

*Universidad del Sureste*

*Escuela de Medicina*

*Docente: Dr. Gerardo Cancino Gordillo*

*Alumna: Vanessa Estefanía Vásquez Calvo*

*Materia: Imageneología*

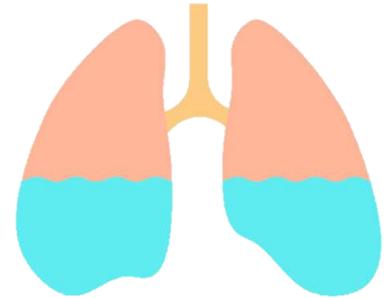
*Grupo: B Semestre: 4*

*Lugar y fecha*

*Comitán de Domínguez Chiapas a 21/03/2020.*

## **SÍNDROMES PLE PULMONARES:**

Se refiere a procesos patológicos que ocasionan cambios en el contenido alveolar normalmente lleno de aire y que cambia por exudado, fibrina o algún elemento extraño. En la clínica el aparato respiratorio se entiende por síndrome al conjunto de signos obtenidos en la exploración que tiene como base un determinado estado anatomopatológico producido por varias causas.



- La porción dañada en la pleura o en el pulmón debe ser de magnitud la exploración
- La lesión debe estar ubicada en porciones del pulmón cercanas a la pared del tórax para que los cambios puedan ser obtenidos por las maniobras de exploración

Para su estudio es importante valorar y conocer los diferentes criterios durante la exploración física:

**Inspección:** la movilidad del hemitórax afectado está disminuida por estar alterada ventilación y la modificación las propiedades elásticas del pulmón

**Palpación:** se corrobora la hipo movilidad, las vibraciones vocales están aumentadas debido a que la condensación convierte al pulmón en un medio más homogéneo y en mejor trasmisor.

**Percusión:** la sonoridad está disminuida o abolida; es decir, no hay resonancia pulmonar o claro pulmonar; la sonoridad es mate o submate.

**Auscultación:** Los ruidos respiratorios están aumentados de intensidad y son audibles en la espiración, acompañados de un soplo tubario (a veces), que es un sonido que semeja el paso del aire a través de un tubo, debido que es un ruido bronquial y no participa el murmullo vesicular porque los alvéolos están ocupados por material líquido o semilíquido y esto aumenta la transmisión de los fenómenos

vibratorios y, por consiguiente, la transmisión de la voz se ausculta con mayor intensidad en el sitio afectado.

Otra cosa importante que mencionaba mi lectura: estertores alveolares al final de la inspiración y estertores bronquio alveolares que no implican daño sólo alveolar, sino daño bronquial, así como frote pleural si se agrega irritación de la pleura. Además de eso cuenta nomenclatura basada en: MR disminuidos, VV aumentadas, mate y TV aumentada; o M-, VV+, S-, LL (soplo tubario).

### **SÍNDROME DE DERRAME PLEURAL**

Aparece cuando el espacio pleural está ocupado por líquido, ya sea trasudado, exudado, sangre, pus o quilo. Para que se detecte clínicamente debe haber, al menos, 400.

- Inspección: disminución de movimientos respiratorios del lado afectado, aumento de los espacios intercostales y abombamiento de la región subescapular o en todo el hemitórax.
- Palpación: se corrobora la hipo movilidad y las vibraciones vocales se palpan disminuidas (aunque el líquido es más homogéneo, se forma una pared entre la vibración-transmisión-árbol bronquial y pulmón y el receptor, que es el estetoscopio; 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.
- Percusión: submate o mate en la región basal; esta matidez queda limitada hacia arriba por una curva en forma de parábola, llamada curva de Damoiseau; la curva se inicia en la región basal del lado sano, asciende, cruza la columna vertebral, continúa ascendiendo en pleno hemitórax dañado, alcanza su máximo en la línea axilar media y luego desciende poco a poco a la región axilar y la cara anterior.

## **SÍNDROME FÍSICO DE NEUMOTÓRAX:**

Es la existencia de aire en la cavidad pleural; generalmente penetra a la cavidad pleural a través del pulmón, de los bronquios rotos o por la pared que pierde su integridad. La entrada de aire es favorecida por la presión intrapleural negativa; esto provoca que la presión se iguale con la atmosférica y se produzca colapso pulmonar. Según la cantidad de aire que entra a la cavidad pleural será el grado de colapso pulmonar; por tanto, un neumotórax mayor de 20% ya se detecta clínicamente.



- Inspección: disminución de los movimientos respiratorios hasta la abolición; uso de los músculos accesorios.
- Palpación: corrobora la disminución o hipomovilidad del hemitórax afectado, con vibraciones vocales aumentadas.
- Percusión: son característicos la hipersonoridad o timpanismo franco. Auscultación: ruidos respiratorios abolidos y transmisión de la voz disminuida o abolida. En caso de neumotórax del lado izquierdo, por lo general, la matidez cardíaca puede desaparecer; lo mismo ocurre en la matidez hepática, cuando el neumotórax es derecho.

## **PLEURITIS SECA**

Es el proceso irritativo pleural originado por la pérdida de desplazamiento pasivo de ambas membranas pleurales, exitando nerviosas que inervan la pleura parietal, lo que causa las dos manifestaciones de este síndrome:

1. Dolor pleural: intenso, transflíctivo, aumenta con la tos y los movimientos respiratorios
2. Frote o roce pleural. Denominado como ruidos de rechinido en todo el ciclo respiratorio

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Herrera-García, J. C. (2015). Síndromes pleuropulmonares: de la fisiología a la neumología. *Artículo de revision* , 7.
- Pedrosa CS., Casanova R., Diagnostico por Imagen: Compendio de Radiologia Clinica 1ª Ed. Mc Graw Hill 1994