



Nombre de la alumna: Tania Elizabeth Martinez Hernandez

Nombre del profesor: Dr. Gerardo Cancino Gordillo

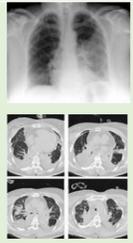
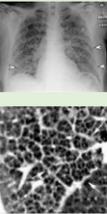
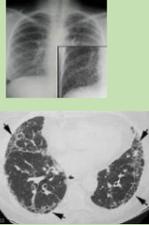
Nombre del trabajo: Cuadro comparativo de signos radiológicos, tomográficos y ultrasonidos

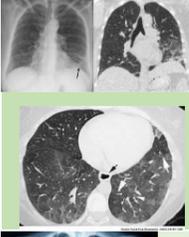
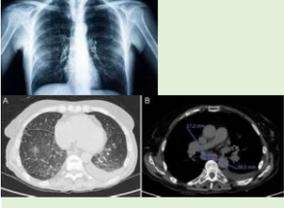
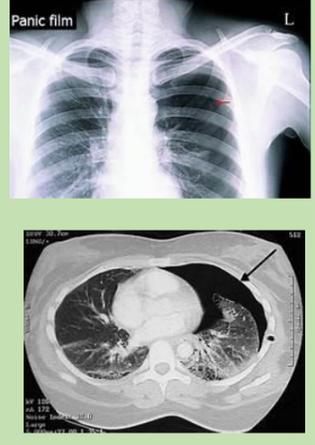
Materia: Imagenología

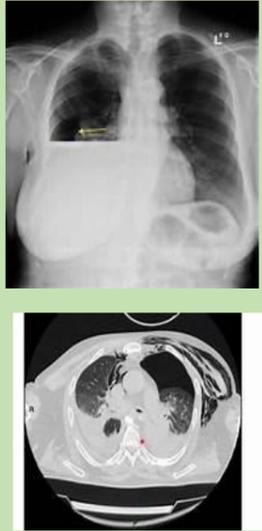
PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 4

Grupo: B

Patología	Signos o hallazgos radiológicos	Hallazgos TC/ USG	Causas	Ejemplos
Broncograma aéreo	-Aparecen como bronquios ramificados de baja atenuación rodeados por alveolos consolidados/opacificados de alta atenuación -Se observan en consolidación de Atelectasias	Representa líquido mezclado con aire dentro de los bronquios grandes Indican una consolidación no retráctil, descartando atelectasia de reabsorción	Consolidación pulmonar, edema pulmonar, atelectasia no obstructiva, enf. intersticial grave, adenocarcinoma, linfoma pulmonar, infarto pulmonar, hemorragia pulmonar, venciimiento normal	
Consolidación	-Aumento en la atenuación que oscurece las paredes bronquiales y los vasos sanguíneos. Hay patrones: -Consolidación lobar -Consolidación superior y medio derecho -Consolidación inferior derecho -Consolidación superior derecho -Colapso del lóbulo superior y medio derecho, etc	-Aumento de densidad en la vascularización del pulmón -Observación del signo del bronquio negro -Ganglios linfáticos se encuentran con una atenuación baja central -Tráquea y bronquios con estrechamiento irregular -Nódulos del espacio aéreo	Neumonía por aspiración, bacteriana, Hemorragia pulmonar, adenocarcinoma, neumonía lipoidea, proteinosis alveolar, edema pulmonar, insuficiencia cardiaca.	
Enfermedad intersticial (Septal)	Se da por engrosamiento del tabique interlobulillar: -Líneas de kerley A; largas (2-6cm) orientadas hacia la hila -Líneas de kerley B: línea corta de 2 cm orientada perpendicularmente a la pleura	-Engrosamientos interlobulares secundario -Liso o irregular las áreas interlobulares -Se presenta edema intersticial	Edema pulmonar, carcinomatosis linfangítica, neumonía intersticial linfocítica, hemorragia pulmonar, linfoma, leucemia, síndrome de churg-strauss, linfagiectasia congénita, amiloidosis, NSIP, bronquiectasias, síndrome de la uña amarilla, Enfer, Erdheim-Chester, linfangiomatosis pulmonar difusa.	
Enfermedad intersticial (Reticular)	-Opacificación lineal en el pulmón -Líneas entrecruzadas, aspecto irregular -Pueden ser fina, media y gruesa	Bronquiolectasias de tracción de distribución bilateral, periférica y subpleural Hipo atenuación del parénquima pulmonar en relación del signo de perfusión mosaico Aire atrapamiento bilateral	Edema pulmonar, insuficiencia cardiaca, nefropatías, viral, tuberculosis, micoplasma, neumocistis, histoplasmosis, neumocitis, pulmón reumatoide, esarcoidosis pulmonar, silicosis, neumonitis por hipersensibilidad, amilosis.	
Enfermedad intersticial (Nodular)	-Patrón nodular difuso, con nódulos de tamaño pequeño (>2mm) -Sombras nodulares -Opacificación en el espacio aéreo	Nódulos subsólidos Engrosamientos septales Opacidades subpleurales bilaterales Patrón nodular	Sarcoidosis, tuberculosis, silicosis, histiocitosis de cel. De Langerhans o en metástasis, sarcoma de Kaposi, carcinomatosis linfangítica	
Enfermedad intersticial (Reticulonodular)	-Alteración difusa de la arquitectura pulmonar con engrosamiento de los tabiques interalveolares. -Disminución del vol. Pulmonar -Irreversible	Se utiliza en TC cuando hay una superposición de sombras reticulares con sombras nodulares. Para un patrón regional o difuso en pulmones.	-Silicosis, Sarcoidosis pulmonar, berylliosis, carcinomatosis linfangítica, sx hepatopulmonar, pneumocystis neumonía, granulomatosis broncentrica, histiocitosis celular de Langerhans pulmonar,	

