



Mi Universidad

RADIOGRAFIAS

Carla Sofía Alfaro Domínguez

Interpretaciones radiográficas

Parcial 2

Imagenología

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Licenciatura en Medicina Humana

Cuarto Semestre grupo "A"

25 de abril del 2025, Comitán de Domínguez, Chiapas.

NEUMOTORAX



En esta imagen, se observa una Rx de tórax (cavidad torácica), en proyección posteroanterior, en ventanas pulmonares de una px femenina (se visualizan mamas). Se aprecia una penetración aceptable, ya que se visualizan los cuerpos vertebrales a través de la sombra cardíaca, la px si se encuentra en inspiración debido a que se observa un espacio suficiente a través de los arcos costales; se observan alrededor de 9-10 arcos costales posteriores. Veo que la rx está bien realizada, por lo tanto, no hay datos de rotación, ya que las clavículas están equidistantes de las apófisis espinosas y las escapulas se encuentran fuera de los campos pulmonares. La angulación no es muy específica, se logran observar perfectamente los ángulos costofrenicos, pero los cardiogénicos no, puedo apreciar el ángulo cardiogénico izquierdo, pero no el derecho.

El centrado de la rx es correcto; el corazón y las estructuras mediastínicas están en la línea media. La rx tiene una buena cobertura porque logro observar los ápices pulmonares y el vértice del ángulo costofrénico. De igual manera, en esta rx se observa ausencia de movimiento, por ende, podemos decir que está bien tomada.

A nivel de tejidos blandos no se observan anomalías o lesiones. A nivel de tejido óseo tampoco se observan anomalías, ni lesiones líticas o blásticas, la tráquea

se observa centrada sin desviación aparente, los hilios pulmonares se aprecian normales sin alteraciones evidentes en densidad o tamaño. Silueta cardíaca de tamaño y forma normales al igual que el mediastino sin ensanchamiento ni desplazamiento.

A nivel de campos pulmonares:

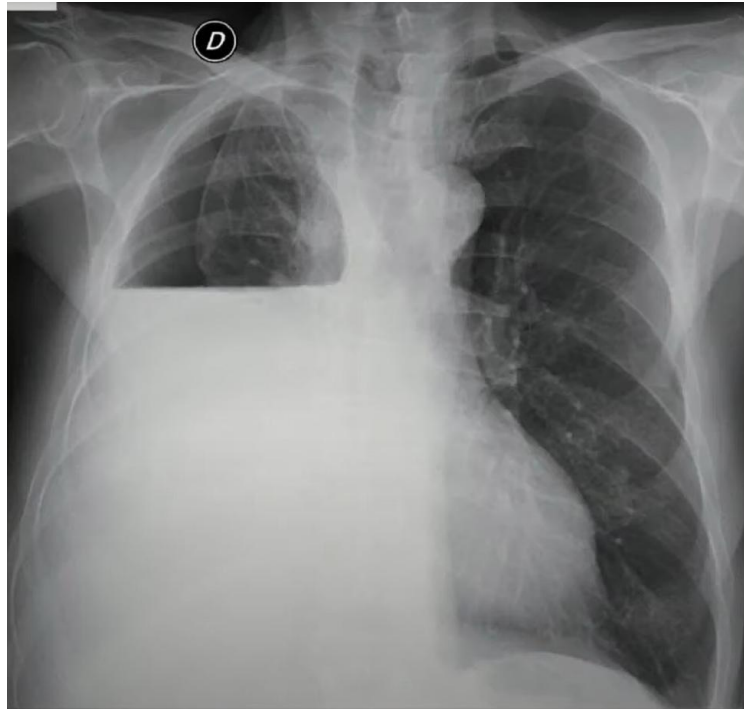
-Hemitórax derecho: Presencia de una línea pleural visceral delgada y bien definida, separada de la pared torácica por un espacio radiolúcido sin marcas vasculares, lo que nos indica la presencia de aire en el espacio pleural (neumotórax). El pulmón derecho se encuentra parcialmente colapsado, evidenciado por la retracción del parénquima pulmonar hacia el hilio.

-Hemitórax izquierdo: Campos pulmonares bien aireados, sin infiltrados ni colapsos.

Respecto al diafragma vemos las cúpulas diafragmáticas bien definidas y en posición normal, se logra identificar la opacidad hepática.

Dx final: Radiografía de tórax en proyección posteroanterior que muestra un neumotórax derecho de tamaño moderado, evidenciado por la presencia de una línea pleural visceral y la ausencia de marcas vasculares periféricas en el hemitórax derecho, con colapso parcial del pulmón. No se identifican signos de neumotórax a tensión en esta radiografía.

