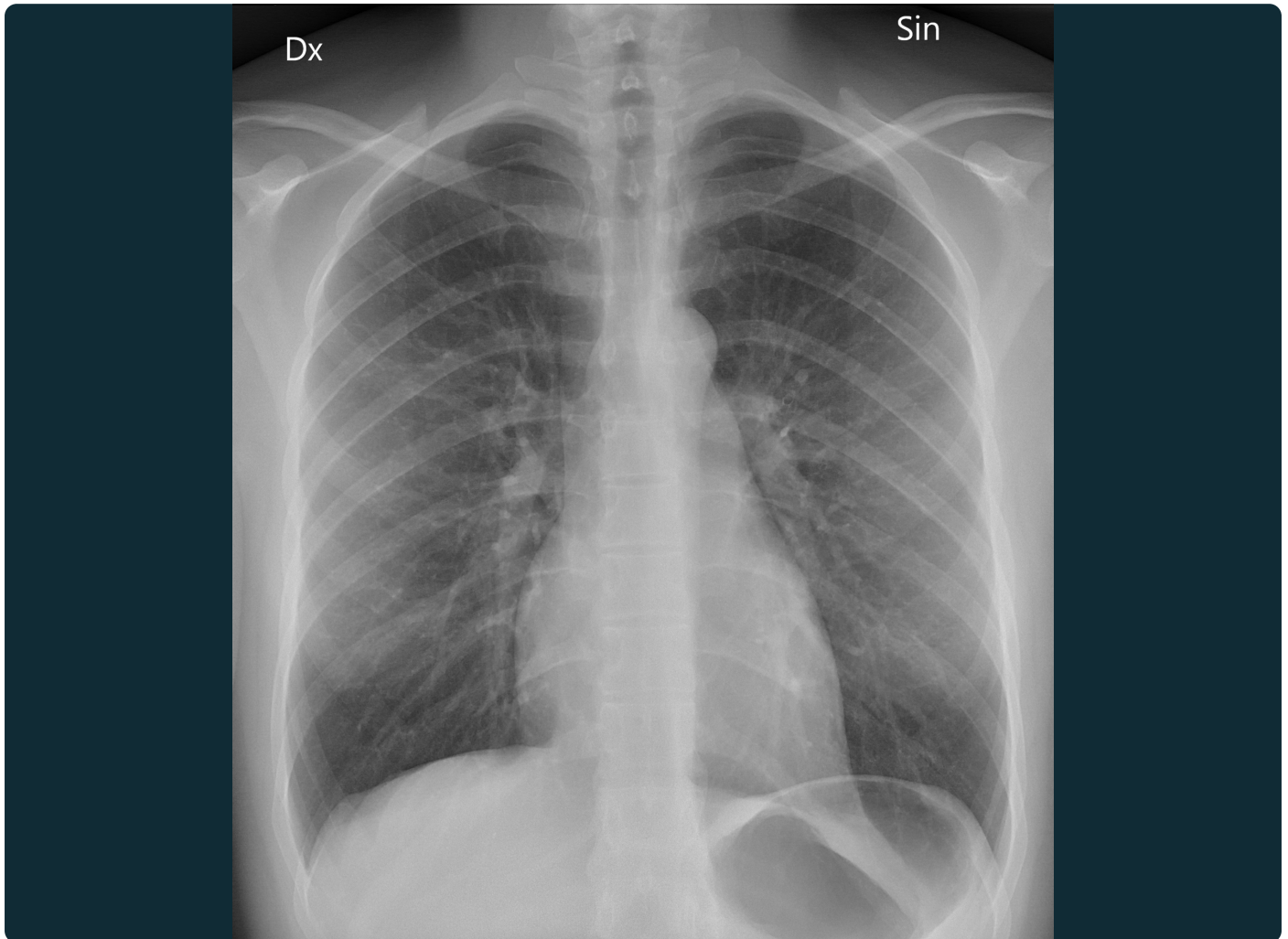


RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX

Aprende a mirar, describir y decidir. Guía visual para estudiantes de medicina.



Radiografía PA real, publicada por Mikael Häggström (2017), CC0. No es una imagen generada.

UN MÉTODO QUE PUEDES REPETIR

Técnica → lectura ordenada → patrón → contexto clínico → siguiente paso. Compara ambos lados y termina la búsqueda aunque ya hayas encontrado una lesión.

Versión 1.0 · Actualización documental: 12 de octubre de 2026.

Elaboración editorial: El Pase de Visita. Tablas, composición y ejercicios originales.

Cómo usar esta guía

El rigor médico también debe ser visible.

- ### 1. APRENDE

Lee la técnica y las referencias anatómicas. Después sigue siempre el mismo recorrido. Los colores organizan el material; no representan densidades reales de la radiografía.
- ### 2. COMPARA

Mira los ejemplos clínicos antes de leer sus explicaciones. Las flechas son superposiciones didácticas. No se generan, borran ni reconstruyen hallazgos radiológicos.
- ### 3. PRACTICA

Resuelve los cuatro ejercicios. Sus imágenes son reales; las preguntas y respuestas son elaboraciones educativas. No se inventan datos clínicos de los pacientes de origen.

Qué sustenta el contenido: guías ACR y BTS, consenso Fleischner y artículos de radiología. Atlas médico IDKD 2025 como apoyo visual. Se conserva el año real de cada fuente; una fecha de consulta no convierte una publicación antigua en una actualización.

Alcance: introducción a radiografías de adultos. No cubre en detalle pediatría, lectura especializada de TC ni tratamiento de cada enfermedad. No se atribuye revisión por un radiólogo ni aval de las sociedades citadas.

RUTA DE LECTURA

Aprender	Aplicar
3-8 · Método, técnica y anatomía	9-17 · Patrones con imágenes reales
18-23 · Dispositivos, urgencias e informe	24-26 · Ejercicios y hoja de bolsillo
27-29 · Referencias médicas con enlaces	30 · Créditos y licencias de imágenes

Un recorrido fijo: ABCDE

La consistencia ayuda más que buscar una sola enfermedad.

Primero verifica paciente, fecha, proyección, lateralidad, calidad y estudios previos. Si la clínica es inestable, prioriza la valoración urgente; la lectura sistemática continúa después.

Paso	Pregunta que debes responder
A · Aire y vía aérea	¿Tráquea y bronquios centrales? ¿Desviación real o rotación?
B · Ambos pulmones y pleura	¿Opacidades, asimetría, volumen, línea pleural, líquido?
C · Corazón, mediastino e hilios	¿Tamaño evaluable? ¿Contornos y vasos? ¿Cambios frente a previos?
D · Diafragma y debajo	¿Altura, contornos y ángulos? ¿Aire libre o burbuja gástrica?
E · Esqueleto, partes blandas y equipos	¿Costillas, clavículas, tejidos, dispositivos y sus trayectos?

SEGUNDA PASADA

Ápices → hilios → detrás del corazón → debajo de diafragmas → periferia pulmonar. Encontrar un hallazgo no significa terminar.

ABCDE aquí es una adaptación editorial para el tórax; existen otras variantes válidas. El objetivo es revisar todos los compartimentos, no memorizar una expansión universal de las letras.

PA, AP y lateral

El nombre de la proyección explica parte de lo que ves.

Proyección	Cómo reconocerla / qué limita
PA	Habitualmente de pie; el tórax anterior se aproxima al detector. Menor magnificación cardíaca. Confirma la etiqueta del estudio.
AP portátil	Frecuente en cama; corazón y mediastino pueden verse más grandes. Rotación y baja inspiración son comunes. No confirmar cardiomegalia solo por esta placa.
Lateral	Ayuda a localizar opacidades y revisar espacios retroesternal, retrocardíaco y recesos posteriores. No sustituye la frontal.
Supino	Es una posición, no otra sigla de proyección. El aire pleural puede acumularse anterior/basal y el líquido distribuirse detrás del pulmón.

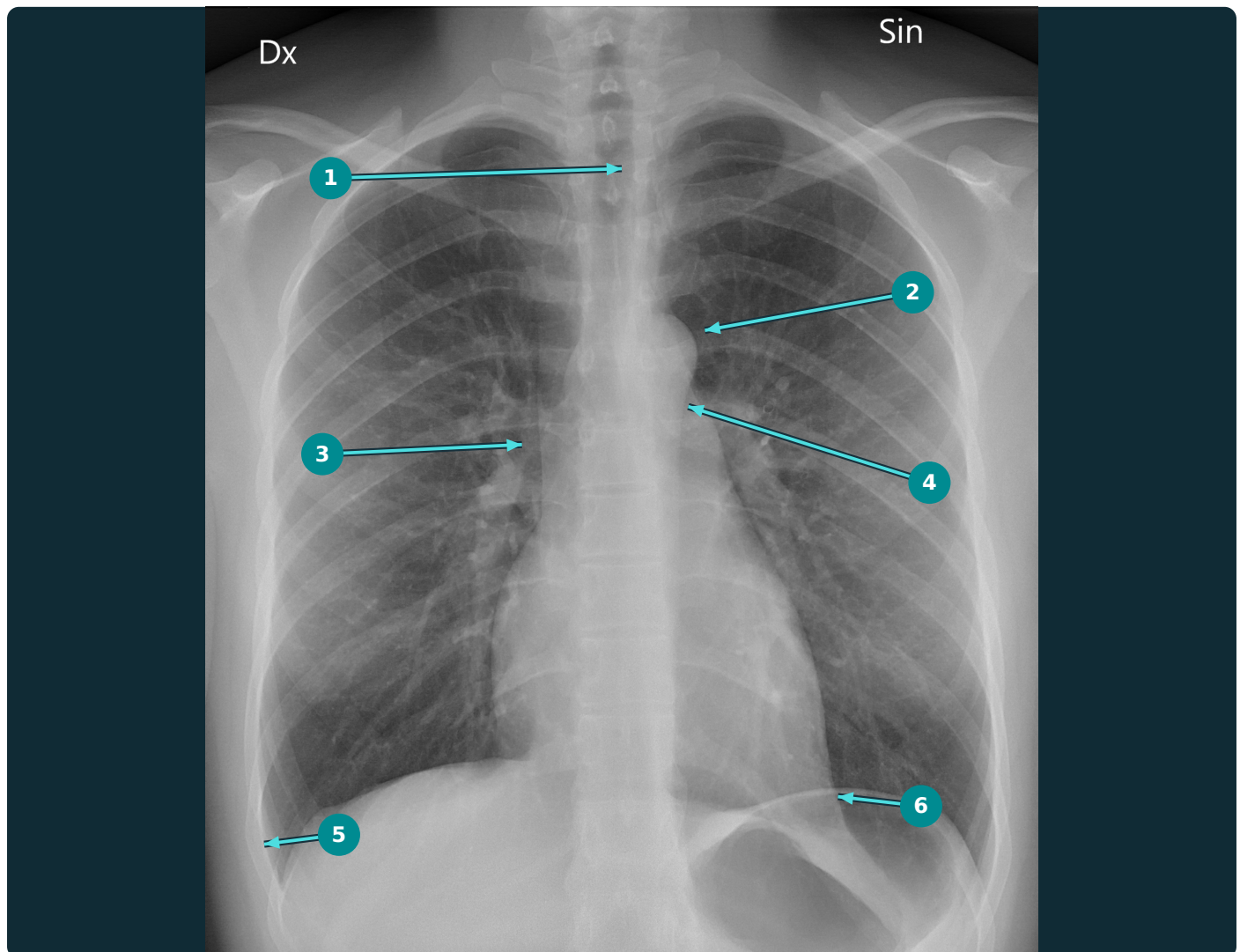
UNA COMPARACIÓN JUSTA

Antes de afirmar que una lesión creció o que el corazón aumentó, compara proyección, posición e inspiración entre ambos estudios.

