



Mi Universidad

RX DE TORAX

Brayan Henrry Morales López.

Parcial II

Imageneologia

Licenciatura en Medicina Humana

Cuarto semestre

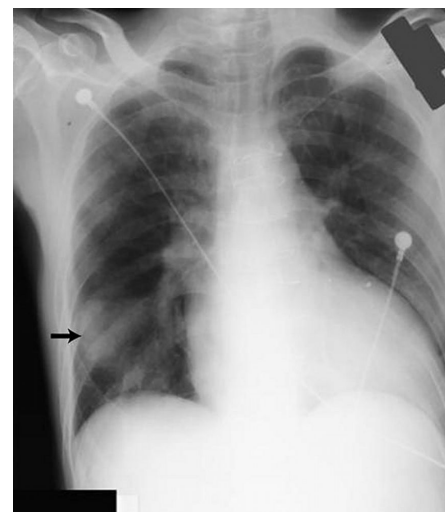
1-NEUMOTORAX:

Se trata de una radiografía simple de tórax en proyección postero-anterior (PA), la calidad es óptima: la penetración permite ver con nitidez los cuerpos vertebrales a través del mediastino, la inspiración es adecuada (más de nueve arcos costales anteriores sobre el diafragma), no hay rotación (las clavículas guardan perfecta simetría) y el eje mediastínico permanece centrado, con angulación correcta y definición de la silueta cardíaca y los ángulos costofrénicos. Al analizar la imagen de fuera hacia adentro, primeramente a nivel de tejidos blandos subcutáneos y musculares se aprecian dentro de la normalidad, sin masas. A continuación, la evaluación de las estructuras óseas: clavículas, costillas, escápulas y columna torácica no revela fracturas, lesiones líticas ni blásticas. En el nivel pleural destaca, en el hemitórax derecho, un contorno pleural parietal intacto y una línea pleural visceral fina, curvilínea y bien delimitada; más allá de dicha línea se observa un espacio pleural hiperlúcido carente de marcas vasculares, lo que confirma un neumotórax de moderada extensión con colapso parcial del parénquima subyacente. El parénquima pulmonar restante conserva un patrón aéreo homogéneo, sin consolidaciones ni atelectasias. Finalmente, el mediastino y la silueta cardíaca mantienen contornos y volúmenes normales, sin desplazamientos ni ensanchamientos que sugieran complicaciones añadidas.



2- DERRAME PLEURAL:

Se trata de una radiografía simple de tórax en proyección anteroposterior (AP), La penetración es adecuada, pues permite diferenciar los contornos vertebrales a través del mediastino; la inspiración es subóptima pero suficiente (se aprecian cinco arcos costales anteriores sobre el diafragma); no hay rotación evidente y el eje mediastínico permanece centrado. Al recorrer la imagen de fuera hacia adentro, los tejidos blandos se presentan sin evidencias de edemas o masas. Las estructuras óseas —clavículas, costillas, escápulas y columna torácica— no muestran fracturas ni signos de lesiones líticas o blásticas. En la región pleural del hemitórax izquierdo destaca una opacidad homogénea que borra el ángulo costofrénico, con signo de menisco, compatible con un derrame pleural de



moderada cuantía; el nivel hidroaéreo no es evidente, lo que sugiere un líquido libre en decúbito. El parénquima pulmonar remanente conserva un patrón aéreo, sin consolidaciones focales ni atelectasias visibles. En el mediastino y silueta cardíaca no se aprecian desplazamientos ni ensanchamientos que orienten a otra patología asociada. Además, se identifica una densidad metálica lineal y bien definida, en relación con material médico (probable catéter intravascular o electrodo), cuyo trayecto discurre desde la región supraclavicular derecha hacia el mediastino superior.

3-Linfoma

La radiografía simple de tórax incluye en proyección anteroposterior (AP) y una lateral derecha, la penetración es adecuada, pues se distinguen con claridad los cuerpos vertebrales a través del mediastino; la inspiración es correcta al observarse más de nueve arcos costales anteriores por encima del diafragma; la rotación es mínima, ya que las clavículas y las superficies glenoideas de ambos hombros guardan perfecta simetría, y el centramiento y la angulación permiten una definición óptima de la silueta cardíaca y los ángulos costofrénicos.

