



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLOGIA**

**ANÁLISIS DE CASO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO
EN RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGIA**

TEMA:

**CARCINOMA RECTOSIGMOIDEO OBSTRUCTIVO E
INFILTRATIVO DETERMINACIÓN RADIOLÓGICA**

AUTORA:

BAQUE LÓPEZ JOSSELYN VALERIA

TUTORA:

DRA. DORA HEREDIA VÁSQUEZ

MANTA – MANABI- ECUADOR

2018 -2019 (2)

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de **400 horas**, bajo la modalidad de **análisis de caso**, cuyo tema del proyecto es “**Carcinoma Rectosigmoideo Obstructivo E Infiltrativo Determinación Radiológica**”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo **certifico**, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a la señorita **Baque López Josselyn Valeria**, estudiante de la carrera de Radiología e Imagenología, período académico 2018 2019(2), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 21 de febrero de 2019

Lo certifico,

DRA, DORA HEREDIA VÁSQUEZ
Docente Tutor
Área: Radiología e Imagenología

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“Carcinoma Rectosigmoideo Obstructivo E Infiltrativo Determinación Radiológica** del Srta. **Baque López Josselyn Valeria**, luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos, previo a la obtención del título de Licenciatura en Radiología e Imagenología.

Lcdo. Santos Bravo Loo

Presidente del Tribunal

Calificación _____

Lcdo. Freddy Hidalgo Marcillo

1 Vocal

Calificación _____

Lcda. Karina Moreno Mejía

2 Vocal

Calificación _____

Manta, 21 de febrero de 2019

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Yo, **Baque López Josselyn Valeria** portador de la cedula de ciudadanía N° 131492984-3, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado: “**Carcinoma Rectosigmoideo Obstructivo E Infiltrativo Determinación Radiológica**” que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Radiología e Imagenología** son absolutamente originales, auténticos y personales. En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del Análisis de Caso y posteriores de la redacción de este documento son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica.

AUTOR

Josselyn Valeria Baque López

DEDICATORIA

A Dios autor y creador de la vida, por brindarme la fortaleza y sabiduría en cada proyecto y etapa vivida, por el apoyo primordial durante toda esta etapa de estudio en este largo camino.

A mis pilares principales mis padres Roció López y Darwin Baque que fueron y son fundamentales durante mi carrera por su entendimiento y esfuerzo en todos los sentidos y apoyo en cada momento que me brindaron.

A un ser especial que se encuentre en lo más alto y desde allí me ha visto llorar y reír a ti querida abuelita Mamita Elena que desde aquí espero hacerte sentir orgullosa de cada paso que eh dado y daré.

Josselyn Valeria Baque López

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar porque él ha hecho esto posible, a mi amada familia muchas gracias por estar presentes en todo este tiempo dándome los ánimos necesarios para continuar a mis hermanos por cada ayuda durante un determinado momento.

A mis amigas que me regalo la carrera Mirian Hidalgo y Johana Zambrano que su amistad , ayuda y comprensión supieron influenciar en mí y ser mejor persona y mejor estudiante durante el tiempo que estudiamos juntas.

A mi novio Alexander por acompañarme en todas las situaciones que se me presentaron en toda mi etapa de estudiante con su apoyo.

A cada uno de los docentes que brindaron su conocimiento y su amistad durante este proceso, en especial a la Lcda. Tatiana Cedeño que me ayudó mucho con el caso y brindo su conocimiento gracias, y a mi tutora la Dra. Dora Heredia por su paciencia, colaboración en el trabajo.

Josselyn Valeria Baque López

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	I
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	II
DECLARACIÓN DE AUTORIA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
CAPITULO I	1
1.- Justificación.....	1
CAPÍTULO II	6
2. INFORME DEL CASO	6
2.1 DEFINICIÓN DEL CASO	6
2.1.2 Ámbito de Estudio	8
2.1.3 Actores Implicados	8
2.1.4 Identificación del problema	9
2.2 Metodología	10
2.2.1 Lista de preguntas	10
2.2.2 Fuentes de información.....	10
2.2.3 Técnicas de recolección de información.....	10
2.3 DIAGNÓSTICO	11
REFERENCIAS	16
ANEXOS	19

RESUMEN

El presente caso tiene como objetivo determinar la utilidad de los estudios imagenológicos en el diagnóstico del carcinoma rectosigmoideo o también denominado como cáncer colorrectal. Es un estudio descriptivo en el que se analiza un paciente de 53 años, sexo masculino, nacionalidad ecuatoriano que presenta carcinoma rectosigmoideo es el cáncer más común del tracto gastrointestinal, tiene relación con ciertos factores de riesgos como alimenticios y hereditarios. El análisis estuvo direccionado a estudios imagenológicos como la tomografía computarizada y resonancia magnética, además de la revisión bibliográfica y entrevista a profundidad a un experto en el área de imagenología donde se evidencio lo siguiente ,los estudios aplicados para el diagnóstico imagenológico del carcinoma rectosigmoideo es la Tac, Rmn, ecografía y biopsia como método complementario para el diagnóstico patológico , siendo el método eficaz la resonancia magnética debido al excelente contraste entre el tumor y la grasa perirrectal y su estadificación local en tumores avanzados , a la observación de las imágenes obtenidas por Rmn del paciente indicaron signos específicos de la patología como : hipodensidades de márgenes irregulares que infiltra a vejiga en su pared anterosuperior, en el intestino se observa engrosamiento mural circunferencial de segmento de las asas intestinales. Los estudios de imagen desempeñan un papel importante en la localización de los tumores colorrectales, los cuales ayudan a definir la ubicación exacta, el compromiso hacia órganos adyacentes o si existe una obstrucción.

PALABRAS CLAVE: carcinoma rectosigmoideo o cáncer colorrectal – infiltración- Hallazgos imagenológicos por Resonancia Magnética.

ABSTRACT

The objective of this case is to determine the usefulness of imaging studies in the diagnosis of rectosigmoid carcinoma or also known as colorectal cancer. It is a descriptive study in which a 53-year-old male patient, an Ecuadorian nationality that presents with rectosigmoid carcinoma is the most common cancer of the gastrointestinal tract, is related to certain risk factors such as food and hereditary. The analysis was aimed at imaging studies such as computed tomography and magnetic resonance, in addition to the literature review and in-depth interview with an expert in the field of imaging, where the following was evidenced: the studies applied for the imaging diagnosis of rectosigmoid carcinoma are the Tac, Rmn, ultrasound and biopsy as a complementary method for the pathological diagnosis, the effective method being magnetic resonance due to the excellent contrast between the tumor and the perirrectal fat and its local staging in advanced tumors, to the observation of the images obtained by Rmn of the patient indicated specific signs of the pathology such as: hypodensities of irregular margins that infiltrates the bladder in its anterosuperior wall, in the intestine circumferential mural thickening of segment of the intestinal loops is observed. Imaging studies play an important role in the localization of colorectal tumors, which help to define the exact location, the commitment to adjacent organs or if there is an obstruction.

KEY WORDS: Rectosigmoid carcinoma or colorectal cancer - infiltration - Imaging findings by Magnetic Resonance.

CAPITULO I

1.- Justificación.

