Servicio de Fisiología
"Hospital Arriarán".
Sanatorio "Los Guindos"
del Consejo de Defensa del Niño.

LA ATELECTASIA PULMONAR EN EL NIÑO Y SUS RELACIONES CON LA TUBERCULOSIS PRIMARIA

(Continuación)

Por los Dres. JORGE PEÑA CERECEDA, ERNESTINA PEÑA D.
y LUCILA CAPDEVILLE

Enfermedades infecto-contagiosas y atelectasias

Debemos considerar también la influencia que ejercen las enfermedades infecto-contagiosas en la formación de las atelectasias del niño.

Entre éstas mencionaremos al sarampión y a la coqueluche, porque son las que con mayor frecuencia contribuyen, ya sea a la producción o a la extensión de las atelectasias.

Estas enfermedades que, como es sabido, actúan principalmente sobre la mucosa del árbol respiratorio, produciendo congestiones y abundante secreción, determinan en el niño tuberculoso, obstrucciones parciales o totales a nivel de las regiones afectadas, por las vecindades de ganglios tuberculosos; y por otra parte actúan también sobre los mismos ganglios, aumentando su volumen.

Sin embargo, estas atelectasias son a menudo de carácter transitorio y regresan o desaparecen junto con la enfermedad infecciosa que les ha dado origen; aunque, en algunas ocasiones, se organizan definitivamente.

En un estudio verificado por los Dres. Peña Cereceda-Meneghello-G. González (21), en doscientos dieciocho observaciones referentes a relaciones de la tuberculosis con las enfermedades infectocontagiosas, se llega a la conclusión de que, en un 51 %, éstas influyen desfavorablemente sobre la tuberculosis, especialmente el sarampión, la coqueluche y la escar-

latina. Gran número de estas observaciones corresponde a lactantes y niños pequeños que presentaban cuadros típicos de atelectasia.

Respecto a la acción de las enfermedades infecciosas sobre la tuberculosis, debemos considerar tanto el tipo de lesión como su actividad, porque en los casos con lesiones en plena actividad se encuentra una proporción mucho más alta de agravaciones que en los procesos inactivos.

Debemos considerar todavía el tipo constitucional de los niños que presentan una atelectasia, porque los fenómenos inflamatorios de la mucosa bronquial, se deben, en gran parte, a infecciones asociadas, las que tendrán características muy diversas, según el caso que se consideren. Así por ejemplo, en los diatésicos exudativos las inflamaciones bronquiales agudas se presentan con mayor intensidad que en los niños normales. Igual cosa podemos decir de los asmáticos o de los que padecen de inflamaciones adenoideas, como asimismo de los que han sufrido enfermedades broncopulmonares crónicas (pleurexias, abscesos, bronquiectasias, etc.).

Nuestra casuística cuenta con 11 observaciones (N.ºs 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 15, 21, 24 y 29), de las cuales 4 se han podido controlar a la autopsia y en las que se pudo apreciar una acción bien definida del sarampión y de la coqueluche sobre atelectasias ya existentes, al mismo tiempo que han llegado a determinar graves diseminaciones hematógenas en otros órganos (meningitis, miliars, etc.).

A continuación hemos elegido tres observaciones que se refieren a este aspecto:

OBSERVACION CLINICA N.º 8.—Sanatorio "Los Guindos" 24.

E. M.—10 años.—Ingreso: 5-IV-38.

ANTECEDENTES.—Madre falleció en diciembre de 1937, de tuberculosis pulmonar; convivió con ella hasta la fecha de su muerte.

ENFERMEDAD ACTUAL.—En enero de 1938 presenta alzas térmicas aisladas de poca intensidad. El estado general es más que regular.

Peso: 25 Kg. Sedimentación: 25-51 mm/h. Afebril. Sin tos ni expectoración, Inapetencia.

Examen pulmonar: Submedidez en el tercio superior y medio del pulmón derecho. Estertores a este nivel que aumentan con la tos provocada.

Radiografía 10191. 3-VI-38. Movilidad diafragmática igual en ambos lados. Angulos costodiafragmáticos libres. Sombra homogénea de infiltración pulmonar que ocupa la mitad inferior del lóbulo superior derecho. Línea de pleuritis marginal derecho (línea de Rach).

El 4-XII-38, contrae un sarampión que evoluciona en forma muy benigna, casi sin tos y con una erupción muy discreta. La sedimentación aumenta de 2 a 32 mm/h.

Una radiografía del 30-I-39 (12547) muestra que las lesiones del lóbulo superior derecho han adquirido mayor extensión.

