



**Mario Morales Argueta**

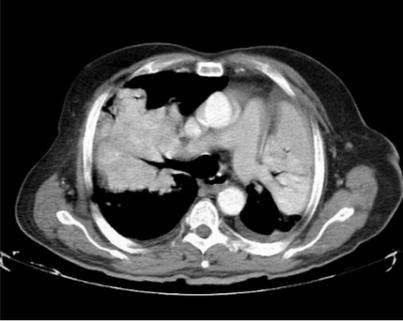
**Signos y patrones radiográficos en imagenología de tórax**

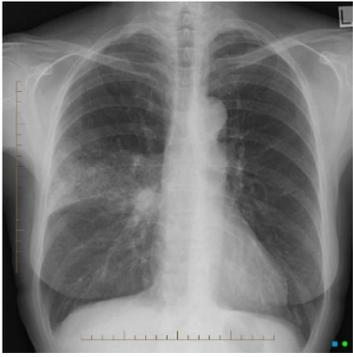
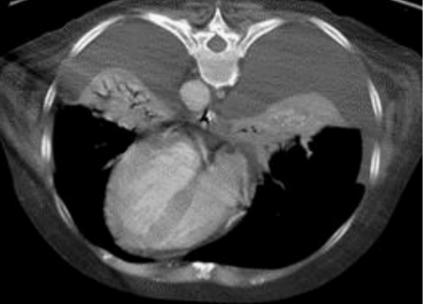
**Imagenología.**

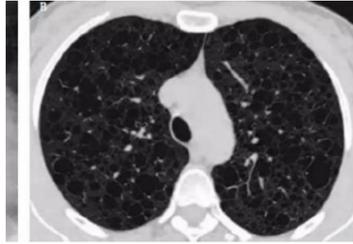
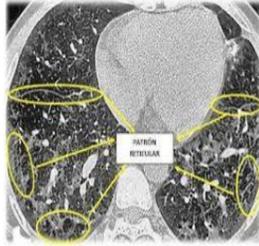
**4°A**

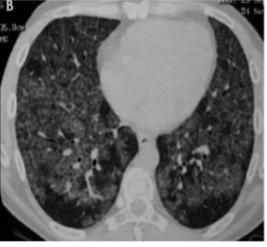
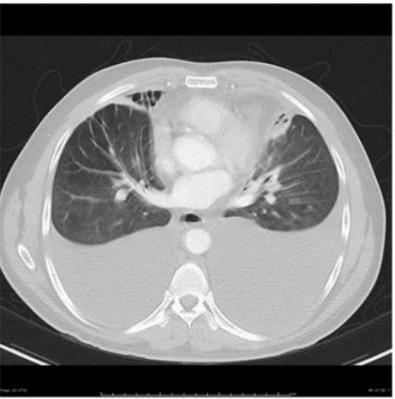
**PASIÓN POR EDUCAR**

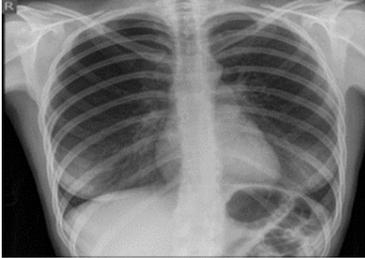
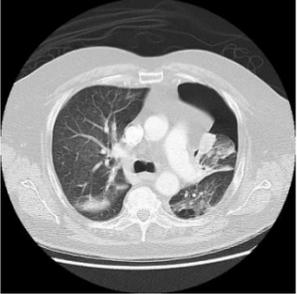
Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril del 2024

PATRÒN	HALLAZGOS EN LA RADIOGRAFIA	RADIOGRAFIA	HALLAZGOS EN LA TOMOGRAFIA	TOMOGRAFIA	HALLAZGOS EN EL ULTRASONIDO	ULTRASONIDO	CAUSA DE DICHO PATRÒN
Broncograma Aéreo	<p>Catéteres intercostales apicales bilaterales. ETT y NGT correctamente posicionados. Amplia consolidación del espacio aéreo en todo el pulmón izquierdo y en las zonas perihiliar 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.</p>		<p>Amplias opacidades del espacio aéreo con numerosos Broncograma aéreos. Rastros de líquido pleural sólo a la izquierda. Sin agrandamiento ganglionar significativo.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidación Pulmonar</li> <li>• Edema Pulmonar: especialmente con edema alveolar</li> <li>• Atelectasia no Obstructiva</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Intersticial Grave</li> <li>• Neoplasias: Adenocarcinoma, Linfoma Pulmonar</li> <li>• Infarto Pulmonar</li> <li>• Hemorragia Pulmonar</li> <li>• Vencimiento Normal</li> </ul>

