

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERPRETACIÓN Y ELABORACIÓN DE INFORMES DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
PARA COLABORAR EN LA DISMINUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA
EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA

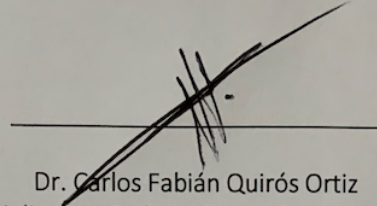
INFORME DE PRÁCTICA DIRIGIDA SOMETIDA A LA CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN DEL
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS PARA
OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO Y TÍTULO DE ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E
IMÁGENES MÉDICAS.

SUSTENTANTE:
DR. ADRIÁN AGÜERO FERNÁNDEZ

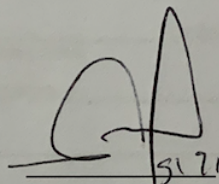
CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO
COSTA RICA, 2021

El presente trabajo de tesis fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Radiología e Imágenes Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar al grado académico y título de Especialista en Radiología e Imágenes Médicas.

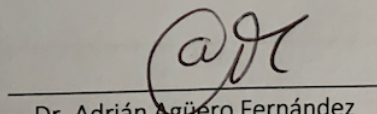
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A GRADUACIÓN



Dr. Carlos Fabián Quirós Ortiz
Especialista en Radiología e Imágenes Médicas
Universidad de Costa Rica
Tutor de Tesis



Dr. Manuel Hernández Gaitán
Especialista en Radiología e Imágenes Médicas
Universidad de Costa Rica
Director del Posgrado



Dr. Adrián Agüero Fernández
Universidad de Costa Rica
Sustentante



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Adrián Agüero Fernández, con cédula de identidad 1-1371-0895, en mi condición de autor del TFG titulado Interpretación y Elaboración de Informes de Tomografía Computarizada para Colaborar en la Disminución de las Listas de Espera en el Servicio de Radiología del Hospital Man-Senor-Sanabria

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Adrián Agüero Fernández

Número de Carné: 450067 Número de cédula: 1-1371-0895

Correo Electrónico: afc.adrian@gmail.com

Fecha: 13 de enero del 2021 Número de teléfono: 8878-9493

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Carlos Fabián Quiros Ortiz

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Tabla de contenidos

Introducción.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Metodología.....	8
Resultados.....	9
Conclusiones.....	14
Anexos.....	15

Introducción

La Caja Costarricense del Seguro Social, es el ente que se encarga de velar por la salud de los habitantes de nuestro país, cubriendo toda su extensión con múltiples centros de atención para sus asegurados.

Al ser la única entidad que brinda atención en salud de manera pública en nuestro territorio, se enfrenta constantemente a la tarea de brindar atención de calidad con un presupuesto, capacidad instalada y personal limitados. Esto, paralelo a variantes como el crecimiento poblacional, el aumento en la expectativa de vida y la migración poblacional; genera un incremento de la demanda en sus servicios. A pesar de los esfuerzos de las autoridades institucionales por agilizar el proceso de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad; en muchos escenarios se dificulta brindar la atención de los usuarios con la fluidez y prontitud necesarias.

Radiología e Imágenes Médicas es una especialidad en la que se depende de tecnologías de costo elevado, infraestructura compleja y personal en salud altamente calificado. Esta complejidad aunada a una dependencia cada vez mayor de las especialidades de medicina y cirugía por sus servicios; así como los cambios poblacionales previamente citados, generan un desequilibrio en la capacidad y la necesidad de su atención, saturando inevitablemente los servicios.

El Hospital Monseñor Sanabria y su servicio de radiología no son ajenos a esta realidad.

Justificación

Pese a los esfuerzos en los diversos servicios de radiología de la institución por cubrir la demanda, las listas de espera por estudios de diferentes modalidades incrementan constantemente. Frente a esta problemática, el Posgrado en Radiología e Imágenes Médicas del convenio de la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense del Seguro Social, propuso a los residentes de último año la posibilidad de realizar como práctica guiada la interpretación y reporte de estudios equivalentes a 100 horas de trabajo, para ayudar a subsanar la carencia de especialistas y e impactar de manera positiva en las listas de espera; predominantemente en centros de salud de zonas periféricas.

Con el afán de retribuir a la institución por los años de formación; se solicitó al Comité Director de Posgrado, la Dirección Médica y la Jefatura del Servicio de Radiología del Hospital Monseñor Sanabria; autorización para realizar el reporte de estudios de tomografía computarizada de las listas de espera y pacientes hospitalizados de ese nosocomio.

Los estudios asignados de manera aleatoria de cerebro, senos paranasales, oídos, macizo facial, órbitas, silla turca, cuello, carótidas, torax, abdomen y columna cervical, dorsal y lumbosacra fueron analizados y reportados bajo la supervisión del Dr. Carlos Fabián Quirós Ortiz, Médico Radiólogo asignado como tutor; y posteriormente se enviaron al Hospital Monseñor Sanabria.

Objetivos

Objetivo General:

- Disminuir la lista de espera de reportes de estudios de tomografía computarizada de la Caja Costarricense del Seguro Social, específicamente del Hospital Monseñor Sanabria.

Objetivos Específicos

- Realizar el equivalente a 100 horas de reporte en estudios de tomografía computarizada; bajo lo establecido en Tiempos por Estudio (TC) según el oficio GM-UTLE-PD-9797-2018 realizado el 27 de junio del 2018, de *“Estandarización de parámetros de producción Radiología”*.
- Determinar cuáles son los diagnósticos más frecuentes en la población del Hospital Monseñor Sanabria.
- Identificar las especialidades con mayor beneficio al disminuir la lista de espera.

Metodología

El proyecto se realizó de la siguiente manera: los estudios efectuados en el tomógrafo del Servicio de Radiología del Hospital Monseñor Sanabria que estuvieran pendientes de reportar, eran grabados en discos compactos y colocados en sobres junto con la solicitud del médico tratante. Los sobres fueron enviados a la Jefatura del Servicio de Radiología del Hospital México; donde eran recolectados para su análisis, interpretación y transcripción durante tiempo extraordinario y posteriormente revisados y validados por el tutor para enviar los reportes escritos al Hospital de Puntarenas.

El análisis de los datos se realizó en Horos para MacOS; un programa especializado en la visualización de imágenes médicas en formato DICOM.

En total se reportaron 191 estudios tomográficos para completar un total de 101.25 horas de trabajo acumulado. Cada uno de los estudios era equivalente a una cantidad variable de minutos dependiendo de la región anatómica, el protocolo realizado y si era un estudio comparativo.

Al finalizar la confección de la totalidad de los reportes, se procedió a realizar un análisis estadístico de los mismos.

Resultados

Se muestra a continuación las principales características de los 191 estudios tomográficos analizados provenientes del Hospital Monseñor Sanabria, en busca de disminuir la lista de espera del Servicio de Radiología de dicho centro de salud.

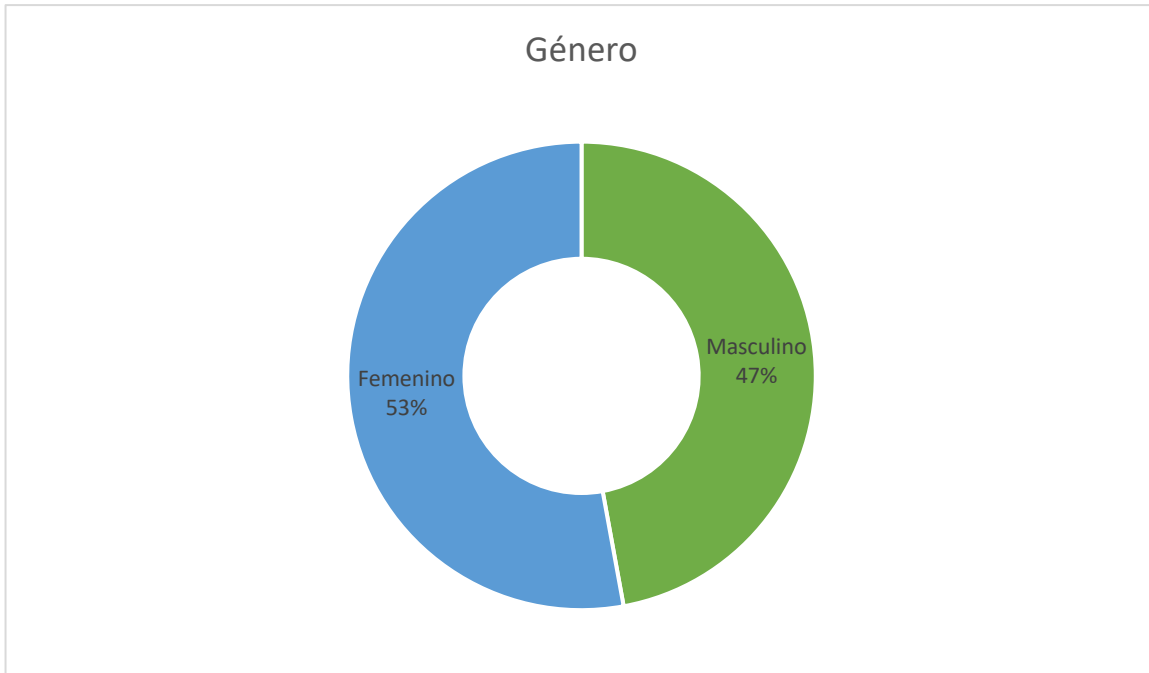


Gráfico #1: Género de los usuarios a quienes se le realizaron los reportes de tomografía del Hospital Monseñor Sanabria.

El gráfico muestra la distribución por el género de los pacientes a quienes se les reportaron los estudios tomográficos; apreciando una mayor cantidad de mujeres dentro de la población analizada, correspondiendo a 101 estudios a pacientes femeninas que corresponde a 53% y 91 a pacientes masculinos correspondiente a 47%.



Gráfico #2: Estudios tomográficos solicitados con mayor frecuencia que fueron enviados para reportar del Hospital Monseñor Sanabria.

El segundo gráfico muestra la distribución de los tipos de estudio tomográfico solicitados para reportar con mayor frecuencia durante el proyecto. Los estudios de angioTC de cerebro, abdomen contrastado, senos paranasales, cerebro sin contraste, oídos y angioTC de torax, fueron los más requeridos. La sumatoria de únicamente estos corresponde a un 72.25% del total.

Cabe destacar que en su mayoría las tomografías corresponden a estudios de cabeza y cuello. Del total de los estudios, 115 de los solicitados son exclusivamente de esta región, comprendiendo las tomografías de angioTC de cerebro, cerebro con medio de contraste, cerebro sin medio de contraste, senos paranasales, oídos, cuello, columna cervical, angioTC de cuello, órbitas, silla turca y macizo facial. En su totalidad equivalen a 60.2% de los estudios reportados, siendo el estudio más frecuente el angioTC de cerebro con 36 estudios, que corresponde a un 18.8% del total de los contemplados.

Además se omiten de este gráfica los estudios que fueron solicitados menos de una docena de oportunidades. Los restantes 12 protocolos no contemplados, en ningún orden específico son: torax con contraste, angioTC de abdomen, columna lumbar, pielóTC, angioTC de cuello, columna cervical, cuello con contraste, macizo facial, órbitas, tórax de alta resolución, silla turca y trifásico de hígado. La sumatoria de los anteriores corresponde a un 27.7% del total de los estudios interpretados.

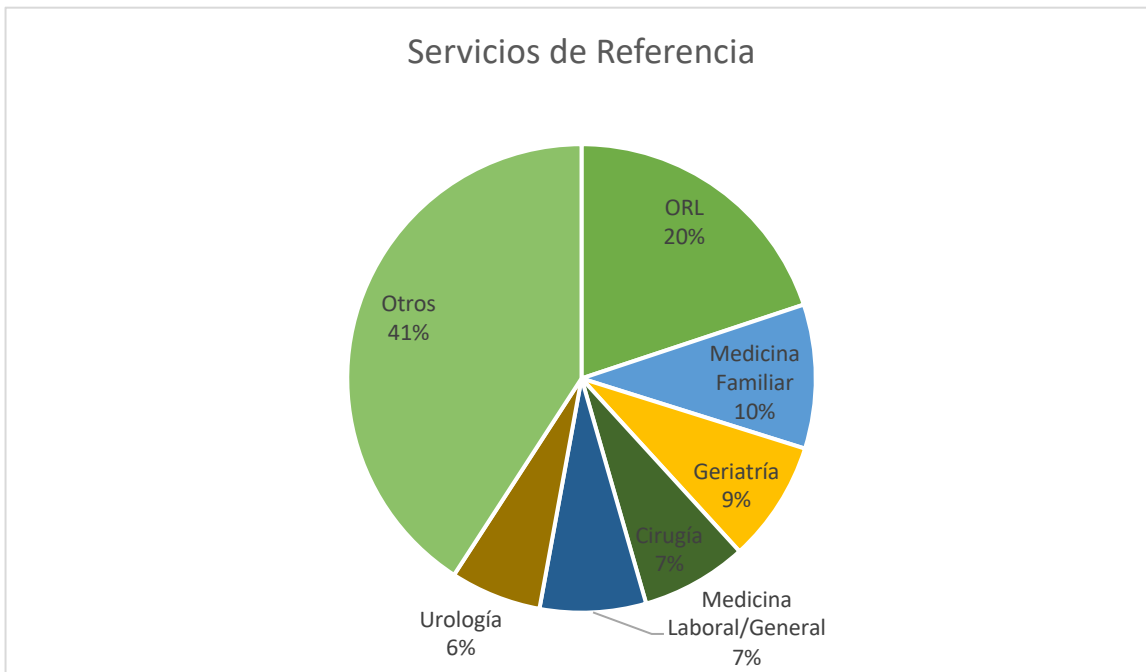


Gráfico #3: Servicios que solicitaron con mayor frecuencia reportes tomográficos en el Hospital Monseñor Sanabria.

Los servicios que refirieron mayor cantidad de pacientes al servicio de radiología para la realización de tomografías fueron el Servicio de Otorrinolaringología con un total de 38 estudios, para un 20% ; el Servicio de Medicina Familiar, con 19 estudios para un 10%, el Servicio de Geriatría solicitó 16 estudios para un 9%, Cirugía General y Medicina General/Laboral solicitaron 14 estudios cada uno que corresponde a un 7% y el Servicio de Urología solicitó 12 estudios para un 6%.

Los restantes estudios fueron solicitados por los servicios de Cirugía Vasculor Periférico, Pediatría, Oftalmología, Neurología, Neumología, Oncología, Medicina Interna, Gastroenterología, Fisiatría, Ginecología, El Hospital de Quepos y el Centro Integral de Cuidados Continuos Ambulatorios del Hospital Monseñor Sanabria. Cada uno de estos solicitó menos de una decena de estudios.

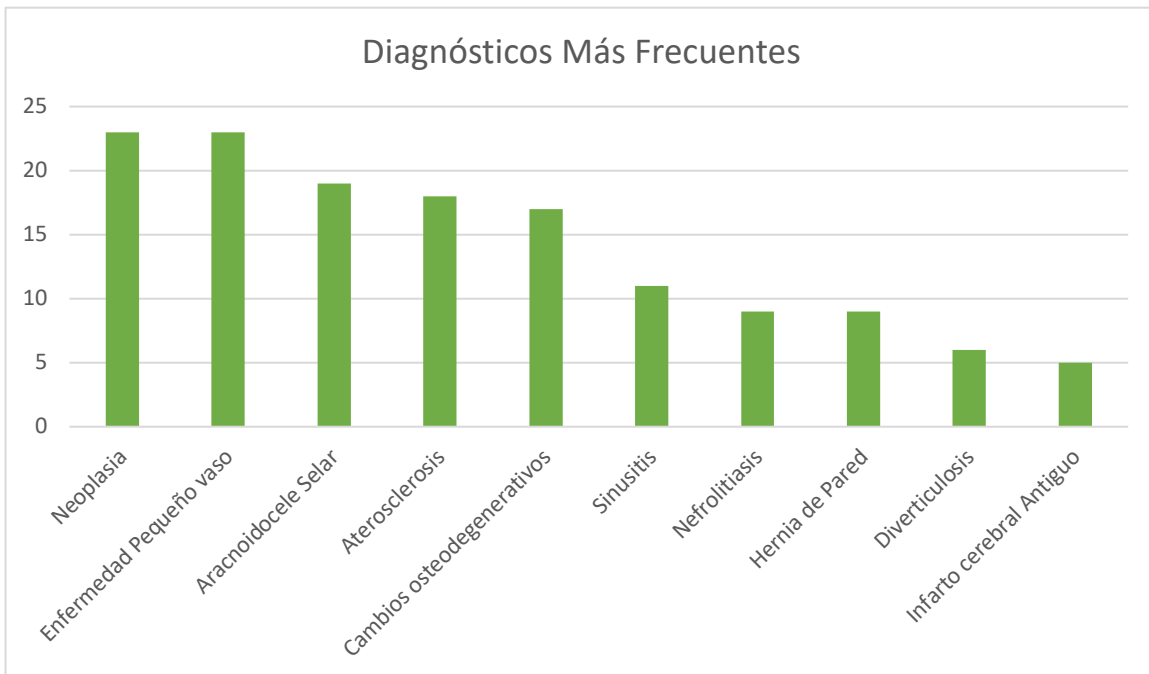


Gráfico #4: Diagnósticos tomográficos más frecuentes en los reportes de las tomografías del Hospital Monseñor Sanabria.

Al analizar el hecho de que el porcentaje mayor de los estudios solicitados fueron de cabeza y cuello y que los tres servicios con mayor demanda de tomografías corresponden al Servicio de Otorrinolaringología, el Servicio de Medicina Familiar y el Servicio de Geriátrica; es comprensible que los diagnósticos más comunes fueran hallazgos tomográficos compatibles con procesos neoplásicos y enfermedad de pequeño vaso, seguidos por un importante número de aracnoidocelos selares y enfermedad aterosclerótica en diferentes regiones anatómicas.

Los cambios degenerativos contemplados en esta estadística engloban todos los casos en que se diagnosticó un hallazgo con compresión del canal medular y franco compromiso radicular documentado en el estudio o que correlacionara con la sospecha clínica.

Al igual que en el caso anterior, los cambios por sinusitis tomados en cuenta en esta estadística, son lo que comprometían de manera clara los senos paranasales en manera extensa y que correlacionaban con la sospecha del médico tratante.

Además de estos hallazgos, se diagnosticó con frecuencia nefrolitiasis, hernias de pared abdominal, diverticulosis y zonas de gliosis en probable relación con infartos cerebrales antiguos por las características tomográficas presentadas.

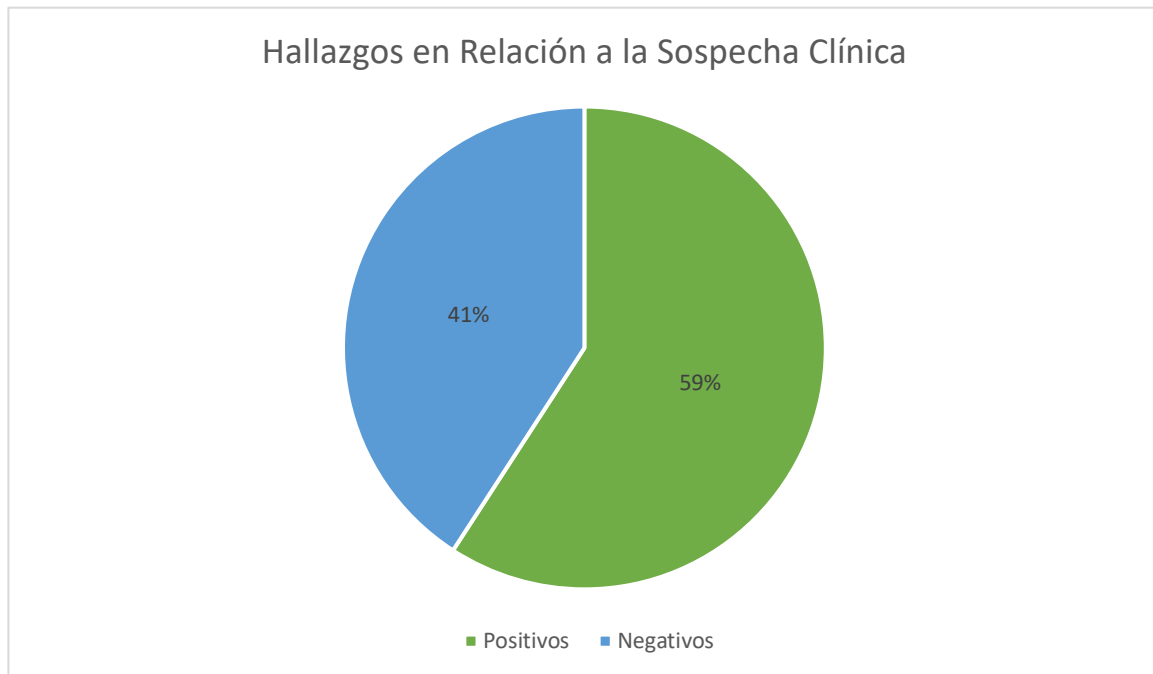


Gráfico #5: Correlación clínico-radiológica en relación a hallazgos positivos en la tomografía con respecto a la sospecha del médico tratante.

Con el afán de integrar con la mayor precisión las imágenes tomográficas con el cuadro clínico del paciente y la sospecha clínica del médico tratante, se realizó el esfuerzo de analizar críticamente cada caso, tomando en cuenta no solo lo que indicaba cada referencia, sino también haciendo uso del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en los casos que se considerara necesario para analizar antecedentes del paciente, indagar con mayor criticismo el cuadro clínico y dar las recomendaciones más adecuadas en el seguimiento de los pacientes. Posterior al proceso previamente descrito de análisis personalizado, se determinó si los hallazgos tomográficos correspondían o no a la sospecha clínica, existiendo hallazgos positivos en 59% de los casos y en un 41% de los estudios los estudios no presentaban alteraciones tomográficas significativas.

Con el interés de la salud del paciente como principal objetivo, en los casos de alto riesgo; se comunicó vía telefónica a los servicios correspondientes los hallazgos para que de manera oportuna tomaran las medidas correspondientes del caso y los pacientes no experimentaran ningún retraso en el adecuado tratamiento de su patología.

