



**Jorge Morales Rodríguez**

**Dr. Gerardo Cancino Gordillo**

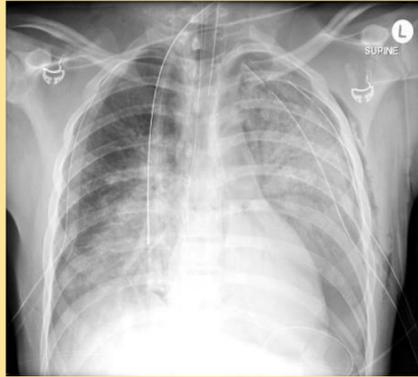
**Cuadro de los Principales Signos en  
Imagenología de Tórax**

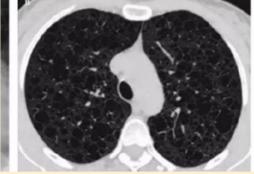
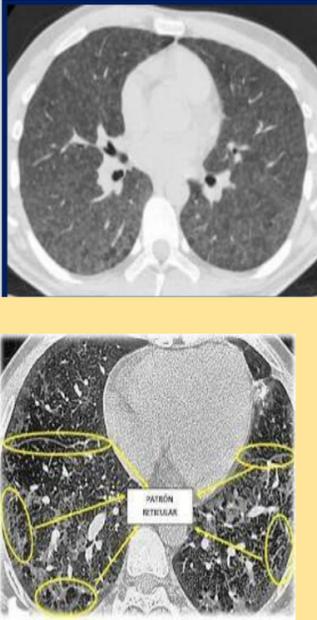
**Imagenología**

**Cuarto**

**“A”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril del 2024.

PATRÓN	HALLAZGOS EN LA RADIOGRAFÍA	RADIOGRAFÍA	HALLAZGOS EN LA TOMOGRAFÍA	TOMOGRAFIA	HALLAZGOS EN EL ULTRASONIDO	ULTRASONIDO	CAUSA DE DICHO PATRÓN
Broncograma Aéreo	Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior bien tomada, Catéteres intercostales apicales bilaterales. ETT y NGT correctamente posicionados. Amplia consolidación del espacio aéreo en todo el pulmón izquierdo y en las zonas perihilar e inferior derecha compatible con contusión pulmonar. Obsérvese los Broncograma aéreos extensos en el pulmón izquierdo que confirman que la opacidad se debe a la consolidación alveolar más que al hemotórax en decúbito supino, aunque ambos pueden coexistir. Hay enfisema subcutáneo de la pared torácica izquierda. Lucencia relativa dentro de un receso costofrénico izquierdo más profundo (signo del surco profundo) que indica un neumotórax anterobasal residual de volumen significativo. Hay una fractura oblicua de la diáfisis de la clavícula derecha.	FRONTAL 	Se Observa TC reconstruida de Tórax de ventana pulmonar de corte axial, con amplias opacidades del espacio aéreo con numerosos Broncograma aéreos. Rastros de líquido pleural sólo a la izquierda. Sin agrandamiento ganglionar significativo.	AXIAL 			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidación Pulmonar</li> <li>• <b>Edema Pulmonar:</b> especialmente con edema alveolar</li> <li>• Atelectasia no Obstructiva</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Intersticial Grave</li> <li>• <b>Neoplasias:</b> Adenocarcinoma, Linfoma Pulmonar</li> <li>• Infarto Pulmonar</li> <li>• Hemorragia Pulmonar</li> <li>• Vencimiento Normal</li> </ul>
Consolidación	La consolidación contigua a la fisura horizontal permite localizarla en el segmento anterior del lóbulo superior derecho	 	Se Observa TC reconstruida de Tórax de ventana pulmonar de corte axial, con una Consolidación pulmonar en lóbulo derecho superior, medio e inferior y lóbulo izquierdo con aerobroncogramas. La sonda nasogástrica, el TET y el catéter venoso central están in situ.	AXIAL 			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia Pulmonar</li> <li>• Adenocarcinoma</li> <li>• Neumonía Lipoidea</li> <li>• Neumonía por Aspiración</li> <li>• Proteínosis Alveolar</li> <li>• Neumonía Bacteriana</li> <li>• Edema Pulmonar secundario a Insuficiencia Cardíaca</li> <li>• Ahogamientos</li> <li>• Linfadenopatías Mediastínicas</li> </ul>

