

Continue



Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Radiografia de tórax em anteroposterior.

Uma radiografia de tórax (radiografia torácica) ou radiografia de tórax é uma imagem obtida pela passagem de raios X ionizantes (radiação eletromagnética) através do tórax (tórax). Isso é útil na triagem e no diagnóstico de várias doenças dos órgãos da cavidade torácica, incluindo as vias aéreas e alvéolos (pulmões), pleura, vasos cardíacos e sanguíneos, ossos, diafragma e certas condições gastrointestinais. Embora a radiografia de tórax seja o estudo de imagem diagnóstica mais amplamente realizado, ela apresenta várias limitações. No entanto, vários outros estudos de imagem estão disponíveis como acompanhamento da radiografia de tórax, proporcionando melhor visualização da doença subjacente.Vistas de Raio-X ao PeitoA radiografia do tórax pode ser feita de diferentes ângulos, com base na direção da passagem dos raios X ionizantes. É referido como "visualizações".A visão póstero-anterior (PA) refere-se a imagens de raios-X tiradas, permitindo que as radiografias passem do lado de trás do corpo para o lado da frente do peito e caiam no filme de raios X colocado na frente do peito. Esta é a visão mais comum e o diagnóstico de doenças pulmonares e tórax.A visão anterior-posterior (AP) refere-se a imagens de raios-X tiradas permitindo que os raios ionizantes passem da frente para trás do tórax, onde o filme de raio-x é colocado. Essa é a visão menos comumente usada, pois a interpretação das informações nesses filmes é difícil. Portanto, essa visão é preferível apenas em pacientes acamados, em condições de ver partes posteriores dos pulmões e de anormalidades de vértebras e escápulas.Vista lateral refere-se a filmes obtidos por raios X de passagem de um lado do paciente para o outro lado onde o filme é colocado.Outras visualizações de radiografia de tórax ocasionalmente utilizadas incluem visão de decúbito (posição deitada), visão oblíqua e expiratória.Estruturas que podem ser examinadas em radiografias de tórax são vias aéreas, sombra cardíaca, costelas e vértebras torácicas, posição da traqueia, ângulo costofrênico (ângulo entre diafragma e caixa torácica), ângulo cardiofrênico, diafragma, parênquima pulmonar, sombra mamária e outros tecidos moles sombras.Opacidades de Raio-X de TóraxAs opacidades localizadas são observadas na pneumonia (inflamação do parênquima pulmonar), inflamação pulmonar devido à exposição à radiação (pneumonite por radiação), infarto do pulmão e certas malignidades pulmonares.Opacidades únicas bem definidas são observadas em câncer de pulmão, tuberculose, infecções bacterianas e fúngicas localizadas, cistos decorrentes de brônquios, malformação de vasos sanguíneos e doenças autoimunes (artrite reumatóide e granulomatose de Wegener).Múltiplas opacidades difusas são observadas na fibrose pulmonar, pneumonia por Pneumocystis carinii , pneumonite alérgica e em doenças pulmonares ocupacionais (pneumoconiose).Opacidades alveolares difusas difusas são observadas no edema pulmonar na insuficiência cardíaca, hemorragia alveolar, síndrome do desconforto respiratório agudo e sarcoidose.Opacidades nodulares difusas são observadas no câncer metastático do pulmão, disseminação hematogênia (sangue) de bactérias, vírus e fungos para o pulmão e em doenças pulmonares ocupacionais.Doenças pulmonares em raios-XFoto do Wikimedia CommonsA tuberculose apresenta-se classicamente com cavidades do lobo superior e infiltrados. Às vezes pode apresentar-se como nódulo solitário ou opacidades difusas. A pneumonia tuberculosa apresenta opacidades localizadas no pulmão. A tuberculose também pode apresentar derrame pleural.Pneumonia (inflamação do parênquima pulmonar) apresenta opacidades localizadas no pulmão. Presença de pneumotóces indica que a causa da pneumonia como infecção estafilocócica. Opacidade irregular com lesão cavitária no ápice do pulmão é geralmente causada por infecção tubercular. A asma brônquica pode causar hiperinsuflação em pacientes com asma brônquica leve e moderada parece normal.A pneumonite alérgica aguda e subaguda pode se apresentar com infiltração do pulmão mal definida, difusa e irregular. Pneumonite alérgica crônica e pneumonite alérgica progressiva apresentam aparência de ponte de mel.A fibrose pulmonar geralmente é secundária à tuberculose pulmonar, portanto mais comum perto do ápice dos pulmões. A fibrose