

Hallazgos radiológicos emergentes en pacientes arribados en pateras: rol de la TC en la detección precoz de complicaciones.

Alejandro Peñate Medina¹, Valentina González Pérez¹, Angela del Pino Hernández Pérez¹, Miguel Genesca Gómez¹, Vicente Serrano Romero de Ávila¹

¹Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción

El número de asistencias al Servicio de Urgencias Canario (SUC) continúa en progresivo ascenso. En particular, en la isla de Gran Canaria se estiman unas 152.196 incidencias en 2025, lo que supondría un aumento del 0.7% respecto al año anterior [1].

Introducción

Estas cifras contrastan con las de los migrantes provenientes de pateras y cayucos, que han experimentado un descenso notable respecto a los años anteriores (desplome en torno al 60% respecto a 2024) [2]. No obstante, a pesar de esta tendencia a la baja, la complejidad sanitaria de estos pacientes se mantiene patente, debido a las duras condiciones de su travesía marítima. Asimismo, presentan hallazgos clínico-radiológicos variopintos, para los cuales, es necesaria una alta sospecha diagnóstica con el fin de una detección y manejo precoces de las posibles complicaciones, infiriendo drásticamente en la morbimortalidad.

Introducción

España (ya que forma parte de la Comunidad Europea), especialmente el archipiélago canario (debido a su situación de vecindad topográfica), continúa siendo la puerta de entrada a Europa para la mayoría de migrantes, lo que refuerza aún más la necesidad de una amplia comprensión integral de estos pacientes, con características particulares. Para este fin, se realiza una revisión de algunos de los signos más representativos por región anatómica, exponiendo algunos hallazgos recopilados de nuestro centro sanitario terciario (CHUIMI), así como una revisión de los publicados en la literatura.

Objetivos

- Analizar descriptivamente los principales hallazgos radiológicos por región anatómica de los migrantes que acuden al servicio de urgencias provenientes de travesías marítimas en pateras/cayucos.
 - Inferir en los signos claves y de relevancia para el médico clínico, con el fin de conseguir un manejo prioritario, precoz y adecuado.
-

Materiales y Métodos

- Tipo de estudio: revisión iconográfica (serie de casos).
- Protocolo del estudio:
 - TC de cráneo antes y tras la administración de CIV (en fase venosa: 45").
 - TC de cuello sin o con CIV (en fase venosa: 70").
 - TC de tórax tras la administración de CIV (en fase arterial: 30" y/o venosa: 65").
 - TC de abdomen-pelvis tras la administración de CIV (en fase arterial: 30" y/o venosa: 65").
 - TC de extremidades tras la administración de CIV (en fase venosa: 120-150").

Se adjunta alguna correlación con radiografías convencionales.

- Variables y análisis estadístico: no procede.
-

Resultados

Con el fin de esquematizar los hallazgos, se dividen estos por región anatómica:

- Cráneo
 - Cuello
 - Tórax
 - Abdomen-pelvis
 - Partes blandas
-

Cráneo

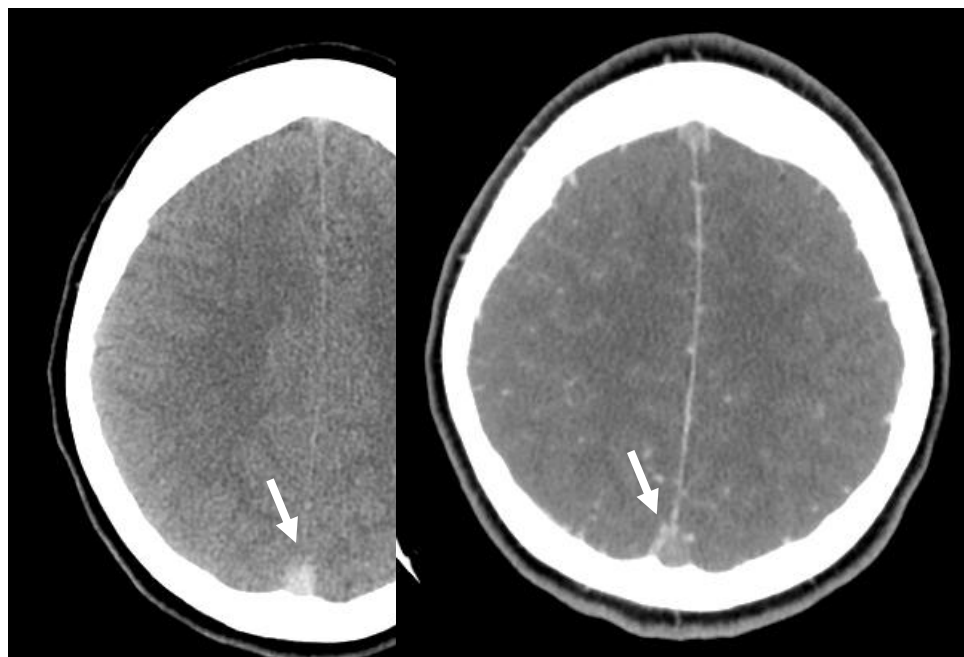
Derivan de [3]:

- Edema cerebral difuso por una deshidratación hiponatémica (ausencia de ingesta de agua).
 - Sangrado intracraneal (rotura de venas corticales por expansión del espacio extracelular) y/o trombosis de senos venosos duros debido a la deshidratación hipernatémica (por ingesta de agua salada).
 - Mielinolisis pontina central por rápida corrección de la natremia.
 - Encefalopatía de Wernicke: inanición (déficit de tiamina) en viajes prolongados.
-

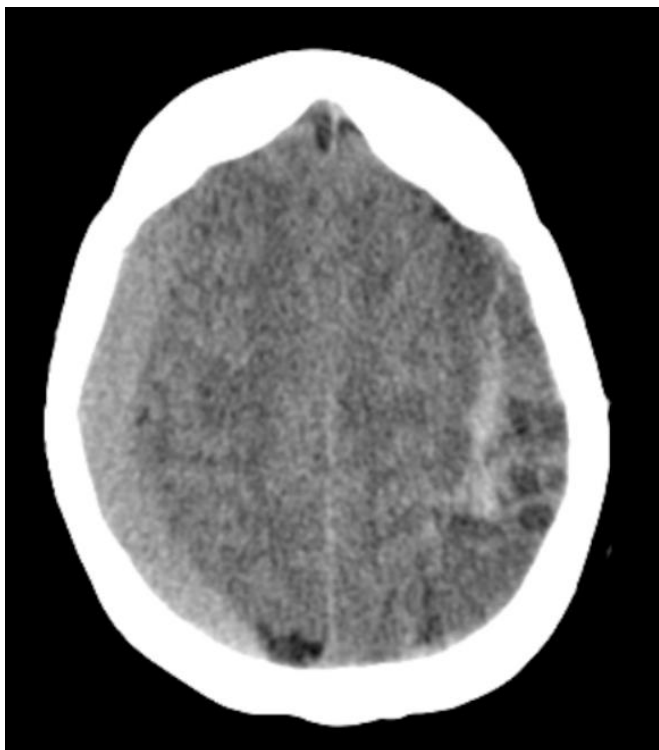


TC sin CIV [4]. Edema cerebral difuso:

- borramiento de la sulcación cortical generalizada.
- compresión del sistema ventricular supratentorial.
- remarcamiento de las estructuras vasculares y meníngeas corticales (“pseudohemorragia subaracnoidea”; flechas).



TC sin y tras CIV [4]. Trombosis del seno venoso dural sagital superior (hiperdenso en la fase sin contraste y con el signo del delta tras la administración de este; flechas).



TC sin CIV [4]. Hematoma subdural bilateral por hipernatremia severa (disminución del volumen cerebral y rotura de venas corticales puente). En el lado izquierdo es de densidad heterogénea dado a sangrado en diferentes tiempos. Nótese el efecto masa sobre la sulcación cortical.



TC sin CIV [5]. Mielinolisis pontina central por corrección rápida de la natremia. Nótese la hipodensidad en el centro del puente (círculo).

CUELLO

Derivan de:

- Trombosis venosa yugular (suele ser una extensión del seno venoso dural) por hemoconcentración.
 - Sialoadenitis no obstructivas por xerostomía.
 - Enfisema subcutáneo y en el espacio visceral cervical (como extensión de un neumomediastino espontáneo: no secundario).
 - Engrosamiento de los compartimentos cervicales por tercer espacio (disminución de la presión coloidosmótica plasmática por hipoalbuminemia) [6].
-

