



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



Colecistitis aguda, presentación camaleónica de una gastroenteritis.

**Martínez Oviedo A., Martínez Burgui JA.,
Morales Herrera R., Alonso Formento E.,
Calpe Gil MJ., Minguillón Serrano A.**

Hospital Obispo Polanco

INTRODUCCIÓN

- ⌘ La colecistitis aguda constituye uno de los cuadros de urgencia de origen abdominal más frecuentes superado sólo por la apendicitis aguda.
- ⌘ La sintomatología habitual incluye el dolor que no cede con analgésicos menores, localizado en epigastrio y/o hipocondrio derecho, náuseas o vómitos, fiebre y en algunos casos ictericia.

INTRODUCCIÓN

- ⌘ La exploración muestra dolor a la palpación en punto cístico con maniobra de Murphy +. Las presentaciones atípicas son, según la bibliografía, esporádicas siendo más frecuentes en las primeras horas del cuadro.
- ⌘ La similitud a un cuadro de gastroenteritis (GEA) sin otra sintomatología es excepcional.

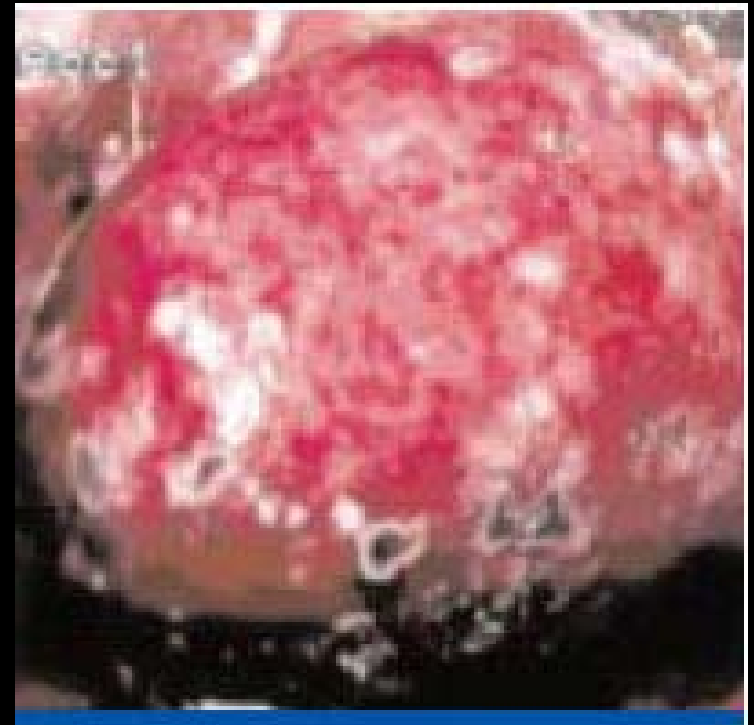
CASO CLINICO

- ⌘ Paciente varón diabético de 51 años que acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio de varias horas de evolución sin defensa, acompañado de vómitos, náuseas, diarreas y febrícula.
- ⌘ En el estudio analítico inicial presenta leucocitosis leve, bioquímica normal (amilasa 42, LDH 437). El dolor cedió con omeprazol iv y paracetamol por lo que es etiquetado el cuadro de gastroenteritis aguda.

CASO CLINICO

- ⌘ Dos horas después acude de nuevo por aumento del dolor que focaliza en hipocondrio derecho y con defensa local. Se repite estudio analítico encontrando: Leucocitosis con desviación izquierda, aumento de amilasa (390 UI) y LDH (1227 UI) con respecto a estudio previo. Ante estos hallazgos se realiza ecografía abdominal que es sugestiva de colecistitis aguda gangrenosa.
- ⌘ Se procedió a intervención quirúrgica urgente que confirmó el diagnóstico ecográfico

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



Vista de vesicula gangrenosa

CONCLUSIONES

- ⌘ La colecistitis aguda gangrenosa tiene un periodo de evolución muy corto, siendo los factores predictores de este tipo de complicación poco conocidos aunque se relacionan sobre todo con diabetes mellitus y leucocitosis > 15.000 .
- ⌘ La presentación inicial como un cuadro gastroenteritis sin alteraciones analíticas ni radiológicas y con mejoría tras el tratamiento es poco frecuente. La GEA con dolor en epigastrio es un cuadro clínico tan frecuente en urgencias que no esta protocolizado la realización de la ecografía

CONCLUSIONES

- ⌘ La LDH elevada, aunque inespecífica, es uno de los factores pronósticos y de sospecha clínica en la patología digestiva-biliar grave
- ⌘ Quizás sea aconsejable establecer un periodo de observación hospitalaria en pacientes diabéticos con dolor en hemiabdomen superior para detectar precozmente este tipo de patologías potencialmente graves.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



LESIONES OSTEOLITICAS EN LA RADIOLOGIA SIMPLE. HALLAZGO CASUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Martínez Oviedo A, Morales Herrera R, Esteban Fuentes FJ, Garzarán Teijeiro A, Mouronval Morales L, Martínez Burgui JA.

Hospital Obispo Polanco. Teruel.

INTRODUCCIÓN

- Las lesiones osteolíticas suelen pasar desapercibidas en los servicios de urgencias en muchas ocasiones, máxime si son mínimas y asintomáticas. Se producen generalmente por destrucción de zonas de hueso produciendo unos huecos visibles en la radiografía simple como áreas hipodensas.
- Los síntomas dependen del proceso primario y la localización, y comprenden dolor, fracturas patológicas, compresión medula espinal, hipercalcemia, fiebre o un síndrome constitucional, no siendo raro que sean asintomáticas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Los diagnósticos posibles son múltiples siendo los más frecuentes: **metástasis, mieloma, tumores óseos primarios, leucemias y linfomas, histiocitosis, enfermedad de Paget** así como enfermedades infecciosas como **Tuberculosis, leishmaniasis y micosis.**

