

Servicio de Tisiología  
"Hospital Artiarán",  
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

OBSERVACION CLINICA N.º 16.—Sanatorio, "Los Guindos", 841.  
I. G.—10 años.—Ingreso: 27-VII-38.

ANTECEDENTES.—Enviada por un Centro de Defensa, por presentar una condensación pulmonar en el tercio medio del pulmón derecho.

Al examen general encontramos una niña con buen apetito, afebril, sin tos ni expectoración. Al examen pulmonar hay submacidez, disminución de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular en la mitad inferior derecha.

Mantoux al 1 por mil: positivo. Peso: 16 kg. Sedimentación: 55 mm/h

La radiografía 13402, en el momento del ingreso, (figura 18-a), muestra pequeños ganglios paratraqueales derechos. En la región perihiliar derecha se ve la sombra de una pequeña caverna y algunas cavidades vecinas. En la región infraclavicular derecha se observan pequeñas sombras tenues.

Se hace el diagnóstico de caverna residual y se decide el colapso gaseoso. Después de un mes de tratamiento con neumotórax, que resulta incompleto a causa de una sinfisis pleural de casi todo el lóbulo superior derecho, aparece bruscamente, una condensación de todo el lóbulo superior derecho de ese lado. Esta lesión coincide con altaz térmicas irregulares, con tos seca, muy intensa y con síntomas clínicos muy poco marcados. Podemos sólo apreciar macidez, especialmente en la parte anterior, respiración ruda, apagamiento de las vibraciones vocales y uno que otro frote. La radiografía 20634, del 13-V-39 (figura 18b), da una imagen de neumotórax. Mediastino desviado a la izquierda. Aparece

una sombra de condensación pulmonar, densa, homogénea, de límite inferior neto, que ocupa el cuarto superior derecho.

Se suspende el neumotórax y se observa durante dos meses, apreciándose después un borramiento de la imagen en forma paulatina que daba la impresión de un proceso bronconeumónico diseminado.



FIGURA N.º 18. — OBSERVACION N.º 16

a) Pequeños ganglios paratraqueales derechos. Pequeñas imágenes cavitarias en la región perihiliar derecha; b) Imagen de neumotórax. Mediastino desviado a la izquierda. Sombra de condensación homogénea, de límite inferior neto, en el cuarto superior derecho; c) Se observa el lóbulo superior derecho retraído; d) Pauciplenitis residual en el tercio superior derecho. Posición alta de la cintura por el lóbulo superior retraído.

La radiografía 17144, del 21-II-40 (figura 18-c), da un aspecto retraído del lóbulo superior derecho. La sombra perihiliar media e inferior derecha es un poco más pequeña. El estado general mejora notablemente. Afebril. Sedimentación 15-20 mm/h.

La radiografía 11297, del 17-X-41 (figura 18-d), muestra una imagen de poiquiopleuritis residual en el tercio superior derecho. La persistencia alta de la cisura puede deberse a retracciones del lóbulo superior, ya que se observa una pleuritis costal y mediastinal superior y existen retracciones en la parte alta del hemitórax. Campo izquierdo, normal.

**Comentario.**—Se ha interpretado este cuadro como una atelectasia lobar, tanto por su aparición brusca como por la falta de síntomas de una condensación neumónica y por el carácter irregular de la temperatura. El mecanismo de producción de esta atelectasia sería una desviación de la tráquea o la acoadura de algún bronquio, a consecuencia del neumotórax, que se hizo un poco forzado. La desaparición de la sombra después de suspendido el neumotórax, comprueba el diagnóstico y plantea el problema de la contraindicación de él, en este caso.

Consideraremos ahora las atelectasias en su período de reabsorción.

