



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz**

**Materia: Imagenología**

**Docente: Dr. Gerardo Cancino**

**Semestre: 4to "A"**

**Tema: Portafolio de evidencias**

**Fecha: 08 / 07 / 2020**

## INDICE

Introducción.....	3
RADIOGRAFIA DE TORAX.....	4
IMAGENOLOGIA/RETROALIMENTACION.....	5-11
USG ABDOMINAL.....	12
CASOS CLINICOS/USG.....	13-22
Usg abdominal.....	13-17
Usg renal.....	17-19
Usg vías bilíacas.....	19-21
Usg pélvico.....	21-22
USG OBSTETRICO.....	23-27
ANATOMIA DEL CRANEO.....	27-35
Cráneo.....	28-32
Meninges.....	32-33
Encéfalo.....	33-35
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA.....	36
TAC'S.....	37-42
Tac cráneo.....	37-38
Tac tórax.....	39-40
Tac abdomen.....	40-42 pág.

## INTRODUCCION

La apreciación clínica en la obtención de imágenes es importante y beneficiosa por el papel que juega en el cuidado del paciente. Con el avance continuo de la tecnología detrás de los diversos tipos de equipos de diagnóstico por imágenes, el profesional de la salud necesita estar bien informado al ordenar la herramienta correcta de diagnóstico.

Tras una evaluación profunda por un profesional calificado de la salud, los pacientes usualmente necesitan examen por rayos X. Muchos de ellos, requerirán de modalidades avanzadas de imagenología como: ultrasonido (US), tomografía computarizada (CT) y/o imágenes por resonancia magnética (MRI), para mejorar la exactitud en el diagnóstico de la naturaleza específica del problema. Seleccionar la modalidad correcta de formación de imágenes para asistir al diagnóstico detallado del paciente, es esencial para su cuidado oportuno.

El propósito es el de proveer una comprensión básica de los principales campos de las modalidades de formación de imágenes que se usan para asistir en la evaluación del diagnóstico del paciente: rayos X, absorciometría de energía dual por rayos X (DXA), ultrasonido, tomografía computarizada y formación de imágenes por resonancia magnética. También se revisarán la terminología pertinente, las aplicaciones comunes y las precauciones importantes de seguridad.

Es importante hacer mención de la radiología ya que es una rama de la medicina que utiliza la tecnología imagenológica para diagnosticar y tratar cierta enfermedad.

PLATA 1.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/PLATA%201.pdf



**UDS**  
UNIVERSIDAD DEL SURESTE



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
Facultad de Medicina Humana

Universidad del Sureste  
Escuela de Medicina

Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz  
Materia: Imagenología  
Docente: Dr. Cancino  
Tema: Radiografía de Tórax  
Semestre: 4to "A"  
Fecha: 11/03/2020

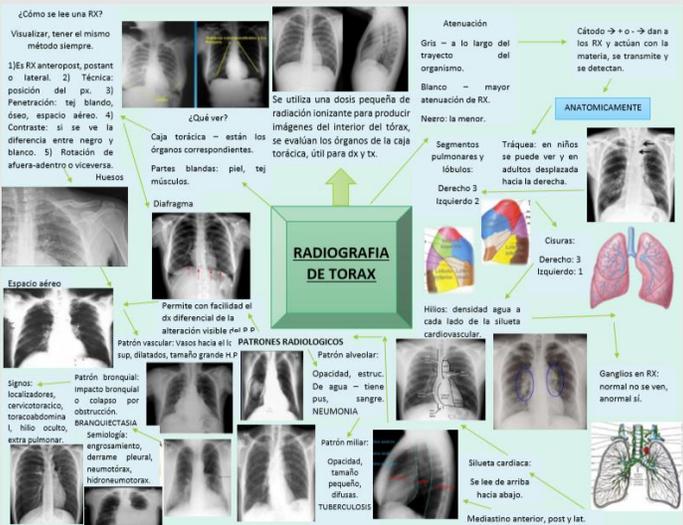
BIBLIOGRAFÍA: Diagnóstico por Imagen/Pedrosa Cesar.

Escribe aquí para buscar

ESP 07:12 p. m.  
ES 06/07/2020

PLATA 1.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/PLATA%201.pdf



**RADIOGRAFIA DE TORAX**

**¿Cómo se lee una RX?**  
Visualizar: tener el mismo método siempre.  
1) Es RX anteropost, postant o lateral. 2) Técnica: posición del px. 3) Penetración: tej. blando, óseo, espacio aéreo. 4) Contraste: si se ve la diferencia entre negro y blanco. 5) Rotación de afuera-adentro o viceversa.

**¿Qué ver?**  
Caja torácica - están los órganos correspondientes.  
Partes blandas: piel, tej. músculos.  
Huesos  
Diafragma

**Atenuación**  
Gris - a lo largo del trayecto organismo.  
Blanco - mayor atenuación de RX.  
Negro: la menor.

**ANATOMICAMENTE**  
Tráquea: en niños se puede ver y en adultos desplazada hacia la derecha.  
Cisuras: Derecho: 3 Izquierdo: 1  
Hilios: densidad agua a cada lado de la silueta cardiovascular.

**PATRONES RADIOLOGICOS**  
Patrón vascular: Vasos hacia el l. sup, dilatados, tamaño grande H.P.  
Patrón alveolar: Opacidad, estruc. De agua - tiene pus. sangra. NEUMONIA  
Patrón miliar: Opacidad, tamaño pequeño, difusas. TUBERCULOSIS

**Signos:**  
Patrón bronquial: Impacto bronquial o colapso por obstrucción.  
BRANQUIECTASIA  
Semiología: engrosamiento, derrame pleural, neumotórax, hidroneumotórax.

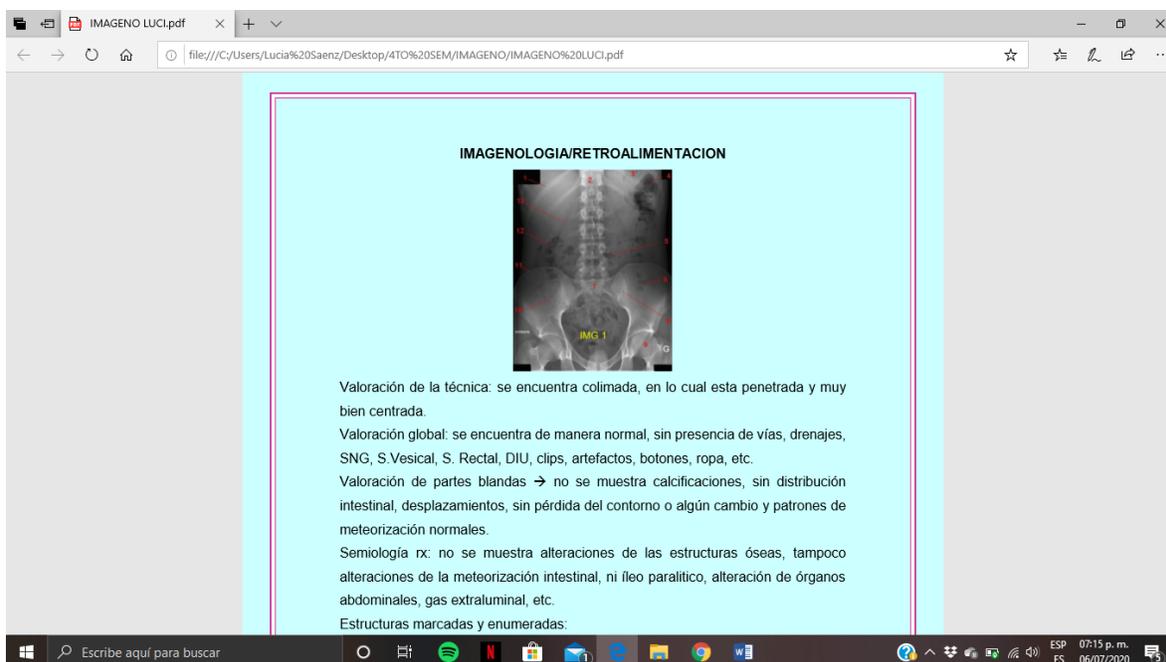
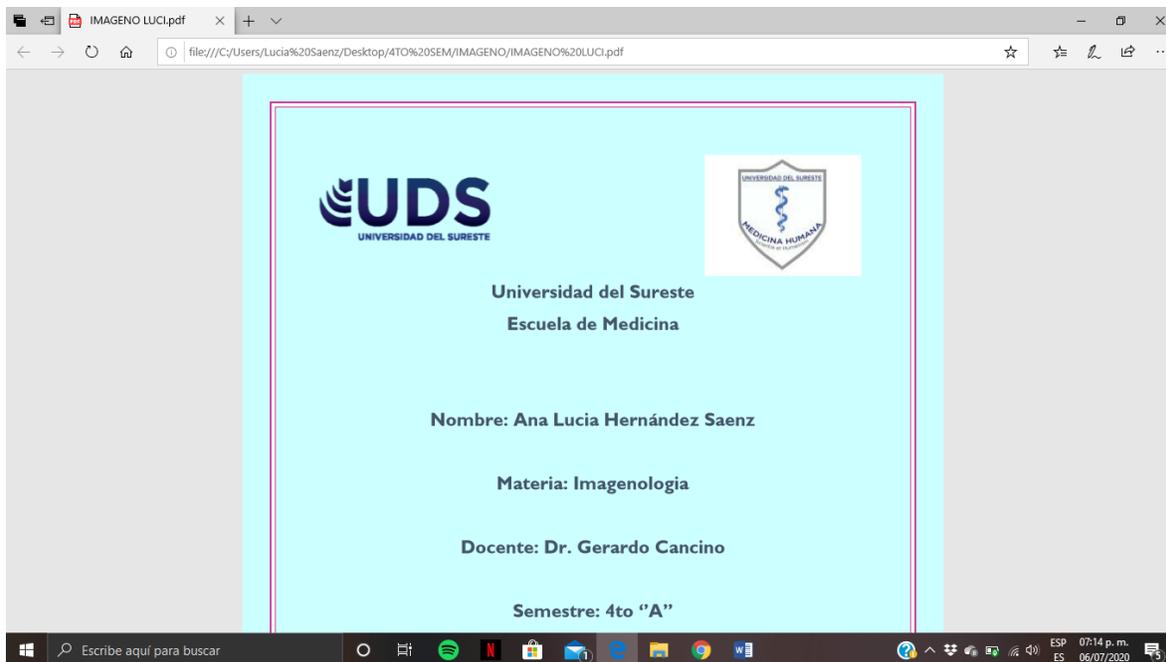
**Ganglios en RX:** normal no se ven, anormal sí.

**Silveta cardiaca:** Se lee de arriba hacia abajo.

**Mediastino anterior, post y lat.**

Escribe aquí para buscar

ESP 07:13 p. m.  
ES 06/07/2020



alteraciones de la meteorización intestinal, ni de parámetros, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.

