



Cómo interpretar una Radiografía de Tórax

Guía rápida para estudiantes y profesionales de Carreras de la Salud

Silvana F. Ciardullo

www.radiología2cero.com



Sobre mí

Mi nombre es **Silvana Ciardullo**. Soy médica, especialista en Diagnóstico por Imágenes.

Además de mi actividad asistencial, soy docente en la carrera de Medicina. Hace unos años descubrí el e-learning y sus inmensas posibilidades. Y decidí formarme para crear material digital de aprendizaje que fuera efectivo y atractivo.

Mientras aprendía, producía materiales en distintos formatos y los compartía a través de las redes. Sin embargo, algo faltaba.

Comprendí que para ser útil, necesitaba llegar al lector de forma personalizada. Así nació mi página web “Radiología 2.0”. Aquí te espero para guiarte en el aprendizaje de la interpretación de las imágenes médicas.



Índice

[Introducción](#)

[Objetivos](#)

[Interpretación de la radiografía de tórax](#)

[Las 5 preguntas](#)

[2. La calidad de la imagen](#)

[3. La lista de comprobación](#)

[A Air ways / Vías aéreas](#)

[B Breathing / Respiración](#)

[C Circulation / Cardiovascular](#)

[D Disabilities \(bones\) / Estructuras óseas](#)

[E Everything else / Todo lo demás](#)

[4. Las medidas normales](#)

[5. Lo que no puedes dejar de ver](#)

[Resumen](#)

[Despedida](#)

[Apéndice I - Lista de comprobación ABCDE](#)

Introducción

La **radiografía de tórax** es el estudio más solicitado y una excelente herramienta para realizar diagnósticos de patologías agudas y crónicas, además de actuar como una herramienta de seguimiento.

La **interpretación** de la radiografía de tórax es una **competencia básica** para los estudiantes de Medicina, médicos en general y otros profesionales de la salud.

En el camino recorrido durante tus estudios de grado y posgrado seguramente aprendiste mucho sobre las imágenes médicas. Sin embargo, en ocasiones, la interpretación de un estudio tiene sus dificultades.

Es cierto que un análisis detallado es resorte del especialista. Pero es importante que puedas **identificar los signos de patología** que requieren atención inmediata o especializada de tu paciente.

Me propongo guiarte en este aprendizaje. Y para recorrer este largo camino, vamos a dar el primer paso. Lo básico. Te explico **paso a paso cómo interpretar una radiografía de tórax**.

Objetivos

Al finalizar la lectura de esta guía:

- Serás capaz de definir si una radiografía de tórax cumple con los requerimientos técnicos necesarios para su análisis.
- Tendrás un esquema ordenado de interpretación para la radiografía de tórax.

Interpretación de la radiografía de tórax

En mi experiencia, he comprobado que establecer una **secuencia de lectura** es la forma más práctica de reducir los errores por omisión. Una vez has creado un **hábito de trabajo**, también es la forma más rápida de evaluar las imágenes.

En la literatura especializada (y en las aulas universitarias) encontrarás decenas de métodos para describir una radiografía de tórax. Todos son igualmente válidos y (asumo) suficientemente probados.

“Crea tu propio sistema de lectura y repítelo cada vez, hasta convertirlo en un hábito.”

En esta guía rápida te presento una secuencia de lectura, fácil de recordar y que puedes aplicar en pocos minutos, para interpretar una radiografía de tórax.

Son en orden secuencial:

1. **Las cinco preguntas**
2. **La calidad de la imagen**
3. **La lista de comprobación: ABCDE**
4. **Las medidas normales**
5. **Lo que no puedes dejar de ver**

Veamos cada una con más detalle.

1. Las 5 preguntas

Es importante que respondas a estas 5 preguntas **antes de poner tu atención en la imagen médica**. (Fig. 1)

Para los colegas de lengua inglesa, son cinco preguntas que comienzan con **“W”**:

- **Who?**
- **What?**
- **Where?**
- **When?**
- **Why?**

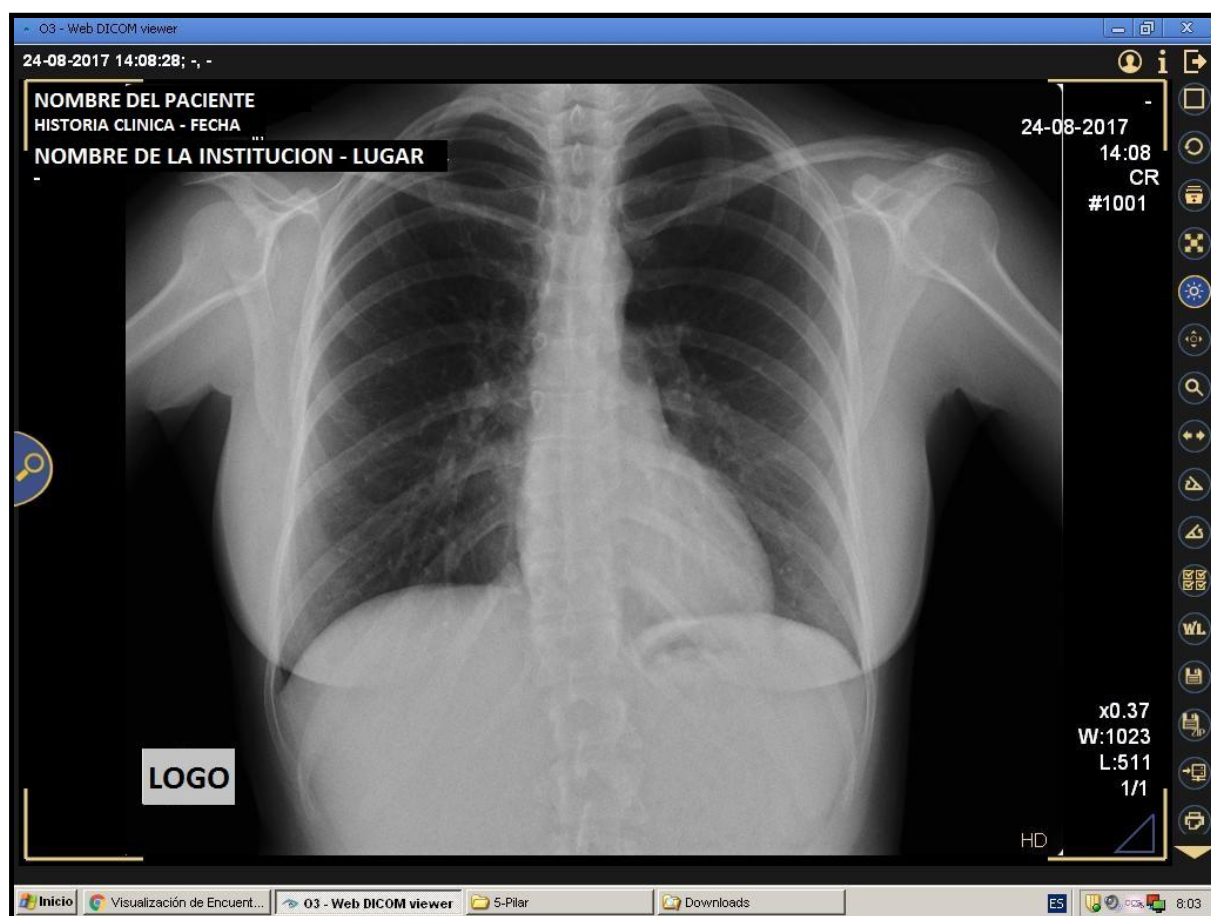


Fig. 1 Captura de pantalla del monitor para informes, que muestra la imagen de una radiografía de tórax obtenida con un equipo de radiología digital indirecta, almacenada y distribuida por un sistema PACS. En la esquina superior izquierda, el espacio reservado para los datos filiatorios del paciente. Arriba a la derecha, fecha y hora de la realización del estudio.

Who? - ¿Quién?

¿A quién pertenecen las imágenes? ¿Son realmente de tu paciente?

Busca los datos filiatorios del paciente. Básicamente, nombre y apellido. Eventualmente, puedes necesitar otros datos. Por ejemplo, el número de historia clínica, la fecha de nacimiento o el número del DNI.

What? - ¿Qué?

¿Qué estudio es? Se trata de una radiografía de tórax PA o AP. Se tomó en bipedestación o en decúbito supino.

¿Qué uso le vas a dar? ¿Necesitas confirmar la ausencia o la presencia de patología?.

Where? - ¿Dónde?

¿Dónde se tomó la imagen?.

Ten en cuenta las circunstancias en las que se realizó el estudio. ¿Es un paciente ambulatorio? ¿Se hizo en la sala de emergencias o en la UCI?.

When? - ¿Cuándo?

¿Cuándo se hizo la radiografía? ¿Hoy? ¿Ayer? ¿Hace una semana? ¿Un mes?

Why? - ¿Porqué?

¿Porqué le indicaron el estudio a este paciente? Indaga sobre el motivo de consulta y el contexto clínico general.

2. La calidad de la imagen

Nos aproximamos a la imagen. Una vista general nos permitirá decidir si la radiografía es de buena calidad técnica.

“Un estudio radiográfico de tórax que carece de calidad confunde al clínico y puede conducirlo a tomar decisiones erróneas”

Evalúa estas tres condiciones: rotación, inspiración y exposición.

