

SÍNDROMES RADIOLÓGICOS PULMONARES

AUTORES: P.ESCRIBÁ. MD.DO.PT.

VÍCTOR MANUEL FUENTES ÁLVAREZ DO. PT



Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



SÍNDROMES

- **DE VÍA AÉREA:** Obstructivo (obs de vía aérea sup, asma, EPOC, enfisema / bronquitis crónica.)
Infeccioso, Bronquiectasias.
- **DEL PARÉNQUIMA PULMONAR:** Atelectasia, Condensación, Intersticial, Cavitario.
- **DE LA PLEURA:** Neumotórax , Derrame Pleural.
- **DE LA VASCULARIZACIÓN PULMONAR:** Tromboembolismo Pulmonar, Hipertensión Pulmonar.
- **Otros:** problemas mediastínicos, debilidad músculos respiratorios.



SÍNDROME ALVEOLAR



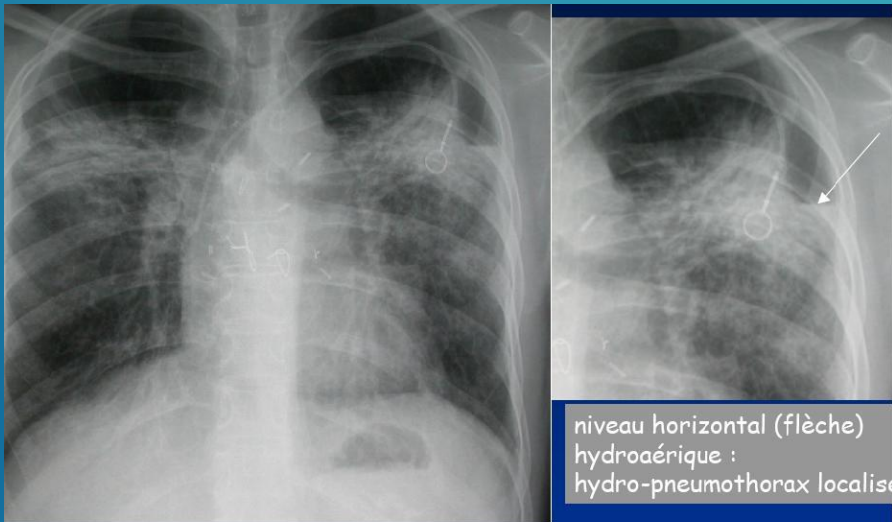
- O síndrome de condensación/CONSOLIDACIÓN pulmonar no retráctil. Radioopacidad de bordes mal o bien definidos (si la consolidación entra en contacto con cisuras o pleuras)
- Presencia de líquido/PUS/SANGRE O CÉLULAS en los alveolos
 - Pus: neumonía bacteriana.
 - Líquido: edema pulmonar, IC, IR, hipoalbuminemia.
 - Sangre: hemorragia intra-alveolar, vasculitis.
 - Células : tumorales, inflamación crónica, sarcoides etc.





SÍNDROME ALVEOLAR

- Opacidad:
 - Confluente.
 - De tonalidad hídrica.
 - De distribución sistematizada.
 - Con bordes borrosos (algodonosos).
 - De evolución rápida.
 - Con broncograma aerico.



