



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia: Imagenología

Presenta. Gabriela Gpe Morales Argüello

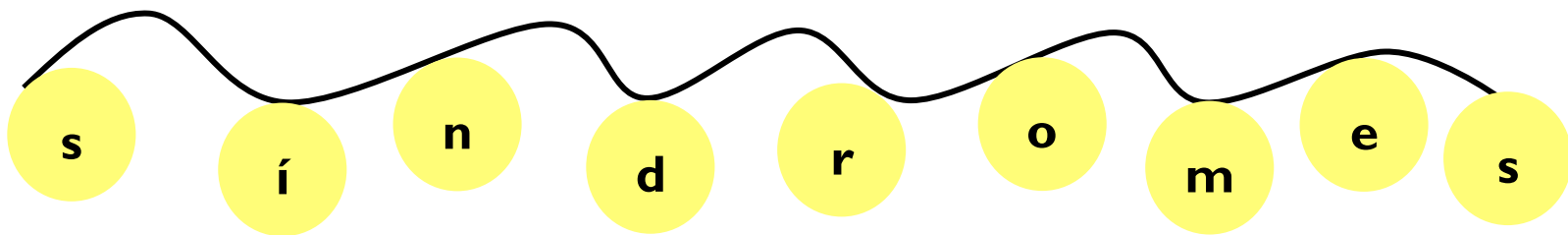
4oB

Resumen

Dr. Cancino Gordillo Gerardo

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas 21/03/2021



Pleuropulmonares, semiología y datos radiológicos (Rayos X)

Síndromes pulmonares

Síndrome físico de condensación: se caracteriza por cambios en el contenido alveolar, normalmente lleno de aire, y cambia por exudado, como: tuberculosis, tumores o neumonía. Inspección: se encuentra afectada la movilidad del hemitórax, ya que se encuentra alterada la ventilación y también se encuentra modificada las propiedades elásticas del pulmón.

Palpación: las vibraciones vocales se encuentran aumentadas, ya que la condensación convierte el pulmón en un medio más homogéneo y en mejor transmisor.

Percusión: no hay resonancia pulmonar o claro pulmonar, la sonoridad es mate o submate.

Auscultación: se encuentran aumentados los ruidos respiratorios y son audibles en la expiración, acompañados de un soplo tubario, este sonido se asemeja al paso del aire a través de un tubo, ya que es un ruido bronquial y no participa el murmullo vesicular porque los alveolos están ocupados por material líquido o semilíquido y esto aumenta la transmisión de los fenómenos vibratorios.

Fenómenos agregados: estertores alveolares al final de la inspiración y estertores bronquioalveolares que no implican daño sólo alveolar, sino que también bronquial.

Radiología: se va a cambiar el tejido alveolar que es de aire por fibrina, por un exudado o cualquier otra sustancia.

- Opacidad triangular
- Sombra no homogénea
- Con broncograma aéreo



Síndrome físico de atelectasia: se presenta cuando existe una obstrucción de un bronquio por diversas causas, el aire que queda en los alveolos que dependen del bronquio es absorbido por la sangre circulante y se produce un colapso pulmonar (se representa la disminución del volumen pulmonar y tiene como consecuencia un aumento de la presión intrapleural, ya que el espacio pleural permanece hermético, se acompaña del desplazamiento de estructuras vecinas, como la tráquea, mediastino y el diafragma, así el daño afectado y además de qué los espacios intercostales se cierra).

Inspección: retracción de los espacios intercostales, hueco supraclavicular o supraesternal, disminución del volumen e hipomovilidad del lado afectado.

Palpación: disminución de los movimientos respiratorios y las vibraciones vocales están disminuidas o en ocasiones ausentes.

Percusión: mate o submate.

Auscultación: abolición de ruidos respiratorios, de la transmisión de la voz, debido a que los ruidos respiratorios se transmiten a través del árbol bronquial y son amortiguados por la obstrucción. Éste síndrome se parece al de derrame pleural y, en donde la radiografía de tórax es indispensable para poder dar un diagnóstico.

