

1 CON GRE SO

DE RADIOLOGÍA DE CANARIAS

HOTEL ESCUELA SANTA CRUZ
TENERIFE

18 y 19
MARZO
2022



ORGANIZA:

PROGRAMA



Sociedad Canaria
de Radiología



Asociación Radiológica de
Tenerife en Canarias

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente: Dr. José Manuel Santana Montesdeoca
Dr. Julián Portero Navarro
D. Diego Luis Acosta
D. Roberto A. Mejías Mesa

COMITÉ CIENTÍFICO:

Dr. Ignacio Hernández Cabezudo
Dra. Adela Rodríguez Fuentes
TSID D. José Rodríguez González
TSID D. Jerónimo Amador González

AVALADO POR:

seRam
Sociedad Española de Radiología Médica

VIERNES 18 DE MARZO

16:00 **Recepción y entrega de documentación**

SALÓN TAGOROR

17:00 - 17:30 **Taller Bayer “Calidad en la imagen de TC: sistemas digitales de inyección y personalización de protocolos”.**

D. Carlos Muñoz Villegas, Responsable de Soporte Clínico en Bayer

17:30 - 18:00 **Taller Rovi “Ecografía con contraste en la práctica diaria”**

Dr. Juan Sánchez Flores, Radiólogo CHUIMI

18:00 - 18:30 **Pausa Café**

18:30 - 19:15 **Taller Canon “Revelando el poder oculto de la imagen a través de la inteligencia artificial y la radiómica”**

Dr. Rafael Coronado Santos, Dr. Ingeniero en telecomunicaciones.

Director de desarrollo de negocio, Canon Medical Systems

SALÓN TAGOROR

19:30 **Inauguración del Congreso**

Dra. Asunción Torregrosa Andrés, Vicepresidenta SERAM

19:45 **Conferencia Inaugural: “Clasificación de las lesiones ováricas con RM-ORADS. Identificación de errores de clasificación”**

Dra. Milagros Otero García, Jefa de Sección de Abdomen y Genitourinario,

Presidenta de ESUR, Complejo Hospitalario de Vigo

20:30 **Inauguración de la exposición de Pósters**

21:00 **Cóctel de Bienvenida**

SÁBADO 19 DE MARZO

BLOQUE 1 (RVI/Mama) 9:30 - 10:30h

SALÓN TAGOROR

Modera: Dr. Heliodoro Valles González, Radiólogo HUC

09:30 - 10:00 **“Patología venosa”**
Dr. Juan María Pulido Duque, Radiología Vascular Intervencionista,
H. San Roque

10:00 - 10:30 **“Mamografía con contraste”**
Dr. José Antela López, Radiólogo, Responsable de la Sección de Radiología
de Mama, CHUIMI

SALÓN VIERA Y CLAVIJO

Modera: TSID Jerónimo Amador González, Técnico, HUNSC

09:30 - 10:00 **“Pie de Patera”**
Dña. Marta Aguilar Rodríguez, Técnica, HU Dr. Negrín

10:00 - 10:30 **“Proyecciones en mamografía”**
Dña. María D. Acosta Cabrera, Técnico, H. Gral. de La Palma

BLOQUE 2 (Abdomen/ Urgencias) 10:30 - 11:30h

SALÓN TAGOROR

Modera: Dra. M^a Ángeles Prytz Pérez, Radióloga, Hospiten

10:30 - 11:00 **“El informe estructurado en Radiología”**
Dr. Antonio Cabrero Acosta, Jefe de Servicio, Vithas H. Santa Catalina

11:00 - 11:30 **“Valoración del sangrado abdominal”**
Dra. Mónica Fdez del Castillo Ascanio, Radióloga, HUNSC

SALÓN VIERA Y CLAVIJO

Modera: TSID Enma Hernández Díaz, Delegada ARTCA Las Palmas

- 10:30 - 11:00** **“RM pelvis ginecológica/útero/endometrio”**
D. Francisco J. Acosta Acosta, Técnico, H. Gral. de La Palma
- 11:00 - 11:30** **“Radiología de urgencias”**
Dña. Silvia Verónica Genesio Reartes, Técnico, H del Sur El Mojón, HUNSC
- 11:30 - 12:00** **Pausa Café – Defensa de Pósters**

BLOQUE 3 (Cardiología/Medicina nuclear) 12:00 - 13:00h

SALÓN TAGOROR

Modera: Dra. Heidi Sáenz Acuña, Radióloga, H. José Molina Orosa

- 12:00 - 12:30** **“RM Cardiovascular: ideas y trucos básicos para no iniciados”**
Dr. Jordi Estornell Erill, Radiólogo y Cardiólogo, HUC
- 12:30 - 13:00** **“Imagen híbrida”**
Dr. Francisco Medina Romero, Medico Nuclear, HUC

SALÓN VIERA Y CLAVIJO

Modera: TSID Roberto A. Mejías Mesa, Delegado de ARTCA Tenerife

- 12:00 - 12:30** **“Estudio especiales en TC de 160 cortes”**
D. José Antonio Abreu Gutiérrez, Técnico, HUC
- 12:30 - 13:00** **“Medicina Nuclear – Fundamentos e Imágenes”**
D. Enrique Molina García, Técnico, Hospiten Rambla

