



**Marvin López Roblero**

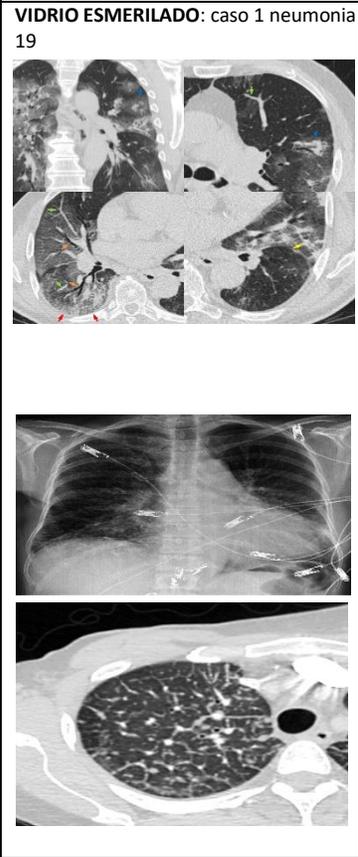
**Gerardo Cancino Gordillo**

**Imagenología**

**Hallazgo en Radiografía y Tomografía**

**4°**

**“B”**

	<b>Hallazgos en Radiografía</b>	<b>Hallazgos en Tomografía</b>	<b>Hallazgos en Ecografía</b>	
<p><b>Broncograma aéreo</b></p> <p>Melioidosis pulmonar</p>	<p>Consolidación pulmonar derecha con cavitación y nivel gas-líquido en lóbulo superior. Múltiples nódulos pequeños en ambos pulmones con cavitación de algunos nódulos.</p>	<p>La consolidación está reemplazando casi todo el lóbulo superior derecho con broncogramas aéreos y cavitación. La consolidación también se ve en el lóbulo medio derecho y el lóbulo inferior. Hay múltiples nódulos sólidos pequeños, nódulos en vidrio esmerilado y árbol en brote en ambos lóbulos con cavitación en algunos de los nódulos. Agrandamiento de los ganglios linfáticos mediastínicos.</p>		
<p><b>Consolidación</b></p>	<p>El hemidiafragma derecho está oscurecido y hay una consolidación suprayacente con broncogramas aéreos que reflejan la consolidación del lóbulo inferior derecho. Probablemente se trate de un pequeño derrame pleural del lado derecho. El pulmón izquierdo está bien expandido y limpio. La silueta cardiomediastínica se encuentra dentro de los límites normales. La causa probable es una etiología infecciosa dada la historia y los hallazgos radiográficos de tórax, siendo la neumonía el diagnóstico diferencial primario.</p>	<p>Se observa un área geográfica de opacidad en vidrio esmerilado con broncogramas aéreos y oscurecimiento de la vasculatura pulmonar transversal en el segmento apical del lóbulo inferior derecho contiguo a la fisura mayor. Ninguna otra lesión pulmonar.</p>		
<p><b>Enfermedad intersticial</b></p>	<p><b>SEPTAL:</b> Engrosamiento intersticial pulmonar difuso con nodularidad, que aparece más prominente en el lóbulo inferior derecho.</p>	<p><b>VIDRIO ESMERILADO;</b> Este caso ilustra un espectro de hallazgos en la <b>neumonía por COVID-19</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• extensas opacidades en vidrio esmerilado (GGO)</li> <li>• distribución bilateral y multilobar</li> <li>• patrón de pavimento loco</li> <li>• combinación de opacidades en vidrio esmerilado y consolidación</li> </ul> <p><b>SEPTAL:</b> Los septos interlobulillares engrosados delimitan los lóbulos pulmonares secundarios. Obsérvese la mastectomía derecha</p>		<p><b>VIDRIO ESMERILADO:</b> caso 1 neumonía 19</p> 

**Enfermedad intersticial**

**NODULAR:**

La radiografía de tórax muestra innumerables nódulos diminutos muy extendidos y distribuidos aleatoriamente en ambos pulmones. No hay consolidación ni líquido pleural ni agrandamiento de los ganglios mediastínicos o hiliares.

