

# Perlas y errores diagnósticos en radiología abdominal de urgencias, lo que el radiólogo no debe pasar por alto.

M. S. Páez Álvarez<sup>1</sup>, P. A. Barón Rodiz<sup>1</sup>  
E. F. Berríos Bonilla<sup>1</sup>, A. Calero Ortega<sup>1</sup>,  
A. Hernández Calvo<sup>1</sup>, C. Ruiz de Castañeda<sup>1</sup>,  
M. J. Risco Fernandez<sup>1</sup>, M. M. Merideño<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Toledo, Toledo

# Objetivo Docente:

- ✓ Proporcionar pistas diagnósticas con el fin de distinguir un hallazgo normal de una patología importante pero menos reconocida, identificar los artefactos de imagen que simulan enfermedad, y reconocer diagnósticos sutiles que podrían pasarse por alto en el ámbito de la radiología abdominal de urgencias.
- ✓ Analizar las características claves y proporcionar pistas para identificar posibles errores diagnósticos.
- ✓ Ilustrar con imágenes de TC de nuestra propia experiencia, los errores diagnósticos y el diagnóstico diferencial en la radiología abdominal de urgencias.

# Revisión del Tema:

- ✓ La necesidad de una rápida toma de decisiones y manejo en pacientes que presentan enfermedades abdominales agudas hace que sea especialmente importante que los radiólogos reconozcan no solo los hallazgos típicos de la enfermedad, sino también imitadores y diagnósticos inusuales. Las interpretaciones falsas positivas en radiología de urgencia se han identificado como una causa importante de error, lo que lleva a una interpretación errónea y a tratamiento innecesarios.

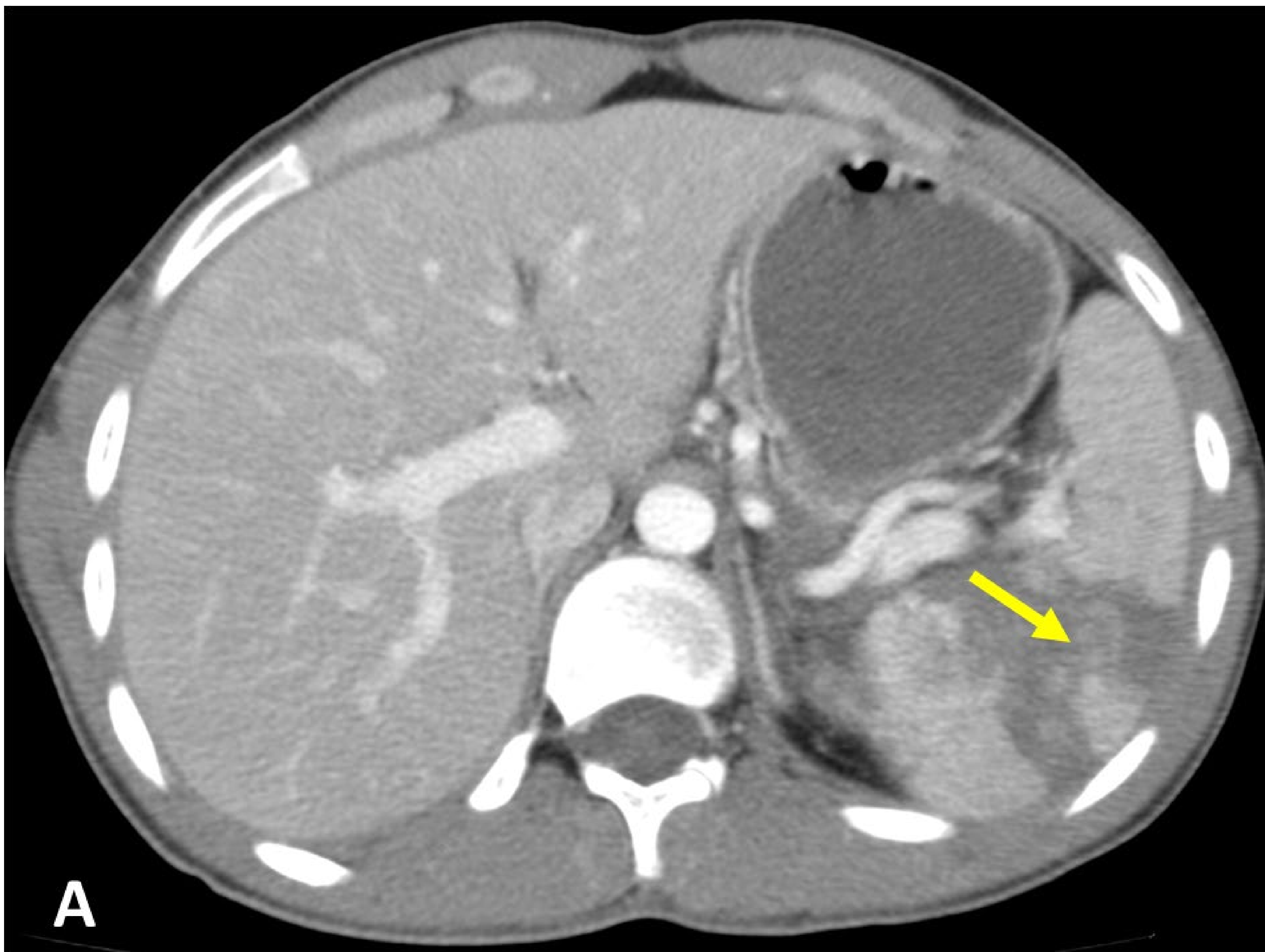
# Revisión del Tema:

- ✓ Ilustramos con imágenes de TC casos que ilustran las perlas, los errores diagnósticos y el diagnóstico diferencial que se pueden ver en la radiología abdominal de urgencias. Se mostrarán casos que simulen hemorragia activa, lesiones del sistema excretor renal omitidas, pseudoneumatosis y muchos otros, para ayudar al radiólogo a enfrentar estos casos tan desafiantes.

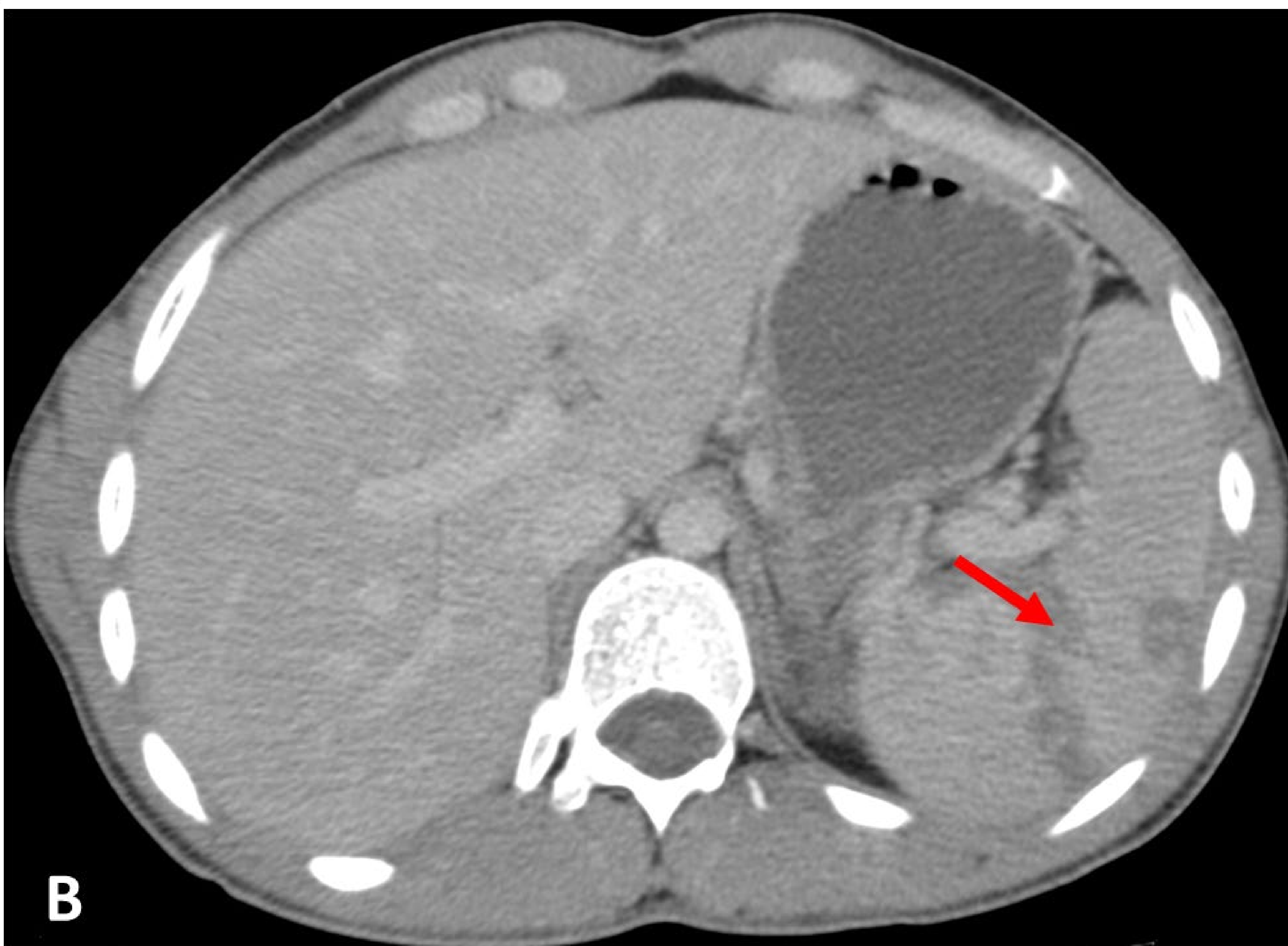
## 1- Simulador de Hemorragia Activa:

- ✓ La extravasación de contraste activa se presenta como focos de alta densidad en las imágenes en fase portal que corresponde a la sangre con contraste que se extravasa de un vaso sanguíneo roto. Si esta extravasación del contraste es significativamente más densa que el parénquima, entonces se puede diagnosticar la extravasación de contraste en la fase portal. Sin embargo, si la extravasación del contraste es similar en densidad al parénquima del órgano, es necesario la realización de imágenes en fase tardía para poder realizar el diagnóstico, donde se podrá observar un aumento de la extravasación del contraste y / o difusión del mismo en los espacios circundantes.
- ✓ El bazo es el órgano que más comúnmente presenta extravasación arterial activa después de un traumatismo abdominal cerrado. Las islas de parénquima perfundido rodeadas de hematoma generalmente tendrán una atenuación de parénquima normal, es decir el parénquima esplénico realza en fase portal y disminuye su realce en la fase tardía.

# 1- Simulador de Hemorragia Activa:



**A:** Imagen axial en fase portal que muestra un bazo destrozado con un área focal de alta atenuación (flecha amarilla), sospechosa de extravasación activa del contraste.



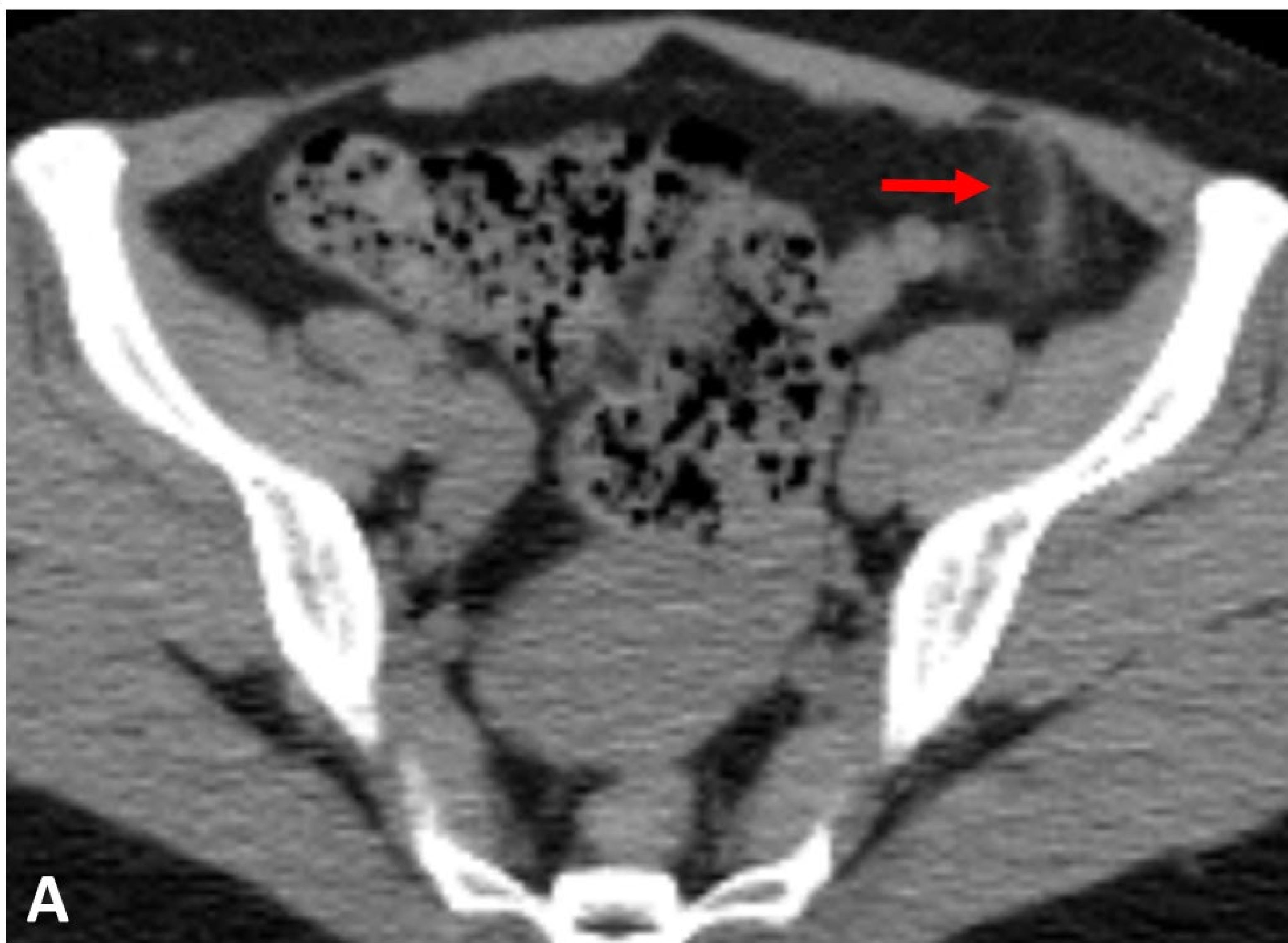
**B:** Imagen axial al mismo nivel que la anterior, obtenida 5 minutos después, muestra que el área focal de alta atenuación visualizada en la fase portal tiene una densidad similar al resto del parénquima esplénico (flecha roja). El área sospechosa en la fase portal corresponde con un área de parénquima perfundido.

