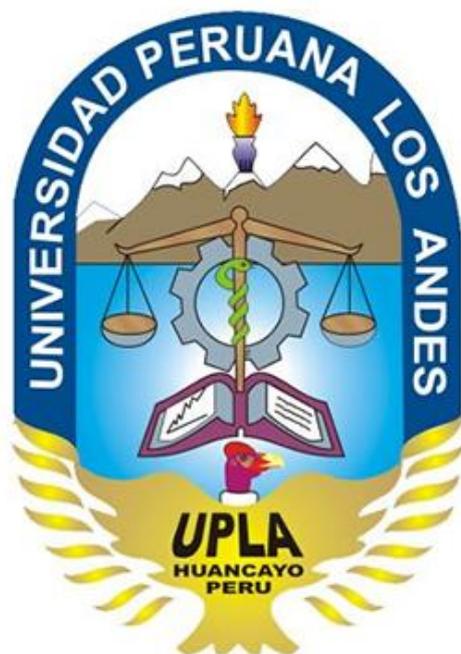


“UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO : **EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DE LAS MASAS MESENERICAS EN EL HRDCQ DANIEL A. CARRIÓN - HUANCAYO DEL 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE.**

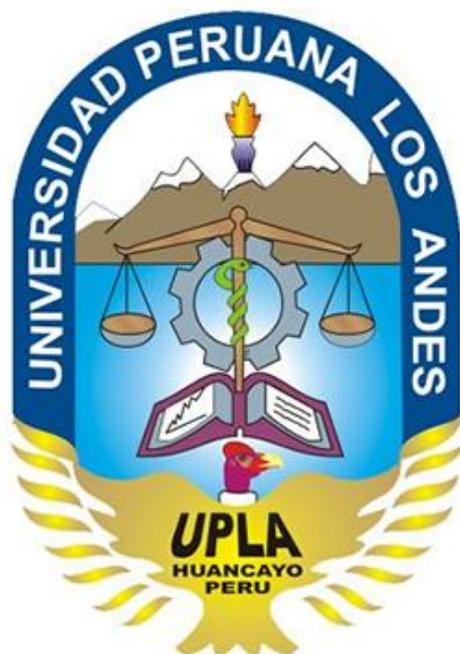
PARA OPTAR : **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA ESPECIALIDAD RADIOLOGIA.**

BACHILLER : **Ticsihua Vilchez Carlos Augusto**

ASESOR : **ALIAGA OCHOA, EDGAR OMAR**

HUANCAYO – PERÚ – 2020

“UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



TRABAJO DE SUSFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO : **EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DE LAS MASAS MESENERICAS EN EL HRDCQ DANIEL A. CARRIÓN - HUANCAYO DEL 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE.**

PARA OPTAR : **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA ESPECIALIDAD RADIOLOGIA.**

BACHILLER : **Ticsihua vilchez Carlos Augusto**

ASESOR : **ALIAGA OCHOA, EDGAR OMAR**

HUANCAYO – PERÚ – 2020

PÁGINA DE APROBACIÓN DE JURADOS

RESUMEN

El peritoneo esta recubierto por varias capas de tejidos conectivos y célula epitelial, que forman una capa parietal y una visceral, que luego llega a formar lo que se denominara el mesenterio. Estos fijan al yeyuno y al íleon, juntos a sus partes vasculares, nerviosas, linfáticas y tejidos mesenquimatosos sobre la pared del abdomen en su cara posterior. la raíz u origen se extiende y mide aprox. 15 cm. Orientados de manera oblicua de izquierda hacia derecha, desde el ángulo de treitz hasta la parte ileocecal. Es asi que, la cavidad del abdomen queda divididos en varios espacios que son virtuales. Por sus estrechas relaciones con las estructuras antes mencionadas, la parte mesentérica es asiento de procesos neoformativos neoplásicos de manera muy frecuente, ya sean primarios o secundarios, presencia de quistes y otro tipo de lesiones. La evaluación clínica suele ser inespecífica, y en la gran mayoría de casos donde se presenta estará predeterminada por su causa de origen (principalmente neoplasias originadas en otros lugares) o presencia y evaluación de sus complicaciones. Generalmente presentan dolor abdominal, pérdida de peso, diarreas, masas palpables y presencia de sangre en las deposiciones como los que frecuentemente aparecen, la ecografía no es un gran método para su diagnóstico, siendo la Tomografía Computada el método más eficaz para realizar su diagnóstico. La presencia de tumores de tipo secundario generalmente es más frecuentes, llegan a la parte mesentérica por diversas vías de proliferación: de modo directa desde los intestinos delgados, linfáticos, hematógenos o por siembras peritoneales. diversas causas, como las de tipo inflamatoria o infecciosa, se ocultan con bastante facilidad con los de origen neoplásico por

ejm. (tbc, adenitis y las fibromatosis) y los deben considerar según el contexto clínico.

Palabras clave: tumor mesentérico, tomografía computada.

ABSTRACT

The peritoneal cavity is covered by a layer of connective tissue and epithelial cells, forming a visceral and parietal layer, which is reflected on itself, forming the mesentery. This fixes the jejunum and ileum, together with their vascular, neural, lymphatic structures and mesenchymal tissues to the posterior abdominal wall. Its root extends for six inches obliquely from left to right, from the duodenojejunal angle to the ileocecal region. In this way, the abdominal cavity is divided into different virtual spaces. Due to its relationship with the structures described, the mesentery is a frequent seat of primary or secondary neoplastic processes, cysts and other lesions. The symptoms are nonspecific, and in most cases it will be determined by the cause of origin (generally neoplasms from other territories) or its complications. Abdominal pain, weight loss, diarrhea, palpable mass and blood in stools are reported as the most frequent, ultrasound is not a great method for its diagnosis, with Computed Tomography being the modality of choice for its diagnosis. Secondary tumors, much more frequent, reach the mesentery by different routes of dissemination: direct from the small intestine, lymphatic, hematogenous or peritoneal seeding. Other causes, such as inflammatory or infectious ones, are easily mimicked with neoplastic causes (tuberculosis, adenitis, fibromatosis) and must be considered according to the clinical context.

Key words: mesenteric tumor, computed tomography.

