

MANEIG DE LES PRINCIPALS TROBALLE ECOGRÀFIQUES

CONSENS
Octubre 2018



abs santa eugènia de berga

Colelitiasi asimptomàtica: criteris de derivació i consens de cirurgia



abs santa eugènia de berga



A. Nieto
novembre 2016

Indicació cirurgia en pacients asimptomàtics

- Risc augmentat de càncer vesícula biliar
 - drenatge pancreàtic anòmal (alteració anatòmica)
 - adenomes vesícula biliar (veure pòlips)
 - **vesícula de porcellana**
 - **litiasi > 3 cm**
 - zones amb risc: xile, bolivia
- Malalties hemolítiques: anèmia de cèl·lules falciformes i esferocitosi.
- Bypass gàstric. controvertit. tenen 30% més de pedres.

Discutit:

- Immunosupressió (ciclosporina A i tacrolimus són prolitogènics)

Per la resta, millor esperar a que vinguin símptomes (GR 1C)

Colelitiasi asimptomàtica en DM2: tampoc

Tenen més risc de fer colecistitis, però el balanç risc-benefici no és favorable:

Estudi 70 pacients amb litiasi seguits 5 anys:

- 47 (70%) asimptomàtics a l'inici, 23 amb còlic biliar
- 10% dels asimptomàtics van fer còlics biliars i 4% altres complicacions (similar a població general)
- dels simptomàtics 40% van fer còlics biliars i 8% colecistitis

Assimptomàtic? dispepsia biliar?

a [l'AMF](#) diu q "La dispepsia biliar que con frecuencia suele aparecer en estos pacientes (amb colelitiasi) (intolerancia a las grasas, flatulencia, digestiones pesadas, etc.) no es específica de este proceso y su desaparición tras la colecistectomía no está asegurada¹. "

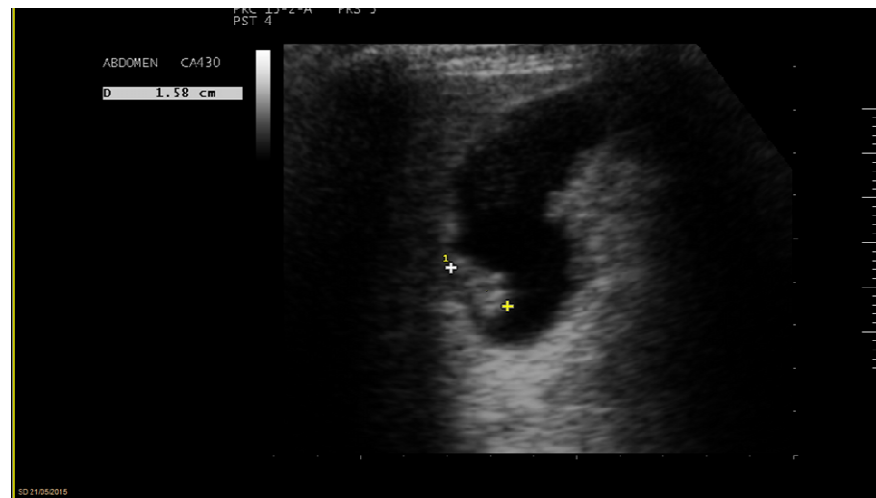
a [l'uptodate](#) surt com

- [disfunció de l'esfínter d'oddi](#): poden tenir elevació transaminases, FA, amilasa o lipasa.
- [trastorn funcional de vesícula biliar](#): diagnòstic exclusió. es pot fer colecistingrafia CCK-estimulada.

Estudi [danés WGO](#): símptoma amb millor predicció de colelitiasi:

- Homes: dolor nocturn a HCD
- Dones: dolor fort i pressiu amb menjars greixosos.

