



## Mi Universidad



*Nombre del Alumno: Leonardo López Roque*

*Nombre del tema: Cuadro de los principales signos en imagenología del torác*

*Parcial: 2do*

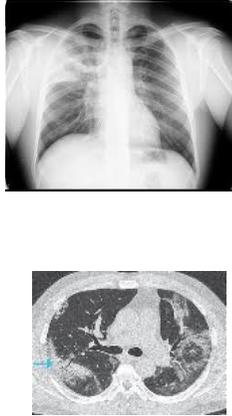
*Nombre de la Materia: Imagenología*

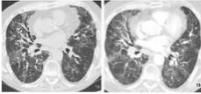
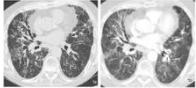
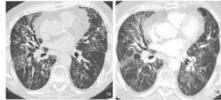
*Nombre del profesor: Gerardo Cancino Gordillo*

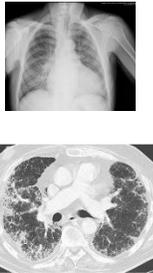
*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

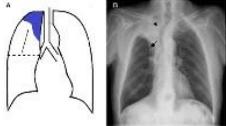
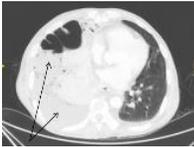
*Semestre: 4to*

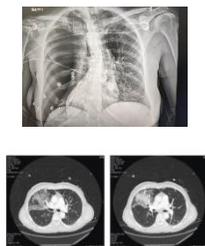
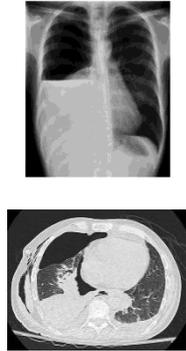
PASIÓN POR EDUCAR

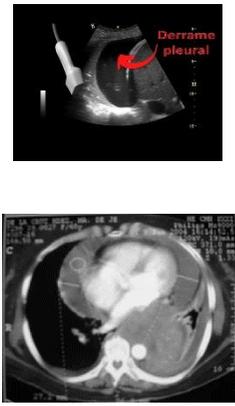
Patología	Hallazgos/Radiográficas	Hallazgos/ TM	Causas del signo	Imagen representativa
Broncograma Aéreo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparecen como bronquios ramificados rodeados por alveolos consolidados/opacificados densos</li> <li>- Hallazgo de alta atenuación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Representa líquido mezclado con aire dentro de los bronquios grandes</li> <li>- Indican una consolidación no retráctil, descartando atelectasia de reabsorción</li> <li>- Especificidad del 94% y valor predictivo 97% para neumonía como causa de consolidación</li> </ul>	<p>Infarto pulmonar, edema pulmonar, atelectasia no obstructiva, enf. intersticial grave, linfoma pulmonar, hemorragia pulmonar, vencimiento normal</p>	
Consolidación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidación lobar</li> <li>- Consolidación superior y medio derecho</li> <li>- Consolidación inferior derecho</li> <li>- Consolidación superior derecho</li> <li>- Colapso del lóbulo superior y medio derecho</li> <li>- Colapso del lóbulo inferior derecho</li> <li>- Colapso del lóbulo superior e inferior izquierdo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de densidad en la vascularización del pulmón</li> <li>- Observación del signo del bronquio negro</li> <li>- Opacidad en vidrio deslustrados</li> <li>- Ganglios linfáticos se encuentran con una atenuación baja central</li> <li>- Tráquea y bronquios con estrechamiento irregular</li> <li>- Ganglios linfáticos tienen una densidad homogénea y se encuentran calcificados</li> <li>- Nódulos del espacio aéreo</li> </ul>	<p>Hemorragia pulmonar, adenocarcinoma, neumonía lipoidea, neumonía por aspiración, neumonía bacteriana, proteinosis alveolar, edema pulmonar</p>	

