



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**FRECUENCIA DEL BAZO ACCESORIO DETECTADO DE FORMA INCIDENTAL
POR TOMOGRAFÍAS CONTRASTADAS O NO CONTRASTADAS EN
PACIENTES ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO DE 2020 AL 31 DE DICIEMBRE
DE 2022 EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

**TESIS:
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGÍA
DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA**

**PRESENTA:
DR. OSCAR ULISES VINALAY LANDA**

**ASESOR:
DRA. BEATRIZ YESENIA CORTES GARCIA**

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

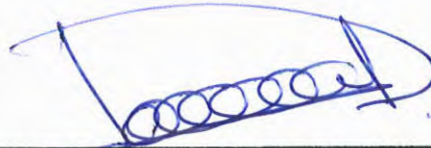
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

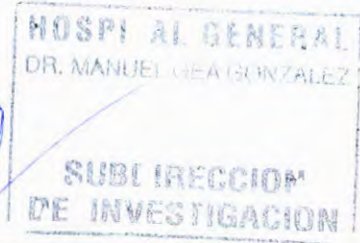
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

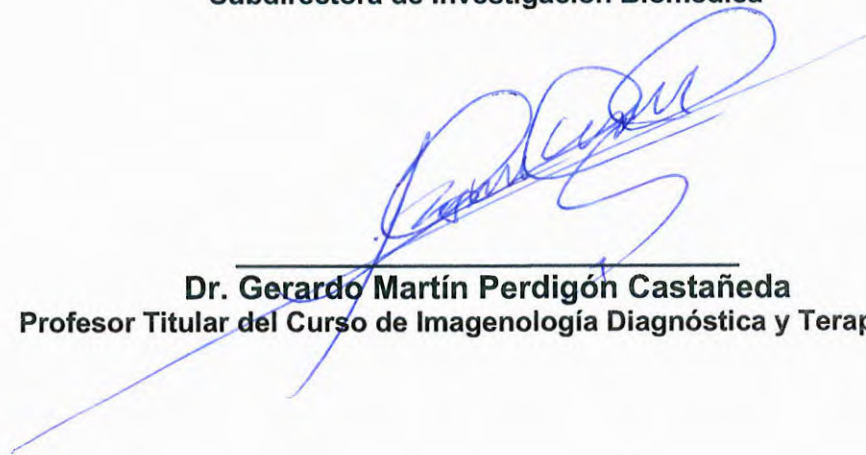
AUTORIZACIONES



Dra. Lorena Hernández Delgado
Directora de Enseñanza e Investigación



Dra. Rosa Patricia Vidal Vazquez
Subdirectora de Investigación Biomédica



Dr. Gerardo Martín Perdigón Castañeda
Profesor Titular del Curso de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica

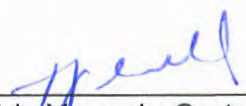


Dra. Beatriz Yesenia Cortés García
Asesor de tesis y médico radiólogo adscrito al servicio de radiología e imagen.

Este trabajo de tesis con número de registro: **24-47-2024** presentado por el **Dr. Oscar Ulises Vinalay Landa** y se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis el **Dra. Beatriz Yesenia Cortes García** con fecha febrero 2025 para su impresión final.



Dra. Rosa Patricia Vidal Vázquez
Subdirectora de Investigación Biomédica.



Dra. Beatriz Yesenia Cortes García.
Investigador Principal

**FRECUENCIA DEL BAZO ACCESORIO DETECTADO DE FORMA INCIDENTAL
POR TOMOGRAFÍAS CONTRASTADAS O NO CONTRASTADAS EN
PACIENTES ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO DE 2020 AL 31 DE DICIEMBRE
DE 2022 EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

Este trabajo fue realizado en el Hospital General "Dr Manuel Gea González" en la División de Radiología e Imagen bajo la dirección de el Dr. Alejandro García Peña, con el apoyo de la Dra. Beatriz Yesenia Cortes García y adscritos de la División quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

Dra. Beatriz Yesenia Cortes García
Investigador Principal

Dr. Oscar Ulises Vinalay Landa
Investigador Asociado Principal

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mis padres Miguel A. Vinalay y Graciela Landa, así como a mi pareja y hermanos, porque sin su apoyo y amor no estaría en estas instancias.

Agradezco a la Dra. Beatriz Yesenia Cortes García por asesorarme durante la elaboración de esta tesis, así como a todos los adscritos del servicio por llenarme de conocimiento y consejos durante mi proceso formativo.

