

# COLELITIASIS A REPLECIÓN Y SUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Dr. Ignacio Márquez Suárez<sup>1y2</sup>  
Dr. Alejandro Regalado Chico<sup>1</sup>  
Dra. Grecia Alejandra García León<sup>2</sup>  
Dra. Claudia Lorena Martínez Higeros<sup>2</sup>  
Dr. Miguel Ángel Murillo Bautista<sup>2</sup>  
Dr. Verónica Pamela Deloya Amador<sup>2</sup>  
Dra. Adriana Guadalupe Vizcarra Rendón<sup>2</sup>  
Dra. Claudia Ximena Vásquez Veloza<sup>2</sup>

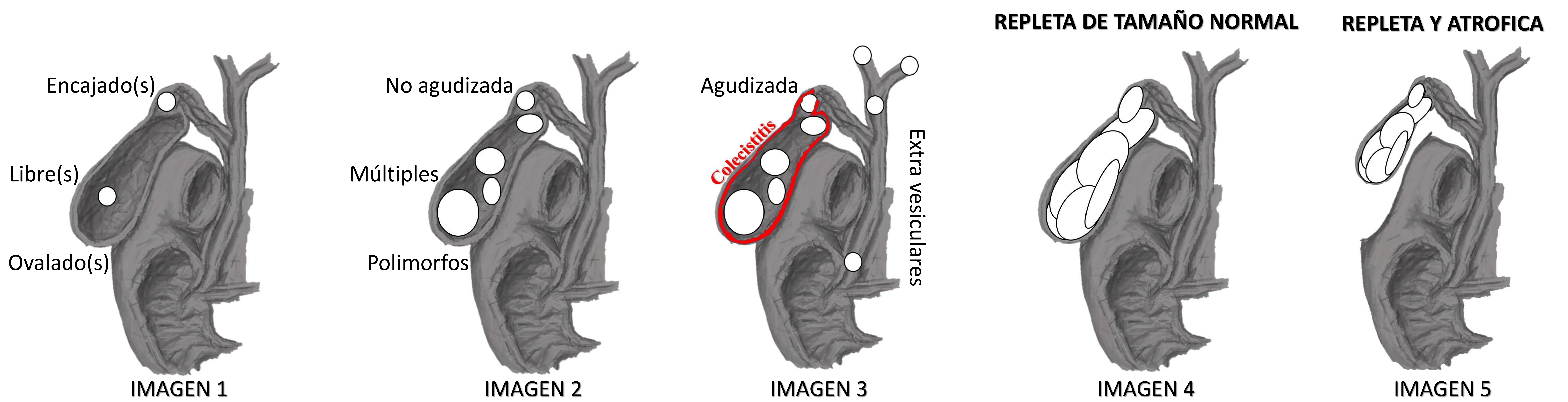
<sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar No. 15 del IMSS, CDMX

<sup>2</sup>Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, CDMX



# INTRODUCCION

Respecto a la coleditiasis, son múltiples las posibilidades que podemos encontrar:



IMÁGENES 1 a 5. El signo de WES establece el diagnóstico de coleditiasis a repleción (IMÁGENES 4 y 5).

## Signo de WES Wall Echoes Shadow

### The WES Triad – A Specific Sonographic Sign of Gallstones in the Contracted Gallbladder

F.R. MacDonald,\* P.L. Cooperberg, and M.M. Cohen  
Departments of Radiology and Surgery, Vancouver General Hospital, and University of British Columbia

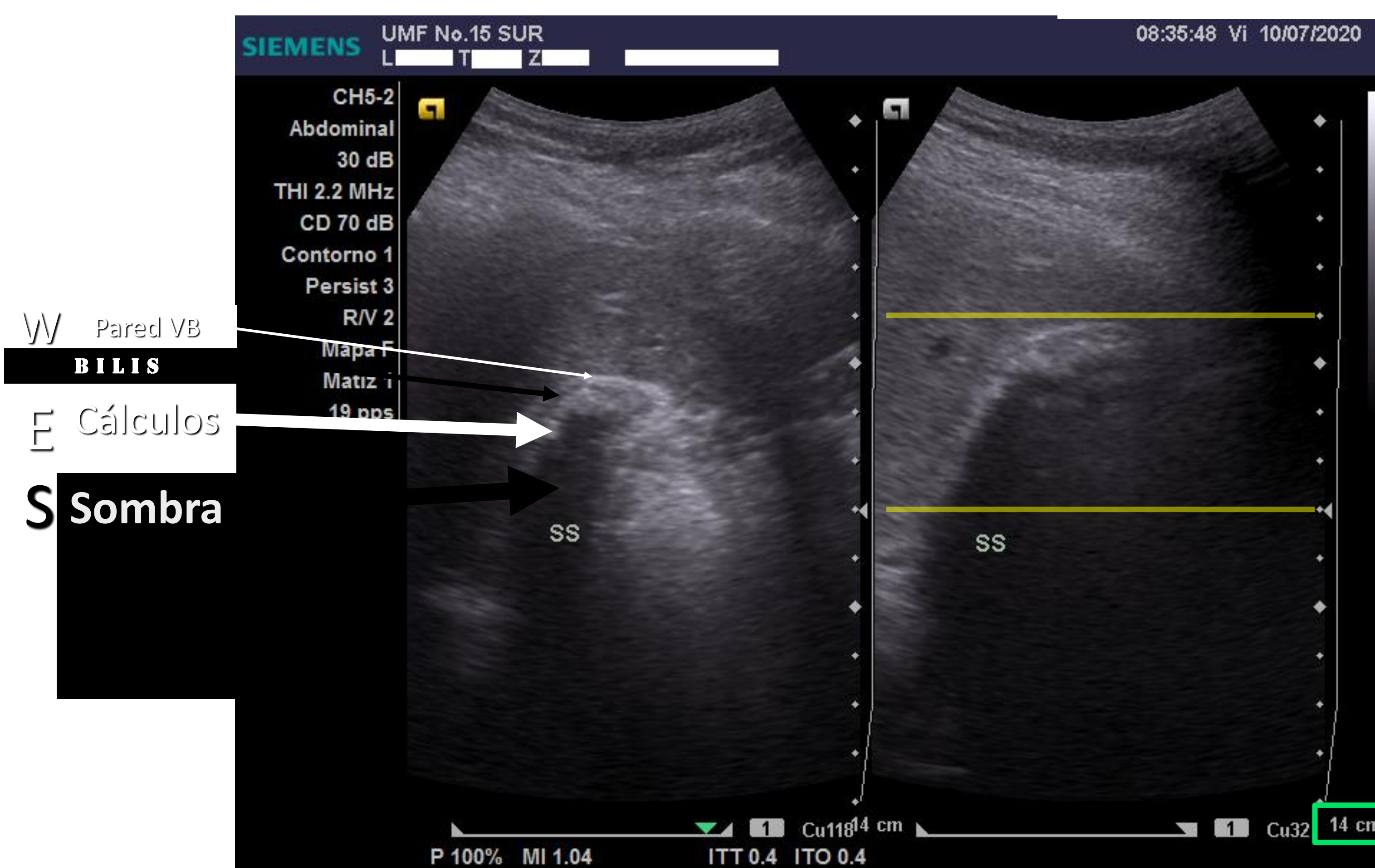
**Abstract.** The “WES” triad – that is, the demonstration of the gallbladder Wall, the Echo of the stone, and the acoustic Shadow – permits the specific diagnosis of stones in a contracted gallbladder. This triad positively identifies the gallbladder and helps to differentiate the contracted gallbladder with stones from a loop of bowel containing gas.

**Key words:** Gallbladder, calculi, Ultrasound, diagnosis.

IMAGEN 6. El artículo original<sup>1</sup> tenía claro que la mayoría de las vesículas repletas son “contraídas”, mejor clasificadas en la actualidad como “atróficas” (Ver imágenes 5 y 7).

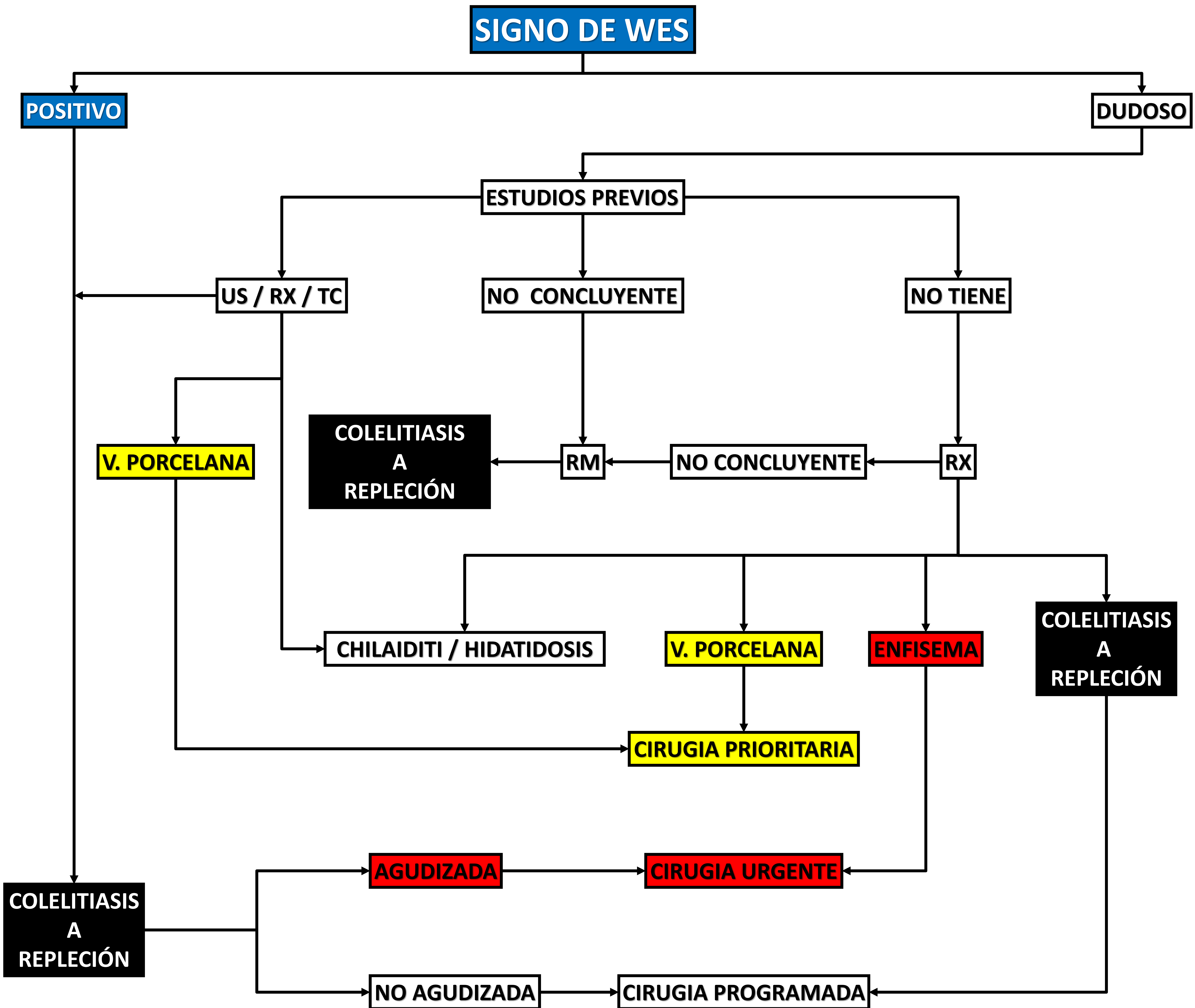
IMAGEN 7. En la escala (líneas amarillas) podemos observar que esta vesícula mide pocos centímetros.

**A TENER EN MENTE:** Observe como buena practica revisar a las vesículas biliares con poca profundidad = VB ocupa la mayor cantidad de pantalla posible.





# DIAGRAMA



Autor: Dr. Ignacio Márquez Suárez

La vesícula repleta tiene varios diagnósticos diferenciales y el tema se puede convertir complejo, así es que les iremos “desglosando” la información a través del diagrama de flujo.



# DIAGRAMA

SIGNO DE WES

POSITIVO

IMAGEN 8. Colelitiasis a repleción AGUDIZADA.

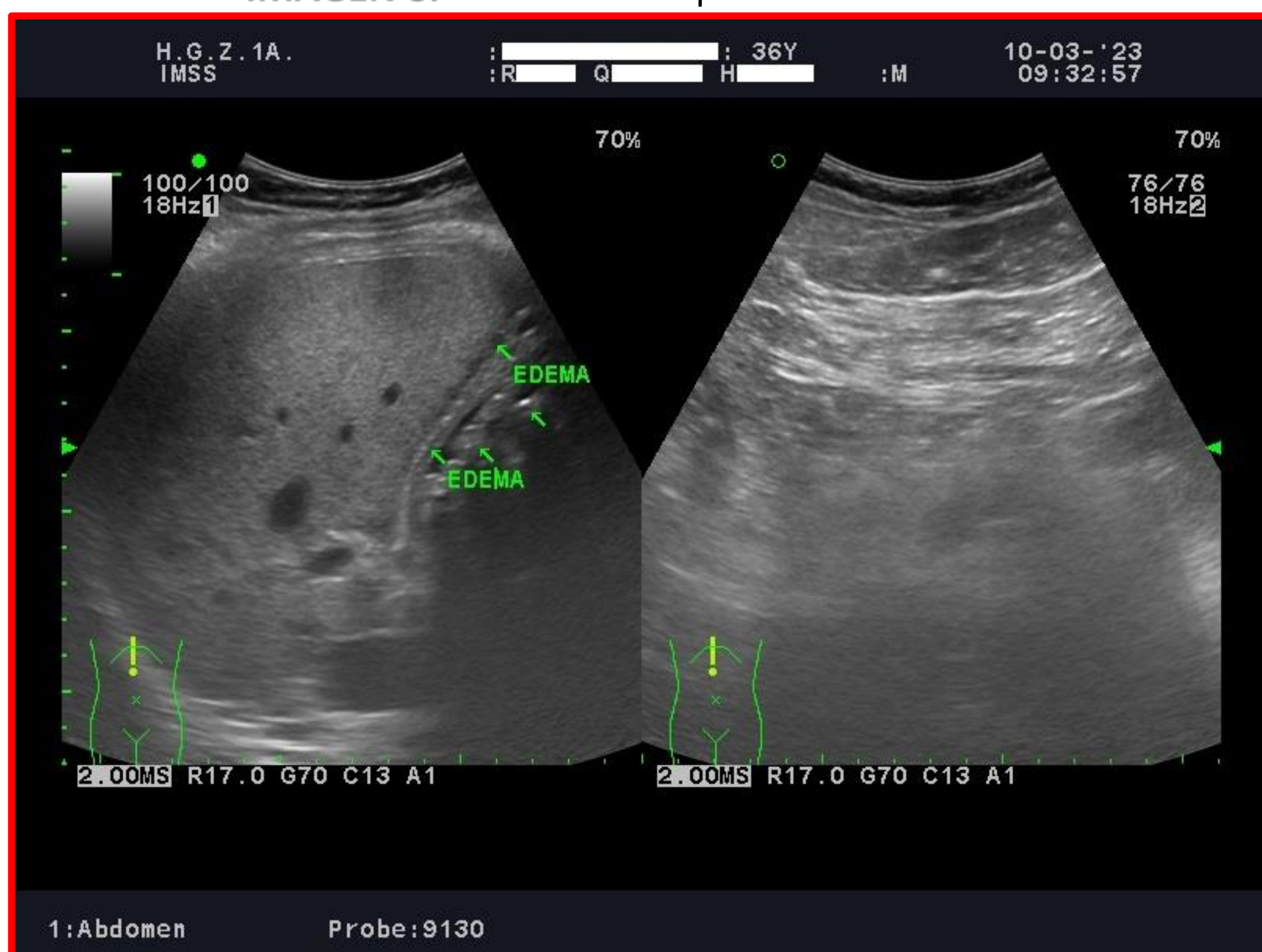


IMAGEN 9. Colelitiasis a repleción NO agudizada.



COLELITIASIS A REPLECIÓN

AGUDIZADA

CIRUGIA URGENTE

NO AGUDIZADA

CIRUGIA PROGRAMADA

Cuando el signo es positivo, la única posibilidad es “Colelitiasis a repleción” y aquí lo que debe diferenciar si es un proceso urgente o electivo.

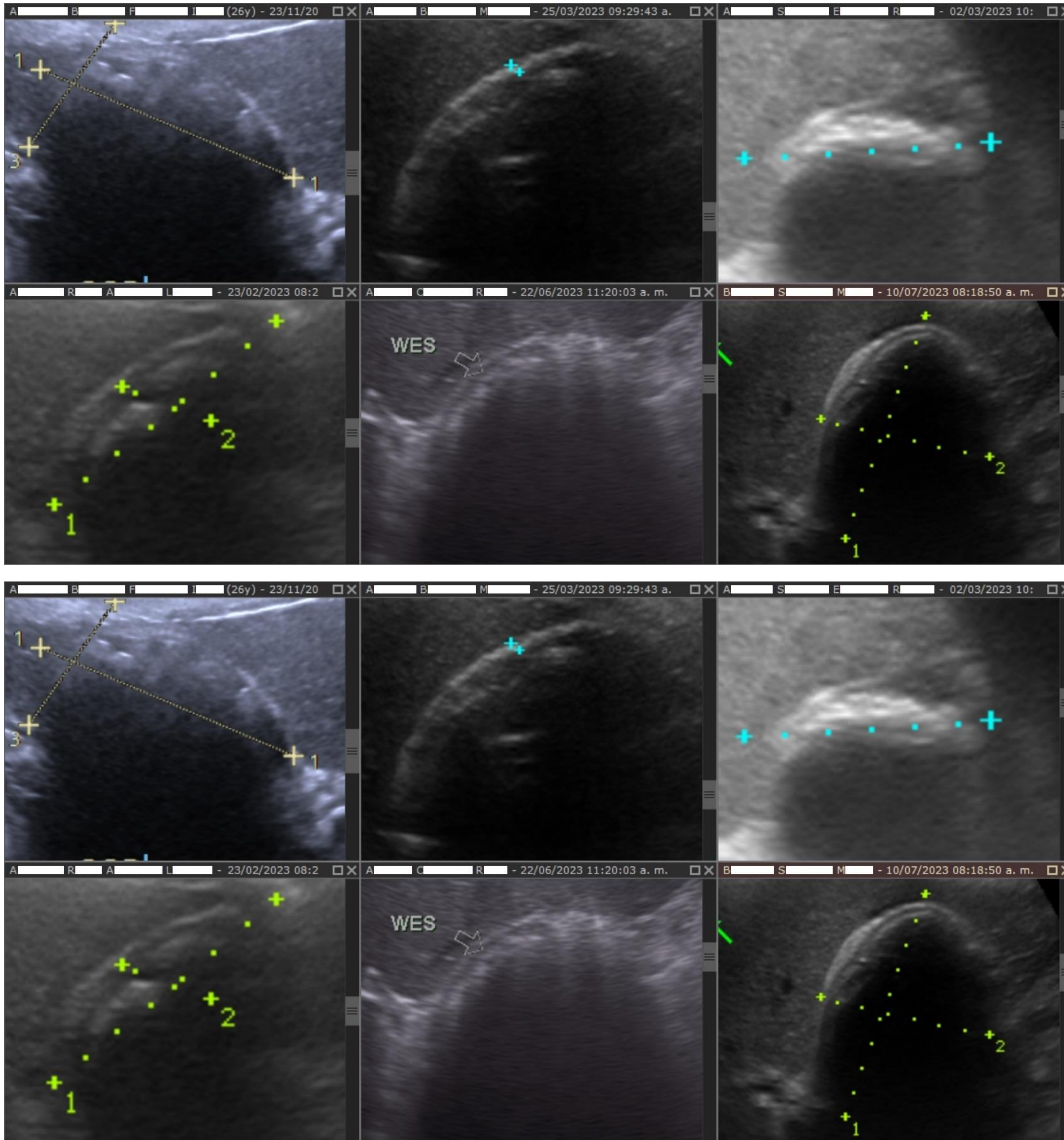


# DIAGRAMA

**SIGNO DE WES**

¿Qué tan frecuente lo vemos?

**POSITIVO**



IMÁGENES 10 al 15

IMÁGENES 16 al 21

**COLELITIASIS  
A  
REPLECIÓN**

**AGUDIZADA**

**CIRUGIA URGENTE**

**NO AGUDIZADA**

**CIRUGIA PROGRAMADA**

En nuestra experiencia, es una patología relativamente frecuente.

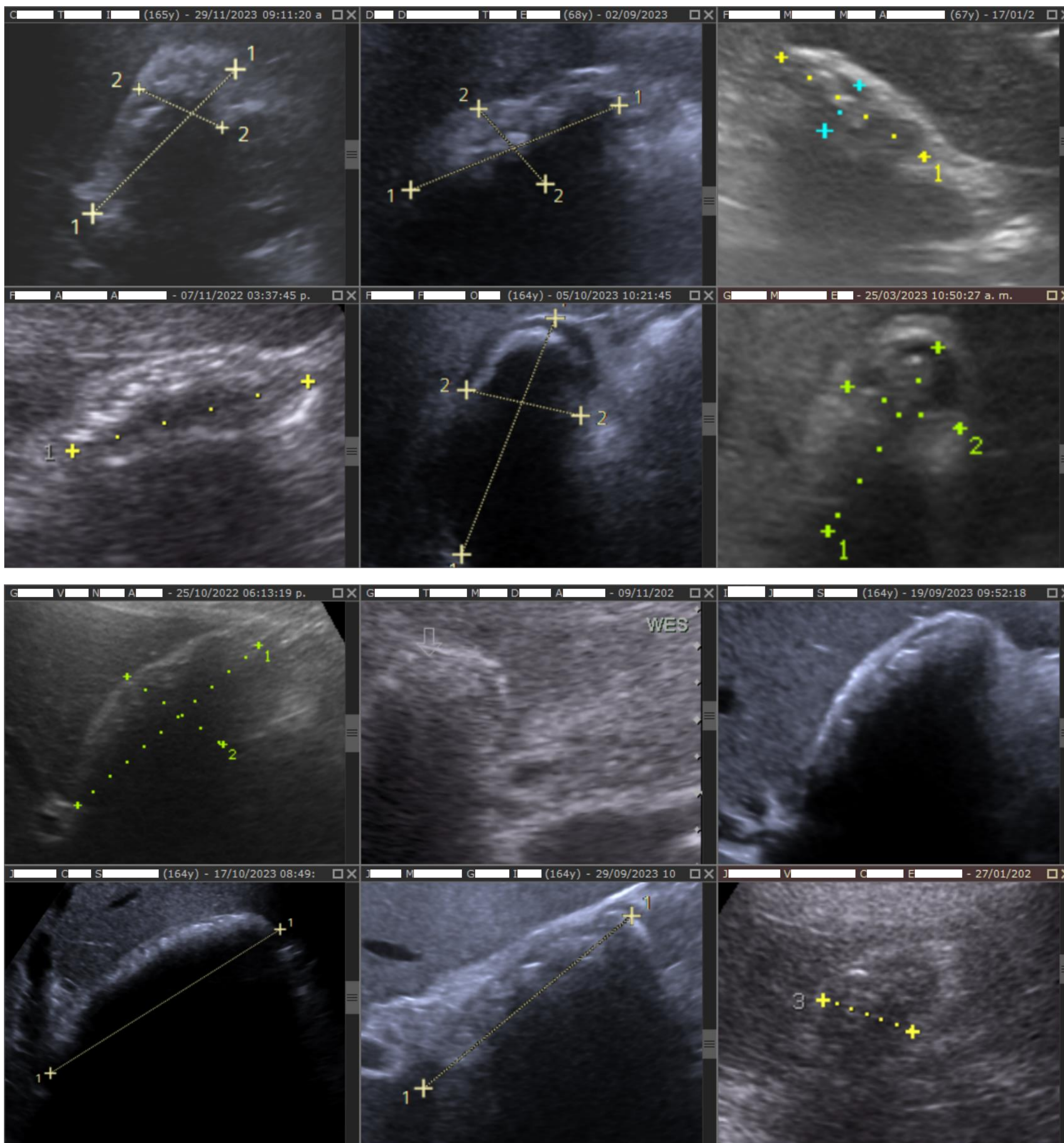


# DIAGRAMA

**SIGNO DE WES**

¿Qué tan frecuente lo vemos?

**POSITIVO**



IMÁGENES 22 al 27

IMÁGENES 28 al 33

**COLELITIASIS  
A  
REPLECIÓN**

**AGUDIZADA**

**CIRUGIA URGENTE**

**NO AGUDIZADA**

**CIRUGIA PROGRAMADA**

De un vistazo debe ser evidente, el signo de WES positivo.

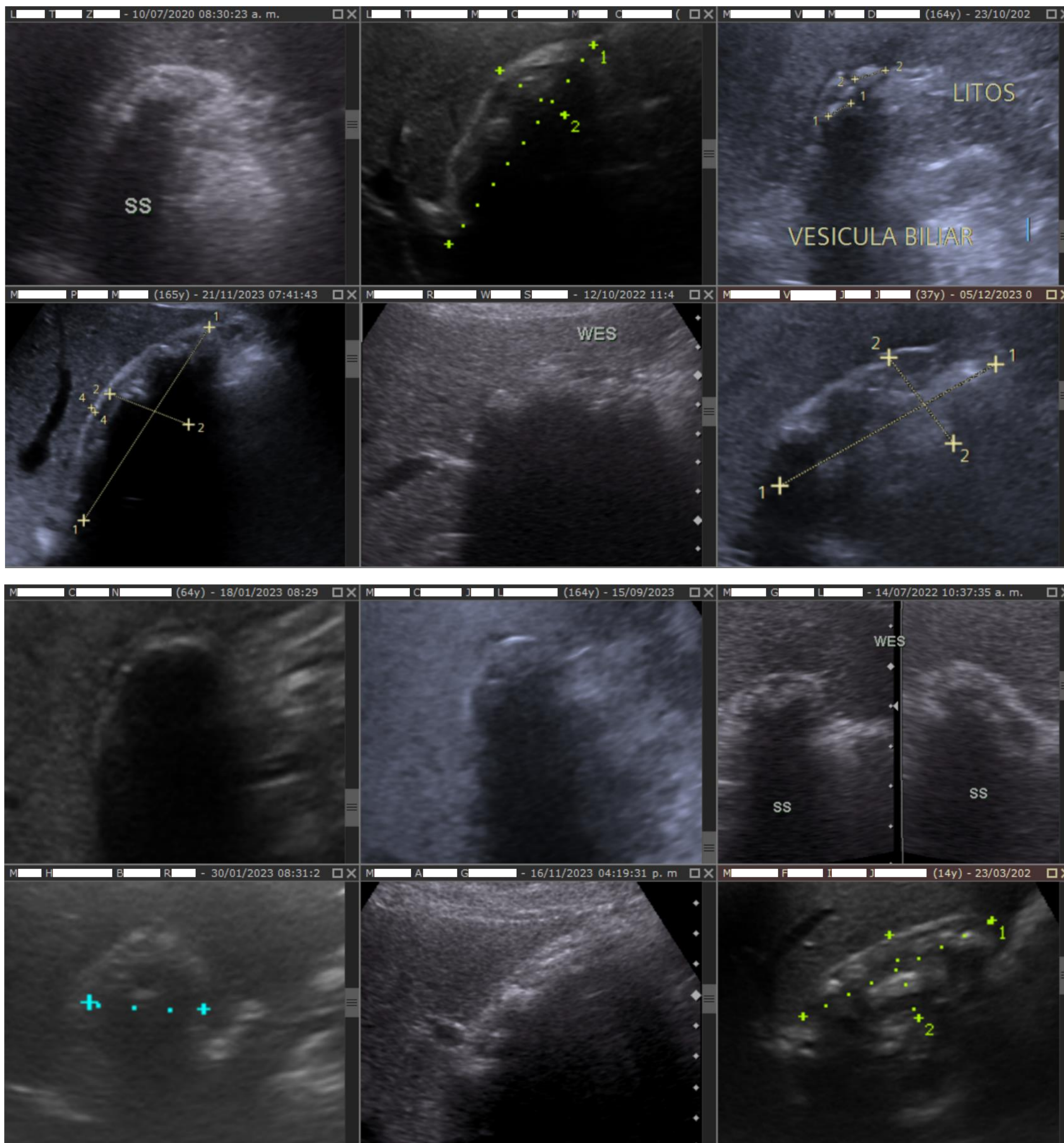


# DIAGRAMA

**SIGNO DE WES**

¿Qué tan frecuente lo vemos?

**POSITIVO**



IMÁGENES 34 al 39

IMÁGENES 40 al 45

**COLELITIASIS A REPLECIÓN**

**AGUDIZADA**

**CIRUGIA URGENTE**

**NO AGUDIZADA**

**CIRUGIA PROGRAMADA**

Con estas imágenes, por seguro queda claro se trata de vesículas repletas - pequeñas (atróficas).