<p>Enfermedad intersticial (septal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Líneas de kerley A; largas (2-6cm) orientadas hacia la hila</li> <li>- Líneas de kerley B: línea corta de 2 cm orientada perpendicularmente a la pleura</li> <li>- Engrosamiento homogéneo</li> <li>- Engrosamiento septos interlobulillares</li> <li>- Quistes aislados con pared definida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón septal (engrosamientos interlobulares secundario)</li> <li>- Liso o irregular las áreas interlobulares</li> <li>- Se presenta edema intersticial</li> <li>- Septos en la periferia pulmón y perpendiculares a la superficie pulmonar pleural</li> </ul>	<p>Edema pulmonar, neumonía intersticial linfangítica, hemorragia pulmonar, linfoma, leucemia, síndrome de churg-strauss, amiloidosis, NSIP, bronquiectasias, síndrome de la uña amarilla, linfangiomatosis pulmonar difusa, enfermedad de Erdheim-Chester</p>	 
<p>Enfermedad intersticial (reticular)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opacificación infiltrativa en la periferia del pulmón</li> <li>- Líneas entrecruzadas, aspecto irregular</li> <li>- Delimitan espacios redondeados o irregulares</li> <li>- Acentuación en las bases pulmones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bronquiolectasias de tracción de distribución bilateral, periférica y subpleural</li> <li>- Patrón del panel</li> <li>- Hipoatenuación del parénquima pulmonar en relación del signo de perfusión mosaico</li> <li>- Aire atrapamiento bilateral</li> </ul>	<p>Edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, nefropatías, viral, tuberculosis, histoplasmosis, neumocitis, pulmón reumatoide, esclerodermia, sarcoidosis pulmonar, silicosis, neumonitis por hipersensibilidad, amilosis, agentes terapéuticos, neumonía crónica, asbestosis</p>	 
<p>Enfermedad intersticial (nodular)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón nodular difuso, con nódulos de tamaño pequeño</li> <li>- Sombras nodulares</li> <li>- Opacificación en el espacio aéreo</li> <li>- Irregulares de 8mm de diámetro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nódulos subsólidos</li> <li>- Engrosamientos septales</li> <li>- Opacidades subpleurales bilaterales</li> <li>- Patrón nodular</li> </ul>	<p>Neumonitis por hipersensibilidad, neumoconiosis, radiación, histocitosis, neoplasia, linfoma, metástasis pulmonares, linfagitis carcinomatosa, vasculitis, lupus, artritis reumatoide, síndrome antisintetasa, amiloidosis, VIH, proteinosis alveolar</p>	 

<p>Enfermedad intersticial (reticulonodular)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del vol. Pulmonar</li> <li>- Irreversible</li> <li>- Alteración difusa de la arquitectura pulmonar con engrosamiento de los tabiques interalveolares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para un patrón regional pulmones.</li> <li>- superposición de sombras reticulares con sombras nodulares</li> </ul>	<p>histiociosis celular de Langerhans pulmonar, enfermedad de Erdheim-Chester. Silicosis, Sarcoidosis pulmonar, berylliosis, carcinomatosis linfangítica, sx hepatopulmonar, pneumocystis neumonía, granulomatosis broncentrica,</p>	
<p>Enfermedad intersticial (Vidrio esmerilado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signo de halo.</li> <li>- Signo de halo invertido.</li> <li>- áreas grises y difusas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la densidad pulmonar en forma difusa, geográfica o nodular, visible</li> <li>- Arias grises y difusas</li> </ul>	<p>Neumonía por Pneumocystis Neumonía por citomegalovirus, Neumonía por virus del herpes simple (VHS) Bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) : tipo de bronquiolitis infecciosa Neumonías eosinofílicas Síndrome hipereosinofílico idiopático Enfermedad pulmonar intersticial asociada a bronquiolitis respiratoria (RB-ILD)</p>	
<p>Disminución de la densidad pulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signo de la asta de siervo</li> <li>- Aumento del cociente cardiorácico /tamaño de la silueta cardíaca</li> <li>- manguito peribronquial y neblina perihiliar</li> <li>- Líneas septales</li> <li>- Engrosamiento de fisuras interlobares.</li> <li>- Opacificación del espacio aéreo clásicamente en una distribución de ala de murciélago.</li> <li>- puede tener broncogramas aéreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Áreas hipoatenuantes</li> <li>- Aumento del espacio aéreo</li> <li>- Reducción del patrón vascular</li> <li>- Presencia de bullas</li> <li>- Patrones de distribución específicos</li> </ul>	<p>Destrucción del parénquima pulmonar, enfermedad pulmonar quística o de una disminución del flujo sanguíneo (perfusión o patrón en mosaico)</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derrames pleurales y líquido en fisuras interlobares</li> </ul>			
Atelectasias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desplazamiento de fisuras interlobares</li> <li>- Apiñamiento de los vasos pulmonares</li> <li>- Broncogramas aéreos abarrotados</li> <li>- puede observar en atelectasia subsegmentaria debido a una pequeña obstrucción de los bronquios periféricos, generalmente por secreciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colapso del parénquima pulmonar</li> <li>- Desplazamiento de estructuras adyacentes</li> <li>- Engrosamiento de las paredes bronquiales</li> <li>- Elevación del diafragma</li> <li>- Opacificación del espacio pleural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opacificación del vidrio esmerilado</li> <li>- Engrosamiento del haz broncovascular (debido al aumento del diámetro vascular y/o engrosamiento peribroncovascular</li> <li>- engrosamiento del tabique interlobulillar</li> </ul>	 
Neumotorax	<p>-El espacio periférico es radiolúcido en comparación con el pulmón adyacente</p> <p>-El pulmón puede colapsar completamente</p> <p>El borde pleural visceral visible se ve como una línea blanca muy delgada y nítida</p> <p>-No se ven marcas pulmonares periféricas a esta línea</p> <p>-Presencia de Enfisema subcutáneo y neumomediastino</p> <p>El mediastino no debe alejarse del neumotórax a menos que haya neumotórax a tensión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signo del menisco</li> <li>- Presencia del pliegue cutánea</li> <li>- Presencia de locuciones</li> </ul>	<p>Traumático:</p> <p>laceracion pulmonar, Rotura traqueobronquial, Acupuntura, Ruptura esofágica, Iatrogénicas</p> <p>Biopsia percutánea, Barotrauma, óvenes, altos, delgados con hábitos tabáquicos pronunciados por ruptura de bulla subpleural.</p> <p>Perforación endoscópica del esófago</p>	 