DERRAME PLEURAL



En esta imagen, vemos una rx de tórax en proyección PA, en ventanas pulmonares, en la cual se observa que la rx tiene una adecuada penetración, el px aparentemente si se encuentra en inspiración porque vemos los espacios intercostales con un nivel de separación adecuado, así también se ve a las escapulas fuera del campo pulmonar. La rx está ligeramente rotada, ya que no hay una simetría entre la distancia de las clavículas hacia la apófisis espinal (clavícula derecha ligeramente más abajo que la izquierda). Respecto a la angulación, es adecuada, sin embargo, no se puede observar el ángulo costofrénico derecho, ni los ángulos cardiogénicos debido al padecimiento de este px. En cuestión de la cobertura de la rx, podemos ver que se alcanzan a ver los ápices pulmonares, pero no el vértice del ángulo costofrénico, el centrado de la rx es inespecífico, debido a que se ve que la tráquea está ligeramente hacia la derecha, el corazón y las estructuras mediastínicas si están en la línea media. En esta imagen radiográfica no se evidencia movimiento por lo tanto podemos decir que está bien tomada.

A nivel de tejidos blandos no se hace presencia de lesiones o anomalías, en tejidos óseos tampoco hay lesiones líticas o blásticas, la tráquea se observa

ligeramente desviada hacia la derecha, la silueta cardiaca no se observa completamente del lado derecho, pero del lado izquierdo si es visible y no hay datos de cardiomegalia, el mediastino se observa normal sin desplazamientos o masas.

A nivel de campos pulmonares:

-Hemitórax derecho: Se observa al pulmón colapsado (probable atelectasia), debido a la gran cantidad de líquido que hay dentro de esta cavidad, se logra ver el ápice pulmonar, se ve un espacio radiopaco que ocupa casi toda la cavidad derecha en donde está el pulmón ocasionado por la presencia de líquido pleural de origen desconocido (no se sabe con exactitud si es hemotorax, hidrotórax, quilotorax o empiema), no es visible en ángulo cardiogénico ni costofrénico, tampoco se ve la opacidad hepática ni la cúpula diafragmática. La cantidad de líquido presente nos impide apreciar los cuerpos vertebrales. La radiopacidad es homogénea.

-Hemitórax izquierdo: Se observa aparentemente normal, es visible el ángulo costofrénico, el ángulo cardiogénico no se parecía muy bien, se ven completamente los arcos costales, estructuras vasculares, botón aórtico.

Dx final: Radiografía de tórax en proyección posteroanterior que muestra un derrame pleural abundante en hemitórax derecho, el pulmón se encuentra colapsado, aparentemente es visible el signo de menisco, ya que el derrame pleural borro totalmente el receso costodiafragmático derecho y se formó cierta concavidad en la parte superior de la cavidad.

LINFOMA



Vemos una radiografía de tórax, en proyección PA, en ventana pulmonar, observamos que esta rx está bastante penetrada, no se logran apreciar muy bien los arcos costales, u algunas otras estructuras óseas, este px si esta en inspiración y se hace visible en el adecuado espacio intercostal. El px no está rotado, porque se observan ambas clavículas equidistantes hacia la apófisis espinal, por ende, podemos decir que esta rx está bien centrada porque el mediastino y el corazón se encuentran en la línea media. La angulación es adecuada, porque se observan bien los ángulos costofrenicos y cardiogénicos, y también se ve que en la rx hay ausencia de movimiento. No son visibles los ápices pulmonares, pero el vértice del ángulo costofrénico sí. A nivel de tejidos blandos no se observa ninguna alteración, a nivel de tejido óseo tampoco hay lesiones líticas o blásticas, la tráquea se observa con una desviación hacia el lado izquierdo en relación a una masa mediastínica (ensanchamiento mediastinico) que se puede apreciar, podemos pensar en que la masa está localizada en el mediastino anterior, la silueta cardiaca se observa normal, sin datos de cardiomegalia.

A nivel de campos pulmonares no se observan alteraciones, a excepción del hemitórax derecho, ya que se observa una masa que ocupa espacio, la masa viene del mediastino, esta masa es de bordes regulares bien definidos, sabemos que es una masa porque desplaza a ciertas estructuras de su lugar, como es el caso de la tráquea en esta rx.

En esta radiografía se logra ver la opacidad hepática, los ángulos costofrenicos y el ángulo cardiogénico del lado izquierdo.

