

"Un espacio hecho por y para residentes."

ARTEFACTO

Gaceta de residentes de Diagnóstico por Imágenes.

Junio 2025. Vol. 1- N° 1

EDITORIAL

Todo artefacto tiene una historia. Algunos aparecen por error, otros por azar, otros porque alguien los creó con un propósito. Esta gaceta es un poco de todo eso.

Artefacto nace como un espacio hecho por residentes y para residentes. Una pausa dentro del vértigo del día a día, donde compartir lo que aprendemos, lo que nos llama la atención, lo que nos hace pensar... o incluso lo que nos hace reír frente a una imagen inesperada.

No busca ser una revista científica ni un anuario institucional. Es más bien un cuaderno de trinchera, donde quedan registrados los casos que nos hacen detenernos, los logros que queremos celebrar y las ideas que queremos dejar escritas antes de que se pierdan en el ritmo de la residencia.

E. Marcelo Quispe

ÍNDICE

CASO DE LA SEMANA

1. Colelitiasis sintomática en paciente joven, MD. Javib Narvaez, MD. Maira Vasquez
2. Apendicitis aguda, MD. Ginet Fragozo, MD. Fanny Chango.
3. Diverticulitis aguda no complicada, MD. Mabel A. Añazgo Vargas, MD. María Alejandra Ramírez.

REPORTE DE CASO

CARCINOMA RENAL CON METÁSTASIS PULMONAR Y GANGLIONAR EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO. MD. Jimenez Carrillo Andrea Carolina, MD. Erick Marcelo Quispe Amador.

ARTEFACTO MENTAL

“Peace & Scan”
MD. Mabel A. Añazgo Vargas

ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA

Participación de los residentes de tercer año en la feria de residencias de la UBA.
Participación del actual Jefe de Residentes Andres Morales en el Congreso de diagnóstico por imágenes de Tucumán.
Participación de los residentes de cuarto año en el CLIM.



CASO DE LA SEMANA

COLELITIASIS SINTOMÁTICA EN PACIENTE JOVEN

MD. Narváez Javib, MD. Maira Vásquez.

La colelitiasis es definida como la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar, representa una de las enfermedades biliares más comunes en la práctica médica. Su diagnóstico, aunque a menudo incidental, cobra gran relevancia debido a su potencial para desarrollar complicaciones como colecistitis aguda, coledocolitiasis o pancreatitis biliar. La ecografía abdominal es el método diagnóstico de elección, permitiendo una detección rápida y confiable gracias a su alta sensibilidad y especificidad.

Se trata de un paciente masculino de 37 años que consultó por dolor en hipocondrio derecho, afebril y sin respuesta a analgésicos. El examen clínico motivó la solicitud de laboratorio y ecografía abdominal, siendo los primeros normales. La ecografía abdominal (Fig.1) mostró una vesícula biliar de forma y tamaño conservados, con litiasis única de 19 mm en el bacinete, fija y con sombra acústica posterior, sin signos ecográficos de colecistitis. Se interconsultó con cirugía general, que indicó colecistectomía laparoscópica, que fue realizada sin complicaciones. El paciente evolucionó favorablemente y se decidió su alta con manejo ambulatorio.

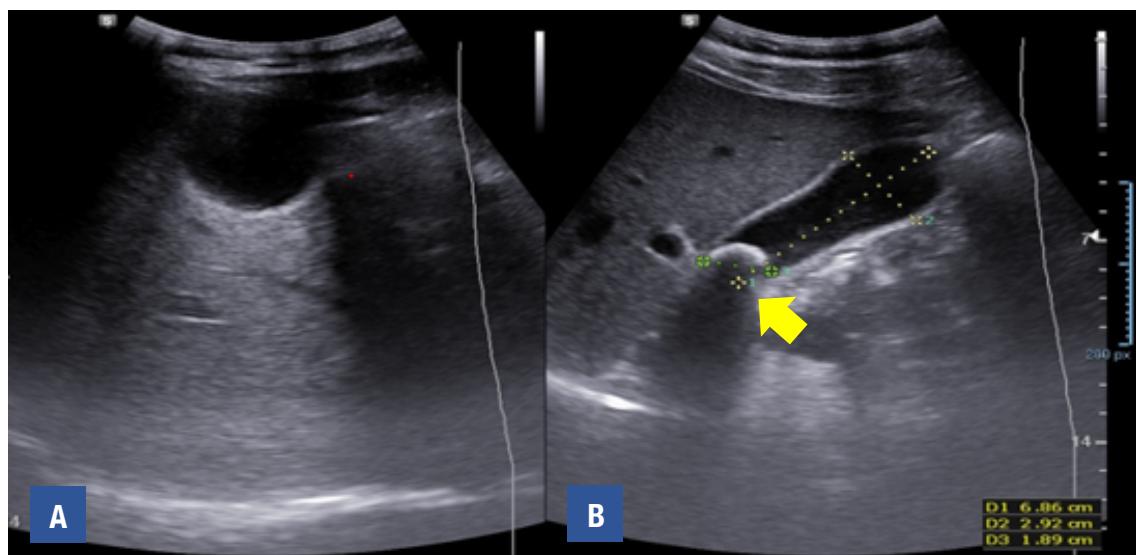


Fig. 1. Ecografía abdominal, en donde se evidenció la presencia de una imagen hiperecogénica (Flecha amarilla) con sombra acústica posterior ubicada en el bacinete que no se desplaza con los cambios de posición (A) imagen en transversal (B) imagen en longitudinal de la vesícula biliar.

