



Mi Universidad

FLASHCARDS

Vanessa Celeste Aguilar Cancino

Primer Parcial

Imagenología

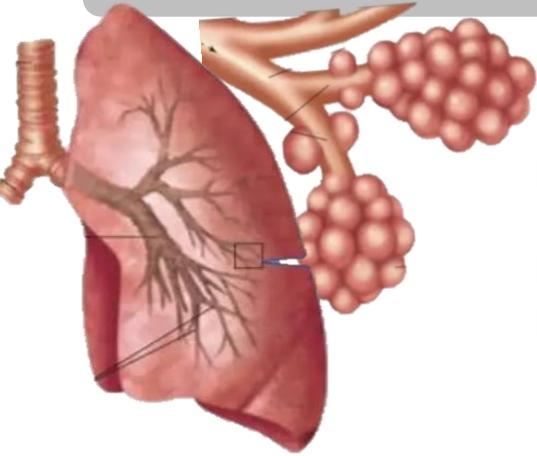
Dr. Carlos Alberto del Valle López

Medicina Humana

Cuarto Semestre, 4-B

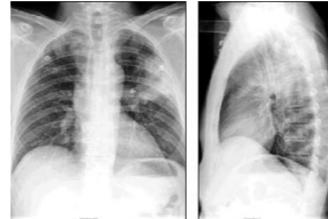
Comitán de Domínguez, Chiapas 09 de marzo del 2025

PATRON CONSOLIDACION O ALVEOLAR

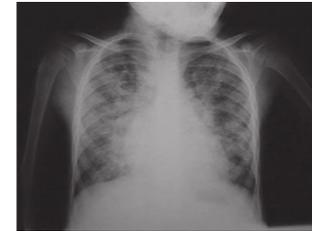


La anatomía del pulmón, en donde discurre el aire (que ingresa a los pulmones): la tráquea, bronquio primario derecho o izquierdo, árbol bronquial, bronquiolos, bronquiolos terminales, bronquiolos respiratorios, finalizando en los sacos alveolares (aprox. formado 15 alvéolos), en este lugar anatómico se da el intercambio gaseoso.

Es la traducción radiológica de la ocupación de los alvéolos por material líquido (sangre, pus, serosidad, agua, etc.)



Lobar: afectando solo a una porción.



Difusos: donde se afectan la totalidad de los campos pulmonares.

CARACTERISTICAS

- Nódulos grandes de más de 0,5 cm de diámetro.
- Mal delimitado, con límites difusos
- Coalescencia precoz, formando imágenes de condensación.
- Puede ser localizado o difuso.

-El alveolo tiene densidad aire: radiolúcido

- El espacio aéreo será reemplazado por exudado, sangre, líquido o células.
- Los alveolos cambian a densidad agua: radiopacidad nodular/ heterogénea y algodonosa.

PATRON ALVEOLAR LOCALIZADO

Segmentario o lobular (neumonía aguda)

- Radiopacidades de patrón alveolar comprometiendo a un segmento o un lóbulo pulmonar: neumonía aguda segmentaria o lobar.

CONSOLIDACION DIFUSA

Se refiere a consolidación global, que afecta una gran parte de los campos pulmonares de ambos pulmones.

Una causa bastante es el edema pulmonar secundario a una insuficiencia cardíaca congestiva descompensada.



Multifocal: afectación de todos los pulmones.

Hace referencia a múltiples focos de áreas radiopacas. La causa más frecuente es la bronconeumonía.



Se observa focos de consolidación en ambos, causados por una bronconeumonía.

PATRON ATELECTASIAS

- Es el término usado para indicar una pérdida en el pulmón.
- Puede ser subsegmentario, segmentaria, lobar o total
- Desplazamiento de las cisuras

COLAPSO ALVEOLAR

PERDIDA DE VOLUMEN

Atelectasia

Colapso pulmonar

AUMENTO DE LA DENSIDAD

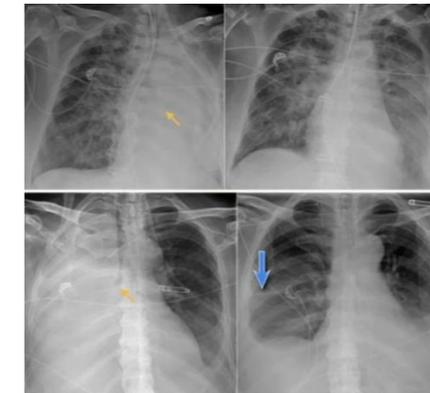
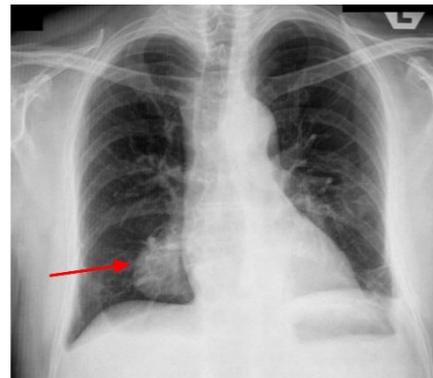
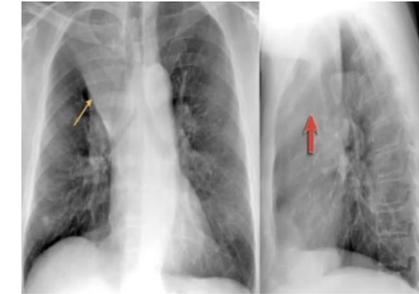
La atelectasia va a producir un colapso alveolar, la misma que nos lleva a la pérdida del volumen por el colapso alveolar y por ende se produce un aumento de la densidad.