Syndrome alvéolaire bilatéral des deux sommets,





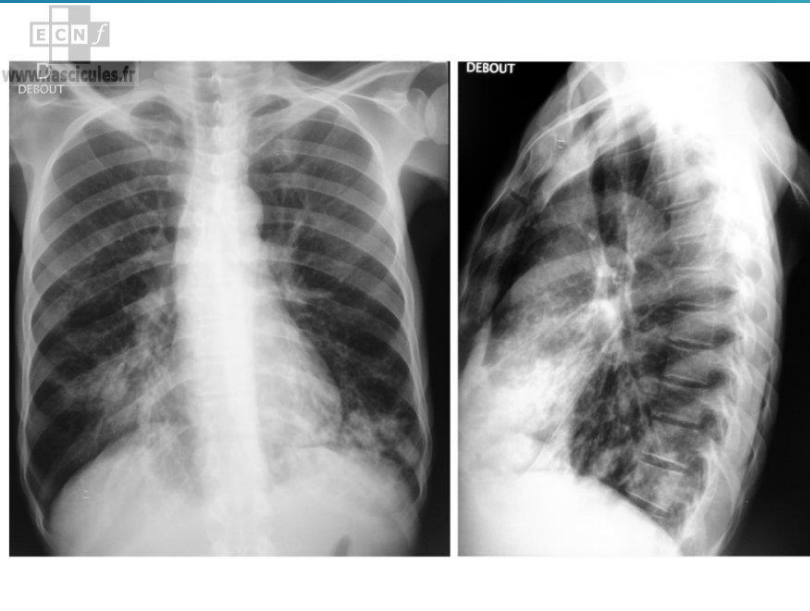
- 1) CONSOLIDACIÓN LOBAR(IMAGEN 1)
- 2) CONSOLIDACIÓN MULTIFOCAL(IMAGEN 2)
- 3) EDEMA PULMONAR (IMAGEN INFERIOR IZQUIERDA)
- 4) INFARTO PULMONAR (IMAGEN INFERIOR DERECHA)





SÍNDROME INTERSTICIAL

- Tejido de sostén (o intersticio) normalmente invisible, infiltrado por líquido, de células o de la fibrosis
- Opacidad:
 - No sistematizada.
 - No confluyente.
 - A contornos netos.
 - Sin broncograma aéreo.



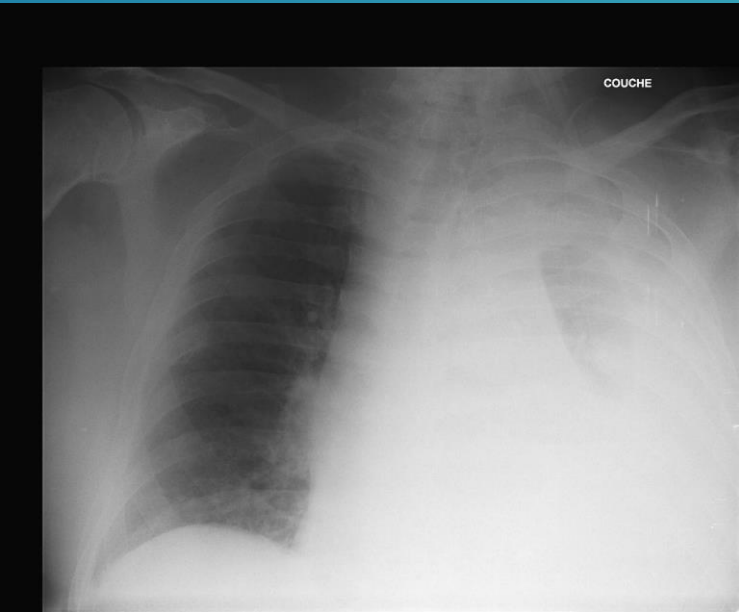


CONSOLIDACIÓN DIFUSA



SÍNDROME DEL DERRAME PLEURAL LÍQUIDO

- Presencia de líquido en la cavidad pleural, normalmente virtual (plasma, sangre, pus, linfa)
- Opacidad:
 - Tonalidad hídrica, homogénea, sin broncograma.
 - Móvil y en declive.
 - Borrando la cúpula diafragmática y el borde del corazón al contacto.
 - Límite superior borroso, cóncavo hacia arriba y por dentro (línea bordante axilar de Damoiseau).
 - Si el derrame está completo: el pulmón esta blanco.
 - Ver los fondos de saco pleurales.