Estructuras marcadas y enumeradas:

- 1) costillas T11
- 2) vértebras T12
- 3) aire en cama gástrica
- 4) gas en el colon
- 5) gas en colon transversal
- 6) gas en colon sigmoideos
- 7) hueso sacro
- 8) articulación sacroiliaca
- 9) cabeza femoral
- 10) moteado cecal

- 11) cresta iliaca
- 12) gas en el colon
- 13) línea del psoas



Valoración de la técnica: se encuentra no colimada, esta penetrada y no muy bien centrada.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S. Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, tampoco desplazamientos, pérdida del contorno o cambios. Se muestra una distribución abdominal de gas, que es el íleo generalizado: aire rectosigmoideos, múltiples asas distendidas, aire IG-distensión.

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni íleo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf



IMG 3

Valoración de la técnica: se encuentra colimada, esta penetrada y centrada.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, tampoco desplazamientos, pérdida del contorno o cambios. Se encuentra una distribución abdominal de gas. Que es: oclusión del intestino delgado, en el cual no hay aire recto-sigma, se encuentra en múltiples asas intestinales, no hay aire en IG.

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni ileo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.

Escribe aquí para buscar

07:16 p. m.  
06/07/2020

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf



IMG 4

Valoración de la técnica: no se encuentra colimada, esta penetrada y no esta centrada.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, pérdida del contorno o cambios. Sin una distribución abdominal de gas. Sin embargo se observa desplazamiento en columna,

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco

Escribe aquí para buscar

07:16 p. m.  
06/07/2020

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf

gas. Sin embargo se observa desplazamiento en columna,  
 Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni ileo paralítico, gas extraluminal, etc.  
 Sin embargo existe una alteración de los órganos abdominales → esplenomegalia.



IMG 5

Valoración de la técnica: no se encuentra colimada, no del todo penetrada, ni centrada.  
 Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.  
 Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, pérdida del contorno o cambios. Se encuentra una distribución

Escribe aquí para buscar

07:16 p. m.  
06/07/2020

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf

SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.  
 Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, pérdida del contorno o cambios. Se encuentra una distribución abdominal de gas que es: oclusión del colon, no hay aire en el recto-sigma, excepto

válvula incompetente, distensión y aumento del diámetro de las haustras. Se encuentra desplazamiento del intestino grueso.  
 Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni ileo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.



IMG 5

Escribe aquí para buscar

07:17 p. m.  
06/07/2020

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf



Valoración de la técnica: no se encuentra colimada, un poco penetrada, tampoco está centrada del todo.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.

Valoración de partes blandas → no se muestra patrones de meteorización, un poco de desplazamiento en la columna, no hay pérdida del contorno o cambios. Sin una distribución abdominal de gas. Se muestra calcificaciones de útero/amorfas. No sé si estoy bien pero quiero creer que se presenta íleo localizado.

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni íleo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.

Escribe aquí para buscar

07:17 p. m.  
06/07/2020

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf



Valoración de la técnica: no se encuentra colimada, esta penetrada en una sola zona nada mas no en toda la zona de una rx de abdomen normal y si está centrada en una zona no en toda la rx.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc. Mas sin embargo no sabemos que hay después de los flancos.

Valoración de partes blandas → se muestra calcificaciones en la vejiga, no hay patrones de meteorización, tampoco desplazamientos, perdida del contorno o cambios. Sin una distribución abdominal de gas.

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni íleo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.

Escribe aquí para buscar

07:17 p. m.  
06/07/2020

IMAGEN LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf



Valoración de la técnica: se encuentra colimada, esta penetrada y bien centrada.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, tampoco desplazamientos, pérdida del contorno o cambios. Sin una

Escribe aquí para buscar

07:17 p. m.  
06/07/2020

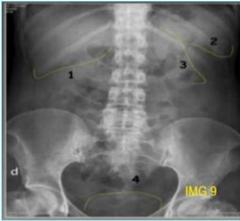
IMAGEN LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, tampoco desplazamientos, pérdida del contorno o cambios. Sin una distribución abdominal de gas.

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni ileo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.

Lo que nos muestra la imagen rx es 1) pilares diafragmáticos y 2) las líneas del musculos del psoas.



Valoración de la técnica: se encuentra colimada, no del todo penetrada y está centrada.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de

Escribe aquí para buscar

07:18 p. m.  
06/07/2020

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf

valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc.

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, tampoco desplazamientos, pérdida del contorno o cambios. Sin una distribución abdominal de gas.

En cuanto a la valoración de las líneas viscerales se encuentra 1) línea hepática 2) línea esplénica 3) silueta renal 4) vejiga.

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni ileo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.



Windows taskbar: Escribe aquí para buscar, 07:18 p.m., 06/07/2020

IMAGENO LUCI.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/IMAGENO%20LUCI.pdf



Valoración de la técnica: no se encuentra colimada, no penetrada y no está centrada.

Valoración global: se encuentra de manera normal, sin presencia de vías, drenajes, SNG, S.Vesical, S. Rectal, DIU, clips, artefactos, botones, ropa, etc. Se presenta un cuerpo extraño en el cual tiene forma de botella (caribe).

Valoración de partes blandas → no se muestra calcificaciones, ni patrones de meteorización, tampoco desplazamientos, pérdida del contorno o cambios. Sin una distribución abdominal de gas.

Semiología rx: no se muestra alteraciones de las estructuras óseas, tampoco alteraciones de la meteorización intestinal, ni ileo paralítico, alteración de órganos abdominales, gas extraluminal, etc.

Windows taskbar: Escribe aquí para buscar, 07:18 p.m., 06/07/2020

USG LU.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/USG%20LU.pdf

**Universidad del Sureste**  
Escuela de Medicina

**Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz**

**Materia: Imagenología**

**Semestre: 4to "A"**

**Docente: Dr. Gerardo Cancino**

**Tema: USG Abdominal**

**Fecha: 17/05/2020**

Bibliografía:  
Moreira, V. 2008. Ecografía o ultrasonografía abdominal. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, vol. 100. Ultrasonido abdominal. *Radiolinfo* rog. 1-5

Escribe aquí para buscar

USG LU.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/USG%20LU.pdf

**Fecha: 17/05/2020**

**Indicaciones en la toma de estudios**

Se debe tener en cuenta cuando se sospeche de la patología a tratar. Cuando el px presente dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso, alguna tumoración abdominal, sospecha lo siguiente: litiasis en vesícula biliar, alteración en riñones → px con diabetes.

Tomar en cuenta enfermedades que afectan a vasos abdominales, también la inflamación crónica de la pared del intestino.

**Requisitos previos que debe de cumplir el px**

Para tener una exploración adecuada del abdomen se le indica al px ayuno de al menos 6hrs antes.

Se le indica al px que puede tomar agua natural, y si necesita tomar medicamentos para enfermedades como: hipertensión o diabetes se pueden tomar, no se deben de suspender.

**Como se toma el estudio**

1) Se coloca al px acostado boca arriba en una mesa de exploración que tenga la función de inclinarse o moverse.

Se aplica gel claro en la zona para que el transductor haga contacto con el cuerpo y eliminar cavidades con aire que se encuentre entre el transductor y piel.

**ECOGRAFIA ABDOMINAL**

Es una forma de ecografía médica para visualizar estructuras anatómicas abdominales, utiliza la transmisión y reflexión de las ondas de ultrasonido para visualizar los órganos internos a través de la pared abdominal.

**Colicitias**

Ver si hay inflamación o tumoraciones de cáncer.

**Hígado**: se hace lo mismo al igual que los otros órganos, valorar si no hay tumoraciones, dilatación, cambios en ecogenicidad o ecotextura.

**Vesícula biliar**: se hace lo mismo también y se verifica la presencia de litos, engrosamiento de la pared.

**Hígado graso**

**Pancreatitis crónica**

Páncreas: localizarlo en situación anatómica normal, cuando el px es obeso no se puede ver en su totalidad, ver tamaño y ver si hay dilatación del conducto pancreático.

**Bazo**: localizarlo en situación anatómica normal, ver su tamaño y que no tenga lesiones focales como: cáncer o inf. granulomatosas.

En que patologías es útil y datos ecográficos de cada una:

Se preciosa el transductor con firmeza contra la piel en la zona o área de interés y se cambia el ángulo de haz de sonido para observar mejor.

Se disminuye la cantidad de gas intestinal para obtener la mejor calidad posible.

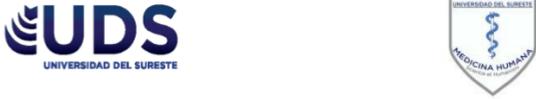
Ropa cómoda y adecuada.

Bibliografía:  
Moreira, V. 2008. Ecografía o ultrasonografía abdominal. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, vol. 100. Ultrasonido abdominal. *Radiolinfo* rog. 1-5

Escribe aquí para buscar

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz**

**Materia: Imagenología**

**Docente: Dr. Gerardo Cancino**

**Semestre: 4to "A"**

Escribe aquí para buscar

07:20 p. m.  
06/07/2020

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

**CASO CLINICO**  
**USG ADBOMINAL - ASCITIS**

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>NOMBRE:</b> Jorge Humberto Hernandez Saenz	
<b>EDAD:</b> 59 años	<b>SEXO:</b> hombre
<b>EDO CIVIL:</b> casado	<b>DOMICILIO:</b> actual
<b>RAZA:</b> blanca	<b>OCUPACIÓN:</b> trabajador en purificadora
<b>GENERO:</b> masculino	<b>SERVICIO DE SALUD:</b> consulta externa
<b>NUMERO DE CEDULA:</b> ninguna	<b>RELIGIÓN:</b> católica
<b>NACIONALIDAD:</b> mexicana	<b>GRADO ACADÉMICO:</b> secundaria
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> febrero 18 de 1961	<b>TIPO DE ALIMENTACION:</b> saludable
<b>NUMERO DE TELEFONO:</b> 983 148 5607	<b>NUMERO DE VIVIENDA:</b> 56 calle Colombia, colonia latinoamericana
<b>LOCALIDAD:</b> actual	<b>TRADICION:</b> ninguna

Escribe aquí para buscar

07:20 p. m.  
06/07/2020

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

## INTERROGATORIO

### ANTECEDENTES

#### Hereditarios Familiares

- Padre fallecido de cardiopatía isquémica (DM)
- Madre fallecida, se desconoce causa (hiperuricemia)
- Dos hermanos, uno con DM tipo II e hiperuricemia y el otro esta sano.

#### Personales NO Patológicos

Originario de Comitán de Domínguez, residente de esta localidad, habita en casa propia cuenta con 3 habitaciones, habitada por 5 personas, cuenta con piso de cemento con paredes de block, techo de concreto, cuenta con agua, drenaje y luz, zoonosis negativa, cuenta con hábitos higiénicos adecuados. Alimentación saludable, como: verduras, frutas, carnes, hierbas, agua pura. Cocina con gas y no con leña. Actividad física 2 veces por semana, no cuenta con algún hobby, no cuenta con adicciones.

