



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**MATERIA:**

**IMAGENOLOGÍA**

**PROYECTO:**

**CUADROS DE SÍNDROMES PLEUROPULMONARES**

**Alumno:**

**RUSSELL MANUEL ALEJANDRO VILLARREAL (4B)**

**Docente:**

**GERARDO CANCINO GORDILLO**

**LUGAR Y FECHA**

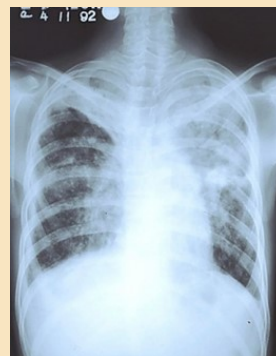
**Comitán de Domínguez, Chiapas a 25/03/2021**

## SINDROMES PLEUROPULMONARES

### Pulmonares

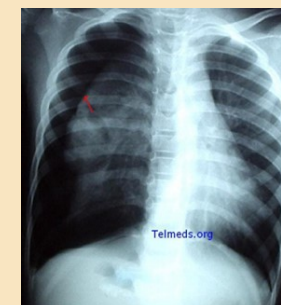
### pleurales

**Síndrome físico de condensación:** Se caracteriza por cambios en el contenido alveolar, normalmente lleno de aire, y cambia por exudado, como: neumonía, tuberculosis o tumores.



**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.

**Síndrome físico de atelectasia:** Aparece cuando existe obstrucción de un bronquio por diversas causas; el aire que queda en los alvéolos que dependen del bronquio es absorbido por la sangre circulante y se produce un colapso pulmonar. Éste representa la disminución del volumen pulmonar y tiene como consecuencia un aumento de la presión intrapleural, debido a que el espacio pleural permanece hermético; se acompaña del desplazamiento de estructuras vecinas, como el mediastino, la tráquea y el diafragma, hacia el lado afectado, además de que los espacios intercostales se cierran.



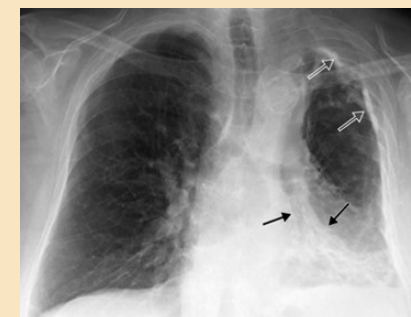
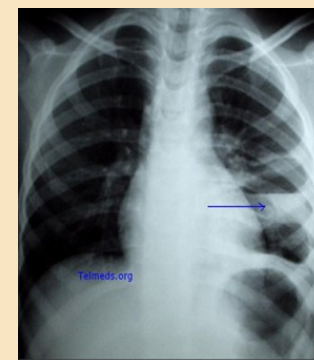
**Síndrome de neumotórax:** Es la existencia de aire en la cavidad pleural; generalmente penetra a la cavidad pleural a través del pulmón, de los bronquios rotos o por la pared que pierde su integridad. La entrada de aire es favorecida por la presión intrapleural negativa; esto provoca que la presión 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.

**Síndrome físico cavitario:** existe cuando hay una destrucción del parénquima pulmonar con formación de una cavidad (esta debe ser de tamaño suficiente para poder detectarse clínicamente). Este síndrome puede aparecer en absceso pulmonar, caverna por tuberculosis, quiste pulmonar y bulas por destrucción del parénquima pulmonar.



**Pleuritis seca:** es el proceso irritativo pleural originado por la pérdida de desplazamiento pasivo de ambas membranas pleurales, excitando a las fibras nerviosas que inervan la pleura parietal, lo que causa las dos manifestaciones de este síndrome: dolor pleural y frote o roce pleural.

**Síndrome físico de rarefacción:** es característicos en los pacientes con enfisema pulmonar y que tiene tórax en tonel; corresponde a la distensión permanente del parénquima pulmonar con atrapamiento de aire y ruptura de las paredes alveolares.



**Paquipleuritis:** Es el engrosamiento de la pleura, que puede ser total o abarcar sólo el parénquima pulmonar, lo que se denomina fibrotórax plerógeno; cuando es parcial, donde domina el ápex, se llama casquete apical de paquipleuritis.