Conclusiones

- Se realizó la interpretación de 191 estudios tomográficos del Servicio de Radiología del Hospital Monseñor Sanabria; correspondiendo en su mayoría a estudios de cabeza y cuello.
- Los servicios referentes con mayor beneficio fueron los de Otorrinolaringología, Geriatria y Medicina Familiar, sin embargo se facilitó el resultado de los estudios a 18 servicios diferentes, disminuyendo el tiempo de espera de los resultados y agilizando de manera general el tiempo de reporte.
- Los diagnósticos más frecuentes correspondieron a hallazgos tomográficos compatibles con neoplasia y enfermedad de pequeño vaso a nivel de sistema nervioso central, demostrando la relevancia de la tomografía como herramienta diagnóstica y la importancia de disminuir las listas de espera en los reportes de esta modalidad.
- La relevancia de este tipo de iniciativas al impactar las listas de espera y disminuirla en 101.25 horas de reporte, no solo para el Hospital Monseñor Sanabria, sino también para los hospitales de la red.

Anexos

A continuación se presentan todos los reportes de tomografía realizados para este trabajo de graduación. Con el interés de respetar la privacidad de los pacientes, se han eliminado datos que puedan identificar al paciente como nombre y número de cédula.

Paciente		Fecha de Estudio	14-11-2019
Expediente		Fecha de Reporte	25-12-2019
Estudio	TC CUELLO TORAX ABDO	Servicio	HEMATO

No se cuenta con estudios previos para realizar comparativa.

Se valora tomografía de cuello, torax y abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

CUELLO: cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos. Órbitas conservadas. Existe material hipodenso en seno maxilar derecho. Restantes senos paranasales conservados. Espacios del cuello sin procesos expansivos o colecciones. Faringe, laringe y tráquea sin alteraciones en la posición o sus paredes. Se observan imágenes ganglionares con diámetro mayor que no sobrepasa los 10mm, en niveles IB bilaterales. Glándulas parótidas, submaxilares y tiroides conservan sus diámetros, impresionan sin procesos expansivos ni ectasias ductales. Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables.

TÓRAX:

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Esófago con engrosamiento difuso en tercio medio, con grosor parietal de hasta 5mm, se recomienda correlación endoscópica.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos ni dilataciones.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin masas o consolidaciones. En segmento posterior del LSD existe un nódulo subpleural de 3x2mm, redondeado, hipodenso, circunscrito, homogéneo, de aspecto probablemente benigno. En el segmento superior del LID se observa un nódulo redondeado difusamente calcificado que mide 9x8mm en relación a granuloma calcificado. No hay derrame pleural.

ABDOMEN:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Se observan imágenes ganglionares de aspecto reactivo mesentéricas y retroperitoneales, con diámetros mayores que no sobrepasan los 7mm. En región inguinal, de manera bilateral se aprecian parcialmente imágenes ganglionares hipercaptantes, multilobuladas, heterogéneas, con diámetros mayores que sobrepasan los 15mm.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. Presentan placas de ateroma aortoiliacas en relación a enfermedad aterosclerótica.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Se observan quistes renales Bosniak I bilaterales de hasta 17x10mm. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Útero de aspecto conservado, con material hiperdenso en endometrio en relación a DIU. Anexos de aspecto usual.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Presenta cambios osteodegenerativos difusos en relación a osteoartrosis moderada.

IDx:

1. Imágenes ganglionares inguinales bilaterales, se recomienda correlación con US dirigido.
2. Engrosamiento esofágico en tercio medio de aspecto inespecífico, se recomienda correlación endoscópica.
3. Cambios en relación a sinusitis maxilar derecha.

Paciente		Fecha de Estudio	21-11-2019
Expediente		Fecha de Reporte	27-12-2019
Estudio	TC ABDOMEN Y PELVIS	Servicio	CX HVMS

Paciente masculino de 66 años con hernias incisionales y pérdida de dominio de cavidad abdominal, secundaria a diverticulitis perforada en 2017.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, con focalizaciones quísticas simples aisladas, la mayor de 7 mm en segmento VIII. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea con algunas focalizaciones quísticas simples de hasta 6mm de diámetro. Existe estriación de la grasa y colección de líquido denso alrededor de su polo inferior con un volumen aproximado de 5cc. Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Presenta múltiples quistes Bosniak I bilaterales, el mayor en el riñón derecho de 30mm de diámetro. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Se observa acortamiento del colon derivación en bolsa de ostomía en flanco izquierdo. Existen múltiples imágenes diverticulares en el colon transversal y descendente sin datos inflamatorios asociados. Asa libre de recto con una longitud de 14cm desde el margen anal sin particularidades.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

En tejidos blandos de la pared abdominal se aprecia: diastasis de los rectos abdominales, con distancia entre vientres de 20cm a nivel del hemiabdomen superior. En flanco izquierdo existe una hernia de Spiegel con protrusión de grasa mesentérica y asas intestinales asociadas a la ostomía, la cual presenta un cuello de 35x66mm (APxL) y un fondo de 82x149x150mm (APxTxL). Existe una segunda hernia abdominal inferior que contiene grasa mesentérica y asas intestinales, las cuales presentan nivel hidroaéreo en su interior y divertículos sin datos inflamatorios, con un cuello de 176x98mm (TxAP) y un fondo de 187x148x101mm (APxTxL). En ambos casos se aprecia paso del medio de contraste intestinal e intravascular.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Presenta datos de osteoartritis difusa y rectificación lumbar.

En cortes aportados de torax se observa a nivel del segmento posterobasal izquierdo un engrosamiento nodular pleural, liso, de base ancha, que conforma ángulos obtusos con la pared torácica, hipodenso, con densidad promedio de 120 UH, mide 3.5x7mm.

IDx:

1. Hernias de pared abdominal como descritas, con niveles hidroaéreos en las asas intestinales contenidas como descrito.
2. Cambios en colon en relación a su antecedente quirúrgico.
3. Colección periesplénica como descrita.
4. Engrosamiento pleural de aspecto inespecífico como descrito, se recomienda correlación con clínica.
5. Diverticulosis sin datos de diverticulitis.
6. Quistes hepáticos y esplénicos simples.
7. Quistes renales Bosniak I
8. Engrosamiento pleural inespecífico como descrito, a correlacionar con clínica y estudios complementarios a criterio de médico tratante.

Paciente		Fecha de Estudio	6-12-2019
Paciente		Fecha de Estudio	15-11-2019
Expediente		Fecha de Reporte	27-12-2019
Estudio	TC	Servicio	

Paciente masculino de 67 años de edad con aneurisma de aorta abdominal previa sustitución de aorta.

Se valora tomografía de y abdomen con medio de contraste IV en fase arterial, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura heterogénea en probable relación a la fase de adquisición del estudio.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Se observa en el tercio distal de la Aorta abdominal, a 42mm de la emergencia de la arteria renal izquierda, una imagen sacular posterior derecha con un cuello de 5mm de diámetro con un fondo de 9x10mm que impresiona corresponder con disección de aorta. A unos 71mm distal de la emergencia de la arteria renal izquierda e inmediatamente proximal a la bifurcación de se observa una úlcera penetrante posterior Aórtica que abarca el tercio posterior del vaso, con un cuello menor a 1mm y mide 3x13x7mm

Existen placas de ateroma calcificadas y no calcificadas aortoílicas.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Presenta quistes renales Bosniak I bilaterales de hasta 30mm de diámetro.

No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Próstata heterogénea, aumentada de tamaño con volumen de 43cc.

Tejidos blandos de pared abdominal presentan diastasis de los rectos, con distancia entre vientres de 11cm.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Presenta mínimos cambios de osteoartritis en columna lumbar.

Cortes aportados de Torax sin particularidades.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos compatibles con disección aórtica y úlcera penetrante como descritas.
2. Quistes renales Bosniak I bilaterales
Resto como descrito.

Expediente		Fecha de Reporte	26-12-2019
Paciente	TC ABDOMEN Y PELVIS	Fecha de Estudio	15-12-2019
			URB. CLÍNICA HVMS

Paciente masculino de 73 años con historia de Ca de próstata Gleason 4+3 estadio T2C y APE elevado.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia: Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar intrahepática. Se observa dilatación difusa de la vía biliar extrahepática (hasta 9mm) y el conducto pancreático común (hasta 4mm) los cuales confluyen en zona de hiperdensa a nivel del ámpula de Vater. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima con dilatación del conducto pancreático común como previamente descrito.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. El riñón izquierdo presenta pelvis extrarrenal como variante anatómica. Se observan algunas imágenes quísticas simples en ambos riñones en relación a quistes Bosniak I, el mayor derecho de 12mm y el mayor izquierdo de 10mm. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Existen múltiples imágenes diverticulares en colon, predominantemente en sus porciones descendente y sigmoides, sin datos inflamatorios asociados.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Próstata aumentada de tamaño, heterogénea, con prominencia intravesical del lóbulo medio, con un volumen de 52cc. No se observa invasión rectal ni vesical por este método diagnóstico. Presenta al menos 3 adenopatías hipercaptantes en la grasa perirectal.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

Cortes aportados de abdomen evidencian atelectasias subsegmentarias bibasales de predominio derecha en relación con zonas de hipoventilación. Se observa hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 12x9x25mm.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos en relación con su conocido Ca de próstata, que correspondería a un cT2cN1M0 para un Estadio IVA; sin embargo se recomienda correlacionar con Resonancia Magnética para su adecuada estadiaje.
2. Dilatación de la vía biliar extrahepática y del conducto pancreático común como descritas, asociados a hiperdensidad a nivel del ámpula de Vater, se recomienda correlación con estudio endoscópico.
3. Quistes renales Bosniak I bilaterales como anotados.
Diverticulosis sin datos de diverticulitis

Expediente		Fecha de Reporte	26-12-2019
Paciente		Fecha de Estudio	15-11-2019
Estudio	TC ABDOMEN Y PELVIS	Servicio	UROLOGÍA HVMS

Paciente masculino de 73 años con historia de Ca de próstata Gleason 4+3 estadio T2C y APE elevado.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia: Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar intrahepática. Se observa dilatación difusa de la vía biliar extrahepática (hasta 9mm) y el conducto pancreático común (hasta 4mm) los cuales confluyen en zona de hiperdensa a nivel del ámpula de Vater. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima con dilatación del conducto pancreático común como previamente descrito.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. El riñón izquierdo presenta pelvis extrarrenal como variante anatómica. Se observan algunas imágenes quísticas simples en ambos riñones en relación a quistes Bosniak I, el mayor derecho de 12mm y el mayor izquierdo de 10mm. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Existen múltiples imágenes diverticulares en colon, predominantemente en sus porciones descendente y sigmoides, sin datos inflamatorios asociados.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Próstata aumentada de tamaño, heterogénea, con prominencia intravesical del lóbulo medio, con un volumen de 52cc. No se observa invasión rectal ni vesical por este método diagnóstico. Presenta al menos 3 adenopatías hipercaptantes en la grasa perirectal.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

Cortes aportados de abdomen evidencian atelectasias subsegmentarias bibasales de predominio derecha en relación con zonas de hipoventilación. Se observa hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 12x9x25mm.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos en relación con su conocido Ca de próstata, que correspondería a un cT2cN1M0 para un Estadio IVA; sin embargo se recomienda correlacionar con Resonancia Magnética para su adecuada estadiaje.
2. Dilatación de la vía biliar extrahepática y del conducto pancreático común como descritas, asociados a hiperdensidad a nivel del ámpula de Vater, se recomienda correlación con estudio endoscópico.
3. Quistes renales Bosniak I bilaterales como anotados.
4. Diverticulosis sin datos de diverticulitis.

Expediente		Fecha de Reporte	25-12-2019
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HMS

Paciente masculino de 60 años con antecedente de masa dolorosa en flanco izquierdo de 5 meses de evolución.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, con una focalización quística simple bilobulada en segmento VI de 11x7mm. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones. Existe bazo accesorio hilar de 10mm de diámetro.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales. Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Presenta

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Próstata homogénea, aumentada de tamaño, sin focalizaciones, con volumen de 48cc.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas. Presenta cambios difusos osteodegenerativos y rectificación de la lordosis lumbar normal. Existe anterolistesis grado II de Meyerding de L5 sobre S1 asociado a fractura de las carillas articulares inferiores bilaterales y el proceso espinoso.

En cortes aportados de torax se observa hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 16x7x40mm. Bases pulmonares sin particularidades.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de masas abdominales.
 2. Espondilolisis con espondilolistesis de L5 sobre S1 grado II de Meyerding.
 3. Hernia hiatal por deslizamiento.
 4. Crecimiento prostático como descrito.
 5. Bazo accesorio como variante anatómica.
- Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	5-11-2019
Expediente		Fecha de Reporte	25-12-2019
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	UROLOGÍA HVMS

Paciente masculino de 37 años con dolor pélvico, disuria y US de vías urinarias normal. Se observan datos de trigonitis y desplazamiento del posio de la vejiga en cistoscopia, a descartar masa extrínseca.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Prostata de tamaño, textura y aspecto conservado, con una calcificación de 2mm izquierda.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

- 1. Estudio sin evidencia de masas pélvicas.
Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	09-12-2019
Expediente		Fecha de Reporte	24-12-2019
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	Urología HVMS

Paciente masculino de 69 años en POP #1 año de cirugía transvesical prostática, con hematuria persistente.

Se valora tomografía de torax y abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. Se observan placas de aterosclerosis calcificadas aortoiliacas en relación con aterosclerosis.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Próstata irregular, heterogénea, con zonas de densidad líquida en probable relación con zonas de necrosis, aumentada de tamaño, con incremento de volumen asimétrico del lóbulo medio de predominio derecho 77x83x99 APxTxL para un volumen aproximado de 330cc. Pierde planos de separación de manera parcial con la pared posterior vesical y la pared anterior del recto. Existe estriación de la grasa perirectal. Se observan múltiples adenopatías perirectales, en cadenas iliacas internas, retroperitoneales y mesentéricas.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos en relación con su conocido Ca de próstata que por sus características tomográficas correspondería a un T4N1M1 para un estadio IVB; sin embargo su adecuada caracterización y estadificación debe ser realizada por RM.
2. Datos de aterosclerosis aortoiliaca.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	24-10-2019
Expediente		Fecha de Reporte	26-12-2019
Estudio	TC ABDOMEN Y PELVIS	Servicio	CIRUGÍA HVMS

Paciente femenina de 33 años con historia de neurofibromatosis

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Útero y anexos sin particularidades.

Se observan múltiples engrosamientos nodulares en plano cutáneo y algunos nódulos en tejido celular subcutáneo, la mayor de hasta 6mm de diámetro de localización dorsal, paracentral izquierda a la altura de T12; dichos hallazgos se encuentran en relación con su conocida patología de fondo.

Entre los músculo oblicuo interno y transverso de la pared abdominal, subcostal derecho, en línea axilar anterior, se aprecia una masa bien definida, ovalada, homogénea, con leve captación periférica, hipodensa, con densidad de tejidos blandos y un promedio de 37 UH, que mide 62x18x23mm.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Existen datos difusos de osteoartrosis. En el platillo vertebral superior de L5 existe una vértebra limbus. Presenta vértebra lumbar supranumeraria L6 fusionada con L5, dicho complejo presenta fusión completa con el sacro a nivel del proceso transversos izquierdo y pseudoartrosis derecha, en relación con un complejo transicional de Castellvi tipo IV

IDx:

- 1. Masa subcostal en tejidos blandos de pared abdominal anterior como descrita que impresiona corresponder con neurofibroma. Se recomienda correlación con estudios complementarios para su adecuada caracterización.**
- 2. Vértebra supernumeraria que conforma complejo transicional de Castellvi tipo IV como variante anatómica.**
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	28-11-2019
Expediente		Fecha de Reporte	25-12-2019
Estudio	TC TORAX Y ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 81 años, conocido portador de HTA, hipotiroidismo, hepatomegalia y alteración de la marcha, en estudio por disnea.

Estudio limitado en su valoración por artefactos de movimiento, en lo valorable se aprecia:

Se valora TC de torax simple y con contraste arterial que muestra:

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tiroides disminuida de tamaño de aspecto atrófico.

Esófago presenta engrosamiento parietal difuso en el tercio superior de hasta 6mm de grosor, con protrusión al lumen traqueal a este nivel y hernia hiatal por deslizamiento de 10x8x26mm.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Existe un defecto de llenado parcial en la rama subsegmentaria del segmento lateral del lóbulo medio, con densidad luminal promedio de 30UH, en probable relación con tromboembolismo pulmonar crónico.

Las restantes estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables. Existen placas de ateroma calcificada en la aorta y arterias coronarias en relación a enfermedad aterosclerótica

Cardiomegalia grado I. No se observa derrame pericárdico.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin masas o consolidaciones.

Existen atelectasias subsegmentarias de predominio apical derecho y bibasal posterior en relación a zonas de hipoventilación. En segmento basal anterior existe un granuloma difusamente calcificado de 3.5mm.

Se aprecia asimetría en la elevación del hemidiafragma derecho de 7.5cm en relación al izquierdo, en su porción central-anterior, impresionando defecto de continuidad en el hemidiafragma ipsilateral, el cual desplaza posteriormente el parénquima pulmonar del LID. No hay derrame pleural.

Se observan cambios difusos de osteoartritis severa en columna dorsal, sin trazos de fractura o lesiones líticas ni blásticas.

Se valora TC de abdomen simple y con contraste IV en fase venosa y oral que muestra:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas de aspecto atrófico, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Se identifican imágenes ganglionares pericavas y mesentéricas, con diámetros mayores que no sobrepasan los 7mm, de aspecto probablemente reactivo.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Ambos presentan pelvis extrarrenal como variante anatómica. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Existen escasas imágenes diverticulares sin cambios inflamatorios asociados en colon descendente y sigmoides.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones. Próstata de tamaño y aspecto conservado

Estructuras óseas presentan cambios osteoartrosicos severos sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos sugestivos de tromboembolismo pulmonar crónico, tomando en cuenta que el estudio no fue protocolizado de manera óptima para su adecuado diagnóstico.
2. Elevación anormal del hemidiafragma derecho, que impresiona corresponder con herniación de la cúpula hepática; que por su localización podría corresponder a ruptura diafragmática como primera posibilidad, se recomienda correlacionar con estudio fluoroscópico dinámico.
3. Engrosamiento parietal esofágico en tercio superior con protrusión a lumen traqueal a este nivel y hernia hiatal por deslizamiento como descritos, se recomienda correlación con endoscopia.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 60 años con cefalea en estudio.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra:

Pérdida de volumen encefálico de predominio frontoparietal.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima.

Existe pobre representación del tercio posterior del seno sagital inferior, que podría estar en relación con variante anatómica del mismo. Restantes porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca presenta aracnoidocele selar grado III

Existe desviación septal izquierda en área III de Cottle y derecha en área IV.

Existe hiperostosis difusa interna de la calota, de predominio frontoparietal.

Se aprecian calcificaciones carotídeas derechas.

IDx:

1. Hiperostosis difusa de la calota de predominio frontoparietal como descrita.
2. Aracnoidocele selar grado III
3. Desviación del septum nasal
4. Pérdida de volumen encefálico.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 31 años con rinitis crónica en estudio.

Senos etmoidales, frontales y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Los senos maxilares presentan engrosamiento mucoso bilateral, de predominio izquierdo, sin apreciar otras alteraciones.

Septum nasal con leve desplazamiento derecho en área III de Cottle.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

Existe neumatización de ambos cornetes nasales medios.

IDx:

- 1. Cornetes nasales medios con variante anatómica de concha bullosa.
Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	19-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC Cerebro	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 63 años con datos de parkinsonismo progresivo.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Hipodensidades corticales frontales bilaterales, periventriculares frontales y posteriores bilaterales y en pedúnculo cerebelar izquierdo.

Sistema ventricular de diámetros normales, con asimetría de los ventrículos laterales, siendo mayor el izquierdo sin asociar causa obstructiva, asimetrías en plexos coroideos ni evidencia de lesiones periventriculares.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Septum nasal con desviación a la derecha en áreas II, III y IV de Cottle, con espolón no contactante en esta última.

Engrosamiento mucoso del seno maxilar derecho. Hipoplasia del cornete medio derecho. Restantes senos paranasales sin alteraciones valorables.

IDx:

1. Hipodensidades de distribución difusa como descritas, en relación a enfermedad de pequeño vaso.
2. Asimetría ventricular como anotada sin causa orgánica asociada, en posible relación con variante anatómica.
3. Desviación del septum nasal derecha
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 7 años con cefalea intensa en 2 episodios.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación del septo nasal a la izquierda en área IV de Cottle con espolón contactante.

IDx:

- 1. Desviación del septum nasal a la izquierda**

Resto como descrito

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 83 años conocida hipertensa con cuadro de deterioro cognitivo y trastorno neuroconductual

Se valora TC de cráneo sin medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Existe pérdida de volumen encefálico de predominio parietotemporal.

Se observan hipodensidades en sustancia blanca profunda parietotemporal derecha, periventriculares anteriores y posteriores bilaterales y cápsula externa izquierda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

MTA score de 2 izquierdo y 3 derecho.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación de septo nasal derecha con espolón no contactante en área IV de Cottle.

Existen quistes de retención mucoso en seno maxilar derecho y leve engrosamiento de mucosa en el seno maxilar izquierdo. Se observa un quiste de retención en el seno frontal izquierdo y engrosamiento mucoso en el seno frontal derecho.

IDx:

1. Zonas de hipodensidad en relación a enfermedad de pequeño vaso.
 2. Pérdida de volumen encefálico.
 3. Hallazgos en relación a sinusitis.
 4. Desviación del septum nasal.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 67 años con antecedente de sustitución de aorta biliar.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, existe una focalización quística simple en segmento V de 6mm de diámetro. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. Se observan placas de ateroma blandas y calcificadas aortoiliacas. En aorta distal se observa material protésico a nivel de la bifurcación, el cual impresiona comunicar la aorta abdominal con la arteria iliaca interna, con presencia de material hipodenso en su interior, con escasa cantidad de medio de contraste intraluminal sugestivo de trombosis del lumen protésico. Distal al mismo se observa arteria colateral que comunica arteria iliaca externa izquierda con iliaca interna ipsilateral, presentando adecuada llenado del medio de contraste intraluminal distal a dicha anastomosis.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Se observan quistes renales Bosniak I bilaterales de predominio derecho de hasta 31mm de diámetro. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

En tejidos blandos de pared abdominal se observa diastasis de los rectos abdominales en toda su extensión, entre los cuales protruyen asas de intestino delgado y colon. El defecto mide 26x125x174mm (APxTxL)

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura, con presencia de cambios por osteoartrosis leve difusa.

IDx:

1. Hernia incisional en línea media abdominal como descrita.
2. Cambios posquirúrgicos en relación a antecedente del paciente, con imagen sugestiva de trombo luminal en lumen protésico y flujo de la arteria iliaca interna izquierda dependiente de anastomosis con arteria iliaca externa.
3. Quistes renales bilaterales Bosniak 1 como descritos.
4. Quiste hepático simple en segmento V

Paciente		Fecha de Estudio	10-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	26-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 42 años con cefalea en estudio.

