

**Universidad del Sureste**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**César Samuel Morales Ordóñez.**

**Dr. Gerardo Cancino Gordillo.**

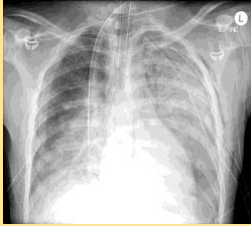

**“Cuadro de los Principales Signos en la Imagenología de Tórax”.**



**PASIÓN POR EDUCAR**




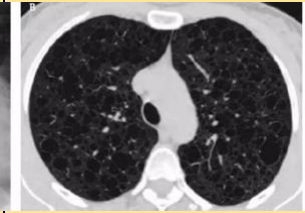
**Imagenología.**



**Grado: 4 Grupo: “A”**


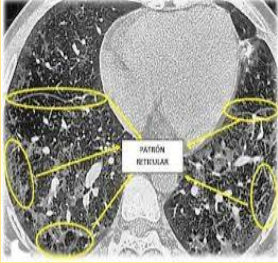
Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de Abril del 2024.

Patrón	Hallazgos en Rx.	Radiografía	Hallazgos en TC	Tomografía	Hallazgos en USG.	Ultrasonido	Causa de dicho patrón
Broncograma Aéreo	Se Observa Radiografía de Tórax de proyección Posteroanterior donde se visualiza 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		Se observa TC de Tórax reconstruida de corte axial de ventana pulmonar, en el cual se visualizan Amplias opacidades y aumento de la densidad del espacio aéreo con numerosos Broncograma aéreos. Rastros de líquido pleural sólo a la izquierda. Sin agrandamiento ganglionar significativo.				<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>

	<p>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><b>Consolidación</b></p>	<p>Se observa Radiografía de Tórax con Proyección Posteroanterior donde se visualiza una consolidación contigua a la fisura horizontal permite localizarla en el segmento anterior del lóbulo superior derecho</p>		<p>Se Observa una TC de Tórax reconstruida de corte. Axial y ventana Pulmonar el la cual se Visualiza el signo de Consolidación pulmonar en lóbulo derecho superior, medio e inferior y lóbulo inferior izquierdo con</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>

			aerobroncogramas. La sonda nasogástrica, el TET y el catéter venoso central están in situ.				
<b>intersticial (septal)</b>	Se Observa un aRadiografía de Tórax de Proyección Posteroanterior donde se visualizan Líneas largas de 2 a 6 cm orientadas hacia los Hilios y línea corta de menos de 2 cm orientada a la pleura		Se Observa una TC de Tórax con corte Axial de ventana pulmonar en el cual se visualiza una Agrupación de espacios quísticos de contenido aereo de diámetro relativamente iguales en el orden de 3 a 10 mm				<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>
<b>Reticulointersticial.</b>	Se observa un aradiografía de Tórax de proyección posteroanterior en la cual se visualiza La Presencia de una fina trama reticular que se extiende desde las estructuras peribroncovasculares del centro del lóbulo hasta los septos intralobulares con		Se Observa una Tc de Tórax reconstruida en Corte Axial y ventana Pulmonar en el cual se denota El engrosamiento del intersticio se da por la presencia de líquido, tejido fibroso o secundario a la				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición a productos químicos</li> <li>▪ Biomosas.</li> <li>▪ Enfermedades autoinmunes</li> <li>▪ Esclerodermia</li> </ul>

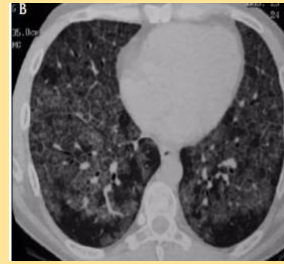
	<p>morfología de tela de araña</p>		<p>infiltración celular o de otro material y dependiendo de la causa su morfología puede ser liso o regular, nodular e irregular</p>				
<p><b>NODULAR</b></p>	<p>Se Observa un radiografía de Tórax de proyección posteroanterior en la cual se observa puntilleos en ambos campos pulmonares lo cual se asocia a un patrón 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</p>		<p>Se Observa una TC de Tórax reconstruida en corte axial y ventana pulmonar donde se observa una 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>

	inflamatoria de la vía aérea						
<b>Reticulonodular</b>	Se observa una Radiografía de Tórax de proyección posteroanterior en la cual se observa la trama broncovascular , la cual ha sido sustituida por imágenes no formando una red y nudillos .		Se observa una Tc de Tórax reconstruida en corte axial y ventana Pulmonar, en la cual se visualizan Engrosamientos de los septos intralobulillares con contenido Líquido.				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición a materiales peligrosos como asbesto.</li> <li>▪ Enfermedades auto inflamatorias .</li> </ul>
<b>Vibrio esmerado</b>	Se observa una Radiografía de Tórax en proyección		Se Observa una TC de Tórax de reconstrucción en				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infecciones</li> <li>▪ Inflamación</li> <li>▪ Protuberancias</li> </ul>

posteroanterior en la cual se observa un Aumento de la densidad pulmonar a raíz de un a Proteinosis pulmonar y hemorragia alveolar



corte axial y ventana pulmonar en la cual se visualiza 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



- Neoplasias.
- Edema.
- Fribrosis quística.