Radiología:

- Opacidad triangular homogénea
- Desplazamiento de tráquea y mediastino hacia el mismo lado con hiperinsuflación compensatoria contralateral
- Elevación del diafragma y estrechamiento de los espacios intercostales



Síndrome físico cavitario: se presenta cuando hay destrucción del parénquima pulmonar conformación de una cavidad, este síndrome puede aparecer en absceso pulmonar, quiste pulmonar, caverna por tuberculosis y bulas por destrucción del parénquima pulmonar.

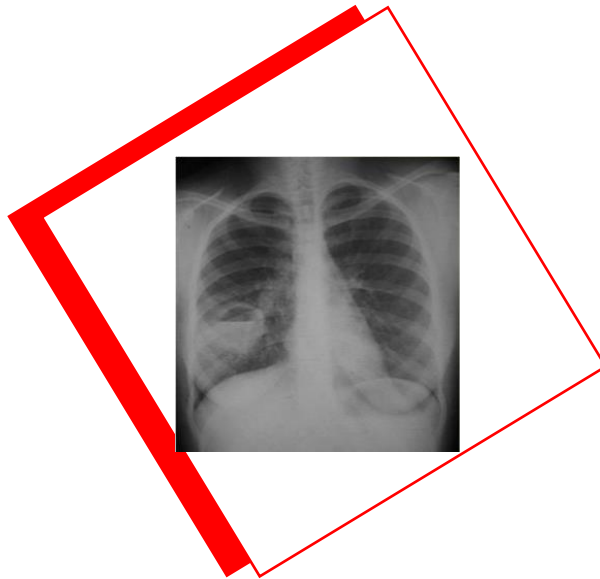
Inspección: disminución de los movimientos respiratorios del lado afectado.

Palpación: corrobora la disminución de los movimientos del tórax del lado afectado.

Percusión: mate.

Auscultación: el sonido es más grave entre más grande sea el la cavidad y cambia conforme el tamaño de la cavidad y se llena de secreciones, cuando la cavidad está rodeada de inflamación o neumonitis se comporta como síndrome de condensación pulmonar; existe un soplo anfórico o soplo cavitarios (ruido semejante a la corriente de aire que pasa por la boca de una botella al dirigir horizontalmente el flujo de aire).

Radiología: hiperclaridad redondeada u oval con opacidad pericavitaria (caverna, absceso, quiste y bulas).



Síndrome físico de rarefacción: se considera una característica en los pacientes con enfisema pulmonar o que tienen tórax en tonel, es la distensión permanente del parénquima pulmonar con atrapamientos de aire y ruptura de las paredes alveolares.

Inspección: tórax aumentado de volumen, dirección permanente en inspiración permanente, con costillas horizontales y el ángulo vi costal muy abierto, nula o escasa movilidad torácica.

Palpación: disminución de los movimientos respiratorios, la inspiración sólo es de uno a 2 cm, cuando al menos debe ser de 4 a 6 cm, vibraciones vocales disminuidas con disminución de los movimientos entre la inspiración y la expiración.

Percusión: hipersonoridad que se corrobora con el atropamiento de aire como consecuencia de la hiperdistensión pulmonar.

Auscultación: ruidos respiratorios disminuidos, transmisión de la voz disminuida en ambos hemitórax; con frecuencia se pueden percibir estertores ronca antes, piante o silbantes al final de la inspiración, que expresen la obstrucción, el edema o el broncoespasmo y son más aparentes cuando se adopta la posición de decúbito dorsal; en ocasiones pueden auscultarse estertores subcrepitantes.

Radiología: campos pulmonares hiperinsuflados, hiperclaros, espacios intercostales aumentados y arcos costales horizontalizadas, hemidiafragmas aplanados y descendidos, espacio retrosternal aumentado.



Síndromes pleurales

Síndrome de derrame pleural: es cuando en el espacio pleural aparece que está ocupado por líquido, ya sea exudado, sangre, quilo o pus.

Inspección: aumento de los espacios intercostales, abombamiento de la región sub escapular en todo el hemitórax y disminución de movimientos respiratorios de lado afectado.

