

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Escuela de medicina

Materia:

Imagenología

Trabajo:

Antología

Catedrático:

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

4°B

Comitán de Domínguez, Chiapas
24 de abril de 2021

SINDROMES PLEUROPULMOANRES

Síndrome de condensación pulmonar

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

Inspección: Forma y volumen normales, estadificación superficial normal, el tipo de respiración depende de la lesión y el género, el ritmo, el aumento de la frecuencia cardíaca, la amplitud y la simetría disminuyen y la asimetría, la disnea depende del grado de lesión, la contracción inspiratoria y la expansión espiratoria negativa.

Palpación: Vibración pleural, aumenta la intensidad de la vibración del sonido, se reducen las extremidades y el malestar de las extremidades del lado lesionado, mientras que aumentan el lado sano y la vibración bronquial.

Auscultación: Soplos de tubo, ruidos sordos o crepitantes, sonidos de auscultación, bronquitis, pleuresía y ausencia de soplos con ampollas.

Síndrome de rarefacción pulmonar

Es característico en los pacientes con enfisema pulmonar y que tienen tórax en tonel; corresponde a la distensión permanente del parénquima pulmonar con atrapamiento de aire y ruptura de las paredes alveolares.

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

Palpación: corrobora la disminución de los movimientos respiratorios y vibraciones vocales disminuidas con disminución de los movimientos entre la inspiración y la espiración sólo de 1 a 2 cm, cuando al menos deben ser de 4 a 6 cm.

Percusión: hipersonoridad que se corrobora con el atrapamiento de aire como consecuencia de la hiperdistensión pulmonar, la línea de demarcación entre la sonoridad pulmonar y la región lumbar, línea de Mouriquand, está descendida y no es raro encontrarla en el décimo o undécimo espacio intercostal, con huecos supraclaviculares hipersonoros.

Auscultación: ruidos respiratorios disminuidos, transmisión de la voz disminuida en ambos hemitórax, la inspiración más corta con espiración se hace patente en toda su duración porque al entrar en juego los músculos accesorios, la hacen audible; de ahí que en el enfisema se ausculte prolongada la espiración. Con frecuencia se pueden percibir estertores roncales, silbantes y piales al final de la espiración, que expresan 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.

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.

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 hipomovilidad 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. El triángulo de matidez que se forma en el lado sano se llama triángulo de Grocco y es producido por el rechazamiento del mediastino hacia el lado sano, bajo la acción mecánica del derrame.

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. La voz tiene egofonía (voz temblorosa que se representa como uno, ocasionada por la vibración del derrame en el sitio de mayor cuantía y por ello es más fácil de percibir cerca de la curva de Damoiseau). También aparece pectoriloquia áfona, que se denomina signo de Bacelli.

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.

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 trasmisión de la voz disminuida o abolida.

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 dos manifestaciones: Dolor pleural que aumenta con la tos y los movimientos respiratorios y el frote pleural que son denominados ruidos de rechinado en todo el ciclo respiratorio que no se modifican con la tos.

Bibliografía:

Herrera García, J. C. (2015). Síndromes pleuropulmonares: de la tisiología a la neumología. Medicina Interna de México, 290-294.

TÉCNICAS DE IMAGEN, ANATOMÍA RADIOLÓGICA, SEMIOLOGÍA GENERAL E INDICACIONES

Radiografía simple de abdomen

Durante la lectura se habló acerca de los motivos por el cual se llega a utilizar la radiografía abdominal, ya que este estudio se emplea como primera técnica para la observación de las enfermedades que estén relacionadas con el abdomen. Con el paso del tiempo se convirtió en una técnica complementaria y funciona mucho para patologías específicas del abdomen.

Usualmente a la persona a emplear se le pone en la posición decúbito supino, y hay que tener en cuenta que la radiografía portátil pierde mucho el criterio y la calidad para poder llegar a un diagnóstico específico.

Para poder complementar y sacar el mayor beneficio de esta técnica se emplea la radiografía en bipedestación, esta se utiliza cuando tenemos la sospecha de que el paciente puede tener una perforación o una obstrucción (radiografía de cúpulas). Cuando un paciente no puede ponerse de pie por sí mismo hay que colocarlo de decúbito lateral teniendo el rayo en forma horizontal (izquierdo), después esperar 10 minutos a que todo el aire se dirija al flanco derecho. La radiografía en decúbito lateral izquierdo de pelvis se emplea para descartar obstrucción. Y en paciente que no tienen movilidad se emplea la radiografía decúbito supino con rayo horizontal.

Semiología radiológica

Anomalías en las estructuras óseas

Cambios degenerativos osteoarticulares, escoliosis, lesiones, líticas o blásticas, fracturas, osteopenia.