CASO CLINICO

- Mujer de 62 con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento, es remitida por su medico por dolor en la muñeca derecha de varios meses de evolución con aumento del diámetro de la muñeca, no refiriendo otra sintomatología ni traumatismo previo.
- En la exploración no se aprecian signos inflamatorios ni deformidad. Se le realiza una radiografía de la zona donde se observan lesiones osteolíticas en 1/3 distal de radio derecho.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- En la **serie ósea** no se aprecian otras lesiones, siendo los **marcadores tumorales** y el **proteinograma** normales, así como la **mamografía** y la **ecografía abdominal**. Se le realiza **gammagrafía ósea** en la que no se aprecian signos sugestivos de metástasis.
- El **TC** de muñeca y la **RMN** no aportan nuevos datos con respecto a la radiología simple. No teniendo actualmente diagnóstico de certeza.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



CONCLUSIONES

- Las lesiones osteolíticas dolorosas en pacientes adultos obligan a un estudio en profundidad para descartar malignidad.
- Las más frecuente las **metástasis** (próstata, mama, pulmón, riñón y tiroides) que los **tumores primarios óseos**, por lo que es aconsejable un diagnóstico precoz.

CONCLUSIONES

- El **gasto** realizado en este tipo de pacientes en pruebas diagnosticas suele ser alto, no encontrando en un porcentaje de casos un diagnóstico de certeza.
- Creemos que la realización de una **biopsia de la lesión ósea**, además de más barata podría ayudarnos a clarificar dicha patología.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

Fonseca López CH.; Dolz Aspas R.; Utrillas Martínez A.; Aure Casanova M.E.; Martínez Sanz G.

Hospital Obispo Polanco Teruel; Servicio de Medicina Interna,
Servicio de Cirugía, Servicio de Radiología.

INTRODUCCION

El pseudomixoma es una entidad clínica rara que se caracteriza por la ocupación de la cavidad peritoneal por grandes colecciones de contenido mucinoso y ascitis que envuelve la superficie peritoneal y el omento. Se describe mayoritariamente en asociación con tumores malignos bien diferenciados o de malignidad en el límite. En la mayoría de los casos, el tumor primario se localiza a nivel de ovario o apéndice.

CASO CLINICO

Varón de 57 años estudiado en el servicio de nefrología por hipertensión, se le realiza ecografía abdominal y se objetiva ocupación de espacio peritoneal por material hipoecogénico, se remite para estudio.

Ingresa en el servicio de medicina interna; refiere desde hace 3 meses dolor abdominal periumbilical, con incremento de estreñimiento habitual, astenia, adinamia y aumento de perímetro abdominal.

Se realiza paracentesis obteniéndose líquido mucoso de alta densidad, con citología negativa y TAC abdominal que sugiere pseudomixoma peritoneal. Valorado por cirugía y deciden realizar laparotomía en donde encuentran 5,5 litros de material mucinoso y una cápsula tumoral que engloba el epiplón mayor y continúa con tumoración cerebroide proximal en mesocolon y región colocecal.

Se realiza exéresis paliativa de masa y apendicectomía.