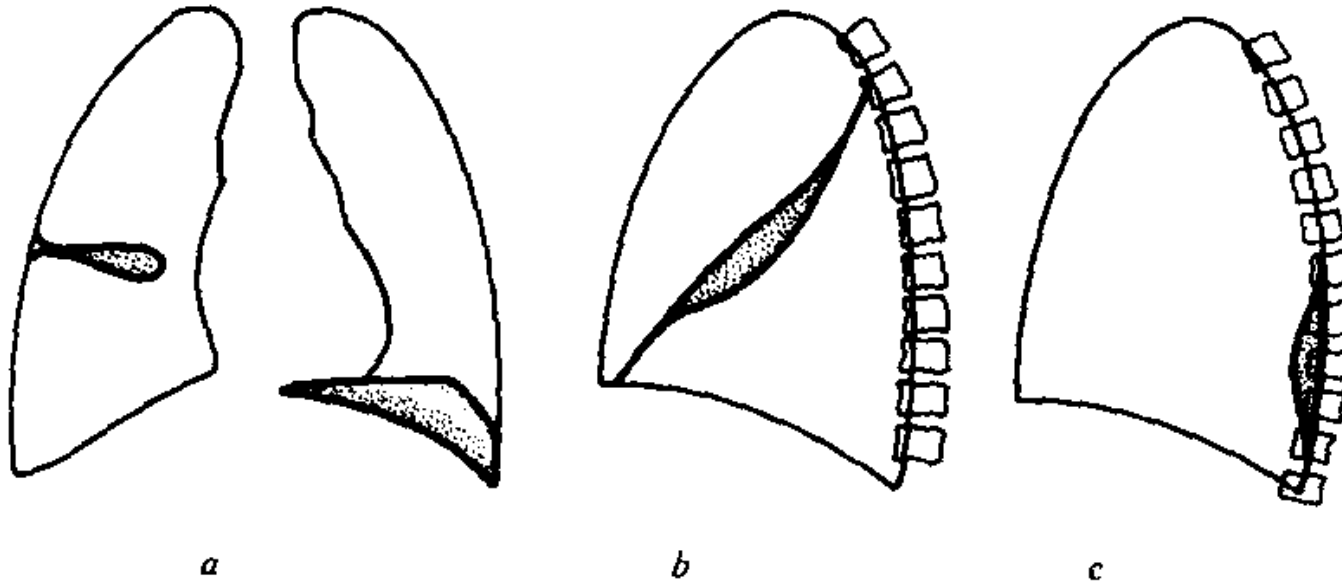


Fig. 4-13. Derrames localizados. a) A la derecha, derrame localizado en la cisura menor; a la izquierda, pleuritis diafragmática que simula elevación de la cúpula. b) Derrame en la cisura mayor (perfil). c) Derrame enquistado en el canal costovertebral (perfil).

A la derecha, derrame localizado en la cisura menor ; a la izquierda, pleuritis diafragmática que simula la elevación de la cúpula,
 Derrame en la cisura mayor (perfil).
 Derrame enquistado en el canal costovertebral (perfil).

