

**Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana**

Nombre de la alumna: Victoria Bélen de la Cruz Escobar

Nombre del profesor: Doc. Gerardo Cancino Gordillo

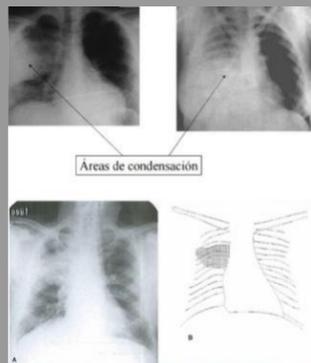
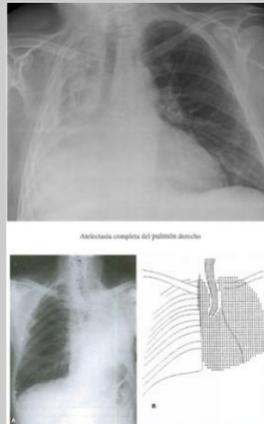
Nombre del trabajo: Cuadro de “Síndromes pleuropulmonares, semiología y datos radiológicos”

Materia: Imagenología I

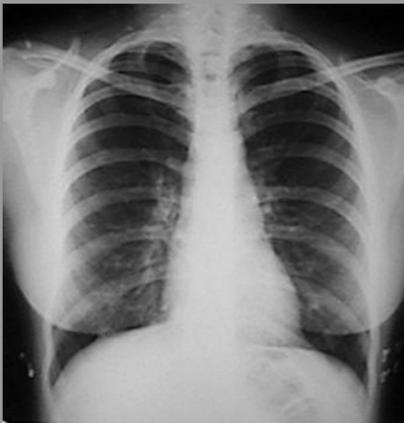
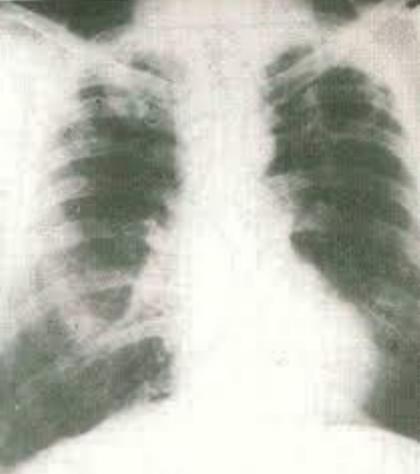
**Grado: 4°
Grupo: “A”**

Comitan de Dominguez ,Chiapas a 16 de abr. de 21

“Síndromes pleuropulmonares, semiología y datos radiológicos”

Síndrome	Descripción	Causas	Clínica	Exploración Física	Signos mas importantes en la radiografía de torax	Imagen
Condensación	Cuando hablamos de condensación pulmonar nos referimos a un pulmón que tiene menos aire, mucho más espeso y mucho más material. En definitiva es la sustitución del aire alveolar por material no gaseoso como el líquido, células, proteínas, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neumonías ▪ Infarto de pulmón ▪ Carcinomas ▪ Fibrósis pulmonar avanzada ▪ Masas, quistes, abscesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Tos • Dolor torácico • Hemoptisis • Fiebre • Astenia • Insuficiencia respiratorias en situaciones muy graves 	<p>Inspección: Disminuye la capacidad de los alvéolos para expandirse, lo que se conoce como excursión pulmonar. Respiración superficial, taquipnea, tiraje, sudoración, cianosis, retracción torácica</p> <p>Palpación: Aumento de la densidad del tejido pulmonar</p> <p>Auscultación: Ausencia de murmullo vesicular. Soplo brónquico o tubario. Auscultación de la voz – broncofonía. – pectoriloquia. – pectoriloquia áfona.</p> <p>Percusión: La sonoridad está disminuida o abolida; es decir, no hay resonancia pulmonar o claro pulmonar; la sonoridad es mate o submate.</p>	En situación de consolidación pulmonar podemos tener vía aérea permeable o no permeable, en este caso es permeable porque el aire puede pasar por los bronquios. El sonido respiratorio que sentimos al auscultar al enfermo es el sonido del aire cuando pasa por un tubo, y lo llamamos “buf tubárico”	 <p style="text-align: center;">Áreas de condensación</p>
Atelectasia	La atelectasia es el colapso de una parte periférica del pulmón (segmentaria o lobar) o de todo el pulmón, debido a la obstrucción de la vía aérea, en bronquios o bronquiolos, o provocado por una respiración muy superficial, que impide el intercambio gaseoso. Debido a la obstrucción bronquial el aire no fluye al tejido pulmonar.	<ul style="list-style-type: none"> • La atelectasia es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón. • Mediante un neumotórax Se produce cuando el aire se escapa de los pulmones. El aire luego llena el espacio por fuera de los pulmones, entre el pulmón y la pared torácica. • La atelectasia es común después de cirugía o en pacientes que estuvieron hospitalizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea mas o menos abrupta en función del tiempo de implantación. • Dolor torácico • Tos por intentar expulsar lo que esta obstruyendo la vía • Fiebre si es por alguna infección 	<p>Inspección: Disminución del volumen, retracción de los espacios intercostales, hueco supraclavicular o supraesternal e hipomovilidad del lado afectado. Tiraje-taquipnea. Respiración superficial. Movilidad torácica disminuida.</p> <p>Palpación: Disminución de los movimientos respiratorios, las vibraciones vocales están disminuidas o ausentes, a veces el ápex podrá palparse desviado hacia el lado afectado.</p> <p>Auscultación: Abolición de ruidos respiratorios, de la trasmisión de la voz, debido a que los ruidos respiratorios se</p>	<p>⇒ Desviación de la tráquea y el mediastino hacia el lado afectado</p> <p>⇒ Disminución del tamaño del pulmón por el colapso</p> <p>⇒ Disminución del espacio intercostal. Verticalización de las costillas.</p> <p>⇒ Aumento del hemidiafragma correspondiente.</p>	 <p style="text-align: center;">Atelectasia completa del pulmón derecho</p>

