

Dr. Manuel Mendoza Aguilar,¹
 Dr. Israel Herrera Flores,¹
 Dr. Gregorio Viramontes Trejo,¹
 Dra. Guadalupe M.L. Guerrero Avendaño¹

Incidencia de patología de útero y anexos diagnosticada por histerosalpingografía en el Hospital General de México

RESUMEN

Introducción: La histerosalpingografía se define como la introducción en el útero, trompas y cavidad abdominal, en forma sucesiva, de una sustancia opaca (compuesto yodado no iónico) mediante una sonda, mientras se obstruye el orificio cervical externo y a presión vigilada, está indicada para la valoración de la cavidad uterina y sus contornos, siendo su principal indicación la demostración de permeabilidad de las trompas uterinas en pacientes diagnosticadas con infertilidad y en algunos casos patología anexial.

Objetivo: Reportar la incidencia de patología de útero y anexos reportada por histerosalpingografía, haciendo énfasis en las ventajas y desventajas de este método y hacer una descripción de los hallazgos observados.

Material y métodos: Se realizó estudio longitudinal, retrospectivo, a 288 pacientes del sexo femenino, con edades entre los 19 y 40 años, con diag-

nóstico de infertilidad y anomalías uterinas y/o anexiales, en el periodo comprendido de enero del 2006 a enero del 2009. La prueba se realizó a todas las pacientes entre los días 7 a 12 del ciclo menstrual, en sala de Rayos X digital con fluoroscopia y telemando G.E. Prestige II. Tomando proyecciones en AP, oblicuas, lateral derecho y de vaciamiento.

Resultados: Se encontraron cavidades endometriales de aspecto normal en 185 pacientes. Cavidad endometrial con defectos de llenado intraluminales en 103 pacientes, respecto a las trompas de Falopio se encontraron normales o permeables 142 pacientes y con obstrucción tubárica bilateral 86 pacientes, obstrucción unilateral 52 pacientes. Las variantes anatómicas representaron sólo el 8.33%, siendo útero bicornue unicolis, arcuato y septado las más comunes, con masas anexiales se observaron sólo en 2.7% de los casos.

Conclusiones: La histerosalpingografía es considerado aún

como uno de los métodos de imagen, que permite identificar patología tubaria, así como de la cavidad endometrial, anexial y alteraciones de la morfología uterina, con un gran impacto en el diagnóstico de obstrucción tubárica, siendo ésta su principal indicación en pacientes con diagnóstico de infertilidad primaria o secundaria. Representa un método de imagen diagnóstica sencillo, eficiente y de bajo costo, con la única desventaja del uso de radiación ionizante.

Es importante que todo Médico Radiólogo o especialista en fertilidad esté familiarizado con la interpretación y los hallazgos de imagen descritos en cada una de las patologías que pueden ser observadas por este método de imagen.

Palabras clave: Histerosalpingografía, alteraciones Müllerianas, obstrucción tubaria.

continúa en la pág. 202

Introducción

Las primeras descripciones de los oviductos datan desde 1561, con las publicaciones de las observaciones anatómicas por Gabriele Fallopius, en Modena, Italia, el cual describió las diferentes porciones de las trompas.¹

¹ Del Servicio de Radiología e Imagen del Hospital General de México, Dr. Balmis No. 148, Col. Doctores, México, D.F.
 Copias (copies): Dr. Manuel Mendoza E-mail: dont39@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Hysterosalpingography is defined as the sequent introduction in the uterus, fallopian tubes and abdominal cavity, of an opaque substance (non-ionic iodized compound) with the intervention of a probe, while cervical external orifice is clogged under supervised pressure, indicated for uterine cavity and surroundings, being the first indication, permeability of uterine tubes in patients diagnosed with infertility and in some cases anexial pathology

Objective: To report ultra and attachments pathology incidence observed by hysterosalpingography, pointing out advantages and disadvantages of this method and make a description of findings observed.

Material and methods: A longitudinal, retrospective study

was carried out to 288 female patients with ages between 19 and 40 years old, diagnosed with infertility and uterine and or anexial anomalies, from January 2006 to January 2009. Testing was made to all patients between the day 7 to the day 12 of the menstrual cycle, in digital X-Rays room with fluoroscopy and G.E. Prestige II remote control. Taking AP oblique, right side and emptying projections.

Results: Normal aspect endometrial cavities were found in 185 patients. Endometrial cavity with intraluminal filling defects in 103 patients. Regarding fallopian tubes, normal or permeable tubes were found in 142 patients and with tubaric bilateral obstruction in 86 patients, unilateral obstruction in 52 patients. Anatomic variants represented only 8.33%, being two-horn unicornis uterus, being arcuated and septated uterus the most common, anexial masses were ob-

served only in 2.7% of the cases.

Conclusions: Hysterosalpingography is considered still as one of the imaging methods that allows identifying tubaric pathologies, as well as of the endometrial, anexial cavity and alterations of the uterine morphology, with a great impact in the diagnosis of tubaric obstruction, this is the main indication in patients with primary or secondary infertility diagnosis. This is an efficient and low-cost diagnostic imaging method, with the only disadvantage of ionizing radiation use.

It is important that every Radiologist or fertility specialist be familiar with imaging interpretation and findings described for every pathology that can be observed through this imaging method.

Key words: Hysterosalpingography, Müllerian alterations, tubaric obstruction.