Agradezco profundamente a los pacientes, que involuntariamente y a través de una posición menos favorable, me han permitido obtener el conocimiento que me servirá durante mi formación académica y profesional.

ÍNDICE GENERAL

- 1) Resumen
- 2) Introducción
- 3) Material y métodos
 - a) Justificación
 - b) Objetivos
 - c) Hipótesis (cuando aplique)
 - d) Población o grupo de estudio
 - e) Diseño
 - f) Tamaño de muestra
 - g) Criterios de selección
 - h) Descripción general del estudio (procedimientos)
 - i) Validación de datos
 - j) Aspectos éticos
- 4) Resultados
- 5) Discusión
- 6) Conclusiones
- 7) Bibliografía
- 8) Anexos, gráficos y tablas

1.- RESUMEN

Palabras clave: Bazo, Bazo accesorio, Tomografía, Frecuencia.

INTRODUCCION. El bazo es un órgano intraperitoneal que surge en la 5ª semana de gestación, por brotes mesodérmicos que se fusionan para formar un solo órgano, la falla de coalescencia puede resultar en la formación de bazos accesorios. Se considera un órgano sano presentándose como único y siendo diagnosticado de forma incidental por tomografía. El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia del bazo accesorio, lo que podría contribuir a la realización de estudios posteriores.

OBJETIVO GENERAL. Determinar la frecuencia del bazo accesorio detectado de forma incidental por tomografías contrastadas o no contrastadas en pacientes atendidos del 01 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2022 en el hospital general Dr. Manuel Gea González.

MATERIALES Y METODOS. Se realizó un estudio observacional, retrolectivo y transversal, con reportes de tomografías abdominales del 1º de enero del 2020 al 31º de diciembre del 2022 con bazo accesorio, presentes en la base de datos interna del servicio de imagenología del hospital General Dr. Manuel Gea González. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia.

RESULTADOS. Se recolectaron 320 (17.1%) reportes de bazo accesorio; en estudios simples (36.25%) y contrastados (63.75%). 182 (56.88%) eran hombres y 138 (43.13%) mujeres, con edad promedio de 47 años. 290 (91%) reportaban bazo accesorio único, 24 (8%) reportaban 2 bazos accesorios y 6 (2%) reportaban 3 bazos accesorios. La ubicación más frecuente fue medial (73.75%). La densidad de los bazos accesorios variaba con un promedio de 49 UH. 210 tenían forma redonda (65.63%), 96 morfología oval (30%) y 14 morfología irregular (4.3%).

CONCLUSIÓN. Las características morfológicas del bazo accesorio, son congruentes a lo reportado en la bibliografía. Sin embargo, la variabilidad en su localización podría desempeñar un papel relevante para omitirlo. Por lo que la documentación del número, morfología y ubicación, debe detallarse en el reporte radiológico.

2. INTRODUCCIÓN

El bazo es un órgano de localización intraperitoneal y es el órgano más grande del sistema linfático, así como el más conectado a la circulación sanguínea en comparación con otros tejidos linfáticos del sistema inmunológico¹.

El bazo suele ubicarse en el cuadrante superior izquierdo de la cavidad abdominal, entre el fondo del estómago y el diafragma. Posteriormente, se relaciona con las costillas 9-11 de las cuales se separa por el diafragma y el receso costodiafragmático; su borde anterior se relaciona con el estómago; de forma inferior se relaciona con el ángulo cólico izquierdo, por su cara medial tiene relación con el riñón izquierdo y por el hilio esplénico se relaciona con la cola del páncreas. En el adulto suele medir 12 cm de largo, 7 cm de ancho, 3-4 cm de grosor y posee un peso promedio de 80-300 gramos, fijándose a vísceras adyacentes, pared abdominal y diafragma por pliegues o ligamentos peritoneales^{1,2,3}.

La función principal del bazo es la filtración de microorganismos, proteínas y células sanguíneas y al ser tejido linfático interviene en la respuesta inmune, humoral y celular². El bazo suele lesionarse en traumatismos cerrados, especialmente en caso de fractura de las costillas inferiores izquierdas y al tener un importante aporte sanguíneo es frecuente que pueda sufrir necrosis⁴.

Embriológicamente, el bazo surge en la 5ª semana de gestación por pequeños brotes mesodérmicos en el mesogastrio dorsal entre el páncreas y el estómago girando posteriormente hacia el lado izquierdo, condicionando su posición final. Los brotes mesodérmicos normalmente se fusionan para formar un solo órgano sólido; sin embargo, la falla de coalescencia puede resultar en la formación de uno o más bazos accesorios^{3,5}.