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
HOJA DE RESPETO	ii
CARÀTULA INTERNA	iii
PÀGINA DE APROBACIÒN DE JURADOS	iv
RESUMEN	v
INDICE DE CONTENIDOS	vi
	Pág.
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	08
1.1. Diagnòstico socio econòmico	09
1.2. Diagnòstico de salud general	10
II. MARCO TEÒRICO – BIBLIOGRAFÍA	11
2.1. Anatomía	11
2.1.1. peritoneo parietal	11
2.1.2. peritoneo visceral	11
2.1.3. Mesos	12
2.1.3.1 Mesenterio	12
2.1.3.2 Mesocolon transverso	12
2.1.3.3 Mesosigma	13
2.1.4. Ligamentos	13
2.2. Tumores Mesentéricos	19
2.2.1. masas neoplásicas primarias	20
2.2.2. tumor desmoides	21
2.2.3. EGIST Mesentéricos	22
2.2.4. linfoma mesentérico	22
2.2.5. masas neoplásicas secundarias	24
2.2.6. tumor carcinoide gastrointestinal	25
2.2.7. Linfoma	28
2.2.8. Quistes Mesentéricos	28
2.2.9. linfangioma	29
2.2.10. otras lesiones quísticas	29
2.2.11. teratoma o tumor desmoide	30
2.2.12. proceso mesentérico inflamatorio	31
2.2.13. paniculitis intraabdominal	33
2.2.14. enfermedad de Crohn	34
2.2.15. leiomioma parasítico	35
III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	36
IV. DISCUSIÒN DEL CASO	50
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
ANEXOS	

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- II. El peritoneo esta recubierto por varias capas de tejidos conectivos y célula epitelial, que forman una capa parietal y una visceral, que luego llega a formar lo que se denominara el mesenterio. Estos fijan al yeyuno y al íleon, juntos a sus partes vasculares, nerviosas, linfáticas y tejidos mesenquimatosos sobre la pared del abdomen en su cara posterior. la raíz u origen se extiende y mide aprox. 15 cm. Orientados de manera oblicua de izquierda hacia derecha, desde el ángulo de treitz hasta la parte ileocecal. Es asi que, la cavidad del abdomen queda divididos en varios espacios que son virtuales. Por sus estrechas relaciones con las estructuras antes mencionadas, la parte mesentérica es asiento de procesos neoformativos neoplásicos de manera muy frecuente, ya sean primarios o secundarios, presencia de quistes y otro tipo de lesiones. La evaluación clínica suele ser inespecífica, y en la gran mayoría de casos donde se presenta estará predeterminada por su causa de origen (principalmente neoplasias originadas en otros lugares) o presencia y evaluación de sus complicaciones. Generalmente presentan dolor abdominal, pérdida de peso, diarreas, masas palpables y presencia de sangre en las deposiciones como los que frecuentemente aparecen, la ecografía no es un gran método para su diagnóstico, siendo la Tomografía Computada el método más eficaz para realizar su diagnóstico. La presencia de tumores de tipo secundario generalmente es más frecuentes, llegan a la parte mesentérica por diversas vías de

proliferación: de modo directa desde los intestinos delgados, linfáticos, hematógenos o por siembras peritoneales. diversas causas, como las de tipo inflamatoria o infecciosa, se ocultan con bastante facilidad con los de origen neoplásico por ejm. tbc, fibromatosis y adenitis. a los deben considerar según el contexto clínico.

2.1. Diagnóstico socio económico

El estado socio económico (Anexo N° 1) de una persona es considerado como parte determinante para el diagnóstico del mismo, ya que este entorno influye en la característica, el hábito alimenticio y el no contar con programas de seguros de atención de salud que los ayude a un diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades de difícil diagnóstico como los tumores mesentéricos.

Para el caso que presentamos, el estudio socioeconómico se realizó con el apoyo del servicio de trabajado social, en la interpretación de los resultados y guía de informe. Los datos más resaltantes fueron:

- a) Información de localidad: vivienda ubicada en el departamento de Junín, provincia de Huancayo, distrito de El Tambo, en el pasaje Leoncio Prado 270 – Pio Pata, el informante fue la misma persona en compañía de su hija.
- b) Información básica sobre el tipo de vivienda: vivienda de material noble, no se encuentra revestido con cemento, con una antigüedad de 15 años, cuenta con servicios básicos de luz, agua, desagüe. Ubicada en zona de riesgo a derrumbes e inundaciones, en construcción de pistas y veredas.

c) Información familiar: familia extendida con 5 miembros en la vivienda. Por donde de edad los miembros de la familia son: padre (47 años) trabajador eventual de construcción civil jefe del hogar, madre (44 años) se dedica a las labores del hogar, hija (19 años) estudiante de instituto superior, hija (17 años) preparándose para postular a una escuela policial, hija (10 años) estudiante de primaria. El hogar depende primordialmente del padre.

2.2. Diagnóstico de salud general

Para la primera impresión diagnóstica de salud general se solicita a la paciente que nos detalle su condición actual de salud física, mental y social. así como sus antecedentes que consideremos relevantes para el caso. El paciente luego de su consulta por el departamento de medicina general se obtuvo estos primeros datos:

- Temperatura: 36.8° C.
- Presión Arterial: 110/70
- Frecuencia cardiaca: 88 x min
- Frecuencia Respiratoria: 21 x min.
- Saturación de oxígeno: 93%

vino a consulta al presentar dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho que irradia hacia la región de la fosa iliaca derecha y el hombro del mismo lado, manifestando como antecedente sufrir de gastritis.

Le solicitan estudio de Ecografía abdominal con el diagnostico presuntivo. D/C Colecistitis Aguda.

III. MARCO TEÓRICO – BIBLIOGRAFÍA

3.1. Anatomía

Recuerdo Anatómico

La cavidad peritoneal está rodeada de una delgada y extensa membrana serosa que se denomina peritoneo que está formado por una simple capa de epitelio (llamada mesotelio) y de tejido de tipo conectivo laxo. Recubre la cavidad abdominopélvica y a gran parte de las vísceras, considerando así la existencia de Peritoneo parietal.

2.1.1 Peritoneo Parietal

cubre las paredes abdominales y pélvicas anteriores, laterales y posteriores, superficies anteriores de vísceras retroperitoneales, superficies inferiores al diafragma y las superficie superiores pelvianas. Separados así el peritoneo de la región retroperitoneal al estar recubiertas por las vísceras del retroperitoneo.

2.1.2 Peritoneo visceral

Recubre de manera muy íntima a los órganos abdominales, es la primera capa que se encarga de cubrir y proteger a los órganos intrabdominales, la referencia de su ubicación esta dado por los vasos sanguíneos que por ellos discurren, ante la presencia de liquido libre dentro de estos su reconocimiento es mucho mas fácil.

2.1.3 Mesos

Se encuentran relacionados con diversas flexiones peritoneales que llegan a cubrir estructuras nobles como nervios, vasos sanguíneos y ganglios linfáticos.