Tip: el aspecto de las escápulas o clavículas ayuda, pero no basta para identificar la proyección. Lee la información técnica y expresa la limitación si no está disponible.

Reconoce la anatomía normal

Frontal PA: mira la simetría y después cada borde.



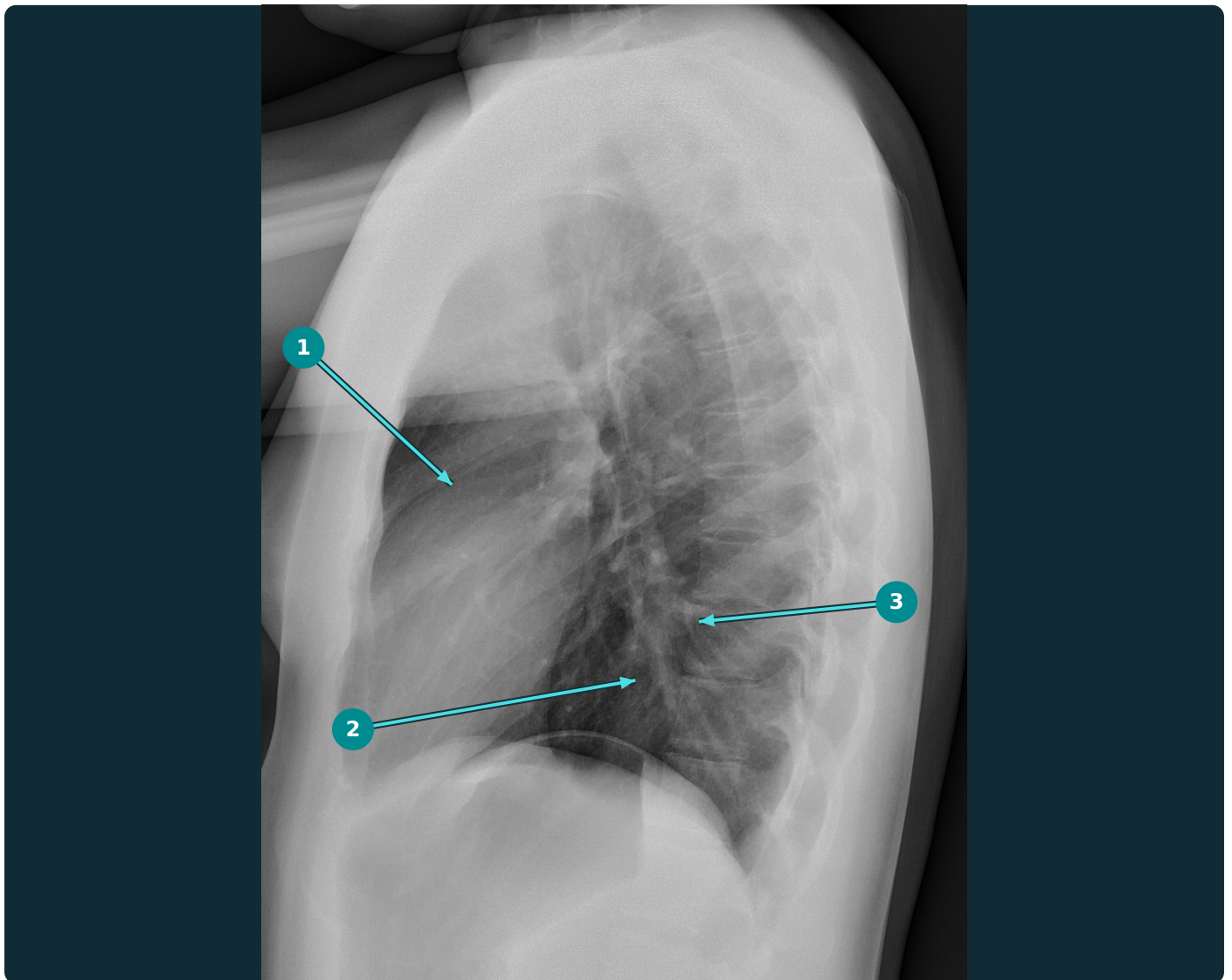
M. Häggström, 2017 · CC0. Flechas numeradas añadidas. Dx = derecha; Sin = izquierda del paciente.

Número	Referencia
1 / 2	Tráquea / arco aórtico.
3 / 4	Hilios derecho / izquierdo: son principalmente estructuras vasculares.
5 / 6	Ángulo costofrénico derecho / hemidiafragma izquierdo y región suprayacente.

El lado derecho del paciente aparece a tu izquierda. Usa los marcadores; no deduzcas lateralidad solo por la posición del corazón.

La lateral también cuenta

Qué puedes buscar cuando la frontal no resuelve la duda.



M. Häggström, 2017 · CC0. Flechas añadidas. Anatomía de referencia; campo relativamente bajo en el original.

Zona	Qué revisar
1 · Retroesternal	Espacio habitualmente radiolúcido detrás del esternón.
2 · Retrocardíaca	No la omitas: una opacidad puede quedar oculta en la frontal.
3 · Columna torácica	Tiende a verse más oscura hacia caudal. Mayor opacidad inferior puede señalar una lesión superpuesta.

Calidad antes de diagnóstico

Revisa cuatro cosas sin convertirlas en reglas rígidas.

Control	Observa	Error que evita
Rotación	Extremos mediales de clavículas respecto a apófisis espinosas.	Falsa asimetría o mediastino ancho.
Inspiración	Expansión, posición de diafragmas y apiñamiento vascular. Unas 9-10 costillas posteriores es orientación.	Confundir bajo volumen con congestión o opacidad basal.
Exposición	¿Puedes valorar pulmones y región retrocardíaca? Los ajustes digitales influyen.	Perder hallazgos o sobreinterpretar una placa oscura/clara.
Campo y movimiento	Ápices y ángulos incluidos, contornos sin borrosidad marcada.	Omitir neumotórax o derrame por recorte.

NO RECHACES AUTOMÁTICAMENTE UNA PORTÁTIL

Documenta la limitación y responde lo que sí puede evaluarse. Repetir o completar imagen depende de la pregunta clínica y de si cambiará la conducta.

EJEMPLO DE FRASE

“Radiografía AP portátil, de bajo volumen y con rotación; estas condiciones limitan la valoración del tamaño cardíaco.”

Describe antes de nombrar

Una “mancha blanca” no es un diagnóstico.

Descriptor	Lo que debes decir
Localización	Derecha/izquierda, superior/media/inferior, central/periférica; lóbulo solo si puedes localizarlo.
Distribución	Focal, multifocal o difusa; unilateral o bilateral.
Densidad y forma	Opacidad, hiperclaridad, líneas, nódulos; bordes y forma.
Volumen	Conservado, disminuido o aumentado; posición de cisuras, hilios y diafragmas.
Signos asociados	Broncograma, borramiento de siluetas, menisco, cavidad o nivel aire-líquido.
Evolución	Nuevo, estable o cambiante frente a un previo técnicamente comparable.

