



UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

# BITÁCORA DE PRÁCTICAS

## RADIOLOGÍA ESPECIAL

### HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA



**Moisés Morales Montiel**

3º de Medicina – Grupo 1

DNI: 49338817E

Periodo de prácticas: del **17 al 21 de febrero** de 2025.

**ÍNDICE**



1. Introducción.....	
.....3	
2. Desarrollo de las prácticas.....	4
2.1. Lunes 17 de febrero 2025.....	4
2.2. Martes 18 de febrero 2025.....	8
2.3. Miércoles 19 de febrero 2025.....	10
2.4. Jueves 20 de febrero 2025.....	11
2.5. Viernes 21 de febrero 2025.....	12
3. Profundización de aspectos vistos durante las prácticas.....	13
3.1. Patrones de densidad mamaria.....	13
3.2. Escala ASPECTS.....	14
3.3. Diferenciación entre ictus hemorrágico e ictus isquémico.....	
.....16	
4. Valoración personal y conclusión.....	17
5. Bibliografía.....	
.....18	



## **1. INTRODUCCIÓN.**

El propósito de estas prácticas es familiarizarse con el funcionamiento del Servicio de Radiología en el hospital y desarrollar habilidades en la interpretación de imágenes, como identificar el método de imagen más adecuado en cada situación clínica y reconocer los hallazgos patológicos característicos de las enfermedades observadas durante la rotación.

En esta bitácora voy a documentar mi experiencia y los conocimientos adquiridos durante las prácticas en el Servicio de Radiología del Hospital Reina Sofía, realizadas del 17 al 21 de febrero de 2025.

Durante mi estancia en este servicio éramos cinco alumnos, por lo que se nos ha dividido en dos grupos para rotar cada día en una sección. En total rotamos por cinco secciones: musculoesquelético, tórax y abdomen, mama, vascular e intervencionista, y neuro (cabeza y cuello).

La organización diaria normalmente era la siguiente:

- **8:30 - 9:00:** Sesión clínica con residentes y médicos.
- **9:00 – 14:00:** Rotación por la sección que nos tocaba ese día.

Las imágenes incluidas corresponden a los casos observados en las distintas áreas, asegurando la confidencialidad de los datos de los pacientes.



## **2. DESARROLLO DE LAS PRÁCTICAS.**

**Lunes 17 /02/2025**

Hemos comenzado el día reuniéndonos a las 8:30 en la sala de sesiones, con los adjuntos y residentes del servicio de Radiología. La sesión de hoy la ha dado una adjunta del servicio de cirugía. Básicamente les ha explicado a los radiólogos sobre la participación en un estudio de la diverticulitis no complicada. Después, un residente nos ha dado a los alumnos una charla introductoria acerca de esta especialidad, las diferentes técnicas de imagen que se usan y en qué consiste la labor de un radiólogo. El papel de este consiste en la elección de la técnica de imagen radiológica, así como el análisis, procesamiento e interpretación de estas; la realización de técnicas intervencionistas diagnósticas y terapéuticas (biopsias, drenajes,...); y realizar el informe radiológico, que es el medio de comunicación con el médico peticionario, con un importante valor médico-legal.

Tras esto, los cinco alumnos de prácticas nos hemos dividido en dos grupos, en mi caso mi grupo es de tres. Se nos ha indicado la sección donde vamos a rotar cada día, en mi caso hemos empezado con musculoesquelético.

Aproximadamente sobre las 9:15 hemos comenzado en musculoesquelético con la Dra. M<sup>a</sup> Francisca Cegarra. A lo largo de la mañana hemos visto numerosos casos mientras nos iba explicando los hallazgos radiológicos de cada uno.



El primer caso era un varón de 57 años con dolor en la cadera derecha. Primero se le realiza una radiografía de pelvis en carga para ver las articulaciones, la cortical del hueso... y también una ecografía para ver partes blandas, descartar derrame articular, etc. En cuanto a los hallazgos radiológicos, se observa una leve irregularidad cortical y un pequeño entesofito en zona de inserción del tendón glúteo en trocánter mayor derecho, asociado a una leve tendinopatía del glúteo medio y con una pequeña cantidad de líquido en la bursa trocantérea. No se observa derrame coxofemoral-femoral. Hay un leve engrosamiento del tensor de la fascia lata a nivel del trocánter mayor. El resto del estudio sin alteraciones significativas.



El segundo caso era un varón de 42 años con dolor en el tendón de Aquiles bilateral al hacer ejercicio y en corticales óseas del borde y cara interna tibial con sensación de dolor incluso al más mínimo roce. Se le realiza una RM en secuencia T1 y una secuencia potenciada en T2 con supresión grasa. Conclusión: Pequeños focos de edema óseo, mínimos defectos subcondrales en surco astragalino y aspecto anterior y posterior de cúpula astragalina, sin apreciar caras líneas de fractura. Signos compatibles con tenosinovitis de ambos tibiales posteriores, a correlacionar con EF.

