

Paciente de 16 años con cirrosis biliar primaria que se presenta con ascitis, circulación venosa colateral en cabeza de medusa en abdomen y signos de hipertensión portal.

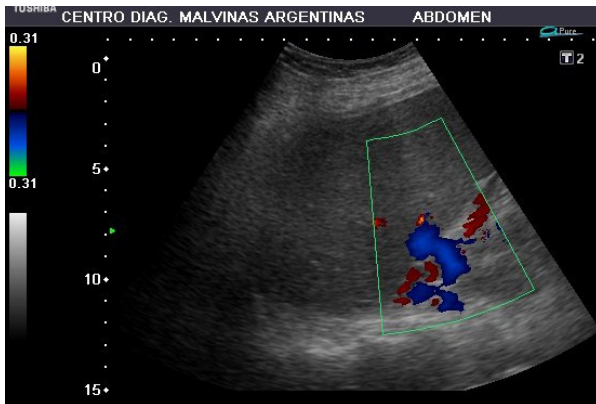


Figura 1 Hígado de ecoestructura homogénea, con patrón microneodular, sin nódulo dominante. Visualización vascular intrahepática disminuida. Vena porta con flujo hepatofugo (azul = se aleja del transductor).

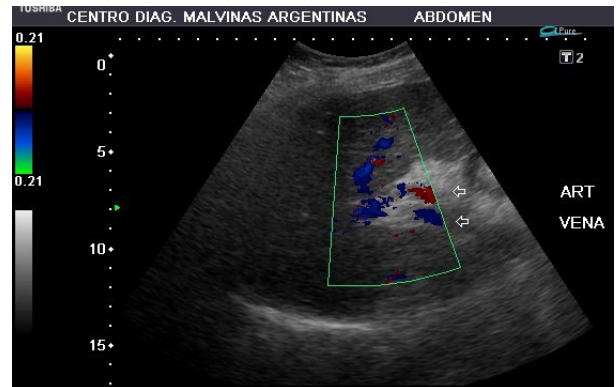


Figura 2 Hilio hepático. Corte longitudinal de la Vena porta principal y la arteria hepática. Normalmente ambas llevan flujo hacia el hígado (hepatópeta). Deberían verse ambas del mismo color. Obsérvese que en este caso la vena porta presenta flujo invertido (azul) y la arteria hepática en paralelo con flujo que se acerca al transductor (rojo).

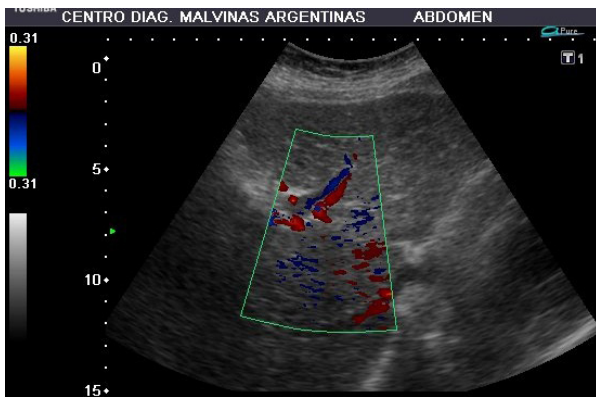


Figura 3 Ramas intrahepáticas de la vena porta y la arteria hepática. Lóbulo izquierdo. Ambos elementos vasculares deberían presentar la misma dirección de flujo. En este caso, se demuestra como las ramas intrahepáticas de la vena porta también tienen flujo hepatofugo (azul).

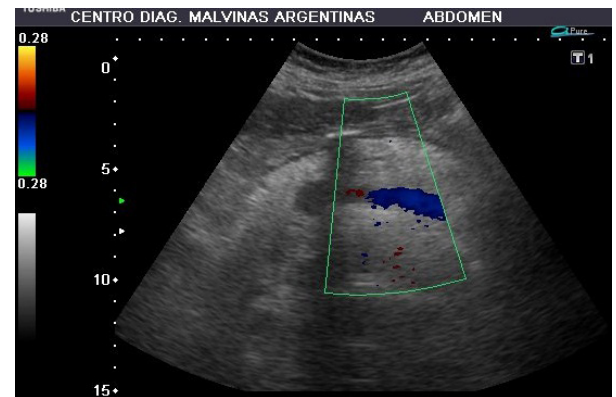


Figura 4 Vena esplénica a nivel retropancreático. Presenta dirección de flujo invertida (azul = se aleja del transductor), es decir que lleva flujo hacia shunts esplenorreñales.