## Punto Clave:

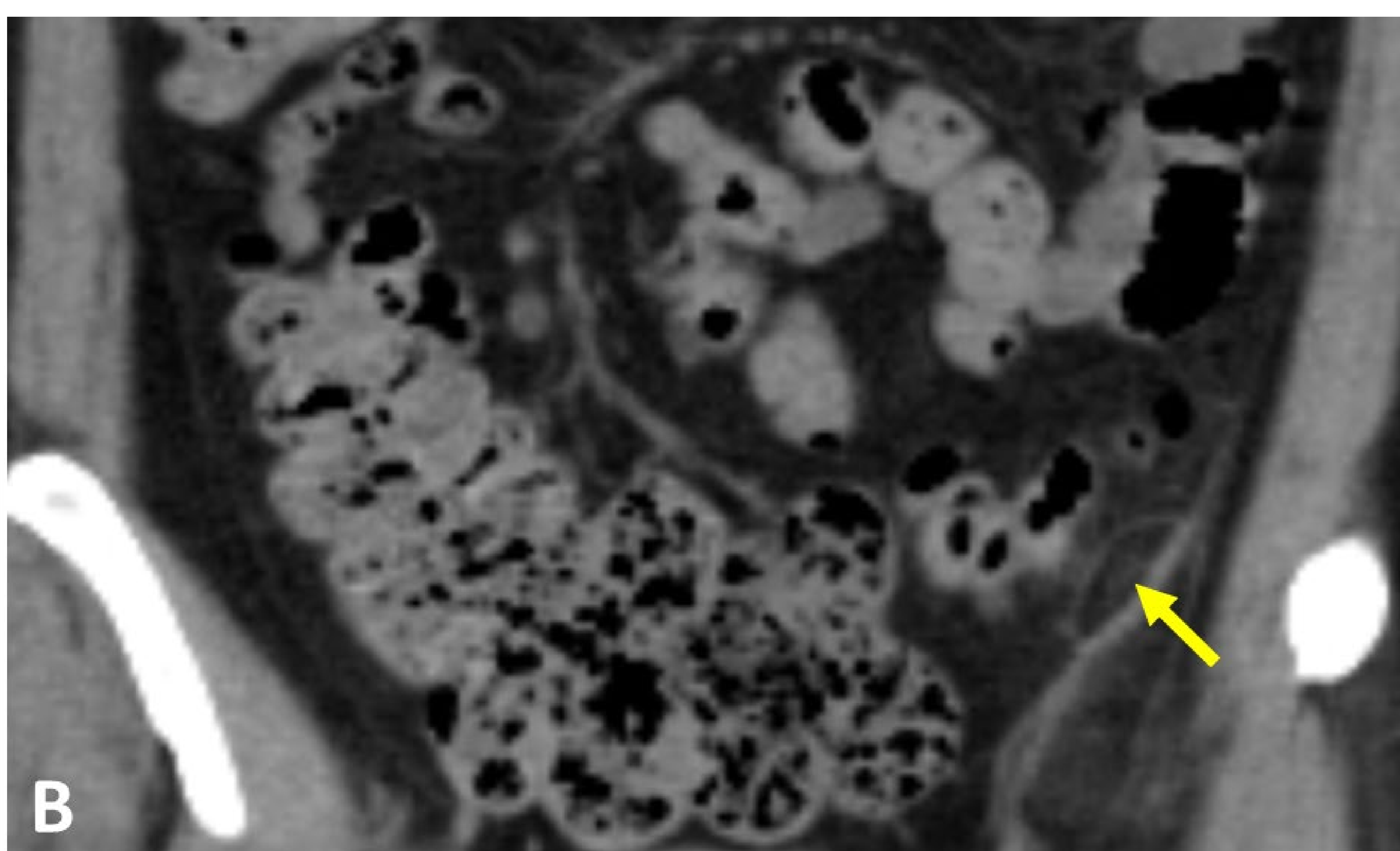
La realización de fases tardías luego de 5–10 minutos de la administración del contraste, pueden ser necesarias para diferenciar entre áreas de parénquima perfundido de una extravasación activa del contraste.

## 2- Infarto focal de la grasa intra-abdominal: Apendicitis Epiploica.

La apendicitis epiploica puede ocurrir en cualquier parte del colon, pero es más común en el colon sigmoide. En la TC se presenta como una lesión ovoidea o lobulada de densidad grasa, de menos de 5 cm de tamaño adyacente a la pared colónica. Típicamente presenta un borde hiperdenso bien definido que la rodea. El engrosamiento de la pared del colon adyacente es leve en comparación con los cambios inflamatorios de la grasa mesentérica. El "**signo del punto central**" se ha descrito como un signo específico y refleja los vasos centrales trombosados u obstruidos dentro del apéndice torsionado.



**A:** Imagen axial muestra una lesión ovoidea de densidad grasa, adyacente a la pared lateral del colon descendente con un borde hiperdenso bien definido (flecha roja).



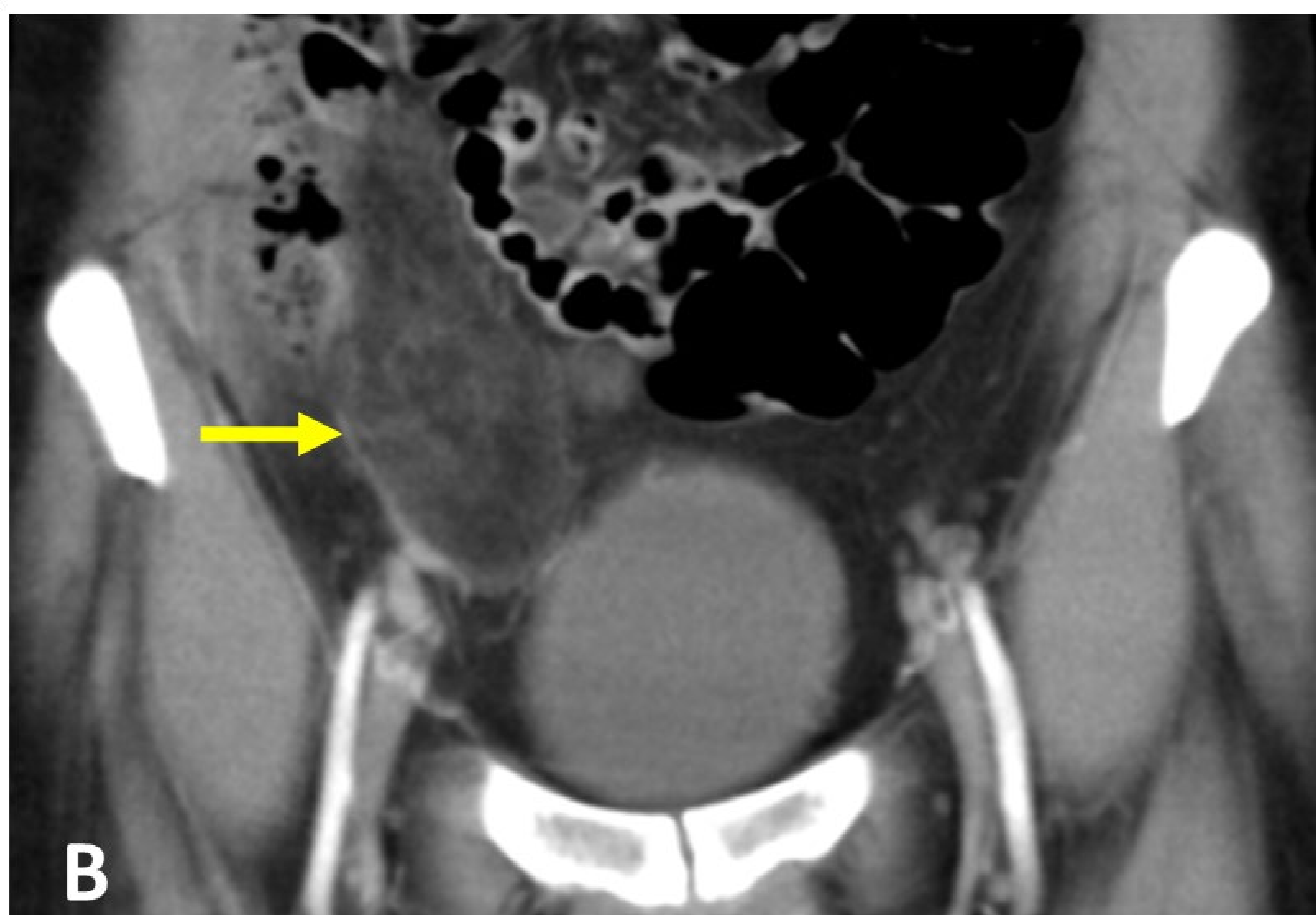
**B:** Imagen coronal muestra el "**signo del punto central**" como un punto hiperdenso dentro de la lesión (flecha amarilla).

## 2- Infarto focal de la grasa intra-abdominal: Infarto Omental.

El infarto omental se ve típicamente en el abdomen derecho, medial al ciego o al colon ascendente. Las características en imagen clásicas son de una masa grasa solitaria, heterogénea y de alta atenuación, más grande que la apendicitis epiploica. La falta de un anillo hiperdenso y del “signo del punto central” ayuda a distinguirlo de la apendicitis epiploica. La presentación clínica imita a la de una apendicitis o diverticulitis, por lo tanto, estos son los principales diagnósticos diferenciales a excluir.



**A:** Imagen axial en un paciente apendicectomizado. Se observa una masa de densidad grasa, heterogénea y de alta atenuación en el cuadrante inferior derecho del abdomen (flecha marrón).



**B:** Imagen coronal muestra una masa inflamatoria ovoidea (flecha amarilla) adyacente al sitio quirúrgico.

### Punto Clave:

La apendicitis epiploica y el infarto omental son causas limitadas de dolor abdominal que no requieren cirugía. Pueden ser reconocidas por los cambios inflamatorios centrados en la grasa intra-abdominal.

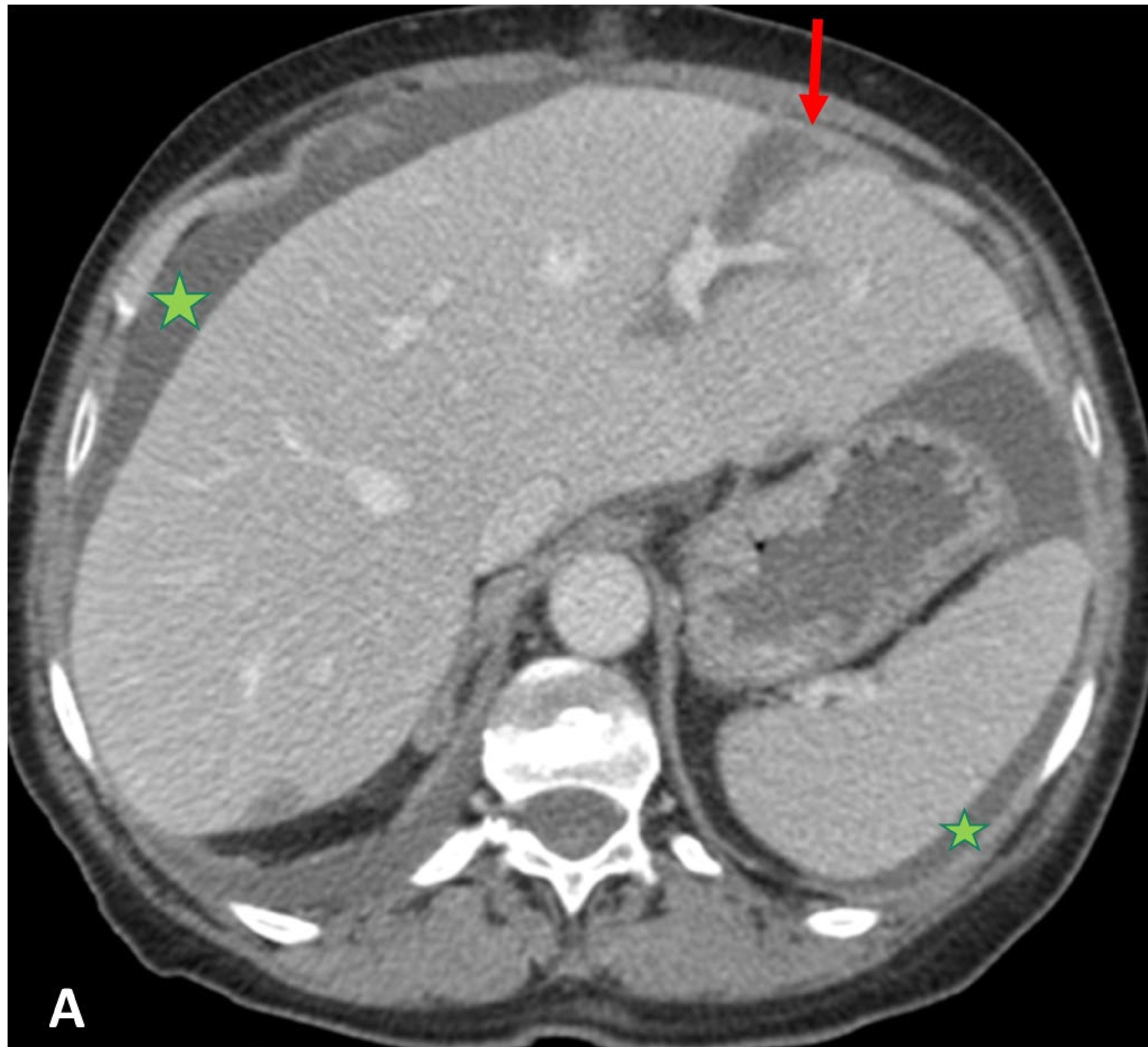
## 3- Indentaciones diafragmáticas que simulan laceraciones hepáticas.