<p><b>Enfermedad intersticial (septal)</b></p>	<p>Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, bien tomada Líneas largas de 2 a 6 cm orientadas hacia la hila y línea corta de menos de 2 cm orientada a la pleura</p>		<p>Se Observa TC reconstruida de Tórax de ventana pulmonar de corte axial, con una agrupación de espacios quísticos de contenido aerio de diámetro relativamente iguales en el orden de 3 a 10 mm</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema pulmonar</li> <li>• Carcinomatosis linfática</li> <li>• Neumonía intersticial</li> <li>• Hemorragia pulmonar</li> <li>• Leucemia</li> <li>• Síndrome de uña amarilla</li> </ul>
<p><b>Enfermedad intersticial reticular</b></p>	<p>Presencia de una fina trama reticular que se extiende desde las estructuras peribroncovasculares del centro del lóbulo hasta los septos intralobulares con morfología de tela de araña</p>		<p>Se Observa TC reconstruida de Tórax de ventana pulmonar de corte axial, con un engrosamiento del intersticio se da por la presencia de líquido, tejido fibroso o secundario a la infiltración celular o de otro material y dependiendo de la causa su morfología puede ser liso o regular, nodular e irregular</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición a productos químicos</li> <li>• Humo de cigarro</li> <li>• Enfermedades autoinmunes</li> <li>• Esclerodermia</li> <li>• Artritis reumatoide</li> </ul>
<p><b>NODULAR</b></p>	<p>Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, mal tomada ,con nódulos pueden ser de tamaño pequeño menos de 2mm o miliares de 1 a 2 mm Distribución perilinfática: es sugestiva de sarcoidosis o linfagitis Distribución centrolobulillar: es típica de enfermedades inflamatoria de la vía aérea</p>		<p>Se Observa TC reconstruida de Tórax de ventana pulmonar de corte axial, con Opacidad redondeada o irregular, bien o mal definida, de hasta 3 cm de diámetro, completamente rodeado de parénquima pulmonar aireado. Presentan distintas características por su tamaño, morfología y de distribución para su aproximación diagnóstica.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones</li> <li>• Cicatrices</li> <li>• Ganglios linfáticos</li> <li>• Cáncer de pulmón</li> </ul>

<p><b>Reticulonodular</b></p>	<p>Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, mal tomada a con trama broncovascular ha sido sustituida por imágenes no formando una red y nudillos</p>		<p>Engrosamientos de los septos intralobulillares</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición a materiales peligrosos como asbesto</li> <li>• Enfermedades auto inflamatorias</li> </ul>
<p><b>Vibrio Esmerilado</b></p>	<p>Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, mal tomada Aumento de la densidad pulmonar Proteinosis pulmonar, hemorragia alveolar</p>		<p>Se Observa TC reconstruida de Tórax de ventana pulmonar de corte axial, con un aumento de la atenuación que no borra las estructuras bronquiales y vasculares subyacentes, puede ser causada por el relleno parcial del espacio aéreo, engrosamiento intersticial con inflamación, edema, fibrosis o proliferación neoplásica</p>			<p>Infecciones Inflamación Protuberancias</p>

**Disminución de la Densidad**

Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, mal tomada, Muestra evidencia de edema tanto intersticial como alveolar. El edema alveolar se manifiesta como opacidades nodulares mal definidas que tienden a confluir (ver imagen con flechas). El edema intersticial se puede observar como líneas septales periféricas: líneas de Kerley B (puntas de flecha).

Las líneas septales periféricas se deben al engrosamiento de los tabiques interlobulillares. Miden entre 1 y 3 cm de largo y se extienden hasta la superficie pleural



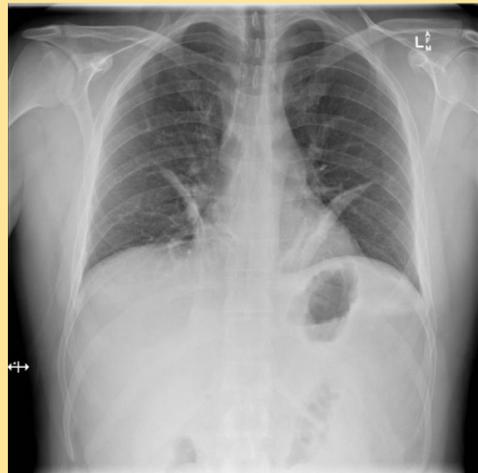
Se Observa TC reconstruida de Tórax, de corte Axial, con Ventana pulmonar donde hay derrame pleural bilateral leve. Engrosamiento del tabique interlobulillar perilinfático difuso y bilateral con un patrón compatible con edema intersticial. Linfadenopatía mediastínica, hallazgo común en pacientes con edema pulmonar. Cardiomegalia moderada.