pulmonar geralmente puxa a traqueia para o lado da fibrose.Derrame pleural (coleta de líquido no saco pleural) apresenta opacidade homogênea uniforme, que é inclinada obliquamente com mais opacidades em direção à extremidade externa da margem do pulmão. Traqueia e coração podem ser deslocados para o lado oposto do derrame pleural. Os ângulos costofrênicos e cardiofrênicos são tipicamente obliterados no derrame pleural.Liquido pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): aumento da translucência, diminuição da marcação pulmonar, achatamento do diafragma, hiperinsuflação pulmonar e presença de bolhas sugerem enfisema. Outros achados sugestivos de DPOC em radiografia incluem opacidades pneumônicas e características de insuficiência cardíaca.Pneumotórax (coleta de ar no saco pleural): haverá opacidade uniforme em um lado do pulmão e traqueia e o coração será empurrado para o lado oposto do pneumotórax.O hidropneumotórax apresenta opacidades uniformes com o menisco exatamente transversal à linha do paciente. Traqueia e coração serão empurrados para o lado oposto do hidropneumotórax (coleta, caracterizado pela coleção de pus na cavidade pleural, mostra o nível de líquido semelhante ao hidropneumotórax.O abscesso pulmonar é caracterizado pela coleta de pus nos pulmões, que é caracterizada pela presença de cavidade preenchida com líquido e ar no raio-X.Bronquectasia (dilatação destrutiva das vias aéreas maiores): isso pode parecer normal na radiografia, mas certos tipos de bronquiectasias podem mostrar dilatações císticas com ou sem níveis de fluido no ar. As vias aéreas dilatadas podem parecer paralelas, dando aparência de trilho de bonde quando vistas longitudinalmente, ou podem mostrar sombras de anel quando vistas em seção transversal.Embolia pulmonar : pode apresentar fluxo sanguíneo focal reduzido (oligemia), opacidades em forma de cunha e, às vezes, pode haver aumento da artéria pulmonar direita.Atelectasia é o colapso ou fechamento de alvéolos afetando uma parte ou todo o pulmão. Os alvéolos são tipicamente desinsuflados e exercem uma pressão negativa que puxa a traqueia e o coração para o lado da atelectasia.O câncer de pulmão pode se apresentar como nódulo pulmonar solitário principalmente próximo ao ápice do pulmão, e a radiografia de veias mostra um tempo de deflatação de 6 a 18 meses nos cânceres malignos e um tempo de duplicação de mais de 24 meses no caso de cânceres benignos. Às vezes, os cânceres também podem se apresentar como lesão cavitária no pulmão.A pneumoconiose (doenças pulmonares ocupacionais) deve-se à exposição crônica a minerais, metais e material orgânico que caracteristicamente apresentam pneumonite alérgica. A exposição à poeira de sílica e carvão é caracterizada por pequenas opacidades redondas e a exposição à asbestose é caracterizada por lesões lineares.Cardiopatis em Raios-XA insuficiência cardíaca pode estar associada ao aumento do coração, à proeminência da marcação vascular nos pulmões e à variação na forma do coração. A insuficiência cardíaca aguda apresenta características de edema pulmonar e intersticial.A coarctação da aorta é a constrição da aorta distal à artéria subclávia esquerda e isso se apresenta com dilatação da artéria subclávia esquerda e do arco da aorta ascendente. Pode haver entalhe de 3 a 9 costelas devido à erosão da costela inferior por vasos sanguíneos colaterais dilatados. A cardiomiopatia dilatada apresenta aumento do tamanho do coração. A cardiomiopatia hipertrófica e restritiva pode mostrar um aumento cardíaco muito leve na radiografa. O derrame pericárdico é uma coleção de líquido no saco pericárdico. Raio-X pode mostrar aumento do tamanho do coração e do coração aparecem em forma de garrafa de água.A etiologia da Fallot é uma doença cardíaca caracterizada por estenose pulmonar, hipertrófia ventricular direita, comunicação interventricular e anulação da aorta. Na radiografia de tórax, o coração aparece em forma de bota e a marcação vascular no pulmão pode estar diminuída.Doenças das Válvulas em Raios-XA estenose pulmonar é obstrução ao fluxo de sangue do ventrículo direito para a artéria pulmonar devido ao estreitamento da artéria pulmonar e está associada ao aumento do ventrículo direito.A estenose mitral é um estreitamento da abertura da válvula mitral, portanto, causa resistência ao fluxo de sangue do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo. A radiografia