SALÓN TAGOROR

- 13:00 - 13:45** Taller GE **“Uso de vasodilatadores en RM cardiaca”**
Dr. Gorka Bastarrika Alemán, Codirector del Servicio de Radiodiagnóstico, Clínica Universitaria de Navarra
- 13:45 - 14:30** Taller GE **“Innovaciones con Impacto de las nuevas tecnologías MR y CT en el entorno clínico”**
Dr. Vicente Martínez de Vega Fernández, Jefe del Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Hospital Universitario Quirón salud Madrid
- 14:30 - 15:45** Comida de trabajo

SALÓN TAGOROR

- 15:45 - 16:15** Taller Philips **“Innovación en RM y CT”**
Dra. Claudia Molina Gómez (Clinical Scientist de Philips)
Dr. Gerard Blasco Sola (MR Modality Specialist de Philips)
- 16:15 - 16:45** Taller Siemens **“Papel de la robótica en los procedimientos intervencionistas hoy y en un futuro cercano”**
Dr. Darío Lamusta, International sales manager vascular robotics.

BLOQUE 4 (Neurología/MSK) 16:45 - 18:30h

SALÓN TAGOROR

- Modera:** Dra. Elena Alventosa Fernández, Radióloga, HUNSC
- 16:45 - 17:15** **“Spot sign and Leakage sign”**
Dra. M^a Carmen González Domínguez, Radióloga, CHUIMI
- 17:15 - 17:45** **“Síndrome subglúteo”**
Dr. Adán Bello Báez, Radiólogo, HUNSC
- 17:45 - 18:00** Pausa Café – Defensa de Pósters
- 18:00 - 18.30** **“Ultrasonografía del músculo: cantidad y calidad”**
Dra. Carmen Rosa Hernández Socorro, Radióloga, HU Dr. Negrín

SALÓN VIERA Y CLAVIJO

Modera: TSID Dña. M^a Alejandra Barreto Rodríguez, Técnico, H. Gral. de La Palma

16:45 - 17:15 **“TC y RM en lesiones medulares”**
Dña. Sara Marlene Barbosa Da Costa, Técnica, H. José Molina Orosa

17:15 - 17:45 **“Radiología MSK”**
Dña. Ruby Emperatriz Estrada Arenas, Técnica, H. Gral. de La Palma

17:45 - 18:00 **Pausa Café – Defensa de Póster**

18:00 - 18.30 **“Hallazgo Radiológico de un Osteosarcoma, procedimientos radiológicos para su confirmación”**
D. Jerónimo Amador González, Técnico, HUNSC

SALÓN TAGOROR

18:30 **Conferencia de Clausura y entrega de Premios**
D. Jacinto Estarriaga Ansó, Miembro Fundador de la Plataforma Estatal Grado Universitario en Imagen Médica y Radioterapia

19:00 - 20:00 **Junta Extraordinaria SCR**

21:30 **Cena del Congreso “Mesón el Drago” (Tegueste)**

PÓSTERS



¿EMPEZAMOS EL VIAJE?... A PIE DE PATERA

Aguilar Rodríguez, Marta.

TSID. Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria.

El 2020 fue el año más atípico a nivel global de las últimas generaciones debido al virus SARS-Cov-2, que puso al límite los sistemas sanitarios de todo el mundo.

Pero, ni si quiera, el virus consigue doblegar el empeño de las personas que luchan por alcanzar Europa. En plena fase crítica de la pandemia llegaron a Canarias más de 23.000 inmigrantes.

Pandemia más crisis migratoria supuso un reto a los tsid.

Desde marzo del 2020 hasta la actualidad, todas las personas que llegan a Canarias en patera precisan aislamiento obligatorio y muchos son derivados al hospital.

Una vez en el hospital, dentro de todas las pruebas a realizar es la rx de tórax. Ahora bien, con la llegada de la pandemia, además, solicitaban rx portátil óseo urgente pero ¿por qué ocurría eso si el Covid afectaba a los pulmones? ¿Si era un posible traumatismo por qué esa urgencia? y empezamos a escuchar el "pie de patera".

Pero empezamos el viaje...

La ruta en patera África Canarias es uno de los trayectos más duros que existen. Las condiciones climáticas, el espacio reducido, las condiciones de insalubridad, la falta de alimentos y la desesperación de tener sed hacen que beban agua de mar. Además, muchos patrones les pasan un sedal por las piernas para que no se incorporen si entran en pánico. Todo esto provoca heridas que se infectan y gangrenan.

La mezcla corrosiva que forma el agua del mar junto a la gasolina de los motores, dificulta la cicatrización de las heridas y favorece que se formen úlceras. Además entran en contacto con los desechos orgánicos y los orines que se acumulan en el fondo de la patera provocando que se infecten. Si a esto le añadimos que están débiles del trayecto y la escasa comida e hidratación es lo que hace que esas heridas se sigan macerando y vayan empeorando progresivamente conociendo lo que se conoce como pie de patera.



¿Qué es el pie de patera?

Es una inflamación muscular que impide el riego sanguíneo y puede derivar a una celulitis lo más leve o a un síndrome compartimental donde podrían perder la extremidad.