Indica Morgan, Silva y Muñoz, (2008) el carcinoma rectosigmoideo también se denomina cáncer colorrectal es el cáncer más común del tracto gastrointestinal, este aparece cuando las células comienzan a proliferar de una manera descontrolada, y a dividirse más rápido, acumulándose hasta formar lo que se denomina tumor, generalmente se da en edad avanzada a partir de los 50 años.

En países desarrollados como los Estados Unidos de Norteamérica existe aproximadamente 140,250 casos de cáncer colorrectal el riesgo de padecer cáncer colorrectal en el transcurso de la vida es de aproximadamente 1 en 22 (4.49%) para los hombres y de 1 en 24 (4.15%) para las mujeres según la (Sociedad americana de cáncer ,2018) . reportan incidencia para ambos sexos de cáncer colorrectal en los Estados unidos del 90 % de los casos ocurren en mayores de 50 años sin embargo actualmente existe una tendencia a diagnosticarse en personas más jóvenes (Hagan y Boushey, 2009)

En el Ecuador según la Sociedad de Lucha Contra el cáncer (Solca , 2015) existen 1.200 casos de los cuales su diagnóstico y calidad de vida depende si son tratados a tiempo un 52% sobreviven , que de cada 100 casos de cáncer que se presentan 6 son de colorrectal, se ha determinado un crecimiento de un 50% , a nivel de Manabí se han reportado 26 casos de cáncer de colon y recto entre enero y junio del 2017 con un crecimiento de 2.25 % a nivel de colon y de 1.41 % a nivel de recto reportando incidencia en ambos sexos.(Solca núcleo de Manabí ,2017)

Las enfermedades inflamatorias crónicas del colon y el recto, como la colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y pólipos adenomatosos, son afecciones en las que se corre un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal, por lo que se debe realizar exámenes de detección a una edad temprana, el primer signo es la displasia, la cual es más frecuente en pacientes con colitis ulcerosa, que con enfermedad de Crohn (Roque y Navarro, 2005)

Su ubicación en relación con la localización del carcinoma colorrectal, el 23 % afecta recto, 10 % unión rectosigmoidea, 25 % sigma, 6 % colon descendente, 13 % colon transverso, 8 % colon ascendente y 15 % ciego. La ubicación del recto es mucho más estrecha y poco separado de sus órganos y estructuras adyacentes en la cavidad pélvica, por lo cual la extracción del mismo es más complicada. (Bresalier, 2010)

Libutti, Rustgi, Tepper. (2005) indica que el colon derecho es de menor complicación por tener mayor calibre, pared delgada y distensible, donde la corriente fecal es líquida, y sus tumores no tienden a ocupar la circunferencia, por lo que pueden alcanzar gran tamaño antes de ocasionar síntomas. A diferencia del colon izquierdo, el sigmoides tiene menor calibre, sus heces son semisólidas.

Los síntomas presentes en el cáncer restosigmoideo son el cambio en los hábitos intestinales, como diarrea, estreñimiento, hemorragia rectal en relación con las deposiciones, mucosidad en heces, dolor abdominal, movimientos intestinales dolorosos, además de presentar cansancio, pérdida de apetito y de peso sin excusa, Cuando el tumor comienza a invadir zonas adyacentes a su ubicación puede provocar la presencia de síntomas urinarios, fistulas y acompañado de dolor. (Hamilton y Lancashire, 2011)

El estilo de vida que se ha manejado tiene cierta incidencia con el padecimiento de un proceso cancerígeno, con más causalidad son el hábito de fumar, los antecedentes familiares, una dieta baja en vegetales y alta en carnes rojas, llevar un estilo de vida sedentario, obesidad, todo este conjunto de factores de riesgo tienen más posibilidades de morir a causa del cáncer de colon o de recto. (Camilla F y Mona S, 2011)

En estadios temprano el carcinoma rectosigmoideo suele ser silencioso debido a que no manifiesta ningún síntoma, cuando este se encuentra en estado avanzado se solicita pruebas para detectar el porqué del sangrado rectal o la presencia de anemia en estos pacientes, Las personas que no tienen síntomas pueden enterarse de que padecen de cáncer rectosigmoideo al realizarse una colonoscopia de detección donde se utiliza un tubo flexible con una cámara de video para observar el interior de colon y recto. (Mayo clinic, 2017)

Establece Nieto, (2015) que hay cuatro tipos de este cáncer, el conocido como síndrome de Lynch o cáncer de colon hereditario no polipósico, que se desarrolla por distintos factores, el colorrectal esporádico que no tiene relación con factores genéticos, pero sí con el consumo de carnes rojas y procesadas. EL cáncer esporádico que está relacionado con los pólipos y, finalmente, está el cáncer de colon de tipo familiar, que se caracteriza por la formación pólipos.

Para determinar la extensión de la enfermedad se usa exámenes de imagen como la tomografía e resonancia magnética, esta patología tiene varios patrones de crecimiento, como su extensión local este puede crecer hacia el interior o el exterior del colon o recto, la infiltración linfática en las que las células cancerígenas emigran y se desplazan y, por último, la diseminación hematogena. Cuando alcanzan el torrente sanguíneo, se deposita como nuevos focos lo que se denomina como metástasis a distancia (SEOM, 2017)

El tratamiento del cáncer colorrectal dependen de la etapa en que se encuentra el tumor, si el paciente presenta un cuadro clínico de obstrucción se le opta por realizar una colostomía esta cirugía cambia la función normal del cuerpo para permitir la evacuación de la materia fecal , Este proceso va de la mano con la radioterapia y quimioterapia como método para aliviar los síntomas y prolongar la sobrevivida de los pacientes, la quimioterapia, la resección del mesorrecto son alternativas terapéuticas actualmente en estudio en ensayos prospectivos fase III en un estudio cooperativo en USA y Canadá. (Bannura, 2016)

En la actualidad la radiología juega un papel importante en la localización, estadiaje y manejo de los tumores colorrectales pues todos los estudios imagenológicos como la tomografía, ecografía, resonancia magnética y estudios complementarios como la biopsia , estos estudios que nos ayudan a localizar y definir la ubicación exacta y el compromiso a estructuras cercanas o si existe obstrucción lo que aportaran la información suficiente y necesaria para brindar el tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de los pacientes aplicando las técnicas adecuadas .

Es muy relevante estudiar este tipo de carcinoma rectosigmoideo y obtener la información y conocimientos necesarios, debido al incremento de esta enfermedad por ende el estado ecuatoriano garantizara la atención prioritaria a pacientes con enfermedades catastróficas o de alta complejidad al derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente , y como profesionales en el área de la salud debemos aportar y aplicar cada una de las pautas basadas hacia los diferentes métodos de radiodiagnóstico por imágenes que permiten detectar sus manifestaciones radiológicas y de sus posibles complicaciones presentes.

Conocer esta información nos permite poder estudiar e identificar que estudios de imagen son las más eficaces, este trabajo es viable, porque existen Centro Salud que poseen equipos de imagen , como el tomógrafo y rayos x, para que el paciente se realice los debidos estudios , pre a un diagnostico final con estudios complementarios. Hoy en día las instituciones públicas cuentan con prestaciones de diversas instituciones de Salud, los cuales poseen unidades de imágenes radiológicas con tecnología de punta donde cuenta con el equipo de Resonancia Magnética, por ende este estudio será el ideal para emitir un mejor criterio diagnóstico por parte del médico.