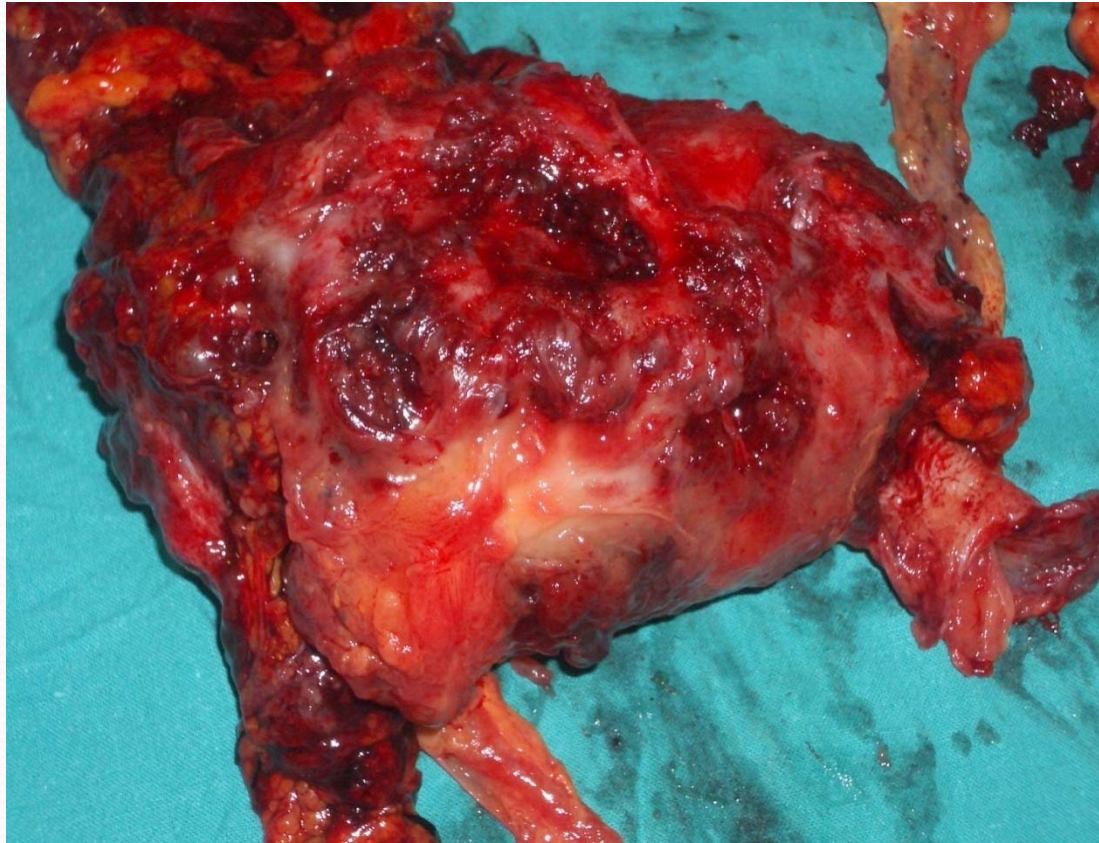
Líquido obtenido en paracentesis



Coraza que envuelve el epiplón mayor



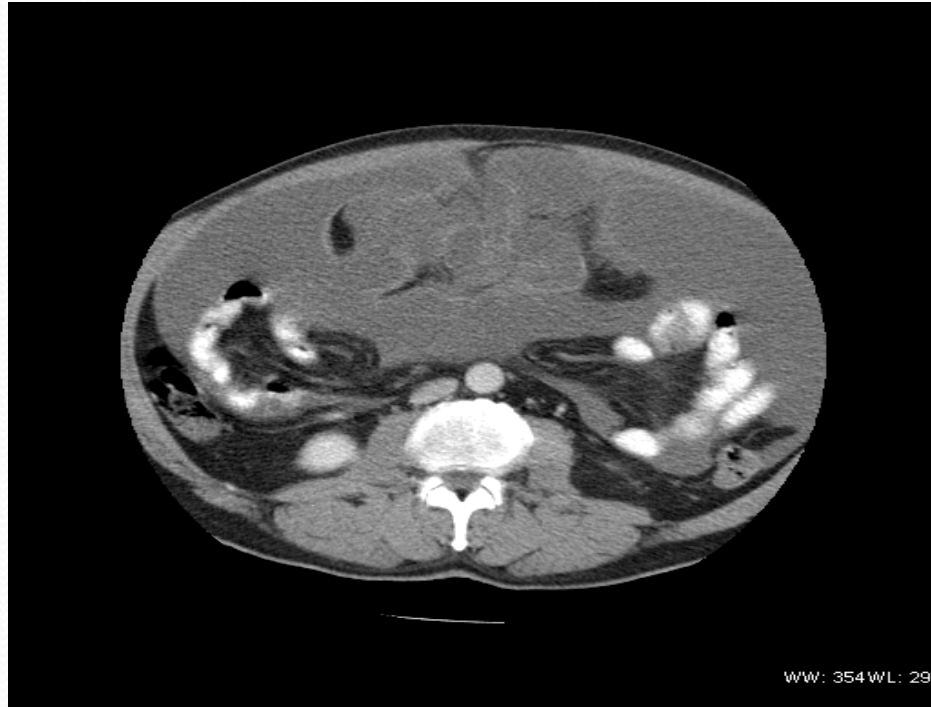
5,5 litros de material mucinoso.



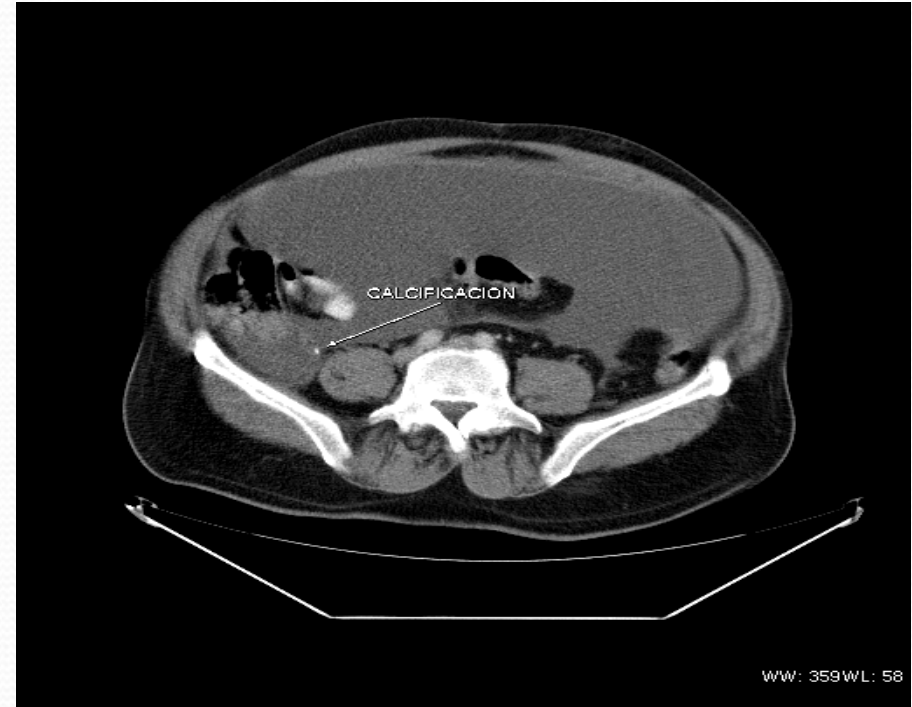
Masa en región periumbilical.

Informe radiología

El TAC constituye la técnica mas ampliamente utilizada para el diagnóstico y evolución de esta enfermedad, producida por la ruptura de una tumoración de extirpe mucinosa, los hallazgos incluyen ascitis abundante, septada y múltiples masas de baja densidad de aspecto quístico.



Ascitis abundante, con múltiples masas de tipo quístico, con fina pared



Lesión quística, lobulada con calcificación periférica en FID

Juicio diagnóstico

Adenocarcinoma Mucinoso Intraperitoneal
de origen apendicular o Pseudomixoma
Peritoneal



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



The background of the slide is a grayscale axial CT scan of the abdomen. It shows a cross-section of the abdominal cavity with various organs and structures. A prominent feature is a dark, rounded structure, likely a diverticulum, which is the focus of the study. The text is overlaid on this image.

Utilidad del TC para el Diagnóstico de la Diverticulitis Aguda

AUTORES: Mónica Oset García*, Laura Comín Novella*,
Eva Vilar Bonacasa**, José M^a Del Val Gil*,
Gloria M^a Martínez Sanz**

(*) Servicio Cirugía General . Hospital O.Polanco.

(**) Servicio Radiología . Hospital O.Polanco.

Introducción

- La diverticulitis aguda (DA) es la complicación infecciosa de la enfermedad diverticular al diagnóstico de la cual se puede llegar mediante la historia clínica, analítica y pruebas diagnósticas (radiografía, ecografía, enema opaco y TC).
- Las ventajas del TC sobre el resto de pruebas diagnósticas, reside en la valoración de la afectación pericolónica, mayor especificidad en el diagnóstico diferencial con el cáncer de colon y ausencia de residuos baritados que pueden dificultar pruebas sucesivas.