POLIPOSI VESÍCULA BILIAR



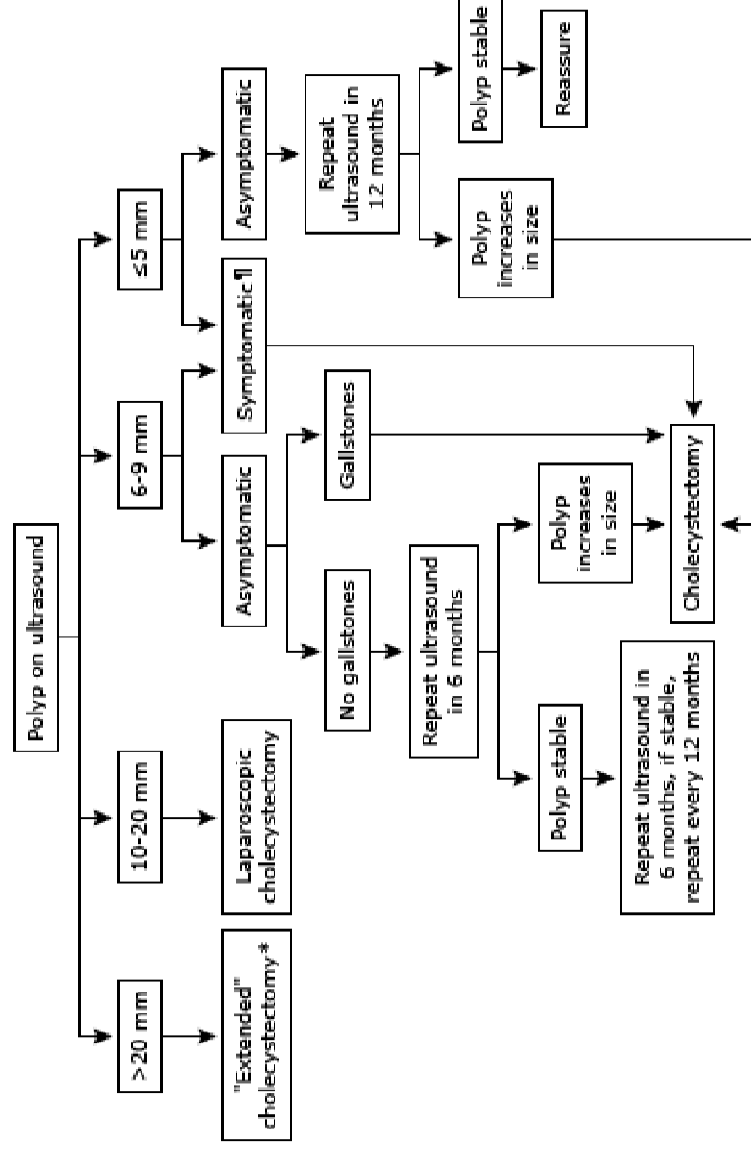
abs santa eugènia de berga

Pauta d'actuació

Pacients **simptomàtics** amb pòlips

- clínica de còlic biliar: es recomana colecistectomia
- dispèpsia: maneig conservador (sempre i quan no tinguin altres criteris de risc)

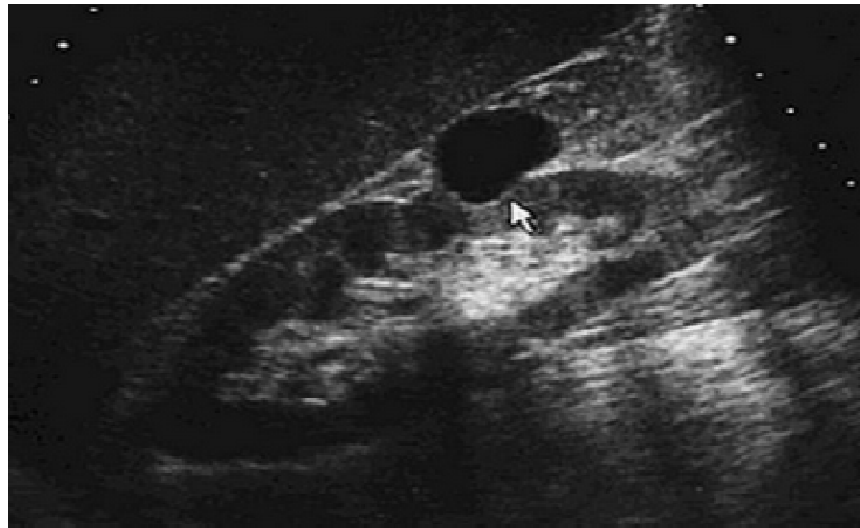
A suggested algorithm for managing gallbladder polyps found on ultrasound



* An extended cholecystectomy includes lymph node dissection and partial hepatic resection in the gallbladder bed.

¶ Symptoms: Biliary type pain, common duct obstruction, cholangitis, or recurrent pancreatitis. Dyspepsia is not an indication for surgery.