Frente a esta problemática se establecen los siguientes objetivos: el objetivo general es determinar la utilidad de los estudios imagenológicos, en el diagnóstico del carcinoma rectosigmoideo. Como objetivos específicos: describir los estudios imagenológicos de elección que contribuyen al diagnóstico del carcinoma rectosigmoideo, establecer el método imagenológico eficaz en el diagnóstico del carcinoma rectosigmoideo identificar signos radiológicos característicos del carcinoma rectosigmoideo.

CAPÍTULO II

2. INFORME DEL CASO

2.1 DEFINICIÓN DEL CASO

2.1.1 Presentación del caso

Paciente de 53 años, casado, de origen ecuatoriano, sexo masculino, nacido en santo domingo que reside en la parroquia Rio verde de santo domingo, En sus antecedentes personales colecistectomía hace 2 años , sin alergias medicamentosas , no obstante, presenta antecedentes familiares por parte de su Hermana quien desarrollo cáncer de estómago y Tío con cáncer de colon. Tiene 3 hijos mayores de edad y esposa de origen ecuatoriano. Sus hábitos: ingiere alcohol de forma esporádica, niega consumo de droga alucinógena, no realiza actividad física de forma regular.

La paciente llega acompañado por sus familiares, referido de otro hospital de santo domingo, es llevado al Hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreses Colmont” SOLCA-MANABI, ingresa al área de emergencia atendido por presentar malestar refiere diarreas sanguinolentas de aproximadamente 2 meses de evolución, disuria, hematuria, al momento orientado en sus tres esferas, tranquilo colaboro con interrogatorio. Se ingresa para manejo multidisciplinario, mejorar condiciones clínicas y priorizar estudios. es atendido por un médico general el cual realiza la exploración física cabeza normocefalo , mucosa semihumedas , cuello spa , tórax campos pulmonares y ventilados , abdomen blando depresible a la palpación en hipogastrio , tacto rectal guante limpio.

Exámenes clínicos y paraclínicos: Glucosa 88mg/dl, Urea 17.00 mg/dl, Creatinina 0,69 mg/dl, Biometría Hemática Glob. Blancos $92.10 \times 10^9/u$, Plaquetas $434 \times 10^9/u$, Hemoglobina: 9.6g/dL, Hematocrito: 29.0%, urocultivo E .coli, serología no reactiva, cea en 2.2, psa en 0.18, ca 19-9 menor a 2.00. Paciente ha tolerado dieta líquida por vía oral, presenta pujo con diarrea escasa, niega sangrado digestivo.

Para obtener hallazgos radiológicos se sugieren estudios de imagen radiografía de abdomen, ecografía pélvica + Tac de pelvis + RMN de pelvis, en la primera radiografía se evidenciaron signos de obstrucción abdominal, en los estudios de tomografía y resonancia se evidencia imagen ocupativa a nivel de la unión recto sigma, infiltrando a vejiga. Se obtienen resultados inmediatos y el médico Imagenòlogo pudo emitir un informe de manera eficaz.

Se ordena realizar colonoscopia con toma de biopsia muestra de la unión rectosigmoides se lo realiza con el objetivo de tener muestras de la masa para ser estudiada microscópicamente en el departamento de patología para que se pueda emitir un informe de que patóloga padece el paciente.

Luego de los estudios se solicitó tratamiento quirúrgico hemicolectomía izquierda más recesión parcial de vejiga y reconstrucción , Se procede después de una semana a proceso quirúrgico se realiza incisión media infraumbilical ampliada a región supraumbilical , se abre planos hasta llegar a cavidad peritoneal la cual se explora en su totalidad , con ayuda de pinza de ligasure , se efectúa lisis de amplia adherencia entre epiplón mayor y estructuras pélvicas que limitan a su visualización luego de esto encuentra gran tumoración que involucra rectosigma así como techo y pared posterior de vejiga .

Esto se acompaña de edema peritumoral formando masa inabordable sin planos definidos, el colon proximal a esta tumoración se encuentra dilatación moderada lleno de heces gruesas y solidas en asa, no lesiones metastásicas en superficie hepática ni resto de cavidad peritoneal se decide realizar colostomía en asa para esto se procede a liberar parte del colon izquierdo de sus fijaciones peritoneales.

El paciente es derivado al área de quimioterapia, para su tratamiento, el cual tiene buena tolerancia al mismo, abdomen blando depresible, su tumoración de la unión rectosigma se encuentra en estado T4, el mismo que no termino con su dosis de tratamiento el cual fue retirado de la unidad médica bajo la responsabilidad de sus familiares.

2.1.2 Ámbito de Estudio

En relación a la información recopilada a través de los exámenes realizados para obtener un diagnóstico preciso, los ámbitos a intervenir en el estudio del presente caso son: la región del intestino grueso unión Rectosigma, En Tórax (en su capacidad total para verificar presencia de metástasis) Abdomen (comprobar metástasis a órganos como hígado, o pulmones)

2.1.3 Actores Implicados

Los actores implicados para la realización del presente caso clínico fueron: el paciente y familiares, quienes proporcionaron datos relevantes para la investigación, en cuanto a la atención inicial desde su detección de su carcinoma colorrectal, Médicos quienes trabajaron en la atención del paciente y realización de solicitudes de exámenes para corroborar el diagnostico presuntivo. Los licenciados en imagenología quienes mediante los distintos estudios de imagen ayudaron a llegar a un diagnóstico.

2.1.4 Identificación del problema

Al conjunto de los cambios en sus hábitos intestinales presentes en el paciente, es indispensable una evaluación clínica la cual la realiza el médico si al momento del examen presenta, dolor abdominal a la palpación más sangrado con heces. El principal método de estudio diagnóstico para este tipo de pacientes es la Resonancia Magnética en nuestra provincia no todas las unidades médicas cuentan con este equipo además de ser de alto costo y alta demanda. El equipo médico debe solicitar los respectivos estudios de imagen a base a eso dar un diagnóstico sugestivo ya que esta entidad es de diagnóstico clínico junto con los hallazgos radiológicos presentes en esta patología.

En la actualidad a pesar de conocer que una mala alimentación, el consumo de alcohol y el sedentarismo, son factores asociados al padecimiento del Carcinoma rectosigmoideo, la sociedad hace caso omiso a las campañas preventivas que realizan diferentes grupos de salud, luego de esto los diferentes tipos de tratamientos se aplicaran según el informe del médico y el estadio de la enfermedad; Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia.

Es recomendable que el paciente termine su tratamiento para evitar en una recaída tumoral, y que cuente con el apoyo familiar, ya que muchas veces el paciente se retira durante su proceso de quimioterapia, el cual está en su derecho siempre y cuando con consentimiento familiar y del equipo médico y radiológico que estuvo asociado durante cada uno de sus procedimientos en la unidad médica.

2.2 Metodología

2.2.1 Lista de preguntas

Para tener una guía de lo que se pretende indagar en el presente análisis de estudio se plantean las siguientes interrogantes: 1. ¿Cuáles son los estudios imagenológicos de elección que contribuyen al diagnóstico del Carcinoma rectosigmoideo?, 2. ¿Cuál es el método imagenológico eficaz en el diagnóstico del carcinoma rectosigmoideo? Y 3. ¿Cuáles son los signos radiológicos característicos del carcinoma rectosigmoideo, mediante resonancia magnética?