Se valora TC de cráneo con y sin medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Existen hipodensidades cortico subcorticales que no condicionan efecto de masa, predominantemente lóbulo frontal y temporal izquierdos, en probable relación con eventos isquémicos previos.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca con presencia de aracnoidocele selar grado II.

Existe desviación septal derecha en áreas III y IV de Cottle, con espolón contactante.

IDx:

1. Hipodensidades frontales y temporales izquierdas como descritas en relación con enfermedad de pequeño vaso.
 2. Aracnoidocele selar grado II
 3. Desviación del septum nasal.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	26-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 2 años y 6 meses en estudio por retraso del desarrollo psicomotor, con diplegia en miembros superiores. Recien nacido de 36 semanas por cesárea sin SFAni reanimación, con laboratorios normales.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca presenta aumento de los diámetros de la hipófisis, la cual se observa homogénea, sin calcificaciones en su interior, isodensa con el parénquima cerebral, con densidades promedio de 27 UH en fase simple, con mínima captación del medio de contraste, presentando densidades promedio de 32UH en fase contrastada, con captación periférica del medio de contraste, que condiciona hiperostosis de la silla turca y remodelamiento óseo, que mide 5x6x11mm (APxTxL)

IDx:

Hallazgos tomográficos en relación a macroadenoma hipofisario como descrito. Se recomienda correlacionar re

Paciente		Fecha de Estudio	19-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC senos paranasales	Servicio	HVMS

Paciente con rinitis , a descartar patología del complejo osteomeatal.
TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes. La fosa olfatoria presenta una profundidad de 10mm, Keros III.

Desviación del tabique intersinusal esfenoidal a la izquierda. Ambos senos esfenoidales se extienden hacia los procesos pterigóideos generando neumatización de los mismos.

Cornete nasal medio derecho con variante de concha bullosa.

Se observa celdilla de Haller derecha.

Presencia de celdilla aérea septal nasal posterior.

Existen celdillas de Agger Nasi bilaterales, sin producir obstrucción del infundíbulo.

Septo nasal con espolón no contactante a la izquierda en área IV de Cottle

Impresión:

- 1. Desviación del septum nasal a la izquierda como descrito.**
- 2. Múltiples variantes anatómicas de los senos paranasales como anotadas.**
- 3. Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	21-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	26-02-2020
Estudio	TC cerebro y cervicales.	Servicio	H. Puntarenas

Paciente Masculino de 79 años con antecedentes de hematoma subdural e ICT, con dolor en miembro superior izquierdo y cervicalgia.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Existen múltiples áreas hipodensas corticosubcorticales predominantemente en lóbulos frontales, temporales, parietales, periventricular anterior y posterior bilateral y cerebelar izquierdo, en probable relación con eventos isquémicos previos.

Existe disminución difusa del volumen encefálico, de predominio frontotemporal.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos.

Silla turca con aracnoidocele grado III.

Presenta calcificaciones carotídeas bilaterales.

Existe engrosamiento mucoso en la celdilla esfenoidal izquierda que ocupa el meato de dicho seno.

A nivel del septum nasal, hay desviación derecha, con espolón no contactante en zonas III y IV de Cottle.

Se observan datos de fractura parietal antigua a nivel de la sutura frontoparietal izquierda, con desplazamiento del hueso parietal de manera intracraneal creando grada ósea con prominencia de 3mm; hallazgos a correlacionar con historia del paciente.

Se valora tomografía de columna cervical con cortes aportados únicamente en fase simple, donde se observa:

Columna cervical, con vértebras de forma y altura normal, con un canal raquídeo de amplitud conservada. Presenta rectificación de la lordosis cervical.

Existe disminución difusa de la densidad mineral ósea, se recomienda valoración dirigida con densitometría ósea.

El ligamento longitudinal posterior no se encuentra calcificado.

El examen es negativo por fractura o espondilolistesis.

No hay masas, ni colecciones líquidas paraespinales.

Se observan cambios difusos de osteoartritis con presencia de osteofitos, esclerosis y quistes subcondrales en platillos vertebrales, articulaciones uncovertebrales y cigoapofisiarias, con quistes de Schmorl en platillos vertebrales.

Se aprecia abombamiento del disco intervertebral a nivel de C3-C4 y C4-C5.

Los anteriores cambios generan disminución del espacio foraminal de las raíces nerviosas derechas de C3-C4 hasta C6-C7 del lado izquierdo y de C3-C4 hasta C5-C6 del lado derecho.

Existe importante disminución del espacio intervertebral a nivel de C5-C6.

IDx:

1. Hipodensidades difusas como descritas en relación a eventos isquémicos antiguos.
 2. Aracnoidocele selar grado III.
 3. Calcificaciones carotideas bilaterales.
 4. Pérdida de volumen encefálico.
 5. Desviación derecha del septum nasal.
 6. Cambios de osteoartrosis moderada a nivel de columna cervical, los cuales generan estreches foraminal C3-C4 hasta C6-C7 del lado izquierdo y de C3-C4 hasta C5-C6 del lado derecho y pérdida del espacio articular de C5-C6; se recomienda correlacionar con clínica.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 43 años con historia de cefalea, neurológico estable, en observación por LEO.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

Se observa un quiste aracnoideo a nivel del tentorio derecho que mide 7x5mm.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Existe desviación septal izquierda en área IV de Cottle.

IDx:

1. Desviación septal izquierda como descrita
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente	602900108	Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 41 años con historia de cefalea, neurológico estable, en observación por LEO.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.
Existen hipodensidades periventriculares anteriores y posteriores bilaterales y cortico-subcortical frontal izquierda, en relación a eventos isquémicos previos.
Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.
No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.
Puente y mesencéfalo de aspecto normal.
Polígono de Willis con morfología conservada, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima.
Existe una dilatación aneurismática fusiforme del tercio proximal de la porción A1 de la arteria comunicante anterior izquierda con diámetros de 26x31x18mm (APxTxL)
Porciones valorables de los senos venosos permeables.
Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.
Silla turca sin datos de procesos expansivos.
Desviación del septum nasal a la derecha en área IV de Cottle con espolón contactante.

IDx:

1. Dilatación aneurismática fusiforme de la porción A1 de la arteria comunicante anterior izquierda como descrita.
2. Zonas de hipodensidad como descritas en relación con enfermedad de pequeño vaso.
3. Desviación derecha del septuma nasal.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 63 años con historia de cefalea, en observación por LEO.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Se observa hipodensidad cortical frontal izquierda en relación con evento isquémico antiguo.

Existen pequeñas calcificaciones en la cápsula interna, bilaterales y simétricas, probablemente secundarias a cambios por la edad.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Existe desviación septal izquierda en áreas III y IV de Cottle con espolón no contactante. Se observa ocupación de material hipodenso en celdilla etmoidal posterior izquierda, en relación con cambios por sinusitis.

IDx:

1. Hipodensidad cortical frontal izquierda en relación con evento isquémico antiguo.
2. Desviación septal izquierda.
3. Cambios en relación a sinusitis etmoidal.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	26-02-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	H Puntarenas

Paciente femenina de 42 años con historia de cefalea, en observación por LEO.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestivas de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con pobre representación de la arteria comunicante posterior izquierda, en probable relación con hipoplasia de dicho vaso. Los restantes diámetros están conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima.

Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

IDx:

Estudio sin evidencia de alteraciones tomográf

Paciente		Fecha de Estudio	08-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	26-02-2020
Estudio	TC DE CEREBRO Y ÓRBITAS	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 40 años con proptosis derecha en estudio.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestivas de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Se observa engrosamiento circunferencial y aumento de la captación del medio de contraste periférica del nervio óptico, creando el signo de "doble vía" en la parte proximal del nervio óptico derecho que se continúa por el tracto óptico ipsilateral, asociando calcificaciones gruesas en su trayecto en fosa media e hiperostosis de los hueso esfenoides, etmoides y la apófisis orbitaria del hueso palatino en las zonas circundantes al nervio óptico derecho. Dichos cambios condicionan una distancia del vértice corneal a la línea interzigomática de 18mm (vs 14mm en el globo ocular izquierdo)

Existe desviación septal derecha no contactante del septum nasal en área IV de Cottle

IDx:

1. Hallazgos tomográficos en relación a engrosamiento proximal del nervio óptico y tracto óptico derechos como descritos, que sugieren un meningioma de la vaina del nervio óptico por sus características tomográficas. Se recomienda correlacionar con estudios complementarios a criterio de médicos tratantes.
2. Desviación septal derecha no contactante en área IV de Cottle
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	06-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC COLUMNA LUMBAR	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 50 años con lumbalgia de predominio neuropático radicular L5 S1.

Se valora tomografía de columna lumbar sin medio de contraste, en donde se aprecia:

Conservación de la lordosis lumbar normal

Cuerpos vertebrales de número, morfología y tamaño normal, con mínima esclerosis facetaria. Los discos intervertebrales se conservan en su mayoría con espacios normales, conservando sus límites anatómicos posteriores.

Se observa un osteofito lateral izquierdo en el platillo vertebral inferior de L5 que disminuye el diámetro del neuroforamen izquierdo de L5-S1 e impresiona contactar el nervio. El canal y los restantes neuroforámenes están conservados. Sin evidencia de artrosis o hipertrofia facetaria. Además se observa un canal raquídeo amplio, sin densidades patológicas en su interior que sugieran hernia discal.

La medula espinal se conserva

Unión cráneo cervical conservada

Estructuras musculares conservadas

Celular subcutáneo sin patología

No se aprecia fractura ni espondilolistesis. Tampoco hay masas o colecciones anormales en localización paraespinal.

Existe en pelvis una calcificación de 8x4x5mm con una densidad promedio de 1230 UH que se encuentra en íntima relación con el ureter izquierdo, sin embargo no impresiona localizarse intraluminal ni asocia datos obstructivos.

Impresión Diagnóstica.

- 1. Osteofito lateral izquierdo del platillo inferior de L5 que impresiona disminuir el diámetro del neuroforamen y contactar la raíz nerviosa a nivel de L5-S1.**
 - 2. Mínimos cambios de osteoartrosis.**
 - 3. Calcificación pélvica izquierda como descrita, se recomienda correlacionar con estudios complementarios para su adecuada caracterización.**
- Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	04-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 79 años con historia de ITUs a repetición a quien se le realizó cistoscopia donde impresiona existir fístula vesical. En cistografía no se aprecia trayecto fistuloso. Estudio a descartar fístula intestino-vesical.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares. **Existe una región hipodensa en segmento IV B que mide 14x8mm impresiona estar en relación con zona de esteatosis parcelar.** No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. **Existen placas de ateroma blandas y calcificadas a nivel aortoiliaco.**

Ambos riñones son de tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. **Presenta pelvis extrarrenal bilateral como variante anatómica. Se observa un quiste Bosniak I de 10mm de diámetro en polo superior del riñón izquierdo.** No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Se aprecian múltiples divertículos de predominio en colon sigmoides sin cambios inflamatorios asociad

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones. **Existe conservación de planos entre el colon sigmoides y la vejiga urinari. No se observan trayectos fistulosos, presencia del medio de contraste oral en vejiga, no existen focos de gas vesical.**

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Se aprecian cambios osteodegenerativos difusos en columna lumbosacra. **Existe anterolistesis de L4 sobre L5 grado 1 de Meyerding, con abombamiento posterior del disco intervertebral que contacta el saco y produce estrechez de los neuroforámenes, predominantemente el izquierdo. También se**

aprecia anterolistesis de L5 sobre S1 grado 2 de Meyerding, con estrechéz de ambos neuroforámenes.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de fístula intestino-vesical.
2. Diverticulosis colónica sin datos de diverticulitis.
3. Quiste renal Bosniak I izquierdo.
4. **Anterolistesis de L4 sobre L5 grado 1 de Meyerding, con abombamiento posterior del disco intervertebral que contacta el saco y produce estrechez de los neuroforámenes, predominantemente el izquierdo.**
5. **Anterolistesis de L5 sobre S1 grado 2 de Meyerding, con estrechéz de ambos neuroforámenes.**

Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	06-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC COLUMNA CERVICAL	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 37 años, con antecedente de accidente de tránsito hace 2 años, actualmente cervicalgia, a descartar hernia en niveles C5-C6 y C6-C7.

Se valora tomografía cervical sin medio de contraste, en donde se aprecia:

Cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos.

Espacios del cuello sin procesos expansivos o colecciones. No se observan otras alteraciones en tejidos blandos.

Cuerpos vertebrales en adecuado número, posición y alineación, con conservación de la lordosis cervical normal.

Existe leve esclerosis en platillos vertebrales y algunas calcificaciones en el ligamento longitudinal anterior.

No se observan alteraciones a nivel de los discos intervertebrales.

Canal medular y neuroforámenes conservados.

IDx:

1. Mínimos cambios osteodegenerativos como descritos.

Paciente		Fecha de Estudio	4-3-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 30 años con ptosis parpebral derecha y aumento del diámetro antero-posterior de la silla turca, a descartar aneurisma de la arteria comunicante posterior derecha

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología normal, que impresiona de diámetros reducidos, sin asociar herniaciones ni otros datos sugestivos de edema.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca con aracnoidocele selar grado I.

Septum nasal con desviación izquierda en áreas III y IV de Cottle.

IDx:

1. Aracnoidocele selar grado I

Desviación septal izqu

Paciente		Fecha de Estudio	02-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-02-2020
Estudio	TC COLUMNA CERVICAL	Servicio	HVMS

Paciente de 37 años con artrosis cervical, a descartar hernia discal C6-C7.

Se valora tomografía cervical sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos

Seno maxilar derecho con engrosamiento mucoso. Restante senos paranasales impresionan conservados.

Espacios del cuello sin procesos expansivos o colecciones.

Se observan vértebras cervicales con adecuado número, posición y alineamiento; con adecuada lordosis cervical.

La densidad mineral ósea impresiona conservada.

Se observa mínima esclerosis de los platillos vertebrales, en relación con cambios incipientes de osteoartrosis.

No se aprecian francos cambios en discos intervertebrales.

Canal medular con diámetro conservado, sin lesiones que lo compriman.

Tejidos blandos de la región cervical sin procesos expansivos ni otras lesiones apreciables.

IDx:

1. Estudio sin hallazgos tomográficos que sugieran alteraciones discales a nivel C6-C7.
2. Sinusitis maxilar derecha.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	29-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC TRIFÁSICO ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 53 años con masa abdominal en estudio.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral en fase simple y venosa, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar intrahepática. Ausencia quirúrgica de vesícula biliar con presencia de clips metálicos en lecho vesicular. Existe dilatación de la vía biliar extrahepática de 9mm de diámetro sin causa obstructiva apreciable.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros. Presenta una calcificación de 1mm de diámetro en cola distal que no asocia datos obstructivos. No presenta otras focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándula suprarrenal derecha sin particularidades. Glándula suprarrenal izquierda presenta focalización nodular en su cuerpo, redondeada, bien definida, heterogénea, sin calcificaciones ni zonas quísticas, que en fase simple se observa con densidad de tejidos blandos (densidad promedio de 31UH) y presenta captación de medio de contraste de 140UH en fase arterial tardía y de 81 UH en fase venosa, mide 14x14x19mm (APxTxL).

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. Existen placas de ateroma no calcificadas y calcificadas aortoiliacas.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Existen algunos quistes Bosniak I, el mayor derecho de 5mm y el mayor izquierdo de 2mm. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

En tejidos blandos se observa una hernia umbilical 6x6mm de contenido graso.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Útero y anexos de aspecto conservados.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Existen algunas focalizaciones hiperdensas con densidades de entre 895 UH y 1170 UH en ambas cabezas femorales, la mayor de 5mm de diámetro en cabeza femoral izquierda compatibles con focos de enostosis.

IDx:

1. Focalización adrenal izquierda como descrita de aspecto inespecífico, se recomienda correlacionar con TC trifásico adrenal para su adecuada caracterización.
2. Dilatación de la vía biliar extrahepática sin causa aparente en el presente estudio.
3. Quistes renales Bosniak I bilaterales.
4. Ateromatosis aortoiliaca.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	05-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC TRIFÁSICO PANCREAS	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 70 años con quiste de cola de pancreas conocido, estudio control.

Se valora tomografía trifásica de páncreas con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con aumento de volumen del lóbulo izquierdo, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Ausencia quirpurgia de vesícula biliar.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta ectasias ductales. Existe en cola distal, una focalización de forma ovalada, de bordes lobulados, circunscritos, hipodensa, con pequeños septos en su interior, con captación del medio de contraste y mínimo lavado, alcanzando una densidad promedio de 9UH en fase simple, en fase arterial y venosa de 32 UH y en fase tardía de 29UH. Mide 12x13x8mm (APxLxT)

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. Existen calcificaciones ateroscleróticas aortoiliacas.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. En riñón izquierdo se observa un lito hacia los grupos caliciales superiores con densidad de hasta 790 UH que mide 5mm de diámetro, no asocia datos obstructivos. No se visualizan masas sólidas, ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Presenta divertículos sin datos inflamatorios asociados de predominio en colon sigmoides.

En tejidos blandos de pared abdominal se aprecia hernia umbilical de contenido graso con cuello de 2x6mm y saco de 6x18x5mm

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Existen cambios osteodegenerativos difusos severos.

IDx:

1. Conocida focalización en cola pancreática como descrita. Se recomienda correlacionar hallazgos con estudios complementarios para su adecuada caracterización.
2. Nefrolitiasis izquierda como descrita.
3. Diverticulitis sin datos de diverticulosis.
4. Hernia umbilical de contenido graso.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	05-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 55 años con cálculo renal en pelvis renal derecha no obstructivo.

Se valora pielotc con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de tamaño y posición habitual. Existe dilatación derecha de la pelvis renal exclusivamente, que impresiona secundaria a una estrechez luminal en la unión pieloureteral ipsilateral. Ambos riñones concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. En fase tardía se aprecia adecuada excreción, sin embargo; existe nivel líquido líquido en pelvis, secundario a estasis del medio asociado a estrechez previamente descrita. Existen dos litos renales derechos, en pelvis, uno mide 14x8x9mm con una densidad promedio de 770 UH localizado en pars media, y otro hacia grupos caliciales inferiores de 5x2x11mm con una densidad promedio de 200 UH. Ninguno asocia datos obstructivos.

No se visualizan masas.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

1. Urolitiasis no obstructiva derecha como anotada.
 2. Hallazgos sugestivos de estenosis de la unión pieloureteral derecha.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	04-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 66 años conocida hepatópata, con antecedente quirúrgico de cesárea, con nódulo doloroso en cicatriz de la misma. Estudio a descartar nódulo vs hernia.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño disminuido, con bordes lobulados, con textura homogénea y ectasia de la vena porta, con una focalización isodensa en fase simple e hipodensa en fase venosa, localizada entre segmentos II y IV A de 30x13mm. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo aumentado de tamaño, con diámetro oblicuo de 15cm, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV.

En grupo caliceal inferior derecho se observa un lito de 3mm de diámetro sin datos obstructivos asociados. No se visualizan masas ni ectasias pielocaliciales.

En lo valorable del esófago, se aprecia una dilatación en su tercio porximal de 18x20x61mm de diámetro luminal sin apreciar masas ni estreces. Restantes porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Existen algunos divertículos de predominio en colon sigmoides, sin asociar cambios inflamatorios.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Se observa disminución generalizada de la densidad mineral ósea y la vértebra L3 con conformación en "pez". Existe anterolistesis de L5 sobre S1 sin asociar defectos de la pars interarticularis.

Se observa hernia inscional hipogástrica en línea media con cuello de 16x19mm y fondo de 27x9x6mm, de contenido graso. En el fondo de la hernia se observa un nódulo que contacta el saco, redondeada, de bordes definidos, con captación de medio de contraste, de contenido hipodenso, homogéneo, con densidad promedio de 12 UH, que no capta medio de contraste. Existe otro nódulo de similares características, localizado cefálico a este, que mide 8x2mm.

Presenta una hernia umbilical de contenido graso con cuello de 7x11mm y fondo de 8x8mm.

IDx:

- Focalización en segmentos II-IV A hepáticos de aspecto inespecífico, se recomienda correlación con estudio trifásico.**
- Hernia inscional de contenido graso como descrita**
- Nódulos en zona de cicatriz quirúrgica que debido el antecedente de la paciente podrían corresponder con focos de endometriosis como primera posibilidad. De persistir duda se recomienda correlación con biopsia.**
- Urolitiasis derecha**
- Hallazgos en relación a hepatopatía crónica datos sugestivos de hipertensión portal**
- Hernia umbilical de contenido graso como anotado.**
- Dilatación esofágica como anotada, se recomienda correlación con estudio endoscópico.**
- Diverticulosis colónica sin datos de diverticulitis.**
- Anterolistesis grado I de Meyerding de L5 sobre S1**

Paciente		Fecha de Estudio	03-12-2018
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC COLUMNA LUMBOSACRA	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 56 años con clínica de radiculopatía L4-L5 izquierda.

Se debe tener en cuenta que el reporte del estudio se solicita 15 meses posterior a su realización, por lo que los hallazgos del mismo pueden no ser representativos.

Se valora tomografía de columna lumbosacra, en donde se aprecia:

Cuerpos vertebrales de adecuado número, posición y altura. Impresiona existir hiperlordosis lumbar, a correlacionar con radiografías simples en bipedestación.

No se observan trazos de fractura, lesiones líticas ni blásticas.

Se aprecia disminución generalizada de la densidad mineral ósea.

Existe esclerosis de los platillos vertebrales, osteofitos marginales, esclerosis en las articulaciones cigoapofisarias con osteofitos marginales, calcificaciones del ligamento longitudinal anterior y posterior y engrosamiento difuso del ligamento amarillo; cambios en relación a cambios osteodegenerativos.

A nivel del neuroforamen izquierdo L5-S1, se observa esclerosis y osteofito marginal importante de la articulación cigoapofisaria, y un osteofito posterior de la carilla articular del cuerpo vertebral de L5, ambos estrechan el diámetro foraminal y contactan la raíz nerviosa.

Se aprecian placas de ateroma calcificadas en aorta abdominal. No se aprecian otras alteraciones en tejidos blandos circundantes.

IDx:

1. Estrechez del neuroforamen L5-S1 izquierdo como descrito, con contacto de la raíz nerviosa, se recomienda correlación con clínica.
2. Cambios osteodegenerativos como descritos.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	03-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	TC COLUMNA LUMBOSACRA	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 44 años, a descartar hernia lumbar.

Se valora tomografía de columna lumbosacra con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Existen adecuado número de cuerpos vertebrales, de altura normal, con alineación conservada.

Densidad mineral ósea impresionada conservada.