Consejos para evaluación de la vesícula biliar:

- Ayuno de 6–8 horas.
- Transductor convexo de 3–5 MHz.
- Elevar los brazos del paciente.
- Planos longitudinal, transversal, subcostal e intercostal.
- Evaluación en al menos dos posiciones (habitualmente decúbito supino y lateral izquierdo).
- Evaluar la vía biliar intra y extra hepática.

PARÁMETROS	QUE BUSCAR	HALLAZGO	CÓMO DIFERENCIARLO
FORMA Y TAMAÑO	Vesícula ovoidea, pliegues, sin engrosamientos. DT < 4 cm y DL < 10 cm.	BARRO BILIAR	Baja ecogenicidad, sin sombra posterior, movilidad.
CONTENIDO	Imágenes hiperecogénicas móviles con sombra acústica posterior.	PÓLIPOS VESICULARES	No móviles, sin sombra posterior, pueden ser múltiples.
PARED VESICULAR	Evaluar grosor < 3 mm, continuidad y edema.	COLESTEROLOSIS	Engrosamiento de la pared con puntos hiperecogénicos sin sombra posterior.
DOLOR A LA COMPRESIÓN	Signo de Murphy ecográfico (sugiere colecistitis si hay presencia de litiasis).	ADENOMIOMATOSIS VESICULAR	Presencia de senos de Rokitansky-Aschoff.
LÍQUIDO PERIVESICULAR	Si se sospecha de inflamación.		

Elaboración propia.

Ejemplo de descripción:

Vesícula biliar de forma y tamaño conservados, mide 69 x 29 mm DL x DAP, con pared de 3mm. Se identifica una imagen hiperecogénica de aproximadamente 19 mm en su interior ubicada en el bacinete, que genera sombra acústica posterior y no se desplaza con los cambios de posición del paciente, hallazgo compatible con litiasis vesicular. No se observa signos de colecistitis ni líquido perivesicular.

Conclusión

Este caso destacó cómo una litiasis vesicular no complicada puede generar un cuadro clínico persistente que requiere resolución quirúrgica, aun en presencia de laboratorios normales y sin signos ecográficos de colecistitis. Para el residente en formación, es clave reconocer que la ecografía, incluso con hallazgos sutiles, guía decisiones terapéuticas concretas cuando se correlaciona adecuadamente con la clínica.

Bibliografía

1. Murphy MC, Gibney B, Gillespie C, et al. Gallstones top to toe: what the radiologist needs to know. *Insights Imaging*. 2020;11(1):13. doi:10.1186/s13244-019-0825-4.
2. Zdanowicz K, Daniluk J, Lebensztejn DM, et al. The etiology of cholelithiasis in children and adolescents—a literature review. *Int J Mol Sci*. 2022;23(21):13376. doi:10.3390/ijms232113376.
3. Shenoy R, Kirkland P, Hadaya JE, et al. Management of symptomatic cholelithiasis: a systematic review. *Syst Rev*. 2022;11(1):267. doi:10.1186/s13643-022-02135-8.
4. Littlefield A, Lenahan C. Cholelithiasis: presentation and management. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(3):289–97. doi:10.1111/jmwh.12959.

APENDICITIS AGUDA

MD. Ginet Fragozo, MD. Fanny Chango.

La apendicitis aguda representa una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico en pacientes jóvenes. Su diagnóstico requiere la integración de datos clínicos, de laboratorio e imagenológicos. La ecografía abdominal es una herramienta de gran utilidad, sobre todo en pacientes jóvenes, en los que la visualización del apéndice es posible con buena técnica.

Se trató de un paciente masculino de 17 años, sin antecedentes patológicos, que consultó a la guardia por un cuadro de 24 horas de dolor en fosa iliaca derecha, sin irradiación, asociado a un pico febril. Al examen físico presentó abdomen blando y depresible, doloroso en FID, con defensa, sin signos de irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis (13.100 GB) con parámetros bioquímicos sin alteraciones significativas. Se realizó una ecografía abdominal, que evidenció una imagen tubular, no compresible, aperistáltica, de 8.1 mm de diámetro, con engrosamiento parietal (4 mm) y aumento de la ecogenicidad del tejido graso periapendicular, hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Se indicó internación, tratamiento antibiótico y laparoscopia exploradora.