2.2.2 Fuentes de información

En el presente trabajo investigativo (caso clínico) se contó con la ayuda de un licenciado en Radiología quien colaboro con las diferentes imágenes de los estudios realizados al paciente. Un Médico Radiólogo encargado de revisar las imágenes y emitir un informe. La Historia clínica y datos recolectados por familiares del paciente. Información recolectada de diferentes fuentes bibliográficas y guías de mi tutor en cada una de las revisiones para la realización de este trabajo.

2.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas y/o instrumentos de investigación aplicados en el presente trabajo investigativo fueron: Entrevista a profundidad dirigida a dos expertos en el área de imagenología, observación dirigida a las imágenes realizadas para el diagnóstico imagenológico y revisión documental dirigida al expediente clínico y revistas científicas, libros y otras fuentes bibliográficas.

2.3 DIAGNÓSTICO

El carcinoma rectosigmoideo, es el cáncer más común del tracto gastrointestinal, presenta síntomas como diarrea, estreñimiento, hemorragia rectal en relación con las deposiciones, tiene relación con ciertos factores de riesgos como alimenticios y hereditarios. Esta patología puede afectar al recto, al colon sigmoideo, colon ascendente, siendo preocupante su diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos tardíamente, cuando los pronósticos de sobrevida, las posibilidades terapéuticas y la calidad de vida del paciente no son los más favorables por eso es muy importante realizar estudios de imagen si se sospecha de algún cambio en nuestro organismo, (Morgan, Silva y Muñoz, 2008)

En este apartado se presentan los resultados obtenidos del presente trabajo investigativo. Referente al primer objetivo: describir los estudios imagenológicos de elección que contribuyen al diagnóstico del Carcinoma rectosigmoideo, Según Xiao, (2008); La técnica de imagen como la resonancia magnética es quien aporta más información para él identificación de tumores y la estadificación del carcinoma de rectosigmoideo, esencial para la planificación quirúrgica, para decidir el tratamiento y para el pronóstico. Debido al excelente contraste entre el tumor y la grasa perirrectal es cada vez más aceptada por radiólogos, cirujanos y pacientes en la patología del cáncer rectosigmoideo. La resonancia magnética tiene una precisión moderada y sensibilidad de 100%, especificidad entre 32-59% para predecir la invasión tumoral de la fascia mesorrectal que está relacionada con su limitación inherente para diferenciar entre tejido difuso y pequeños focos de tumor, Otro estudio indispensable y de primera mano que ayuda en el diagnóstico es la Tomografía es muy útil para la estadificación a distancia, tiene más utilidad en tumores iniciales tiene un importante papel para evaluar el estadio del cáncer colorrectal y el estado

actual de la enfermedad, evalúa la localización y puede detectar la afectación extraluminal del tumor, así como su diseminación metastásica se ha convertido en una técnica de rutina, las indicaciones son cuando existe sospecha de invasión a órganos adyacentes o síntomas atípicos, tiene la ventaja de que con un solo rastreo ofrece un diagnóstico local como metastásico, (Mendoza y Cacho, 2014)

El primer estudio que se realizó durante su ingreso fueron las respectivas radiografías de tórax y abdomen por presentar dolor moderado abdominal, encontrándose los siguientes hallazgos en la radiografía de tórax se observa tráquea de disposición central, tejidos superficiales conservados, densidad ósea dentro de los límites, dilatación parahiliar de la trama broncopulmonar, silueta cardíaca dentro de los límites, ángulos costo frénicos y cardifrénicos libres, campos pulmonares de buena distensión.(ANEXO 1)

En la radiografía de abdomen simple se mostraron los siguientes hallazgos, discretos niveles hidroaéreos en asas del intestino delgado en el hemiabdomen derecho, retención de material fecal de predominio en hemicolon derecho, bordes del psoas visible, no se observa imagen nodular cálcica patológica proyectada sobre siluetas renales, no aire en ampolla rectal. (ANEXO 2)

El segundo estudio realizado fue la ecografía de abdomen y pélvica, en la ecografía de abdomen superior se identifica lo siguiente imagen quística de 16 mm en segmento VII / VIII, Vesícula biliar de ausencia quirúrgica, conducto biliar y vena porta calibre normal, páncreas normal, bazo de textura y situación normal no se observan lesiones en el parénquima o hidronefrosis (ANEXO 3)

En ecografía pélvica se visualizó imagen hipoeoica nodular heterogénea que se insinúa a la vejiga. Sin definir su interface mide +-139 mm, próstata de tamaño y contornos regulares. (ANEXO 4)

Respecto al segundo objetivo: establecer el método imagenológico eficaz en el diagnóstico del carcinoma rectosigmoideo, Según Jaramillo, Upegui, (2016) La resonancia magnética del pelvis en los pacientes con carcinoma rectosigmoideo es el estudio ideal , el cual puede presentarse en personas con factores asociados al alcohol y una ingesta basada en carnes , la lesión puede presentarse a cualquier nivel ya sea colon descendente o sigma , este estudio nos permite una visualización en múltiples planos, así como en imágenes con alto contraste de tejidos blandos, ayuda especialmente a predecir los márgenes de resección negativos mediante la determinación de la relación del tumor con el margen de resección. Este criterio se confirma por un experto en el área de imagen, entrevistado quien manifiesta que la RMN es el estudio fundamental para el diagnóstico de esta patología, confirmado con la observación de imágenes obtenidas en las distintas secuencias de la RMN, La ventaja de la resonancia magnética radica en la utilización de secuencias que permiten un adecuado contraste entre el tumor y los tejidos blandos circundantes, que no es posible mediante el uso de otras técnicas de imagen.

La resonancia magnética es necesaria en tumores más avanzados, un tumor T1 es aquel que se encuentra confinado a la mucosa, un tumor T2 es el que se extiende hasta la muscular propia, un tumor T3 invade y se extiende más allá de la muscular propia T3 temprano menor de 5 mm o T3 avanzado mayor de 5 mm y un tumor T4 es aquel que invade los órganos pélvicos. (Jaramillo, Upegui, 2016)

En el estudio de Resonancia Magnética Nuclear realizado al paciente, el medico imagenólogo informa lo siguiente: a nivel de intestino se observa engrosamiento mural circunferencial de segmento de asas intestinal (sigmoides), de aspecto colonico de 14 mm tipo tumoral con infiltración a techo vesical y crecimiento endoluminal. Infiltración grasa perilesional , ingurgitación vascular , marcada secuencia de difusión , uréteres normal , peritoneo ascitis pélvica ligera , pequeñas adenopatías mesorectales de aspecto patológico , huesos estrechamiento del espacio IV posterior L5 –S1 (ANEXO 5)

Además, para obtener el diagnostico histopatológico se le realizó al paciente colonoscopia con toma de biopsia muestra de la unión rectosigmoides, los resultados del departamento de patología confirman la sospecha del médico Imagenólogo adenocarcinoma muy bien diferenciado en adenoma veloso con severa atipia, neoplasia intraepitelial de alto grado grupo IV, bordes no valorables, no se descarta lesiones de mayor complejidad en otras zonas. (ANEXO 6)

