

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Imagenología.

Trabajo:
Casos clínicos.

Docente:
Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

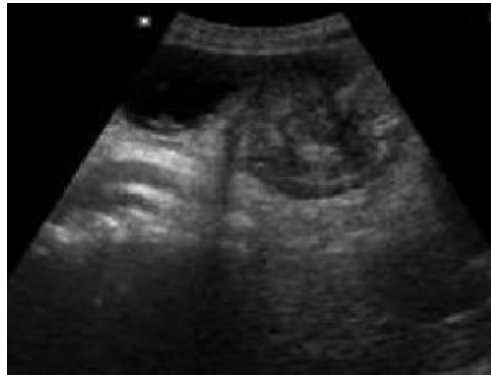
Alumno:
Mario Alberto Gordillo Martinez.

Semestre y Grupo:
4° "A"

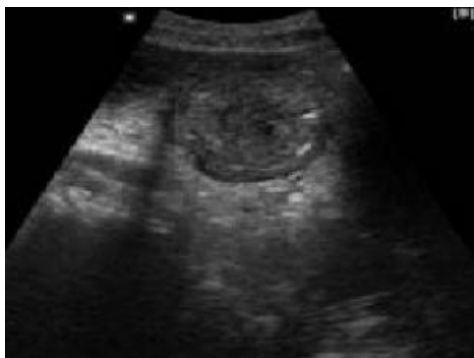
**Comitán de Domínguez, Chiapas 06 de Diciembre del
2020.**

Caso 1.

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. En el ultrasonido se observó hacia epigastrio e hipocondrio izquierdo una masa redondeada de ecogenicidad mixta en forma de capas concéntricas rodeada de un área ecolúcida sugestiva de invaginación intestinal.



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



La invaginación intestinal puede presentarse tanto en el intestino delgado como en el colon y se caracteriza en todo momento por la existencia de un segmento intestinal exterior que es el invaginante (intussuscepiens), y otro interior que es el invaginado, donde puede identificarse la “cabeza invaginante” cuando se trata de un tumor ya sea benigno o maligno.

Caso 2:

Un varón de 3 años y medio ingresa por la constatación de una masa retroperitoneal derecha y fiebre mantenida desde hace un mes. Ha presentado un proceso febril a un año de edad, que fue tratado con antibióticos durante 4 días. Los padres insisten en la presencia de poliuria y polidipsia. No existe historia de edemas o hipertensión. Otros antecedentes personales son de escaso interés. Ha sido correctamente vacunado. La historia familiar es, asimismo, irrelevante y no se constatan enfermedades nefrourológicas ni en los padres ni en un hermano, aparentemente sano, de 5 años de edad. El examen físico muestra: peso 12,5 kg (P 3); talla 95 cm (P 25); temperatura axilar 38,1°C; tensión arterial 110/60 mmHg. Aspecto desnutrido. La exploración por aparatos es normal, con la excepción de la exploración abdominal que muestra un abdomen muy distendido, con palpación de una masa dura y dolorosa, de gran tamaño, en hemiabdomen derecho. Los exámenes complementarios muestran un análisis de orina esencialmente normal (pH 6,5, densidad 1.020, proteinuria y hematuria ausentes, leucocituria 1+). Urocultivo negativo. En sangre: hematócrito 25%, leucocitos 12.700/mm³, plaquetas 573.000/mm³. Proteína C reactiva 19,4 mg/dl.

