiperecoico), así como la imagen en “pseudoriñón” (capas hiperecoicas e hipoecoicas superpuestas) es bastante típico.

El estudio de imagen es fundamental para el diagnóstico y para el tratamiento mediante enema con guía ultrasonográfica.



## *¡En verano también se esquia!*

### **Dra. Zineb Mojtahid**

Paciente mujer de 27 años de edad, acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por sufrir traumatismo del tobillo derecho tras realizar un movimiento forzado en aducción del pie. La paciente refiere dolor e impotencia funcional. No refiere otra sintomatología acompañante.

Exploración tobillo derecho: deformidad a nivel maléolo externo en forma de edema en empeine, con ligero hematoma. Dolor en dicha región a la flexo-extensión eversión e inversión y a la palpación. Ausencia de dolor a la palpación de base de 5º metatarso. Fuerza, sensibilidad y pulsos periféricos conservados. Neurovascular distal conservado. Dificultad para el apoyo.

Diagnostico: Fractura snowboarder derecha.



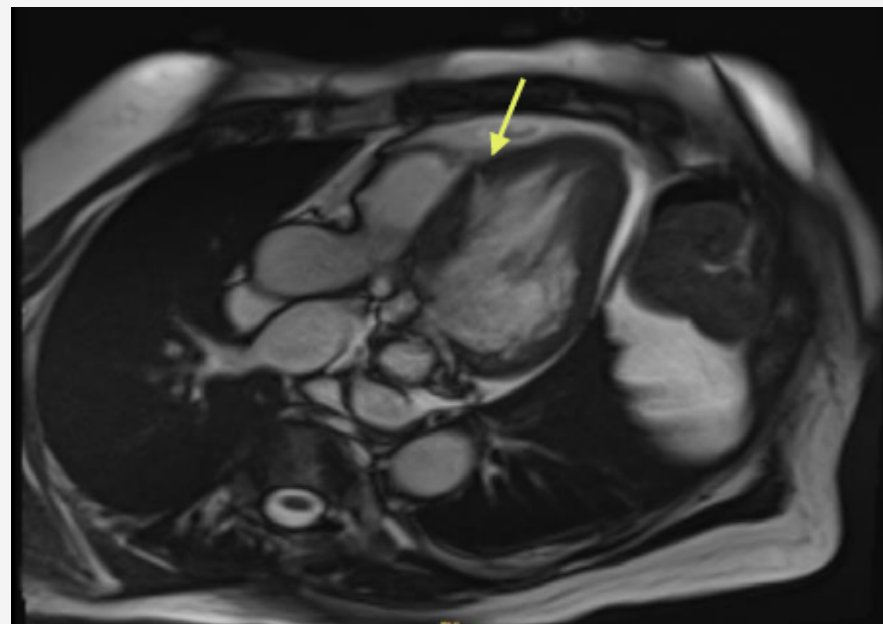
# Haciéndose hueco en un gran corazón

**Dra. Ana Macarro Soto**

Paciente de 81 años en estudio por síncope de repetición, con soplo sistólico en ápex y alteraciones en el electrocardiograma: onda q en aVL, QS en V1-V2 y onda T negativa en I, II, aVL y V4-V6.

Se realiza un ecocardiograma transtorácico en el que se observa una hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, de predominio apical, y con una imagen sugestiva de hendidura en el septo apical, por lo que se realiza una resonancia magnética cardíaca para su mejor valoración, corroborando los hallazgos, compatibles con una miocardiopatía hipertrófica de predominio apical.

Aunque las hendiduras septales pueden aparecer en individuos sanos, se relacionan estrechamente con pacientes portadores de mutaciones relacionadas con la miocardiopatía hipertrófica incluso en etapas en las que aún no se haya desarrollado la hipertrofia ventricular, por lo que se sugiere que puedan representar un estadio precoz de la enfermedad.



## *Una diana en la vesícula*

### **Dra. Lucía Simón Alonso**

Mujer de 93 años hipertensa, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de horas de evolución de dolor interescapular, hinchazón abdominal, náuseas y fiebre de hasta 38,5°C, con infección del tracto urinario la semana previa tratada con fosfomicina sin notar mejoría.

A la exploración física la paciente presenta abdomen distendido, blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Se realizan pruebas complementarias, destacando en analítica leucocitosis 15800 con neutrofilia, hiperbilirrubinemia 5.3 a expensas de bilirrubina directa, hipertransaminasemia (GOT 184, GPT 117), amilasa de 1021, PCR 50, troponina 32 y lactato 3,14.