mostra o átrio esquerdo, haverá aumento da proeminência dos vasos sanguíneos pulmonares. Calcificação do anel mitral pode ser visualizada em raios-X.A estenose aórtica é o estreitamento da abertura da aorta, portanto, o ventrículo esquerdo pode não bombear sangue suficiente para a aorta a cada batimento cardíaco. A hipertensão do ventrículo esquerdo do coração pode apresentar-se com o arredondamento do ápice do coração na radiografia de tórax.A regurgitação aórtica é o fluxo de volta do sangue da aorta para o ventrículo esquerdo. A radiografia mostra o deslocamento do coração para baixo e para fora do ápice do coração. Poucos casos podem mostrar dilatação da aorta.A estenose tricúspide é caracterizada pela obstrução do fluxo sanguíneo do átrio direito para o ventrículo direito, devido ao estreitamento da abertura da válvula tricúspide. Isso se apresenta com aumento do átrio direito e aumento da proeminência da veia cava.Doenças gastrointestinais nos raios X do tóraxHérnias hiatais podem ser diagnosticadas com radiografias de tórax. A grande hérnia pode ser feita na radiografia de tórax normal, e pode haver hérnias gastrointestinais de aspiração nos lóbulos inferiores do pulmão. Radiografia de tórax com contraste de bário mostra claramente a hérnia perto da extremidade inferior do esôfago e a presença de gás sob o diafragma no raio-X.Raios X de peito de acidente de trânsito a motorFratura de costelas e coluna vertebral pode ser feita em uma radiografia de tórax.Outras características devido a lesões traumáticas como pneumotórax, hemorragia na cavidade torácica e hidropneumotórax podem ser diagnosticadas com radiografia de tórax. O Dr. Victor Nichols, MD, é um dos dois únicos cirurgiões na cidade de New York e um dos cinco cirurgiões no estado de New York qualificados para realizar a prostatectomia robótica, e ele usa o sistema robótico da Vinci. Tudo que um médico precisa saber sobre sinais radiológicos no tórax. Tire suas dúvidas com a Sanar! A radiografia do tórax, comumente conhecida como raio-x do tórax, é um exame diagnóstico não invasivo que utiliza raios-X para obter imagens dos órgãos e estruturas localizadas dentro do tórax. Essa técnica é amplamente utilizada na prática médica devido à sua eficácia, rapidez e baixo custo. O raio-X do tórax é frequentemente solicitado para avaliar as condições dos pulmões, coração, vasos sanguíneos, ossos e outras estruturas torácicas. Um sinal, do latim *signalis*, significa indicio ou manifestação, sendo basicamente um termo objetivo para descrever algo. Quando falamos em raciocínio clínico, é algo que vemos em um paciente durante um exame físico, por exemplo, como a turgência jugular em um paciente com insuficiência cardíaca congestiva. Ter esse indicio não indica, necessariamente, que a doença está presente, mas auxilia no diagnóstico. Assim como na propedêutica, o diagnóstico por imagem também funciona por meios de sinais, sendo padrões característicos reconhecíveis ou altamente sugestivos para um grupo de patologias. Para fazer uma análise dinâmica da radiografia torácica, devemos fazer o RIF e o ABCDE do tórax. Depois de verificar a imagem, analisar os critérios de qualidade dele baseado nos padrões de rotação, inspiração e penetração. **Aéreas/Airways**: verificar ar na traqueia, brônquios, pulmões e pleura. **Breath**: verificar bordas dos pulmões; **Coração/Circulation**: coração e pulmões, nessa fase medimos o índice cardiotorácico. **Vessels**: basicamente coração, vasos e mediastino. **Diaphragm**: observar partes moles, esqueleto (costelas, vértebras, clavículas e escápulas) e escaletão. **Pura**: leitura mais profunda, procurando a presença de gás sob o tórax. Além da visualização do módulo Imagem do Tórax da Sanarfix fica fácil ainda mais o conteúdo. **Ar**: principais características desse sinal são as opacidades alveolares, associadas a brônquios fisiológicos púrvios, com conteúdo aéreo. Comumente, associado com uma consolidação, isto é, uma lesão onde ocorre redução da transparência. (imagem fica mais "branca", sem haver perda de volume pulmonar), porém pode estar associada também com nódulos, massas e também pode surgir na atelectasia. Esse sinal costuma aparecer na pneumonia, outras situações são em casos de edema pulmonar e em tumores como o adenocarcinoma pulmonar. Sinal do broncograma aéreo (seja maior) e na silhueta (seja menores). Na tomografia torácica, como ele aparece? Na