El perfil bioquímico, incluyendo concentración de electrolitos, urea y creatinina es completamente normal. El equilibrio ácido-básico es, asimismo, normal. El estudio radiológico simple del abdomen muestra una masa retroperitoneal de gran tamaño situada en hemiabdomen derecho que desplaza asas intestinales y presenta aparentes calcificaciones en su interior. La ecografía abdominal muestra un riñón derecho de gran tamaño (eje longitudinal aproximado de 11 cm), con imágenes de aspecto quístico en su interior, así como imágenes ecogénicas que pueden corresponder a cálculos en cálices y pelvis renal. Riñón izquierdo asimismo aumentado de tamaño (eje longitudinal de 8,8 cm) pero de estructura normal. Una gammagrafía con DMSA-Tc99m muestra una ausencia completa de captación en riñón derecho y un aumento de tamaño de riñón izquierdo. La gammagrafía con Galio67 muestra radioactividad presente en zona lumbar derecha. La TAC abdominal muestra aparente dilatación hidronefrótica del riñón derecho con atrofia de corteza renal.

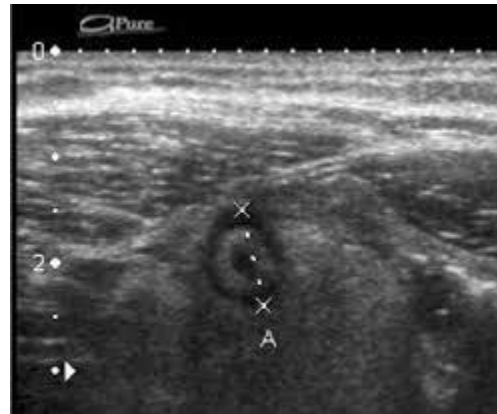
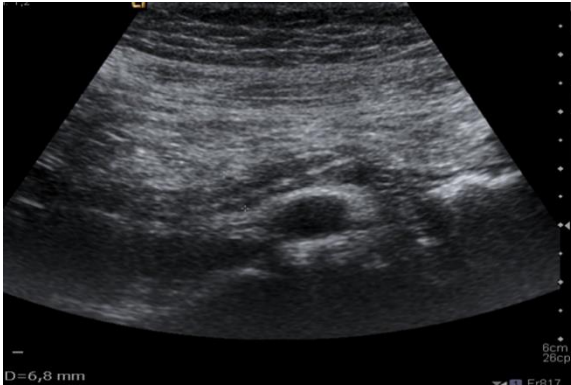
El diagnóstico de pielonefritis xantogranulomatosa fue ya sospechado tras el estudio ecográfico y la gammagrafía mediante Galio67. Las imágenes obtenidas en la TAC fueron, asimismo, muy sugestivas al mostrar cálices dilatados, abscesos y una obstrucción litiásica de la unión pieloureteral derecha. El paciente fue nefrectomizado. El riñón derecho extraído (Fig. 3) presenta unas dimensiones de 11 x 6 x 6,5 cm y pesa 190 g. La superficie externa es lobulada y de coloración pardoamarillenta. Al corte se observa que el parénquima renal ha sido sustituido por cavidades conteniendo un líquido achocolatado de coloración pardo-rojiza. El estudio histológico muestra una destrucción casi completa del parénquima renal. El riñón contiene un extenso infiltrado inflamatorio que forma áreas xantogranulomatosas, constituidas por acúmulo de histiocitos de citoplasma espumoso entremezclados con fibroblastos y células inflamatorias crónicas.



Caso 3:

Niño de 12 años de edad que acude al servicio de urgencias acompañado por su madre por dolor abdominal tipo cólico, de leve intensidad, localizado en epigastrio. Refiere llevar aproximadamente 48 horas con dolor, náuseas, febril y taquipnea.

Se realiza una biometría hemática en la que algunos niveles aparecen alterados. ECDO de abdomen se observa imagen tubular alargada, no compresible con transductor en fosa ilíaca derecha. Se procede a realizar una apendicectomía de urgencia en la cual se extirpa el apéndice subcecal. Se administra Metoclopramida 10 mg/8h, tramal 100 mg/8h.