ETIOLOGIA

- Tapón mucoso: Puede obstruir bronquio o bronquiolo.
- Tumor benigno bronquial
- Carcinoma bronquial.
- Cuerpo extraño.

SIGNOS RADIOLOGICOS DE ATELECTASIA

- Opacificación del pulmón, lóbulo o segmento afectado con pérdida de volumen
- Desviación traqueal: Se ve con frecuencia en atelectasia del lóbulo superior es homolateral.
- Elevación unilateral del diafragma.
- Desplazamiento cardiaco



ATELECTASIAS LOBULAR

La atelectasia lobar es el colapso o la falta de expansión de uno de los lóbulos del pulmón. Esto ocurre cuando hay una obstrucción o compresión que impide la entrada de aire.

ATELECTASIAS GLOBAL

Se refiere al colapso total o a una afectación extensa de un pulmón entero.

Afectación del intersticio pulmonar puede dar diversos tipos de patrones radiológicos. Los principales son:

PUNTEADO INTERSTICIAL DIFUSO

PATRON MICRONODULAR O MICRONODULILLAR

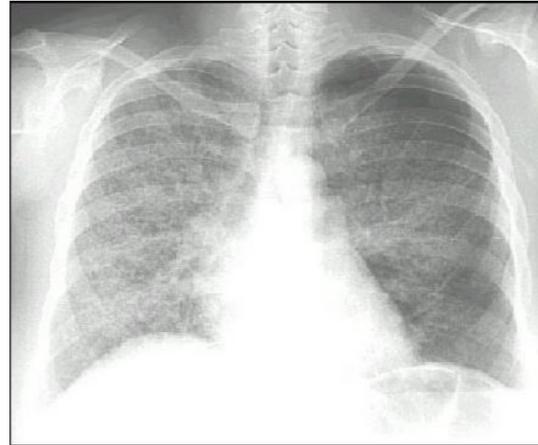
PATRON RETICULAR (ALGUNOS EN PANAL DE MIEL)

Causas de patrón lineal:

- Líneas B de Kerley (falla cardiaca)
- Bronquiectasias
- Linfangitis carcinomatosa
- Neumonías intersticiales
- Alveolitis alérgica extrínseca
- Sarcoidosis
- Fármacos
- Vasculitis

PATRON INTERSTICIAL

Es un patrón más difícil de apreciar en la radiografía de tórax, incluso para los radiólogos y neumólogos.



PATRONES INTERSTICIALES

RETICULAR

- Lineal
- Irregular
- Panalización

NODULAR

- Perilinfatico
- Centrolobulillar
- Aleatorio

ALTA ATENUACION

- Vidrio deslustrado

BAJA ATENUACION

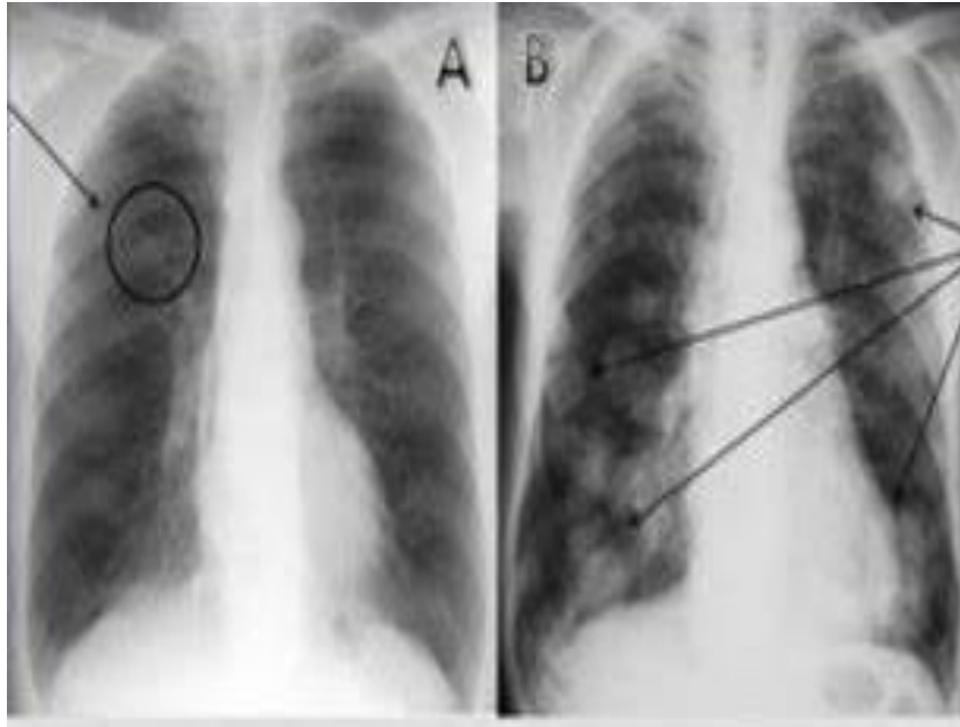
- Enfisema
- Quistes



-Nódulos solitarios: Nódulos muy grandes, generalmente únicos pero pueden ser varios, con aspecto redondeado y muy bien delimitados

-Líneas de Kerley: Largas y finas especialmente en campos medios (líneas A) o cortas y gruesas especialmente en bases (líneas B). Se deben a acumulación de líquido.