Pequeña cantidad de líquido alrededor de tendones peroneos. Leve hiperintensidad de señal en tendón de Aquiles en su tercio distal con discreta cantidad de líquido alrededor, sugerente de leve tendinopatía/paratendinitis. Leve derrame articular en receso astragalino posterior y articulación tibio-astragalina anterior, así como en seno del tarso de ambos lados.



También nos enseñaron un caso de aneurisma de aorta abdominal. Se trataba de un varón de 74 años, con AP de aneurisma abdominal de hasta 6.2cm de diámetro y 8.9cm de longitud CC con luz mínima de 15cm y un hematoma de 2.9cm de espesor, pendiente de endoprótesis próximamente en CCV, consulta por cuadro de una semana de dolor abdominal en epi y mesogastrio. Se solicita TC para descartar complicaciones de aneurisma.

**Hallazgos, Diagnóstico y Recomendaciones:** Se realiza angio-TC de aorta urgente y se compara con estudio previo realizado.

Aorta torácica permeable, con severa arteriopatía mixta difusa con placas blandas ulceradas de predominio en cayado y aorta torácica descendente, que muestra trayecto沿gado y trombosis mural de hasta 10mm de espesor, sin estenosis significativas. Troncos supraórticos permeables, sin estenosis significativa. Ramas viscerales (TC, AMS y renales con doble arteria renal derecha como variante normal) permeables sin estenosis. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal ya conocido, fusiforme, de hasta 6cm de calibre mayor y trombosis mural de 2.9cm, sin signos radiológicos de rotura ni complicación aguda.

Como hallazgos extravasculares destaca diverticulosis en sigma, severo enfisema paraseptal de predominio en LLSS



Interpretación: AAA conocido y estable respecto a estudio previo, sin signos radiológicos de complicación aguda.



Otro caso que vimos era el de una mujer de 47 años que realiza pádel y consulta por una entesopatía de muñeca y mano derecha. Tiene una ecografía ya realizada y ha realizado terapia física, pero con nula mejoría, por lo que se decide realizarle una RM de muñeca derecha. Conclusión: Presenta una pequeña cantidad de líquido alrededor de la superficie cubital en vainas tendinosas del 1º, 3º y principalmente 6º. Estructura compatible con ganglión de la vaina tendinosa del flexor radial del carpo a nivel del hueso trapezoide/base del 2º metacarpiano. Probable pequeño ganglión en margen radial de superficie flexora de la muñeca, probablemente dependiente de articulación radiocarpiana.

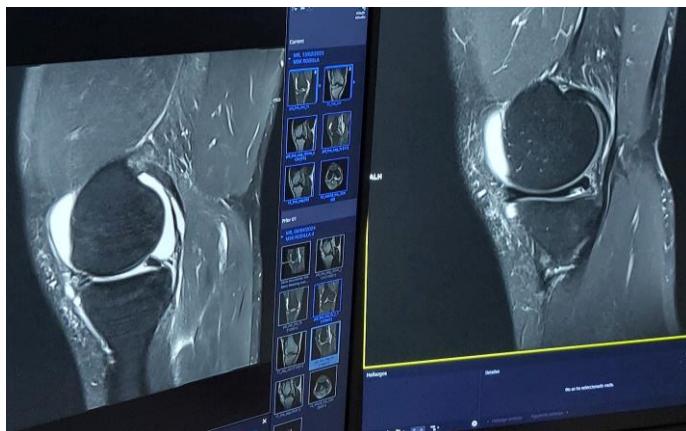
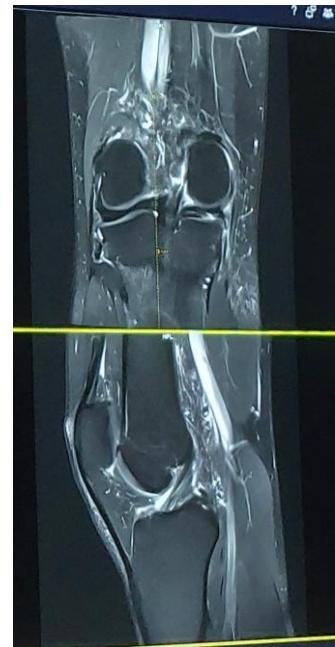




El siguiente caso que vimos es el de un varón 27 años, que sintió un crujido jugando al fútbol. Hallazgos, Diagnóstico y Recomendaciones: Se realiza RM de rodilla derecha con secuencias habituales y se compara con RM previa de abril-2024. Ligamentos cruzados y colaterales integros.