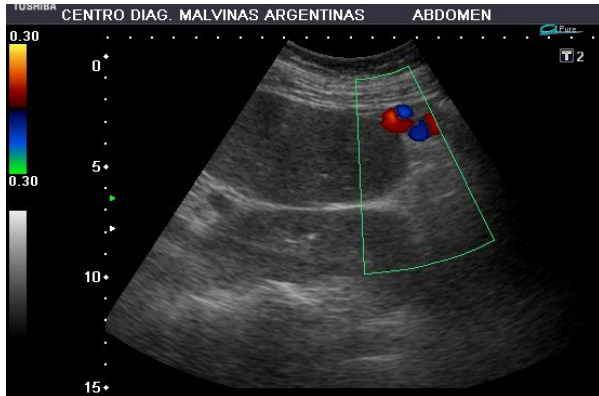


Figura 5 Colaterales porto-cava dilatadas a nivel subhepático correspondientes a venas gástricas.

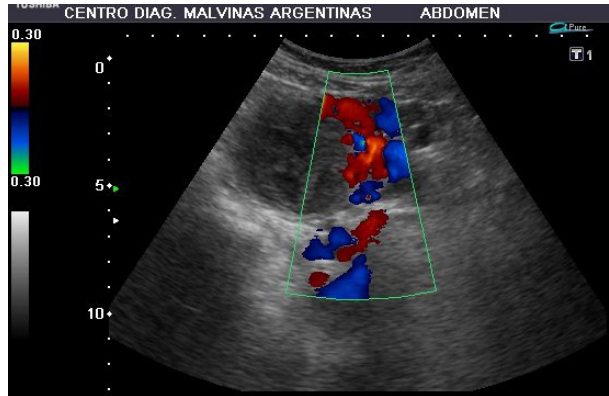


Figura 6 Marcado varicocele uterino en una adolescente nulípara de 16 años. Circulación colateral porto-cava.

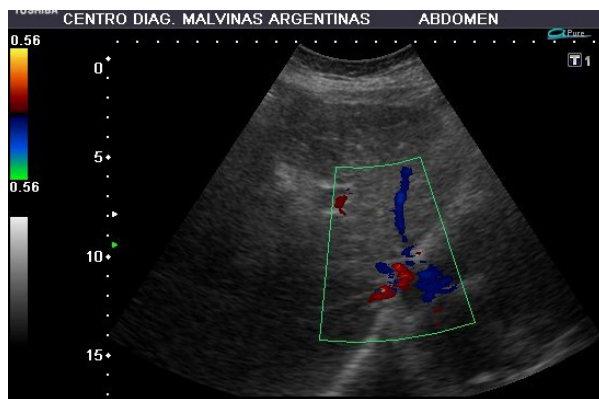


Figura 7 Venas suprahepáticas de calibre disminuido y visualización escasa. Podrían ser secundarias a compresión extrínseca por el parénquima hepático fibroso y endurecido (cirrosis).



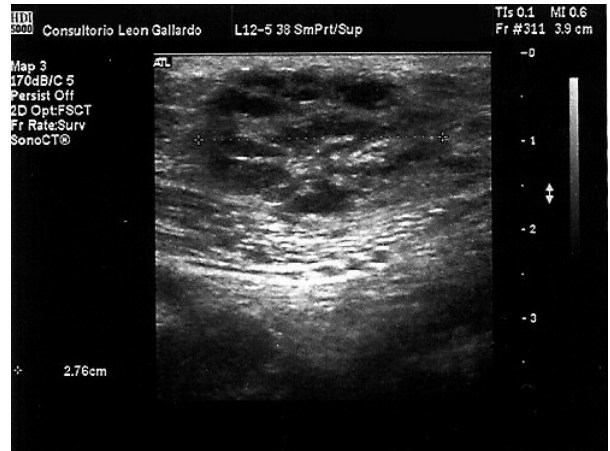
Figura 8 Pared vesicular engrosada y con signos de edema. ¡Cuidado! ¡No confundir con signos de colecistitis alitiásica! En realidad, estos hallazgos son comunes de observar en pacientes con hipertensión portal, debido a dificultad en el drenaje venoso de la vesícula y a la hipoalbuminemia propia de estos pacientes.

Julieta R. Crosta
julicro@gmail.com

Alexander Ilarri

Paciente con antecedente de cesárea hace dos años que presenta tumoración palpable dolorosa a nivel de la cicatriz, de coloración azulada. Refiere que con cada ciclo menstrual aumenta de tamaño y se intensifica el dolor. Se realiza ecografía de partes blandas a nivel de la pared abdominal visualizándose una imagen nodular, hipoeoica, heterogénea, con refuerzo de los ecos posteriores, de 27 mm, ubicada a 2 mm de la piel compatible con endometriosis en la cicatriz de cesárea; el diagnóstico fue corroborado por anatomía patológica.

Sonia Mulazzi
sammulazzi@gmail.com



Ascaris en la vesícula biliar.

Martín Horenstein
martinhorenstein@hotmail.com



Corte longitudinal de la vena cava inferior. Se observan dos imágenes redondeadas y anecoicas que levantan la pared posterior de la vena cava inferior (Figura 1). Con el Doppler color se visualiza la vena cava inferior (rojo y azul pasando por interlínea negra, normal para su flujo trifásico) y las dos estructuras anecoicas (rojas). Compatible con arteria renal derecha doble.