El examen pulmonar no reveló cambios apreciables.

Cinco meses más tarde, la radiografía 13926 acusa una franca disminución de la sombra del lóbulo superior derecho. Persiste una pleuritis marginal derecha. El examen pulmonar negativo.

Se controla mensualmente hasta mayo de 1940 sin que presente alteraciones en su estado pulmonar y con buen estado general.

Comentario.—Se trata de una atelectasia de la región inferior del lóbulo superior derecho que, a raíz de un sarampión benigno, se exacerba, para regresar casi completamente seis meses más tarde.

OBSERVACION N.º 9.—Servicio de Tuberculosis 1658.—H. Arriarán. R. I.—7 años.—Ingreso: 22-III-39.

ANTECEDENTES.—Desconocidos. Viene de un Asilo.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Ingresa al Servicio de Infecciosos por una coqueluche reciente. Mantoux: positivo al 1 por mil.

Al examen encontramos una niña de buen estado general, afebril, cuyo examen pulmonar da: broncofonía, submacidez, respiración bronquial en el tercio inferior del pulmón derecho.

La radiografía 19917, del 13-IV-39, muestra una sombra homogénea, densa, de límite inferior neta, que ocupa gran parte de la mitad superior derecha, dejando libre la parte alta.

El hemograma da una eosinofilia de 26%. Sedimentación: 45-84 mm/h.

Un control radiográfico (21781) cinco meses más tarde, indica que la sombra del lado derecho ha disminuido en forma apreciable y presenta caracteres de infiltrado en reabsorción. Sombras irregulares en la proyección del hilio derecho.

Sedimentación 15-48 mm/h. Peso: 20 Kg. Baciloscopia: negativa.

Se controla todos los meses en policlínico hasta 1940, presentando siempre muy buen estado general y sus lesiones pulmonares no se han modificado.

Comentario.—Ingresa al Servicio Infecciosos por una coqueluche complicada de una condensación pulmonar derecha que desaparece casi totalmente al cabo de cinco meses, quedando una adenopatía del hilio derecho. La lesión ha dado poca actividad y su evolución ha sido satisfactoria.

Se trata, con toda seguridad de una atelectasia causada por la coqueluche que desaparece junto con la mejoría de esta última.

OBSERVACION CLINICA N.º 10.—Servicio de Tuberculosis 1622. — H. Arriarán.

A. M.—9 años.—Ingreso: 16-VI-39.

ANTECEDENTES.—Madre con tuberculosis pulmonar desde mayo 1939. Coqueluche hace 3 años. Sarampión hace 3 meses.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Ingresó por presentar, desde hace una semana, temperaturas en las tardes, tos y decaimiento.

Examen pulmonar.—Submacidez al lado derecho, especialmente en la región axilar. Respiración apagada en la base derecha.

Mantoux: positivo al 1 por mil. Peso: 25.500 Kg. Sedimentación: 50-73 mm/h.

La radiografía pulmonar 20703, indica: sombra marginal inferior derecha que, en la radioscopia, se puede apreciar confundida con el diafragma, el cual está inmóvil y borra el hiato costal derecho. Sombra de mediana intensidad en forma de faja que ocupa el tercio medio del pulmón derecho y que, en posición oblicua, se puede apreciar en relación con la cisura. Aspecto sospechoso de adenopatía de la sombra mediastinal superior.

La radiografía 21300, de dos meses más tarde, indica que se ha borrado gran parte de la sombra derecha, persistiendo sólo una sombra densa en el tercio medio derecho y que adquiere mayores proporciones alrededor del hilio.

Presiones endopleurales.—Presión del pulmón derecho (neumotórax de 150 cc.):

Presión inicial	—16	Presión final	—8
Presión inicial	—2	Presión final	—0

En setiembre contrae una escarlatina que no modifica su estado pulmonar.

Comentario.—Se trata de una atelectasia del tercio medio derecho que desaparece casi completamente tres meses después. Presenta una escarlatina benigna que no influye en sus lesiones pulmonares.

Métodos de diagnóstico

Signos radiológicos.—Puede decirse que el diagnóstico de las atelectasias, tanto las pequeñas como las lobares o totales, sólo puede hacerse, en definitiva, por el examen radiológico. En efecto, las descripciones y las clasificaciones que se han ideado para estudiar las atelectasias se refieren casi exclusivamente al examen roentgenológico.