CUELLO

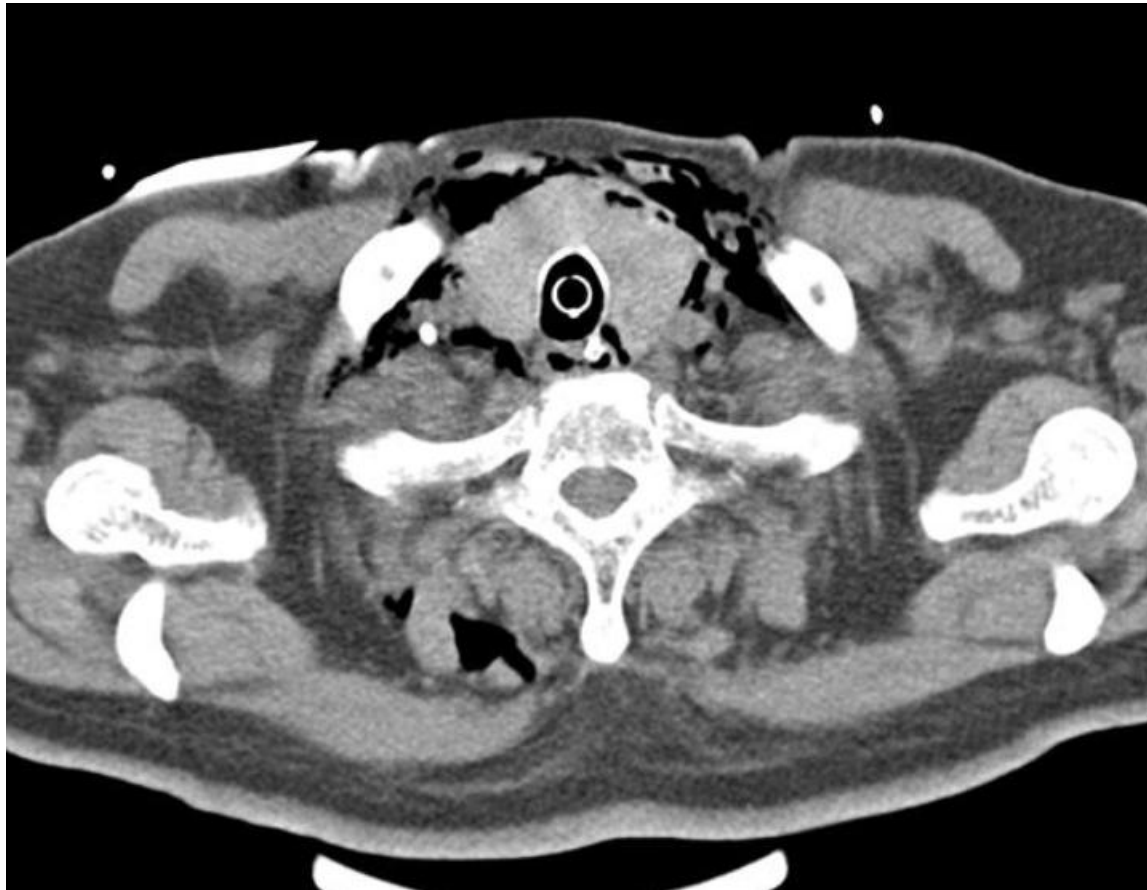


TC de cuello tras la administración de CIV en fase venosa [7]. Nótese la TVP en la vena yugular interna izquierda.



TC de cuello tras la administración de CIV en fase venosa [4]. Sialoadenitis submandibular izquierda no obstructiva, con agrandamiento de la glándula y cambios inflamatorios locorregionales (engrosamiento del platismo, estriación de la grasa colindante y ganglios linfáticos de aspecto reactivo).

CUELLO



TC de cuello sin CIV [4]. Enfisema en el espacio visceral cervical, disecando los planos musculares pretiroideos, en el triángulo de los escalenos y en musculatura erectora de la columna.

Cánula de intubación endotraqueal. Vía venosa central yugular derecha. Sonda nasogástrica.

CUELLO



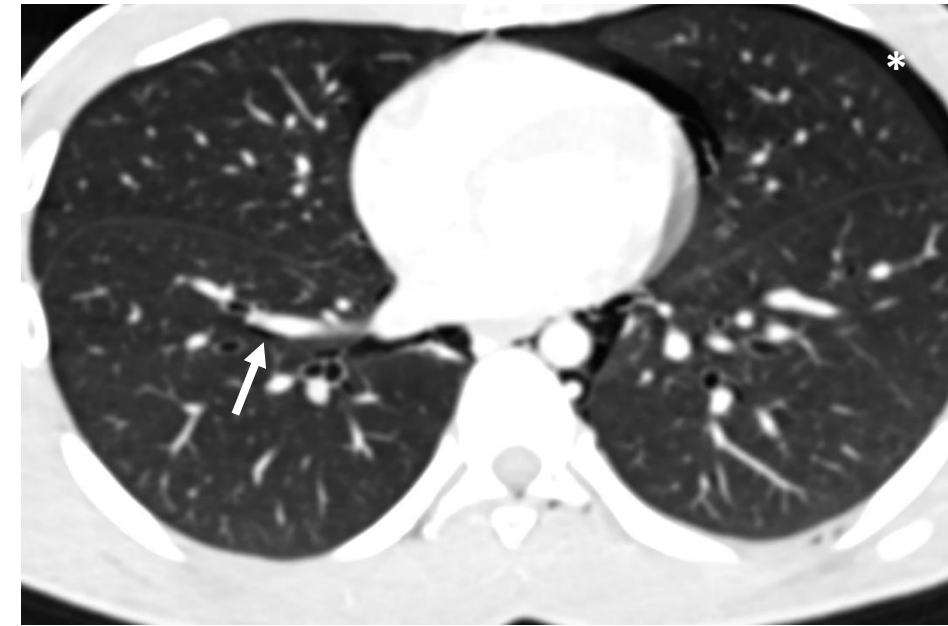
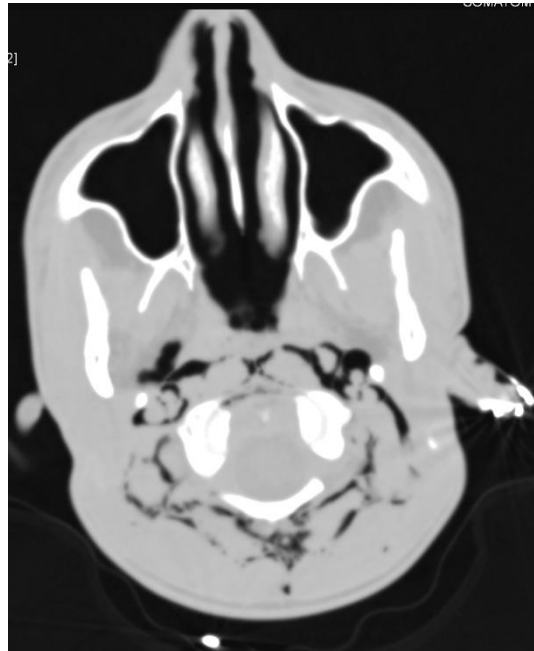
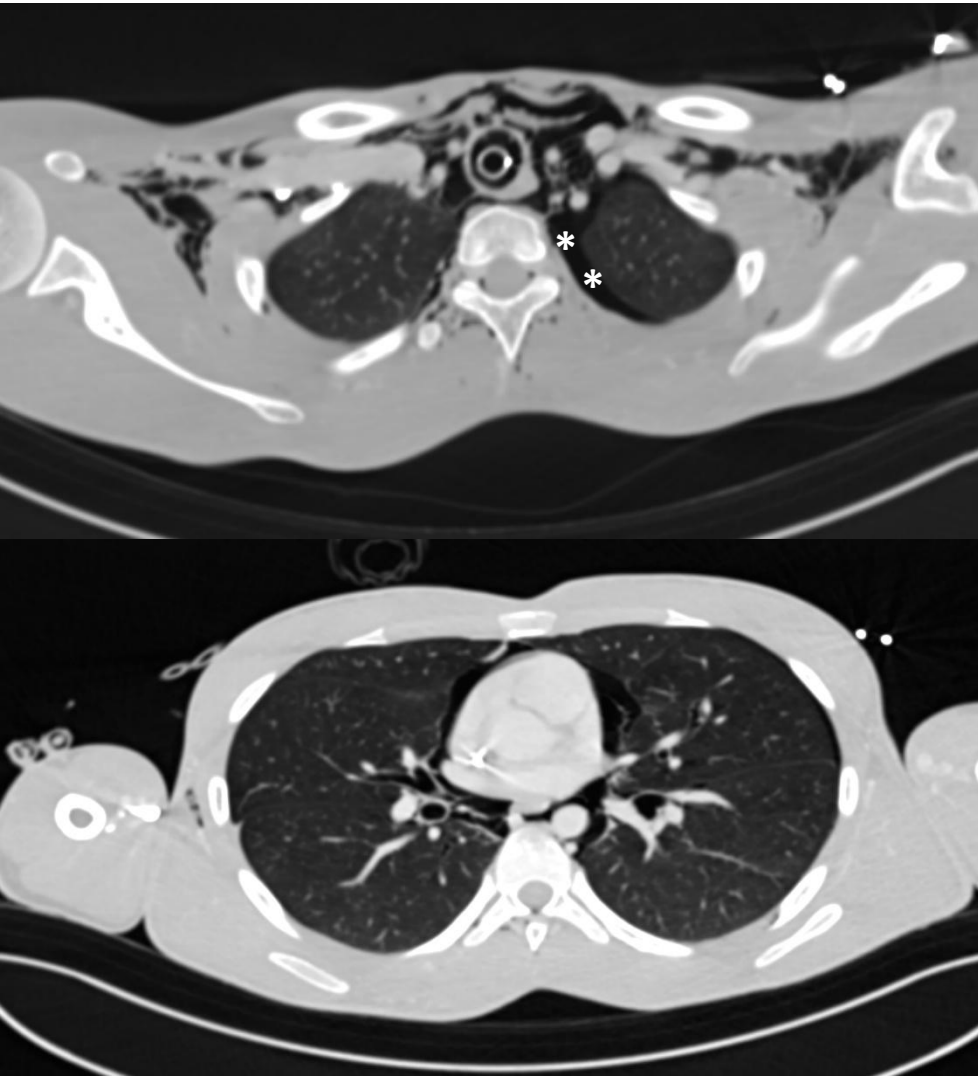
TC de cuello con CIV [8]. Se observa un ensanchamiento del espacio retrofaríngeo asociando tenue realce de las partes blandas periféricas, en probable relación con el edema tisular dentro del contexto de hipoalbuminemia. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con la etiología infecciosa.