SÍNDROME DEL DERRAME PLEURAL AÉRICO



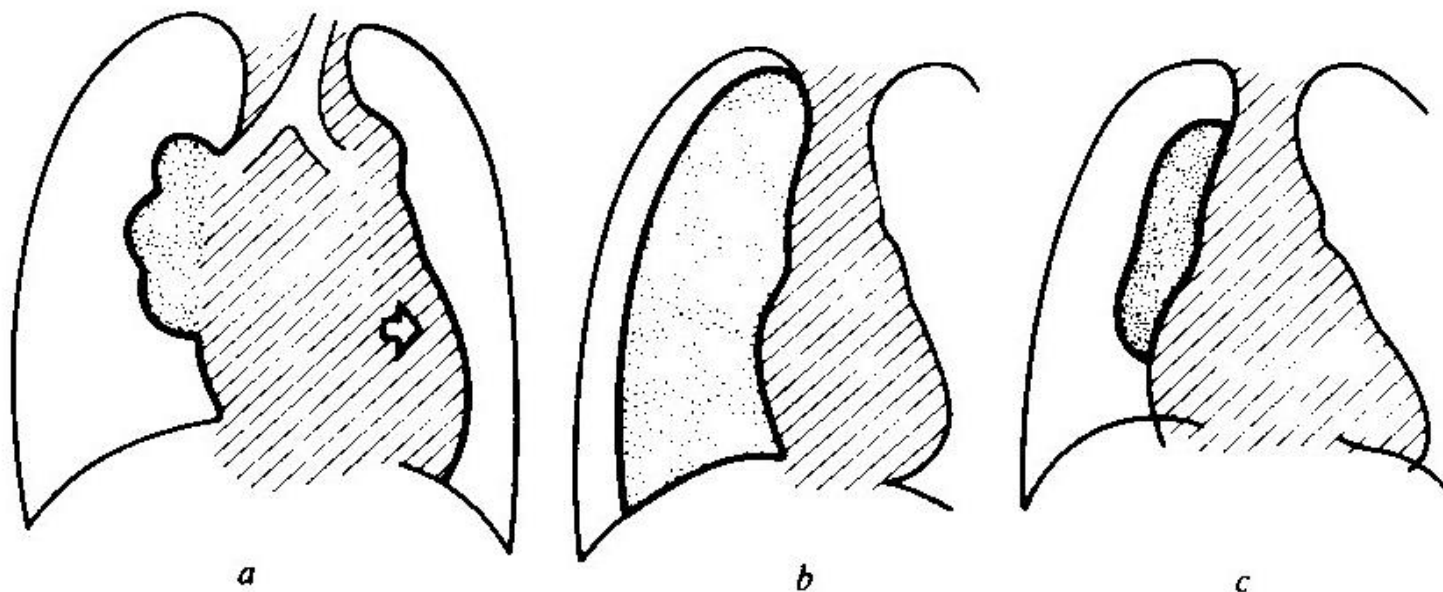
- Presencia de aire en la cavidad pleural = neumotórax.
- Hiperclaridad periférica.
- Pulmón e hilio retraídos.



NEUMOTÓRAX

Importando neumotórax a tensión: **muñón pulmonar colapsado, desplazamiento del mediastino (flecha).**

Neumotórax poco importante, difícil a ver sobre el cliché en inspiración,
En espiración el pulmón se retrae lo que acentúa el contraste: el neumotórax resulta evidente.



NEUMOTÓRAX DERECHO

Hiperclaridad de los campos pulmonares derechos con ausencia de trama pulmonar. El muñón pulmonar está colapsado sobre el hilio; su aspecto polilobulado corresponde a los lóbulos pulmonares. El muñón está limitado por fuera por una fina línea densa que corresponde a la pleura visceral (flecha inclinada). Desplazamiento del mediastino hacia el lado izquierdo. Calcificación de los cartílagos costales (flecha horizontal).

Existe a la parte superior del pulmón derecho imágenes de burbujas (flecha oblicua). La ruptura de una de estas burbujas puede ser al origen del neumotórax recidivante en un individuo joven.