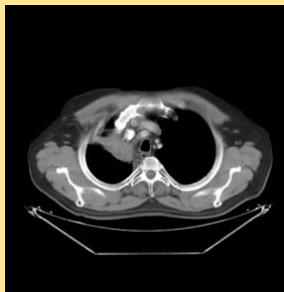
**DISMINUCIÓN DE LA DENSIDAD PULMONAR.**

Se Observa Radiografía de Proyección Posteroanterior donde se visualiza una derivación venosa pulmonar del lóbulo superior (signo de la asta de ciervo)

Y se denota un Aumento del cociente cardiotorácico /tamaño de la silueta cardíaca: útil para evaluar una causa o asociación cardiogénica subyacente



Se Observa una TC de Tórax de Reconstrucción de corte axial y ventana Pulmonar , donde se visualiza una opacificación del vidrio esmerilado y el denotamiento del Engrosamiento del haz broncovascular (debido al aumento del diámetro vascular y/o Engrosamiento peribroncovascular) Por otro lado se observa el Engrosamiento del tabique interlobulillar



- Edema pulmonar cardiogénico.
  - Sobrecarga de fluidos.
  - Edema pulmonar con asma aguda.
- Edema pulmonar en tromboembolismo pulmonar

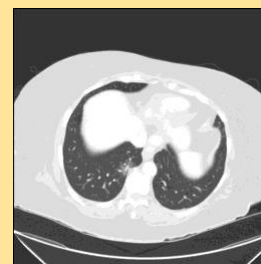


**ATELECTASIAS.**

Se Observa una Radiografía de Tórax de proyección Posteroanterior donde se visualizan sombras lineales de pequeño volumen, generalmente periféricamente y en las bases de los pulmones.



Se Observa una TC de Tórax de reconstrucción en corte axial y ventana pulmonar, en donde se visualiza el pulmón dependiente afectado por un colapso subsegmentario simplemente por estar acostado.



**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



Se Observa TC reconstruida de Tórax en , 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 deBroncograma aéreo y el espacio Posterior del




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



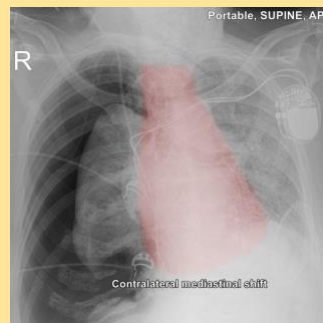
- Fibrosis quística.
- Los tumores de pulmón.
- Las lesiones en el tóra.
- el líquido en los pulmones.
- la debilidad respiratoria.

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

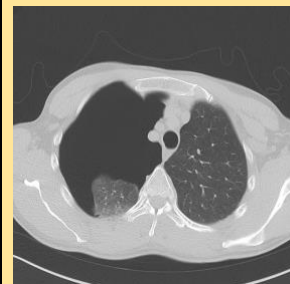
	Homogénea Bilateral de Líquido con Espacio Hidroaéreo y zona de consolidación, queda el Borramiento de la Cupula Diafragmatica izquierda y Derecha..		ambos campos pulmonares se encuentran ocupados por una Mezcla Homogénea Isodensa Bilateral aunado a zonas de consolidación, podría tratarse de Líquido.		Izquierda y el Bazo, dando la indicación de Líquido entre esos espacios.		
NEUMOTORAX.	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 Tórax de reconstrucción de ventana PULMONAR., 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				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ASMA.</li> <li>▪ EPOC.</li> <li>▪ Traumatismo.</li> </ul> Espontáneo(Síndrome de Marfan).

## NEUMOTORAX A TENSIÓN

Se Observa una Radiografía de Tórax con proyección Posteroanterior donde se visualiza un Aumento de la radiolucidez 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



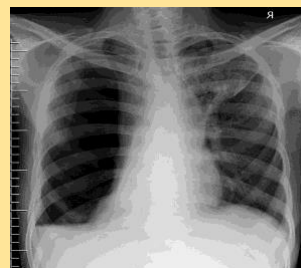
Se Observa una TC Reconstruida de Tórax en corte axial y ventana Pulmonar. donde se visualiza la Existencia de una orificio en pared costal, Bamboleo mediastinico Desplazamiento de mediastino hacia hemitórax ,Ausencia de marcas pulmonares y presenta el Signo del seno profundo.



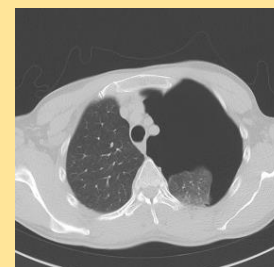
- ventilación mecánica.
  - Enfermedad pulmonar.
- Ampollas de aire rotas.

## HIDRONEUMOTORAX.

Se Observa Radiografía de Tórax de Proyección anteroposterior, se visualiza un Desplazamiento de estructuras mediastínicas, presencia de Nivel



Se Observa una TC reconstruida de Tórax en corte axial y ventana Pulmonar. donde se visualiza la Presencia de áreas con densidades representativas a



- Traumas.
- Procedimientos médicos.
- EPOC.

hidroaéreo y  
Ausencia de marcas  
pulmonares,  
presenta Ampollas  
enfisematosas,  
Pliegues  
cutáneos,Sábanas  
plegadas de la cama  
del paciente.

líquido en espacio  
pleural  
acompañado con  
aire.

