



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

Tarsis Andrea Guillen Narváez

“IMAGENO”

Semestre: 4°

Grupo: “A”

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Comitán de Domínguez, Chiapas
2020

11 de marzo del

Índice

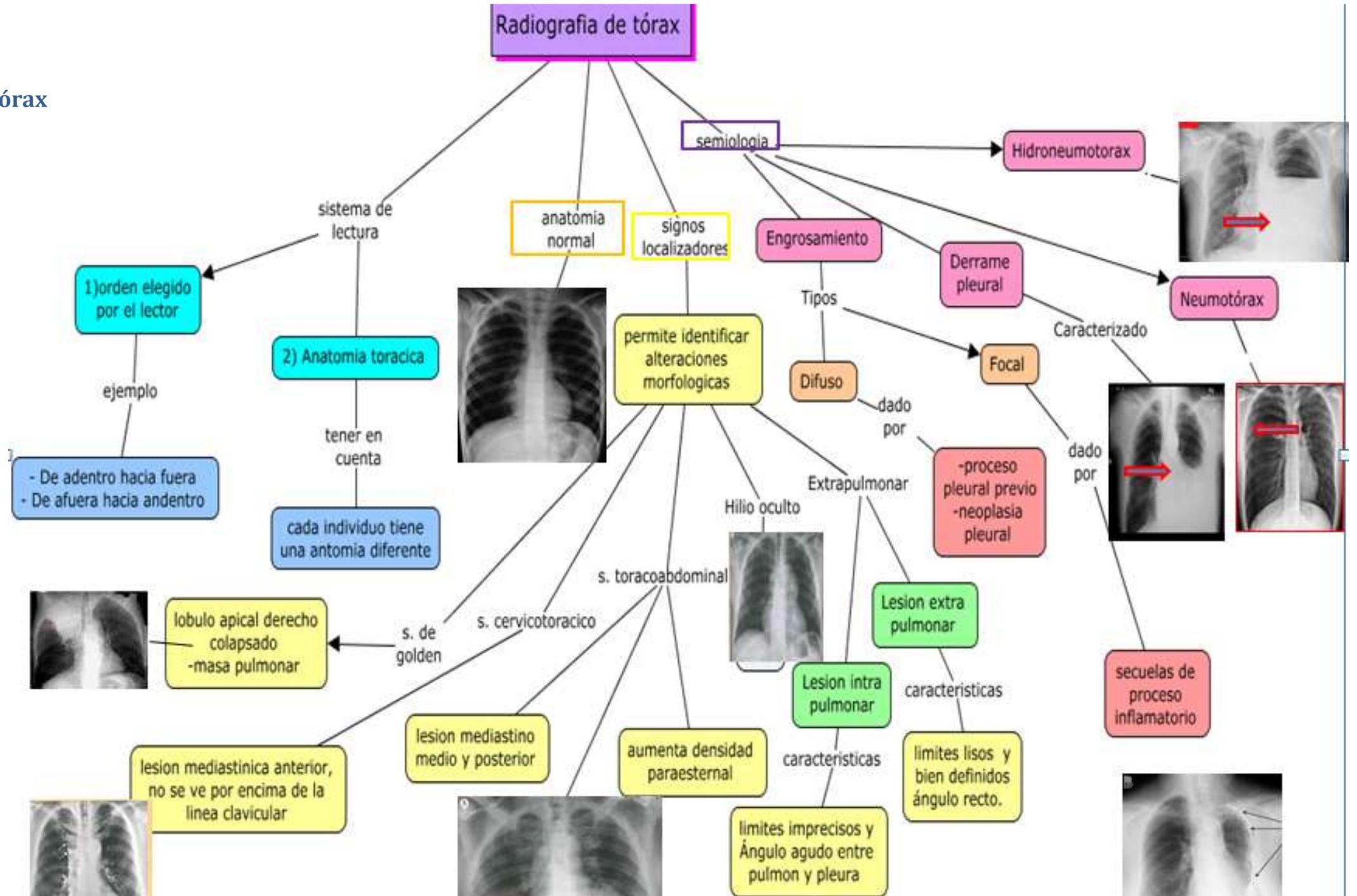
| | |
|---------------------------------|----|
| | 1 |
| Introducción | 3 |
| Radiografía de tórax | 4 |
| Radiografía de abdomen | 5 |
| Retroalimentación..... | 6 |
| Ultrasonido abdominal..... | 8 |
| ultrasonido obstétrico..... | 11 |
| Ultrasonido FAST abdominal..... | 16 |
| RESUMEN | 17 |
| Tomografía | 19 |
| Cuadro TAC..... | 21 |