Ante la sospecha de pancreatitis litiasica se solicita TC abdominal, en el que se informa de hydrops vesicular con presencia de litiasis y dilatación de via biliar sin obstrucción, y páncreas con cambios edematosos en probable relación con pancreatitis aguda edematosa intersticial. La paciente ingresó con manejo conservador ante rechazo de CPRE.



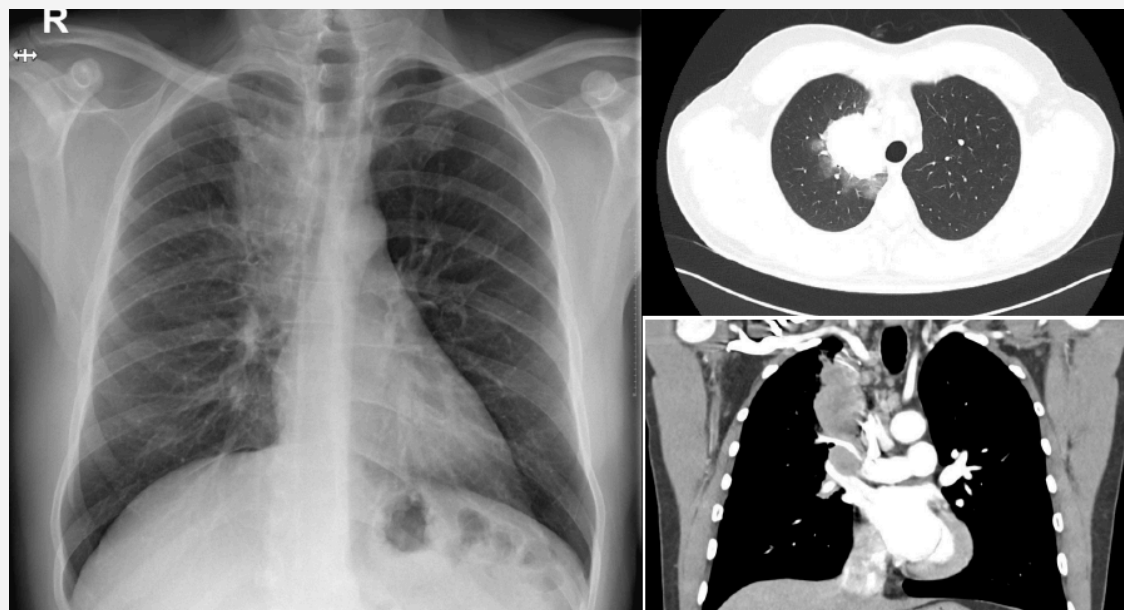
## Un hallazgo oculto en la radiografía

**Dra. Laura Morán Domínguez**

Varón de 45 años, acude a nuestra consulta por tos y astenia desde hace 2 meses, sin ninguna otra sintomatología y con exploración física normal. En la analítica únicamente destaca GGT 85 U/l.

Se solicita radiografía de tórax en proyección postero-anterior y observamos masa mediastínica derecha con ligera desviación de la tráquea. Por este motivo, se deriva al paciente a urgencias e ingresa para estudio. En TAC toracoabdominal se objetiva masa hiliomediastínica derecha con extensión a lóbulo superior derecho de 6x4x11 cm. Además de presentar múltiples adenopatías paratraqueales, hiliares y en compartimento yugulocarotídeo y dos micronódulos pulmonares en lóbulo superior izquierdo. Tras ello se realizó biopsia transbronquial, obteniendo como diagnóstico definitivo adenocarcinoma de pulmón.

Por último, destacar la importancia de la radiografía simple en Atención Primaria como una de las primeras pruebas diagnósticas, debido a su accesibilidad.



A la izquierda: radiografía posteroanterior de tórax: presencia de masa mediastínica derecha, con ligera desviación traqueal. A la derecha: TAC tórax en el que se objetiva masa hiliomediastínica derecha.

