

Entendiendo PI-QUAL para la calidad de la RM de próstata: un manual práctico para radiólogos

Resumen

La resonancia magnética de próstata (RM) de alta calidad diagnóstica es una clave determinante tanto para detectar como para excluir cáncer de próstata. Una alta resolución especial adecuada en secuencias potenciadas en T2, buenas imágenes ponderadas en difusión y secuencias dinámicas con contraste de alta relación señal/ruido son el requisito previo para un estudio de RMN de próstata de alta calidad. El índice Calidad de Imagen Prostática (PI-QUAL) se creó para valorar la calidad diagnóstica del estudio frente a un conjunto de criterios objetivos como las recomendaciones del Sistema de Datos e Imágenes de la Próstata, junto con criterios obtenidos de la imagen. El índice PI-QUAL es una escala de 1 a 5 donde el valor 1 indica que las secuencias de RM (potenciadas en T2, difusión y las secuencias con contraste) están por debajo del estándar mínimo de calidad diagnóstica, un valor de 3 significa que el estudio tiene suficiente calidad diagnóstica, y un valor de 5 implica que las tres secuencias tienen calidad diagnóstica óptima. El objetivo de esta revisión educativa es proporcionar una guía práctica para valorar la calidad de la RM de próstata empleando PI-QUAL y familiarizar al radiólogo y a todos los implicados en valorar RM de próstata con el sistema de puntuación. Se presentan también una variedad de imágenes para demostrar la diferencia entre estudios de RM prostática subóptimos y buenos.

Palabras clave

- Cáncer de próstata
- Resonancia magnética
- Calidad de imagen
- Índice PI-QUAL

Puntos clave

- PI-QUAL representa el primer sistema de puntuación disponible para valorar calidad de RM de próstata
- PI-QUAL refuerza la confianza de los clínicos en la RM de próstata para determinar la actitud con el paciente
- PI-QUAL es la base de futuros trabajos y se someterá a perfeccionamientos futuros.

Carcinoma de ovario seroso epitelial de bajo grado: revisión y actualización para los radiólogos

Resumen

El carcinoma seroso de bajo grado (CSBG) es un tipo infrecuente de cáncer de ovario, que representa el 5% de las neoplasias epiteliales. Este subtipo de cáncer de ovario tiene características moleculares, patogénicas, de comportamiento clínico, respuesta a la quimioterapia y pronóstico diferentes a las del carcinoma seroso de alto grado (CSAG). Es fundamental diferenciar el CSBG de otros tumores serosos de ovario para guiar el manejo clínico, y en la actualidad solo es posible con la histología. Sin embargo, las imágenes radiológicas pueden ofrecer pistas que permiten distinguir el CSBG de otros tumores, y posibilitan la estadificación y el seguimiento tras el tratamiento de los cánceres de ovario. Típicamente los CSBG aparecen como lesiones mixtas con proyecciones papilares y componentes sólidos, en proporciones diferentes a las de los tumores serosos borderline y el CSAG. Un hallazgo frecuente en los CSBG son los cuerpos calcificados extracelulares, conocidos como cuerpos de psamoma, que se detectan frecuentemente en las adenopatías y metástasis asociadas a este tipo de tumor. El realce en las imágenes de resonancia magnética también desempeña un papel esencial para calcular la probabilidad de malignidad de estas lesiones. Por todo ello revisaremos y actualizaremos los hallazgos en los diferentes métodos de imagen y las características clinicopatológicas de los CSBG, para que los radiólogos se familiaricen con ellos y estrechen el diagnóstico diferencial cuando se encuentren ante este tipo de tumores.

Palabras clave

- Carcinoma seroso de bajo grado
- Carcinoma epitelial de ovario
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética
- Imagen

Puntos clave

- El carcinoma seroso de bajo grado (CSBG) es un subtipo infrecuente de cáncer de ovario.
- Los hallazgos de imagen pueden sugerir el diagnóstico de CSBG.
- Pueden verse cuerpos psamomatosos en los tumores serosos o en las metástasis de CSBG.

- Los patrones de realce en la RM pueden ayudar a discriminar entre tumores de ovario benignos, borderline y malignos.
- Los modelos predictivos de malignidad contribuyen al diagnóstico precoz del cáncer de ovario.

Lesiones de alto riesgo de la mama: herramientas de diagnóstico concurrentes y recomendaciones de manejo

Resumen

Las lesiones mamarias con potencial maligno incierto, también conocidas como lesiones de alto riesgo o B3, agrupan una variedad de patologías con diferentes riesgos de malignidad asociada. Si bien anteriormente se prefería la resección quirúrgica de todas las lesiones de alto riesgo, se ha favorecido cada vez más el manejo personalizado para reducir el sobretratamiento y evitar a los pacientes una ansiedad innecesaria o el costo económico de atención médica asociada a la cirugía. El propósito de este trabajo es proporcionar al lector una visión precisa de las principales lesiones de alto riesgo de la mama: proliferación epitelial intraductal atípica (hiperplasia ductal atípica), neoplasia lobulillar (incluidas las subcategorías carcinoma lobulillar in situ e hiperplasia lobulillar atípica), atipia epitelial plana, cicatriz radial y lesiones papilares y tumor filodes. Más allá de la mera presentación de los aspectos radiológicos de estas lesiones y la literatura reciente, se aporta información sobre sus posibles tasas de malignización con el fin de proporcionar una guía útil para el manejo clínico adecuado evitando los riesgos de intervenciones quirúrgicas innecesarias (sobretratamiento).