**RETICULONODULAR:**

Hay extensas opacidades intersticiales bilaterales que tienen un patrón reticulonodular

**NODULAR:**

La TC de tórax sin contraste muestra pequeños nódulos pulmonares de 2 a 3 tamaño uniforme distribuidos aleatoriamente en ambos pulmones, característicos de la enfermedad miliar.  
**Impresión**  
 Patrón clásico de tuberculosis miliar.

La extensa nodularidad perilinfática no cambia y sugiere sarcoidosis activa. Se observa nuevamente enfisema paraseptal y panal periférico (estadio IV). Como antes, hay múltiples granulomas calcificados bilateralmente. Los ganglios hiliares izquierdos calcificados no se modifican. Los ganglios prevasculares han disminuido ligeramente de tamaño. La arteria pulmonar principal vuelve a estar dilatada a 3,1 cm, en consonancia hipertensión arterial pulmonar. El pequeño derrame pericárdico persiste. pequeños derrames pleurales bilaterales se han resuelto.

**Impresión:**

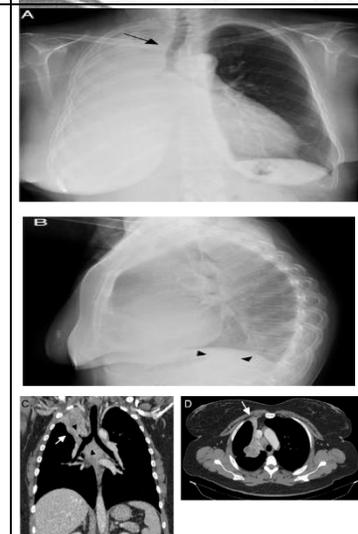
1. Los hallazgos son compatibles con sarcoidosis afectación tanto pulmonar como ganglionar. La nodularidad perilinfática persistente sugiere actividad continua.
2. hipertensión arterial pulmonar y pequeño derrame pericárdico persistente

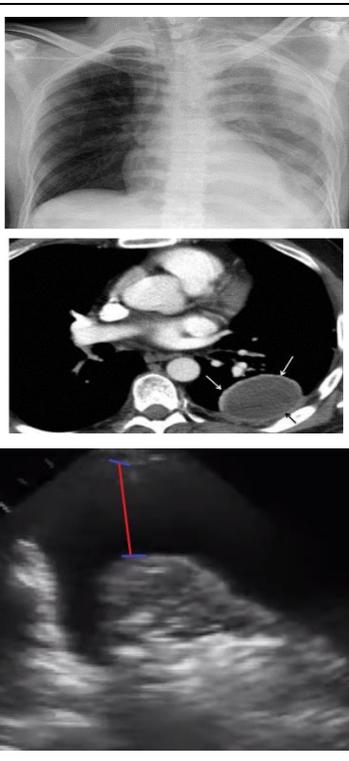
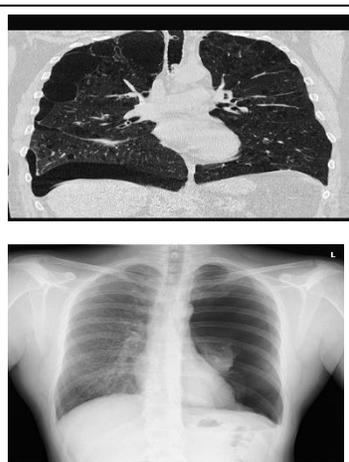
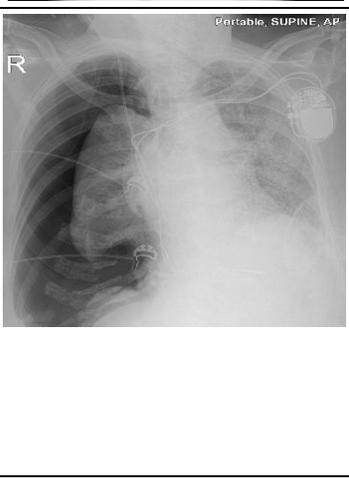