La primera histerosalpingografía se realizó 15 años después del descubrimiento de los Rayos X por William C. Roentgen.² La histerosalpingografía se define como la introducción en el útero, trompas y cavidad abdominal, en forma sucesiva, de una sustancia opaca (compuesto yodado no iónico) mediante una sonda, mientras se obstruye el orificio cervical externo y a presión vigilada.³ En la actualidad, la histerosalpingografía está indicada para la valoración de la cavidad uterina y sus contornos, siendo su principal indicación la demostración de permeabilidad de las trompas uterinas en pacientes diagnosticadas con infertilidad y en algunos casos patología anexial, utilizando fluoroscopia, Rayos X y administración de medios de contraste para opacificar la cavidad y delimitar sus contornos.⁴ Otras indicaciones son la evaluación de la cavidad uterina por la presencia de sinequias, pólipos endometriales, abortos recurrentes, presencia de miomas submucosos y en pacientes en quienes tienen el antecedente de ligadura de las tubas y solicitan repermabilización.

La histerosalpingografía juega un rol importante en el estudio de las tubas, ya que además de ser un pro-

cedimiento diagnóstico se le ha utilizado como método terapéutico en la repermabilización selectiva.⁵

En algunos centros hospitalarios como el nuestro, se le ha empleado como método terapéutico para la repermabilización de las tubas en casos de obstrucción proximal, realizando el estudio un mes después de la histerosalpingografía diagnóstica.

Existen dos contraindicaciones precisas para no realizar la histerosalpingografía, que son el embarazo y la enfermedad pélvica inflamatoria. El examen debe realizarse durante los días 7-12 del ciclo menstrual, ya que el endometrio es delgado durante fase proliferativa hecho que facilita la interpretación de las imágenes y nos asegura que no existe embarazo.⁴

El objetivo del presente reporte, es el de determinar la incidencia de patología de útero y anexos diagnosticada por histerosalpingografía, en la población femenina que acude a este centro hospitalario, haciendo énfasis en las ventajas y desventajas con el uso de este método de imagen, además de hacer una descripción de los hallazgos observados en nuestras pacientes, para el análisis e interpretación adecuados

Material y métodos

Se realizó estudio longitudinal, retrospectivo, a 288 pacientes del sexo femenino, con edades entre los 19 y 40 años, con diagnóstico de infertilidad y anomalías uterinas y/o anexiales y que acudieron al Servicio de Radiología e Imagen del Hospital General de México en el periodo comprendido de enero del 2006 a enero del 2009. Se excluyeron a todas aquellas pacientes fuera del rango de edad y aquellas que acudieron con datos de cervicovaginitis, menstruación o metrorragia y en aquellas en las cuales no se pudo canalizar el orificio cervical externo.

La prueba se realizó a todas las pacientes entre los días 7 a 12 del ciclo menstrual, en sala de Rayos X digital con fluoroscopia y telemando G.E. Prestige II. El material utilizado fue el siguiente:

- Cuatro campos estériles.
- Grasas.
- Espejo vaginal desechable.
- Gel lubricante.
- Benzal.
- Medio de contraste iónico.
- Cánula tipo Jarcho.
- Jeringas de 10 cc. sin aguja.
- Guantes estériles, cubrebocas y gorro.
- Bata estéril.

Se realiza radiografía simple de pelvis en proyección anteroposterior, para valorar la presencia de calcificaciones, dispositivos intrauterinos, fibromas calcificados o colecciones líquidas a nivel de pelvis. Posteriormente, en posición ginecológica, se introduce espejo vaginal lubricado con gel estéril, hasta identificar el orificio cervical externo. Se realiza asepsia y antisepsia con benzal, se coloca cánula tipo Jarcho y una vez corroborada su correcta posición en el interior de cavidad endometrial, se inyectan aproximadamente 4 mL de medio de contraste, obteniendo una primera imagen de la cavidad endometrial. Posteriormente se continúa con la aplicación intracavitaria del medio de contraste, hasta lograr una imagen de la cavidad uterina a repleción, hasta forzar el vaciamiento a través de la trompas uterinas hacia cavidad pélvica, obteniendo imágenes radiográficas en las diferentes proyecciones requeridas, en AP, oblicuas izquierda y derecha, una en posición lateral derecha y una última proyección de vaciamiento.

Resultados

Los diagnósticos de envío de las 288 pacientes se enlistan en el *cuadro I*.

Los resultados obtenidos fueron divididos de la siguiente manera:

Se encontraron cavidades endometriales de aspecto normal en (185 pacientes) (*Figura 1*). Cavidad endo-

metrial con defectos de llenado intraluminales en (103 pacientes), los defectos correspondieron a: Sinequias, Sx de Asherman: (32 pacientes) (*Figura 2*); Pólipos (cinco pacientes) (*Figura 3*); miomas submucosos (60 pacientes) (*Figura 4*); adenomiosis (seis pacientes) (*Figuras 5 y 6*). Con respecto a las trompas de Falopio se encontraron normales o permeables (142 pacientes) (*Figura 6*); con obstrucción tubárica bilateral (86 pacientes); obstrucción tubárica unilateral (52 pacientes) (*Figura 7*); con hidrosalpinx (ocho pacientes) (*Figura 8*). Las variantes anatómicas representaron sólo el 8.33%, siendo útero bicornue unicolis (15 pacientes); útero arcuato (cinco pacientes); útero septado (cuatro pacientes). Por la distribución del medio de contraste en la cavidad pélvica, se diagnosticó la presencia de ocho pacientes con masas anexiales que corresponde al 2.7%. Durante la realización de los estudios la complicación más común fue el dolor pélvico el cual fue reportado por 213 paciente (73.9%), seguido de síntomas vagales 40 pacientes (13.8%) y sólo 35 se reportaron asintomáticas (12.1%).

