



Axel Adnert Leon Lopez

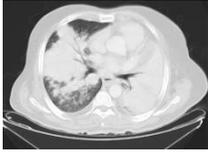
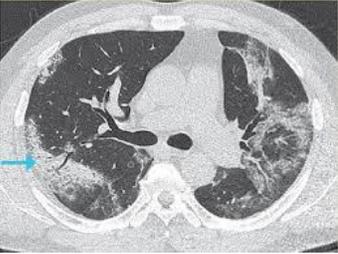
Dr. Gerardo Cansino Gordillo

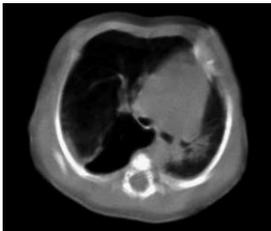
principales signos en tórax

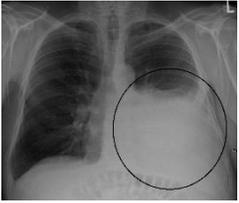
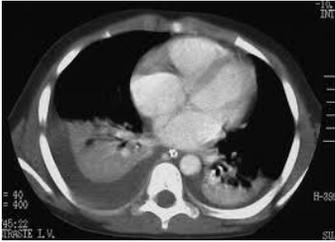
Imagenología

4° "B"

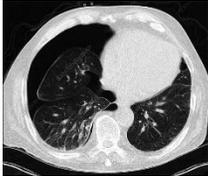
Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril 2023

PATOLOGIA	RADIOGRAFIA	TOMOGRAFIA	CAUSAS
BRONCOGRAMA AEREO	<p>aumento de la radio lucidez del campo pulmonar izquierdo asociado a borramiento de los vasos pulmonares escaso o nula.</p> <p>La opacificación es causada por un líquido o material sólido dentro de las vías respiratorias que causa una diferencia de radio lucidez</p> 	<p>Espacios alveolares alrededor de los bronquios se llenan de secreción y forman este contraste entre las densidades del aire y agua.</p> 	<p>cualquier proceso que evacúe el aire alveolar, como la neumonía, cuando el aire es reemplazado por exudado inflamatorio, o el tumor</p>
Consolidación	<p>Opacificación del espacio aéreo que causa oscurecimiento de los vasos pulmonares.</p> <p>broncogramas aéreas</p> <p>Escasa o nula pérdida de volumen.</p> <p>Bordes mal definidos o excepción de zonas en las que entran en contacto con la pleura</p> 	<p>presencia de una o más opacidades bastante homogéneas opacidades en vidrio deslustrado, Presencia de bronquios Zonas no consolidadas</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • estenosis bronquial • cuerpo extraño • compresión extrínseca de los ganglios linfáticos • hemorragia pulmonar • malignidad pulmonar • adenocarcinoma • linfoma
Enfermedad intersticial	<p>Patrón septal: Se caracteriza por engrosamiento del tabique interlobular.</p> <p>Patrón reticular: Presenta líneas finas y reticulares que se asemejan a una red.</p> <p>Patrón nodular: Muestra pequeños nódulos dispersos en el parénquima pulmonar.</p> <p>Patrón reticulonodular: alteración difusa de la arquitectura pulmonar, con engrosamiento de los tabiques interalveolares</p> <p>Patrón en vidrio esmerilado</p>	<p>Engrosamiento del intersticio: líneas finas o gruesas en los pulmones, que indican fibrosis o inflamación en tejidos.</p> <p>Opacidades en vidrio esmerilado: Son áreas opacas, pero aún permiten que pase cierta cantidad de luz, lo que sugiere inflamación, infiltrados alveolares.</p> <p>Nódulos pulmonares: Pequeñas áreas nodulares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tabaquismo¹ • polvos orgánicos (que causan neumonitis por hipersensibilidad) • polvos inorgánicos (causantes de neumoconiosis) • gases o humos • Drogas • radiación • Infección

	<p>se encuentra al principio de la enfermedad y se relaciona con alveolitis activa, sin embargo, el patrón en panal de abeja se encuentra en los estadios terminales de la enfermedad</p> 	<p>que pueden ser indicativas de procesos inflamatorios o de otro tipo de patología.</p> <p>Distorsión arquitectural: Cambios en la estructura normal de los pulmones</p> <p>Tracción bronquiectasias: Dilatación de los bronquios secundaria a cicatrización y retracción del tejido pulmonar circundante.</p> 	
<p>Disminución de la densidad pulmonar</p>	<p>Opacificación del espacio aéreo clásicamente en una distribución de ala de murciélago, puede tener broncogramas aéreos, Derrames pleurales y líquido en fisuras, engrosamiento de fisuras interlobares</p> 	<p>Se observa sobre distensión del lóbulo medio e inferior derecho, con disminución de la densidad del parénquima pulmonar, y desplazamiento</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Destrucción del parénquima pulmonar • Enfermedad pulmonar quística <p>Disminución del flujo sanguíneo</p>
<p>Atelectasia</p>	<p>La atelectasia suele observarse en las radiografías de tórax como sombras lineales de pequeño volumen, generalmente periféricas o en las bases pulmonares. La causa subyacente (como un tumor pulmonar o un derrame pleural) también puede ser</p>	<p>pulmón dependiente puede verse afectado por el colapso subsegmentario por el mero hecho de estar acostado (sobre todo si el paciente ha estado en</p>	<p>Causado por: Compresión adyacente por ejemplo, un tumor de pulmón, dilatación de la aorta, osteofito grande Atelectasia pasiva</p>