# Besos tóxicos

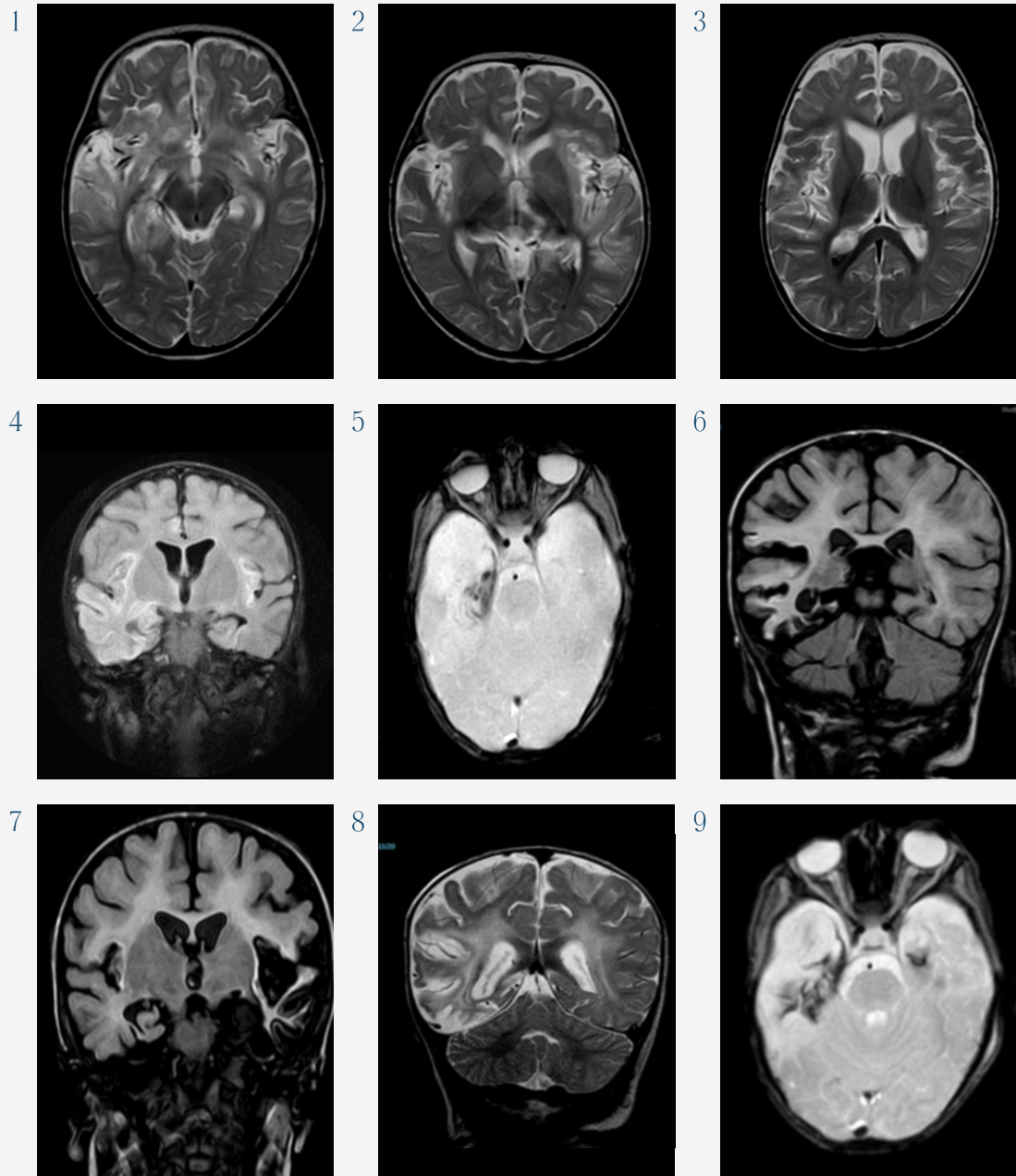
**Dra. Noelia Alfonso Tena**

Niña de 7 meses, sana, presenta cuadro febril asociado a vómitos, letargia y crisis epilépticas. Ambiente infecto-contagioso: madre afecta de herpes labial.

Ante la sospecha de encefalitis vírica, se inicia tratamiento con aciclovir IV previa realización de punción lumbar (leucorraquia, predominio monocitos). PCR VHS-1 en LCR positiva.

RM cerebral tras 5 días del debut: en secuencias T2 y FLAIR se observa alteración extensa de señal en lóbulo temporal y córtex insular bilateral de predominio derecho (1-4), con focos de caída de señal en T2 que traducen la presencia de pequeños focos de sangrado, en polo medial del lóbulo temporal derecho y en asta occipital del ventrículo lateral derecho (5). Sistema ventricular prominente.

RM cerebral a largo plazo: progresión de imágenes conocidas, sugerentes de encefalomalacia con disminución del volumen cerebral (6-7), aumento de señal de sustancia blanca en T1 sugerente de gliosis (8). En secuencia FFET2 se observan restos de hemosiderina, afectación hemorrágica ya evolucionada (9).