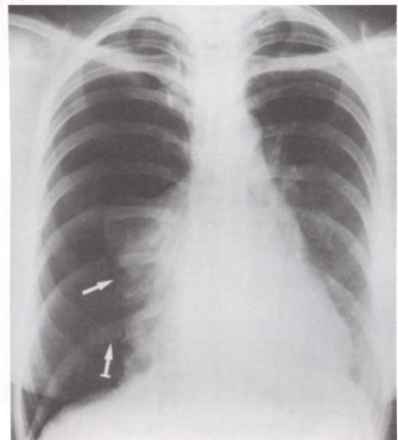
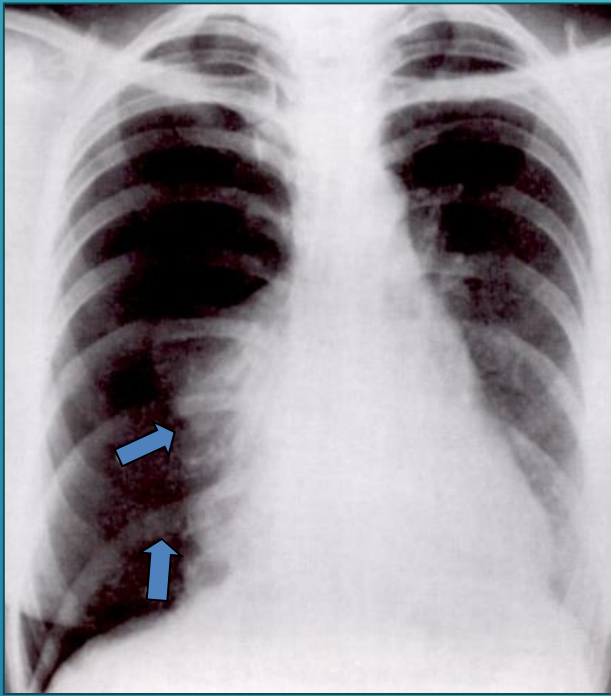


FIG. 3-1.—Neumotórax derecho.
Hiperclaridad del campo pulmonar derecho con ausencia de trama pulmonar. El muñón pulmonar se halla colapsado sobre el hilio; su aspecto polilobulado corresponde a los lóbulos pulmonares. El muñón está limitado por fuera por una fina línea densa que corresponde a la pleura visceral (↗). Rechazo del mediastino hacia el lado izquierdo. Calcificación de los cartílagos costales (→).

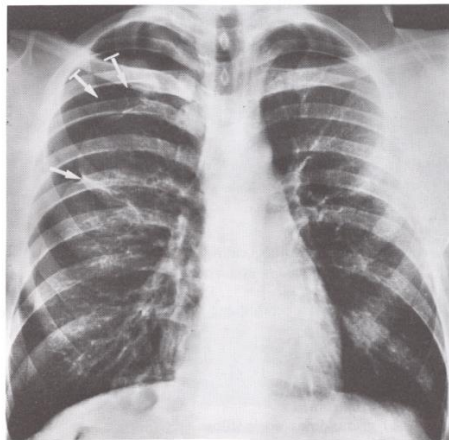
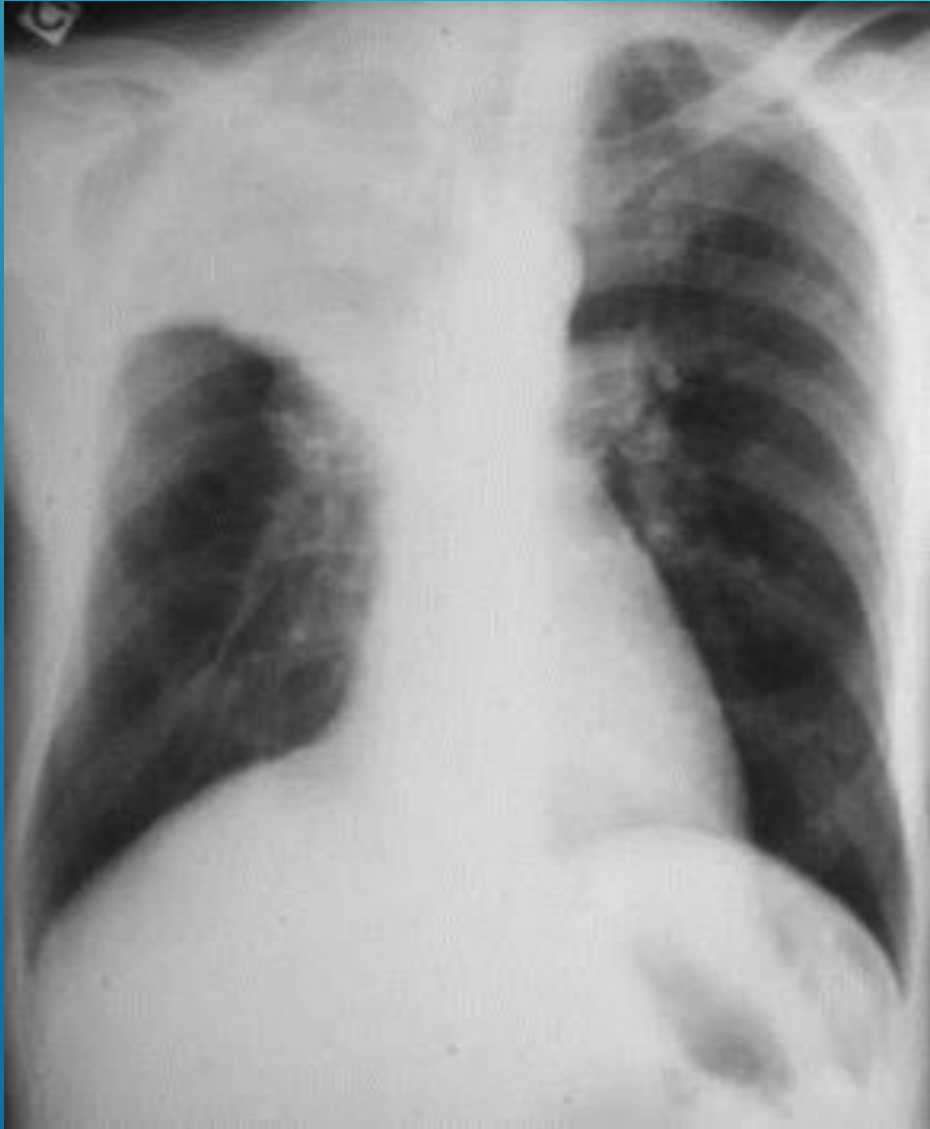