Introducción

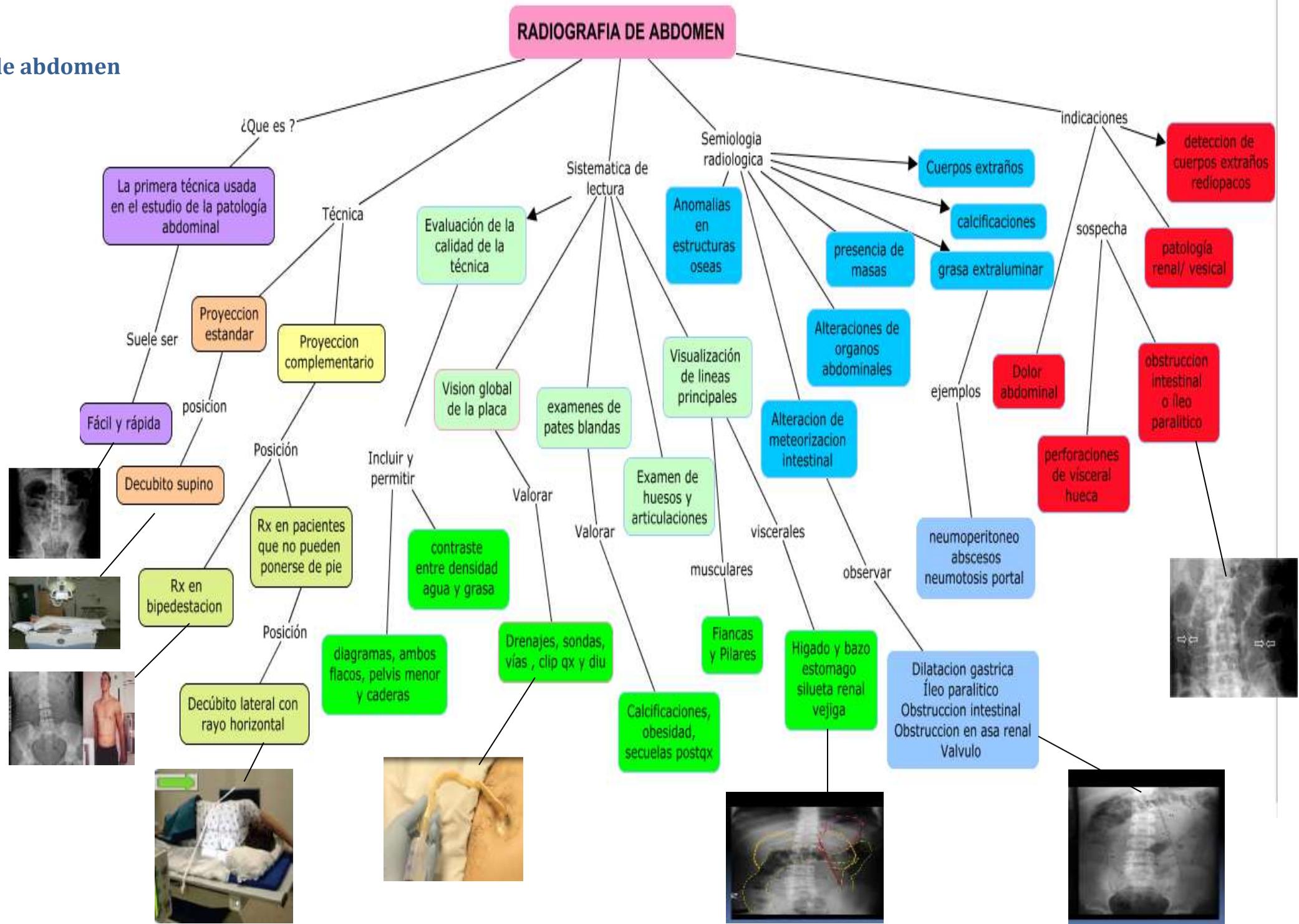
El concepto de imagenología lo podemos definir al conjunto de las técnicas y de los procedimientos que permiten obtener imágenes del cuerpo humano con fines clínicos o bien científicos. La imagenología es utilizada para revelar, diagnosticar y examinar enfermedades o para estudiar la anatomía y las funciones del cuerpo, sin requerir invasiones a este mismo siendo esto de importancia y apoyo médico y en especial para apoyo del paciente. La radiología, la termografía médica, la endoscopia, la microscopía y la fotografía médica forman parte de estas técnicas. Otros procedimientos que permiten obtener datos que pueden representarse como mapas o esquemas (como la electroencefalografía) también pueden incluirse dentro de la imagenología.

Estas técnicas han permitido un apoyo diagnóstico de gran relevancia ya que facilitan la detección oportuna de patologías o bien accidentes que a la vista humana no se puede ver, con ello abriendo un horizonte de diagnóstico y tratamiento médico adecuado.

Radiografía de tórax



Radiografía de abdomen



Retroalimentación

1. Valoración de la técnica: No colimada, no penetrada y
2. Valoración global: No se observan nada anormal
3. Valoración de partes blandas: Se observa gas intestinal, no se observa calcificaciones ni desplazamientos
4. Semiología radiográfica: no se observa ninguna anomalía tanto estructural como osea,

Rx simple de abdomen normal (supino)

1. Costillas 11
2. 2. Cuerpo vertebral (t12)
3. Aire en cámara gástrica
4. Gas en el colon (ángulo esplénico)
5. Gas en el colon transversos
6. Gas en el colon sigmoides
7. Hueso sacro
8. Articulación sacroiliaca
9. Cabeza femoral
10. Moteado cecal
11. Cresta iliaca
12. Gas en el colon (ángulo hepático)
13. Línea del psoas





1. Valoración de la técnica: No colimada, bien penetrada y centrada
2. Valoración global: No se observa presencia de objetos anormales
3. Valoración de partes blandas: Se observa íleo generalizado
4. Semiología radiográfica: Aire recto-sigma, Múltiples asas distendidas, aire IG-distensión

9. Valoración de la técnica: Colimada, bien penetrada y centrada
10. Valoración global : No se observa presencia de objetos anormales
11. Valoración de partes blandas: Se observa oclusión intestinal (delgado), y se observa liquido en vejiga
12. Semiología radiográfica: No aire en recto-sigma , Múltiples asas distendidas, no aire IG



5. Valoración de la técnica: No colimada por que no se observa las cúpulas diafragmáticas, si se logra observar la sínfisis del pubis
6. Valoración global: No se observan vías, algún tipo de sondas, o sistemas de drenajes
7. Valoración de partes blandas: No presenta calcificaciones, si se observa algunos desplazamientos de órganos intestinales y se observa esplenomegalia
8. Semiología radiográfica: Presencia y aumento del tamaño de la silueta del bazo, desplazamiento del borde esplénico





1. Valoración de la técnica: No colimada, no se observa las cúpulas diafragmáticas, esta bien penetrada y centrada
2. Valoración global: No se observan vías, algún tipo de sondas, o sistemas de drenajes
3. Valoración de partes blandas: No presenta calcificaciones, se observa desplazamiento del intestino y por lo cual se observa una oclusión intestinal (grosso)
4. Semiología radiográfica: No aire en recto-sigma, no excepto en válvula incompetente, distensión

1. Valoración de la técnica: No colimada, no se observa las cúpulas diafragmáticas,, no está bien penetrada
2. Valoración global No se observan vías, algún tipo de sondas, o sistemas de drenajes
3. Valoración de partes blandas: Se observa presencia de calcificaciones en útero de forma amorfas, no se observa desplazamiento y Se observa un íleo localizado
5. Semiología radiográfica: Aire en recto-sigma, 2- 3 asas distendidas



- Valoración de la técnica: No colimada, no penetrada, está centrada
- Valoración global: No se observan vías, algún tipo de sondas, o sistemas de drenajes, o bien clips Qx , DIU
- Valoración de partes blandas: Se observa presencia de calcificaciones en forma laminar en vejiga (calcificaciones renales), por otro lado se puede mencionar que no se observa ni desplazamientos ni patrones de meteorización
- Semiología radiográfica: no se observan anomalías óseas o estructurales más que la calcificación observada en el vejiga



- Valoración de la técnica: colimada , bien penetrada y centrada
- Valoración global: No se observan vías, algún tipo de sondas, o sistemas de drenajes, o bien clips Qx , DIU
- Valoración de partes blandas: No se observa presencia de calcificaciones, ni desplazamientos de alguna estructura
- Semiología radiográfica: sin anomalías tanto en estructuras óseas como patrones de meteorización
- Líneas viscerales: 1. Línea de las cúpulas diafrágicas, 2. Líneas de los psoas