- ✓ Una indentación diafragmática es un plegamiento o bucle muscular que se proyecta desde la superficie inferior del diafragma. En la TC, aparecen como estructuras en forma de cuña de atenuación muscular que están rodeadas por delgadas líneas de atenuación grasa.
- ✓ Las indentaciones diafragmáticas pueden ser confundidas con una laceración hepática. Se debe sospechar una laceración cuando se observa una zona lineal irregular o ramificada de baja atenuación.



Imagen axial (A) e imagen sagital (B) de un paciente de 50 años luego de un traumatismo abdominal cerrado. Nótese la indentación diafragmática en el lóbulo hepático derecho (flechas amarillas).

### 3- Indentaciones diafragmáticas que simulan laceraciones hepáticas.



A: Imagen axial en un paciente de 38 años luego de un accidente automovilístico. Se aprecia una hipodensidad irregular que se extiende desde la cápsula del lóbulo hepático izquierdo hacia la vena porta izquierda (flecha roja). También se observa líquido perihepático y periesplénico (estrellas verdes).

#### Punto Clave:

Las indentaciones diafragmáticas aparecen como estructuras lineales o en forma de cuña de baja atenuación. La identificación de grasa a ambos lados de la indentación o la contigüidad con la parte inferior del diafragma ayuda a distinguir esta entidad de una laceración hepática. Las reconstrucciones multiplanares pueden ser útiles en casos difíciles.



## 4- Hendiduras Esplénicas vs Laceraciones Esplénicas.

- ✓ Las hendiduras esplénicas son variantes anatómicas normales que pueden confundirse con laceraciones en pacientes con traumatismo abdominal. En la TC con contraste generalmente tienen márgenes redondeados lisos y no están asociadas con líquido perisplénico o hematoma subcapsular.
- ✓ Las laceraciones esplénicas se presentan a menudo como hipodensidades irregulares de contornos corticales agudos más prominentes en las imágenes de TC en fase venosa. Los signos asociados de laceración incluyen líquido perisplénico o hematoma.

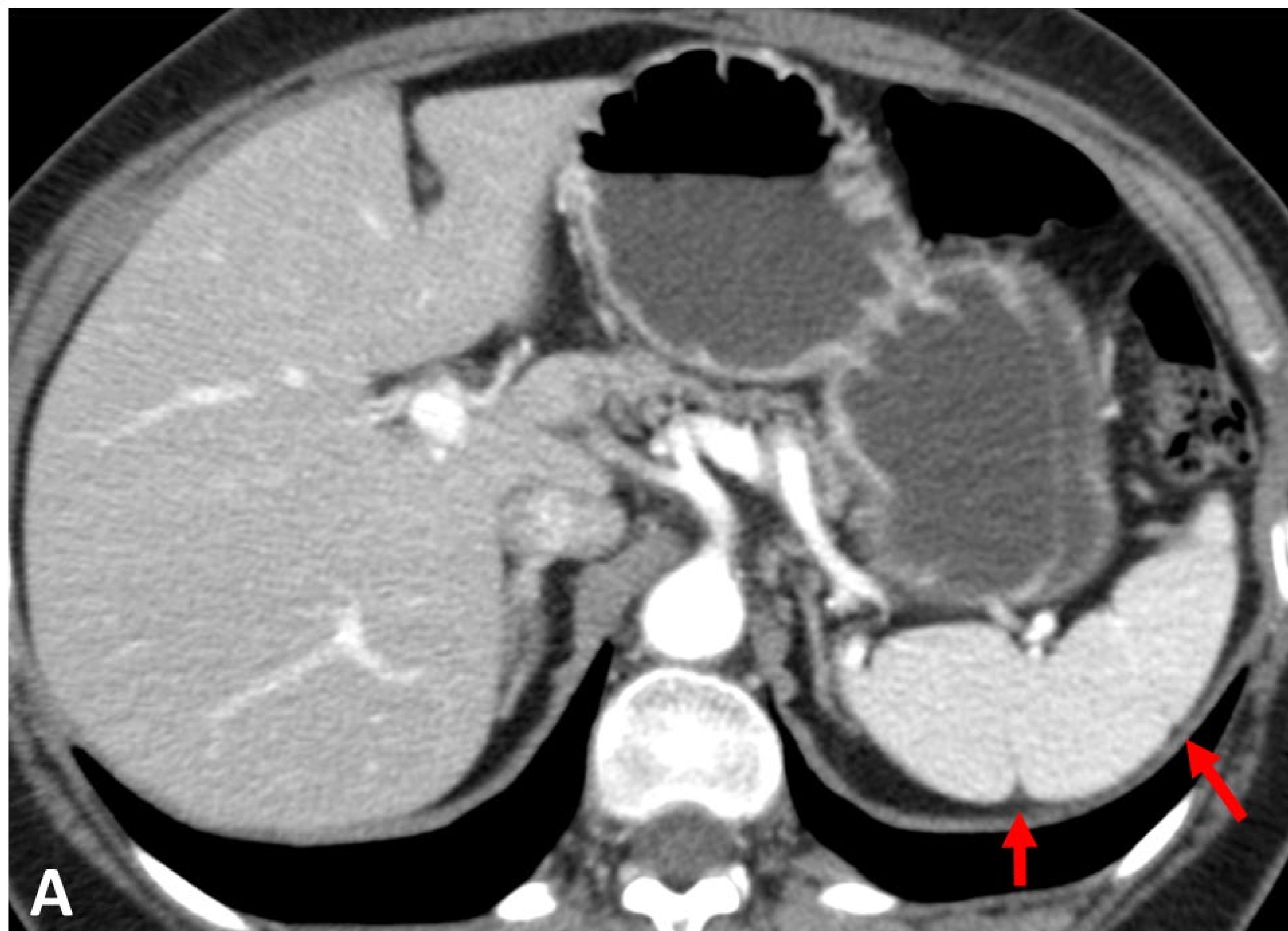


Imagen axial (A) y coronal (B) de un paciente de 38 años con un traumatismo abdominal cerrado.

Se observan hipodensidades parenquimatosas lineales bien definidas que se extienden desde la cápsula esplénica (flechas rojas). No hay líquido periesplénico circundante. Esta es la apariencia típica de las hendiduras esplénicas.

## 4- Hendiduras Esplénicas vs Laceraciones Esplénicas.

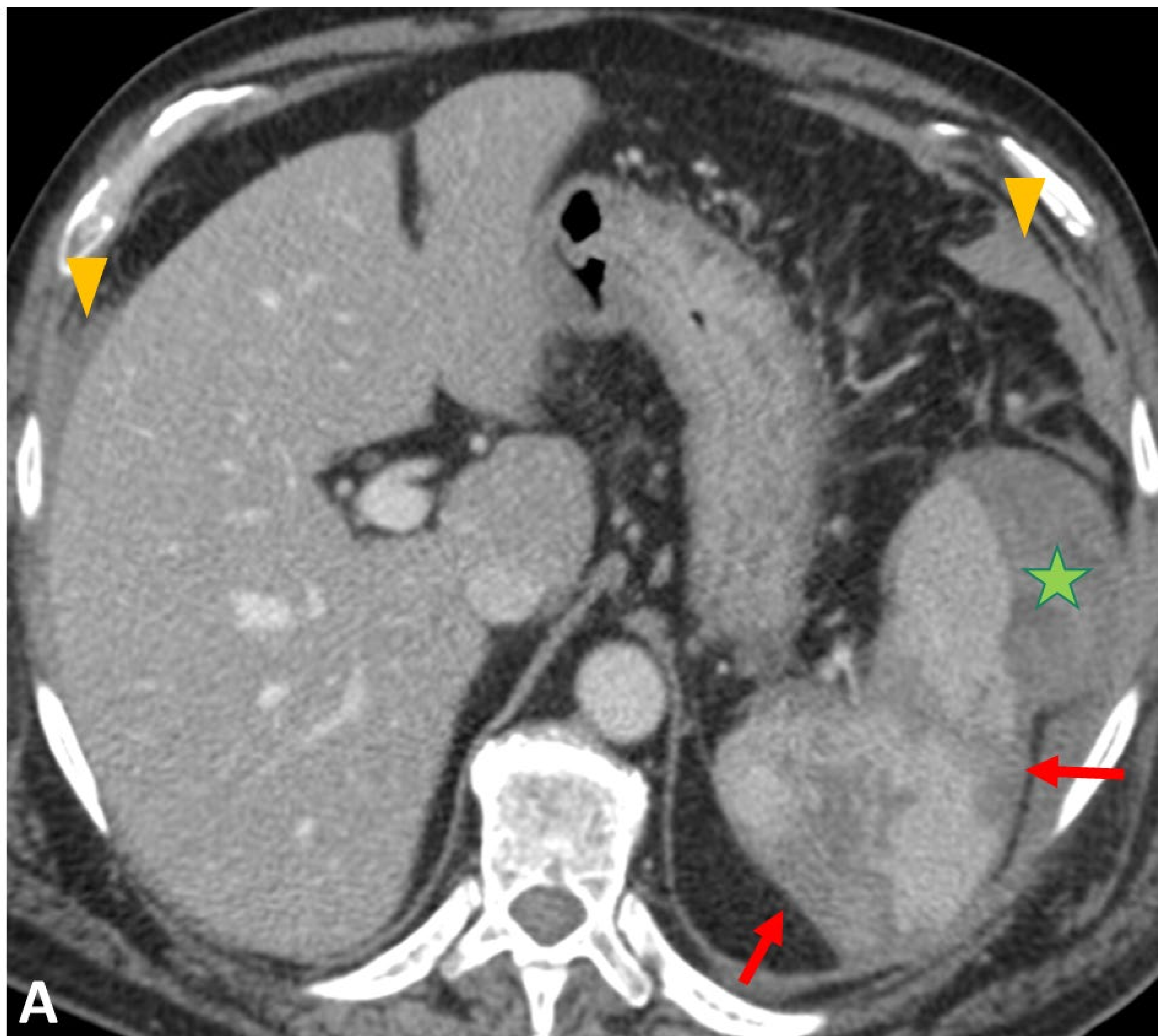
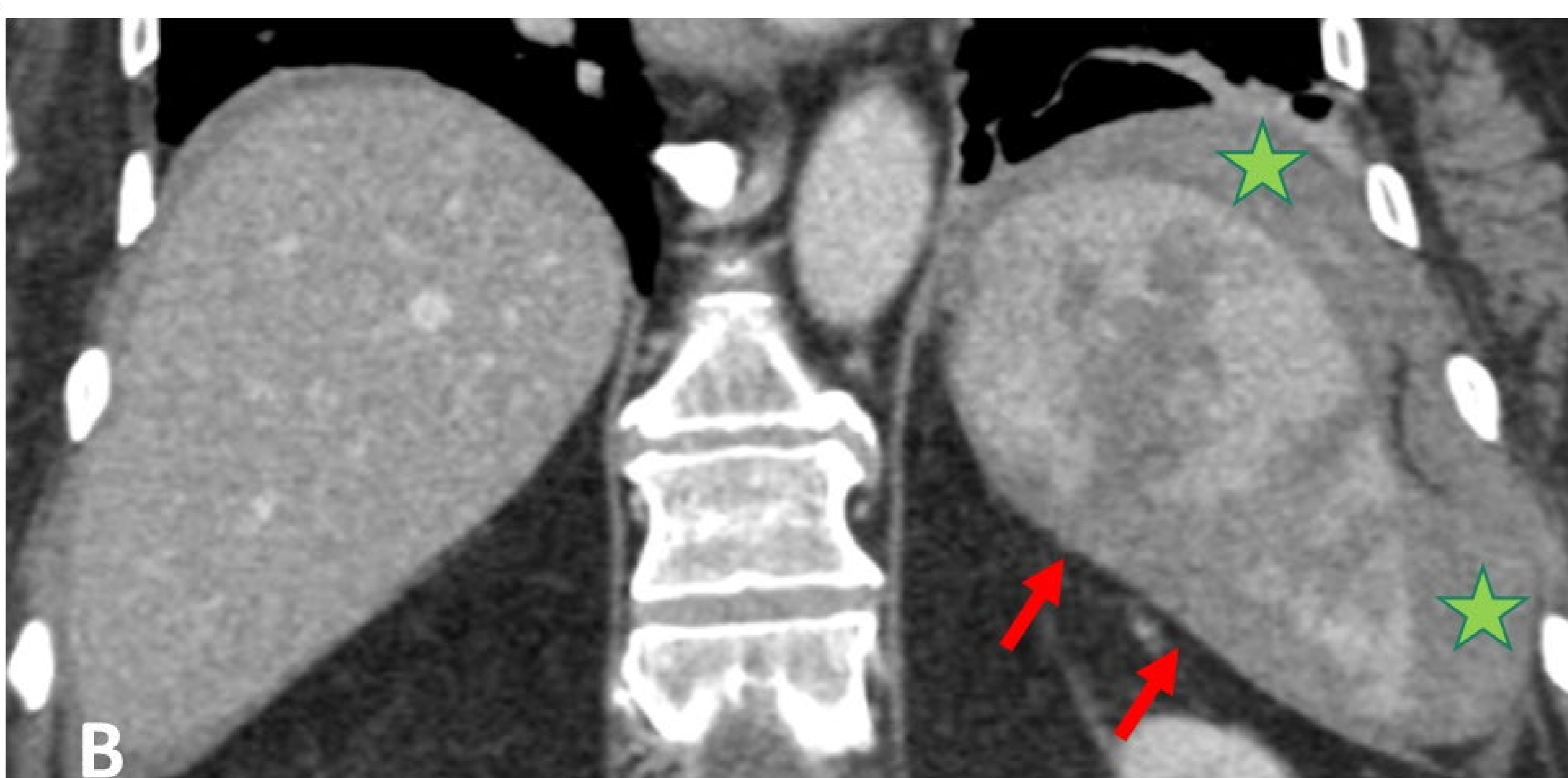


Imagen axial (A) y coronal (B) de una paciente de 52 años precipitada de 2 metros de altura.