Discusión

El estándar de oro para la valoración de la permeabilidad de las trompas de Falopio es la histerosalpingografía.¹⁰ La histerosalpingografía es un estudio con gran valor diagnóstico de la patología del útero y de las trompas de Falopio, siendo su principal indicación la permeabilidad de las tubas, por lo que es importante que todo Radiólogo y médicos especialistas en fertilidad estén familiarizados con las imágenes y sus indicaciones.⁴ En lo referente a las trompas de Falopio, la evaluación de la permeabilidad no ha sido superada por otro método de imagen para su diagnóstico. Alteraciones como hidrosalpinx, pólipos o en algunos casos antecedente de salpingitis, la histerosalpingografía puede ser de gran utilidad diagnóstica. Las trompas de Falopio son el medio de transporte del óvulo desde los ovarios al útero. Miden aproximadamente 10 a 12 cm de longitud y radiológicamente se dividen tres segmentos: intersticial o cornual (el más corto), istmico (el más

Cuadro I. El número de pacientes enviadas en tres años con los diagnósticos más frecuentes.

Diagnósticos de envío	No. de pacientes
Esterilidad primaria	144
Esterilidad secundaria	122
Antecedente de embarazo ectópico	2
Miomatosis	10
Sinequias	2
Aborto recurrente	4
Pólipo endometrial	4
Total	288

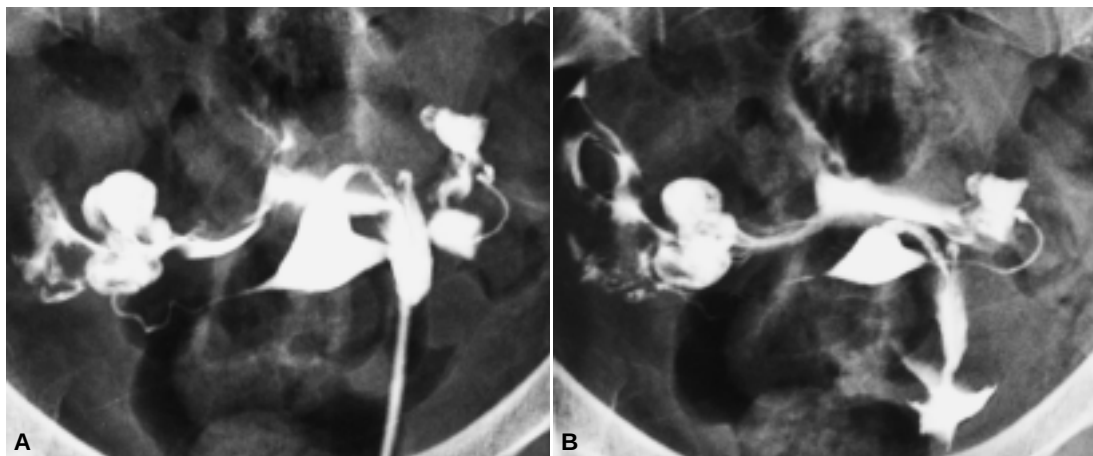


Figura 1. A) Proyecciones AP. Adeuada opacificación de la cavidad endometrial sin defectos intraluminales. **B)** Pasó el medio de contraste a la cavidad pélvica, lo que sugiere permeabilidad tubárica bilateral.

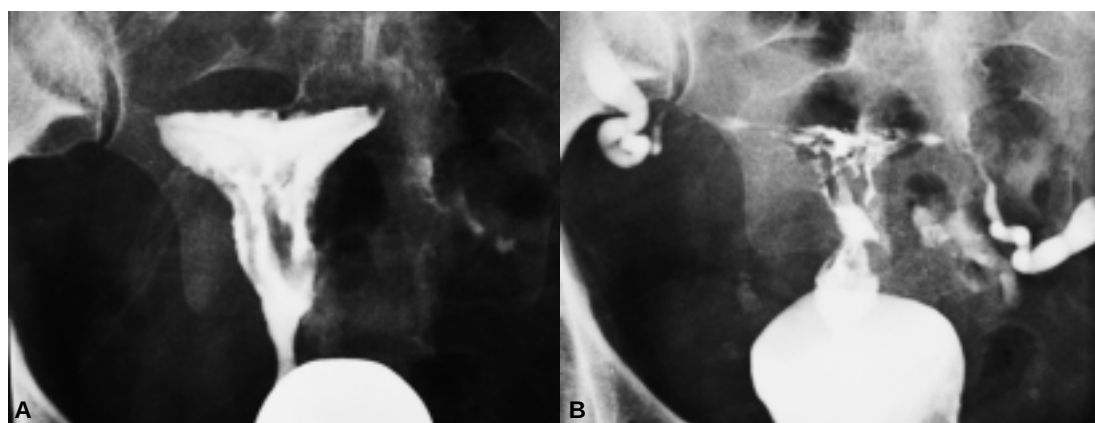


Figura 2. A) Cavidad endometrial con algunos defectos de llenado intraluminales irregulares predominando en el cuerpo y fondo de la cavidad compatible con sinequias. **B)** Placa de cote donde los defectos de llenado persisten, con dilatación importante de las trompas de Falopio, lo cual confirma el hidrosalpinx.