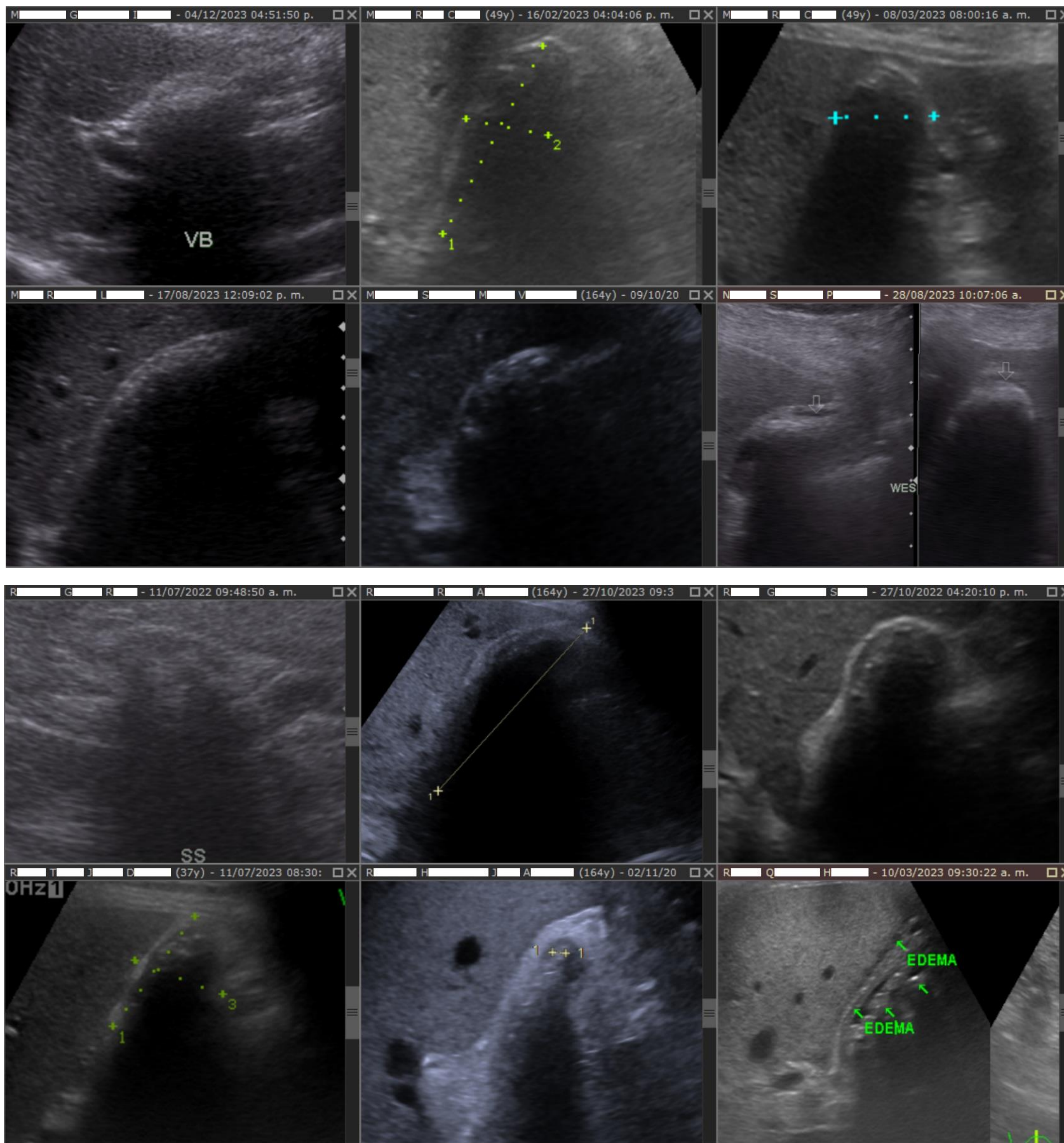


# DIAGRAMA

**SIGNO DE WES**

¿Qué tan frecuente lo vemos?

**POSITIVO**



IMÁGENES 46 al 51

IMÁGENES 52 al 57

**COLELITIASIS  
A  
REPLECIÓN**

**AGUDIZADA**

**CIRUGIA URGENTE**

**NO AGUDIZADA**

**CIRUGIA PROGRAMADA**

Al ser un proceso crónico, lo esperado es que la gran mayoría, tengan su pared delgada y no sean urgentes.

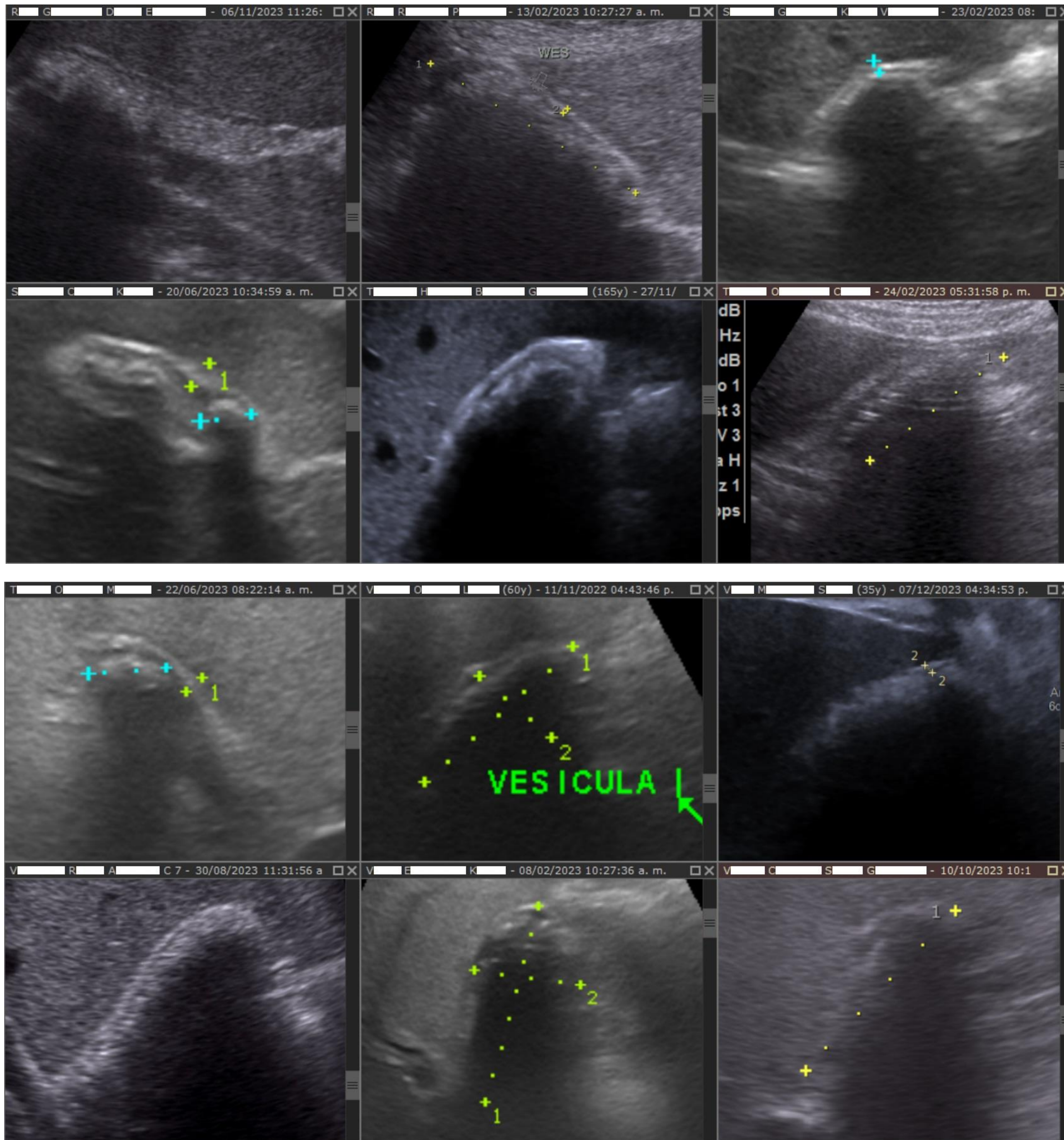


# DIAGRAMA

**SIGNO DE WES**

¿Qué tan frecuente lo vemos?

**POSITIVO**



IMÁGENES 58 al 63

IMÁGENES 64 al 69

**COLELITIASIS  
A  
REPLECIÓN**

**AGUDIZADA**

**CIRUGIA URGENTE**

**NO AGUDIZADA**

**CIRUGIA PROGRAMADA**

Observe que la mayoría de los casos representan una sola concreción (“una piedrota”) y los casos donde vemos cúmulo de litos son los menos.

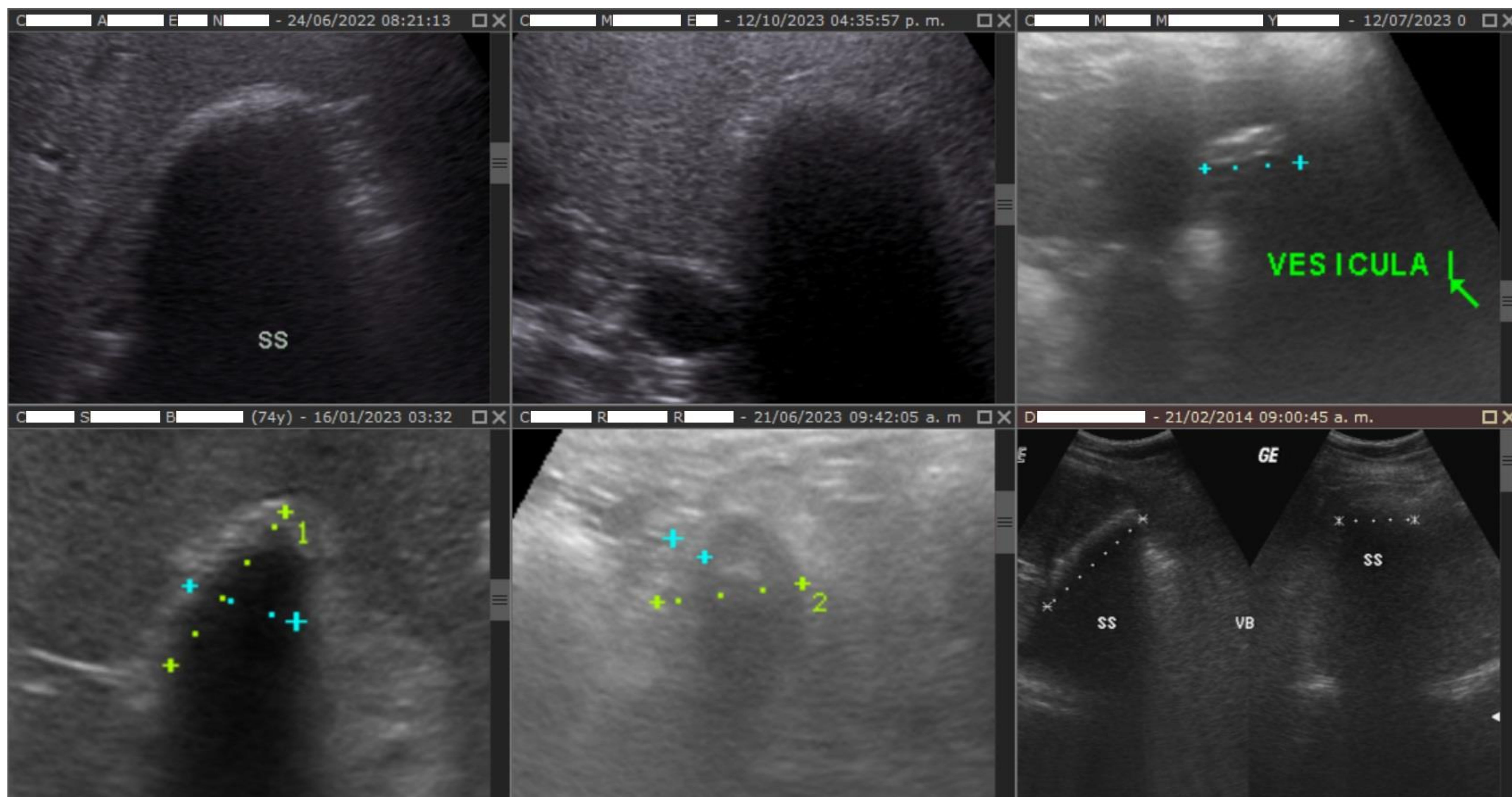


# DIAGRAMA

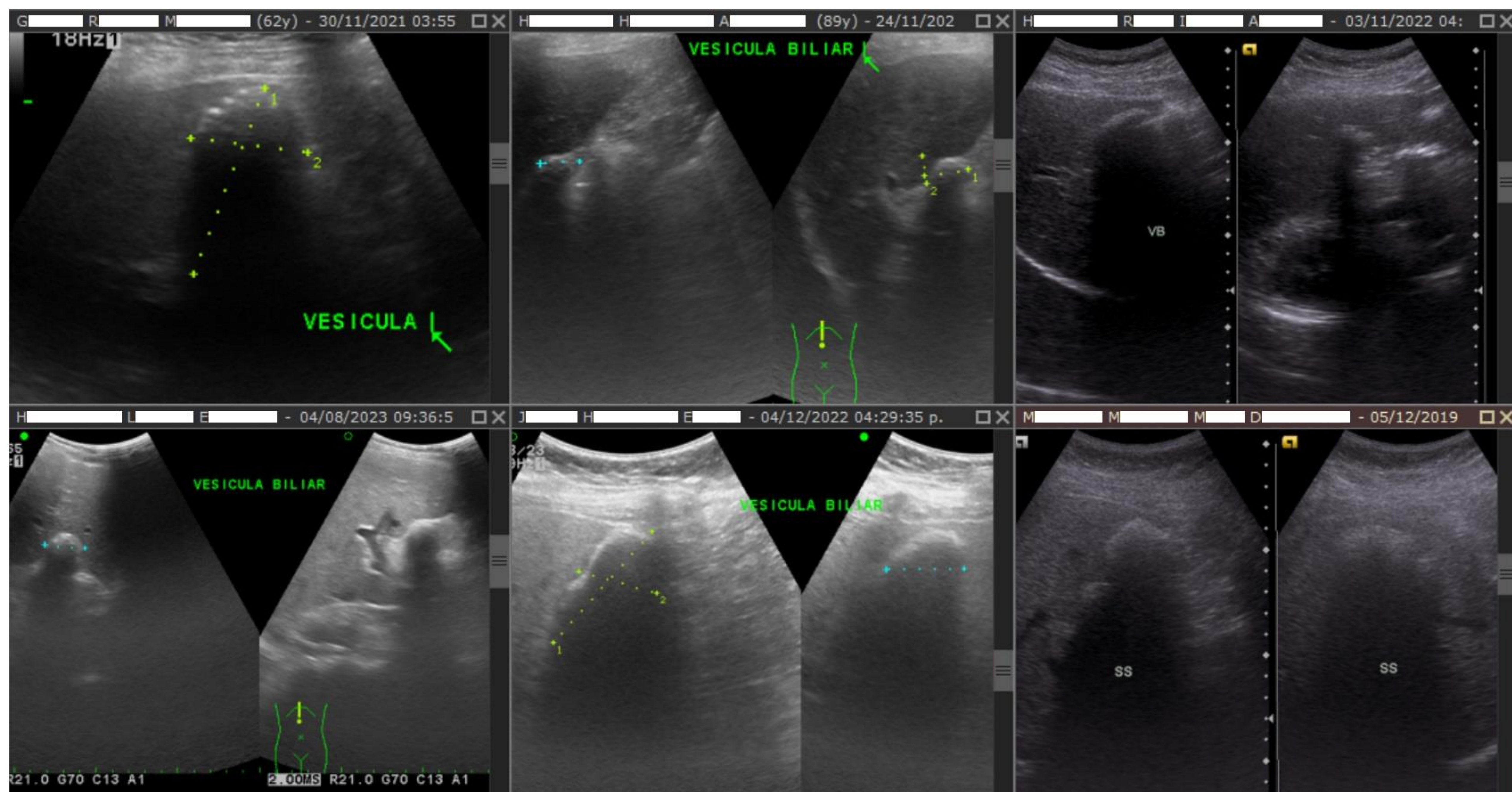
SIGNO DE WES

DUDOSO

¿Qué tan frecuente lo vemos?



IMÁGENES 70 al 75



IMÁGENES 76 al 81

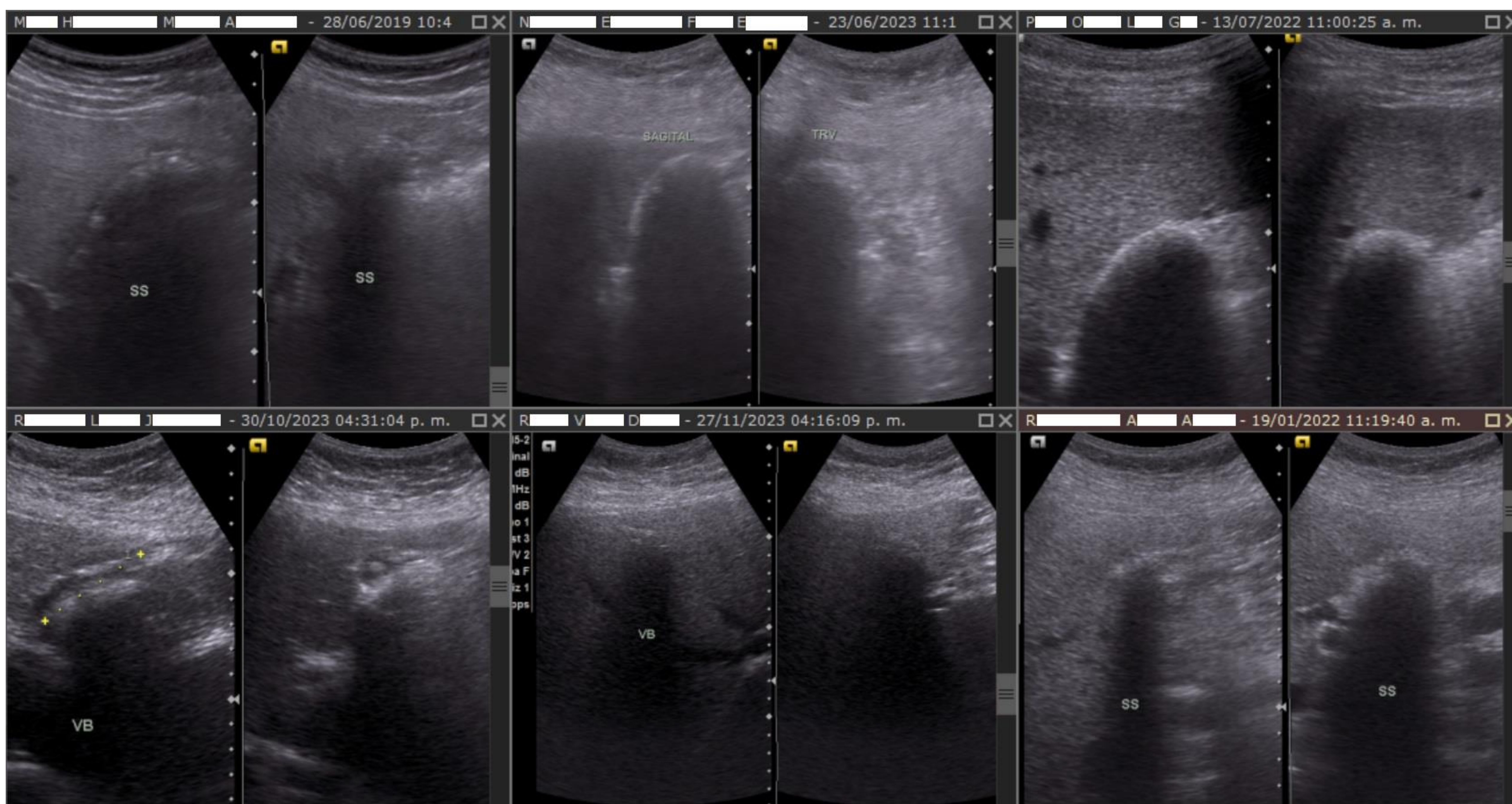


# DIAGRAMA

SIGNO DE WES

DUDOSO

¿Qué tan frecuente lo vemos?



IMÁGENES 82 al 87



## Unidad de Medicina Familiar # 15

Ermita Iztapalapa 411, Prado Churubusco, Coyoacán, 04320 Ciudad de México, CDMX

Nombre: A G M C	NSS #:
Fecha Nacimiento:	ORDEN #:
Genero: <b>Mujer</b>	Fecha: <b>2022-11-10 03:48 PM</b>
Edad:	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdominal	
Razón del estudio:	

### Conclusión

DESCRIPCIÓN: Con transductor de 3.75 Mhz. realizando barridos sectoriales en donde se identifica.

El hígado se encuentra de tamaño normal, de morfología y bordes regulares. El parénquima con aumento en su ecogenicidad.

La vascularidad esta conservada y no hay datos de dilatación de la vía biliar intra o extra hepática. La porta y el colédoco tienen un calibre y trayecto normal de 4 y 4 mm. respectivamente.

La vesícula biliar en situación anatómica normal de pared delgada con litos que proyectan sombra sonora posterior.

Páncreas, riñones y bazo en situación, tamaño, morfología y ecogenicidad normales., sin evidencia de lesión focal ni difusa.

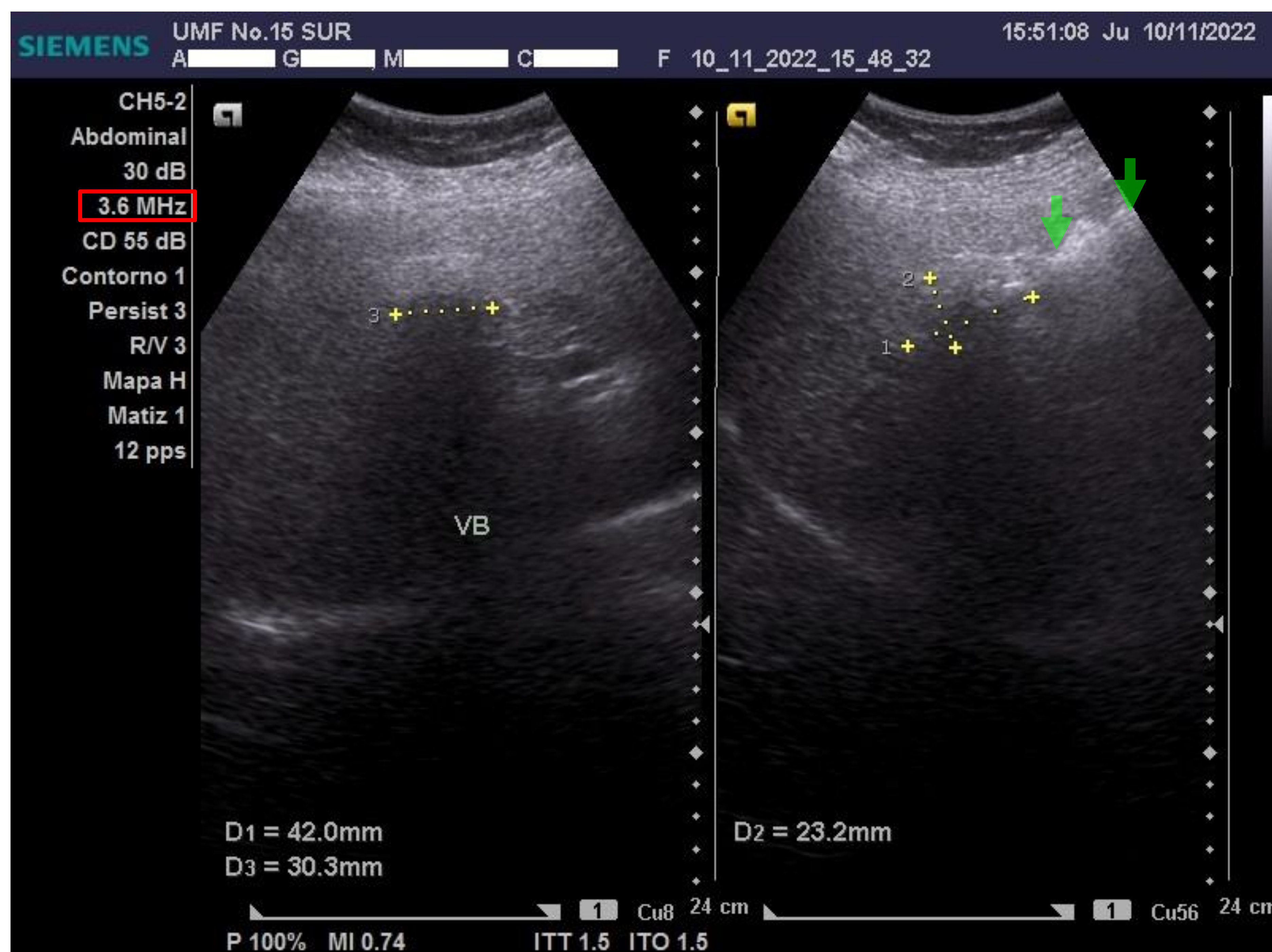
Sin líquido libre en cavidad abdominal.

### CONCLUSIÓN:

1. ESTEATOSIS HEPATICA MODERADA.

2. **LITIASIS VESICULAR NO AGUDIZADA.**

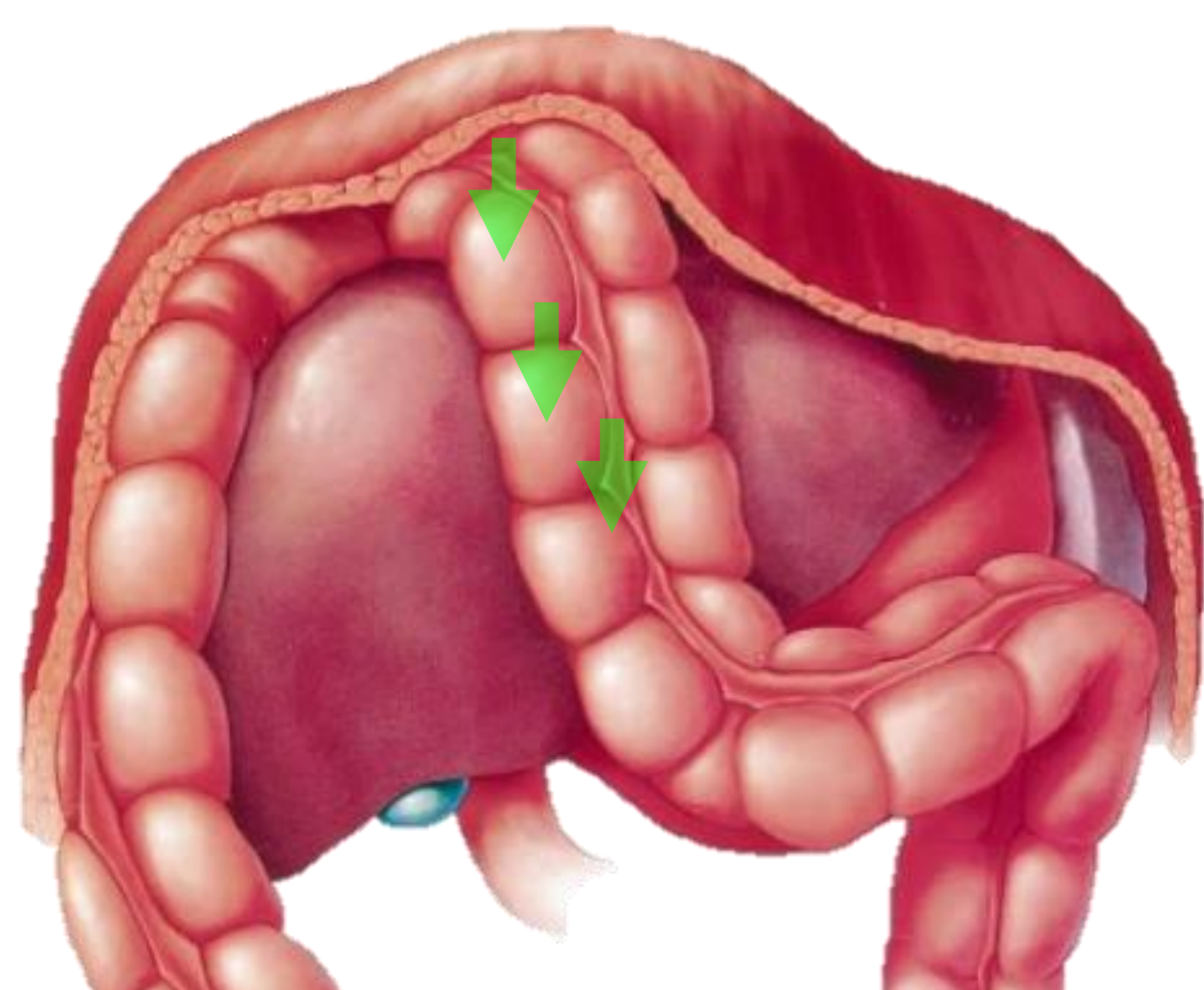
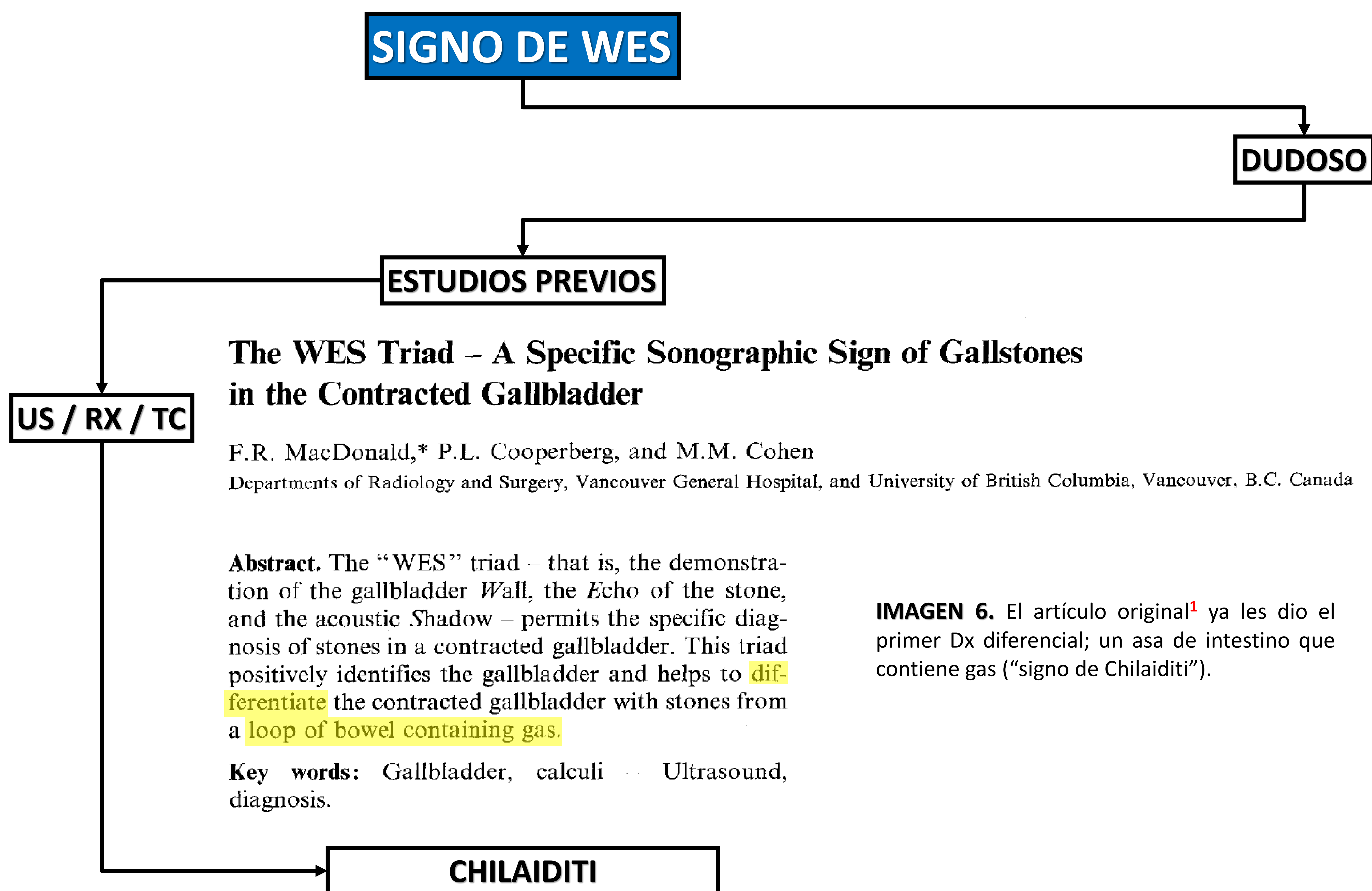
**IMAGEN 88.** Tal vez, usted, al igual que a nosotros, atará de acuerdo que este reporte carece de la una adecuada descripción.