El bazo accesorio, también llamado bazo supernumerario o esplénulo, es una entidad poco frecuente con una prevalencia de hasta 16.7% en Norteamérica³. Se considera un órgano sano congénito que comprende tejido esplénico separado del cuerpo principal del bazo con un tamaño que varía entre 0.5 a 2.8 cm,

presentándose normalmente como único hasta en el 88% de los casos. Sin embargo, Mortelé y colaboradores reportaron en un estudio que hasta un 13 % de los pacientes pueden presentar más de un bazo accesorio, siendo como máximo la presencia de 3^{3,6,7}.

El bazo accesorio en conjunto con el bazo ectópico y la esplenosis forma parte de las falsas tumoraciones de origen esplénico. Los pacientes con bazo accesorio generalmente se encuentran asintomáticos, existiendo ciertas circunstancias en las que pueden generar dolor como son: por efecto de masa que puede ejercer la esplenomegalia del bazo accesorio, la torsión de su lecho vascular y en caso extremo, la hemorragia por rotura de tejido esplénico accesorio. Haciendo que el diagnóstico de bazo accesorio sea incidental principalmente por un hallazgo tomográfico⁵

En los estudios de tomografía, el tejido esplénico es homogéneo en la fase simple con una densidad media de 55 unidades Hounsfield, posterior a que se administra medio de contraste yoyado por vía intravenosa, el tejido esplénico se observa en una fase arterial (40 segundos) con un aumento en la atenuación de forma moteada debido a la diferente captación del contraste entre la pulpa blanca y la pulpa roja lo que le otorga una apariencia “en líneas de cebra” y posteriormente se vuelve homogéneo en las fases venosas y tardías (70 y 210 segundos respectivamente). En la tomografía el tejido esplénico accesorio se manifiesta como nódulos únicos o múltiples que tienen una atenuación de señal y reforzamiento al medio de contraste similar al del tejido esplénico ortotópico. El diagnóstico también puede realizarse mediante otras modalidades de imagen como la resonancia magnética, visualizándose como una masa redondeada con baja intensidad de señal en secuencias ponderadas en T1 y una alta intensidad de señal en imágenes ponderadas en T2, o con el uso de radiofármacos como la tomografía con emisión de positrones con tecnecio 99. El diagnóstico del bazo accesorio como hallazgo intraoperatorio está presente hasta en un 14.6% de los casos, siendo menor a los reportados por estudios de imagen que se presentan hasta en un 16.6% de los casos^{2,8,9}.

La ubicación del bazo accesorio suele ser cerca del bazo ortotópico, a nivel del hilio esplénico o de la cola de páncreas, aunque en casos menos frecuentes se puede encontrar de forma más distante, como un caso reportado por Davila-Hernandez C y colaboradores donde la localización era pélvica. Mortelé presentó un modelo anatómico para la localización del bazo accesorio dividiendo en 6 zonas anatómicas relacionadas con la ubicación del bazo principal, utilizando proyecciones axiales y trazando dos líneas, una línea perpendicular al eje largo del bazo principal y otra línea perpendicular a nivel de hilio esplénico formando los segmentos anteromedial, anterolateral, posteromedial y posterolateral, también utilizando reconstrucciones coronales y sagitales para delimitar su disposición en relación con los polos esplénicos y con la línea media, permitiendo con este modelo anatómico una mayor precisión al momento documentar tejido esplénico accesorio diagnosticado de forma incidental^{3,7}.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

JUSTIFICACION: La variante anatómica y anomalía congénita más frecuente del bazo es el tejido esplénico accesorio. Su identificación puede ser sencilla en los estudios de imagen, observándose como uno o varios nódulos con densidad y reforzamiento al medio de contraste similares al tejido esplénico habitual. Se han documentado en el 10-30% de las autopsias y hasta en el 16.6 % en estudios de imagen ^{9,10}.

Si bien la detección mediante cirugía laparoscopia tiene una mayor sensibilidad y especificidad en comparación con la tomografía, la importancia que el médico radiólogo se familiarice con las características del bazo accesorio, para poder diferenciarlo de otras patologías del abdomen superior y la documentación del mismo en el reporte, evita intervenciones innecesarias para el paciente. En estudios previos se han registrado las características morfológicas del bazo accesorio, así como la ubicación y el reforzamiento al medio de contraste mediante tomografía, aportando valiosa información; sin embargo, en la actualidad la literatura sobre el bazo accesorio continúa siendo limitada ^{2,7,12,13}.