¿Qué es el síndrome compartimental?

Es la aparición de dolor muscular intenso debido al aumento de presión dentro de la fascia muscular, el aumento del contenido comprime los músculos, nervios y vasos que contienen y, si esta presión interna es muy elevada, el daño causado puede ser de extrema gravedad, causando incluso necrosis muscular.

Pudiendo requerir una cirugía urgente para salvar la extremidad.

¿Por qué es importante a nivel radiológico?

Por el diagnóstico diferencial y por la actualización de la formación para favorecer al diagnóstico.

La finalidad de esta presentación es dar visibilidad al pie de patera tanto a la enfermedad como al problema global y la importancia del tsid en el diagnóstico diferencial.

Debe concederse la importancia a la formación continuada con el objetivo de mejorar la capacidad resolutoria y la calidad asistencial.

NEUMOMEDIASTINO EN MIGRANTES ARRIBADOS EN PATERAS A LAS COSTAS CANARIAS: ANÁLISIS DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DEL MISMO Y DE LA APORTACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA DEL TC DE TÓRAX

Santana Suárez, E., Hernández Hernández, L., Esteras Etxebarria, I., Rodríguez Fuentes, C., Lázaro Leria, G., Perdomo Saavedra, JD.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.

Objetivos:

- Analizar descriptivamente las características clínicas y radiológicas de los migrantes con neumomediastino.
- Inferir la clasificación del neumomediastino en estos pacientes entre espontáneo o secundario según los hallazgos radiológicos.
- Analizar la aportación del TC de Tórax en el manejo diagnóstico-terapéutico de dichos pacientes.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo de una serie de casos hospitalarios con los pacientes migrantes llegados en patera sometidos a TC de torax por sospecha de neumomediastino, búsqueda de causa secundaria o complicación del mismo entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021. Se recogieron diversas variables: demográficas (sexo y edad); clínicas (signos clínicos de deshidratación, necesidad de ingreso en UCI debida a patología torácica atribuible o consecuente al neumomediastino, días hasta alta hospitalaria, tensión arterial media y FC en el momento de realización del TC); analíticas (niveles de sodio, procalcitonina, CPK, proteína C reactiva y recuento de leucocitos) y radiológicas (Presencia de neumomediastino en RX de tórax, de neumoperitoneo en la TC, de neumotórax de manejo no conservador, signos de causa secundaria de neumomediastino en TC, presencia de mediastinitis, presencia de signos de complicación del neumomediastino)

Resultados:

14 pacientes fueron incluidos, siendo el 100 % de los mismo, varones con una media de edad de 20,79 años ($\pm 1,30$). En cuanto a las distintas variantes clínicas destacó la ausencia de necesidad de ingreso en UCI, con una mediana de estancia hospitalaria de 4,50 días (rango intercuartílico (RIQ): 3). Todos se encontraban estables hemodinámicamente con una saturación media de 97,21% ($\pm 0,43$), una PAM de 90,11 mmHg ($\pm 3,51$) y una mediana de FC de 109,5 lpm (RIQ: 20,25).

En cuanto a las variantes analíticas cabe reseñar la presencia de datos de rabdomiólisis con una elevación de CPK en el 100% de los mismos (mediana: 3480,5 ; RIQ: 4768,25) así como la aparición de leucitosis en el 92,9%, con una media de recuento leucocitario de 17000 ± 1350 . En los TC de tórax realizados, el 100% de los casos tenían eumomediastino, no encontrándose en ningún caso signos de mediastinitis ni de complicaciones. Asimismo, ninguno presentó signos de ser secundario a perforación esofágica ni de vía aérea. No hubo pacientes con neumotórax de manejo no conservador. La sensibilidad de la RX de tórax para la detección de neumomediastino fue del 100% (76,84 % - 100%). Se les realizo RX de control a 4 de los 14 pacientes (28,57%), mostrando disminución de la cuantía de gas con respecto a la primera RX.

Conclusiones:

- El neumomediastino que presentan los migrantes llegados en pateras se trata de una entidad benigna y autolimitada, presentándose en este caso en varones jóvenes con signos de deshidratación.
- Parece ser espontáneo, probablemente por maniobras de Valsalva
- El TC de tórax en estos pacientes no aporta datos adicionales sobre la RX que impliquen cambios en el diagnóstico ni en el manejo terapéutico.

ECOGRAFÍA DOPPLER DE LOS TRONCOS SUPRAAÓRTICOS. PARÁMETROS TÉCNICOS Y PRINCIPALES PATOLOGÍAS.

Hernández Hernández, L., Rodríguez Fuentes, C., Santana Suárez, E., Esteras Etxebarria, I., Márquez López, R., Santana Hernández, A.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.

Introducción:

La arteriosclerosis de las arterias extracraneales causa un tercio de los ictus isquémicos. Determinar el grado de estenosis es fundamental para indicar la mejor estrategia terapéutica. Si bien la angiografía cerebral es la técnica de referencia, la ecografía Doppler es un procedimiento más disponible, no invasivo y bien establecido en la cuantificación de la estenosis carotídea, por lo que se ha instaurado como prueba de elección en el estudio inicial y de seguimiento de la enfermedad cerebrovascular de origen aterotrombótico. Para que la valoración de la estenosis sea fiable, es necesario comprender los principios físicos del Doppler y realizar un estudio meticuloso y sistemático.