2.1.3.1 Mesenterio

Se aprecia como una doble hoja peritoneal en forma de abanico que se inserta en las asas delgadas del yeyuno e ileón a las paredes posteriores. Hace el nexo entre el intestino delgado con el retroperitoneo. Se prolonga desde el gran ligamento de Treitz hasta la válvula de bahuin o ileocecal. Lo más frecuente es la presencia y diseminación de patología neoplásica o implantación en las hojas grandes del mesenterio.

2.1.3.2 Mesocolon transverso

Fija al colon transverso hacia la pared posterior llegando a comunicarlo con el retroperitoneo, también tiene estrecha relación con el páncreas, algunas neoplasias o casos de pancreatitis pueden dañar y atravesar esto.

2.1.3.3 Mesosigma.

Se fija en el denominado sigma hacia la pared posterior de la cavidad pélvica. Dentro de esto están los vasos sigmoideos y los vasos hemorroidales.

2.1.4 Ligamentos

- Ligamento esplenorrenal
- Ligamento gastro-esplénico.
- Ligamento freno-cólico.

- Ligamento suspensorio hepático.
- El ligamento subhepático derecho o triangular izquierdo.
- Ligamento falciforme.

2.1.4 Omento Mayor o epiplón

A menudo el peritoneo de tipo parietal se extiende para cubrir a una víscera para luego cubrir otros órganos

- Ligamento gastro hepático u Omento menor.
- Ligamento hepatoduodenal
- Omento mayor:

3.2. Tumores Mesentéricos

Los tumores mesentéricos son poco comunes. La mayoría de los tumores mesentéricos son metastásicos, sin embargo, puede encontrarse una amplia variedad de tipos provenientes del tejido conectivo, adiposo, nervioso, vascular, muscular liso, epitelial, mesotelial y células germinales. Estos tumores pueden encontrarse en cualquier grupo etáreo desde niños hasta ancianos (1). Pueden ser sólidos o quísticos. Entre los tumores sólidos podemos encontrar lipomas mesentéricos, tumores malignos (leiomioma o liposarcoma), tumores desmoides, linfomas primarios, tumores carcinoides entre otros. Entre los tumores quísticos se incluyen al quiste urogenital, entérico, traumático, gaseoso, micótico, parasitario y tuberculoso; en niños pueden ser congénitos (2).

2.1.1 Masas neoplásicas primarias

Las patologías neoplasias de tipo primario del mesenterio son muy infrecuentes. Se generan en su mayoría del tejido mesénquimal y tienen básicamente un comportamiento de tipo benigno. Los más frecuentes son el tumor desmoides y los lipomas.

También se pueden encontrar al leiomioma, fibrosarcoma, schwannoma, linfomas y GIST de tipo primarios (los gastrointestinales stromales tumors), siendo su conocimiento todavía muy básico, teniendo como referencia a los reportes de casos presentados a nivel mundial.

2.1.2 Tumor desmoides

Etimológicamente la palabra desmoides viene del griego “desmos” que tiene como significado tendón o banda. Es una lesión de la parcial fibroblástica que si se llega a originar una lesión a este nivel es bastante agresiva, que tiende a recurrir y contagiar a zonas periféricas cercanas. Este tipo de tumores se consideran de malignidad intermedia. generalmente afectan a las paredes abdominales (50%), región mesentérica (41%) y la región retroperitoneal (9%). Su aparición es de tipo muy infrecuente, se atribuye su origen a procesos post-cirugía y/o antecedentes traumáticos previos, enfermedades inflamatorias sistémicas, de tipo hormonal (hiperestrogenismo, durante el embarazo) y diversos factores genéticos.

2.1.3. EGIST mesentérico

El EGIST representa al grupo que con mayor frecuencia va a presentar neoplasias que se van a generar en la región mesenquimal del tracto digestivo.

Tienen una frecuencia en varones y mujeres, generalmente en mayores de 50 años, con ubicación gástrica de 60 a 70% , ubicación de 20 a 30% en el intestino delgado, 10% en región colorrectal y menos de 5% en la región esofágica (siendo la única región en que predominan las lesiones de tipo leiomiomas por sobre los de tipo GIST).

2.1.4. Linfoma mesentérico

Este tipo de linfomas son muy infrecuentes, reportándose algunos casos como linfomas a nivel de aparición extranodal intestinal. Tomograficamente su aspecto es similar a los linfomas infiltrantes secundarios del mesenterio

2.1.5. Masas neoplásicas secundarias

Se han reportado varias vías de compromiso mesentérica. Por extensión de tipo directa lo hacen las neoplasias de tipo carcinoide y la presencia de diversas neoplasias intraabdominales como los de colon y páncreas. Por contagio peritoneal se disemina el cáncer de estómago, las neoplasias de intestino delgado, neoplasias de colon, neoplasias de páncreas, y con menor frecuencia las neoplasias de ovário. por diseminación de tipo linfática linfática se asientan los linfomas y algunas neoplasias de tipo epitelial. La presencia o episodios de embolia de tipo metastásica del mesenterio se describe

para los casos de cáncer de mama, cancer de pulmón y en los melanomas.

2.1.6. Tumores carcinoides gastrointestinales

Este tipo de tumores generalmente ocurren en intestino delgado o en el apéndice, donde llegan a presentarse en el 6 a 35% de las neoplasias de tipo primarias. A veces considerados malignos, su evolución, tratamiento y comportamiento es bastante variable, aún cuando se presenta las metástasis. Los tumores de tipo primarios son generalmente de tipo submucosos y pequeños miden menos de 2 cm, a preferencia del íleon en su porción distal en un 90% de casos y pueden tener ubicación variables de forma muy incidental, como por ejemplo en la enteroclisia por TC.

2.1.7. Linfoma

los linfomas de tipo no Hodgkin (LNH) representan generalmente entre el 25 y el 40% de los tumores neoplásicos del intestino delgado, reportándose a los de tipo extranodal como los más frecuente entre 20 y 40% de los Linfomas No Hodgking. sea por presencia de enfermedad primaria a nivel gastrointestinal o por algún tipo de ubicación secundaria, los Linfomas No Hodgkings representan los casos que afectan al mesentérico hasta en un 51% de casos reportados, siendo la primera causa de masas mesentéricas neoplásicas. El LNH a nivel intestinal se asocia a pacientes con enfermedad del sistema inmunocomprometidos (VIH), enfermedades de tipo celíaca,

enfermedad de Crohn, lupus erimatoso sistémico y postquimioterapia. En la Tomografía Computada, típicamente se aprecian múltiples masas de tipo homogéneas redondeadas (generalmente adenopatías) con densidad de partes blandas que envuelve vasos y grasa mesentérica, formando el “signo del sandwich”. Con la administración de contraste endovenoso, las estructuras mesentéricas tubulares se contrastan, resaltando la apariencia del “relleno del sándwich”.