El hospital General Dr. Manuel Gea González, es una unidad de referencia nacional, en el cual se atiende un volumen importante de pacientes, a los cuales se les realiza estudios tomográficos de abdomen por diferentes patologías, identificando bazos accesorios de forma incidental en algunos casos, por lo que el análisis de la frecuencia del bazo accesorio documentado en los reportes digitales, permitirá adquirir conocimientos actuales sobre la frecuencia y las características de los mismos sin necesidad de someter a los pacientes a dosis de radiación.

La información adquirida podrá servir como referencia bibliográfica y podría contribuir a la realización de estudios posteriores.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia del bazo accesorio detectado de forma incidental por tomografías contrastadas o no contrastadas en pacientes atendidos del 01 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2022 en el hospital general Dr. Manuel Gea González.

POBLACIÓN O GRUPO DE ESTUDIO: Reportes de tomografías abdominales del 1º de enero del 2020 al 31º de diciembre del 2022 con bazo accesorio, presentes en la base de datos interna del servicio de imagenología del hospital General Dr. Manuel Gea González. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Se realizó un estudio observacional, retrolectivo y transversal.

TAMAÑO DE MUESTRA: Dado que se trató de un estudio de reportes tomográficos en un periodo de tiempo, se calculó la muestra conforme a las estadísticas del servicio, obteniendo un 1870 registros correspondientes al periodo del 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2022.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: Como criterios de inclusión contamos con los reportes digitales de tomografías abdominales simples y contrastadas, los reportes digitales de tomografías abdominales en pacientes mayores de 18 años y los reportes digitales de tomografías abdominales con información requerida para el estudio. Como criterios de exclusión, fueron los reportes digitales de tomografías abdominales en los que no se logra identificar el bazo accesorio.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: Se obtuvieron los reportes radiológicos de los pacientes seleccionados, de la base de datos interna del servicio de imagenología desde el 1º de enero del 2020 al 31º de diciembre del 2022; el investigador asociado principal obtuvo el reporte electrónico de los estudios de tomografías abdominales simples y contrastadas. Se verificaron los reportes de tomografía de abdomen que cumplieron con los criterios anteriormente citados. Se revisaron los reportes seleccionados identificando las variables citadas y registrándose en la hoja de captura de datos. Posteriormente, se elaboró una base de datos que se registró en un programa estadístico para el análisis descriptivo de los resultados y elaboración de las conclusiones.

VALIDACIÓN DE DATOS: Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central como son la media, mediana y moda, así como medidas de dispersión. Para las variables cualitativas se analizaron frecuencias y porcentajes.

Posteriormente, para la presentación de resultados se usaron tablas y gráficas (pastel, barras, histogramas, líneas, puntos), valores de significancia estadística.

ASPECTOS ÉTICOS: Se considera como investigación sin riesgo.

4.- RESULTADOS

Se revisaron un total de 1870 reportes digitales de tomografías abdominales simples y contrastadas del servicio de radiología e imagen, de los cuales 320 (17.1%) reportaban bazo accesorio; 116 de estos estudios eran simples (36.25%) y 204 fueron contrastados (63.75%) (Fig. 1). De los pacientes a los que se les realizó el estudio reportado, 182 (56.88%) eran hombres y 138 (43.13%) mujeres (Fig.2). El promedio de la edad fue de 47 años (Fig.3).

290 (91%) de los estudios se reportaban bazo accesorio único, 24 (8%) reportaban 2 bazos accesorios y solo 6 (2%) reportaban 3 bazos accesorios. La ubicación más frecuente fue medial en un plano coronal (73.75%), anteromedial en el plano axial (47.50%) y en el polo superior en un plano sagital (45.63%) (Fig.4). La densidad de los bazos accesorios variaba entre 39 y 59 UH con un promedio de 49 UH (Fig.5).

Con respecto a la morfología del bazo accesorio, 210 tenían una forma redonda (65.63%), 96 se reportaron con morfología oval (30%) y 14 se reportaron con una morfología irregular (4.3%) (Fig.6). La medida longitudinal variaba entre 3.2 y 0.3 cm con una media de 1.13 cm, con respecto al ancho del bazo accesorio, el diámetro variaba entre 3.3 y 0.4 cm con una media de 1.14 cm y el diámetro correspondiente a la altura de la lesión variaba entre 3.5 y 0.4 cm con una media de 1.17 cm (Fig. 7).