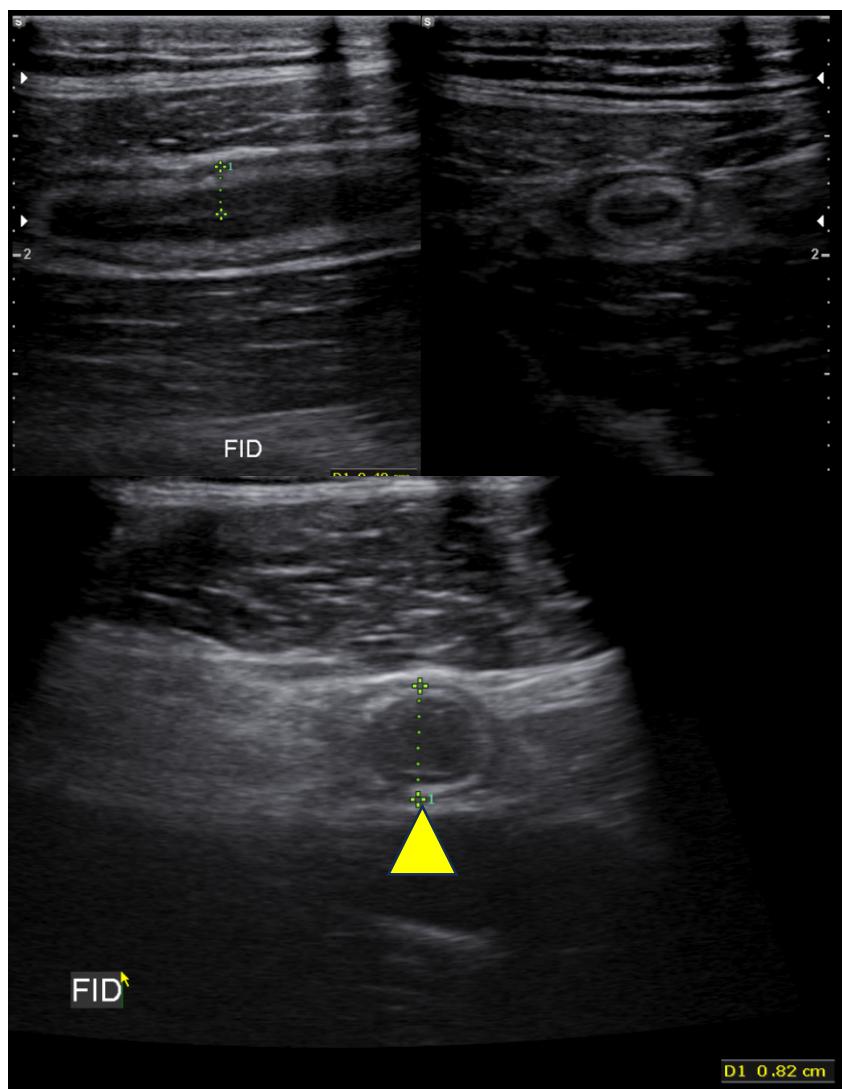


Fig. 1. Ecografía abdominal en un corte transversal (A) y longitudinal (B) en donde se observó una imagen tubular no compresible, aperistáltica, de aproximadamente 8 mm, con un grosor de pared de 4 mm (cabeza de flecha roja), asociada a un sutil aumento de la ecogenicidad de los planos grasos adyacentes (cabeza de flecha amarilla), compatible con proceso inflamatorio/infeccioso apendicular.

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE APENDICITIS AGUDA	
PARÁMETROS	DESCRIPCIÓN
TÉCNICA	Paciente en decúbito supino. Transductor lineal (7-12 MHz). Usar transductor convexo en caso de obesidad o abundante gas intestinal. Iniciar en el sitio de mayor dolor. Compresión gradual en cuadrante inferior derecho. Explorar todo el trayecto del apéndice.
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	Estructura tubular, ciega, no compresible. Diámetro transverso ≥ 6 mm. Pared engrosada ≥ 3 mm. Aumento de vascularización en el Doppler color. Cambios inflamatorios de la grasa circundante. Presencia de apendicolito.
HALLAZGOS SECUNDARIOS	Engrosamiento del ciego. Ganglios reactivos (<5 mm). Pérdida de la estratificación mural. Colección periapendicular. Líquido libre en FID.
ERRORES FRECUENTES	Confundirla con el ileón terminal. No visualizarla por el hábito corporal del paciente o variantes anatómicas. Basar el diagnóstico solo en el diámetro, sin otros hallazgos asociados. No explorar toda su longitud. Retrocecal, subhepático, pélvico, pre/postileal.
VARIANTES ANATÓMICAS	Dentro de una hernia inguinal o femoral (Amyand o Garengeot). Malrotación (Cuadrante inferior izquierdo). Diverticulitis. Adenitis mesentérica. Ileítis/Tiflitis. Torsión ovárica. Embarazo ectópico. Enfermedad inflamatoria pélvica.
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	

Elaboración propia.