**ATELECTASIAS**

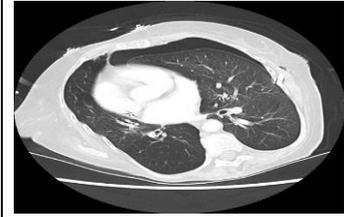
Radiografías de tórax posteroanterior (A) (B) que muestran un colapso pulmonar derecho con signos directos (incremento de la densidad en el hemitórax derecho) indirectos (desplazamiento traqueal [flecha], aproximación de las costillas) de pérdida de volumen. En la proyección lateral se observa un solo diafragma, identificable como el izquierdo por verse su porción posterior (cabeza de flecha), que, a falta de la proyección posteroanterior, resultaría útil como signo localizador para ubicar la lesión en hemitórax derecho.

La TC coronal (C) y axial (D) confirma secundario a una neoformación pulmonar apical derecha con extensión endobronquial y mediastínica subcarinal (cabezas de flecha). La dirección del lóbulo colapsado es superior, anterior y medial (flechas blancas).



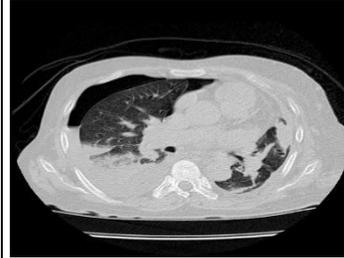
<p><b>Derrame pleural</b></p>	<p>Derrame pleural izquierdo en proyección decúbito supino. Aumento difuso de la densidad del hemitórax y mala definición hemidiafragma. Se observan las estructuras vasculares del pulmón aireado anterior al derrame.</p>	<p>Empiema estreptocócico. TC con contraste intravenoso que muestra una loculada, con engrosamiento regular de parietal (flecha negra) y visceral (flechas blancas).</p>	<p>Derrame pleural identificado inicialmente con transductor en orientación céfalo-caudal estándar. Es de destacar que la orientación de la pantalla se invirtió por error con respecto a la convención habitual de ecografía junto a la cama. El transductor se gira 90° ahora perpendicular al eje longitudinal del cuerpo del paciente. El derrame permanece visible como un área anecoica en forma de media luna que rodea una protuberancia triangular prominente y heterogéneamente hiperecoica que representa el pulmón atelectásico (etiología plausible de atelectasia compresiva dado el tamaño del derrame).</p>	
<p><b>Neumotórax</b></p>	<p>Gran neumotórax del lado izquierdo con total del pulmón izquierdo. Desplazamiento mediastínico menor. Tamaño del corazón normal. Pulmón derecho limpio.</p>	<p>Signos de enfisema ampolloso de predominio apical y presencia de neumotórax derecho.</p>		
<p><b>Neumotórax a tensión</b></p>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desplazamiento mediastínico significativo hacia la izquierda.</li> <li>2. Hemidiafragma derecho deprimido</li> <li>3. Espacios intercostales ensanchados y marcada expansión asimétrica del hemitórax derecho</li> </ol> <p>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</p>	<p>Neumotórax del lado izquierdo y catéter intercostal del lado izquierdo. Sólo atelectasia subsegmentaria basal derecha menor.</p>		

CVC derecha están en posición normal, los cables del marcapasos bicameral. Aumento de las marcas intersticiales a la 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



Las marcas vasculares están ausentes en el campo del pulmón izquierdo, lo que sugiere un colapso del pulmón izquierdo. El nivel hidroaéreo observado izquierdo sugiere hidroneumotórax. En el lado derecho se observa una lesión con fibrosis circundante que se observa en la zona superior. El mediastino se desplaza hacia el lado derecho

La 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.



**Hidroneumotorax**

