

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Imagenología

Casos Clínicos:

Ultrasonido Abdominal

Docente:

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Alumno:

Erick José Villatoro Verdugo

Semestre y Grupo:

4° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 06 de Diciembre de
2020.

Descripción del cuadro clínico

Una mujer de 22 años, estudiante de medicina, acudió al consultorio médico, por dolor epigástrico que había comenzado dos semanas atrás, luego de comer carne asada. El dolor se irradiaba al hombro derecho y se asociaba a plenitud y distensión posprandial, posteriormente, el dolor se fue generalizando y en el momento de la consulta era continuo. No había tenido vómitos ni diarrea, aunque sí refería estado nauseoso, saciedad temprana y distensión abdominal. El examen físico reveló un abdomen blando, difusamente doloroso por palpación, que se incrementaba en la fosa ilíaca derecha. La palpación del ciego despertaba dolor y se oían borborigmos; la temperatura axilar era de 35,7 °C

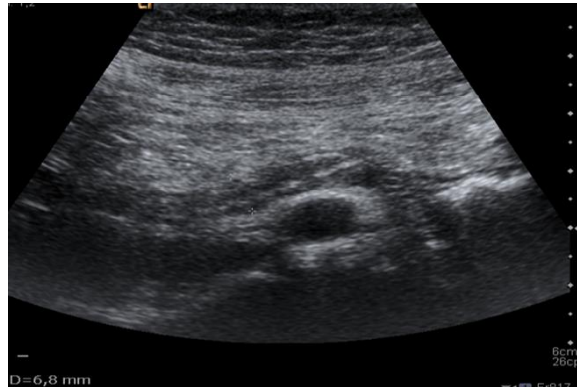
Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

Dolor epigástrico, náuseas, saciedad temprana, distensión abdominal, abdomen blando, dolor a la palpación.

Evolución del paciente

Una ecografía abdominal reveló imágenes ganglionares de rango no adenomegálico en fosa ilíaca derecha. Una tomografía computarizada abdominal con contraste oral y endovenoso reveló un apéndice cecal distendido sin evidencias de cambios inflamatorios adyacentes y nódulos ganglionares en la fosa iliaca derecha (Fig. 1). Se le prescribieron ciprofloxacina y metronidazol por vía oral y fue dada de alta de la Central de Emergencias con diagnóstico de ileítis. El cuadro clínico evolucionó lenta pero favorablemente y, a las dos semanas, la paciente estaba asintomática y la leucocitosis se había resuelto

Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico



Signos o patrones ecográficos que se observan

Signo de Blumberg y Rovsing, Patrón apendicular.

Diagnóstico clínico e imagenológico

Apendicitis aguda.

Descripción del cuadro clínico

Mujer de 37 años con sobrepeso (talla: 1.58 m; peso: 72 kg; índice de masa corporal [IMC]: 28.84), sin antecedentes familiares de importancia, acudió al servicio de urgencias, ya que desde hace 8 horas presentaba dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (después de haber consumido tostadas con crema), así como náuseas y vómito. Refirió que no es la primera vez que tiene un dolor así, sólo que esta vez no había cedido con la administración de butilhioscina, como en otras ocasiones. La dieta de la paciente consiste en azúcares refinados, grasas y pocos vegetales, casi no toma agua sino que toma refrescos, y además no realiza ejercicio debido a que se lo impide un problema en la rodilla derecha. En los exámenes de laboratorio destacó: leucocitosis, con aumento de la fosfatasa alcalina y bilirrubina a expensas de la bilirrubina directa; el resto se encontraba dentro de los límites normales, por lo que se solicitó un ultrasonido de urgencia al servicio de radiología e imagen del hospital.

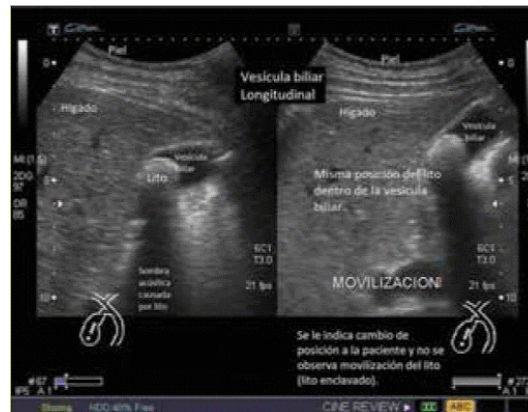
Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

Sobrepeso, dolor tipo cólico, náuseas, vómito,

Evolución del paciente

Se confirmó el diagnóstico de colecistitis crónica litiásica y se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente, que evolucionó favorablemente y egresó a su domicilio sin complicaciones.

Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico



Signos o patrones ecográficos que se observan

Signo de Murphy positivo

Diagnóstico clínico e imagenológico

Colecistitis crónica litiásica agudizada.

Descripción del cuadro clínico

Paciente femenina de 38 años, ingresa a urgencias con cuadro de dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, de 12 horas de evolución irradiado a espalda, acompañado de emesis biliar, malestar general y disnea, sin fiebre. Refiere síntomas respiratorios altos 3 semanas previas a consulta e ingesta de comida con alto contenido de grasa 4 días antes.

Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

Facies ansiosa y algica, somnolienta, palidez cutánea, mucosa oral semiseca, dolor abdominal, excursión torácica limitada, hipoventilación bibasal, abdomen distendido y blando, ruidos presentes y dolor a la palpación profunda de epigastrio.

Evolución del paciente

De acuerdo a la ecografía abdominal se tuvo un aumento de ecogenicidad periportal, páncreas aumentado de tamaño y aumento difuso de su ecogenicidad, presencia de líquido peripancreático, no litiasis. Se hace diagnóstico de pancreatitis aguda, se inician estudios para aclarar etiología, manejo del dolor e hidratación sin mejoría; persiste con tendencia a hipotensión, somnolencia, disminución de volúmenes urinarios y se decide traslado a Unidad de Cuidado Intensivo. A partir del día ocho de ingreso inicia recuperación paulatina, estabilización hemodinámica, mejoría y resolución de falla orgánica múltiple. El día de 10 de estancia es extubada exitosamente. Evolución a la mejoría, tras 16 días de estancia en UCI se ordena traslado a piso, donde continúa manejo antibiótico hasta su egreso tras 32 días de estancia hospitalaria.

Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico



Signos o patrones ecográficos que se observan

Cambios de ecogenicidad, tamaño y límites de la glándula, la compresión de la vena esplénica y las colecciones líquidas en retrocavidad de epiplones.

Diagnóstico clínico e imagenológico

Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia.

Descripción del cuadro clínico

Varón de 7 años, con antecedentes de atresia anal alta y agenesia renal izquierda, que ingresa por presentar un cuadro de fiebre de 39-40 ° diaria. A la exploración llamaba la atención la faringe muy congestiva y un puño-percusión lumbar derecho positiva. La analítica mostraba una leucocitosis; el urocultivo y el hemocultivo fueron negativos. La ecografía abdominal mostraba un riñón derecho aumentado de tamaño, con una zona hipoecogénica en su polo superior de 3,5 por 3,5 cm compatible con nefritis focal aguda. Se realiza tratamiento antibiótico con buena evolución clínica y ecográfica. Es dado de alta a los 20 días afebril y con exploración clínica normal. Acude 6 días más tarde a control en consultas externas, presentando buen estado clínico y afebril, pero en el control ecográfico se apreciaron dos imágenes hipoecogénicas en polo superior y zona media del riñón derecho, la puño-percusión lumbar fue positiva, con dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha. Cistografía retrógrada normal. Posteriormente comienza a hacer picos febriles, evolucionando el nódulo renal superior hacia la abscesificación, que se comprueba con ecografía y TAC.

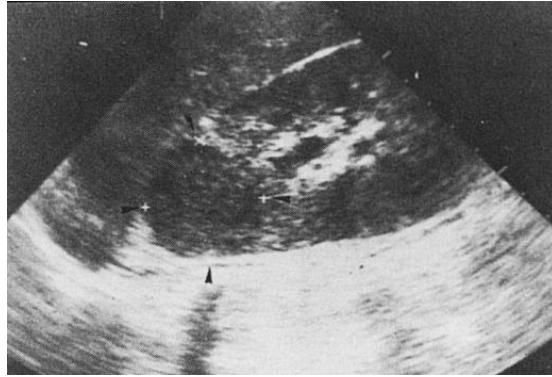
Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

Fiebre, faringe congestiva, puño-percusión lumbar positiva, dolor a la palpación en fosa iliaca.

Evolución del paciente

La evolución posterior fue buena, siendo normales los controles clínicos y ecográficos a los seis meses.

Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico



Signos o patrones ecográficos que se observan

Lesión focal, hipocóica, corticomedular ecogénica en polo superior.

Diagnóstico clínico e imagenológico

Nefritis focal abscesificada.

Descripción del cuadro clínico

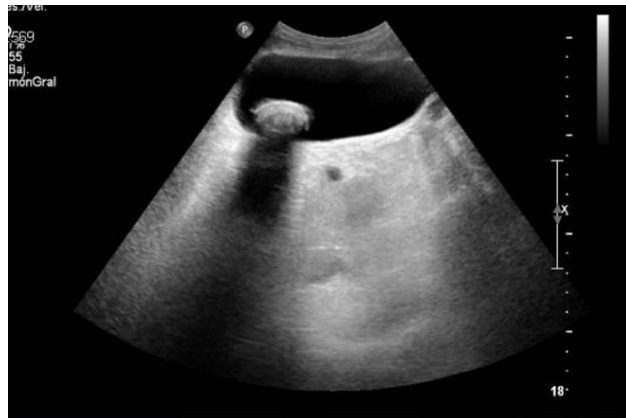
Femenina de 34 años de edad, con obesidad y sin otros antecedentes personales de interés, que acude a la consulta de urgencias de su centro de salud por dolor de inicio súbito, localizado a nivel subescapular derecho, que se irradia a epigastrio e hipocondrio derecho, con presencia de náuseas y vómito 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 pero el dolor no cede y posteriormente se administra meperidina. Tras la mejoría del dolor, se le da el alta, con analgesia y cita para la próxima consulta.

Signos y síntomas clínicos presentados por el paciente

Evolución del paciente

Al cabo de 2 días, 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.

Imágenes ecográficas compatibles con el cuadro clínico



Signos o patrones ecográficos que se observan

Signo de Murphy positivo.

Diagnóstico clínico e imagenológico

Litiasis biliar