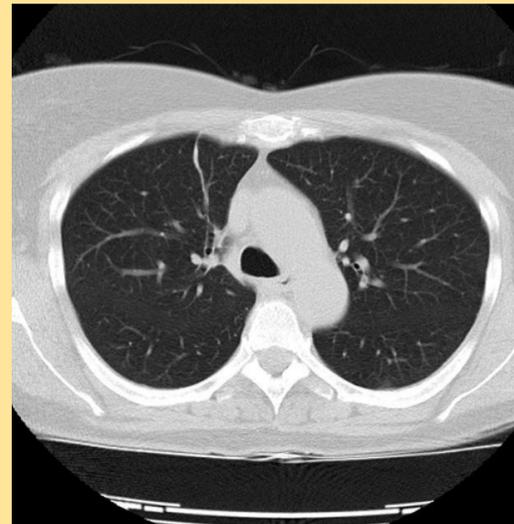
- Hipertensión venosa pulmonar
- Linfangitis
- Carcinomatosis
- Neumoconiosis
- Sarcoidosis
- Linfoma pulmonar.

**Atelectasias**

Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, bien tomada, con Opacidades curvilíneas simétricas bilaterales que se extienden superolateralmente desde el mediastino inferior. Están separados de la fisura oblicua en la proyección lateral y lo más probable es que se trate de atelectasias



Se Observa TC reconstruida de Tórax, de corte Axial, con Ventana pulmonar donde hay una línea vertical en el lóbulo superior derecho ventral y el lóbulo medio parece tener un solo segmento. Esto se debe al colapso de los segmentos pulmonares III y V del pulmón derecho.



- Fibrosis Quística
- Tumores de Pulmón
- Lesiones en el Torax
- Liquido en los Pulmones
- Debilidad Respiratoria

### Derrame Pleural

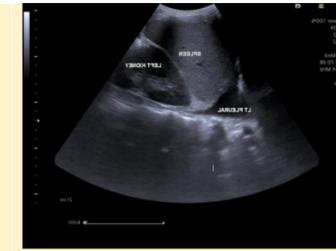
Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, bien tomada, se visualiza campo pulmonar izquierdo y Derecho de menor Volumen, con desaparición de los ángulos Cardíofrenico y Costofrenico Izquierdos, en la zona basal del Campo Pulmonar se observa una densidad Radiopaca Homogénea Bilateral de Líquido con Espacio Hidroaéreo y zoa de consolidación ,que da el Borramiento de la Cupula Diafragmatica izquierda y Derecha



Se Observa TC reconstruida de Tórax , de corte Axial, con Ventana Mediastínica, se puede Visualizar ambos Campos Pulmonares de menor densidad y Volumen desde su Vista Basal, donde se puede ver el Signo de Broncograma aéreo y el espacio Posterior del ambos campos pulmonares se encuentran ocupados por una Mezcla Homogénea Isodensa Bilateral aunado a zonas de consolidación, podria tratarse de Líquido.



Se Observa un USG de vista lateral Izquierda de corte coronal, donde se visualiza un cuerpo Anecoico Unilateral entre los espacios del Riñon izquierdo, la Pleura Izquierda y el Bazo, dando la indicación de Líquido entre esos espacios.



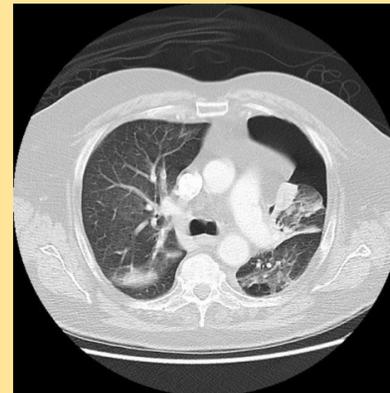
- Presión Elevada en los Vasos sanguíneos.
- Infarto Pulmonar.
- Insuficiencia cardíaca

### Neumotórax

Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior bien tomada, se visualiza la ausencia de los Bordes Pulmonares , se Nota la ausencia del trama vascular, Patrón de Broncograma Pulmonar como de Zonas de consolidación, ambos campos pulmonares son asimétricos, y en la zona mediastínica se denota un ligero desplazamiento hacia la Derecha



Se Observa un TC de reconstrucción de ventana Mediastínica, se visualiza en el campo pulmonar izquierdo en su Lóbulo Inferior la presencia de una densidad Hipodensa de Bordes irregulares, con ausencia de la Trama vascular, presenta zonas de consolidación en ambos campos pulmonares



- ASMA.
- EPOC.
- Traumatismo
- Espontáneo(Síndrome de Marfan).

