

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Imagenología

Casos Clínicos:

Ecografía Abdominal

Docente:

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Alumno:

Reynol Primitivo Gordillo Figueroa.

Semestre y Grupo:

4° "A"

Comitán de Dgz, Chiapas a; 6 de Diciembre de 2020.

## 1.- Caso clínico

### Diagnóstico clínico e imagenológico

Litiasis biliar

### Descripción del cuadro clínico

Margaret Rodríguez Acosta de 36 años de edad, con antecedentes de obesidad y sin otros antecedentes personales de interés, llega al hospital del Dr. Reynol al área de urgencias de su centro de salud por dolor de inicio súbito, localizado a nivel subescapular derecho, de unas 4 horas de evolución el cual se irradia a epigastrio e hipocondrio derecho, En la exploración destaca dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin otros hallazgos de interés. Se canaliza una vía venosa periférica y se administran metamizol y metoclopramida, el dolor no cede y posteriormente se administra meperidina. Tras la mejoría del dolor, se le da el alta, con analgesia y un diagnóstico de cólico biliar simple.

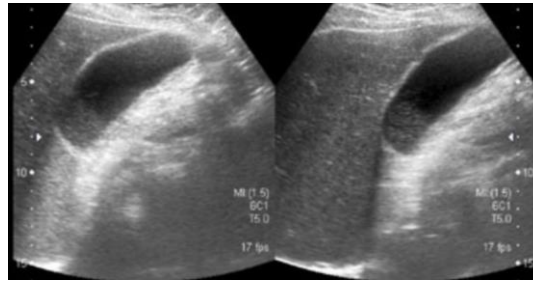
### Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

Dolor de inicio súbito a nivel subescapular en lado derecho, náuseas, vómito de carácter bilioso, fiebre, taquicardia y signo de Murphy positivo.

### Evolución del paciente

A las 48 horas, acude de nuevo a la consulta porque el dolor se intensifica, no cede con la analgesia pautada, y la paciente es derivada al hospital, donde a su llegada presenta fiebre de 37.8°C, taquicardia a 115 lpm; en la exploración manifiesta dolor a la palpación en el hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Ante la sospecha de cólico biliar complicado, se solicita ecografía de abdomen, que muestra vesícula distendida con moderado engrosamiento difuso de la pared, edematosa con doble contorno, con barro biliar en la vesícula y al menos un cálculo de 1 cm en el conducto cístico y signo de Murphy ecográfico positivo. Ante la sospecha de colecistitis aguda, la paciente es valorada por el cirujano de guardia, que realiza una colecistectomía de urgencia. La paciente es dada de alta a las 72 horas sin complicaciones agregadas.

## Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico



## Signos o patrones ecográficos que se observan

Signo ecográfico de Murphy

## 2.- Caso clínico

### Diagnóstico clínico e imagenológico

Pancreatitis aguda

### Descripción del cuadro clínico

Sofía Álvarez Córdova, de 14 años con un padecimiento de dos días de evolución se presenta al consultorio del Dr. Reynol, la cual ingresa con el antecedente de vomito con contenido alimenticio. Con previo consumo de amoxicilina, ácido clavulánico y peroxicam, sin mostrar mejoría clínica. A sus manifestaciones clínicas se agrega dolor abdominal (de leve intensidad) el que es referido a nivel del hipogastrio. Como continuaba con vómitos postprandiales se le indicó butilhioscina, ranitidina, metoclopramida y paracetamol, sin mostrar mejoría clínica: persistiendo con vómitos, dolor abdominal y se agrega cierta pérdida del estado de alerta, por lo que es llevada al Hospital General de Comitán de Domínguez, Chiapas.

### Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

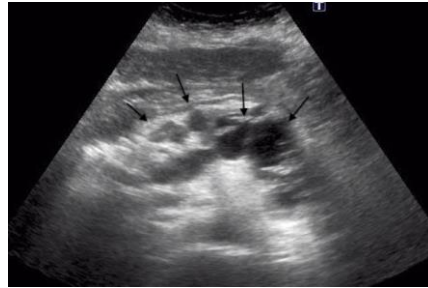
Vómito, dolor abdominal, pérdida del estado de alerta.

### Evolución del paciente

El ultrasonido abdominal mostró una vesícula con abundante detritus, líquido espeso. Su pared de 7 mm, 60 mm x 30 mm, con líquido libre en la cavidad, por lo que se le hizo una punción, obteniendo

estudios de citología y citoquímica que reportaron leucocitos 200: PMN 40%, MN 60%; la glucosa fue de 114 mg, el colesterol 43 mg. La adolescente es valorada por el cirujano pediatra, quien descartó que tuviese apendicitis aguda, y sugiere continuar su manejo con soluciones cristaloides, colocación de sonda nasogástrica y con una tomografía computadorizada abdominal, la cual informó un discreto aumento del volumen del páncreas.

### **Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico**



### **Signos o patrones ecográficos que se observan**

Dilatación del conducto del pancreático proximal.

### **3.- Caso clínico**

#### **Diagnóstico clínico e imagenológico**

Peritonitis fecaloidea.