Para su control y seguimiento de su enfermedad debido a la obstrucción abdominal se procedió a realizar proceso quirúrgico colostomía, y respectivos estudios de imagen post cirugía radiografías de abdomen, en la radiografía simple de abdomen, proyección AP de cubito supino, presencia de gases endoluminales, se aprecia mayor acumulación fecal en colon ascendente, musculo psoas visualizado, silueta del estoma en fosa iliaca. (ANEXO 7)

En la radiografía simple de abdomen, proyección lateral de pie, se aprecia múltiples burbujas de gas en todo el trayecto endoluminal (niveles hidroaereos) acumulación considerable de heces en austras, se aprecia silueta del estoma y valoración de estructuras óseas normales. (ANEXO 8)

Referente al tercer objetivo de estudio: identificar los signos radiológicos característicos del carcinoma rectosigmoideo, por Resonancia magnética se evidenciará Lesión Ocupante de Espacio en el área afectada, densidades en secuencia T1, T2, FLAIR, DIFUSION, Hipointensas o hiperintensas según la afectación y estadificación de la tumoración, relación de órganos, músculos y tejidos blandos , en T1 se puede apreciar infiltración tumoral de la grasa, y en T2 delimitan mejor la penetración e invasión de las capas de la pared intestinal, por lo tanto, estas áreas deben ser consideradas como potencialmente invadidas. (Vliegen, Beets, Lammering, Cools, 2012)

En la resonancia magnética se evidenciaron los siguientes hallazgos lesión ocupante de +- 135 mm hiperintensa a nivel recto sigma, presencia de aire libre en vejiga por perforación, vejiga de paredes irregulares, presencia de tejido infiltrativo a este nivel. En corte sagital en T2 masa de gran tamaño heterogénea que involucra sigma y ampolla rectal, provocando gran efecto de masa. En corte axial en T2 presencia de masa heterogénea en pared lateral de vejiga, con contorno irregulares, Provocando disminución del lumen. (ANEXO 9)

REFERENCIAS

- Ayuso, J., Pagés, M., y Ayuso, C. (2010). Estadificación del cáncer de recto servicio de Radiodiagnóstico, CDIC, Hospital Clinic, Barcelona, España. *Radiología Elsevier*, 52(1), 18–29.
- Bannura C, Guillermo. (2016). Quimioterapia neoadyuvante sin el uso rutinario de terapia radiante para pacientes con tumores de recto localmente avanzados: un ensayo piloto. Schrag D, et al. *Revista chilena de cirugía*, 68(2), 201. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262016000200016>
- Brent, A., Talbot, R., Coyne, J., y Nash G (2012) .Should indeterminate lung lesions reported on staging CT scans influence the management of patients with colorectal cancer. *Revista chilena cirugía* .64(2), 199-209.
- Bresalier, R. (2010). Colorrectal Cancer en Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and liver diseases. Pathophysiology, diagnoses and management. *Montreal Saunder Elsevier*, 9 (2), 2121-2229.
- Camilla, F., Mona, S. (2011). Meat vegetables and genetic polymorphism and the risk of colorectal carcinomas and adenomas. *Revista cubana médica*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000200002&fbclid=IwAR1X__L3abfKIHfxxFOI9-d3xFWtX-QWCtLoqwBsTWXStDUMMrQjGHaxWU
- Conde Cueto, Thaimi, Rodríguez Pino, Martha, Barrios Fuentes, Pedro, García Hernández, Bárbara, Suz Piña, Julio, & Díaz Yanes, Nery. (2010). Image Characterization of Cancer of the Colon. *MediSur*, 8(2), 3-8. Recuperado en 09 de enero de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000200002&lng=es&tlng=en.
- Haggar F, Boushey R. (2009). Colorrectal Cancer Epidemiology Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors. *Clin Colon Rectal Surg*; 22,191-7.

- Hamilton, W., Lancashire, R. (2011). The risk of colorectal cancer with symptoms at different ages and between, the sexes: a case-control study. *Revista cubana médica*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000200002&fbclid=IwAR1X__L3abfKIHfxxF0I9-d3xFWtX-QWCtLoqwBsTWXStDUMMrRQjGHaxWU
- Hano, Olga. , Wood, Lissette. , Galbán, Enrique, & Abreu, María. (2011). Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. *Revista Cubana de Medicina*, 50(2), 118-132. Recuperado en 09 de enero de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000200002&lng=es&tlng=es
- Hechevarria, P., Meriño, T. (2003).T. Características clínicas del cáncer de colon. Estudio de 57 pacientes. *Medisan*, 7(3) ,4-9. Citado: 10 de septiembre de 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_3_03/san02303.htm
- Horton , K., Abramc, A., Fichman , E (2000). oF colon cáncer imaging featurec and role in management. *Radiographics* ,20,419-30.
- Jaramillo, Felipe., Upegui, Daniel. (2016). Estadificación del cáncer colorrectal mediante resonancia magnética. *Revista Colombiana de Gastroenterología* ,31 (3), 274-279.
- Mendoza, M., Cacho, A. (2014). Cáncer de recto. Evaluación por tomografía computada multicorte y por resonancia magnética. *Anales de Radiología México*, 13,218-229.
- Morgan V, Silva A, Muñoz D. (2008). Factores de riesgo para cáncer colorrectal Colorectal. *Publicación oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología Gamo*. 7 (4) ,12-14.
- Nieto, I. (1 de noviembre 2015). Crece incidencia de cáncer de colon. *El Universo*. Recuperado de www.eluniverso.com/noticias/2015/11/01/nota/5215826/sales-carnes-procesadas-pueden-generar-

cancerigenos?fbclid=IwAR1pJYELyYUNlJrpOMM611Q7HtDngrB1YI4pRBNLpP836
MJ7PE5TV2UN6Eg

Órgano oficial de difusión científica de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
(2010). *Revista médica de nuestros hospitales*, 16(3), 130-131.

Quaranta, Andrés J., Burgos, Lucrecia, Sasia, Fabricio, & Villavicencio, Roberto L.. (2011).
Extracolonic findings in virtual colonoscopy studies. *Revista argentina de
radiología*, 75(2), 103-113. Recuperado en 14 de enero de 2019, de
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-
99922011000200007&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922011000200007&lng=es&tlng=en).

Quiroz, Óscar., Huerta, Gerardo. (2009). Imagen en el cáncer colorrectal con énfasis en
PET/CT. *Anales de Radiología México*, 3,247-254.

Pickhardt, P., Taylor, A. (2006). Extracolonic Findings Identified in Asymptomatic
Adults at Screening CT Colonography. *AJR Am J Roentgenol*, 186(3), 18-28.

Rodríguez, Byron. (2008). Técnicas radiológicas en cáncer colorrectal. *Revista médica de
costa rica y Centroamérica*, LXV (583), 169-173.

Roque. SF., Navarro, LA. (2005). Prevención y pesquisa del cáncer colorrectal. Avances
en la Gastroenterología en las Américas. *Cimagraf*, 168.

Vliegen R, Dresen R, Beets G, Daniels-Gooszen A, Kessels A, van Engelshoven J, et
al.(2012) The accuracy of Multi-detector row CT for the assessment of tumor
invasion of the mesorectal fascia in primary rectal cancer. *Abdom Imaging*, 33,
604-10.

