



**Alumna: Roblero Roblero
Evangelina Yaquelin 4° C**




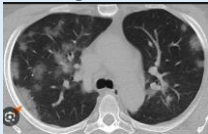


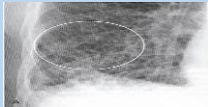

**Docente: Dr. Gerardo
Cancino Gordillo**


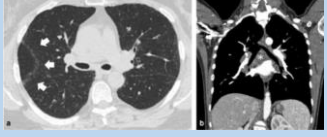

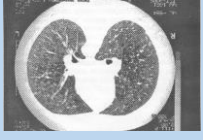
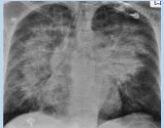

**Actividad: Cuadro de los
principales signos de
imagenología de torax**

Materia: Imagenología

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 abril del 2024

SIGNO O PATRÓN	CAUSAS	HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	IMAGEN
BRONCOGRAMA AEREO	<ul style="list-style-type: none"> Consolidación pulmonar Atelectasia no obstructiva Hemorragia pulmonar Neoplasia: adenocarcinoma, linfoma pulmonar Edema pulmonar Infarto pulmonar Enfermedad intersticial grave 	<ul style="list-style-type: none"> El llenado alveolar con líquido o células contrasta con el gas en las vías respiratorias <p>Consolidación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los alveolos por la acumulación anormal atenúan los Rayos X, por ende el pulmón aparece radiopaco o se esto llamamos opacificación del espacio aéreo. Los bronquios se ven claramente como tubos llenos de gas que atraviesan un área del pulmón de apariencia sólida 	<p>Radiografía</p>  <p>Tomografía</p> 
CONSOLIDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Neumonía Malignidad pulmonar Adenocarcinoma Linfoma Estenosis bronquial Hemorragia pulmonar Neoplasia endobronquial 	<p>Broncograma aéreo</p>	<p>Opacificación del espacio aéreo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Broncogramas aéreo -Consolidación lobular específica, patrón y efecto sobre estructuras adyacentes (signo de la silueta) 	<p>Radiografía</p>  <p>Tomografía</p> 
ENFERMEDAD INTERSTICIAL -Septal	<ul style="list-style-type: none"> Linfangitis carcinomatosa Inflamación (víricas, bacterianas,) <p>EAP</p>	<p>Engrosamiento septal peribroncovascular, de septos interlobulares, intersticio subpleural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Proceso que engrosa el intersticio axial Lineas de Kerley Manguito peribronquial 	<p>Radiografía</p>  <p>Tomografía</p> 
-Reticular	<ul style="list-style-type: none"> Fibrosis pulmonar idiopática Asbestosis Neumonitis por hipersensibilidad Edema agudo de pulmón <p>Mycoplasma pneumoniae</p>	<ul style="list-style-type: none"> Engrosamiento del haz broncovascular Engrosamiento del tabique interlobulillar 	<ul style="list-style-type: none"> Aparece en forma de una trama de líneas, las líneas se encuentran atravesadas entre sí Presencia de líquido en las cisuras (mayor, menor) Aspecto irregular 	<p>Radiografía</p>  <p>Tomografía</p> 

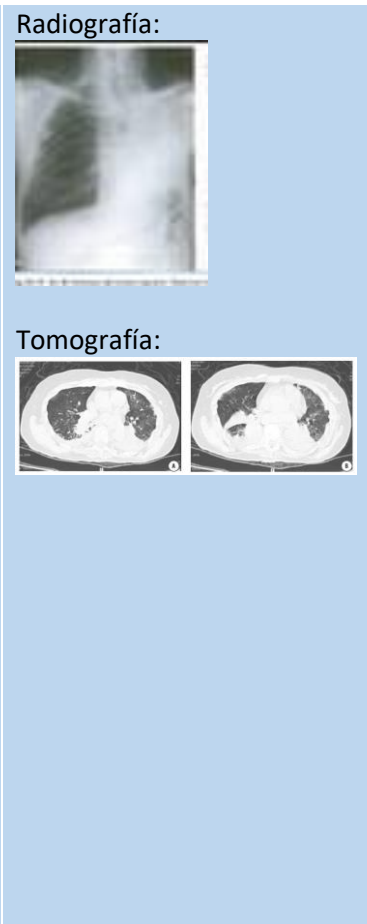
<p>-Nodular</p>	<p>Tuberculosis Micosis Nocardiosis Sarcoidosis Vasculitis Histiocitosis</p>	<p>Consolidación del espacio aereo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronquiectasias por tracción, debido a bullas subpleurales. <p>Presencia de nodulillos sin distribución fija</p>	<p>Delimitación espacio redondeados o irregulares</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la radiografía aparecen en ellas como un conjunto de puntos <p>Nódulos : 2-10mm o <2 mm</p> <p>Es un conjunto de los dos anteriores, es decir en el pulmón se muestran líneas cruzadas entre sí como también se observa un conjunto de puntos</p>	<p>Radiografía</p>  <p>Tomografía ultrasonido</p> 
<p>-Reticulonodular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Linfangitis • Sarcoidosis <p>Neumonías víricas (rubeola, varicela)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de micronódulos • Definidos <p>Puede llegar a existir predominio en algunos de los lóbulos</p>	<p>Interposición de innumerables líneas y nódulos</p> <p>Engrosamiento cisura Signo del manguito Líneas de Kerley Alas de mariposa</p>	<p>Radiografía</p>  <p>Tomografía</p> 
<p>-Vibrio esmerilado</p>	<p>Fibrosis pulmonar idiopática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulos de Kaplan <p>Los nódulos pueden calcificar Con distribución centrorlobulillar o subpleural</p>		<p>Radiografía</p>  <p>Tomografía</p> 
<p>DISMINUCIÓN DE LA DENSIDAD PULMONAR</p>	<p>Destrucción del parénquima pulmonar Enfermedad pulmonar quística Disminución del flujo sanguíneo (patrón en mosaico)</p>	<p>Quistes subpleurales Bullas Neumatoceles Quistes de panalización Dilatación bronquial y sacos alveolares</p>	<p>Enfisema bulboso Neumotórax Quistes elongados de pared fina.</p>	