largo y angosto) y el ampular (el más distal y de mayor calibre).^{4,9} La porción de las fimbrias en su extremo distal no es valorable por HSG.⁴ La HSG es el método de elección para la evaluación de las trompas de Falopio. Se han intentado otras metodologías diagnósticas como la histerosonografía y la histerografía por RM, sin lograr resultados diagnósticos mejores que la HSG para evaluar el estado tubario.⁹ En la histerosalpingografía las trompas de Falopio se observan como líneas lisas que se ensanchan en su porción ampular, de localización y calibre variables. El medio de contraste debe pasar de manera libre hacia la cavidad abdominal.⁴ (Figura 9) La patología en nuestra población se clasifica en espasmos, obstrucción e infecciones, aunque también se ha descrito patología de tipo congénito. Las trompas reaccionan frente a las diferentes patologías manifestándose con obstrucción y dilatación siendo más frecuente la primera. La fisiopatología de la obstrucción tubárica radica en las infecciones recurrentes, siendo la enfermedad inflamatoria pélvica su principal etiología, esto por acumulo de material mucoso gelati-

noso depositado en los diferentes segmentos.⁵ La obstrucción puede ser uni o bilateral, localizarse en cualquier segmento de la tuba. En nuestros estudios realizados a las pacientes tuvo mayor incidencia la obstrucción bilateral; sin embargo, no se indagó sobre la etiología de la obstrucción. Cuando la obstrucción compromete la porción ampular puede producirse secundariamente un hidrosalpinx debido a la dilatación de dicha porción.⁴ Se han utilizado diferentes métodos de repermeabilización tubárica, como la canalización selectiva de los cuernos uterinos en el tratamiento de la infertilidad.⁵ La canalización selectiva de las trompas aumenta el índice de embarazos en pacientes con diagnósticos de esterilidad primaria y secundaria. En nuestro centro hospitalario se ha optado por el método de repetición de la histerosalpingografía un mes después una primera histerosalpingografía diagnóstica, esto con el fin de que las trompas adquieran su permeabilidad con inyección de medio de contraste a presión. El espasmo tubario se produce por contracción del músculo liso uterino que rodea la porción intersticial de la trompa de Fa-

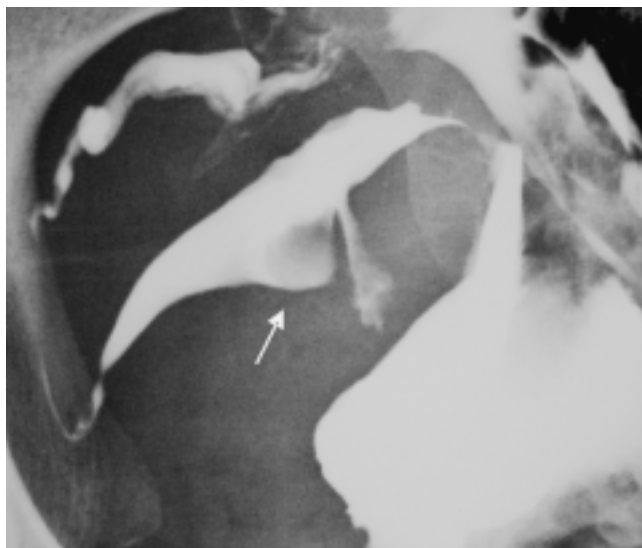


Figura 3. HSG en proyección oblicua derecha, donde se identifica defecto de llenado intraluminal de morfología ovoide de base amplia catalogado como pólipo endometrial, localizado en el sitio de salida de la tuba izquierda, lo cual condiciona obstrucción de la misma.



Figura 4. Histerosalpingografía en proyección lateral derecha donde se observa defecto de llenado intraluminal, localizado en la cara posterior de la cavidad endometrial, lo cual representa mioma submucoso.

lopio, lo cual impide el paso del medio de contraste a las porciones distales a la misma siendo indistinguible de una verdadera obstrucción tubaria a menos que revierta durante la realización del estudio ya sea de forma espontánea o mediante la administración de antiespasmódicos.⁴ En la cavidad pélvica, la manera en la que se distribuye el medio de contraste puede hacer sospechar patología de los anexos, tales como lesiones quísticas o cuando el vaciamiento es incompleto y tras la prueba de vaciamiento del medio de

contraste se locula, lo cual podría relacionarse con adherencias; sin embargo, en nuestra casuística se reportaron pocos casos y los que fueron señalados fueron corroborados mediante ultrasonografía. En la evaluación del útero por este método de imagen se pueden descartar anomalías Müllerianas, las cuales aparecen aproximadamente en 0.5% de las mujeres y se asocian con aumento en la incidencia de abortos espontáneos y otras complicaciones obstétricas.⁶ En nuestros estudios realizados el porcentaje de estos hallazgos fue superior y sólo algunos de los casos de variantes anatómicas uterinas fueron enviados para corroborar el diagnóstico mediante ultrasonografía.