TÓRAX

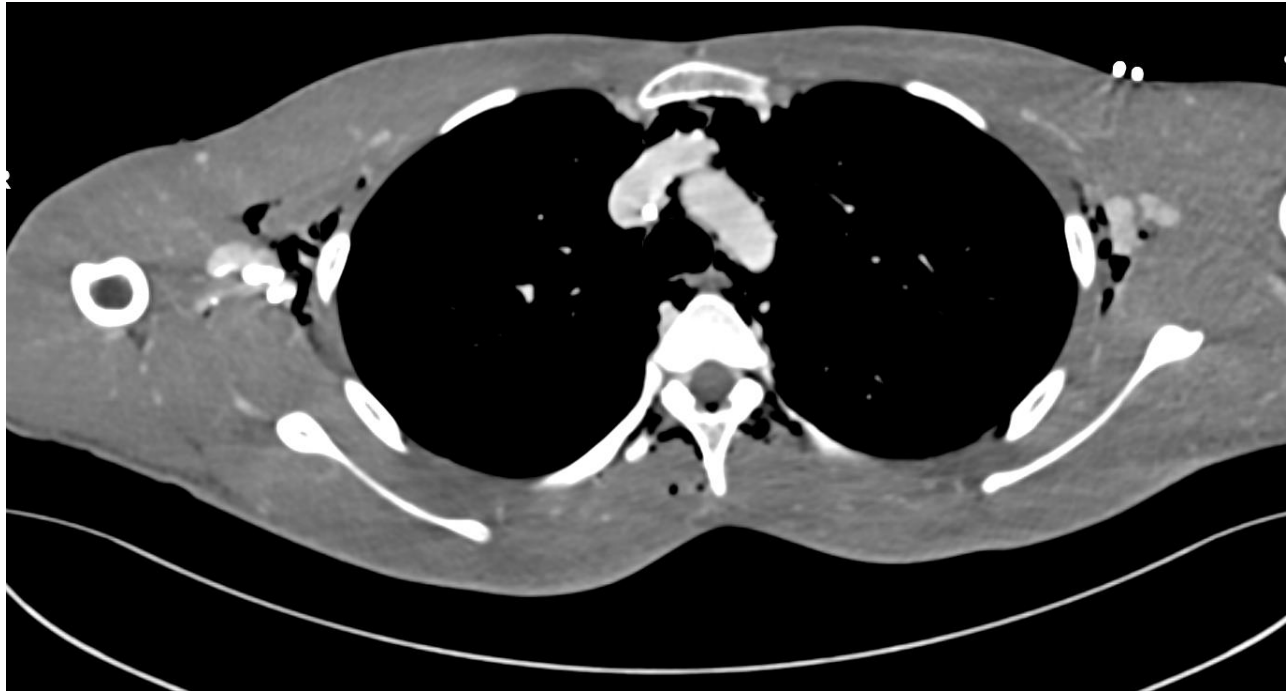
La mayoría derivan de la hipotermia, la inanición extrema, la deshidratación y la exposición a hidrocarburos [9]:

- Neumomediastino espontáneo, de causa intratorácica (efecto Macklin: hiperinsuflación alveolar con la consecuente rotura y salida del aire hacia el intersticio) o extratorácica (casi siempre por perforación de víscera hueca: úlcera por estrés).
 - Broncoaspiración (bronconeumonía lipoidea/química) [10], por inhalación accidental de carburantes.
 - Edema agudo de pulmón no cardiogénico (por hipotermia, distrés respiratorio o síndrome de realimentación).
 - TEP (hemoconcentración).
 - TBC y otras enfermedades endémicas.
-

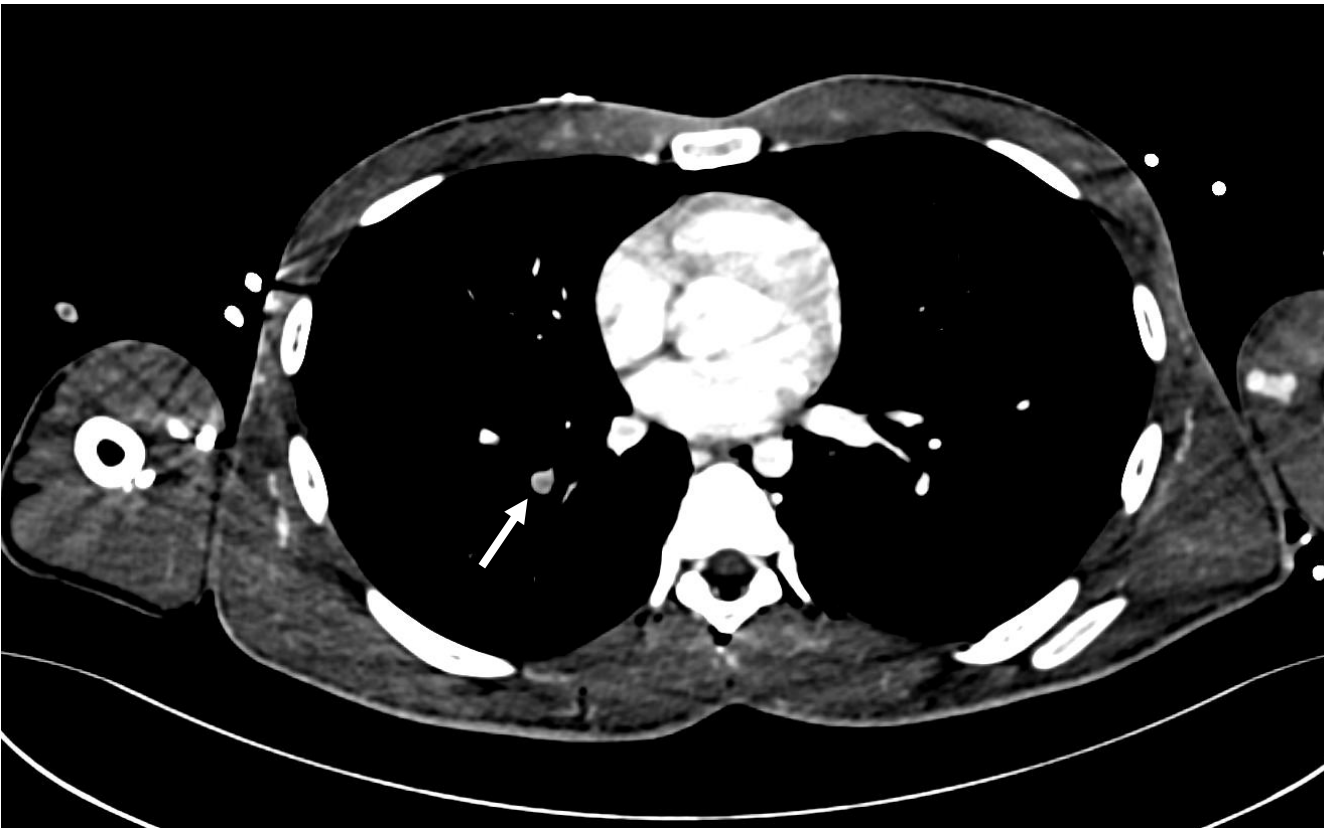
Caso clínico (imágenes procedentes de nuestro centro sanitario): inmigrante de 19 años procedente de Senegal que es remitido al servicio de urgencias hospitalario tras una travesía marítima en cayuco de 10 días. En el SUH presenta una parada cardiorrespiratoria recuperada tras 20 minutos. Dado el hallazgo en una radiografía de abdomen de gran cuantía de neumoperitoneo se solicita una TC abdomino-pélvica con carácter urgente para mejor caracterización.



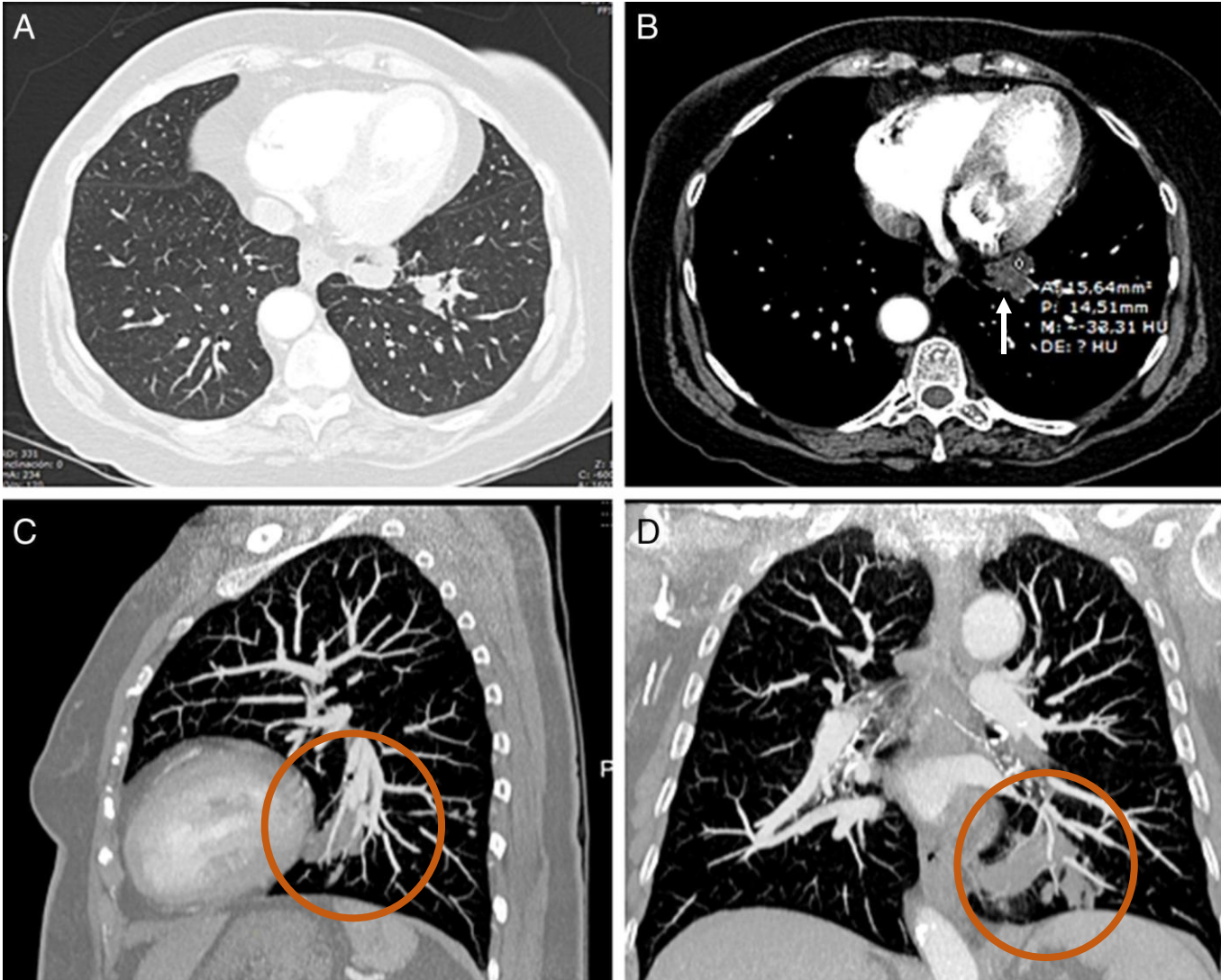
TC de tórax tras CIV (fase venosa). Nótese el neumomediastino circunscribiendo a las estructuras mediastínicas. Discurre por los haces broncovasculares dando esa imagen característica de enfisema intersticial (flecha). Se extiende hacia el opérculo torácico y cuello, disecando los planos musculares de la cintura escapular y paraespinal, así como las estructuras de los espacios parafaríngeos. Asocia una cámara de neumotórax izquierdo de cuantía leve (asterisco).