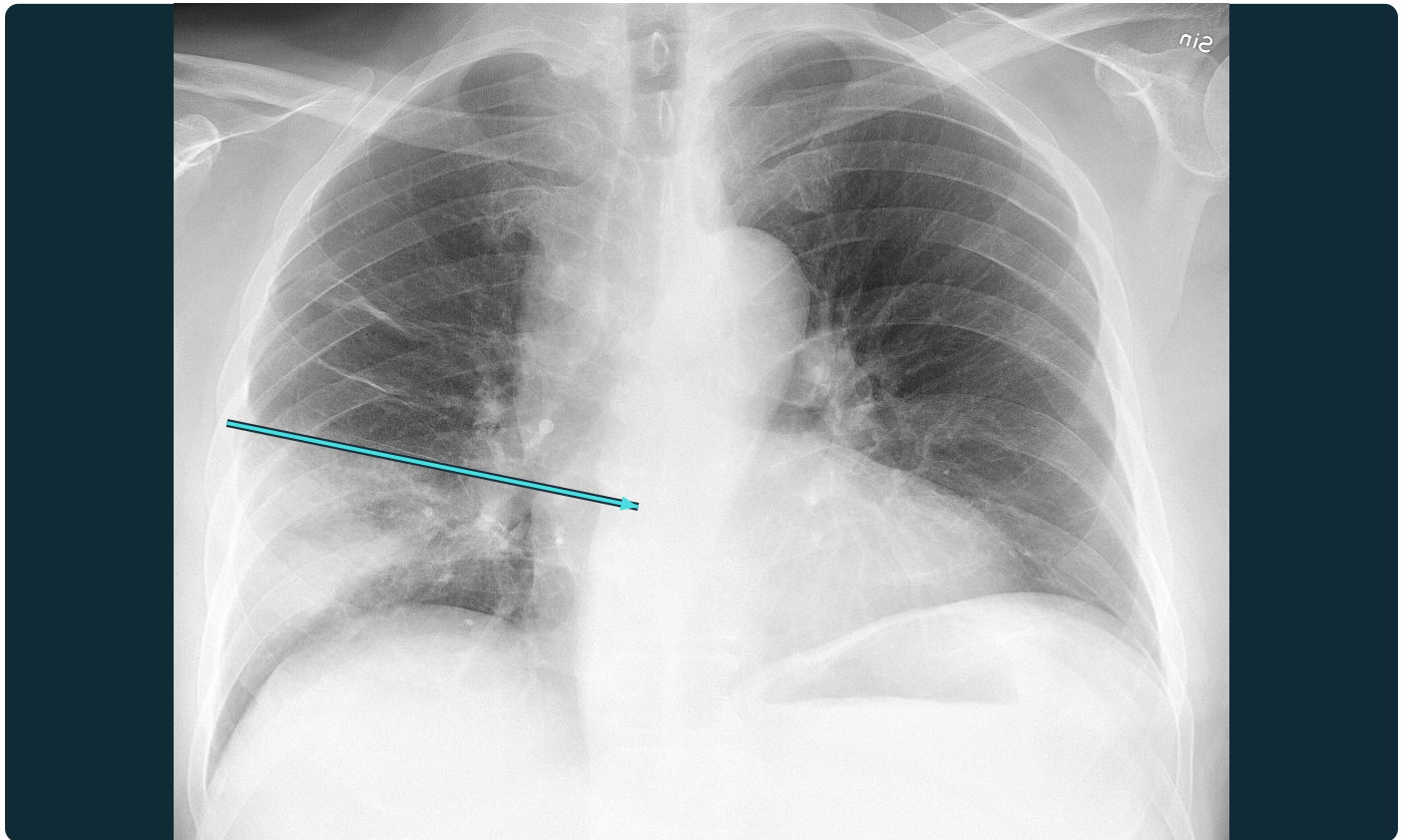
DEL HALLAZGO A LA HIPÓTESIS

“Opacidad basal derecha” describe. “Posible consolidación” propone un patrón. “Neumonía” requiere integrar síntomas, exploración y otros datos.

Precisión: vidrio despulido, árbol en brote y panal se caracterizan principalmente en TC. No los enseñamos como diagnósticos seguros de una radiografía simple.

El signo de la silueta

Un borde que desaparece ayuda a localizar la opacidad.



M. Häggström, 2018 · CC0. Caso publicado como neumonía del lóbulo medio derecho. Flecha añadida.

En este ejemplo se pierde parte del borde cardíaco derecho junto a la opacidad. Esto orienta al lóbulo medio; no basta para definir la causa.

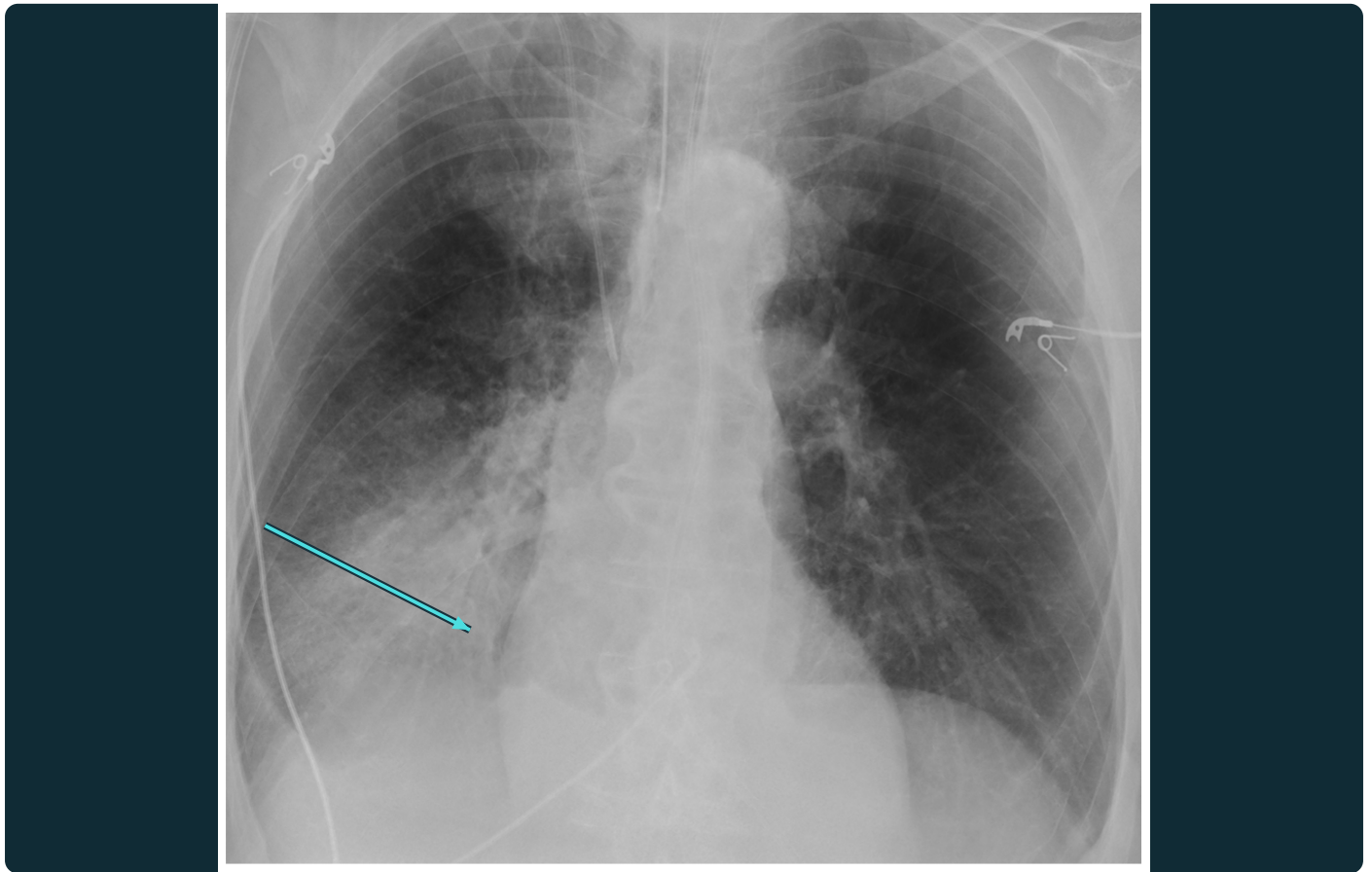
Borde borrado	Localización que orienta
Corazón derecho	Lóbulo medio derecho.
Corazón izquierdo	Língula.
Hemidiafragma	Lóbulo inferior del mismo lado, si el signo es interpretable.

EVITA EL ATAJO

Las zonas de la frontal no equivalen a lóbulos. Localiza con signos, lateral o TC cuando sea necesario.

Consolidación y broncograma

Opacidad alveolar con bronquios aireados visibles.



Biciusca et al., 2026 [18], fig. 5 · CC BY 4.0. Flecha añadida; radiografía clínica original.

Qué mirar: opacidad densa en la base derecha; dentro se reconocen trayectos oscuros ramificados. Eso es un broncograma aéreo.

QUÉ SIGNIFICA

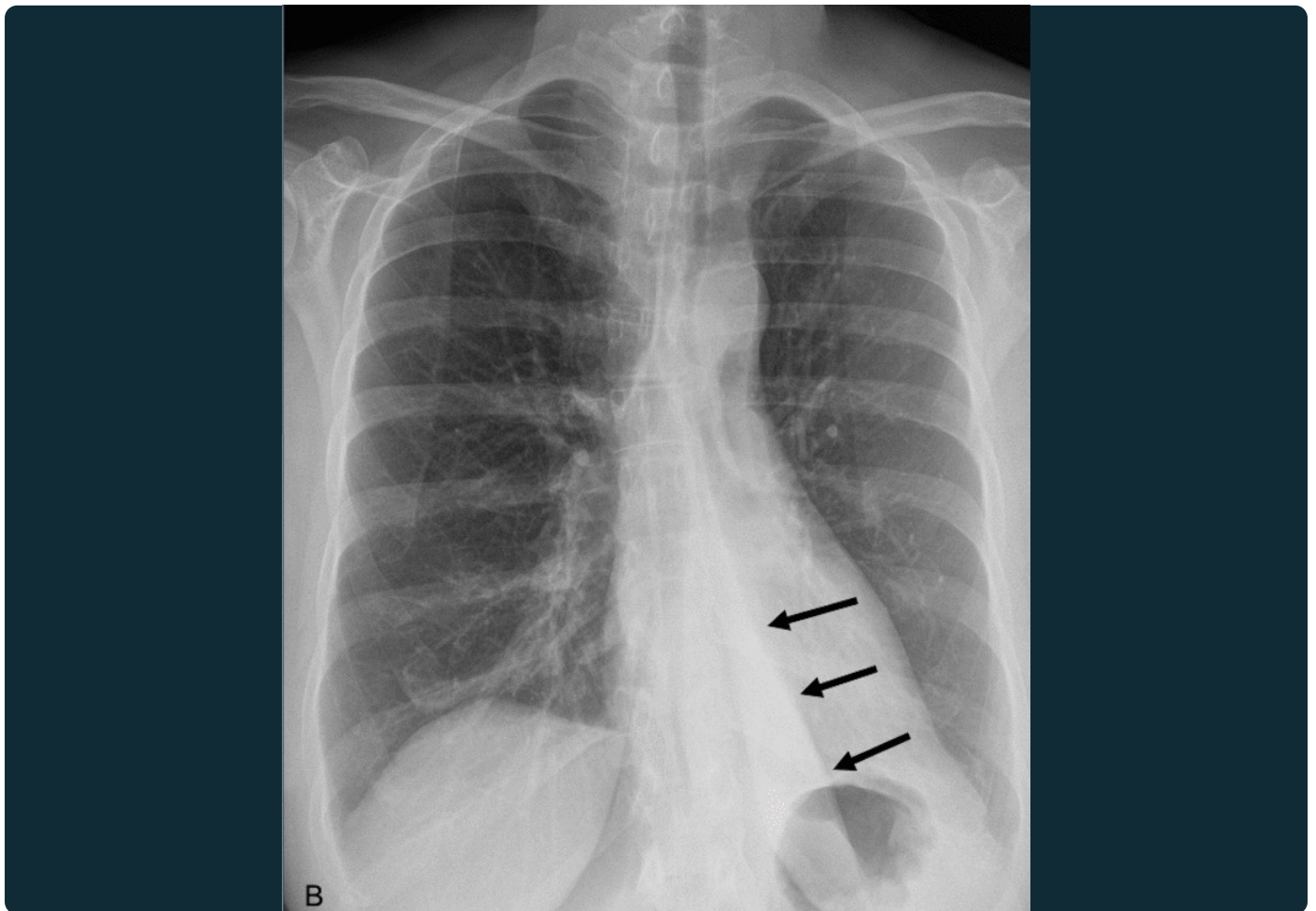
El parénquima pierde aire mientras algunos bronquios permanecen aireados. Este caso corresponde a neumonía según la publicación. El patrón también puede aparecer en edema, hemorragia u otros procesos.