#### **Descripción del cuadro clínico**

Karla Guadalupe Arévalo Mendoza de 61 años que fue hospitalizada en el servicio de cirugía general del sanatorio del Dr Reynol, por dolor abdominal agudo posterior a la dilatación de una estenosis anal realizada previamente, encontrándose normotensa, afebril, taquipneica, taquicárdica y con desaturación de oxígeno al 85%. Tenía como antecedentes personales la realización de múltiples cirugías abdominales. Durante la valoración ecográfica abdominal de rutina, al tratar de evaluar la VCI y la vena porta, se encontró un artefacto por interposición de gas que impedía la visibilidad total del parénquima hepático que era compatible con neumoperitoneo, hallazgo no esperado para la historia clínica de la paciente.

## Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

Dolor abdominal, taquicardia, taquipnea, S02 85% (desaturada).

## Evolución del paciente

Se completó estudio mediante TC confirmando la cámara de aire peritoneal, siendo intervenida quirúrgicamente con el hallazgo intraoperatorio de peritonitis fecaloidea para la cual se realizó tratamiento. La paciente en su postoperatorio evolucionó satisfactoriamente.

## Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico



## Signos o patrones ecográficos que se observan

Signo hepático.

## 4.- Caso clínico

### Diagnóstico clínico e imagenológico

Colecistitis

### Descripción del cuadro clínico

Angélica Tabares Escobar de 48 años de edad, se presenta al consultorio del Dr. Reynol sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal en epigástrico, de carácter opresivo, de 24 horas de evolución y sensación diatérmica. Refiere episodios previos similares. En la exploración física destaca una temperatura de 37.9 °C y dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Se realiza una ecografía abdominal donde se observa, en área de vesícula biliar, una imagen

compatible con vesícula escleroatrófica y dilatación de vía biliar extrahepática y colédoco. Se solicita analítica sanguínea que no muestra alteraciones.

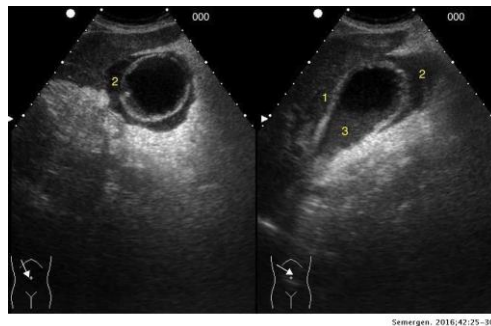
### **Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente**

Dolor abdominal epigástrico, distermia, febrícula y dolor en hipocondrio derecho.

### **Evolución del paciente**

Se inició tratamiento con analgesia y antibioterapia intravenosa con Amoxicilina/Acido clavulánico. Tras seis días de ingreso, fue dado de alta y continuó el tratamiento vía oral en domicilio con buena evolución. Gracias al diagnóstico precoz, no fue necesario realizar cirugía.

### **Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico**



### **Signos o patrones ecográficos que se observan**

Signo de Murphy ecográfico

## **5.- Caso clínico**

### **Diagnóstico clínico e imagenológico**

Pneumotosis intestinal

### **Descripción del cuadro clínico**

Juan Carlos Valera Ponce de 66 años, acude al hospital del Dr Reynol, con un cuadro clínico de 24 horas de evolución consistente en náuseas y dolor abdominal severo con defensa abdominal, hipotenso y taicárdico. Con antecedentes patológicos de adenocarcinoma rectal resecado hace 4

meses, con una ileostomía temporal y al que 5 días antes de la presentación de los síntomas se le había practicado la reanastomosis y el cierre de ileostomía. En este paciente, una TC reciente demostraba un ciego dilatado hasta 8 cm y edema parietal del colon; posteriormente se identificó en una prueba posibilidad para *Clostridium difficile* por lo que se instauró tratamiento antibiótico hospitalario. Sin embargo, el paciente presentó una mala evolución con elevación de los leucocitos 3 días después, así que se realizó una ecografía abdominal de control, encontrándose la pared de las asas del colon con un incremento del espesor hasta 17 mm. pneumatosis intestinal, además de pequeños focos hiperecogénicos móviles siguiendo la circulación portal, sugestivos de la presencia de gas.

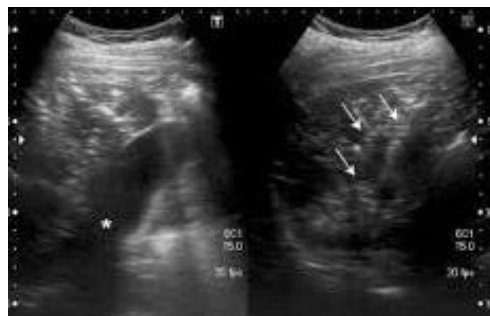
### **Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente**

Nauseas, dolor abdominal, hipotensión, taquicardia.

### **Evolución del paciente**

El gas portal puede ser el resultado de la isquemia mesentérica y de otras condiciones asociadas con la alteración de la mucosa intestinal. El paciente presentaba una complicación relacionada con el fallo terapéutico del tratamiento conservador instaurado, por lo cual fue llevado a cirugía para realizar una colectomía, evolucionando favorablemente en 48 horas.

### **Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico**



### **Signos o patrones ecográficos que se observan**

Signo hepático.