#### Personales Patológicos

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

- No alergias medicamentosas conocidas.
- DM tipo II, en tratamiento con dieta. No tiene hipertensión arterial, ni hiperlipidemia.
- Ex fumador (80 paquetes-año) desde hace 6 meses.
- Ex bebedor (> 100 g etanol/día) desde hace 6 años.
- Hepatopatía crónica de origen etílico (CHILD B, MELD14), diagnosticada en 1980 (no biopsiada), en seguimiento por servicio de digestivo. Como complicaciones de su enfermedad ha presentado:
  - Hipertensión portal con varices esofágicas grado III en el año 2000.
  - Descompensación hidrópica resuelta con tratamiento diurético en el año 2002, y nueva descompensación hidrópica en noviembre de 2006 que precisó tratamiento diurético y paracentesis evacuadora. Durante este mismo ingreso se detectó trombosis de la vena porta, así como bicitopenia secundaria a hiperesplenismo.
- No se han identificado hasta el momento episodios de encefalopatía hepática.
- Bacteriuria asintomática tratada con antibióticos en el año 2006.
- Ingreso por episodio de disnea y astenia en el año 2007 (febrero) de causa no filiada.
- Intervenciones quirúrgicas: hernia inguinal izquierda y hernia umbilical, ambas intervenidas en el año 2003.

Intervenciones quirúrgicas: hernia inguinal izquierda y hernia umbilical, ambas intervenidas en el año 2003.

**Tratamiento habitual:**

- Espironolactona (*Aldactone*® 100) 200 mg/día
- Nadolol (*Solgo*® 40 mg) 40 mg/día
- Omeprazol (Merck EGF 20 mg); 20 mg/día
- Ferrimanitol ovoalbúmina (*Profer*® 300 mg/sobre)

**PADECIMIENTO ACTUAL**

**Motivo de consulta:**  
Tengo hinchado el estomago y aveces me duele, de 8-10 días.

**Sintomatología:**

Ingreso el día 20/05/2010. El paciente ha observado un aumento del perímetro abdominal sin edemas, acompañado de astenia progresiva. Además en los últimos días ha aparecido disnea que ha ido evolucionando hasta hacerse de reposo. Refiere tomar bien la medicación, aunque dice comer con "un poco de sal". Niega ingesta de alcohol. Según su esposa, el día previo le encuentra más

adormilado, algo desmejorado y mentalmente lento. La semana previa refiere haber notado una disminución en el número de deposiciones, siendo estas de color oscuro, aunque no las refiere como melánicas (toma hierro). Comenta que ha encontrado dificultades para conciliar el sueño precisando la toma de ansiolíticos (diazepam 5 mg, *valium*®). No refiere dolor abdominal ni fiebre.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

FRECUENCIA CARDIACA: 70lpm	TA: 90/50mm Hg
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 16 ventilaciones x min.	TEMPERATURA: 36.4

**Inspección General:**

Se encuentra consciente, desorientado en tiempo y bradipsíquico. A la inspección general: se observa ictericia mucocutánea y asterixis.

En cabeza y cuello: no presenta adenopatías, bocio, ni aumento de la presión venosa yugular, carótidas rítmicas y simétricas.

En el tórax: la auscultación cardíaca es normal (rítmico, sin soplos), y en la auscultación pulmonar el murmullo vesicular está conservado.

El abdomen: a la palpación es blando, depresible, y no doloroso, se detecta una hepatomegalia no dolorosa de aproximadamente 4 cm. de borde duro. Se

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

ascitis pulmonar el líquido vesicular está conservado.  
 El abdomen: a la palpación es blando, depresible, y no doloroso, se detecta una hepatomegalia no dolorosa de aproximadamente 4 cm. de borde duro, Se aprecia circulación venosa colateral, así como ascitis de grado II.  
 En las extremidades inferiores: no se detectan edemas, ni se observan signos de trombosis venosa, se palpan bien los pulsos pedios que son simétricos.  
 Se realiza tacto rectal, sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias en urgencias: Bioquímica general: glucosa 118 mg/dL; urea 83 mg/dL; creatinina 1,7 mg/dL (sodio y potasio no son valorables por suero hemolizado) Hemograma: leucocitos (22.600/mm<sup>3</sup>), [83% segmentados, 10% linfocitos]; hemoglobina 13,1 g/L; hematocrito 37,4 %.  
 Coagulación: Actividad de protrombina: 86%; INR: 1,09.

**DIAGNOSTICO: ASCITIS**

El diagnóstico de ascitis se realiza con la exploración del paciente. En caso de duda, la ecografía abdominal permite confirmar o descartar fácilmente la existencia de ascitis. Dependiendo de la intensidad, se distinguen tres grados: grado 1, cuando la acumulación de líquido es mínima, y solo se detecta por ecografía; grado 2, que se manifiesta por molestia abdominal pero no interfiere con las actividades de la vida diaria; grado 3, que se manifiesta con distensión abdominal importante, y que interfiere con las actividades diarias del paciente.

En todos los enfermos con ascitis se deben realizar análisis de sangre (recuento hematológico, sodio, potasio, función renal, transaminasas y orina. Lo que ya se realizó anteriormente.

Escribe aquí para buscar

07:22 p. m.  
06/07/2020

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

Es necesario identificar la causa (cantidad de alcohol ingerida habitualmente, serología de virus de la hepatitis, ecografía abdominal etc) de la enfermedad hepática. También es muy importante analizar el líquido, extrayéndolo mediante la inserción de una aguja a través de la piel hasta la cavidad abdominal (paracentesis) que además de ayudar al diagnóstico de la causa, permite descartar la infección del líquido (peritonitis bacteriana espontánea).




**TRATAMIENTO**

**Cuidados generales y régimen de vida**

Se debe realizar un régimen de vida tan normal como sea posible. Se recomienda el reposo posición horizontal (tumbado o en cama) 10 horas al día, pero más reposo. La reducción de la ingesta de sal facilita la desaparición de la ascitis y los edemas, por lo que se debe ingerir como máximo 1-2 g de cloruro sódico (sal común) al día. La cantidad de líquidos que tome habitualmente será

Escribe aquí para buscar

07:22 p. m.  
06/07/2020

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

### Cuidados generales y régimen de vida

Se debe realizar un régimen de vida tan normal como sea posible. Se recomienda el reposo posición horizontal (tumbado o en cama) 10 horas al día, pero más reposo. La reducción de la ingesta de sal facilita la desaparición de la ascitis y los edemas, por lo que se debe ingerir como máximo 1-2 g de cloruro sódico (sal común) al día. La cantidad de líquidos que tome habitualmente será menor que la orina eliminada, y las aguas minerales deben tener bajo contenido en sodio. Está prohibido el consumo de bebidas alcohólicas. Es recomendable pesarse 2 veces a la semana (antes del desayuno) y medir la cantidad de orina emitida en 24 horas 1-2 veces por semana para controlar la respuesta al tratamiento.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento de los pacientes con cirrosis y ascitis son los diuréticos, principalmente espironolactona (Aldactone®) y furosemida (Seguril). Estos medicamentos aumentan la cantidad de orina y eliminan el exceso de sodio corporal acumulado. Se deben tomar siempre por las mañanas. Para controlar el tratamiento con estos fármacos se solicitarán periódicamente análisis de sangre y orina. La espironolactona tiende a retener potasio en sangre, por lo que se debe tener cuidado con los alimentos más ricos en potasio como los cítricos, higos, nueces, dátiles, ciruelas, aguacates, tomates, plátanos y bebidas isotónicas, entre otros. El tratamiento crónico con espironolactona puede producir aumento y malestar en los pechos y en las mujeres trastornos menstruales, que habitualmente desaparecen al suspenderlo. No se deben tomar diuréticos sin supervisión médica, ya que tienen efectos secundarios. No se debe administrar Aspirina ni fármacos antiinflamatorios sin consultar previamente con el médico.

Escribe aquí para buscar

ESP 07:22 p. m.  
ES 06/07/2020

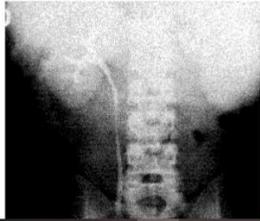
USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

### USG RENAL – LITIASIS

Paciente de 27 años, sano, funcionario de salud que sufrió accidente con bisturí contaminado con sangre. Ante la sospecha de haber contraído el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se encontraba tomando esquema profiláctico con lamivudina, zidovudina e indinavir, este último en una dosis de 800 mg 3 veces al día.

Estando en buenas condiciones, excepto una leve gastritis por drogas, el día 26 posterior al inicio del tratamiento presentó hematuria y dolor cólico izquierdo clásico de litiasis ureteral. Al examen físico destacaba una agitación sicomotora y dolor en flanco izquierdo con puñoperCUSión positiva. El resto del examen no mostraba alteraciones. Después de tratar el dolor, se realizó una pielografía endovenosa que no demostró imagen radiopaca sugerente de litiasis, pero evidenció una ausencia de excreción del riñón izquierdo, lo que hacía plantear la posibilidad de una litiasis radiolúcida.



Escribe aquí para buscar

ESP 07:23 p. m.  
ES 06/07/2020

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf



Figura 1. Pielografía endovenosa (placa tardía) mostrando ausencia de excreción del riñón izquierdo.

Se continuó la evaluación con una ureteropielografía retrógrada que mostró imagen de litiasis en el segmento distal del uréter.



Figura 2. Ureteropielografía retrógrada que muestra imagen de litiasis del segmento distal del uréter izquierdo.

Escribe aquí para buscar

07:23 p. m. 06/07/2020

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf

Dentro de los exámenes de rutina destacaba una hematuria con 60 hematias por campo, uricemia, hemograma y perfil bioquímico normales. Después de 24 h sin resolución espontánea y por la continuidad del dolor se decidió efectuar extracción endoscópica, la que fue necesaria convertir a cirugía abierta debido a una estenosis infranqueable del meato ureteral. En la cirugía se encontró el uréter moderadamente dilatado y fue posible extraer del extremo distal un molde de color amarillo-verdoso extremadamente frágil. El paciente evolucionó en perfectas condiciones quedando con sonda doble J por 2 semanas, la que se retiró sin incidentes.

Al enviar el molde litiásico a estudio físico-químico se comprobó que correspondía a cristales de Sulfato de Indinavir. Debido al aumento progresivo de la enfermedad por VIH, se incrementó el número de personas en tratamiento con inhibidores de proteasa, incluyendo el indinavir. Esta droga posee una particularidad, dado que es capaz de provocar urolitiasis por los cristales del compuesto. Con indinavir se ha comunicado una incidencia de litiasis urinaria de hasta 13%, cifra que supera ampliamente a 2% de cálculos renales asociado a drogas en general. La farmacocinética del indinavir muestra que tiene una muy buena biodisponibilidad oral con una metabolización hepática y una eliminación en 80% por las deposiciones y 20% por la orina. Aproximadamente la mitad de la droga se excreta por la orina sin cambios y la solubilidad es dependiente del pH, aumentando en forma significativa con pH bajo.

La presentación clínica de este cuadro no difiere de los otros tipos de cálculos urinarios y clásicamente se trata de una litiasis radiolúcida, lo que obliga a descartar los de ácido úrico. En general, el tiempo promedio de tratamiento con indinavir antes del inicio de los síntomas es de 4 a 6 meses, lo que es mayor al tiempo de nuestro caso, sin embargo los rangos van desde 1 a 30 meses.