5.- DISCUSIÓN

A diferencia de Ortega (47.89%) y Rashid (18.8%), de los reportes digitales de tomografía abdominal simple y contrastado, en nuestro estudio 320 registros reportaban bazo accesorio, los cuales corresponden al 17.1%, este porcentaje fue mayor a los estudios reportados por Mortelé (15.6%), Romer (11%) y Jens (14.5%). Los estudios contrastados fueron los más frecuentes en un 63.75% y el tejido esplénico accesorio mostraba una densidad media de 50UH, similar a la densidad del bazo ortotópico, estos resultados son similares a los reportados por Rashid y Rashid.

De los pacientes a los que se le realizó el estudio, 182 (56.88%) eran hombres y 138 mujeres (43.13%), resultados similares a los presentados por Ortega y Romer en el que el sexo predominante fueron los hombres, con una edad promedio igual a la reportada por Raashid de 47.2 años.

Similar a lo reportado por Mortelé en nuestro estudio se reportó hasta un máximo de 3 bazos accesorios, pero a diferencia de otros autores que reportaban que más del 21% (Ortega) y hasta más del 40% (Rashid) presentaban más de un bazo accesorio, en nuestro estudio se reportó solamente en el 10% de los casos.

El diámetro del bazo accesorio promedio fue de 1.1 cm en los tres ejes evaluados, resultado similar a lo reportado por Ortega (1.1 cm), inferior a lo reportado por Rashid el cual reportaba un diámetro promedio de 1.5 cm y mayor a lo reportado por Mortelé (1.0 cm). El diámetro mayor longitudinal fue de 3.5.

A diferencia de Mortelé en el que reportaba al bazo accesorio con localización posteromedial, la ubicación del bazo accesorio con respecto al tejido esplénico habitual, en nuestro estudio fue más frecuente en sentido anteromedial, esta ubicación es similar a lo reportado por Ortega y Romer, sin embargo, en contraste con los estudios de estos autores en los que la ubicación fue en el polo inferior, en nuestro estudio la ubicación fue más frecuente en el polo superior hasta en un 45.6%.

6.- CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio revelaron que las características morfológicas del bazo accesorio en tomografías simples y contrastadas de abdomen, son congruentes a lo referido en la bibliografía y estudios de contexto similar. sin embargo, la variabilidad en su localización podría desempeñar un papel relevante para omitirlo. Por lo que la documentación del número, morfología y ubicación, debe detallarse en el reporte radiológico.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ünlü, S., & Ilgar, M. (2022). Measurement of normal spleen volume and dimensions in all child age groups by abdominal computed tomography. *European review for medical and pharmacological sciences*, 26(14), 5128–5135.
- 2.- Ortega, M, Alarcón-Muñoz, E, Ulloa, S, Cordova, J, Vidal, N, & Olave, E. (2020). Presencia y Biometría de Bazo Accesorio en Individuos Chilenos: Estudio por Tomografía Computarizada. *International Journal of Morphology*, 38(3), 787-792.
- 3.- Dávila-Hernández, C. A., Cámara-Reyes, R. R., Victoria-Luque, J. S., & Yarasca-Meza, M. N. (2022). Tumor pélvico: bazo accesorio. *Revista De La Sociedad Peruana De Medicina Interna*, 35(3), e680.
- 4.- Shi, H., Teoh, W. C., Chin, F. W. K., Tirukonda, P. S., Cheong, S. C. W., & Yiin, R. S. Z. (2019). CT of blunt splenic injuries: what the trauma team wants to know from the radiologist. *Clinical radiology*, 74(12), 903–911.
- 5.- Grinbaum, R., Zamir, O., Fields, S., & Hiller, N. (2006). Torsion of an accessory spleen. *Abdominal imaging*, 31(1), 110–112.
- 6.- Xu, N., Xu, Y., & Zhu, Q. (2023). Radiologic Findings of Single Accessory Splenic Infarction in a Patient with Accessory Spleens in the Abdominal Cavity: A Case Report. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(4), 807.
- 7.- Mortelé, K. J., Mortelé, B., & Silverman, S. G. (2004). CT features of the accessory spleen. *AJR. American journal of roentgenology*, 183(6), 1653–1657.
- 8.- Ding, Q., Ren, Z., Wang, J., Ma, X., Zhang, J., Sun, G., Zuo, C., Gu, H., & Jiang, H. (2018). Intrapancreatic accessory spleen: Evaluation with CT and MRI. *Experimental and therapeutic medicine*, 16(4), 3623–3631.
- 9.- Barat, M., Hoeffel, C., Aissaoui, M., Dohan, A., Oudjit, A., Dautry, R., Paisant, A., Malgras, B., Cottureau, A. S., & Soyer, P. (2021). Focal splenic lesions: Imaging spectrum of diseases on CT, MRI and PET/CT. *Diagnostic and interventional imaging*, 102(9), 501–513.
10. Trenker, C., Görg, C., Freeman, S., Jenssen, C., Dong, Y., Caraianni, C., Ioanițescu, E. S., & Dietrich, C. F. (2021). WFUMB Position Paper-Incidental Findings, How to Manage: Spleen. *Ultrasound in medicine & biology*, 47(8), 2017–2032.