tomografia, fica mais fácil de visualizar o broncograma aéreo, sendo bem característico pela diferença de densidade. Nesse sinal há uma formação de u invertido na radiografia de tórax, uma porção côncava e uma convexa. Comumente, é associado com uma atelectasia, ou seja, uma lesão que reduz a transparência pulmonar (pulmão fica mais branco), com perda de volume. Observe que é diferente de uma consolidação; a atelectasia costuma "traicionar" estruturas, enquanto a consolidação não. Normalmente, vemos esse padrão em tumores do lobo superior do pulmão (carcinomas broncogênicos centrais, por exemplo). O sinal demonstra uma massa peri-hilar comprimindo brônquios do lobo superior, formando a porção côncava da opacidade (aspecto de S invertido) e a porção convexa representa a atelectasia pós-obstrutiva entrando em colapso. Indica perda da definição da borda ou margem de uma estrutura ("perda da silhueta") que está em contato com opacidade de atenuação semelhante, ou seja, as porções do tórax são quase da mesma densidade radiológica. Essas lesões estão associadas a consolidações ou massas. Os nódulos e massas são outros tipos de lesões que aparecem no diagnóstico por imagem, são basicamente opacidades ovaladas que se diferenciam pelo seu tamanho: Quando menores de 3 cm de diâmetro, são chamadas de nódulos; Quando maiores, de massas. Diversos achados podem gerar apapamento da silhueta, como a Pneumonia total Pneumoniais (doenças causadas pela inalação de poeiras e partículas), sarcoidose e outras formas de fibrose pulmonar. O sinal da Cimitarra é um achado radiológico raro observado na radiografia de tórax. Caracterizado pela presença de características desses sinais são opacidades alveolares distribuídas ao redor dos hilos pulmonares, simetricamente. O sinal da asa de borboleta é mais frequentemente associado a doenças pulmonares, como edema pulmonar cardiogênico e fibrose pulmonar. No edema pulmonar cardiogênico, que ocorre devido a um mau funcionamento do coração, o acúmulo de líquido nos pulmões causa um aumento da densidade e opacidade nos campos pulmonares inferiores, que pode lembrar a forma de uma asa de borboleta na radiografia do tórax. O sinal da corcova de Hampton, também conhecido como sinal da opacidade retrocardíaca, é um achado radiológico observado na radiografia do tórax de pacientes com embolia pulmonar. O sinal da corcova de Hampton aparece como uma opacidade triangular ou em forma de cunha no espaço retrocardíaco do tórax na radiografia. Dessa forma, a opacidade é formada pela presença de um coágulo que bloqueia parcialmente o fluxo sanguíneo em uma artéria pulmonar. É chamado de "corcova" devido à sua forma de cunha e sua localização na região posterior do coração. A identificação do sinal da corcova de Hampton na radiografia do tórax pode ser um indicativo de embolia pulmonar e pode ajudar no diagnóstico precoce dessa condição potencialmente grave. O sinal de Westermark é um achado radiológico observado nas radiografias do tórax e é associado a condições como embolia pulmonar e infarto pulmonar. Assim, o sinal de Westermark refere-se a uma área de hipopneitização (redução da entrada de ar) no pulmão afetado pela obstrução de uma artéria pulmonar por um coágulo de sangue. Na radiografia do tórax, observa-se uma região de diminuição da radiotransparência, representando essa área de hipopneitização. Geralmente, essa opacidade localizada vem acompanhada por um aumento compensatório da radiotransparência nas áreas pulmonares adjacentes. Embora o sinal de Westermark seja um achado radiológico sugestivo de embolia pulmonar, ele não é específico para essa condição. Outras condições, como infarto pulmonar e pneumonia, também podem apresentar opacidades semelhantes na radiografia do tórax. Portanto, é necessário levar em consideração a história clínica, sintomas e outros exames complementares para confirmar o diagnóstico. As características desse sinal são alargamento mediastinal (paratraqueal direita, normalmente) e hilar bilateral (gânglios hilares) devido à linfadenomegalia, visto na radiografia em póstero-anterior (PA). Estão associadas a lesões reticulares finas ou em forma de consolidação por acúmulo de células nos gânglios linfáticos, nesse caso, apagando a trama vascular pulmonar (imagem esbranquiçada). Pode estar presente em lesões típicas de sarcoidose. Para a sinal de Chailiditi é um achado radiológico incomum no qual