Se aprecian cambios difusos de esclerosis y osteofitos marginales multinivel en relación a cambios por osteoartrosis incipiente.

A nivel del espacio intervertebral L3-L4, se observa disminución del espacio intervertebral, fenómeno de vacío y protrusión discal de 4.5x5.7mm, en zona subarticular derecha que impresiona contactar el saco a este nivel, sin comprometer el neuroforamen. Se aprecia calcificación del ligamento longitudinal posterior a este nivel e hipertrofia del ligamento amarillo.

Asocia esclerosis en ambos platillos vertebrales, con presencia de osteofitos anteriores, quistes subcondrales y un nódulo de Schmorl en el platillo vertebral superior de L4.

No se observan complejos transicionales.

Tejidos blandos de la región sin alteraciones apreciables tomográficamente.

IDx:

- 1. Protrusión subarticular en L3-L4 derecha que impresiona contactar el saco sin comprometer el neuroforamen, con cambios osteodegenerativos asociados.
Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	06-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	15-03-2020
Estudio	PIELOTC	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 58 años con dolor en hipocondrio izquierdo que irradia hacia región lumbar.

Se valora pielotc con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado con disminución difusa de la densidad en relación a infiltración grasa, de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Se aprecian escasos quistes Bosniak I bilaterales, el mayor de 5mm en pars media del riñón derecho. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Existe anterolistesis grado I de L4 sobre L5.

Cortes aportados de torax sin alteraciones.

IDx:

1. Anterolistesis de L4 sobre L5 grado I de Meyerding.
 2. Esteatosis hepática
 3. Quistes renales Bosniak I
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	23-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-04-2020
Estudio	PIELOTC	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 62 años con riñón en herradura y lito en pelvis renal.

Se valora tomografía abdomen simple y con medio de contraste IV en fases arterial, venosa y excretora en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Riñones con malrotación anterior y fusión de sus polos inferiores conformando riñón en herradura. El riñón derecho presenta en pelvis renal un lito que mide 12x13x18mm con una densidad promedio de 1210 UH localizado a 15cm de profundidad de la línea axilar posterior. No asocia dilataciones del sistema colector. Se observan calcificaciones de Randall subcentimétricas en grupos caliciales medios así como litos intrapiélicos, el mayor en proyección de grupos caliciales superiores de hasta 5mm de diámetro y 573 UH de densidad.

El riñón izquierdo presenta en proyección de grupos caliciales superiores dos litos, el mayor de 19mm de diámetro y 250 UH de densidad.

Ambos riñones concentran y excretan el medio de contraste IV simétrica y adecuadamente. No se visualizan masas, ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Próstata aumentada de tamaño con volumen aproximado de 33cc.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Se visualizan cambios de osteoartritis moderada difusa en columna lumbosacra.

Cortes aportados de torax sin particularidades.

IDx:

1. Urolitiasis múltiples como descrita
2. Riñones en herredura.
3. Crecimiento prostático como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	05-04-2020
Estudio	TC TORAX	Servicio	HMTV

Paciente masculino de 82 años con antecedente de TB y extabaquista, con calcificaciones perihiliares, estudio control por nódulo pulmonar izquierdo.

No se cuenta con estudios previos para comparación ni medidas previas del nódulo a controlar.

En la ventana para mediastino no se identifican masas, presenta adenomegalias en estaciones 2R, 4R y **12R, esta última con aumento de la captación del medio de contraste con diámetro de 18x14mm.**

Esófago central con hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 30x19mm. No presenta engrosamientos focales ni zonas de hipercaptación.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables. Aorta elongada y tortuosa con placas blandas de ateroma en relación con enfermedad aterosclerótica.

Cardiomegalia grado I (ICT 0.52) a expensas de cámaras derechas.

Existe un defecto diafragmático de 19x18mm subcardiaco en la cúpula del hemidiafragma izquierdo.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observa pulmones bien distendidos. **Engrosamiento apical derecho.**

Existe engrosamiento irregular de los septos inter e intralobulillares, reticulación anormal; aumento de la atenuación en vidrio deslustrado de manera parcheada, dichos cambios tienden a confluír en nódulos en el segmento posterobasal del LII de 11x10mm (promedio según Fleischner de 10.5) y en el segmento anterior del LSD de 5x6mm (promedio según Fleischner de 5.5mm).

Estos cambios son de distribución predominantemente periférica, tienden a respetar la región subpleural; localizados predominantemente en los segmentos basales de ambos campos pulmonares. Se observan múltiples quistes de distribución periférica, predominantemente en segmento posterobasal derecho, el mayor de 19mm de diámetro. No hay derrame pleural.

Estructuras óseas sin lesiones líticas o blásticas, con presencia de cambios difusos severos por osteoartrosis predominantemente en columna dorsal inferior.

En cortes aportados de abdomen se observa un quiste renal izquierdo Bosniak I de 15mm de diámetro.

No se aprecian otras alteraciones.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos parenquimatosos que podrían corresponder con con fibrosis post tuberculosis como primera posibilidad, sin embargo, debido a su presentación tomográfica se debe considerar que los hallazgos predominantemente en base pulmonar derecha podrían presentar un componente secundario a enfermedad por reflujo gastroesofágico.
2. Nódulos pulmonares en segmento anterior del LSD y segmento posterobasal del LII como anotados.
3. Hernia hiatal por deslizamiento como descrita.
4. Hernia diafragmática derecha como descrita.

Expediente		Fecha de Reporte	01-04-2020
Estudio	TC Oídos y Fosa Posterior.	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 59 años con hipoacusia neurosensorial unilateral con audición irestricta contralateral. Estudio a descartar tumor de ángulo ponto cerebeloso.

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de tumor en el ángulo ponto-cerebeloso.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	01-04-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 59 años con hipoacusia neurosensorial unilateral con audición irestricta contralateral. Estudio a descartar tumor de ángulo ponto cerebeloso.

Se valora AngioTC de cráneo que muestra:

Pérdida de volumen encefálico de predominio frontotemporal bilateral.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestivas de hemorragia aguda. Existen zonas de hipodensidades

Frontal cortical bilateral, subcortical temporal bilateral, cápsula interna derecha, periventricular anterior y posterior bilateral, y cortical parietal bilateral, en relación a eventos isquémicos previos.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca con aracnoidecele selar grado IV

Presenta engrosamiento mucoso redondeado en relación con quistes de inclusión maxilares bilateral, engrosamiento mucoso esfenoidal bilateral y en celdillas etmoidales derechas medias.

Se aprecia engrosamiento del hueso frontal y en lámina externa del hueso frontal izquierdo un nódulo circunscrito, redondeado, hiperdenso, que no asocia reacción perióstica, componente de tejidos blandos, no impresiona infiltrar la médula ósea y mide 11x5mm.

IDx:

1. Hipodensidades difusas como descritas compatibles con enfermedad de pequeño vaso.
2. Hiperestosis craneal frontal
3. Nódulo hiperdenso en lámina externa del hueso frontal izquierdo sin datos infiltrativos, compatible con osteoma osteoide.
4. Engrosamiento mucoso de los senos paranasales como descrito en relación a sinusitis.
5. Aracnoidecele selar grado IV

Paciente		Fecha de Estudio	20-02-2020
Expediente		Fecha de Reporte	05-04-2020
Estudio	TC TORAX CC.	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 41 años con antecedente de TEP bilateral, en observación por síndrome paraneoplásico. Antecedente de exposición laboral a biomasa. Estudio control.

Se valora tomografía de torax con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

En la ventana para mediastino se identifican imágenes ganglionares de aspecto reactivo con diámetros menores de hasta 8mm de diámetro, localizados en estaciones ganglionares 4R, 5, 6 y 12 R.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos ni dilataciones.

Arteria pulmonar derecha presenta disminución de su calibre en aproximadamente 30% al cruzar posterior a la vena cava superior. Llama la atención el engrosamiento predominantemente perihiliar del parénquima perivascular. Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin consolidaciones. Ambos presentan algunas atelectasias pasivas de predominio en segmentos posterobasales en probable relación con áreas de hipoventilación. Existen cambios difusos en relación a enfisema centrilobulillar. Existe a nivel de la bifurcación de la arteria lobar inferior izquierda, una imagen nodular de aspecto intravascular, redondeado, circunscrito, homogéneo, con densidad de tejidos blandos, en promedio 51UH, sin captación de medio de contraste en el presente estudio, con un diámetro de 10x19mm; que protruye de los límites normales del vaso y genera una obliteración completa del lumen vascular, condicionando desplazamiento y colapso parcial de los bronquios circundantes. Existe otra imagen de similares características, que se encuentra en la bifurcación de la arteria lobar inferior derecha, de menor tamaño, que mide 9x10mm. No se observa distal a este hallazgo cambios en el parénquima que sugieran zonas de infarto, aunque si existe un aumento de la densidad en vidrio deslustrado en el segmento posterobasal del LII que podría estar en relación con área de pérdida de la relación ventilación-perfusión.

No hay derrame pleural.

IDx:

1. Imagen nodular a nivel de la bifurcación de la arteria lobar inferior izquierda y derecha, asociada a engrosamiento perihiliar del parénquima perivascular, imágenes ganglionares de aspecto reactivo mediastinal y estrechez de la rama derecha de la arteria pulmonar, que podría encontrarse en relación con secuelas de su conocido TEP vs enfermedad inflamatoria sistémica. Se recomienda correlación con tomografía de 5 fases: simple, 60 segundos, 120 segundos, 180 segundos y 240 segundos y seguimiento multidisciplinario del paciente para su adecuada caracterización.
2. Cambios por enfisema centrilobulillar.
3. Atelectasias subsegmentarias como descritas.
Resto como anotado.

Expediente		Fecha de Reporte	04-04-2020
Estudio	TC Cuello	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 58 años con masa en cuello en estudio.

Se valora tomografía de cuello con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos. Órbitas conservadas.

Existe en los senos maxilares engrosamiento mucoso de conformación reondeada, circunscrita, en relación a quistes de retención mucosa, uno los localizados den el seno maxila derecho presenta focos de gas en su interior en relación que sugieren infección.

Faringe, laringe y tráquea sin alteraciones en la posición o sus paredes.

Se observa en el espacio parotídeo izquierdo una masa heterogénea, impresionan depender de la porción superficial de la parótida mide 41x30x56mm densidad promedio en fase simple de 30 UH que presenta captación del medio de contraste hasta alcanzar los 65UH en promedio. Engloba la vena retromandibular izquierda, sin impresionar compresión de su lumen o invasión. Asocia múltiples adenomegalias en espacio masticador, espacio bucal y niveles ganglionares cervicales IIA, III y Va ipsilaterales con diámetros menores de hasta 16mm y aumento difuso de la captación del medio de contraste.

Glándulas parótida derecha, submaxilares y tiroides conservan sus diámetros, impresionan sin procesos expansivos ni ectasias ductales. Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables.

Se aprecia desviación septal izquierda con espolón no contactante en área IV de Cottle.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos compatibles con proceso infiltrativo en parótida izquierda como descrito, se recomienda correlación con estudios complementarios para su adecuada caracterización.
2. Imagen sugestiva de sinusitis maxilar bilateral como descrita.
3. Desviación del septum nasal izquierda con espolón no contactante en área IV de Cottle.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	19-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	01-04-2020
Estudio	PIELOTC	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 50 años con historia de litiasis renal bilateral. Se solicita caracterizar densidad, tamaño y profundidad del lito.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV en fases simple, arterial, venosa y tardía donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales. Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Existe pérdida de grosor cortical y estriación perirrenal bilateral.

Presentan pelvis extrarrenal como variante anatómica.

Riñón derecho presenta en pars media, un lito lobulado, que no asocia datos obstructivos y mide 8x10x7.5mm (APxTxL) con una densidad promedio de 1377UH, a una profundidad de 113mm de la línea axilar posterior.

En el riñón izquierdo se distinguen al menos cinco litos, el mayor de ellos hacia grupos calicales inferiores, mide 4x11x10mm con densidad promedio de hasta 1248UH a 108mm de profundidad de línea axilar posterior izquierda. Los restantes miden 2,5x2,5mm (350 UH), 4x5mm (1307UH), 2.5x3mm (450 UH), 3x1.5mm (595 UH).

Se aprecian algunos quistes simples Bosniak I bilaterales con diámetros menores a 3mm.

No se visualizan masas sólidas ni ectasias pielocalicales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Se observan cambios moderados de osteoartrosis en columna lumbosacra.

Cortes aportados de torax presentan bases pulmonares de aspecto conservado. Hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 18x30mm.

IDx:

1. Urolitiasis bilateral como descrita.
 2. Quistes renales Bosniak I como anotados.
 3. Cambios renales difusos sugestivos de nefropatía médica, a correlacionar con estudio complementarios.
- Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	23-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	07-04-2020
Estudio	ANGIOTC TORAX	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 49 años con antecedente de fumado pasivo, en estudio por alteración en radiografía simple de torax, a valorar por nódulo pulmonar solitario parahiliar derecho

Se valora tomografía de torax sin y con medio de contraste IV donde se aprecia:

Tiroides de tamaño conservado y densidad homogénea sin focalizaciones.

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos parietales, con dilatación en su tercio medio e inferior de hasta 9mm.

Tronco de la arteria pulmonar dilatado con diámetro de 38mm. Restantes estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Cardiomegalia grado 1 (ICT: 0.52) a expensas de cámaras derechas.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin masas o consolidaciones. Existe un nódulo subpleural en segmento lateral del lóbulo, hipodenso, con diámetro de 2mm, compatible con imagen ganglionar de aspecto inflamatorio la cual no requiere seguimiento. No hay derrame pleural.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de nódulos pulmonares que requieran seguimiento.
2. Dilatación del tronco de la arteria pulmonar como descrito asociado a aumento de diámetro de las cámaras derechas, se recomienda correlación con estudios complementarios.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	13-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	02-04-2020
Estudio	ANGIOTC CRANEO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 48 años. Solicitud ilegible. No se cuenta con estudios previos para realizar comparativo.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda. Existe disminución de la profundidad de las circunvoluciones.

Sistema ventricular con diámetros disminuidos de manera difusa.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca presenta hipodensidad difusa en relación con aracnoidocele selar grado III

Existe engrosamiento difuso del hueso frontal en su lámina interna.

IDx:

1. Hallazgos sugestivos de edema difuso sin datos de herniaciones, se recomienda correlación con clínica y estudios complementarios.
2. Aracnoidocele selar grado III
3. Hiperostosis frontalis interna como variante anatómica.

Paciente		Fecha de Estudio	13-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	02-04-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES.	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 48 años. Solicitud ilegible. No se cuenta con estudios previos para realizar comparativo.

Se valora tomografía de senos paranasales simple y con medio de contraste donde se aprecia:

Senos maxilares con engrosamiento mucoso, existe un quiste de retención en el seno maxilar derecho de 5.5mm de diámetro. Los senos maxilares presentan engrosamiento mucoso obstructivo a nivel de sus infundíbulos.

Senos etmoidales, frontales y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

Existe neumatización de los cornetes inferiores y medios de manera bilateral.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal con espolón no contactante y desplazamiento a la derecha en área IV de Cottle.

Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

- 1. Engrosamiento mucoso en relación con sinusitis maxilar bilateral con quiste de retención derecho y presencia de engrosamiento mucoso obstructivo a nivel de su infundíbulo.**
- 2. Desviación septal en área IV de Cottle**
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	19-3-2020
Expediente		Fecha de Reporte	5-4-2020
Estudio		Servicio	HVMS

Paciente femenina de 38 años con dolor facial atípico en estudio.

Se valora TC de senos paranasales sin contraste donde se documenta:

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

Se observa celdilla de Agger nasi derechas, celdilla de Haller derecha, celdillas de onodi bilaterales como variantes anatómicas.

Existe neumatización de los procesos clinoideos y pterigoideos de manera bilateral.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes.

Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Presenta crecimiento concéntrico de las apófisis alveolares en relación torus palatino.

Septum nasal sin desplazamientos. Presenta colapso del ala nasal derecha condicionando estrechez valvular ipsilateral.

El nervio óptico tipo III, rodeado por el seno esfenoidal.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

- 1. Torus palatino, celdillas de Agger Nasi derechas, celdilla de Haller derecha, celdillas de onodi bilaterales como variantes anatómicas.
Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	13-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-3-2020
Estudio	TC CUELLO CC	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 53 años con antecedente de herida en hombro derecho por rifle de copas hace 15 años, a valorar relación del proyectil con estructuras del cuello.

Cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos. Órbitas conservadas.

Se observa engrosamiento mucoso en ambos senos maxilares, predominantemente en el izquierdo; con burbujas de gas en su interior como signo de infección.

Existe desviación septal izquierda con espolón contactante en zona IV de Cottle.

Espacios del cuello sin procesos expansivos o colecciones. Se observa material metálico en posible relación con conocido proyectil a nivel de espacio paraespinal derecho, que se encuentra inmediatamente lateral a la lámina derecha de C2. En la rama espinal derecha de la arteria cervical ascendente a nivel de C2-C3, se observa una imagen lineal intraluminal, que impresiona corresponder a un artefacto de endurecimiento del haz debido al material metálico del proyectil. Las restantes estructuras vasculares de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables.

Faringe, laringe y tráquea sin alteraciones en la posición o sus paredes.

No se identifican adenopatías en las cadenas ganglionares del cuello.

Glándulas parótidas, submaxilares y tiroides conservan sus diámetros, impresionan sin procesos expansivos ni ectasias ductales.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

- 1. Material metálico en relación con conocido proyectil**
- 2. Sinusitis maxilar bilateral con datos de infección**
- 3. Desviación septal izquierda con espolón contactante en área IV de Cottle**

Paciente		Fecha de Estudio	03-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	07-04-2020
Estudio	TC CUELLO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 60 años con antecedente de Ca mucoepidermoide de lengua operada con sensación de disminución de movilidad de lengua.

Se valora tomografía de cuello simple y con medio de contraste IV , en donde se aprecia:

Estudio limitado en su valoración por artefacto de endurecimiento del haz causado por calzas dentales.

Cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos. Órbitas y senos paranasales conservados.

Espacios del cuello sin procesos expansivos o colecciones.

Faringe, laringe y tráquea sin alteraciones en la posición o sus paredes.

No se identifican adenopatías en las cadenas ganglionares del cuello.

A nivel de la lengua, se observa mínimo engrosamiento de la raíz del lado izquierdo, con disminución generalizada de la densidad; dichos cambios impresionan ser postquirúrgicos, sin apreciar francas masas, colecciones, o procesos infiltrativos.

Existe aumento de volumen de la amígdala palatina izquierda respecto a la contralateral sin francas masas o colecciones apreciables. Glándulas parótidas, submaxilares y tiroideas conservan sus diámetros, impresionan sin procesos expansivos ni ectasias ductales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de francas recidivas de su conocido Ca mucoepidermoide de lengua.
 2. Aumento de volumen de la amígdala palatina izquierda de aspecto inespecífico, se recomienda correlación con clínica y estudios complementarios a criterio de médico tratante.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	01-04-2020
Estudio	AngioTC Cerebero	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 72 años en observación por ICT vs LEO.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra: adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media. Existen hipodensidades de predominio periventriculares anteriores y posteriores, corcitosubcorticales de predominio cortical fronto-temporo-occipital bilateral, con disminución generalizada del volumen encefálico.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Existen múltiples calcificaciones puntiforme en ganglios basales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación septal izquierda en áreas II y III con desviación septal derecha con espolón no contactante en área IV de Cottle.

Se observa engrosamiento mucoso redondeado homogéneo en seno maxilar derecho.

Se aprecian calcificaciones en las arterias carótidas internas de manera bilateral.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos de hipodensidades difusas como descritas en relación con enfermedad de pequeño vaso
 2. Desviación del septum nasal
 3. Quiste de retención maxilar derecha
 4. Calcificaciones carotídeas en relación con enfermedad aterosclerótica.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	01-04-2020
Estudio	TC OIDOS CC	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 72 años en observación por ICT vs LEO.

Se valora tomografía de oídos y fosa posterior simple y con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

IDx:

- 1. Estudio sin evidencia de lesión espacio ocupante.**

Paciente		Fecha de Estudio	23-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	05-04-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 85 años con antecedente de cirugía por tumor de colon, con hernia incisional gigante. Estudio a valorar tamaño y contenido de la hernia.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, presenta focalizaciones de aspecto quístico simple en segmento IV A y III, la mayor esta última que mide 24x28mm. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta ectasias ductales; existe una calcificación en el tercio proximal de la cola de 3mm de diámetro sin datos sugestivos de obstrucción asociada.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Existe una adenomegalia de bordes irregulares con diámetro menor de 9mm a nivel de la curvatura menor gástrica en nivel ganglionar 9.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. Se observan calcificaciones parietales aortoiliacas en relación con enfermedad aterosclerótica.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Existen algunos quistes simples Bosniak I de manera bilateral, menores a 5mm. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Se observan abundantes imágenes diverticulares principalmente en colon sigmoide, sin asociar datos inflamatorios.

Se aprecia diastasis de los rectos abdominales, sin presencia de saco herniario propiamente dicho. El defecto mide 28x103x129mm (APxTxL) y presenta en su interior asas de intestino delgado y grasa mesentérica.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas. Se observa lumbarización de S1, con pseudoartrosis izquierda, creando un proceso transicional tipo IIa de Castellvi. Existe fractura por aplastamiento del cuerpo vertebral de L3 sin compromiso del canal medular.

En cortes aportados de torax se observan múltiples quistes de distribución aleatoria de hasta 19mm de diámetro. No se observan nódulos, masas ni consolidaciones.

IDx:

1. Diastasis de rectos abdominales con separación de vientres de los rectos abdominales de hasta 103mm en transversal, que asocia herniación de asas de intestino delgado y grasa mesentérica, sin evidencia un franco saco herniario.
2. Adenomegalia perigástrica de aspecto indeterminado, se recomienda correlación con estudios complementarios.
3. Calcificación pancreática en probable relación con proceso inflamatorio antiguo.
4. Quistes hepáticos simples como descritos.
5. Fractura por aplastamiento del cuerpo vertebral de L3
6. Lumbarización de S1 con morfología de complejo transicional tipo IIa de Castellvi.

Expediente		Fecha de Reporte	01-04-2020
Estudio	AngioTC de torax	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 81 años extabaquista, exetilista, en seguimiento por nódulos pulmonares de moderado riesgo en segmentos 6R y 1+2L.

No se cuenta con estudios previos para realizar estudio comparativo-evolutivo.

Se valora tomografía de torax de alta resolución sin contraste y angiotc de torax, en donde se aprecia:

En la ventana para mediastino se identifican imágenes ganglionares de aspecto reactivo en estación 4R, 11R con diámetros menores que no sobrepasan los 7mm.

ni masas.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos, con dilatación difusa principalmente de su tercio proximal hasta el cruce con el arco aórtico.