En la evaluación de la cavidad endometrial en presencia de sinequias, lesiones polipoides, divertículos endometriales y adenomiosis. (Figura 10) El útero es un órgano intrapélvico compuesto por tres capas, el endometrio o mucosa que reviste la cavidad interna, el miometrio una capa gruesa de músculo liso y el perimetrio el revestimiento peritoneal que cubre la pared externa. El tamaño varía dependiendo la edad de las pacientes, siendo el ultrasonido el método de imagen de elección para su estudio.

La histerosalpingografía solamente demuestra la cavidad endometrial. El tamaño de la misma varía con cada paciente y depende de la edad y los antecedentes de paridad. Es de morfología triangular de base superior y vértice inferior, de contornos lisos y bien definidos. El fondo uterino puede ser levemente cóncavo, recto o levemente convexo. Se conecta con las trompas de Falopio a través de ambas regiones cornuales.⁵ Las anomalías congénitas del útero aparecen aproximadamente en un 0.5% de las mujeres y se aso-

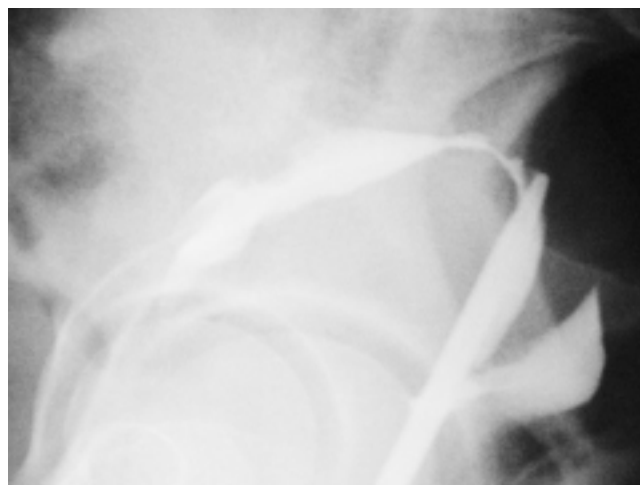


Figura 5. Proyección oblicua izquierda, donde se observa irregularidad de toda la mucosa y en algunos sitios aspecto diverticular, lo que sugiere adenomiosis.

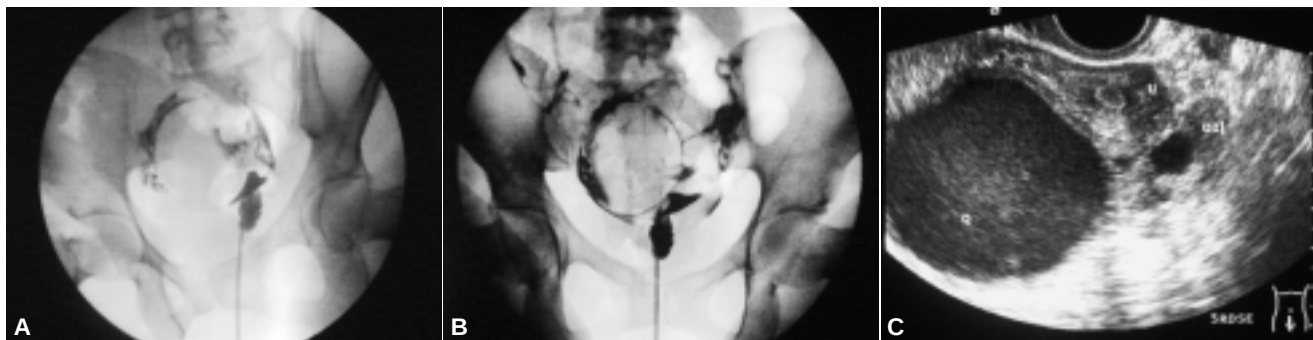


Figura 6. A) Se observa paso del medio de contraste a la cavidad pélvica por ambas tubas, el medio delimita lesión ovoidal. B) La lesión se delimita en sus bordes anterior y posterior con rechazo del cuerpo del útero a la izquierda. C) El ultrasonido tras vaginal confirma la presencia de quiste endometriósico dependiente del ovario derecho.

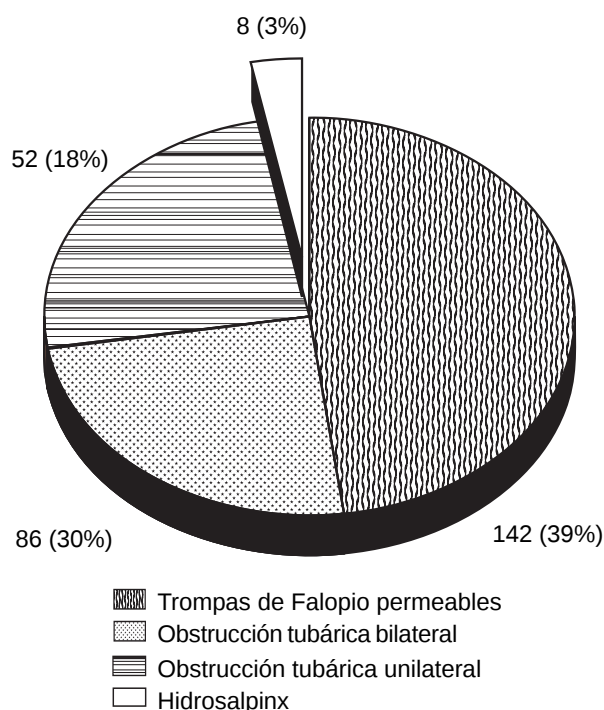


Figura 7. Valoración de las trompas de Falopio.

cian con aumento en la incidencia de abortos espontáneos y otras complicaciones obstétricas.⁶ Las terminaciones caudales fusionadas de los conductos de Müller (paramesonéfricos) forman el útero, el cérvix, y la porción superior de la vagina, mientras que las dos terminaciones craneales no fusionadas forman las dos trompas de Falopio.