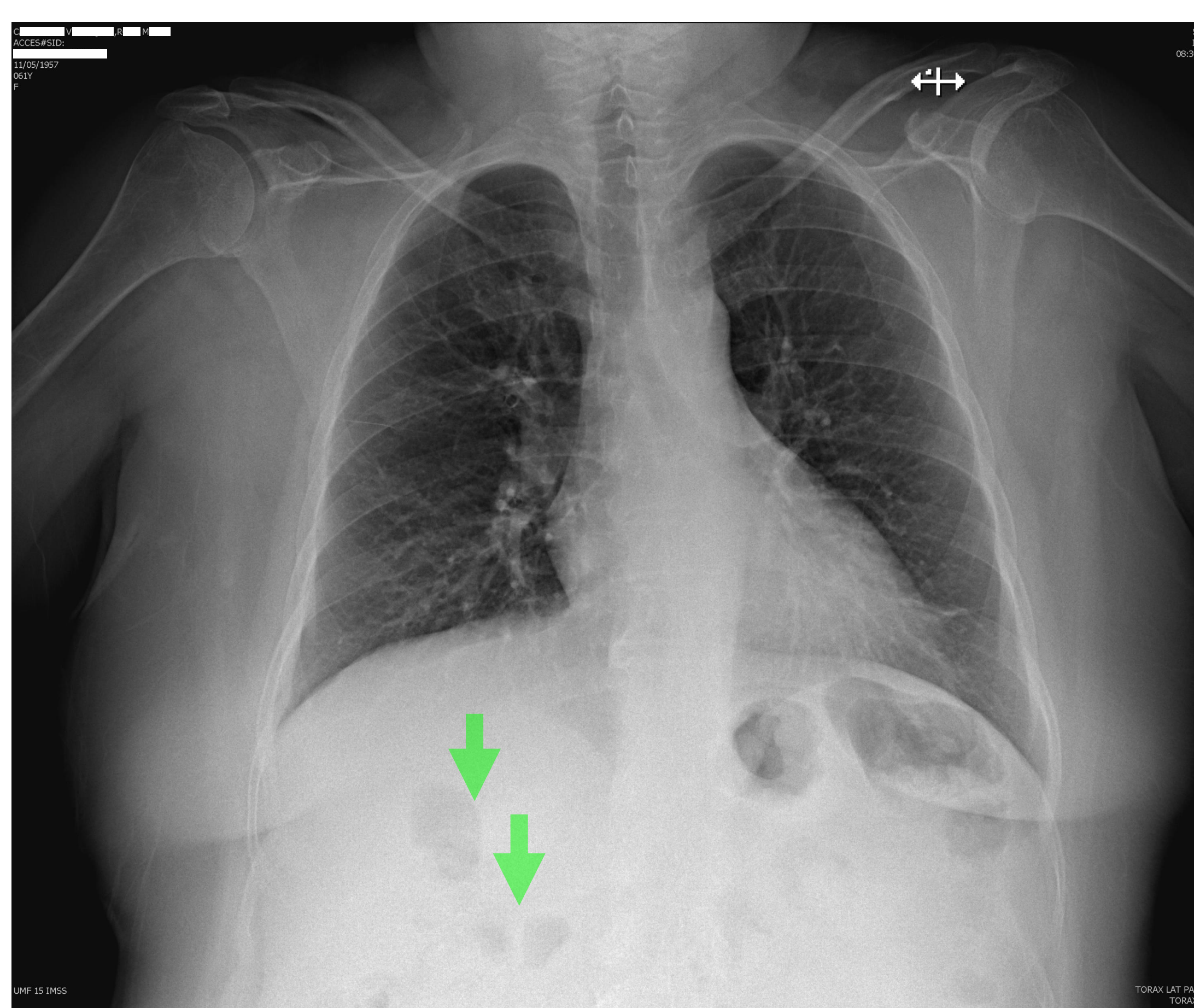
**IMAGEN 89.** Seguramente sus ojos detectan que hay asas de intestino (Chilaiditi - flechas) que se "continúan" con la "lesión".



# DIAGRAMA



**IMAGEN 90.** Modification de Karen M. Horton  
CT Evaluation of the Colon: Inflammatory Disease. RadioGraphics 2000; 20:399–418



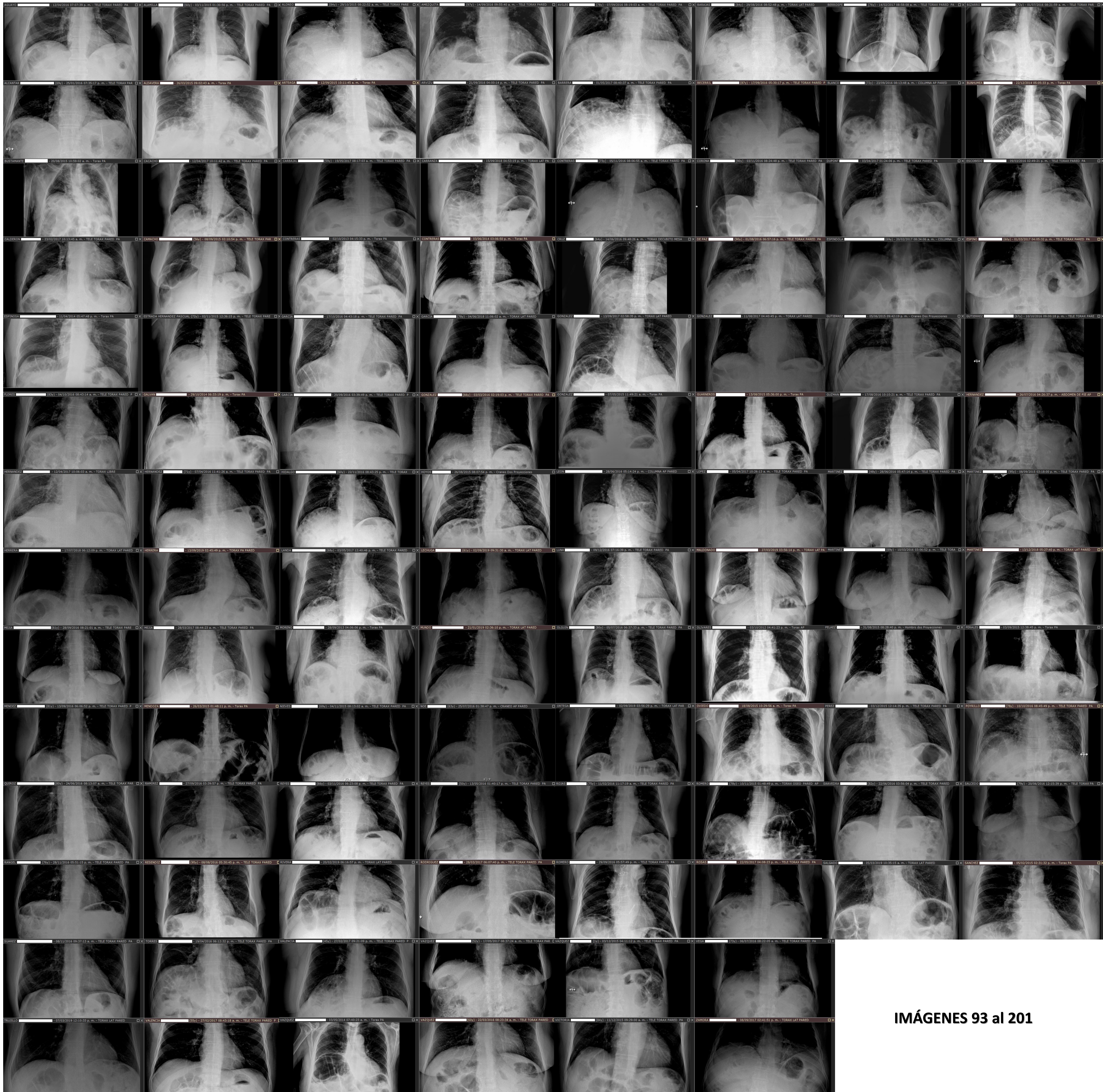
**IMAGEN 91.** Asa de intestino superpuesta sobre la silueta hepática.



**IMAGEN 92.** Misma paciente. Asa de intestino que simula “WES dudoso”.



## ¿Qué tan frecuente vemos Chilaiditi?



IMÁGENES 93 al 201

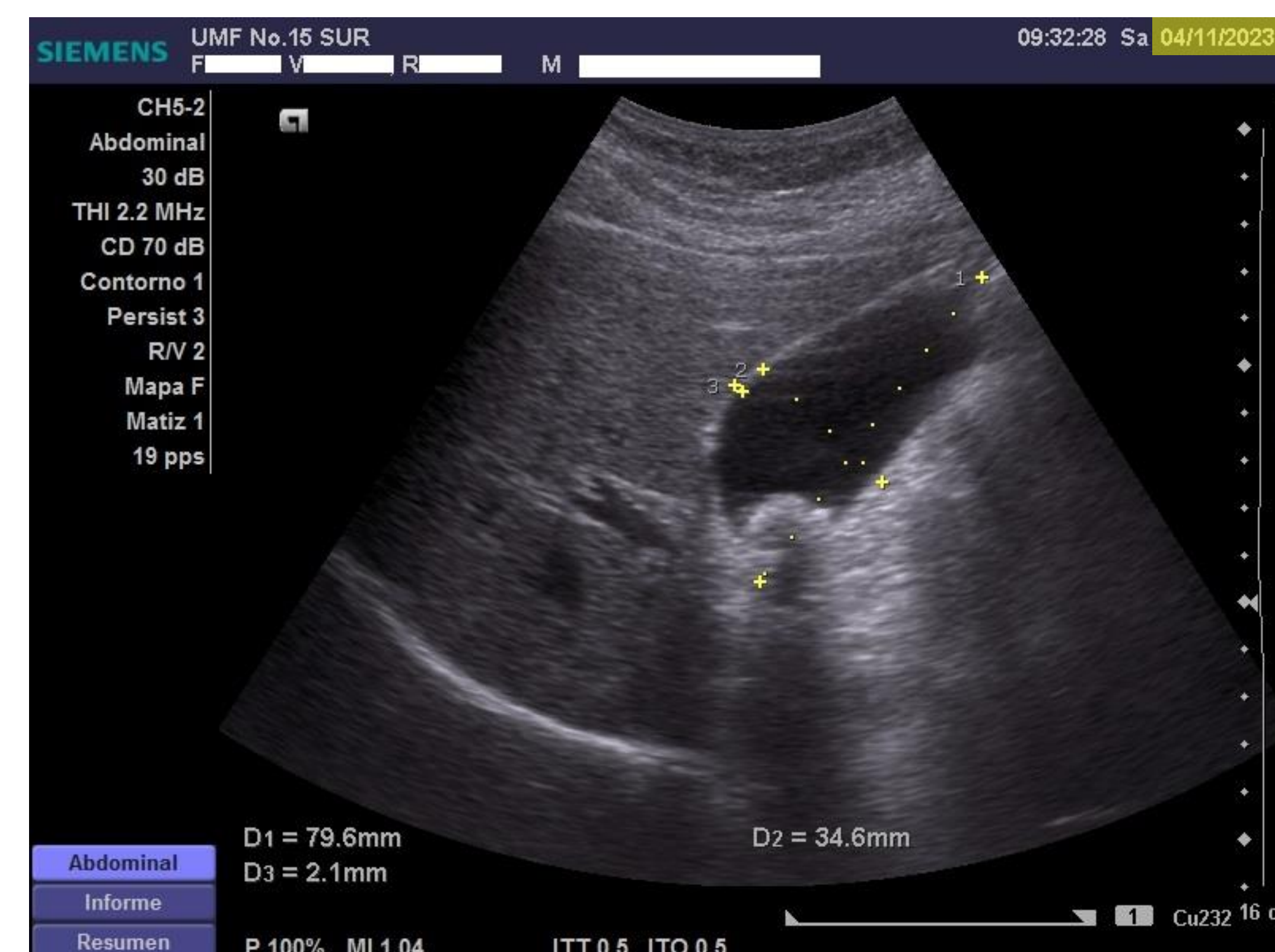
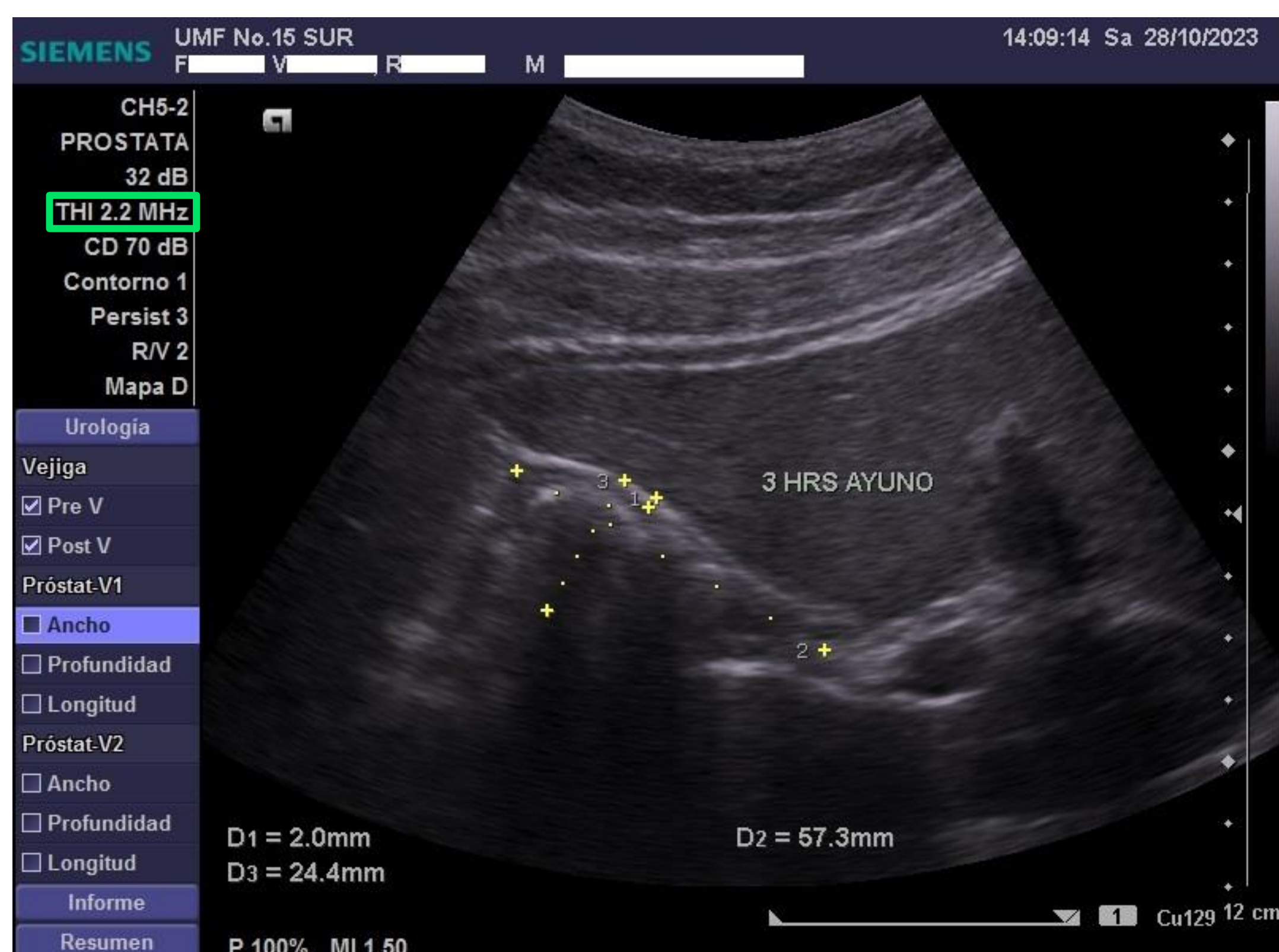
**La próxima vez que reciban un US abdominal con “abundante gas”, su segundo pensamiento (el primero es el ayuno incompleto ¿cierto?) será buscar un estudio previo para descartar / corroborar Chilaiditi.**



## AYUNO INCOMPLETO



**IMÁGENES 202 a 204.** El ayuno incompleto, es algo habitual en nuestra consulta. Es nuestro primer pensamiento cuando encontramos abundante gas intestinal.

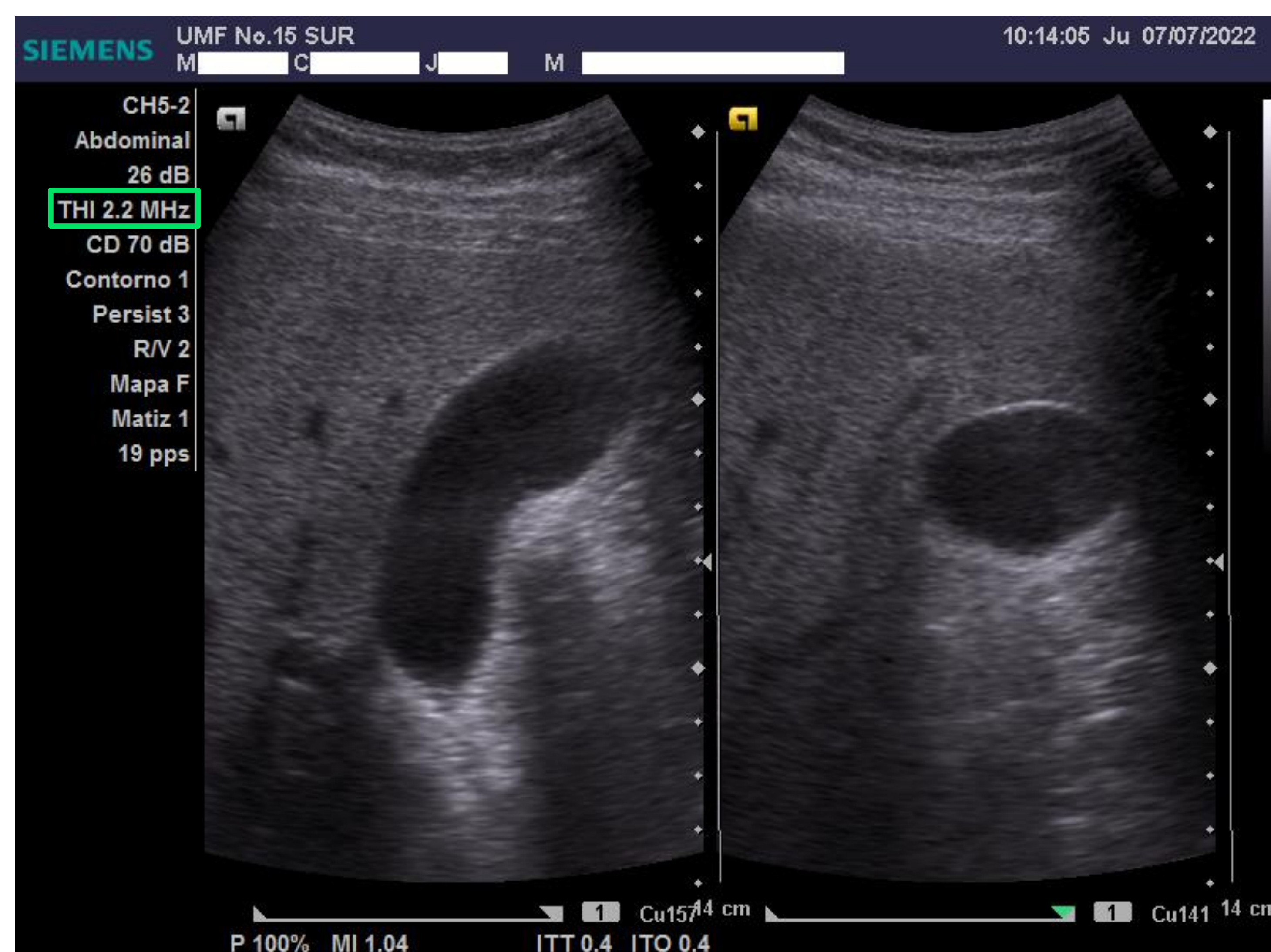


**IMÁGENES 205 y 206.** Ante una “vesícula pequeña”, corroborar las horas de ayuno podría evitarle un mal diagnóstico.

**IMAGEN 207.** Mismo paciente con ayuno completo.

## A TENER EN MENTE

Las imágenes armónicas tisulares (THI = Tissue Harmonic Imaging) mejoran la tasa de detección de cálculos de vesícula biliar <sup>3</sup>.



**IMAGEN 208.** El material residual en intestino puede simular lito(s).

**IMAGEN 209.** Moviendo el ángulo de insonación demostramos vesícula SIN litos.



# Aparte del ayuno incompleto vs Chilaiditi ¿Qué mas con el “gas”?

1130-0108/2005/97/2/137  
REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS  
Copyright © 2005 ARAN EDICIONES, S. L.

REV ESP ENFERM DIG (Madrid)  
Vol. 97, N.º 2, pp. 137, 2005

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:  
V. F. Moreira y A. López San Román  
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

### Meteorismo

#### ¿QUÉ ES?

Para referirnos a las molestias relacionadas con la presencia de gas en el intestino, utilizamos términos como “meteorismo” o “flatulencia”. El meteorismo es un cuadro clínico debido a un exceso de gas dentro del intestino, y al aumento de la sensibilidad de las paredes de este a la distensión. No existen datos concretos sobre su frecuencia, pero se sabe que es una afección muy común en la población general, que puede resultar muy molesta. Es frecuente en personas con trastornos digestivos de tipo funcional. Sin embargo, según la edad y la forma en que se presente, puede ser síntoma de diferentes enfermedades.

#### FUENTES Y ELIMINACIÓN DEL GAS INTESTINAL

El gas presente en el intestino (nitrógeno, oxígeno, hidrógeno, dióxido de carbono y metano) proviene, fundamentalmente, de tres fuentes: el aire tragado, la producción intestinal y la difusión desde la sangre. El aire que se traga es el principal origen del gas en el estómago. La mayoría de este es eructado, y sólo una pequeña cantidad llega al intestino. La mayor parte del gas intestinal, procede de la fermentación de algunos alimentos que comemos a diario, producida por la flora intestinal. Y por último, desde la sangre pueden pasar al intestino determinados gases (nitrógeno, oxígeno y dióxido de carbono).

Los gases intestinales se eliminan del aparato digestivo por varios mecanismos: eructos, difusión a la sangre, metabolismo de las bacterias del colon y eliminación por el ano (ventosidades o pedos).

#### ¿POR QUÉ APARECE?

En condiciones de ayuno, en los intestinos existe poca cantidad de gas (100-200 ml), que se consigue mantener por la existencia de un adecuado equilibrio entre la producción y la eliminación. Una alteración de este equilibrio puede desencadenar meteorismo. Existen muchas circunstancias que están asociadas al aumento de producción de gas: tragar demasiado aire (aerofagia) por comer deprisa, o en situaciones de estrés; ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono no absorbibles (aumenta la fermentación en el colon), cambio brusco en la alimentación (aumento del contenido de fibra) y tomar antibióticos que altera la flora intestinal, entre otros. Es importante resaltar que en los pacientes que se quejan de dolor por meteorismo, no existe un aumento en la cantidad de gas en el intestino. Lo que sí hay es cierta dificultad en el avance del aire por el intestino, y además, en algunas personas, una mayor sensibilidad de este, con mayor respuesta dolorosa a la distensión intestinal. En realidad se trata de una percepción exagerada del gas intestinal, produciendo así reflejos dolorosos frente a pequeños aumentos de volumen. Esto explica que en ocasiones el tratamiento dietético no dé los resultados esperados.

En menos ocasiones, el meteorismo es un síntoma de cuadros digestivos orgánicos, como la subocclusión intestinal, la intolerancia a la lactosa y otros. En estos pacientes, la presencia de síntomas asociados o de otras alteraciones, hace que el médico pueda sospechar la existencia de problemas asociados.

#### SÍNTOMAS

Puede producir eructos frecuentes, “ruidos en la tripa”, hinchazón abdominal (que puede obligar a aflojarse la ropa) y excesivas ventosidades. Es frecuente que los pacientes refieran que sus síntomas se hacen más importantes a lo largo del día. Como hay mayor sensibilidad de la normal a la distensión, muchas personas refieren dolor.

#### DIAGNÓSTICO

Los síntomas que nos comunica el paciente y la exploración física hecha en la consulta, generalmente son suficientes para establecer el diagnóstico. En ocasiones, se solicitarán pruebas para descartar la presencia de enfermedades digestivas que puedan manifestarse como meteorismo.

#### TRATAMIENTO

El pilar fundamental del tratamiento es la regulación en la dieta de los alimentos flatulentos (que producen gas), así como el control de determinados comportamientos de la vida diaria. Los

fármacos pueden ayudar a disminuir las molestias, pero su papel beneficioso a largo plazo sobre los síntomas es actualmente limitado.

#### Cuidados generales y régimen de vida

- Ayudarán a disminuir las molestias y mejorar la calidad de vida:
  - Es preferible no fumar, los chicles y caramelos, sobre todo sin azúcar, pueden aumentar los síntomas
  - Se debe mantener una higiene bucal adecuada.
  - A veces se puede tener la costumbre inadvertida de tragar aire (tragos “secos”) en situaciones de nerviosismo: es preciso evitar esto.
  - Es importante beber y comer despacio, masticando bien; no se debe hablar excesivamente durante la comida.
  - Las bebidas con gas o carbonadas aumentan el meteorismo; no se debe beber en posición acostada, ni acostarse inmediatamente después de comer.
  - Si se producen muchos eructos, puede suceder que antes de eructar, se aspire aire, por lo que se debe expeler al exterior antes de que alcance el estómago; esto pasa sobre todo cuando se está nervioso o bajo cualquier estrés, pero si no se traga aire, no se sentirán estas molestias.
  - Cuando se nota mayor distensión del vientre, con dolor más intenso, aplicar calor local (manta eléctrica, etc.), y situar el cuerpo reclinado hacia delante (incluso de rodillas apoyado en los codos).
  - Evitar el estreñimiento y hacer ejercicio físico (andar, pasear...).

#### Cuidados de la alimentación

- En muchos casos es interesante eliminar la toma de leche durante un par de semanas, por si hay intolerancia a la lactosa. Si esto tiene éxito, es recomendable restringir el consumo de leche y derivados, aunque se pueden consumir sin problemas el yogur, el queso semicurado o curado y la mantequilla.
- Conviene moderar la grasa y la fibra en la dieta.
- Los alimentos que más gas producen son los siguientes: habas, alubias, repollo, coles de Bruselas, pan, pastas, manzanas, peras, melocotones, ciruelas, granos de trigo, maíz y avena, patatas, vino tinto y cerveza; el salvado, sobre todo el procesado (en polvo) puede producir también gases.
- Los alimentos que no llevan azúcar y si sorbitol que se emplea mucho como edulcorante (en chicles, etc...), pueden producir más gases, e incluso diarrea.

#### Fármacos

No son tan importantes como la alimentación en el tratamiento. Se pueden utilizar distintos fármacos para diferentes objetivos.

- Para aliviar el hinchazón del vientre disminuyendo el volumen de gas (antiflatulentos), como los del grupo de las silíceas (simeticona/dimeticona).
- Para disminuir la molestia o dolor ocasionado por el gas (espasmolíticos).
- Para favorecer el tránsito intestinal (procinéticos).
- Para disminuir el componente de ansiedad en pacientes con estrés que traigan mucho aire (ansiolíticos).
- Para disminuir el aumento de la sensibilidad a la distensión abdominal (antidepresivos a dosis bajas).