ERROR FRECUENTE

El broncograma no identifica al microorganismo ni excluye por sí solo atelectasia. Describe distribución y busca cambios de volumen.

Atelectasia: busca retracción

La opacidad se acompaña de pérdida de volumen.



Mancò et al., 2024 [10], fig. 5B · CC BY 4.0. Panel PA seleccionado; flechas originales.

Qué mirar: opacidad triangular retrocardíaca izquierda delimitada por las flechas. El caso ilustra colapso del lóbulo inferior izquierdo.

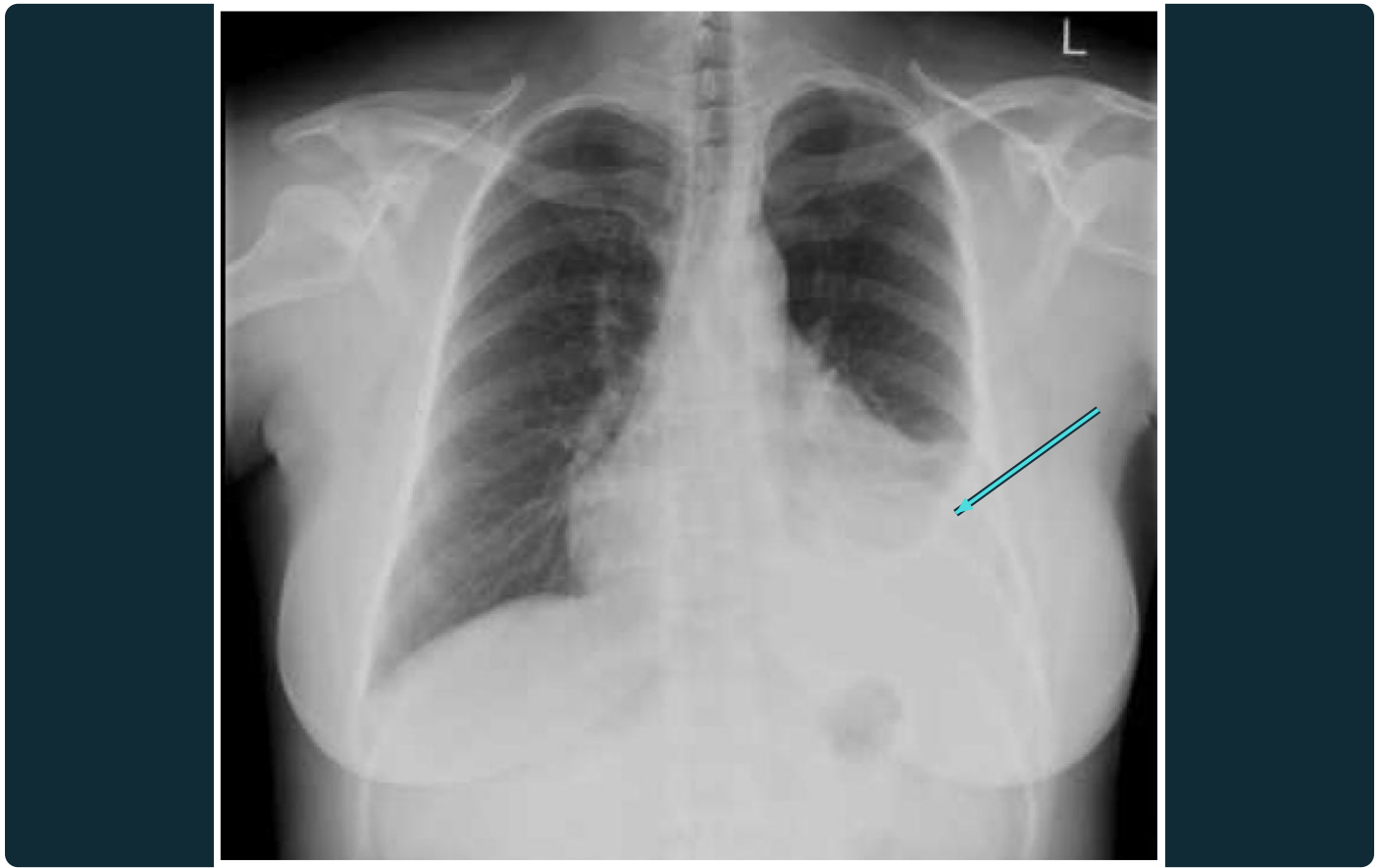
PISTA DE VOLUMEN

Busca desplazamiento de cisuras, aproximación de vasos, elevación diafragmática y desplazamiento de hilio o mediastino hacia el lado afectado. La forma depende del lóbulo.

No concluyas solo por el color: consolidación y atelectasia pueden coexistir. Si la causa no está clara, considera obstrucción y completa la valoración.

Derrame pleural

Mira los ángulos y el borde superior de la opacidad.



Sundaralingam, Bedawi y Rahman, 2020 [19], fig. 5 · CC BY 4.0. Flecha añadida.

Qué mirar: opacidad basal izquierda, ángulo borrado y borde superior curvo o menisco. La marca L identifica la izquierda del paciente.

QUÉ CAMBIA CON LA POSICIÓN

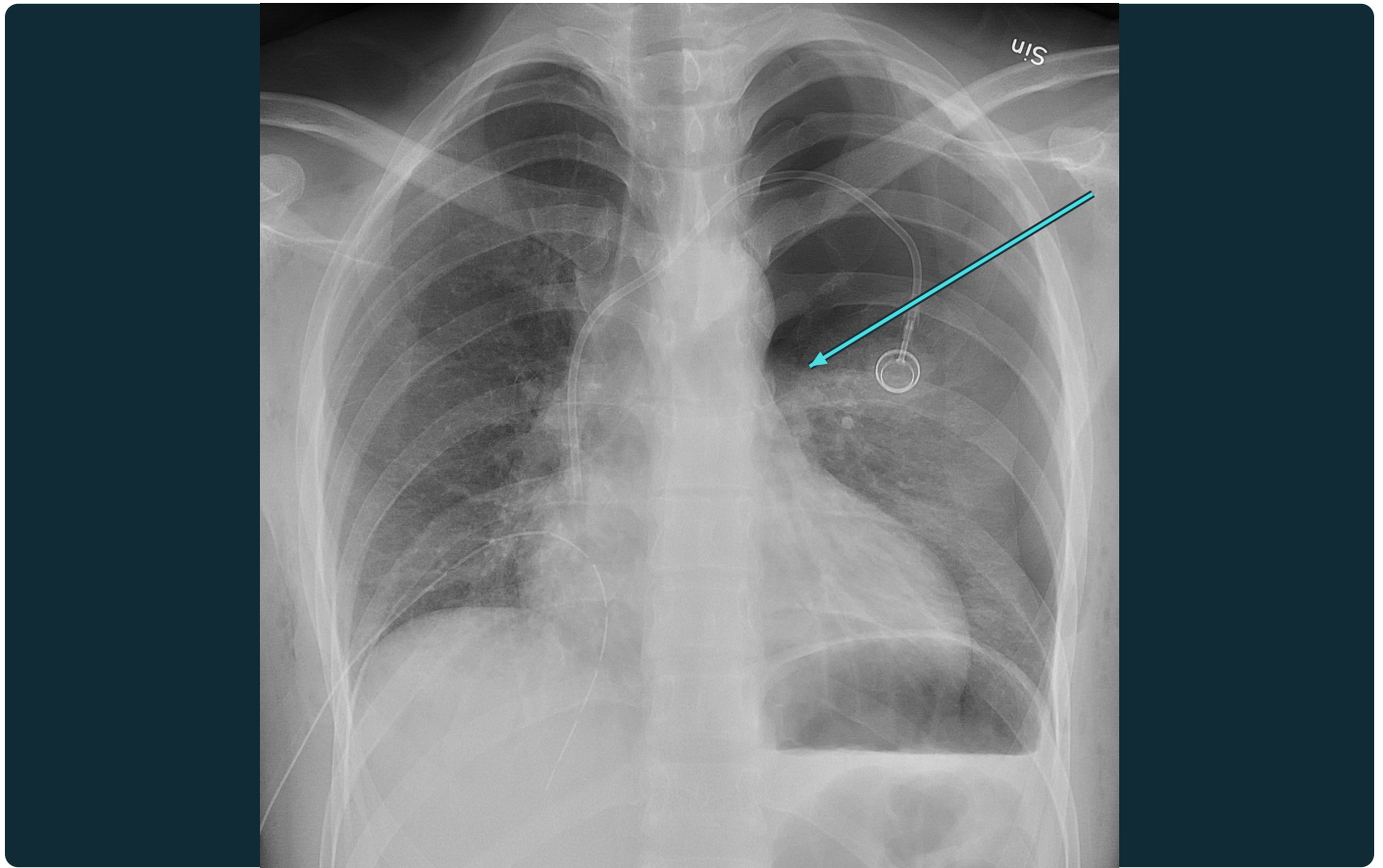
En decúbito el líquido puede extenderse posteriormente y producir una opacidad difusa sin un menisco clásico. Un ángulo conservado no excluye un derrame pequeño.

SIGUIENTE PREGUNTA

La imagen no determina si es transudado, exudado o empiema. El ultrasonido ayuda a confirmar líquido y a planear una punción segura cuando esté indicada.