2.1.8. Quistes mesentéricos

Los quistes de tipo mesentérico mesentérico y/u de tipo omental son también lesiones bastante infrecuentes, existiendo pocos estudios radiológicos reportados. En este grupo de lesiones se incluyen patologías de distintos orígenes y significados patológicos, que en su mayoría son benignas. La tercera parte de los casos reportados afectan a pacientes en su mayoría menores de 10 años

2.1.9. Linfangioma

Es una patología representada por la malformación linfática generalmente congénita que no tiene comunicación con el sistema linfático intestinal. Se ha reportado la presencia de estos casos en personas de ambos sexos bastante jóvenes con un edad promedio de 16 años), a todos les dieron síntomas como distensión abdominal con presencia de dolor, presencia de masa palpable, vómitos y diarrea). Se presentan como grandes masas que también llegan a localizarse en el omento, muchos llegan a medir hasta 40 cm de diámetro mayor,

ocasionando el desplazamiento de las asas intestinales y generar pseudoobstrucciones. En la Tomografía Computada se visualizan presencia de lesiones con paredes finas, a veces multilobuladas, con contenido de baja atenuación seroso/sero-hemorrágico llegando a algunos casos a tener densidad muy parecida a la grasa

2.1.10. Otras lesiones de tipo quísticas

Los más frecuentes que deben considerarse en el diagnóstico diferencial hay que considerar a los quistes de duplicación intestinal, patología de origen generalmente congénito que se genera en cualquier porción del tracto gastrointestinal, siendo la ubicación más frecuente a nivel del íleon distal. Mayormente se presentan como lesiones de tipo quística de presencia única en un 82% de los casos reportados, son uniloculares, que alcanzan un tamaño aproximado de hasta 15 cm, pudiendo ser intra o extraluminales.

En la Tomografía Computada se observa la presencia de un quiste único, con contenido de atenuación baja (seroso), de paredes casi imperceptibles. el aspecto en la Tomografía Computada es difícil de distinguir de los quistes mesoteliales. los quistes mesoteliales son neoplasias benignas originadas de las células de tejido seroso, que pueden ubicarse en los espacios pleurales, pericárdicos y peritoneales. Su localización mesentérica es la menos frecuente y, a diferencia de los mesoteliomas malignos, no se relacionan con exposición a asbesto ni dan metástasis a distancia, siendo localmente recurrentes, con mayor frecuencia entre mujeres jóvenes menores de 40 años.

IV. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

4.1. Anamnesis e Historia clínica (Anexo N° 2).

A. Datos e Identificación del paciente:

- Nombre: Vilma Huamán Yaranga
- Fecha de nacimiento: 26 de setiembre del 1976
- Edad actual: 44 años
- Sexo: Femenino
- Religión: católica
- Grado de instrucción: secundaria completa.
- Ocupación: Ama de casa
- Procedencia: Huancayo.

B. Motivo de consulta:

Paciente de 44 años de edad, de sexo femenino, con dolor a nivel del hipocondrio derecho, con 6 meses de evolución que se intensifica en la última semana por lo que acude a su consulta médica. Como antecedentes refiere una ecografía donde le dieron como diagnóstico gastritis moderada para el cual le dieron tratamiento: Hidróxido de aluminio, omeprazol y ranitidina no recuerda las dosis, incidentalmente también refiere que en la ecografía le encontraron un quiste en el ovario derecho.

Antecedentes:

- Enfermedades generales: ligeras molestias gastrointestinales en los últimos meses.

- Intervenciones quirúrgicas: Ninguna
- Traumatismos: ninguna
- Antecedentes familiares: Ninguno de relevancia
- Actividades de ocio y deportivas: práctica de vóley los fines de semana (antes de la pandemia).

3.2 Estudios de ayuda al Diagnóstico Realizados:

3.2.1 Ecografía Abdominal:

- Preparación del paciente

Para la realización de un buen estudio abdominal se necesita la preparación del paciente que consiste en ayunas de mas de 6 horas, para aso evitar presencia de gases y contenidos alimenticios en estómago, duodeno, yeyuno, íleon y colon.

Tras la realización de la ecografía abdominal se obtuvo el siguiente informe ecográfico.

3.2.1.2 informe ecográfico

Paciente: Vilma Huamán Yaranga **Edad:**44años

1.-HIGADO: De ubicación normal, LHD mide 15.3 cm. parénquima homogéneo, no se aprecian formaciones solidas ni quísticas. Entre el estómago y el hígado se aprecia una imagen de forma redondeada ecogénica que parece comprometer la cabeza del páncreas, también puede ser una masa duodenal, mide 5.2 x 4.6 cm.

2.- VESICULA BILIAR: De ubicación normal, de aspecto periforme, mide 65 x 23mm, paredes delgadas (3mm). No se aprecian formaciones solidas en su interior.

3.- PANCREAS: de ubicación normal, parénquima homogéneo, tiene de medidas cabeza 28mm, cuello 23mm, cuerpo 25mm, cola 28mm.

4.- BAZO: De ubicación normal, parénquima homogéneo, mide 98 x 58mm. no se evidencian formaciones solidas ni quísticas.

5.- AORTA ABDOMINAL: De calibre normal, mide 25mm, paredes normales.

6.- ESTOMAGO: Antro Gástrico 5mm.

7.-OBSERVACIONES: A nivel del flanco derecho del abdomen se aprecia una masa anecoica con contornos definidos que da refuerzo acústico posterior que mide 7.2 x 6.5 cm. En relación a quiste ovárico derecho.

CONCLUSIONES:

- MASA ABDOMINAL MESENERICA VS MASA PANCREATICA DE EAD. SE SUGIERE COMPLEMENTAR EL ESTUDIO CON TOMOGRAFIA ABDOMINAL CON CONTRASTE.
- QUISTE DE OVARIO DERECHO.

