

Casos Clínico-Radiológicos

La importancia de las sesiones entre servicios

Coordinadoras:

María Dolores Ferrer Puchol

Cristina La Parra Casado

Colaboradores:

Soledad Añón Roig

Verónica Ricart Selma

Angel Aguilar Escrivá

Servicio de Radiología

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario de la Ribera. Alzira

© **Texto:** María Dolores Ferrer Puchol
Cristina La Parra Casado

© **Fotografía portada:** Julia Camps

© **Edición:** OBRAPROPIA, S.L.

C/ Puerto Rico, 40-bajo

46006 VALENCIA

ISBN: 978-84-15845-61-4

Impreso en España por: Diazotec, S.A.

Primera edición: mayo 2013

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de un delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y ss. del Código Penal)

www.obrapropia.com

PRÓLOGO

Uno de los pilares fundamentales de cualquier asistencia sanitaria de calidad consiste en la formación continua de todos los profesionales que intervienen en las prácticas sanitarias. Ello garantiza una progresión y evolución que redunde en beneficio de todos, y lo más importante, en el paciente.

Desde el Hospital Universitario de La Ribera se ha apostado desde el principio por esta dinámica docente, y por ello hemos logrado el reconocimiento oficial plasmado en numerosos galardones institucionales, tanto a nivel sanitario como de gestión. Si algo perseguimos en nuestra institución es la innovación y el impulso en aquellos campos en los que la docencia y la investigación se han revelado como esenciales.

En cuanto al libro que aquí presento, *Casos clínicos radiológicos. La importancia de las sesiones entre servicios*, es un manual en el que se muestra de una manera detallada, esquemática y gráfica, una recopilación de 37 casos, procedimientos, métodos y técnicas de trabajo que son de utilidad para el aprendizaje y consulta de todos los profesionales relacionados con la clínica radiológica diaria, ya que reflejan los procedimientos llevados a cabo en situaciones reales.

Es un manual realizado por radiólogos e internistas del Hospital Universitario de La Ribera, pero no sólo para los profesionales relacionados con el diagnóstico por la imagen, sino para todo aquél que tiene necesidad de aprendizaje en su quehacer diario.

Cuando se me presentó el proyecto no tenía ninguna duda de que sería un material muy valorado por los profesionales, y por ello no dudamos desde este Hospital impulsar la edición de la obra dado su carácter docente.

Desde aquí quiero agradecer a M^a Dolores Ferrer su dedicación para que este proyecto sea ya una realidad, así como a todos aquéllos que han hecho posible este manual y que permiten, con él, que continuemos con la labor formativa.

Soy consciente del esfuerzo que supone plasmar en una obra como ésta los casos más interesantes en el campo de la Radiología. Las personas que lo han hecho posible han sido, son y serán siempre el verdadero artífice de los logros en sanidad.

Dr. Manuel Marín Ferrer
Director gerente
Hospital Universitario de La Ribera

INTRODUCCIÓN

El quehacer diario, con el alto volumen de pacientes y las horas dedicadas al trabajo, predispone a que nos olvidemos de que el nuestro, es un trabajo en equipo, y de que las aportaciones de los demás compañeros son imprescindibles para que se le ofrezca al paciente un diagnóstico correcto y unas medidas terapéuticas idóneas. Una manera de recordar este trabajo en común son **las sesiones clínicas**.

Tenemos que agradecer muy cariñosamente a Yolanda Pallardó y Antonio Revert, del Servicio de Radiología, el hecho de ser los impulsores de estas sesiones que comenzaron hace ya más de diez años. Ellos vieron clara la necesidad de realizarlas y las impulsaron cuando en el Hospital de la Ribera aún no había residentes; ellos pusieron la semilla y germinó. Desgraciadamente, ahora no trabajan con nosotros, pero las sesiones siguieron adelante y todos los miércoles del año se presenta un caso clínico que se discute entre los Servicios de Medicina Interna y Radiología, participando todos los facultativos del hospital que deseen intervenir.