Escribe aquí para buscar

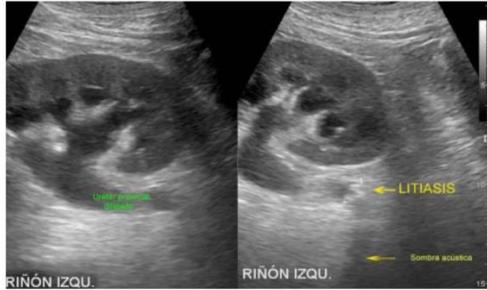
07:23 p. m. 06/07/2020

descartar los de ácido úrico. En general, el tiempo promedio de tratamiento con indinavir antes del inicio de los síntomas es de 4 a 6 meses, lo que es mayor al tiempo de nuestro caso, sin embargo los rangos van desde 1 a 30 meses.

Con respecto al tratamiento, tampoco difiere del resto de los otros cálculos, aunque debido a que son más blandos, existe mayor posibilidad de resolución espontánea con manejo conservador, vale decir sobrehidratación y aumento de la actividad física.

La ecografía permite detectar con claridad litiasis de tamaño superior a 0,5 cm, sea cual sea su composición, siendo por tanto superior a la radiología convencional en la detección de litiasis radiotransparentes, como son las de ácido úrico.

En toda litiasis renal debemos medir su tamaño, contar su número y reflejar en el informe si existe repercusión sobre la vía urinaria (hidronefrosis). Los ultrasonidos pueden ser más sensibles que la radiografía en la detección de nefrocalcinosis cortical, no así en la medular, probablemente debido a la hiperecogenicidad del seno.



**USG VIAS BILIARES – COLECISTITIS AGUDA**

Se trata de una paciente, llamada Diana Laura Abarca de 18 años de edad que acude al Servicio de Urgencias hospitalario de su zona por dolor abdominal epigástrico de tipo cólico de dos semanas de evolución; asociado a náuseas y sensación distérmica, sin otro síntoma asociado.

Refiere cuadro similar un año atrás, en contexto de situación de estrés. En la exploración física en ese momento presenta abdomen doloroso a la palpación

Refiere cuadro similar un año atrás, en contexto de situación de estrés. En la exploración física en ese momento presenta abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio, en ocasiones en ambos flancos, resto normal. Se realizan analítica sanguínea y sistemático de orina, ambos con resultados normales; así como radiografía de abdomen, en la que se observan abundantes heces en colon ascendente y descendente. Con todos estos datos se decide pautar enema ante el diagnóstico de estreñimiento.

Reconsulta al día siguiente, en el mismo servicio, por persistencia del dolor que ha ido en aumento en las últimas horas, acompañado de sensación nauseosa. Presenta una exploración física sin cambios respecto a la previa. Se realiza nueva analítica sanguínea que revela leve descenso de la hemoglobina (11.7 g/dl), así como nueva radiografía de abdomen, en la que se observan heces en marco cólico. De nuevo se le diagnostica de dolor abdominal en contexto de estreñimiento y se pauta tratamiento con Movicol (polietilenglicol, Potasio cloruro, Sodio bicarbonato, Sodio cloruro), así como medidas dietéticas.

Acude por primera vez a su pediatra de atención primaria 19 días tras la consulta al centro hospitalario. En este momento refiere continuar con el dolor abdominal, que se localiza en epigastrio, región periumbilical e hipocondrio derecho. Describe dicho dolor como intenso, requiriendo toma continuada de analgésicos (metamizol y paracetamol de manera alterna) ya que incluso en ocasiones le había despertado el dolor por la noche. Había suspendido el Movicol hacia 10 días y presenta deposiciones diarias, de características normales. No molestias urinarias. Menarquía a los 14 años, reglas regulares, FUR 25 días antes del inicio

del proceso, normal. También se encuentra muy ansiosa ante la no mejoría del dolor.

**Antecedentes personales:**  
Diagnosticada y tratada desde los 7 años de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH); en la actualidad en tratamiento con lisdexanfetamina a dosis de 70 mg/día durante los últimos 15 meses, con buena tolerancia y buen control del TDAH. Un episodio de ansiedad con los exámenes un año antes que precisó tratamiento con Tranxilium (clorazepato de potasio) durante 15-20 días.

**Antecedentes familiares:**  
Sin interés

**Exploración física:**  
Peso: 50 (P10-25), T: 163 (P50-75), IMC: 18,82, TA:104/66 mmHg, FC:100 lpm. Aceptable estado general, buena coloración. Ansiosa, preocupada por el dolor. AP y AC normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de manera difusa pero más acentuado en hipocondrio derecho, con defensa a la palpación profunda en esta localización; signo de Murphy dudoso; signo de Blumberg negativo, resto de la exploración normal.

**Pruebas complementarias:**  
Desde atención primaria se realizaron las siguientes pruebas:  
— Analítica sanguínea completa incluyendo metabolismo lipídico y hepático: normal salvo cifras de hierro de 26 mc/dl, índice de saturación del hierro: 7% y

Después de la atención primaria se realizaron las siguientes pruebas.

- Analítica sanguínea completa incluyendo metabolismo lipídico y hepático: normal salvo cifras de hierro de 26 mc/dl, índice de saturación del hierro: 7% y VSG: 32 mm/h. Parásitos en heces (3 muestras): negativos.
- Ecografía abdominal: engrosamiento de la pared vesicular con halo de edema y aspecto estriado en zona de contacto con el hígado. No presencia de litiasis. Resto normal.
- Serologías para virus hepatotropos: negativas.



**Diagnóstico:**  
Con los datos ecográficos, asociados a la clínica de la paciente se diagnostica de COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA. También de ferropenia ante los parámetros obtenidos en la analítica sanguínea.

**Tratamiento:**  
Se pauta tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico 500mg cada 8 horas durante 8-10 días. También analgesia con buscapina y nolotil; y dieta baja en grasa.

**USG PÉLVICO – QUISTE OVÁRICO**

Paciente de 15 años llamada Ana Lucia Sanchez Juarez, llega a consulta por primera vez por dolor pélvico en relación con la menstruación.

**Antecedentes ginecológicos:**  
Menarquia: 12 años, ciclos menstruales regulares cada 30 días de 6 días de duración promedio. Sin antecedentes mórbidos de importancia.

Se realiza Ecografía ginecológica que resulta normal. Se indica AINE, con buena respuesta. Cinco meses después consulta a Servicio de Urgencia por dolor pélvico agudo, 3 semanas después de su última menstruación, se realiza ecografía ginecológica que muestra ovario derecho de 6.4 x 3.9 x 5.0 cm. que contiene un quiste de pared fina con un nódulo sólido mural de 2.8 cm. de diámetro, el ovario izquierdo es 12.7 cc de aspecto normal. Se concluye quiste

ecografía ginecológica que muestra ovario derecho de 6.4 x 3.9 x 5.0 cm. que contiene un quiste de pared fina con un nódulo sólido mural de 2.8 cm. de diámetro, el ovario izquierdo es 12.7 cc de aspecto normal. Se concluye quiste complejo de ovario derecho , se indica AINE logrando buen control del dolor agudo. Se controla al mes; la paciente refiere dolor pelviano leve.

Se realiza ecografía de control observándose ovario derecho de 4.3 x6.1 cm., aumentado de volumen, con persistencia de imagen quística que impresiona como cuerpo lúteo, por lo que se decide mantener en observación . Acude a control 30 días después , clínicamente solo persiste con dolor leve y en la ecotomografía ginecológica se visualiza en región anexial derecha una imagen sólido-quística de 5.6x 4.3 x 4.8 cm. Conclusión : Obs. cuerpo lúteo hemorrágico ginecológica. Esta muestra un quiste en el ovario derecho de 6 x 5.4 x 5.2 cm. que al médico de urgencia le impresiona como un posible teratoma no complicado

USG LU.pdf CASOS CLINICOS USG.f

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/CASOS%20CLINICOS%20USG.pdf



Fig. 1 Tercer control ecográfico.  
Se sospecha cuerpo luteo hemorrágico.



Fig. 2 Cuarto control ecográfico.  
Se sospecha teratoma no complicado.

Siete días más tarde consulta nuevamente en el servicio de urgencia por dolor pélvico donde se realiza ecotomografía

El dolor nuevamente responde a analgésicos y no presenta síntomas a los pocos días. Desde la primera consulta a servicio de urgencia hasta la última atención, la paciente presenta dolor persistente leve con episodios agudos de mayor intensidad. Solo en estos episodios necesita de manejo farmacológico. Se realiza control ecográfico un mes después de la última atención que resulta normal.

Bibliografía:  
Hecho por mi.

USG OBS.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/USG%20OBS.pdf



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz**

**Materia: Imagenología**

**Docente: Dr. Gerardo Cancino**

Escribe aquí para buscar

07:27 p. m.  
06/07/2020

USG OBS.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/USG%20OBS.pdf

**Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz**

**Materia: Imagenología**

**Docente: Dr. Gerardo Cancino**

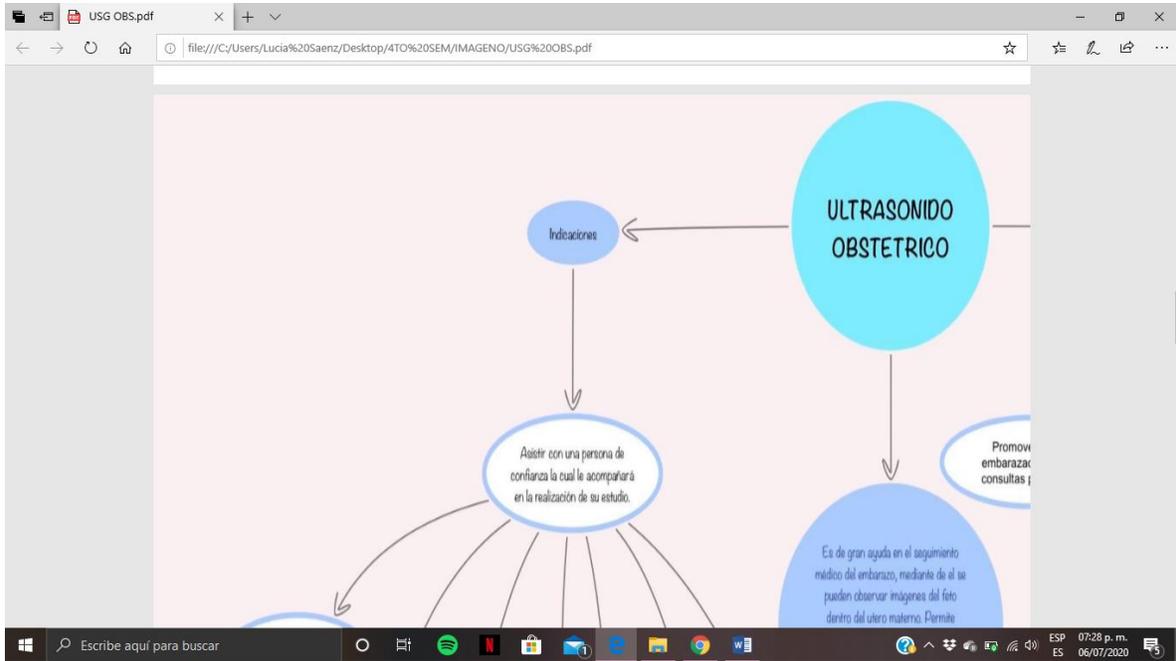
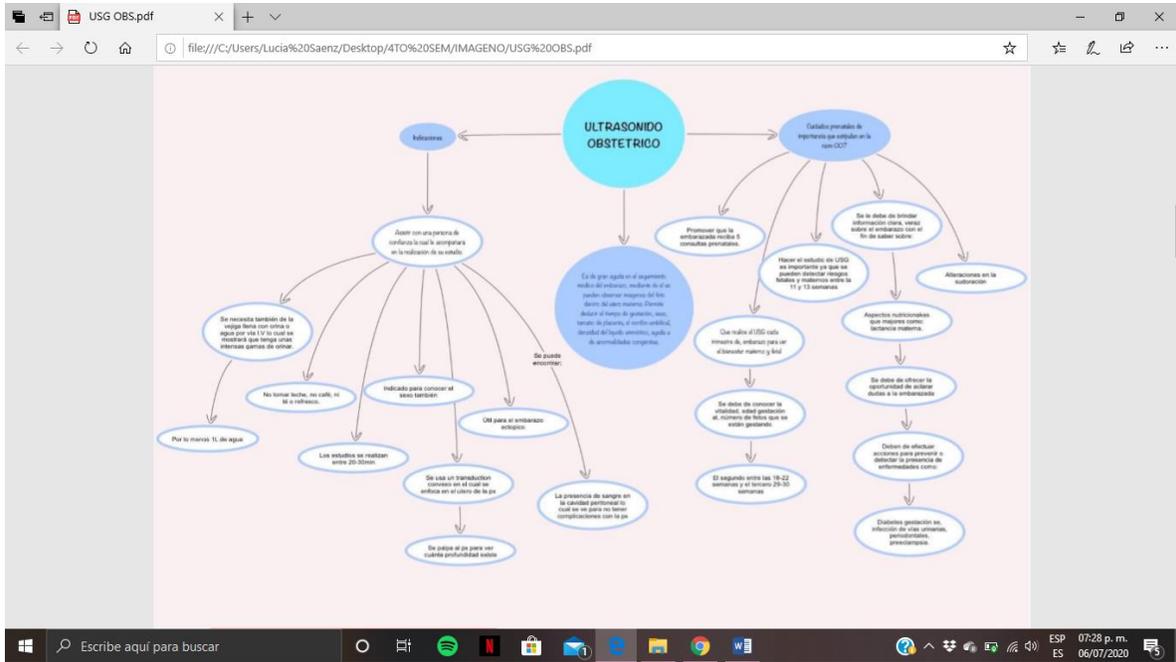
**Semestre: 4to "A"**