Elaboración propia.

Ejemplo de descripción:

Se exploró la fosa ilíaca derecha visualizándose una imagen tubular no compresible, aperistáltica, de aproximadamente 8 mm, con un grosor de pared de 4 mm, asociado a un sutil aumento de la ecogenicidad de los planos grasos adyacentes, compatible con proceso inflamatorio/infeccioso apendicular.

Conclusión

Este caso puso en evidencia la relevancia de la ecografía como método diagnóstico inicial en pacientes jóvenes con dolor abdominal, permitiendo una evaluación precisa sin exposición a radiación. Para el residente, es clave reconocer los signos ecográficos de apendicitis y saber integrarlos con el contexto clínico, aun en ausencia de hallazgos llamativos en el laboratorio o el examen físico.

Bibliografía

1. Arévalo Espejo OJ, Moreno Mejía ME, Ulloa Guerrero LH. Apendicitis aguda: hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. Rev Colomb Radiol. 2013;24(4):377-87.
2. Borruel Nacenta S, Ibáñez Sanz L, Sanz Lucas R, Depetris MA, Martínez Chamorro E. Update on acute appendicitis: Typical and atypical findings. Radiología (Engl Ed). 2023;65 Suppl 1:S81-S91. doi: 10.1016/j.rxeng.2022.09.010. PMID: 37024234.
3. Jacob K, Mahsoub M. Acute appendicitis [Internet]. Melbourne (AU): Radiopaedia.org; 2008 [actualizado 31 de marzo de 2025; acceso 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.53347/rID-922>.

DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

MD. Mabel A. Añazgo Vargas, MD. María Alejandra Ramírez.

La diverticulitis representa una inflamación y/o infección de uno o más divertículos del colon, siendo más frecuente en el colon sigmoides y presentándose con mayor incidencia en adultos mayores. La tomografía computada (TC) es el método de elección para su diagnóstico, pero la ecografía es una herramienta valiosa, especialmente como estudio inicial, por su disponibilidad, bajo costo, y ausencia de radiación.

Se trató de una paciente femenina de 64 años, con antecedente de apendicectomía, que consultó por un cuadro de dolor localizado en flanco y fosa iliaca izquierda, de 24 horas de evolución, asociado a diarrea y episodios febriles. Al examen físico presentó ruidos hidroaéreos aumentados, sin otros hallazgos relevantes. Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis de $13.000/\text{mm}^3$. Se realizó ecografía abdominal, que mostró engrosamiento parietal del colon sigmoides, con múltiples divertículos y aumento de la ecogenicidad de la grasa mesocólica adyacente, sin evidencias de abscesos ni colecciones, hallazgos compatibles con diverticulitis aguda no complicada (Fig. 1).

La paciente fue manejada de forma ambulatoria con antibioticoterapia, indicaciones de alarma y control clínico a las 48 horas. En la reevaluación, refirió resolución completa de la sintomatología, sin signos de complicaciones evolutivas.

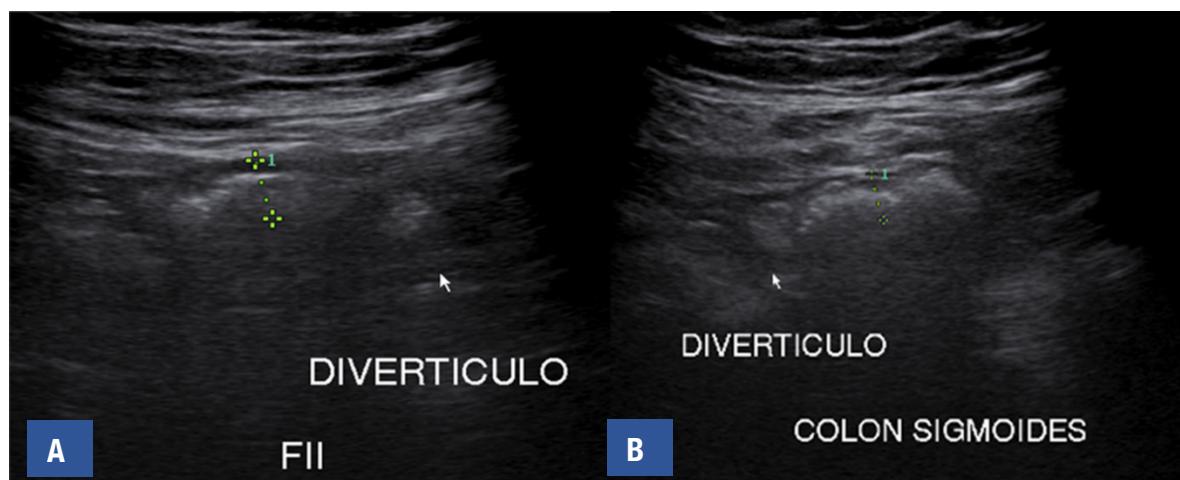


Fig. 1 Ecografía abdominal de la paciente en un corte transversal, muestra a nivel de fosa iliaca izquierda, el engrosamiento parietal colónico (A), con presencia de múltiples imágenes diverticulares (flechas blancas) en región del colon sigmoides, asociado a un aumento de la ecogenicidad de los planos gramos adyacentes (A) y (B).