QUISTS RENALS



abs santa eugènia de berga

Classificació dels quists renals (Bosniak 1986)

Bosniak 1

- Quist benigne no complicat
- Reforç acústic posterior
- Forma rodona o oval, paret prima i suau
- Contingut anecoic
- Sense calcificacions, augment o engruiximent de la paret
- **Percentatge malignitat:: ~0%. NO CAL SEGUIMENT**

Bosniak 2

- Mínimament complexes
- Septes interns de menys d'1 mm (cabell prim)
- Calcificacions fines dins del septe o de la paret
- Poden ser hiperdensos (dipòsit proteïnes, sagnat), sense reforç acústic posterior, <3 cm de diàmetre
- **Percentatge malignitat:: ~0%. NO CAL SEGUIMENT**

Bosniak 2F






- Mínimament complexes
- Més septes interiors, una mica més engruixits que un cabell i/o paret lleument engruixida
- Poden tenir calcificacions interiors
- Quist hiperdens > 3 cm de diàmetre, majoritàriament intrarenal
- Percentatge malignitat:: ~5%. SEGUIMENT PER TC/RADIÒLEG (aprox. 6 MESOS)

Bosniak 3

- Engruiximent uniforme de la paret (paret mesurable) / nodularitats visibles
- Calcificació gruixuda i/o irregular
- Septes gruixuts
- Percentatge malignitat:: 50-70%

Bosniak 4

- massa sòlida, grans components quístics i/o necròtics.
- Marges irregulars amb nòduls
- Percentatge malignitat: >90-95%

Característica	BOSNIAK 1	BOSNIAK 2	BOSNIAK 2F	BOSNIAK 3	BOSNIAK 4
Calcio	A	+	++	- / ++	- / ++
# Septos	A	+	++	- / +++	- / +++
Grosor de septos ó mural	A	Fino	Fino o ME	Engrosados	Engrosados
Realce de septos ó mural	A	A	A o RNM	+	++ o Nódulos que realcen
Gráfico					
% Malignidad	0%	0%	5%	50-70%	95-100%
Manejo	Ninguno	Ninguno	Seguimiento o Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento
A: Ausencia	+ : Presencia				
RNM: Realce no medible	- : La característica no afecta la gradación Bosniak				
	ME: Mínimo engrosamiento				
	Fino: Definido como el grosor de un cabello				

Seguiment:

UpToDate® 2017: Simple and complex renal cysts in adults. Authors Jonathan B Kruskal, MD, PhD
Jerome P Richie, MD.

- No cal seguiment pels quists I i II de Bosniak. Si no es pot distingir clarament entre II i IIF cal fer imatges de seguiment.
- En quists IIF cal tenir imatges prèvies per comparar. Si no n'hi ha cal estudi amb RMN preferentment.
- En quists III cal tenir imatges prèvies per comparar. Si no n'hi ha cal estudi amb RMN preferentment, cal vigilància contínua per imatge o bé IQ (discussió segons el clínic que la porta)
- Quists IV requereixen cirurgia.

PROPOSTA D'ACTUACIÓ A AP

- Quists Bosniak 1: no cal ecografia de control.
- Quists Bosniak 2: ecografia de control a AP als 3-6 mesos. Si no hi ha canvis, deixar de fer seguiment.
- Quist Bosniak 2F: ecografia de control al CAP Osona als 3-6 mesos.
- Quists Bosniak 3 i 4 derivar HGV.

ANGIOMIOLIPOMES RENALS



abs santa eugènia de berga

Angiomiolipoma (hamartoma): tumoració benigna a nivell de cortical renal formada per vasos, greix i múscul llis.

La majoria són solitaris, + freq en dones de 40-50 anys
Algun cop associats a esclerosi tuberosa (gent més jove, múltiples, bilaterals)

Clínica:

- asimptomàtics (si < 4 cm en el 85% de casos)
- dolor abdominal
- hemorràgia local
- massa palpable
- shock hemodinàmic

Seguiment:

UpToDate® 2017: Renal angiomyolipomas Authors Vicente E Torres, MD. York Pei, MD.

Tots els pacients amb AML han de fer seguiment per imatge per avaluar l'estabilitat.

El seguiment es fa per ecografia, utilitzem l'ecografia renal en comptes de TC o RM ja que és més segur, i no hi ha dades que suggereixin que la TC o el RM són més beneficioses.