- Valoración de la técnica: colimada , poco penetrada y centrada
- Valoración global: No se observan vías, algún tipo de sondas, o sistemas de drenajes, o bien clips Qx , DIU
- Valoración de partes blandas: No se observa presencia de calcificaciones, ni desplazamientos de alguna estructura
- Semiología radiográfica: sin anomalías tanto en estructuras óseas como patrones de meteorización
- Líneas viscerales: 1. Línea hepática, 2. línea esplénica, 3. Silueta renal, 4. Vejiga



- Valoración de la técnica: no colimada , bien penetrada y centrada
- Valoración global: No se observan vías, algún tipo de sondas, o sistemas de drenajes, o bien clips Qx , DIU . Por otro lado se observa un cuerpo extraño
- Valoración de partes blandas: No se observa presencia de calcificaciones, ni desplazamientos de alguna estructura
- Semiología radiográfica: sin anomalías tanto en estructuras óseas como patrones de meteorización

CASO CLINICO 1

Paciente masculino de 25 años ingresa a urgencias por presentar dolor abdominal intenso generalizado, nauseas, sin vómito, fiebre. Menciona haber comenzado con esta sintomatología en la madrugada del día de hoy, al igual que nos comenta no haber podido evacuar desde el día de ayer, una escala de dolor en epigástrico de 8/10 en EVA.

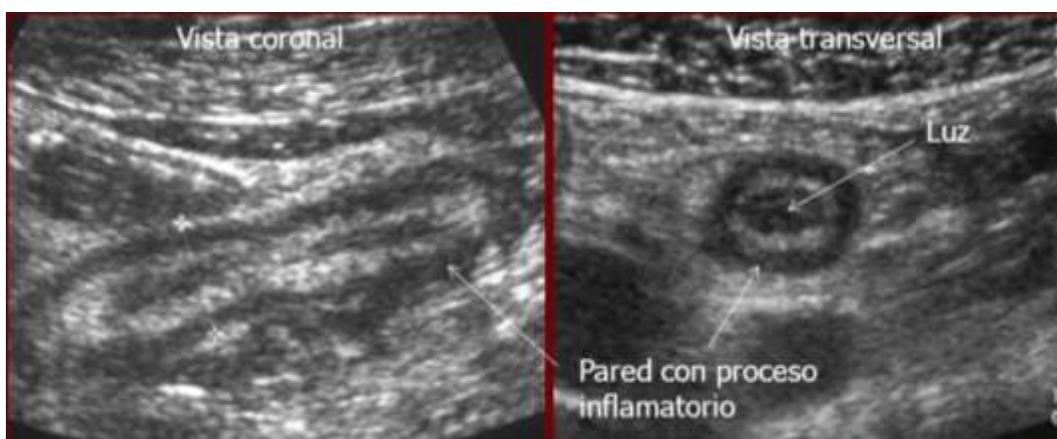
Exploración física: se observa una palidez, facie dolorosa, auscultación abdominal con disminución del peristaltismo intestinal, timpanismo franco a la percusión dolor al rose de los dedos

Signos clínicos de apendicitis aguda: Signo de Aarón: positivo Signo de Bloomberg: positivo.

.SV: FC: 114Imp  FR: 23 TA: 155/75mmHg TEMP:36.7° SaO2: 92%

Síndromes presentados: síndrome doloroso

Se le solicita estudios de ultrasonido abdominal por el probable apendicitis, esperando encontrar un aumento del tamaño de la apéndice de más de 6mm, al igual que observar una apéndice no compresible al igual y si es posible observar una mayor vascularización de ella.



Se observa en la primera imagen un proceso inflamatorio en la pared del apéndice por el aumento de grosor, al igual que se ve un aumento en el diámetro de esta misma y podemos notar un apéndice no compresible ya que se observa el signo de diana en la segunda imagen.

Tratamiento mas utilizado es el quirúrgico y el pronóstico si se logra actuar en etapas tempranas es bueno, posterior si avanza la patología el pronóstico es menos favorable.

CASO CLINICO 2

Paciente masculino de 55 años, ingresa por dolor abdominal, astenia, anorexia, aumento de volumen del abdomen. En sus antecedentes personales destaca el consumo de alcohol desde los 15 años de edad, la obesidad grado I. Presenta sudoración abundante de manos y pies desde hace varios años.

SV: FC: 112Imp FR: 22 TA: 150/80mmHg T: 36.3°
SaO2: 91%

Examen físico: Ictero, arañas vasculares de la cara y el tórax, coloración marrón parda en ambos tobillos y pies. Boca séptica con lengua roja de papilada. Abdomen aumentado de volumen con circulación colateral mixta. Maniobra de Tarral: positiva. Hepatomegalia de 10 cm, sin nódulos ni soplos en su superficie y borde duro.

Síndromes; doloroso

Se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares por la sospecha de algún daño hepático, esperando encontrar un hígado con hepatomegalia dada por atrofia de lóbulo derecho y segmento IV, con hipertrofia de los segmentos laterales (II y III), y al igual que la observación nodularidad de superficie y un aumento en la ecogenicidad.



Se observa en la imagen un parénquima heterogéneo con una superficie irregular, una hepatomegalia, al igual que nodulaciones de regeneración o tejido fibrotico en y de igual manera se observa un aumento en la ecogenicidad del hígado. (Para confirmar por completo en algunos casos es necesario solicitar biopsia.)

El tratamiento utilizado es mayor mente de control para evitar que siga progresando la cirrosis, en este caso se utiliza principalmente al inicio analgésicos para reducir el dolor posterior cambios terapéuticos en el estilo de vida con algunos objetivos principales como la pérdida de peso, abstinencia al alcohol y una dieta estricta.

El pronóstico mientras el paciente siga adecuadamente los cambios de estilo de vida es posible que se evite que la cirrosis aumente y pueda así continuar con su vida, mantenido las restricciones dietéticas dadas.

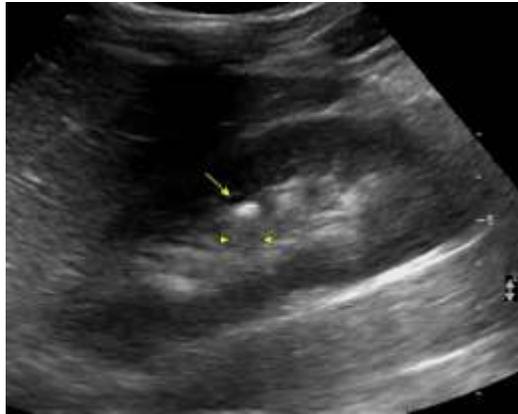
CASO CLINICO 3

Paciente masculino de 32 años, ingresa a urgencias por dolor lumbar izquierdo, de tipo cólico, de intensidad severa, intermitente, irradiado a región abdominal, inguinal y genital ipsilateral, acompañado de polaquiuria, tenesmo, urgencia, hematuria, náusea, vómito en una ocasión e hipertermia no cuantificada. Menciona haber comenzado con esta sintomatología hace 24 horas.