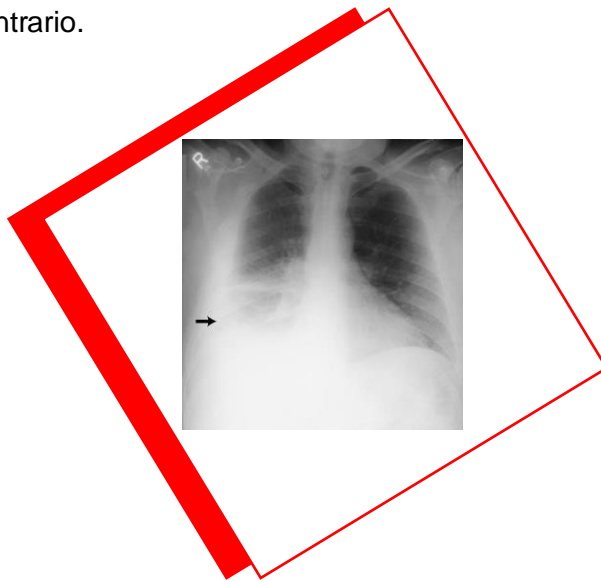
Palpación: se corrobora la hipomovilidad y las vibraciones vocales se palpan disminuidas.

Percusión: su mate o mate en la región basal, esta matidez queda limitada hacia arriba por una curva en forma de parábola, llamada curva de Damoiseau. El triángulo de matidez que

se forma en el lado sano se llama triangula de Grocco y es producido por el rechazamiento del mediastino hacia el lado sano, bajo la acción mecánica del derrame. Ahora que si en la base hay matidez, en la zona suprayacente al derrame, es frecuente que exista y personalidad por arriba de la curva de Damoiseau, las vibraciones vocales están aumentadas.

Auscultación: ruidos respiratorios abolidos o solamente disminuidos en la región basal; cuando existe una condensación pulmonar puede aparecer un soplo pleural, ruido semejante al soplo tubario, voz temblorosa (egofonía), También aparece pectoriloquia áfona, que se denomina signo de Bacelli.

Radiología: opacidad homogénea variable, bordes definidos, cóncavo hacia arriba y más alto en la periferia, borramiento de los senos costo y cardio frénicos, se desplaza silueta CV hacia el lado contrario.



Síndrome físico del neumotórax: es la existencia de aire en la cavidad neural; la entrada de aire es favorecida por la presión intrapleurales negativa, esto provoca que la presión se iguale con la atmosférica y se produzca colapso pulmonar, según la cantidad de aire que entra en la cavidad neural será el grado de colapso pulmonar.

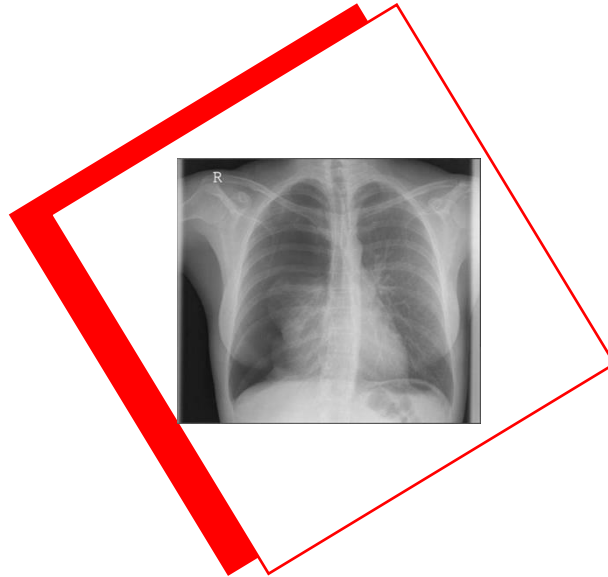
Palpación: corrobora la disminución o hipomovilidad del hemitórax afectado, con vibraciones vocales aumentadas.

Percusión: son característicos la hipersonoridad o timpanismo franco.

Auscultación: transmisión de la voz disminuida o abolida y ruidos respiratorios abolidos.

Neumotórax de lado izquierdo, por lo general, la matidez cardíaca puede desaparecer, lo mismo ocurre en la matidez hepática cuando el neumotórax es derecho.

Radiología: hiperclaridad, no se visualiza trama vascular, pulmón colapsado.



Pleuritis seca: proceso irritativo pleural originado por la pérdida desplazamiento pasivo de ambas membranas pleurales, excitando a las fibras nerviosas que inervan la pleura parietal.