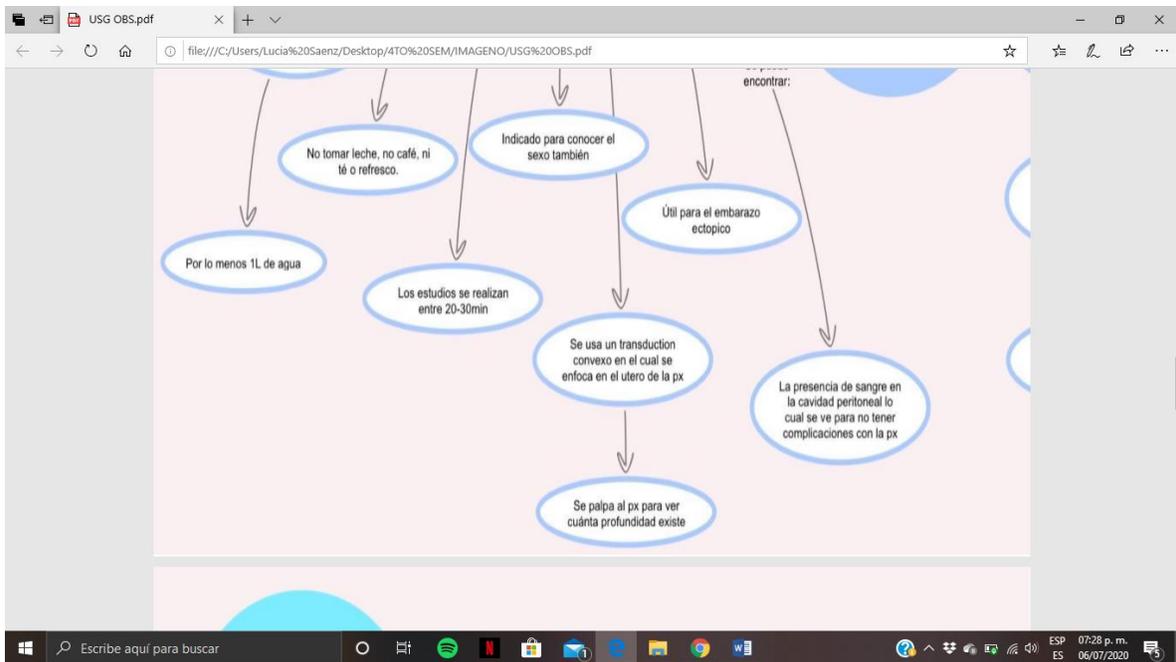
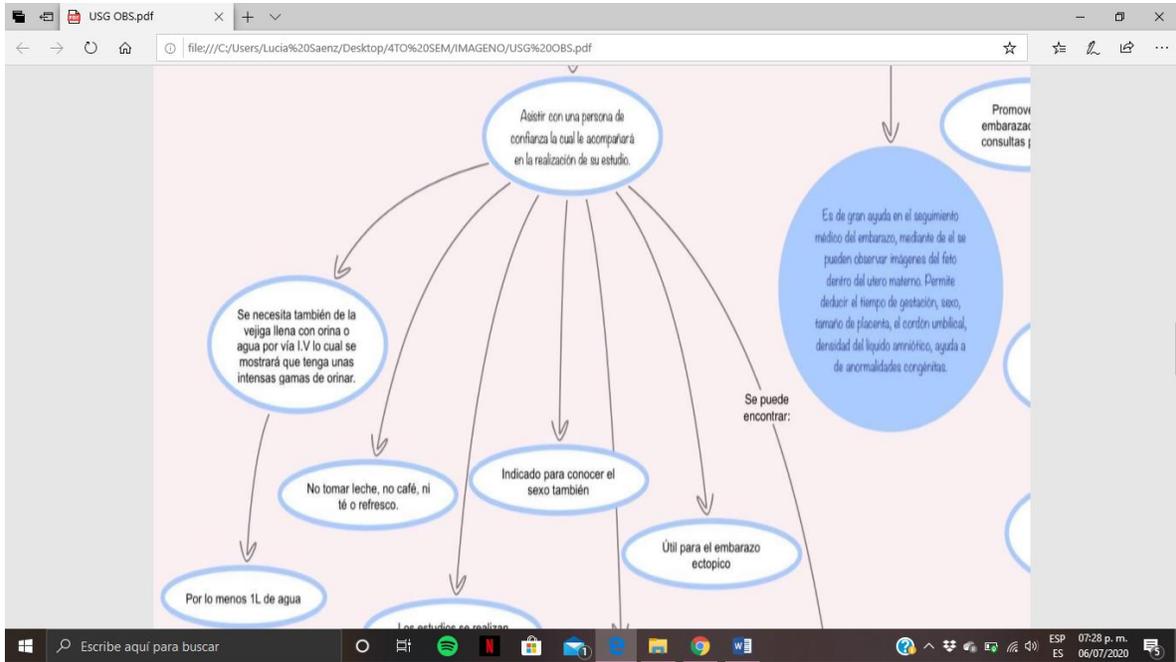
**Tema: USG obstétrico**

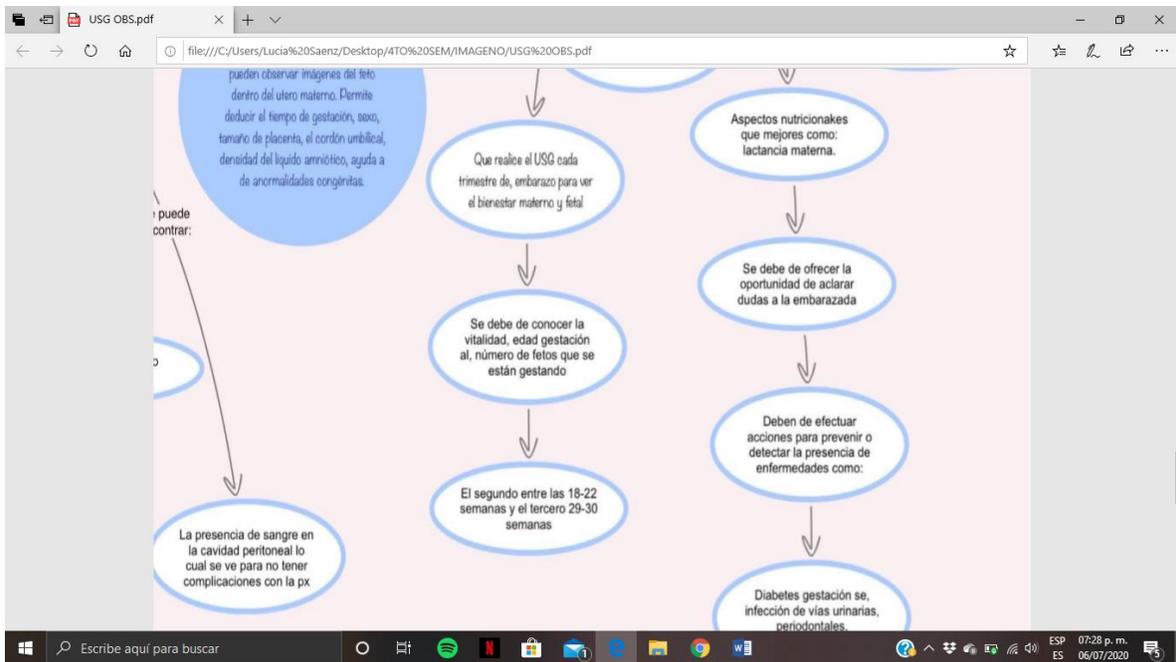
**Fecha: 05/06/2020**

Escribe aquí para buscar

07:27 p. m.  
06/07/2020







USG OBS.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/USG%20OBS.pdf

The flowchart consists of three blue ovals on a light pink background. The left oval contains the text 'La presencia de sangre en la cavidad peritoneal lo cual se ve para no tener complicaciones con la px'. The middle oval contains 'El segundo entre las 18-22 semanas y el tercero 29-30 semanas'. The right oval contains 'Deben de efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades como:'. An arrow points from the right oval down to another oval containing 'Diabetes gestación se, infección de vías urinarias, periodontales, preeclampsia.'.

Bibliografía:  
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016  
Ultrasonido Obstetrico/RadiologyInfo.org para pacientes. 2019

Escribe aquí para buscar

07:29 p. m.  
06/07/2020

ANATO CRANEO.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/ANATO%20CRANEO.pdf

The slide has a yellow background. On the left is the logo for 'UNIVERSIDAD DEL SURESTE'. On the right is a shield-shaped logo with a caduceus and the text 'UNIVERSIDAD DEL SURESTE' and 'MEDICINA HUMANA'. Below the logos, the text reads: 'Universidad del Sureste', 'Escuela de Medicina', 'Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz', 'Materia: Imagenología', and 'Docente: Dr. Gerardo Cancino'.