Texto e imágenes:

Para llevar a cabo un estudio Doppler de los troncos supraaórticos de calidad, el radiólogo debe conocer las indicaciones y los parámetros técnicos, así como los hallazgos ecográficos en condiciones normales y en las patologías más frecuentes.

El examen se estructura en las siguientes fases:

1. Inspección visual en escala de grises de toda la trayectoria de la arteria carótida cervical.
2. Realizar el estudio Doppler color para detectar el flujo y determinar su dirección.
3. Efectuar el análisis espectral de velocidades con Doppler pulsado para determinar la velocidad del flujo y la morfología del espectro.

Los parámetros técnicos que pueden afectar a la precisión de los resultados de la ecografía carotídea incluyen el ángulo Doppler, la caja de volumen de muestra, la ventana de muestreo Doppler en color, la escala de velocidad en color y la ganancia de color.

Los factores importantes en el diagnóstico de la enfermedad aterosclerótica de las arterias carótidas extracraneales son el grosor de la íntima-media, la morfología de la placa, los criterios para clasificar la estenosis, los factores limitantes como la presencia de disección o de anomalías cardíacas, la distinción entre casi oclusión y oclusión total, así como la presencia de un síndrome del robo de la subclavia.

Conclusiones:

- La ecografía carotídea ofrece una evaluación no invasiva de las porciones extracraneales de las arterias carótidas y vertebrales para detectar enfermedades ateroscleróticas.
- Los parámetros técnicos estandarizados, los métodos de exploración, el análisis Doppler y la interpretación mejoran la precisión y la reproducibilidad de los resultados.

LESIONES DEL MANGUITO DE ROTADORES UN ENFOQUE DESDE EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Estrada Arenas, Ruby Emperatriz

Hospital General de La Palma

Introducción:

La articulación del hombro o glenohumeral forma parte del tren superior de nuestro cuerpo; en esta articulación se encuentra el manguito de rotadores formado por 4 músculos que proporcionan movilidad y estabilidad al hombro:

- Supraespinoso
- Infraespinoso
- Subescapular
- Redondo menor

Objetivos:

Ayudar a la valoración de las lesiones por medio de las Imágenes Diagnosticas, empleando los procedimientos correspondientes.

Conclusión:

Las lesiones del manguito rotador es una patología que cada vez se encuentra con mayor frecuencia. Su principal síntoma es el dolor acompañado de debilidad y limitación de movimiento.

Recordar la importancia de reforzar conocimientos no solo en el ámbito de la obtención de imágenes, sino también en la visualización de diversas patologías; por lo que al tener una mayor visión y conocimiento de dichas patologías, obtendremos unas imágenes de mayor calidad.

Bibliografía:

1.- López-Rosas LJ, Cerrato N, García E, et al. Correlación ultrasonográfica-resonancia magnética de las lesiones del manguito de los rotadores. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2005;50(2):73-79. [citado el 9 de febrero de 2022].

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=3707>

2.- Delgado GA, Fajardo MJ. Lesiones del manguito rotador. Rev Med Cos Cen. 2014;71(610):215-217. [citado el 9 de febrero de 2022].

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51236>

3.- Castellanos-Madrígal S, Magdaleno-Navarro E, Herrera-Rodríguez V, et al. Lesión del manguito rotador: diagnóstico, tratamiento y efecto de la facilitación neuromuscular propioceptiva. Residente. 2020;15(1):19- 26. doi:10.35366/94039. [citado el 9 de febrero de 2022].

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94039>

4.- Ugalde Ovaros Carlos Eduardo, Zúñiga Monge Daniel, Barrantes Monge Ricardo. Actualización del síndrome de hombro doloroso: lesiones del manguito rotador. Medicina. pierna. Costa Rica [Internet]. marzo de 2013 [citado el 9 de febrero de 2022]; 30(1): 63-71.

Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152013000100009&lng=en.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN URGENCIAS RADIO-LÓGICAS.

Esteras Etxebarria I, Suárez Santana E, Rodríguez Fuentes C, Hernández Hernández L, López Deniz JA, Caballero López R.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.

Introducción:

La trombosis venosa cerebral es una patología poco frecuente e infradiagnosticada que puede ser potencialmente mortal por lo que es imprescindible conocer la anatomía del sistema venoso cerebral y su clínica. Además, se ha relacionado con varios factores etiológicos protrombóticos como pueden ser los anticonceptivos y las alteraciones de la coagulación y, en los últimos tiempos, con otras etiologías como pueden ser el COVID-19 y su vacunación.

Es importante conocer las diferentes técnicas diagnósticas así como reconocer las características radiológicas que orienten hacia el diagnóstico definitivo. Todo ello teniendo en cuenta otras entidades en el diagnóstico diferencial para no cometer errores en el diagnóstico.

Texto e imágenes:

La trombosis venosa cerebral presenta una prevalencia menor del 1% de todas las patologías cerebrovasculares.

Gracias a las técnicas radiológicas no invasivas como la resonancia magnética y el escáner se ha conseguido reducir considerablemente su mortalidad gracias a un diagnóstico más precoz.