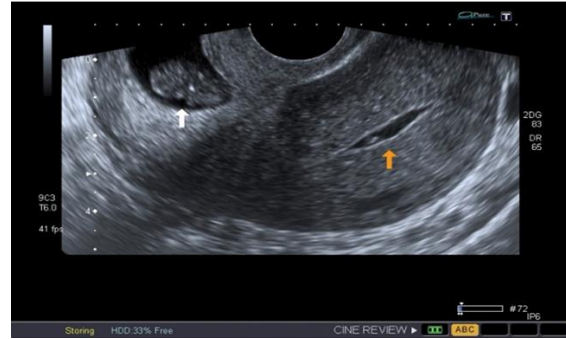
Diagnóstico. Apendicitis aguda, la apendicitis aguda es una inflamación del apéndice cecal, en estos casos su tratamiento es una intervención quirúrgica.

Caso 4.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 32 años de edad, gestas 3 partos 2 con ultimo parto en 2005, con peso de 2620 gr, desconoce fecha de ultima regla; método de planificación familiar preservativo. Acude presentando dolor tipo cólico moderado a severo a nivel de hipogastrio con irradiación hacia región lumbar y datos de irritación peritoneal, la cuantificación de hGC fue de 4543 iU/L, amenorrea tipo II; se le realiza ultrasonido transvaginal el cual reportó en sitio de anexo izquierdo una imagen ovoidea de bordes irregulares mal definidos en relación a saco gestacional, producto único sin frecuencia cardiaca fetal, con circunferencia cefálico de 126 mm y diámetro biparietal 30mm en relación a 16 semanas de gestación, placenta sin vascularidad en la imagen de doppler, ver figura 1. Se realiza laparotomía exploradora encontrando embarazo ectópico abdominal intraligamentario izquierdo y extracción de feto, ver figura 2; feto óbito del sexo masculino de 300cc gramos, 18 cm de talla útero macroscópicamente normal, ver figura 3, no identificado el ovario izquierdo. Corte y ligadura del cordón umbilical dejando placenta in situ con perdida hemática de 400cc figura 4.

La paciente cursa con postquirúrgico sin complicaciones 24 horas posterior al evento quirúrgico se administra metrotexate 70mg IV como dosis única; seguimiento con niveles séricos de la subunidad beta de hGC, con descenso progresivo a las 48 hr y 96 hr; egresando sin complicaciones y durante el control clínico de seguimiento no presentado complicaciones.

Las implantaciones en la pelvis, como ligamento ancho, intestino, y pared lateral de la pelvis no encuentran salida, el sitio de implantación y suministro vascular son factores que influyen en la sobrevivencia fetal. Los factores de riesgo para el embarazo abdominal incluyen daño tubario, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, uso de técnicas de reproducción asistida, y multiparidad.



Caso 5:

Recién nacido femenino, fecha de nacimiento: 12 de febrero de 2012, historia clínica: 830128, hijo de madre de 29 años con antecedentes patológicos personales: enfermedad de Gilbert, con historia obstétrica de gesta: 6 partos, 0 abortos, 6 abortos espontáneos, atendida por infertilidad con medicamentos gonadotropina coriónica humana, clomifeno, se realiza diagnóstico por ultrasonido a las 34 semanas de quiste de ovario fetal. Se mantiene control semanal que demuestra persistencia de la lesión sin variaciones significativas, a las 35,6 semanas se presenta el parto se realiza cesárea, obteniéndose neonato de 3550 gramos, Apgar 9/9.

Examen físico: Normal, especificando abdomen blando, depresible e indoloro, sin tumor a la palpación. Se confirma genitales externos sanos con vagina permeable.

ID: Recién nacido pretérmino normopeso. Quiste de ovario izquierdo.

Ultrasonido abdominal: A las 8 horas de nacido se realiza ultrasonido donde se observa imagen ecolúcida en ovario izquierdo con tabiques en su interior que mide 30 mm, se realizan coordinaciones para traslado al Hospital Pediátrico "William Soler" de La Habana para intervención quirúrgica. Se opera a los 3 días de vida, se realiza resección del quiste que se encontraba torcido.