Xiao, M., Hong, L., Dexin, Y. et al. (2008). 3-T MRI of Rectal Carcinoma: Preoperative
Diagnosis, Staging and Planning of Sphincter-Sparing Surgery. *AJR*, 190, 1271–
1278.

ANEXOS

ANEXO 1

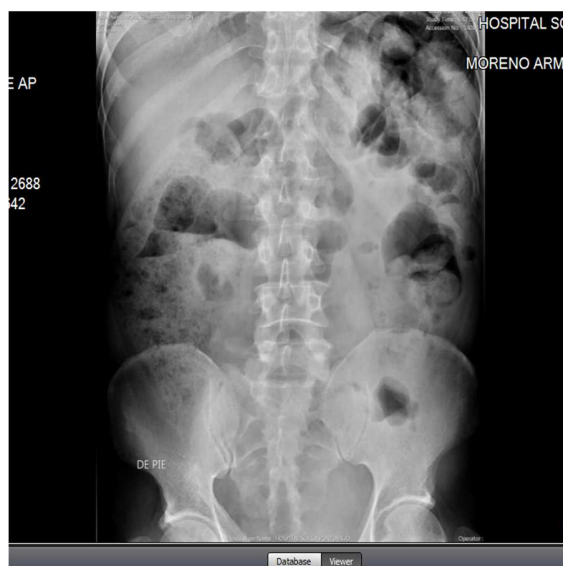
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



Tórax AP tráquea de disposición central, tejidos superficiales conservados, densidad ósea dentro de los límites, dilatación parahiliar de la trama broncopulmonar, silueta cardiaca dentro de los límites, ángulos costo frénicos y cardifrenicos libres, campos pulmonares de buena distensión.

ANEXO 2

RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIEMPLE



Abdomen simple, proyección de pie AP, desplazamiento de aire con proceso expansivo abdominal y acumulación de heces en austras intestinales signos claros de obstrucción colonica, columna de aspecto normal entidades óseas conservadas. ID proceso obstructivo de constipación, poca visualización del musculo psoas, aparentemente niveles hidroaereos.

ANEXO 3

ECOGRAFÍA DE ABDOMEN

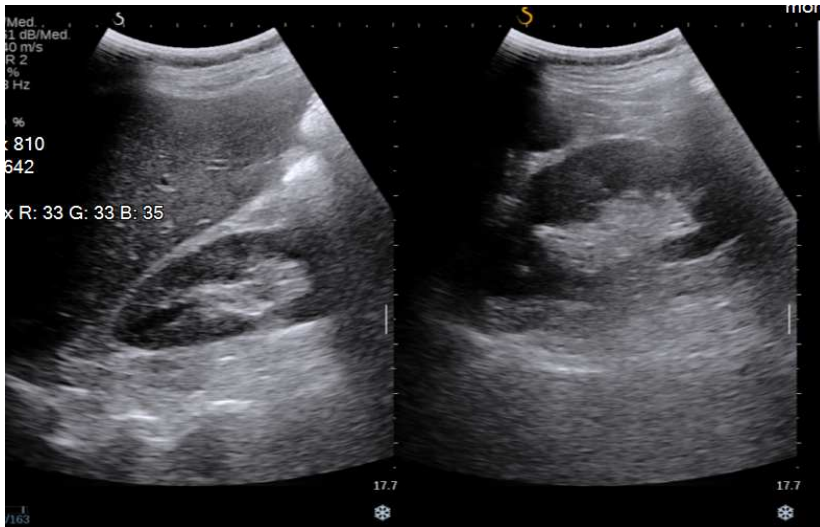
A



B



C



Ecografía de abdomen superior: imagen **A**, **B** se identifica lo siguiente imagen quística de 16 mm en segmento VII / VIII, Vesícula biliar de ausencia quirúrgica, vena porta calibre normal, páncreas normal, imagen **C** riñones de estructura y ecogenidad normal, no se observan lesiones en el parénquima o hidronefrosis.

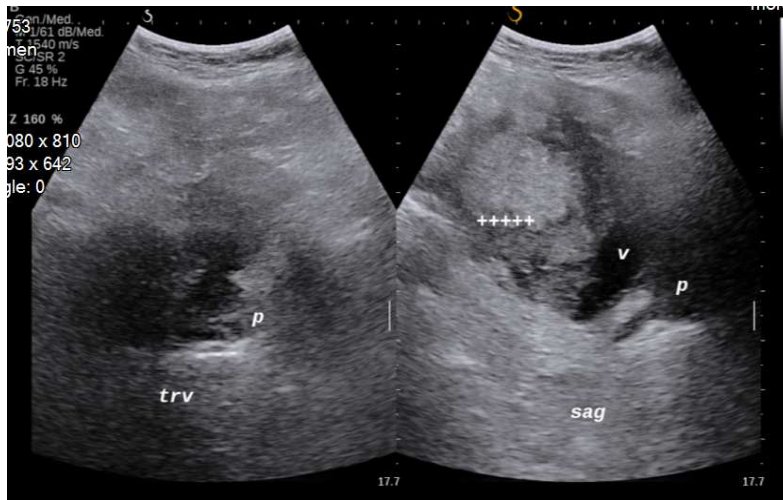
ANEXO 4

ECOGRAFÍA PÉLVICA

A



B



Ecografía de pelvis imagen **A** y **B** se observa masa tumoral hipervascular aparentemente sólida, de posible origen vesical.

ANEXO 5

RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS

A



B

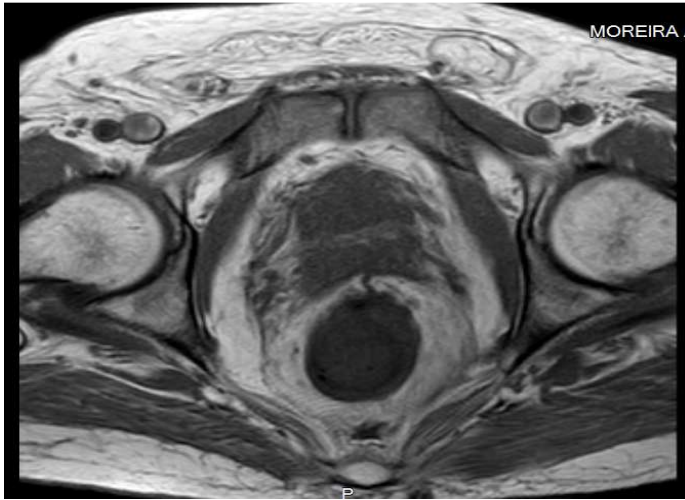


Imagen A corte sagital, imagen B corte axial se visualiza a nivel de intestino se observa engrosamiento mural circunferencial de segmento de asas intestinal (sigmoides), de aspecto colonico de 14 mm tipo tumoral con infiltración a techo vesical y crecimiento endoluminal. Infiltración grasa perilesional,

ANEXO 6

BIOPSIA

SOLCA MANABI- NUCLEO DE PORTOVIEJO
Reporte de Notas de Evolución

Fecha Junio 19 2018 10:12 PM Pgs. 1 / 1

NOTAS DE EVOLUCION DE MORENO ARMIJOS JUAN HC No.: 341910

Fecha 10/05/2018 00:24 **Médico** ROSS ANTON ANA MARIA **Tratante** MEDICO HOSPITAL

Dx C19-TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA

Motivo Control Paciente

Descripción >>>>>>> EMERGENCIA DR BELLO / 1ER CITA 9/5/2018

ALESGIAS: NO REFIERE
APP NO REFIERE
APQ: COLESCISTECTOMIA HACE 2 AÑOS
APF: HERMANA CA DE ESTOMAGO Y TIO CON CA DE COLON

BIOPSIA: MUESTRA DE UNION RECTO SIGMOIDES
GRUPO IV ADENOCARCINOMA MUY BIEN DEIFERENCIADO EN ADENOMA VELLOSO CON SEVERA
ATIPLA
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO
BORDES NO VALORABLES
NO SE DESCARTA LESION DE MAYOR COMPLEJIDAD EN OTRAS ZONAS

ANEXO 7

RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN DE CUBITO SUPINO



Radiografía simple de abdomen, proyección AP de cubito supino, presencia de gases endoluminales, se aprecia mayor acumulación fecal en colon ascendente, musculo psoas visualizado, silueta del estoma en fosa iliaca.