Ejemplo de informe

Se exploró fosa iliaca izquierda visualizándose signos de diverticulitis aguda no complicada, con un engrosamiento parietal circunferencial y simétrico del colon sigmoides de aproximadamente 6 mm, asociado a múltiples imágenes diverticulares y aumento de la ecogenicidad de los planos gramos adyacentes. No se evidencian colecciones.

PARÁMETROS	DESCRIPCIÓN
TÉCNICA ECOGRÁFICA	Paciente en decúbito supino. Transductor lineal 5-12 MHz. Estudio en el cuadrante inferior izquierdo. Compresión gradual. Transductor convexo (paciente obeso).
HALLAZGOS ECOGRÁFICOS	Divertículo inflamado: imagen sacular hipo/hiperecoica saliente de la pared. Engrosamiento parietal mayor a 4 mm. Aumento de la ecogenicidad pericólica (signo inflamatorio). Hiperemia con Doppler. Abscesos: colecciones heterogéneas (áreas mal definidas). Gas intraluminal. Apendicitis. Colitis infecciosa. Enfermedad inflamatoria intestinal. Tumores colónicos.
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	

Elaboración propia.

Conclusión

Este caso resaltó la utilidad de la ecografía como herramienta accesible y eficaz para el diagnóstico inicial de diverticulitis en contextos clínicos compatibles. Para el residente, resulta esencial reconocer los signos ecográficos sugestivos y distinguir entre formas complicadas y no complicadas, ya que esto impacta directamente en el abordaje terapéutico.

Bibliografía

1. Bachar GN, Atar E, Dahan M, Neiman H, Gurvitz T, Nidal I, et al. Ultrasound as a first-line modality for acute colonic diverticulitis: a prospective comparison with CT. *J Clin Med.* 2025;14(7):2510. doi:10.3390/jcm14072510.
2. Ramos-Rubio D, Gallego-Colón E, Sánchez-Roldán A, Sanz-Trenado JL, Juez-Sáez LD. Diagnóstico ecográfico de la diverticulitis aguda izquierda no complicada: ¿técnica de primera línea para el manejo ambulatorio? *Sanid Mil.* 2023;79(4):234–40. doi:10.4321/s1887-85712023000400005.



REPORTE DE CASO

CARCINOMA RENAL CON METÁSTASIS PULMONAR Y GANGLIONAR EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO.

MD. Jimenez Carrillo Andrea Carolina, MD. Erick Marcelo Quispe Amador.

Resumen

Presentamos el caso de un adolescente con carcinoma renal pobremente diferenciado, diagnosticado tras un cuadro inicial inespecífico con compromiso ganglionar y pulmonar. El diagnóstico fue confirmado mediante biopsia ganglionar e inmunohistoquímica. Este caso destaca el valor del abordaje multidisciplinario y de la sospecha clínica en tumores renales atípicos.

Palabras clave: carcinoma renal, nefroblastoma, metástasis, tumor renal pediátrico, diagnóstico por imágenes.

Descripción del caso

Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes personales relevantes, que consultó a la guardia por fiebre, vómitos y diarrea, asociado a adenopatías cervicales izquierdas. Se solicitaron estudios de laboratorio, ecografía abdominal y de partes blandas del cuello. La ecografía de cuello (Fig. 1) evidenció adenomegalias con pérdida de la relación córtico-hiliar; la ecografía abdominal no mostró hallazgos patológicos relevantes.

El cuadro fue interpretado como un proceso infeccioso de probable origen gastrointestinal, por lo que se otorgó el alta con tratamiento sintomático. Días más tarde, el paciente reingresó por persistencia del cuadro.

Una nueva ecografía abdominal reveló derrame pleural izquierdo, motivo por el cual se realizó una tomografía (TC) de tórax, la TC (Fig. 2) mostró opacidades reticulares finas y difusas, con presencia de múltiples imágenes micronodulares, compatibles con diseminación hematogena. También se observó derrame pleural izquierdo, desplazamiento del mediastino y adenopatías cervicales y mediastinales con necrosis central. En cortes bajo diafragma se identificó una lesión nodular heterogénea en topografía suprarrenal derecha, sin plano de clivaje definido (Fig. 2).