## Neumotórax a Tensión

Se observa Radiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior, bien tomada, es evidente la presencia de un gran neumotórax en el lado derecho y el consiguiente colapso del pulmón derecho.

También están presentes tres características preocupantes:

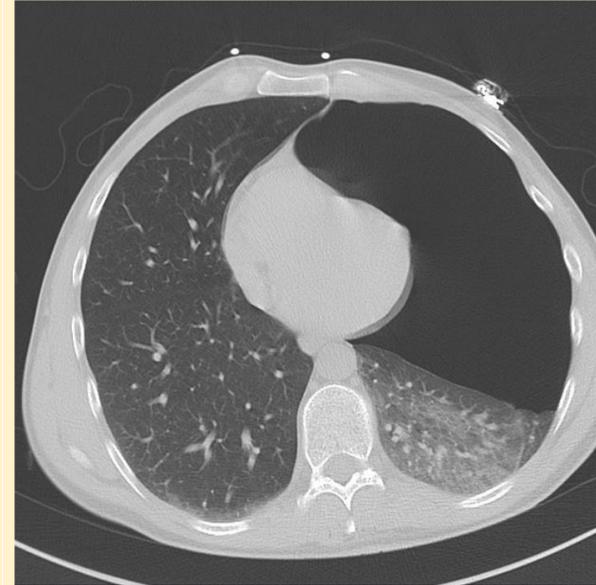
1. Desplazamiento mediastínico significativo hacia la izquierda.
2. Hemidiafragma derecho deprimido
3. Espacios intercostales ensanchados y marcada expansión asimétrica del hemitórax derecho

Los hallazgos coinciden con un neumotórax a tensión, que requiere la inserción de un tubo torácico sin más demora.

Otros: el tubo traqueal y la línea IJV CVC derecha están en posición normal, así como los cables del marcapasos bicameral. Aumento de las marcas intersticiales a la izquierda, sugestivas de insuficiencia cardíaca descompensada. Fracturas mínimamente desplazadas confirmadas por TC (no mostradas) de la cara anterior de las costillas 4-6 de la derecha.



Se observa TC reconstruida de Tórax de ventana pulmonar de corte axial, que se observa un gran neumotórax a tensión izquierdo se ve claramente en la imagen del explorador. El ápice del pulmón izquierdo muestra una pequeña bulla como posible causa del neumotórax a tensión. El corazón está desplazado hacia la derecha.



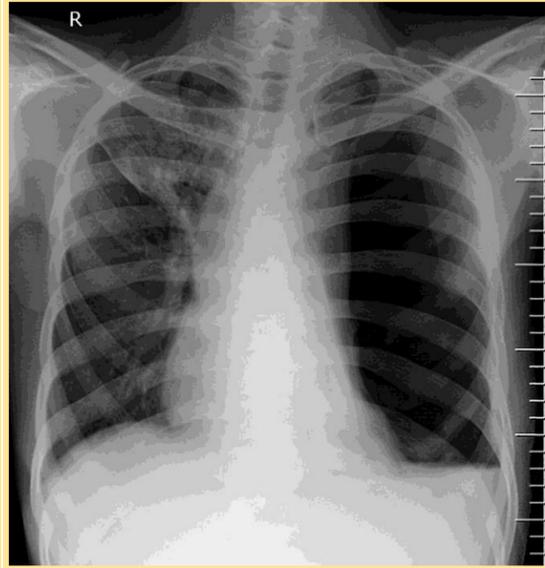
- Ventilación Mecánica
- Neumotórax simple

### **Hidroneumotorax**

Las marcas vasculares están ausentes en el campo del pulmón izquierdo, lo que sugiere un colapso del pulmón izquierdo. El nivel hidroaéreo observado en el lado izquierdo sugiere hidroneumotórax.

En el lado derecho se observa una lesión cavitaria con fibrosis circundante que se observa en la zona superior.

El mediastino se desplaza hacia el lado derecho.



Se observa TC reconstruida de corte axial sin contraste tomografía computarizada muestra un colapso del pulmón derecho y un gran derrame y neumotórax, que produce un desplazamiento del mediastino hacia la izquierda. Atelectasia del pulmón izquierdo.



- Toracocentesis
- Trauma Torácico
- Fistula Brocopleural
- Fistula Esófagopleural