



DERECK HARPER NARCIA

“LECTURA DE UNA RADIOGRAFIA
DE TORAX”

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MATERIA: IMAGENOLOGIA
FECHA: 29 DE MAYO DEL 2022
DR: SAMUEL ESAÚ FONSECA
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

El reconocimiento de la anatomía normal en la Rx de tórax es un aspecto clave para localizar e interpretar las alteraciones. Antes de la interpretación de una Rx de tórax lo primero es identificar al paciente por su nombre y apellidos, y por su fecha de nacimiento. La enfermera debe verificar que ha obtenido la radiografía correcta y en la fecha correcta, y también tiene que identificar la proyección de la radiografía. En la actualidad, en la mayor parte de los centros hospitalarios se utiliza la imagen digital en vez de la imagen fotográfica contenida en un chasis. Estas imágenes digitales se almacenan en el sistema de archivo y transmisión de imágenes (PACS, picture archiving and communication system). Las imágenes existentes en el PACS pueden ser visualizadas en cualquier ordenador y también pueden ser manipuladas paramodificar su brillo o para magnificarlas.

La Rx de tórax siempre se debe estudiar como si el paciente estuviera enfrente de nosotros; el lado derecho de la radiografía corresponde al lado izquierdo del paciente y viceversa.

Después, se debe determinar la calidad. ¿Tiene una buena penetración? En caso afirmativo, los cuerpos vertebrales torácicos son visibles. ¿Ha realizado el paciente una inspiración apropiada? La enfermera tiene que recordar el recuento de las costillas. También debe determinar la rotación midiendo la distancia entre el extremo medial de cada clavícula y la apófisis espinosa de la vértebra del mismo nivel. Estas distancias deben ser iguales. Las estructuras anteriores que se observan en una Rx de tórax son los bordes cardíacos derecho e izquierdo, la aorta ascendente, los dos lóbulos pulmonares superiores y el lóbulo medio del pulmón derecho. Las estructuras posteriores son la aorta descendente, los hemidiafragmas y los dos lóbulos inferiores. La enfermera debe revisar todos los aspectos de la Rx de tórax utilizando para ello el enfoque ABCDEF.

Visualización del diafragma

El hemidiafragma derecho debe estar 3 cm más elevado que el izquierdo, debido a la presencia del hígado. El borde del diafragma debe ser liso.

A (Airway): vía respiratoria

Siempre hay que mirar la tráquea y determinar si se localiza en la línea media o si está desplazada hacia la derecha o la izquierda. La tráquea debe estar en la línea media, aunque puede desplazarse ligeramente hacia la derecha en la zona de la escotadura aórtica. Cuando la tráquea está desplazada o desviada puede indicar que el paciente está mal colocado o bien que muestra un aumento de tamaño de la glándula tiroides o un neumotórax a tensión.

Después, la enfermera tiene que examinar la carina (la zona en la que la tráquea se bifurca en los bronquios principales derecho e izquierdo). Esta zona tiene que estar localizada entre las vértebras T4 y T6. En los pacientes con intubación endotraqueal hay que examinar la Rx de tórax para determinar la colocación correcta del tubo. El tubo endotraqueal (TET) está colocado correctamente cuando su punta se localiza 3-5cm por encima de la carina.

B (Bones): huesos

Cuando la enfermera estudia los huesos en una Rx de tórax, debe fijarse específicamente en las clavículas, las costillas, las escápulas y las vértebras, y descartar la posibilidad de que haya alguna fractura. En ocasiones, el giro de la Rx de tórax hacia su parte lateral puede facilitar la visualización de las fracturas costales. En una Rx de tórax obtenida en inspiración máxima se deben observar 9 o 10 costillas posteriores. Para diferenciar las costillas anteriores y posteriores en una Rx de tórax hay que recordar que las costillas posteriores efectúan un giro hacia abajo para formar el ángulo costovertebral. Las costillas anteriores muestran una dirección más horizontal.

Al revisar las costillas y otros huesos, la enfermera tiene que analizar los espacios intercostales respecto a su simetría. Cada espacio intercostal está numerado según la costilla situada inmediatamente por encima. El ensanchamiento de los espacios intercostales puede ser debido a insuflación excesiva de los pulmones.

C (Circulation): circulación

Es necesario estudiar el corazón respecto a su tamaño y a su configuración. Una de las observaciones más sencillas es la del cociente cardiorácico: la dimensión horizontal (anchura) mayor del corazón en comparación con la dimensión horizontal mayor del tórax. El corazón debe tener una anchura que sea el 50% de la anchura del tórax. Cualquier porcentaje superior al 50% sugiere una cardiomegalia o un posible derrame pericárdico.

También hay que estudiar el mediastino. Sus bordes deben estar bien definidos, aunque en el ángulo que forman el corazón y el diafragma estos bordes pueden ser algo borrosos. Si el mediastino parece estar aumentado de tamaño, se deben considerar los trastornos que causan este problema, como el aneurisma torácico.

D (Diaphragm): diafragma

El diafragma tiene una configuración en cúpula y muestra la misma densidad que el agua. El hemidiafragma derecho debe estar más elevado que el izquierdo debido a la presencia del hígado. (Véase el cuadro Visualización del diafragma.) La diferencia entre ambos debe ser de aproximadamente 3cm. Por otra parte, el borde del diafragma tiene que ser liso.

La elevación del diafragma tiene lugar cuando son visibles menos de 10 costillas y puede ser debida a atelectasias, distensión abdominal y compresión del nervio frénico. El descenso del diafragma es frecuente cuando se visualizan 11 o 12 costillas. El descenso o el aplanamiento del diafragma se observa con frecuencia en los pacientes que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o neumotórax. Por debajo del hemidiafragma izquierdo se puede observar la burbuja de aire gástrica. La ausencia de dicha burbuja puede indicar una hernia hiatal.

E (Edges): bordes

Es importante analizar los bordes pulmonares para descartar la presencia de líquido o de aire. Se deben estudiar específicamente los ángulos costofrénicos, que tienen que presentar ángulos agudos bien definidos. El neumotórax, el hemotórax y el derrame pleural pueden distorsionar los bordes pulmonares normales.