Se observan varias hipodensidades irregulares que se extienden a través del parénquima esplénico (flechas rojas) consistentes con laceraciones esplénicas.



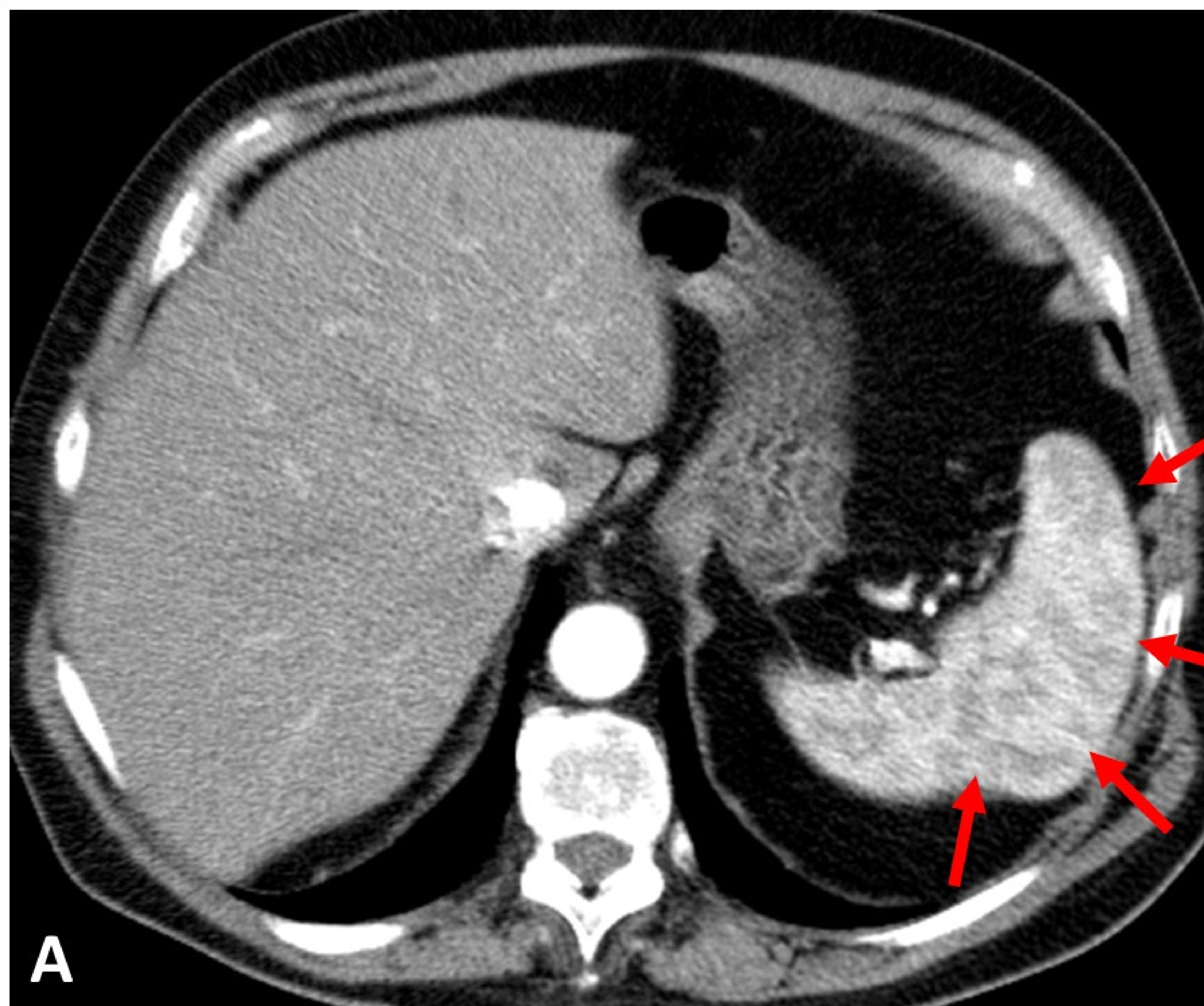
Asocia hematoma periesplénico circundante (estrellas verdes) y hemoperitoneo (cabezas de flechas naranjas).

### Punto Clave:

Las hendiduras esplénicas generalmente tienen márgenes externos redondeados, bordes lisos y pueden contener grasa. La falta de líquido periesplénico, hemorragia u otros signos de trauma abdominal apoya el diagnóstico de hendidura esplénica.

## 5- Realce heterogéneo del parénquima esplénico.

- ✓ Si se adquiere una imagen del bazo en una fase arterial temprana, el parénquima puede aparecer heterogéneo. Este realce heterogéneo puede confundirse con una laceración esplénica, contusión o infarto en el paciente con trauma agudo. Reconocer este realce heterogéneo del bazo es fundamental para evitar errores. Los casos difíciles a menudo se pueden resolver con imágenes en fases tardías. Las laceraciones esplénicas generalmente se presentan como lesiones irregulares, lineales, ramificadas de baja atenuación dentro del parénquima esplénico que persisten en todas las fases del estudio.



**A:** Imagen axial en fase arterial temprana de una paciente de 22 años luego de un accidente de moto. Se observan múltiples hipodensidades lisas y bien definidas que se extienden a través del parénquima esplénico (flechas rojas). No hay líquido periesplénico y no se encontraron lesiones traumáticas en el abdomen o la pelvis. Este es el aspecto típico del realce heterogéneo del parénquima esplénico y no debe confundirse con una laceración o contusión.

## 5- Realce heterogéneo del parénquima esplénico.



**B:** Imagen axial de la misma paciente, adquirida a los 60 segundos, muestra el realce homogéneo del parénquima esplénico normal (círculo azul).

### Punto Clave:

El realce heterogéneo del parénquima esplénico puede diferenciarse de la laceración esplénica al reconocer su apariencia típica y la falta de líquido periesplénico o hemorragia. Los casos difíciles a menudo se pueden resolver con imágenes adquiridas en fase tardía.

## 6- Hendiduras Pancreáticas vs Laceraciones Pancreáticas.

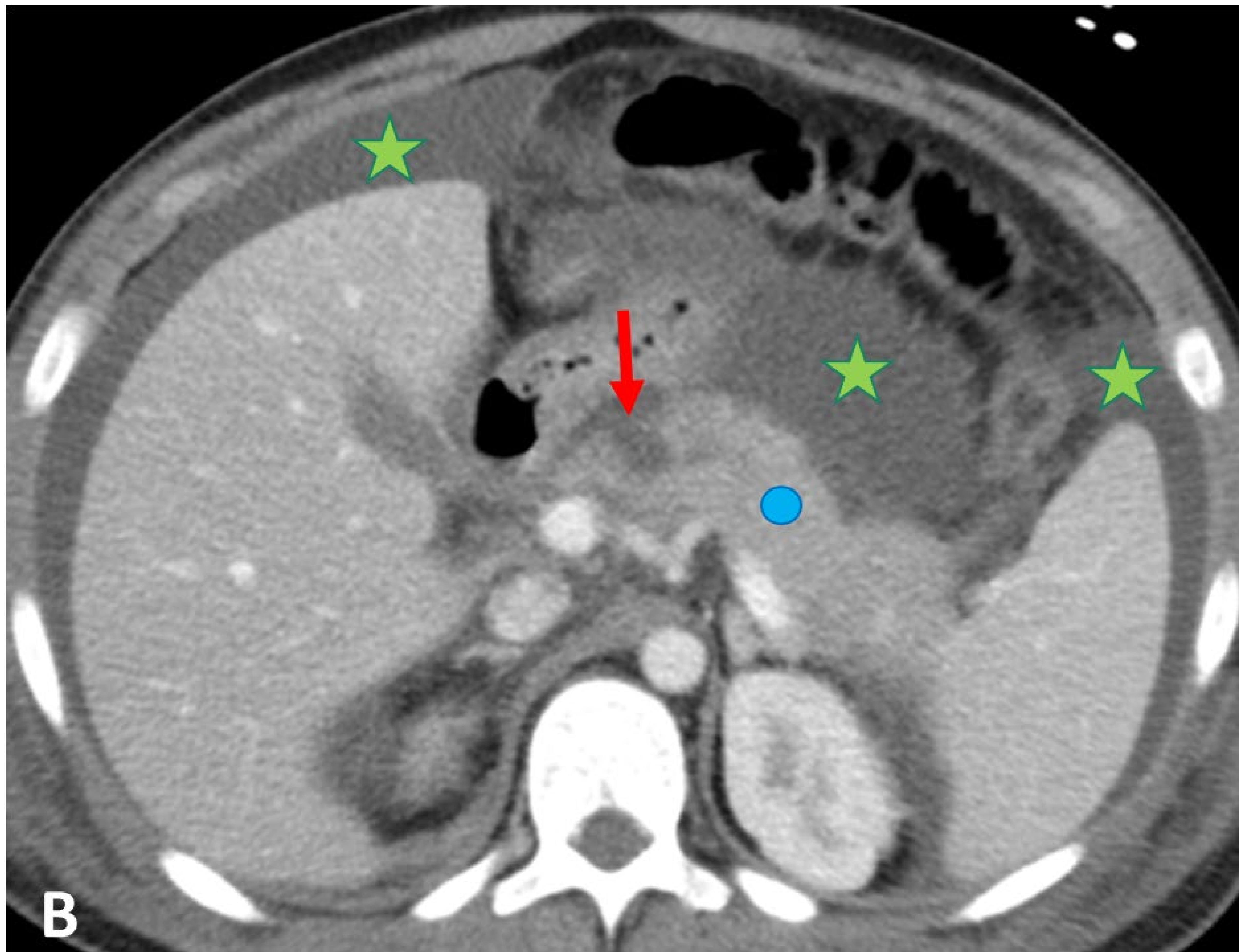
- ✓ Las hendiduras pancreáticas se encuentran generalmente en la unión entre el cuello y el cuerpo. Representan la grasa peripancreática atrapada dentro del tejido normal. Las hendiduras suelen aparecer lisas y lineales con márgenes bien definidos. En la TC, la grasa suele ser visible y no atraviesan completamente el espesor completo de la glándula. Pueden confundirse con una laceración pancreática, contusión o transección. Una laceración a menudo involucra al cuerpo pancreático y aparece como un defecto lineal hipodenso que se extiende a través del parénquima. La alteración de la grasa peripancreática, la hemorragia y el líquido entre la vena esplénica y el páncreas son signos secundarios de lesión pancreática.



**A:** Imagen axial del páncreas en un paciente de 71 años con dolor abdominal luego de un traumatismo.

Se observan hendiduras lisas, lineales y que contienen grasa dentro de la cabeza y el cuerpo del páncreas (flechas rojas). Tenga en cuenta que los márgenes están bien definidos y no hay líquido peripancreático. Estas son hendiduras típicas que separan los lóbulos pancreáticos.

## 6- Hendiduras Pancreáticas vs Laceraciones Pancreáticas.



**B:** Imagen axial del páncreas de un paciente de 30 años luego de un accidente automovilístico.

Se observa una lesión irregular hipodensa en la unión de la cabeza y el cuerpo pancreático (flecha roja). Observe que el parénquima está edematoso (círculo azul), y hay líquido peripancreático, perihepático y periesplénico (estrellas verdes). Estos hallazgos son consistentes con una laceración pancreática.

### Punto Clave:

Las hendiduras pancreáticas son estructuras normales que se encuentran más comúnmente cerca de la unión de la cabeza y el cuerpo. Por lo general, son estructuras lisas, lineales que contienen grasa con márgenes bien definidos.

## 7- Pseudoengrosamiento de la pared intestinal.

- ✓ Es común en la unión gastroesofágica, antro gástrico, yeyuno y colon. Cuando la luz del intestino delgado está distendida, la pared debe ser prácticamente imperceptible. En el intestino parcialmente colapsado, la pared debe medir aproximadamente 2-3 mm. Sin embargo, los pliegues circulares del yeyuno (pliegues de Kerckring) pueden medir hasta 8 mm de grosor y dar lugar a un diagnóstico falso de engrosamiento de la pared yeyunal.



Imagen axial (**A**) de una paciente de 48 años con dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos. Se observa un aparente engrosamiento del yeyuno (flechas rojas). Este es el patrón típico de los pliegues de Kerckring en un yeyuno no distendido.