Se aprecia evolución de la rotura compleja de cuerpo y cuerno posterior del menisco interno, con amputación del cuerno posterior y desplazamiento hacia región anterior-intercondílea, compatible con rotura desplazada.

Conclusión: Rotura compleja del menisco interno. Leve esguince del ligamento colateral medial. Edema óseo en el margen lateral del cóndilo femoral externo. Moderado derrame articular. Pequeño quiste de Baker sin evidencia de rotura.

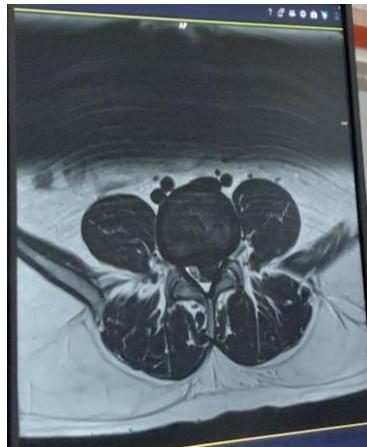


Por último, vimos un caso de lumbociática izquierda de 7 meses de evolución, con mala respuesta a tratamiento farmacológico. Se realiza RM de columna lumbar.

Los discos intervertebrales están disminuidos de señal en T2 desde L3/L4 a L5/S1. En L3-L4 protrusión discal central posterior con fisura anular, que no condiciona estenosis de canal ni foraminal significativa. En L4-L5: voluminosa hernia discal extruida paracentral/subarticular izquierda que impronta en el canal y receso subarticular izquierdo y comprime saco tecal y las raíces neurales. En L5-S1: protrusión discal central posterior con fisura anular, que no condiciona



estenosis significativa. El cono medular y la cola de caballo son de situación, morfología e intensidad de señal normal. No hay estenosis foraminales significativas.



### **Martes 18/02/2025**

Comenzamos el día a las 8:30 con una sesión donde se han explicado dos casos. El primero trataba sobre un varón que sufrió un tromboembolismo pulmonar, y se le iba a realizar una ecografía abdominal para descartar una posible masa tumoral como causante del TEP. El otro caso era otro hombre de mediana edad que acudió por dolor torácico al hospital, tenía unas fracturas costales y en el TAC se observó una masa tumoral en el pulmón izquierdo con adenopatías mediastínicas.

La sesión ha finalizado sobre las 9:00. Hoy nos tocaba rotar en el área de tórax y abdomen. Hemos tenido un descanso hasta las 9:30 mientras los médicos desayunaban. Y de inmediato hemos comenzado viendo ecografías con la adjunta María José Ruiz López.

En totas hemos visto cuatro ecografías abdominales. Mientras la doctora las realizaba nos iba explicando la sistemática para realizar la ecografía.

Sistématica para realizar una ecografía abdominal

1. Preparación del Paciente: Ayuno de 6-8 horas, la explicación del procedimiento, posicionamiento generalmente en decúbito supino, uso de gel conductor...
2. Selección del Transductor: Convexo de baja frecuencia, que permite una penetración profunda y una mejor evaluación de los órganos abdominales. O lineal, para estructuras superficiales o estudios vasculares abdominales.



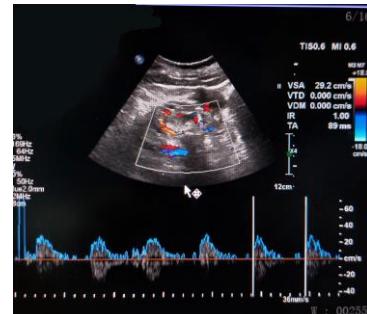
3. Evaluación Sistemática de los Órganos Abdominales. Se realiza un barrido metódico de los órganos abdominales:

- Hígado y Vía Biliar: explorar en planos longitudinales y transversales, evaluar tamaño, ecogenicidad, contornos, la vesícula biliar (pared, contenido, cálculo o barro biliar). Se mide el diámetro del colédoco para descartar dilataciones.
- Páncreas: en cortes transversales y longitudinales, en inspiración profunda. Observar ecogenicidad, contornos y presencia de lesiones quísticas o sólidas.
- Bazo: medir longitud máxima, evaluar contorno, ecogenicidad, esplenomegalia.
- Riñones y Vías Urinarias: evaluar en planos longitudinales y transversales, tamaño renal, diferenciación cortico-medular, litiasis, hidronefrosis...
- Grandes Vasos (Aorta y Vena Cava Inferior).
- Intestino y Estructuras Adyacentes: dilatación de asas intestinales, líquido libre, masas, pared intestinal, apéndice en casos específicos...

También se puede utilizar Doppler color para evaluar el flujo sanguíneo en la arteria hepática, porta, renales o esplénica, lo cual es útil en casos de estenosis, trombosis o hipertensión portal.