3.2.2.3 IMÁGENES DE LA ECOGRAFIA DE LA PACIENTE EN ESTUDIO

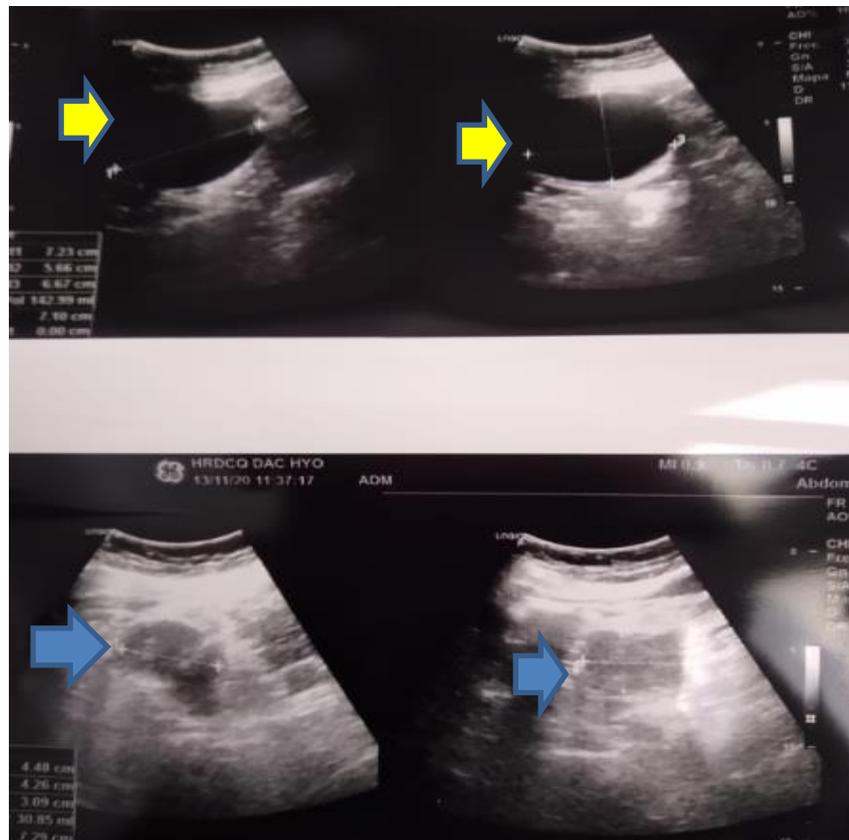


Fig. n° 01

En la Figura 01. las flechas amarillas muestran imagen anecogénica de contornos regulares que dejan refuerzo acústico posterior que mide 7.2 x 6.5 cm. En relación a quiste anexial derecho.

En la Figura 01. Las Flechas azules muestran la masa ecogénica de contornos regulares de ubicación probablemente mesentérica o de ubicación hepática, gastroduodenal, o posibilidad de ser de origen pancreático. Que mide 5.2 x 4.6 cm.

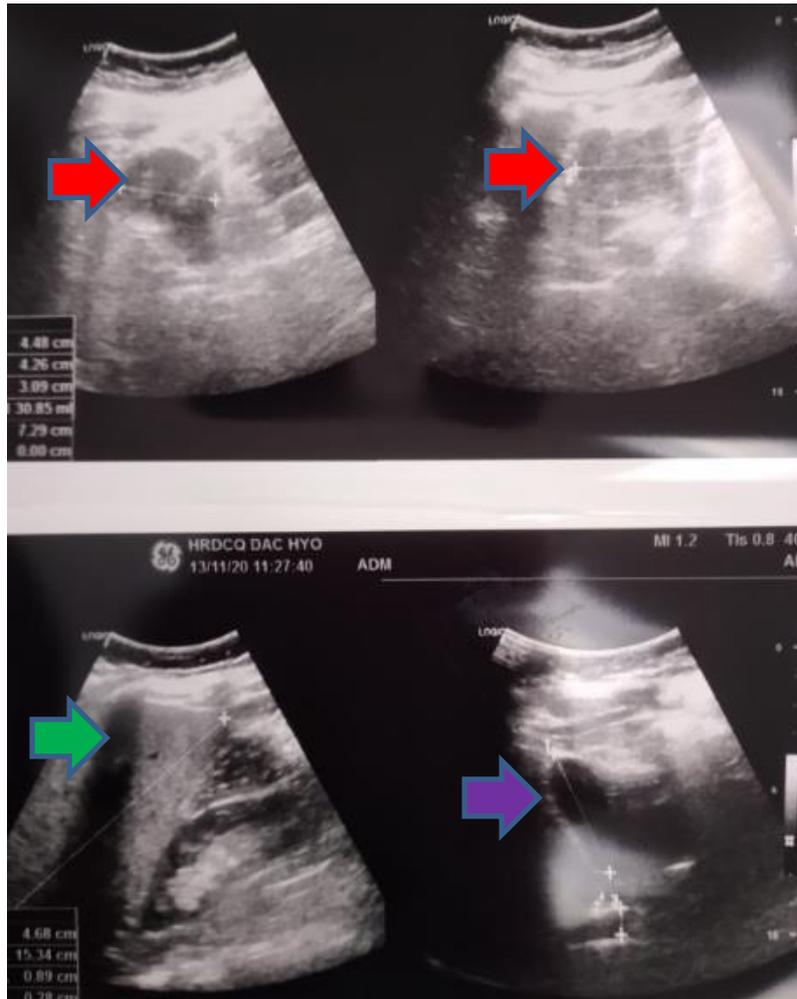


Figura n° 02

En la Figura 02. Las flechas rojas muestran la masa ecogénica de contornos regulares de ubicación probablemente mesentérica o de ubicación hepática, gastroduodenal, o posibilidad de ser de origen pancreático. Que mide 5.2 x 4.6 cm.

En la Figura 02. La flecha verde muestra la medida del lóbulo hepático derecho que mide 15.34 cm.

En la Figura 02. La flecha morada muestra la medida de la Vesícula Biliar, sin presencia de formaciones litíasicas en su interior.

3.2.2.4 Discusión de resultados de la Ecografía

Tras obtener los resultados ecográficos del estudio de la paciente, no se tiene un diagnóstico concluyente, y todavía no se puede determinar el plan de tratamiento a seguir.

No se tienen claro si la lesión es Hepática, o puede ser una masa tumoral que compromete el estómago y/o el duodeno, también existe la posibilidad de ser de origen pancreático. Por lo que se solicita la realización de una tomografía Abdominal con contraste.

Todo se está centrando en la determinación del diagnóstico de la masa intraabdominal ecogénica encontrada, y se está dejando de lado el quiste de ovario derecho que ya es muy grande y necesita tratamiento quirúrgico.

3.2.2. Tomografía Computarizada

Se realizó un estudio de Tomografía computada de abdomen completo con contraste endovenoso, las indicaciones son las mismas que para una ecografía, tener al paciente en ayunas de aproximadamente 6 horas, y 30 min antes del examen se toma aproximadamente 1 litro de agua con medio de contraste diluido para distender la luz del estómago y duodeno y poder apreciar además los contornos internos de estas estructuras al haber sido administrado medio de contraste por vía oral.