Rotación

Observa el **extremo proximal de ambas clavículas**. Deben ser **equidistantes de la línea media**. La línea media coincide con la proyección de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales. (Fig. 2)

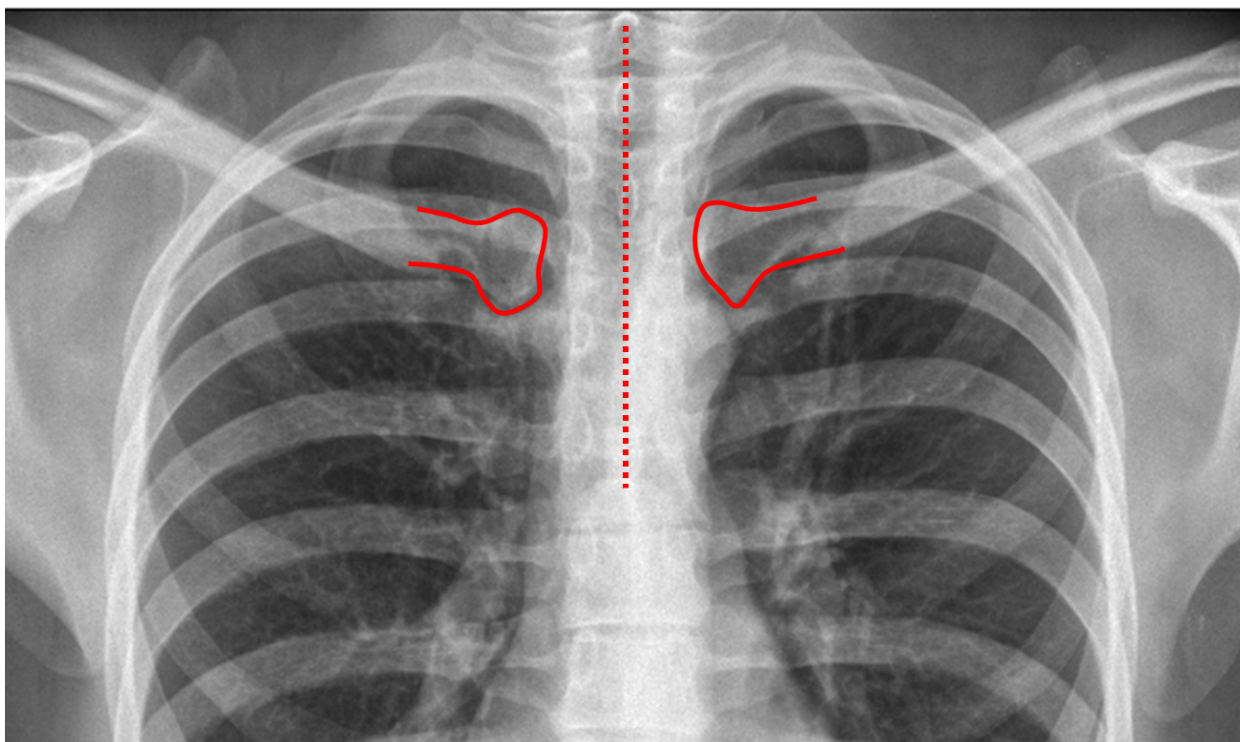


Fig. 2 Radiografía de tórax centrada. La epífisis de ambas clavículas son equidistantes de la línea media, representada por la apófisis espinosas de las vértebras dorsales.

Inspiración

La inspiración es óptima si puedes contar de 6 a 7 arcos costales anteriores o 10 a 11 arcos costales posteriores. (Fig. 3)

En un tórax hipoexpandido no se pueden evaluar correctamente la silueta cardíaca y el tercio inferior de los pulmones.

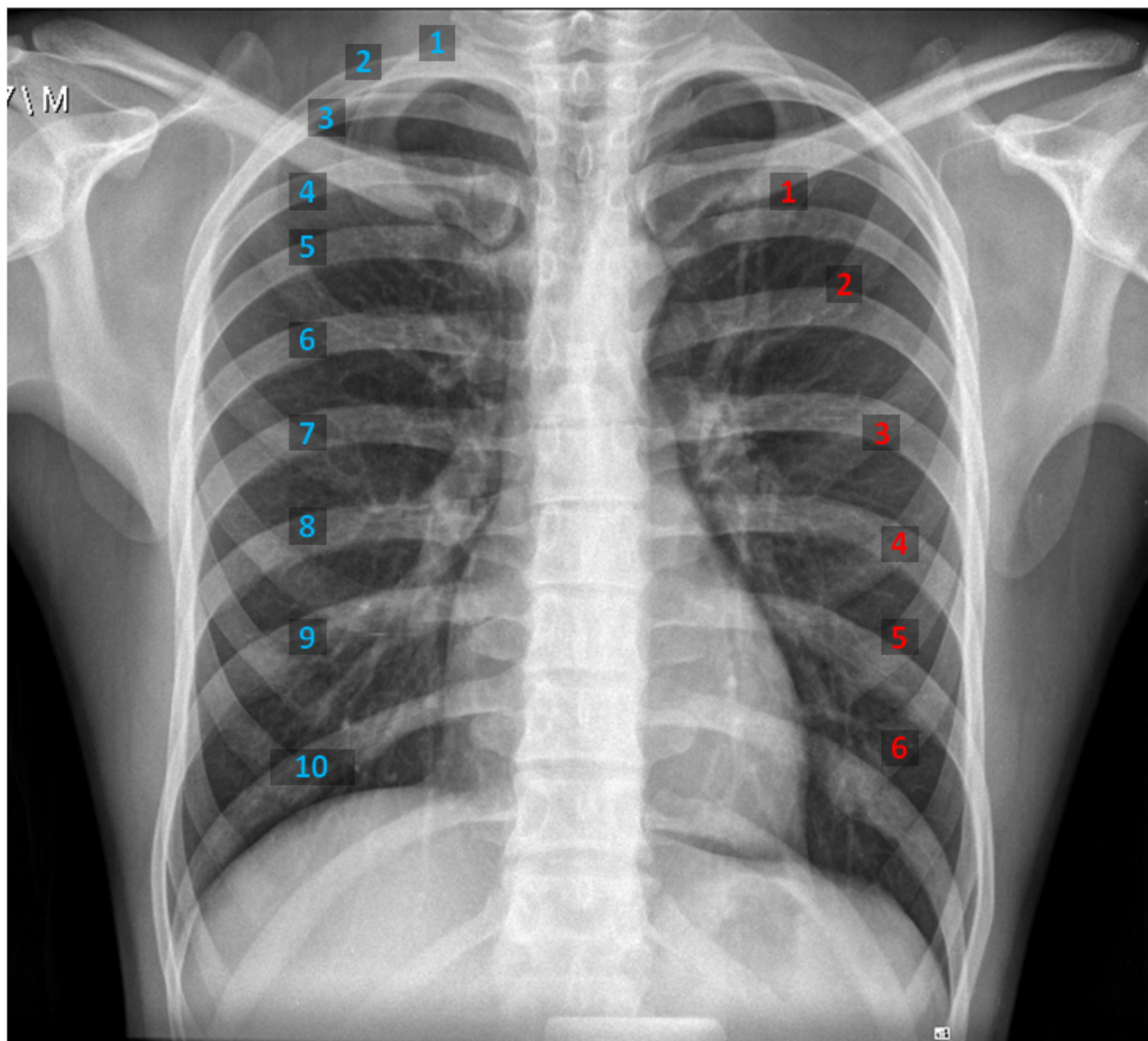


Fig. 3 En una radiografía de tórax con adecuada inspiración son visibles 6 arcos costales anteriores y 10 arcos posteriores.

Exposición

¿La radiografía es demasiado oscura o muy clara? ¿Puedes ver todo lo que necesitas evaluar?

Si la técnica es adecuada podrás ver la columna dorsal hasta D4.

3. La lista de comprobación

Cómo comentaba antes, existen distintos **métodos de lectura** de la radiografía de tórax. Cada profesional puede crear el suyo.

Personalmente, la **mnemotecnica del ABCDE** me parece fácil de recordar. La sigla está formada por la primera letra, en inglés, de las estructuras que vas a evaluar. Les comparto una versión traducida y modificada del artículo original de Radiopaedia.org.

- A** *Air Ways* - Vías aéreas
- B** *Breathing* - Pulmones y Pleura
- C** *Circulation* - Silueta Cardiovascular
- D** *Disabilities (bones)* - Alteraciones óseas
- E** *Everything else* - Todo lo demás

A *Air ways* / Vías aéreas

La evaluación de las vías aéreas a menudo se pasa por alto. (Fig 4)

Comienza en la parte superior de la radiografía. La **tráquea** se visualiza como una columna radiolúcida en la línea media.

Sigue el trayecto hasta su bifurcación, la **carina**. El ángulo que forma debe ser menor a 100°.

Desde la carina, sigue el **bronquio principal derecho**. Vuelve a la carina y traza el **bronquio principal izquierdo**.