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
MEDICINA HUMANA

Universidad del Sureste  
Escuela de Medicina

Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz

Materia: Imagenología

Docente: Dr. Gerardo Cancino

Escribe aquí para buscar

07:29 p. m.  
06/07/2020

**Materia: Imagenología**

**Docente: Dr. Gerardo Cancino**

**Semestre: 4to "A"**

**Tema: Anatomía de cráneo, cavidad craneal, meninges y encéfalo**

**Fecha: 20 / 06 / 2020**

**ANATOMIA DE CRANEO, CAVIDAD CRANEA,  
MENINGES Y ENCEFALO.**

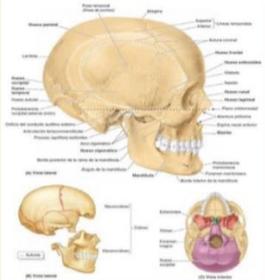
La cabeza es la parte superior del cuerpo, unida al tronco por el cuello. Es el centro de control y comunicación y el área de carga y descarga del organismo. Alberga el cerebro y es el lugar de la ideación consciente, la creatividad, la imaginación, las respuestas, la toma de decisiones y la memoria. Contiene receptores sensoriales especiales (ojos, oídos, boca y nariz) e instrumentos para la emisión de la voz y para la expresión, es la puerta de entrada para el combustible (alimentos), el agua y el oxígeno, y la puerta de salida para el dióxido de carbono.

La cabeza contiene el encéfalo y sus cubiertas protectoras (cavidad craneal y meninges), los oídos y la cara. La cara posee aberturas y vías de paso, con glándulas lubricantes y válvulas (sellos) para cerrar algunas de dichas aberturas; posee además los elementos de la masticación y las órbitas, que albergan el aparato visual. La cara nos aporta también la identidad individual.

**CRANEO:**  
Es el esqueleto de la cabeza. Diversos huesos constituyen sus dos partes, el neurocráneo y el viscerocráneo. El neurocráneo es la caja ósea del encéfalo y sus cubiertas membranosas, las meninges craneales. Contiene también las porciones proximales de los nervios craneales y los vasos encefálicos. El neurocráneo del

aparato visual. La cara nos aporta también la identidad individual.

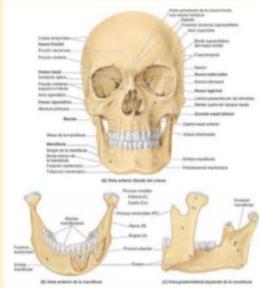
**CRANEO:**  
Es el esqueleto de la cabeza. Diversos huesos constituyen sus dos partes, el neurocráneo y el viscerocráneo. El neurocráneo es la caja ósea del encéfalo y sus cubiertas membranosas, las meninges craneales. Contiene también las porciones proximales de los nervios craneales y los vasos encefálicos. El neurocráneo del adulto está formado por una serie de ocho huesos: cuatro impares centrados en la línea media (frontal, etmoides, esfenoides y occipital) y dos series de pares bilaterales (temporal y parietal). El neurocráneo posee un techo parecido a una cúpula, la calvaria (bóveda craneal) y un suelo o base del cráneo. Los huesos que componen la calvaria son huesos planos (frontal, parietales y occipital, formados por osificación intramembranosa del mesénquima de la cabeza, a partir de la cresta neural. Los que contribuyen a la base del cráneo son huesos irregulares con partes sustancialmente planas (esfenoides y temporales), formados por osificación endocondral del cartílago (condrocráneo) o por más de un tipo de osificación. El hueso etmoides es un hueso irregular que contribuye de un modo relativamente escaso a la línea media del neurocráneo, pues forma parte sobre todo del viscerocráneo. Puede incluir la mandíbula o excluirla. La mayoría de los huesos de la calvaria están unidos por suturas fibrosas engranadas, durante la infancia, algunos huesos (esfenoides y occipital) están unidos por cartílago hialino (sincondrosis).



La médula espinal se continúa con el encéfalo a través del foramen (agujero) magno, una gran abertura en la base del cráneo. El viscerocráneo (esqueleto facial) comprende los huesos de la cara que se desarrollan principalmente en el mesénquima de los arcos faríngeos embrionarios. El viscerocráneo constituye la parte anterior del cráneo y se compone de los huesos que rodean la boca (maxilares y mandíbula), la nariz/cavidad nasal y la mayor parte de las órbitas (cuencas o cavidades orbitarias).



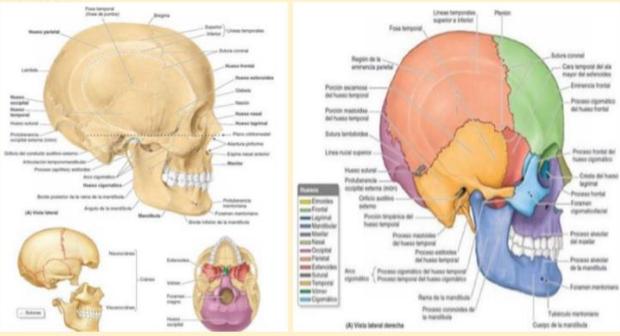
parte anterior del cráneo y se compone de los huesos que rodean la boca (maxilares y mandíbula), la nariz/cavidad nasal y la mayor parte de las órbitas (cuencas o cavidades orbitarias).



El viscerocráneo consta de 15 huesos irregulares: tres huesos impares centrados o situados en la línea media (mandíbula, etmoides y vómer) y seis huesos pares bilaterales (maxilar, cornete [concha] nasal inferior, cigomático, palatino, nasal y lagrimal). Los maxilares y la mandíbula albergan los dientes; proporcionan las cavidades y el hueso de sostén para los dientes maxilares y mandibulares. Los maxilares forman la mayor parte del esqueleto facial superior, fijado a la base del cráneo. La mandíbula forma el esqueleto facial inferior, móvil al articularse con la base del cráneo en las articulaciones temporomandibulares.

Varios huesos del cráneo (frontal, temporal, esfenoides y etmoides) son huesos neumatizados, que contienen espacios aéreos (celdillas aéreas o grandes senos), presumiblemente para reducir su peso.

Cara anterior del cráneo: los elementos que forman la cara anterior del cráneo son los huesos frontal y cigomáticos, las órbitas, la región nasal, los maxilares y la mandíbula.



Cara lateral del cráneo: la cara lateral del cráneo está formada por el neurocráneo y el viscerocráneo.

ANATO CRANEO.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/ANATO%20CRANEO.pdf

Cara lateral del cráneo: la cara lateral del cráneo está formada por el neurocráneo y el viscerocráneo.

**FIGURA 7-4. Puntos craneoencefálicos.**

Punto	Descripción
Vértice	Superioridad máxima del cráneo.
Bregma	Superioridad máxima del neurocráneo.
Parión	Superioridad máxima del viscerocráneo.
Glabella	Superioridad máxima del hueso frontal.
Nasión	Superioridad máxima del hueso nasal.
Lábita	Superioridad máxima del hueso maxilar superior.
Inión	Superioridad máxima del hueso occipital externo.
Astarion	Superioridad máxima del hueso occipital interno.

Cara posterior del cráneo: la cara posterior del cráneo está compuesta por el occipucio (protuberancia posterior convexa de la porción escamosa del hueso

Escribe aquí para buscar

07:34 p. m. 06/07/2020

ANATO CRANEO.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/ANATO%20CRANEO.pdf

occipital), partes de los huesos parietales y las porciones mastoideas de los huesos temporales.

**(A) Dorsal**

- Formaciones de las venas senales superiores
- Sutura sagital
- Lábita
- Sutura lambdoidea
- Porción escamosa del hueso occipital
- Línea nasal superior
- Protuberancia occipital externa (Inión)
- Proceso mastoideo
- Proceso suboccipital
- Línea nasal inferior
- Condilo occipital
- Cresta occipital externa

**(B) Occipitales posteriores**

- Vértice
- Superior inferior
- Línea temporal
- Entrancia parietal
- Porción basilar del hueso occipital (Astarion)
- Foramen yugular
- Conducto del nervio hipogloso
- Foramen magno
- Dorso de la silla
- Conducto auditivo interno
- Senos paranasales: Seno esfenoidal superior, Seno esfenoidal inferior
- Seno sigmoides
- "El punto de encuentro entre la línea petrooccipital"

La cara superior: (norma superior o norma vertical) del cráneo, habitualmente de forma algo oval, se ensancha posterolateralmente en las eminencias parietales.

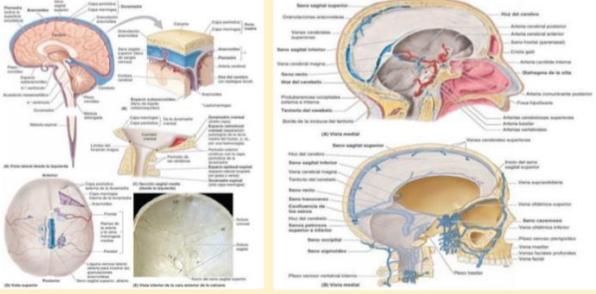
La cara externa de la base del cráneo: es la porción inferior del neurocráneo (suelo de la cavidad craneal) y del viscerocráneo, a excepción de la mandíbula, presenta el arco alveolar de los maxilares (el borde libre de los procesos alveolares que rodean y soportan a los dientes maxilares), los procesos palatinos de los maxilares y los huesos palatinos, esfenoides, vómer, temporales y occipital.

Escribe aquí para buscar

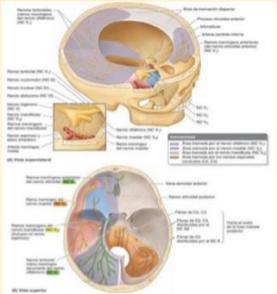
07:34 p. m. 06/07/2020



vascularizada. Las capas intermedia e interna (aracnoides y piamadre) son membranas continuas que reciben en conjunto la denominación de leptomeninge (del griego, membrana fina). La aracnoides está separada de la piamadre por el espacio subaracnoideo (leptomeningeo), que contiene el líquido cefalorraquídeo (LCR). El LCR se forma en los plexos coroideos de los cuatro ventrículos del encéfalo.



Windows taskbar: Escribe aquí para buscar | 07:34 p. m. | 06/07/2020



**ENCÉFALO**

Partes del encéfalo: los dos hemisferios de la corteza cerebral, separados por la hoz del cerebro, son los rasgos dominantes del encéfalo humano. Aunque el patrón de circunvoluciones (giros) y surcos es muy variable, otras características del encéfalo, incluido su tamaño global, son muy constantes de un sujeto a otro.

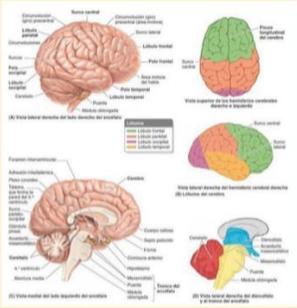
Cada hemisferio cerebral está dividido en cuatro lóbulos que están relacionados con los huesos suprayacentes homónimos, aunque los límites de unos y otros no coinciden. El diencefalo constituye el núcleo central del encéfalo. El mesencéfalo, el puente y la médula oblongada componen el tronco del encéfalo; la médula oblongada se continúa con la médula espinal.