3.3.2.1 INFORME TOMOGRAFICO

Paciente: Vilma Huamán Yaranga **Edad:**44años

TC de abdomen realizado antes y después de la administración de contraste EV Y oral, graficado en plano axial y reformateo coronal y sagital con cortes de 3mm, muestra:

Hígado: tamaño conservado, morfología y densidad habitual, Parénquima homogéneo, no evidencia lesiones focales. Vías biliares intrahepáticas no dilatadas. Estructuras vasculares portales y suprahepáticas no evidencian alteraciones.

Vesicula Biliar: distendida, paredes delgadas, no se evidencian cálculos hiperdensos por esta modalidad de estudio no selectiva.

Páncreas: parénquima homogéneo, no se evidencian lesiones focales, colédoco intrahepático y conducto pancreático de adecuado calibre, no colecciones peripancreáticas.

Estomago: parcialmente distendido, paredes no evaluables, asas intestinales delgadas no muestran alteraciones significativas. Se evidencia engrosamiento mural de la primera porción del duodeno de hasta 6.8mm.

Riñones: tamaño y morfología habitual, adecuada concentración de contraste, parénquima corticomedular homogéneo, sin lesiones solidas ni quísticas; senos renales de morfología conservada, no se evidencian cálculos.

Bazo y adrenales: tamaño y configuración normal. No presentan lesiones focales.

Retroperitoneo: adecuada configuración de estructuras vasculares.

No se evidencian adenomegalias periaorticas ni iliacas proximales.

Colon: calibre normal, no se evidencian masas.

Se evidencia imagen tipo masa hipodensa, densidad de partes blandas, bordes lobulados, localizado en región anterior a la cabeza del páncreas, en íntimo contacto para esta, antro pilórico y primera porción del duodeno, el cual engloba a la arteria gastroduodenal sin estenosis; a la administración de contraste no muestra realce significativo, mide 49 x 49 x 79mm, volumen aproximado de 55 cc.

No se evidencia líquido libre en cavidad abdominopélvica.

Partes blandas de pared abdominal no muestra alteraciones.

Estructuras Oseas: muestra osteofitos anteriores y laterales a multinivel de columna dorsal y lumbar.

Incidentalmente se aprecia imagen ovoidea hipodensa de paredes delgadas y bordes bien definidos, depende del anexo derecho, mide 62 x 74 x 62 mm, volumen aproximado de 150cc.

IMPRESIÓN:

- MASA HOMOGÉNEA EN CAVIDAD ABDOMINAL EN RELACION CON TUMOR MESENTERICO, DENTRO DE LOS DIFERENCIALES CONSIDERAR MESENTERITIS ESCLEROSANTE VS TUMOR DESMOIDE VS LINFANGIOMA, AMERITA CORRELATO ANATOMOPATOLOGICO.

- LEVE ENGROSAMIENTO MURAL DE LA PRIMERA PORCION DEL DUODENO DE ASPECTO INFLAMATORIO, AMERITA CORRELATO ANATOMICO.
- INCIDENTALMENTE SE APRECIA QUISTE SIMPLE DE ANEXO DERECHO, CORRELACIONAR CON ULTRASONOGRAFIA ENDPCAVITARIA.

3.3.2.2 IMÁGENES DEL ESTUDIO TOMOGRÁFICO

Imágenes del estudio en la fase sin contraste



Fig. N°3: se puede apreciar un corte coronal del estudio tomográfico donde se aprecian la masa mesentérica y el quiste anexial derecho en un estudio abdominal sin contraste.

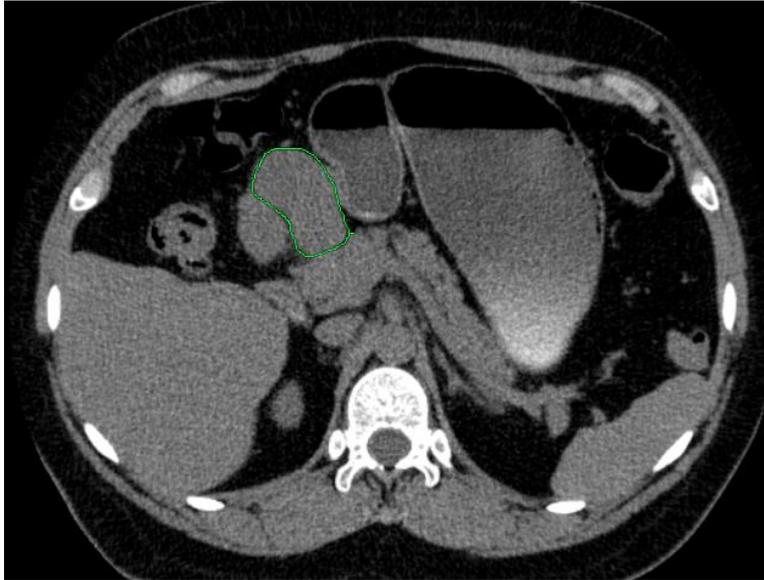


Fig N°4: en un corte axial de abdomen sin contraste se muestra la imagen de la masa mesenterica abdominala y se puede apreciar que no compromete estomago, duodeno ni higado.



Fig N°5: en un corte sagital de abdomen sin contraste se muestra la imagen de la masa mesenterica abdominal en la parte superior y se puede apreciar que no compromete estomago, duodeno ni higado. En la parte inferior se aprecia el quiste anexial derecho.