ATELECTASIAS
 Es el colapso de una parte periférica del pulmón (segmentaria o lobular).
A. por reabsorción: obstrucción entre la traquea y los alveolos.
A. pasiva: por relajación.
A. por compresión: forma local del parénquima colapsado
A. no obstructiva o adhesiva: con varias vías permeables.
A. cicatricial o fibrotica: pérdida de volumen que acompaña a la fibrosis pulmonar.

- A. Obstrucción: tumores bronquiales, cuerpos extraños, secreciones espesas, coágulos
- B. Relajación: Neumotorax derrame pleural
- C. Cicatrizal: compresión del parénquima producida por fibrosis
- D. Compresión: cuando existe elevación del diafragma en pacientes con marcada distensión abdominal

Se observan tractos fibrosos seculares en ambos lóbulos superiores, aumento de la atenuación en ambos lóbulos inferiores con broncograma aéreo y, derrame pleural laminar bilateral.

Desviación de la traquea y el mediastino hacia el lado afectado
 – disminución del tamaño del pulmón por el colapso
 -Disminución de espacio intercostal, variaciones de los arcos costales, desplazamiento hilar.

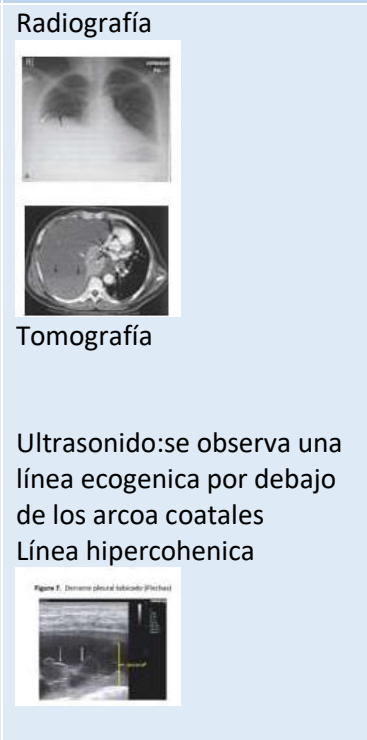





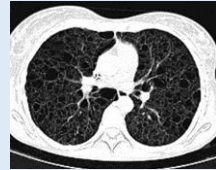


DERRAME PLEURAL

- Insuficiencia cardiaca, renal o hepática
- Neumonía
- Lupus eritematos sistémico
- Pancreatitis
- Artritis reumatoide
- Embolia pulmonar
- tuberculosis

Presencia de un engrosamiento pleural
 Atelectasia completo del pulmón derecho
 Corazón y traquea desplazado respecto del lado de apacificación.

Prevención frontal: el punto más alto del hemidiafragma está desplazado más lateralmente de lo de un diafragma normal
 En la parte posterior el hemidiafragma aparente muestra un arco curvado, pero cuando se une a la cisura mayor el hemidiafragma aparente adopta un borde plano que cae hacia la pared torácica anterior.



<p>NEUMOTÓRAX</p>	<p>Traumatismos, enfermedades que disminuyen la distensibilidad pulmonar (granuloma eosinófilo). Enfermedad que incrementan la rigidez del tejido pulmonar (enfermedades de la membrana hialina en los niños).</p>	<p>Curva de línea pleural visceral es paralela a la curvatura de la pared torácica El pulmón del lado del neumotórax tiende a mantenerse transparente hasta que pierde el volumen.</p>	<p>Se identifica el borde de la pleura visceral del pulmón colapsado. Pérdida de marcas pulmonares.</p>	<p>Radiografía  Tomografía </p>
<p>NEUMOTORAX A TENSIÓN Presencia masiva de aire en el espacio pleural</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación mecánica - Trauma torácico cerrado donde la lesión pulmonar no cierra - Neumotorax espontaneo o con escape persistente - Fibrosis mediastia - Esclerosis tuberculosa 	<p>Múltiples cavidades comprometen a ambos campos pulmonares. Múltiples cavidades de paredes finas en todos los segmentos pulmonares, la mayor localización el lóbulo inferior derecho de aprox. 40x30mm sin signo de infección sobreañadida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El aire radiotransparente y ausencia de marcas pulmonares yuxtapuestas entre un lóbulo o pulmón contraído y la pleura parietal. - Percusión: hipersonancia - Posición traqueal: desviada - Distensión de yugular: distendidas. - 	<p>Radiografía  Tomografía </p>
<p>HIDRONEUMOTÓRAX Acumulación anormal de aire y líquido en la cavidad pleural del torax.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de pulmón - Trauma torácico - Yatrogénica <p>Infecciones pulmonares</p>	<p>Derrame preural con engrosamiento de la superficie pleural con varios niveles hidroaéreos que ocupa el hemitórax izquierdo junto con condensación en lóbulo inferior y superior izquierdo.</p>	<p>Se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidroneumotorax del lado izquierdo - Imagen densa hacia abajo y radiolúcida hacia arriba <p>Nivel hidroaero</p>	<p>Radiografía  Tomografía  <small>Fig. 1.</small></p>

BIBLIOGRAFÍA: De Radiología Médica, S. S. E. (2010). Radiología esencial. Ed. Médica Panamericana.