Manifestaciones de este síndrome:

Dolor pleural. Intenso, aumenta con la tos y los movimientos respiratorios, transflctivo.

Frote o roce pleural. Denominado como ruidos de Richie nido en todo el ciclo respiratorio que no se modifican con la tos.

Sínfisis pleural: caracterizada por el adosamiento total o parcial de las membranas pleurales, no tiene manifestación clínica.

Paquipleuritis: engrosamiento de la pleura, que puede ser total o que sólo abarque el parénquima pulmonar (fibrotórax plerógeno), cuando es parcial, donde domina el ápex, se llama casquete apical de paquipleuritis.

Inspección: disminución de los movimientos respiratorios.

Palpación: se corrobora la disminución de los movimientos respiratorios y las vibraciones vocales disminuidas o abolidas.

Auscultación: abolición o disminución de los ruidos respiratorios.

Bibliografía

Herrera García, J. C., & Sánchez Pérez, R. (2015). Síndromes pleuro pulmonares: de la fisiología a la neumología. *Medicina interna de México* , 289-295.

Síndromes respiratorios. (09 de 2016). Obtenido de Síndromes respiratorios:
http://semiologiahnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2016/09/Sindromes_de_condensacion.pdf

Vargas Romero , J. (s.f.). *Radiología de tórax - Neumosur*. Obtenido de Radiología de tórax - Neumosu: <https://www.neumosur.net/files/EB03-04%20radiologia%20general.pdf>

Surós Batlló, A., & Surós Batlló Juan. (2001). NEUMOTÓRAX. En A. Surós Batlló, & S. B. Juan, *Semiología médica y técnica exploratoria* (pág. 181). España: ELSEVIER MASSON.

Fichas bibliográficas

<i>Autor</i>	<i>Herrera García José Carlos y Sánchez Pérez Rubén</i>
<i>Título</i>	Síndromes pleuropulmonares: de la fisiología a la neumología
<i>Artículo</i>	Med Int Méx
<i>Página</i>	289-295
<i>Año</i>	2015
<i>Resumen</i>	Se menciona la información sobre cada uno de los síndromes, para saber reconocer las características importantes que se presentan, tomando en cuenta la semiología, así como también que se divide en dos: el síndrome pulmonar y síndrome pleural.
<i>Autor</i>	<i>J. Vargas Romero</i>
<i>Título</i>	Radiología de tórax
<i>Artículo</i>	neumosur
<i>URL</i>	https://www.neumosur.net/files/EB03-04%20radiologia%20general.pdf
<i>Resumen</i>	La radiografía de tórax postero anterior y lateral sigue siendo la base de la radiología torácica, debe ser por tanto el estudio inicial en todos los pacientes con sospecha de patología torácica. Atelectasia: pérdida de volumen que se conoce como colapso pulmonar o atelectasia. Normalmente pero no siempre se asocia a un aumento de la densidad radiográfica.

<i>Título</i>	<i>SÍNDROMES RESPIRATORIOS</i> <i>Síndromes de condensación y atelectasia</i>
<i>Año</i>	2016
<i>URL</i>	http://semiologiahnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2016/09/Sindromes_de_condensacion.pdf
<i>Resumen</i>	No se hace mención de los síndromes de condensación y atelectasia, reconociendo la semiología, así como también que gracias a la radiología se determinará en qué parte está afectando el síndrome. En el caso del síndrome de condensación se podrá notar que va a cambiar el tejido alveolar que es de aire por fibrina, por un exudado o cualquier otra sustancia.
<i>Autor</i>	<i>Surós Batlló Antonio y Surós Batlló Juan</i>
<i>Título</i>	NEUMOTÓRAX
<i>Libro</i>	Semiología médica y técnica exploratoria
<i>Página</i>	181
<i>Editorial</i>	ELSEVIER MASSON
<i>Año</i>	2001
<i>Resumen</i>	Encontramos información sobre los signos y síntomas, así como también lo que causa dolor para así dar el diagnóstico con la ayuda de la radiología. También para poder identificar el síndrome, como ejemplo se puede tomar el neumotórax ya que puede confundirse con el signo de Hamman.