Imágenes del estudio en la Fase con contraste

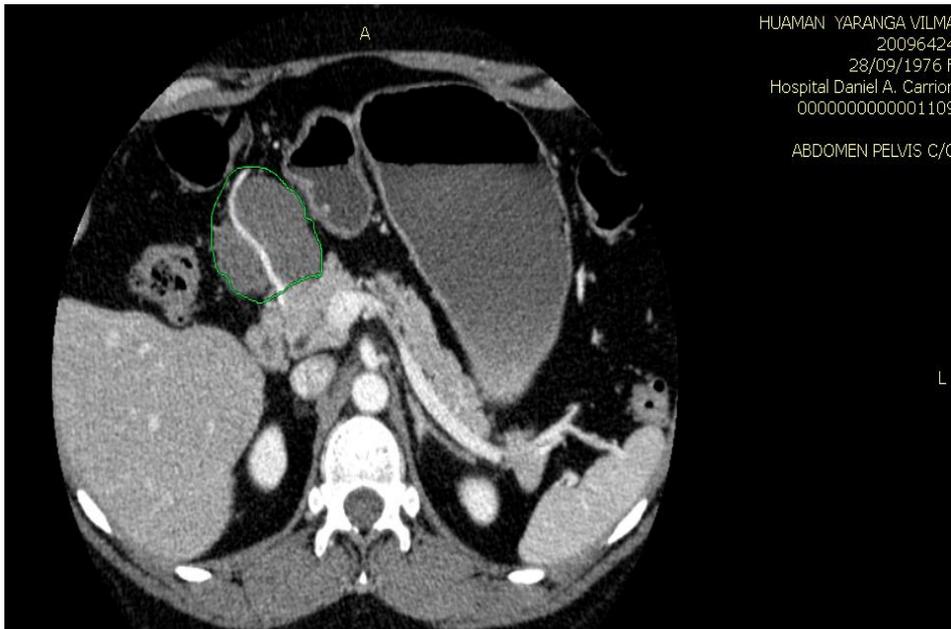


Fig N°6: en un corte axial de abdomen con contraste se muestra la imagen de la masa mesenterica abdominal en la parte superior y como pasa por el centro la arteria gastroduodenal sin estenosisarla, tambien se aprecia el realce de las estructuras vasculares.

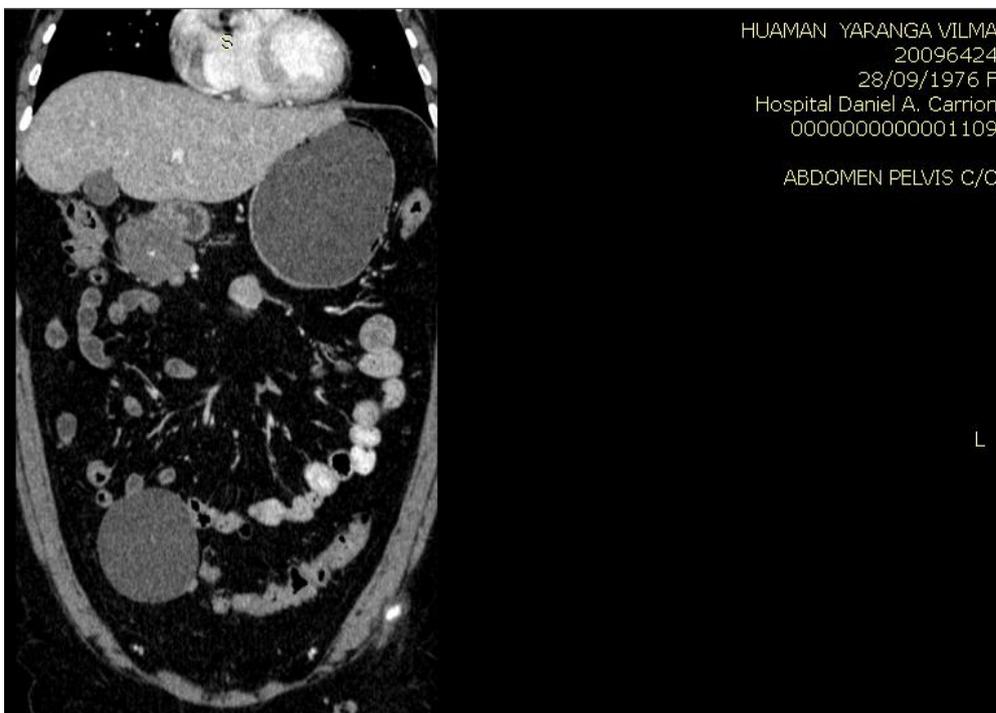


Fig., N°7

Fig N°7: en un corte coronal de abdomen con contraste se muestra la imagen de la masa mesenterica abdominal en la parte superior y como no tiene un realce significativo tras la administracion del medio de contraste; a nivel inferior se aprecia la imagen del quiste anexial derecho.



Fig N°8: en un corte coronal de abdomen con contraste se muestra la imagen de la masa mesenterica abdominal en la parte superior y se aprecia como no tiene un realce significativo tras la administracion del medio de contraste; a nivel inferior se aprecia la imagen del quiste anexial derecho. Tambiense aprecia el realce de las estructuras vasculares y el realce del parenquima renal derecho en su fase nefrográfica.

3.2.2.3 Discusión de los resultados de la Tomografía Computarizada

Luego de la realización del estudio tomográfico podemos definir que la masa encontrada no compromete estructuras como son el hígado, el estómago, el duodeno ni el páncreas que no eran concluyentes en el estudio ecográfico, también se puede inferir que la masa es de origen mesentérico y las masas mesentéricas son múltiples y de diversos

orígenes que no podríamos determinar mediante una tomografía computarizada, el diagnóstico diferencial lo debería realizar anatomía patológica.

Para la decisión sobre los estudios radiológicos recomendados para patologías de origen mesentérico vimos que la tomografía computada es más específica y sensible que la ecografía.

3.2.3. Resonancia Magnética

Se le realizó una Resonancia Magnética a la paciente en otra institución por lo que no tuvimos acceso a las imágenes, más si pudimos acceder al resultado del informe del estudio de resonancia magnética.

La resonancia Magnética es un estudio que utiliza medio de contraste que utiliza al gadolinio para su realización, para la realización del examen se necesita ayunas del paciente de aproximadamente 6 horas, no llevar objetos metálicos durante la realización del examen, el paciente tampoco debe llevar o tener marcapasos. Por qué el campo magnético que se genera durante la realización del examen podría causar serias complicaciones al paciente.

3.2.3.1 Informe de Resonancia Magnética:

Paciente: Vilma Huamán Rojas

Edad :44 años

CONCLUSION DEL ESTUDIO POR RESONANCIA MAGNETICA

Masa mesentérica de aspecto fibroso/fibromatoso según descripción, que no muestra carácter infiltrativo, hay otros pequeños nódulos de similares características en el aspecto superior de la grasa pararenal derecha y adyacente al borde inferior de la masa.

Se sugiere correlación histopatológica.

Hepatomegalia asociada a esteatosis difusa leve.

3.2.3.2 discusión de los resultados de Resonancia Magnética

Luego de la realización del estudio de Resonancia Magnética podemos apreciar que el diagnóstico no difiere mucho de los resultados obtenidos en la tomografía computarizada, podemos observar que como conclusión tenemos la presencia de una masa mesentérica que por los estudios radiológicos realizados a la paciente no se puede llegar a un diagnóstico diferencial, por lo que se solicita siempre una correlación histopatológica.

V. DISCUSION DEL CASO

De las diversas masas intraabdominales existentes, las de tipo mesentéricas son de las más difíciles de diagnosticar. principalmente porque son asintomáticos y en estadios avanzados recién van a tener una manifestación clínica importante.