Los leiomiomas son las neoplasias del útero más frecuentes. Aparecen aproximadamente entre el 20% y el 30% de las mujeres alrededor de los 30 años. Pueden ser clasificados en subserosos, intramurales y submucosos;⁶ estos últimos son demostrados por histerosalpingografía como defectos de llenado de contornos

lisos de diversos tamaños y localizaciones. Si se trata de núcleos miomatosos intramurales de gran tamaño pueden distorsionar tanto el tamaño como la morfología uterina.⁴ Al igual que los pólipos son mejor evaluados en proyecciones con llenado parcial de la cavidad.⁴ La histerosalpingografía tiene una especificidad del 97%, con baja sensibilidad siendo de 9% para su diagnóstico.¹² Es por eso que el método de elección para el estudio y diagnóstico es la ultrasonografía, por su bajo costo. Aunque la Resonancia Magnética tiene mayor sensibilidad y especificidad para su caracterización.⁹

La adenomiosis es la extensión de tejido endometrial (glándulas y estroma) dentro del espesor del miometrio, clasificado como focal o de distribución difusa.⁶ Si el tejido ectópico se comunica con la cavidad endometrial puede diagnosticarse por histerosalpingografía apareciendo como pequeños divertículos, por paso de material de contraste de la cavidad endometrial a las glándulas intramiometriales.⁴ El diagnóstico definitivo es por RM, en conjunto con ultrasonografía pélvica.⁶ Es así que el diagnóstico de esta entidad por histerosalpingografía es incidental.⁴

Conclusiones

En la actualidad se han reportado una serie de artículos, donde se hace referencia a la utilidad de diferentes técnicas de Imagen para el diagnóstico de la patología uterina y anexial. Estudios como la Imagen por Resonancia Magnética, Ultrasonido Intracavitario, Ultrasonido Doppler y el Ultrasonido Intracavitario con aplicación de solución salina en la cavidad (histerosonografía).^{11,12}

En el presente estudio concluimos que la histerosalpingografía es considerado aún como uno de los métodos de imagen, que permite identificar patología tubaria, así como de la cavidad endometrial, anexial y alteraciones de la morfología uterina, con un gran impacto en el diagnóstico de obstrucción tubárica, sien-

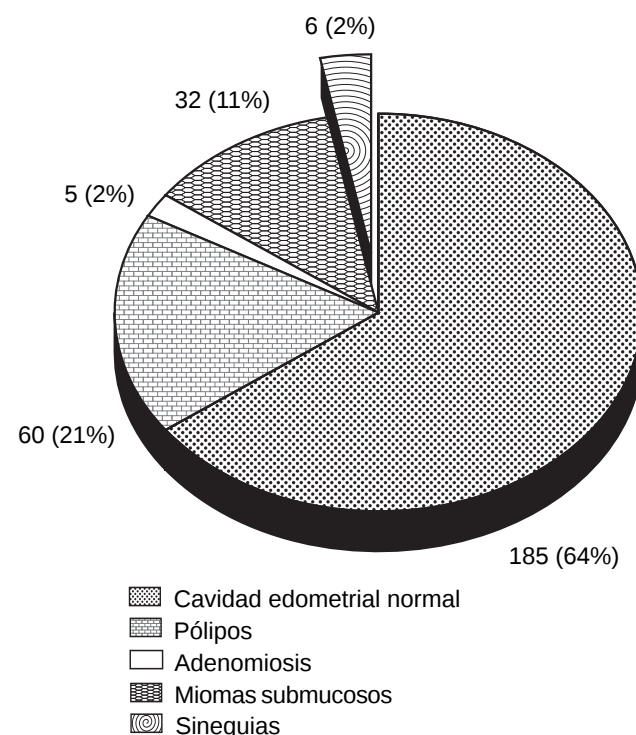
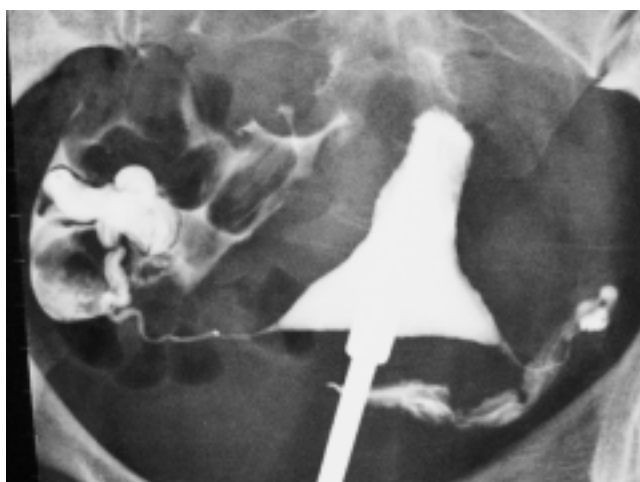
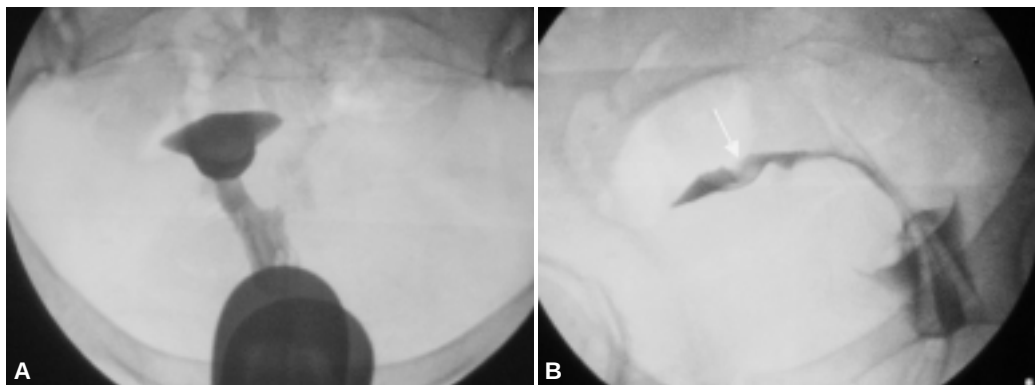


