

15/11/2023

Estimado Doctor (a):

El examen realizado a paciente RUBILAR GUÍÑEZ, ELAMPÍA, ha dado el siguiente resultado:

PET CT 18F-FDG (INFORME DE RADIOLOGÍA)

Técnica: Se realiza tomografía computada multicorte en equipo PET/CT Siemens Biograph mCT Flow™ 20, con medio de contraste yodado en fase portovenosa y tardía, desde la base de cráneo hasta los muslos y pulmonar de alta resolución.

Antecedentes: Etapificación de carcinoma de endometrio.

Cabeza y cuello:

La captación fisiológica de 18FDG en corteza cerebral y cerebelar puede enmascarar la presencia de lesiones encefálicas.

Vía aérea superior y laringe permeables. No se observan adenopatías ni procesos expansivos hipermetabólicos cervicales.

Tórax:

Volúmenes pulmonares simétricos. Discreto engrosamiento septal subpleural bilateral, con algunas bandas parenquimatosas subsegmentarias asociadas, sin panalización, de carácter inespecífico, posiblemente secuelar postinflamatorio.

Pequeños nódulos subpleurales bilaterales en segmento posterior lobar superior derecho, basal posterior y lateral derecho y basal posterior izquierdo, de hasta 6 mm, además de nódulos cisural menor derecho poligonal de 7 mm, sin hipermetabolismo, que pueden corresponder a linfonodos intrapulmonares. No se observan adenopatías axilares, mediastínicas ni hiliares, solo algunos linfonodos mediastínicos e hiliares bilaterales hipermetabolismo, inespecíficos.

Vasos mediastínicos, tráquea y bronquios principales permeables. Ateromatosis cálcica aórtica y coronaria. Corazón de tamaño normal. No hay derrame pleural ni pericárdico.

Abdomen y pelvis:

Se observa engrosamiento hipermetabólico endometrial fúndico y corporal, con realce heterogéneo, compatible con neoplasia primaria, que mide aproximadamente 50 x 30 x 38 mm en los ejes longitudinal, anteroposterior y transversal respectivamente. Hacia caudal, se observa una lesión hipermetabólica cervicouterina de aproximadamente 28 x 23 x 26 mm en estos mismos ejes, con aparente extensión a fondos de saco vaginales y aparente extensión a tejido adiposo pararectal anterior adyacente, que puede corresponder a extensión tumoral, sin poder descartar una neoplasia cervicouterina sin crónica. Esta impresiona encontrarse separada de otra lesión endometrial por un segmento uterino a nivel ístmico que no presenta hipermetabolismo ni lesiones evidentes por este método.

No se observan adenopatías hipermetabólicas mesentéricas, retroperitoneales ni ilíacas de aspecto secundario.

Cambios postquirúrgicos de cirugía de Miles, con sigmoidectomía y colostomía terminal en fosa ilíaca

izquierda. Muñón rectal sin alteraciones tomográficas ni focos hipermetabólicos.

Hernias paraostomal y umbilical con contenido adiposo, no complicadas.

Hígado de morfología normal, sin lesiones focales evidentes.

Vesícula biliar con contenido hipodenso. No hay dilatación de la vía biliar.

Lesión hipodensa de 12 mm en cuerpo hacia la cola del páncreas hacia posterior, de aspecto quístico, sin caracteres tomográficos de agresividad ni hipermetabolismo.

Bazo, glándulas suprarrenales y riñones sin lesiones agresivas evidentes.

No hay hidronefrosis ni ascitis. Ateromatosis cálcica aortoiliaca.

Vejiga en repleción parcial, con contenido hipodenso.

Músculo - esquelético y partes blandas:

No se observan lesiones óseas hipermetabólicas de aspecto secundario. Hipermetabolismo y aumento de volumen de partes blandas periarticulares en ambos hombros, mayor a derecha y en menor medida en ambas caderas, relación a cambios degenerativos, de carácter inflamatorio.

Impresión:

Neoplasia hipermetabólica endometrial, que compromete fondo y cuerpo uterino y lesión hipermetabólica cervicouterina, con aparente extensión vaginal y al tejido adiposo pararectal anterior, que puede corresponder a extensión tumoral vs neoplasia cervicouterina primaria sincrónica.

Examen sin signos tomográficos de diseminación a distancia.

Nódulos pulmonares subpleurales aislados bilaterales y cisural menor a derecha, sin hipermetabolismo asociado, posibles linfonodos intrapulmonares. Se sugiere control tomográfico.

Lesión quística pancreática, sin caracteres tomográficos de agresividad ni hipermetabolismo. Se sugiere evaluar con RM.

Sigmoidectomía, con colostomía terminal y muñón rectal, sin lesiones hipermetabólicas asociadas.

Atentamente,



Dr. José Ignacio Millán
Médico Radiólogo