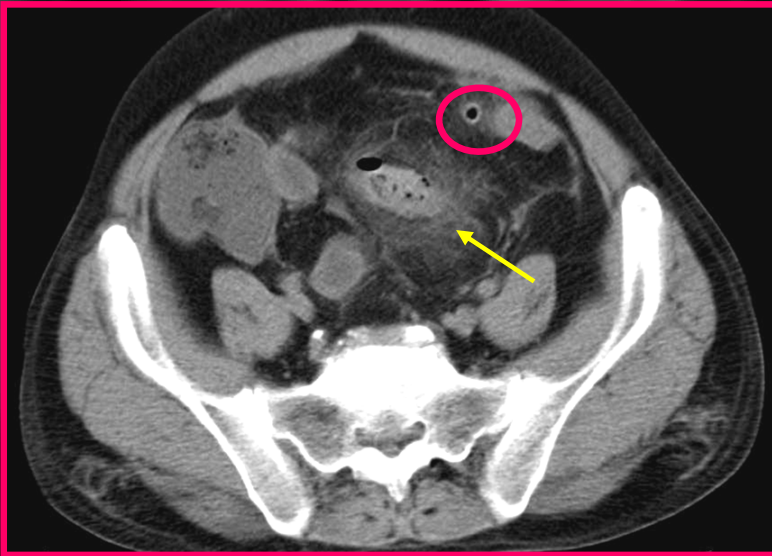
Artefactos ocasionados por estudios baritados previos



Material y Método

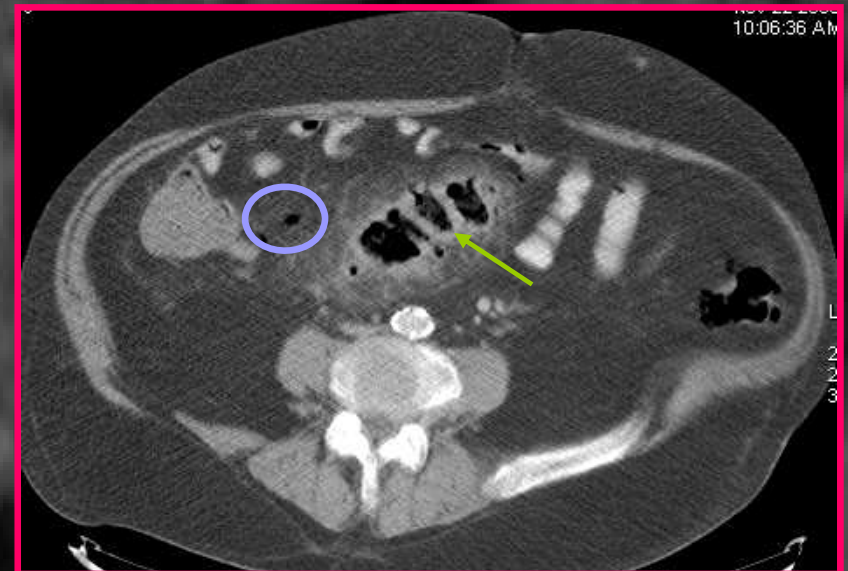
- Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados y tratados por DA en nuestro Servicio de Cirugía General durante los años 2002-2006.
- Analizamos la presencia de signos radiológicos característicos en TC: divertículos, engrosamiento parietal, infiltración de la grasa pericólica, absceso, aire extraluminal, y neumoperitoneo, y correlación quirúrgica-radiológica, complicaciones postoperatorias e ingresos previos por dicha patología.

Signos Radiológicos

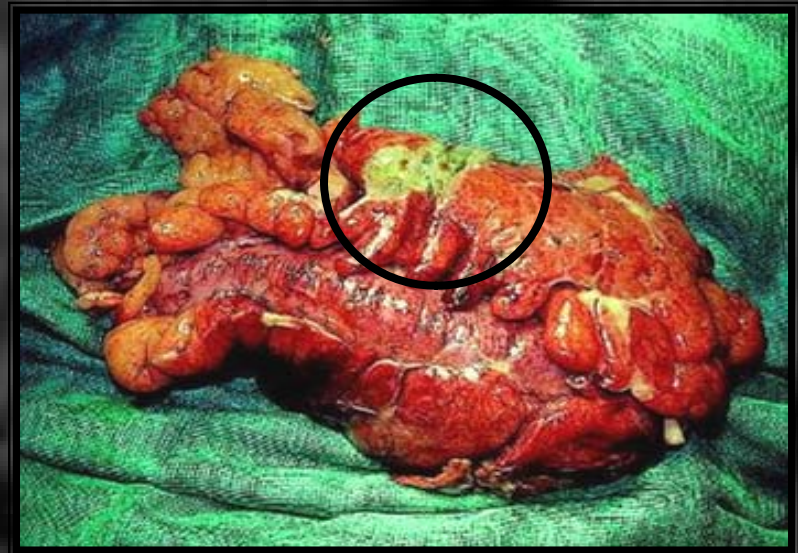
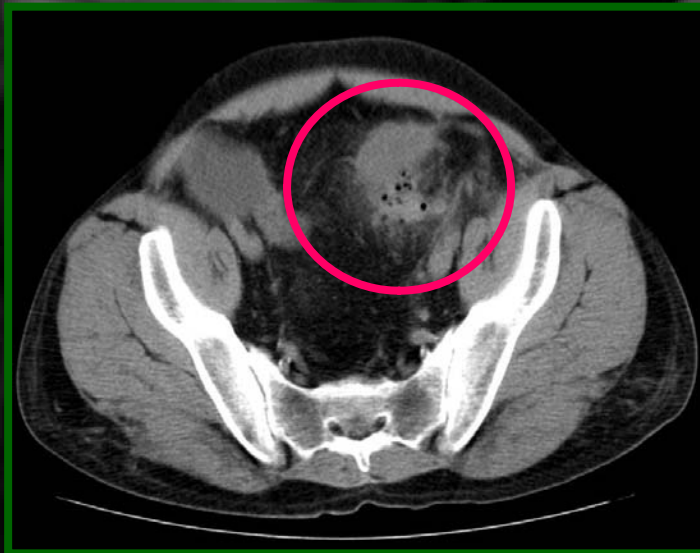
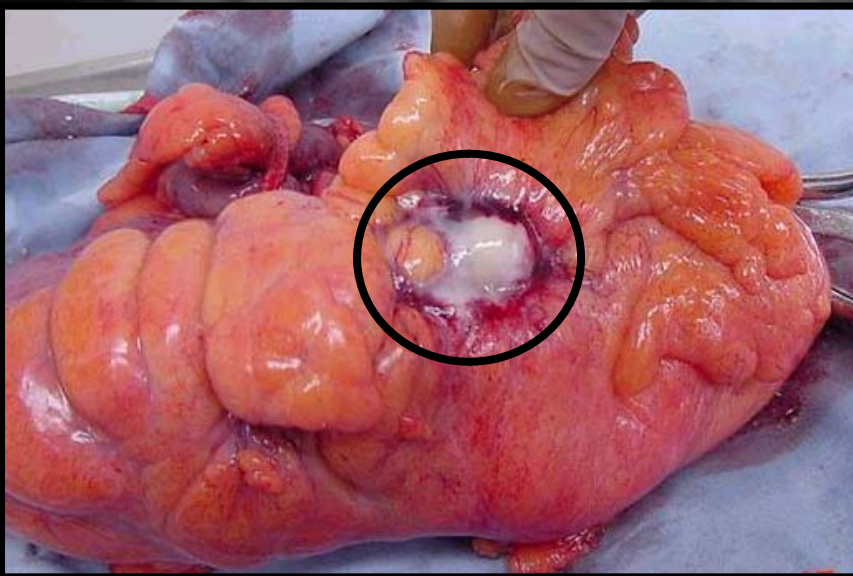