## 7- Pseudoengrosamiento de la pared intestinal.

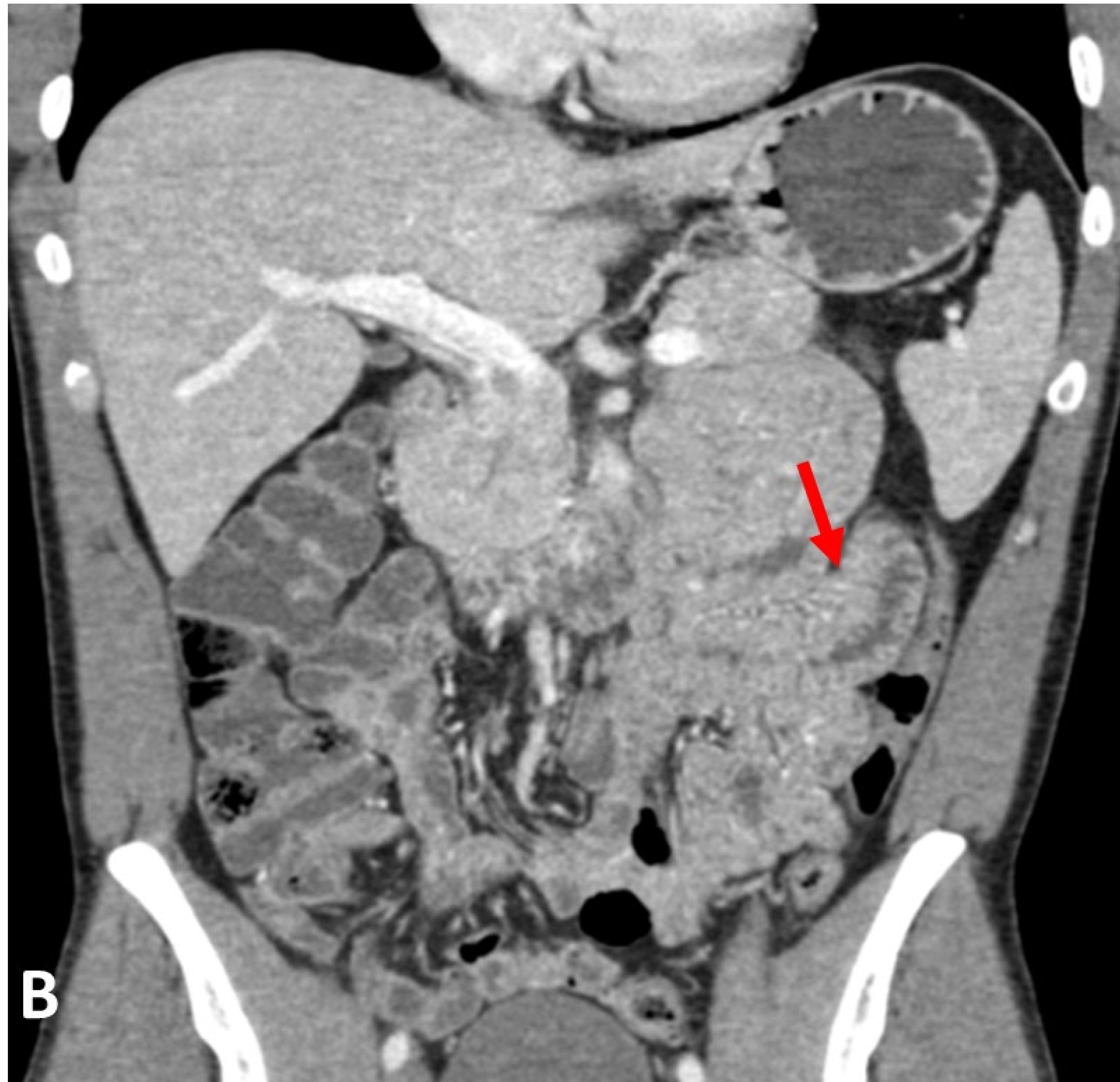


Imagen coronal (**B**) de una paciente de 48 años con dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos. Se observa un aparente engrosamiento del yeyuno (flechas rojas). Este es el patrón típico de los pliegues de Kerckring en un yeyuno no distendido.

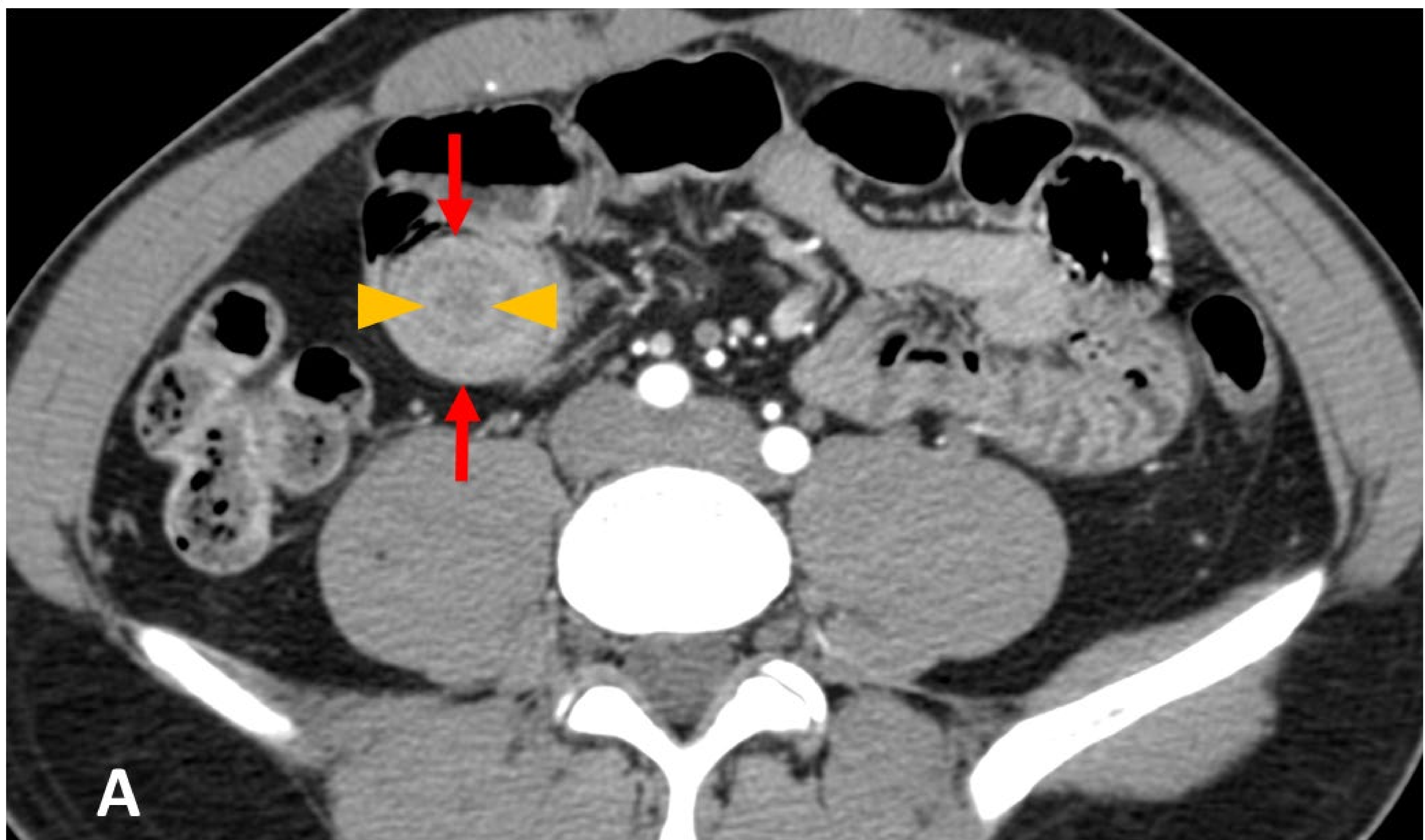
### Punto Clave:

El pseudoengrosamiento de la pared intestinal es común en la unión gastroesofágica, el antro gástrico, el yeyuno y el colon.



## 8- Invaginación Intestinal.

- ✓ En la TC con contraste, se observa el aspecto clásico de "donut" que resulta si la grasa mesentérica es visible entre los dos segmentos de intestino invaginado. En una vista coronal se puede visualizar una lesión "en forma de salchicha".
- ✓ La identificación de una invaginación debe conllevar una evaluación cuidadosa de una posible causa secundaria que la genere y de signos que sugieran una obstrucción del intestino proximal. Si estos hallazgos están ausentes en una invaginación intestinal de segmento corto, y el intestino parece normal, los hallazgos son consistentes con una invaginación intestinal transitoria.



**A:** Imagen axial de un paciente de 65 años con dolor abdominal agudo. Se observa el signo del "donut" que se genera por un segmento de intestino (cabezas de flechas naranjas) que se introduce dentro de otro segmento de intestino (flechas rojas).

## 8- Invaginación Intestinal.



**B:** Imagen coronal donde se muestra la lesión "en forma de salchicha".

### Punto Clave:

Las invaginaciones en el adulto pueden estar causadas por neoplasias, lo que justifica la realización de exploraciones adicionales.

## 9- Divertículo Duodenal.

- ✓ Casi todos los divertículos duodenales (95%) surgen de la pared medial del duodeno, principalmente en la segunda y tercera porción. La ubicación más común es adyacente al punto de entrada de la vía biliar común al duodeno, donde se denominan "divertículos periampulares".
- ✓ El aspecto típico en la TC es una bolsa sacular en la pared del duodeno, que puede contener gas o un nivel líquido-gas.
- ✓ Los divertículos duodenales son un hallazgo frecuente y no deben confundirse con la perforación duodenal en un traumatismo abdominal cerrado, o con una úlcera duodenal en pacientes con dolor abdominal superior.

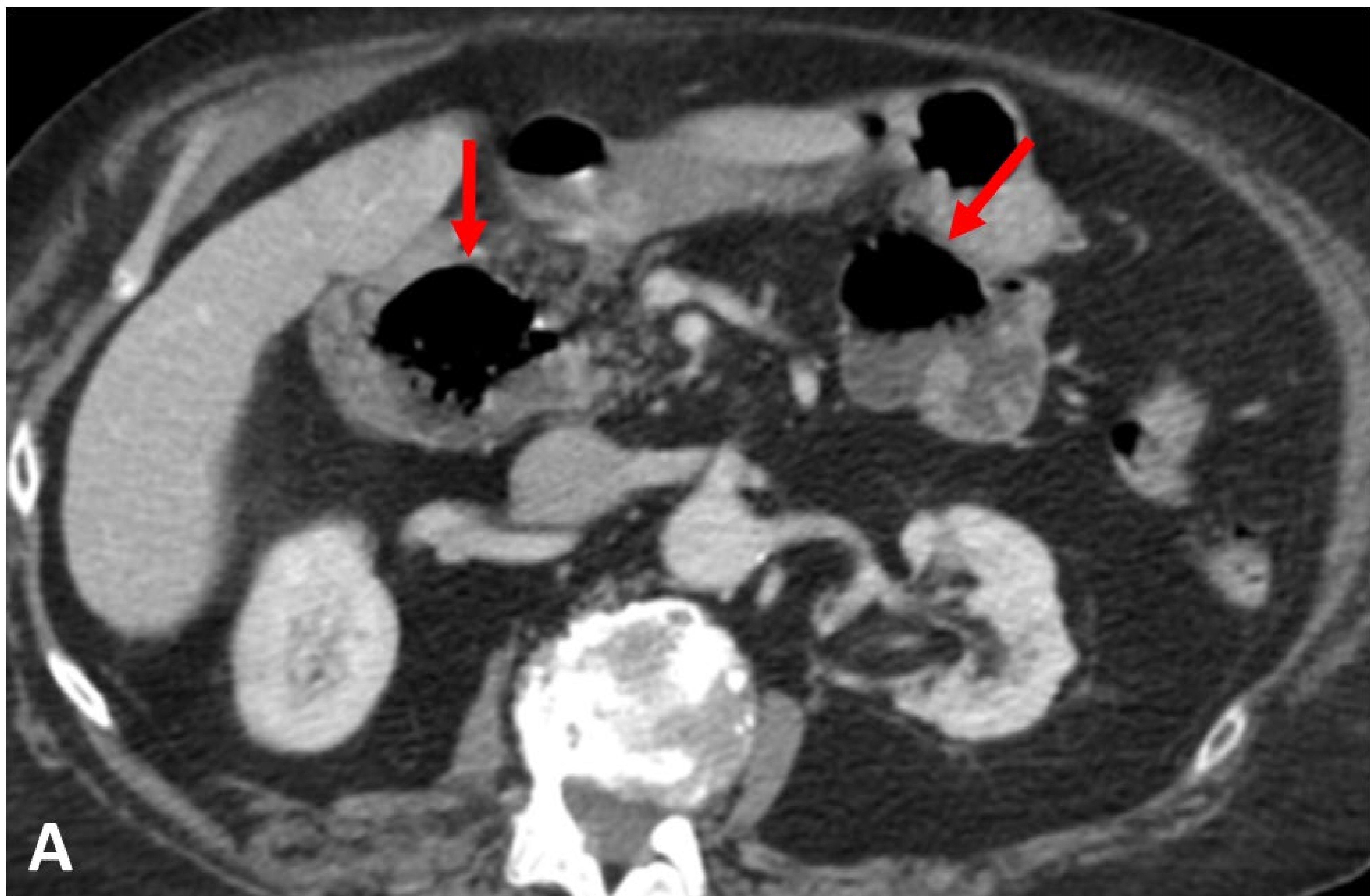


Imagen axial (**A**) en un paciente de 85 años con náuseas, vómitos y dolor abdominal. Se observa la apariencia típica de un divertículo duodenal: una bolsa sacular en la pared del duodeno, que puede contener gas o un nivel líquido-gas (flechas rojas).