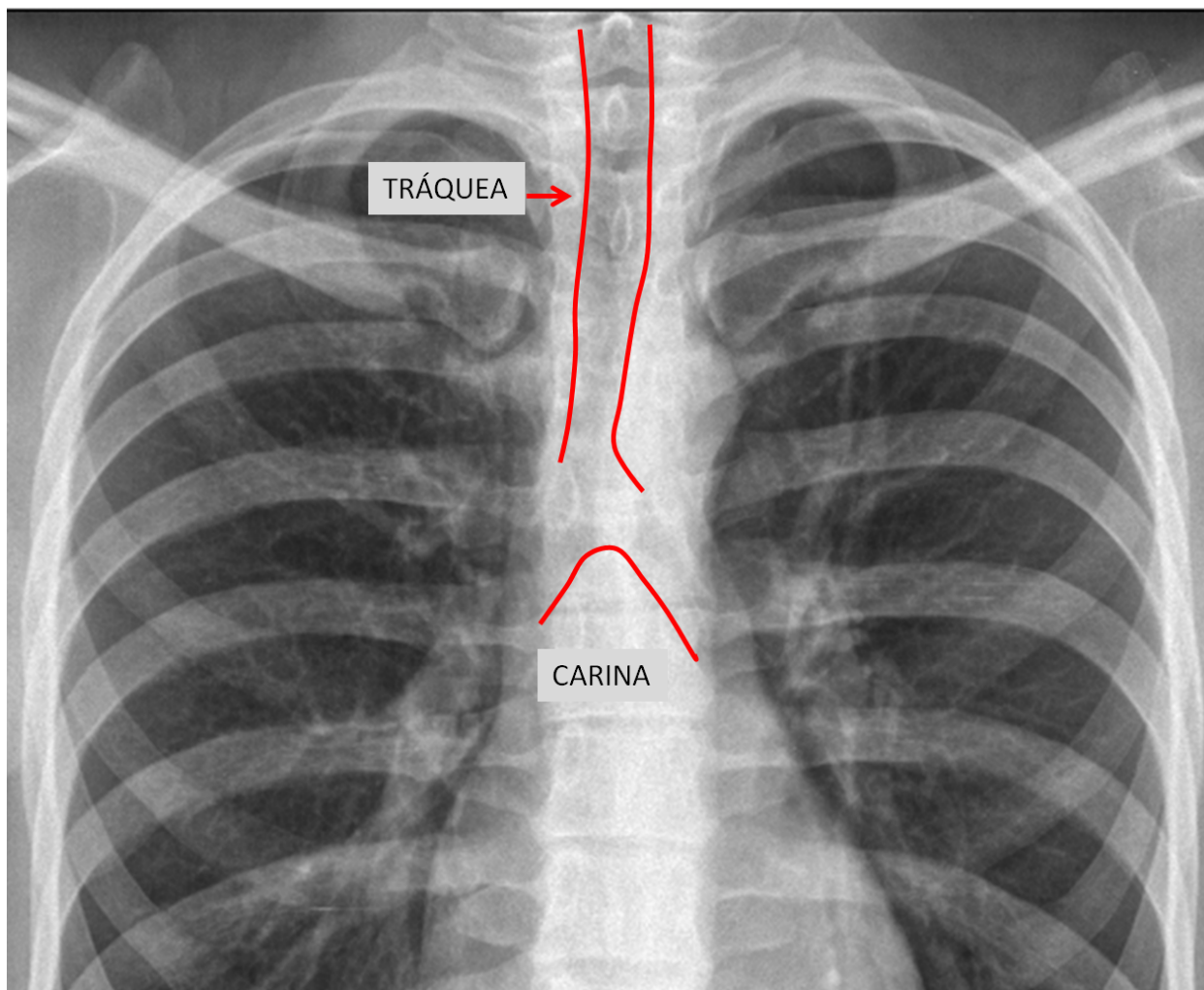


Fig. 4 La vía aérea principal se visualiza cómo columnas radiolúcidas. La tráquea se visualiza en el mediastino superior en la línea media o ligeramente lateralizada a la derecha. La carina representa la bifurcación que origina los bronquios derecho e izquierdo. El bronquio derecho es habitualmente más alto y más horizontal que el izquierdo.

Lista de comprobación:

- ✓ Identifica la tráquea en la línea media.
- ✓ Evalúa su trayecto y su calibre.
- ✓ Visualiza la carina, el ángulo normal es de 100°.
- ✓ Identifica los bronquios fuente y evalúa su calibre.

B Breathing / Respiración

Recuerda la **anatomía radiológica pulmonar y pleural**. Evalúa en forma comparativa ambos hemitórax. Exceptuando a la silueta cardiovascular. **la simetría es la regla**.

Los pulmones

Deben estar bien expandidos y ser de volumen similar.

¿Puedes contar 10 costillas posteriores bilateralmente?. ¿Es un pulmón más grande que el otro?

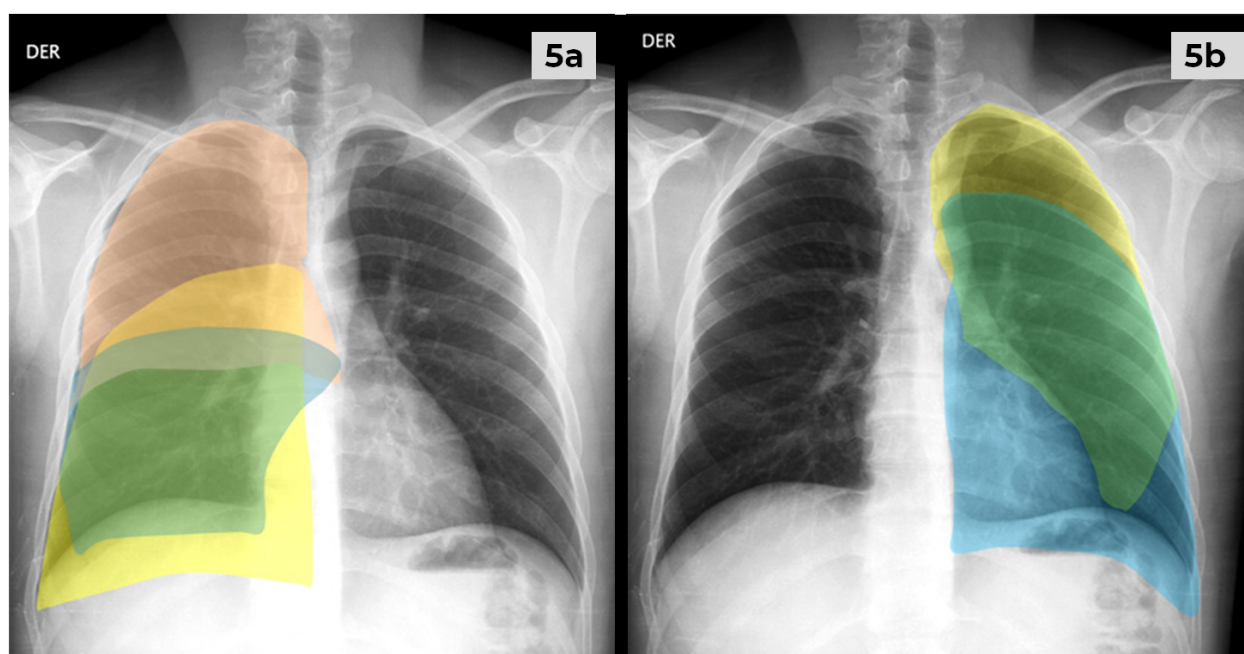


Fig. 5 Segmentación pulmonar. **5a.** En el pulmón derecho las cisuras menor u horizontal y la mayor u oblicua, separan los lóbulos superior medio e inferior. **5b.** En el pulmón izquierdo, los lóbulos superior e inferior están delimitados por la cisura oblicua o mayor.

Los lóbulos y segmentos pulmonares

El **pulmón derecho tiene tres lóbulos**: superior, medio e inferior, divididos por dos cisuras mayor o longitudinal y menor u horizontal. Por encima de la cisura horizontal tenemos el LSD. Por debajo, la línea oblicua de la cisura mayor divide al LID por fuera, del LM. (Fig. 5a)

El **pulmón izquierdo tiene dos lóbulos**, superior e inferior, limitados por la cisura longitudinal. La línea oblicua del pie de la cisura en el tercio inferior del pulmón derecho limita por fuera al LII y por dentro al LSI. (Fig. 5b)

Compara sucesivamente los vértices, los tercios superior, medio e inferior.

¿Son simétricos? ¿Hay áreas de menor o mayor densidad?

La pleura

En el apartado previo describimos las cisuras que delimitan los lóbulos pulmonares, (pleura visceral). Eventualmente pueden reconocerse en la radiografía de tórax.

La pleura que rodea a los pulmones no es visible en la radiografía de tórax. La evaluación de los **márgenes laterales del pulmón** nos dará una idea de su estado. Deben ser **nítidos y bien definidos**.

Comprueba que los senos costofrénicos sean agudos. (Fig. 6)

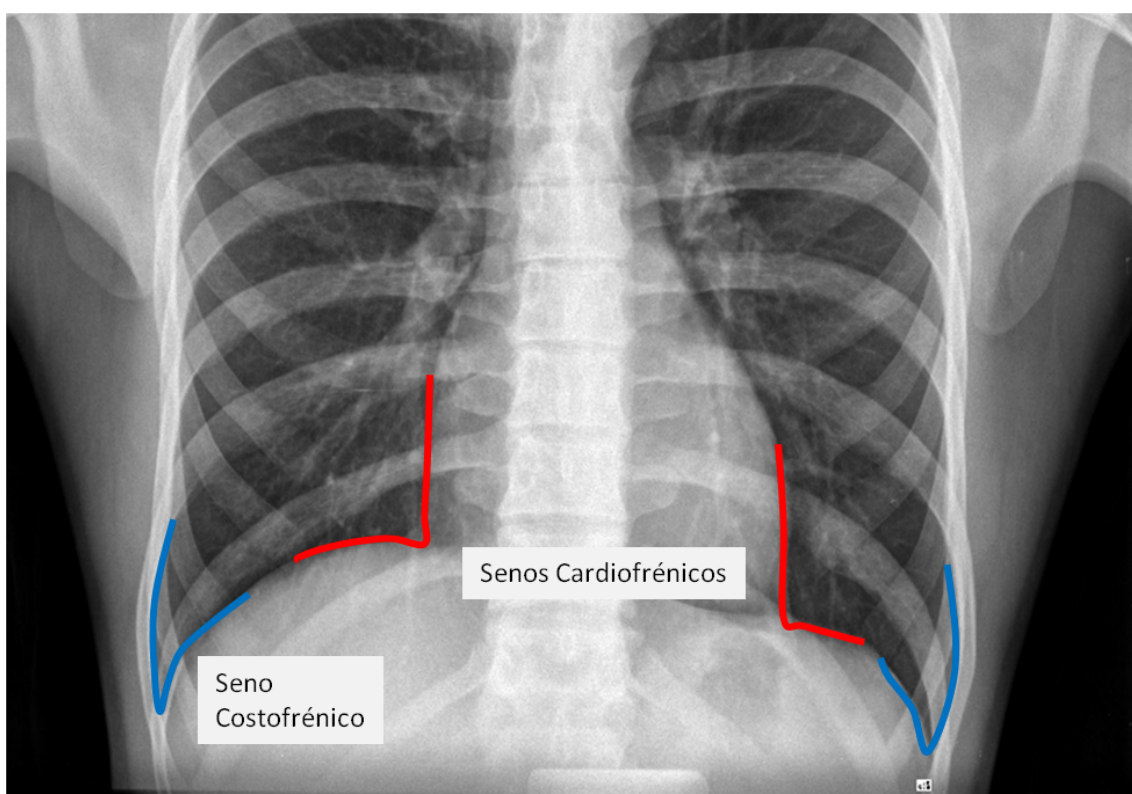


Fig. 6 Para comprobar que no hay patología pleural, evalúa el contorno de ambos pulmones, superior, lateral, basal y mediastinal. Los senos cardiofrénicos libres forman ángulos agudos.