SV: FC: 90 lpm FR: 22 rpm T 37.3 °C TA: 130/80 mmHg; SaO2:93%

Exploración física: se observa abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, normoperistáltico, sin dolor a la palpación superficial ni profunda, timpanismo generalizado y signo de Giordano izquierdo positivo.

Se solicitaron exámenes paraclínicos de laboratorio completos, para observar si existe una leucocitosis, y cuantificar la hematuria. Al igual que solicita ultrasonido de vías urinarias en especial enfocando al riñón para detectar probables cálculos renales.



Al analizar los estudios de laboratorio demostraron la presencia de leucocitosis, con eritrocitos incontables por campo y cristales de oxalato de calcio regulares en el examen general de orina. En el ultrasonido se pudo observar un cálculo en el riñón izquierdo ya que este se observa el riñón en forma de C, al igual que se observa un litio con mayor hiperecogenicidad que la del cáliz, al igual que se observa una sombra acústica superior al litio.

El tratamiento dependerá si es que el litio está obstruyendo la vía renal y el tamaño de este, si el litio es pequeño se utiliza analgésicos (AINES, opioides), y el consumo de agua constante para permitir la eliminación por sí sola del litio. Si el litio es mayor a 5 mm y la existencia de varios litios. se realiza procedimientos invasivos como es la nefrolitotomía

El pronóstico es favorable si el litio es menor de 5mm y son pocos, al igual que la menor edad favorece más rápido a la expulsión espontánea. En el caso de la cirugía el pronóstico es favorable, aunque existe probabilidad de que vuelvan a aparecer los litios por ello necesario el cambio de estilo de vida.

CASO CLINICO 4

Femenino de 17 años ingresa a consulta porque desde hace un año nota aumento del vello facial, al igual que en hombros, brazos, piernas y región peri umbilical. Antecedentes menarquía a los 12 años y menstruaciones irregulares sin algún tratamiento farmacológico actual. Nos menciona que ha intentado usar algún producto cosmético e incluso afeitado sin buen resultado estético. No menciona la aparición de acné vulgar.

Exploración física: se observa el crecimiento de vello en las regiones antes descrita. La auscultación cardiopulmonar era normal, no tenía organomegalias y no presentaba alteraciones en genitales. No parece presentar cambio de voz o aumento de la masa muscular, como tampoco un buen estado general, cierto sobrepeso (Índice masa corporal de 29).

Se le solicita exámenes de laboratorio completos siendo el hemograma normal (hemoglobina 13,7 gr/dl, 6.900 leucocitos y 244.000 plaquetas), velocidad de sedimentación globular de 24 y bioquímica con parámetros normales. Al igual que se observa en los análisis hormonal donde se encuentra que todos los valores se hallaban dentro de la normalidad: hormona luteinizante (LH) 5,1 UI/l, hormona folículo estimulante (FSH) 4,4 UI/l, 17betaestradiol 13,8 UI/l, progesterona 0,71 UI/l, de hidroepiandrosterona (DHEA) 200 mcg/dl, testosterona 45

Por ende se solicita de igual manera por las manifestaciones ultrasonido de pelvis con enfoque de ovarios y utero por probable ovario poli quístico esperando observar más de 12 folículos antrales de entre 2 -9 mm de diámetro con ello dando un incremento en el volumen ovárico mayor de 10 ml, puede presentarse el famoso signo de collar de perlas



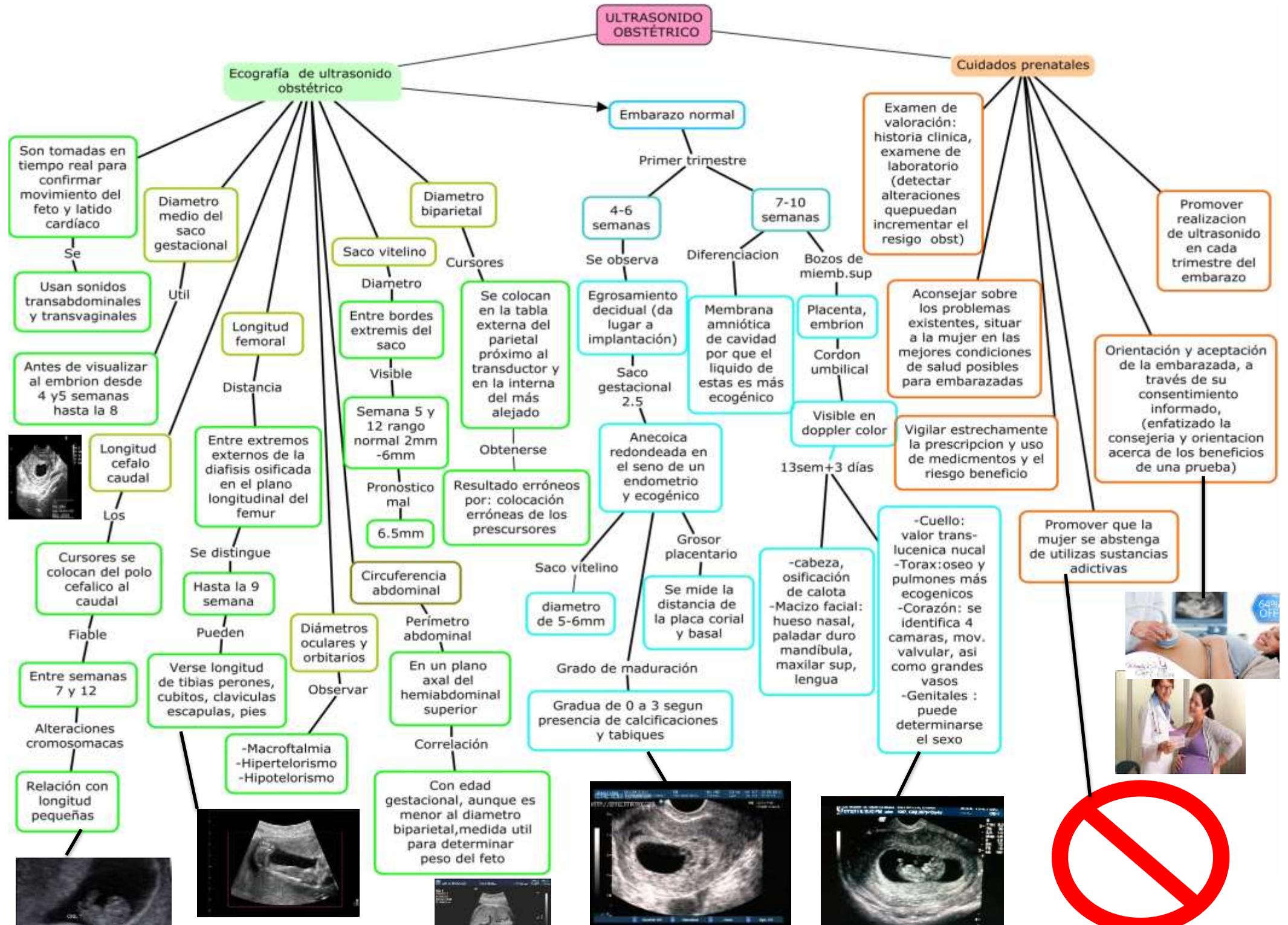
negras(zonas anecoicas)