Neumotórax

Una línea pleural separa pulmón de aire extrapulmonar.



M. Häggström, 2018 · CC0. Proyección AP en espiración, caso de neumotórax izquierdo tras colocación de port.

Qué mirar: línea pleural izquierda y región hiperlúcida sin trama vascular periférica. Hay un reservorio venoso; no confundir su trayecto con pleura.

DOS ACLARACIONES

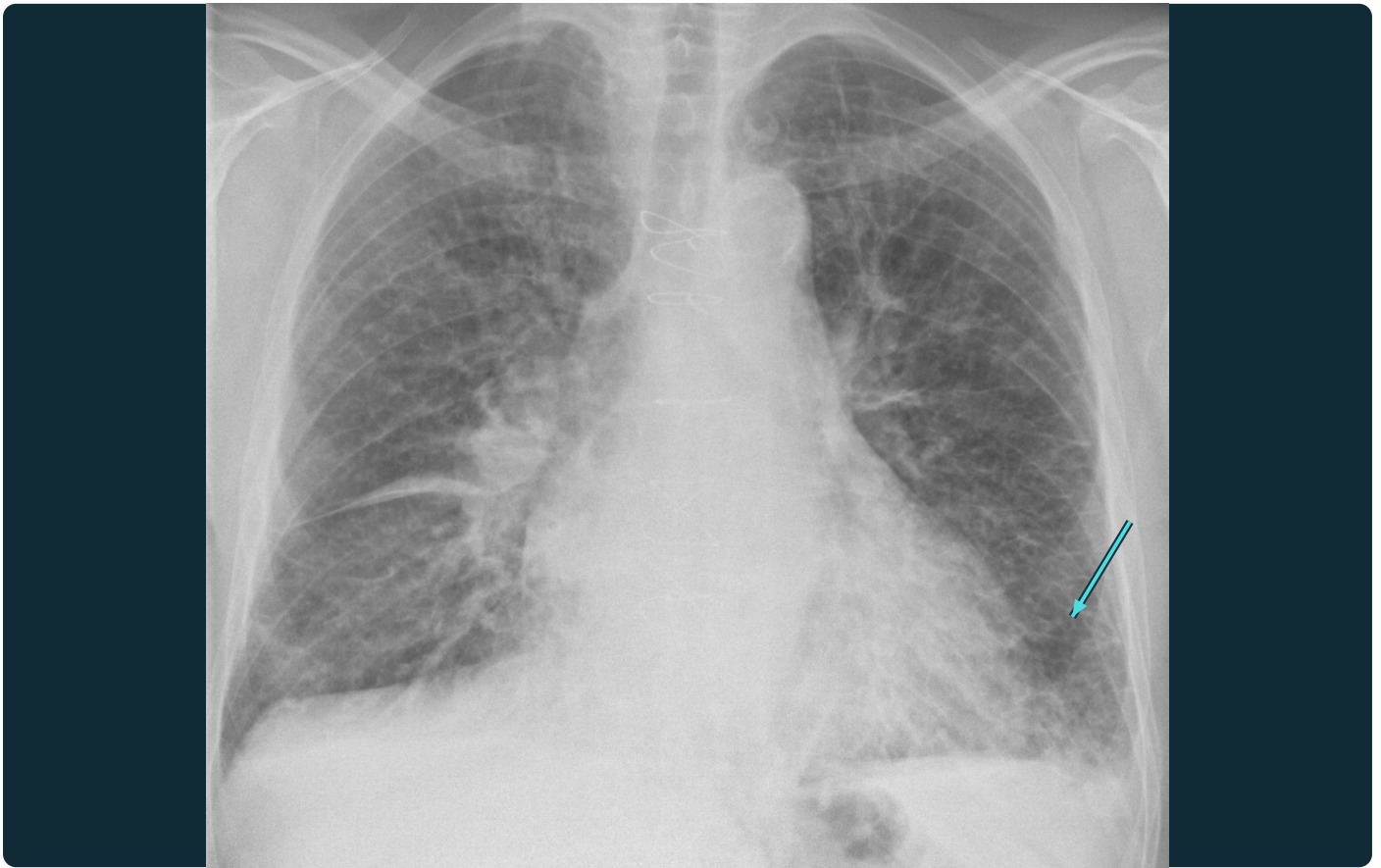
Esta placa en espiración es un ejemplo histórico, no una recomendación de obtener espiración rutinaria. En supino, busca también un surco costofrénico anormalmente profundo.

ALERTA CLÍNICA

Si se sospecha neumotórax a tensión en un paciente inestable, no se espera una radiografía para activar el manejo urgente. El desplazamiento mediastínico aislado no define “tensión”.

Congestión y edema

Integra líneas, vasos, pleura y silueta cardíaca.



M. Häggström, 2017 · CC0. Ejemplo publicado con líneas de Kerley B y congestión; no es edema alveolar florido.

Qué mirar: líneas cortas en la periferia basal, mayor prominencia vascular y cambios cardíacos/pleurales. Las líneas de Kerley B corresponden a septos engrosados.

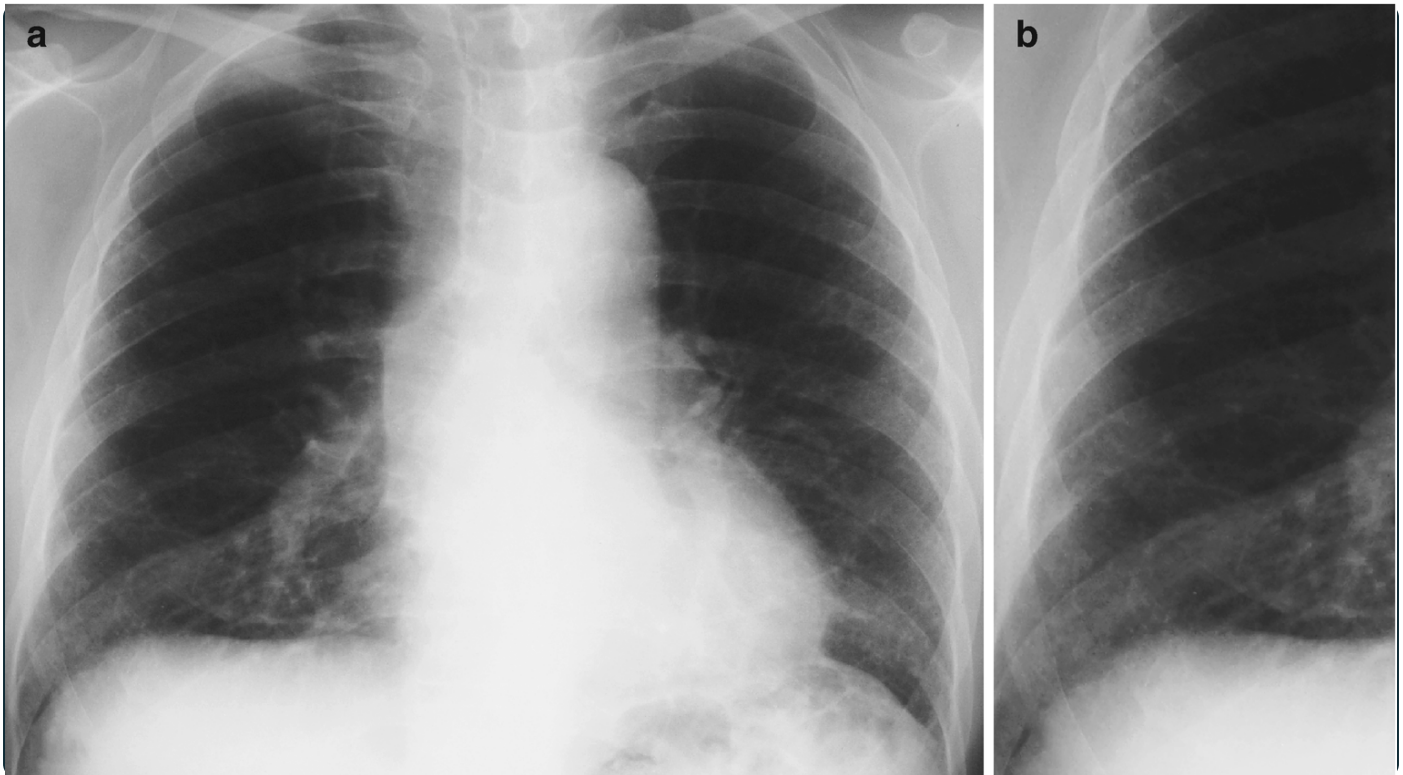
PATRÓN, NO CONFIRMACIÓN AISLADA

El edema hidrostático puede mostrar redistribución vascular, engrosamiento septal, opacidades alveolares y derrames. Puede ser asimétrico. La clínica y la evolución importan.

Una silueta aumentada en PA sugiere aumento de tamaño, pero no mide función. El índice cardiotorácico es ancho cardíaco/ancho interno torácico: >0.50 es una orientación en PA bien inspirada; no aplicarlo automáticamente a AP.

Patrón reticular

Reconoce una red de líneas antes de llamarla fibrosis.



Gerald F. Abbott, 2025, atlas IDKD. CC BY 4.0. Paneles seleccionados; sin retoque radiológico. Figura 14.9 [17]; radiografía PA (a) y detalle basal derecho (b).

Qué mirar: finas opacidades reticulares periféricas basales. El panel b amplía la base derecha. El caso de origen corresponde a enfermedad intersticial fibrosante temprana.