Traza los bordes de la silueta cardiovascular. Comprueba que los bordes son nítidos y claros. (Fig. 9)

Sigue el contorno de los hemidiafragmas hasta la columna vertebral. (Fig. 7) ¿Puedes ver la totalidad de cada hemidiafragma?

Lista de comprobación:

- ✓ Ambos pulmones están expandidos y son similares en volumen.
- ✓ Los vértices, los tercios superior, medio e inferior son simétricos.
- ✓ Los márgenes laterales son normales.
- ✓ Los senos costofrénicos son agudos.
- ✓ Los hemidiafragmas son normales.
- ✓ Los bordes cardíacos son nítidos.
- ✓ El pulmón detrás del corazón es normal.

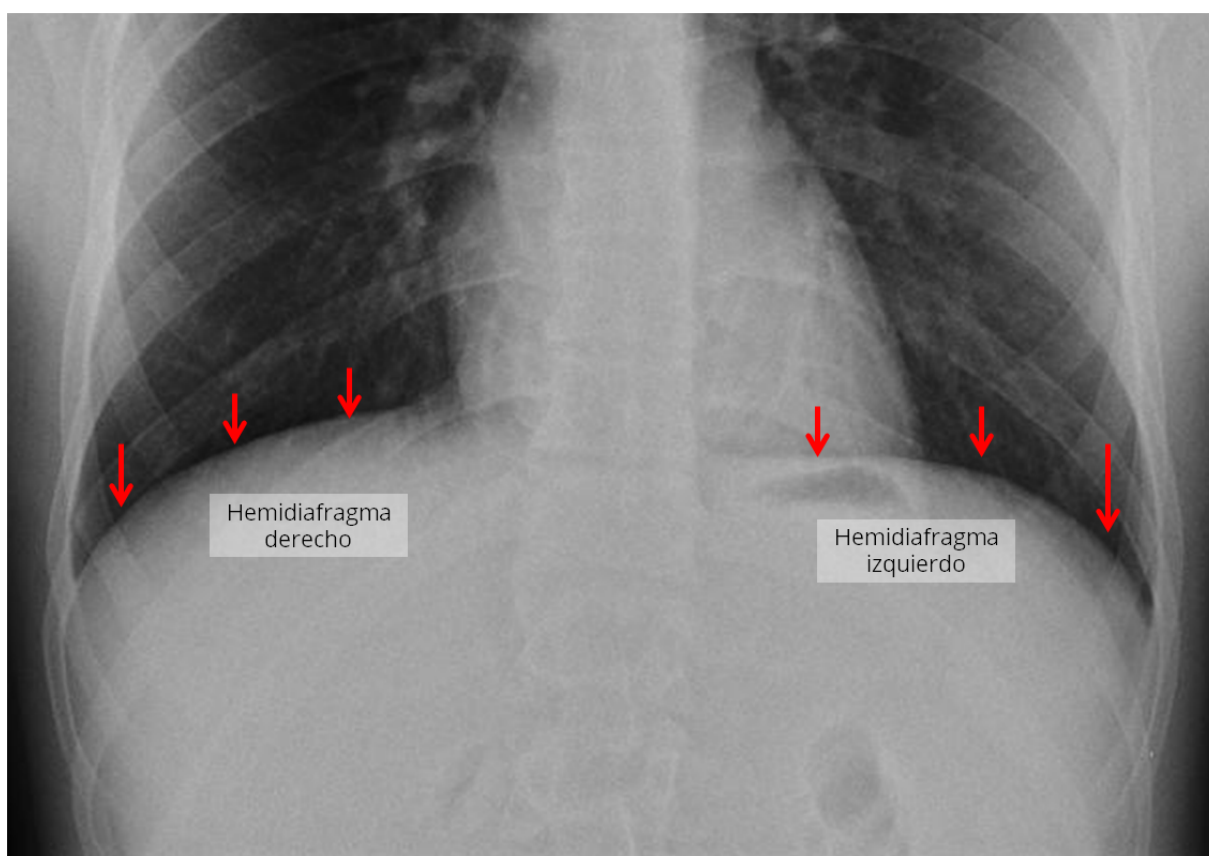


Fig. 7 Sigue el contorno de ambos hemidiafragmas, desde la pared lateral del tórax hasta la columna dorsal.

C Circulation / Cardiovascular

La densidad de partes blandas del mediastino representa al **corazón y los grandes vasos**. Las distintas estructuras están representadas en los contornos derecho e izquierdo de la **silueta cardiovascular**.

“Una radiografía de tórax es una representación bidimensional de un objeto tridimensional”

En la silueta cardiovascular debes evaluar:

Posición

El corazón tiene una posición central, basal y anterior en el tórax. Sin embargo, **dos tercios de la silueta cardiaca se hallan situadas a la izquierda** y un tercio a la derecha de la línea media. El ápex apunta a la izquierda.

Tamaño

Valora subjetivamente el diámetro del pedículo vascular y el corazón.

El **pedículo vascular** representa a los grandes vasos. Es un indicador del volumen intravascular.

El **diámetro transversal cardíaco**, traduce el tamaño del corazón. En la proyección PA debe ser > 50% del diámetro del pecho. (Fig. 8)

Volveremos sobre este punto más adelante.

Bordes

Comprueba la posición y el tamaño del **arco aórtico**. (Fig. 8)

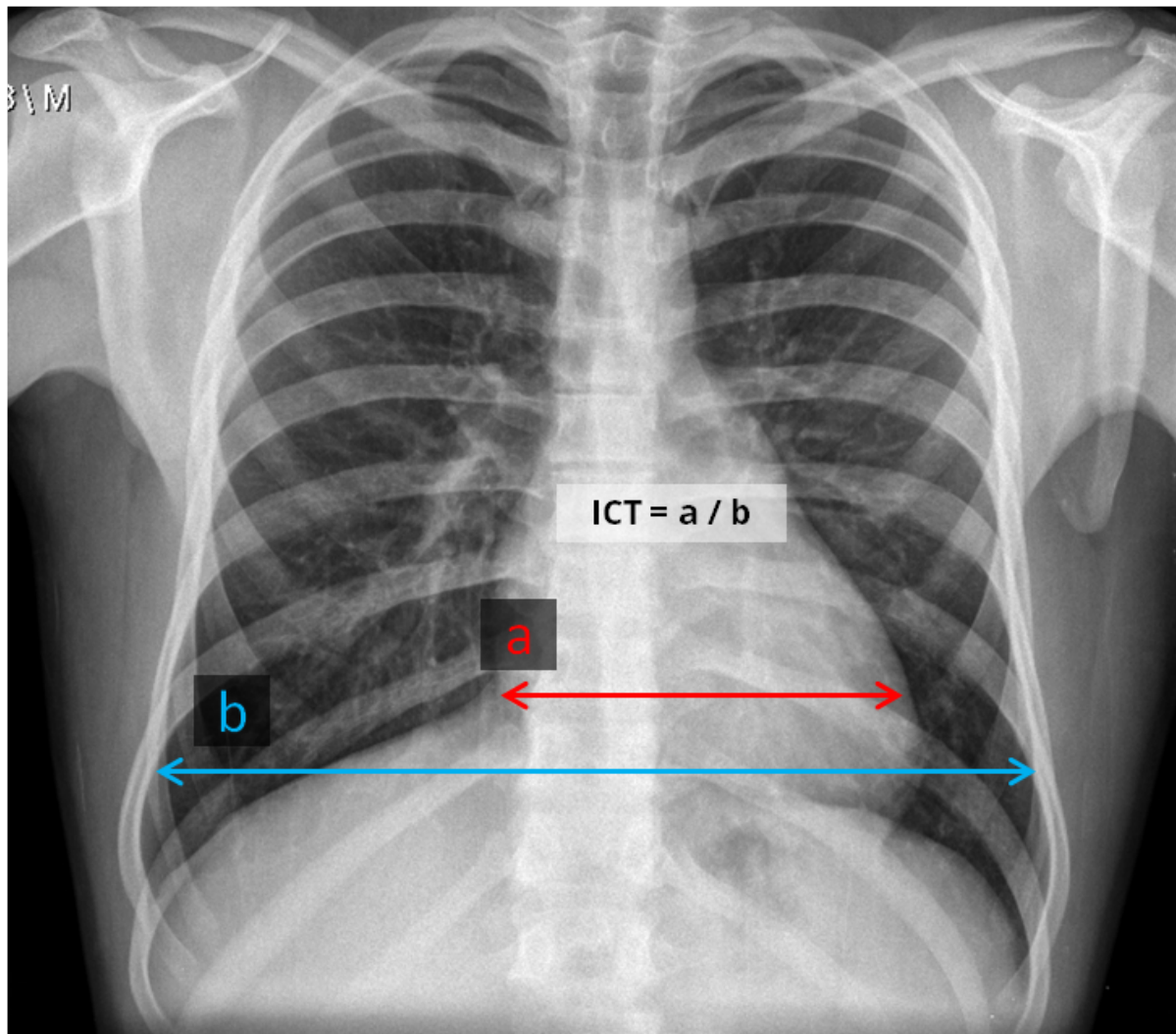


Fig. 8 El tamaño del corazón se evalúa en la radiografía de tórax PA estableciendo la relación entre la medida en centímetros de su diámetro transversal máximo (a) y el del tórax (b). El valor normal es > 0.50 en el adulto normal.

Vasos pulmonares

Los **hilios pulmonares** representan, radiológicamente, las **arterias pulmonares derecha e izquierda**. ¿Puedes verlos claramente en ambos lados?

El hilio izquierdo es más alto que el derecho.