En nuestra realidad la mayoría de personas puede realizarse una ecografía abdominal, al igual que los centros de salud de nuestra región al menos cuentan con este tipo de tecnologías, y el diagnostico de este tipo de lesiones que no son muy frecuentes depende mucho también del Profesional de la salud que realice el estudio ecográfico, Y como demostramos en el presente caso, la ecografía fue realizada por un Médico Radiólogo que por la experiencia y experticia pudo diagnosticar una lesión abdominal, mas no pudo determinar el origen de la lesión, pensando en varias posibilidades como por ejemplo una tumoración dependiente de estómago, duodeno, hepática o pancreática. Al no ser la ecografía el estudio ante este tipo de casos. En cambio, la Tomografía computada nos dio mayores alcances con respecto a la patología abdominal encontrada, logrando diferenciar el origen de la patología cosa que no se puede determinar ecográficamente, al igual que la resonancia magnética se llegó a la conclusión que se trata de una masa abdominal de origen mesentérico con la necesidad de corroborarlo mediante estudio anatomico patológico para ver el diagnostico diferencial.

En caso de la tomografía computada y la Resonancia magnética para el caso de los tumores de origen mesentérico, no tienen la sensibilidad

para poder dar un diagnóstico diferencial necesitando en ambos casos la correlación anatomopatológica.

VI. CONCLUSIONES

- Los estudios radiológicos son muy importantes para el diagnóstico de diversos tipos de patologías que padece nuestra población.
- La ecografía es un estudio muy útil y eficaz para el diagnóstico de las patologías de la vesícula biliar y las vías biliares, así como en el estudio obstétrico durante el embarazo, pero queda demostrado que no es muy eficaz en el caso de la patología de tipo mesentérico.
- La tomografía computada y la Resonancia Magnética son estudios que son muy sensibles y específicos para este tipo de patologías. En relación a la accesibilidad la tomografía computada es mucho más accesible por costos, accesibilidad y ubicación de estos equipos en relación a la Resonancia Magnética.
- Al ser la tomografía computada y la Resonancia magnética muy importantes para el estudio de las tumoraciones de origen mesentérico y así poder estudiar sus límites, si existe compromiso con otros órganos adyacentes, cosa que fue demostrada en el estudio de este caso. No son estudios sensibles para poder dar el diagnóstico diferencial en este tipo de tumores.

VII. RECOMENDACIONES

- Se ha demostrado que los estudios radiológicos son muy importantes, se recomienda poder realizarse los exámenes con equipos calibrados, en lugares confiables, y profesionales competentes.
- Realizarse una ecografía abdominal completa por lo menos una vez al año para poder evaluar patologías neoplásicas que generalmente son asintomáticas.
- Se ha demostrado que la tomografía computada y la Resonancia Magnética son estudios con alta sensibilidad y especificidad para el estudio de las patologías mesentéricas y muchas otras enfermedades, es por eso recomendable que sean realizados por Profesionales Tecnólogos Médicos preparados y con experiencia, de igual forma los informes radiológicos deben ser realizados por Médicos Radiólogos, no dejarse sorprender por muchos centros informales que existen en nuestra región.
- la tomografía computada y la Resonancia magnética en muchos casos no pueden dar el diagnóstico diferencial, por lo que es recomendable el trabajar con los equipos multidisciplinarios de salud, y así ser mucho más rápido y efectivo el diagnóstico de muchos tipos de enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Int. Francisco Riquelme M(1), Drs. Luis Vega P(2), Andrés O'Brien
masas mesentéricas: evaluación por tomografía computada. Revista
Chilena de Radiología. Vol. 15 N° 3, año 2010: 165-173.
2. Gabriel Medina-Donoso 1, Verónica Alexandra Angos-Mediavilla 2,
Sebastián Angos-Mediavilla 2. Tumorações del mesenterio como
causa de abdomen agudo: reporte de tres casos. Rev Med Vozandes
2018; 29: 33 – 37.
3. N. Romera Romera, M. Revelles Paniza, Á. Salmerón Ruiz, A.
Medina Benítez, F. Miras Azcón, J. García Espinosa; Granada/ES,
Peritoneo y mesenterio: Qué procesos patológicos podemos encontrar
y el amplio diagnóstico diferencial que nos plantean.
10.1594/seram2014/S-1291
4. Keyla M Pineda-Daboin,* María Isabel Rosas-García,** Gabriela
Rosas-García,*** Arturo Rosas-Uribe*, Linfomas en el mesenterio:
características clinicopatológicas en 30 pacientes venezolanos,
Patología 2010;47(1):29-34.
5. Elizabeth Barrera M.*, Alcides García B.***, Juan Ferrufino LI.*** Tumor
desmoide :Reporte de un caso, rev. gastroenterol. Perú 2005; 25: 288-
290.
6. G. Barrientos Fernández, R. Luque, Mialdea, J.A. Navascués del Río,
R. Sánchez Martín, J. Cerdá Berrocal, R. Martín Crespo, J. Vázquez.
Estévez* Tumores mesentéricos sólidos primarios en la edad

pediátrica: Aportación del abordaje laparoscópico en un caso de lipoma mesentérico. *An Esp Pediatr* 1999;50:175-176.

7. Casillas J, Saiz G, Grave J, Iparraguirre M, Morillo G. Imaging of Intra- and Extraabdominal Desmoid Tumors. *Radiographics* 1992; 11: 959-968.
8. Einstein D, Tagliabue J, Desai R. Abdominal Desmoid: CT findings in 25 atients. *Am J Roentgenol* 1991; 157: 275-279.
9. Burke A, Thomas R, Elsayed AI, Sobin L. Carcinoids of the jejunum and ileum: an immunohistochemical and clinicopathologic study of 167 cases. *Cancer* 1997; 79(6): 1086-1093.
10. Kawashima A, Goldman S, Fishman E, Kuhlman J, Onitsuka H, Fukuya T, et al. CT of intraabdominal desmoid tumors: ¿is the tumor different in patients with Gardner's disease? *Am J Roentgenol* 1994; 162(2): 339-342.
11. Whitley N, Bohlman M, Baker L. CT patterns of mesenteric disease. *J Comput Assist Tomogr* 1982; 6(3): 490-496.
12. Derchi L, Solbiati L, Rizzatto G, De Pra L. Normal anatomy and pathologic changes of the small bowel mesentery: US appearance. *Radiology* 1987; 164(3):649-652.
13. Francis I, Dorovini-Zis K, Glazer G, Lloyd R, Amendola M, Martel W. The fibromatose: CT-pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 1986; 147(5): 1063-1066