Durante la ecografía se guardan imágenes representativas de cada estructura evaluada. Se describe en el informe la normalidad o alteraciones encontradas. Se informa al paciente sobre el fin del estudio y si debe consultar con su médico tratante.

De las cuatro ecografías que hemos visto, dos eran normales, no había hallazgos patológicos; en una se veía un poco de esteatosis hepática, por lo que se observaba el hígado un poco más hiperecogénico, y en la última se podía observar una litiasis coraliforme en el riñón izquierdo.



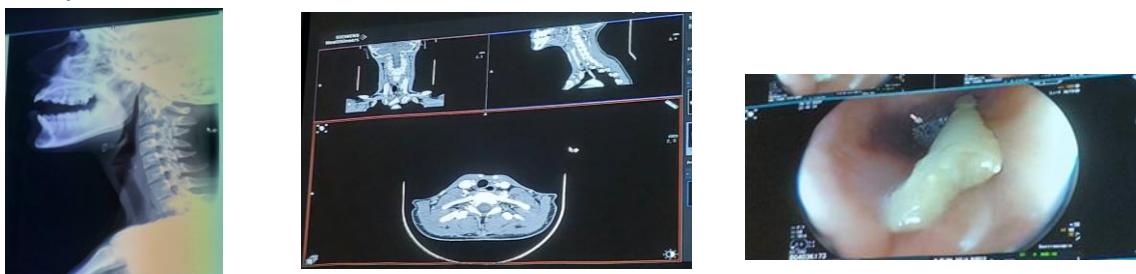
A las 12 hemos cambiado de adjunta, y hemos estado viendo distintos TACs de tórax y abdomen. Destaco el caso de un mioma uterino.



**Miércoles 19/02/2025**

Comenzamos el día a las 8:30, con una sesión que ha dado Juan francisco Moreno García, residente de segundo año. Ha explicado dos casos clínicos.

Caso 1. Mujer de 23 años que acude a urgencias por sensación de impactación de cuerpo extraño en región centro torácica tras ingesta reciente (arroz y conejo). Se realiza radiografía de cavum lateral urgente. Principales indicaciones de radiografía de cavum/cuello/columna cervical lateral: valoración de la permeabilidad de la vía aérea (epiglotitis/laringotraqueítis, hipertrofia adenoidea, tumores de partes blandas), traumatismos cervicales (fracturas), presencia de cuerpos extraños.



Caso dos. Varón de 83 años que acude a urgencias por dolor abdominal difuso con vómitos repetidos de 2 horas de evolución. Antecedentes personales: hipertensión arterial y dislipidemia. Antecedentes quirúrgicos: neo de esófago (2009), prostatectomía, eventración supraumbilical de cicatriz de laparotomía media (2010). Se realiza radiografía de abdomen urgente HP.

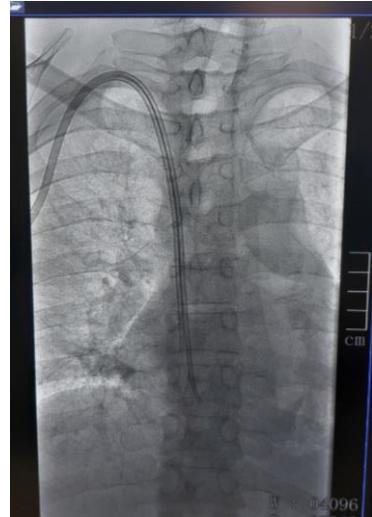


Después nos tocaba rotar por el servicio de radiología vascular e intervencionista. Al ser tres, hemos tenido que ir rotando, ya que solo podía entrar uno. Mientras los otros dos hemos estado viendo ecografías de musculoesquelético (rodilla, muñeca, hombro...).



En mi caso, he podido ver una colocación de un catéter tunelizado en la vena yugular derecha con el extremo distal en la aurícula derecha (AD) sin complicaciones. Esto se usa para hemodiálisis. Su propósito principal es proporcionar un acceso vascular temporal o a largo plazo para la extracción y retorno de la sangre durante la diálisis.

Se usa cuando un paciente no tiene una fistula arteriovenosa o injerto vascular funcional.



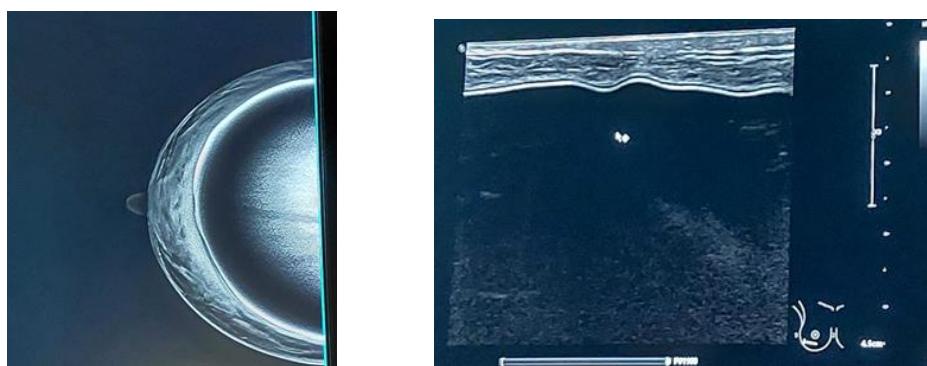
**Jueves 20/02/2025**

Hoy hemos rotado por la sección de mama, con el adjunto Luis Ademán.