- Presencia de divertículo/s con pared engrosada
- Infiltración de la grasa pericólica.

- Engrosamiento mural del intestino grueso
- Neumoperitoneo si hay perforación



Diverticulitis perforada



Resultados

- A 31 pacientes (47%) se solicitó TC en el ingreso, encontrándose en el informe radiológico 1 de los signos característicos en 7 personas, 2 en 8 casos, 3 en 9 casos, 4 en 6 casos y en 1 caso, a pesar que era sugestivo de DA, no se definía ninguno de los signos citados. En 1 paciente la TC enfocaba como diagnóstico más probable una neoplasia de colon.
- **TTO médico: 59'1%**
- **Intervenciones de urgencia: 60% (15 casos)** y la indicación de ello fue el neumoperitoneo visto en la RX o TC, el aire extraluminal en TC o el empeoramiento clínico y analítico y la defensa abdominal.

Conclusiones

El TC confirmó la sospecha clínica de DA en el 90% de los casos estudiados con esta técnica.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



HERNIA DE AMYAND CONTENIENDO APENDICITIS EOSINOFILICA Y CISTOADENOMA MUCINOSO

Utrillas Martínez AC, Muniesa JA, López Peris P, Minguillón Serrano A, Oset M,
Del Val Gil JM.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO. SERVICIO DE
ANATOMÍA PATOLÓGICA.

HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL

INTRODUCCIÓN:

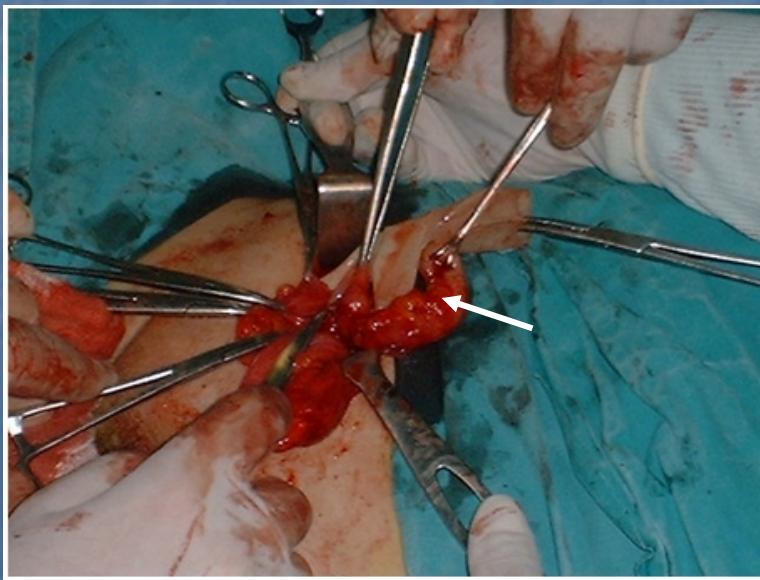
- **HERNIA DE AMYAND= Presencia del apéndice en un saco herniario.**
- **Patología poco frecuente (1%)**
- **La presencia de apendicitis en la H. de Amyand se presenta en 0,3%.**
- **Nuestro paciente presentaba la particularidad de una H. de Amyand que contenía una apendicitis eosinofílica y un cistoadenoma mucinoso apendicular, tumor apendicular también poco frecuente.**

CASO CLÍNICO:

✓ Varón de 44 años sin alergias conocidas, DM insulinodependiente, intervenido de hernia inguinal izquierda en la infancia.

✓ MOTIVO DE CONSULTA: Hernia inguinal derecha dolorosa, no complicada. Se realiza preoperatorio completo. Días previos a la cirugía comenta tener dolor en FID irradiado a región inguinal, pero con exploración completamente normal.

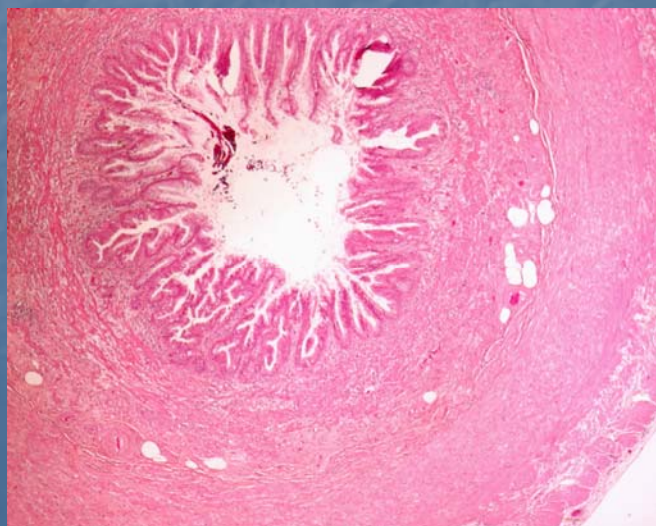
✓ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Hernia inguinal derecha indirecta que contiene apéndice cecal congestiva. Se realiza apendicectomía con electrocoagulación de la base y hernioplastia según Lichtenstein.