Palabras clave

- Lesiones de alto riesgo
- Ecografía
- Mamografía
- Lesiones B3
- Imagen mamaria

Puntos clave

- Las lesiones B3 son patologías diversas con diferentes riesgos de malignización asociada.
- Se ha favorecido cada vez más el manejo personalizado de las lesiones B3 para reducir el sobretratamiento.
- La mayoría de los pacientes con lesiones de alto riesgo pueden evitar someterse a una escisión quirúrgica.

¿Los oncólogos prefieren los informes de radiólogos subespecializados? Un estudio de atención de calidad

Resumen

Introducción

El objetivo principal fue evaluar si los informes de TC de radiólogos subespecializados en imágenes oncológicas responden mejor a las derivaciones oncológicas que los de radiólogos generales. El objetivo secundario fue evaluar las diferencias en las calificaciones entre oncólogos senior y junior. Se seleccionaron retrospectivamente 200 informes radiológicos de pacientes oncológicos, de los cuales 100 fueron redactados por radiólogos subespecializados y radiólogos generales, respectivamente. Los oncólogos senior y junior calificaron los informes de TC con la escala Likert de 1 a 5 (1 = muy deficiente, 5 = excelente) para los detalles anatómicos, interpretación de hallazgos, necesidad de más explicaciones, idoneidad de las conclusiones y satisfacción general. Las comparaciones entre calificaciones asignadas a los informes se realizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney y la concordancia entre oncólogos se evaluó mediante el coeficiente de Gwet.

Resultados

Las calificaciones de los oncólogos fueron significativamente más altas para los informes de radiólogos subespecialistas ($P < 0,01$), y los valores medios de ambos oncólogos fueron más altos para los informes de subespecialidades ($P < 0,001$). La concordancia entre oncólogos senior y junior en la calificación de los informes de radiólogos generales y subespecialistas fue de moderada a sustancial (0,5986-0,6788) o sustancial a casi perfecta (0,6958-0,8358).

Conclusión

Según oncólogos senior y junior, los informes de TC de radiólogos subespecializados en imágenes oncológicas son más claros, precisos y apropiados en la interpretación y las conclusiones, que los informes realizados por radiólogos generales. Asimismo, la satisfacción general del oncólogo con un informe radiológico subespecializado es mayor.

Palabras clave

- Informe de radiología
- Subespecialidad de radiología
- Imágenes oncológicas
- Calidad

Puntos clave

- Los radiólogos subespecializados en imágenes oncológicas informan mejor los detalles anatómicos y la terminología.
- Los radiólogos subespecializados interpretan mejor los resultados de las imágenes y extraen conclusiones adecuadas.
- Los oncólogos prefieren los informes realizados por radiólogos subespecializados que los de radiólogos generales.

Importancia del signo del vaso intranodular en nódulos pulmonares en vidrio deslustrado benignos y malignos

Resumen

Objetivo

La presencia de vasos pulmonares en el interior de nódulos en vidrio deslustrado (NVD) de diferente naturaleza es frecuente. El objetivo fue revelar la importancia de vasos pulmonares mostrados en NVD en su diagnóstico y diagnóstico diferencial.

Resultados

149 NVD malignos y 130 benignos confirmados tras cirugía se inscribieron retrospectivamente en este estudio. Hubo diferencias significativas en tamaño, forma, interfaz nódulo-pulmón, tracción pleural, lobulación y espiculación ($p < 0,05$) entre NVD benignas y malignas. En comparación con NVD benignos, vasos intranodulares fueron más comunes en NVD malignos (67,79% frente a 54,62%, $p = 0,024$), mientras que las categorías vasculares fueron similares ($p = 0,663$). Después de ajustar el tamaño del nódulo y la distancia entre el centro del nódulo y pleura adyacente [relación distancia-radio, RDR], la presencia de vasos internos fue similar. El número de vasos intranodulares se correlacionó positivamente con el diámetro nodular y RDR. Cambios vasculares fueron más frecuentes en NVD malignos que en benignos (52,48% frente a 18,31%, $p < 0,0001$), y se manifestó principalmente como distorsión y/o dilatación de venas pulmonares (61,19%). La tasa de ocurrencia, número y cambios de vasos internos no tuvieron diferencias significativas entre las lesiones invasivas y preinvasivas ($p < 0,05$).

Conclusiones

La incidencia de vasos internos en NVD se relaciona principalmente con su tamaño y distancia entre nódulo y pleura en lugar de con la naturaleza patológica. Sin embargo, los NVD con dilatación o vasos internos distorsionados, especialmente venas pulmonares, tienen mayor probabilidad de malignidad.

Palabras clave

- Nódulos en vidrio deslustrado
- Vasos
- Tomografía computarizada
- Diagnóstico diferencial

Puntos clave

- Los vasos pulmonares se detectan comúnmente en nódulos en vidrio esmerilado benignos y malignos.
- La incidencia de vasos internos en nódulos en vidrio deslustrado se relaciona principalmente con su tamaño y distancia entre nódulo y pleura.
- Los nódulos en vidrio deslustrado con vasos internos dilatados o distorsionados, especialmente venas pulmonares, tienen una mayor posibilidad de malignidad.