DIFERENCIALES

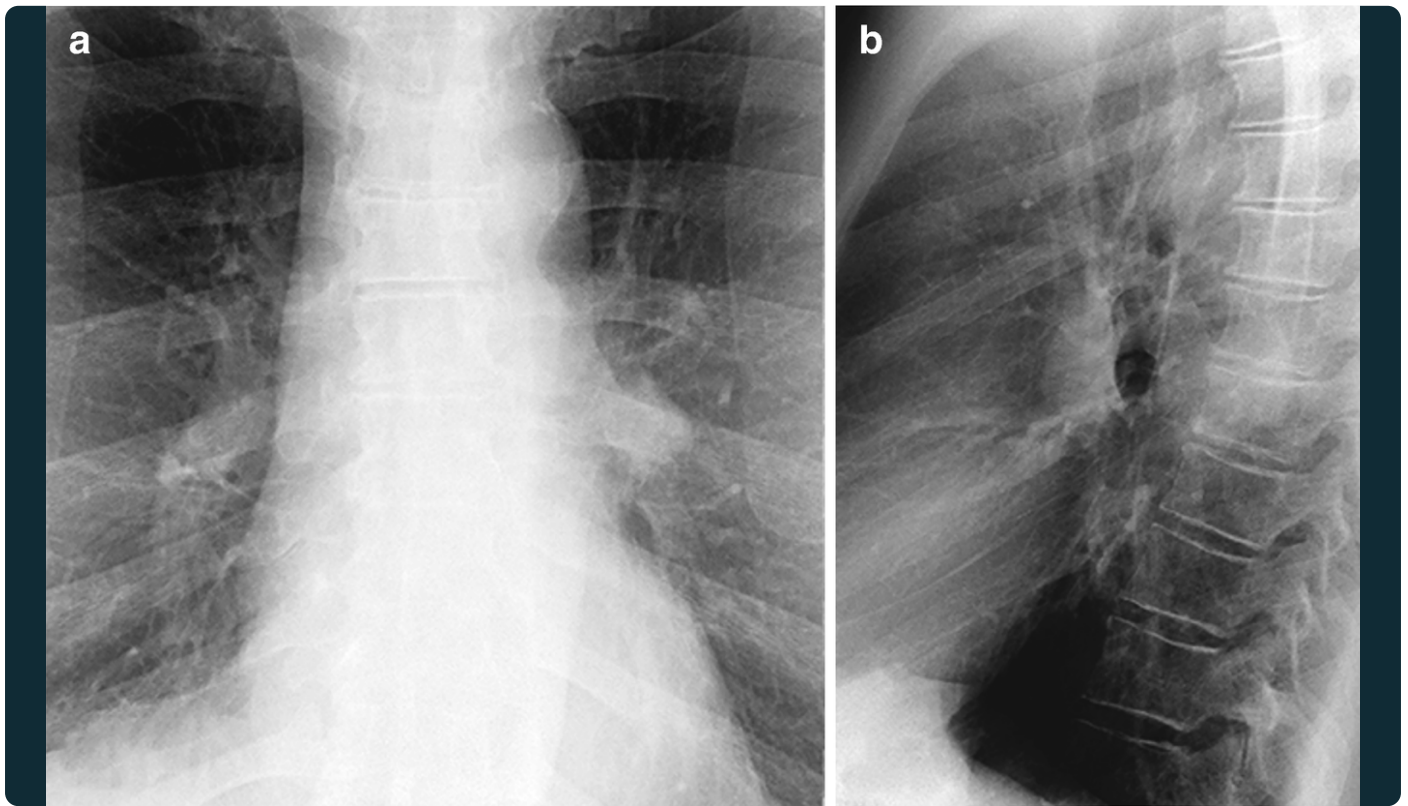
Una reticulación también puede aparecer por edema u otros procesos intersticiales. La radiografía no clasifica con precisión el subtipo de enfermedad intersticial.

SIGUIENTE PASO

Con sospecha clínica de enfermedad intersticial, la TC de cortes finos caracteriza el patrón. No concluir “neumonía atípica” o “fibrosis” solo por líneas.

Hilios, nódulos y masas

Compara densidad y contornos; revisa los previos.



Gerald F. Abbott, 2025, atlas IDKD. CC BY 4.0. Paneles seleccionados; sin retoque radiológico. Figura 14.5a-b [17]. Se muestran PA y lateral; se omite el panel de TC.

Qué mirar: mayor densidad retrohiliar izquierda en la frontal y opacidad superpuesta a la columna en la lateral. El diagnóstico de origen fue cáncer pulmonar; la placa por sí sola no determina histología.

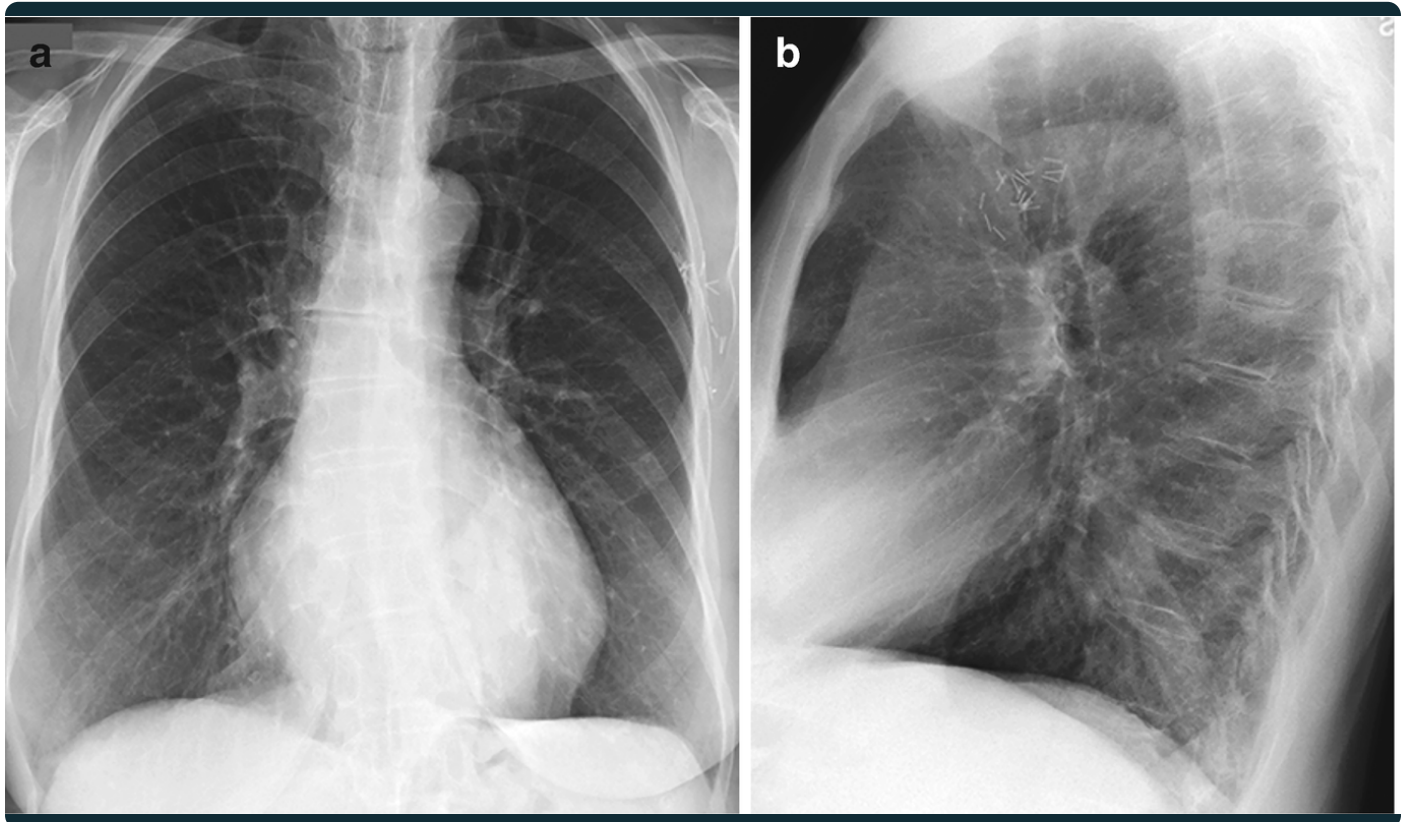
NO TODA OPACIDAD REDONDA ES UN NÓDULO

Pezones, vasos superpuestos, lesiones de pared y objetos externos pueden simularlo. La comparación y la TC ayudan a caracterizar un nódulo indeterminado.

No apliques reglas de seguimiento de nódulos de TC directamente a una radiografía. En adultos ≥ 35 años con nódulo indeterminado en RX, ACR orienta a TC sin contraste para caracterización; contexto oncológico e inmunosupresión requieren individualizar.

Detrás del corazón

Una frontal aparentemente tranquila puede ocultar una lesión.



Gerald F. Abbott, 2025, atlas IDKD. CC BY 4.0. Paneles seleccionados; sin retoque radiológico. Figura 14.16a-b [17]. PA y lateral; el panel de TC se omite.

Qué mirar: opacidad retrocardíaca izquierda más visible en la lateral. En el caso publicado correspondió a una neoplasia confirmada con TC.