#### PUNTOS PRINCIPALES

El meteorismo no es un problema médico serio, pero si es una afección muy frecuente y molesta, que puede ocasionar repercusiones en la calidad de vida. Para el control de los síntomas son importantes seguir las recomendaciones higiénico-dietéticas explicadas por el médico.

F. Ramos Zabala y L. Moreno Almazán

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Madrid-Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid

Corte y fotocopie esta hoja y úsela para informar a sus radiólogos

Aunque se ha puesto el máximo cuidado en la elaboración de estos textos, los autores, coordinadores y la propia Revista Española de Enfermedades Digestivas, recuerdan que no sustituyen a la opinión y consejo de un médico y que no se hacen responsables de las decisiones tomadas basándose en los mismos.

R O M 13\_11\_2019\_15\_31\_51  
13/11/2019 03:31:52 p.m.

Orden Efectuada en fecha desconocida

Estudio Nuevo

Informe

Informe Comentarios sobre el estudio (1)

Agregar comentario de estudio

SE VISUALIZA ABUNDANTE GAS EN EL MARCO COLICO LO CUAL NO PERMITE VER EL PANCREAS NI EL PARENQUIMA HEPATICO EN SU TOTALIDAD, LA PORCION VALORABLE DEL HIGADO SE OBSERVA HOMOGÉNEA, BAZO Y AMBOS RIÑONES CON FORMA, TAMAÑO Y SITUACION NORMAL CON ECOGENICIDAD HOMOGÉNEA.

LA REGION INGUINAL DERECHA CON AUMENTO EN EL GROSOR DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SIN OBSERVARSE LESIONES FOCALES NI COLECCIONES DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO.

COMENTARIO

1. LIPOMATOSIS EN REGION INGUINAL DERECHA.
2. BAZO, RIÑONES Y LOBULO HEPATICO DERECHO SIN LESIONES FOCALES DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO.
3. **ABUNDANTE GAS EN MARCO COLICO SE SUGIERE CORRELACION CON TAC ABDOMINAL. SI CLINICAMENTE LO CREE NECESARIO**

Eliminar

H S H 28\_10\_2020\_14\_56\_04  
28/10/2020 02:56:06 p.m.

Orden Efectuada en fecha desconocida

Estudio Nuevo

Informe

Informe Comentarios sobre el estudio (1)

Agregar comentario de estudio

LA PACIENTE PRESENTA ABUNDANTE GAS EN CAVIDAD ABDOMINAL LO CUAL NO PERMITE VISUALIZAR LOS ORGANOS ABDOMINALES, SE VISUALIZA DE FORMA PARCIAL EL RIÑON IZQUIERDO EL CUAL PRESENTA UN QUISTE SIMPLE DE 20 MM DE DIAMETRO AVASCULAR.

COMENTARIO

1. QUISTE SIMPLE EN RIÑON IZQUIERDO.
2. **ABUNDANTE GAS EN MARCO COLICO A RELACIONAR CON ALTERACION DE LA MOTILIDAD INTESTINAL, SI CLINICAMENTE LO CREE NECESARIO COMPLEMENTAR CON TAC ABDOMINAL.**

Eliminar

1130-0108/2005/97/2/137  
REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS  
Copyright © 2005 ARAN EDICIONES, S. L.

REV ESP ENFERM DIG (Madrid)  
Vol. 97, N.º 2, pp. 137, 2005

## INFORMACIÓN AL RADIOLOGO

Sección coordinada por:  
V. F. Moreira y A. López San Román  
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Corte y fotocopie esta hoja y úsela para informar a sus radiólogos

(que) TRA desca ralne I DIAC la dis sintor gar a F SINT mas a mas a suboc F Uralidi

**IMÁGENES 210 al 212.** Estos pacientes (radiólogos) necesitan información respecto al “meteorismo”, **NO requieren “TAC abdominal”.**



### Unidad de Medicina Familiar # 15

Ermita Iztapalapa 411, Prado Churubusco, Coyoacán, 04320 Ciudad de México, CDMX

Nombre: L C M D	NSS #: 23_05_2023_16_12_07
Fecha Nacimiento:	ORDEN #:
Genero: <b>Mujer</b>	Fecha: <b>2023-05-23 04:12 PM</b>
Edad:	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdominal	
Razón del estudio:	

#### Conclusión

LA PACIENTE SE PRESENTA CON FALTA DE AYUNO ADECUADO. SE OBSERVA PRESENCIA DE **ABUNDANTE GAS EN MARCO COLICO** DE FORMA SEVERA **A RELACIONAR CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.**

Medico Radiologo  
2023-05-23 03:41 PM

**IMÁGENES 213 al 215.** “El gas” NO es una variable que se considere en el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal.

### Enfermedad de Crohn<sup>4</sup>

#### IMAGING

##### General Features

- Best diagnostic clue
  - Segmental, discontinuous inflammation of small bowel (SB) ± colon with mucosal hyperenhancement, submucosal edema, engorged vasa recta
    - Usually accompanied by clusters of prominent mesenteric nodes
- Location
  - Anywhere along GI tract, from mouth to anus
    - Most common: Terminal ileum (TI) and proximal colon
- Distribution
  - 50% have ileocolitis; 25% have ileitis only; 25% have disease limited to colon
    - Only 10% have rectal involvement
- Morphology
  - Transmural inflammation
    - Predisposes to strictures, fistulas, sinus tracts, abscesses
  - Skip lesions (segmental or discontinuous)

### Colitis ulcerativa<sup>4</sup>

#### IMAGING

##### General Features

- Best diagnostic clue
  - Distal or pancolitis with mucosal hyperenhancement and only moderate submucosal edema
- Location
  - Rectum only (30%), rectum and distal colon (40%), pancolitis (30%)
    - Terminal ileum affected in minority of patients
- Morphology
  - Moderate wall thickening and luminal narrowing in acute phase
  - Foreshortened and ahastral colon in chronic phase, lead pipe colon



# Aparte del ayuno incompleto vs Chilaiditi ¿Qué mas con el “gas”?

Nombre: <b>V C S</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento: 1970-10-01	ORDEN #:
Genero: <b>Mujer</b>	Fecha: 2022-12-01 03:39 PM
Edad: 52 a	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_HIGADO Y VIAS BILIARES	
Razón del estudio:	

## Detalles del procedimiento

Ultrasonido Hígado, Vesícula y Vías Biliares

Se realiza estudio solicitado en tiempo real, con transductor de tipo convexo de 3.5 MHz, en donde podemos apreciar:

Hígado de forma, tamaño y situación normal, de bordes regulares y bien delimitados, de ecoestructura heterogénea por la presencia de un puntillito ecogenico fino, generalizado, que hace mas ecorrefringente al hígado, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, la vasculatura es normal.

La vesícula biliar pequeña y situación normal, con dimensiones de 11 x 10 x 7 mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, con paredes regulares, ecogénicas de 2 mm de grosor, sin proliferaciones dependientes de la misma y el interior con imagen ecorrefringente redonda de 7 mm que proyecta sombra sonora posterior.

El colédoco y la vena porta de 2 y 8 mm en su luz respectivamente.

Espacio de morrison libre colecciones.

Existe abundante gas intestinal.

## Conclusión

DATOS DE ESTEATOSIS HEPÁTICA.  
VESÍCULA BILIAR ESCLEROTÓFICA LITIÁSICA. LITO DE 7 MM.  
PROBABLE **COLON IRRITABLE** Y/O CONSTIPACION COLONICA.  
EL ULTRASONIDO ES UN ESTUDIO DE APOYO DIAGNOSTICO QUE REQUIERE CORRELACION CON LA INFORMACION CLINICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Nombre: <b>A S R</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento: 2021-02-22	ORDEN #:
Genero: <b>Mujer</b>	Fecha: 2022-12-01 06:47 PM
Edad: 21 m	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdominal	
Razón del estudio:	

## Detalles del procedimiento

Ultrasonido Abdominal

Se realiza estudio solicitado en tiempo real, con transductor de tipo convexo de 3.5 MHz, en donde podemos apreciar:

Hígado de forma, tamaño y situación normal, de bordes regulares y bien delimitados, de ecoestructura homogénea y conservada, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, la vasculatura es normal.

La vesícula biliar es piriforme, tamaño y situación normal, con dimensiones de 23 x 12 x 10 mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, con paredes regulares, ecogénicas de 1 mm de grosor, sin proliferaciones dependientes de la misma, el interior es anecoico, y sin datos de litiasis.

El colédoco y la vena porta de 1 y 5 mm en su luz respectivamente.

Espacio de morrison libre colecciones.

Se realiza rastreo en cuadrante inferior derecho donde se visualiza abundante gas y residuo intestinal que no permite valorar apéndice. Corredera parietocolica y fosa ilíaca derecha libres.

## Conclusión

HIGADO SIN ALTERACIONES.  
VESÍCULA BILIAR SIN DATOS DE LITIASIS.  
PROBABLE **COLON IRRITABLE** Y/O CONSTIPACION COLONICA.  
ACTUALMENTE SIN EVIDENCIA DE LIQUIDO LIBRE.  
EL ULTRASONIDO ES UN ESTUDIO DE APOYO DIAGNOSTICO QUE REQUIERE CORRELACION CON LA INFORMACION CLINICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Nombre: <b>R R S Z</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento: 2016-01-14	ORDEN #:
Genero: <b>Mujer</b>	Fecha: 2022-12-01 06:56 PM
Edad: 6 a	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdominal	
Razón del estudio:	

## Detalles del procedimiento

Ultrasonido Abdominal

Se realiza estudio solicitado en tiempo real, con transductor de tipo convexo de 3.5 MHz, en donde podemos apreciar:

Hígado de forma, tamaño y situación normal, de bordes regulares y bien delimitados, de ecoestructura homogénea y conservada, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, la vasculatura es normal.

La vesícula biliar es piriforme, tamaño y situación normal, con dimensiones de 50 x 22 x 18 mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, con paredes regulares, ecogénicas de 2 mm de grosor, sin proliferaciones dependientes de la misma, el interior es anecoico, y sin datos de litiasis.

El colédoco y la vena porta de 1 y 6 mm en su luz respectivamente.

Espacio de morrison libre colecciones.

Se realiza rastreo en cuadrante inferior derecho donde se visualiza abundante gas y residuo intestinal que dificulta valoración de apéndice. Se visualiza apéndice que mide 24 x 6 x 4 mm con pared de 2 mm y disminuida en su ecogenicidad.

## Conclusión

HIGADO SIN ALTERACIONES.  
VESÍCULA BILIAR SIN DATOS DE LITIASIS.  
PROBABLE **COLON IRRITABLE** Y/O ILEO INTestinal.  
PROBLE PAENIDITIS AGUDA.  
EL ULTRASONIDO ES UN ESTUDIO DE APOYO DIAGNOSTICO QUE REQUIERE CORRELACION CON LA INFORMACION CLINICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Nombre: <b>R T X</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento: 2018-07-09	ORDEN #:
Genero: <b>Varón</b>	Fecha: 2022-12-01 07:14 PM
Edad: 4 a	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdomen	
Razón del estudio:	

## Detalles del procedimiento

Ultrasonido Abdomen

Se realiza estudio solicitado en tiempo real, con transductor de tipo convexo de 3.5 MHz, en donde podemos apreciar:

Hígado de forma, tamaño y situación normal, de bordes regulares y bien delimitados, de ecoestructura homogénea y conservada, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, la vasculatura es normal.

La vesícula biliar es piriforme, tamaño y situación normal, con dimensiones de 44 x 16 x 14 mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, con paredes regulares, ecogénicas de 2 mm de grosor, sin proliferaciones dependientes de la misma, el interior es anecoico, y sin datos de litiasis.

El colédoco y la vena porta de 1 y 4 mm en su luz respectivamente.

Espacio de morrison libre colecciones.

Se realiza rastreo en cuadrante inferior derecho donde se visualiza abundante gas y residuo intestinal que no permite valorar apéndice. Corredera parietocolica y fosa ilíaca derecha libres.

## Conclusión

HIGADO, PANCREAS Y RIÑON DERECHO SIN ALTERACIONES.  
VESÍCULA BILIAR SIN DATOS DE LITIASIS.  
PROBABLE **COLON IRRITABLE** Y/O CONSTIPACION COLONICA.  
ACTUALMENTE SIN EVIDENCIA DE LIQUIDO LIBRE.  
EL ULTRASONIDO ES UN ESTUDIO DE APOYO DIAGNOSTICO QUE REQUIERE CORRELACION CON LA INFORMACION CLINICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Nombre: <b>R Q A</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento: 1944-11-05	ORDEN #:
Genero: <b>Varón</b>	Fecha: 2022-12-01 07:26 PM
Edad: 78 a	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_HIGADO Y VIAS BILIARES	
Razón del estudio:	

## Detalles del procedimiento

Ultrasonido Hígado y Vías Biliares

Se realiza estudio solicitado en tiempo real, con transductor de tipo convexo de 5 MHz, en donde podemos apreciar:

Hígado de situación, forma y tamaño normal, de bordes regulares y bien delimitados, de ecoestructura disminuida de aspecto granular generalizado, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, la vasculatura conservada.

La vesícula biliar es piriforme, tamaño y situación normal, con dimensiones de 53 x 35 x 25 mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, con paredes regulares, ecogénicas de 2 mm de grosor, sin proliferaciones dependientes de la misma, el interior presenta ecos de menor ecogenicidad así como algunas imágenes ecorrefringentes pequeñas mayor de 4 mm.

El colédoco y la vena porta de 1 y 10 mm en su luz respectivamente.

Espacio de morrison libre colecciones.

Riñon derecho de situación y forma normal. Sus bordes son regulares y bien definidos. Parenquima renal de ecogenicidad homogénea. Seno renal dilatado y sin imágenes litiasicas en su interior. El riñon mide 98 x 68 x 75 mm en relación a los ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente.

Se visualiza abundante gas y residuo intestinal que dificultan la realización del estudio.

## Conclusión

ENFERMEDAD HEPATICA DIFUSA.  
VESÍCULA BILIAR CON BARRO BILIAR Y ALGUNAS IMAGENES PEQUENAS SUGESTIVAS DE LITOS MAYOR DE 4 MM.  
HIDRONEFROSIS DERECHA GRADO III.  
PROBABLE **COLON IRRITABLE** Y/O CONSTIPACION COLONICA.  
EL ULTRASONIDO ES UN ESTUDIO DE APOYO DIAGNOSTICO QUE REQUIERE CORRELACION CON LA INFORMACION CLINICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Nombre: <b>S O V</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento: 2000-06-27	ORDEN #:
Genero: <b>Mujer</b>	Fecha: 2022-12-01 07:48 PM
Edad: 22 a	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdomen	
Razón del estudio:	

## Detalles del procedimiento

Ultrasonido Abdominal

Se realiza estudio solicitado en tiempo real, con transductor de tipo convexo de 3.5 MHz, en donde podemos apreciar:

Hígado de forma, tamaño y situación normal, de bordes regulares y bien delimitados, de ecoestructura homogénea y conservada, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, la vasculatura es normal.

La vesícula biliar es piriforme, tamaño y situación normal, con dimensiones de 40 x 29 x 21 mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, con paredes regulares, ecogénicas de 2 mm de grosor, sin proliferaciones dependientes de la misma, el interior es anecoico, y sin datos de litiasis.

El colédoco y la vena porta de 1 y 7 mm en su luz respectivamente.

Espacio de morrison libre colecciones.

Se realiza rastreo en cuadrante inferior derecho donde se visualiza abundante gas y residuo intestinal que no permite valorar apéndice. Corredera parietocolica y fosa ilíaca derecha libres.

La paciente no esta en ayunas.

## Conclusión

HIGADO SIN ALTERACIONES.  
VESÍCULA BILIAR SIN DATOS DE LITIASIS.  
PROBABLE **COLON IRRITABLE** Y/O CONSTIPACION COLONICA.  
EL ULTRASONIDO ES UN ESTUDIO DE APOYO DIAGNOSTICO QUE REQUIERE CORRELACION CON LA INFORMACION CLINICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

## IMÁGENES 216 al 221. Seis pacientes en una tarde con “COLON IRRITABLE”.

### Ferri's Clinical Advisor 2024 813

#### BASIC INFORMATION

**DEFINITION**  
Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic functional disorder manifested by alteration in bowel habits and recurrent abdominal pain and bloating. IBS is a symptom complex influenced by a variety of physiologic determinants from gut to brain and back. The ROME IV criteria for diagnosis of IBS are:

- Patient has recurrent abdominal pain  $\geq 1$  day per wk, on average, in the previous 3 mo, with an onset  $\geq 6$  mo before diagnosis.
- Abdominal pain is associated with at least two of the following three symptoms:
  1. Pain related to defecation
  2. Change in frequency of stool
  3. Change in form (appearance) of stool
- Patient has none of the following warning signs:
  1. Age  $\geq 50$  yr, no previous colon cancer screening, and presence of symptoms
  2. Recent change in bowel habit
  3. Evidence of overt GI bleeding (e.g., melena or hematochezia)
  4. Nocturnal pain or passage of stool
  5. Unintentional weight loss
  6. Family history of colorectal cancer or inflammatory bowel disease
  7. Palpable abdominal mass or lymphadenopathy
  8. Evidence of iron deficiency anemia on blood testing
  9. Positive test for fecal occult blood
- The criteria must be fulfilled for at least the past 3 mo with symptom onset at least 6 mo before the diagnosis.
- Table 1 subtypes IBS by predominant stool pattern.

#### SYNONYMS

Irritable colon  
Spastic colon  
IBS

**ICD-10CM CODES**  
K58 Irritable bowel syndrome  
K58.9 Irritable bowel syndrome without diarrhea  
K58.0 Irritable bowel syndrome with diarrhea

#### EPIDEMIOLOGY & DEMOGRAPHICS

- IBS is the most common functional bowel disorder. An estimated 15 million people in the U.S. have IBS.
- IBS occurs in 7% to 21% of the general population of industrialized countries and is responsible for  $>50\%$  of gastrointestinal (GI) referrals. Worldwide adult prevalence is 12%. Incidence increases during adolescence and peaks in third and fourth decades of life.
- Female:male ratio is 2:1. Peak prevalence is from 20 to 39 yr of age.
- Nearly 50% of patients have psychiatric abnormalities, with anxiety disorders being most common.

#### PHYSICAL FINDINGS & CLINICAL PRESENTATION

• The clinical presentation of IBS consists of abdominal pain and abnormalities of defecation, which may include loose stools, usually after meals and in the morning, alternating with episodes of constipation.

• Physical examination is generally normal.

• Nonspecific abdominal tenderness and distention may be present.

#### ETIOLOGY

• Unknown, believed to be multifactorial. Fig. 1 illustrates a biopsychologic model of IBS pathophysiology.

• Associated pathophysiology includes altered GI motility, alteration in gut flora, and increased gut sensitivity.

• Risk factors: Anxiety, depression, personality disorders, history of childhood sexual abuse, and domestic abuse in women.

#### DIAGNOSIS

##### DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

- Inflammatory bowel disease (IBD)
- Diverticulitis
- Colon malignancy
- Endometriosis
- Peptic ulcer disease
- Biliary liver disease
- Chronic pancreatitis
- Constipation caused by medications (opioids, calcium channel blockers, anticholinergics)
- Diarrhea caused by medications (metformin, colchicine, proton pump inhibitors, antacids, antibiotics)
- Small-bowel overgrowth
- Celiac disease

**TABLE 1** Subtyping Irritable Bowel Syndrome by Predominant Stool Pattern

IBS with constipation (IBS-C)—hard or lumpy stools  $\geq 25\%$  and loose (mushy) or watery stools  $\geq 25\%$  of bowel movements

IBS with diarrhea (IBS-D)—loose (mushy) or watery stools  $\geq 25\%$  and hard or lumpy stool  $\geq 25\%$  of bowel movements

Mixed IBS—hard or lumpy stools  $\geq 25\%$  and loose (mushy) or watery stools  $\geq 25\%$  of bowel movements

Unsubtyped IBS (unclassified)—insufficient abnormality of stool consistency to meet criteria for IBS with constipation, diarrhea, or mixed

Bristol Stool Form Scale 1-2 (separate hard lumps like nuts [difficult to pass] or sausage-shaped but lumpy).

Bristol Stool Form Scale 6-7 (fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool or watery, no solid pieces, entirely liquid).

In the absence of use of antidiarrheals or laxatives.

IBS, Irritable bowel syndrome.  
Adapted from Smyth GS, Smyth GP: Irritable bowel syndrome: modern concepts and management options. *Am J Med* 128(8):817-827, 2015.

- Parasites
- Lymphoma of GI tract
- Pelvic floor dyssynergia

#### WORKUP

Diagnostic workup (Table 2) is aimed primarily at excluding the conditions listed in the differential diagnoses. A step-wise approach is critical. It is important to identify red flags of other diseases, such as weight loss, rectal bleeding, onset in patients  $>50$  yr, fever, nocturnal pain, and family history of malignancy or IBD. Additional red flags include abnormal examination (e.g., mass, enlarged lymph nodes, stool positive for occult blood, muscle wasting) and abnormal laboratory values (anemia, leukocytosis, abnormal chemistry).

#### LABORATORY TESTS

- Blood work is generally normal. CBC is reasonable to evaluate for anemia. The presence of anemia should alert to the possibility of a colonic malignancy or IBD.
- Other reasonable tests include C-reactive protein, tissue transglutaminase antibody (rule out celiac disease), and TSH (rule out thyroid abnormalities).
- Fecal calprotectin level is useful to differentiate IBS from inflammatory bowel disease in patients who have IBS with diarrhea or with both diarrhea and constipation. Fecal calprotectin levels less than 40 mcg/g exclude IBD in patients with IBS.
- Testing of stool for ova and parasites should be considered only in patients with chronic diarrhea. Evaluation of stool for *Clostridium difficile* may be helpful in patients with predominant diarrhea symptoms who have recently taken antibiotics.

#### IMAGING STUDIES

- Imaging studies (e.g., flat and upright abdominal radiograph, small-bowel series, sonogram or CT of abdomen and pelvis) are normal and not necessary for diagnosis.
- Lower endoscopy is generally normal except for the presence of some spasms. Colonoscopic imaging should be performed only in persons who have alarm features to rule out organic disease and in persons older than 50 yr to screen for colorectal cancer.

#### NONPHARMACOLOGIC THERAPY

• Patient should be encouraged to maintain an adequate fiber intake and to eliminate foods that aggravate symptoms. Avoidance of caffeine, dairy products, fatty foods, and dietary excesses is also helpful. Several clinical trials have shown that a diet low in fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols (FODMAPs) improves symptoms in nearly 70% of patients with IBS.<sup>18</sup>

• Cognitive-behavioral therapy is also recommended, particularly in younger patients, because psychosocial stressors are important

813

### WORKUP

Diagnostic workup (Table 2) is aimed primarily at excluding the conditions listed in the differential diagnoses. A step-wise approach is critical. It is important to identify red flags of other diseases, such as weight loss, rectal bleeding, onset in patients  $>50$  yr, fever, nocturnal pain, and family history of malignancy or IBD. Additional red flags include abnormal examination (e.g., mass, enlarged lymph nodes, stool positive for occult blood, muscle wasting) and abnormal laboratory values (anemia, leukocytosis, abnormal chemistry).

### IMAGING STUDIES

- Imaging studies (e.g., flat and upright abdominal radiograph, small-bowel series, sonogram or CT of abdomen and pelvis) are normal and not necessary for diagnosis.

### SYNONYMS

Irritable colon  
Spastic colon  
IBS

**IMAGEN 222.** “Colon irritable” es un diagnóstico que otorga el médico tratante luego de haber descartado por lo menos 11 patologías.