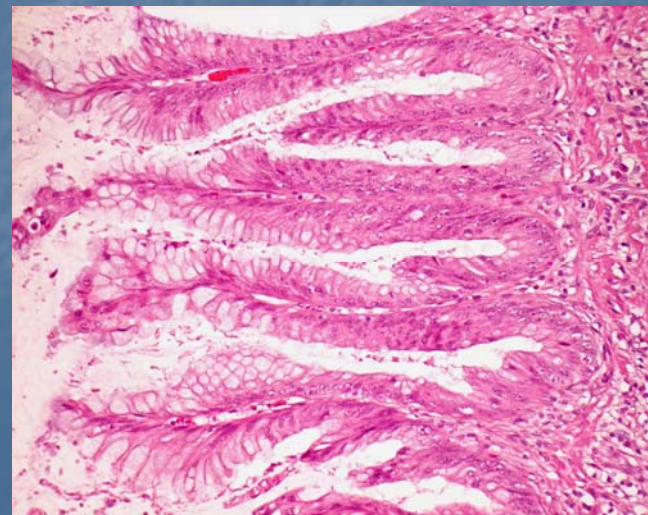
La flecha indica la apendicitis incluida en el saco herniario

ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Saco herniario normal.
- **Apendicitis eosinofílica.**
- **Cistoadenoma mucinoso.**
- ACONSEJAN:
 - Descartar infestación parasitaria intestinal u otras causas de gastroenteritis eosinofílica.
 - Colonoscopia para descartar otros adenomas.



Imágenes macro y
microscópicas de
cistoadenoma
mucinoso apendicular



CASO CLÍNICO:

- El paciente niega alergias alimentarias y el consumo de pescado crudo.
- Serología para Anisakis negativa.
- PCR 74 mg/l (n=0-8).
- El postoperatorio transcurre sin incidencias.
- GASTROSCOPIA AMBULATORIA: Linfangiectasia intestinal y gastritis crónica antral difusa con H. Pylory +++.
- Se inicia tratamiento frente al helicobacter.
- COLONOSCOPIA COMPLETA: no se observan lesiones.

DISCUSIÓN

❑ La particularidad de este caso radica en la asociación de 3 patologías independientes entre sí.

HERNIA DE AMYAND:

- ❑ Patología poco frecuente y cuya sospecha preoperatoria es muy difícil.
- ❑ Suelen presentar dolor en la FID o región inguinal, que suele atribuirse a la propia hernia.
- ❑ Si se trata de una incarceration herniaria no debe realizarse taxis, sino herniorrafia y apendicectomía.
- ❑ El uso de malla para la reparación está contraindicado cuando existe perforación apendicular o absceso.

DISCUSIÓN

CISTOADENOMA MUCINOSO APENDICULAR:

- ❑ Tumor englobado en los MUCOCELES APENDICULARES, con una prevalencia de 0,2-0,4% de las apendicectomías.
- ❑ Es el más frecuente de los mucocelos, observándose en un 50% de los mismos.
- ❑ Se ha descrito la presencia de otros tumores asociados al mucocelo, llegando a asociarse en un 20% a neoplasias colorrectales, pero también en ovario, mama e hígado; de ahí la importancia de descartar enfermedad tumoral en otras localizaciones.
- ❑ Presenta un pronóstico excelente, con una supervivencia del 90-100%, pues las complicaciones son raras; no así en el cistoadenocarcinoma o el pseudomixoma peritoneal (también englobados en los mucocelos)

DISCUSIÓN

APENDICITIS EOSINOFÍLICA:

- ❑ Puede estar en el contexto de :
 - ❑ Una enteritis eosinofílica, resultado de una infestación parasitaria (Ancilostoma, Strongiloides, Anisakis...)
 - ❑ Enfermedad del colágeno
 - ❑ Alergia
 - ❑ Causa desconocida (Idiopática)
- ❑ Las manifestaciones gastrointestinales pueden ser muy variadas, incluyendo un abdomen agudo similar a una apendicitis.
- ❑ En el estudio patológico se suelen observar granulomas eosinófilos, y aunque a veces existe eosinofilia en el análisis sanguíneo, no siempre se da este dato.
- ❑ En el caso presentado no llegamos a filiar la etiología de la apendicitis eosinofílica, pero el paciente actualmente está asintomático.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL





Archivo de imágenes del TC

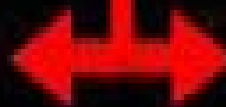
Nuestro objetivo es obtener un archivo de imágenes de TC que abarque el mayor número de variantes anatómicas y patologías confirmadas, fácil de manejar, que esté a disposición de los residentes que se forman en nuestro hospital