## *Antecedentes de interés*

### **Dra. María Josefa Martín de la Hinojosa**

#### **Nogués**

Varón de 33 años diagnosticado de plasmocitoma solitario en amígdala derecha estadio IA, tratado mediante cirugía en 2024, sin datos de enfermedad a otros niveles, descartándose radioterapia.

Presenta desde hace unos 2 meses dolor selectivo a la palpación de tercio inferior de región pretibial derecha, sin traumatismo previo ni impotencia funcional.

Se solicita radiografía de tibia-peroné con hallazgo de lesión lítica de bordes bien definidos no escleróticos, localizada en la cortical anterior, de aproximadamente 3 cm de eje craneocaudal, sin reacción perióstica, probablemente asociado a pequeño componente de partes blandas. Dada la edad del paciente, localización y características de la lesión, se plantea diagnóstico diferencial entre metástasis y mieloma múltiple, realizándose aspirado de médula ósea, con estudio compatible con la normalidad.

Actualmente está pendiente de resultados de biopsia de la lesión y de PET para confirmar recidiva de plasmocitoma solitario y valoración de posible radioterapia erradicadora.



## *Diagnóstico radiológico de paraganglioma carotídeo*

**Dra. Isabel Bustillo García**

Paciente de 88 años valorado por caída accidental con síntomas de disfagia y edema periamigdalino derecho.

En la tomografía computarizada urgente, se observó una masa de 3,6 x 6,5 cm en el espacio carotídeo-parafaríngeo derecho, sugiriendo un paraganglioma. El estudio reveló una lesión vascularizada centrada en el espacio carotídeo, con marcada circulación colateral y desplazamiento de la orofaringe, sin compromiso del oído medio ni la base de cráneo.

Los paragangliomas son tumores raros y vascularizados que se originan en las células neuroendocrinas de los ganglios de la cadena simpática. Su diagnóstico por imágenes, especialmente mediante TC y RM, es crucial para evaluar su localización, tamaño y características vasculares.

Estas pruebas permiten identificar la presencia de circulación colateral y su efecto sobre estructuras adyacentes, facilitando la planificación del tratamiento y la evaluación del riesgo de complicaciones.



## *La respuesta estaba en su mano: acortamiento bilateral del quinto metarcarpo*

**Dra. Julia Álvarez Fernández**

Paciente de 10 años, sin antecedentes de interés que consulta por observación casual de ambos nudillos del quinto dedo más descendidos que el resto. No asocia dolor, ni alteración funcional. No traumatismos previos. No otras alteraciones reseñables.

A la exploración se visualiza una depresión en el dorso de la mano tras la flexión de las falanges. La radiografía confirma el acortamiento (espacio mayor de 2 mm entre la cabeza del quinto metacarpiano y una línea tangencial que conecta la cabeza del tercer y cuarto metacarpianos).

Esta anomalía ósea es muy poco común y puede ser uni o bilateral y aparecer de forma aislada o formando parte de otras patologías genéticas como síndrome Turner o pseudo-hipoparatiroidismo, destacando su asociación con el síndrome de resistencia a la insulina y esferocitosis hereditaria, por lo que se debe completar el estudio con una analítica sanguínea, siendo en nuestro caso normal.



## *Lo que esconde una cojera*

### **Dra. Inmaculada Serrano Ortega**

Las infecciones osteoarticulares son poco frecuentes y requieren un alto índice de sospecha. Aquí os presento un caso de un lactante de 19 meses que es derivado al servicio de urgencias por cojera de extremidad inferior izquierda de dos semanas de evolución.

No evidencia de traumatismo previo, como único antecedente proceso de laringitis los días previos. Afebril en todo momento, se descarta proceso infeccioso agudo con radiografía inicial sin alteraciones.

A los dos meses persiste cojera e impotencia funcional por lo que nos lo derivan de nuevo. Se realiza radiografía de control observándose lesión osteolítica a nivel de la epifisis distal de la tibia con interrupción cortical hacia la fisis.

Se decide completar estudio realizando resonancia magnética donde nos informan de hallazgos sugerentes de una osteomielitis aguda.

Tras tratamiento antibiótico, excelente mejoría. Actualmente deambulación sin incidencias.





ILUSTRE  
COLEGIO OFICIAL DE  
MÉDICOS DE CÁCERES

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