**NO** hay signos radiológicos que lo sospechen.



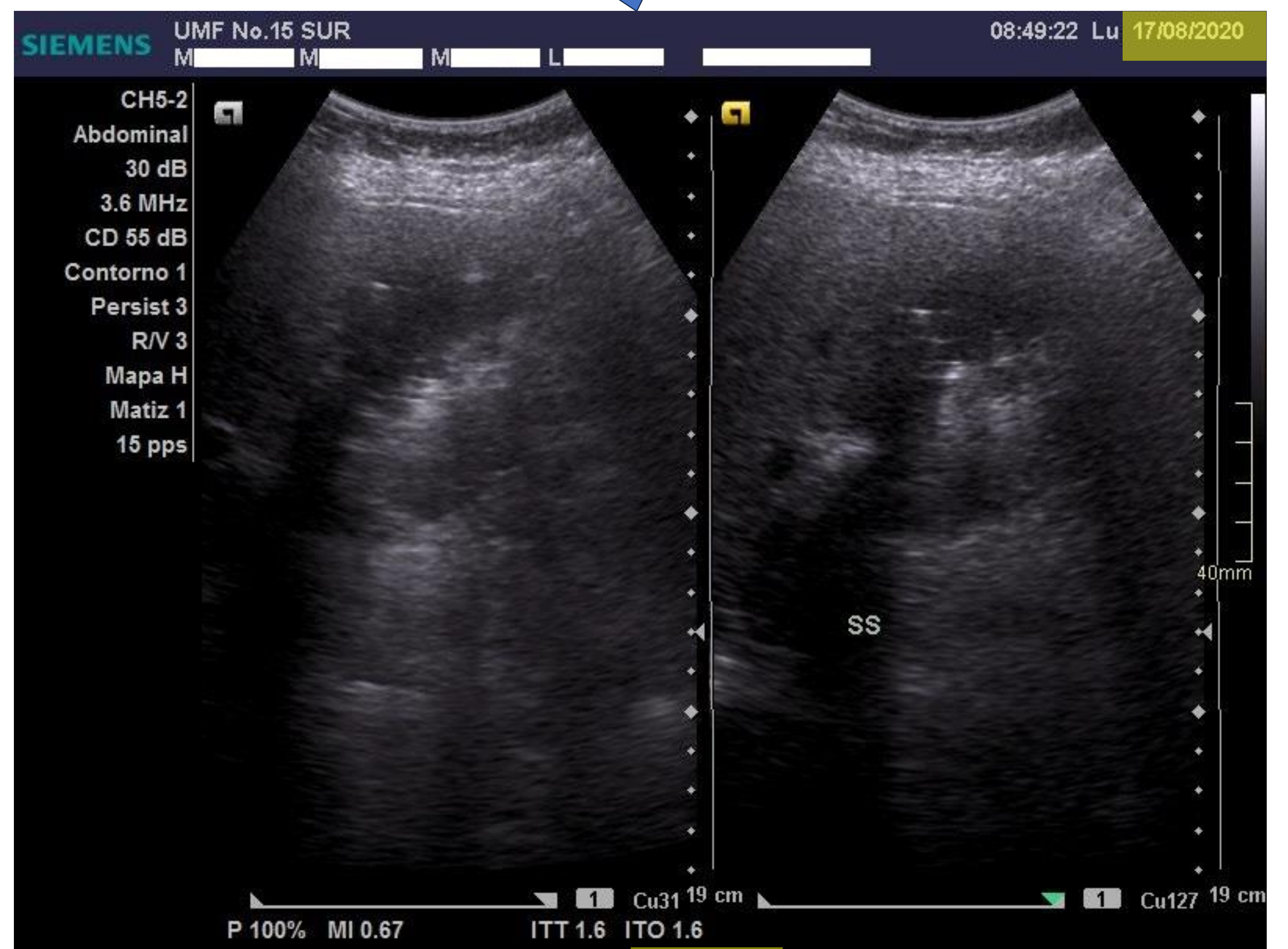
# DIAGRAMA

**SIGNO DE WES**

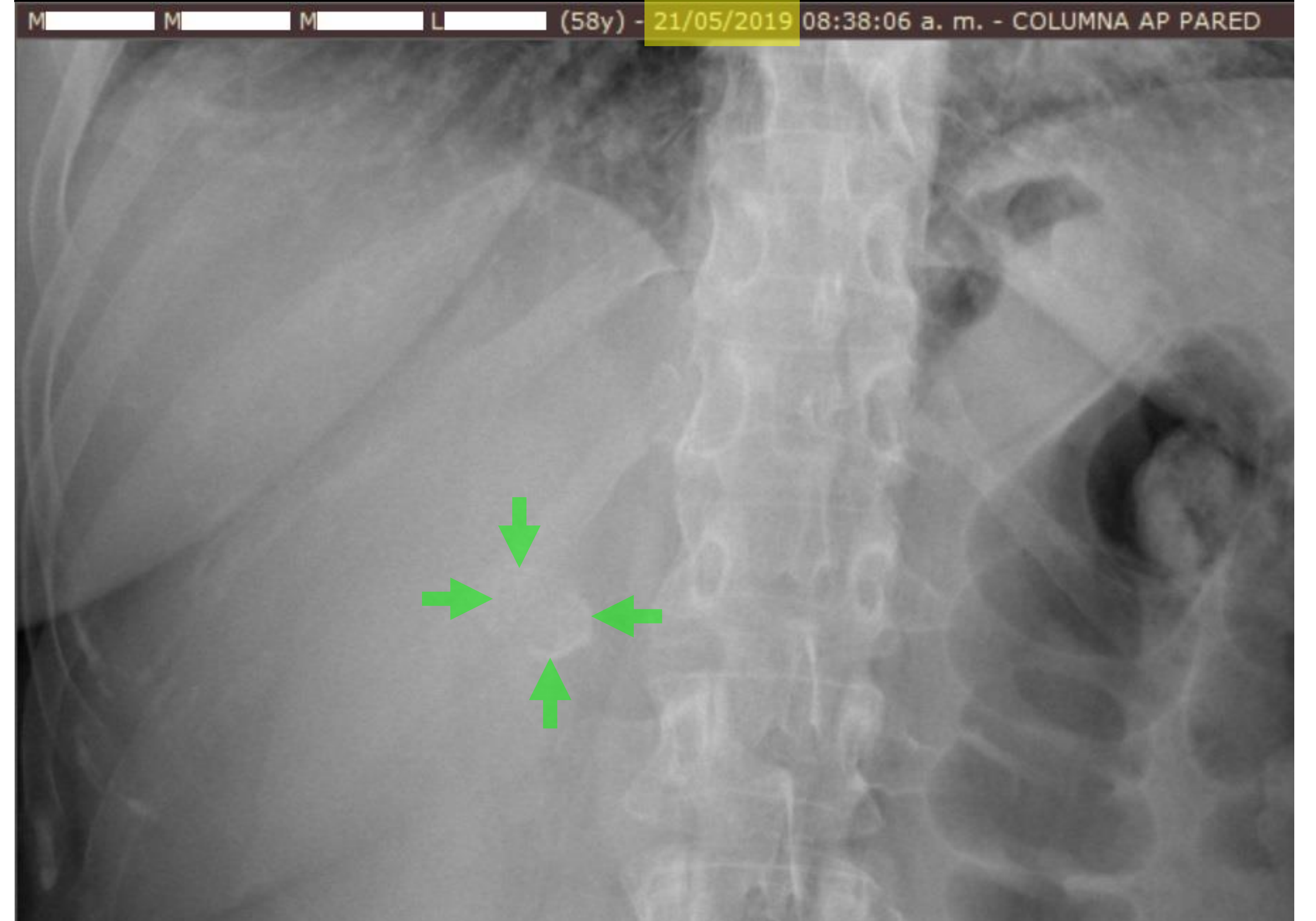
**DUDOSO**

**ESTUDIOS PREVIOS**

**US / RX / TC**



**IMAGEN 223.** En el 2021 US con WES dudoso.

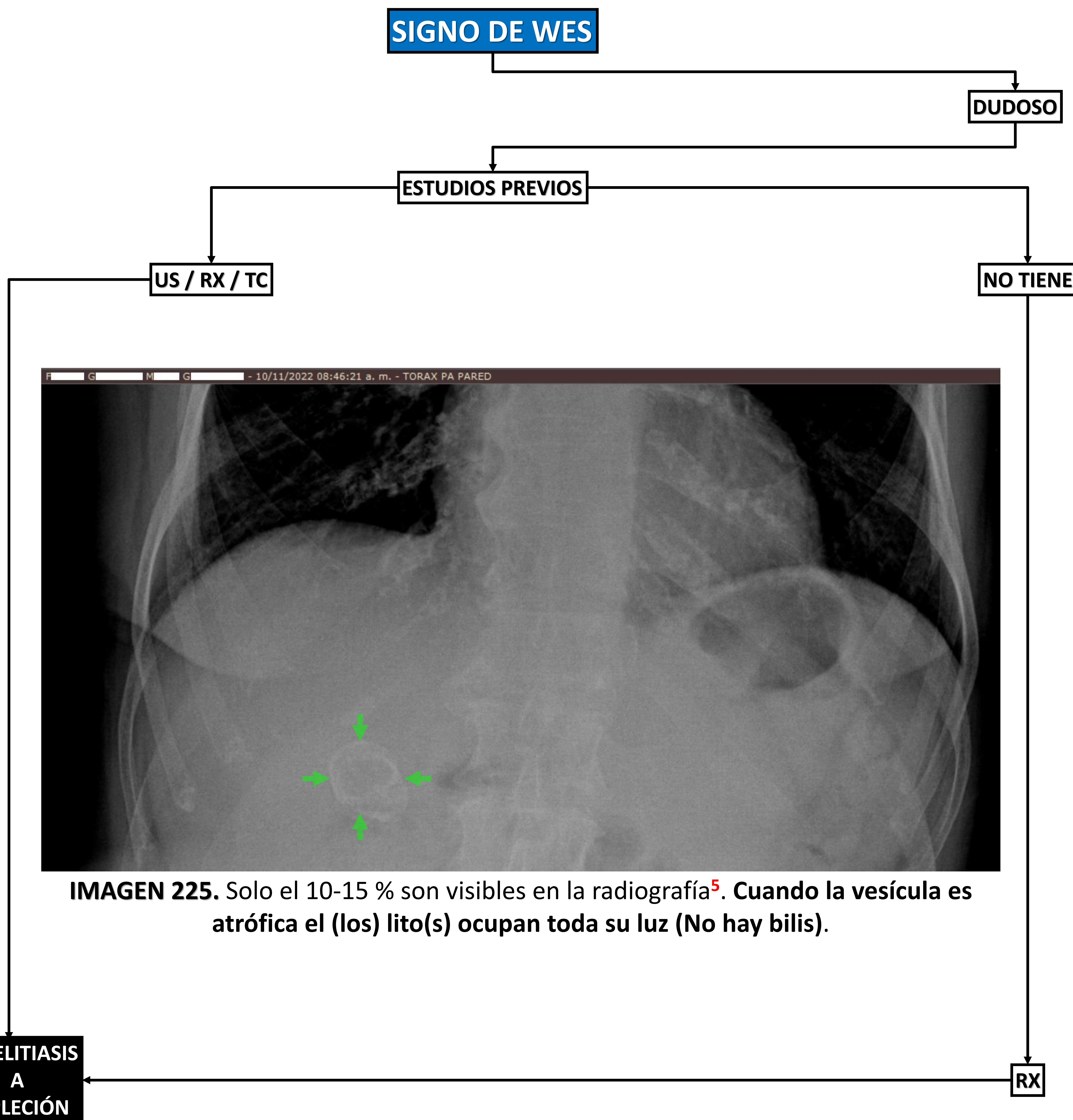


**IMÁGENES 224.** US 2020 y RX 2019 confirman coledocistitis a repleción.

**COLELITIASIS  
A  
REPLECIÓN**

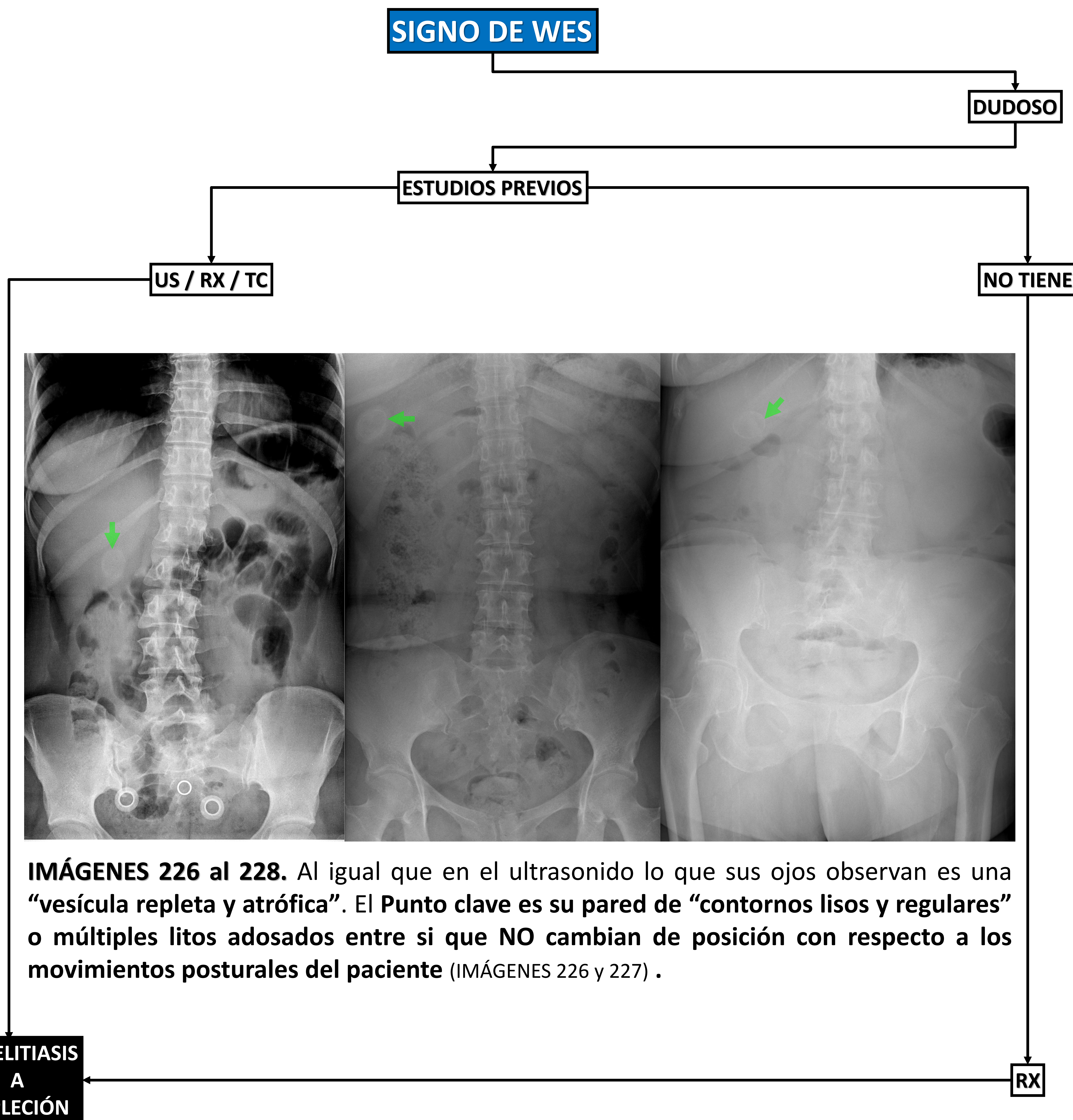


# DIAGRAMA

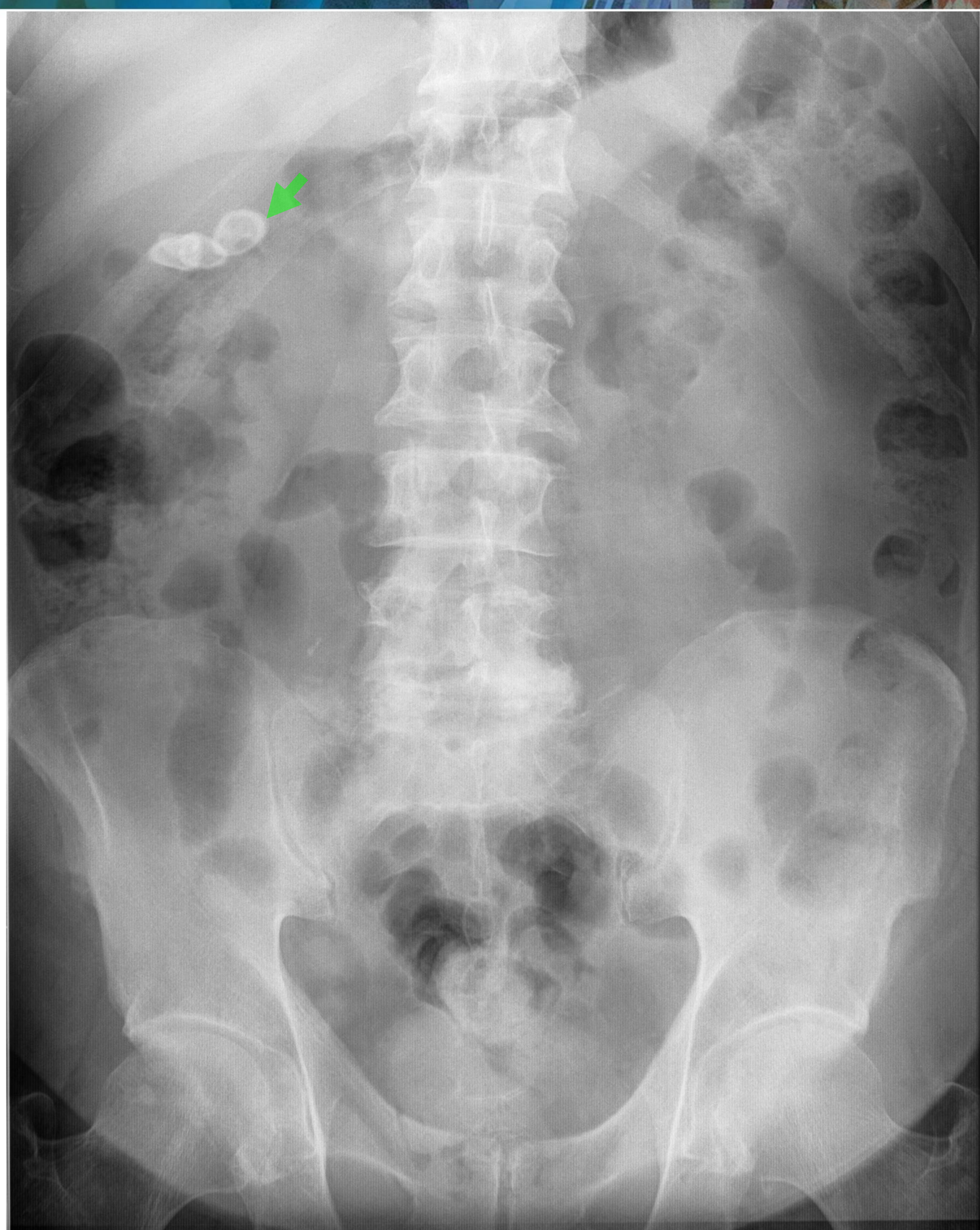




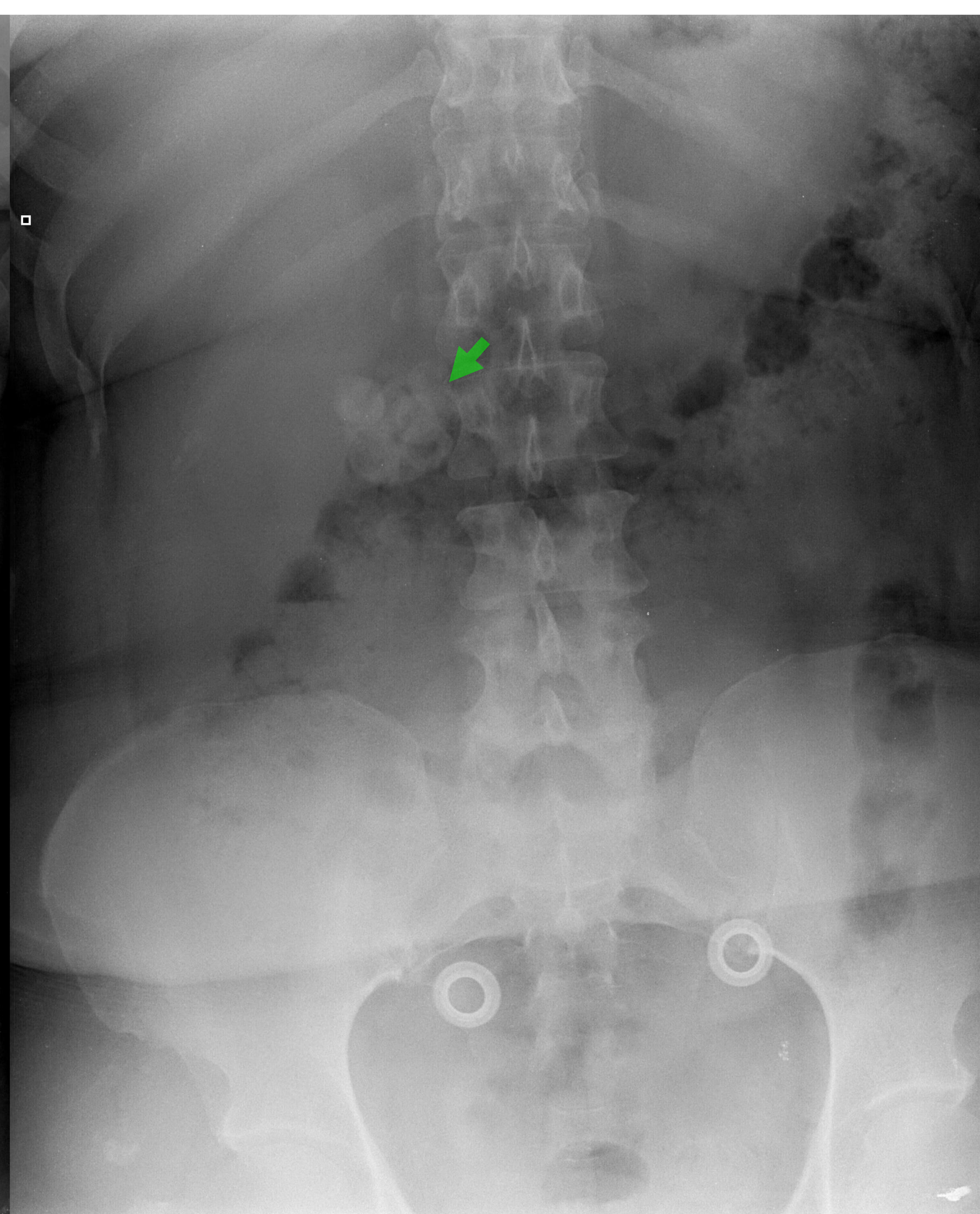
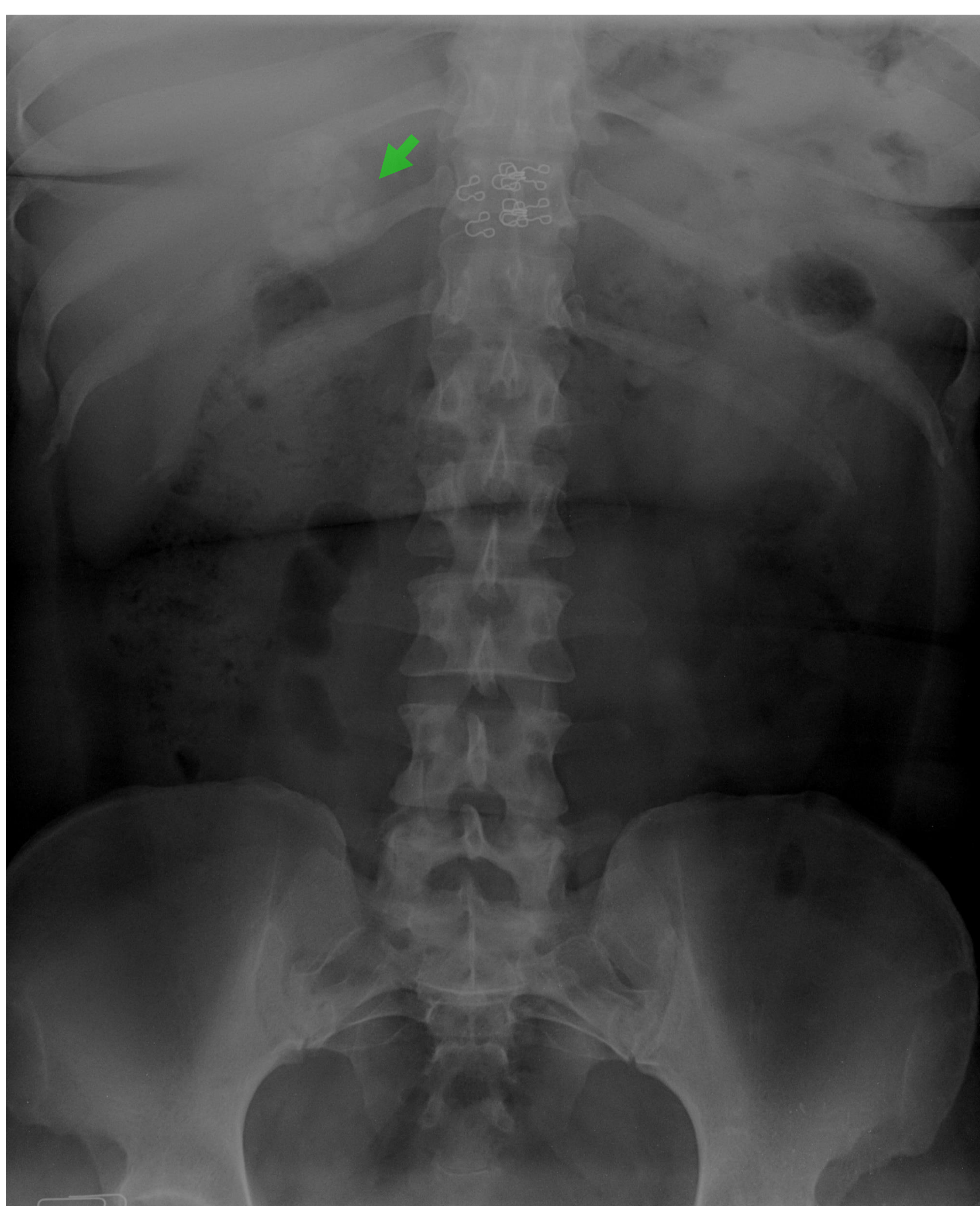
# DIAGRAMA







IMÁGENES 229 y 230

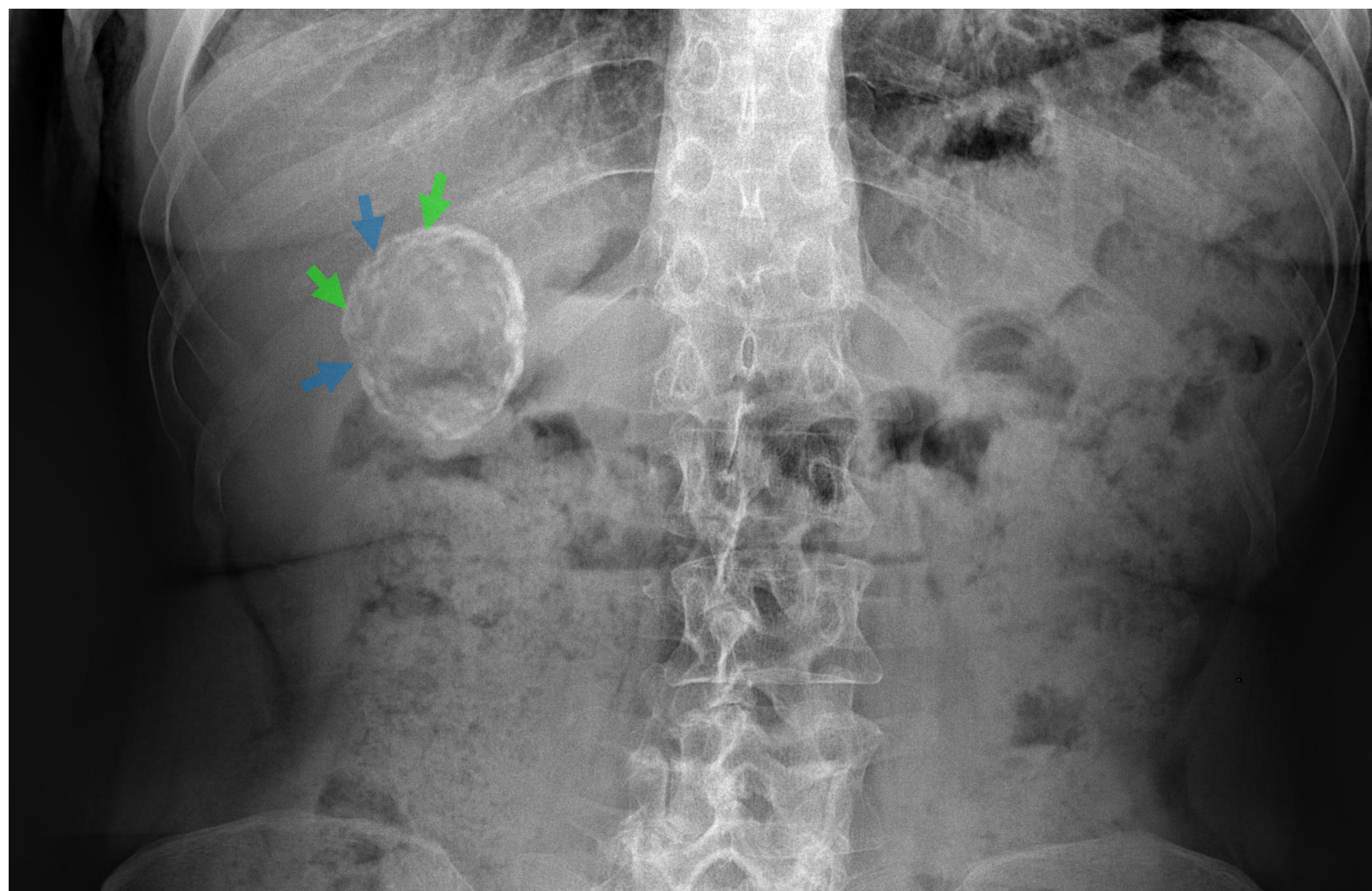
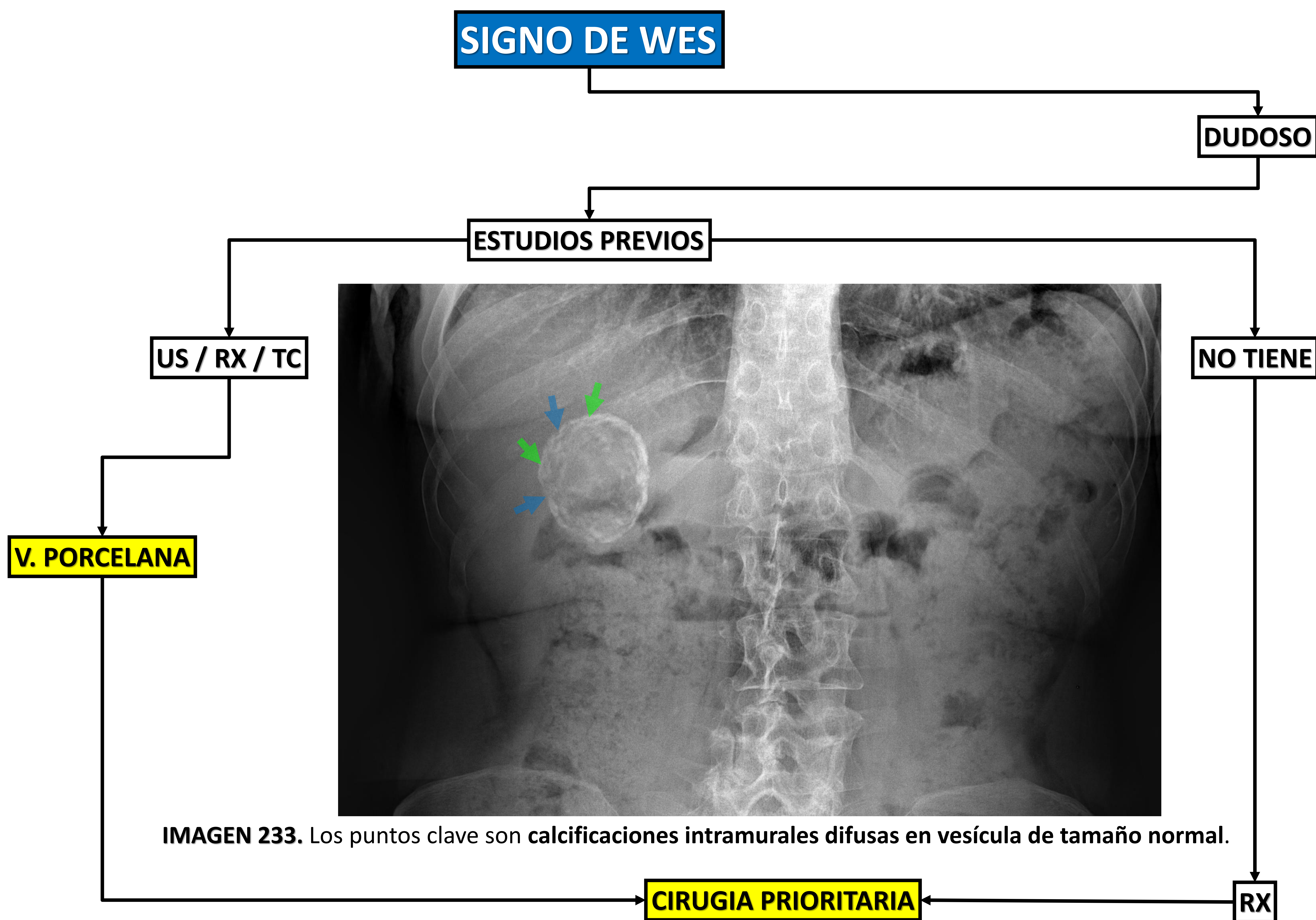


IMÁGENES 231 y 232

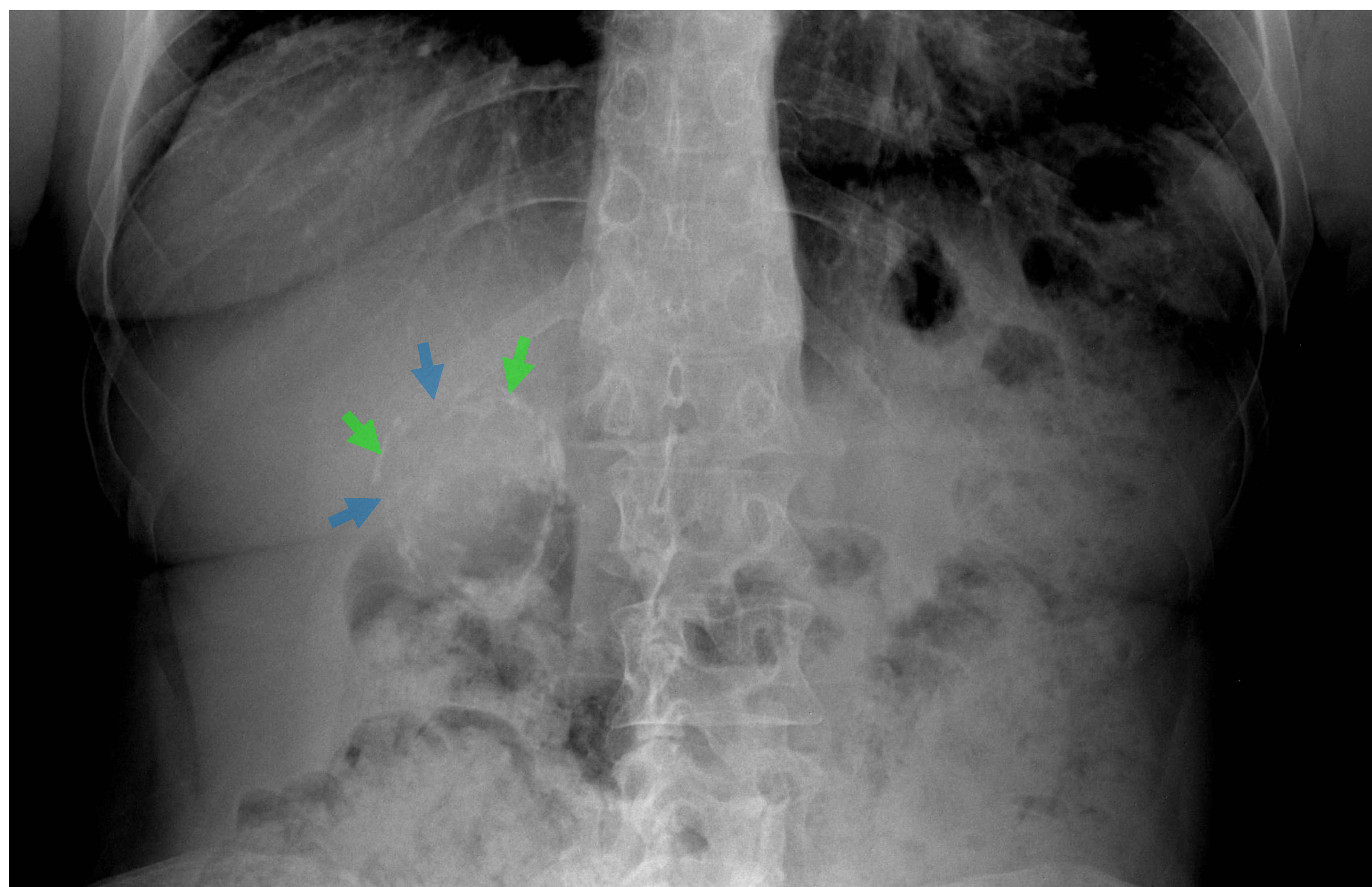
En RX los litos libres (229 y 230) cambian de posición con respecto a los movimientos posturales del paciente y los litos repletos (231 y 232) mantienen su agrupación.