En el ultrasonido podemos observar un aproximado de 15 folículos antrales de entre 2 -9 mm de diámetro con ello dando un incremento en el volumen ovárico mayor de 10 ml, se observa el signo de collar de perlas negras (zonas anecoicas)

El tratamiento incluye pastillas anticonceptivas para regularizar la menstruación, un medicamento para prevenir la diabetes, estatinas para controlar los niveles elevados de colesterol, hormonas para aumentar la fertilidad y procedimientos para eliminar el exceso de vello. En algunos casos se realiza la perforación ovárica laparoscópica como tratamiento quirúrgico que puede desencadenar la ovulación en mujeres que tienen el síndrome de

El pronóstico es favorable si se lleva el tratamiento de acuerdo a como debe de ser aun que el riesgo de contraer otras patologías como diabetes, obesidad, entre otras patologías. Es necesario el también mantener un estilo de vida saludable una dieta adecuada para poder tener mejor resultados del tratamiento.

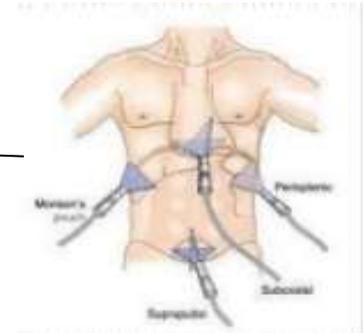
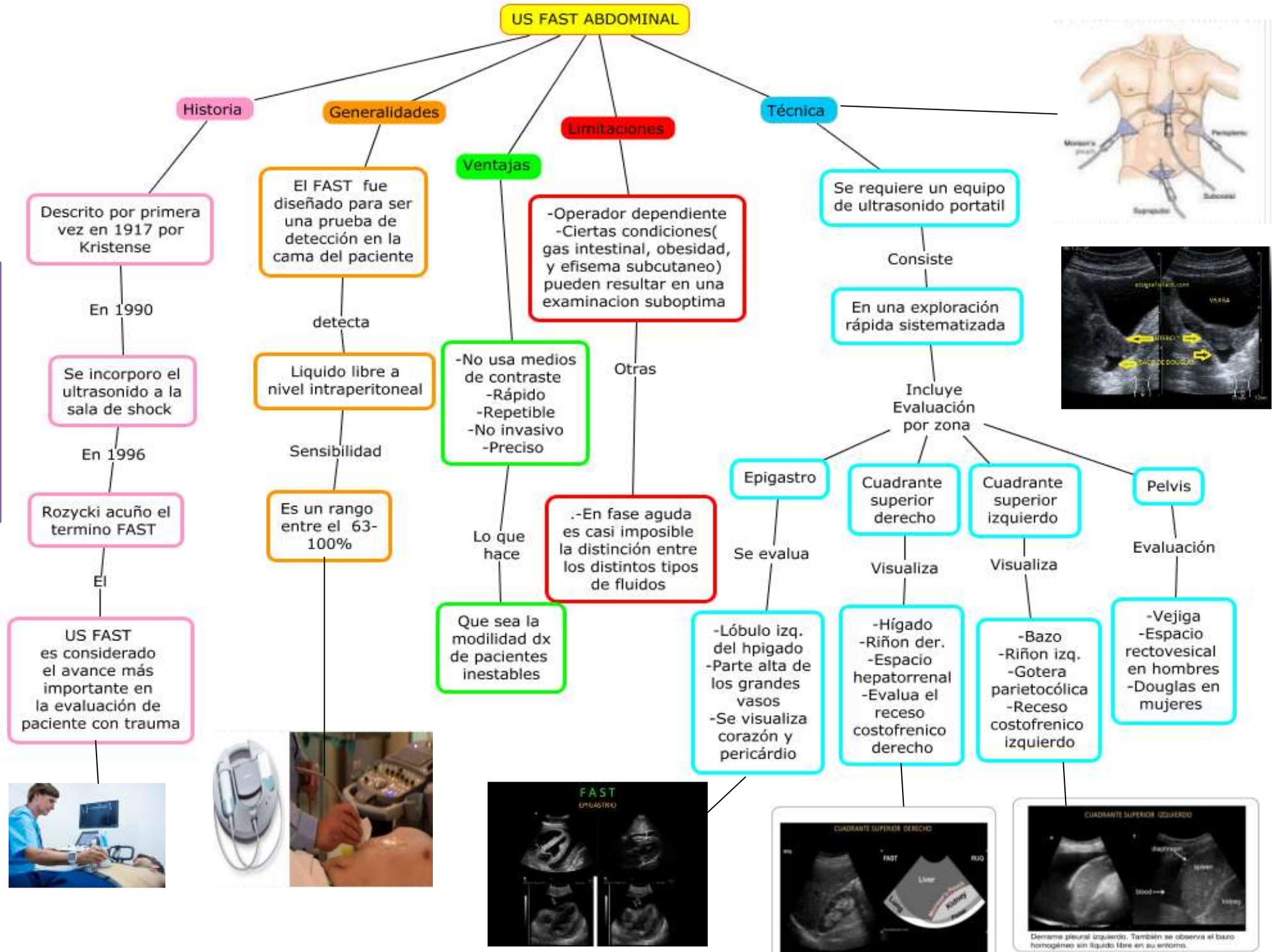
Ultrasonido obstétrico



Ultrasonido FAST abdominal

Bibliografía

-Garita Hernández, N., & Guitiérrez Naranjo, M. (2015). US FAST. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII, 65-68.