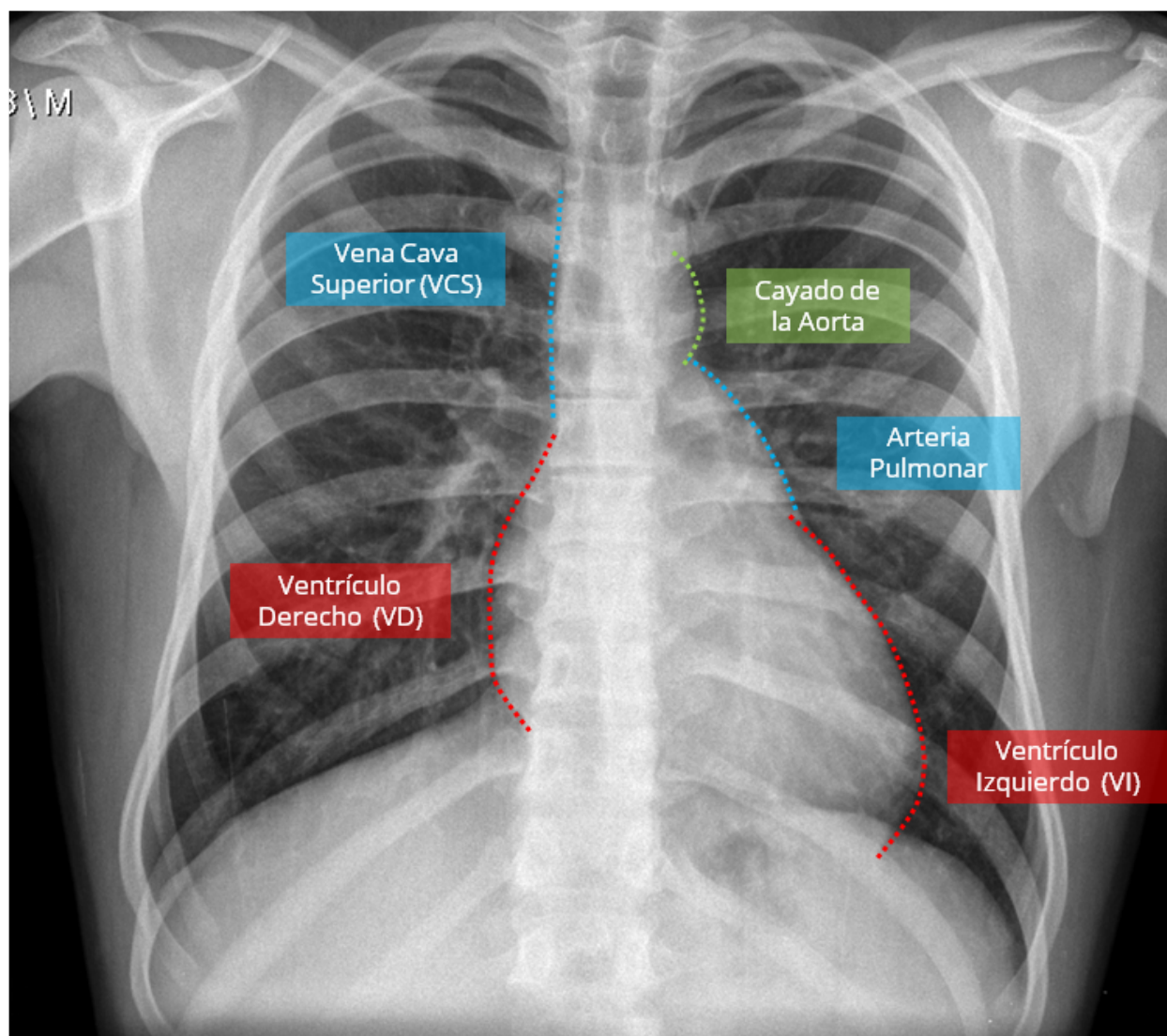


Fig. 9 Los arcos en los bordes derecho e izquierdo de la silueta cardiovascular representan las cavidades cardíacas y los grandes vasos del mediastino. De arriba a abajo, a la derecha, la VCS y el VD; a la izquierda, el botón aórtico (cayado de la aorta), la arteria pulmonar y el VI.

Lista de comprobación

- ✓ Posición de la silueta cardiovascular.
- ✓ Tamaño del corazón y el pedículo vascular
- ✓ Arco aórtico.
- ✓ Vasos hiliares.

D Disabilities (bones) / Estructuras óseas

No te olvides de las **estructuras óseas**. Revisa las paredes del tórax, la cintura escapular y el hombro. (Fig. 10)

Debes identificar las imágenes patológicas, si las hubiera. Busca **soluciones de continuidad** y **alteraciones de la densidad ósea**.

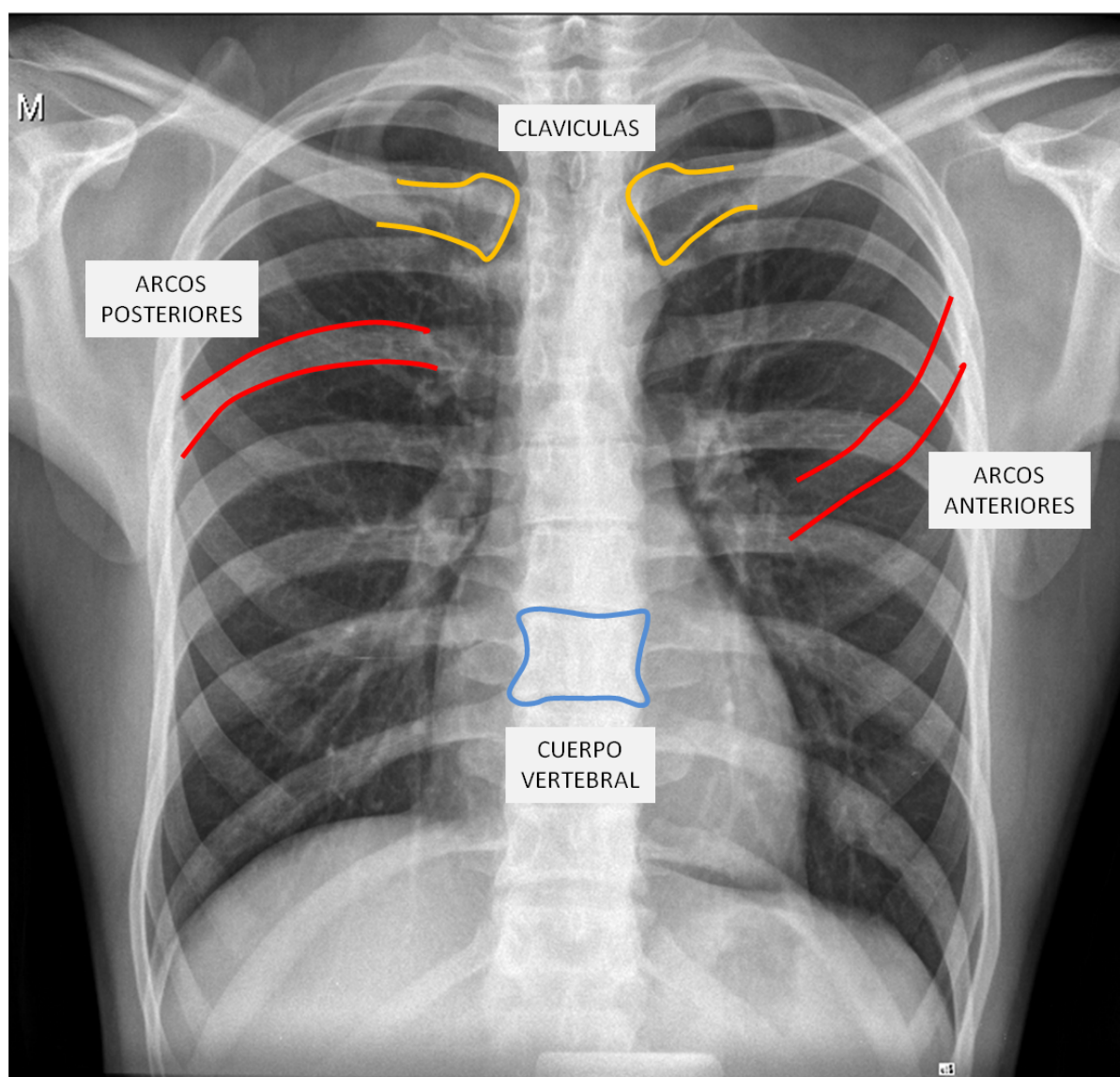


Fig. 10 Evalúa todas las estructuras óseas que están presentes en la radiografía de tórax. Las costillas, siguiendo el arco posterior, lateral y anterior. Las clavículas y las escápulas. Las articulaciones acromioclaviculares y glenohumerales, y el segmento proximal de ambos húmeros.

Costillas

Sigue cada una de las costillas de posterior a anterior. Comienza con los arcos costales posteriores. Se ven con mayor detalle, por su disposición horizontal. Luego sigue el trayecto hacia los arcos anteriores.

¿Existen soluciones de continuidad?. ¿La densidad es normal?

Cintura escapular y articulación glenohumeral

Evalúa las clavículas, las escápulas y los hombros, incluyendo ambos húmeros proximales.

¿La cortical ósea se encuentra indemne?

Columna dorsal

Chequea los **cuerpos vertebrales**. Revisa la morfología (rectangular) y la altura de cada cuerpo vertebral.

¿Puedes ver 2 **pedículos** por cuerpo vertebral?. ¿Son visibles los **espacios intervertebrales**?

Lista de comprobación

- ✓ Costillas para cualquier evidencia de fractura.
- ✓ Costillas para una lesión lítica o destructiva.
- ✓ Hombros (articulaciones acromioclaviculares y glenohumerales).
- ✓ Clavículas.
- ✓ Cuerpos vertebrales (pérdida de altura).

E *Everything else* / Todo lo demás

Abarca todo lo que no está incluido en ABCD.

En el tórax, conviene volver a mirar las áreas de difícil evaluación. Si hubiera **catéteres, tubos** u otros **dispositivos médicos**, constatar su posición.

Por fuera de la cavidad torácica, debes evaluar las **partes blandas** y el **abdomen superior**.

Las áreas oscuras

En la radiografía de tórax existen áreas de difícil evaluación por la superposición de estructuras. Se las conoce como “**áreas oscuras**”. Son los vértices pulmonares y el área retrocardíaca.