TC de tórax tras CIV (fase venosa) y TC de cráneo sin CIV (continuación). El enfisema subcutáneo también se dirige hacia la musculatura paraespinal, entrando en el canal central dorsal. Incluso se evidencian burbujas de aire en el espacio extra-axial (subaracnoideo; flechas). En la TC de cráneo llama la atención la ausencia de sulcación cortical (diferenciación sustancia gris-blanca preservada). Si bien podría explicarse dada la edad del paciente (ausencia de atrofia encefálica) dado el contexto clínico (parada cardiorrespiratoria y alteración hidroelectrolítica), no se puede descartar posible edema cerebral asociado.



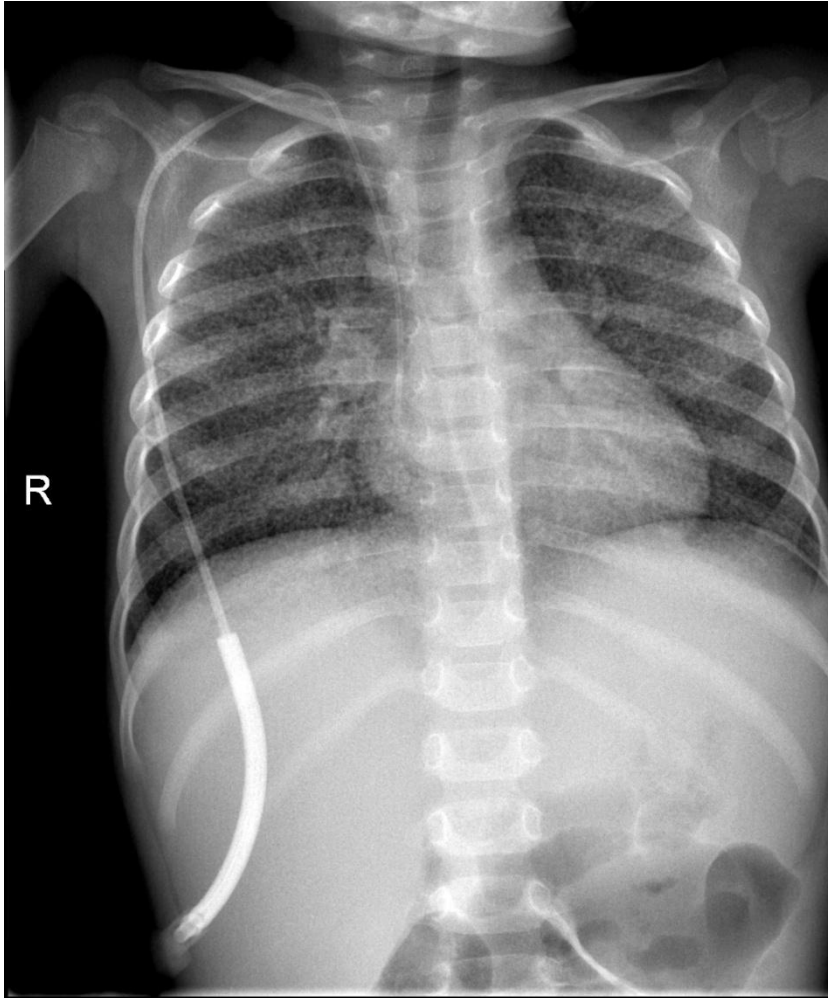
TC de tórax tras CIV (fase venosa; continuación). Nótese el defecto de repleción del contraste central en una rama segmentaria para el LID (flecha). No presentaba complicaciones parenquimatosas pulmonares.



TC de tórax tras CIV (otro caso) [11]. Se objetiva una consolidación con distribución peribroncovascular (flecha y círculos), con densidad grasa (-33 HU) en la base pulmonar izquierda (véase las reconstrucciones en MIP: C y D). Los hallazgos se corresponden con una neumonía lipóidea exógena. Suelen objetivarse consolidaciones con densidad grasa y/o áreas en vidrio deslustrado de distribución peribroncovascular en los campos pulmonares declives.

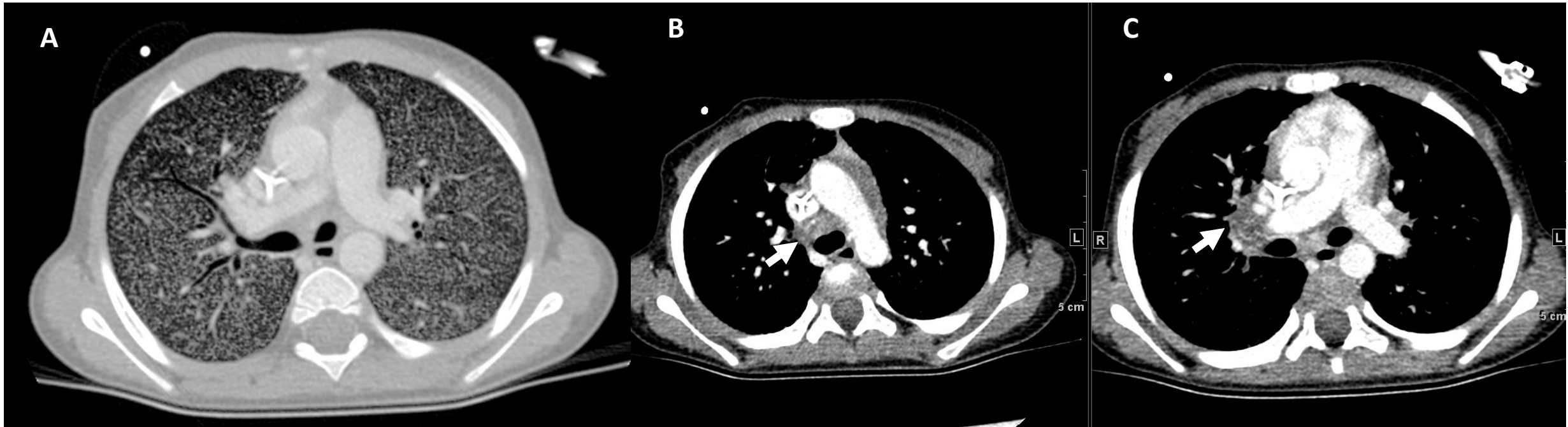


TC de tórax sin CIV (otro caso) [4]. Obsérvese la afectación parenquimatosa pulmonar bilateral y simétrica consistente en opacidades en vidrio deslustrado con tendencia a la condensación (gradiente anteroposterior) en campos medios y posteriores, así como las bronquiolectasias coincidiendo con las áreas en vidrio. Los hallazgos son correspondientes con un síndrome de distrés respiratorio agudo del adulto. Suelen tener un gradiente anteroposterior, desde opacidades en vidrio deslustrado hasta verdaderas consolidaciones, con afectación bilateral y difusa (patrón algodonoso) que puede ser simétrica o asimétrica.



Niña de 18 meses, procedente de Costa de Marfil que, tras haber recibido tratamiento (28 días) por osteomielitis (mala evolución), presenta polipnea y roncus diseminados.

En la radiografía de tórax (proyección AP) se objetiva un patrón de afectación intersticial micronodular bilateral y simétrico (sin claro gradiente u preferencia por determinados campos pulmonares) así como ensanchamiento hiliar bilateral, en probable relación con adenopatías asociadas. Impresiona de hepatoesplenomegalia acompañante. Otros hallazgos: vía venosa central de acceso yugulo-subclavio derecho y extremo en el atrio derecho.



TC de tórax tras CIV (fase venosa, continuación del caso anterior). Obsérvese el patrón miliar reseñado en la radiografía (A). Se acompaña de adenopatías hilio-mediastínicas , algunas de ellas con calcificaciones asociadas (véase la hiliar derecha y paratraqueal derecha baja; B y C). Hallazgos sugestivos de **tuberculosis pulmonar** (datos clínico-analíticos concordantes).