Derrame pleural izquierdo. También se observa el bazo homogéneo sin líquido libre en su entorno.

RESUMEN

➤ **Cráneo:**

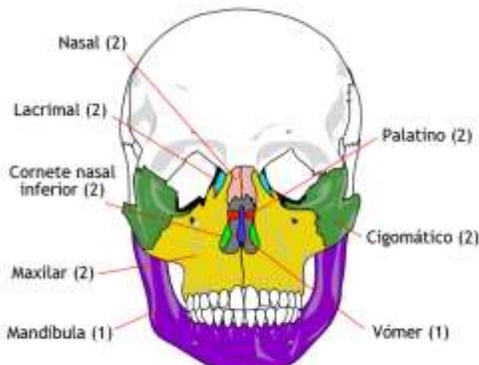
El cráneo es el esqueleto de la cabeza. Diversos huesos constituyen las dos partes (neurocráneo y viscerocráneo).

- **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 casos encefálicos, el neurocráneo está formado por 4 huesos impares centrados en la línea media (frontal, etmoides, esfenoides y occipital) 2 series de huesos pares bilaterales (temporal y parietal).

El neurocráneo posee una pared superior parecida a una cúpula: la calvaria (bóveda craneal) conformado por los huesos planos (frontal, parietales y occipitales). En la base del cráneo está compuesto por los huesos irregulares (esfenoides y temporales), la mayoría de los huesos de la calvaria están unidos por suturas fibrosas e engranadas. El esfenoides contribuye relativamente escaso a la línea media del neurocráneo, pues forma parte del viscerocráneo

La mayoría de los huesos unidos por suturas fibrosas engranadas, aunque durante la infancia están unidos por cartílago.

- **El viscerocráneo:** comprende de los huesos de la cara que se desarrollan principalmente en el mesénquima de los arcos faríngeos embrionarios, constituye la parte anterior del cráneo y se compone de los huesos que rodea la boca, la nariz y la mayor parte de las órbitas; consta de 15 huesos irregulares: 3 huesos impares centrados o situados en la línea media (mandíbula, etmoides y vómer) y 6 huesos pares bilaterales (maxilar, cornetes, nasal inferior, cigomático, palatino, nasal y lagrimal).



Los 14 huesos faciales

Varios huesos del cráneo son huesos neumatizados (frontal, temporal, esfenoides y etmoides) contienen espacios aéreos (celdillas aéreas o grandes senos) para

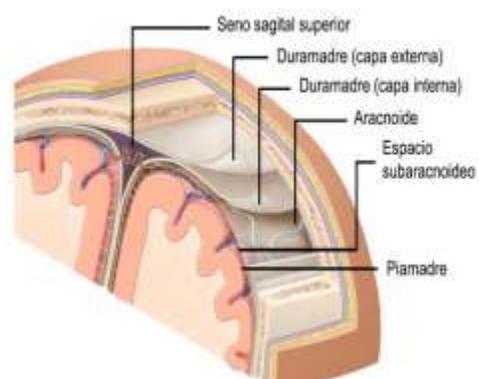
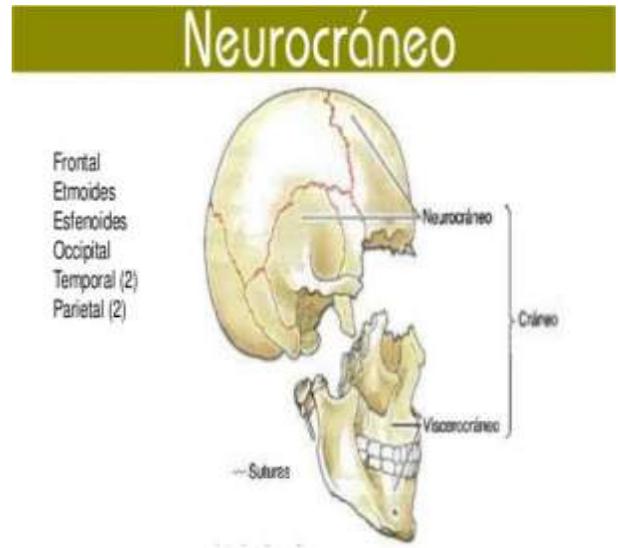
reducir peso.

En la posición anatómica del cráneo está orientado de tal modo que el borde inferior de la órbita y el borde superior del poro del meato acústico externo de ambos lados se hallan en el mismo plano horizontal, este referencia craneométrica externa es el plano orbitomeatal (plano horizontal de Frankfort)

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

La cara lateral del cráneo está compuesta por el neurocráneo y el viscerocráneo, principalmente por los huesos temporales

La porción posterior del cráneo compuesta por el occipucio, parte de los huesos parietales y las porciones mastoides de los huesos temporales.



➤ **Meninges craneales:**

Son unas coberturas membranosas del encéfalo que se hallan inmediatamente por dentro del cráneo, que brindan protección al encéfalo, constituyen la trama del soporte de arterias, venas y senos venosos y engloban una cavidad llena de líquido, las meninges ensancha compuestas por tres capas de tejido conectivo membranoso:

- Duramadre (capa fibrosa externa, fuerte y gruesa)
- Aracnoides (capa intermedia delgada)
- Piamadre (capa interna delicada y vascularizada)

Las capas intermedia e interna son membranas continuas que reciben en conjunto la denominación de leptomeninge, la aracnoide está separada de la piamadre por el espacio subaracnoideo que contiene el líquido cerebroespinal este ayuda a mantener el balance del líquido extracelular en el encéfalo.

- **La duramadre:** se denomina también paquimeninge está adherida a la tabla interna de la calvaria, sus dos capas son:
 - Capa perióstica externa formada por el periostio que cubre la superficie interna de la calvaria está se adhiere a la superficie interna del cráneo
 - Capa meníngea interna se continúa en el foramen magno con la duramadre espinal que cubre la médula espinal, esta capa forma repliegues por la separación de la capa periostica externa, estos repliegues son:
 - Falce del cerebro
 - Tentorio del cerebro
 - Falce del cerebelo
 - Diafragma del silla

Repliegues o reflexiones de la duramadre: La capa meníngea interna de la duramadre es una capa de soporte. El hoz del cerebro es el mayor repliegue de la duramadre, situado en la fisura longitudinal del cerebro. El tentorio del cerebro, es el segundo mayor repliegue, es un amplio tabique semilunar que separa los lóbulos occipitales de los hemisferios cerebrales del cerebelo. La hoz del cerebelo es un repliegue vertical de la duramadre que se sitúa inferior al tentorio del cerebelo. El diafragma de la silla, el menor repliegue de la duramadre, es una lámina circular suspendida entre las apófisis clinoides.