DX final: Radiografía de tórax en proyección posteroanterior que muestra una masa mediastínica en el hemitórax derecho (masa de tejido blando visible, con ensanchamiento mediastinico), en relación a un linfoma.

NEUMONIA



En la siguiente imagen, se observa una rx en proyección PA de tórax, en ventanas pulmonares, puedo ver que el nivel de penetración es bueno, el px se encuentra en inspiración, esta rx no está rotada, está bien centrada ya que ambas clavículas se encuentran a la misma distancia hacia la apófisis espinosa. Podemos apreciar los ángulos costofrenicos, y el ángulo cardiogénico izquierdo, del lado derecho no se aprecia con claridad debido a una consolidación (espacio radiopaco) que nos impide visualizar ciertas estructuras, no hay datos de que la rx esté movida, se observa que esta bien centrada ya que la tráquea, las estructuras mediastínicas y el corazón se encuentran en la línea media y por lo tanto considero que está bien realizada. A nivel de tejidos blandos no se observa ninguna alteración visible, en tejido óseo no hay lesiones líticas ni blasticas, la tráquea está posicionada de manera adecuada, no hay datos de desplazamiento de estructuras, el corazón está normal y sin ningún dato de cardiomegalia. A nivel pulmonar vemos que se alcanzan a distinguir los ápices pulmonares, en el pulmón derecho veo opacidades, espacios radiopacos en relación a una

consolidación del parénquima pulmonar, que borra los márgenes adyacentes de la base pulmonar, por lo tanto, considero que la neumonía se encuentra en el lóbulo inferior del pulmón derecho y parte del lóbulo medio. Aquí hay un signo de la silueta positivo, ya que hay una condensación que borra la silueta cardíaca y el hemidiafragma derecho.

Del lado izquierdo se puede observar levemente un broncograma aéreo, no es muy específico debido a que en este pulmón también hay cierto grado de consolidación, se observa difuso, pero aun no alcanza a obstruir la vista de las demás estructuras como en el lado derecho. En el lado izquierdo se alcanza a ver bien delimitado el ángulo costofrénico y el ángulo cardiogénico, también se alcanza a distinguir una burbuja gástrica.

Dx final: Radiografía de tórax en proyección posteroanterior que muestra una neumonía, evidenciada por un aumento de la densidad alveolar difusa (patrón alveolar) en hemitorax derecho (lóbulo inferior y parte del lóbulo medio del pulmón derecho) que nos muestra zonas de consolidación en el pulmón derecho, mientras que en el izquierdo hay una leve consolidación (es difusa) pero no se observa tan marcada como del lado derecho, en el lado izquierdo aún son visibles las estructuras corporales, y aparentemente hay presencia de broncograma aéreo que no es tan visible a simple vista.

MASA MEDIASTINICA (LINFOMA)



En esta imagen se aprecia una rx en proyección PA, cavidad torácica con enfoque en el mediastino y campos pulmonares. La inspiración es adecuada se observan las vértebras torácicas a través de la silueta cardíaca, se visualizan los arcos costales y el espacio entre ellos. Hay ausencia de rotación, ya que ambas clavículas están equidistantes hacia la apófisis espinosa.

A nivel de tejidos blandos no se observan lesiones, en tejido óseo no hay lesiones líticas ni blásticas tampoco fracturas, a nivel del mediastino se ve un ensanchamiento del mediastino superior y medio, se visualiza una desviación de la tráquea hacia la derecha, también se aprecia borramiento del contorno de la silueta cardíaca izquierda ya que es visible pero no se delimita bien, del lado derecho no se aprecia casi nada de la silueta cardíaca.

A nivel pulmonar no se identifican adenopatías hiliares evidentes, sin infiltrados ni consolidaciones visibles, los campos pulmonares se aprecian bien aireados.

Respecto a las anomalías en esta rx, vemos una masa mediastínica con opacidad homogénea de bordes bien definidos en el mediastino anterior, la masa ocupa el espacio retroesternal y se extiende desde el nivel de las clavículas izquierda y derecha hasta el borde superior del corazón. Se visualizan los ángulos obtusos entre la masa y el pulmón adyacente, sugiriendo origen mediastínico, no se observan calcificaciones dentro de la masa. Como signos asociados a la masa mediastínica se aprecia una ligera desviación de la tráquea hacia la derecha,

también hay borramiento del contorno de la aurícula izquierda, indicando contacto directo con la masa.

Dx final: Los hallazgos en esta rx es compatible con una masa mediastínica anterior, siendo el diagnóstico más probable un linfoma de Hodgkin, dado a la localización en el mediastino anterior, la homogeneidad de la masa y la ausencia de calcificaciones.