En algunos casos la sombra homogénea se hace más difusa y aparecen zonas claras en su interior, que, con cierta frecuencia pueden simular una caverna. La observación N.º 4 (figuras 8 c y d), nos da una comprobación de este error por medio de la autopsia y los casos 12, 23, 28 y 33, lo demuestran en su aspecto radiológico y clínico. (Véase figura N.º 15 y figura N.º 21-b).

Otras veces se ve que la sombra ocupa todo o casi todo el hemitórax correspondiente, desapareciendo luego en forma brusca, y la mayoría de las veces sin dejar huellas, como en la observación siguiente:

**OBSERVACION CLINICA, N.º 17.**—Servicio de Cirugía, 27206.—H. Arriarán.

L. R.—3 años.—Ingreso: 22-IX-41.

**ANTECEDENTES.**—Convivió con una tuberculosa, durante un mes. La cual falleció en diciembre de 1939.

Coqueluche en marzo de 1941. Se hospitaliza en el Servicio de Cirugía por una coxitis tuberculosa derecha, en junio de 1941. Se controla posteriormente en el Policlínico Traumatológico del H. Arriarán.

**ENFERMEDAD ACTUAL.**—En julio de 1941, aparece por primera vez en una radiografía de control pulmonar (N.º 31109, figura 19-a), un velo homogéneo en todo el hemitórax derecho. Sombra marginal derecha en forma de franja de límite externo neto. Sombras jaspeadas de contornos nítidos y pequeñas sombras nodulares aisladas en la mitad superior del hemitórax izquierdo.

Al examen encontramos una niña pálida, afebril, con estado general deficiente, tos escasa, mal apetito.

El examen pulmonar da: respiración sopiante y estertores gruesos en el tercio medio del campo izquierdo.

Sedimentación: 52-90 mm/h. Peso: 16 kg. Mantoux al 1 por mil: positivo.

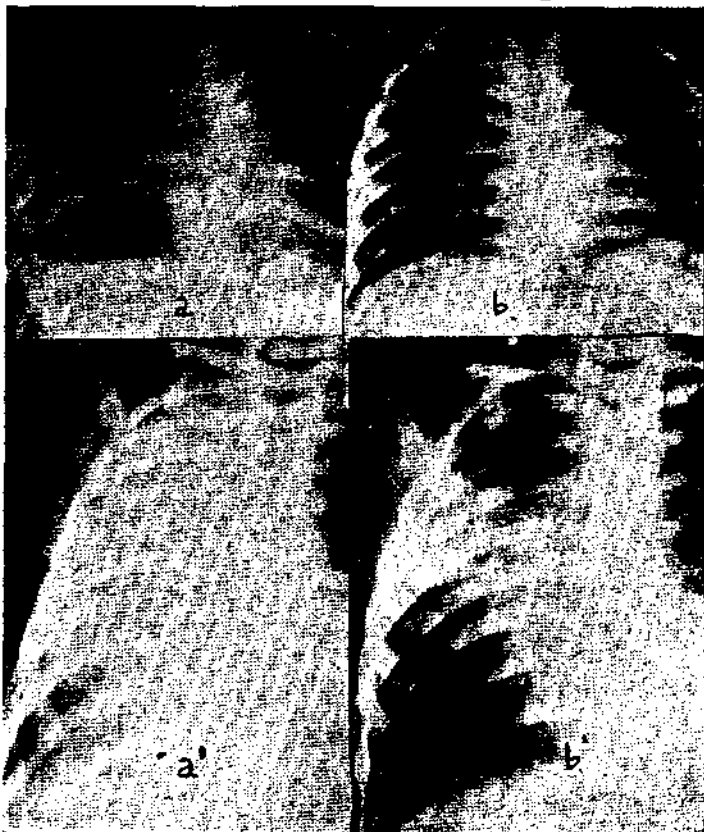


FIGURA N.º 19. — OBSERVACION N.º 17

a) Velo homogéneo y tenue de todo el hemitórax derecho; b) La imagen ha desaparecido.