<p>Neumotorax a tensión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desplazamiento contralateral del mediastino</li> <li>-Depresión del diafragma</li> <li>Espacios intercostales aumentados ipsilaterales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de tensión</li> <li>- Presencia del pliegue cutáneo</li> <li>- Mayor compresión pulmonar</li> <li>- Desplazamiento del espacio pleural</li> </ul>	<p>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. Por acumulación progresiva de gas intrapleural en la cavidad torácica provocada por efecto valvular durante inspiración/espiración.</p>	
<p>Hidroneumotorax</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En decúbito supino es más difícil cuando la línea pleural aguda esta bordeada por una mayor opacidad lateral a ella dentro del espacio pleural.</li> <li>- En bipedestación el reconocimiento puede ser más sencillo y se muestra un nivel gas-liquido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>-El nivel hidroaéreo de un hidroneumotórax tiene relación con la pared torácica             <ul style="list-style-type: none"> <li>- margen regular, liso y definido sin bolsillos laterales y se modifica con los cambios de posición.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mesoteliomas Metastásicas (Carcinoma renal) Infecc. (piógenos, eikenella, tuberculosis, nocardia, hidatidosis) Yatrogénica, Colocación de vías centrales, Toracocentesis, Neoplasias primarias</p>	

Patología	Hallazgos/TM	Hallazgos/Ultrasonido	Causas	Imagen representativa
Derrame pleural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eventualmente, se verá un menisco, en las radiografías frontales visto lateralmente y suavemente inclinado medialmente</li> <li>- con derrames de gran volumen, el desplazamiento mediastínico se produce embotamiento del ángulo costofrénico</li> <li>- embotamiento del ángulocardiofrénico</li> <li>- Líquido dentro de las fisuras horizontales u oblicuas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El espacio sobre la hemidiafragma no refleja la ecogenicidad del hígado.</li> <li>- El signo de la columna torácica aparece debido al excelente medio acústico (líquido) interpuesto donde alguna vez estuvo el aire.</li> <li>- Puede observarse como una columna</li> </ul>	<p>así como enfermedades subdiafragmáticas (por ejemplo, absceso subdiafragmático). Depósitos pleurales malignos o neoplasias pulmonares primarias</p>	

# Bibliografía

*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>

3. Webb WR. Thin-section CT of the secondary pulmonary lobule: anatomy and the image--the 2004 Fleischner lecture. *Radiology*

Oh T, Muller NL, Taniguchi H, et al. Acute interstitial pneumonia: thin-section CT findings in 36 patients. *Radiology* 1999

[Qué significan las áreas grises \(OVE\) en una radiografía o tomografía \(medicalnewstoday.com\)](https://www.medicalnewstoday.com/articles/322822)