El cerebelo es la masa encefálica subtentorial que ocupa la fosa craneal posterior.

Windows taskbar: Escribe aquí para buscar | 07:34 p. m. | 06/07/2020

el puente y la médula oblongada componen el tronco del encéfalo; la médula oblongada se continúa con la médula espinal. El cerebelo es la masa encefálica subtentorial que ocupa la fosa craneal posterior.

Ventriculos del encéfalo: en el centro de cada hemisferio cerebral hay un ventrículo lateral, el sistema ventricular del encéfalo es impar y está constituido por formaciones medias que se comunican con el espacio subaracnoideo que rodea al encéfalo y a la médula espinal. Los plexos coroideos secretan el LCR al interior de los ventrículos, y el líquido sale de ellos hacia el espacio subaracnoideo. El LCR es absorbido hacia el sistema venoso, normalmente al mismo ritmo con que se produce, a través de las granulaciones aracnoideas relacionadas con el seno sagital superior. Irrigación arterial y drenaje venoso del encéfalo. El aporte continuo de oxígeno y nutrientes es esencial para las funciones del encéfalo. El encéfalo recibe un doble aporte de sangre desde las ramas cerebrales de las arterias carótidas internas y vertebrales. Las anastomosis entre estas arterias constituyen el círculo arterial del cerebro. También existen anastomosis entre las ramas de las tres arterias cerebrales sobre la superficie del cerebro. En el adulto, si se bloquea una de las cuatro arterias que llevan sangre al encéfalo, las restantes no suelen ser capaces de aportar una circulación colateral suficiente; por lo tanto, se produce un trastorno del flujo sanguíneo cerebral (isquemia) y un ictus isquémico. El drenaje venoso del encéfalo se produce a través de los senos venosos de la duramadre y las venas yugulares internas.



Los hemisferios cerebrales separados por la hoz del cerebro dentro de la fisura longitudinal del cerebro, son las características dominantes del encéfalo

Cada hemisferio cerebral se divide en cuatro lóbulos, cada uno de ellos relacionado con los huesos suprayacentes homónimos, aunque sus límites respectivos no coinciden. En una vista superior, el cerebro queda dividido esencialmente en cuartos por la fisura media longitudinal del cerebro y el surco central coronal.

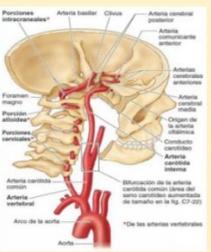
Los lóbulos occipitales, situados posteriormente, están separados de los lóbulos parietales y temporales por el plano del surco parietooccipital, visible sobre la cara medial del cerebro en una hemisección del encéfalo. Los puntos más anteriores de los lóbulos frontal y temporal, que se proyectan anteriormente, son los polos frontal

parietales y temporales por el plano del surco parietooccipital, visible sobre la cara medial del cerebro en una hemisección del encéfalo. Los puntos más anteriores de los lóbulos frontal y temporal, que se proyectan anteriormente, son los polos frontal y temporal. El punto más posterior del lóbulo occipital, que se proyecta es el polo occipital.

- El cerebro: incluye los hemisferios y ganglios basales. Los hemisferios ocupan toda la cavidad supratentorial del cráneo, los lóbulos frontales ocupan la fosa craneal anterior, los lóbulos temporales ocupan las partes laterales de la fosa craneal media, y los lóbulos occipitales se extienden posteriormente sobre el tentorio del cerebelo.
- El diencefalo: está compuesto por el epitalamo, el tálamo y el hipotálamo, y forma la porción central del encéfalo.
- El mesencéfalo: la porción rostral del tronco del encéfalo, se sitúa en la unión de las fosas craneales media y posterior. Los NC III y IV están asociados con él.
- El puente: la parte del tronco del encéfalo entre el mesencéfalo rostralmente y la médula oblongada caudalmente, se sitúa en la porción anterior de la fosa craneal posterior. El NC V está asociado con él.
- La médula oblongada: la porción más caudal del tronco del encéfalo, se continúa con la médula espinal y se sitúa en la fosa craneal posterior. Los NC IX, X y XII están asociados con la médula oblongada, mientras que los NC VI-VIII se asocian con la unión entre el puente y la médula oblongada.

El cerebelo: es la gran masa encefálica que se sitúa posterior al puente y a la médula oblongada, e inferior a la porción posterior del cerebro. Se encuentra bajo el tentorio del cerebelo en la fosa craneal posterior y está constituido por dos hemisferios laterales unidos por una estrecha porción media, el vermis.

Irrigación:

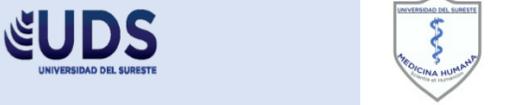


Arteria	Origen	Terminales
<b>Carótida interna</b>	Arteria carótida común en el tercer espacio del cuello inferior	Proporciona sangre para la porción del cerebro anterior, la hipófisis y el punto del tálamo en el principio de su trayecto en el cerebro.
<b>Carótida anterior</b>	Arteria carótida interna	Hemisferios cerebrales, parte de lóbulos orbitales
<b>Carótida media</b>	Arteria carótida anterior	Cilios anterior de cerebro del tálamo
<b>Carótida media</b>	Comunicación de la arteria carótida interna con la arteria carótida común	La mayor parte de la cara lateral de los hemisferios cerebrales
<b>Vertebrales</b>	Arteria suboccipital	Meninges craneales y cerebrales
<b>Basilar</b>	Formada por la unión de la arteria carótida interna	Tronco de cerebelo, cerebelo y cerebros
<b>Carótida posterior</b>	Parte terminal de la arteria basilar	Caja lateral de hemisferio cerebrales y lóbulos occipitales
<b>Carótida posterior</b>	Arteria carótida posterior	Tronco lateral, posterior del cerebelo, capuchón interno y externo

Bibliografía  
Moore, K. L. (2013). *Anatomía con orientación clínica*. China: 7ª.

TAC.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/TAC.pdf



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz**

**Materia: Imagenología**

**Docente: Dr. Gerardo Cancino**

**Semestre: 4to "A"**

**Tema: TAC**

Escribe aquí para buscar

07:35 p. m.  
06/07/2020

TAC.pdf

file:///C:/Users/Lucia%20Saenz/Desktop/4TO%20SEM/IMAGENO/TAC.pdf

**Tema: TAC**

Fecha: 27 / 06 / 2020

**Bibliografía**  
RadiologyInfo.org. Exploración de la cabeza por TAC. 2018

**TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA**

**¿Qué interpreta los resultados? ¿Cómo los obtengo?**  
Un radiólogo le enviara un informe oficial al medico que ordno el examen y hacer exámenes de seguimiento para ver si el tx esta funcionando o si una anomalidad se presente.

**Función:** combinada una serie de rx que se toman desde diferentes ángulos alrededor del cuerpo y utiliza el procesamiento para crear cortes transversales de huesos, V.S y tejidos blandos.

**¿Para que sirve?**  
Para proporcionar información mas detalles que las rx convencionales, pero especialmente para examinar de manera rápida a las personas que pueden tener lesiones internas.

**¿Por qué se realiza?**  
Para dx trastornos musculares y óseo, tumores o fracturas.

**También para tener buena ubicación, ver si hay infección o coágulo, guía para cirugías, biopsia.**

**Para detectar cáncer, nódulos pulmonares, etc.**

**Preparación:**  
-Vestirse con prendas cómodas y sueltas, usar bata.  
-Joyas, lentes, dejarlos en casa.  
-No ingerir alimentos, bebidas.  
-informar si tengo alergias a materiales de contraste.  
-informar si tengo antecedentes de enf.

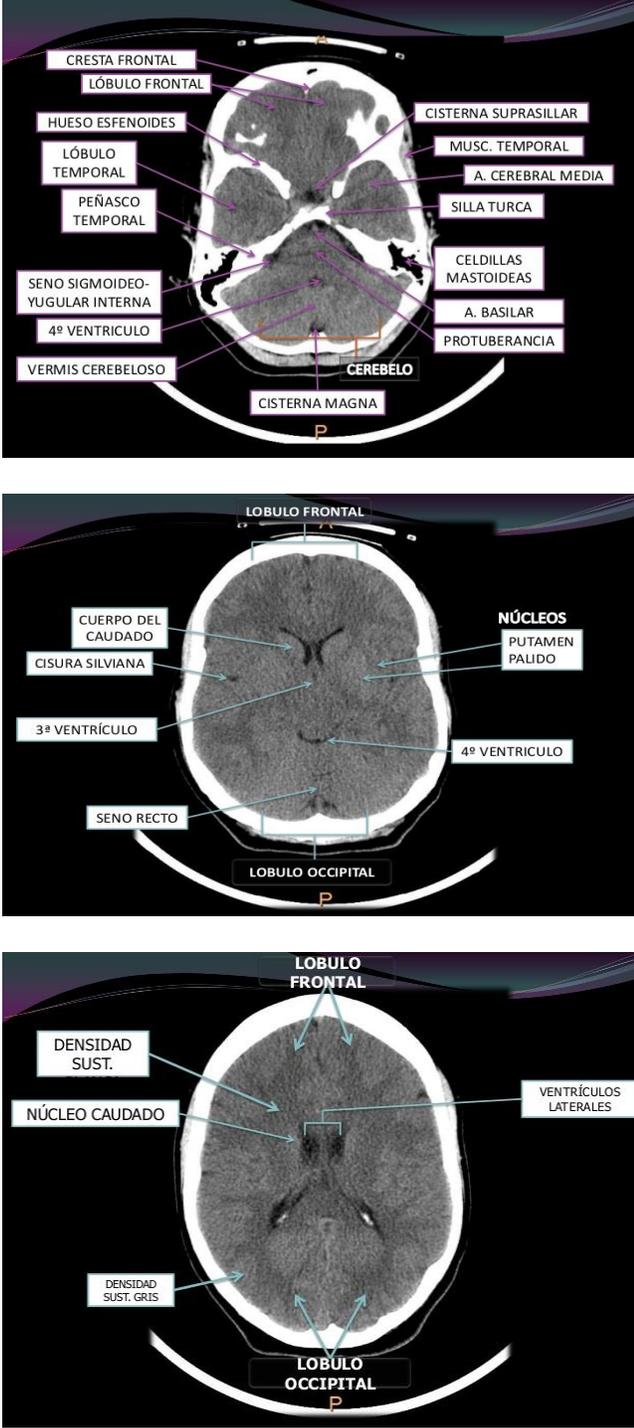
**RIESGOS**  
-Leve posibilidad de cáncer.  
-Tener cuidado en embarazadas  
-Tener alguna reacciones alérgica.

**BENEFICIOS**  
-Exactos, no invasivos y sin dolor.  
-Capacidad de obtener imágenes de huesos, V.S al mismo tiempo.  
-Rápida y sencilla.  
-Se realiza aun que se tenga implantado cualquier tipo de dispositivo medico.  
-Luego del examen por TAC no quedan restos de radiación.