Alteración de la meteorización intestinal

Una acumulación anormal de gas o su ausencia ayudan en el diagnóstico de algunas patologías abdominales:


-Dilatación gástrica

-Íleo paralítico

-Obstrucción intestinal

-Obstrucción en asa cerrada

-Vólvulo

 Alteraciones de los órganos abdominales

 Presencia de masas

 Gas extraluminal

-Neumoperitoneo

-Retroneumoperitoneo

-Aerobilia

-Neumatosis portal

-Neumatosis intramural


-Abscesos

-Enfisema subcutáneo

-Calcificaciones

- Vasculares
- Hepatobiliares
- Esplénicas
- Pancreáticas
- Renales
- y uretrales

- Tubo digestivo
- Mesentéricas y peritoneales
- Pélvicas

 Cuerpos extraños

-Metalicos

-Restos de contrastes

-Vestimenta y adornos

-Drogas

RADIOGRAFIA DE CRANEO, CUELLO Y COLUMNA, SISTEMATICA DE LECTURA, ANATOMIA RADIOGRAFICA

Cráneo

Radiografía simple

Incluye dos proyecciones: Frontal y Lateral Cadwel También la vista semiaxial o Towne (complementaria), Base de Cráneo de Hirtz, No requiere preparación, Indicado prácticamente en todas las afecciones del SNC, Util para demostrar: * Fracturas * Cambios en los contornos del cráneo * Presencia de calcificaciones intracraneales. * Lesiones óseas (osteolisis y osteoesclerosis) *Alteraciones de la silla turca *Opacidades de los senos perinasales o de las mastoides.

Proyecciones básicas y utilidad

Es una técnica diagnóstica adecuada en Pacientes con traumatismo craneal con sospecha de fractura ósea, herida penetrante o cuerpo extraño radiopaco. En los niños estaría indicada en traumatismo con sospecha de fractura o herida penetrante, en caso de sospecha de malos tratos y en todos los menores de 2 años.

Cuando se ha producido un traumatismo craneal de cierta consideración, por medio de la radiografía de cráneo se pretende detectar una posible fractura ósea. Su presencia puede dar una idea de la magnitud del impacto y cambiar la actitud diagnóstico-terapéutica: observación/ingreso, realización de otras pruebas (TAC), etc.

Anatomía

Conformación de los huesos del cráneo y la cara:

Son 22 huesos en total, distribuidos de la siguiente manera: -

Ocho huesos en el Cráneo. -

Catorce huesos en la Cara.

Conformación de los huesos del cráneo:

HUESOS PARES: Parietal, Temporal

HUESOS IMPARES; Frontal, Etmoides, Esfenoides, Occipital.

Conformación de los huesos de la cara:

HUESOS PARES: -Malar. -Maxilar Superior. -Unguis o H. lagrimal

-Cornete Inferior.

-Hueso Propio de la Nariz.

-Palatino.

HUESOS IMPARES: -Maxilar Inferior. -Vómer.

RADIOLOGÍA

Para una correcta radiografía del cráneo es necesario tener en cuenta:

- ✓ Usar foco fino
- ✓ Distancia foco-película 1 m.
- ✓ Distancia objeto-película la mínima posible
- ✓ Utilizar parrillas antidifusoras
- ✓ Utilizar Kv. Medio
- ✓ Usar películas de grano fino
- ✓ Inmovilización del paciente
- ✓ Máxima colimación

Cuello y columna

La radiografía simple sigue siendo el estudio más eficaz en la demostración de las alteraciones óseas y articulares de la columna. Las proyecciones AP y lateral, completando a veces con oblicuas y otras proyecciones específicas, son útiles en gran cantidad de estudios. La angiografía puede ser útil en la vascularización y la extensión tumoral, así como en la quimioterapia intrarterial operatoria. La mielografía ha sido reemplazada casi del todo por la TC y la RM.

Anatomía

La columna consiste de 7 vértebras cervicales, 12 torácicas, 5 lumbares y 3 a 5 vértebras fusionadas sacro-coxígeas, las que cumplen una función de soporte corporal y de protección a la médula espinal. Desde el punto de vista sagital, son visibles 4 curvas en la posición de pie. De proximal a distal: cervical (lordótica: C1-T2), torácica (cifótica: T2 a T12), lumbar (lordótica, T12-L5), sacra (cifótica, S1 a coxis).

Técnicas radiológicas

Proyección PA:

Permite evaluar el alineamiento de las apófisis espinosas, la distancia inter-espinosa, la congruencia y orientación de los macizos articulares. Un aumento de la distancia inter-espinosa implica una lesión de la banda de tensión posterior. La pérdida de alineación de las apófisis espinosas puede implicar la presencia de una lesión rotacional.

Proyección lateral:

Debe visualizar desde el occipucio hasta la vértebra T1. De lo contrario la radiografía no es interpretable ya que pueden omitirse lesiones de C7-T1.

Radiografías de Columna Tóraco-Lumbar

Las fracturas de columna tóraco-lumbar tienden a seguir una distribución bimodal, en población joven asociado a traumatismos de alta energía y en población anciana asociado a fracturas en hueso osteoporótico ante traumatismos menores. Las fracturas de alta energía afectan principalmente a hombres entre los 15 y 30 años de edad, cuyos mecanismos más frecuentes son accidentes automovilísticos y caídas de altura. Cerca de la mitad (52%) afecta los segmentos ubicados entre T11 y L1, y le siguen en frecuencia L1-L5 (32%) y T1-T10 (16%).

Bibliografía:

Sánchez, J. C. (18 de 05 de 2017). *CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR* . Obtenido de http://www.semg.es/sanse2017/images/stories/recursos/doc_complementaria/Dr-Sanchez-Sanchez-Aula-de-diagnostico-por-imagen-RX-de-columna.pdf

Santiago, B. (s.f.). Radiografía de columna vertebral. Obtenido de <http://www.docenciatraumatologia.uc.cl/radiografia-columna-vertebral/>:
<http://www.docenciatraumatologia.uc.cl/radiografia-columna-vertebral/>