



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Materia: Imagenología


Dr. Gerardo Gordillo Cancino

Tabla: Síndromes pleuropulmonares

Alumna: Guadalupe Elizabeth González González

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 25/03/2021.

Síndromes pleuropulmonares	Imagen	Descripción	Patologías que dan el patrón signo
<p>Síndrome físico de condensación</p>		<p>Afecta el parénquima pulmonar y los bronquios de pequeño calibre.</p> <p>Comienzo o Pródromos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar general • Escalofríos, fiebre de 40° • Taquicardia • Dolor en punta de costado (característico de la neumonía) • Tos seca, disnea. • No hay signos auscultatorios al inicio de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía por neumococo • Neuropatía vírica • Bronconeumopatías

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.

Los factores más comunes
Obstrucción intrínseca de las vías respiratorias (p. ej., por cuerpo extraño, tumor, tapón mucoso).

- Compresión extrínseca de las vías respiratorias (p. ej., por tumor, adenopatía)
- Supresión de la respiración o la tos (p. ej., mediante anestesia general, sedación excesiva, dolor)
- Decúbito supino, sobre todo en pacientes obesos y en los que tienen cardiomegalia
- Compresión o colapso del parénquima pulmonar (p. ej., por gran derrame pleural o neumotórax)

Síndrome físico cavitario



Imagen de hiperclaridad circunscrita, de forma, contorno y tamaños variables; de ubicación distinta y con frecuencia acompañada de nivel horizontal.

- Tuberculosis.- caverna tuberculosa, espeluncas o geodas. Se originan por fusión del material caseoso y su eliminación a través de su bronquio. Si el bronquio permite la entrada de aire, pero no la salida la caverna tiende a crecer.
- Micosis pulmonar. Menos frecuente que la Tb.


Síndrome físico de rarefacción






Destrucción del parénquima pulmonar con formación de una cavidad.


Distensión permanente del parénquima pulmonar con atrapamiento del aire y ruptura de las paredes alveolares.

- Tuberculosis pulmonar
- Absceso pulmonar piógeno
- Absceso hepatopulmonar amibiano
- Quistes pulmonares
- Bronquiectasias abscedadas
- Cáncer abscedado
- Micosis pulmonar
- Bronquitis de repetición
- Bronquiectasias

			<ul style="list-style-type: none"> •Tuberculosis pulmonar •Neumoconiosis •Asma (Espasmo crónico)
<p>Síndrome de derrame pleural</p>		<p>Algunos derrames pleurales son asintomáticos y se descubren por casualidad durante el examen físico o en la radiografía de tórax. Muchos causan disnea, dolor torácico pleurítico o ambos. El dolor torácico pleurítico, una sensación de malestar vago o dolor intenso que empeora durante la inspiración, indica inflamación de la pleura parietal.</p> <p>Debe examinarse la radiografía lateral del tórax en posición de pie cuando se sospecha un derrame pleural. En esa posición, 75 mL de líquido producen el</p>	<p>Neoplásicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesoteliomas • Carcinomas • Mieloma <p>Enfermedades inmunológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artritis reumatoide • Lupus eritematoso sistémico. • Lupus inducido por medicamentos • Enfermedad mixta de tejido conjuntivo. • Sarcoidosis <p>Cardiovasculares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardiaca. • Tromboembolia pulmonar.

		borramiento del ángulo costofrénico posterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Pericarditis constrictiva
<p>Síndrome físico de neumotórax</p>		<p>El diagnóstico se sospecha en pacientes estables con disnea o dolor torácico pleurítico y se confirma con la radiografía de tórax en inspiración y en posición de pie. El aire radiotransparente y la ausencia de marcas pulmonares yuxtapuestas entre un lóbulo o pulmón contraído y la pleura parietal son diagnósticos de neumotórax. En los neumotórax grandes, se produce la desviación traqueal y el desplazamiento mediastínico.</p>	<p>Neumotórax espontáneo</p> <p>No existe causa aparente. Dentro de éste encontramos el neumotórax primario o juvenil, el cual está en relación habitualmente con la rotura de bullas apicales; éstas consisten en pequeños quistes pulmonares de causa desconocida, si bien suelen darse en individuos altos con tórax elongados.</p> <p>Neumotórax secundarios</p> <p>Aparecen en pacientes con patología pulmonar de base como son la EPOC, agudizaciones del asma, fibrosis pulmonares de diversas causas,</p>

			<p>enfermedades del tejido conectivo, endometriosis, neumonías necrotizantes, tuberculosis y en la neumonía en pacientes con SIDA.</p>
<p>Paquipleuritis</p>		<p>El empiema crónico se asocia a engrosamiento pleural, puede ser total o abarcar el parénquima pulmonar (paquipleuritis).</p>	<p>Las causas más habituales de pleuritis son: Infecciones, fundamentalmente por virus (pleuritis víricas).</p> <p>A veces la pleuritis es consecuencia de una irritación de la pleura por infecciones procedentes del pulmón, como por ejemplo una neumonía.</p>
<p>Pleuritis seca</p>		<p>Aparece en un costado del tórax, es agudo (parecido al de una puñalada), aumenta al respirar, al toser y con los movimientos del tórax. Detener la respiración (apnea) en forma voluntaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Herpes zóster • Pleurodinia epidémica (infección por virus Cocksakie) • Infección por micoplasma • Embolia pulmonar

		<p>puede hacer desaparecer o minimizar el dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colagenosis • Traumatismos
<p>Sínfisis pleural</p>		<p>Adosamiento total o parcial de las hojas pleurales</p>	<p>Consecuencia de procesos inflamatorios de la pleura.</p> <p>Artritis reumatoide.</p> <p>Lupus eritematoso sistémico.</p> <p>Esclerosis sistémica.</p> <p>Enfermedad mixta del tejido conectivo.</p> <p>Espondilitis anquilosante.</p> <p>Polimiositis/dermatomiositis.</p>

Bibliografías

- Herrera-García, J. C. (2015). Síndromes pleuropulmonares: de la. Med Int Méx, 7.
- Herrera-García, J. C. (2015). Síndromes pleuropulmonares: de la fisiología a la neumología. Artículo de revisión, 7.
- Pleuritis seca. (2020, 8 septiembre). FAT (Fundación Argentina del Tórax).
- Paquipleuritis y empiema loculado izquierdo secundario a neumonía adquirida en la comunidad en adolescente. (2015, 2 diciembre). Alejandro Ramírez-Izcoa 1 Luis Sánchez-Sierra 1 Laura Alvarado-Chávez 1 Dr. Carlos Godoy Mejía 2 Dr. Renato Valenzuela Castillo 3.
- Enfermedades de la pleura. (2017, 3 julio). Esteban Pérez Rodríguez