	<p>visible. El colapso lobular tendrá una apariencia más típica basada en el lóbulo involucrado, mientras que la atelectasia puede ser más excéntrica en posición y apariencia.</p> 	<p>decúbito supino durante un largo periodo de tiempo, o si está bajo anestesia general). Esta parte del pulmón es más fácil de visualizar porque está oculta detrás del</p>  <p>diafragma en una radiografía frontal de tórax</p>	<p>Cuando el pulmón se relaja lejos de la superficie pleural parietal, por ejemplo, derrame pleural, neumotórax</p> <p>Atelectasia dependiente en las porciones posteriores del pulmón debido a que los pacientes no expanden completamente sus pulmones mientras están acostados durante largos períodos</p>
<p>Derrame pleural</p>	<p>Las radiografías de tórax son el examen más utilizado para evaluar la presencia de derrame pleural; sin embargo, debe tenerse en cuenta que en una radiografía de tórax erecta de rutina se requieren hasta 250-600 ml de líquido antes de que se haga evidente ⁶. Una proyección lateral de decúbito es la más sensible, capaz de identificar incluso una pequeña cantidad de líquido. En el otro extremo, las proyecciones supinas pueden enmascarar grandes cantidades de líquido.</p>  <p>ULTRASONIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de líquido • Espesor de la pleura 	<p>presencia de un engrosamiento pleural, Acumulación de líquido que se observa con una compresión pulmonar</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Embolismo pulmonar. • Cirrosis hepática. • Traumatismo torácico. • Insuficiencia renal. • Insuficiencia cardíaca. • Infecciones pulmonares. • Cáncer de pulmón u otros tipos de cáncer. • Enfermedades autoinmunes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad de los pulmones • presencia de septos 		
Neumotórax	<p>neumotórax es, cuando se busca, generalmente fácilmente apreciable en radiografías de tórax erecto. Por lo general, demuestran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El borde pleural visceral visible se ve como una línea blanca muy delgada y afilada • No se observan marcas pulmonares periféricas a esta línea • El espacio periférico es radiolúcido en comparación con el pulmón adyacente • pulmón puede colapsar por completo • El mediastino no debe alejarse del neumotórax a menos que haya un neumotórax a tensión (discutido por separado) • También puede haber enfisema subcutáneo y neumomediastino 	<p>Esta tomografía computarizada de tórax demuestra un neumotórax del lado izquierdo asociado con un colapso parcial del lóbulo superior izquierdo asociado con un colapso parcial del lóbulo superior izquierdo. También se observa engrosamiento de la pared bronquial y estrechamiento del bronquio del lóbulo superior izquierdo.</p> 	<p>EPOC (enfisema) Asma bronquial Tuberculosis pulmonar Neumonía por Pneumocystis jiroveci Neumonías necrotizantes Infecciones por hongos Sarcoidosis Fibrosis pulmonar idiopática Histiocitosis de células de Langerhans Fibrosis quística Infarto pulmonar Inhalación de sustancias: Traumatismos</p>
Neumotórax por tensión	Un neumotórax a tensión tendrá las mismas características que un	Además de las características	Las causas incluyen la ventilación mecánica (más

	<p>neumotórax simple con una serie de características adicionales, útiles para identificar la tensión. Estos signos adicionales indican hiperexpansión del hemitórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de los espacios intercostales ipsilaterales • desplazamiento contralateral del mediastino • Depresión del hemidiafragma 	<p>ecográficas del neumotórax, un examen RUSH (a menudo realizado en el contexto de la inestabilidad hemodinámica), las siguientes características implican la presencia de fisiología de la tensión</p> 	<p>comúnmente) y neumotórax simple (sin complicaciones) con lesión pulmonar que no logra sellar un traumatismo torácico penetrante o cerrado o canulación venosa central fallida.</p>
<p>hidroneumotorax</p>	<p>Presencia de aire y líquido en la cavidad pleural, lo que resulta en una línea horizontal que separa la parte superior clara (aire) de la parte inferior opaca (líquido). Colapso pulmonar del lado afectado debido a la presión del líquido y el aire acumulados. Desplazamiento del mediastino hacia el lado opuesto al hidroneumotórax debido a la presión. Opacidad difusa en el hemitórax afectado. Posible desviación del diafragma hacia abajo en el lado afectado.</p> 	<p>En una tomografía computarizada (TC) de tórax con hidroneumotórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualización detallada del aire y el líquido en la cavidad pleural, permitiendo una mejor caracterización de la extensión y localización del hidroneumotórax. - Identificación precisa de la causa subyacente del hidroneumotórax, como lesiones pulmonares o torácicas, neoplasias u otras patologías. - Evaluación de la integridad de las estructuras torácicas, como el diafragma, las costillas y la pared torácica. - Evaluación de complicaciones 	<p>Causas:</p> <p>El hidroneumotórax puede ser causado por diversas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo torácico . - Enfermedades pulmonares. - Enfermedades pleurales. - Ruptura espontánea de una ampolla pulmonar

potenciales, como el desarrollo de neumonía secundaria, atelectasia (colapso pulmonar) o empiema (infección del líquido pleural).

- Detección de otras condiciones asociadas, como enfermedades pulmonares subyacentes o anomalías congénitas



Fig. 1

BIBLIOGRAFIA

Radiopaedia.org, el recurso colaborativo de radiología revisado por pares