1) La radioscopia nos proporciona elementos de gran valor para el diagnóstico: en primer lugar nos permite estudiar la inmovilización de los órganos vecinos a la zona atelectasiada, que puede ser parcial o total, en relación con la magnitud del proceso. En las grandes atelectasias se observa, durante la inspiración, un desplazamiento de los órganos del mediastino hacia el lado de la lesión (signo de Jacobson-Helzknecht); pero en los procesos más pequeños o medianos es difícil apreciar este signo. Además, el examen radioscópico nos indica la disminución de los movimientos del diafragma en las atelectasias de cierto volumen, que llega hasta la inmo-

vilidad completa en las de gran extensión. También puede observarse una inmovilidad de la pared torácica en ciertos casos, especialmente cuando la atelectasia compromete las partes altas del tórax.

2) La **radiografía**, nos da otra serie de signos no menos interesantes: desde luego, nos muestra el aspecto homogéneo y denso de las sombras atelectásicas (en vidrio esmerilado o en vaso de leche). Esta sombra es por lo general, más intensa en las regiones vecinas a los ganglios, mientras que en la periferia, disminuye la intensidad.

Frecuentemente se observan zonas más claras en las cercanías de la atelectasia, que corresponden a enfisemas, las que se localizan de preferencia en los bordes de los lóbulos, como se comprueba a la autopsia (observaciones N.os 5 y 6), y a la pleuroscopía (observaciones N.os 12 y 25).

En la radiografía se puede observar, además, desviaciones de la tráquea en forma lineal, sin acodaduras, lo que permite diferenciarlas de las que se producen en las esclerosis pleuropulmonares, en que existen acodaduras e irregularidades.

La sintomatología descrita es válida para las grandes atelectasias, o sea, para aquellas que comprometen un lóbulo o una extensión mayor; pero, en las atelectasias más pequeñas, no siempre es posible encontrar los signos radiológicos descritos en una forma tan precisa. Es muy conocida la atelectasia de la región del hilio, de forma triangular, con su vértice hacia la periferia, limitadas por la cisura horizontal en uno de sus bordes, que se designa comúnmente con el nombre de triángulo de Sluka. Estas formas están localizadas en la parte inferior del lóbulo superior o sea, en la parte más alta del lóbulo medio. Estas lesiones son más fácilmente identificadas por el examen lateral, el cual da una imagen en forma de cuña con el vértice hacia el hilio correspondiente y que está limitado hacia abajo por la cisura oblicua.

Damos a continuación una observación que corresponde a lo ya dicho.

OBSERVACION CLINICA N.º 11.—Sanatorio "Los Guindos" 368 E
G. G.—8 años.—Ingreso: 31-V-39.

ANTECEDENTES.—Parotiditis epidémica hace un año. Contagió probablemente en esa época, por convivir con un adulto tuberculoso.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Se inscribe en el Policlínico de Tuberculosis, donde encontramos un niño inapetente, pálido, con enfraquecimiento, afebril.

Mantoux 1 por mil: positivo.

El examen pulmonar nos da: Submatidez de la base derecha. Estertores catarrales de ambos campos.

FIGURA N.º 14. — OBSERVACION N.º 21

a) Sombra de atelectasia del tercio superior derecho; b) La imagen ha desaparecido totalmente.

FIGURA N.º 14. — OBSERVACION N.º 11

a) Sombra homogénea del tercio inferior del pulmón derecho; b) (lateral) La sombra corresponde al lóbulo medio.

Radiografía 13923, del 5-V-39 (figura N.º 14-a'): da sombra homogénea que ocupa el tercio inferior del campo pulmonar derecho. La radiografía lateral de esta misma época, indica que la sombra ocupa todo el lóbulo medio. Grandes ganglios en el hilio derecho.

Sedimentación: 60 mm/h. Peso: 12 kg. Baciloscopia: negativa. Ligeros febrículas en algunas ocasiones.

Se observa durante 20 días y puede apreciarse una mejoría del estado general. La temperatura se normaliza tres meses más tarde.

Sedimentación: 20-45 mm/h. Peso: 14.400 kg.

15-III-40, la radiografía lateral, 17399, (figura 14-b') y las frontales, muestran que la sombra homogénea descrita en el lóbulo medio, ha disminuido de extensión. Después de una observación de 345 días no encontramos en el examen pulmonar ningún signo patológico. Buen estado general. Sedimentación: 10 mm/h.

Se da de alta en buenas condiciones.

Comentario.—Se llega al diagnóstico de atelectasia, tanto por el aspecto de la lesión como por la benignidad y por la ausencia de síntomas clínicos.