# DIAGRAMA



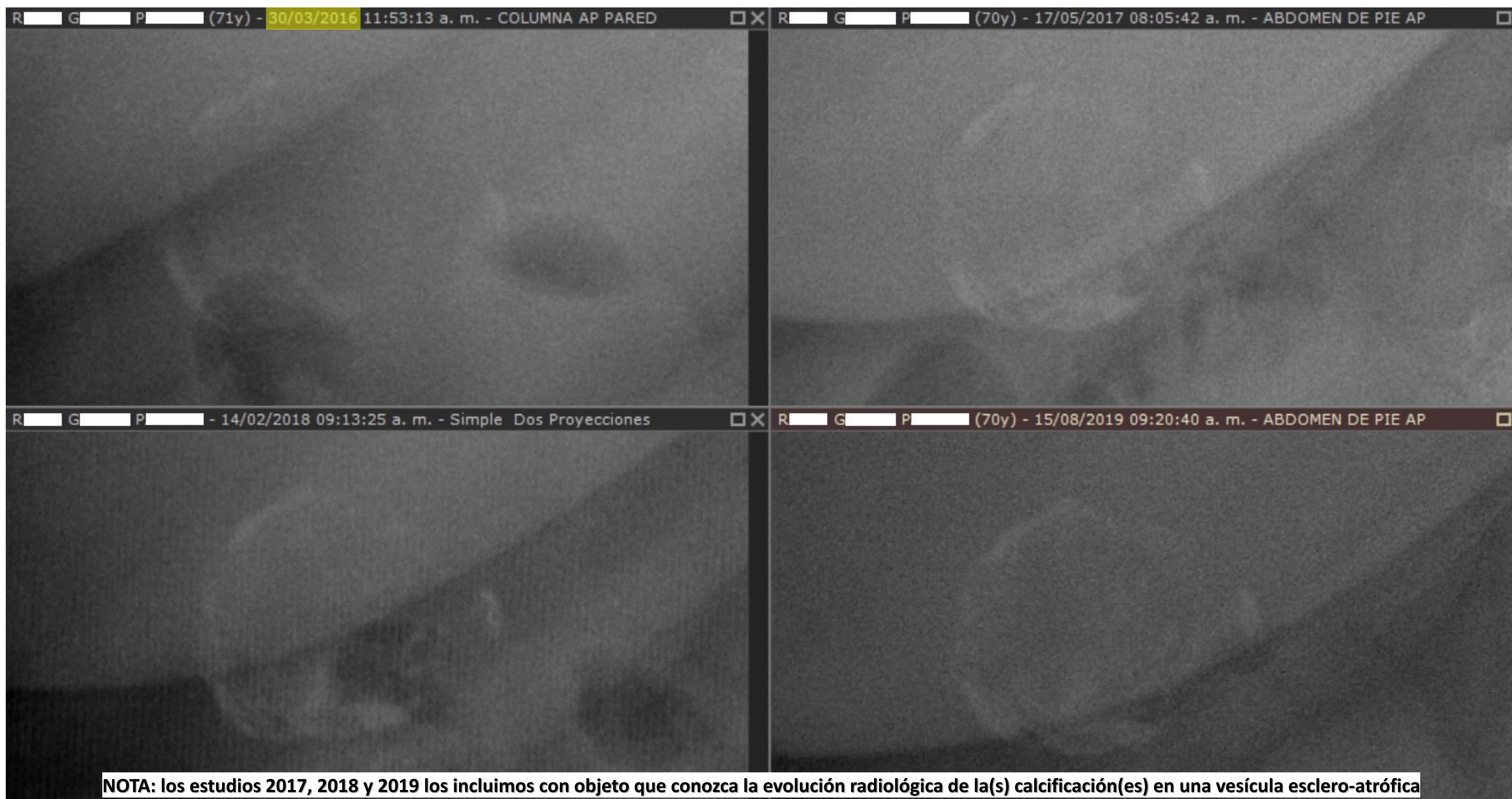
**IMAGEN 233.** Los puntos clave son calcificaciones intramurales difusas en vesícula de tamaño normal.



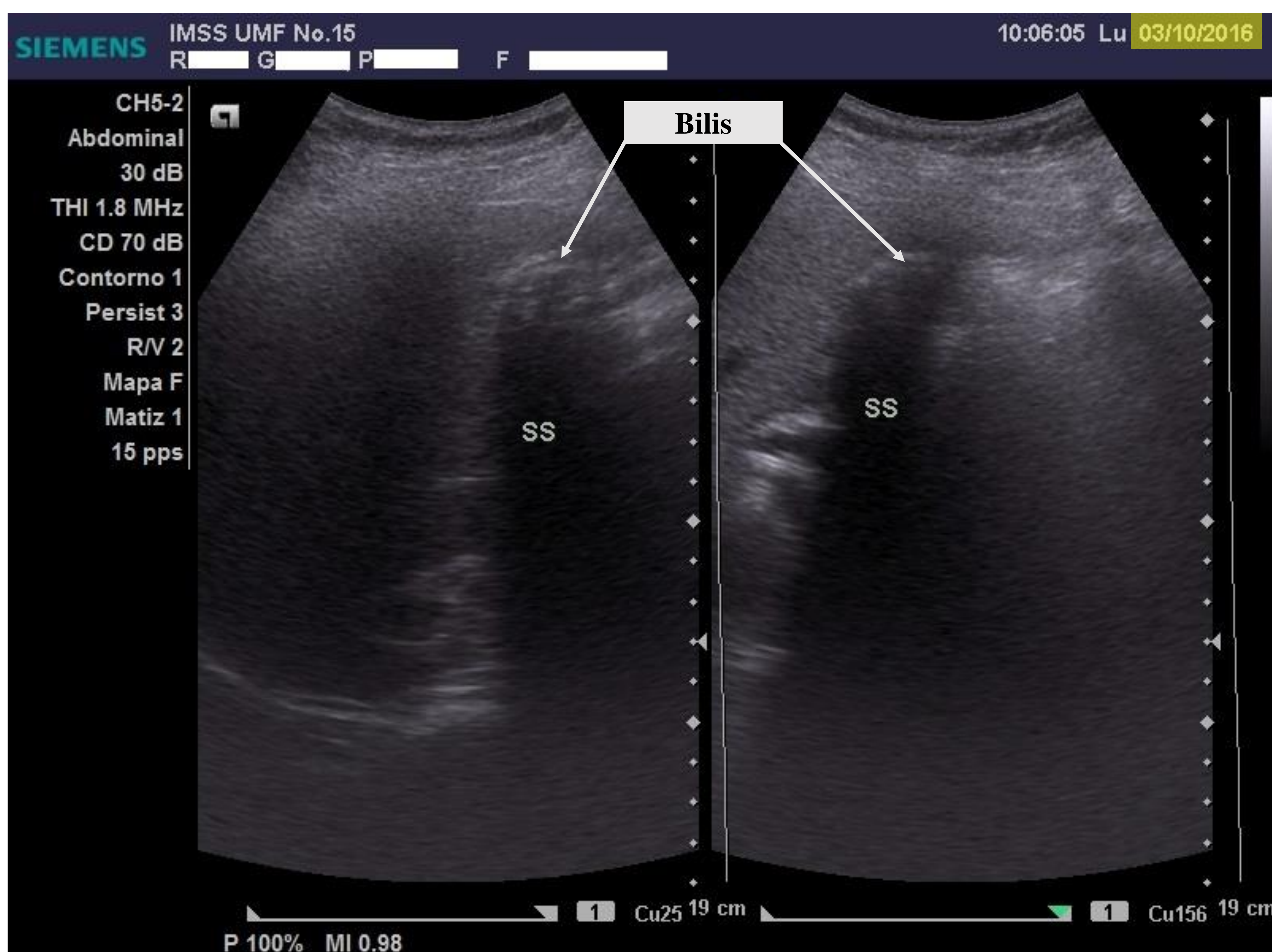
**IMAGEN 234.** Mismo paciente, 23 meses antes, son mas evidentes las calcificaciones intramurales difusas = pared calcificada (flecha verde) alternada con pared normal (flecha azul).



# VICEVERSA



**IMÁGENES 235 a 238.** Es probable que el estudio que esta leyendo inicialmente sea una RX (30 marzo de 2016) y no cuente con otro estudios previos. Sus ojos ven una “vesícula pequeña”, pero también observan “calcificaciones intramurales difusas”.

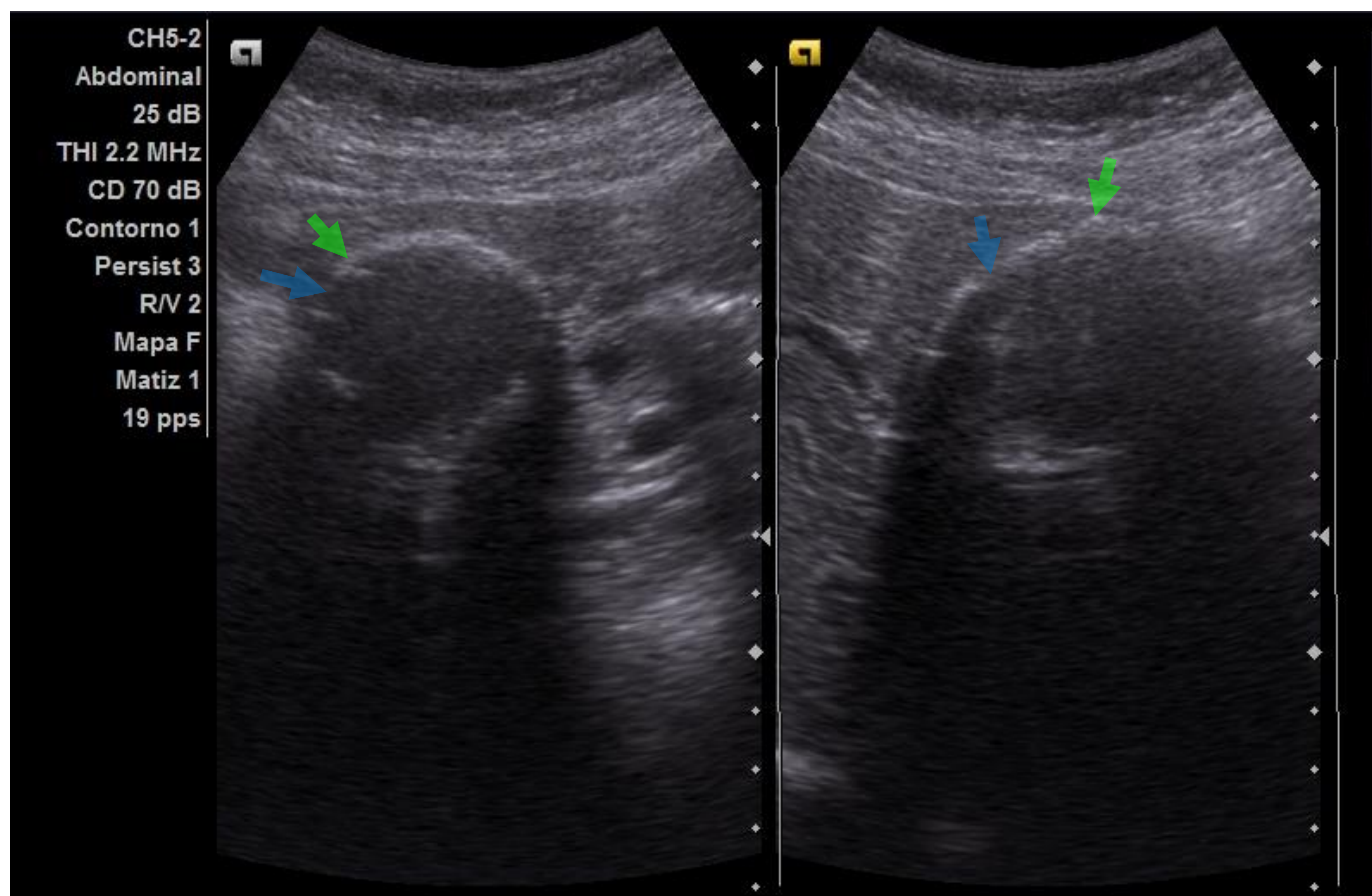


**IMAGEN 239.** La paciente llegó al US 6 meses después (03 octubre de 2016) por el hallazgo radiológico.

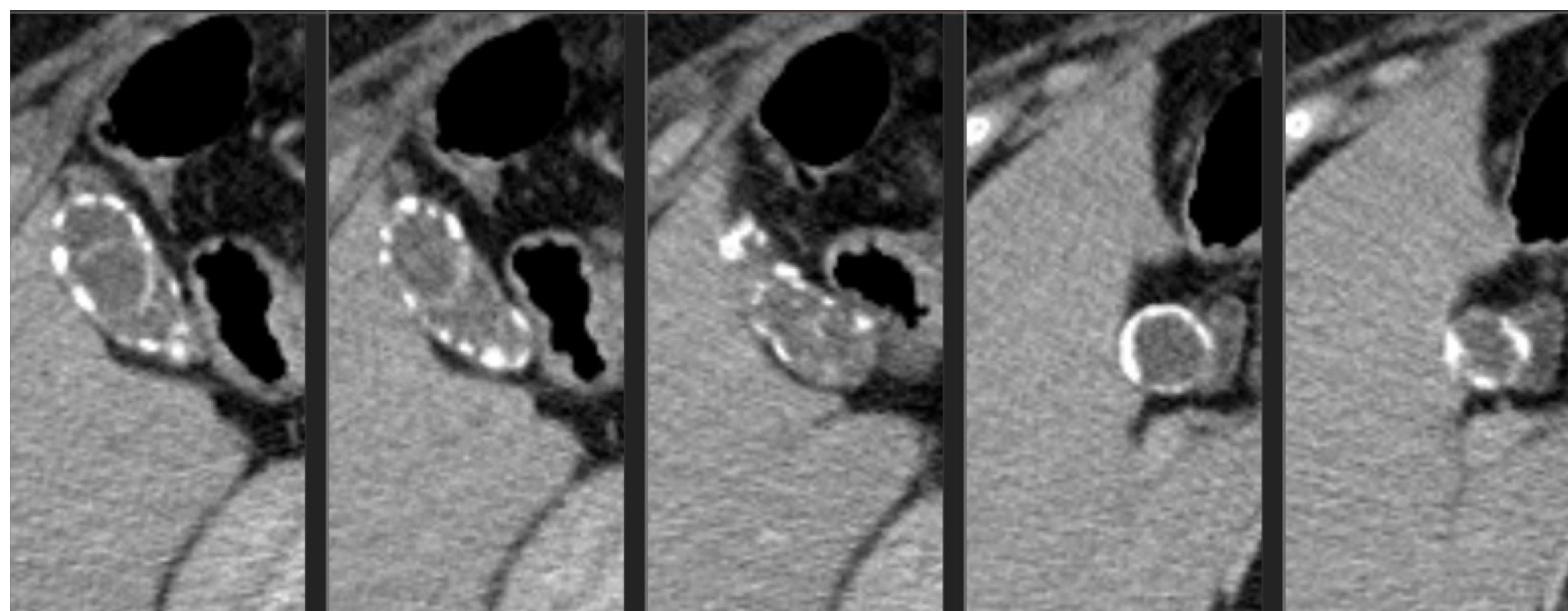
Observe que la pared vesicular es de morfología normal y el signo de WES es sutil pero característico.



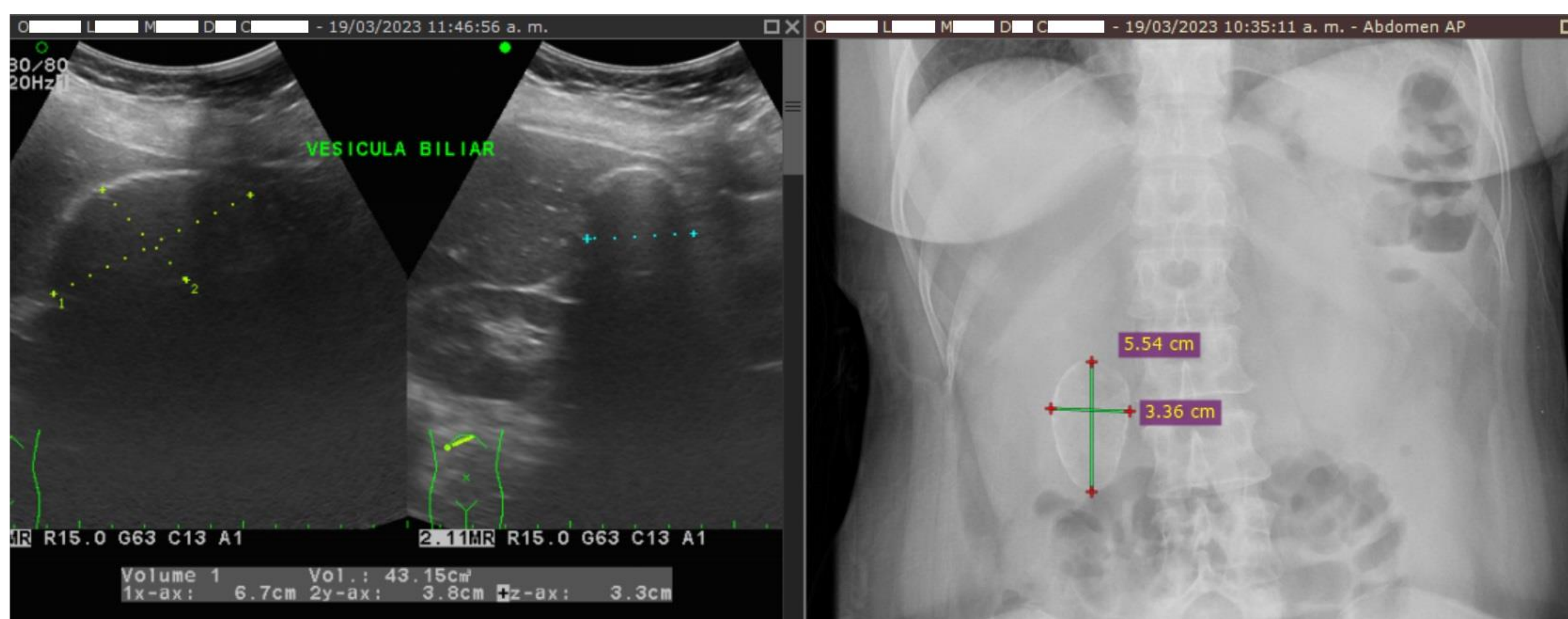
# A TENER EN MENTE



**IMAGEN 240.** Los puntos clave para la vesícula en porcelana por ultrasonido son los mismos: **calcificaciones intramurales difusas en vesícula de tamaño normal.**



**IMAGEN 241.** TC de otro paciente con objeto de hacer evidentes las **“calcificaciones intramurales difusas”**.



**IMÁGENES 242 al 244.** Tal vez, usted, igual que nosotros, difiera en el diagnóstico.

A nuestros ojos parece coledocitis a repleción.

Nombre: O L M D C	NSS #:
Fecha Nacimiento:	ORDEN #:
Genero: <b>Mujer</b>	Fecha: <b>2023-03-19 11:46 AM</b>
Edad:	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Renal	
Razón del estudio:	

#### Indicación clínica

Urgencias.  
**Pb vesícula en porcelana vs lito coraliforme.**

#### Detalles del procedimiento

Técnica: se realiza ultrasonido renal en escala de grises, con transductor convexo multifrecuencia, observando lo siguiente:

#### Comparación

No contamos con estudios previos para comparar.

#### Resultados

Riñones en situación anatómica y morfología habitual, de bordes regulares, bien definidos. La relación corteza-médula y seno-corteza se encuentran conservadas. La vascularidad está conservada a la aplicación del Doppler color. Sin evidencia de lesión focal o difusa, no se identifican actualmente imágenes que sugieran litos.

#### Dimensiones:

Riñón derecho: 9.7 x 4.0 x 5.8 cm, para un volumen de 119.0 cc

Riñón izquierdo: 9.9 x 4.1 x 4.2 cm, para un volumen de 88.8 cc

Se aprecia en situación anatómica, **vesícula biliar, de bordes hiperecogénicos, con sobra acústica posterior.**

#### Conclusión

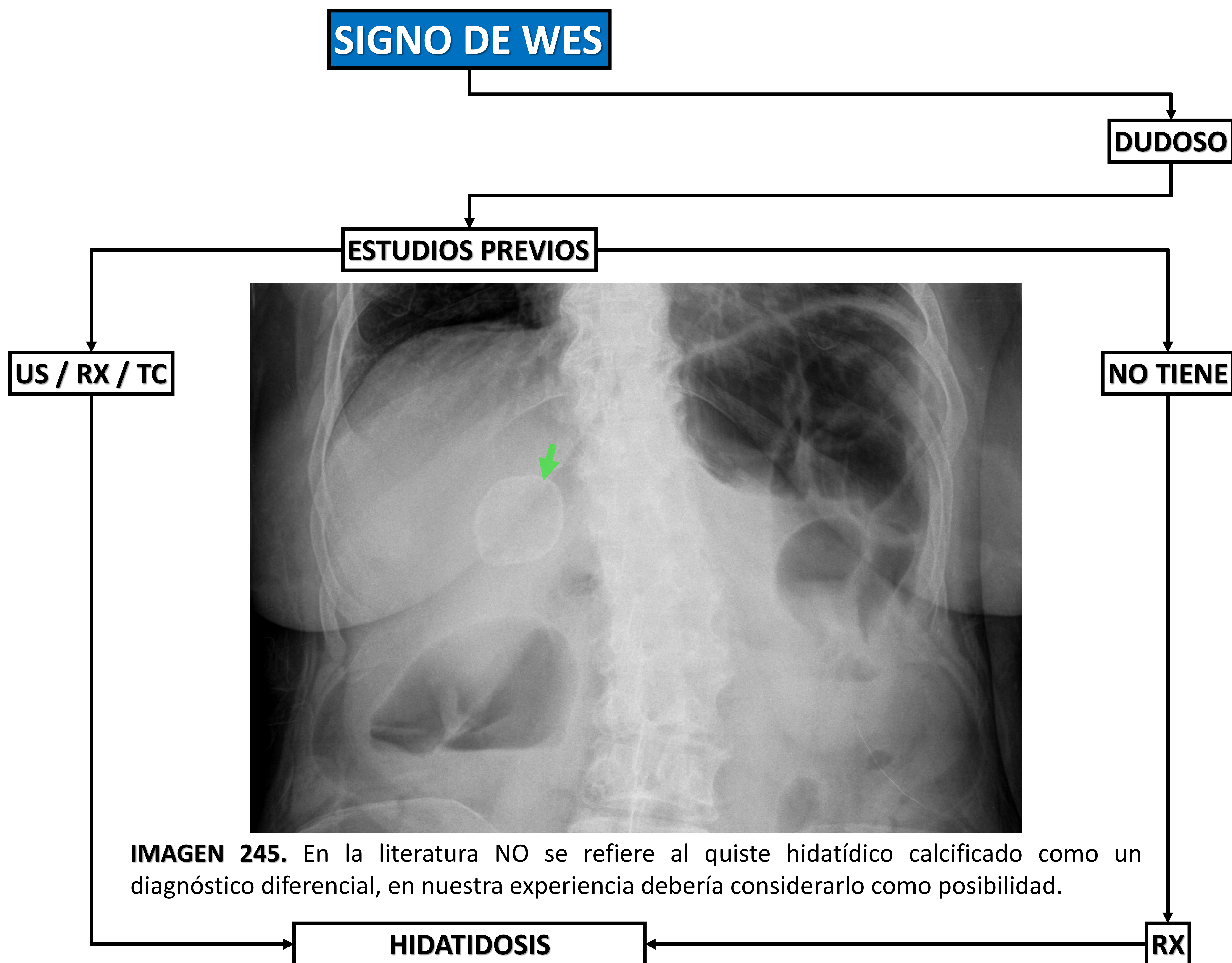
Riñones sin alteraciones ecográficas la momento del estudio.

**Vesícula en porcelana.**

Hallazgos a correlacionar clínicamente.



# DIAGRAMA



**IMAGEN 245.** En la literatura NO se refiere al quiste hidatídico calcificado como un diagnóstico diferencial, en nuestra experiencia debería considerarlo como posibilidad.



**IMÁGENES 246 al 248.** En RX y US es morfológicamente muy similar a la vesícula en porcelana y/o a la concreción vesicular de contorno calcificado. Su localización lejana a la topografía vesicular hace el diferencial.



## ¿Qué tan frecuente vemos hidatidosis?



IMÁGENES 249 al 251. Resulta una pregunta capciosa. Encontramos varios pacientes SIN diagnóstico (NO SE VIERON).



IMÁGENES 252 y 253. Encontramos que nuestro colega radiólogo prefiere mandar a “TAC” que revisar estudios previos.