Mira de nuevo el pulmón **por encima de las clavículas**. La proyección de las estructuras óseas normales puede dificultar la visualización de imágenes agregadas.

Puede ser difícil reconocer una **imagen retrocardíaca**. Un aumento de la densidad induce a pensar en una consolidación o una masa del lóbulo inferior. Un nivel hidroaéreo es signo de **hernia hiatal**. (Fig. 11)

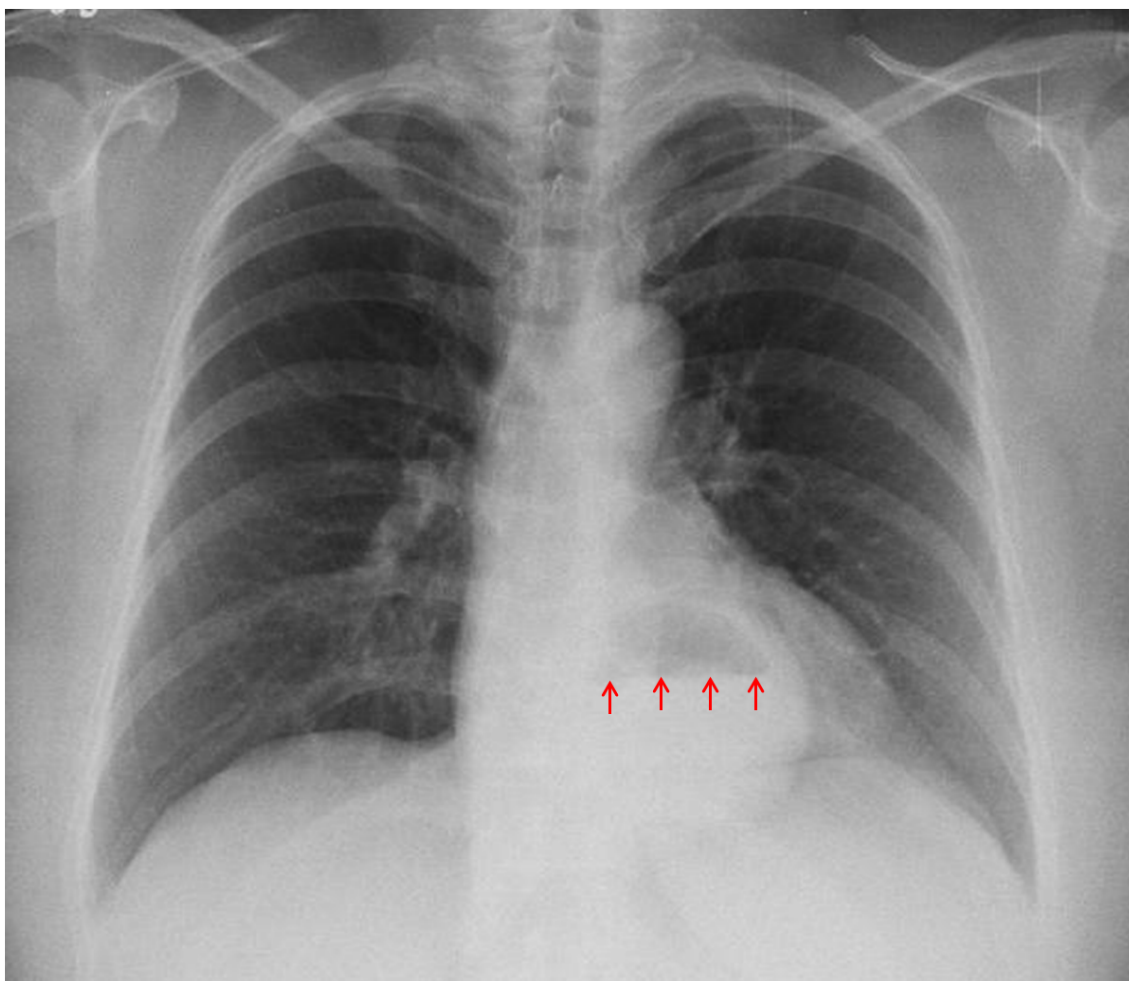


Fig. 11 En el área retrocardíaca se identifica un nivel hidroaéreo (flechas), en una paciente con hernia hiatal conocida.

Catéteres, tubos y otros dispositivos intratorácicos

Los **catéteres** y **tubos** en la radiografía de tórax se pueden evaluar fácilmente y deben ser lo primero que se busque en el estudio.

Entre los más frecuentes están el tubo endotraqueal (TET), la sonda nasogástrica (SNG), los catéteres venosos centrales, los tubos de drenaje torácico. (Fig. 18)

La **evaluación de su posición** es importante, pero también dan una idea de qué tan enfermo está el paciente y reducen los diagnósticos diferenciales.



Fig. 12 Paciente con antecedente de mastectomía izquierda. La imagen de partes blandas de la mama derecha está presente.

Partes blandas

Los **pliegues de la piel** pueden verse como líneas radiopacas.

En pacientes de sexo femenino, evalúa las **sombras mamarias**. Sí existe una asimetría puede ser consecuencia de una cirugía. (Fig. 12)

El **enfisema subcutáneo** (aire en el tejido celular subcutáneo) suele ser secundario a lesiones óseas de la pared costal o de la vía aérea.

Abdomen superior

La elevación de uno o ambos hemidiafragmas puede indicar colecciones, por encima o por debajo del diafragma.

La obliteración del seno costofrénico orienta a una **colección pleural**.

El aumento del espacio (normal: 2 cm) entre el hemidiafragma izquierdo y la cámara gástrica sugiere **patología subdiafragmática**.

La presencia de aire por debajo del diafragma (**neumoperitoneo**) es fácil de distinguir en el lado derecho.

Lista de comprobación:

- ✓ Tumor apical de pulmón.
- ✓ Colapso del lóbulo inferior izquierdo.
- ✓ Hernia hiatal.
- ✓ Catéteres y tubos.
- ✓ Sombras mamarias.
- ✓ Abdomen superior.

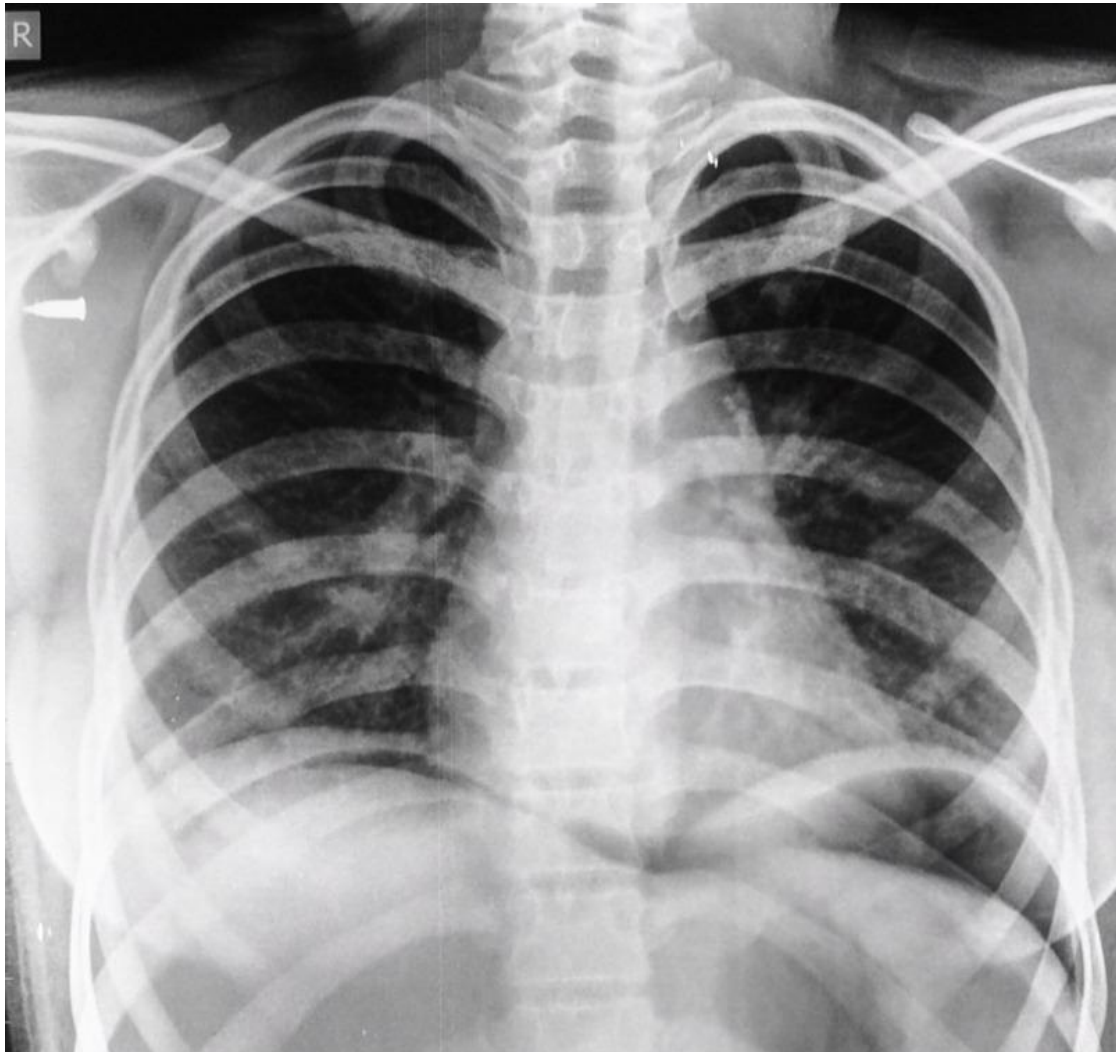


Fig. 13 Neumoperitoneo. Signo del diafragma continuo. La presencia de gas libre por debajo del diafragma permite delinear el músculo en toda su extensión. ([Case courtesy of Dr Aditya Shetty, Radiopaedia.org, rID: 27306](#))

4. Las medidas normales

La **telerradiografía de tórax PA** reproduce con la mayor fidelidad el tamaño de las estructuras evaluadas.