Hemos visto 3 ecografías de mama, mientras nos ha ido explicando el procedimiento y lo que se veía en la pantalla.

La primera paciente se le ha realizado una PAAF por un quiste simple asintomático. Las conclusiones del informe radiológico son: BIRADS 2 – hallazgos benignos. Presenta un quiste simple de 21 mm en mayúscula UCE MD, donde la paciente refiere dolor y lesión palpable. Se extraen 4 ml de líquido verdoso que se envía a anatomía patológica. También presenta quistes simples subcentimétricos bilaterales.

Después hemos visto otra paciente con prótesis mamarias qué consultaba porque le había dolido la mama izquierda. Sin hallazgos patológicos.



La tercera paciente contaba dos antecedentes familiares de cáncer de mamá su madre de 64 años y su hermana de 47. La paciente consultaba porque se palpaba un bulto en la mama izquierda. Numerosos quistes simples en ambas mamas, el mayor de 11 mm en UC Inf. MI que se corresponde con la lesión palpable. Tejido mamario axilar bilateral.



CATEGORÍA BI RADS® 2: hallazgos benignos.

También se nos ha explicado las categorías BI-RADS

Categoría	Descripción	Recomendación
0	Estudio incompleto, requiere más imágenes o comparación con estudios previos.	Se debe completar el estudio.
1	Negativo, sin hallazgos sospechosos.	Seguimiento habitual (mamografía según edad y riesgo).
2	Hallazgos benignos (ej. quistes simples, fibroadenomas confirmados).	Seguimiento normal.
3	Probablemente benigno (<2% riesgo de cáncer, ej. nódulo sólido bien definido).	Seguimiento con imágenes en 6 meses.
4	Sospechoso (lesión indeterminada o sospechosa). Se subdivide en:  <b>4A:</b> Baja sospecha (2-10%).  <b>4B:</b> Sospecha moderada (10-50%).  <b>4C:</b> Alta sospecha (50-95%). Biopsia recomendada.	Biopsia recomendada
5	Alta sospecha de malignidad (>95%).	Biopsia y tratamiento según resultado.
6	Cáncer confirmado por biopsia, malignidad.	Manejo oncológico

**Viernes 21/02/2025**

El último día hemos rotado por la sección de cabeza y cuello, con la adjunta M<sup>a</sup> Isabel Pena Fernández. Nos ha estado enseñando los diferentes casos que iba viendo mientras nos explicaba los hallazgos radiológicos.



El primer caso era una mujer de 66 años con AP de crisis focales con AP de lesiones isquémicas subagudas en ACM izquierda en octubre de 2024. Hoy presenta crisis de repetición. Se realiza TC de cráneo simple urgente. Conclusión: Sin evidencia de patología aguda intracranal extensa establecida. Examen cerebral dentro de la Normalidad. Lesiones isquémicas crónicas de pequeño/mediano vaso y retracción cortico-subcortical

Otro caso trataba de un ictus lacunar territorio frontera ACA-ACM izquierda Sin factores de riesgo cardiovascular. TSA normal. Se realiza angio TC de arenas cerebrales tras la administración de contraste intravenoso. Conclusión: Estudio sin alteraciones.

También vimos el caso de un ictus extenso ACM izquierda. Se realiza TC cerebral simple. Gran infarto subagudo en el territorio ACM izquierda, de similar extensión en el estudio previo. Presenta áreas de hemorragia petequial confluente en la cortical de la convexidad frontotemporal infartada, HI2. Aumento del edema respecto al estudio previo que condicionan un colapso del asta temporal y occipital del ventrículo ipsilateral y una desviación de línea media la derecha de aproximadamente 4mm.

También hemos visto como se realiza una PAAF ecoguiada de un ganglio en la zona media de la cadena yugular interna izquierda.