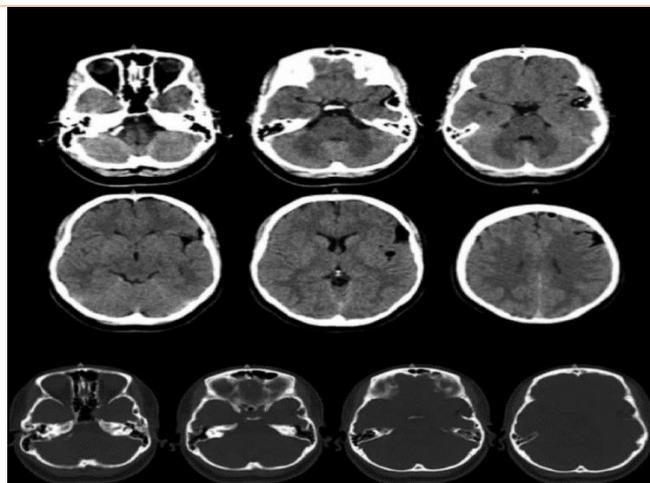
**SI**

Escribe aquí para buscar

07:36 p. m.  
06/07/2020

TECNICAS TOMOGRAFICAS	MOMENTO INDICADO	INDICACIONES PARA EL PX	IDENTIFICACIÓN DE ESTRUCTURAS
<p><b>TAC CRANEO</b></p>	<p>Es un procedimiento que utiliza muchos rayos X para crear imágenes de la cabeza, del cráneo, del cerebro, de las órbitas o cuencas de los ojos y los senos paranasales.</p> <p>Se realiza cuando se presenta alguna persona con: dolor de cabeza, vómitos, si tiene la edad &gt;60 años, intoxicación por drogas o alcohol, amnesia anterógrada persistente, signos visibles de trauma por encima de la clavícula, convulsiones, puntaje de la Escala de Glasgow para</p>	<p>Se acuesta en una mesa estrecha que se desliza hacia el centro del tomógrafo. Mientras está dentro del escáner, el haz de rayos X de la máquina rota a su alrededor. Debe permanecer quieto durante el examen, ya que el movimiento ocasiona imágenes borrosas. Igualmente, le pueden solicitar que contenga la respiración por períodos breves.</p> <p>Los exámenes completos toman generalmente de 30 segundos a pocos minutos.</p> <p>Llegar en ayunas y se le dará ropa cómoda y adecuada para el examen.</p>	 <p>The top image shows the skull base and upper brain structures. Labels include: CRESTA FRONTAL, LÓBULO FRONTAL, HUESO ESFENOIDES, LÓBULO TEMPORAL, PEÑASCO TEMPORAL, SENO SIGMOIDEO-YUGULAR INTERNA, 4º VENTRÍCULO, VERMIS CEREBELOSO, CRESTA SUPRASILLAR, MUSC. TEMPORAL, A. CEREBRAL MEDIA, SILLA TURCA, CELDILLAS MASTOIDEAS, A. BASILAR, PROTUBERANCIA, CISTERNA MAGNA, and CEREBELO.</p> <p>The middle image shows the lateral ventricles and basal ganglia. Labels include: LOBULO FRONTAL, CUERPO DEL CAUDADO, CISURA SILVIANA, 3º VENTRÍCULO, SEÑO RECTO, LOBULO OCCIPITAL, NÚCLEOS PUTAMEN PALIDO, and 4º VENTRÍCULO.</p> <p>The bottom image shows the lateral ventricles and surrounding brain tissue. Labels include: LOBULO FRONTAL, DENSIDAD SUST., NÚCLEO CAUDADO, DENSIDAD SUST. GRIS, LOBULO OCCIPITAL, and VENTRÍCULOS LATERALES.</p>

Coma <15 a la 2 horas del traumatismo, signos de fractura de base de cráneo (hemotímpano, ojos de mapache, líquido cefalorraquídeo o otorrea/rinorrea, signo de Battle, sospecha de fractura de base de cráneo (abierta o deprimida), mecanismo peligroso de la lesión (trauma de un transeúnte o ciclista por un rodado a motor; ocupante eyectado de un vehículo a motor, caída de una altura >1 m o de 5 escalones.



## TAC DE TORAX

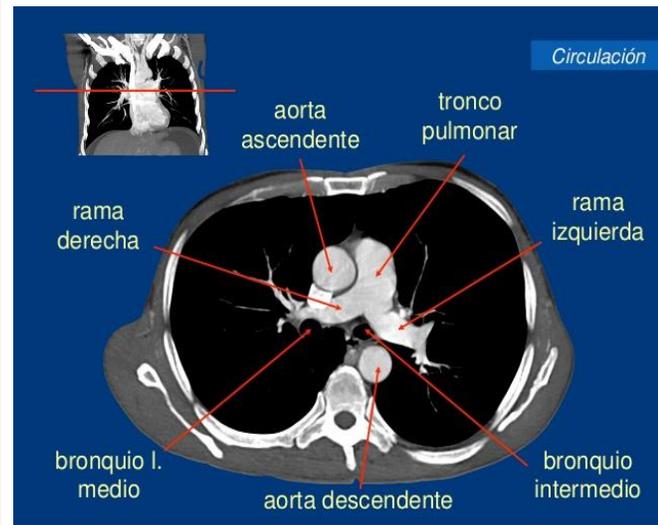
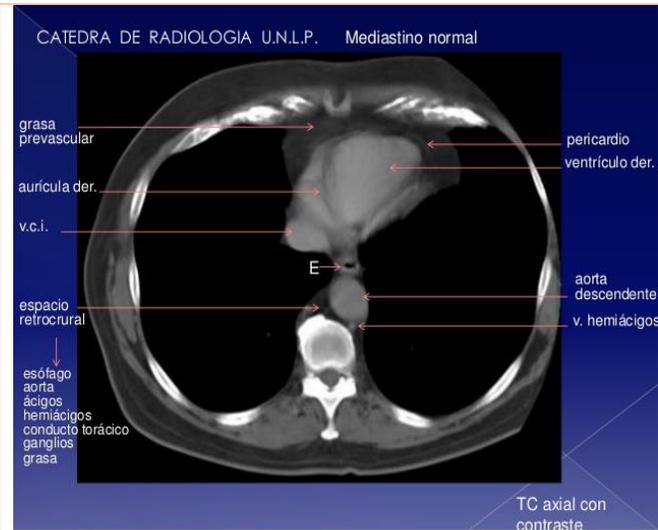
Se utiliza un equipo especial de rayos X para examinar anomalías encontradas en otros exámenes por imágenes y para ayudar a diagnosticar la causa de unos síntomas sin explicación, la falta de aliento, el dolor de pecho, la fiebre y otros síntomas del pecho.

Evaluación de anomalías encontradas en radiografías convencionales, de sospecha clínica de patología torácica oculta, de estadiage y seguimiento de tumor maligno primario y secundario de pulmón, de manifestaciones torácicas de enfermedad

Seis horas en ayunas.

El px estará de boca arriba en una camilla con la cabeza reposando sobre un cojín y los brazos hacia atrás.

El técnico, siguiendo la indicación de médico radiólogo, en algunas ocasiones, antes de empezar la prueba le tendrá que dar un pinchazo en el brazo como los que se hacen para poner un suero y por aquí inyectar un contraste a la misma vez que la máquina va adquiriendo datos. Durante la prueba, cuando entra el contraste, puede sentir un poco de calor en el cuerpo, pero en ningún momento tiene que sentir dolor. La camilla se moverá y le dirá que coja aire y que no respire, como cuando le hacen radiografías y en ningún momento estará solo/a. Fuera de la sala, el técnico le estará viendo y oyendo a través de un vidrio y de un circuito cerrado de micrófonos.



	<p>conocida extratorácica, de anomalía vascular conocida, o sospecha de la misma (congénita o adquirida), de anomalía congénita conocida, o sospecha de la misma, seguimiento de enfermedad de parénquima y vías respiratorias, de traumatismo, de bronquiectasia, sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP).</p>	<p>Dura de 15-20 minutos y se le brindara ropa cómoda.</p>	
<p><b>TAC ABDOMEN</b></p>	<p><b>DE</b> Es un examen de diagnóstico por imágenes que se utiliza para ayudar a detectar enfermedades del intestino delgado, del colon y de otros órganos</p>	<p>Debe vestirse con prendas cómodas y sueltas para el examen. Es posible que tenga que ponerse una bata durante el procedimiento.</p> <p>Los objetos de metal como joyas, anteojos, dentaduras postizas y broches para el cabello</p>	

internos, generalmente se la utiliza para determinar la causa de un dolor al que no se le encuentra una explicación.

La exploración por TAC es rápida, indolora, no es invasiva y es precisa. En casos de emergencia, puede identificar lesiones y hemorragias internas-

Para ver infecciones tales como: apendicitis, pielonefritis o acumulaciones de fluido infectado, abscesos, colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn, pancreatitis, o cirrosis hepática, cáncer de hígado, de riñón, de páncreas, de ovarios y de

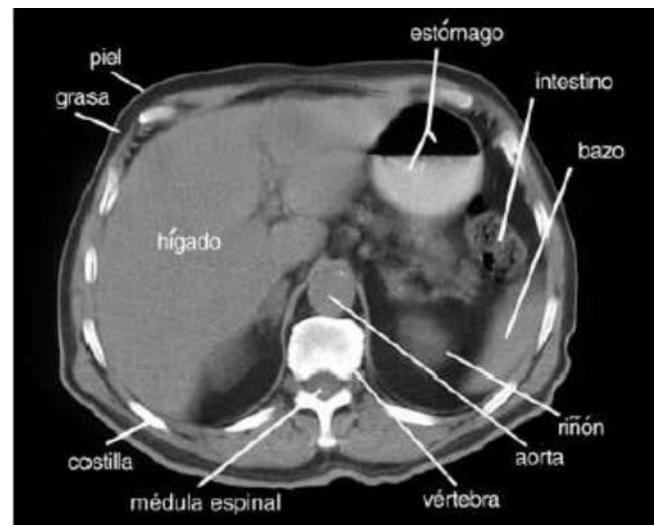
pueden afectar las imágenes de TAC. Déjelos en su casa o quíteselos antes del examen.

Es posible que se le solicite que se quite audífonos y piezas dentales extraíbles. A las mujeres se les pedirá que se quiten el sostén si contiene alambres metálicos. Se le podría pedir que se quite cualquier tipo de pendientes, cuando sea posible.

Se le pedirá que no ingiera alimentos o bebidas durante unas pocas horas antes en el caso de que se utilizare en el examen un material de contraste.

Usted debe informarle a su médico sobre todos los medicamentos que esté tomando y sobre si sufre algún tipo de alergia.

Informar si tiene antecedentes de enfermedades cardíacas, asma, diabetes, enfermedades renales o problemas de la tiroides. Cualquiera de estas dolencias puede aumentar el riesgo de un efecto adverso.



<p>vejiga, linfoma, piedras en los riñones y en la vejiga, aneurismas aórticas abdominales (AAA), lesiones en órganos abdominales tales como el bazo, el hígado, los riñones u otros órganos internos en casos de trauma. Guía las biopsias, procedimientos de drenaje de abscesos y tratamientos de tumores mínimamente invasivos, vigila la respuesta a la quimioterapia.</p>		
---	--	--