PATRON NODULAR



El patrón nodular hace referencia a lesiones nodulares pequeñas, múltiples, en el parén-quima pulmonar.

Patrón Intersticial Nodular El patrón nodular se caracteriza por la presencia de innumerables opacidades redondeadas con un tamaño entre 5 mm de diámetro, de distribución difusa, aunque no necesariamente uniforme. Los nódulos intersticiales presentan márgenes bien definidos y forma relativamente homogénea.

Cuando la zona de radiolucidez tiene pared visible orienta en diagnóstico hacia bula, cavitación, neumatocele o panalización. Mientras que una radiolucidez sin pared hace sospechar enfisema pulmonar.

BULA

Se refiere a una cavidad pulmonar donde solo hay aire.

CARACTERISTICAS

Debe ser mayor a 1 cm, su pared es delgada y bien definida (menor a 1mm de grosor) y estar acompañada de cambios enfisematosos en el pulmón adyacente.



Es todo aquel cuerpo que ofrece resistencia a ser atravesado por los rayos X y aparece en la radiografía como una zona blanca.

PATRON RADIOLUCIDOS

Se refiere a la capacidad de un material para permitir el paso de los rayos X, apareciendo oscuro en una radiografía.



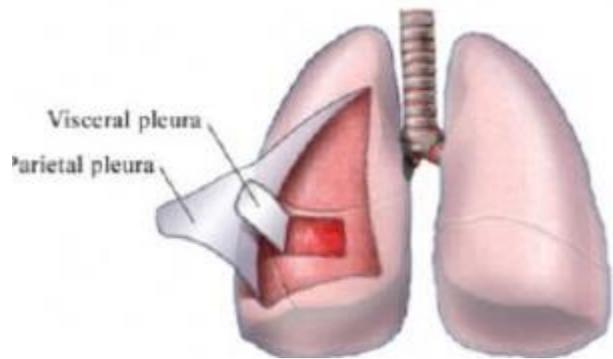
CAVITACION O CAVERNA

Se trata de un espacio aéreo radiolúcido dentro de una consolidación, masa o nódulo.

Se diferencia de las bulas porque su pared es gruesa (mayor a 3 mm) y sus bordes son irregulares. Usualmente, se forman debido a la expulsión de parte de la lesión necrótica a través del árbol bronquial.

Está compuesto por 3 puntos:

- Derrame Pleural
- Neumotórax
- Hidroneumotórax



- Pleura parietal irrigada por la circulación sistémica que retorna por la vena ácigos a la aurícula derecha.
- Pleura visceral que se invagina para revestir las cisuras, irrigada por capilares pulmonares, drena en las venas pulmonares.
- Espacio pleural hasta 10 ml de fluido Pleura parietal con mayor presión hidrostática que el espacio pleural

PATRON PLEURAL

La pleura, en condiciones normales, no es visible en la radiografía simple de tórax.



DERRAME PLEURAL

1. Se detecta la obliteración de los senos costo-diafragmáticos (mayor 200-250 cc de líquido)
2. Curva de Damoiseau
3. Elevación aparente del diafragma (uni o bilateral dependiendo de la cantidad)
4. Desplazamiento contralateral del mediastino



ENGROSAMIENTO PLEURAL



- Generalmente debidos a procesos fibróticos o tumorales
- Imágenes gruesas, irregulares localizadas en pared torácica o en vértices
- Generalmente de tipo fibrótico o calcificadas

BIBLIOGRAFIA

- Cubillos Munski, Bernardita, García Herrera, Alejandro, Contreras Tudela, Gustavo, Villafranca Aravena, Carlos, López Soto, Cristina, Azócar Guerrero, Patricio, Sánchez Espinoza, Gustavo, & Zorzano Sepúlveda, Felipe. (2016). Patrón de lectura radiológica digital para la clasificación de imágenes compatibles con silicosis. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 37-41. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100007>
- MOËNNE B, KARLA, ORTEGA F, XIMENA, CORDERO T, JAIME, VIDAL G, ALBERTO, & ESCAFFI J, JUAN A. (2010). Patrón de alteraciones en la radiografía de tórax de niños hospitalizados por infección causada por virus influenza A (H1N1). *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 26(3), 129-133. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482010000300002>
- Maria Laura Ocampo, Julio Alberto Alejandro Salmón, Verónica Daniela Noguera. Dra. Olga Catalina Zabala. Bronquiectasia: revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. N° 182 – Junio 2008