Figura 10. Valoración de la cavidad endometrial.

Es importante que todo Médico Radiólogo o especialista en fertilidad esté familiarizado con la interpretación y los hallazgos de imagen descritos en cada una de las patologías que pueden ser observadas por este método de imagen.

do ésta su principal indicación en pacientes con diagnóstico de infertilidad primaria o secundaria.

La histerosalpingografía representa un método de imagen diagnóstica sencillo, eficiente y de bajo costo, con la única desventaja del uso de radiación ionizante. Sin embargo, es importante referir que al realizarse un estudio de este tipo, pueden demostrarse una variedad importante de alteraciones uterinas, tales como son los pólipos, miomas, alteraciones Müllarianas y patología anexial, como sería la tuberculosis genital, adherencias perianexiales, hidrosalpinx, etc. (Figuras 11, 12 y 13)

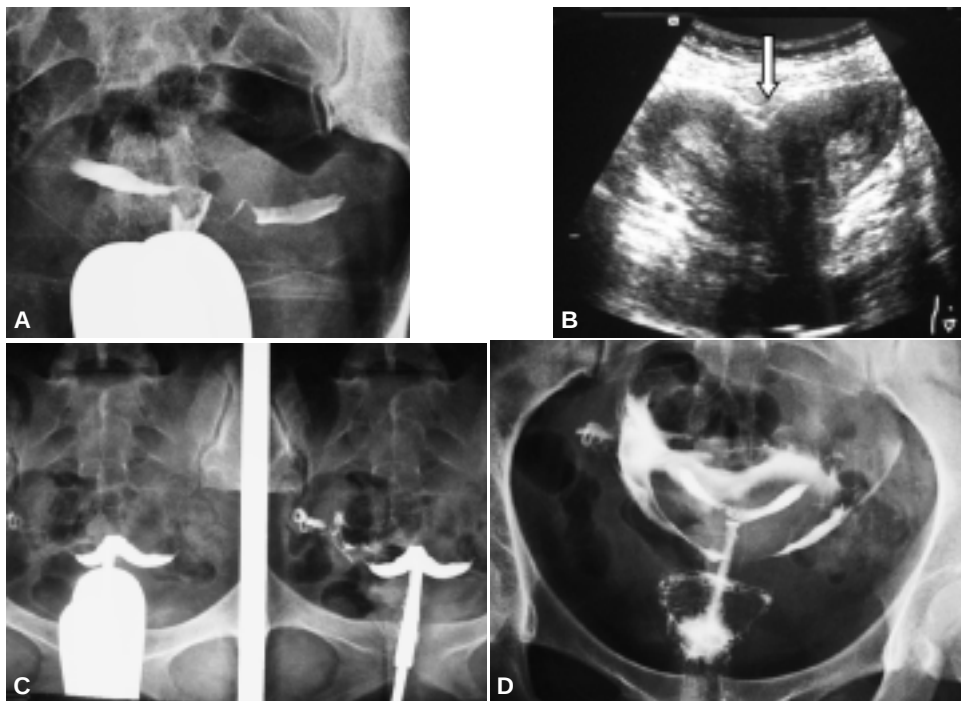


Figura 11. A) HSG se observa opacificación de dos cavidades endometriales, con ángulo mayor a 90°, entre cada cuerno, un conducto cervical interno y un solo canal vaginal. B) Se corrobora por ultrasonido la presencia de dos cuerpos uterinos cada uno con su cavidad endometrial. C,D) HSG de diferentes pacientes con opacificación de doble cavidad endometrial.