La primera técnica diagnóstica es el TC sin contraste, sin embargo el diagnóstico por resonancia magnética, la venografía por resonancia magnética con contraste y la venografía por TC son las técnicas más útiles para el diagnóstico de esta afección.

Existen varios hallazgos característicos que nos pueden orientar en el diagnóstico. En el TC sin contraste existe el "signo de la cuerda". Por otro lado, en el TC con contraste, en ocasiones, puede observarse un defecto de repleción en el territorio venoso.

Hay que tener en cuenta varios errores de interpretación que pueden conllevar a confusión a la hora de establecer el diagnóstico (falso delta vacío, falso triángulo denso, granulaciones aracnoideas, variaciones anatómicas...).

Por último, en la resonancia magnética los senos venosos normales suelen aparecer como un vacío de señal. Sin embargo cuando en el T2 y FLAIR no existe ese vacío es conveniente sospechar trombosis.

Conclusiones:

La trombosis venosa cerebral es un diagnóstico poco frecuente, pero potencialmente mortal en urgencias por lo que es importante sospecharlo teniendo en cuenta la clínica y antecedentes de los pacientes.

Es importante para el radiólogo tener en cuenta esta entidad en su listado de diagnóstico diferencial, además de conocer las distintas técnicas de imagen necesarias para establecer el diagnóstico de urgencia.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LAS URGENCIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS NO TRAUMÁTICAS

*Medina, R.; Pulido, M.; Martín, V.; Alventosa, E.; González, C.; Paz, S.; Benítez, S.; Cabrera, J.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.*

Introducción:

Describir las características por imagen que presentan las patologías otorrinolaringológicas no traumáticas urgentes.

Texto:

Las urgencias otorrinolaringológicas no traumáticas son patologías relevantes porque afectan a muchas estructuras imprescindibles para la vida. Sin embargo representan un pequeño porcentaje de la práctica clínica diaria habitual del radiólogo, por lo que suelen ser desconocidas y mal manejadas.

En esta presentación educativa revisaremos la bibliografía reciente para describir las características radiológicas de estas enfermedades, sobre todo en la técnica más frecuentemente empleada para su diagnóstico, la TC con contraste endovenoso.

Abandonaremos su usual clasificación por regiones anatómicas para abordarlas desde un punto de vista más práctico en Urgencias, en función de los síntomas y signos. Además las ilustraremos con imágenes de casos de nuestro complejo hospitalario.

Conclusiones:

La disociación entre la relevancia de la patología otorrinolaringológica no traumática urgente y el bajo porcentaje que ésta representa en la práctica clínica diaria habitual del radiólogo hace fundamental el estudio de sus características por imagen; el conocimiento de las mismas posibilitará un diagnóstico correcto y precoz, que a su vez permitirá un adecuado abordaje terapéutico.

ENFERMEDAD VASCULAR DE PEQUEÑO VASO CEREBRAL: ¿MARCADOR DE ENVEJECIMIENTO O DE SALUD CEREBRAL GLOBAL?

Cabrera Rodríguez R, González González C, Alventosa Fernández E, Paz Maya S, Benítez Rivero S, Martín García V. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Objetivos:

Describir el espectro clínico y los hallazgos radiológicos de la patología cerebral ocasionada por la lesión de vasos de pequeño tamaño, haciendo especial énfasis en los hallazgos de RM cerebral.

Material y métodos.

Se realiza una revisión bibliográfica, haciendo una síntesis del espectro clínico y radiológico, aportando imágenes de RM Cerebral.

Resumen:

La enfermedad de pequeño vaso es un problema de salud global causando el 25% de los infartos isquémicos y la mayoría de los hemorrágicos, así como la mitad de los casos de demencia.

Los mecanismos fisiopatológicos exactos son desconocidos, siendo el resultado final de cualquier alteración en la unidad vasculo-glio-neuronal. La hipertensión es el factor de riesgo principal, contribuyendo el resto de condicionantes cardiovasculares, así como factores de susceptibilidad individual.

Espectro patológico: La arterioesclerosis hipertensiva y la angiopatía amiloide son las entidades más frecuentes, existiendo otros casos asociados a enfermedades genéticas, causas inflamatorias, inmunológicas, y secundarias a radioterapia o a las enfermedades específicas como la enfermedad de Alzheimer. Las dos principales grupos fisiopatológicos se resumen en la Tabla 1.

Espectro de hallazgos radiológicos: La terminología se han unificado mediante los criterios STRIVE incluyendo: Imágenes hiperintensas en la sustancia blanca, infartos subcorticales recientes, lesiones lacunares, microsangrados, siderosis superficial, espacios perivasculares dilatados o espacios de Virchow Robin, microinfartos y atrofia cerebral.

Espectro clínico. Las manifestaciones clínicas pueden ser abruptas como una hemorragia intraparenquimatosa o un ictus isquémico o, insidiosas como el deterioro cognitivo, los trastornos psiquiátricos ó las alteraciones del movimiento.