ANEXO 8

RADIOGRAFÍA LATERAL DE PIE



Radiografía simple de abdomen, proyección lateral de pie, se aprecia múltiple burbujas de gas en todo el trayecto endoluminal (niveles hidroaereos) acumulación considerable de heces en austras, se aprecia silueta del estoma y valoración de estructuras óseas normales.

ANEXO 9

RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS

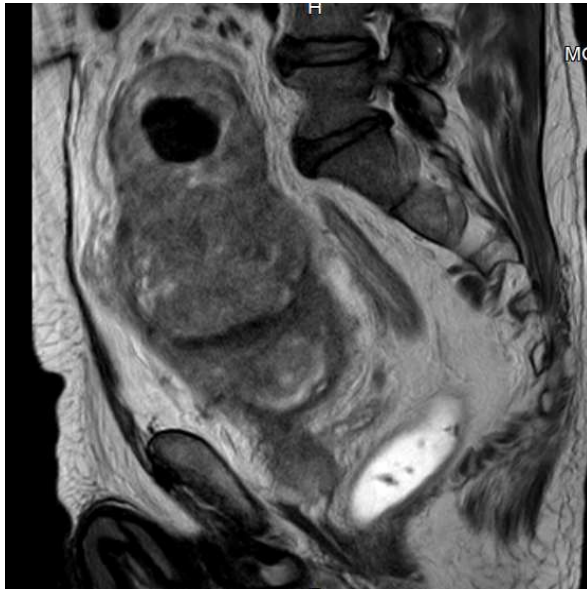
A



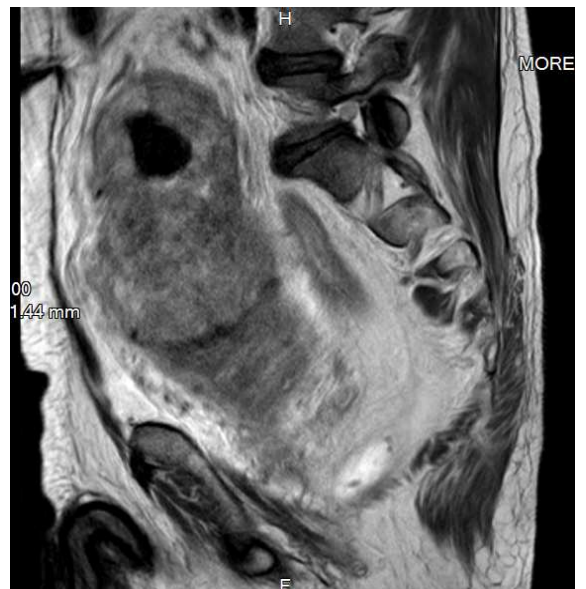
B



C



D

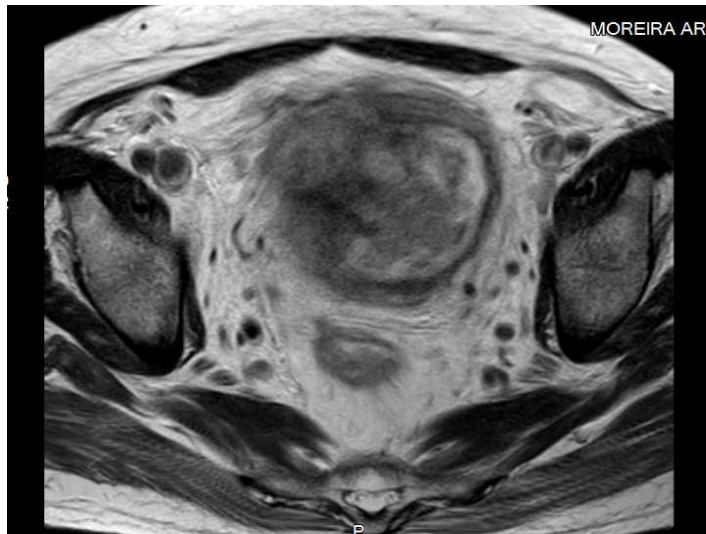


Corte sagital en T2 imagen **A, B, C, D** se visualiza masa de gran tamaño heterogénea que involucra sigma y ampolla rectal, provocando gran efecto de masa.

A



B



Corte axial en T2 imagen **A, B** se visualiza presencia de masa heterogénea en pared lateral de vejiga, con contorno irregulares, Provocando disminución del lumen.

SOLCA MANABI- NUCLEO DE PORTOVIEJO

RESULTADOS EXAMENES DE IMAGEN

Fecha: 19-JUN-2018 22:16:25

Página 1 de 1

EXAMEN: 1416588

HISTORIA CLINICA: 341910

Cédula: 1708567373

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
MORENO	ARMIOS	JUAN	RAMON

Edad: 53 años Sexo: Masculino Fecha Resultados:

Médico Solicitante: GERALDO RICO JOSE JULIAN Dpto. Solicitante: CIRUGIA

RESULTADOS DE ESTUDIO

ECO PELVICO

** A NIVEL DE RECTO SIGMOIDES ENGROSAMIENTO DE LA PARED- IMAGEN HIPOECOGICA NODULAR HETEROGENEA, QUE SE INSINUA A LA VESIGA SIN DEFINIR SU INTERFASE, MIDE +-130mm.

PROSTATA: DE CONTOORNOS REGULARES Y TAMAÑO CONSERVADO

I.D. PROCESO NEOPLASICO EN RECTOSIGMOIDES, PERDIDA DE LA INTERFASE - INFILTRACION DE LA PARED VESICAL, LO QUE SE CORRELACIONA CON TAC

SE RECOMIENDA R.M. DE PELVIS SIMPLE

NLE

[Firma manuscrita]
[Firma manuscrita]

SOLCA MANABI- NUCLEO DE PORTOVIEJO

RESULTADOS EXAMENES DE IMAGEN

Fecha: 19-JUN-2018 22:16:43

Página 1 de 1

EXAMEN: 1408434

HISTORIA CLINICA: 341910

Cédula: 1708567373

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
LORENO	ARMUJOS	JUAN	RAMON

Edad: 53 años Sexo: Masculino

Fecha Resultados: 15-MAY-18

Médico Solicitante: ROSS ANTON ANA MARIA

Dpto. Solicitante: EMERGENCIA (MEDICO)

RESULTADOS DE ESTUDIO

REVISION DE ESTUDIOS EXTERNOS

TAC DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE.