REVISA CINCO ZONAS CIEGAS

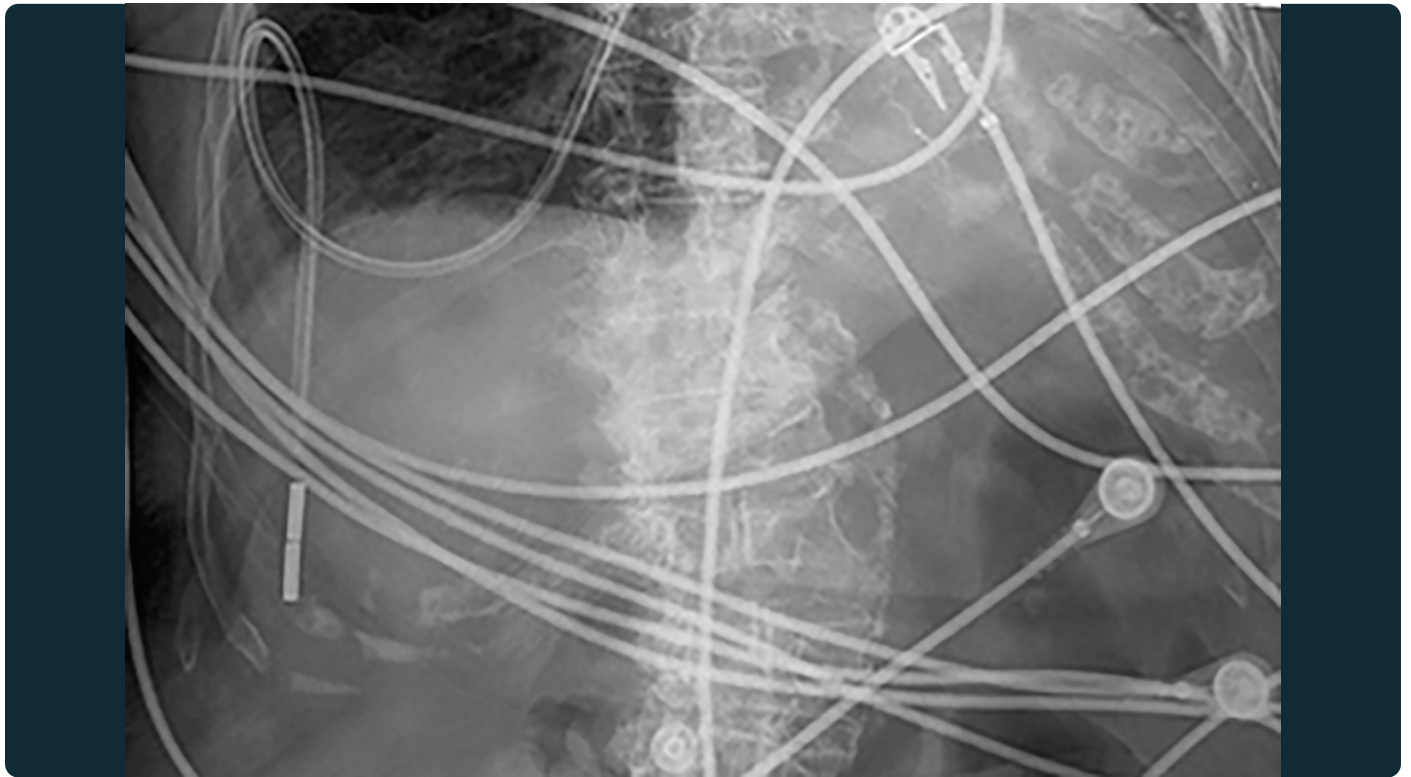
Ápices, hilios, detrás del corazón, debajo de diafragmas y regiones superpuestas a costillas/clavículas. Recorre esas zonas después de tu lectura habitual.

NO TE DETENGAS EN EL PRIMER HALLAZGO

Una línea, un derrame o un dispositivo llamativo puede distraer de otra lesión. Compara con estudios previos, pero evita que un previo también mal interpretado perpetúe el error.

Sigue la sonda completa

La punta “baja” no garantiza una posición gástrica.



Gerald F. Abbott, 2025, atlas IDKD. CC BY 4.0. Paneles seleccionados; sin retoque radiológico. Figura 14.1 [17]. AP portátil: sonda de alimentación en espacio pleural derecho.

Qué mirar: el trayecto termina en el receso pleural derecho. En la publicación, la sonda pasó por la vía aérea y perforó la pleura. La proyección sobre el abdomen puede engañar.

COMPROBACIÓN DE SEGURIDAD

Recorre desde el inicio, distingue esófago de bronquios y verifica paso diafragmático, punta y orificios distales según dispositivo y protocolo. Si la posición no está confirmada, no utilizar la sonda para alimentación o medicación.

Comunicación: una posible malposición es un hallazgo que debe informarse de inmediato al equipo. No intentes corregirla basándote solo en esta guía.

Tubos y catéteres: lista útil

Siempre evalúa también las complicaciones.

Dispositivo	Revisión básica
Tubo endotraqueal	Identifica carina y punta. En adulto, orientación frecuente: unos 3-5 cm sobre la carina con cuello neutro. La posición del cuello cambia la punta. No usar una distancia aislada como comprobación única.
Sonda enteral	No debe seguir un bronquio. Revisa trayecto esofágico, paso diafragmático y punta/orificios más allá de la unión gastroesofágica. El campo debe incluir la punta.
CVC	Revisa trayecto y destino según tipo de catéter. Para muchos CVC de infusión se busca vena cava superior distal/unión cavaauricular; los de diálisis pueden tener otro objetivo.
Drenaje pleural	Valora localización y orificios laterales intratorácicos, acodamientos y complicaciones. La dirección adecuada depende de qué se drena.

DESPUÉS DE REVISAR LA PUNTA

Busca neumotórax, derrame nuevo, ensanchamiento mediastínico y enfisema subcutáneo. La RX no garantiza permeabilidad, función ni posición tridimensional exacta.

Qué no debe esperar

Primero el paciente; después la descripción completa.

Escenario	Hallazgo / acción de lectura
Deterioro + sospecha de tensión	Aviso y atención inmediata. No retrasar por una placa ni por completar esta lista.
Dispositivo en vía aérea o punta peligrosa	Comunicar sospecha urgente, detener su uso cuando proceda y verificar con el equipo.
Un hemitórax blanco	Hacia el lado opaco: pérdida de volumen. Hacia el opuesto: efecto de masa, por ejemplo líquido. Sin desplazamiento: consolidación o procesos combinados. Son pistas, no diagnósticos únicos.
Mediastino amplio + clínica sugestiva	Revisa técnica y previos; si hay sospecha vascular aguda, valoración urgente y estudio indicado. No descartar lesión porque la RX sea normal.
Aire subdiafragmático inesperado	Correlacionar con cirugía reciente y abdomen agudo; comunicar si se sospecha perforación.

NUNCA DRENES UNA “OPACIDAD” POR SU APARIENCIA

Un hemitórax blanco puede tener causas muy distintas. Confirmar líquido y localizar acceso seguro con ultrasonido cuando se considere un procedimiento.

Los imitadores más comunes

Pregúntate si el hallazgo pertenece al pulmón.

Imitador	Cómo reducir el error
Pliegue de piel	Puede cruzar el borde torácico; a veces se ven vasos más allá. Si la duda importa, otra proyección o ultrasonido según el contexto.
Pezón o lesión cutánea	Forma/localización pueden simular nódulo. Marcadores cutáneos o proyección adicional si está indicado; no asumir simetría perfecta.
Escápula, costilla, cable	Sigue su continuidad. La suma de sombras puede formar una falsa opacidad.
Baja inspiración / rotación	Puede aumentar la silueta o la densidad basal. Describe la limitación antes de diagnosticar.
Bulla / hiperclaridad	No confundir con aire pleural. Tampoco confirmar EPOC solo por hiperinsuflación: requiere contexto y espirometría.

SI NO ESTÁS SEGURO

Es válido decir “hallazgo indeterminado por superposición o técnica; requiere correlación y valoración adicional”. Es más preciso que afirmar una enfermedad sin sustento.

Cuándo completar estudios

Pide una prueba para responder una pregunta concreta.

Situación	Orientación
RX negativa/indeterminada + alta sospecha	En enfermedad respiratoria aguda con datos relevantes, ACR considera apropiada la TC en escenarios seleccionados. No pedirla de rutina a todos.
Derrame o duda de líquido	Ultrasonido para confirmar, caracterizar y guiar acceso si hay indicación. TC si se necesita evaluar causas o complicaciones.
Nódulo indeterminado	TC para caracterizar según edad y contexto. Revisar estudios previos.
Sospecha de TEP	Una RX normal no lo excluye. Sigue probabilidad clínica y algoritmo de dímero D/angio-TC o V/Q, según corresponda.
Seguimiento de neumonía	Individualizar por evolución, factores de riesgo y sospecha de lesión subyacente; evitar controles sin pregunta clínica.

COMPARAR ES UN ESTUDIO COMPLEMENTARIO

Pide el previo y su fecha. Distingue una opacidad nueva de una secuela, y un cambio de enfermedad de un cambio de técnica.

Cómo presentar tu lectura

Un informe breve puede ser ordenado y honesto.

PLANTILLA DE CINCO LÍNEAS

1. Técnica y limitaciones.
2. Comparación y fecha.
3. Hallazgos: localización, patrón, volumen y asociados.
4. Impresión principal, diferenciales razonables y grado de certeza.
5. Recomendación/aviso urgente cuando corresponda.

EJEMPLO EDUCATIVO: ANATOMÍA DE REFERENCIA

“Radiografía PA. Sin previo disponible. Sin opacidad focal ni signos radiográficos evidentes de derrame o neumotórax. Silueta cardiomediastínica sin aumento aparente. Sin hallazgos agudos evidentes en esta proyección.”

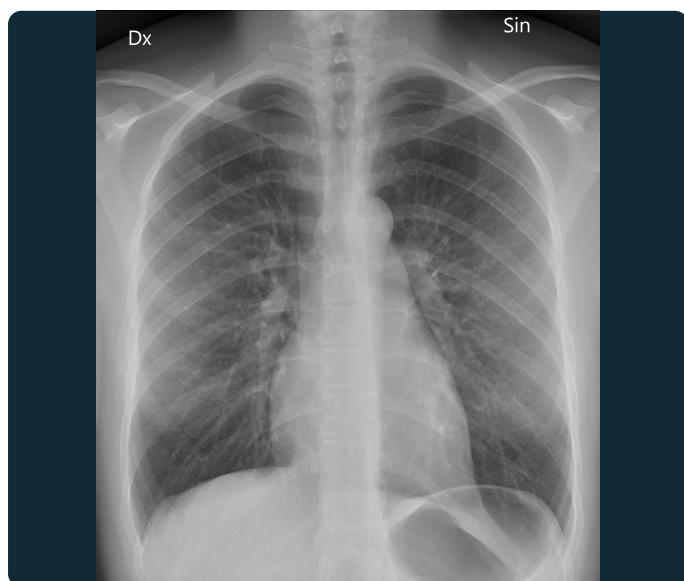
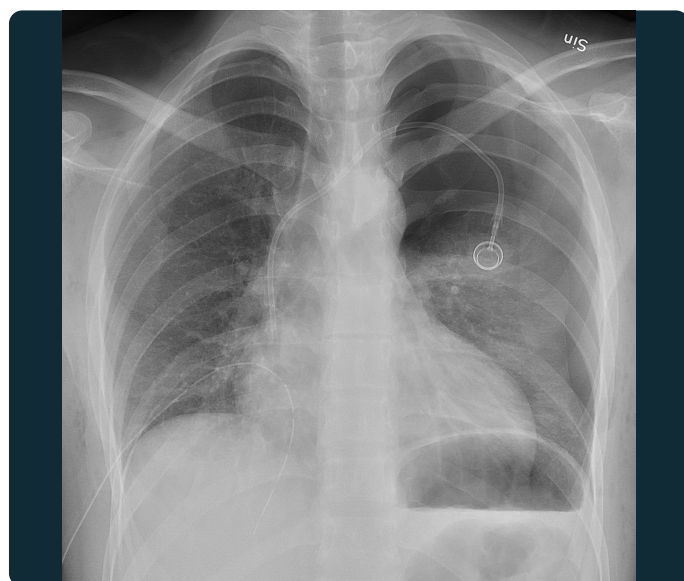
EJEMPLO EDUCATIVO: OPACIDAD FOCAL

“Opacidad en zona media-basal derecha con borramiento parcial del borde cardíaco derecho, compatible con patrón de consolidación del lóbulo medio. Correlacionar con clínica; la imagen no establece etiología.”