En los últimos años se han revisado los conceptos sobre las llamadas "sombras triangulares de la base", especialmente por los autores norteamericanos. Estas lesiones, conocidas desde hace mucho tiempo, eran consideradas como pleuritis mediastinodiafragmáticas o como un derrame interlobar. Para otros eran lóbulos supernumerarios del pulmón, o bien neumonías caseosas o fibrinosas de esas regiones. Entre nosotros estas lesiones han sido estudiadas por E. Zorrilla, con un total de 37 casos (22) y por E. Labatut (23).

Willians E. Anspach (24), describe estas sombras triangulares basales y las considera como atelectasias por obstrucción de bronquios pequeños por exudados provenientes, ya sea de estos mismos bronquios o de las vías aéreas más altas. Pueden ser uni o bilaterales; en el primer caso, el corazón se desvía hacia el lado afectado, y en el segundo, hacia el lado de la lesión mayor. Para este autor, las atelectasias que no se reabsorben, llegan a la formación de dilataciones bronquiales, cilíndricas o sacciformes, las cuales se observan con mayor precisión a la broncografía (Observación N.º 22).

Fuera de estos grupos, que son los más característicos encontramos una serie de pequeñas lesiones atelectásicas en diferentes regiones del pulmón, especialmente en las vecindades de los ganglios tuberculosos hiperplasiados y que se describen generalmente como "infiltraciones periganglionares". Muchas de ellas no son sino procesos atelectásicos residuales.

Nos hemos referido al proceso en plena organización; sin embargo, en sus fases iniciales o terminales, su aspecto no tiene nada de característico.

Cuando se logra comprobar el comienzo de una atelectasia, se observa una pequeña opacidad de aspecto irregular y de bordes imprecisos, que se podría confundir con algún otro proceso del parénquima pulmonar, agudo o crónico, localizado ya sea, en las vecindades de un ganglio o en alguna región más o menos alejada de él.

En algunos casos la imagen se va extendiendo en forma de faja (Observaciones N.os 17-22), o en forma triangular hacia afuera, para alcanzar, en muchas ocasiones, paulatinamente todo o gran parte de un lóbulo.

A continuación relatamos tres observaciones que corresponden a iniciaciones de atelectasias de este tipo.

OBSERVACION CLINICA N.º 12.—Sanatorio "Los Guindos" 4403

R. S.—9 años.—Ingreso: 28-IX-39.

ANTECEDENTES.—Un hermano fallece de granulía, en la casa, hace 4 meses. Coqueluche hace 6 meses.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Se inicia en agosto de 1939, con anorexia, decaimiento. Al examen encontramos un niño de aspecto general precario. Afebril.

Al examen pulmonar hay submacidez, broncofonía y respiración bronquial del tercio superior derecho, más apreciable en la parte posterior.

Sedimentación: 23-50 mm/h. Peso: 20 kg. Baciloscopia: negativa.

Radiografía 15309, del 29-IX-39 (figura 15-a): sombra nodular de aspecto borroso en el tercio superior derecho. Ensanchamiento moderado de la sombra mediastinal, con aspecto de adenopatía tráqueobronquial. Campo izquierdo, normal.

La radiografía 17720, del 8-IV-40 (figura 15-b), da una sombra homogénea de límites difusos, en la región infraclavicular derecha. Grandes ganglios paratraqueales e hiliares derechos. Esta sombra fué en aumento como lo muestra la radiografía de la figura 15-c.

Siete meses después de su ingreso, se practica un colapso gaseoso con el propósito de hacer un diagnóstico diferencial. Se obtiene un muñón con bridas, por lo cual se practica una pleuroscopia y un Jacobaus, el cual informa: Pleuroscopio línea axilar media, cuarto espacio. Se encuentran las pleuras libres. Lóbulos pulmonares disociados. Se aprecia enfisema en varias zonas. Se secciona una gruesa adherencia yuxta-ápico-lateral, quedando un neumotórax bastante efectivo.

Después de 6 meses de colapso gaseoso, se observa una disminución de la sombra del tercio medio derecho y la aparición de una sombra sospechada de caverna.

El niño está con buen estado general y en condiciones normales.

Comentario.—En este niño, vemos aparecer una atelectasia provocada por masas ganglionares paratraqueales derechos. La iniciación de esta atelectasia se hace a partir de un pequeño nódulo en la región escapular derecha que, en un período de 6 meses, se extiende y alcanza su mayor desarrollo (dos tercios superiores) 7 meses más tarde. La pleuroscopia sólo permite observar zonas de enfisema. El neumotórax, continuado por 6 meses, hace disminuir en parte la sombra

atelectásica, la que ha seguido reduciéndose muy lentamente en el transcurso de 16 meses.