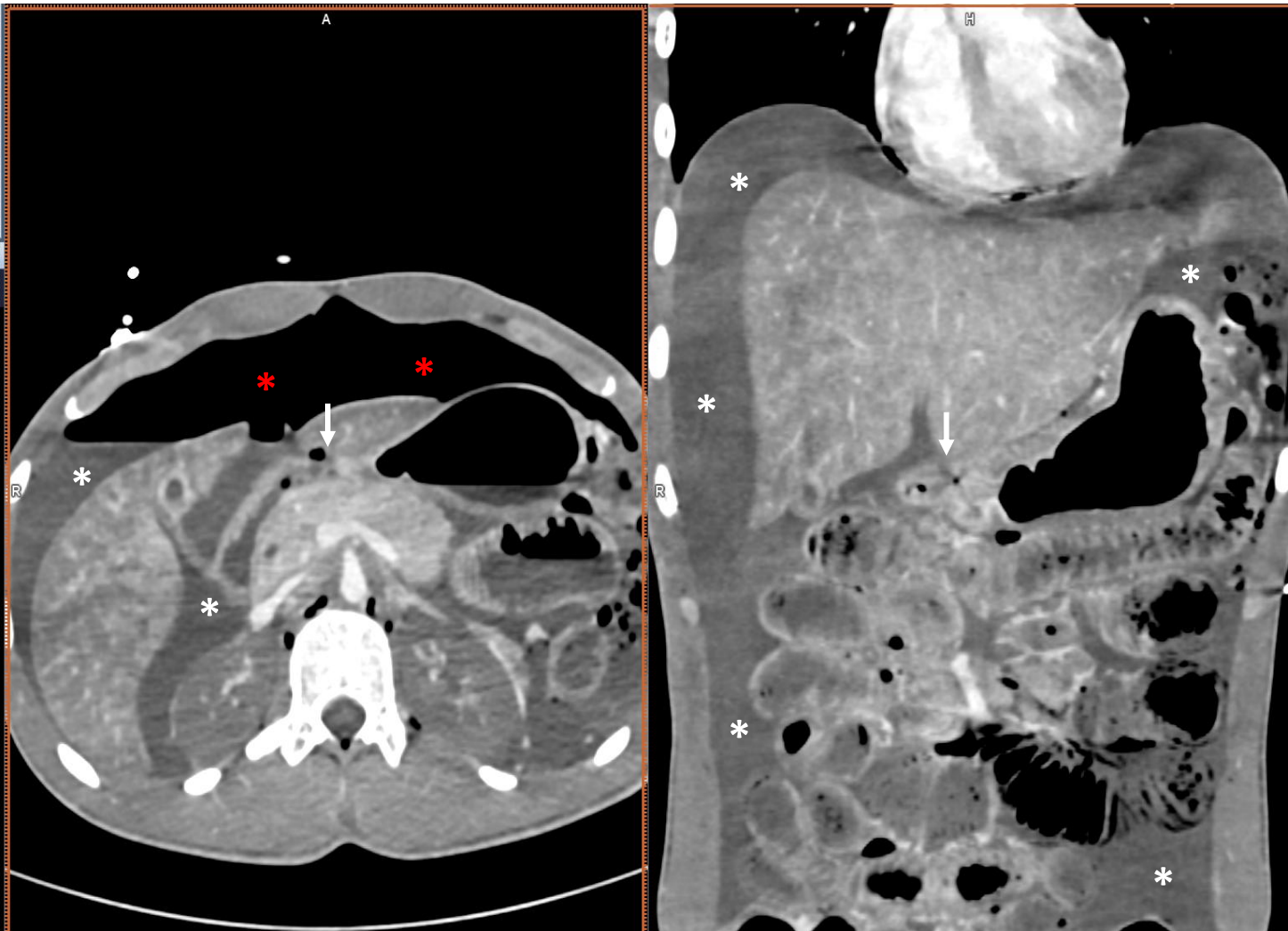
ABDOMEN Y PELVIS

La mayoría derivan de [12]:

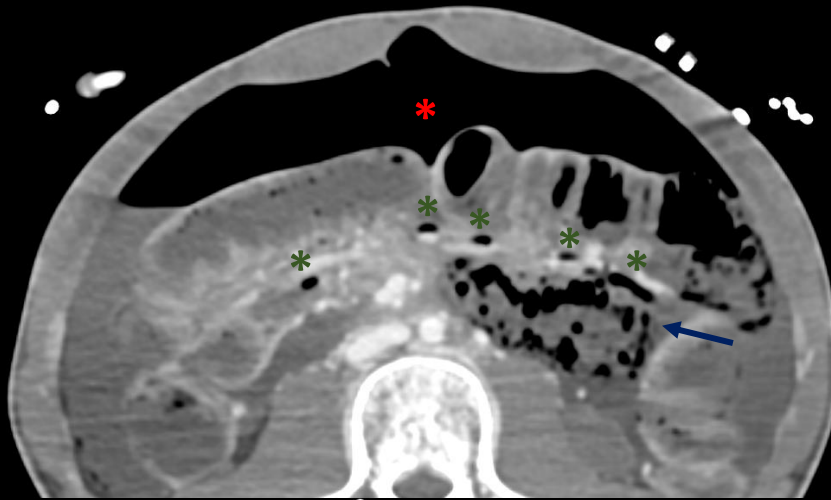
- Deshidratación (shock hipovolémico), estrés mantenido e hipotermia: isquemia mesentérica (hiporrealce mucoso, neumatosis intestinal, neumatosis portal y neumoperitoneo), isquemia renal (necrosis renal cortical) y ulcus perforado.
- Hemoconcentración: trombosis venosa profunda.
- Tercer espacio (disminución de la presión coloidosmótica).
- Infecciones endémicas (linfadenopatías) y gastrointestinales (enterocolitis) por malas condiciones de higiene y alimentación.
- Intususcepción y vólvulos intestinales: se han reportados casos por el ayuno prolongado seguido de ingesta bruta de comida.

La presencia de 1 o más de estos signos indican un síndrome agudo de patera.

Caso clínico (imágenes procedentes de nuestro centro sanitario): inmigrante de 19 años procedente de Senegal que es remitido al servicio de urgencias hospitalario tras una travesía marítima en cayuco de 10 días. En el SUH presenta una parada cardiorrespiratoria recuperada tras 20 minutos. Dado el hallazgo en una radiografía de abdomen de gran cuantía de neumoperitoneo se solicita una TC abdomino-pélvica con carácter urgente para mejor caracterización (continuación).

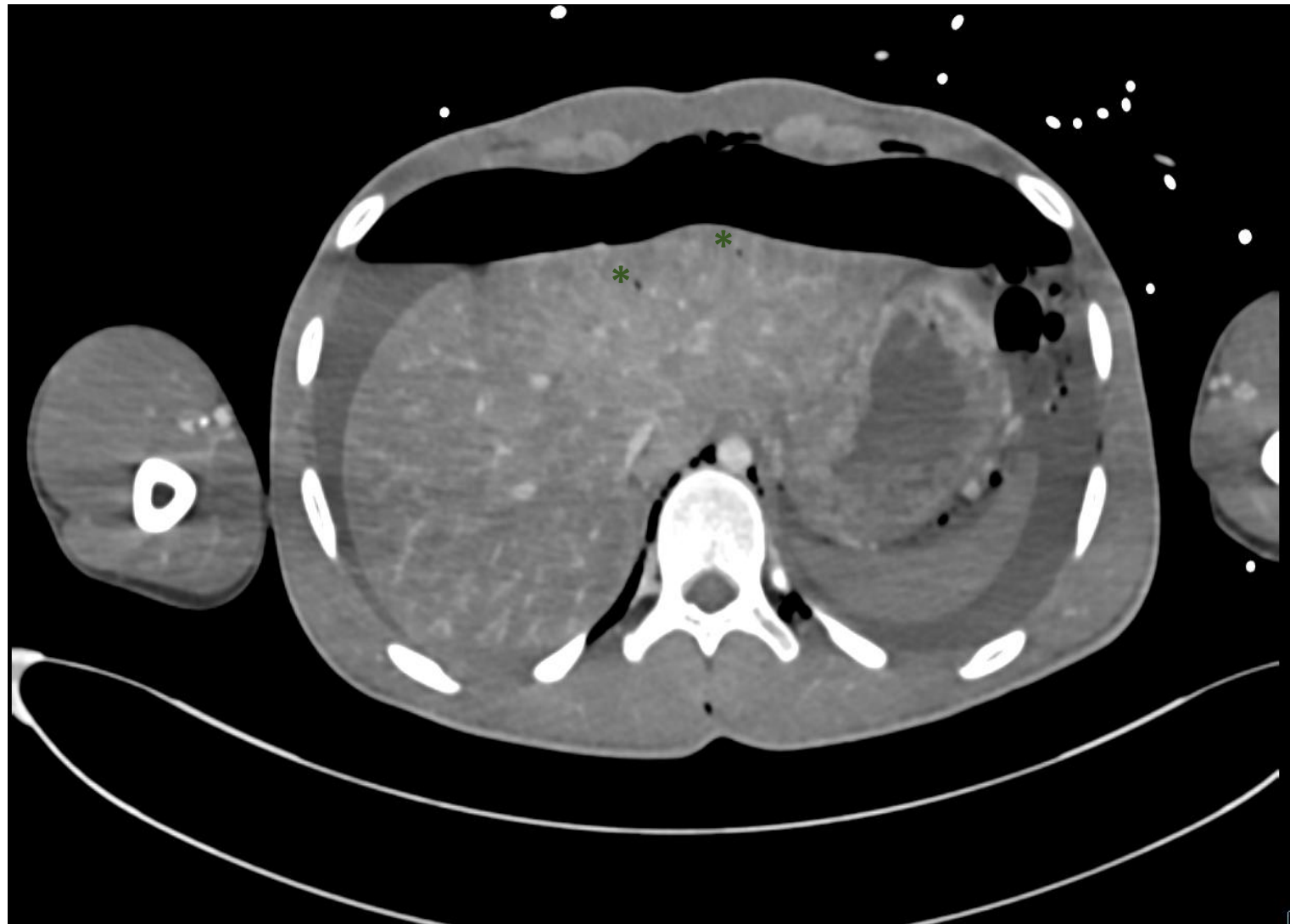


TC de abdomen-pelvis tras CIV (fase venosa portal). Nótese la abundante cuantía de líquido libre intrabdominal multicompartimental (asteriscos blancos), con medialización de vísceras intrabdominales (ensanchamiento del espacio virtual subfrénico derecho y parietocólico ipsilateral). Se acompaña de una cámara de neumoperitoneo (asteriscos rojos), en la pared abdominal anterior. Los hallazgos son debidos a una perforación de una úlcera por estrés prepilórica (flecha).