há a interposição de uma alça de intestino delgado entre o fígado e o diafragma, resultando em uma imagem radiolúcida (mais clara) na radiografia do tórax. Descrito pela primeira vez por Demetrius Chailiditi, em 1910. Normalmente, o diafragma separa o tórax dos órgãos abdominais. No entanto, em certas circunstâncias, pode ocorrer a interposição de alças intestinais entre o fígado e o diafragma, levando à formação do sinal de Chailiditi. Isso pode ocorrer devido a condições como um posicionamento anormal do cólon, aumento de mobilidade do cólon, ausência de fixação do cólon transverso ou defeitos congênitos no diafragma. Geralmente, o sinal de Chailiditi é assintomático e acidentalmente detectado em radiografias do tórax realizadas por outras razões. No entanto, em alguns casos raros, pode estar associado a sintomas como dor abdominal, distensão, náuseas, vômitos e dificuldade respiratória. O sinal da "vela" ou do "barco à vela" é um termo utilizado para descrever um achado radiológico característico observado nas radiografias do tórax. Esse sinal está associado à doença pulmonar intersticial, mais especificamente à fibrose pulmonar idiopática (FPI). Na radiografia de tórax, o sinal da "vela", visualizado como uma opacidade linear curva e fina, se estende desde a região periférica dos pulmões até o hilo pulmonar. Essa aparência lembra a vela de um barco, daí o nome do sinal. A fibrose pulmonar idiopática é uma doença crônica progressiva que causa a formação excessiva de tecido cicatricial (fibrose) nos pulmões. Portanto, o sinal da "vela", achado comum nessa condição e causado pela tração exercida pelo tecido fibroso sobre as margens pulmonares. Dessa forma, além da fibrose pulmonar idiopática, observa-se o sinal da "vela" em outras doenças pulmonares intersticiais, como pneumoconioses (doenças causadas pela inalação de poeiras e partículas), sarcoidose e outras formas de fibrose pulmonar. O sinal da Cimitarra é um achado radiológico raro observado na radiografia de tórax. Caracterizado pela presença de características desses sinais são opacidades alveolares distribuídas ao redor dos hilos pulmonares, simetricamente. O sinal da asa de borboleta é mais frequentemente associado a doenças pulmonares, como edema pulmonar cardiogênico e fibrose pulmonar. No edema pulmonar cardiogênico, que ocorre devido a um mau funcionamento do coração, o acúmulo de líquido nos pulmões causa um aumento da densidade e opacidade nos campos pulmonares inferiores, que pode lembrar a forma de uma asa de borboleta na radiografia do tórax. O sinal da corcova de Hampton, também conhecido como sinal da opacidade retrocardíaca, é um achado radiológico observado na radiografia do tórax de pacientes com embolia pulmonar. O sinal da corcova de Hampton aparece como uma opacidade triangular ou em forma de cunha no espaço retrocardíaco do tórax na radiografia. Dessa forma, a opacidade é formada pela presença de um coágulo que bloqueia parcialmente o fluxo sanguíneo em uma artéria pulmonar. É chamado de "corcova" devido à sua forma de cunha e sua localização na região posterior do coração. A identificação do sinal da corcova de Hampton na radiografia do tórax pode ser um indicativo de embolia pulmonar e pode ajudar no diagnóstico precoce dessa condição potencialmente grave. O sinal de Westermark é um achado radiológico observado nas radiografias do tórax e é associado a condições como embolia pulmonar e infarto pulmonar. Assim, o sinal de Westermark refere-se a uma área de hipopneitização (redução da entrada de ar) no pulmão afetado pela obstrução de uma artéria pulmonar por um coágulo de sangue. Na radiografia do tórax, observa-se uma região de diminuição da radiotransparência, representando essa área de hipopneitização. Geralmente, essa opacidade localizada vem acompanhada por um aumento compensatório da radiotransparência nas áreas pulmonares adjacentes. Embora o sinal de Westermark seja um achado radiológico sugestivo de embolia pulmonar, ele não é específico para essa condição. Outras condições, como infarto pulmonar e pneumonia, também podem apresentar opacidades semelhantes na radiografia do tórax. Portanto, é necessário levar em consideração a história clínica, sintomas e outros exames complementares para confirmar o diagnóstico. As características desse sinal são alargamento mediastinal (paratraqueal direita, normalmente) e hilar bilateral (gânglios hilares) devido