Las sesiones se han mantenido porque todo lo bueno perdura, y la llegada de los residentes de Medicina Interna y de Radiología al hospital las impulsó, porque son ellos los que con su ilusión, ganas de aprender y dedicación, eligen los casos, los preparan y los presentan.

Hace ya algún tiempo se nos ocurrió la idea: habíamos presentado muchos casos, disponíamos del diagnóstico y estaban elegidos por motivos diferentes, pero siempre primando el interés académico... En definitiva, ¿por qué no recopilarlos, elegir los más interesantes y plasmarlos en un libro?

Se expuso la idea a la Comisión de Docencia y obtuvimos todo su apoyo. ¡Adelante!

Este libro quiere ser un homenaje a las sesiones entre los diferentes Servicios de un hospital.

Los casos que aparecen en esta obra son los que las coordinadoras, los colaboradores y los autores hemos pensado que resultan ser los más ilustrativos, bien por la forma de presentación de la patología, el diagnóstico, la evolución o

el tratamiento, aunque basándose en un diagnóstico por imagen que, sino dio la clave en algunos casos, sí fue imprescindible para la resolución total.

Los residentes son los verdaderos autores de este libro. Ellos se han ilusionado con el proyecto, volcado para que saliera adelante y la responsabilidad de la redacción de la mayoría de los casos ha recaído en ellos.

Agradecemos a la Comisión de Docencia e Investigación, al Comité de Dirección y al Gerente de este hospital el apoyo recibido, sin el cual hubiera sido imposible que este proyecto llegara a su fin.

M^a Dolores Ferrer Puchol

ÍNDICE

Sistema digestivo:	11
Caso 1: Pancreatitis recurrente por quiste de colédoco.	11
Caso 2: Rectorragia crónica como debut de un GIST rectal.	15
Caso 3: Hematoma duodenal como complicación de una Hemofilia A.	19
Caso 4: Dolor abdominal e ictericia como debut de un linfoma pancreático.	23
Caso 5: Embolización de un hepatocarcinoma en paciente con hepatopatía crónica por VHC.	27
Caso 6: Síndrome de lisis tumoral espontáneo como debut de un linfoma.	31
Caso 7: Dolor abdominal intenso en paciente con adenocarcinoma yeyunal.	35
Caso 8: Tumoración hepática asociada a tóxicos.	38
Caso 9: Isquemia intestinal por íleo mecánico complicado.	42
Caso 10: Dolor abdominal y fiebre en paciente con hidatidosis hepatopulmonar.	46
Caso 11: Isquemia intestinal en un consumidor de cocaína.	50
Caso 12: Hepatomegalia dolorosa en paciente gestante.	54
Sistema Genito-Urinario:	59
Caso 1. Hematuria franca y dolor abdominal como debut de un tumor de Bellini.	59
Caso 2. Carcinoma urotelial, instilación intravesical de BCG y tuberculosis.	64
Sistema nervioso central:	69
Caso 1: Amenorrea primaria como primera manifestación de un Craneofaringioma.	69
Caso 2: Mielitis aguda con paraplejia tras anestesia epidural.	73
Caso 3: Crisis clónicas y disminución del nivel de conciencia en paciente con gliomatosis cerebro.	78
Caso 4: Infarto talámico bilateral venoso en paciente tomadora de anticonceptivos orales.	83
Caso 5: Lesión desmelinizante pseudotumoral.	87