Los controles posteriores no permiten apreciar modificaciones de importancia, seguramente porque el proceso ya ha

FIGURA N.º 15. — OBSERVACION N.º 12

a) Se observa un nódulo tenue en la región escapular derecha y la adenopatía tráqueo-bronquial; b) El nódulo se ha extendido considerablemente en la región subclavicular derecha; c) La sombra se ha extendido a toda la mitad superior derecha. Imagen de falsa caverna en la región sub-clavicular; d) La sombra se reduce notablemente. Persiste la pseudo-caverna.

alcanzado a la fibrosis. En cuanto a la imagen de caverna descrita, no ha sido posible comprobarla posteriormente, ni clínica ni radiológicamente. Es probable que se trate de una zona de enfisema, como se pudo apreciar a la pleuroscopia, o bien, una zona en que la atelectasia haya regresado.

OBSERVACION CLINICA N.º 13.—Sanatorio "Los Guindos" 445-C.
J. S.—4 años.—Ingreso: 3-IX-39.

ANTECEDENTES.—Se ignora la fuente de contagio. Sarampión a los 3 años.

FIGURA N.º 16. — OBSERVACION N.º 14

a) Imagen de adenopatía hilar izquierda; b) Aparecen sombras de atelectasias en el tercio medio; c) La imagen se ha borrado por completo.

FIGURA N.º 16. — OBSERVACION N.º 13

a') Sombras de masas ganglionares en la región hilar derecha; b') Aparecen sombras de atelectasias en el lóbulo superior limitadas, hacia abajo, por la línea horizontal que se observa desviada.

ENFERMEDAD ACTUAL.—A raíz de un Mantoux positivo el 7-VIII-39, se comparó a la radiografía 15149 (figura 16-a'), una sombra difusa perihilar derecha. Existen además grandes ganglios hiliares derechos.

Sedimentación: 9 mm/h. Peso: 14 kg. Examen pulmonar: negativo.

La radiografía 16737, del 12-II-40 (figura 16-b'), presenta una sombra homogénea, difusa, que ocupa la mitad inferior del lóbulo superior derecho, limitada hacia abajo por la cisura que se observa fuertemente desviada hacia abajo.

Diez meses después de su ingreso, una radiografía 19110, del 25-VII-40, que no incluimos en la figura, revela que la sombra anterior casi ha desaparecido, quedando una cisuritis horizontal. Examen pulmonar: negativo. Sedimentación: 8 mm/h. Peso: 18 kg.

Comentario.—En este enfermito hemos observado la aparición de una sombra atelectásica en la parte inferior del lóbulo superior derecho, que tres meses más tarde, desaparece, quedando solamente una imagen cisural engrosada y pequeños tractus de induración.

OBSERVACION CLINICA N.º 14.—Servicio de Tuberculosis 11361.—H. Arriarán.

J. B.—11 años.—Ingreso: 21-II-39.

ANTECEDENTES.—Un tío con tuberculosis laríngea frecuentó la casa hasta su fallecimiento, 5 meses antes del ingreso del niño al Hospital. Hace un año ataques de epilepsia jacksoniana, a raíz de un traumatismo craneano; se han repetido en diversas ocasiones. Eritema nudoso hace 6 meses.

Mantoux 1 por mil: positivo. Sedimentación: 20-39 mm/h. Peso: 28 kg. Baciloscopia: negativa. Cultivo: positivo a los 25 días.

Examen pulmonar: negativo. En la primera radiografía, 23198, del 28-XII-39 (figura 16-a), se aprecia adenopatía tumoral en la región hilar izquierda, sin compromiso pulmonar. En la radiografía 23768, del 12-II-40 (figura 16-b), aparece una sombra densa homogénea, que ocupa el tercio medio izquierdo y que está en relación con la imagen ganglionar derecha.

La medición de las presiones pleurales dió 4 y 0.

No se pudo hacer neumotórax por existir una sinfisis pleural extensa.

Cinco meses más tarde de la aparición de la sombra pulmonar, la radiografía 25759, del 6-V-40 (figura 16-c), muestra la desaparición casi total de la sombra. Los ganglios se encuentran también reducidos de tamaño.

Continúa el control en el Policlínico, durante un año, sin presentar síntomas pulmonares. Sedimentación: 10-21 mm/h. Se regulariza la curva de peso. Cultivo negativo en numerosas ocasiones.