Arco aórtico ectásico con diámetro de hasta 39mm de diámetro. Existen placas de ateroma blandas y calcificadas en aorta en relación con enfermedad aterosclerótica. Restantes estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones sobredistendidos, con presencia de múltiples zonas de hipodensidad difusas en relación con enfisema centrolobulillar que tienden a confluir en quistes de hasta 19 mm predominantemente en segmentos apicales.

Se evidencia engrosamiento de los septos interlobulillares que confluyen con engrosamientos pleurales principalmente en segmentos apicales con densidad de tejidos blandos , asociando retracción y bronquiectasias, hallazgos compatibles con cambios fibrocicatriciales.

Existen dos nódulos circunscritos, de forma poligonal, regulares, con densidad de tejidos blandos, sin calcificaciones en su interior ni componente de vidrio deslustrado que miden 12x14mm (promedio de 13mm) en segmento apicoposterior del LSI y 11x6.5mm (promedio de 9mm) en segmento superior del LID. No hay derrame pleural.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Existen cambios leves de osteoartritis difusa en columna dorsal.

Cortes aportados de abdomen sin particularidades.

IDx:

1. Nódulos pulmonares conocidos en segmentos superior del LID y apicoposterior del LSI, se recomienda correlación con estudios previos para determinar adecuado manejo de acuerdo a guías internacionales.
2. Enfisema pulmonar centrolobulillar difuso.
3. Hallazgos en relación a cambios fibrocicatriciales predominantemente en segmentos apicales bilaterales.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	01-04-2020
Estudio	TC CUELLO, TORAX, ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 85 años con historia de Linfoma difuso de células grande a valorar respuesta de quimioterapia.

No se cuenta con estudio previo para valorar estudio comparativo.

Se valora tomografía de cuello simple y con medio de contraste IV en donde se aprecia:

Cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos. Órbitas y senos paranasales conservados.

Espacios del cuello sin procesos expansivos o colecciones. Faringe, laringe y tráquea sin alteraciones en la posición o sus paredes. No se identifican adenopatías en las cadenas ganglionares del cuello. Glándulas parótidas, submaxilares y tiroides conservan sus diámetros, impresionan sin procesos expansivos ni ectasias ductales. Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables. Existen calcificaciones parietales a nivel de las bifurcaciones de las arterias carótidas comunes, y carótidas internas en relación con enfermedad aterosclerótica.

Estructuras óseas con cambios difusos por osteoartrosis a nivel de columna cervical. Existe disminución del espacio intervertebral L5-L6 con protrusión discal central posterior de 4x4-8mm que genera estenosis crítica del canal medular a este nivel con un diámetro AP de 5.6mm.

Se valora tomografía de torax sin contraste y angioTC de torax donde se aprecia:

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago con engrosamiento parietal de predominio en tercio medio e inferior, con grosor de hasta 5mm, con dilatación difusa principalmente de su tercio superior, con hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 25x23mm.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Cardiomegalia grado II con ICT 0.57.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

Parénquima pulmonar de difícil valoración por artefactos de movimiento, con pulmones moderadamente distendidos, con presencia de atelectasias subsegmentarias basales bilaterales en probable relación con zonas de hipoexpansión, sin nódulos, masas o consolidaciones. No hay derrame pleural.

Se valora Tc de abdomen simple y con contraste en fase venosa, apreciando:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, con focalización en segmento VIII, periférica, hipodensa en fase simple y con densidad similar al pool vascular en fase venosa que mide 15x8mm. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de tamaño y posición habitual, presentan contornos lobulados, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Se aprecian escasos quistes Bosniak I bilaterales, el mayor izquierdo de 16mm de diámetro. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Existen múltiples imágenes diverticulares sin cambios inflamatorios asociados a lo largo del colon, de predominio en colon sigmoides.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas. Se aprecia hipodensidad difusa de las mismas, en probable relación con disminución de la mineralización ósea, a correlacionar con estudios dirigidos. Existen cambios osteodegenerativos difusos en columna dorsolumbar. Presenta anterolistesis grado II de Meyerding de L5 sobre S1. Presenta fractura transversa no desplazada de la apófisis espinosa de L5.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de francas masas o adenopatías, se recomienda correlación con estudios previos para valorar adecuadamente la evolución de la paciente.
2. Extrusión del disco intervertebral C5-C6 como anotada que asocia estenosis crítica del canal medular.
3. Engrosamiento y dilatación esofágicas, con hernia hiatal como descritos, se recomienda correlación con estudios complementarios.
4. Focalización hepática en segmento VIII como descrita que por sus características podría corresponder como primeras posibilidades a hemangioma vs malformación arteriovenosa.
5. Quistes renales Bosniak I bilaterales como anotados.
6. Diverticulosis sin datos de diverticulitis.
7. Anterolistesis grado II de Meyerding de L5 sobre S1 asociado a fractura transversa no desplazada de la apófisis espinosa de L5.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	23-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	93-04-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 43 años con rinitis crónica.

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Existe posición paradójica del cornete nasal medio derecho.

Septum nasal presenta desplazamiento derecho en áreas II y IV de Cottle, generando obliteración de la válvula nasal ipsilateral.

Existen celdillas de Agger Nasi bilaterales, condicionando estrechez del infundíbulo de ambos senos frontales. El complejo ostiomeatal se encuentra permeable.

Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

Se observa calcificación parietal en carótida interna izquierda en relación a enfermedad aterosclerótica.

Cortes aportados de encéfalo de aspecto conservado.

IDx:

1. Desviación septal derecha en áreas II y IV de Cottle con obliteración de la válvula nasal derecha.
2. Celdillas de Agger Nasi bilateral que condicionan estrechez del infundíbulo de ambos senos frontales
3. Calcificación parietal en carótida interna izquierda en relación a enfermedad aterosclerótica.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	18-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	03-04-2020
Estudio	PIELOTC	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 60 años con antecedente de quisto renal.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en fases simple, arterial, venosa y excretora donde se aprecia:

*Estudio limitado por cortes incompletos (no se cuenta con fase excretora) y de grosor irregular.

Tc de abdomen con medio de contraste endovenoso. Imágenes adquiridas en fase simple, arterial, portal venosa y excretora.

Hígado de tamaño normal, de bordes regulares, de textura homogénea, sin focalizaciones .

Vía biliar no dilatada. Vesícula biliar esta normodistendida sin evidencia de defectos de llenado en su interior o cambios inflamatorios. Eje espleno-mesentérico-portal permeable.

Bazo, páncreas, suprarrenales sin alteraciones.

Estructuras vasculares mayores del abdomen de aspecto usual. Existen calcificaciones parietales en aorta, iliacas y arterias femorales profundas.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Existe en el polo inferior del riñón izquierdo un quiste simple que mide 87x120x127mm (APxTxL) sin apreciar septos gruesos, nódulos o calcificaciones parietales

No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Vejiga de paredes delgadas, sin alteraciones

No hay evidencia de masas, colecciones, adenomegalias retroperitoneales ni ascitis.

Estructuras oseas sin lesiones líticas, blásticas ni trazos de fracturas.

En cortes aportados de torax se observa aumento de la densidad en vidrio deslustrado y una línea subpleural en segmento basal posterior derecho en probable relación a zonas de hipoventilación. No se observan nódulos, consolidados ni procesos expansivos.

IDx:

1. Quiste renal izquierdo Bosniak I como descrito.
2. Calcificaciones parietales aorticas, iliacas y femorales profundas en relación a enfermedad aterosclerótica.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	23-3-2020
Expediente		Fecha de Reporte	06-04-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 37 años con historia de apnea del sueño y rinofaringitis crónica.

Se valora tomografía de cerebro con medio de contraste IV en donde se aprecia:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestivas de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

IDx:

- 1. Estudio sin evidencia tomográfica de alteraciones.**

Paciente		Fecha de Estudio	23-03-2020
Expediente		Fecha de Reporte	06-04-2020
Estudio	TC Senos paranasales	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 37 años con antecedentes de apnea del sueño y rinofaringitis crónica, estudio para definir conducta.

Se valora tomografía de senos paranasales con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

Presenta celdillas de Onodi y de Agger Nasi bilaterales como variante anatómica, con engrosamiento mucoso a nivel del complejo ostiomeatal frontal bilateral.

Se aprecia neumatización de los cornetes medios, con hipoplasia del cornete derecho e hiperplasia del izquierdo.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes.

Desviación septal en áreas II y III de Cottle a la izquierda con obliteración de la válvula nasal ipsilateral, con desviación septal a la derecha en área IV, que presenta un espolón no contactante.

Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

1. Desviación septal izquierda en áreas II y III como descritas que obliteran válvula nasal ipsilateral con desviación del septum a la derecha en área IV de Cottle con espolón no contactante.
2. Engrosamiento mucoso de la unidad ostiomeatal frontal bilateral.
3. Celdillas de Onodi y Agger Nasi bilaterales como variante anatómica
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	16-3-2020
Expediente		Fecha de Reporte	02-4-2020
Estudio	AngioTC cerebro	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 52 años con historia de hipoacusia asimétrica.

Se valora AngioTC de cráneo que muestra:

Pérdida difusa del volumen encefálico.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media. Existe en parénquima cerebral pérdida de volumen encefálico difuso, aumento de los diámetros de los sventrículos laterales e hipodensidades corticales, subcorticales frontales, parietales, temporales, occipitales (de predominio derecho) e insulares de predominio izquierdo en relación con eventos isquémicos previos.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación septal derecha en área IV de Cottle con espolón no contactante.

Calcificaciones carotideas bilaterales

IDx:

1. Múltiples hipodensidades de distribución difusa en relación con enfermedad de pequeño vaso
2. Pérdida de volumen encefálico difuso en relación con atrofia corticosubcortical
3. Calcificaciones carotideas en relación con enfermedad aterosclerótica
4. Desviación septal derecha

Paciente		Fecha de Estudio	16-3-2020
Expediente		Fecha de Reporte	02-4-2020
Estudio	TC OIDOS	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 52 años con historia de hipoacusia asimétrica.

Se valora tomografía de cerebro simple y con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

IDx:

1. Estudio sin evidencia alteraciones a niveles del sistema auditivo.

Paciente		Fecha de Estudio	20-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-7-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 41 años con historia de hipogeusia desde febrero.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Se observa hipodensidad en la unión de la sustancia grisblanca occipital izquierda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación del septum nasal a la izquierda con extenso espolón contactante en área IV de Cottle.

IDx:

- 1. Hipodensidad en unión de la corteza gris-blanca occipital izquierda en probable relación con enfermedad de pequeño vaso.**
 - 2. Desviación del septum nasal a la izquierda con extenso espolón contactante en área IV de Cottle.**
- Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	22-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-7-2020
Estudio	ANGIOTC DE TORAX	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 86 años con ensanchamiento mediastinal, disfagia y disnea, con anemia en estudio.

Se valora tomografía de torax con medio de contraste IV, en donde se aprecia:
Estudio limitado en su valoración por artefactos de movimiento.

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tiroides con aumento de tamaño del lóbulo tiroideo izquierdo, heterogénea con focalizaciones hipodensas de hasta 6x5mm en el lóbulo izquierdo.

Engrosamiento parietal del esófago en tercio medio, con diámetro de hasta 4.5mm. Existe hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 35x37x43mm (APxTxL)

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos ni dilataciones.

Se aprecia ectasia de las ramas principales de la arteria pulmonar, con diámetros de 23mm en la derecha y 22mm en la izquierda. Restantes estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables. Existen placas de ateroma calcificadas parietales en la aorta torácica

Cardiomegalia grado II con ICT de 0.57 a expensas de cámaras derechas. Existe engrosamiento parietal del ventrículo izquierdo de hasta 14mm.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin consolidaciones. Se observan cambios por enfisema centrolobulillar de predominio apical bilateral. Se aprecian atelectasias laminares subsegmentarias de predominio basal posterior bilateral. Existe aumento de la densidad en vidrio deslustrado en los segmentos posterobasales bilaterales. Presenta un nódulo lingular inferior, circunscrito, ovalado, subpleural, con densidad de tejidos blandos que mide 14x7mm, con calcificación central de 8x2mm.

No hay derrame pleural.

Cortes aportados de abdomen: Se aprecia focalización hipodensa (densidad promedio -1UH) de 6x7mm en segmento III del hígado, compatible con quiste simple. Restantes estructuras de aspecto usual.

Estructuras óseas sin lesiones líticas o blásticas ni trazos de fractura. Se aprecian cambios osteodegenerativos severos en columna dorsal.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de aneurisma aórtico.
2. Enfermedad aterosclerótica aórtica.
3. Ramas principales de la arteria pulmonar de aspecto ectásico.
4. Cardiomegalia grado II
5. Atelectasias laminares y vidrio deslustrado predominantemente en segmentos posterobasales bilaterales en probable relación con hipoventilación.
6. Nódulo pulmonar lingular inferior como descrito, de aspecto probablemente benigno.

- 7. Engrosamiento esofágico en tercio medio y hernia hiatal por deslizamiento como anotados, se recomienda correlación con estudio endoscópico.**
 - 8. Cambios tiroideos como anotados, a correlacionar con ultrasonido dirigido.**
 - 9. Focalización hipodensa hepática en segmento III compatible con quiste simple.**
- Resto como descrito**

Paciente		Fecha de Estudio	20-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	31-7-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 37 años con espólón condronasal an área II-III

Existen quistes de retención mucosa maxilares bilaterales. Presenta celdillas de Agger nasi bilaterales como variante anatómica.

Senos etmoidales, frontales y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

Desviación del septum nasal en "S", con desviación derecha en áreas II y III de Cottle que compromete válvula nasal y desviación izquierda en área IV con espólón no contactante.

IDx:

- 1. Desviación del septum nasal en "S", con desviación derecha en áreas II y III de Cottle que compromete válvula nasal y desviación izquierda en área IV con espólón no contactante.**
- 2. Quistes de retención mucosa maxilares bilaterales.**
- 3. Celdillas de Agger nasi bilaterales como variante anatómica**

Paciente		Fecha de Estudio	21-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-7-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 71 años conocida DM e HTA con datos de ICT, con deterioro cognitivo.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra:

Se aprecia pérdida difusa del volumen encefálico de predominio fronto-parieto-temporal bilateral.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Existen lesiones hipodensas en putamen y brazo posterior de la cápsula interna, sustancia blanca profunda occipital y cortical temporal derechas y corticosubcorticales bilaterales de distribución difusa.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación septal derecha con espolón contactante en área IV de Cottle

IDx:

1. Hallazgos tomográficos de hipodensidades y pérdida del volumen encefálico como descritos en relación a infartos crónicos por enfermedad de pequeño bazo.
2. Desviación del septum nasal derecha con espolón contactante en área IV de Cottle.
Resto como anotado

Paciente		Fecha de Estudio	21-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-7-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 69 años con datos de EVC y deterioro cognitivo.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media.

Existen zonas de hipodensidad, pérdida de volumen y gliosis cortico-subcortical a nivel fronto-temporal derecho M2, M4, M5 y M6 izquierdo; periventricular frontal bilateral y occipital derecho.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Calcificaciones parietales en ambas carótidas internas en relación con enfermedad aterosclerótica.

Desviación del septum nasal, con compromiso izquierdo de la válvula nasal a nivel del área II de Cottle y espolón contactante izquierdo en área IV de Cottle.

Seno maxilar izquierdo parcialmente valorable, se observa un engrosamiento mucoso, con calcificaciones. Restantes senos maxilares de aspecto usual.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos en relación a infartos antiguos frontotemporal bilateral y periventricular frontal bilateral y occipital derecho como descritos, que corresponderían a un ASPECTS derecho de 7 e izquierdo de 9.
2. Aterosclerosis carotídea bilateral.
3. Desviación septal izquierda en área II y IV de Cottle
4. Seno maxilar con engrosamiento mucoso y calcificaciones parcialmente valorables, que podrían corresponder a cambios por sinusitis crónica, se recomienda correlación con clínica.
5. Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	11-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-7-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 39 años con historia de otalgia crónica asociada a mareos e hipoacusia ocasional

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Se aprecia placa de ateroma calcificada en arteria carótida interna izquierda

Desviación del septum nasal izquierda en área IV de Cottle con espolón no contactante.

Engrosamiento mucoso difuso del seno esfenoidal izquierdo de hasta 3mm de grosor. Restantes senos paranasales de aspecto usual.

Estructuras óseas sin trazos de fractura, lesiones líticas o blásticas. Se observa engrosamiento del diploe frontoparietal de manera difusa.

IDx:

1. Cambios ateroscleróticos en arteria carótida interna izquierda
2. Engrosamiento mucoso del seno esfenoidal izquierdo como descrito, a correlacionar con clínica.
3. Desviación septal derecha en área IV de Cottle.
4. Hiperostosis frontoparietal como variante anatómica.

Paciente		Fecha de Estudio	11-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-7-2020
Estudio	TC OIDOS	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 39 años con historia de otalgia crónica asociada a mareos e hipoacusia ocasional

Se valora tomografía de oídos apreciando:

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

Bulbo yugular izquierdo sobrepasa en dirección craneal la porción inferior del canal semicircular posterior como variante anatómica

No se observan trazos de fractura.

IDx:

1. Bulbo yugular izquierdo alto como variante anatómica.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-7-2020
Estudio	TC OÍDOS	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 41 años con hipoacusia de predominio derecho con asimetría coclear.

TAC Oídos.

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

Existe engrosamiento bilateral de la mucosa de los senos maxilares de hasta 3mm. Restantes senos paranasales de aspecto usual.

IDx:

1. Engrosamiento mucoso maxilar bilateral de hasta 3mm, a correlacionar con clínica.

Paciente		Fecha de Estudio	16-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	31-7-2020
Estudio	AngioTC cerebro	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 54 años con otorrea crónica, pólipo en CAE, hipoacusia, sensación de plenitud de 3 meses de evolución.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación septal derecha en área III de Cottle.

Se aprecian calcificaciones parietales en la arteria carótida derecha en relación a cambios por aterosclerosis.

Se aprecia lateralización de las arterias carótidas internas en el hueso temporal. Bulbo yugular derecho dehiscente a nivel de oído medio.

IDx:

1. Desviación septal derecha en área III de Cottle.
 2. Aterosclerosis de la arteria carótida interna derecha.
 3. Lateralización de ambas arterias carótidas internas.
 4. Dehiscencia del bulbo yugular derecho.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	16-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	31-7-2020
Estudio	TC OIDOS	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 54 años con otorrea crónica, pólipo en CAE, hipoacusia, sensación de plenitud de 3 meses de evolución.

Se valora tomografía de oídos donde se aprecia:

Se observa en la entrada del antro derecho, una focalización circunscrita, elongada, hipodensa (densidad promedio de 2 UH), sin captación del medio de contraste, que mide 8x2.5x4mm (APxTxL). No impresiona asociar erosión de los huesecillos, de la mastoides o datos de mastoiditis.

Mastoides izquierda bien neumatizada.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

Arterias carótidas internas lateralizadas de manera bilateral.

El bulbo yugular derecho se encuentra dehiscente.

IDx:

1. Focalización hipodensa en la entrada del antro derecho como descrita de aspecto inespecífico. Se recomienda correlación con estudios complementarios para su adecuada caracterización.
2. Arterias carótidas internas lateralizadas de manera bilateral.
3. Bulbo yugular derecho dehiscente.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	31-7-2020
Estudio	TC COLUMNA DORSOLUMBAR	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 76 años con lumbalgia severa, observación por hernia L4-L5.

Se valora tomografía de columna dorsolumbar, donde se aprecian los siguientes hallazgos:

- Disminución difusa de la densidad ósea, en probable relación con osteoporosis. Se recomienda correlacionar con estudios dirigidos.
- Cambios de esclerosis y osteofitos marginales del platillo vertebral; con quistes subcondrales, osteofitos marginales y esclerosis articular en las articulaciones facetarias multinivel, de franco predominio a nivel lumbar, cambios secundarios a
- Existe fractura por aplastamiento del cuerpo vertebral de T12, con protrusión de fragmento óseo de manera posterior 5mm, el cual comprime la zona central del canal a nivel suprapedicular.
- Fractura por aplastamiento del cuerpo vertebral de L3 sin desplazamiento de fragmentos en dirección del canal medular.
- Cambios osteodegenerativos de esclerosis, quistes subcondrales, osteofitos marginales en las articulaciones facetarias multinivel. Dichos cambios condicionan estrechez del canal medular de L2-L3 hasta L4-L5.
- Estrechéz de los neuroforámenes de L5-S1, predominantemente el derecho, debido a osteofitos de las articulaciones facetarias.
- Esclerosis en las apófisis espinosas de L2 y L3 secundario a fenómeno de Bastrup.

Los restantes cuerpos vertebrales presentan morfología, tamaño y número adecuado.
No se observan alteraciones en los discos intervertebrales en el presente estudio.
No se aprecian lesiones líticas o blástica.

IDx:

4. Como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-7-2020
Estudio	TC DE OIDOS.	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 80 años con síndrome vertiginoso en estudio.

Se valora TC de oídos con y sin medio de contraste donde se aprecia:

Se aprecia calcificación gruesa intraparenquimatosa temporal derecha de 3x7mm.

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

Desviación septal izquierda en área III de Cottle.

IDx:

1. Calcificación gruesa parenquimatosa temporal derecha aspecto inespecífico, a correlacionar con antecedentes de la paciente.
2. Desviación septal izquierda en área III de Cottle.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-7-2020
Estudio	ANGITOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 33 años con historia de cefalea y tremor, en estudio por lesión espacio ocupante.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

Se observa en fosa temporal izquierda una masa que impresiona extraaxial circunscrita, hipodensa de contenido isodenso con el LCR, sin presencia de vasos en su interior, sin engrosamientos nodulares parietales; que mide 40x39x28mm (APxTxL)

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación del septum nasal con espolón no contactante en área IV de Cottle izquierda.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos de lesión hipodensa temporal izquierda que podrían corresponder con quiste aracnoideo o quiste dermoide como primera posibilidad, de características como descrita.
2. Desviación septal con espolón no contactante en área IV de Cottle izquierda
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-7-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-7-2020
Estudio	TC OIDOS	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 45 años con sordera derecha.

TAC Oídos.

Asimetría en tejidos blandos del CAE, con presencia de engrosamiento de la pared posterior de los tejidos blandos del tercio externo derecho.

Se aprecia presencia de material con densidad líquido en las celdillas mastoideas izquierdas posteriores.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

Bulbo yugular izquierdo sobrepasa de manera cefálica al brazo inferior del conducto semicircular inferior ipsilateral.

Desviación septal izquierda con compromiso de la válvula nasal en área II de Cottle y desviación septal izquierda con espolón no contactante del área IV de Cottle.

