

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

**Imagenología**

Casos Clínicos:

**Ecografía Abdominal**

Docente:

**Dr. Gerardo Cancino Gordillo**

Alumno:

**Víctor Eduardo Concha Recinos**

Semestre y Grupo:

**4° "A"**

Comitán, Chiapas a; 06 de Diciembre de 2020.

## DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLINICO

Mujer de 40 años de edad, obesa, sin otros antecedentes personales de interés, que acude a la consulta de urgencias de su centro de salud por dolor de inicio súbito, localizado a nivel subescapular derecho, de unas 4 horas de evolución, que se irradia a epigastrio e hipocondrio derecho, con náuseas y vómito de carácter bilioso. No refiere acolia ni coluria. 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 2 g de metamizol 10 g de metoclopramida, pero el dolor no cede y posteriormente se administran 100 mg de meperidina. Tras la mejoría del dolor, se le da el alta a domicilio, con analgesia y cita para su médico de Atención Primaria (AP) con diagnóstico de cólico biliar simple.

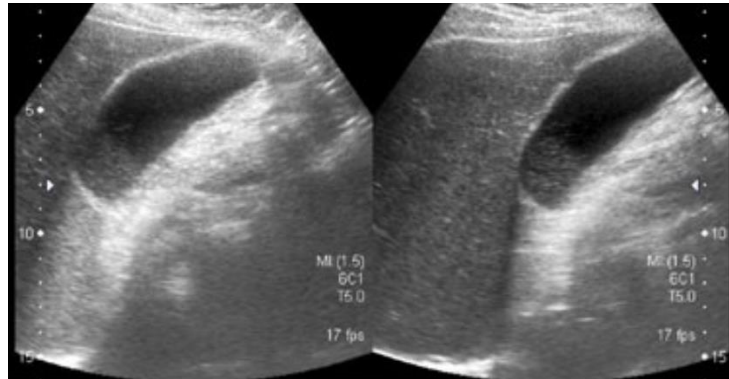
## SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS PRESENTADOS POR EL PACIENTE

- Dolor de inicio súbito a nivel subescapular derecho (Con irradiación a epigastrio e hipocondrio derecho)
- Náuseas
- Vómitos de carácter bilioso
- Dolor a la palpación en hipocondrio derecho
- Fiebre
- Taquicardia
- 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 37,8o C, taquicardia a 115 lpm y normotensión; en la exploración manifiesta dolor a la palpación en el hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Se solicita analítica, que muestra leucocitosis sin neutrofilia, bioquímica con enzimas hepáticas y niveles de bilirrubina normales, orina normal, electrocardiograma normal, radiografía de tórax y abdomen normales. Ante la sospecha de cólico biliar complicado, se solicita ecografía de abdomen, que muestra vesícula distendida con moderado engrosamiento difuso de la pared (4 mm), 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

## IMAGENES ECOGRAFICAS COMPATIBLES CON EL CUADRO CLINICO



## SIGNOS O PATRONES ECOGRAFICOS QUE SE OBSERVAN

- Imagen hiperecogénica, sombra posterior.

## DIAGNOSTICO CLINICO E IMAGENOLOGICO

- Litiasis biliar

## DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLINICO

Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal epigástrico, opresivo, de 24 horas de evolución y sensación distérmica. Refiere episodios previos similares. En la exploración física destaca una temperatura de 37.7 °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.

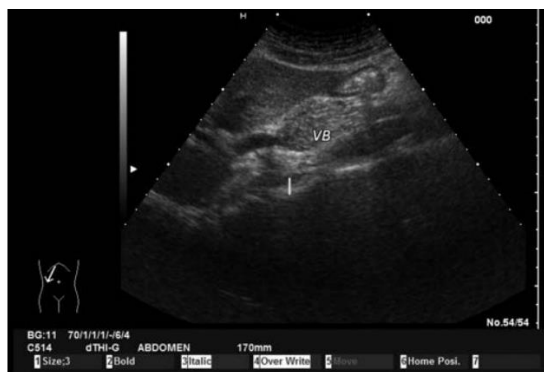
## SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS PRESENTADOS POR EL PACIENTE

- Dolor abdominal epigástrico opresivo
- Sensación distérmica
- Fiebre
- Dolor a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho

## EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

En la analítica presentaba una discreta leucocitosis con elevación de VSG. Se iniciaron 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.

## IMAGENES ECOGRAFICAS COMPATIBLES CON EL CUADRO CLINICO



## **SIGNOS O PATRONES ECOGRAFICOS QUE SE OBSERVAN**

- Vesícula escleroatrófica y dilatación de vía biliar extrahepática

## **DIAGNOSTICO CLINICO E IMAGENOLOGICO**

- Colecistitis aguda.

## DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLINICO

Mujer de 67 años con antecedentes médicos de hiperlipemia, hipertensión sin tratamiento farmacológico y hernia de hiato. Es remitida a nuestro servicio por dolor lumbar izquierdo e infecciones urinarias de repetición. Se practicó ecografía que evidenció una masa renal izquierda de 3,7 centímetros en polo superior, de características heterogéneas. El TAC abdominal confirmó una masa renal izquierda compatible con carcinoma renal y lesión nodular suprarrenal ipsilateral. Se realizó RMN para definir mejor las características de la lesión suprarrenal, no cumpliendo ésta las características de adenoma, por lo que se diagnostica como posible metástasis. Se realizó nefrectomía y suprarrenalectomía izquierdas laparoscópica, durante la cual la paciente presentó tensión arterial y frecuencia cardíaca normales. En el postoperatorio inmediato la paciente presentaba tensiones arteriales sistólicas de 150-185 y diastólicas de 75-85 mmHg.

## SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS PRESENTADOS POR EL PACIENTE

- Hiperlipemia
- HTA
- Hernia de hiato
- Dolor lumbar izquierdo

## EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

A los cinco días de la intervención se instauró un cuadro de deterioro del estado general e hipertensión (170/90- 190/100 mmHg) refractaria a la administración de enalapril y captopril. Un nuevo TAC abdominal identificó un derrame pleural bilateral sin otros hallazgos de interés. Se pautó tratamiento diurético y ARA II, con lo que se consiguió un buen control de la tensión arterial. Tras este episodio la evolución de la paciente fue satisfactoria.

## IMAGENES ECOGRAFICAS COMPATIBLES CON EL CUADRO CLINICO



## **SIGNOS O PATRONES ECOGRAFICOS QUE SE OBSERVAN**

- Patrón de crecimiento infiltrante e invasión venosa.

## **DIAGNOSTICO CLINICO E IMAGENOLOGICO**

- Carcinoma renal tipo cromóforo con extensión a grasa perirrenal y feocromocitoma en glándula suprarrenal.

## DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLINICO

Paciente de 78 años, masculino, sin antecedentes patológicos personales, fumador, acudió a urgencias por padecer de cólicos abdominales, náuseas, vómitos, decaimiento y pérdida de peso, refirió además que desde hace varios meses presenta cuadros diarreicos con deposiciones de color oscuro. Al examen físico el abdomen era blando, no doloroso a la palpación, se palpó una masa firme de aproximadamente 9cm a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo. Las mucosas se encontraban hipocoloreadas. El tacto rectal demostró la presencia de un esfínter de buen tono, sin tumor ni dolor y heces líquidas en ampolla rectal.

## SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS PRESENTADOS POR EL PACIENTE

- Cólicos abdominales
- Náuseas
- Vómito
- Decaimiento
- Pérdida de peso
- Cuadros diarreicos

## EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se solicitó un colon por enema, en la radiografía simple se observó una opacidad redondeada de aproximadamente 10 cm hacia hipocondrio izquierdo y cuando se realizó el examen contrastado se observó la presencia de la típica imagen de "muela de cangrejo," pero localizada hacia el hipocondrio derecho; al repetir el ultrasonido se comprobó que se trataba de la misma masa que se había desplazado hacia ese lugar, lo que permitió afirmar con mayor seguridad que se trataba de una invaginación del colon

## IMAGENES ECOGRAFICAS COMPATIBLES CON EL CUADRO CLINICO





## **SIGNOS O PATRONES ECOGRAFICOS QUE SE OBSERVAN**

- Ecogenicidad mixta en forma de caás concéntricas rodeada de un área ecolúcida sugestiva de invaginación intestinal.

## **DIAGNOSTICO CLINICO E IMAGENOLOGICO**

- Invaginación intestinal.

## DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLINICO

Se presenta paciente masculino en estado consciente, orientado, con una TA: 100/60 mmhg, con presencia de regurgitación yugular, con ruidos cardiacos arrítmicos e irregulares, no existen soplos. Con abolición de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. A la exploración de abdomen, se encuentran datos de hepatomegalia a 2 cms.

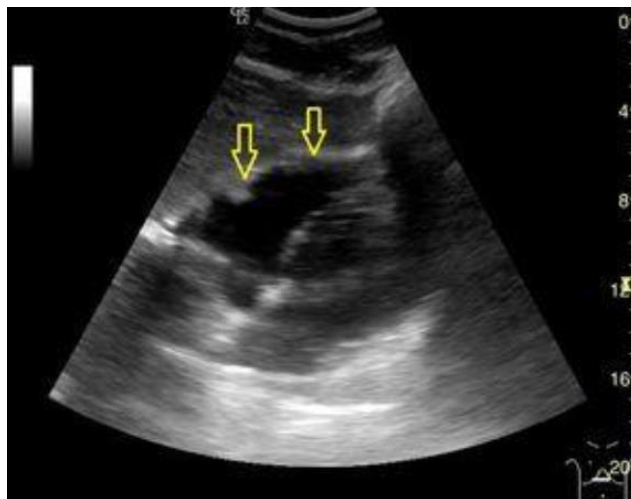
## SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS PRESENTADOS POR EL PACIENTE

- Regurgitación yugular
- Arritmia
- Murmullo vesicular
- Hepatomegalia

## EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

El paciente es tratado con diuréticos, evolucionando favorablemente de su disnea significativa, cursa con Hipertensión pulmonar y una franca dilatación de cavidades derechas de causa no precisadas, que condiciona un fallo de cavidades derechas. 1 año después de su diagnóstico y múltiples hospitalizaciones por descompensaciones, presenta un Ictus isquémico embólico hemisférico, con posterior Exitus durante su hospitalización.

## IMAGENES ECOGRAFICAS COMPATIBLES CON EL CUADRO CLINICO



## **SIGNOS O PATRONES ECOGRAFICOS QUE SE OBSERVAN**

- Derrame loculado.

## **DIAGNOSTICO CLINICO E IMAGENOLOGICO**

- Derrame pleural bilateral con presencia de ascitis