Se perdió de vista por ingresar al Policlínico de la Casa de Orates por su epilepsia.

Comentario.—La observación descrita tiene interés, porque se observa la aparición de una atelectasia en relación con ganglios del hilio izquierdo y poco tiempo después su desaparición casi completa.

En otras ocasiones, la sombra ocupa rápidamente la totalidad o parte de un lóbulo pulmonar. La observación siguiente, nos pone de relieve esta modalidad de aparición de la atelectasia. Además, nos muestra una de las formas más típicas de recidiva de la imagen radiológica en relación con procesos infecciosos intercurrentes. Ya nos hemos referido anteriormente sobre la influencia de las enfermedades infecciosas sobre la modalidad clínica de la atelectasia.

FIGURA N.º 17. — OBSERVACION N.º 15

a) Gran adenopatía paratraqueal bilateral; b) Aparece sombra en forma de faja en el tercio superior derecho. Mediastino desviado a la derecha; c) La sombra ha desaparecido en gran parte. Queda una faja delgada a nivel de la cicatriz, la que se observa desviada hacia arriba y hacia afuera; d) Se observa un nuevo aumento de la sombra de atelectasia en el tercio superior derecho.

OBSERVACION CLINICA N.º 15.—Servicio de Tuberculosis, 5689.—H. Arriarán.

S. O.—3 años.—Ingreso: 30-III-38.

ANTECEDENTES.—Madre enferma de tuberculosis. Hace un año presentó durante dos meses un cuadro pulmonar semejante al actual, pero sanó bien.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Hace dos meses y medio comienza en forma brusca, con fiebre alta, disnea y tos con desgarró. Este cuadro se ha mantenido hasta ahora con ligeras intermitencias. Al examen encontramos un niño de regular aspecto general, buen apetito, con temperaturas muy irregulares.

Al examen pulmonar encontramos submatidez en el tercio superior derecho. Sedimentación: 60-12 mm/h. Peso: 10 kg. Mantoux al 1 por mil: positivo.

Este cuadro fué interpretado como una neumonía; pero la radiografía 15833 (figura 17-a), demostró sólo una adenopatía paratraqueal bilateral bastante intensa.

Cuatro meses más tarde con el examen pulmonar negativo y la sedimentación 70-75 mm/h, y el peso 9.200 kg., la radiografía 16391 (figura 17-b), muestra una sombra de condensación que ocupa casi toda la totalidad del lóbulo superior derecho. Esta última lesión no ha coincidido con una sintomatología clínica especial, ni con alzas térmicas. Se interpreta como una atelectasia determinada por compresión ganglionar.

Presiones endopleurales difíciles de tomar por la intranquilidad del niño. Al lado derecho se logra estabilizar en —10 y 0.

Un mes después, la radiografía 16569 (figura 17-c), muestra que ha desaparecido casi totalmente la sombra del vértice derecho, quedando una delgada sombra marginal con límite neta del borde inferior y un ensanchamiento de la sombra mediastinal superior.

Los controles periódicos permiten comprobar un buen estado general. Examen pulmonar negativo. Sedimentación: 20-50 mm/h. Peso: 9.800 kg.

Cuatro meses después contrae una coqueluche, que agrava el cuadro, y en la radiografía 18751 (figura 17-d), se aprecia una sombra de condensación que ocupa casi la totalidad del vértice derecho. El examen pulmonar da submatidez y broncofonía en el vértice derecho.

Tres meses más tarde, la radiografía 18925, muestra que ha desaparecido la sombra del lóbulo superior derecho, quedando sólo una adenopatía hilar derecha y pequeñas sombras de induración residual. Examen pulmonar: negativo. Sedimentación: 5-10 mm/h.

Comentario.—Se trata de un niño que presenta cuadros asfícticos febriles y repetidos, desde la edad de 2 años. Se comprueba una adenopatía paratraqueal bilateral y poco tiempo después una atelectasia de todo el lóbulo superior derecho. Esta lesión se borra casi por completo al cabo de 2 meses, para reaparecer, con mayor intensidad, con motivo de una coqueluche. Una vez desaparecida esta última enfermedad la lesión regresa nuevamente.

Debemos llamar la atención hacia los cambios de posición del mediastino con motivo de la aparición de las condensaciones atelectásicas.

También se observan atelectasias en el curso de un neumotórax terapéutico, especialmente en aquellos llamados contraelectivos, a causa de sinfisis pleurales más o menos intensas.