## SINDROMES PLEUROPULMONARES

Pulmonares	pleurales
<p><b>Síndrome de condensación:</b> Este incremento de la atenuación del parénquima pulmonar se produce por la sustitución del aire del alveolo respiratorio por otro material de mayor densidad: aguda, sangre, grasa, pus, proteínas, células...Se manifiesta radiológicamente mediante los siguiente signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- bordes mal definidos/algodonosos o nódulo acinar mal definido de hasta 10 mm</li> <li>2.- broncograma/alveolograma aéreo</li> <li>3.- tendencia a coalescencia</li> <li>4.- ocultación de vasos</li> </ol>	<p><b>Síndrome de derrame pleural:</b> El principal hallazgo radiológico de un derrame pleural es el borramiento del seno costofrénico lateral en la radiografía de frente y en posición de pie o el borramiento del seno costofrénico posterior en la radiografía de perfil.</p> <p>Un derrame pleural suele mostrar un borde bien delimitado, cóncavo hacia arriba entre el pulmón y el espacio pleural, lo que se conoce con el nombre de signo del menisco.</p> <p>Debido a que el seno costofrénico posterior está más bajo que el seno costofrénico lateral, los pequeños derrames pleurales son más aparentes en la radiografía lateral (&gt;75 ml de líquido) que en la frontal (&gt; 200 ml de líquido).</p>
<p><b>Síndrome de atelectasia:</b> La pérdida de volumen se conoce con el nombre de colapso pulmonar o atelectasia. Normalmente, pero no siempre, se asocia a un aumento de la densidad radiográfica.</p> <p>Datos radiológicos importantes: La obstrucción de la vía aérea es la causa más frecuente de atelectasia, Aún cuando la atelectasia pasiva sea total debe existir en el colapso pulmonar broncograma aéreo adyacente al derrame o neumotórax. La ausencia del mismo debe hacer sospechar una obstrucción endobronquial. En los derrames pleurales el líquido se moviliza abajo y detrás, por lo que hay más colapso en los lóbulos inferiores. La atelectasia redonda es una forma de atelectasia pasiva donde coexiste derrame pleural o engrosamiento con fibrosis, visualizándose los vasos y bronquios de forma curvilínea al llegar al borde de la lesión.</p>	<p><b>Síndrome de neumotórax:</b> Entre los signos radiológicos de un neumotórax encontramos: línea fina claramente definida la parte superior de la línea se en curva hacia el ápex pulmonar, hiperclaridad, secundaria a un espacio interpleural, habitualmente existe desplazamiento mediastino, aplanamiento de la curva diafragmático, ausencia de vasos entre el límite del pulmón y la pared torácica, hallazgos menos frecuentes encontramos una banda de aire en la cisura menor, apariencia de doble diafragma, signo de la silueta cardíaca, signo del seno profundo, signo de la doble pared, signo del hemitórax hiperclaro, signo de la banda medial.</p>
<p><b>Síndrome cavitario:</b> Se denomina cavidad a un espacio que contiene gas rodeado por una pared de más de 1 mm de espesor. El aspecto radiográfico puede sugerir el diagnóstico etiológico</p> <p>Cavidades de pared fina: bulla, quiste (hidatídico, broncogénico, etc)</p> <p>Cavidades de pared gruesa: Si predomina la parte sólida hablamos de masa o nódulo cavitado.</p> <p>Si predomina la cavidad hablamos de cavidad de pared gruesa: ej. tuberculosis, Wegener, absceso. Cavidad en el seno de una opacidad: no es posible distinguir el límite externo ej. neumonía cavitada.</p>	<p><b>Pleuritis seca:</b> Este proceso se suele limitar a la pleura visceral y en él aparecen pequeñas cantidades de un líquido seroso amarillento y adherencias entre las superficies pleurales. En la tuberculosis se producen adherencias con suma rapidez y la pleura suele estar engrosada. En algunos casos, la adherencia y el depósito de fibrina pueden ser de tal gravedad que causan un fibrotórax, que dificulta en gran medida las excursiones pulmonares.</p>
<p><b>Síndrome de rarefacción:</b> Campos pulmonares hiperinsuflados, hiperclaros, "corazón en gota", espacios intercostales aumentados y arcos costales horizontalizados, hemidiafragmas aplanados y descendidos. Espacio retrosternal aumentado.</p>	<p><b>Paquipleuritis:</b> Fibrosis pleural, engrosamiento de la pleura debido a la reorganización fibrinosa y cicatricial de un derrame. Generalmente es adhesiva y cursa con depósito de cal y osificación.</p> <p>La fibrosis pleural después de la inflamación puede, en ocasiones, calcificarse. La calcificación produce una imagen densa en la radiografía de tórax y casi siempre involucra a la pleura visceral. Las calcificaciones posinflamatorias son invariablemente unilaterales.</p>