### **3. PROFUNDIZACIÓN DE ASPECTOS VISTOS DURANTE LAS PRÁCTICAS.**

#### **3.1. PATRONES DE DENSIDAD MAMARIA.**

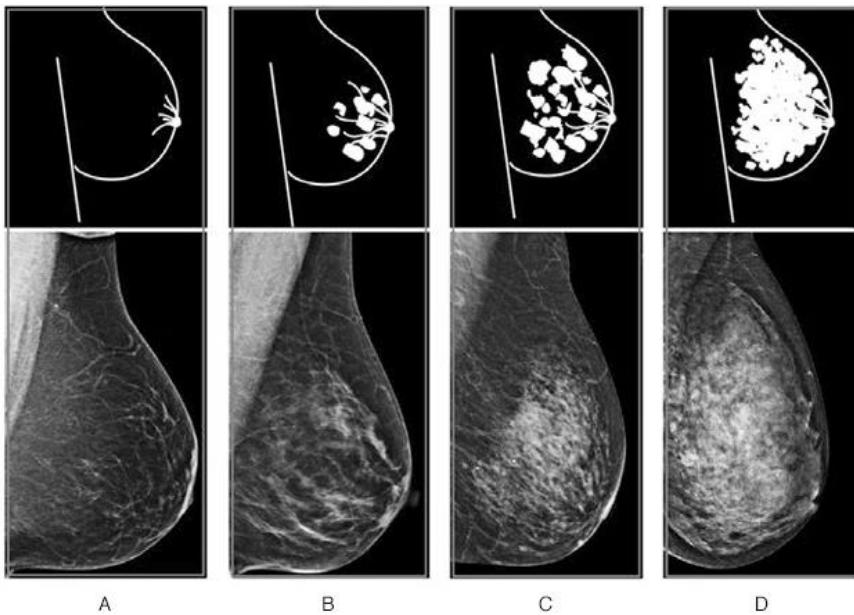
La densidad mamaria se refiere a la proporción de tejido fibroglandular (glándulas y tejido conectivo) en comparación con el tejido graso en las mamas, tal como se observa en una mamografía. Una mayor densidad mamaria puede dificultar la detección de anomalías y está asociada con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

El sistema BI-RADS clasifica la densidad mamaria en cuatro categorías:

- Tipo A: Mamas casi enteramente grasas.** Las mamas están compuestas casi en su totalidad por tejido graso, lo que facilita la detección de anomalías en las mamografías.
- Tipo B: Áreas dispersas de densidad fibroglandular.** Predomina el tejido graso, pero existen algunas áreas de tejido fibroglandular denso dispersas.
- Tipo C: Mamas heterogéneamente densas.** Hay más áreas de tejido denso que de tejido graso, lo que puede dificultar la detección de pequeñas masas en las mamografías.



- **Tipo D: Mamas extremadamente densas.** Las mamas están compuestas casi en su totalidad por tejido fibroglandular denso, lo que incrementa significativamente la dificultad para identificar anomalías y se asocia con un mayor riesgo de cáncer de mama.



Es fundamental que las mujeres conozcan su tipo de densidad mamaria, ya que una mayor densidad puede ocultar lesiones en las mamografías y está relacionada con un mayor riesgo de cáncer de mama. En casos de mamas densas, los médicos pueden recomendar pruebas adicionales, como ecografías o resonancias magnéticas.

La densidad mamaria está influenciada por factores como la edad, la genética, el uso de terapia hormonal y el índice de masa corporal. Generalmente, las mujeres más jóvenes y aquellas con menor índice de masa corporal tienden a tener mamas más densas.

En conclusión, la evaluación de la densidad mamaria es fundamental en la interpretación de mamografías y en la planificación de estrategias de detección y prevención del cáncer de mama.

### 3.2. ESCALA ASPECTS.

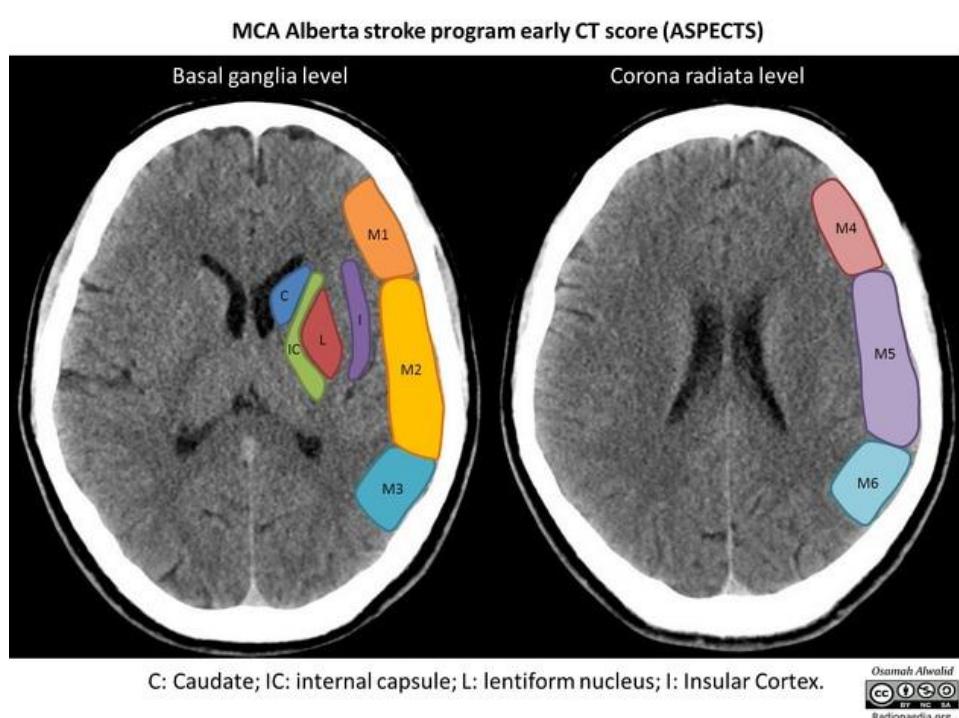
La escala ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score) es una herramienta cuantitativa utilizada en neurorradiología para evaluar de manera sistemática y estandarizada en un TAC los cambios isquémicos tempranos en pacientes con sospecha de ictus isquémico agudo en el territorio de la arteria cerebral media (ACM). Su principal objetivo es ayudar en la toma de decisiones



