MEDICINA NUCLEAR

Tecnología, Calidad y Eficiencia.

GUAPACHA MONTOYA MONICA JHULIET
Documento: 43147970
Edad: 41 A 5 m 3 d **Fecha:** 25/07/2025

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PET/CT F18-FDG

Radiofármaco:	F18 FDG
Actividad administrada:	6.08 mCi
Glucosa sérica:	63 mg/dl.
Medio de contraste oral:	agua 1000 cc
Tiempo de ayuno:	> 6 horas.
CTDIv:	7.2 mGy

Indicación clínica: paciente de 41 años con antecedente de tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides en el lobulo izquierdo, en el 2016. Posteriormente, se realizó en el 2018 vaciamiento ganglionar por enfermedad metastásica. No ha recibido tratamiento con yodo. Presenta tiroglobulina elevada de 3.4 de mayo de 2025, motivo por el cual solicitan PET/CT.

Técnica: 67 minutos después de la inyección intravenosa del radiofármaco en el codo izquierdo se realizaron imágenes desde el vértex hasta el tercio medio de muslos en una cámara Siemens-Horizon. Se hizo un CT para corrección de atenuación y localización anatómica al cual no reemplaza al CT diagnóstico. Se calculó el valor estandarizado de captación (SUV) máxima de las lesiones dominantes.

Comparación: no se cuenta con PET/CT previo para comparar.

Hallazgos principales:
Cerebro:
No se observan lesiones focales hipermetabólicas.

Cabeza y cuello:
Cambios postquirúrgicos de tiroidectomía total con evidencia de una lesión nodular hipermetabólica en el lecho quirúrgico hacia la izquierda con SUVmax de 5.2 que mide 10x8mm sospechoso de compromiso tumoral, en relacion con remanente tiroideo.
No se observan lesiones hipermetabólicas sospechosas de malignidad en otras localizaciones.

NO OLVIDE TRAER SUS ESTUDIOS ANTERIORES PARA SU PROXIMA CITA

MEDICINA NUCLEAR

Tecnología, Calidad y Eficiencia.

GUAPACHA MONTOYA MONICA JHULIET
Documento: 43147970
Edad: 41 A 5 m 3 d **Fecha:** 25/07/2025

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PET/CT F18-FDG

Tórax:
Glándulas mamarias sin lesiones focales hipermetabólicas.
No se observan lesiones hipermetabólicas pleuropulmonares sospechosas de malignidad.
No se observan lesiones hipermetabólicas en axilas, mediastino o en ambas cadenas mamarias internas.

Abdomen y pelvis:
Hígado, vesícula, bazo, glándulas suprarrenales, riñones, páncreas, intestino, vejiga y útero sin lesiones focales hipermetabólicas.
Foco hipermetabólico en la topografía del anexo izquierdo con SUVmax de 10.3 de aspecto fisiológico correlacionar con ciclo ovárico.
No se observan lesiones focales hipermetabólicas en mesenterio, retroperitoneo o en pelvis sospechosas de malignidad.

Musculo esquelético:
No se observan lesiones focales hipermetabólicas sospechosas de malignidad en el esqueleto axial o apendicular sugestivas de malignidad.

OPINIÓN:
- **ESTUDIO PET/CT F18 FDG CON EVIDENCIA DE CAMBIOS POSQUIRÚRGICOS DE TIROIDECTOMÍA TOTAL CON EVIDENCIA DE LESIÓN NODULAR HIPERMETABÓLICA EN EL LECHO QUIRÚRGICO, A NIVEL PARATRAQUEAL IZQUIERDO COMO SE DESCRIBIÓ SOSPECHOSA DE COMPROMISO TUMORAL SE SUGIERE CORRELACIONAR CON ECOGRAFÍA, Y SI AMERITA CON ACAF.**
- **VER DESCRIPCIÓN DE OTROS HALLAZGOS.**

Nota de exención: Las lesiones < 5 mm están por debajo del límite de resolución espacial del PET; si miden entre 5 y 10mm la sensibilidad de detección es menor -entre el 50% y el 80%-que para aquellas >10 mm. Algunos procesos inflamatorios (especialmente granulomatosos), post quirúrgicos, traumáticos pueden tener alta captación de FDG (falsos positivos para malignidad). Los tumores bien diferenciados o mucinosos pueden exhibir baja o ninguna captación de FDG.



DRA SARAI ELENA MORON ARAUJO
MEDICO NUCLEAR 1020742239

NO OLVIDE TRAER SUS ESTUDIOS ANTERIORES PARA SU PROXIMA CITA