FIGURA N.º 19. — OBSERVACION N.º 18

a') Opacidad total del hemitórax derecho. Queda una zona libre en la región costo-diafragmática derecha; b') Desaparición de la mayor parte de la sombra que ha quedado circunscrita a una zona del tercio medio.

Su lesión ósea se mantiene en buenas condiciones.

Una segunda radiografía 31869, del 29-IX-41, (figura 19b), muestra que ha desaparecido el velo homogéneo del hemitórax derecho. Las manifestaciones

ciones de paquipleuritis derecha se han reducido apreciablemente, persistiendo sólo, una leve sombra marginal tenue de paquipleuritis costodiafragmática.

El estado general mejora. El examen pulmonar: negativo. Sedimentación: 20-40 mm/h.

**Comentario.**—En este caso puede apreciarse la aparición de una atelectasia total derecha, sin ninguna sintomatología clínica pulmonar en el curso de una tuberculosis extrapulmonar, sin que ésta presentara ninguna modificación. Asimismo se puede apreciar el borramiento de la imagen derecha en una forma completa y en un plazo relativamente corto, lo que orientó el diagnóstico hacia una atelectasia.

Sin embargo, la opacidad aparece en la primera radiografía en forma incompleta y tenue, que se debería probablemente a que el diagnóstico se hizo en una fase tardía, cuando la lesión estaba ya en franca regresión.

Otra modalidad que se presenta con frecuencia es la que se refiere a ciertos tipos de atelectasia masiva, que se reducen bruscamente en su mayor parte, dejando solamente una zona pequeña de atelectasia que evoluciona lentamente hacia la induración. Las observaciones que relatamos a continuación corresponden a esta forma de regresión.

OBSERVACION CLINICA N.º 18.—Servicio de Tuberculosis, 2787.—H. Atriarán.

C. P.—9 meses.—Ingreso: 27-IX-41.

**ANTECEDENTES.**—La abuela vive en casa y es tosedora crónica. No ha presentado enfermedades anteriores.

**ENFERMEDAD ACTUAL.**—Desde hace 20 días presenta tos, anorexia, decaimiento. Afebril.

Al examen encontramos un niño pálido, con turgor algo disminuido y regular estado general:

Al examen pulmonar se encuentra sopro suave y algunos extertores que desaparecen con la tos, en la axila derecha y parte superior del pulmón derecho.

Mantoux 1 por mil: positivo. Sedimentación: 81 mm/h. Peso: 7 kg.

Radiografía 31917, del 25-IX-41 (figura 19-a'), sombra densa, homogénea, que ocupa casi la totalidad del hemitórax derecho, salvo en la región costodiafragmática. Mediastino desviado a la izquierda. La sombra mediastinal superior presenta algunas escotaduras al lado izquierdo.

En el control del 16-X-41 encontramos el estado general regular. Afebril. Sedimentación: 80 mm/h. Peso: 7.700 kg.

El examen pulmonar da submatidez en todo el campo derecho. Roncus disseminados en toda el área pulmonar.

Se controla periódicamente durante un año, conservando las mismas condiciones pulmonares y generales.

La radiografía 36148, (figura 19-b'), tomada 13 meses después de su ingreso, indica que se ha reabsorbido gran parte de la sombra del hemitórax derecho, persistiendo una sombra densa irregular entre el tercio medio y el superior. Persisten las manifestaciones de adenopatía tráqueobrónquica.

El estado general es bueno. El examen pulmonar da respiración bronquial en el tercio superior derecho. Resto normal. No se ha podido practicar posteriormente un examen de control, porque no ha vuelto al hospital.

**Comentario.**—El interés de esta observación reside en el hecho de haberse observado una atelectasia total del lado derecho, producida por masas ganglionares paratraqueales. Llama la atención la escasa sintomatología clínica, objetiva y subjetiva de este enfermito y la desaparición de la lesión tan extensa, en forma casi completa después de 13 meses de evolución.