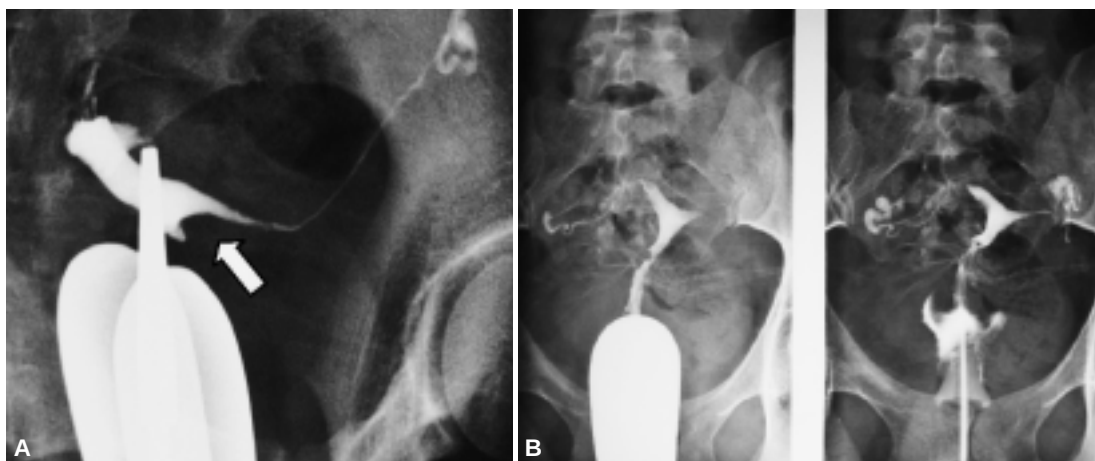


Figura 12. A) HSG en proyección oblicua izquierda donde se observa útero arcuato como variante anatómica, observe la concavidad que dibuja el medio de contraste en el fondo uterino. B) Se demuestra moldeamiento del fondo uterino corroborando la variante.



Figura 13. (A,B) Estudio secuencial de HSG, donde se identifica defecto medial a la cavidad endometrial con ángulo menor a 90°, entre cada cuerno, correspondiente a útero septado. C) El ultrasonido pélvico demuestra doble eco endometrial a nivel del cuerpo uterino.

Referencias

1. Herrlinger R, Feiner E. Why did Versalius not discover the fallopian tubes? *Med Hist* 1964; 8: 335-41.
2. Eisenberg R. Obstetrical and gynecologic radiology. In: Eisenberg R (ed.). *Radiology, an illustrated history*. St Louis, Mo: Mosby; 1992, 347-63.
3. Santin G. *Atlas de Anatomía Radiológica*. 5a. Ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004, p. 295.
4. Simpson WL, Beitia LG, Mester J. Hysterosalpingography: a reemerging study. *RadioGraphics* 2006; 26: 419-31.
5. Amy S. Thurmond, MD. Interventional Radiology in the Treatment of Infertility. *RadioGraphics* 1998; 18: 919-22.
6. Rumack C y cols. *Diagnóstico por Ecografía*. 2a. Ed. Marban, St. Louis, USA: Mosby Year Book; 1998, p. 528-35.
7. Yoder IC, Hall DA. Hysterosalpingography in the 1990s. *Am J Roentgenol* 1991; 157: 675-83.
8. Pellerito JS. Diagnosis of Uterine Anomalies: Relative Accuracy of MR Imaging, Endovaginal Sonography, and Hysterosalpingography. *Genitourinary Radiology* 1992.
9. Thurmond AS. Pregnancies after selective salpingography and tubal re-canalization. *Radiology* 1994; 190: 11-13.
10. Danerth W. *Radiology Review Manual*. 6th. Ed. Philadelphia, USA: 2007; p. 1069.
11. Carrasco AL, Criales Cortes JL, Quiroz L. Anomalías Müllerianas uterinas: Aplicaciones de la Resonancia Magnética. *An Rad Mex* 2008; 7(1): 3-7.
12. Velazquez GL, Ayala GF, Ocampo LCR, Rodriguez BA, Balcazar VR. Sensibilidad de la Sonohisterografía vs. Histerosalpingografía en la detección de patología endometrial en pacientes con infertilidad. Experiencia del Hospital Ignacio Zaragoza, ISSSTE. *An Rad Mex* 2008; 7(3): 195-8.

Colegio Nacional de Médicos Especialistas en Radiología e Imagen, A.C.

¿Sabes qué es Colegio Nacional de Médicos Especialistas en Radiología e Imagen?

Es una asociación civil (no lucrativa) formada por médicos radiólogos, la mayoría de ellos con sede en la Ciudad de México y área metropolitana. El Colegio es instancia de opinión crítica en busca de garantía de calidad. Es el organismo idóneo para emitir dictámenes y es el responsable de promover acciones en beneficio de la población.

¿Sabes cuál es su propósito?

Coadyuvar a la vigilancia y superación del ejercicio profesional, para proteger a la sociedad de malas prácticas profesionales. Incluir en sus actividades la consultoría, la actualización profesional y la vinculación con el sector educativo. Considerar a la vigilancia como una actividad integral que garantice el compromiso con la profesión. La vinculación de los Colegios con las instituciones de educación superior que es benéfica para ambas instancias, ofreciendo: actualizar y adecuar planes y programas de estudio, realizar el servicio social, crear nuevas carreras, según las necesidades actuales y desarrollar nuevas líneas de investigación.

¿Sabes qué se requiere para formar parte del CNMERI?

Ser médico Radiólogo con cédula de especialidad, independientemente de la ciudad donde radiques.

Para mayor información favor de enviar esta forma a:

Coahuila No. 35
Col. Roma
06700 México, D.F.
Tel: 5584-7715, 5264-3268, 5574-5250
Fax: 5574-2434
E-mail: cnmeri@servimed.com.mx



Nombre				
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Dirección				
	Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
	C.P.	Población	Estado	
Teléfono		Fax		
E-mail				