	Arterioesclerosis hipertensiva	Angiopatía amiloide
Localización de las lesiones	Localizaciones profundas (Ganglios de la base, sustancia blanca profunda, puente)	Superficiales / lobares
Lesiones hiperintensas sustancia blanca	Lineales en la periferia de los ganglios basales	Múltiples, predominan en regiones posteriores
Dilataciones perivasculares	Predilección por los ganglios basales.	Predilección por los centros semioviales .
Microsangrados.	Localizaciones profundas. Ausencia de siderosis superficial.	Superficial / lobar, siderosis superficial

Tabla 1. Principales entidades fisiopatológicas asociadas a la enfermedad de pequeño vaso.

Conclusiones:

1. La enfermedad vascular por patología de pequeño vaso, es un problema de salud global.
2. Presenta múltiples etiologías, siendo las arterioesclerosis hipertensiva y la angiopatía amiloide las formas más frecuentes.
3. La RM permite caracterizar múltiples lesiones características de esta entidad.
4. La distribución de las lesiones en RM permite una aproximación etiológica, siendo frecuente las formas combinadas.

DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Hernández de León, J.M.

Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

INTRODUCCIÓN.

El ganglio centinela es el primer ganglio linfático hacia el que drena un tumor. Su biopsia supone la inyección de un marcador radiactivo que ayuda al cirujano a localizarlo durante la cirugía para posteriormente extraerlo y analizarlo.

OBJETIVOS.

El objetivo principal es localizar el ganglio centinela para verificar si está afectado tras ser biopsiado.

MATERIAL Y MÉTODO.

Esta técnica consiste en inyectar un radiofármaco en la zona retroaureolar para que pueda ser marcado, una vez que obtengamos las imágenes de la gammacámara. Este estudio ayudará al cirujano junto con el radiólogo que con la ayuda de una sonda detectora de radiación localiza el ganglio para su extracción y biopsia.

- Material:

Pulsera y etiquetas identificativas de la paciente, consentimiento informado, gasas, apósitos, guantes estériles, anestésico local, antiséptico, agujas, jeringas, bisturí, sonda protectora para el detector.

- Procedimiento:

- Explicar en todo momento a la paciente lo que se le va a hacer.
- Anestesia local o general según proceda.
- Paciente en decúbito supino con los brazos por encima de la cabeza.
- Colocación de un campo estéril con todo el material necesario.
- El radiólogo ayuda al cirujano junto con la sonda detectora de radiación a localizar el ganglio centinela para su extracción.
- El cirujano procede a la limpieza y antisepsia de la zona para la posterior incisión y extracción.
- Una vez extraído el ganglio centinela se manda a biopsiar para obtener el resultado de la misma.

RESULTADO.

En el caso de malignidad se procederá a la extracción total o parcial de los ganglios de la zona, (la presencia de microcalcificaciones indica la extracción de parte de los ganglios. Las macrocalcificaciones indican la extracción de la totalidad de los ganglios). Si el resultado de la biopsia es benigna se procederá al cierre de la herida quirúrgica.

CONCLUSIÓN.

Este estudio nos permite detectar mediante intervención quirúrgica y con la ayuda de una sonda detectora de radiación, tras la biopsia, si existe afectación maligna o benigna del ganglio centinela debido a un tumor mamario.

FRACTURAS VERTEBRALES TORACOLUMBARES: LOS DIFERENTES TIPOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN AOSPINE.

*Linares Bello C, Pérez Gámez C, Chueca Martínez D, Fernández Del Castillo Ascanio M, Marichal Hernández C, Núñez Vila P.N, Souweilah Arencibia C, Monteverde Hernández F, Cabrera Rodríguez R, Cabrera Marrero J.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.*

Introducción:

La mayoría de fracturas vertebrales ocurren a nivel torácico o lumbar, siendo más frecuentes en varones y entre los 20-50 años. Su principal causa son los accidentes de tráfico. Al ser una patología frecuente es importante clasificarlas de manera correcta.

Texto:

Existen varias clasificaciones, entre ellas, la clasificación AOSpine. En diferentes estudios se ha demostrado que existe una gran reproducibilidad intra e interobservador de esta clasificación siendo por tanto un sistema más fiable que otras clasificaciones.

La clasificación AOSpine evalúa tres parámetros para clasificar las fracturas toracolumbares:

- Morfología de la fractura, teniendo en cuenta el daño de los ligamentos y de la columna posterior.
- Estado neurológico.
- Modificadores clínicos.

Utilizando los tres parámetros anteriores las clasifica en tres grupos principales: lesiones tipo A, tipo B y tipo C.

Conclusión:

La clasificación AOSpine de las fracturas toracolumbares permite la caracterización de las mismas de manera sencilla, siendo descriptiva y permitiendo al mismo tiempo facilitar el manejo y orientar el pronóstico de las lesiones.

EL INTERSTICIO PULMONAR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Monteverde Hernández F., Rodríguez Delgado L.E., Llanos Gómez J.M., Caicoya Boto M., Cabrera Marrero J.L., Souweilah Arencibia C., Cabrera Rodríguez R., Medina Herrera R.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Introducción:

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica que afecta principalmente a las articulaciones. Se estima una prevalencia de aproximadamente el 0,5% de la población, con una incidencia de 8,3 casos por cada 100000 adultos mayores de 16 años, siendo aproximadamente tres veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Sin embargo, hasta la mitad de los pacientes sufren una serie de manifestaciones extraarticulares que condicionan una gran morbimortalidad añadida. Entre ellas destacamos las manifestaciones cardiovasculares, que suponen la principal causa de muerte y las manifestaciones respiratorias, que afectan al 60-80% de los pacientes con artritis reumatoide y suponen la segunda causa más frecuente de mortalidad.