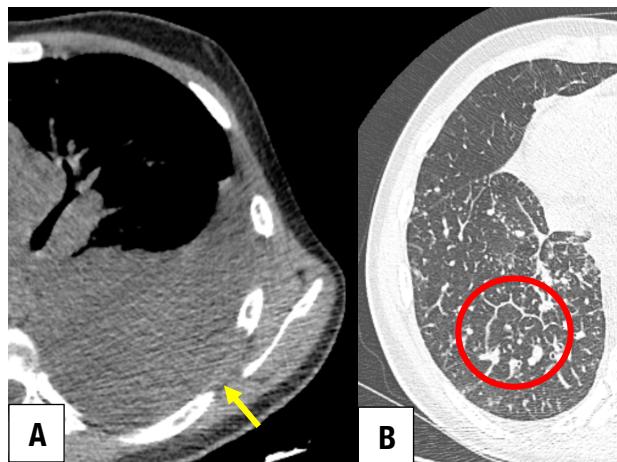


Fig 2. TC de tórax. (A) Se identificó derrame pleural izquierdo (flecha amarilla), que condiciona el colapso pasivo del parénquima pulmonar adyacente y desplazamiento del mediastino hacia la derecha. (B) Opacidades reticulares finas y difusas, (círculo rojo) con presencia de múltiples imágenes micronodulares, compatibles con diseminación hematogena.

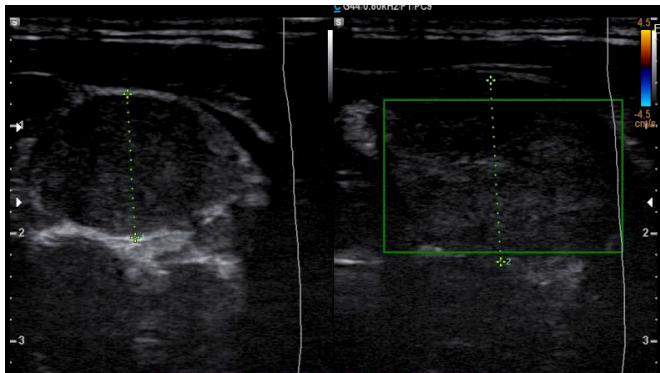


Fig 1. Ecografía que muestra aumento del tamaño de las estructuras ganglionares avasculares, con morfología redondeada y pérdida de la relación cortico-hilar.

Se realizó biopsia de la adenopatía cervical. El informe inicial fue sugestivo de adenocarcinoma. Los estudios inmunohistoquímicos plantearon el diagnóstico diferencial entre nefroblastoma y carcinoma renal. La revisión histopatológica por patólogo pediátrico confirmó carcinoma renal pobremente diferenciado, con mucina extracelular.

La TC de abdomen y pelvis con contraste evidenció una lesión expansiva en el polo superior del riñón derecho, de contornos irregulares y escaso realce, con adenopatías retroperitoneales bilaterales (Fig. 3). La RM (Resonancia magnética) de abdomen mostró una lesión sólida, heterogénea, con necrosis, restricción en difusión y leve realce postcontraste (Fig 4).

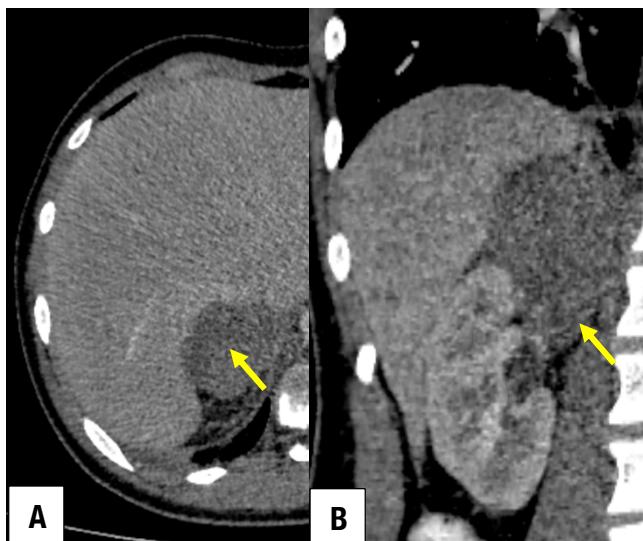


Fig 3. TC de abdomen y pelvis (A) Se identifica en un corte axial (A) y coronal (B) una lesión expansiva en el polo superior del riñón derecho (flecha amarilla), de contornos irregulares, con escaso realce tras la administración de contraste endovenoso y en el retroperitoneo conglomerados adenopáticos bilaterales, de contornos irregulares y centro hipodenso.

El paciente fue sometido a nefrectomía parcial derecha e inició tratamiento oncológico paliativo, con egreso hospitalario y seguimiento ambulatorio sin eventos adversos reportados al momento de la redacción.