				transmiten a través del árbol bronquial y son amortiguados por la obstrucción Percusión: Matidez por la menor cantidad de aire	⇒ Aumento de la cisura (S de Golden). ⇒ Hiperdensidad radiológica por la falta de aire.	
Derrame pleural	El cuerpo produce líquido pleural en pequeñas cantidades para lubricar las superficies de la pleura, el tejido delgado que recubre la cavidad torácica y rodea los pulmones. Un derrame pleural es una acumulación anormal y excesiva de este líquido.	Derrame trasudativo es causado por líquido que se filtra hacia el espacio pleural. Esto se da por presión elevada en los vasos sanguíneos o contenido bajo de proteínas en la sangre. La causa más común es la insuficiencia cardíaca congestiva Derrame exudativo es causado por vasos sanguíneos o vasos linfáticos bloqueados, inflamación, lesión al pulmón y tumores.	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico, que generalmente es un dolor agudo que empeora con la tos o la respiración profunda • Tos • Fiebre • Hipo • Respiración rápida • Dificultad para respirar • Algunas veces es asintomático 	Inspección: Insuficiencia respiratoria relativa, hipomovilidad en base afectada Percusión: Matidez en área afectada, signo de petres Auscultación: Disminución de murmullo vesicular, egofonía. Palpación: Se corrobora la hipomovilidad y las vibraciones vocales se palpan, el ápex puede palparse desplazado hacia el lado sano, concluyendo en disminución o abolición de las vibraciones vocales en la región basal del hemitórax; en cambio, existe aumento de ellas en la parte alta. Disminución de la expansión de la base afectada	⇒ Opacidad de un hemitórax ⇒ Desviación contralateral de la tráquea ⇒ Separación de los espacios intercostales	
Neumotórax	Se define como la presencia de aire en el espacio pleural. Causa un mayor o menor colapso del pulmón, con su correspondiente repercusión en la mecánica y hemodinámica del paciente	Traumático: La causa del neumotórax se debe a un traumatismo (ya sea abierto o cerrado) que provoca la entrada de aire entre las dos capas de pleura. Espontáneo: El neumotórax aparece sin ningún traumatismo previo. Podemos distinguir entre neumotórax espontáneo primario (si no hay enfermedad pulmonar subyacente) o neumotórax espontáneo secundario (si el paciente sufría algún tipo de neopatía previa). A tensión: supone un tipo de neumotórax en el que el aire entra de forma progresiva a la cavidad pleural con mecanismo de válvula y provoca el	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor que aumenta con la respiración • Tos seca persistente • Disnea 	Inspección: Cianosis, taquipnea, inmovilidad del hemitórax afectado. Palpación: Corrobora la hipoquinesia y detecta disminución y/o ausencia de las vibraciones vocales.. Percusión: Da sonido de mayor resonancia, y en casos de neumotórax a tensión puede ser timpánico. Auscultación: Hay disminución o ausencia de los ruidos respiratorios o de la transmisión de la voz.	⇒ Aumento de radiolucencia en la base pulmonar ⇒ Signo del surco profundo ⇒ Signo del doble diafragma ⇒ Mejor definición del corazón	