Con respecto a estas últimas, nos centraremos en el conjunto de neumonías intersticiales, que constituyen la manifestación respiratoria más frecuente en la artritis reumatoide y una causa de morbimortalidad nada desdeñable para estos pacientes.

Revisión del tema:

Es importante diferenciar los dos patrones radiológicos predominantes en la enfermedad pulmonar intersticial del paciente con artritis reumatoide: la neumonía intersticial usual (NIU) y la neumonía intersticial no específica (NINE). Si bien pueden aparecer otros patrones como la neumonía organizada o la neumonía intersticial linfocítica, nos centraremos en los dos ya mencionados, pues engloban la mayoría de los casos de afectación intersticial y su adecuada diferenciación tiene repercusiones en el pronóstico y decisiones terapéuticas.

La NIU se presenta típicamente como engrosamiento intersticial subpleural bilateral de predominio bibasal, acompañado en ocasiones de bronquiectasias de tracción y panalización. Si bien pueden estar ausentes algunos de estos hallazgos, se debe descartar una NIU ante la presencia de un patrón dominante consistente en opacidades en vidrio deslustrado, atrapamiento aéreo o consolidaciones, entre otras. Constituye el patrón intersticial más frecuente en los pacientes con artritis reumatoide y conlleva el peor pronóstico de entre todas las neumonías intersticiales.

En la NINE es típica la presencia de vidrio deslustrado de predominio periférico y bibasal acompañado de engrosamiento intersticial con respeto subpleural. Es el segundo patrón intersticial más frecuente y está asociado con una mejor respuesta al tratamiento y menor riesgo de progresión de la enfermedad.

Conclusiones:

La adecuada diferenciación de ambos patrones tiene importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas así como puede evitar la realización de biopsias pulmonares innecesarias.

LESIONES HEPÁTICAS: PATRONES DE REALCE TÍPICOS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Rodríguez Fuentes C, Esteras Etxebarria I, Hernández Hernández L, Santana Suárez E, Márquez López R, Caballero López R

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.

Introducción:

Las lesiones focales hepáticas son formaciones de contenido sólido o líquido que no pertenecen al parénquima hepático normal y que se diferencian del mismo mediante técnicas de imagen.

Habitualmente las lesiones focales no generan ningún tipo de sintomatología en el paciente y son descubiertas de forma incidental tras un estudio de imagen. Por ello, es fundamental conocer los distintos tipos de tumores hepáticos focales y quísticos más frecuentes, así como reconocer las características radiológicas distintivas entre ellas.

Texto:

La naturaleza de las lesiones hepáticas es variada y cada vez se identifican con mayor frecuencia debido a el mayor uso de técnicas de imagen en el diagnóstico de multitud de procesos. Para su diagnóstico es importante tener en cuenta los datos clínicos del paciente: en una mujer joven que toma anovulatorios tendríamos que sospechar un adenoma hepatocelular así como en un paciente alcohólico hay que tener en cuenta un posible hepatocarcinoma.

El objetivo principal de los estudios hepáticos de imagen consiste en diferenciar las tumores hepáticas importantes de las que no lo son. El método de imagen que se suele hacer como primer estudio suele ser la ecografía o el TC multi-detector. Sin embargo, la RM es la prueba diagnóstica de elección. Para ello, los contrastes intravenosos van a permitir estudiar el comportamiento de la lesión de forma dinámica.

Las tumores hepáticas que es más importante reconocer son las metástasis, el hepatoma y el adenoma hepático. Por orden de frecuencia, las metástasis son los tumores hepáticos malignos más comunes, y superan en número a los tumores malignos primarios en un porcentaje de 18:1.

Por el contrario, el hemangioma cavernoso, los quistes hepáticos y la hiperplasia nodular focal son tumores hepáticos no quirúrgicos que se deben diferenciar de las anteriores. Dentro de las tumores hepáticas benignas los hemangiomas cavernosos son las lesiones más frecuentes y se observan hasta en el 7% de los individuos.

Conclusiones:

- El reconocimiento por parte del radiólogo de los distintos tipos de patrones de realce típicos de las lesiones hepáticas es crucial en el manejo diagnóstico y terapéutico de las mismas.

- La clasificación de los distintos tipos de lesiones hepáticas es necesario para una correcta comunicación entre el clínico y el radiólogo, así como para fines de investigación.

PATOLOGÍA DE LA AORTA TORÁCICA EN URGENCIAS

Pérez Gámez C, Linares Bello C, Chueca Martínez D, Marichal Hernández C, Fernández del Castillo Ascanio M, Núñez Vila P.N, Cabrera Rodríguez Cabrera R, Monteverde Hernández F, Souweilah Arencibia C.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Introducción:

El síndrome aórtico agudo (SAA) se empleó para describir a un grupo de pacientes con hipertensión arterial y dolor torácico agudo característico para permitir una sospecha clínica precoz de patología aórtica aguda, que pueden suponer una amenaza para la vida de los pacientes.