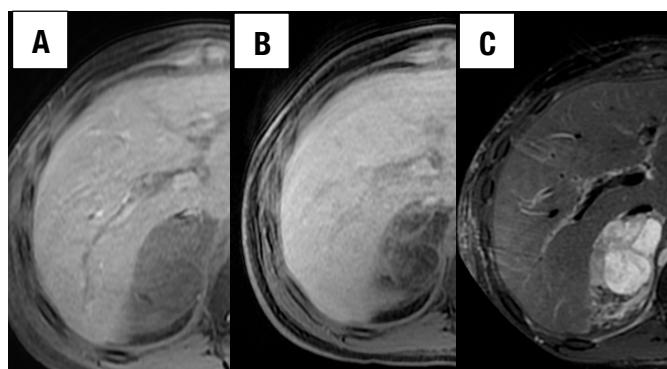


Fig 4. RM de abdomen (A) En la secuencia T1 con contraste, se visualiza una lesión neoformativa en el polo superior del riñón derecho con leve realce posterior a la administración de contraste endovenoso (B, se identifica el comportamiento heterogéneo de la lesión en secuencia T2 (C).

Discusión

La mayoría de los tumores renales en niños corresponden a nefroblastomas. Sin embargo, en adolescentes debe considerarse el carcinoma renal, cuya incidencia es mucho menor. En este caso, los síntomas iniciales fueron inespecíficos y se interpretaron inicialmente como un proceso infeccioso, lo que retrasó el diagnóstico.

La identificación de adenopatías patológicas en ecografía y TC, sumada a la presencia de una lesión renal y metástasis pulmonares, permitió orientar hacia una patología maligna. La literatura describe que, a diferencia del nefroblastoma, el carcinoma renal en niños puede manifestarse con metástasis hematógenas tempranas y hallazgos imagenológicos no específicos.

Aunque las imágenes no fueron concluyentes para caracterizar la lesión, resultaron clave para iniciar una estrategia diagnóstica que incluyó el análisis inmunohistoquímico. La colaboración entre pediatras, radiólogos y patólogos permitió alcanzar el diagnóstico final y establecer el tratamiento adecuado.

Conclusión

El carcinoma renal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas renales en adolescentes, incluso cuando los hallazgos clínicos son inespecíficos. La integración de clínica, imágenes y anatomía patológica resulta fundamental para el diagnóstico y manejo oportuno. Este caso ilustra la importancia del enfoque multidisciplinario en oncología pediátrica.

Bibliografía

1. Silvente Bernal S, Girón Vallejo O, Sánchez Sánchez A, Menacho Hernández C, Rodón Berrio J, Parra Gelder BA. Late effects of Wilms' tumor treatment. *Cir Pediatr.* 2024 Jul 9;37(3):116-122. doi:10.54847/cp.2024.03.13.
2. Tsiflikas I. Nierentumoren bei Kindern und Jugendlichen [Renal tumors in children and adolescents]. *Radiologie (Heidelberg).* 2024 Jan;64(1):18–25. doi:10.1007/s00117-023-01238-0.

3. Ray S, Jones R, Pritchard-Jones K, Dzhuma K, van den Heuvel-Eibrink M, Tytgat G, et al. Pediatric and young adult renal cell carcinoma. *Pediatr Blood Cancer*. 2020 Nov;67(11):e28675. doi:10.1002/pbc.28675.

4. Van der Beek JN, Krijger RR, Nievelstein RAJ, Bex A, Klijn AJ, Van den Heuvel-Eibrink MM, et al. MRI characteristics of pediatric and young-adult renal cell carcinoma: a single-center retrospective study and literature review. *Cancers (Basel)*. 2023 Feb 22;15(5):1401. doi:10.3390/cancers15051401.

5. Tawk A, Abou Zahr R, Chalhoub K, Danaf S, Kamareddine MH, Nohra J. Renal cell carcinoma in the pediatric population: a case report and review of the literature. *Urol Case Rep*. 2023 Jun 2;49:102453. doi:10.1016/j.eucr.2023.102453.

6. Van der Beek JN, Artunduaga M, Schenk JP, Eklund MJ, Smith EA, Lederman HM, et al. Similarities and controversies in imaging of pediatric renal tumors: a SIOP-RTSG and COG collaboration. *Pediatr Blood Cancer*. 2023 May;70 Suppl 2:e30080. doi:10.1002/pbc.30080.

7. Artunduaga M, Eklund M, Van der Beek JN, Hammer M, Littooij AS, Sandberg JK, et al. Imaging of pediatric renal tumors: a COG Diagnostic Imaging Committee/SPR Oncology Committee white paper focused on Wilms tumor and nephrogenic rests. *Pediatr Blood Cancer*. 2023 Jun;70(Suppl 4):e30004. doi: 10.1002/pbc.30004.

