



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Imagenología

Alumno:

Minerva Reveles Avalos

Semestre y grupo:

4 "B"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 24 de abril del 2021.

SINDROMES PLEUROPULMONARES, SEMIOLOGIA Y DATOS RADIOLOGICOS (RAYOS X)

Los síndromas son un conjunto sistemario de signos recogidos en la exploración que tiene como base un determinado estado anatomopatológico producido por múltiples causas

Los procesos patológicos del pulmón y de la pleura modifican su estado físico y morfológico, lo que trae como consecuencia un cambio en la resolución a los rayos X.

Los síndromes pulmonares pueden dividirse en:

Síndrome de condensación

Resultado de procesos patológicos que ocasionan cambios en el contenido alveolar, cambiando su contenido normalmente de aire, por exudado, fibrina o algún otro elemento extraño.

La clínica de un síndrome de condensación es evidente cuando la infección es lo suficientemente extensa. Está estrechamente relacionada con la magnitud del parénquima comprometido, el tiempo de evolución del cuadro y la profundidad del foco de condensación.

Algunos de los datos que se deben tener en cuenta son:

Síntomas: Tos con expectoración herrumbrosa, fiebre y dolor tipo puntada (ocasional).

Signos: Frecuencia respiratoria aumentada, matidez percutoria, estertores crepitantes.

Antecedentes de importancia: vacunas al día, alergias, medicamentos en uso

Lo que tenemos que examinar es principalmente realizando un examen general, los signos vitales nos dirán eventual gravedad. Realizar examen acucioso torácico pulmonar.

Inspección: Discreta disminución de la expansión torácica (depende de la magnitud de la condensación)

Palpación: Aumento de las vibraciones vocales (nuevamente, depende de la magnitud)

Percusión: Matidez en el foco de condensación

Auscultación: Disminución o abolición del murmullo pulmonar, es reemplazado por respiración soplante (soplo tubario), crepitaciones (especialmente los primeros días de neumonía), broncofonía, pectoriloquia áfona, crepitaciones.

Hallazgos positivos. Disminución de la expansión torácica ipsilateral, Corroboración de la disminución de la excursión respiratoria, Aumento de las vibraciones vocales (los medios líquidos transmiten mejor el sonido que el aire), Matidez de la zona afectada, Disminución o abolición (desaparición) del murmullo pulmonar; reemplazo por un soplotubario, Broncofonía, pectoriloquia, pectoriloquia áfona y eventualmente egofonía, Estertores, crépitos en la zona afectada.

Hallazgos negativos. Matidez desplazable torácica (indica derrame, complicación).

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 cc

Existe el signo de la moneda de Pitres, que resulta de la percusión de dos monedas entre sí sobre la línea media, en la cara anterior del tórax, y se auscultan comparativamente ambas regiones subescapulares, se genera el signo de la moneda; es decir, del lado del derrame se escucha la trasmisión con timbre metálico y del lado sano se percibe como si se percutieran dos trozos de madera.

Cuando el derrame pleural se asocia con existencia de gas, es decir, cuando hay un proceso mixto en la cavidad pleural, el límite superior de la matidez, en lugar de ser una línea parabólica, es una línea horizontal siempre, a pesar de la posición que adopte el paciente. A este signo se le denomina signo del nivel de Pitres y a la

desviación del esternón hacia el lado de derrame, como consecuencia de los espacios intercostales, se denomina signo de la plomada de Pitres

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 intrapleurales 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.

Síndrome cavitario}

La cavitación pulmonar es una pérdida de sustancia secundaria a la eliminación de pus o tejido necrosado, o a la evacuación de quistes.

Una variedad grande de procesos destruye el parénquima en forma indiscriminada: alveolos, bronquios, vasos e intersticios.

El conjunto de síntomas y signos producidos por las cavidades constituyen el síndrome cavitario.

Para que una cavitación sea detectada clínicamente es necesario que reúna una serie de condiciones: tamaño, localización, comunicación bronquial, condensación del parénquima circundante, contenido y estado de sus paredes. Estas condiciones están regladas por leyes fundamentales.

- si existe una alteración patológica a nivel de la laringe (parálisis o destrucción de las cuerdas vocales), no se produce soplo.

- Es indispensable que la vía aérea esté permeable; si está obstruida (tumor broncogénico, cuerpo extraño), el soplo no se origina.

- Si la amplitud del torax esta muy disminuida, como ocurre en la parálisis diafragmatica, el soplo no se produce. Si la amplitud esta exagerada, como en el enfisema, la intensidad del soplo puede incrementarse.

Bibliografía:

<https://www.semiologiaclinica.com/index.php/articlecontainer/sindromes/143-sindrome-cavitario#:~:text=La%20cavitacion%20pulmonar%20es%20una,%2C%20bronquios%2C%20vasos%20e%20intersticios.>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim153i.pdf>

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58594>

<http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v75n3/0028-3746-nct-75-03-00237.pdf>

<http://www.scymed.com/es/smnxkk/kkdbdff6.htm>