Puedes medir directamente con una regla milimetrada algunas estructuras que menciono más abajo.

El tamaño del corazón se calcula a través de una relación, el índice cardiotorácico (ICT).

Índice cardiotorácico (ICT)

Se obtiene dividiendo el diámetro cardíaco máximo en el diámetro torácico máximo por encima del diafragma. (Fig. 8)

En el adulto normal debe ser **menor de 50%** o la mitad del diámetro transversal del tórax.

Pedículo vascular

Se mide en centímetros, desde el borde derecho de la vena cava superior hasta el borde de la subclavia izquierda (Fig. 14). Un diámetro **mayor de 85 mm es patológico** en el 80% de los casos.

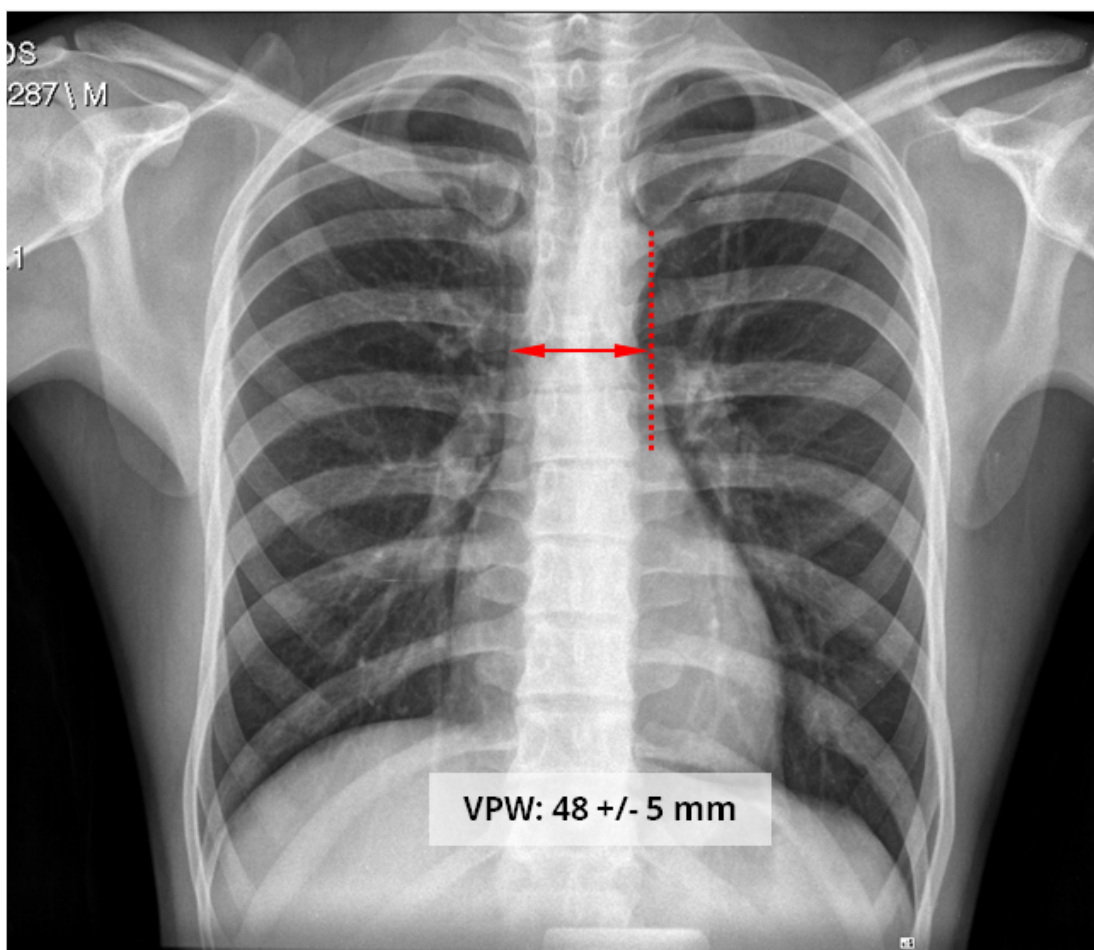


Fig. 14 Medición del diámetro del pedículo vascular (VPW) en la radiografía de tórax PA, desde el borde derecho de la VCS hasta el borde de la subclavia izquierda.

El diámetro de la tráquea

En el hombre menos de **25 mm**. En la mujer menos de **21 mm**.

Las cúpulas diafragmáticas

El hemidiafragma derecho suele ser más alto que el izquierdo, pero **no más de 2 cm**.

5. Lo que no puedes dejar de ver

Existen ciertas **patologías** que, por su frecuencia o gravedad, estás **obligado a reconocer** en la radiografía de tórax.

Busca signos radiológicos de consolidación, atelectasia (colapso), neumotórax, efusión pleural y edema de pulmón.

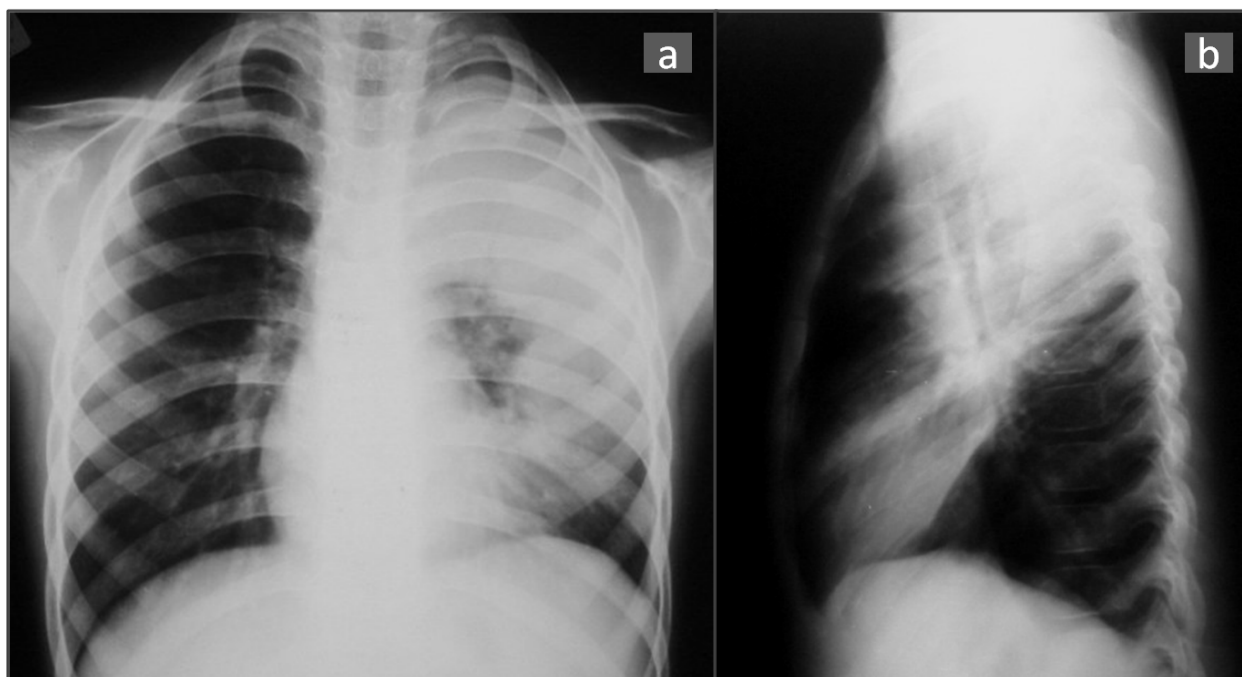


Fig. 15 Radiografía de tórax PA (a) y lateral (b). Consolidación en el lóbulo superior izquierdo. La distribución lobar, los límites bien definidos y las imágenes de broncograma aéreo son característicos del patrón alveolar.

Consolidación

El aire en el alvéolo es reemplazado por trasudado, exudado, sangre o células. En la radiografía se manifiesta como un **área radiopaca** que reemplaza la radiolucidez normal del parénquima pulmonar.

Son características del patrón alveolar, la **distribución lobar**, los **límites definidos** por la pleura, las imágenes de **broncograma aéreo**. (Fig. 15)

Atelectasia

Es la **pérdida de volumen** de un lóbulo o segmento pulmonar. Con pérdida de la transparencia asociada o sin ella.

La situación y la morfología de la imagen indican la localización del colapso. (Fig.16)

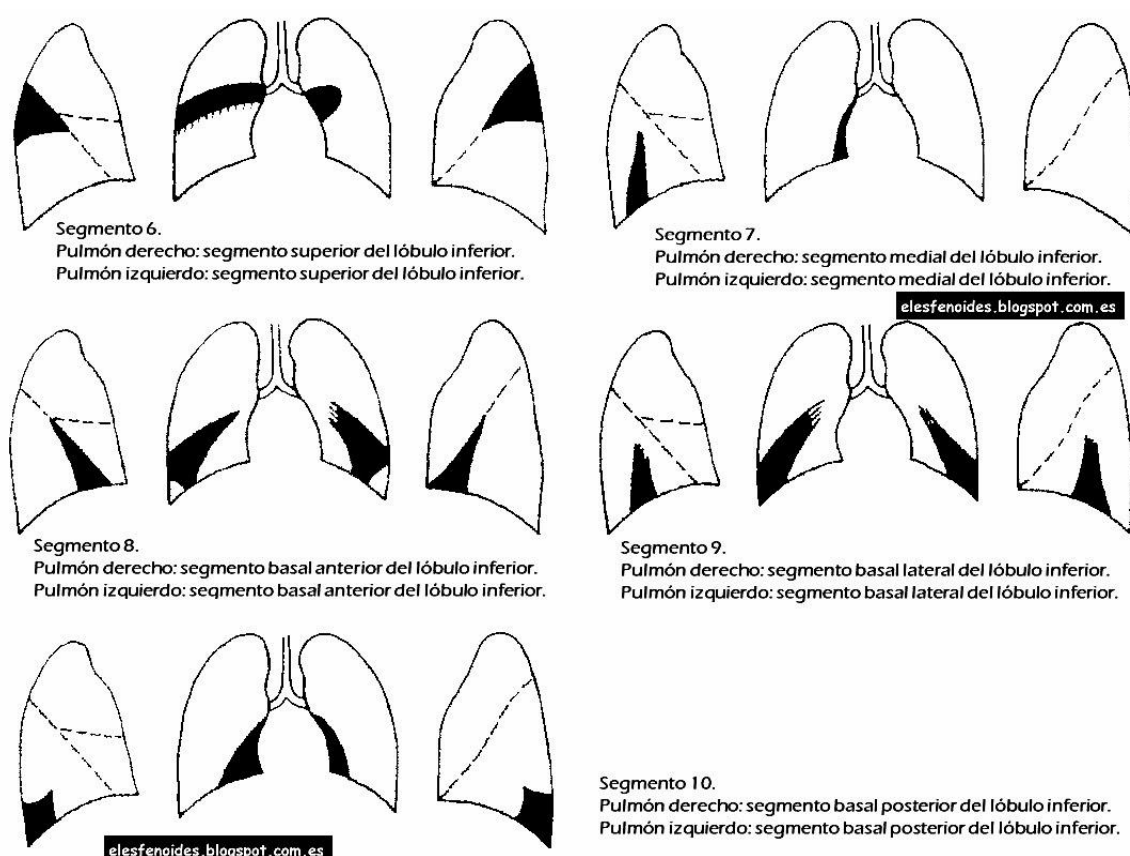


Fig. 16 Esquema que muestra la localización en la radiografía de tórax PA y lateral de las atelectasias lobares.