clínicas, especialmente en la selección de pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos como la trombólisis o la trombectomía mecánica.

La escala divide el territorio de la ACM en 10 regiones específicas, evaluadas en dos niveles: ganglionar y supraganglionar. Cada región afectada por signos de isquemia temprana, como hipodensidad en la tomografía computarizada (TC), resta un punto a una puntuación inicial de 10. Distribución de las regiones evaluadas en la escala ASPECTS:

- Nivel ganglionar (7 regiones): Núcleo caudado (C), Núcleo lenticular (L), Cápsula interna (CI), Ínsula (I), Territorios corticales M1, M2 y M3.
- Nivel supraganglionar (3 regiones): Territorios corticales M4, M5 y M6.



Una puntuación del ASPECTS inferior o igual a 7 se asocia a una morbilidad elevada y mala recuperación funcional.

Una puntuación ASPECTS de 10 significa que el TAC es normal.

Una puntuación de 0 implica una afectación difusa de todo el territorio de la ACM.

El riesgo de hemorragia intracerebral siguiendo la terapia trombótica es mayor si la puntuación es igual o menor de 7.

La correcta aplicación de la escala ASPECTS requiere una evaluación detallada de la TC sin contraste, identificando hipodensidades que sugieran isquemia en las regiones mencionadas. Es importante destacar que la precisión en la



valoración de la escala ASPECTS puede variar según la experiencia del observador.

En resumen, la escala ASPECTS es una herramienta esencial en la evaluación inicial del ictus isquémico agudo, proporcionando una valoración estandarizada de la extensión del daño cerebral y orientando las decisiones terapéuticas.

### **3.3. DIFERENCIACIÓN ENTRE ICTUS HEMORRÁGICO E ICTUS ISQUÉMICO.**

#### **Tomografía Computarizada (TC):**

- Ictus Hemorrágico:** En una TC sin contraste, las hemorragias intracerebrales se manifiestan como áreas hiperdensas (de mayor densidad) en comparación con el parénquima cerebral normal. Esta hiperdensidad se debe a la presencia de sangre, lo que permite una identificación rápida y precisa de la hemorragia.
- Ictus Isquémico:** En las primeras horas tras el evento isquémico, la TC puede no mostrar alteraciones evidentes. Sin embargo, con el paso del tiempo, pueden observarse áreas hipodensas (de menor densidad) que reflejan la pérdida de tejido cerebral viable. Además, signos tempranos como la pérdida de la diferenciación entre la sustancia gris y blanca o la hipodensidad de los núcleos lenticulares pueden ser indicativos de isquemia.

#### **Resonancia Magnética (RM):**

- Ictus Hemorrágico:** La RM es altamente sensible para detectar hemorragias intracerebrales. En secuencias ponderadas en T1, la hemorragia aguda puede aparecer isointensa o ligeramente hipointensa. En secuencias ponderadas en T2, la apariencia de la hemorragia varía según su fase evolutiva, debido a los cambios en el estado de la hemoglobina y la integridad de la membrana celular.
- Ictus Isquémico:** La RM, especialmente con secuencias de difusión (DWI), es muy sensible para la detección precoz de lesiones isquémicas. Las áreas afectadas suelen aparecer hiperintensas (de mayor intensidad) en las imágenes de difusión, indicando restricción en la movilidad de las moléculas de agua debido al daño celular.

En resumen, la TC es la técnica de elección inicial para diferenciar entre ictus hemorrágico e isquémico debido a su rapidez y eficacia en la detección de hemorragias agudas. La RM ofrece una mayor sensibilidad en la detección precoz de lesiones isquémicas y en la caracterización detallada de las hemorragias, siendo especialmente útil cuando la TC no proporciona información concluyente.