Engrosamiento de la mucosa del seno maxilar izquierdo de hasta 4mm.

No se observan trazos de fractura.

IDx:

1. Engrosamiento de tejidos blandos del tercio externo del CAE derecho en la pared posterior a correlacionar con clínica.
2. Bulbo yugular izquierdo alto como variante anatómica.
3. Hallazgos en relación a mastoiditis izquierda.
4. Engrosamiento mucoso maxilar izquierdo a correlacionar con clínica
5. Desviación del septo nasal izquierda en área II de Cottle y derecha en área IV.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	5-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-8-2020
Estudio	TC TORAX Y ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de Ca de mama izquierda, tratamiento con mastectomía. Reacaida hepática y columna. Estudio evolutivo.

No se cuenta con estudio previo al momento del reporte.

Estudio limitado en su valoración ya que no se cuenta con información volumétrica para realizar diferentes proyecciones ni postprocesado.

TÓRAX:

En la ventana para mediastino se identifica en estación 9R una adenopatía de 24x31mm.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos con dilatación de su tercio distal.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías. Presenta cambios por mastectomía izquierda.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos. En segmento lingular superior se observa un nódulo subpleural, de aspecto espiculado, hipodenso, de 5x6mm.

Existe aumento subpleural en vidrio deslustrado en segmento superior del LII de aspecto inespecífico.

No hay derrame pleural.

ABDOMEN:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. Existen incontables lesiones hipodensas, sin captación de medio de contraste, confluentes, de aspecto metastásico, la mayor en se localiza entre segmentos V y VIII de 50x47mm (APxT). No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos. Eje esplenoportal permeable.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Existe leve cantidad de ascitis.

Estructuras óseas presentan múltiples lesiones líticas en la columna dorsolumbar, sacro y hueso iliaco. No se observan trazos de fractura.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos de lesiones múltiples en hígado, adenopatía en nivel 9r, nódulo pulmonar de aspecto sospechoso en el segmento lingular superior y lesiones líticas óseas en relación a su conocida enfermedad de fondo. Se recomienda correlacionar con estudio previo para valorar evolución.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	6-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	24-8-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 44 años con historia de crisis convulsiva. Antecedente de HTA, DM, uso de OH, tabaco y drogas ilícitas.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda. Existen algunas imágenes hipodensas fronto-temporales corticosubcorticales.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación del septum nasal a la izquierda en área I de Cottle y desviación a la izquierda en área IV de Cottle con espolón contactante.

IDx:

1. Hipodensidades frontotemporales cortico-subcorticales en relación con enfermedad isquémica.
2. Desviación septal como descrita.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	6/8/2020
Expediente		Fecha de Reporte	25-8-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 42 años con cuadros suboclusivos a repetición. A descartar adherencias o patología oculta.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado aumentado de tamaño, con diámetro en línea media clavicular de 175mm, con textura homogénea, difusamente hipodenso en relación a infiltración grasa, de bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

En la valoración de tejidos blandos se aprecia diastasis de los músculos rectos abdominales con hasta 38mm de distancia entre vientres, iniciando a 35mm caudal de la cicatriz umbilical y se extiende por 10cm hasta la pelvis. En dicha región se aprecia herniación y adhesión de asas de intestino delgado (impresiona corresponder a asas de íleon distal) y la pared anterosuperior de la vejiga a la pared abdominal, con leve engrosamiento y retracción de las paredes intestinales.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Útero y anexo derecho de aspecto usual. Anexo izquierdo con focalización de aspecto quístico de 17mm de diámetro y leve cantidad de líquido perianexial, se recomienda correlación con US dirigido.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

Cortes aportados de torax presentan aumento de la densidad en regiones declive en probable relación a zonas de hipoventilación. Hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 14x17mm. Existen zonas de aumento de la densidad en porciones declive subpleurales de ambas bases pulmonares, en probable relación con zonas de hipoventilación.

IDx:

1. Diastasis de los rectos abdominales como descrita, que asocia adhesión de asas de intestino delgado y de la pared anterosuperior vesical a la pared abdominal.
2. Esteatosis hepática y hepatomegalia homogénea.
Resto como descrito.

Expediente		Fecha de Reporte	28/8/2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 45 años con cefalea crónica y cambio en el patrón.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Se observa en celdillas etmoidales posteriores derechas una imagen lobulada, circunscrita, con densidad de tejidos blandos que se extiende hacia el seno esfenoidal y el foramen esfenopalatino, con captación del medio de contraste, sin observar compromiso óseo, que mide 9X8X19 (APxTxL)

IDx:

1. **Focalización nodular en celdillas etmoidales posteriores derechas con extensión hacia seno esfenoidal y foramen esfenopalatino como descrito que podría corresponder a un pólipo solitario como primera opción, sin embargo se recomienda correlacionar con endoscopía.
Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	7-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	ANGIOTC DE TORAX, TC DE ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 71 años con antecedente de Ca de mama y derrames pleurales a repetición. Se complementa con expediente electrónico de la paciente donde se documenta ecocardiografía con adecuada función y citología de líquido pleural sin células neoplásicas.

Se valora tomografía de torax y abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Tiroides homogénea sin focalizaciones, con diámetros conservados.

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos. Presenta hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 19x20mm.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin nódulos, masas o consolidaciones. No hay derrame pleural.

Campo pulmonar derecho: Se observa reticulación anormal engrosamiento de los septos inter e intralobulillares y banda fibrosa en segmento apical y anterior del LSD, en probable relación a cambios postactínicos. Derrame pleural de 1380cc, que condiciona atelectasia pasiva del LID, por lo cual no se puede valorar el parénquima de dicha región. Existe un granuloma difusamente calcificado en el segmento anterior del LSD de 3mm

Campo pulmonar izquierdo: El ápice izquierdo presenta engrosamiento pleural. En segmento posterobasal del LII se observa un engrosamiento pleural nodular, sin captación del medio de contraste que mide 5x24x19mm (APxTxL) asociado a reticulación anormal, engrosamiento de los septos interlobulillares y atelectasia subsegmentaria.

Calcificaciones parietales aórticas en relación a cambios por aterosclerosis.

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, con focalización hepática en segmento I, irregular, bien definida, sin captación del medio de contraste, con densidad promedio de 15UH en fase venosa y mide 13x14mm. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Eje esplenoportal con defecto de llenado hipodenso, parcial que compromete menos del 50% del diámetro del vaso y se extiende desde la vena mesentérica superior, continúa por la vena porta hasta la rama principal izquierda. Se observa repermesbilización de la vena umbilical.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas de aspecto atrófico, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Riñón izquierdo de tamaño y posición habitual, concentran adecuadamente el medio de contraste IV. Impresiona existir pelvis extrarrenal como variante anatómica. Presenta un quiste renal Bosniak

Ide 3mm de diámetro en el polo superior. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Ausencia de riñón izquierdo, a correlacionar con antecedentes quirúrgicos.

En la valoración de tejidos blandos se aprecia: Hernia de pared abdominal derecha que impresiona comprometer el transverso abdominal y oblicuo interno, contiene asas de intestino delgado y colon. El saco hernario mide 145x39x126mm. Existe estriación difusa de la grasa del tejido celular subcutáneo.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Se observan múltiples imágenes diverticulares sin cambios inflamatos.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

No se logra valorar adecuadamente útero y anexos.

leve cantidad de líquido libre perihepático, periesplénico, interasas y en pelvis.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Se observa una estructura ovalada, hipodensa, en canal medular a nivel de S2-S3, de 20x9mm con densidad promedio de 9 UH en probable relación con quiste de Tarlov.

IDx:

1. Cambios basales izquierdos, engrosamiento nodular pleural como descritos, se recomienda correlación con estudios complementarios a descartar lesión metastásica.
2. Derrame pleural derecho de causa no aparente en el presente estudio. Se recomienda complementar con estudios dirigidos
3. Hallazgos tomográficos compatible con cambios postactínicos en LSD y LM.
4. Imagen nodular en segmento I hepático como descrita, se recomienda correlación con TC trifásico de hígado para su adecuada caracterización.
5. Trombosis parcial de las venas mesentérica superior, porta y rama principal izquierda de la porta como descrita, asociada a repermeabilización de la vena umbilical secundaria a hipertensión portal.
6. Ausencia de riñón derecho, a correlacionar con antecedente quirúrgico.
7. Hernia de pared abdominal derecha como descrita.
8. Imagen compatible con quiste de Tarlov a nivel de S2-S3.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	15-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-08-2020
Estudio	AngioTC Cerebro	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 58 años con 1 año de evolución de abultamiento a nivel de la mejilla y pared lateral nasal derecha. No se observan masas en endoscopia.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva hemorragia aguda. Se observan hipodensidades focales periventriculares frontales y occipitales de predominio izquierdo.

Leve asimetría de los ventrículos laterales, con asta anterior de 5.1mm en la derecha y 6.7mm en la izquierda, sin apreciar causas obstructivas.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación septal izquierda no contactante en área IV de Cottle.

IDx:

1. Asimetría ventricular como descrita sin apreciar causa obstructiva que podría ser secundaria a pérdida de volumen encefálico.
2. Focalizaciones hipodensas como descritas en relación con enfermedad de pequeño vaso
3. Desviación septal izquierda en área IV de Cottle.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	15-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-08-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 58 años con 1 año de evolución de abultamiento a nivel de la mejilla y pared lateral nasal derecha. No se observan masas en endoscopia.

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Senos etmoidales, frontales, esfenoidales y maxilar izquierdo adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

El seno maxilar derecho presenta un mucocele de 7x7.5mm en su pared lateral; sin otras particularidades.

Celdillas de Agger Nasi y de Haller bilaterales como variante anatómica.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal con desviación septal izquierda en área IV de Cottle no contactante.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de masas en mejilla o pared lateral nasal derechos.
2. Mucocele maxilar izquierdo como descrito.
3. **Celdillas de Agger Nasi y de Haller bilaterales como variante anatómica.**
4. **Desviación septal izquierda en área IV de Cottle.**
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	6-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	24-8-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 86 años con antecedente de TCE y deterioro neurológico.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda.

Hipodensidades periventriculares frontales, occipitales y temporales bilaterales; corticosubcorticales de distribución difusa fronto-pariet-temporal, asociados a pérdida de volumen encefálico y aumento del diámetro ventricular, con un índice de Evans de 0.33.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Calcificaciones puntiformes en ganglios basales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos.

Silla turca con imagen quística hipodensa de 4x3.5mm en probable relación con quiste de la bolsa de Rathke

Se aprecia material quirúrgico con densidad metálica a nivel bilateral mandibular.

Calcificaciones parietales bilaterales en las arterias carótidas internas y en la arteria basilar.

Desviación del septum nasal a la izquierda en área II de Cottle.

Material hiperdenso en cavidad oral, impresiona en relación a prótesis odontológicas.

IDx:

1. Imágenes hipodensas de distribución difusa como descritas en relación a enfermedad de pequeño vaso.
 - a. Pérdida de volumen encefálico
 - b. Hidrocefalia exvacuo
2. Imagen compatible con quiste de la bolsa de Rathke hipófisis.
3. Calcificaciones en arterias carótidas internas y basilar, en relación a enfermedad aterosclerótica.
4. Desviación del septo nasal en área II de Cottle.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	05-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-8-2020
Estudio	TC SPN Y TC OIDOS	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 53 años con antecedente de perforación de la membrana timpánica, rinitis crónica, mareo y desvanecimiento.

TAC Oídos.

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

TAC Senos Paranasales.

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoideas en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal sin desplazamientos.

Se observan celdillas de Agger Nasi que condicionan estrechez del meato frontal bilateral.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

Degeneración polipoidea de los cornetes inferiores.

IDx:

1. Celdillas de Agger Nasi bilaterales que condicionan estrechez de ambos meatos frontales.
2. Degeneración polipoidea de los cornetes inferiores.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	05-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-8-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 53 años con antecedente de perforación de la membrana timpánica, rinitis crónica, mareo y desvanecimiento.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Se aprecia aracnoidocele selar grado III.

Existe engrosamiento del diploe frontoparietal en relación con hiperostosis como variante anatómica.

Degeneración polipoidea de los cornetes inferiores.

Celdillas de Agger Nasi que condicionan estrechez del meato frontal bilateral.

IDx:

1. Aracnoidocele selar grado III.
2. Hiperostosis frontoparietal como variante anatómica

Paciente		Fecha de Estudio	5/8/2020
Expediente		Fecha de Reporte	28/8/2020
Estudio	AngioTC Cerebro	Servicio	HVMS

Paciente masculino con historia de epilepsia en tratamiento con VPA.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Quiste retención mucosa maxilar izquierdo de 7x4mm.

IDx:

1. Quiste de retención mucosa maxilar izquierdo.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	01-08-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-08-2020
Estudio	PIELOTC	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 52 años con litiasis renal izquierda a repetición.

Se valora tomografía de torax y abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Tc de abdomen con medio de contraste endovenoso. Imágenes adquiridas en fase simple, arterial, portal venosa y excretora.

Hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 23x19mm.

Hígado de tamaño normal, de bordes regulares, de textura homogénea, sin focalizaciones .

Vía biliar no dilatada. Clips quirúrgicos en lecho vesicular en relación con colecistectomía.

Eje espleno-mesentérico-portal permeable.

Bazo, páncreas, suprarrenales sin alteraciones.

Los riñones son de tamaño, forma y posición habitual, conservan su grosor cortical, así como la capacidad de concentrar el medio de contraste de forma simétrica. No hay masas sólidas, ectasias o colecciones perirrenales. Riñón izquierdo presenta un quiste Bosniak I de 10mm de diámetro en su polo inferior. Se observan tres litos derechos y dos izquierdos, menores a 2mm, con densidad de hasta 340UH.

Riñón derecho mide 103x46mm. Riñón izquierdo mide 98x51mm.

Se evidencia adecuada representación de ambos ureteros durante la fase excretora, sin defectos de llenado.

Vejiga de paredes delgadas, sin alteraciones

No hay evidencia de masas, colecciones, adenomegalias retroperitoneales ni ascitis.

Estructuras óseas sin lesiones liticas, blásticas ni trazos de fracturas.

Flebolitos en vasculatura pélvica.

IDx:

1. Nefrolitiasis bilateral no mayor a 2mm de diámetro como descritas.
 2. Quiste renal Bosniak I como anotado.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	6-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	27-8-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 67 años. Estudio de estadiaje para Ca de próstata

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Se aprecian múltiples imágenes diverticulares distribuidas a lo largo de todo el marco colónico, sin cambios inflamatorios en el presente estudio. Hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 27mm de diámetro.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Próstata aumentada de tamaño, con captación heterogénea del medio de contraste, 57x53x52mm para un volumen aproximado de 82cc. No se observan adenopatías regionales ni a distancia. No se logra determinar adecuado plano de separación entre la cara posterior de la próstata y la pared rectal en el presente estudio.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Presenta hipodensidad difusa a correlacionar con densitometría ósea. Cambios de osteoartritis moderada lumbosacra.

IDx:

1. Hallazgos en relación con su conocido Ca de próstata como descrito. Se recomienda correlación con RM para su adecuado estadiaje.
2. Diverticulosis colónica sin datos sugestivos de diverticulitis.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	4-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	TC CEERBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 73 años con crisis convulsivas a repetición.

Estudio limitado en su valoración por artefacto de endurecimiento del haz de manera difusa.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda. Se observan hipodensidades cortico-subcorticales fronto-parieto-temporales, periventriculares frontales bilaterales, caudado izquierdo, cápsula interna izquierda y putamen izquierdo.

Pérdida difusa del volumen cerebral.

Asimetría de los ventrículos laterales, con ventrículo lateral derecho con diámetro del asta anterior de 16mm y 10mm en el izquierdo. Índice de Evans 0.35.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Estructuras óseas presentan aumento difuso de la densidad mineral ósea, con engrosamiento del diploe de la bóveda craneana, principalmente la lamina interna.

Cortes aportados de cuello presentan cambios severos de osteoartritis en columna cervical.

IDx:

1. Estudio sin evidencia de lesiones espacio ocupantes. Se recomienda complementar con estudio contrastado.
2. Múltiples hipodensidades de distribución difusa como anotado, en relación a enfermedad de pequeño vaso.
 - a. Pérdida difusa de volumen encefálico.
 - b. Aumento de volumen de los ventrículos laterales
3. Aumento difuso de la densidad ósea. Se recomiendan estudios complementarios a descartar causas metabólicas o neoplásicas.
 Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	7-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	TC SILLA TURCA	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 33 años con historia de trastornos menstruales de 2 años de evolución e hiperprolactinemia. Estudio a descartar adenoma hipofisiario.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos. La pared del dorso de la silla turca presenta una discontinuidad de la cortical ósea de 1.6x3.4mm. Hipófisis de aspecto usual. Existe leve engrosamiento del tallo hipofisiario con diámetro transversal de 3mm. (Ver reporte de TC de Silla Turca)

IDx:

1. Cambios inespecíficos a nivel de silla turca.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	7-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	TC SILLA TURCA	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 33 años con historia de trastornos menstruales de 2 años de evolución e hiperprolactinemia. Estudio a descartar adenoma hipofisario.

TAC Silla Turca.

Se observa una silla turca de tamaño normal, sin evidencia de calcificaciones patológicas. La pared del dorso de la silla turca presenta una discontinuidad de la cortical ósea de 1.6x3.4mm. La hipófisis presenta tamaño, con diámetros de 8x10x6mm (APxTxL) forma y densidad normales en estudio no contrastado, no se aprecian calcificaciones. En la fase contrastada se observa adecuada captación del medio IV (115 UH en promedio). Existe leve engrosamiento del tallo hipofisario con diámetro transversal de 3mm.

IDx:

1. Hallazgos inespecíficos en la hipófisis, sin observar focalizaciones en el presente estudio. Se recomienda correlación con Resonancia Magnética para la adecuada caracterización.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	18-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	AngioTC TORAX	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 54 años con antecedente de neoplasia uterina; actualmente con cuadro de diplopia y visión borrosa con parestesias y debilidad en extremidades. Se sospecha miastenia gravis, a descartar timoma.

Se valora tomografía de torax y abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

TÓRAX:

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Nódulo tiroideo hipodenso en lóbulo derecho de 3.5x7mm, se recomienda su correlación con US dirigido.

Esófago con dilatación difusa de su lumen en tercio medio e inferior, con hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 17x19mm

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos ni dilataciones.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables. No se observan defectos de llenados en Arteria pulmonar, ramas principales, lobares, segmentarias ni subsegmentarias.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

No se observan remanentes tímicos.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin nódulos, masas o consolidaciones. Existe aumento de la densidad en vidrio deslustrado y línea pleural en zonas declive de ambas bases pulmonares en probable relación a áreas de hipoventilación. No hay derrame pleural.

En cortes aportados de abdomen se observan clips metálicos en fosa vesicular, en relación a antecedente de colecistectomía. Bazo accesorio de 10mm. Restantes estructuras apreciables sin particularidades.

IDx:

1. Estudio sin evidencia tomográfica de remanente tímico.
2. Nódulo en lóbulo tiroideo derecho, a correlacionar con US dirigido.
3. Hernia hiatal por deslizamiento y dilatación esofágica como descrita, se recomienda correlación con clínica y estudios complementarios.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	6-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	24-8-2020
Estudio	ANGIOTC DE CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 34 años con cefalea en estudio en observación por LEO.

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Engrosamiento mucoso en seno maxilar de derecho, engrosamiento mucoso en seno maxilar izquierdo con focos de gas en su interior, esfenoidal izquierdo, y frontal izquierdo, con engrosamiento mucoso de sus infundíbulos.

Se observan la bóveda craneana algunas lesiones focales, circunscritas, hipodensas, sin esclerosis periférica ni componente de tejidos blandos que comprometen principalmente la médula y la lámina endóstica del calvario con un diámetro menor a 4mm.

IDx:

1. Focalizaciones hipodensas en bóveda craneana, se recomienda correlación con estudios complementarios a descartar enfermedad metabólica vs infiltrativa
2. Hallazgos sugestivos de sinusitis como descrito, se recomienda correlación con clínica. Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	4-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	29-8-2020
Estudio	ANGIOTC TORAX	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 73 años cardiopata isquémico con disnea de pequeños esfuerzos.

Se valora tomografía de torax con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos ni dilataciones.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Aorta ascendente con diámetro de 40mm. Botón aórtico con diámetro de 30mm. Aorta descendente elongada y tortuosa. No se observan aneurismas, disecciones ni otras alteraciones.

Cardiomegalia grado I a expensas de dilatación de cámaras derechas.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin nódulos, masas o consolidaciones. Se aprecian atelectasias subsegmentarias bibasales. Se aprecia zona de aumento de la densidad en vidrio deslustrado subpleural posterobasal izquierda en relación a zona de hipoventilación. No hay derrame pleural.

IDx:

1. Aorta con cambios crónicos como descritos sin datos de aneurisma, disecciones ni otras alteraciones.
2. Atelectasias subsegmentarias bibasales y aumento de la densidad posterobasal izquierdo en probable relación a zona de hipoventilación.

Paciente		Fecha de Estudio	18-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 34 años, a descartar sinusitis crónica.

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca presenta aracnoidocele selar grado I.

IDx:

- 1. Aracnoidocele selar grado I.
Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	18-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 34 años, a descartar sinusitis crónica.

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

Presenta celdillas de Agger Nasi como variante anatómica

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal con espolón contactante en área IV de Cottle.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

1. **Desviación septal con espolón contactante en área IV de Cottle**
2. **Celdillas de Agger Nasi bilaterales como variante anatómica.**

Paciente		Fecha de Estudio	3-8-2020
Expediente		Fecha de Reporte	23-8-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 75 años con deterioro cognitivo en estudio.

Se valora TC de cráneo sin medio de contraste IV que muestra:

Pérdida difusa de volumen de predominio frontoparietal.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes de hemorragia aguda.

Existen hipodensidades periventriculares frontales derechas y occipitales bilaterales, insulares bilaterales, talámicas derechas, cortico-subcorticales de distribución difusa predominantemente frontoparietales.

MTA score: 2 bilateral.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos. Presenta zona de gliosis en región caudal del hemisferio cerebelar izquierdo.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Calcificaciones parietales en ambas arterias carótidas internas secundarias a enfermedad aterosclerótica

Desviación septal derecha en área II-III de Cottle, y desviación izquierda con espolón no contactante en área IV.

IDx:

1. Hipodensidades periventriculares, en ganglios basales y cortico-subcorticales como descritas en relación a enfermedad de pequeño vaso.
 - a. Pérdida de volumen encefálico
 2. Zona de gliosis cerebelar izquierda en probable relación a infarto antiguo.
 3. Desviación del septo nasal como descrito.
- Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	23-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	02-10-2020
Estudio	TC TORAX CON Y SIN CONTRAST	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 63 años con antecedente de tabaquismo, con presencia de microcalcificaciones pulmonares y un nódulo lateral en pulmón derecho.