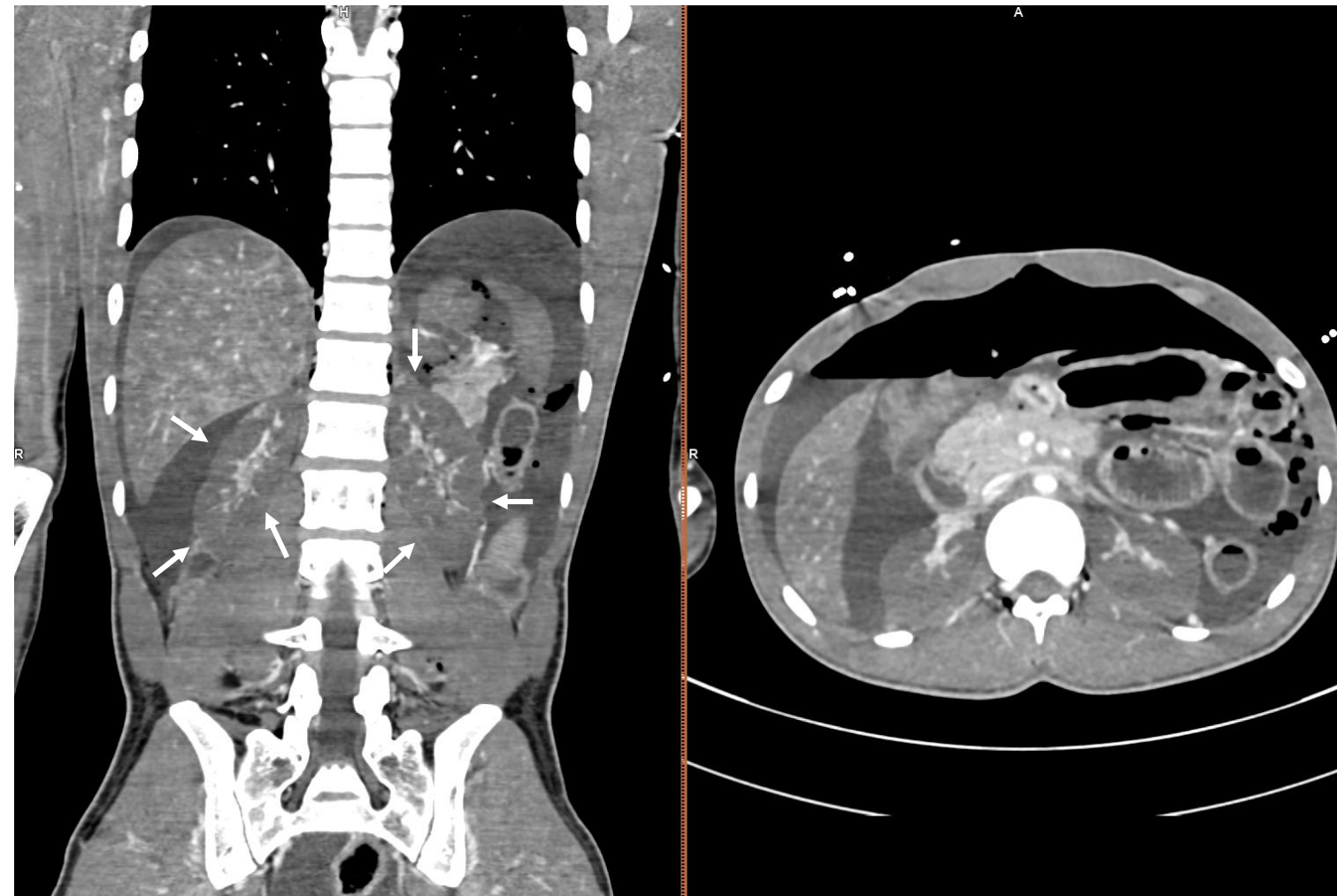
TC de abdomen-pelvis tras CIV (fase venosa portal)(continuación). Signos de isquemia mesentérica:

- Hiporrealce mucoso de asas de intestino delgado yeyunales (círculo).
- Neumatosis intestinal (flechas).
- Neumatosis portal en afluentes mesentéricos y radicales intrahepáticos (véase su distribución periférica intraparenquimatosas, asteriscos verdes).
- Neumoperitoneo, que podría ser secundario a la úlcera prepilórica perforada y/o a la propia isquemia mesentérica (asteriscos rojos).

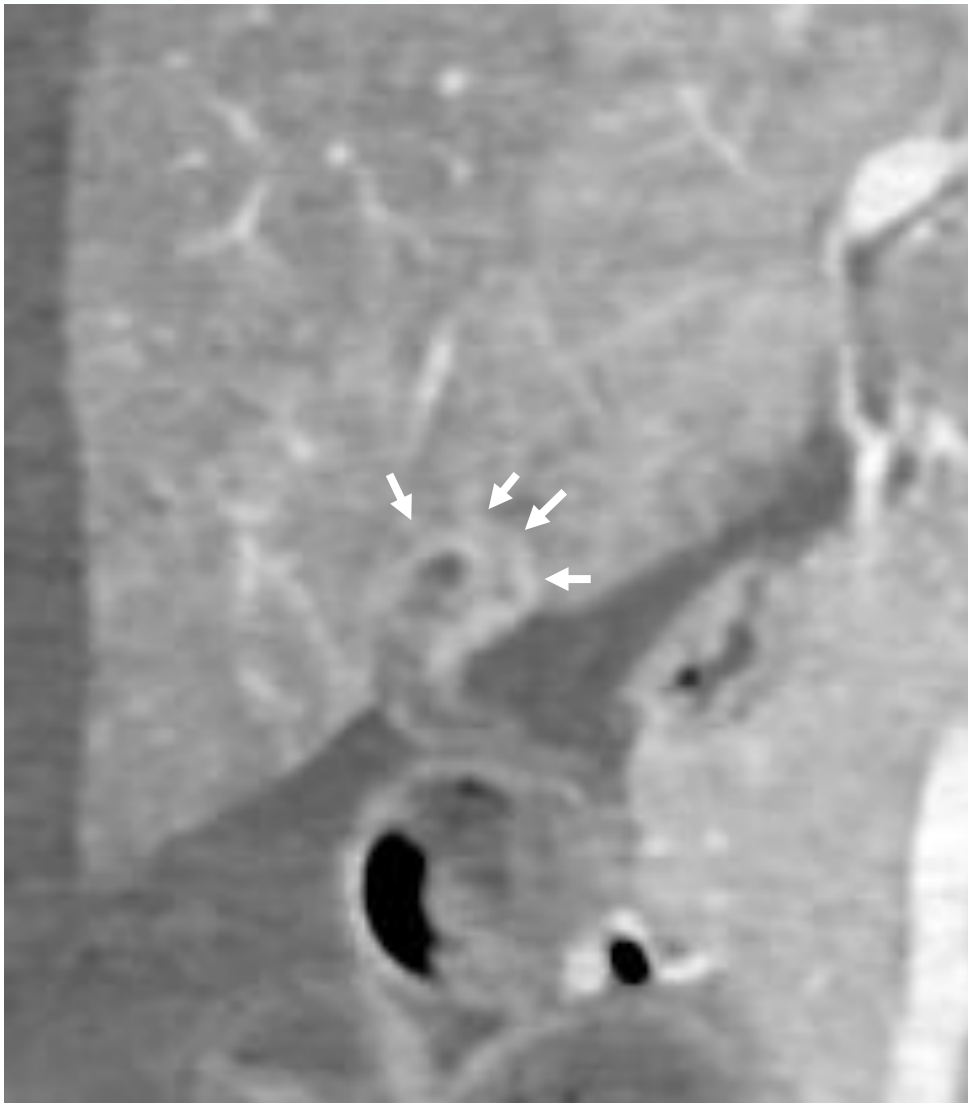


TC de abdomen-pelvis tras CIV (fase venosa portal)(continuación). Signos de isquemia mesentérica:

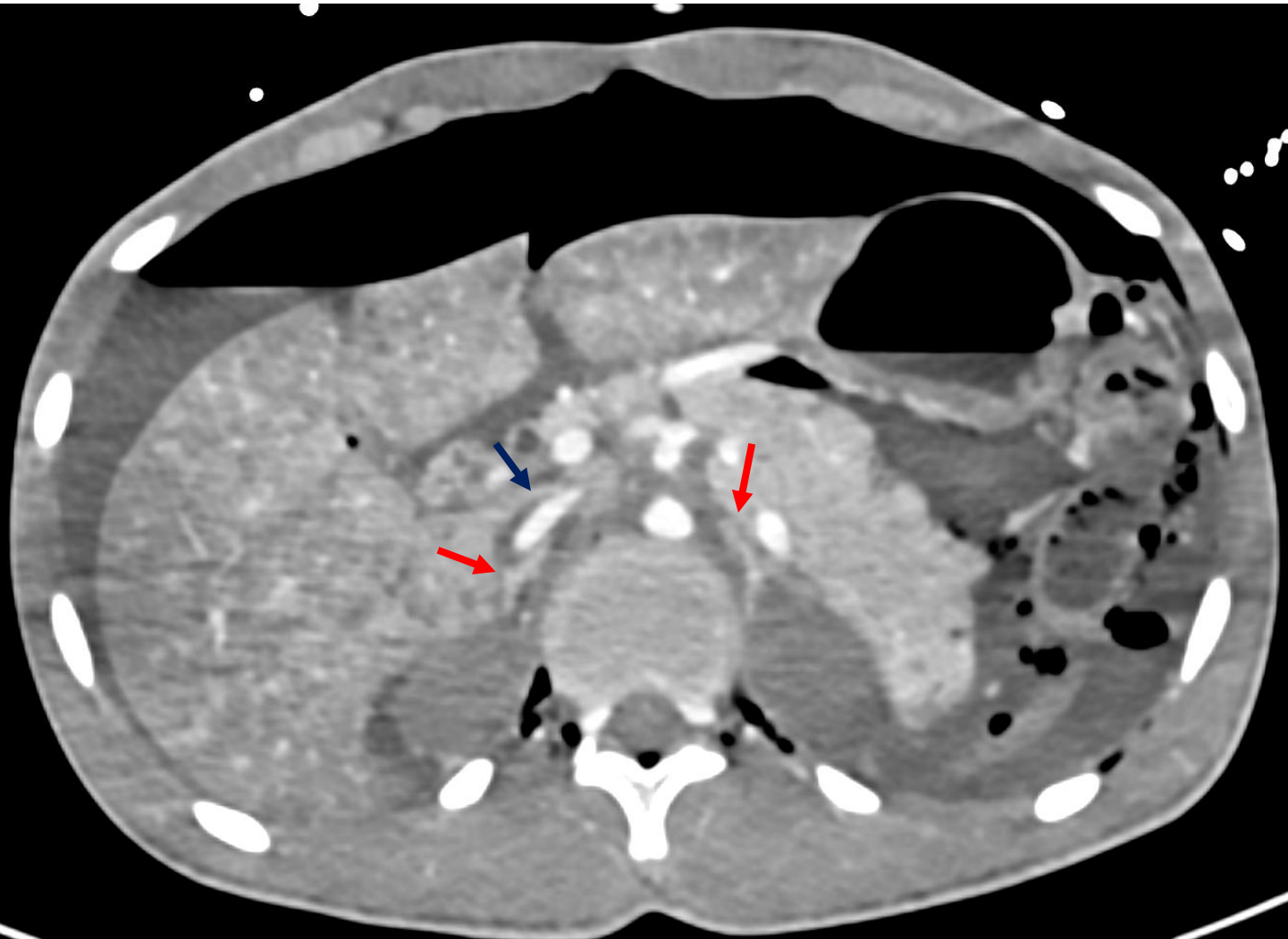
→ Véase la distribución intraparenquimatosa periférica de la neumatosis portal.



TC de abdomen-pelvis tras CIV (fase venosa portal)(continuación). Signos de necrosis renal cortical bilateral. Obsérvese la hipodensidad generalizada (salvo por una pequeña cuña en el polo superior derecho) parenquimatosa renal bilateral, con desdiferenciación cortico-medular (el paciente estaba en fallo renal fulminante). Probablemente por el efecto nefrotóxico de la mioglobinuria (rabdomiólisis) así como por la hipoperfusión mantenida (shock hipovolémico).



TC de abdomen-pelvis tras CIV (fase venosa portal)(continuación). Nótese el ensanchamiento circunferencial simétrico de la pared vesicular en relación con tercer espacio (flechas).



TC de abdomen-pelvis tras CIV (fase venosa portal)(continuación). Signos radiológicos de shock hipovolémico: hiperrealce de las glándulas suprarrenales (flechas rojas) y VCI filiforme (flecha azul)

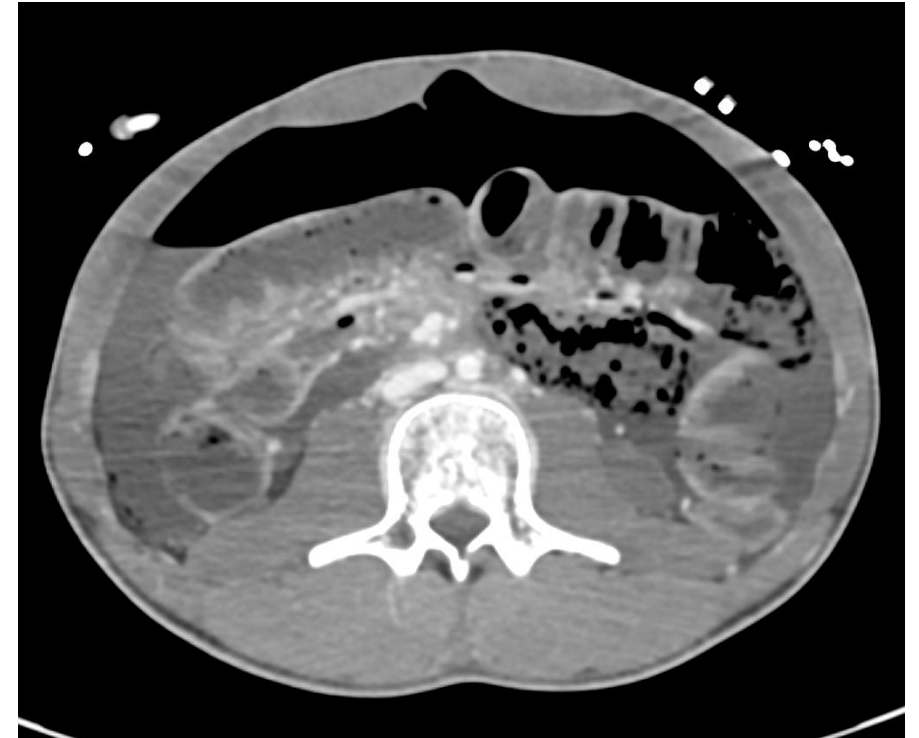
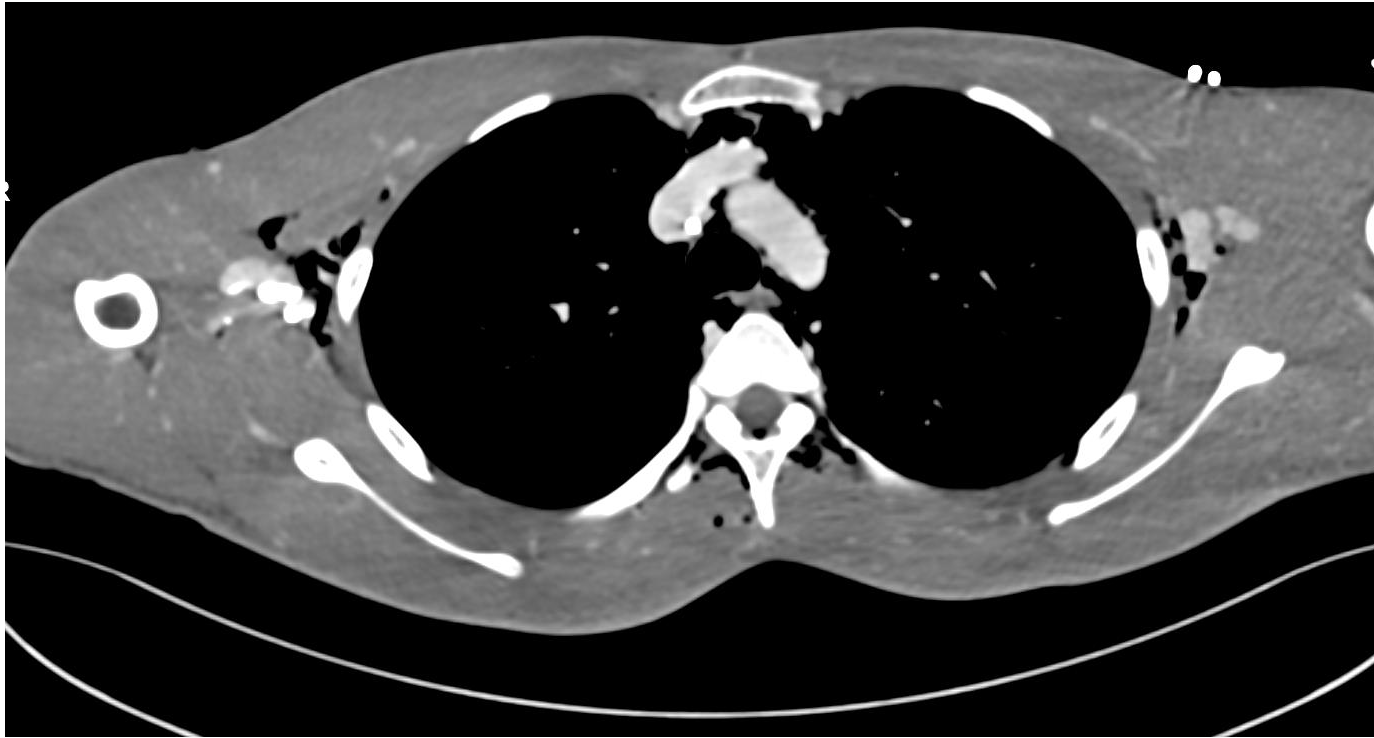
PARTES BLANDAS