FIG. 3-2.—Neumotórax derecho.
Hiperclaridad de la parte externa del campo pulmonar derecho. No se visualiza trama pulmonar. La cisura menor (↗) forma una muesca. Existen en la parte superior del pulmón derecho imágenes bullosas (↗). La ruptura de una de estas burbujas puede originar el neumotórax recidivante en un individuo joven. Opacidad pequeña del fondo de saco derecho limitada por un nivel horizontal debido a un pequeño derrame (hemoneumotórax). El fondo de saco izquierdo es normal (placa Valette).



SÍNDROME DE ATELECTASIA

- O síndrome de condensación pulmonar retráctil
- Desaparición del aire de los alveolos
- Signos directos: Opacidad de bordes bien definidos que oscurece vasos.
 - Triangular a base periférica
 - y en cumbre hilar.
 - De densidad hídrica, homogénea.
 - A bordes netos.
 - Sin broncograma aerico (si es cicatricial puede haber broncograma).
 - Pérdida del volumen pulmonar con desplazamiento del mediastino, cisuras, diafragma o hilios (hacia ella misma).





- Signos indirectos:
 - De sobre elevación de la cúpula diafragmática homolateral.
 - Pinzamiento de los espacios intercostales.
 - Atracción del mediastino, de las cisuras.
 - Hiperclaridad de los territorios normales (hiperaereos).



SIGNO DE LA SILUETA

- Signo de gran valor para la determinación topográfica de una opacidad torácica
- 2 estructuras de tonalidad hídrica se confunden si ellas se sitúan en el mismo plano.



SIGNO CERVICOTORÁCICO



- Ubicación Anterior/Posterior de una opacidad mediastínica superior
- Si el borde externo está situado sobre las clavículas: opacidad posterior (lengüetas pulmonares posteriores más altas que las lengüetas anteriores)
- Si el borde externo desaparece a nivel de las clavículas: opacidad anterior

