



|                                                                                |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Paciente:</b> FABIOLA BENJUMEA DE CASTAÑA'EDA                               |                          |
| <b>Documento:</b> :32400232                                                    | <b>Sexo:</b> :F          |
| <b>Edad:</b> 70 AÑ'OS                                                          | <b>Fecha:</b> 2015-10-09 |
| <b>Estudio:</b> TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) |                          |
| <b>Técnica:</b> CONTRASTADO                                                    | <b>Lado:</b> N/A         |
| <b>Extremidad:</b>                                                             |                          |
| <b>EPS / Aseguradora:</b> FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR        |                          |
| <b>Adicional:</b>                                                              |                          |

#### Técnica:

Utilizando técnica multidetector, se obtuvieron múltiples cortes axiales de abdomen y pelvis, desde las cúpulas diafragmáticas hasta el pubis, después de inyectar con jeringa ( 100 cc Optiray) de medio de contraste iodado no iónico por vía endovenosa a través de (conector de baja presión), guiada por una radiografía digital previa donde se señalan los mismos. Se suministró sustancia de contraste oral ( 50 cc Meglumina vía oral- Conray ) a fin de opacificar el tubo digestivo

No aumento con imágenes De estudios previos para comparar Al momento de la lectura

Este estudio se realiza comparativamente con reporte de escanografía simple y contrastada de abdomen

En lo visualizado de ambos hemitórax, de localización intra o extrapulmonar no hay lesiones.

Hígado, vesícula biliar, vía biliar, venas suprahepáticas, porta, hilio hepático, arcada duodenal, páncreas, bazo y glándulas suprarrenales son normales.

Resección quirúrgica del recto, ampolla rectal y colon sigmoide. Sin que se observe de residuo, recidiva o viabilidad de su patología de base

Asas de intestino delgado y grueso son normales

Ateromatosis calcificada aortoiliaca

No hay adenomegalias retroperitoneales, pélvicas ni obturadoras.

Riñones, sistemas colectores, uniones ureterovesicales y vejiga son normales.

Adecuados planos de clivaje entre las diferentes estructuras pélvicas.

Aumento difuso de la densidad de la grasa presacra en relación con cambios inflamatorios post radioterapia lo más probablemente

posterior a la pared dorsal de la vejiga y ventral al sacro, en topografía del fondo de saco posterior, se observa imagen con densidad de tejido blando, circunscrita, con líquido en su interior, que bien pudiera estar en relación con visualización del útero, con signos de líquido en el interior de la cavidad endometrial hacia el fundus lo mas probablemente. Igualmente comprometiendo fondo de saco posterior a nivel parasagital derecho de la línea media se observa lesión anexial derecha lo más probablemente, de paredes gruesas, que capta periféricamente el contraste, con centro hipodenso, con densidad de líquido, de origen inespecífico, que alcanza unas medidas de 38 x 35 x 31 mm. Por lo que recomiendo complementar con eco pélvica transvaginal, para mejor caracterización de este hallazgo y Correlacionar con imágenes de estudios previos, con las cuales no cuento al momento de la lectura para definir etiología.

No hay ascitis.

Diástasis de rectos abdominales a nivel del meso e hipogastrio. Atrofia difusa de la musculatura de los rectos abdominales de predominio izquierdo a nivel superior y medio, en relación con reemplazo graso de sus fibras

evisceración contenida por la capa del peritoneo parietal a nivel del meso e hipogastrio sin signos de sufrimiento de asa

colostomía a permeable a nivel de la unión entre el flanco y fosa iliaca izquierda, con signos de hernia de la grasa a nivel para estomal, en relación con saco herniario, de 17 x 71 mm

engrosamiento difuso de las capas de la piel en sitio de colostomía sin que por este estudio se observen colecciones, seromas, hematomas o abscesos

Cambios degenerativos del esqueleto axial lumbar distal. Osteopenia difusa

Dr(a). JUAN GONZALO VELEZ RESTREPO  
ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA  
Reg. Medico: 9915-91  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA JAVERIANA