De fuera hacia adentro, los tejidos blandos se muestran sin evidencias de edemas, ni masas focales. Las estructuras óseas — clavículas, costillas, escápulas y cuerpo vertebral dorsal— no revelan fracturas, lesiones líticas ni blásticas. La pleura parietal y visceral se aprecia íntegra, sin derrames ni engrosamientos pleurales. El parénquima pulmonar, fuera de la región mediastínica ensanchada, presenta un patrón aéreo homogéneo sin consolidaciones ni atelectasias. En el mediastino destaca una marcada ampliación del compartimento superior, con ensanchamiento de la ventana



aorto-pulmonar y convexidad del borde derecho paratraqueal, además de pérdida de la lucidez retroesternal en la vista lateral, hallazgos que reflejan una masa de predominio anterior. Estas características son compatibles con linfadenopatías mediastínicas de linfoma de Hodgkin. No se observan desplazamientos mediastínicos ni derrames pleurales asociados.

4- Neumonia:

Se presenta una radiografía simple de tórax en proyección posteroanterior (PA). En cuanto a los criterios de calidad, la imagen muestra una adecuada técnica radiográfica: la penetración es correcta ya que permite la diferenciación de los cuerpos vertebrales a través de la silueta cardíaca, el paciente se encuentra en una inspiración aceptable dado que se observan al menos 9 a 10 arcos costales posteriores, no se aprecia rotación ya que las clavículas se encuentran equidistantes con respecto a la línea media representada por la columna vertebral, y los ángulos costofrénicos y cardiofrénicos son visibles, aunque en el lado izquierdo se ven parcialmente borrados. Siguiendo una lectura sistemática de afuera hacia adentro, inicialmente en tejidos blandos superficiales no se identifican alteraciones como enfisemas subcutáneos o masas. En el examen de las estructuras óseas (costillas, clavículas, escápulas y columna vertebral) no se observan lesiones líticas, blásticas ni fracturas aparentes. Pasando al mediastino, este no muestra ensanchamiento significativo, y la silueta cardíaca presenta tamaño dentro de los límites normales. En el análisis de los campos pulmonares, se evidencia en el



hemitórax izquierdo, principalmente en los segmentos medio e inferior, una opacidad mal delimitada de densidad aumentada, con un patrón predominantemente alveolar, que respeta parcialmente los bordes anatómicos. Esta consolidación no presenta broncograma aéreo francamente visible en esta proyección. La distribución del proceso es más densa en las regiones basales y se extiende hacia el tercio medio del pulmón izquierdo, generando una pérdida parcial de la definición de la silueta cardíaca izquierda y del ángulo costofrénico izquierdo. La apariencia es consistente con un cuadro de neumonía lobar izquierda, caracterizada por una consolidación de bordes poco definidos, de localización segmentaria a lobar, indicativa de ocupación alveolar por exudado inflamatorio.

5- Masa mediastínica:

Se presenta una imagen radiográfica simple de tórax en proyección posteroanterior (PA). En cuanto a los criterios de calidad, se trata de una radiografía adecuadamente realizada, con penetración correcta que permite distinguir las estructuras óseas y los contornos vertebrales a través del mediastino. El paciente se encuentra en adecuada inspiración, evidenciando al menos nueve arcos

costales posteriores, sin signos de rotación ya que las clavículas se encuentran equidistantes de la línea media, y la silueta cardiaca se observa sin distorsión significativa. Los ángulos costofrénicos y cardiofrénicos son visibles en su mayoría. Realizando la lectura sistemática de afuera hacia adentro, inicialmente en tejidos blandos no se observan alteraciones importantes como enfisema subcutáneo o masas superficiales. Al valorar las estructuras óseas, no se evidencian fracturas, lesiones líticas ni blásticas, y las clavículas, costillas y escápulas presentan una morfología conservada. El análisis del mediastino revela una alteración significativa: se observa una opacidad de bordes relativamente definidos pero irregulares localizada en la región mediastínica izquierda, desplazando discretamente la silueta cardiaca hacia la derecha. Esta imagen ocupa parte de los campos pulmonares adyacentes, respetando las estructuras costales, lo que sugiere un origen central y no parietal. La masa presenta características de densidad de tejidos blandos y su contorno, si bien parcialmente bien delimitado, muestra algunas zonas de transición poco nítidas con el parénquima pulmonar. No se identifican broncogramas aéreos dentro de la lesión, lo que apoya la naturaleza sólida de la misma. No hay signos evidentes de destrucción ósea ni atrapamiento aéreo adyacente. El tamaño y la localización son compatibles con una masa mediastínica anterior o medio.