### **4. VALORACIÓN PERSONAL Y CONCLUSIÓN.**



Durante mi rotación en el Servicio de Radiología del Hospital General Universitario Reina Sofía, he tenido la oportunidad de conocer de cerca el funcionamiento de esta especialidad y la importancia de la correlación clínica con las pruebas de imagen. Agradezco profundamente al equipo de radiólogos, residentes y técnicos por su paciencia y disposición para enseñarnos, resolviendo nuestras dudas y haciéndonos partícipes de su día a día.

Quisiera destacar especialmente la labor de algunos médicos que hicieron que esta experiencia fuera aún más enriquecedora. En musculoesquelético, la Dra. M<sup>a</sup> Francisca Cegarra desde el primer momento, se aseguró de que nos sintiéramos cómodos y nos explicó cada caso con gran detalle, facilitando nuestro aprendizaje. La Dra. María José Ruiz López, en la sección de abdominal, siempre estuvo disponible para responder cualquier duda, con una gran disposición para explicarnos lo que necesitáramos. Y, por último, el Dr. Luis Alemañ, en la sección de mama, nos explicó cada detalle, lo que nos permitió entender mejor la interpretación de las imágenes.

Desde el primer día, me sorprendió la organización del servicio y la diversidad de técnicas empleadas. He podido rotar por diferentes áreas. Lo cual valoro positivamente ya que me ha permitido comprender cómo cada modalidad de imagen aporta información clave para el diagnóstico y manejo de los pacientes.

También destacar la sesión clínica matutina, en la que se discutían casos de interés con residentes y adjuntos. Estas sesiones han sido muy enriquecedoras.

En cuanto a las técnicas de imagen, me ha llamado especialmente la atención la ecografía, ya que es una herramienta rápida, accesible y sin radiación, lo que la convierte en una opción ideal en muchas situaciones clínicas. Pienso que sería muy útil ofrecer a los estudiantes alguna posibilidad de empezar a adquirir el manejo de esta técnica.

Además de los conocimientos técnicos, he aprendido que la radiología no es una especialidad aislada, sino que trabaja en conjunto con múltiples disciplinas médicas. Me ha quedado claro que una buena solicitud de pruebas de imagen es fundamental para evitar estudios innecesarios y minimizar la exposición a radiación.

En cuanto a aspectos a mejorar, si bien la experiencia en general ha sido bastante buena, en algún momento algunos alumnos nos hemos sentido desubicados, al estar viendo pruebas de imagen sin tener ni idea y sin que se nos explique nada.

En conclusión, esta rotación me ha permitido valorar el papel fundamental del radiólogo en la toma de decisiones clínicas y ha despertado en mí un interés



aún mayor por la imagen médica. Me ha motivado a seguir profundizando en el tema y a aplicar estos conocimientos en mi futura práctica clínica. Agradezco nuevamente al equipo de Radiología del Hospital Reina Sofía por su trato cercano y su dedicación a la enseñanza.

## 5. BIBLIOGRAFÍA.

1. American Cancer Society. La densidad de los senos y el informe de su mamograma [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/mamogramas/la-densidad-de-los-senos-y-el-informe-de-su-mamograma.html>
2. Mayo Clinic. Tejido mamario denso: lo que significa tener mamas densas [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/mammogram/in-depth/dense-breast-tissue/art-20123968>
3. Sociedad Española de Radiología Médica. BI-RADS: Sistema de informes y datos de imagen de la mama [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://seram.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=123:bi-rads-sistema-de-informes-y-datos-de-imagen-de-la-mama&catid=19&Itemid=187](https://seram.es/index.php?option=com_content&view=article&id=123:bi-rads-sistema-de-informes-y-datos-de-imagen-de-la-mama&catid=19&Itemid=187)
4. ASPECTS - Sociedad Española de Neurología. Disponible en: [https://ictus.sen.es/?page\\_id=82](https://ictus.sen.es/?page_id=82)
5. Alberta stroke programme early CT score (ASPECTS) - Radiopaedia. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/alberta-stroke-programme-early-ct-score-aspects?lang=us>
6. National Heart, Lung, and Blood Institute. Accidente cerebrovascular - Diagnóstico [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/diagnostico>
7. Elsevier. La tomografía axial computarizada en la enfermedad cerebrovascular [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-tomografia-axial-computarizada-enfermedad-12969>
8. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Evaluación de técnicas de neuroimagen (RM/TC) en el ictus agudo [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en:



UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

[https://www.aetsa.org/download/publicaciones/05-Neuroimagen-TRINI\\_CNP.pdf](https://www.aetsa.org/download/publicaciones/05-Neuroimagen-TRINI_CNP.pdf)