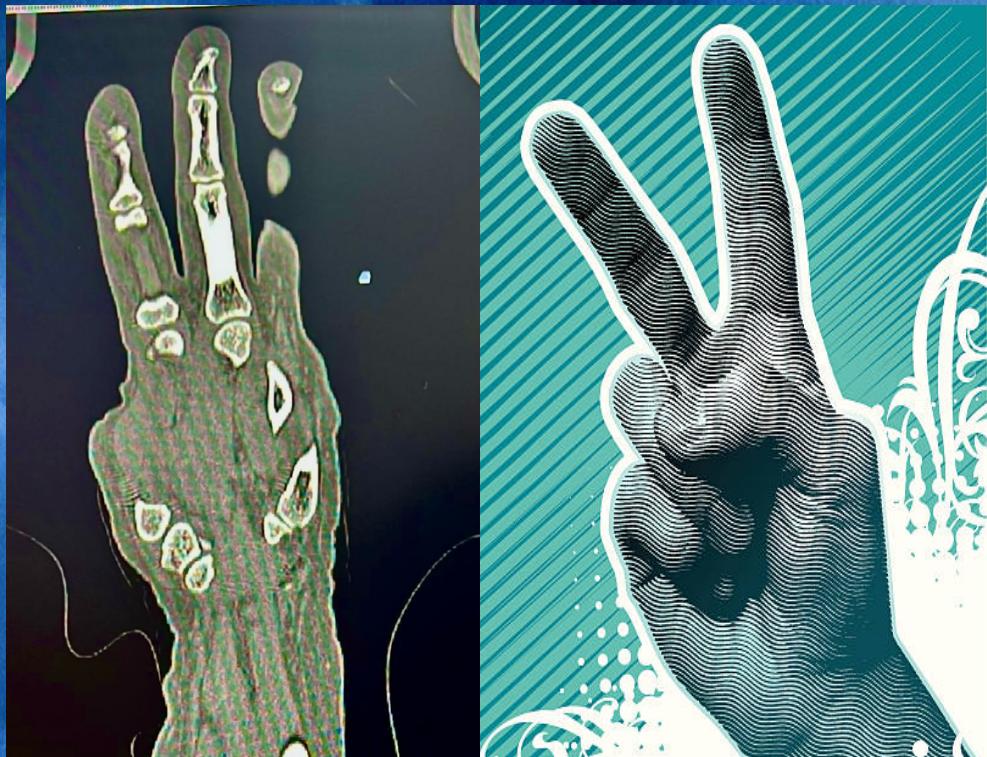
The background of the image is a textured, abstract composition dominated by various shades of blue. It features large, organic, swirling shapes that resemble petals or perhaps a microscopic view of cellular structures. The colors range from light lavender at the top to deep navy at the bottom, with darker, more saturated blues forming the central and lower portions of the design.

ARTEFACTO MENTAL

Una sección para ver distinto

"A veces, lo que parece un tumor... es Pikachu."

En esta sección, invitamos a los residentes a compartir imágenes médicas que se parezcan a algo más: una figura, un objeto, una caricatura, un símbolo o lo que la imaginación les dicte. Porque entrenar la mirada también es poder verla desde otro ángulo.



"Peace & Scan"

En un corte coronal de TC de mano, una residente encontró más que huesos: vio el símbolo 🤝 de paz y amor escondido entre los metacarplos. Porque a veces, basta un cambio de ángulo (y un poco de imaginación) para ver algo más.

Aporte de MD. Mabel Añazgo



ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA



Participación de los Residentes de tercer año en la feria de residencias de la UBA, en esta oportunidad, tuvimos la colaboración de Jean Carlo Sanchez, Javier Amengual y Carolina Sanchez, quienes hicieron una buena representación de nuestra residencia.



Participación del actual jefe de residentes en el XVI Congreso Internacional de Diagnóstico por Imágenes, organizado por la sociedad Tucumana de Radiología, Imágenes y Terapia Radiante, realizado en San Miguel de Tucumán del 19 al 21 de junio del 2025.



Participación de nuestros flamantes Residentes de cuarto año en el IV Curso Internacional – Práctico en Imágenes Mamarias de la Comunidad Latinoamericana de Imagenólogos Mamarios, llevado a cabo los días 4, 5 y 6 de Julio en las instalaciones de la Universidad Católica Argentina.

Créditos – Artefacto

Gaceta mensual de la Residentes de Diagnóstico por Imágenes.

Edición: Julio 2025

Dirección editorial:

Dr. Erick Marcelo Quispe Amador

Coordinación:

Dr. Jean Carlo Sánchez

Dra. Ginet Fragozo

Dra. Mabel Añazgo

Colaboradores de secciones especiales:

Portada: Dr. Jorge Perea.

Fotografía: Dra. Carolina Sánchez

Caso de la semana: Dr. Javib Narváez, Dra. Ginet Fragozo, Dra. Mabel Añazgo, Dra. Maira Vásquez, Dra. Fanny Chango, Dra María Alejandra Ramírez.

Reporte de Caso: Dra. Andrea Jiménez.

Artefacto Mental: Dra. Mabel Añazgo.

Agradecimientos especiales:

Especial agradecimiento al Director Médico de Diagnóstico Médico (DM), Prof. Dr. Buzzi Alfredo, por apoyar y confiar en la elaboración de la gaceta. A todos los residentes quienes aportan día a día con ideas, imágenes y compromiso.

*Contacto y envíos para próximas ediciones:
erickmarcelo.quispedm@gmail.com*