## 9- Divertículo Duodenal.

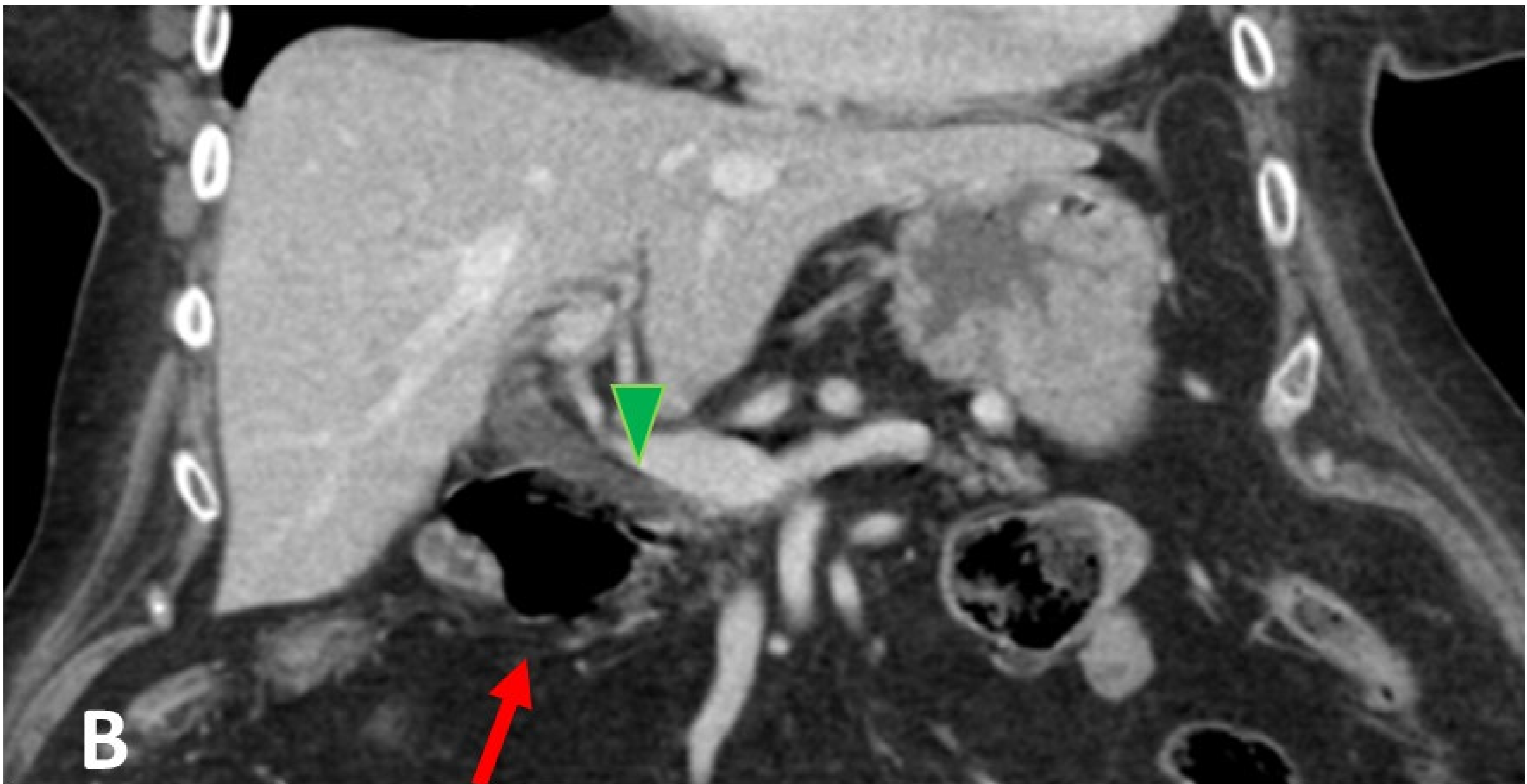


Imagen coronal **(B)** en un paciente de 85 años con náuseas, vómitos y dolor abdominal. Se observa la apariencia típica de un divertículo duodenal: una bolsa sacular en la pared del duodeno, que puede contener gas o un nivel líquido-gas (flechas rojas). Observe la relación con el conducto biliar común distal (cabeza de flecha verde).

### Punto Clave:

Los divertículos duodenales son comunes y pueden imitar tanto las lesiones paraduodenales quísticas como la perforación duodenal.

## 10- Pseudoneumatosis

- ✓ Ocurre cuando el gas intraluminal queda atrapado contra la mucosa intestinal, no dentro de la pared intestinal. Esto puede ocurrir entre los pliegues de la mucosa, la mucosa y el contenido del intestino, o cuando las burbujas se adhieren a la mucosa. Ocurre más comúnmente en el ciego y el colon ascendente y puede parecerse a la neumatosis intestinal.
- ✓ Se debe tratar de no confundir la pseudoneumatosis con neumatosis intestinal ya que las causas de neumatosis intestinal, como la isquemia mesentérica, el megacolon tóxico, las enfermedades agudas de injerto contra huésped y la obstrucción intestinal, deben tenerse en cuenta siempre que se identifique la neumatosis.
- ✓ Diferenciar la pseudoneumatosis de la neumatosis puede resultar difícil. La presencia de gas venoso portal es fuertemente sugestivo de neumatosis. La presencia de engrosamiento de la pared del intestino, alteraciones de la grasa mesentérica y el líquido intraperitoneal son más predictivos de neumatosis. El gas que se extiende a lo largo de la pared intestinal por encima de una interfaz gas-líquido es más sugestivo de neumatosis.

## 10- Pseudoneumatosis



Imagen axial (A) y coronal (B) de una paciente de 84 años con dolor abdominal difuso y sospecha de isquemia intestinal.



Se observa pseudoneumatosis debido al gas atrapado entre la mucosa intestinal y el material fecal. Tenga en cuenta que el gas solo se extiende anteriormente hasta el nivel líquido-gas (flechas rojas), una pista que sugiere pseudoneumatosis.

Este patrón se encuentra más comúnmente en el ciego y el colon ascendente debido a una mezcla de heces líquidas y gas.

### Punto Clave:

El gas atrapado entre el contenido intestinal y la mucosa intestinal puede simular una neumatosis intestinal. El gas porto-mesentérico sugiere fuertemente una verdadera neumatosis.

# 11- Neumatosis Intestinal.

- ✓ Se define como gas dentro de la pared intestinal. Los hallazgos en la TC que sugieren la presencia de neumatosis son: la presencia de un intestino dilatado, engrosamiento de la pared intestinal con realce de la mucosa ausente o intenso, gas venoso portal, oclusión vascular, neumoperitoneo y ascitis. La detección de neumatosis siempre debe acompañarse de una evaluación cuidadosa de los hallazgos radiológicos que predicen la isquemia intestinal.

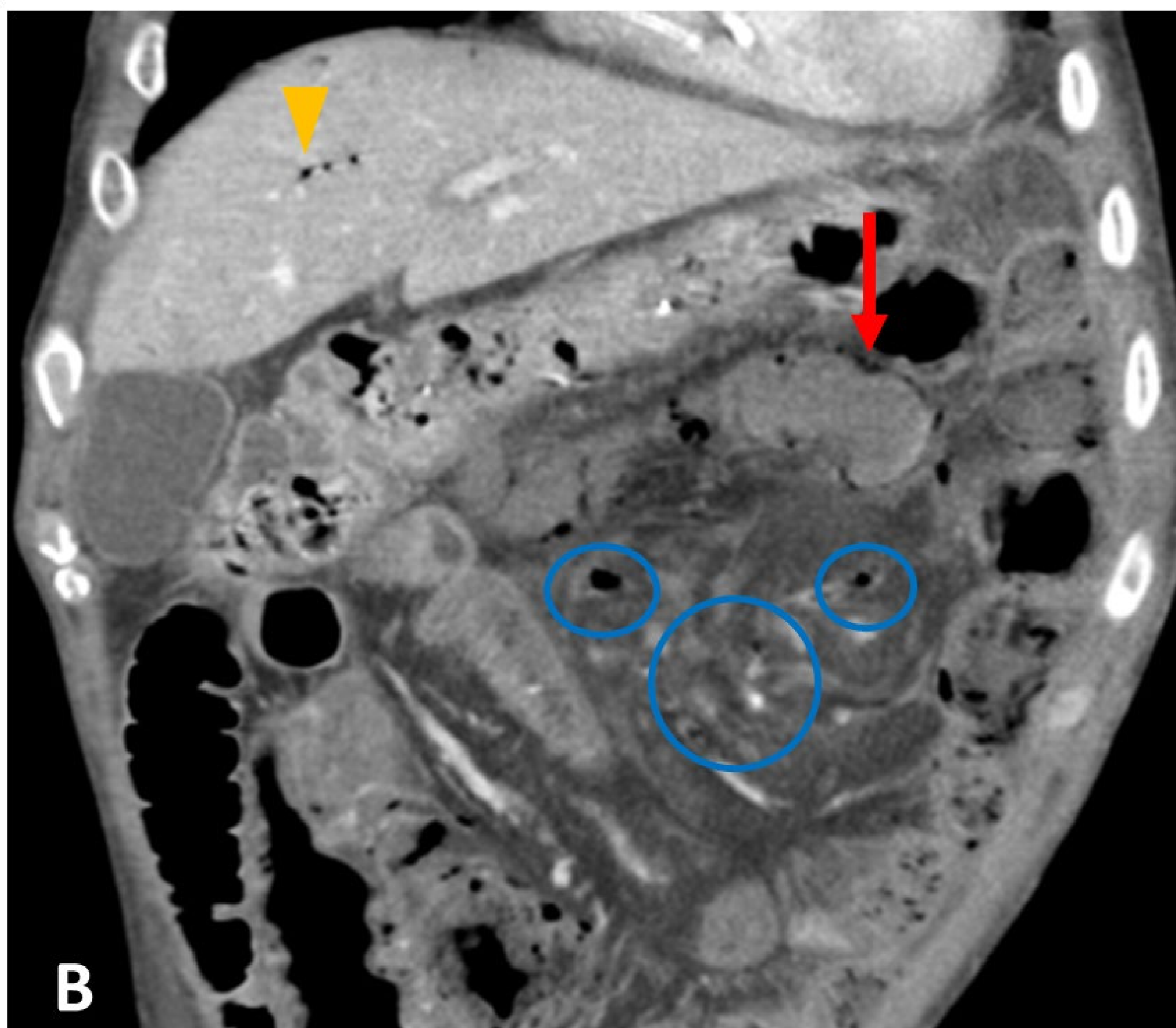
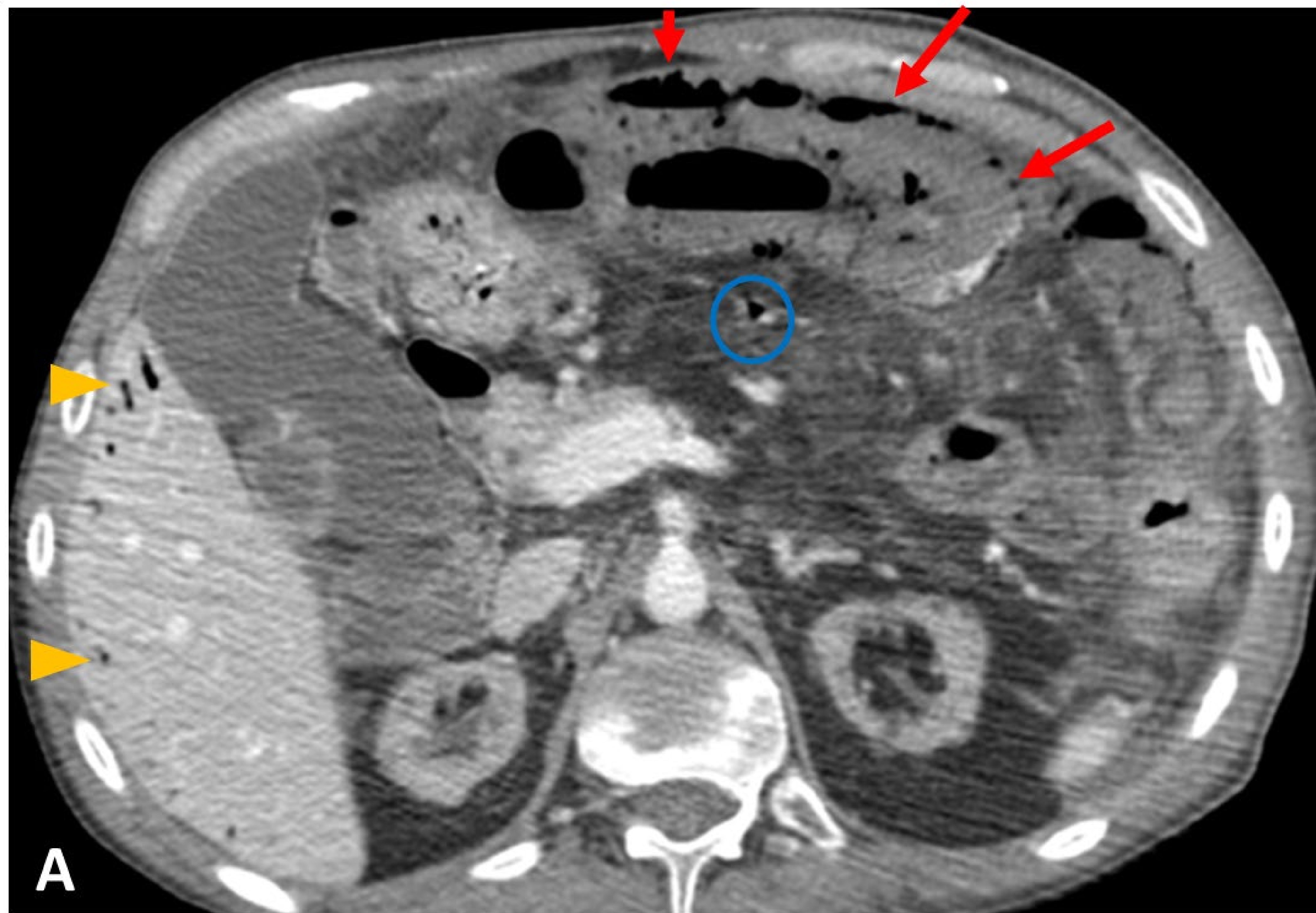