Se valora tomografía de torax con y sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tiroides de tamaño usual, homogénea.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos ni dilataciones.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables. Existen calcificaciones aórticas en relación a enfermedad aterosclerótica.

Corazón de tamaño normal, con engrosamiento parietal del ventrículo izquierdo de hasta 15mm.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin masas o consolidaciones. Se observan múltiples hipodensidades circunscritas predominantemente en lóbulos superiores en relación a cambios por enfisema centrolobulillar; algunos con tendencia a la confluencia, esto último con franco predominio derecho. Existe un granuloma redondeado difusamente calcificado en el segmento superior del LID el cual mide 8mm de diámetro. Existen escasos micronódulos periféricos, de distribución aleatoria predominantemente en campo pulmonar derecho. No hay derrame pleural.

Cambios osteodegenerativos difusos en columna dorsal. No se observan trazos de fractura ni focalizaciones en las estructuras óseas.

IDx:

1. Hallazgos en relación a enfermedad enfisematosa como descrita.
 2. Micronódulos de aspecto inespecífico, sin necesidad de seguimiento de acuerdo a las guías de la Sociedad Fleischner.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	16-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 70 años, a descartar rinosinusitis crónica.

Se valora tomografía de senos paranasales con **medio de contraste IV y oral**, en donde se aprecia:

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Se observa ocupación completa del seno maxila derecho por material hipodenso con calcificaciones gruesas, que impresiona corresponder a engrosamiento obstructivo mucoso del infundíbulo.

Asocia desviación septal contactante en área IV de Cottle derecha y cornete medio derecho de disposición paradójica.

El seno esfenoidal izquierdo presenta engrosamiento mucoso difuso de hasta 8mm con infundíbulo permeable.

Senos etmoidales, frontales, maxilar izquierdo y esfenoidal derecho adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes. Se observa degeneración polipoidea de la mucosa de los cornetes nasales.

IDx:

- 1. Ocupación completa del seno maxila derecho por material hipodenso con calcificaciones gruesas en relación a sinusitis crónica obstructiva como descrita.**
- 2. Engrosamiento mucoso del seno esfenoidal izquierdo.**
- 3. Desviación del septo nasal**
- 4. Disposición paradójica del cornete medio derecho**
Resto como descrito

Paciente		Fecha de Estudio	21-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	2-10-2020
Estudio	TC COLUMNA LUMBOSACRA	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 70 años con antecedente de hernia en CLS, a descartar nuevas lesiones.

Se valora tomografía de columna lumbosacra sin medio de contraste, en donde se aprecia:

Estructuras óseas en adecuado número, posición y alineamiento.

Los cuerpos vertebrales presentan adecuada altura y forma.

Se observa disminución difusa de la densidad mineral ósea, a correlacionar con estudio dirigido (densitometría ósea).

Se aprecian cambios degenerativos de manera difusa:

- En las mesetas vertebrales se aprecia esclerosis, osteofitos marginales y nódulos de Schmorl.
- Existe engrosamiento difuso del ligamento amarillo.
- En las articulaciones interfacetarias se aprecia esclerosis, osteofitos marginales y quistes subcondrales.

En el nivel L4-L5 se aprecia degeneración difusa del disco intervertebral, existiendo contacto óseo de los platillos vertebrales y pseudoartrosis de los mismos, con prominente complejo osteofito anterior, sin compromiso apreciable del canal medular.

En los niveles L4-L5 y L5-S1 se aprecia estrechez de los neuroforámenes de predominio izquierdo.

No se observan lesiones focales líticas ni blásticas o trazos de fractura.

En lo apreciable de tejidos blandos sin alteraciones.

IDx:

- 1. Cambios osteodegenerativos difusos como descritos, con presencia de degeneración severa del disco intervertebral L4-L5, asociando estrechez de los neuroforámenes de predominio izquierdo.
Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	16-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 80 años portadora de FA, diabetes insípida con cefalea persistente y lateralización.

Se valora tomografía de cerebro sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra:

Pérdida de volumen encefálico de predominio frontoparietal.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda.

Se observan hipodensidades focales operculares izquierdas, periventriculares temporales bilaterales, corticosubcorticales fronto-parieto-temporales bilaterales y cerebelar derecha.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Calcificaciones parietales bilaterales en ambas arterias carótidas internas en relación a enfermedad aterosclerótica.

Existe desviación septal derecha en área II de Cottle, izquierda en área III y espolón contactante en área IV izquierda. Degeneración polipoidea de los cornetes nasales y concha bulosa bilateral en los cornetes medios.

IDx:

1. Hipodensidades focales como descritas en relación a eventos isquémicos antiguos.
 2. Calcificaciones parietales bilaterales en ambas arterias carótidas internas en relación a enfermedad aterosclerótica.
 3. Desviación septal como descrita.
 4. Degeneración polipoidea de los cornetes nasales
 5. Concha bulosa bilateral en los cornetes medios.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	22-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	3-10-2020
Estudio	TC CEREBRO Y SPN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 54 años con rinitis crónica

Se valora tomografía de cerebro y senos paranasales sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Cerebro

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular difusamente dilatado con índice de Evans de 0.44 sin apreciar causa obstructiva en el presente estudio.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Aracnoidocele selar grado I.

Se observa prótesis dental en arcada dentaria superior.

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal sin desplazamientos.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

1. **Ventriculomegalia difusa sin causa obstructiva aparente, se recomienda correlación con estudios complementarios a criterio de médico tratante.**
2. **Aracnoidocele selar grado I**
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	19-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	2-10-2020
Estudio	TC CEREBRO SC	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 69 años epiléptico, ha cursado estable con tratamiento actual.

Se valora tomografía de cerebro sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Pérdida difusa del volumen encefálico.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda.

Existe una zona de encefalomalacia frontal derecha en relación a evento isquémico antigua.

Se aprecian pequeñas focalizaciones corticosubcorticales de predominio frontoparietal izquierdo en relación a eventos isquémicos previos.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Calcificaciones parietales en ambas

Desviación del septo nasal con espolón contactante en área IV de Cottle a la izquierda.

IDx:

1. Zona de encefalomalacia frontal derecha en relación a evento isquémico antiguo.
2. Focalizaciones hipodensas corticosubcorticales en relación a enfermedad de pequeño vaso
 - a. Pérdida de volumen encefálico
3. Desviación del septo nasal como descrita.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	02-10-2020
Estudio	TC CEREBRO.	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 82 años con eventos de disartria que resuelve.

Se valora TC de cráneo sin medio de contraste IV que muestra:

- En la cápsula externa derecha se observa una hipodensidad irregular de 7x9mm con una densidad promedio de 12 UH. Se observan imágenes similares periventriculares frontales y occipitales bilaterales, subcorticales occipital derecho y frontotemporales.
- Pérdida difusa de volumen encefálico.
- Se observa en el lóbulo temporal izquierdo, a nivel subcortical, una focalización irregular, circunscrita, hipodensa, homogénea, con densidad promedio de 24UH, con halo ligeramente hiperdenso e hipodensidad circundante en relación a edema que mide 38X28X30mm y genera compresión en ventrículo lateral ipsilateral, sin desplazar estructuras localizadas en línea media.
- Calcificaciones parietales arteriales en ambas arterias carótidas internas, basilar, arterias cerebelosas posteroinferiores, arterias vertebrales y arterias cerebrales posteriores,
- Calcificaciones parietales arteriales difusas en relación a enfermedad aterosclerótica

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Engrosamiento frontoparietal del diploe en relación a hiperostosis.

IDx:

5. Focalización temporal izquierda como descrita en relación a lesión tumoral, cuyas características son compatibles con glioblastomas como primera opción diagnóstica. Se recomienda correlacionar con estudios complementarios a criterios de médico tratante para su adecuada caracterización
6. Hipodensidades difusas como descritas en relación a enfermedad de pequeño vaso.
 - a. Pérdida de volumen encefálico
7. Calcificaciones parietales arteriales difusas en relación a enfermedad aterosclerótica
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	17-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 72 años con antecedente familiar de Alzheimer, con datos de deterioro cognitivo.

Se valora tomografía de cerebro sin medio de contraste en donde se aprecia:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda.

Se observan hipodensidades en el putamen y cápsula externa de manera bilateral y periventriculares frontales izquierdas.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Neumatización de los cornetes inferiores.

Desviación septal izquierda en zona II y IV de Cottle.

Calcificaciones parietales en ambas arterias carótidas internas.

IDx:

1. Hipodensidades en putamen y cápsula externa bilateral y periventriculares frontales izquierdas como descrita en probable relación a enfermedad de pequeño vaso.
 2. Concha bullosa en cornetes inferiores
 3. Desviación septal como anotado.
 4. Calcificaciones parietales en arterias carótidas internas en relación a enfermedad aterosclerótica.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	17-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 51 años con rinitis crónica.

Se valora tomografía de senos paranasales sin medio de contraste, en donde se aprecia:

Se aprecia engrosamiento mucoso en el piso del seno maxilar izquierdo menor a 2mm de grosor. Senos etmoidales, frontale derecho, maxilar derecho y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

Se observa degeneración polipoidea de la mucosa de los cornetes nasales inferiores.

Existe agenesia del seno frontal izquierdo como variante anatómica.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal sin desplazamientos.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

1. Agenesia del seno frontal izquierdo como variante anatómica.
2. Engrosamiento mucoso en seno maxilar derecho como descrito, a correlacionar con clínica.
3. Degeneración polipoidea de la mucosa de los cornetes nasales inferiores
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	2-10-2020
Estudio	ANGIOTC DE CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 31 años con cefalea, neurológico estable; en observación por LEO.

Se valora tomografía de cerebro con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Aracnoidecele selar grado II.

Desviación del septum nasal a la izquierda en área IV de Cottle.

IDx:

1. Aracnoidecele selar grado II
2. Desviación del septum nasal a la izquierda como descrito.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	30-6-2020
Expediente		Fecha de Reporte	2-10-2020
Estudio	TC CEREBRO SC	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 66 años con deterioro cognitivo

Se valora tomografía de cerebro sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra :

Existe pérdida difusa de volumen encefálico de predominio frontoparietal.

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda.

Existen hipodensidades focales periventriculares frontales bilaterales y occipitales izquierdas y corticosubcorticales de predominio fronto-parieto-temporal bilateral secundarias a procesos isquémicos antiguos de pequeño vaso.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Desviación del septo nasal a la izquierda con espolón no contactante en área IV de Cottle.

IDx:

1. Hipodensidades focales cortisubcorticales y periventriculares en relación con enfermedad de pequeño vaso.
 - a. Pérdida de volumen encefálico.
2. Desviación del septo nasal.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	7-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	3-10-2020
Estudio	TC SENOS PARANASALES	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 52 años en control por apnea del sueño y poliposis nasal.

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Algunos quistes de retención esfenoidales izquierdos de hasta 11x10mm.

Restantes senos paranasales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

Degeneración polipoidea de la mucosa nasal de los cornetes de manera difusa

Concha Bullosa en ambos cornetes medios.

Celdillas de Agger Nasi y Onod bilaterales como variante anatómica.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal sin desplazamientos.

Conducto nasolacrimal derecho con engrosamiento mucoso difuso. Izquierdo conservado

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable.

IDx:

- 1. Celdillas de Agger Nasi y Onodi bilaterales como variante anatómica**
 - 2. Degeneración polipoidea de la mucosa nasal de los cornetes de manera difusa**
 - 3. Concha Bullosa en ambos cornetes medios.**
 - 4. Conducto nasolacrimal derecho con engrosamiento mucoso difuso.**
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	16-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO Y OIDOS	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 55 años con asimetría coclear por receptiva derecha.

Se valora tomografía de oídos y cerebro con medio de contraste IV en donde se aprecia:

Cerebro

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Se aprecia pobre representación de la arteria cerebelosa superior izquierda, que podría corresponder a variante anatómica.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Se aprecia aracnoidocele selar grado I en silla turca.

Calcificaciones parietales en ambas arterias carótidas internas

TAC Oídos.

Se observan mastoides bien neumatizados.

Las cavidades timpánicas con huesecillos sin alteraciones.

La neumatización del antro timpánico es normal.

Los conductos auditivos internos son simétricos y de calibre normal, en cóclea y conductos semicirculares no se aprecian alteraciones.

No se observan trazos de fractura.

IDx:

1. Aracnoidocele selar grado I
2. Calcificaciones parietales en ambas arterias carótidas internas en relación a enfermedad aterosclerótica.
3. pobre representación de la arteria cerebelosa superior izquierda, que podría corresponder a variante anatómica.

Resto como descrito

Paciente		Fecha de Estudio	16-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 52 años con cefalea.

Se valora tomografía de cerebro con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Pérdida de volumen encefálico de predominio frontotemporal.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Se observan calcificaciones parietales en ambas carótidas internas.

IDx:

1. Pérdida de volumen encefálico de predominio frontotemporal.
2. Hallazgos en relación con aterosclerosis carotídea.
Restop como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	02-10-2020
Estudio	TC COLUMNA LUMBOSACRA	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 73 años con cuadro de 4 meses de evolución de parestesias y pérdida de fuerza muscular en ambos miembros inferiores.

Se valora tomografía de columna lumbar sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Estructuras óseas en adecuado número, posición y alineamiento.

Los cuerpos vertebrales presentan adecuada altura y forma.

Se observa disminución difusa de la densidad mineral ósea, a correlacionar con estudio dirigido (densitometría ósea).

Se aprecian cambios degenerativos de manera difusa:

- A nivel de los discos intervertebrales se observan calcificaciones intradiscales.
- En las mecetas interfacetarias se aprecia esclerosis y osteofitos marginales.
- Existe engrosamiento difuso del ligamento amarillo.
- En las articulaciones interfacetarias se aprecia esclerosis y osteofitos marginales

En los niveles L4-L5 y L5-S1 se observa abombamiento central posterior que contacta el saco y estrechez de los neuroforámenes izquierdos.

No se observan lesiones focales líticas ni blásticas o trazos de fractura. Existen focos de enostosis en el ala iliaca izquierdo y en la columna anterior del acetábulo derecho, siendo este último el mayor que mide 7x9mm con una densidad promedio de 1200UH

En lo apreciable de tejidos blandos se observan calcificaciones parietales aórticas en relación a enfermedad aterosclerótica. En colo se evidencian imágenes diverticulares sin cambios inflamatorios asociados.

IDx:

1. Abombamiento central posterior que contacta el saco y estrechez de los neuroforámenes izquierdos en los niveles L4-L5 y L5-S1
2. Cambios osteodegenerativos difusos como descritos.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	8-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	2-10-2020
Estudio	TC CEREBRO Y ORBITAS SC	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 48 años con escotomas y alteración visual.

Se valora tomografía de cerebro y órbitas sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Aracnoidocele selar grado I

Calcificaciones parietales en ambas arterias carótidas internas.

Engrosamiento del diploe de predominio frontoparietal.

Desviación septal derecha en área IV de Cottle

Leve engrosamiento mucoso en seno maxilar derecho de 8x5mm.

IDx:

1. Aracnoidocele selar grado I
 2. Hiperostosis frontoparietal como variante normal.
 3. Engrosamiento del diploe de predominio frontoparietal.
 4. Desviación septal derecha en área IV de Cottle
 5. Leve engrosamiento mucoso en seno maxilar derecho a correlacionar con clínica.
- Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	2-10-2020
Estudio	TC CEREBRO SC Y SPN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 56 años con deformidad en cuero cabelludo y rinusinusitis.

Se valora tomografía de cerebro y senos paranasales sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Cerebro

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Se observa aumento del grosor del cuero cabelludo de manera difusa de aspecto inespecífico.

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

Existen celdillas de Agger Nasi como variante anatómica.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal sin desplazamientos.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

1. Engrosamiento inespecífico del cuero cabelludo a correlacionar con clínica y estudios complementarios a criterio de médico tratante.
2. Celdillas de Agger Nasi como variante anatómica.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC SPN SIN Y CON MEDIO	Servicio	HVMS

Paciente con hallazgo incidental de posible quiste de retención mucoso esfenoidal.

Se valora tomografía de senos paranasales sin y con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se observa en el piso del seno esfenoidal una imagen circunscrita, bilobulada, hipodensa, con una densidad promedio de 25 UH, sin captación del medio de contraste, que mide 22x12mm.

Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidal derecho adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Septum nasal sin desplazamientos.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

Degeneración polipoidea de la mucosa de los cornetes inferiores.

Turbinización de los cornetes medios.

Cortes aportados de cerebro y cuello sin evidencia de alteraciones.

IDx:

1. Hallazgos tomográficos compatibles con quiste de retención esfenoidal izquierdo como descrito.
 2. Degeneración polipoidea de los cornetes inferiores
 3. Concha bullosa en cornetes medios.
- Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	23-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	ANGIOTC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 34 años con historia de cefalea crónica, estudio control.

Se valora tomografía de cerebro sin y con medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Se valora TC de cráneo con medio de contraste IV que muestra adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de isquemia o hemorragia aguda.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Polígono de Willis con morfología y diámetros conservados, permeable, no se identifican imágenes sugestivas de malformaciones a-v ni zonas con captación anormal del medio de contraste IV en el parénquima. Porciones valorables de los senos venosos permeables.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Se observa quiste de retención mucosa en seno maxilar derecho de 5x9mm con calcificación en su interior que sugiere cronicidad.

IDx:

1. Quiste de retención mucosa en seno maxilar derecho como descrito.
Resto como anotado.

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC SNP	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 15 años a descartar sinusitis crónica.

Se valora tomografía de senos paranasales con **medio de contraste IV y oral**, en donde se aprecia:

TAC de senos paranasales sin medio de contraste

El seno esfenoidal derecho presenta un quiste de retención de 2x4mm . Senos etmoidales, frontales, maxilares y esfenoidales izquierdo adecuadamente neumatizados, sin engrosamiento mucoso, niveles hidroaéreos, quistes de retención ni lesiones polipoides en su interior.

No se observa adelgazamiento ni erosión ósea de sus paredes. Las estructuras óseas valorables no muestran lesiones focales líticas, blásticas ni trazos de fractura.

Desplazamiento del septo nasal a la derecha con espolón contactante en área IV de Cottle.

El complejo ostiomeatal se encuentra permeable. Conductos nasolacrimales permeables, sin quistes.

IDx:

1. Desviación septal derecha como descrito.
2. Quiste de retención esfenoidal derecho.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	21-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	2-10-2020
Estudio	TC COLUMNA LUMBOSACRA	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 76 años con antecedente de Ca de pancreas tratado con radioterapia con dolor lumbar.

Se valora tomografía de columna lumbar sin medio de contraste IV, en donde se aprecia:

Estructuras óseas en adecuado número, posición y alineamiento.

Los cuerpos vertebrales presentan adecuada altura y forma.

Se observa disminución difusa de la densidad mineral ósea, a correlacionar con estudio dirigido (densitometría ósea).

Se aprecian cambios degenerativos de manera difusa:

- En los platillo vertebrales se aprecia esclerosis y osteofitos marginales.
- Existe engrosamiento difuso del ligamento amarillo.
- En las articulaciones interfacetarias se aprecia esclerosis, osteofitos marginales y quistes subcondrales.

En los niveles L4-L5 y L5-S1 se observa abombamiento central posterior de 8mm que contacta el saco, con desplazamiento lateral izquierdo del disco intervertebral, permitiendo el contacto de los platillos vertebrales en la región contralateral. Se aprecian mayores cambios degenerativos en esta región, con nódulos de Schmörl y esclerosis en los platillo vertebrales.

Se observa estrechez de los neuroforámenes L3-L4 derecha y L5-S1 bilateral

No se observan lesiones focales líticas ni blásticas o trazos de fractura. En el cuerpo vertebral de L4 se observa una focalización hiperdensa con una densidad promedio de 1116 UH en relación con foco de enostosis.

En los tejidos blandos apreciados en el estudio se observan calcificaciones parietales aortoiliacas en relación a enfermedad aterosclerótica.

IDx:

1. Cambios osteodegenerativos difusos, con mayor severidad a nivel de L4-L5 que condicionan estrechez de los neuroforámenes L3-L4 derecha y L5-S1 bilateral

Paciente		Fecha de Estudio	17-09-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-9-2020
Estudio	ANGIOTC DE TORAX	Servicio	HVMS

Paciente de 29 años en estudio a descartar lesiones intraparenquimatosas

En la ventana para mediastino no se identifican masas sospechosas, se observan imágenes ganglionares de aspecto reactivo en nivel ganglionar I bilateral y VI de hasta 11mm.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago con dilatación difusa del esofago sin otras particularidades ni engrosamientos.

Tronco de la arteria pulmonar con un diámetro de 26mm permeable. Se observan ramas principales, lobares, segmentarias y subsegmentarias sin defectos de llenado. Restantes estructuras vasculares con diámetros adecuados y permeables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observa aumento de la densidad en vidrio lustrado de manera difusa con cambios por reticulación anormal, aumento de grosor de los septos inter e intra lobulillares de predominio peri-ilíar que afecta principalmente los segmentos apical y posterior del LSD, segmento medial, el segmento superior del LID, segmento apico posterior y anterior del LSI y el segmento superior del LII, con presencia de patrón en mosaico bibasal y en el segmento superior del LSD. No se observan derrames pleurales ni consolidaciones francas en el presente estudio.

IDx:

- Hallazgos tomográficos que dentro del contexto del paciente impresionan corresponder a cambios secundarios a proceso neumónico en vías de resolución con cambios en la perfusión con patrón en mosaico de aspecto inespecífico, se recomienda correlación clínica y con estudios complementarios a criterio de médicos tratantes.
 Resto como anotado.**

Paciente		Fecha de Estudio	17-09-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	ANGIOTC TORAX Y ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente de 69 años con antecedente de hipertension de larga data, con un soplo a nivel de abdomen. Estudio limitado en su valoracion ya que no se cuenta con datos volumetricos para las reconstrucciones tridimecionales, bajo estas condiciones:

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esofago presenta dilatacion difusa y hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 28x16mm. Se observa gran engrosamiento parietal de predominio en tercio superior de 4mm, a correlacionar con endoscopia.

Arteria pulmonares, lobares, segmentarias y subsegmentarias permeables. Aorta de diametro normal y calibre conservado. Presenta placas de ateroma blandas, calcificadas de distribucion difusa.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin nódulos, masas o consolidaciones. Presenta aumento de la densidad en vidrio deslustrado de manera difusa con zonas de hipodensidad intercaladas en relacion a patron en mozaico. No hay derrame pleural.