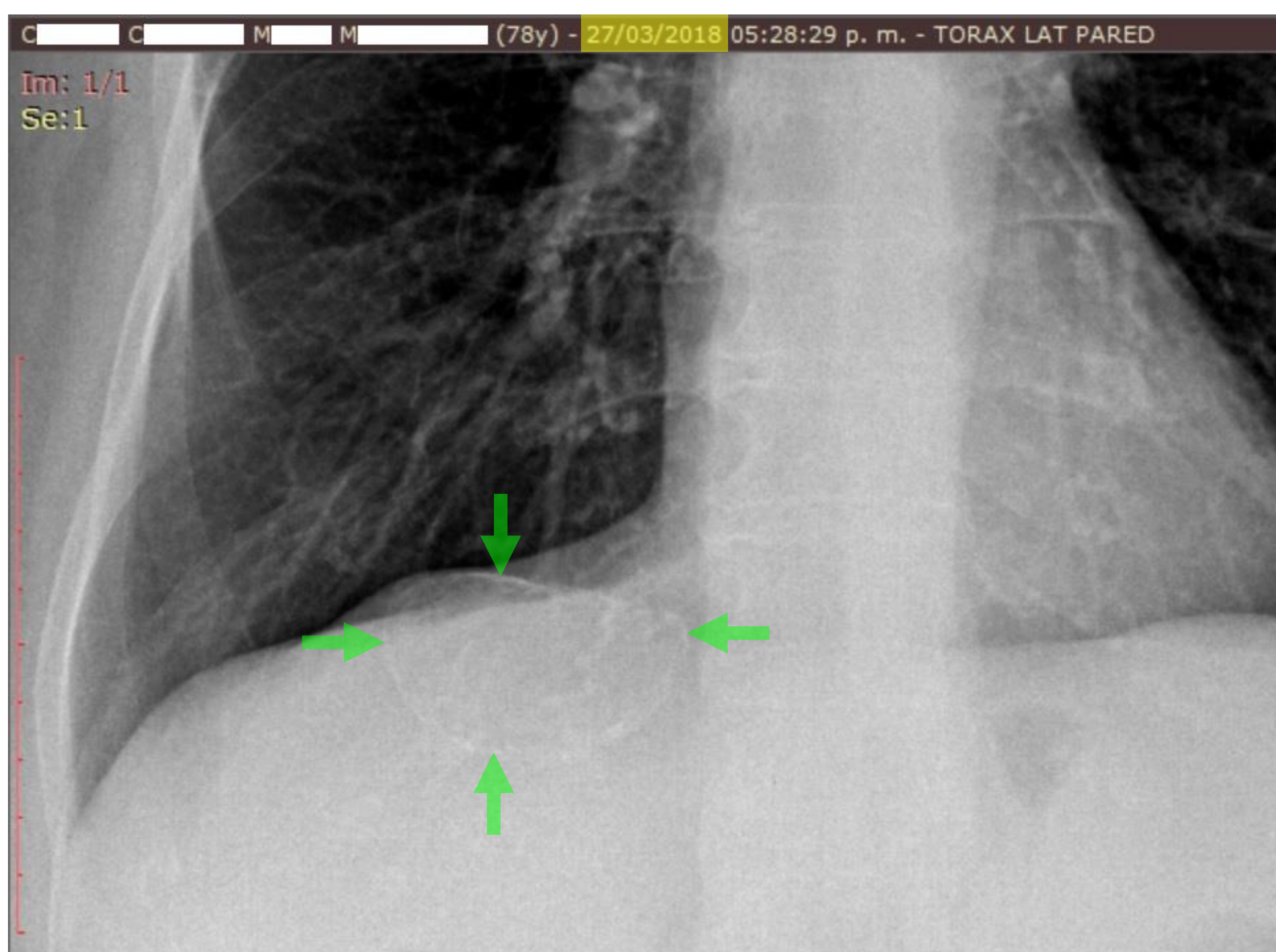
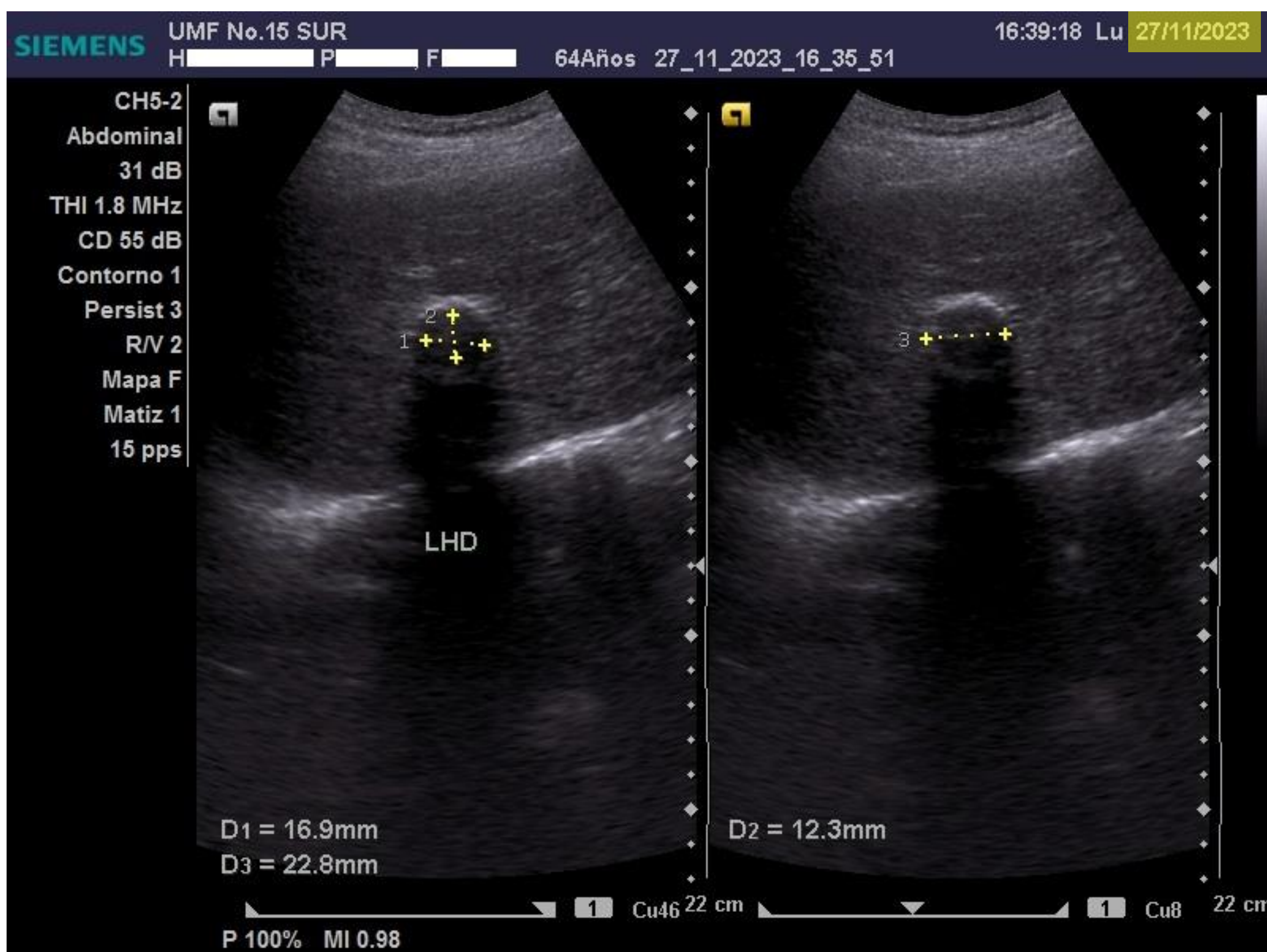


IMAGEN 254. Nosotros buscamos estudios previos encontrando esta RX.



## ¿Qué tan frecuente vemos hidatidosis?



**IMÁGENES 255 Y 256**

Colega clínico: Dr. tengo duda del resultado



Nombre: <b>H P F</b>	NSS #: <b>27_11_2023_16_35_51</b>
Fecha Nacimiento:	ORDEN #:
Genero: <b>Desconocido</b>	Fecha: <b>2023-11-27 04:35 PM</b>
Edad:	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: <b>US_Abdominal</b>	
Razón del estudio:	

**Conclusión**

**DESCRIPCIÓN:** Con transductor de 3.75 Mhz. realizando barridos sectoriales en donde se identifica.

El hígado se encuentra de tamaño normal, de morfología y bordes regulares. El parénquima con ecogenicidad heterogénea por la presencia de nódulo hipoeicoico con borde periférico calcificado, redondo de contornos regulares y definidos el cual mide 22x12x16mm y se encuentra en el segmento 6 del lobulo hepatico derecho con el doppler color y con el angiopoder es hipovascular .

La vascularidad normal y no hay datos de dilatación de la vía biliar intra o extra hepática. La porta y el colédoco tienen un calibre y trayecto normal de 9 y 6 mm. respectivamente.

La vesicula con pared delgada con litos .

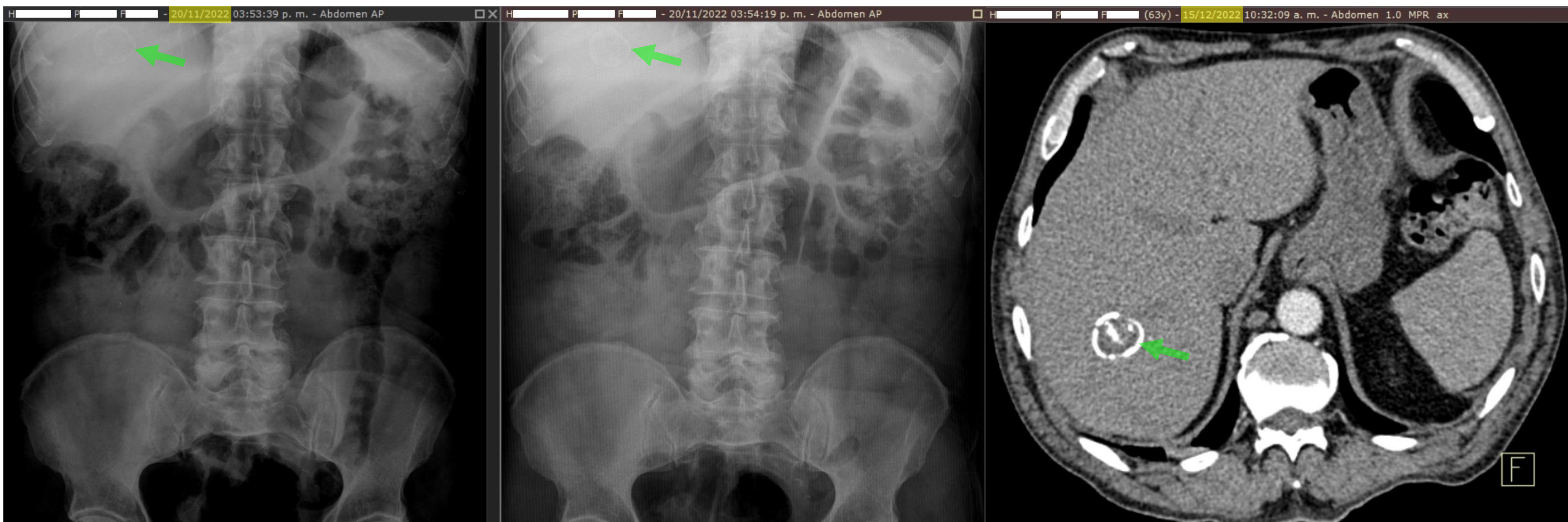
Páncreas, riñones y bazo en situación, tamaño, morfología y ecogenicidad normales., sin evidencia de lesión focal ni difusa.

Sin liquido libre en cavidad abdominal..

**CRITERIO RADIOLOGICO :**

1. LITIASIS VESICULAR NO AGUDIZADA .
2. NODULO HEPATICO DE CAUSA A DETERMINAR SE DEBE DE COMPLEMENTAR CON TAC DE ABDOMEN PARA NORMAR CONDUCTA .

O L R  
Medico Radiologo  
2023-11-27 03:23 PM

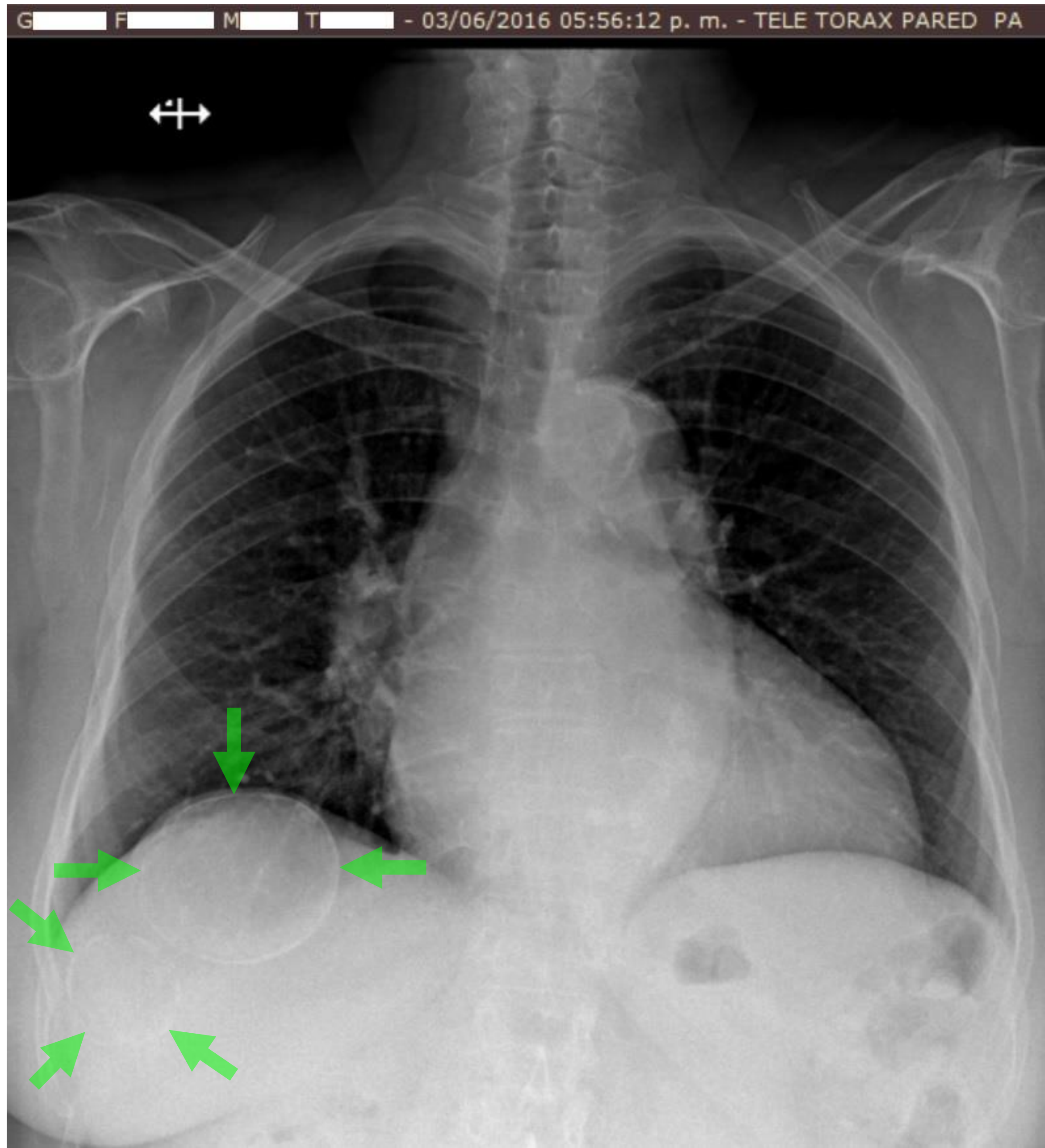


**IMÁGENES 257 al 259.** Repetir estudios (> radiación ionizante) por NO revisar estudios previos es por lo menos **IMPERICIA.**

**IATROGENIA.** Es la lesión generada a un paciente consecuencia de una acción descuidada (**IMPRUDENCIA**), falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad (**IMPERICIA**), por la omisión consciente o por ignorancia de una acción indebida (**NEGLIGENCIA**).



## ¿Qué tan frecuente vemos hidatidosis?



Paciente						
Nombre:	M	T	G	F	Edad:	
NSS:					Turno:	
Consultorio:	37					
Miércoles, 25 de Julio del 2018, 14:52						
ESTATURA	PESO	GLUCOSA	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
1,47 m	63 kg	mg/dl	36,5 °C	120.0mmHg / 80.0mmHg	78latidos/min	18resp./min
<b>RESUMEN CLÍNICO</b>						
-----FEM DE 72 AÑOS DE EDAD----APP ALERGIA PENICILINA ANTC DE HTAS DE 50 AÑOS DE EVOLUCIONACUDE A SU CITA MENSUAL -----PA ACUDE DE MANERA ESPONTANEA POR REFERIR QUE PRESENTA EN RX DE TORAX IMAGEN SUGESTIVA A NODULACION DETECTADA EN MEDICO PARTICULAR EN ESTUDIO ---- SEV LE SOLICITO LASB PARA VALORACIO ---- NO DOCUMENTA RX DE TORAX -- LASB DEL DIA 21-05-2018 BH HYB 15 HCTO 44.7 PLAQ 259 LEUCOS 5.2 , TPP Y TPT -- SE LE SOLICITIO TAC ABDOMINAL -- ESTE MOMENTO NIEGA , CEFALEA, VÉRTIGOS, VISIÓN ALTERADA, DÉFICIT SENSORIAL Y MOTOR, ALTERACIONES COGNITIVAS, DOLOR DE PECHO, DISNEA, SINCOPE, PALPITACIONES, LAB 6 ABRIL 2107 GLUCOSA...88, COLESTEROL...234, TRIGLICERIDOS ...118, ACIDO URICO...4,4.						
<b>EXPLORACIÓN FÍSICA:</b>						
----EF, IMC: 29.15 - CONCIENTE, ORIENTADA, ADECUADA COLORACION DE PIEL, BUENA HIDRATACION DE MUCUOSAS Y TEGUMENTOS, PUPILAS ISOCORICAS Y NORMORREFLEXICAS, PULSO CAROTIDEO SIN ALTERACIONES, CUELLO SIN ADENOMEGALIAS, SIN INGURGITACION YUGULAR, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTESIDAD SIN SOPLOS NI AGREGADOS, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS Y BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN GLOBOSO SECUNDARIO A PANICULO ADIPOSO BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MEGALIAS,PERISTALSIS SIN ALTERACIONES EXTREMIDADES INTEGRAS, CON BUENA HIDRATACION DE PIEL Y SIN CAMBIOS DE COLORACION, TEMPERATURA NORMAL, NO EDEMA, NO FISURAS, ERITEMA, NI ULCERAS, PULSO BILATERALES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD CONSERVADA EN TODAS LAS EXTREMIDADES Y EN PLANTAS DE PIES, REFLEJOS NORMALES, LLENADO CAPILAR INMEDIATO, PIES CON BUEN ABRO Y R. CORTE DE UÑAS.						
<b>DIAGNÓSTICO:</b>						
Hipertension arterial <b>NODULO PBLE PULMON</b>						
<b>COMPLEMENTO DE DIAGNOSTICO:</b>						
<b>TRATAMIENTO Y MANEJO INTEGRAL:</b>						
NO EXISTEN DATOS						
<b>INDICACIONES ADICIONALES:</b>						
SOLICITO RX DE TORAX PARA VALORACION -- GRACIAS						
<b>LUGAR DEL ACCIDENTE:</b>						

**IMÁGENES 260 y 261.** Encontramos que nuestro colegas clínicos de medio particular y del medio institucional NO la conocen.

**IMAGEN 262.** Aplica el dicho: “Los ojos NO ven lo que el cerebro NO conoce”.

Paciente						NOTA MÉDICA		
Nombre:	M	T	G	F	Edad:	0 años meses	Sexo:	Femenino
NSS:					Turno:	Vespertino	A. Médico:	2F1944OR
Consultorio:	37							
Martes, 14 de Agosto del 2018 14:38								
ESTATURA	PESO	GLUCOSA	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA		
1,47 m	63.1 kg	mg/dl	36.5 °C	120.0 mmHg / 80.0 mmHg	78 latidos/min	18 resp./min		
<b>RESUMEN CLÍNICO</b>						<b>DIAGNÓSTICO:</b>		
FEMENINA DED 74 AÑOS DE EDAD HERMANO CON CA DE PROSTATA Y HERMANA CON CA MAMA, MADRE FINADA DE CACU... PORTADORA DE CARDIOPATIA HIPERETENSIVA EN CONTROL CON TELMISARTAN 40 MGS CADA 12 HRS. RIFIERE MASA EN ABDOMEN DE 3 MESES DE EVOLUCION CON CRECIMIENTO PROGRESIVO, ASTENIA Y ADINAMIA. ULTRASONIDO DE HIGADO Y VIAS BILIARES DEL 07-08-18 REPORTA HIGADO CON DOS MASAS SOLIDAS CON CALCIFICACIONES EN ANILLO DE ETIOLOGIA A DETERMINAR.... LABS DEL 21.05.2018 HB 15.0, HTO 44.7, LEUCOS 5.2, PQT 259, TP 14,3, TTP 26.0, INR 1.08... FEMENIUNA DE LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CON HISTORIA DE CANCER FAMILIAR, EN USG PARTICULAR CON MASAS SOLIDAS EN REGION HEPATICA / LITIASIS MULTIPLE SE ENVIA A GASTRO PARA VALORACION....						Tumor de comportamiento incierto o desconocido del hígado, de la vesícula biliar y del conducto biliar		
<b>EXPLORACIÓN FÍSICA:</b>						<b>TRATAMIENTO</b>		
CONCIENTE ORIENTADA HIDRATADA, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE ADECUADO TONO FRECUENCIA E INTENSIDAD, NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO POR LA PRESENCIA DE UNA MASAS DE 5X5 CM APROXIMADAMENTE BORDES BIEN DELIMITADOS NORMOPERISTALSIS NO MEGALIAS NO REBOTE NO DATOS DE IP, MSPS PULSOS SENSIBILIDAD Y ROTS NORMALES NO EDEMA						NO EXISTEN DATOS		
<b>INDICACIONES ADICIONALES:</b>						<b>LUGAR DEL ACCIDENTE:</b>		
<b>TOMAR</b>						<b>CADA</b>	<b>DURANTE</b>	
RECETA DE TRANSCRIPCIÓN. Telmisartan tableta cada tableta contiene: telmisartan 40 mg envase con 30 tabletas. 1 Tableta (s)						24 Hora(s)	30 Día(s)	



# DIAGRAMA

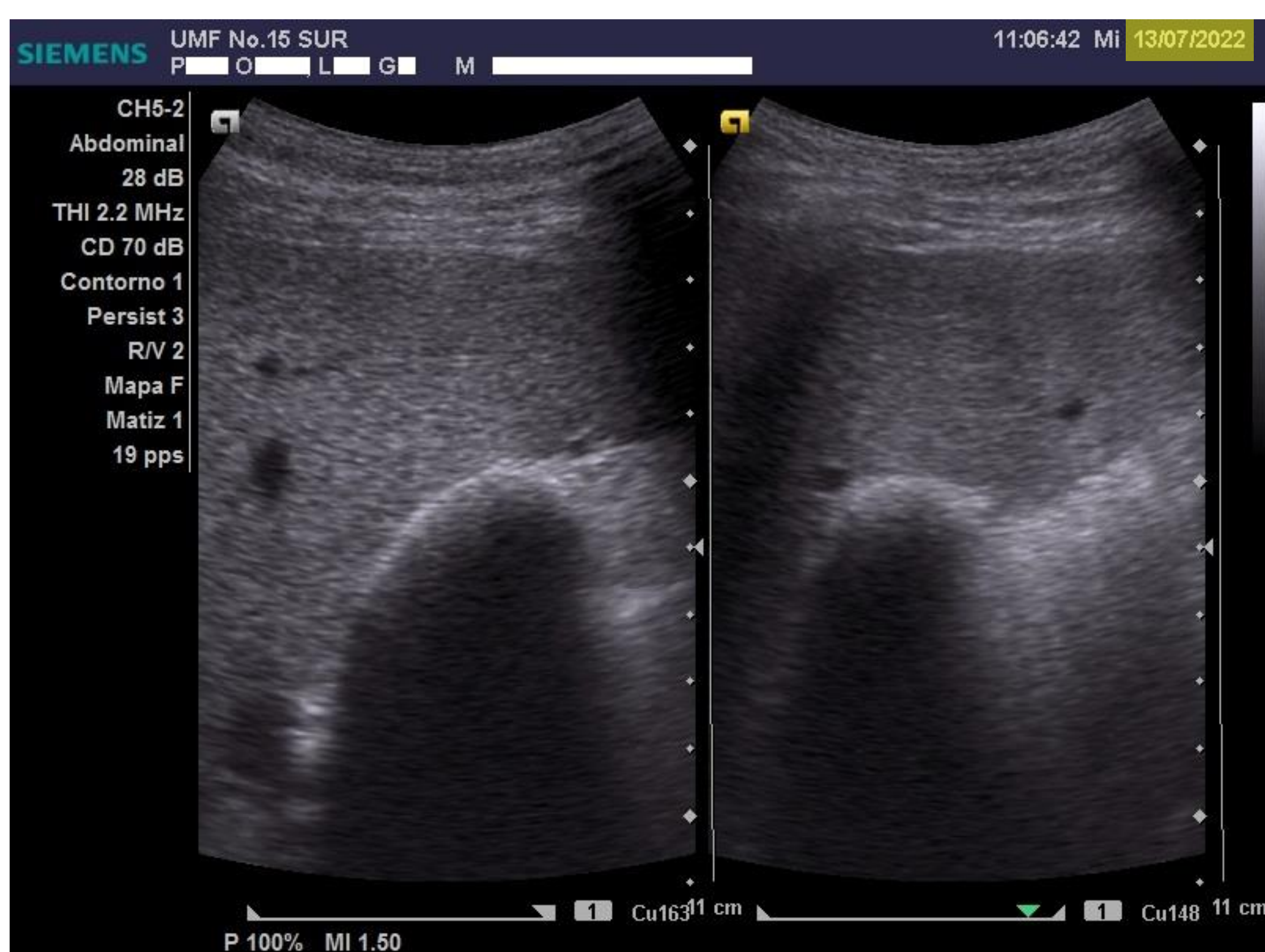


IMAGEN 263. US (13/07/2022) con WES dudoso.

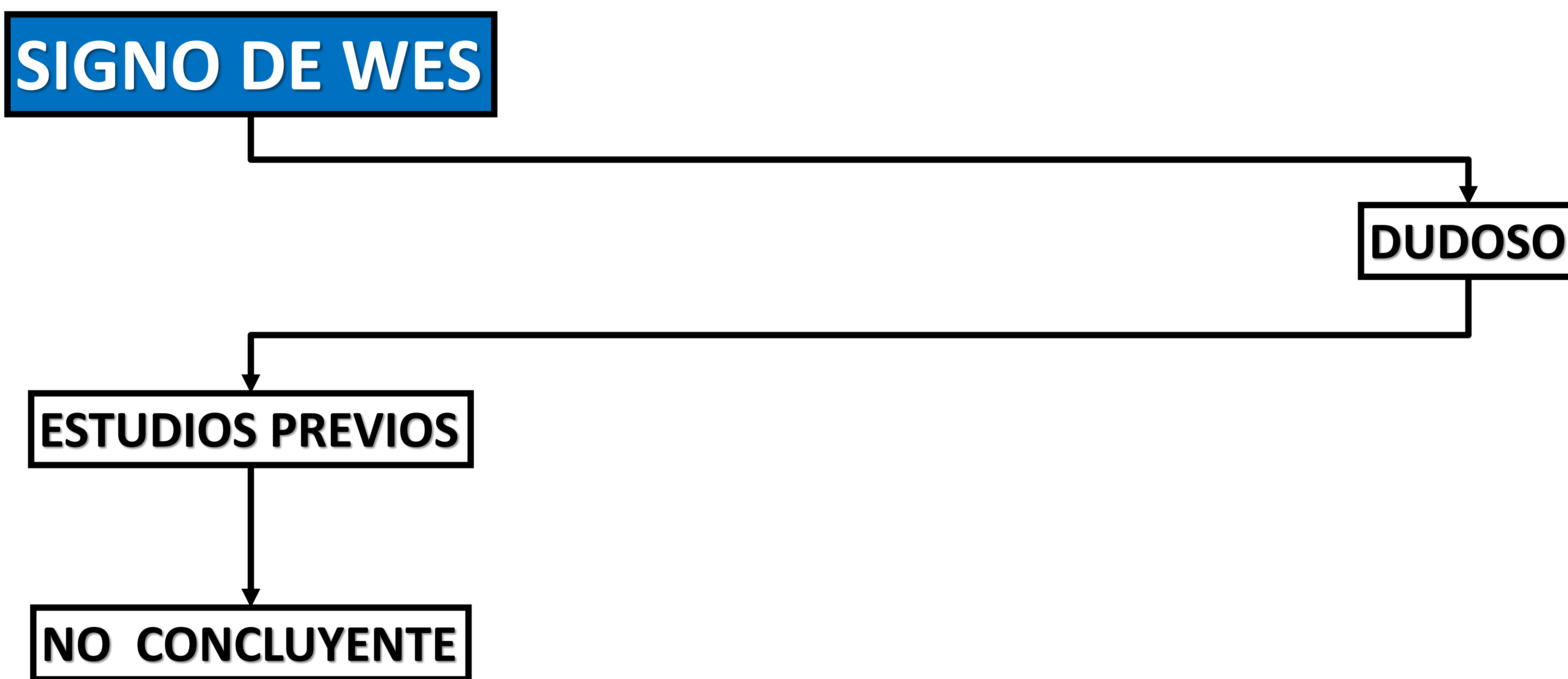


IMAGEN 264. TC previa (28/02/2020) NO concluyente.

**concreción**

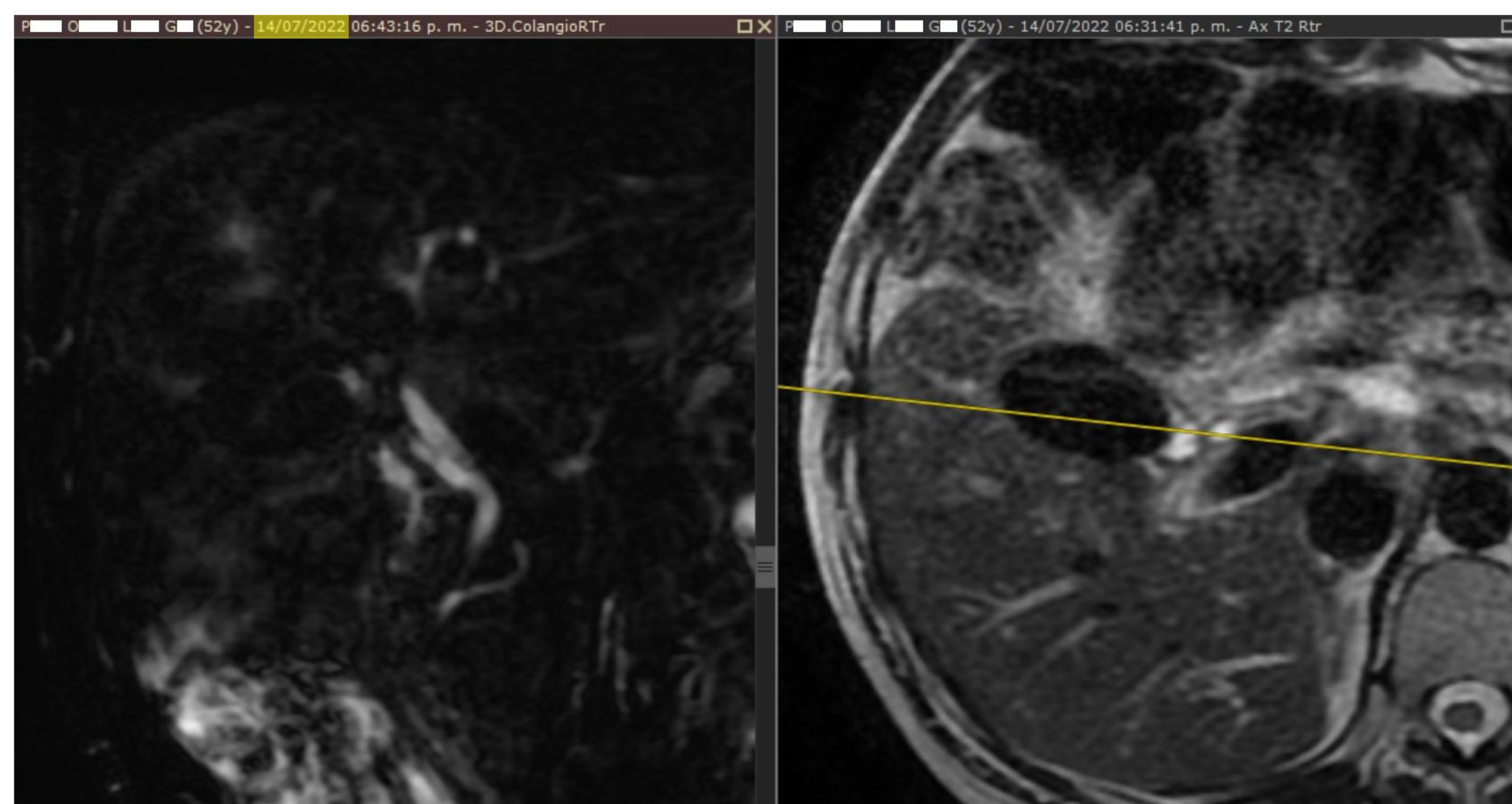
Del lat. *concretio*, -ōnis.