Seno venoso de la duramadre: son espacios revestidos de endotelio situaciones entre las capas periósticas y meníngeas de la duramadre. Las granulaciones aracnoides son prolongaciones en forma de penacho de la aracnoides, que protruyen a través de la capa meníngea de la duramadre. El seno sagital inferior: es mucho más pequeño, discurre por el borde libre cóncavo. El seno recto esta formado por la unión del seno sagital inferior con la vena cerebral magna. Los senos transversos discurren lateralmente desde la confluencia de los senos y forman un surco en cada hueso occipital y los ángulos posteriores de los huesos parietales

- **Aracnoides y piamadre:**

Se desarrollan a partir de una capa única de mesénquima que rodea el encéfalo embrionario y se convierten en la parte parienta (aracnoides) y visceral (piamadre).

- El aracnoides contiene fibroblastos, fibras de colágeno y algunas fibras elásticas, pese que esta estrechamente adosada a la capa meníngea de la duramadre no se encuentra adherida a ella sino el contacto se mantiene por la presión que ejerce el LCE en el espacio subaracnoideo.
- La piamadre es una membrana más delgada que la aracnoides ricamente vascularizada por una red de finos vasos sanguíneos, resulta difícil de ver pero otorga un aspecto brillante a la superficie del encéfalo se adhiere a ella y sigue todos sus contornos.

Espacios meníngeos

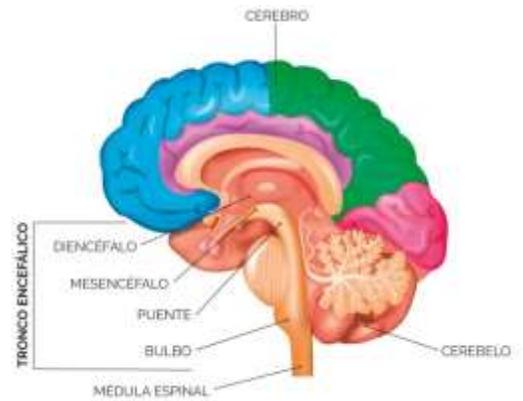
- La interfase duramadre-cráneo
- La unión o interfase duramadre-aracnoides
- Espacio subaracnoideo: espacio que contiene LCR , cel. Trabeculares, arterias y venas

➤ **Encéfalo:**

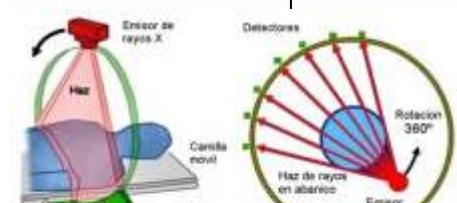
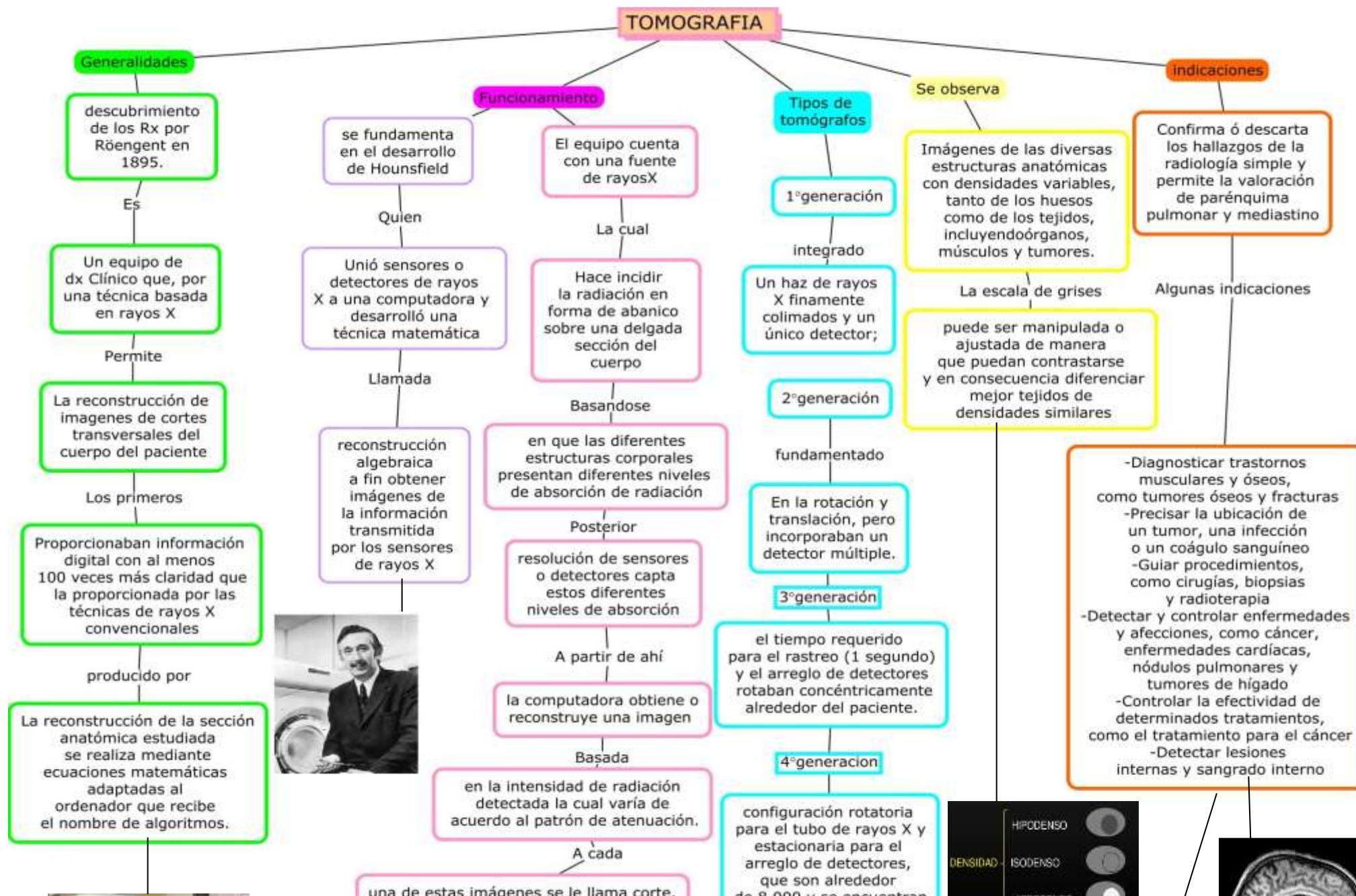
Encargado de controlar y coordinar casi todas las funciones del cuerpo, estructura delicada que está encerrada en un cráneo rígido, sin embargo, puede dañarse con un golpe en la cabeza, imprimirse por un tumor o privarse de oxígeno por una fuga o coágulo de sangre en una de las arterias cerebrales. Al igual que la producción del LCR.