- 11.** Kang, B. K., Kim, J. H., Byun, J. H., Lee, S. S., Kim, H. J., Kim, S. Y., & Lee, M. G. (2014). Diffusion-weighted MRI: usefulness for differentiating intrapancreatic accessory spleen and small hypervascular neuroendocrine tumor of the pancreas. *Acta radiologica* (Stockholm, Sweden : 1987), 55(10), 1157–1165.
- 12.** Romer, T., & Wiesner, W. (2012). The accessory spleen: prevalence and imaging findings in 1,735 consecutive patients examined by multidetector computed tomography. *JBR-BTR : organe de la Societe royale belge de radiologie (SRBR) = orgaan van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Radiologie (KBVR)*, 95(2), 61–65.
- 13.** Rashid S. A. (2014). Accessory Spleen: Prevalence and Multidetector CT Appearance. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*, 21(4), 18–23.
- 14.** Vikse, J., Sanna, B., Henry, B. M., Tattera, D., Sanna, S., Pękala, P. A., Walocha, J. A., & Tomaszewski, K. A. (2017). The prevalence and morphometry of an accessory spleen: A meta-analysis and systematic review of 22,487 patients. *International journal of surgery (London, England)*, 45, 18–28.
- 15.** Ünlü, S., & Ilgar, M. (2022). Measurement of normal spleen volume and dimensions in all child age groups by abdominal computed tomography. *European review for medical and pharmacological sciences*, 26(14), 5128–5135.
- 16.** Ortega, M, Alarcón-Muñoz, E, Ulloa, S, Cordova, J, Vidal, N, & Olave, E. (2020). Presencia y Biometría de Bazo Accesorio en Individuos Chilenos: Estudio por Tomografía Computarizada. *International Journal of Morphology*, 38(3), 787-792.

8.- ANEXOS/GRÁFICOS/TABLAS

Fig. 1: Tipo de estudio tomográfico.

Tipo de estudio	Conteo
Simple	116
Contrastado	204

Fig. 2: Distribución por sexo.

Distribución por sexo

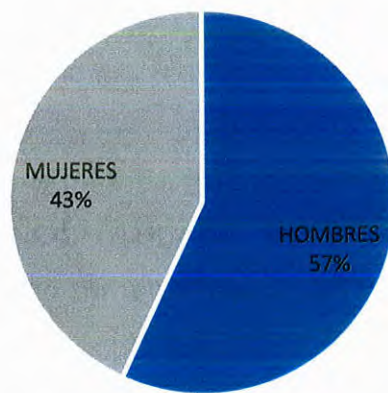


Fig. 3: Edad.

MEDIA	47.2625
MEDIANA	46.5
MODA	51

Fig. 4: Número de bazos accesorios.



Fig. 5: Densidad

MEDIA	49.85
MEDIANA	50
MODA	45

Fig. 6: Morfología

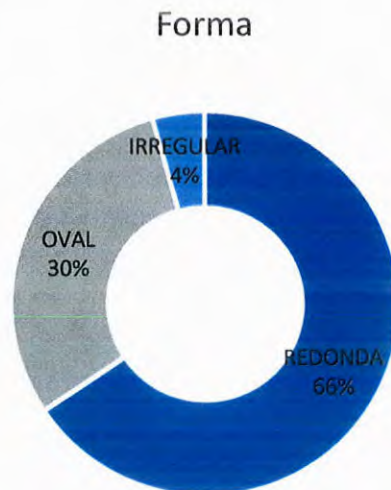


FIG. 7: Diametros