HIGADO DE CONTORNOS REGULARES, SE APRECIA IMAGEN HIPODENSA, QUISTICA EN SEGMENTO II DE 17mm, LA MISMA QUE NO REFUERZA CON EL CONTRASTE, OTRA ALARGADA EN SEGMENTO VII-VIII DE 10mm.

BAZO Y PANCREAS: DE DENSIDAD HOMOGENEA Y TAMAÑO NORMAL.

RIÑONES: CONCENTRAN Y ELIMINAN EL CONTRASTE ADECUADAMENTE. NO SE OBSERVAN LESIONES EN EL PARENQUIMA O HIDRONEFROSIS. LOS URETEROS DE CALIBRE CONSERVADO.

*SE OBSERVAN ADENOPATIAS RETROPERITONEALES-MESENERICAS-PERILESIONALES DE 6-10-12mm.

PELVIS LLAMA LA ATENCION A NIVEL DE RECTO-SIGMOIDES HIPODENSIDADES DE TRIDOS ELANDOS, DE MARGENES IRREGULARES DE +-13mm, INFILTRA LE VEJIGA EN SU PARED ANTEROSUPERIOR, HAY BORRAMIENTO DE LA GRASA PERILESIONAL.

*LA VEJIGA POCO DISTENDIDA, PRESENTA CONTRASTE RADIOPACO EN FASE DE ELIMINACION, DONDE SE DEFINE MEJOR EL COMPROMISO NEOPLASICO.

PROSTATA: DE CONTORNOS REGULARES Y TAMAÑO CONSERVADO.

I.D. PROCESO NEOPLASICO EN RECTOSIGMOIDES, CON INFILTRACION A VEJIGA, ASOCIADO A ADENOPATIAS RETROPERITONEALES-MESENERICAS-PERILESIONALES. IMAGENES SUGESTIVAS DE QUISTE HEPATICOS SIMPLES. SE RECOMIENDA R.M. DE PELVIS SIMPLE.

KMZ

[Firma manuscrita]
Dr. Juan Carlos Rodríguez
Médico Radiólogo
Médico Especialista en Radiología

SOLCA MANABI- NUCLEO DE PORTOVIEJO

RESULTADOS EXAMENES DE IMAGEN

Fecha: 19-JUN-2018 22:16:17

Página 1 de 1

EXAMEN: 1411773

HISTORIA CLINICA: 341910

Cédula: 1708567373

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
MORENO	ARMILLOS	JUAN	RAMON

Edad: 53 años Sexo: Masculino Fecha Resultados: 05-JUN-18

Médico Solicitante: SALTOS LOOR JUAN PABLO Dpto. Solicitante: CIRUGIA

RESULTADOS DE ESTUDIO

RM PELVIS, SIN CONTRASTE

Hallazgos

Organos reproductivos

Area prostática de tamaño normal.

Intestino: se observa engrosamiento mural circunferencial de segmento de asa intestinal (sigmoides), de aspecto colónico, de 14mm, tipo tumoral, con infiltración a techo vesical y crecimiento endoluminal. Infiltración a grasa perilestomal, angustia de vasos: marcada restricción en la secuencia de difusión.

Ureteres: Normal.

Peritoneo: Ascitis pélvica ligera. Pequeñas adenopatías extra mesorectales de aspecto patológico.

Huesos: estrechamiento del espacio IV posterior L5-S1.

Conclusiones

neoplasia de colon sigmoides con infiltración a estructuras adyacentes, acollado vesical con extensión endoluminal.

Comentarios y sugerencias: T4bN2

Dr. Víctor Chávez Guerra

Especialista de 1er grado en Radiología

No SENESCYT CU-14-6514

[Firma manuscrita]
[Firma manuscrita]

ENTREVISTA A EXPERTO EN EL AREA

Determinar la utilidad de los estudios imagenológicos, en el diagnóstico del carcinoma rectosigmoideo en una paciente de 53 años, se realizó una entrevista a profundidad con un experto en el área de imagenología.

1. ¿Qué tan frecuente se presentan pacientes con tumoraciones nivel de rectosigma?
2. ¿Cuáles son los métodos imagenológicos de elección para un diagnóstico primario del Carcinoma Rectosigmoideo?
3. ¿Según su experiencia laboral cual es el método imagenológico de diagnóstico eficaz para definir un Carcinoma Rectosigmoideo?
4. ¿Cuáles son los signos radiológicos que se observan en Tac y Rmn en un Carcinoma rectosigmoideo?
5. ¿Qué ventajas tiene la resonancia magnética vs la tomografía computarizada para el diagnóstico del Carcinoma Rectosigmoideo ?

OBSERVACION A IMÁGENES / SIGNOS RADIOLOGICOS

- EFECTO DE MASA

SI

NO

- CAPTACION DE CONTRASTO

PARTE CENTRAL

PERIFERIA

- BORDES EN LA MASA

BIEN DEFINIDOS

MAL DEFINIDOS E IRREGULARES

- INFILTRACIÓN A ESTRUCTURAS ADYACENTES

SI

NO

- EN ESTUDIOS DE CONTROL PRESENTA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

SI

NO

- EN RESONANCIA MEGNETICA NUCLEAR RESTRINGE ALGUNA SECUENCIA

SI

NO

Especifique cual: _____

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio seguirá las recomendaciones de la Comisión de Bioética de la FCM-ULEAM.

La cual establece que:

En este estudio de caso se revisará la historia clínica correspondiente y se manejarán datos de índole clínica y radiológica del paciente objetivo de análisis; no realizándose ningún proceder invasivo con el analizado.

Al paciente se le explicará correctamente: que formará parte de un estudio de caso clínico, que tiene como título: “Carcinoma Rectosigmoideo Obstructivo E Infiltrativo Determinación Radiológica.”; así como el carácter absolutamente privado del estudio y los resultados obtenidos; que no se revelará su identidad, ni ninguna otra información que pueda poner en evidencia su persona y que deberá otorgar su Consentimiento Informado para participar en el mismo.

El protocolo de estudio respetará en todo momento la Declaración de Helsinki para la realización de investigaciones médicas con seres humanos

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Trabajo de investigación: “Carcinoma Rectosigmoideo Obstrutivo E Infiltrativo Determinación Radiológica.”

Estimado paciente, por medio del presente se le solicita amablemente participar en este estudio de caso clínico: el cual trata el tema de cáncer rectosigmoideo, la importación de un diagnóstico oportuno y la utilidad de las pruebas de imagen para su detección y control evolutivo; por lo que le rogamos que nos apoye con su colaboración, garantizándole que los datos se manejaran de forma totalmente anónima. Se requiere que nos aporte alguno de sus datos generales solo con el fin de organizar la información. Los datos obtenidos serán confidenciales; solamente se darán a conocer los resultados generales y no las respuestas concretas de la investigación. No está obligado a responder todas las preguntas y puede Ud. Negarse a participar en el mismo de forma voluntaria.

Esta investigación responde al trabajo de terminación de la Licenciatura en Radiología e Imagenología.

Para cualquier pregunta puede consultar al autor: Baque López Josselyn Valeria, en la FCM-ULEAM o a la siguiente dirección de correo electrónico: valebaque10@hotmail.com

FIRMA