Neumotórax

Es la presencia de aire en la cavidad pleural (normalmente un espacio virtual).

Lo reconocerás por la **ausencia de trama pulmonar** (Fig. 17). Si todo el hemitórax es transparente fijate en la posición de la tráquea. Si está desplazada hacia el lado contrario piensa en un neumotórax a tensión.

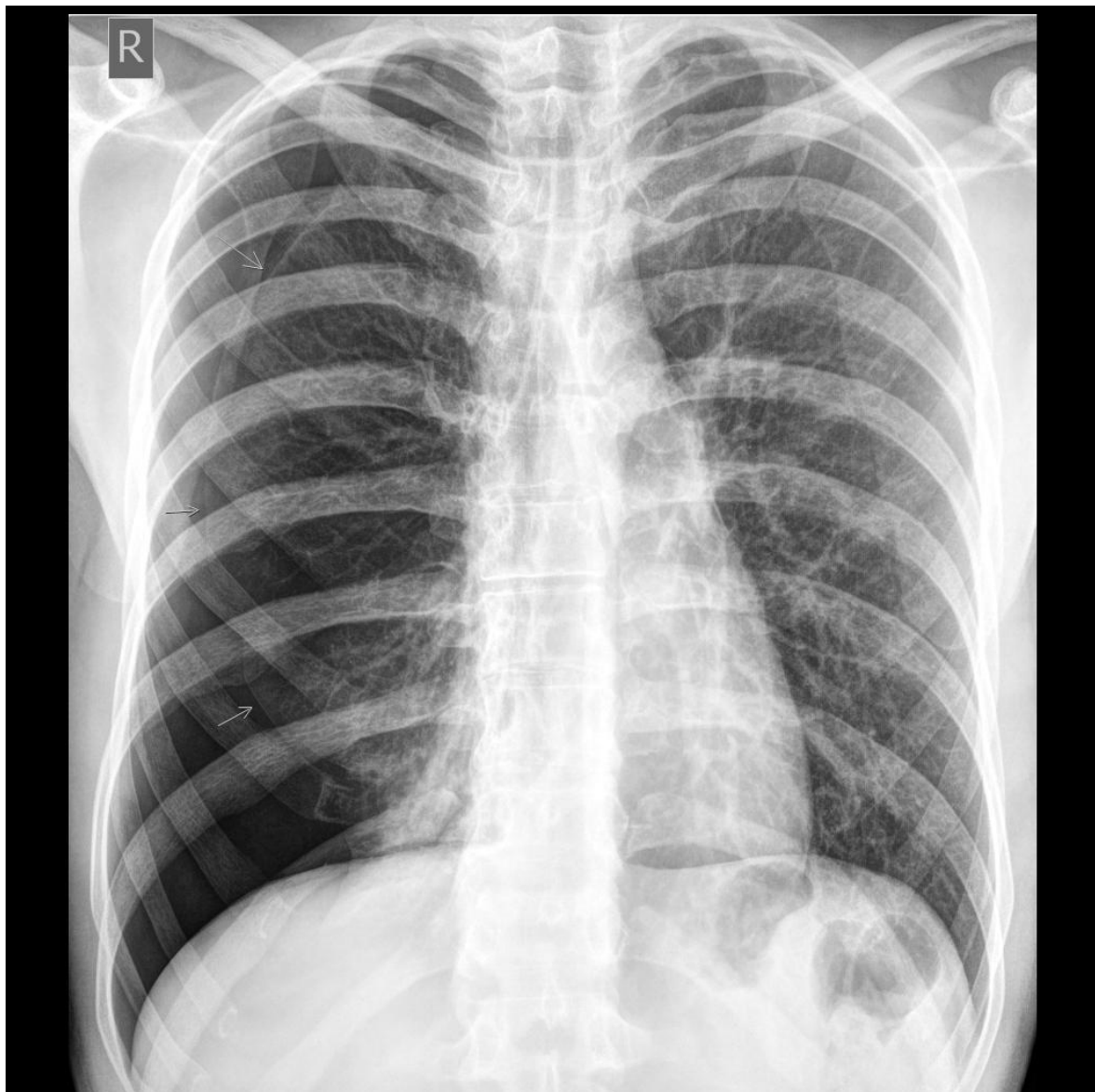


Fig. 17 Neumotórax derecho. Las flechas señalan la línea de la pleura visceral. Por fuera, la ausencia de trama pulmonar indica la presencia de aire en el espacio pleural. ([Case courtesy of Dr M Osama Yonso, Radiopaedia.org, rID: 18975](#))

Efusión pleural

El espacio pleural es ocupado por trasudado, exudado o sangre.

Radiológicamente, las primeras manifestaciones son la elevación del hemidiafragma y la oclusión del seno costofrénico del lado comprometido.



Fig. 18 Patrón alveolar de distribución central y bilateral en “alas de mariposa”, característico del edema agudo de pulmón. Tubo endotraqueal y sonda nasogástrica correctamente colocados. ([Case courtesy of Dr Bruno Di Muzio, Radiopaedia.org, rID: 51604](#))

Edema pulmonar

Comienza en el intersticio. Se manifiesta como **líneas septales visibles** y líneas B de Kerley. Si continúa evolucionando, ocupa alveolar. La distribución centripeta da la imagen característica **“en alas de mariposa”**. (Fig. 18)

La causa más frecuente es la insuficiencia cardíaca congestiva. Revisa el corazón, el mediastino y los hilios.

Resumen

La interpretación de la radiografía de tórax es una de las aptitudes básicas que necesitas en tu ejercicio profesional.

Los conocimientos adquiridos sobre anatomía radiológica y semiología radiológica son la base para la correcta evaluación de las imágenes.

Establecer una rutina en la lectura de la radiografía de tórax y convertirla en un hábito te ahorrará tiempo y evitará que cometas errores por omisión.

La secuencia a seguir, brevemente, sería la siguiente:

1. Las 5 preguntas: Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Por qué.
2. La calidad de la imagen. Rotación, inspiración, exposición.
3. La lista de comprobación: ABCDE (ver anexo)
 - A. *Air Ways* - Vías aéreas
 - B. *Breathing* - Respiración. Pulmones y pleura
 - C. *Circulation* - Silueta Cardiovascular
 - D. *Disabilities (bones)* - Alteraciones óseas
 - E. *Everything else* - Todo lo demás
4. Las medidas normales. ICT, pedículo vascular, tráquea y diafragma.
5. Los que no puedes dejar de ver. Consolidación, atelectasia, colección pleural, edema de pulmón.

En el apéndice I encontrarás una tabla que reúne las listas de comprobación del ABCDE. Puedes imprimirla para tenerla a la vista en tu lugar de trabajo.

Despedida

Gracias por llegar hasta aquí.

Espero hayas disfrutado la lectura de esta guía. Si te ha resultado útil, te agradecería que compartas el [enlace](#) para que llegue a más gente.

Para que la información que comparto sea realmente útil, es importante que me comentes qué temas te gustaría que publique. Dejame tus comentarios en el blog o a través del formulario de contacto.

Un cordial saludo y te espero en [Radiología 2.0](#), donde encontrarás mucha más información, precisa y actualizada, sobre imágenes médicas para estudiantes y profesionales de carreras de Salud.

Apéndice I - Lista de comprobación ABCDE

A	Air ways / Vías aéreas	Tráquea: posición en la línea media.	
		Tráquea: trayecto recto y calibre regular.	
		Carina: ángulo de 100°.	
		Bronquios fuente: trayecto y calibre.	
B	Breathing / Pulmones y pleura	Ambos pulmones: expandidos y de volumen similar.	
		Evaluación bilateral y comparativa por zonas: vértices, tercios superior, medio e inferior.	
		Seguir los márgenes laterales de ambos pulmones.	
		Senos costofrénicos en ángulo agudo.	
		Seguir el contorno de ambos hemidiafragmas.	
		Seguir el contorno de la silueta cardiovascular.	
		Evaluar el pulmón superpuesto a la silueta cardíaca.	
C	Circulation / Cardiovascular	Posición de la silueta cardiovascular.	
		Tamaño del corazón.	
		Arco aórtico y pedículo vascular.	
		Vasos hiliares.	
D	Disabilities / Alteraciones óseas	Costillas: descartar fracturas.	
		Costillas: descartar lesiones líticas.	
		Cintura escapular y hombros:	
		Clavículas	
		Cuerpos vertebrales: altura.	
E	Everything else / Todo lo demás	Catéteres, tubos y otros dispositivos	
		Vértices: descartar imágenes agregadas.	
		Descartar colapsos: Signo de la silueta.	
		Descartar hernia hiatal.	
		Evaluar las sombras mamarias.	