Sistema Osteomuscular:	93
Caso 1: Embolismo pulmonar tras fractura de huesos largos.	93
Caso 2: Tumoración esternal dolorosa en paciente joven como debut de una tuberculosis extrapulmonar.	96
Caso 3: Fiebre de origen desconocido y metalosis.	101
Sistema respiratorio y caja torácica:	105
Caso 1: Tos, dolor torácico y masa de mediastino posterior.	105
Caso 2: Adenocarcinoma de pulmón que debuta con paraparesia y síndrome constitucional.	109
Caso 3: Síndrome constitucional en paciente con tumor germinal mediastínico.	114
Caso 4: Mujer joven con síndrome de Lemierre y coinfección por citomegalovirus.	119
Caso 5: Enfermedad intersticial pulmonar y toxicidad hepática.	123
Caso 6: Presentación atípica de un adenocarcinoma pulmonar.	128
Caso 7: Patrón miliar pulmonar y neoplasia de pulmón.	132
Caso 8: Fiebre persistente en paciente inmunodeprimido.	136
Caso 9: Neumotórax espontáneo en paciente con esclerosis tuberosa.	140
Caso 10: Hemoptisis crónica tratada con embolización de arterias bronquiales.	144
Sistema Vascular:	149
Caso 1: Tumor de la vena cava inferior que debuta con dolor precordial.	149
Caso 2: Hemorragia intrahepática masiva como debut de una panarteritis nodosa.	153
Caso 3: Trombosis aórtica por trombocitemia esencial.	158
Caso 4: Pseudoaneurismas aórticos en paciente inmunodeprimida.	163
Caso 5: Hematemesis secundaria a rotura de una fístula aortoesofágica.	167

Sistema digestivo

Caso 1. Pancreatitis recurrente por quiste de colédoco.

Julia Cano Gimeno¹, Zulema Pla Espinosa², Nuria Úbeda Morant¹, Miquel Forment Navarro¹, Pedro Manuel Poves Gil³.

¹Servicio de Radiología. ²Servicio de Medicina Interna. ³ Servicio de Cirugía.

Motivo de consulta

Mujer de 31 años que acudió a urgencias con dolor epigástrico de rápida instauración, con irradiación dorsal y a ambos hipocondrios, acompañado de sensación nauseosa sin vómitos. La paciente relataba episodios similares durante el último año.

Historia clínica

A la exploración física la paciente presentaba regular estado general, afebril, con abdomen blando, sin signos de peritonismo, con dolor selectivo a la palpación en epigastrio y una Lipasa de 140 U/l.

Ante clínica sugestiva de pancreatitis se decidió realizar ecografía para descartar litiasis biliar. La ecografía evidenció una marcada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con un colédoco de hasta 12 mm sin identificar ocupación en su interior (figura 1). En cabeza pancreática se observaban



Fig.1.La ecografía muestra la dilatación del colédoco y también de la vía biliar intrahepática.

pequeñas estructuras quísticas en su interior (figura 2).



Fig.2.Ecografía a nivel de cabeza de páncreas donde se observan unas imágenes quísticas de difícil interpretación por lo que se recomienda completar estudio con colangiorrsonancia.

Se solicitó una colangiorrsonancia para clarificar los hallazgos ecográficos. La RM descartó la presencia de coledocolitiasis y de obstrucción maligna de la vía biliar y puso de manifiesto la dilatación del colédoco y su anormal morfología, con acodamiento distal arrosariado que desembocaba en el conducto pancreático principal (figuras 3 y 4)

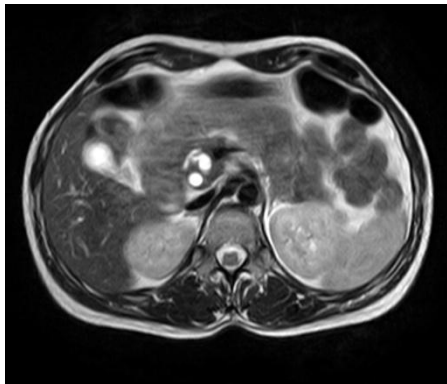


Fig. 3 y 4. La secuencia T2 axial (Fig 3) y coronal (Fig4) de RM que se correlaciona perfectamente con la imagen ecográfica (Fig2) y corresponde al colédoco dilatado y en su porción distal con una morfología arrosariada que drena directamente en el conducto pancreático.

formando un canal común, compatible con quiste de colédoco tipo I (figura 5).

Tras valoración por el servicio de cirugía se decidió realizar resección de colédoco con hepático-yeyunostomía.

