

# **Fisiopatología**

**Danna Lourdes Rivera Gaspar**

**Jorge Alberto Orosco Magdaleno**

**Tele de torax**

**Medicina humana**

**09-11-2024**



Normal:

Con tejidos blandos sin alteración, tejido óseo sin alteración. Pleuras sin derrame pleural, con campos pulmonares sin opacidades, trauma bronquial con ligero incremento sin aparente patología, áreas cardíaca sin alteraciones.



Anormal:

Atelectasia del lóbulo superior izquierdo por carcinoma de pulmón de celos escamosos. La proyección PA muestra una opacidad en el pulmón izquierdo, dejando un casquete en el apice pulmonar. el arco aortico es visible

# FISIOPATOLOGÍA

## TELE DE TORAX

¿Cómo se interpreta una tele de torax?

Como primer paso debemos observar la posición y orientación de la radiografía para poder observar la calidad de la imagen; evaluar la estructuras anatómicas del corazón, diafragma y pulmones. La radiografía de torax también puede revelar detalles de acuerdo al ABCDE también existe un análisis sistemático y correlaciones clínicas.

Órganos implicados en la tele de torax

Pulmones, traquea, bronquios, corazón, aorta, grandes vasos, diafragma, costillas, columna vertebral tejidos blandos del torax, mediastino y el espacio pleural.

Proyecciones:

- Proyección posteroanterior: Proporciona una vista del corazón, pulmones y vasos. es la proyección estándar para la evaluación del torax.
- Proyección anteroposterior: Para pacientes que no pueden estar de pie, puede distorsionar el tamaño del corazón.
- Proyección lateral: Proporciona una vista de perfil que ayuda a evaluar estructuras del corazón y los pulmones.
- Proyección oblicua: es para detalles de arcos específicos como los arcos costales.
- Proyección apical o lordótica: mejora la visualización de los ápices pulmonares eliminando la superposición de las clavículas.

## Doroba de hampton :

Es un signo radiológico clásico que se observa en una radiografía de tórax y que indica una embolia pulmonar.

Se trata de una opacidad en forma de cono con base pleural bien definida, representa hemorragia y tejido pulmonar necrótico en una región de infarto pulmonar.

Este signo fue descrito en 1940 por el radiólogo Aubrey Otis Hampton. La presencia de esta pueda diagnosticar una embolia pulmonar que es una condición en la que el coágulo de sangre bloquea una arteria en los pulmones.

## Signo de Westermarck

Sugiere la presencia de un tromboembolismo pulmonar sin infarto. Este signo se caracteriza por un área radiolúcida en la periferia del pulmón, causada por hipoperfusión distal a la obstrucción de la arteria pulmonar.

Se caracteriza por ser de forma triangular, disminución de la trama vascular y oligemica.

## Complejo de Ghon:

Es una lesión pulmonar asociada con la tuberculosis primaria causada por *Mycobacterium tuberculosis*.

Se compone del foco de Ghon es un área de inflamación y necrosis. Linfadenopatía hilar es la inflamación de los ganglios linfáticos.

Es común entre niños y permanece latente durante muchos años en algunos casos puede calcificarse y convertirse en un complejo de Ranke que es visible en una radiografía de tórax.