		colapso pulmonar con desplazamiento contra lateral del mediastino.				
Rarefacción o Efisema	Es el conjunto de signos y síntomas que se integra en pacientes que cursan con enfisema pulmonar. Se caracteriza por la dilatación permanente de los alveolos con atrofia de sus paredes y pérdida de la elasticidad.	Se caracteriza por sobredistensión de los alveolos pulmonares; hay distensión y ruptura alveolar, pérdida de la elasticidad y atrapamiento de aire con aumento del volumen pulmonar; el tórax se haya en inspiración permanente, incrementa su diámetro anteroposterior y desciende el diafragma.	Individuos disneicos cianosis en labios lóbulos de la nariz y de las orejas, con varicosidades lineales rojizas o cianóticas en las alas de la nariz y en los carrillos.	Inspección y palpación: Hay aumento del tórax en todos sus diámetros, sobre todo en el anteroposterior, produciéndose el tórax en barril o tonel. Pueden observarse tiros intercostales, supraesternales o supraclaviculares. Es frecuente que el paciente se auxilie con los músculos accesorios de la respiración. Los movimientos torácicos están disminuidos en amplitud y aumentados en frecuencia. La amplexación y la amplexión muestran hipoquinesia. Puede existir polipnea. Las vibraciones vocales palpables están ausentes o disminuidas. Hay descenso de los hemidiafragmas. Percusión: Hay mayor resonancia y se comprueba el descenso de los hemidiafragmas y su poca movilidad. Auscultación: El frémito vocal, la voz y los ruidos respiratorios están disminuidos o ausentes, ya que el aire contenido en los pulmones transmite mal las vibraciones. Hay ausencia de la cualidad del murmullo vesicular. Pueden existir estertores roncantes o silbantes por secreciones bronquiales o por broncoespasmo.	En la radiografía de tórax los campos pulmonares se muestran grandes y con claridad exagerada, las costillas están horizontales y los espacios intercostales ensanchados; el diafragma se observa descendido, aplanado y horizontal, y los senos costofrénico y cardiofrénico abiertos y con poca movilidad diafragmática	
Cavitario	Es el resultado de la destrucción del parénquima pulmonar con formación de una caverna de paredes gruesas que circunda una zona con ausencia de tejido, misma que se encuentra llena de aire, siempre y cuando no tenga un proceso infeccioso sobreagregado ya sea por hongos o bacterias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuberculosis ▪ Carcinoma broncogeno ▪ Absceso primitivo del pulmón ▪ Quistes congénicos ▪ Quistes hidatídico ▪ Carcinoma metastásico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tos puede ser seca o acompañada de secreciones ▪ Expectoración 	Inspección: observamos un descenso de los movimientos respiratorios del lado afectado, la palpación muestra las maniobras de amplexión y amplexación disminuidas y las vibraciones vocales también Percusión: encontramos una zona limitada de hiperclaridad Auscultación: Se puede percibir un «soplo anfórico o soplo cavitario» que es semejante al producido al soplar aire a través de una botella de forma	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Imagen de hiperclaridad circunscrita, de forma, contorno y tamaño variables ⇒ Radiopacidad ⇒ Tracción de tráquea al lado afectado ⇒ Disminución de EIC 	

				horizontal, el ruido respiratorio va a estar ausente debido a la ausencia de parénquima pulmonar que lo transmita.		
--	--	--	--	--	--	--

Referencias Bibliograficas

Báez-Saldaña, R., Monraz-Pérez, S., Fortoul-Van Der Goes, T., Castillo-González, P., Rumbo-Nava, U., García-Torrentera, R., & Ortiz-Siordia, R. (2016). Exploración física toracopulmonar Proyecto tutorial-interactivo

1. *Neumol Cir Torax*, 75(3), 237–252. <http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v75n3/0028-3746-nct-75-03-00237.pdf>

Ren. (2016, July 10). *V. Síndromes Pleuropulmonares*. Vdocuments.mx; Unknow. <https://vdocuments.mx/v-sindromes-pleuropulmonares.html>

LEONEL, C. (2020). SINDROMES PLEUROPULMONARES [YouTube Video]. In *YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=Rqov8Y4Jswc>

Síndromes pleuropulmonares. (2018). UDocz. <https://www.udocz.com/mx/read/120734/sindromes-pleuropulmonares>

medicina mnemotecnias. (2021, April 17). *Síndromes Pleuropulmonares: Aprende su exploración física, a identificarlos y diferenciarlos en Rx*. Medicina Mnemotecnias.

<http://medicinamnemotecnias.blogspot.com/2015/06/sindromes-pleuropulmonares-aprende-su.html>

Super User. (2020). *Síndrome cavitario*. Semiologiaclinica.com. <https://www.semiologiaclinica.com/index.php/articlecontainer/sindromes/143-sindrome-cavitario>