Sº Radiología

TC

RM





SALA
4

SALA
3



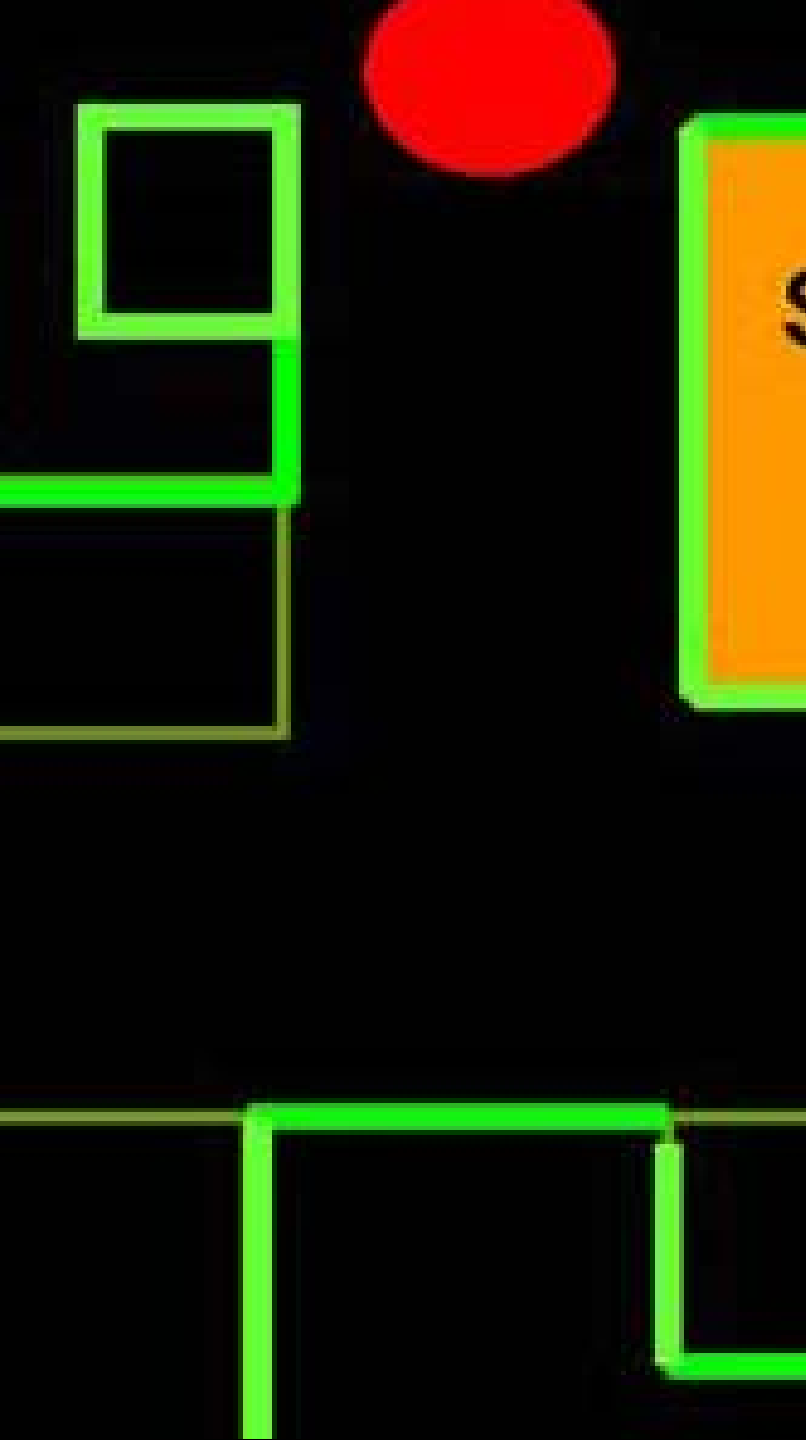
SALA
1



SALA
7

SECRE-
TARIA





GE MEDICAL SYSTEMS
HiSpeed 2143
Ex: 25504/33861
Se: 2 SCOUT
Im: 1
XY
DFOV 76.8cm

F80Y
49434
Jul 10 2007
10:11:09 AM
512 X 367

Mag = 1.00
FL
ROT.



¡Se inició la escritura de!
Una vez guardado correctamente
esta película electrónica estar
33861obst_id_neo_pan

Exportar

Película e
Ta

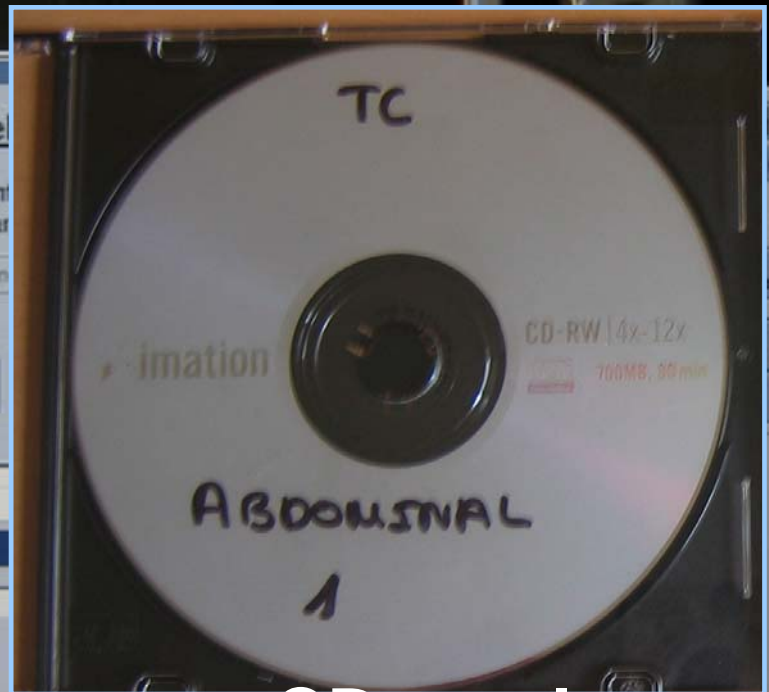
Imágenes JPEG/PNG: 5
Películas MPEG/AVI/MDV: 0

Exportar objetivo

Nombre de carpeta: 33861OBST_ID_NEO_PANCREAS

Formato: HTML: PDF:

Grabador CD Envío FTP.. Serv. HTTP



Almacenamiento de imágenes en CDs en la Estación de Trabajo (formato PDF)