			enfermedad de Erdheim-Chester.	
Enfermedad intersticial (Vidrio esmerilado)	-Aumento de la densidad pulmonar en la distribución que no borra estructuras vasculares adyacentes -Es inespecífico	-Se logran apreciar unas líneas verticales hiperecoicas con una sombra acústica que se va extendiendo hasta el diafragma.	Es visible cuando hay engrosamiento de los septos interlobulares o un grado mínimo de fibrosis.	
Disminución de la densidad pulmonar	-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. -Líneas septales (Kerley) -Engrosamiento de fisuras interlobares. -Opacificación del espacio aéreo clásicamente en una distribución de ala de murciélago. Derrames pleurales y líquido en fisuras interlobares (incluido el pseudotumor pulmonar "desaparecido")	Áreas hipoatenuantes, Aumento del espacio aéreo, Reducción del patrón vascular. Presencia de bullas. Patrones de distribución específicos.	Destrucción del parénquima pulmonar, enfermedad pulmonar quística o de una disminución del flujo sanguíneo (perfusión o patrón en mosaico).	
Atelectasias	-Desplazamientos de fisuras interlobares -Apiñamiento de los vasos pulmonares -Opacificación Pulmonar -Granuloma desplazable -Hiperexpansion compensatoria del pulmón -Desplazamiento de la traquea, corazón, mediastino, hilio. -Elevación del diafragma	Colapso del parénquima pulmonar Desplazamiento de estructuras adyacentes Engrosamiento de las paredes bronquiales Elevación del diafragma Opacificación del espacio pleural.	Neoplasias obstructivas, taponamiento de moco, aspiración de cuerpo extraño, fibrosis, neumonía necrotizante, enfermedad granulomatosa, Lesión torácica, derrame pleural	
Derrame pleural		USG: -pequeñas cantidades de líquido locular pleural con identificación positiva (3-5ml) -Se distingue el líquido locular pleural de la pleura engrosada -Guía la toracocentesis.	Falla cardíaca, sx nefrótico, cirrosis, Sx de Dressler, Trauma, exposición al asbesto, Sx de uña amarilla, carcinoma bronquial, neumonía, tuberculosis, mesotelioma, LES, linfoma, etc.	
Neumotorax	-El borde pleural visceral visible se ve como una línea blanca muy delgada y nítida -No se ven marcas pulmonares periféricas a esta línea -El espacio periférico es radiolúcido en comparación con el pulmón adyacente -El pulmón puede colapsar completamente -El mediastino no debe alejarse del neumotórax a menos que haya neumotórax a tensión -Presencia de Enfisema subcutáneo y neumomediastino	Tomografía computarizada: la detección supina puede ser difícil de ver	Espontáneos: Se da en Px jóvenes, altos, delgados con hábitos tabáquicos pronunciados por ruptura de bulla subpleural. A) Traumático: -laceración pulmonar -Rotura traqueobronquial -Acupuntura -Ruptura esofágica B) Iatrogénicas: -Biopsia percutánea -Barotrauma -Ablación por radiofrecuencia de masa pulmonar	

			<ul style="list-style-type: none"> -Perforación endoscópica del esófago -Inserción de catéter venoso central 	
Neumotórax a tensión	<p>Estos signos indican hiperexpansión del hemitórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Espacios intercostales aumentados ipsilaterales -Desplazamiento contralateral del mediastino -Depresión del diafragma 	Tomografía computarizada: la detección supina puede ser difícil de ver	<p>Por acumulación progresiva de gas intrapleural en la cavidad torácica provocada por efecto valvular durante inspiración/expiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El pulmón ipsilateral si es normal colapsara por completo a medida que la colección crece, ejerce un efecto de masa positivo en el mediastino y el pulmón opuesto. 	
Hidroneumotorax	<ul style="list-style-type: none"> -En bipedestación el reconocimiento puede ser más sencillo y se muestra un nivel gas-liquido -En decúbito supino es más difícil cuando la línea pleural aguda esta bordeada por una mayor opacidad lateral a ella dentro del espacio pleural. 	<ul style="list-style-type: none"> -El nivel hidroaéreo de un hidroneumotórax tiene relación con la pared torácica, así el espacio tiene de forma un margen regular, liso y definido sin bolsillos laterales y se modifica con los cambios de posición. Por el contrario, el absceso pulmonar es típicamente redondeado, con pared gruesa e irregular siendo el nivel hidroaéreo de igual longitud en todas las posiciones, mientras que la cavidad no varía con los cambios de posición 	<p>A) Yatrogénica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de vías centrales -Toracocentesis <p>B) Neoplasias primarias</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mesoteliomas -Metastásicas (Carcinoma renal) -Infecc. (piógenos, eikenella, tuberculosis, nocardia, hidatidosis) 	

Referencias Bibliográficas:

- Radiopaedia's mission is to create the best radiology reference the world has ever seen and to make it available for free, for ever, for all. (no date) Radiopaedia. Available at: <https://radiopaedia.org/?ang>.
- CT Scan (2022) Mayo Clinic. Available at: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/ct-scan/about/pac-20393675>
- Gimenez Palleiro, Ana. (30 de mayo de 2013). Patrones radiológicos en la enfermedad pulmonar intersticial. Seminarios de la fundación Española de Reumatología. Elsevier doyma. Barcelona, España.
- Garcia, A. Patrones radiológicos pulmonares. Departamento de Radiodiagnóstico. Fundación Jiménez, Diaz, Madrid.