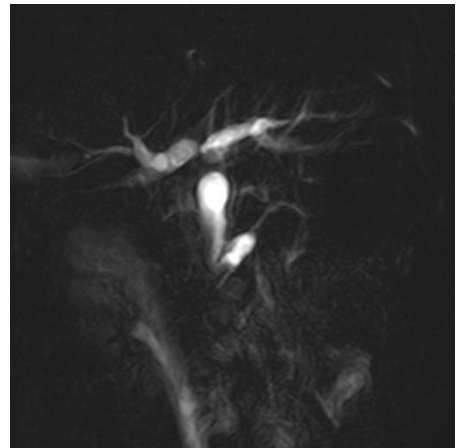


Fig. 5. La secuencia colangiográfica de RM muestra el conducto pancreático de calibre normal que drena en papila mayor, donde drena únicamente un largo conducto único. Se aprecia claramente la ausencia de drenaje del colédoco en la papila mayor, acodado en su porción distal.

Discusión

Los quistes de colédoco son una rara entidad congénita que se presentan normalmente en la infancia, el 60% son diagnosticados en menores de 10 años, pero pueden manifestarse a cualquier edad. La prevalencia es más alta en mujeres (70-84%) y son comunes en Japón y Oriente.

Se trata de una anomalía del árbol biliar caracterizada por su di-

latación quística. Existen cinco subtipos de afectación detallados por Todani.¹ El quiste de colédoco tipo I es una dilatación confinada a la vía biliar extrahepática.

Su origen ha sido objeto de debate. La teoría más aceptada consiste en una anormal conexión entre el ducto pancreático y el colédoco que se unen fuera de la pared duodenal formando un largo canal común. Esta situación produce un reflujo de jugo pancreático en el colédoco produciendo irritación crónica y su posterior dilatación, e inversamente se produce reflujo biliar en el ducto pancreático que puede producir pancreatitis.

Las manifestaciones clínicas incluyen: la triada clásica de ictericia, dolor abdominal y masa en hipocondrio derecho, que es más frecuente en niños; y en jóvenes y adultos predominan las crisis de dolor abdominal, fiebre, vómitos e ictericia, que están relacionados con episodios de colangitis o pancreatitis.

La complicación más frecuente es la formación de litiasis y la más importante es el riesgo de desarrollo de cáncer en relación con la irritación crónica producida por la estasis biliar y el reflujo del jugo pancreático, por ello, se considera que la escisión es siempre el tratamiento más deseable.¹

La ecografía es el método de estudio inicial de la vía biliar y demuestra la dilatación del colédoco. La colangiorresonancia es el método de imagen de elección de la vía biliar y ducto pancreático, ya que muestra una excelente calidad de imagen comparable a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con las ventajas de ser una técnica no invasiva, que no precisa anestesia, no es dependiente de operador, no es necesario administrar contraste iv y no emplea radiación ionizante.^{2,3}

Puntos clave

- **El quiste de colédoco es una anomalía congénita de la vía biliar.**
- **Se trata de una entidad rara, más frecuente en la infancia, pero se puede encontrar a cualquier edad, sobre todo en mujeres.**
- **Puede ocasionar cuadros clínicos de moderada gravedad y la degeneración maligna está documentada, por lo que la resección quirúrgica es siempre el tratamiento de elección.**
- **Su diagnóstico se establece fácilmente mediante técnicas de imagen: en primer lugar, la ecografía identifica la dilatación de la vía biliar y seguidamente, la colangioRM de-**

talla la patología y excluye otras causas.

Diagnóstico diferencial

1. Dilatación de la vía biliar secundaria a litiasis (coledocolitiasis).
2. Dilatación de la vía biliar de causa orgánica: neoplasia periampullar.

Diagnóstico final

Quiste de colédoco tipo I con pancreatitis recurrente.

Bibliografía

1. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts. Am J Surg 1977; 134:263-269.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/889044>
2. Kim OH, Chung HJ, Choi BG. Imaging of the choledochal cyst. Radiographics 1995; 15:69-88.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7899614>
3. Mortelé KJ, Rocha TC, Streeter JL, Taylor AJ. Multimodality imaging of pancreatic and biliary congenital anomalies. Radiographics 2006; 26:715-731.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16702450>