R
3
8
5

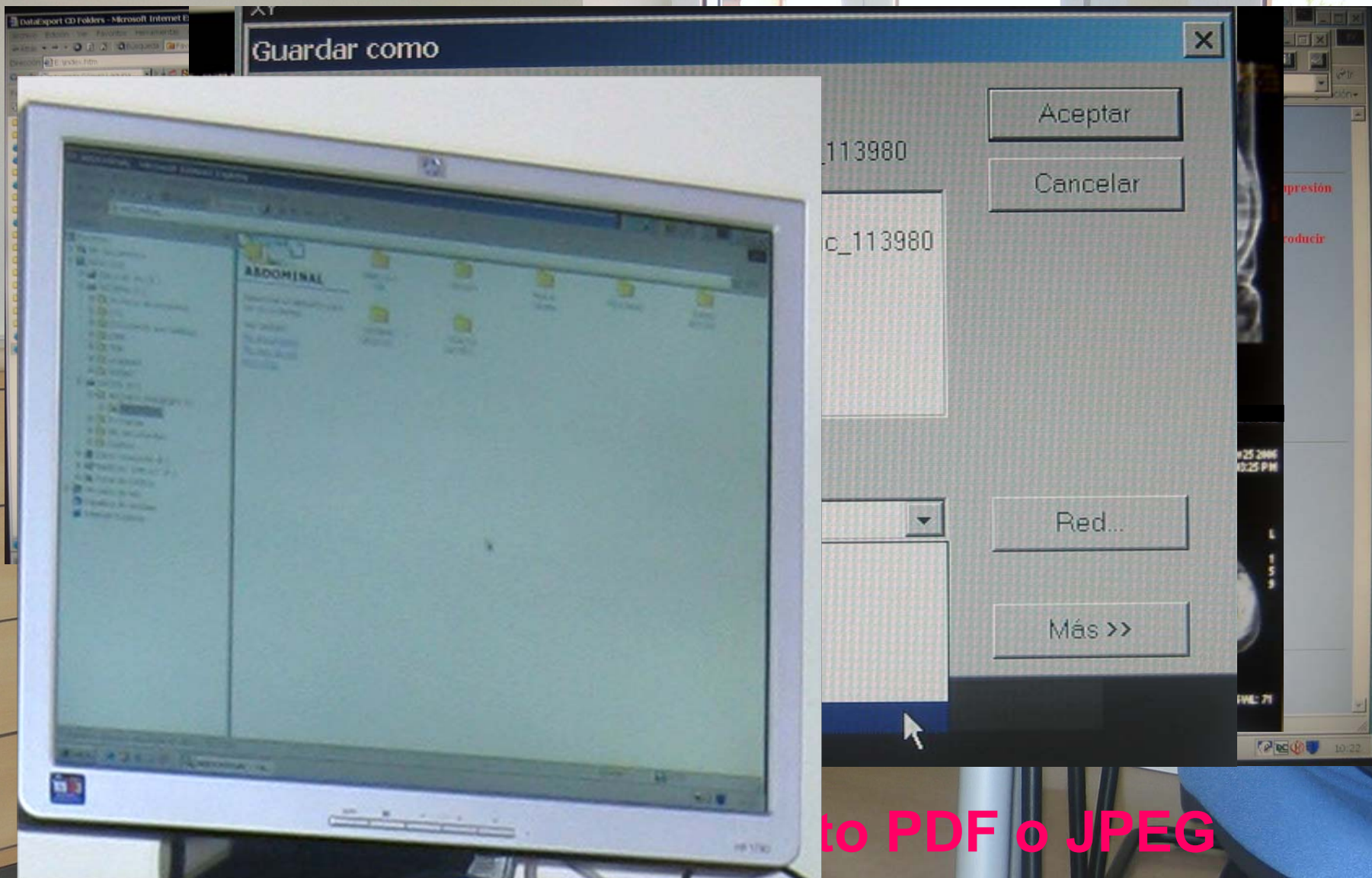
Az 0
K 120

WWW: 400WL 4

Índice de casos en hoja Excel

The image shows a computer workstation with a curved monitor. The left side of the monitor displays several medical CT scan images. The right side displays a Microsoft Excel spreadsheet titled 'Microsoft Excel - TC ABDOMEN'. The spreadsheet contains a list of medical conditions in column A and their corresponding frequencies in column B. Red text annotations are overlaid on the spreadsheet: 'Patología' is written over the first few rows, 'Dato Paciente' is written over the 'disco' column, and 'Nº Ha C' is written over the 'disco' column. The taskbar at the bottom shows the Windows Start button, 'Inicio', 'HP Doctor', 'Documentos Word', 'Microsoft Photo Ed.', and 'Microsoft Excel'.

Patología	Frecuencia	Dato Paciente	Nº Ha C
1 Absceso 2º colectomía + drenaje	6306		
2 Absceso pared	44002		
3 Absceso pélvico Crhon	47199		
4 Absceso subfrénico postgastrectomía por adenocar	60334	disco 2	
5 Apendicitis aguda retrocecal	58029		
6 Ampuloma	63913		
7 Aneurisma roto	1145666		
8 Aneurisma roto	29078	disco 3	
9 Apendicitis aguda laterocecal apendicólito	50206	disco 2	
10 Apendicitis aguda retrocecal	65687	disco 2	
11 Apendicitis angor			
12 Apendicitis crónica	41600		
13 Apendicitis perforada peritonitis purulenta	64123		
14 Apendicitis retrocecal perforada	19514	disco 2	
15 Apendicitis retrocecal aguda ulcerogangrenosa	18516	disco 2	
16 Aplastamiento	120996	disco 3	
17 Ascitis cirrosis y hepatocarcinoma multifocal	81047	disco 3	
18 Atrofia renal bilateral , ascitis	53074		
19 Bazo	15812		
20 Bazo	51968		
21 Bazo colelitiasis	66299		
22 Bazo diverticulosis Oclusión Intestinal por Bidas	26748		
23 Bazo en recto	5881		
24 Bazo recto	69497		
25 Bazo Esplenomegalia	55039	disco 2	
26 Carcinoides pancreas	9010	disco 2	
27 Carcinomatosis peritoneal	51252		
28 Colangiocarcinoma	2293	disco 3	
29 Colangiocarcinoma	31396	disco 3	
30 Colangiocarcinoma o neo vesícula	101168	disco 3	
31 Coledocolitiasis	83004	disco 2	
32 Coledocolitiasis	4925	disco 2	
33 Coledocolitiasis	25989	disco 3	
34 Coledocolitiasis y microabscesos hepaticos	97837	disco 2	
35 Colon Diverticulitis	69021	disco 2	
36 Contraste extravasado	134		



to PDF o JPEG

Organizado en Carpetas