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Aorta con calibre conservado y con placas de ateroma blandas y calcificadas, no se observa presencia de dilataciones aneurismaticas, flaps u otras alteraciones.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. En el riñon derecho se observa un quiste Bosniak I ubicado en el polo superior y que mide 8mm. Y en el riñon izquierdo se identifica un lito calciforme de 14x10mm y con una densidad promedio de 356 UH y otro lito de 7x8 en pars media con una densidad promedio de 650 UH. Ambos riñones presentan estriacion perirenal. No se visualizan masas ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones. Prostata homogenea, aumentada de tamaño, con protrusion del lobulo medio. Se obsreva una hernia inguinal directa izquierda, con un cuello de 28mm y un saco herniario de 69x65mm,de contenido graso.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Se observan cambios osteodegenerativos.

IDx:

1. No se observan datos que sugieran aneurisma aórtico.
2. Enfermedad arterioesclerótica difusa aorto-iliaca como descrito.
3. Cambios pulmonares de vidrio deslustrado y patrón en mosaico, se sugiere correlación de clínica y laboratorios debido a inespecificidad.
4. Nefrolitiasis izquierda múltiple como anotado.
5. Hallazgos compatibles con nefropatía médica, se sugiere correlación con laboratorios para su adecuada caracterización.
6. Crecimiento prostático
7. Hernia inguinal directa izquierda de contenido graso
Resto como anotado.

Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández

130

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-10-2020
Estudio	TC CAROTIDAS	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 82 años con antecedente ECV y DM ingresado por síncope.

Se valora tomografía de torax y abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

CUELLO: cortes de la base del cráneo sin grandes procesos expansivos. Órbitas y senos paranasales conservados.

Espacios del cuello sin procesos expansivos o colecciones. Faringe, laringe y tráquea sin alteraciones en la posición o sus paredes. No se identifican adenopatías en las cadenas ganglionares del cuello. Glándulas parótidas, submaxilares y tiroides conservan sus diámetros, impresionan sin procesos expansivos ni ectasias ductales.

Arterias carótidas internas presentan placas heterogéneas parcialmente calcificadas y estrechez luminal bilateral inmediatamente posterior a la bifurcación. La derecha presenta un lumen patente en el punto de menor diámetro de 1.0mm con un diámetro post estenosis de 3.4mm para una disminución del 71%. La arteria carótida interna izquierda presenta un calibre en el punto de estenosis de 1.6 y un lumen posterior de 4.4mm, con una disminución del 63.6%. Las arterias vertebrales presentan lumen patente sin estrecheces, con franca dominancia de la arteria vertebral izquierda. Restantes estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables. No se observan aneurismas, dilataciones ni flaps intravasculares.

IDx:

1. **Enfermedad aterosclerótica con placas ateroscleróticas y compromiso del lumen de las arterias carótidas internas como descrito, a correlacionar con hallazgos clínicos y Doppler.**
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	18-09-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	ANGIOTC TORAX, TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 56 años con un Síndrome Paraneoplásico en estudio.

Se valora tomografía de tórax y abdomen con medio de contraste IV y oral, con limitaciones ya que no se cuenta con la información volumétrica en el estudio de abdomen por lo que no se pueden realizar las reconstrucciones tridimensionales. Bajo estas condiciones se observa:

En la ventana para mediastino no se observan masas. Se identifican adenopatías en el nivel ganglional II bilateral, IIIa, IV bilateral, VI y X bilateral, en esta ultima de hasta 11x27mm.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago sin engrosamientos ni dilataciones.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas, identificandose adenopatias axilares izquierdas, las mayores en nivel I con diametro menor de 14mm.

En la ventana para parénquima se observan pulmones distendidos. Existen algunos granulomas calcificados bilaterales de distribucion aleatorias, el mayor de 3.6mm en segmento anterior del LSI. Se aprecia derrame pleural bilateral de predominio en segmentos posteriores (zonas de declive) con atelectasias pasivas asociadas. No se observan masas o consolidaciones.

Hígado aumentado de tamaño, con textura homogénea, bordes regulares, con multiplas focalizaciones nodulares, redondeadas, mal definidas, hipodensas que tienden a confluir generando conglomerados de franco predominio en el lobulo derecho, el mayor de estos conglomerados mide 48mm y se encuentra localizado entre los segmentos V y VII. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos. Eje espleno-portal permeable.

Bazo aumentado de tamaño, con textura homogénea con presencia de algunas focalizaciones nodulares hipodensas de hasta 4mm de diámetro de distribución aleatoria.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándula suprarrenal derecha presenta un nódulo bilobulado, homogéneo de 17x13mm en el brazo lateral con una densidad promedio de 85 UH y en la glandula suprarrenal izquierda se observa difusamente engrosada con un diámetro transverso de hasta 6mm.

En la region intra y retroperitonea se identifican adenopatias periaorticas, retrocavas, iliacas bilaterales y mesentericas de hasta 15mm de diámetro.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, con adecuado grosor cortical, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Con múltiples focalizaciones quísticas simples relacionada a su conocida enfermedad de fondo, el quiste derecho de mayor tamaño es de 27mm y se encuentra ubicado en el polo inferior y el izquierdo de mayor tamaño es de 59mm de ubicación parapielica. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

En valoración dirigida al tracto gastrointestinal, el estomago es de difícil valoración ya que se encuentra vacío, bajo estas condiciones impresiona de paredes difusamente engrosadas, con un diámetro de hasta 21mm predominantemente en fondo. Intestino delgado y colon impresionan sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria con presencia de balón de sonda Foley, con una masa ovalada, circunscrita, que depende de la pared posterior, con captación del medio de contraste y de aspecto homogéneo que mide 53x32mm.

Se observa moderada cantidad de líquido libre ascítico en la cavidad abdominal.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura, con cambios óseos osteodegenerativos de distribución difusa.

IDx:

1. Hallazgos de masa vesical, engrosamientos y nódulos suprarrenales, focalizaciones hepáticas de aspecto metastásico, esplenomegalia con focalizaciones, adenopatías abdominales y mediastinales, ascitis y derrame pleural con relación a enfermedad neoplásica cuyo origen no se puede determinar por este medio. Se recomienda correlacionar con estudio histológico para una adecuada caracterización.
2. Cambios por poliquistosis renal ya conocida.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	20-09-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-9-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 70 años con antecedente de Ca de próstata operado con lesiones sugestivas de metastásis pélvica en TC previo.

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, presenta dos focalizaciones quísticas de 5mm en el segmento IVa y otra de 6mm en el segmento VI. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Esofago con hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 21x14mm.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones. Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales. Glándulas suprarrenales sin particularidades.

En retroperitoneo se identifican adenopatias aorto-cavas de hasta 12mm. Existen calcificaciones aorto-iliacas. Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas sólidas. Presenta una pieliectasia bilateral, en el riñon derecho se observa una apertura pielica de 23mm y de 26mm en el riñon izquierdo. Se identifican algunos quistes simples Bosniak I, el mayor ubicandose en el riñon izquierdo de localizacion parapielica, que mide 71x63mm. Ademas se observa un lito de 3mm en grupos caliciales superiores que no condiciona obstruccion con una densidad promedio de 704 UH.

En valoracion dirigida al tracto gastrointestinal, no se observan dilataciones ni engrosamientos engrosamientos parietales o datos de estenosis patológicas. Se presentan múltiples diverticulos en colon, principalmente en colon sigmoides, sin asociar datos inflamatorios.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones. En prostata se observan cambios post-quirurgicos. Testiculos con hidrocele bilateral.

Estructuras óseas se observan sin trazos de fractura. Se identifican focalizaciones hiperdensas en cuerpo del hueso iliaco derecho de 4x6mm y una densidad promedio de 1025 UH y en cuerpo del isquion izquierdo de 2mm y una densidad promedio de 895 UH sugestivos de focos de enostosis. En la cabeza femoral izquierda se observa una focalizacion de 3mm de diametro con una densidad promedio de 505 UH y en el ala iliaca derecha se observa una focalizacion mal definida de 6x11mm y una densiada promedio de 362 UH.

IDx:

1. Cambios post-quirurgicos en prostata en relacion al tratamiento de su conocido proceso neoplásico.
2. Hallazgos inespecificos en cabeza femoral y en ala iliaca izquierda por lo cual se recomienda correlacionar con estudios complementarios a descartar proceso infiltrativo.
3. Adenopatias aorto-cavas en probable relación a enfermedad metastasica
4. Pieliectasia bilateral como descrita.
5. Quistes renales Bosniak I como anotados.
6. Nefrolitiasis renal izquierda no obstructiva como anotado.
7. Quistes hepaticos simples.
8. Hernia hiatal por deslizamiento.
9. Diverticulosis sin datos de diverticulitis.
10. Hidrocele testicular biltateral.

Resto

como

anotado

Paciente		Fecha de Estudio	16-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 45 años con historia de dolor abdominal no especificado.

Se valora tomografía de abdomen sin y con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándula suprarrenal derecha sin particularidades. La izquierda presenta un engrosamiento nodular del brazo lateral de 13x11mm con densidad de -13UH en fase simple y 33UH en fase venosa.

Se identifican imágenes ganglionares retroperitoneales de aspecto inflamatorio con diámetros no mayores a 5mm.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

El apéndice cecal presenta diámetro de 8mm, sin embargo se aprecia permeable, con presencia de gas y medio de contraste a lo largo de todo su lumen, sin cambios inflamatorios asociados. Restantes porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

1. Nódulo suprarrenal izquierdo como descrito, en relación a adenoma rico en lípidos.
2. Aumento del diámetro luminal del apéndice cecal sin cambios inflamatorios asociados, a correlacionar con clínica.
Resto como anotado.

*Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.*

Paciente		Fecha de Estudio	18/9/2020
Expediente		Fecha de Reporte	30/9/2020
Estudio	TC TORAX Y ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 65 años con historia de dolor abdominal con melena y hematoquezia, gastroscopía demuestra Ca gástrico cT4a.

Se valora tomografía de torax y abdomen con medio de contraste IV, no se administran datos volumétricos, lo cual limita la valoración del estudio. Se aprecia:

Cortes aportados de cuello: imagen ganglionar cervical izquierda, redondeada, hipercaptante, en nivel Vb de 7x7mm.

Tiroides homogénea de tamaño adecuado.

En la ventana para mediastino no se identifican adenopatías ni masas.

Tráquea y bronquios principales sin alteraciones de la posición o las paredes.

Esófago difusamente dilatado con presencia nivel hidroaéreo en su interior en relación a reflujo gastroesofágico; con hernia hiatal por deslizamiento con saco herniario de 20x12mm.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros y se encuentran permeables en las regiones valorables.

Corazón de aspecto y tamaño normal.

Tejidos blandos de la pared torácica sin masas o adenopatías.

En la ventana para parénquima se observan pulmones bien distendidos, sin nódulos, masas o consolidaciones.

Se observa presencia de grasa en segmento posterobasal izquierdo en un área de 45x9mm en probable relación con hernia de Bochdalek, que condiciona atelectasia subsegmentaria; sin embargo no se logra apreciar adecuadamente defecto diafragmático por ausencia de información volumétrica.

No hay derrame pleural.

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, con presencia de #2 lesiones hipodensas, redondeadas, con densidad líquido, sin captación del medio de contraste en el segmento II compatibles con quistes simples, la mayor de 6mm. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros. Se observan placas calcificadas en pared aórtica.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Presentan múltiples quistes simples Bosniak 1, el mayor derecho de hasta 35mm en polo inferior, el mayor izquierdo en pars media de 18mm. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal: se observa a nivel del antro gástrico un engrosamiento concéntrico de hasta 9mm, con aumento de captación del medio de contraste a nivel de la mucosa gástrica, sin extensión a órganos vecinos que asocia #3 adenopatías de hasta 13mm perigástricas a nivel de la curvatura menor, adenopatías paraórticas de hasta 12mm y retrocavas de hasta 21mm.

Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Útero y anexos de aspecto usual.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura. Se observan cambios difusos de osteoartritis en columna toracolumbar.

IDx:

1. Hallazgos compatibles con su conocido Ca gástrico, con presencia de enfermedad metastásica ganglionar regional y aortocava como descrita cT4aN2M1, correspondiendo a un estadio clínico IVB
2. Imagen cervical izquierda como descrita, a correlacionar con BAAF.
3. Dilatación esofágica difusa, hernia hiatal por deslizamiento y datos compatibles con reflujo gastroesofágico.
4. Hallazgos sugestivos de hernia de Bochdalek como descrita sin poder caracterizar defecto diafragmático adecuadamente por ausencia de información volumétrica.
5. Quistes renales Bosniak 1 bilaterales.
6. Enfermedad aterosclerótica aórtica.
Resto como descrito.

Paciente		Fecha de Estudio	17-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-9-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 29 años con lesión exofítica que impresiona maligna en pene.

Se valora tomografía de torax y abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

A nivel del pene en lo que impresiona corresponder al glande se observa lesión exofítica, irregular con densidad de tejidos blandos que mide 19x7mm, la cual no impresiona comprometer cuerpos cavernosos, esponjosos ni uretra. Asocia imágenes ganglionares inguinales superficiales bilaterales de hasta 25x14mm, también retroperitoneales y mesentéricas de hasta 13mm.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

- 1. Hallazgos en relación a conocida lesión de pene, la cual de corresponder a lesión maligna presentaría un estadiaje cT1bN3M1 para un estadio IV. Resto como descrito.**

Paciente		Fecha de Estudio	16-09-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-9-2020
Estudio	TC trifásico de hígado	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 59 años, en estudio por dolor abdominal y una masa hepática en estudio.

Trifásico de Hígado:

Tc de abdomen con medio de contraste endovenoso. Imágenes adquiridas en fase simple, arterial, portal venosa y excretora.

Hígado de tamaño normal, con textura granular y de bordes irregulares que asocia varices gástricas umbilicales. Presenta una focalización redondeada, sólida, circunscrita, heterogénea en el lóbulo derecho y se ubica entre los cuatro segmentos del lóbulo derecho, que mide 40x41mm se comporta en la fase simple como isodensa al parénquima hepático, en la arterial hiperdensa, en la venosa hiperdensa y en la tardía lava. Además presenta lesiones satélite en el segmento VIII.

No hay dilatación de la vía biliar intrahepática, en la extra hepática se observa una dilatación de 10mm a nivel de la papila y el eje espleno-portal está permeable. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

En el esófago se observa una hernia hiatal por deslizamiento con un fondo de 28x13mm. Estómago presenta un engrosamiento difuso con aumento de la captación de 31mm.

Presenta leve cantidad de líquido ascítico.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. No se visualizan masas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

IDx:

1. Hepatopatía crónica con focalizaciones en lóbulo hepático derecho como descritas de aspecto inespecífico, sin embargo, dentro de la clasificación LI-RADS correspondería a un LR4. Se sugiere correlación con estudios complementarios y seguimiento de acuerdo a guías internacionales.
2. Engrosamiento gástrico de aspecto inespecífico, a correlacionar con hallazgos de endoscopia.
3. Hernia hiatal por deslizamiento como descrita.
Resto como descrito.

*Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.*

Paciente		Fecha de Estudio	16-09-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 70 años, TC de control 72 horas posterior a ECV agudo. No se cuenta con estudios previos para comparación

Cerebro

Se valora TC de cráneo sin medio de contraste IV que muestra:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca. Se observa perdida difusa del volumen encefálico. Asocia hipodensidades en los centros semiovais, periventriculares frontal y occipital bilateral, cortico subcortical frontal bilateral, talamos y putamen derecho, en probable relación a enfermedad de pequeño vaso.

Hipodensidades cortico subcortical parieto temporal izquierda y mesencéfalo izquierdo en relación con conocido evento cerebro vascular, que asocia desviación de línea media en 5.1mm a derecha con aumento del diámetro del ventrículo izquierdo sin asociar datos obstructivos. Se observa una calcificación en proyección del segmento M2 de la arteria cerebral media izquierda de 2mm de diámetro.

Se observan calcificaciones parietales en carótida interna y arteria basilar.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente de aspecto normal.

Cerebelo con disminución difusa de su volumen, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Septo nasal con desviación izquierda con espolón no contactante.

Engrosamiento de la calota.

IDx:

- 1. Hipodensidades cortico subcorticales parieto temporal izquierda y mesencefálica izquierda en relación con conocido ECV agudo que asocia desviación de línea media y aumento del diámetro del ventrículo izquierdo.**
- 2. Hallazgos de hipodensidades difusas que impresionan corresponder a enfermedad de pequeño vaso.**
- 3. Hiperostosis de la calota.**
- 4. Cambios por enfermedad arterioesclerótica en carótida interna y basilar.**
- 5. Desviación del septo nasal como anotado**
Resto como descrito.

Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	30-9-2020
Estudio	TC ABDOMEN	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 85 años con HT pulmonar y cardiopatía mitral, HTA, ingresada por dolor abdominal.

Estudio limitado en su valoración por no contar con datos volumétricos para análisis tridimensional.

Se valora tomografía de abdomen con medio de contraste IV y oral, en donde se aprecia:

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. Vía biliar intrahepática con dilatación hasta ramas de segundo orden. La vía biliar extrahepática se aprecia difusamente dilatada hasta la papila duodenal, donde asocia engrosamiento parietal del duodeno de hasta 13mm.

Ausencia de vesícula biliar a correlacionar con antecedentes quirúrgicos de la paciente.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV. Presentan quistes renales Bosniak I bilaterales de hasta 6mm de diámetro. No se visualizan masas sólidas, litos ni ectasias pielocaliciales.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal:

-Esófago con hernia hiatal por deslizamiento con saco de 23x27mm.

-Existe distensión sin dilatación, de manera difusa, de las asas de intestino delgado, asociado a rectificación de vasos mesentéricos y asas intestinales en "remolino" con colapso de los lúmenes y acodamiento de los lúmenes; en el hipocondrio izquierdo a nivel de L4-L5. Estos hallazgos son compatibles con hernia interna.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

En la valoración de tejidos blandos se observa:

-Hernia incisional para central derecha con cuello de 45mm y saco de 147x49mm que contienen colon y grasa mesentérica, sin datos que sugieran compromiso vascular.

-Existe una hernia inguinal indirecta izquierda con cuello de 17mm y saco de 14x37mm de contenido graso.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura.

Cortes aportados de torax: Cardiomegalia grado II a expensas de cámaras derechas en relación a su conocida cardiopatía mitral y consolidación posterobasal izquierdo.

IDx:

1. Engrosamiento duodenal asociado a dilatación de la vía biliar intra y extrahepática a correlacionar con estudio endoscópico.
2. Hernia interna a nivel de mesogastrio izquierdo como descrita
3. Hernia incisional de pared abdominal paracentral derecha.

*Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.*

4. Hernia inguinal indirecta izqueirda
5. Hernia hiatal
6. Estudio sin evidencia de masas en colon a correlacionar con estudio endoscópico.
7. Consolidado pulmonar posterobasal izquierdo.

*Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.*

Paciente		Fecha de Estudio	18-9-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	PIELOTC	Servicio	HVMS

Paciente femenina de 53 años, en estudio por CRU derecho con US y radiografía que muestra un lito calicial, con pielograma incompleto por falla del equipo.

Tc de abdomen con medio de contraste endovenoso con protocolo de pielotc. Imágenes adquiridas en fase simple, arterial, portal venosa y excretora.

Hígado de tamaño normal, con textura homogénea, bordes regulares, sin focalizaciones. No hay dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar normodistendida, sin datos de inflamación ni litos.

Bazo de tamaño normal, con textura homogénea sin focalizaciones Identificandose un bazo accesorio de 7mm de diámetro.

Páncreas conserva sus diámetros, no presenta focalizaciones del parénquima ni ectasias ductales.

Glándulas suprarrenales sin particularidades.

No se identifican adenopatías intra ni retroperitoneales.

Estructuras vasculares mayores de la región conservan sus diámetros, identificandose calcificaciones aorto iliacas.

Ambos riñones son de forma, tamaño y posición habitual, concentran simétrica y adecuadamente el medio de contraste IV y con excreción simétrica. En el riñón derecho se observa un lito en calices inferiores 9.5x9.4x9.4mm con una densidad promedio de 680 UH y una densidad máxima de 950 UH. Además presenta en grupos caliciales medios otro lito de 6.4x4x5.8mm con una densidad promedio de 857 UH y una densidad máxima de 975 UH.

Presencia de un tercer lito en calices inferiores de 4.7x3x5.3mm con características similares al del primero. No se visualizan masas ni ectasias pielocaliciales. Además de esto se observa estriación de la grasa peri renal derecha y de la grasa periuretral ipsilateral y la pelvis renal tiene una apertura pielica de 13mm con una dilatación ureteral de hasta 10mm, no se observa contenido en el ureter.

Porciones valorables del tracto gastrointestinal sin engrosamientos parietales ni datos de estenosis patológicas. Observandose en el esofago una hernia hiatal de 16x14mm.

Vejiga urinaria normodistendida, sin vegetaciones.

Estructuras óseas sin lesiones líticas ni blásticas o trazos de fractura, observandose cambios osteodegenerativos difusos.

IDx:

- 1. Nefrolitiasis derecha como descrita asociados a cambios inflamatorios en probable relación a pielonefritis, se deben asociar a estudios de laboratorio y clínico.**
- 2. Resto como descrito.**

*Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.*

Paciente		Fecha de Estudio	17-09-2020
Expediente		Fecha de Reporte	1-10-2020
Estudio	TC CEREBRO	Servicio	HVMS

Paciente masculino de 59 años con diagnóstico clínico de evento cerebro vascular isquémico con primer TC sin lesiones. Estudio de control.

Se valora TC de cráneo sin medio de contraste IV que muestra:

Adecuada diferenciación de la sustancia gris- blanca, con conservación de la línea media, sin imágenes sugestiva de hemorragia aguda.

En tálamo, putamen y capsula externa del lado derecho se observan zonas de hipodensidad focal en probable relación a evento isquémico antiguo.

Sistema ventricular de morfología y diámetros normales.

No se observan colecciones ni proceso expansivos intra o extraaxiales.

Puente y mesencéfalo de aspecto normal.

Cerebelo conserva sus diámetros, no muestra procesos expansivos ni datos de isquemia.

Silla turca sin datos de procesos expansivos.

Se observan calcificaciones parietales en ambas carótidas internas.

Existe desviación del septo nasal hacia la izquierda.

IDx:

1. Hipodensidades en tálamo, putamen y capsula externa derecha en probable relación a evento isquémico previo.
2. Calcificaciones en arterias carótidas internas en relación con enfermedad arterioesclerótica.
3. Desviación del septo nasal como descrita.
Resto como descrito.

*Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.*

*Asistente Dr. Quirós Ortiz / Residente Dr. Agüero Fernández
Radiología e Imágenes Médicas.*