El encéfalo está compuesto por:

- **Cerebro:** este incluye los hemisferios cerebrales y los núcleos basales, los hemisferios cerebrales separados por la falce del cerebro dentro de la fisura longitudinal del cerebro son la característica dominante del encéfalo.
- **Cerebelo:** gran masa encefálica que se sitúa posterior al Puente y a la médula oblangada e inferior a la porción posterior del cerebro, se encuentra bajo el tentorio del cerebelo en la fosa craneal posterior y están constituidos por 2 hemisferios laterales unidos por el vermis. regula los movimientos del cuerpo, coordina el habla y el equilibrio
- **Tronco del encéfalo:** transmite señales de la médula espinal y dirige las funciones y reflejos internos básicos, dividido en:
 - **Diencéfalo:** compuesto por el epitalamio, tálamo y hipotálamo
 - **Mesencéfalo:** se sitúa en la unión de las fosas craneales medía y posterior, los NC III y IV están asociados a el
 - **Puente:** se sitúa en la porción anterior en la fosa craneal posterior
 - **Médula oblangada:** es la porción más caudal del tronco se continúa con la médula espinal y se sitúa en la fosa craneal posterior.



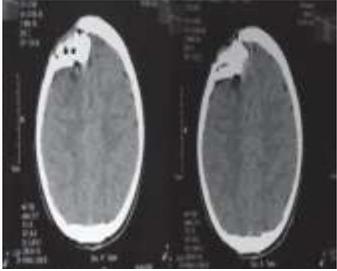
Tomografía

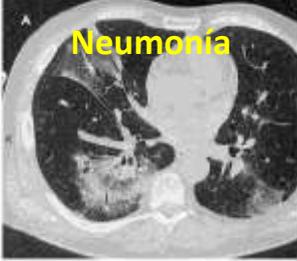
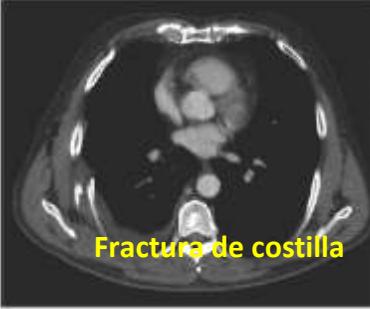


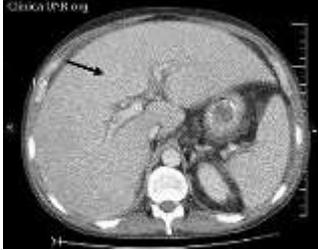
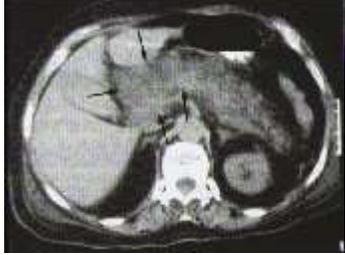
CENETEC, S. (2014). Guía Tecnológica No. 6: Tomografía. CENETEC, SALUD.

Mayoclinic. (2020). Exploración por tomografía. Mayoclinic.

Cuadro TAC

| TAC | Indicaciones | Imagen | | |
|--------|--|---|--|--|
| Cráneo | <p>Sospecha de traumatismo no accidental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsión post traumática en un paciente sin epilepsia • Sospecha de fractura abierta o deprimida o fontanela abombada • Signos de fractura de base de cráneo • Déficit neurológico focal • Edema del cuero cabelludo, hematomas o laceraciones de más de 5 cm • Pérdida evidenciada de la conciencia mayor de 5 minutos • Somnolencia • 3 o más episodios de emesis en 4 horas • Amnesia (retrógrada o anterógrada) de más de 5 minutos | Normal | Ejemplos de anomalías | |
| | |  |  | <p data-bbox="1156 513 1468 540">Figura #1. TAC que muestra fractura de cráneo con hinchamiento y edema cerebral</p>  |
| | |  |  |  |

| TAC | Indicaciones | Imagen | | |
|--|---|--|--|---|
| Tórax | <p>La exploración por TAC del tórax se utiliza para: examinar anomalías encontradas en rayos X convencionales de tórax ayudar a diagnosticar las causas de signos o síntomas clínicos de enfermedades de tórax, tales como tos, insuficiencia respiratoria, dolor torácico o fiebre detectar y evaluar el alcance de los tumores que aparezcan en el tórax, o tumores que se hayan propagado allí desde otras partes del cuerpo evaluar si los tumores están respondiendo al tratamiento ayudar a programar la radioterapia evaluar lesiones en el tórax, incluyendo el corazón, los vasos sanguíneos, los pulmones, las costillas y la columna vertebral evaluar. Neumonías, tuberculosis, bronquiectasia, fibrosis quística inflamación u otras enfermedades de la pleura</p> | Normal | Ejemplos de anomalías | |
| | |  |  |  |
|  |  |  | | |

| TAC | Indicaciones | Imagen | | |
|-----------|--|---|--|--|
| Abdominal | <p>Indicaciones: infecciones tales como apendicitis, diverticulitis, pielonefritis o acumulaciones de fluido infectado, conocidos también como abscesos. procesos inflamatorios tales como pancreatitis, cirrosis hepática o enfermedad inflamatoria del intestino tal como colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn. cáncer de colon, de hígado, de riñón, de páncreas y de vejiga así como linfoma y piedras de riñón y de vejiga. aneurismas aórticas abdominales (AAA) y otras enfermedades de los vasos tales como coágulos de sangre y estrechamientos anormales o estenosis de los vasos. La exploración por TAC del abdomen/pelvis también se realiza para: identificar rápidamente lesiones al hígado, bazo, riñones u otros órganos internos en casos de trauma. guiar</p> | Normal | Ejemplos de anomalías | |
| | |  |  <p>Hepatomegalia</p> |  <p>Esplenomegalia</p> |
| | |  |  <p>Hernia inguinal</p> | <p>Pancreatitis</p>  |

| | | | |
|---|--|--|--|
| las biopsias y otros procedimientos tales como drenaje de abscesos y tratamientos de tumores mínimamente invasivos. planear y evaluar los resultados de la cirugía, tales como transplantes de órganos o bypass gástrico. | | | |
|---|--|--|--|