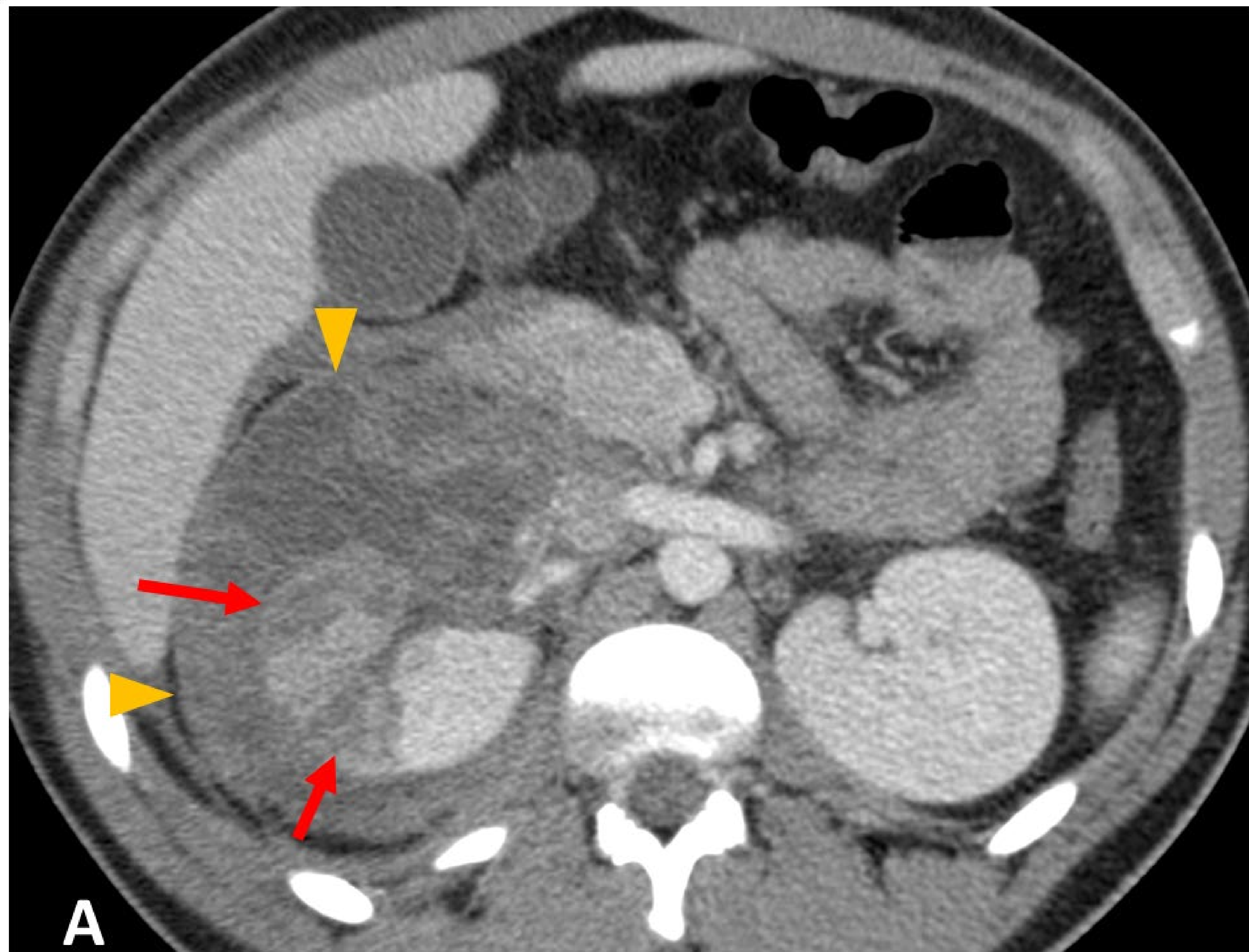
Imagen axial **(A)** y coronal **(B)** de un paciente de 79 años con fallo multiorgánico, hipotensión y elevación del lactato sérico. Se observa neumatosis intestinal y disminución en el realce de la pared del yeyuno (flechas rojas) que asocia gas portal (cabezas de flechas naranjas) y gas mesentérico (círculos azules).

## 12- Lesiones del Sistema Excretor Renal Omitidas.

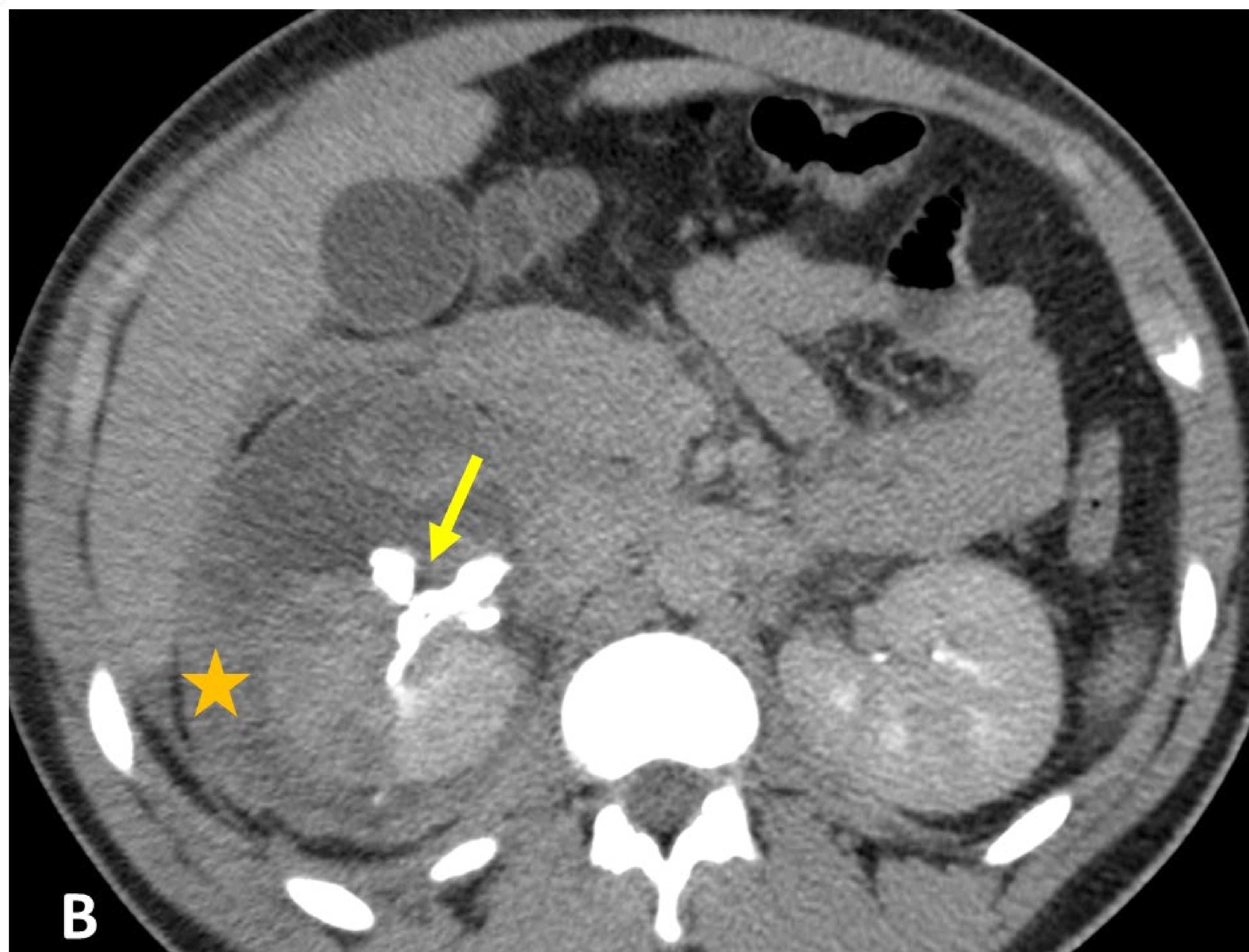
- ✓ La lesión del sistema colector renal se diagnostica cuando la orina con contraste se escapa del sistema colector. Se identifica más comúnmente dentro del espacio perinéfrico.
- ✓ La lesión del sistema colector puede estar asociada con una lesión renal, por ejemplo en el caso de una laceración renal que se extiende hacia el sistema colector.
- ✓ Las imágenes en la fase venosa portal no evalúan adecuadamente la extravasación urinaria, ya que si la extravasación del contraste es mínima en el momento en que se obtienen las imágenes se puede pasar por alto la lesión del sistema excretor.
- ✓ Los pacientes con lesiones renales importantes o con líquido inexplicable adyacente al riñón o al sistema colector requieren imágenes en fases tardías para una adecuada evaluación de una posible lesión del sistema colector.



## 12- Lesiones del Sistema Excretor Renal Omitidas.



**A:** Imagen axial en fase portal de un paciente de 19 años luego de un accidente de moto. Se observan laceraciones renales profundas (flechas rojas) en el polo inferior del riñón derecho con abundante líquido de alta atenuación en el espacio perirrenal (cabezas de flechas naranjas).



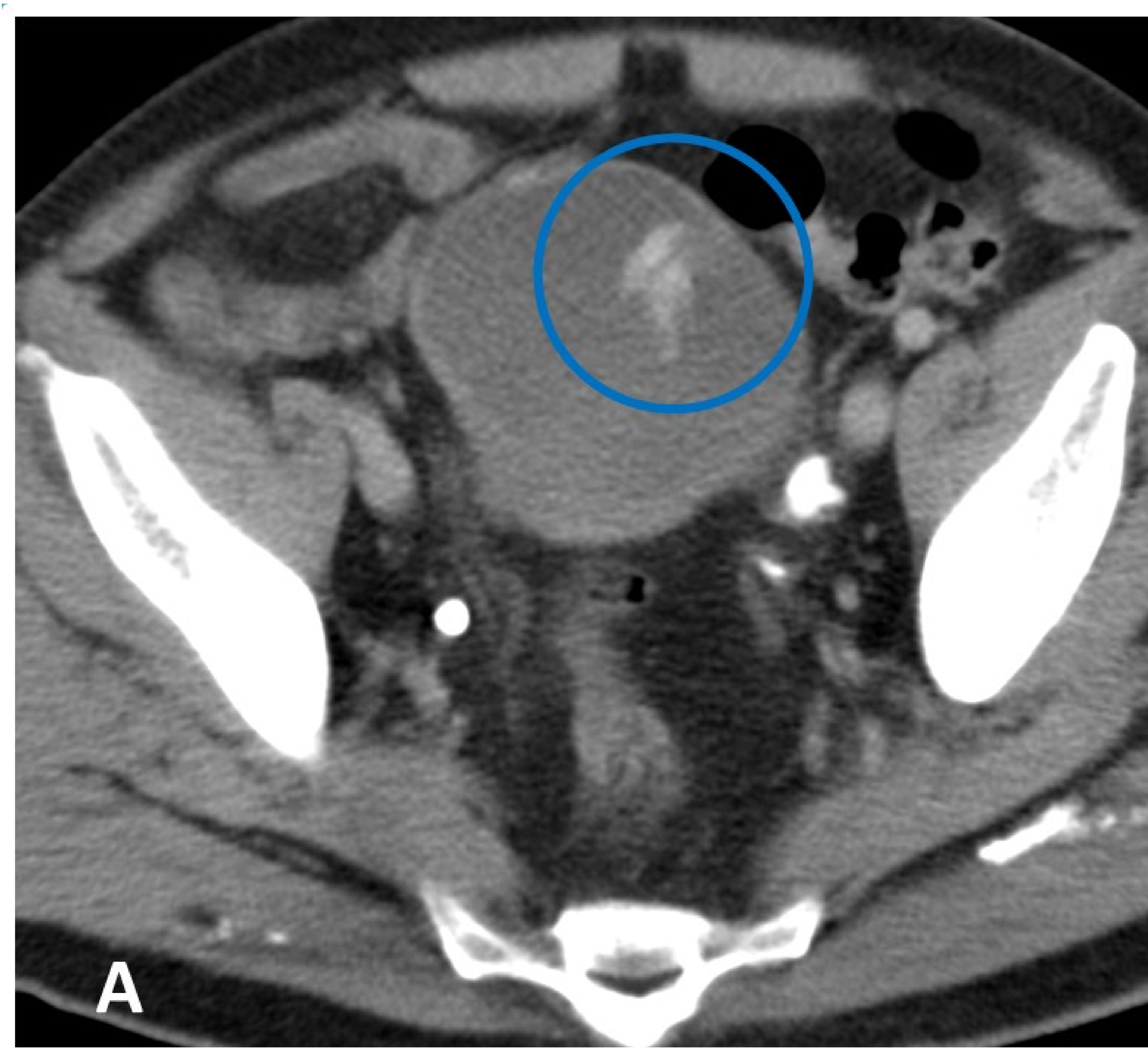
**B:** Imagen axial al mismo nivel que en la imagen (A), adquirida en la fase de eliminación, muestra un urinoma que surge del sistema colector renal (flecha amarilla), así como un hematoma (estrella naranja) dentro del espacio perirrenal.