<p>Disminución de la densidad pulmonar</p>	<p>Derivación venosa pulmonar del lóbulo superior (signo de la asta de ciervo) *Aumento del cociente cardiotorácico /tamaño de la silueta cardíaca: útil para evaluar una causa o asociación cardiogénica subyacente</p>		<p>Opacificación del vidrio esmerilado *Engrosamiento del haz broncovascular (debido al aumento del diámetro vascular y/o *Engrosamiento peribroncovascular)</p>				<p>Edema pulmonar cardiogénico.  Sobrecarga de fluidos.  Edema pulmonar con asma aguda.  Edema pulmonar en tromboembolismo pulmonar</p>
<p>Consolidación</p>	<p>La consolidación contigua a la fisura horizontal permite localizarla en el segmento anterior del lóbulo superior derecho</p>		<p>Consolidación pulmonar en lóbulo derecho superior, medio e inferior y lóbulo inferior izquierdo con aerobroncogramas. La sonda nasogástrica, el TET y el catéter venoso central están in situ.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia Pulmonar</li> <li>• Adenocarcinoma</li> <li>• Neumonía Lipoidea</li> <li>• Neumonía por Aspiración</li> <li>• Proteinosis Alveolar</li> <li>• Neumonía Bacteriana</li> <li>• Edema Pulmonar secundario a Insuficiencia Cardíaca</li> <li>• Ahogamientos</li> <li>• Linfadenopatías Mediastínicas</li> </ul>
<p>Atelectasias</p>	<p>La atelectasia suele verse en las radiografías de tórax como sombras lineales de pequeño volumen, generalmente periféricamente o en las bases de los pulmones.</p>		<p>El pulmón dependiente puede verse afectado por un colapso subsegmentario simplemente por estar acostado. Esta parte del pulmón es más fácil de visualizar</p>				<p>Fibrosis quística.  Los tumores de pulmón.  Las lesiones en el tórax, el líquido en los pulmones y la debilidad respiratoria.</p>

	la atelectasia puede tener una posición y apariencia más excéntrica		porque está oculta detrás del diafragma en una radiografía frontal de tórax.				
Enfermedad intersticial (septal)	Líneas largas de 2 a 6 cm orientadas hacia la hila y línea corta de menos de 2 cm orientada a la pleura		Agrupación de espacios quísticos de contenido aerio de diámetro relativamente iguales en el orden de 3 a 10 mm				Edema pulmonar Carcinomatosis linfática Neumonía intersticial Hemorragia pulmonar Leucemia Síndrome de uña amarilla
Enfermedad intersticial reticular	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		El 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				Exposición a productos químicos Humo de cigarro Enfermedades autoinmunes Esclerodermia Artritis reumatoide
NODULAR	Los 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		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.				Infecciones Cicatrices Ganglios linfáticos Cáncer de pulmón
Reticulonodular	La trama broncovascular ha sido sustituida por imágenes no formando una red y nudillos		Engrosamientos de los septos intralobulillares				Exposición a materiales peligrosos como asbesto Enfermedades auto inflamatorias
Vibrio esmerilado.	Aumento de la densidad pulmonar		Aumento de la atenuación que no borra				Infecciones Inflamación

	Proteinosis pulmonar, hemorragia alveolar		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				Protuberancias
NEUMOTORAX A TENSION	- <b>Aumento de la radiolucidez</b> del campo pulmonar afectado, -La línea pleural separada de la pared torácica (el grado de separación depende de la magnitud del neumotórax). -El pulmón puede observarse completamente colapsado (muñón pulmonar) si el aire en la cavidad pleural es demasiado		-Existencia de un orificio en pared costal -Bamboleo mediastinico -Desplazamiento de mediastino hacia hemitórax -Ausencia de marcas pulmonares -Signo del seno profundo				ventilacion mecánica  -Enfermedad pulmonar  -Ampollas de aire rotas
HIDRONEUMOTORAX	- <b>Desplazamiento de estructuras mediastínicas</b> - <b>Nivel hidroaéreo</b> - <b>Ausencia de marcas pulmonares</b> - <b>Ampollas enfisematosas,</b> - Pliegues cutáneos, -Sábanas plegadas de la cama del paciente		Presencia de áreas con densidades representativas a agua en espacio pleural -liquido en espacio pleural acompañado con aire				-EPOC -Fibrosis quística -Asma severa -Infecciones pulmonares -Fibrosis pulmonar -Traumas -Procedimientos medicos
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 Cardiofrenico y Costofrenico Izquierdos, en la zona basal del Campo Pulmonar se observa una densidad Radiopaca Homogénea Bilateral de Líquido con Espacio Hidroaéreo y zona de consolidación ,que da el		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 de los ambos campos pulmonares se encuentran ocupados		Se Observa un USG de vista lateral Izquierda de corte coronal, donde se visualiza un cuerpo Anecoico Unilateral entre los espacios del Riñón 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

	Borramiento de la Cúpula Diafragmática izquierda y Derecha..		por una Mezcla Homogénea Isodensa Bilateral aunado a zonas de consolidación, podría tratarse de Líquido.				
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).