La freqüència depèn de la mida de l'AML:

- <2 cm - Seguiment ecogràfic cada tres o quatre anys (creixement molt lent).
- 2 a 4 cm -seguiment ecogràfic anual
- >4 cm han de ser intervinguts. Si no s'opera, cal seguiment ecogràfic als 6 mesos i posteriorment anual si és estable

PROPOSTA D'ACTUACIÓ A AP

- AML < 2 cm cal nova ecografia a AP en un plaç de 6-12m. Si hi ha estabilitat de mides caldrà seguiment ecogràfic a AP cada 3-4 anys.
- AML 2-4 cm cal seguiment ecogràfic anual. Proposem que el primer control es faci als 6-12 mesos per part del radiòleg del CAP Osona, si persisteix estable els controls anuals es poden fer a AP.
- AML > 4 cm han de ser avaluats a HGV per valorar IQ. Si no s'opera, cal seguiment ecogràfic als 6 mesos i posteriorment anual si és estable (HGV)

HEMANGIOMES HEPÀTICS



abs santa eugènia de berga

Hemangioma: tumoració benigna mesenquimal hepàtica formada per cavernes vasculars i septes.

La majoria són solitaris, però en un 40% de casos poden ser múltiples.

Més freqüents en dones 30-50 anys

Prevalença de 0,4 al 20%

Clínica:

- Els menors de 5 cm habitualment són asimptomàtics
- Dolor abdominal ocasional
- Abdomen agut si es trombosen o sagnen
- Kasabach-Merritt: tumor vascular + plaquetopènia + coagulopatia per consum

Seguiment:

UpToDate® 2017: Hepatic hemangioma. Authors Michael P Curry, MD. Sanjiv Chopra, MD

Poc distingibles d'algunes lesions malignes de fetge (hepatocarcinoma, M1).

Per valorar seguiment mana **CLÍNICA i ANTECEDENTS**.

Sospites de neo o antec de CH cal altres proves d'imatge per assegurar diagnòstic

En pacients **asimptomàtics i sense antecedents** i hemangiomes < 1,5 cm es recomana repetir ecografia en 3-6m i si és estable, tranquilitzar i no cal seguiment.

Hemangiomes de <5 cm cal assegurar el diagnòstic i si és estable als 6-12m tampoc cal seguiment.

Hemangiomes >5 cm, sobretot si són subcapsulars, cal seguiment anual per TC, ja que el baix risc de sagnat no justifica la cirurgia

Pacients amb **síntomes** de compressió extrínseca i/o dolor abdominal cal plantejar-se cirurgia.

Seguiment:

Guía de práctica clínica de la EASL sobre el tratamiento de los tumores hepáticos benignos 2016 (Journal of Hepatology) ☆ European Association for the Study of the Liver

- Tumors < 3 cm en pacients asimptomàtics i sense malaltia hepàtica, amb ecografia típica (hiperecogènica homogènea, margenes bien definidos, intensificación posterior y ausencia de signo de halo), l'ecografia és suficient per establir diagnòstic.
- Si malaltia hepàtica i/o sospita clínica en pacients oncològics caldran estudis d'imatge amb contrast (CEUS, TC o RM)
- Donat el curs benigne no és necessari un seguiment amb tècniques de diagnòstic per imatge en l'hemangioma típic
- L'embaràs i els anticonceptius orals no estan contraindicats
- En casos típics és apropiat un tractament conservador
- En presència de clínica o creixement cal estudi per unitat especialitzada.

PROPOSTA D'ACTUACIÓ A AP

VALORAR **CLÍNICA I ANTECEDENTS DE NEOPLÀSIA O MALALTIA HEPÀTICA**

- Sospites de neo o antec de malatia hepàtica o clínica sospitosa cal altres proves d'imatge amb contrast per assegurar diagnòstic, per tant, **derivació CHV**

PACIENTS ASIMPTOMÀTICS I SENSE MALALTIA HEPÀTICA CONEGUDA

- Tumor de <1,5 cm amb ecografia típica **repetirem l'ecografia als 3-6 mesos a AP**. Si estable de tamany no cal seguiment.
- Tumor d'1,5 a 3 cm caldrà **repetir ecografia a CAP Osona als 3-6 mesos**. Si estable de tamany tampoc cal més seguiment.
- Tumors de 3 a 5 cm cal demanar al radiòleg si vol fer exploracions complementàries per assegurar diagnòstic. Si es confirma hemangioma i es manté estable als 6-12 mesos tampoc cal seguiment.
- Tumors de >5 cm cal seguiment anual per TC.