1. f. Acción y efecto de concretar.
2. f. Acumulación de partículas unidas para formar una masa.
3. f. Masa formada por **concreción**.

Real Academia Española © Todos los derechos reservados

**COLELITIASIS  
A  
REPLECIÓN**

**RM**



IMÁGENES 265 y 266. La ausencia de señal da certidumbre de alto contenido cálcico, pero no lo suficiente para ser vistos en TC = **CONCRECIÓN BILIAR**.



# DIAGRAMA



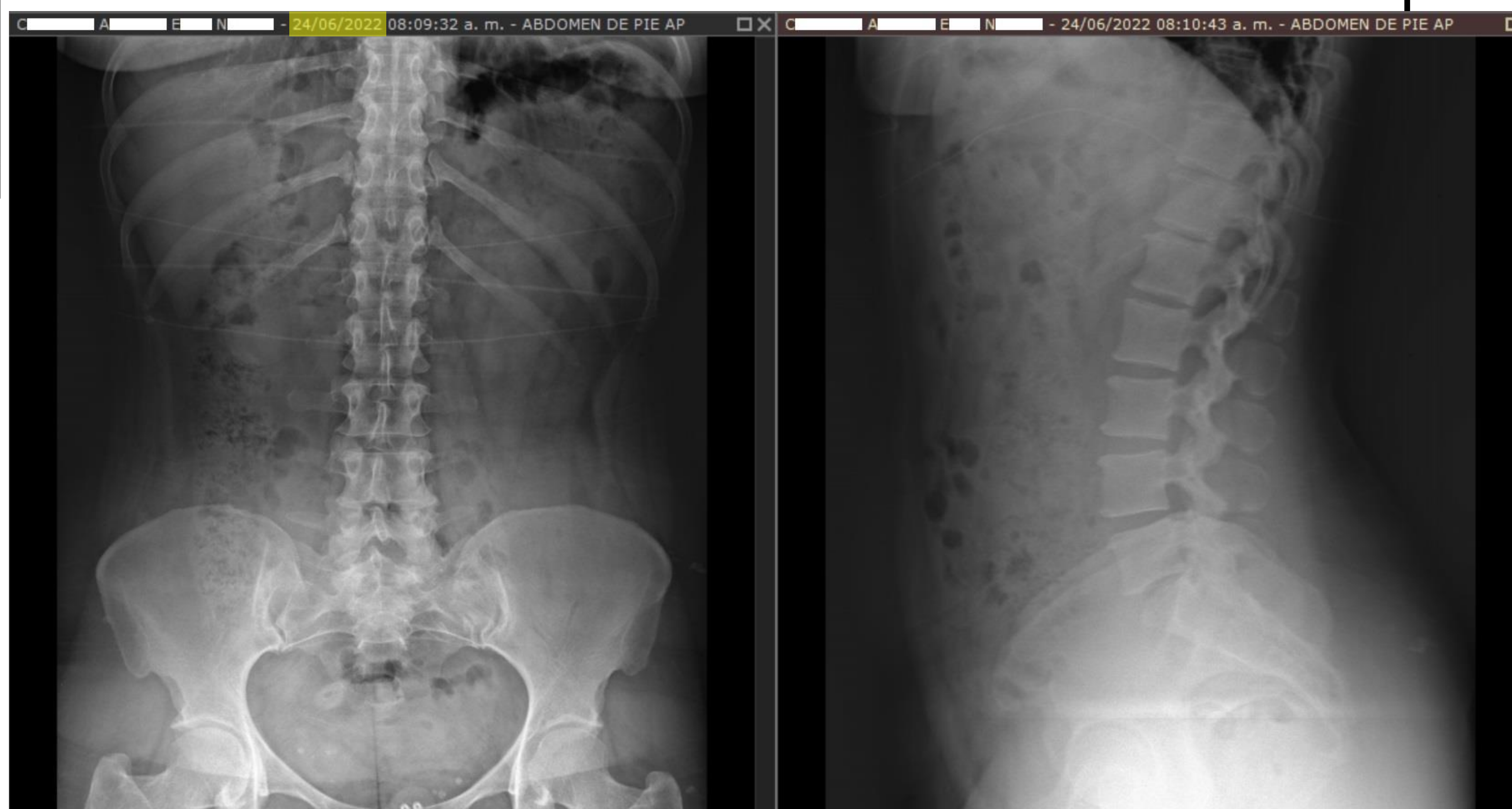
IMAGEN 267. US (24/06/2022) con WES dudoso.

**SIGNO DE WES**

**DUDOSO**

**ESTUDIOS PREVIOS**

**NO TIENE**



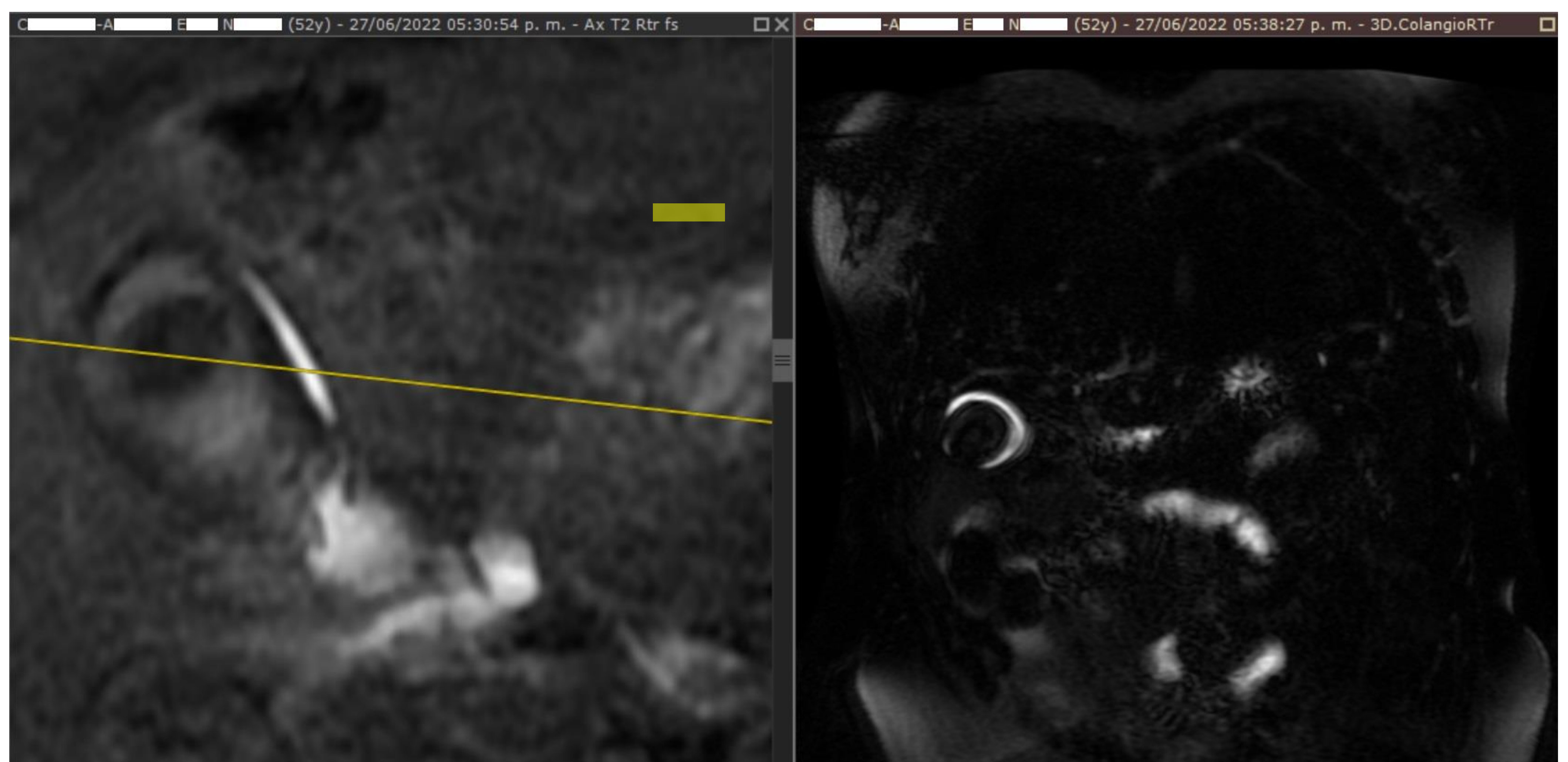
IMÁGENES 268 y 269. RX (24/06/2022) NO concluyente.

**COLELITIASIS A REPLECIÓN**

**RM**

**NO CONCLUYENTE**

**RX**



**concreción**

Del lat. *concretio*, -ōnis.

1. f. Acción y efecto de concretar.

2. f. Acumulación de partículas unidas para formar una masa.

3. f. Masa formada por **concreción**.

Real Academia Española © Todos los derechos reservados

IMÁGENES 270 y 271. La ausencia de señal da certidumbre de alto contenido cálcico, pero no lo suficiente para ser vistos en la RX = **CONCRECIÓN BILIAR**.



# NO HACER

De la misma forma como en la clínica; en la imagen hay demasiadas cosas que podríamos mencionar como "ausentes o negativas". Se prefiere simplemente omitirlas.



**IMÁGENES 272 y 273.** La imagen es lo suficientemente clara (debería mejorar quitando profundidad = VB más grande) que **NO** requiere confirmación escrita de la ausencia de piedras / signo de WES.

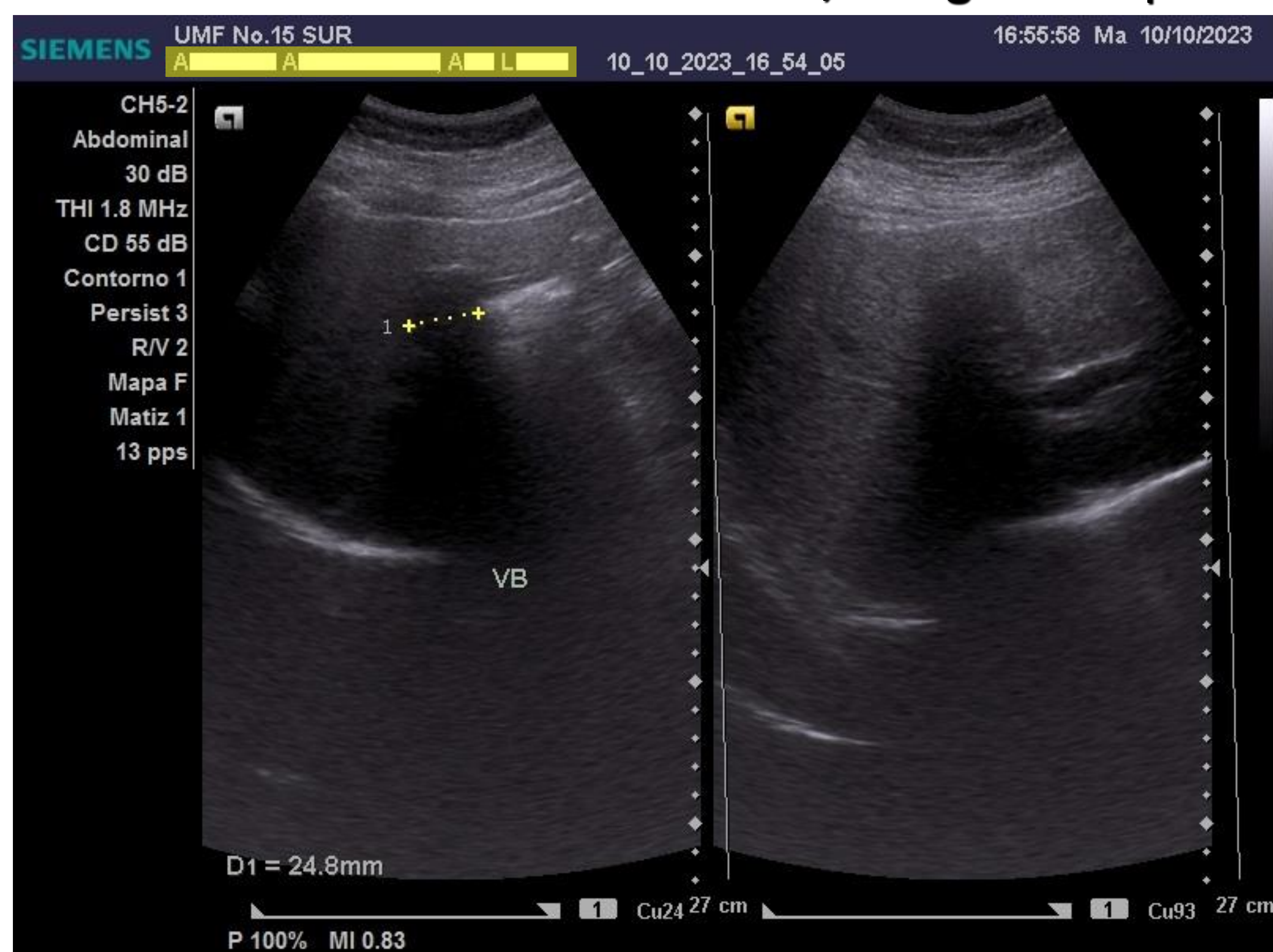
Nombre: <b>A R E M</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento:	ORDEN #:
Genero: <b>Desconocido</b>	Fecha: <b>2023-10-10 04:28 PM</b>
Edad:	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdominal	
Razón del estudio:	

## Conclusión

EL HIGADO DE FORMA, TAMAÑO Y SITUACION NORMAL CON ECOGENICIDAD AUMENTADA .  
SIN DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA NI EXTRAHEPATICA .  
PORTA DE 7 MM .  
COLEDOCO DE 3 MM .  
LA VESICULA BILIAR DE PARED DELGADA SIN LITOS, **SIGNO DE WES NEGATIVO.**  
PANCREAS, BAZO Y RIÑONES SIN LESIONES .  
SIN LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL -  
COMENTARIO  
ESTEATOSIS HEPATICA MODERADA.

O L R  
Medico Radiologo  
2023-10-10 03:38 PM

Por casos como estos, nos gustaría pedir su ayuda para hacer extensivo nuestro "DIAGRAMA"



**IMÁGENES 274 y 275.** La imagen (a 27 cm de profundidad) demuestra una "lesión" de 2.4 cm + sombra sónica ("WES negativo").

Nombre: <b>A A A L</b>	NSS #:
Fecha Nacimiento:	ORDEN #:
Genero: <b>Desconocido</b>	Fecha: <b>2023-10-10 04:54 PM</b>
Edad:	Médico que ordena:
Descripción de Estudio: US_Abdominal	
Razón del estudio:	

## Conclusión

EL HIGADO DE FORMA, TAMAÑO Y SITUACION NORMAL CON ECOGENICIDAD AUMENTADA .  
SIN DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA NI EXTRAHEPATICA .  
PORTA DE 11 MM .  
COLEDOCO DE 6 MM .  
LA VESICULA BILIAR DE PARED DELGADA CON LITOS QUE PROYECTAN SOMBRA SONICA POSTERIOR  
**SIGNO DE WES NEGATIVO.**  
PANCREAS, BAZO Y RIÑONES SIN LESIONES .  
SIN LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL -  
COMENTARIO  
ESTEATOSIS HEPATICA MODERADA .  
**LITIASIS VESICULAR NO AGUDIZADA.**

O L R  
Medico Radiologo  
2023-10-10 03:38 PM

A nuestros ojos parece Chilaiditi.

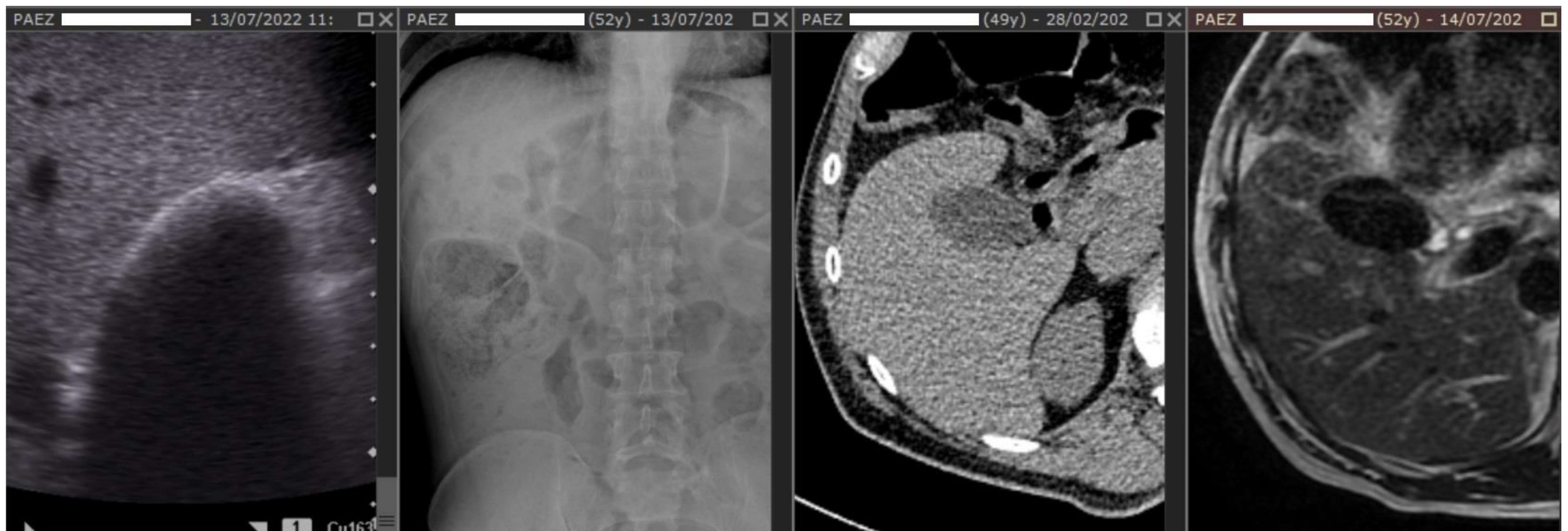


# NO HACER

Si no lo ve en RX . . . NO pida TC



IMÁGENES 276 a 279



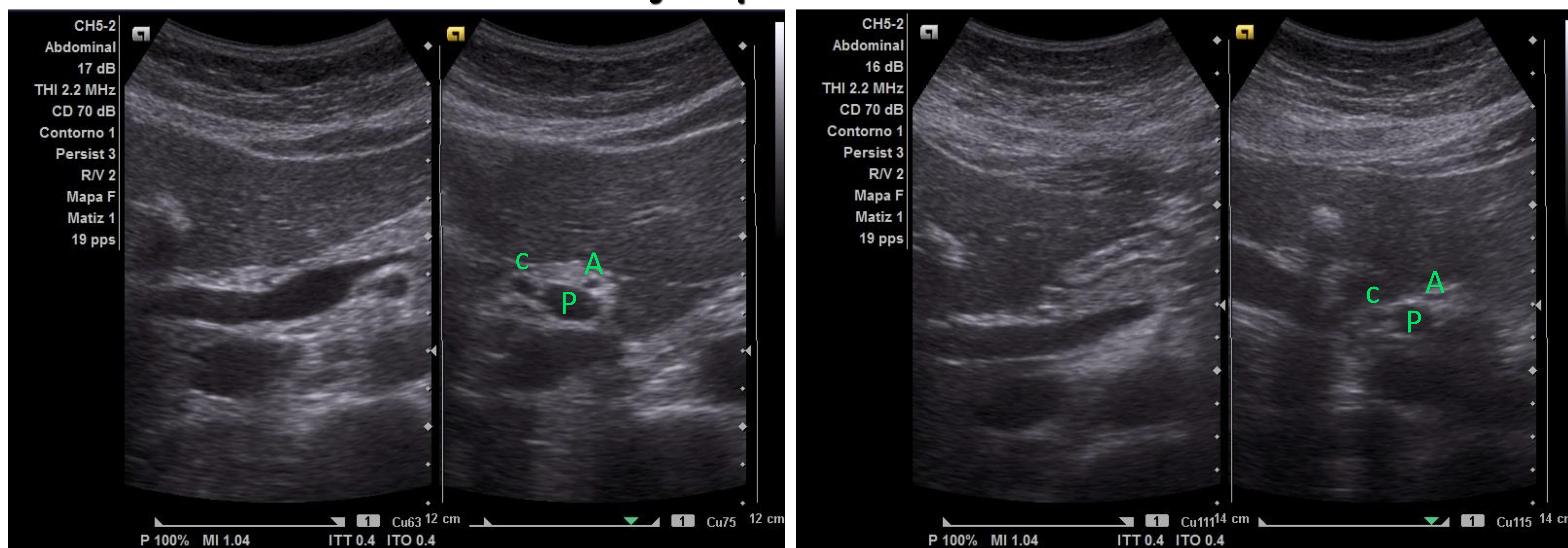
IMÁGENES 280 a 283

Nuestra experiencia dicta que si no se ve en la RX tampoco se verá en la TC por lo que sugerimos pasar de la RX a la RM.



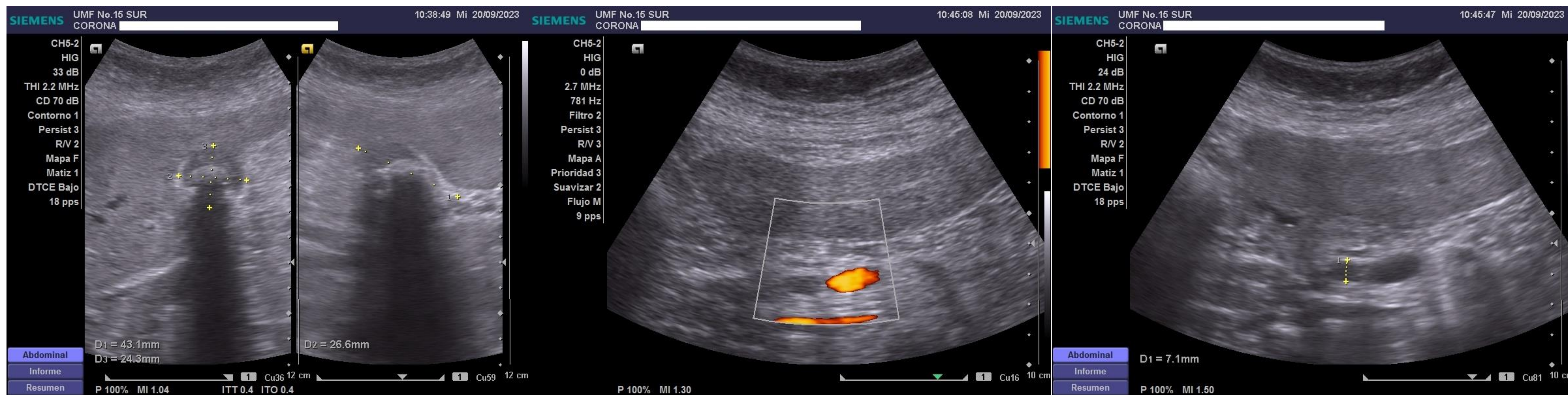
# SI HACER

Demuestre lo mejor posible al conducto colédoco.



**IMÁGENES 284 y 285. Mickey Mouse normal**

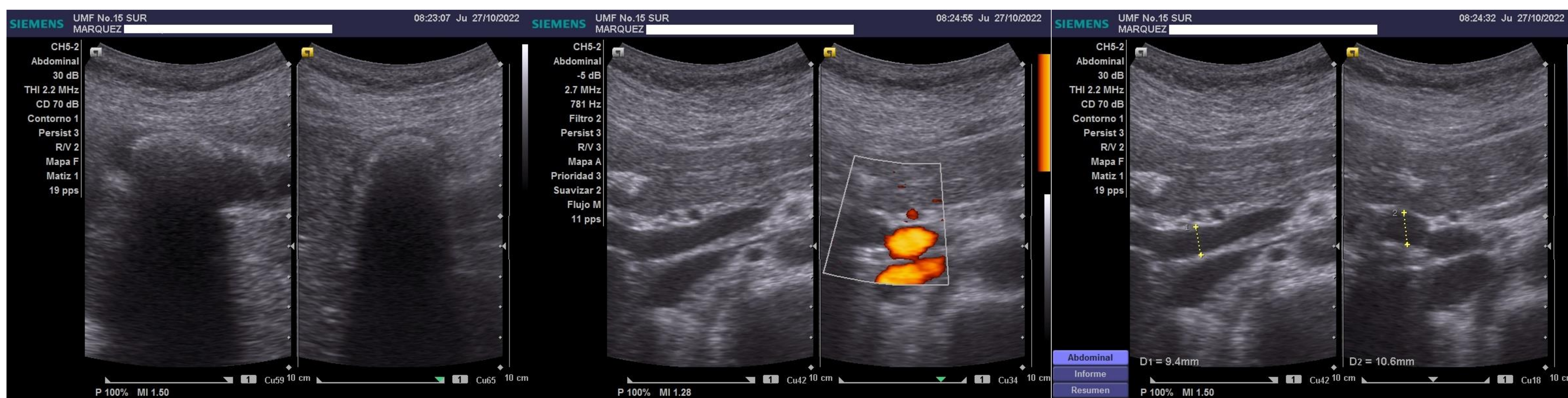
Colédoco (C) = Oreja derecha Vena Porta (P) = Cabeza Arteria hepática (A) = Oreja izquierda  
La oreja derecha regularmente es un poco mayor que la izquierda (solo un poco).



**IMAGEN 286**

**IMAGEN 287**

**IMAGEN 288**



**IMAGEN 289**

**IMAGEN 290**

**IMAGEN 291**

Debería resultar obvio que las vesículas repletas han perdido su función de reservorio, por tanto la bilis pasa directamente al colédoco convirtiéndolo en un conducto ectásico.



# CONCLUSIONES

- 1. El signo de WES hace el diagnóstico de colelitiasis a repleción, cuando este no es claro y como en cualquier patología, revisando estudios previos muchas veces podemos llegar al diagnóstico.**
- 2. Cuando el US es inicial y el signo de WES es dudoso, podemos requerir RX complementaria en búsqueda de cálculos biliares (colelitiasis a repleción), calcificación de la pared vesicular (vesícula en porcelana), presencia de gas en la luz de la vesícula biliar (colecistitis enfisematosa), quiste calcificado (hidatidosis) o demostrar signo de Chilaiditi.**
- 3. La colelitiasis a repleción es un hallazgo relativamente frecuente, por US y/o RX puede ser indistinguible de la vesícula en porcelana, de esta última, aunque variable, su principal importancia es su asociación con cáncer vesicular que la convierte en una cirugía prioritaria.**
- 4. Nuestra experiencia dicta que si no se ve en la RX tampoco se vea en la TC por lo que sugerimos pasar de la RX a la RM.**
- 5. Por ultrasonido la concreción biliar a veces es indistinguible de la vesícula en porcelana.**
- 6. Por sus similitudes ecográfico-radiológicas consideramos a la hidatidosis calcificada como posible diagnóstico diferencial.**
- 7. Nadie experimenta en cabeza ajena, sin embargo, les compartimos algunos errores con la esperanza que usted los aprenda y los evite.**
- 8. Las vesículas repletas han perdido su función de reservorio, por tanto la bilis pasa directamente al colédoco convirtiéndolo en un conducto ectásico.**

## BIBLIOGRAFIA

- 1.The WES sign. Radiology. 2000 Mar;214(3):881-2. doi: 10.1148/radiology.214.3.r00mr38881.
- 2.Michael P. Federle, DIAGNOSTIC IMAGING: GASTROINTESTINAL, THIRD EDITION. 2015 by Elsevier. p 926.
- 3.Murphy MC, Gibney B, Gillespie C, et al. Gallstones top to toe: what the radiologist needs to know. Insights Imaging. 2020;11:1-14.
- 4.The changing face of emphysematous cholecystitis. BRJ Radiol. 1997 Oct;70(838):986-91. doi: 10.1259/bjr.70.838.9404199.
- 5.Paulson E.K.: Acute cholecystitis: CT findings. Semin Ultrasound CT MR 2000; 21: pp. 56-63.
- 6.Diccionario terminológico de ciencias médicas. UNDECIMA EDICION. P288.
- 7.Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. doi:10.1016/j.actatropica.2009.11.001
- 8.FEDERLE • IMAGING ANATOMY: CHEST, ABDOMEN, PELVIS, SECOND EDITION. 2017 by Elsevier. P 778
- 9.Christopher R.B. Merritt Diagnostic Ultrasound, Chapter 1, 1-33.