Texto:

En un principio esta descripción incluía la disección aórtica, el hematoma intramural aórtico y la úlcera aterosclerótica penetrante, pero actualmente este término se ha extendido a otras patologías con presentaciones clínicas superpuestas. Siempre que se sospeche un SAA se debe realizar un TC sin contraste; que permite detectar la hemorragia aguda en la pared aórtica, rodeando la aorta, en el mediastino, pericardio o espacios pleurales, y posteriormente un TC con contraste en fase arterial.

Estas entidades clínicas relativamente poco frecuentes si no son diagnosticadas y tratadas de manera precoz, pueden suponer una amenaza para la vida de los pacientes. Los estudios radiológicos son esenciales para un diagnóstico preciso y rápido, así como para valorar su magnitud y las posibles complicaciones.

Conclusión:

El diagnóstico diferencial de la patología aórtica supone un reto diagnóstico para los médicos que prestan atención en los servicios de urgencias. Para poder distinguirlas no es suficiente con la sospecha clínica por lo que las pruebas de imagen adquieren un papel fundamental para poder hacer un correcto diagnóstico y una adecuada planificación del tratamiento.

DILATACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Cabrera Marrero, J. L.; Llanos Gómez J. M.; Caicoya Souto M; Rodríguez Delgado L. E; Monteverde Hernández F; Cabrera Rodríguez R; Souweille Arencibia C; Linares Bello C. C; Chueca Martínez D; Medina Herrera R. D.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Resumen:

La motivación de este póster es repasar de forma práctica las principales causas por las que se afecta el ventrículo derecho, a veces estudiado en segundo plano respecto al izquierdo.

Su afectación exclusiva es infrecuente. En las series se describen un 2,2% de prevalencia en el fallo cardíaco derecho como forma de presentación aguda de la insuficiencia cardíaca.

La situación más frecuente por la que se afecta es en el contexto de la insuficiencia cardíaca con fallo ventricular izquierdo.

Algunos de los mecanismos son que ambos estén afectados por la misma patología, como en el infarto, la miocardiopatía o la miocarditis.

Sin embargo, en este trabajo vamos a resaltar aquellas causas que afectan principalmente al ventrículo derecho.

Para ello hemos seleccionado diversos casos de nuestro centro representativos de distintas patologías, como por ejemplo una ventana aorto-pulmonar como causa muy rara de sobrecarga de volumen (imagen 3D adjunta), o patologías más frecuentes típicas de la urgencia como un TEP agudo como causa de sobrecarga de presión, o una DAVD como representativo de patología intrínseca del ventrículo derecho.



Sobrecarga de presión	Embolismo pulmonar masivo (agudo)
	Hipertensión pulmonar
	Estenosis arterial pulmonar (supravalvular, de ramas principales o periférica)
	Estenosis valvular pulmonar
	Estenosis del tracto de salida
Sobrecarga de volumen	Ventrículo derecho sistémico
	Defecto del septo auricular
	Regurgitación tricuspídea
	Regurgitación valvular pulmonar
Patología intrínseca	Anomalia venosa pulmonar
	Infarto del ventrículo derecho (agudo)
	Displasia arritmogénica del ventrículo derecho
	Cardiomiopatías primarias
	Cardiomiopatías secundarias



Caso 4. TC de tórax con contraste en fase arterial pulmonar. Paciente varón de 55 años, con alteración ventilatoria restrictiva secundaria a cifoescoliosis severa, insuficiencia respiratoria hipoxémica crónica e hipertensión pulmonar severa. En las imágenes superiores se visualiza una amplia comunicación (de 4 x 4 cm) entre la aorta torácica ascendente y la arteria pulmonar principal, con shunt izquierda-derecha (flechas amarillas). Además, destaca una hipertrofia ventricular derecha (flecha azul). El paciente fue diagnosticado de cardiopatía congénita tipo ventana aortopulmonar, no siendo conocido el defecto hasta ese momento.

Conclusiones:

En una aproximación diagnóstica a la patología cardíaca, es importante conocer la fisiopatología, y en cuanto al ventrículo derecho es importante encuadrar primero ante qué tipo de situación nos encontramos. Aunque algunas patologías pueden ser bien toleradas por los pacientes debido a los mecanismos compensadores (por ejemplo, una sobrecarga crónica de volumen), otras enfermedades pueden llevar a una rápida descompensación, y reconocer los signos de fallo cardíaco derecho es de vital importancia.



**Sociedad Canaria
de Radiología**



PATROCINADORES PLATINO



GE Healthcare



ANGEL CONDE S.L.

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

Canon

CANON MEDICAL

PATROCINADORES ORO

HOLOGIC®
The Science of Sure



Direx
Tecnología para la Medicina



PHILIPS



SIEMENS
Healthineers

LÉLEMAN

PATROCINADORES PLATA

MD medicalduke

COOK®
MEDICAL

WorldMedica
BRINGING TOOLS FOR EXCELLENCE



ENDOVASCULAR MÉDICA CANARIAS

OTROS COLABORADORES

izasa
medical
a werfen company