### Punto Clave:

Pacientes con líquido adyacente al riñón o al sistema colector después de un traumatismo, requieren imágenes en fase de eliminación para valorar la extravasación urinaria del contraste. Las imágenes en fase portal por sí solas podrían pasar por alto las lesiones del sistema colector.

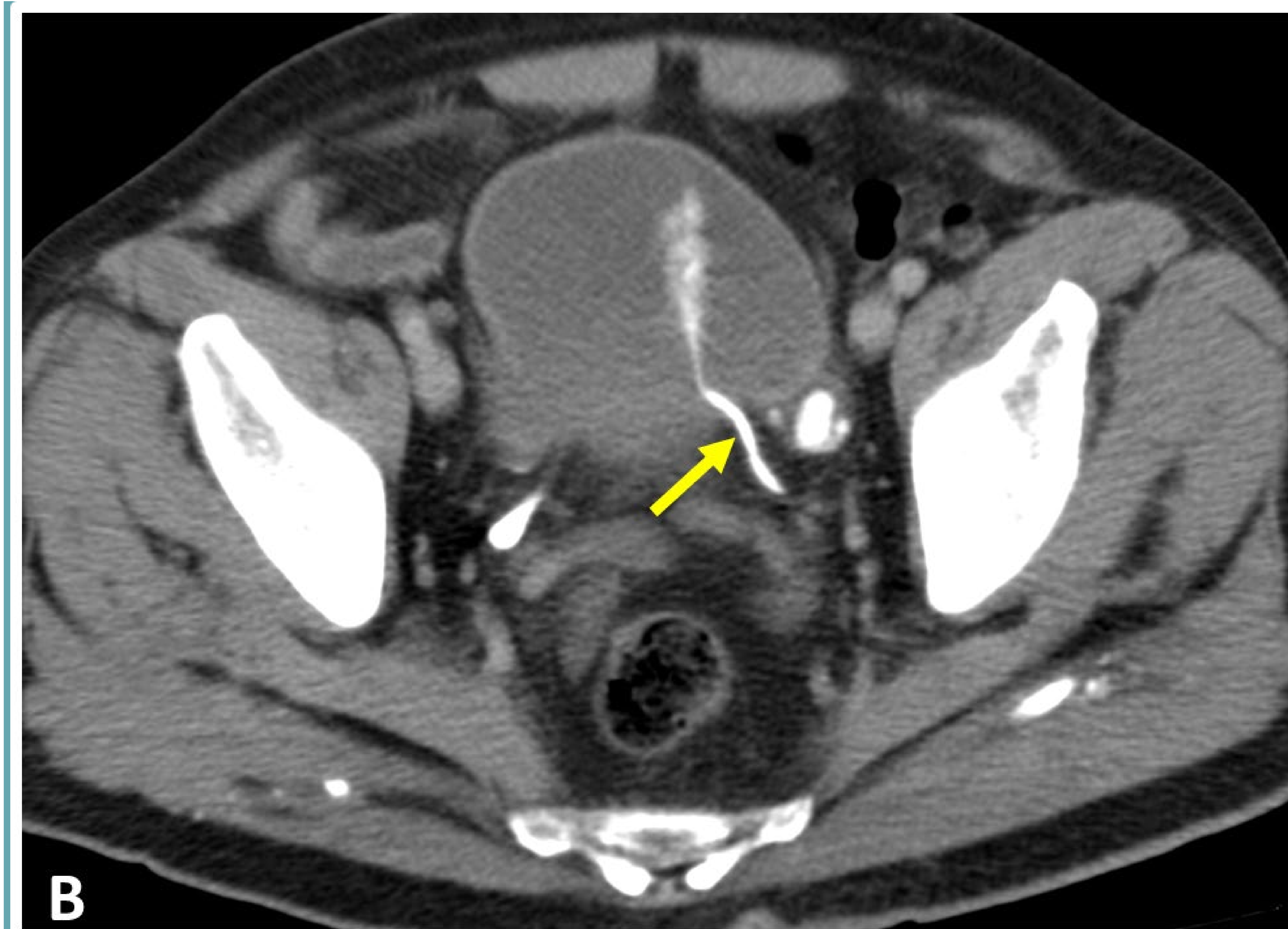
# 13- Jets ureterales que simulan lesiones vesicales.

- ✓ El jet ureteral ocurre debido a la contracción peristáltica de los uréteres en la unión ureterovesical. Cuando se realiza una TC con contraste de la pelvis, la excreción fisiológica de orina en la vejiga urinaria puede causar la aparición espuria de un defecto de llenado que no debe confundirse con una masa o lesión en la vejiga.
- ✓ Dependiendo del momento de la adquisición de la imagen, pueden producirse mezclas variables de contraste excretado y orina no opacificada, que pueden confundirse con masas o lesiones en la vejiga. El reconocimiento de este artefacto de pseudomasa es importante y puede evitarse fácilmente mediante la obtención de imágenes en fases tardías o a través de una exploración ecográfica.



**A:** Imagen axial de un paciente de 19 años luego de un accidente en bicicleta, muestra una pseudolesión hiperdensa en la cara anterolateral izquierda de la vejiga urinaria (círculo azul), simulando un hematoma.

# 13- Jets ureterales que simulan lesiones vesicales.



**B:** Imagen a un nivel mas inferior que en la imagen (A), muestra el jet ureteral que se extiende desde el orificio ureteral hacia la vejiga donde el contraste se mezcla con la orina (flecha amarilla), fenómeno que genero la imagen de pseudolesión en la imagen (A).

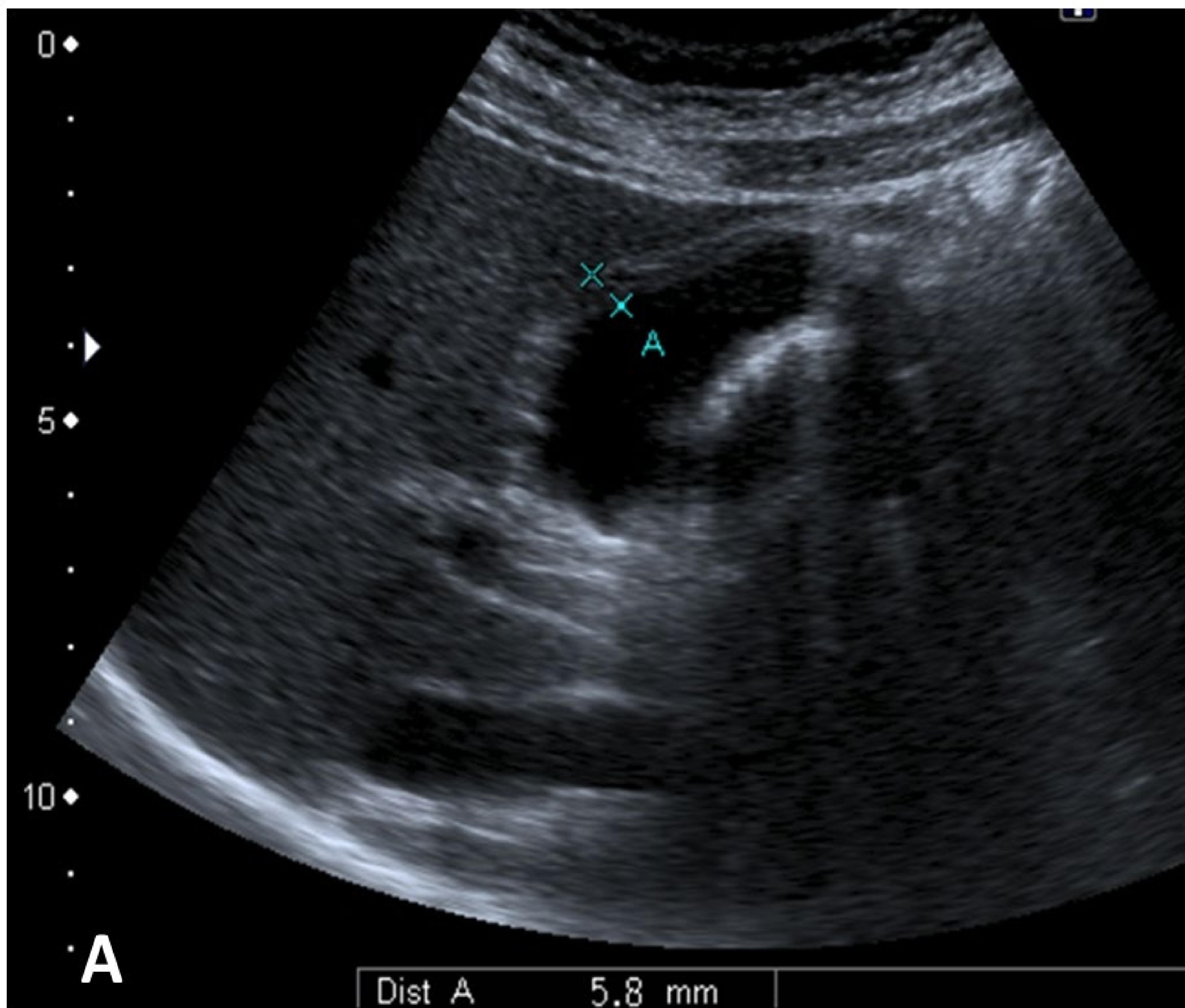
## Punto Clave:

La mezcla de contraste con orina no opacificada puede simular tumores o un hematoma vesical.

# 14- Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar debido a causas no biliares.

- ✓ Por ultrasonido, el edema de la pared de la vesícula biliar está presente cuando el grosor de la pared de la vesícula biliar es de 3 mm o más. La pared también puede aparecer estriada, con capas hipoeoicas e hiperecoicas alternas. Estas características de imagen no son específicas de forma aislada. La presencia de litiasis biliar, del signo de Murphy sonográfico positivo junto con el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, tiene un valor predictivo positivo para colecistitis aguda mayor del 90%. El engrosamiento de la pared de la vesícula biliar en ausencia de litiasis o del signo de Murphy sonográfico tiene un valor predictivo negativo para la colecistitis aguda de aproximadamente el 95%.
- ✓ El engrosamiento de la pared de la vesícula biliar se puede observar en pacientes con causas biliares y no biliares de dolor en el cuadrante superior derecho. Las afecciones no biliares que causan el engrosamiento de la pared de la vesícula incluyen enfermedades hepáticas crónicas o agudas, hipoproteïnemia, insuficiencia cardíaca congestiva, pancreatitis, insuficiencia renal y el edema generalizado (como en los pacientes con ascitis o una reacción alérgica aguda).

# 14- Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar debido a causas no biliares.



**A:** Imagen de ultrasonido de la vesícula biliar de un hombre de 32 años con el diagnóstico de hepatitis viral. Se observa un engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (medida). No se observaron litiasis biliares y el signo de Murphy sonográfico fue negativo.



**B:** Imagen de TC axial del mismo paciente, muestra un engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (flecha roja) secundaria a la hepatitis.

## Punto Clave:

El edema aislado de la pared de la vesícula biliar en la ecografía es un hallazgo inespecífico que puede ser debida a causas biliares y no biliares.

## 15- Pseudohidronefrosis

- ✓ En la pseudohidronefrosis, una porción del tracto urinario se agranda, o aparece dilatado, sin que asocie un cálculo obstructor del tracto urinario, ni dilatación ureteral, alteraciones de la grasa perirrenal ni aumento de tamaño del riñón del lado afecto.
- ✓ La pseudohidronefrosis puede confundirse con la obstrucción del tracto urinario secundaria a litiasis renales. Los cálculos reno-ureterales de relevancia clínica son visibles en la TC y la obstrucción del tracto urinario generalmente se puede diferenciar de la pseudohidronefrosis.
- ✓ El diagnóstico diferencial incluye: los quistes parapiélicos, la distensión vesical, la hidronefrosis del embarazo y las varices del seno renal.

## 15- Pseudohidronefrosis



**A:** Imagen axial a nivel de los riñones de una mujer de 71 años con dolor agudo en el flanco izquierdo y antecedentes de cálculos renales. Se observa una aparente dilatación de la pelvis renal izquierda en comparación con el lado contralateral (flecha roja), lo que puede sugerir hidronefrosis.



**B:** Imagen coronal, se observa que el uréter izquierdo no está dilatado (cabeza de flecha verde), lo que va en contra de hidronefrosis. No se identificaron litiasis renales. Por lo que este hallazgo corresponde con un quiste parapiélico.

### Punto Clave:

La pseudohidronefrosis puede deberse a quistes parapiélicos, distensión vesical, embarazo o várices sinusales renales. Los quistes parapiélicos no muestran comunicación macroscópica con el sistema colector renal.

# Conclusión:

- ✓ Es esencial que el radiólogo conozca y reconozca este espectro de hallazgos en la radiología abdominal de urgencias para evitar diagnósticos erróneos y determinar a priori si se requiere un tratamiento quirúrgico o conservador.

# Referencias:

1. Martin L. Gunn. Pearls and Pitfalls in Emergency Radiology. Cambridge University Press. 2013.
2. Fergus V. Coakley. Pearls and Pitfalls in Abdominal Imaging. Cambridge University Press. 2010.
3. Shirkhoda A. Diagnostic pitfalls in abdominal CT. Radiographics. 1991;11(6):969–1002.
4. Meyers MA, et al. Meyers' Dynamic Radiology of the Abdomen: Normal and Pathologic Anatomy, 6th edn. New York: Springer, 2010.
5. Hewett JJ, et al. The spectrum of abdominal venous CT findings in blunt trauma. AJR AmJ Roentgenol. 2001;176(4):955–8.
6. Alonso RC, et al. Kidney in danger: CT findings of blunt and penetrating renal trauma. Radiographics. 2009;29(7):2033–53.