Evita: “placa normal” sin reconocer límites, “infiltrado” sin localización o un diagnóstico etiológico obtenido solo de una imagen. Estos modelos son para comunicar tu valoración inicial; no sustituyen el informe radiológico.

Practica: cuatro placas reales

Antes de ver las respuestas, escribe hallazgo, localización y siguiente pregunta.

**A****B****C****D**

A: ¿qué revisarías antes de llamarla sin hallazgos agudos?

B: ¿qué borde está alterado y qué lóbulo orienta?

C: ¿es aire o líquido pleural? ¿cómo lo confirmarías?

D: ¿qué línea y qué trama vascular debes buscar?

Respuestas razonadas

Describe lo que está visible y lo que aún no puedes saber.

A · ANATOMÍA DE REFERENCIA

PA sin hallazgo agudo evidente en el ejemplo de origen. Revisa primero calidad, ambos pulmones, pleura, mediastino y zonas ciegas. Una placa aparentemente normal no excluye toda patología.

B · OPACIDAD DERECHA

Opacidad media-basal derecha con borramiento parcial del borde cardíaco derecho: orienta al lóbulo medio. Caso de origen: neumonía. La RX sola no define el microorganismo.

C · LÍQUIDO PLEURAL IZQUIERDO

Opacidad basal con menisco y ángulo borrado. El ultrasonido puede confirmar líquido; la causa requiere integrar clínica y, cuando se indique, análisis pleural. No se diagnostica empiema por el menisco.

D · NEUMOTÓRAX IZQUIERDO

Busca la línea pleural y ausencia de vasos hacia la pared. El port es un dato del caso, no un marcador de lateralidad. En un paciente inestable con sospecha de tensión, el manejo no espera una nueva radiografía.

Autoevaluación: 1 punto por localizar; 1 por describir el patrón; 1 por señalar una limitación; 1 por proponer una siguiente pregunta apropiada. Máximo 16. Es una rúbrica editorial para práctica, no una escala clínica validada.

Tu hoja de bolsillo

Repite la misma secuencia frente a cada placa.

Antes	Durante	Al terminar
Paciente + fecha PA/AP + posición Lateralidad Calidad Previos	Aire y vía aérea Pulmones y pleura Corazón, hilios, mediastino Diafragma y abdomen Huesos, tejidos y equipos	Patrón y localización Cambio de volumen Urgencia Hipótesis, no certeza falsa Siguiente paso

CINCO PISTAS

Borde borrado → localiza.
Opacidad + retracción → piensa en pérdida de volumen.
Menisco → piensa en líquido.
Línea pleural + sin vasos periféricos → piensa en neumotórax.
AP o baja inspiración → cuidado con el tamaño cardíaco.

CINCO ZONAS QUE NO OMITIR

Ápices · hilios · retrocardíaca · subdiafragmática · estructuras superpuestas.

ANTES DE CERRAR

¿Revisé todo el tórax? ¿El hallazgo concuerda con el paciente? ¿Hay algo urgente que debo comunicar? ¿Cuál es mi principal limitación?

Glosario: RX = radiografía; PA = posteroanterior; AP = anteroposterior; TC = tomografía; CVC = catéter venoso central; TEP = tromboembolia pulmonar.

Fuentes médicas · 1/3

Años reales de publicación, revisión o corrección. Enlaces activos.

[1] 2022

ACR-SPR-STR. Practice Parameter for the Performance of Chest Radiography. Revisión 2022.

Técnica, adquisición y documentación. [Consultar fuente original](#)

[2] 2024

Bankier AA et al. Fleischner Society: Glossary of Terms for Thoracic Imaging. Radiology 310:e232558.

Definiciones radiológicas y patrones. [Consultar fuente original](#)

[3] 2023

Strickland LR et al. Portable Chest Radiography: Must-Know Findings and Mimics. RadioGraphics 43.

Placa portátil, técnica y artefactos. [Consultar fuente original](#)

[4] 2023

Geftter WB, Hatabu H. Reducing Errors Resulting From Commonly Missed Chest Radiography Findings. Chest 163:634-649.

Búsqueda sistemática y lista de comprobación. Publicación anticipada: 2022. [Consultar fuente original](#)

[5] 2023

Geftter WB, Post BA, Hatabu H. Commonly Missed Findings on Chest Radiographs: Causes and Consequences. Chest 163:650-661.

Áreas ciegas y errores perceptivos. Publicación anticipada: 2022. [Consultar fuente original](#)

[6] 2024 / 2025

ACR. Acute Respiratory Illness in Immunocompetent Patients: 2024 Update. J Am Coll Radiol, publicado 2025.

Indicaciones y elección del siguiente estudio. [Consultar fuente original](#)

[7] 2023

ACR. Incidentally Detected Indeterminate Pulmonary Nodule. Revisión 2023.

Evaluación de nódulos incidentales en adultos. [Consultar fuente original](#)

Fuentes médicas · 2/3

Años reales de publicación, revisión o corrección. Enlaces activos.

[8] 2023

Roberts ME et al. British Thoracic Society Guideline for pleural disease. Thorax 78(Suppl 3):s1-s42.

Neumotórax, derrame e integración clínica. [Consultar fuente original](#)

[9] 2024; corrección 2026

Yamada A et al. Pictorial Review of Pleural Disease: Multimodality Imaging and Differential Diagnosis. RadioGraphics 44.

Signos pleurales; versión corregida el 27 de mayo de 2026. [Consultar fuente original](#)

[10] 2024

Mancò G et al. Lobar collapse: what radiologists need to know. J Med Imaging Intervent Radiol.

Pérdida de volumen y figura clínica 5B. [Consultar fuente original](#)

[11] 2021

Truszkiewicz K, Poręba R, Gać P. Radiological Cardiothoracic Ratio in Evidence-Based Medicine. J Clin Med 10:2016.

Medición y limitaciones del índice cardiorácico. [Consultar fuente original](#)

[12] 2021

Simkus P et al. Limitations of cardiothoracic ratio derived from chest radiographs to predict real heart size. Insights Imaging 12:158.

La silueta no equivale a función ni a tamaño real de cámaras. [Consultar fuente original](#)

[13] 2021

Baratella E et al. Chest X-ray in intensive care unit patients: what there is to know about thoracic devices. Diagn Interv Radiol 27:633-638.

Trayectos, puntas y complicaciones de dispositivos. [Consultar fuente original](#)

[14] 2022

ACR. Suspected Pulmonary Embolism: 2022 Update. J Am Coll Radiol 19:S488-S501.

Límites de la radiografía y estudios de sospecha de TEP. [Consultar fuente original](#)

Fuentes médicas · 3/3

Años reales de publicación, revisión o corrección. Enlaces activos.

[15] 2020

Barile M. Pulmonary Edema: A Pictorial Review of Imaging Manifestations and Current Understanding of Mechanisms of Disease. Eur J Radiol Open 7:100274.

Edema intersticial y alveolar; no se reproducen sus figuras. [Consultar fuente original](#)

[16] 2024

Tárnoki DL et al. Lung imaging methods: indications, strengths and limitations. Breathe 20:230127.

Anatomía, calidad y límites de las modalidades; sin reproducción de figuras. [Consultar fuente original](#)

[17] 2025

Abbott GF. Challenging Chest Radiograph Interpretation. IDKD, Diseases of the Chest, Heart and Vascular System 2025-2028.

Atlas médico complementario: figuras 14.1, 14.5, 14.9 y 14.16. [Consultar fuente original](#)

[18] 2026

Biciusca T et al. Host, Pathogen, and Pulmonary Anatomy in Pneumonia: An Integrated Imaging and Clinical Perspective. Diagnostics 16:1605.

Ejemplo de consolidación: figura 5, CC BY 4.0. [Consultar fuente original](#)

[19] 2020

Sundaralingam A, Bedawi EO, Rahman NM. Diagnostics in Pleural Disease. Diagnostics 10:1046.

Ejemplo de derrame pleural: figura 5, CC BY 4.0. [Consultar fuente original](#)

Créditos de las imágenes

La procedencia visual está separada de la evidencia clínica.

Mikael Häggström, MD · imágenes clínicas originales: archivos públicos bajo CC0 1.0. Estos archivos ilustran anatomía y hallazgos; no son guías de práctica clínica ni se usan como evidencia de tratamiento.

- I1 · PA normal (2017) · [Archivo original y procedencia](#)
- I2 · Lateral (2017) · [Archivo original y procedencia](#)
- I3 · Neumonía lobar (2018) · [Archivo original y procedencia](#)
- I4 · Neumotórax (2018) · [Archivo original y procedencia](#)
- I5 · Kerley B (2017) · [Archivo original y procedencia](#)

Ejemplo	Autoría / figura / licencia
Consolidación	Biciusca et al., 2026 [18], fig. 5 · CC BY 4.0.
Atelectasia	Mancò et al., 2024 [10], fig. 5B · CC BY 4.0.
Derrame pleural	Sundaralingam et al., 2020 [19], fig. 5 · CC BY 4.0.
Intersticio, hilio, retrocardíaca y sonda	Abbott, 2025 [17], figs. 14.9, 14.5a-b, 14.16a-b y 14.1 · CC BY 4.0.

Cambios: escala proporcional, selección de paneles indicada en cada pie y flechas/rótulos superpuestos. No hay hallazgos generados ni eliminación de estructuras. El color se limita al diseño y las anotaciones.

Licencia CC BY 4.0 · CC0 1.0

La antigüedad de una imagen anatómica no se presenta como actualización terapéutica. Para decisiones clínicas se consultan las guías y los artículos fechados.