Debido a [13]:

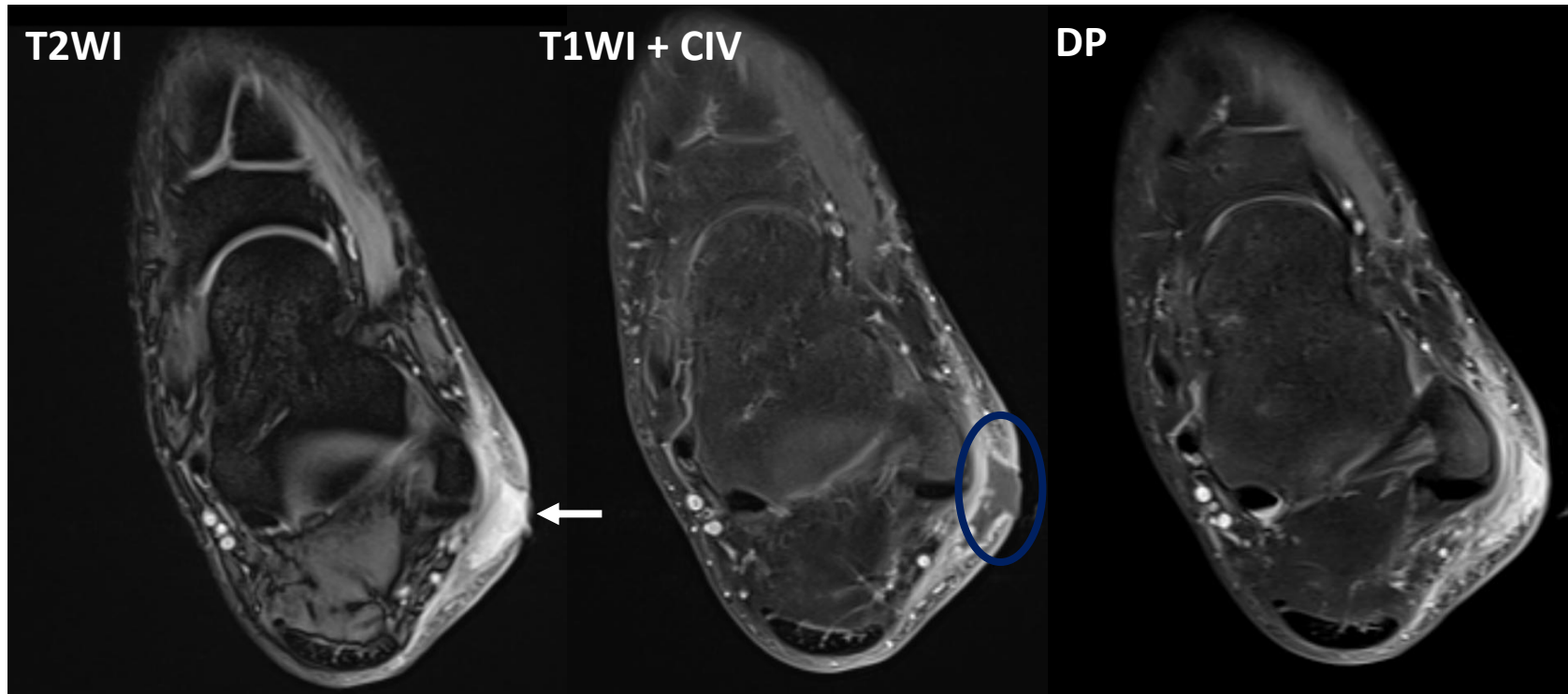
- Celulitis y abscesos (heridas/erosiones/úlceras cutáneas en contacto con agua contaminada por orina, heces, combustible y agua salada): pie de patera.
- Miositis y rabdomiólisis por hipotermia e inmovilización prolongada.

Las úlceras de partes blandas se suelen dar en la región sacra debido a la posición en decúbito mantenida.

Caso clínico (imágenes procedentes de nuestro centro sanitario): inmigrante de 19 años procedente de Senegal que es remitido al servicio de urgencias hospitalario tras una travesía marítima en cayuco de 10 días. En el SUH presenta una parada cardiorrespiratoria recuperada tras 20 minutos. Dado el hallazgo en una radiografía de abdomen de gran cuantía de neumoperitoneo se solicita una TC abdomino-pélvica con carácter urgente para mejor caracterización (continuación).



TC de abdomen-pelvis tras CIV (fase venosa portal)(continuación). Si bien también interfiere el hábito constitucional del paciente (delgadez), impresiona de una hipodensidad generalizada de la musculatura incluida, con pérdida de los planos de clivaje graso entre los planos musculares. Los hallazgos podrían ser sugestivos de miositis y rabdomiólisis (con edematización muscular).



RM con reconstrucción axial (otro caso). Inmigrante de 19 años que, tras travesía marítima de 15 días, presenta hinchazón y síntoma flogóticos en el pie izquierdo. Se realiza una RM con el fin de descartar abscesificación y/o osteomielitis. Nótese la pérdida de sustancia cutánea en relación con ulceración (flecha), asociando una hiperintensidad de señal en secuencias DP y T2WI en el tejido celular subcutáneo en la región maleolar externa en relación con celulitis. Se objetiva líquido tendente a la colección con realce periférico sugestivo de abscesificación (círculo). No se objetiva hiperintensidad de señal en secuencias con TR largo que sugiera osteomielitis acompañante. Hallazgos compatibles con pie de patera.

Conclusiones

España, especialmente el archipiélago canario, supone una de las principales puertas de entrada al resto de la Comunidad Europea para las personas migrantes procedentes del continente africano, con una serie de manifestaciones clínico-radiológicas derivadas de unas condiciones extremas y precarias de su travesía marítima.

El entendimiento del mecanismo fisiopatológico y de la semiología por imagen de estas potenciales complicaciones permitirán un abordaje imperioso y óptimo, adecuando todas las medidas posibles con el fin de evitar desenlaces ulteriores irreversibles.

Una alta sospecha diagnóstica y un seguimiento estrecho son dos eslabones necesarios para impeler un mejor abordaje de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. El Servicio de Urgencias Canario atendió a 152.196 personas [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 2 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-servicio-de-urgencias-canario-atendio-a-152-196-personas-en-gran-canaria-durante-2025/>
 2. Gob.es. [citado el 2 de marzo de 2026]. Disponible en: [https://www.inclusion.gob.es/documents/20121/0/Informe-Balance-SistemaAcogidaEstatl-2025.pdf/82f18d8f-ffdd-58d0-5fd7-24fe6e2cbb45?t=1770280409461#:~:text=A%20lo%20largo%20de%202025%2C%20la%20imprevisibilidad,un%2062%25%20menos%20\(29.055%20personas\)%20en%202025](https://www.inclusion.gob.es/documents/20121/0/Informe-Balance-SistemaAcogidaEstatl-2025.pdf/82f18d8f-ffdd-58d0-5fd7-24fe6e2cbb45?t=1770280409461#:~:text=A%20lo%20largo%20de%202025%2C%20la%20imprevisibilidad,un%2062%25%20menos%20(29.055%20personas)%20en%202025)
 3. Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. N Engl J Med. 2000;342(20):1493-9. doi: 10.1056/NEJM200005183422006.
 4. Radiopaedia.org. [citado el 2 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/>
 5. Toapanta-Guayta BI, Fiallos-Vega DS, Negrete-Argenzio AA. Neuroimagen en síndrome de desmielinización osmótica. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2022;31(2):120–3. Disponible en: <https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2022/11/2631-2581-rneuro-31-02-00120.pdf>
 6. Dhingra S, et al. Deep neck space edema in severe malnutrition. Radiology Case Reports. 2022.
 7. Chiscaru M, Hincu C-E, Alecsa-Lupu A-M, Ursaru M, Gheorghe L. Internal jugular vein thrombosis - a less common appearance [Internet]. ECR 2019 EPOS. European Congress of Radiology - ECR 2019; 2019 [citado el 2 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/ecr2019/C-2244/findings%20and%20procedure%20details>
-

BIBLIOGRAFÍA

8. Perez-Alba M, Bueno-Pardo S, Fernandez-Ruiz D, Tuya P, Gonzalez-Garcia J. Edema retrofaríngeo y síndrome inflamatorio multisistémico asociado a SARS-CoV-2. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2022;97(6):424–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.06.006>
 9. Vista de Neumomediastino en migrantes llegados en pateras a las costas canarias: presentación clínico-radiológica y aportación diagnóstico-terapéutica del TC de Tórax [Internet]. Espacio-seram.com. [citado el 4 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9855/8321>
 10. Complicaciones pulmonares de la neumonía química. A propósito de un caso. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2016;114(04). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n4a22.pdf>
 11. García Latorre R, Rodríguez Díaz R, Barrios Barreto D, Ayala Carbonero A, García Gómez-Muriel MI, Gorospe Sarasúa L. Hallazgos radiológicos de la neumonía lipoidea exógena en pacientes laringectomizados. Arch Bronconeumol [Internet]. 2015;51(7):e36-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.002>
 12. Pisos-Álamo E, Pérez-Arellano J-L. Síndrome de patera en migrantes africanos. Una entidad clínica emergente. Med Clin (Barc) [Internet]. 2025;164(8):418–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2025.01.001>
 13. Nieto Morales ML, Linares Bello CC, El Khatib Ghzal Y, Benítez Rivero S, Fernandez del Castillo Ascanio M, Souweileh Arencibia C. La enfermedad de los migrantes que viajan en patera documentada en imagen. Radiologia [Internet]. 2024;66(4):366–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2024.02.003>
-