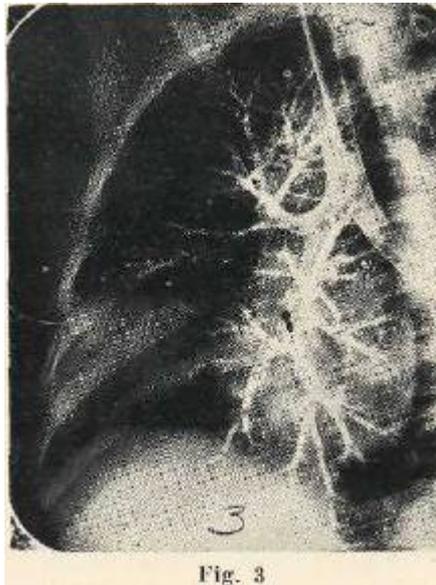
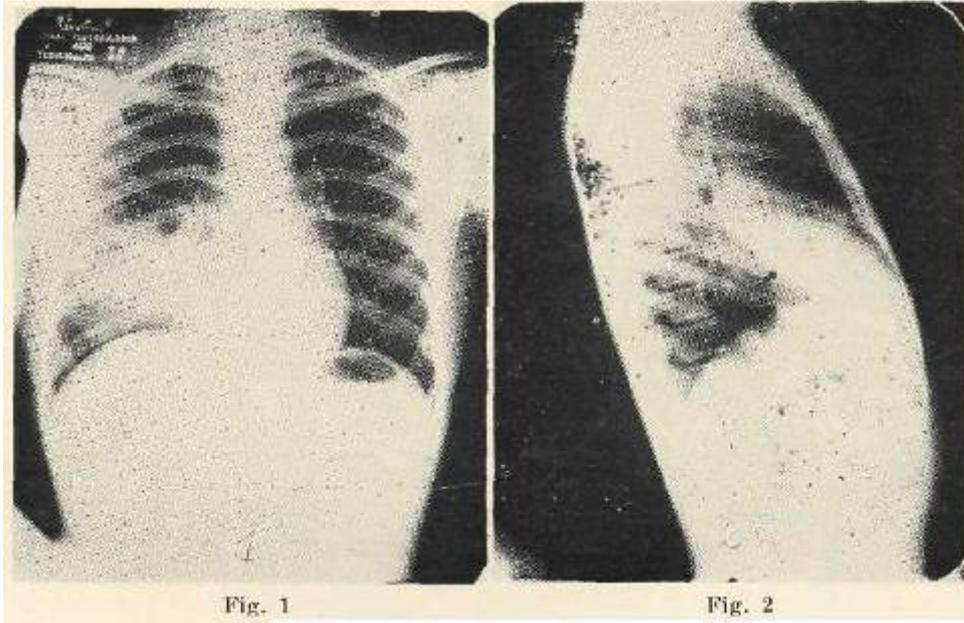


Diagnóstico Radiológico

Dra. Martha Membreño Padilla ()*

Este paciente de 18 años fue hospitalizado con historia de tos seca, pérdida de peso, febrículas de 3 meses de evolución. Las baciloscopias fueron negativas, la tuberculina positiva, la broncoscopia no aportó datos y un broncograma reveló obstrucción del bronquio del lóbulo medio en su aspecto inicial.



(*) Médico Neumólogo del Instituto Nacional del Tórax.

DISCUSIÓN

Se trata de un síndrome del lóbulo medio, con atelectasia parcial del lóbulo, como lo demuestra la radiografía lateral en la que no se observa la clásica imagen lineal del lóbulo retraído. A pesar de las baciloscopias¹ negativas, se inició tratamiento de prueba antituberculoso con lo que se obtuvo desaparición de los síntomas y permeabilización del bronquio obstruido después de un mes de tratamiento. Posteriormente los cultivos por B.K. *de* expectoración confirmaron la presunción diagnóstica.

El síndrome del lóbulo medio es un síndrome clínico radiológico de curso crónico caracterizado por hemoptisis a repetición, tos crónica y brotes febriles recidivantes.

Es causado por una estenosis inflamatoria del bronquio del lóbulo medio, con atelectasia del lóbulo y con evolución hacia retracción fibrosa del mismo.

La etiología es múltiple, encontrándose a la cabeza de la lista de causas, la TBC, enfermedad que puede llevar a la estenosis bronquial de diversas maneras como ser, una perforación gangliobronquial, una bronquitis caseosa o una adenopatía con alteraciones secundarias de la pared bronquial. Pero además de la TBC, el síndrome del lóbulo medio muchas veces puede ser producido por sarcoidosis, cuerpos extraños, bronquiolitis, tumores benignos, tapón mucoso, inflamación bronquial crónica de origen bacteriano,

La atelectasia del lóbulo medio tiene la particularidad de ser uno de los diagnósticos más fáciles de establecer en la radiografía lateral y uno de los más difíciles en la proyección P. A. Con la pérdida *de* volumen, las cisuras mayor y menor se aproximan dando origen a una imagen que en la proyección lateral (figura 2) aparece como una sombra lineal con anchura no mayor de 2-3 Mm. y que en la proyección P. A. (figura 1) puede no adoptar forma definida, siendo á veces el único signo de la enfermedad el "borramiento" de una porción del borde cardíaco derecho ("signo de la silueta") debido a la contigüidad de la aurícula derecha y el segmento¹ medial del lóbulo.

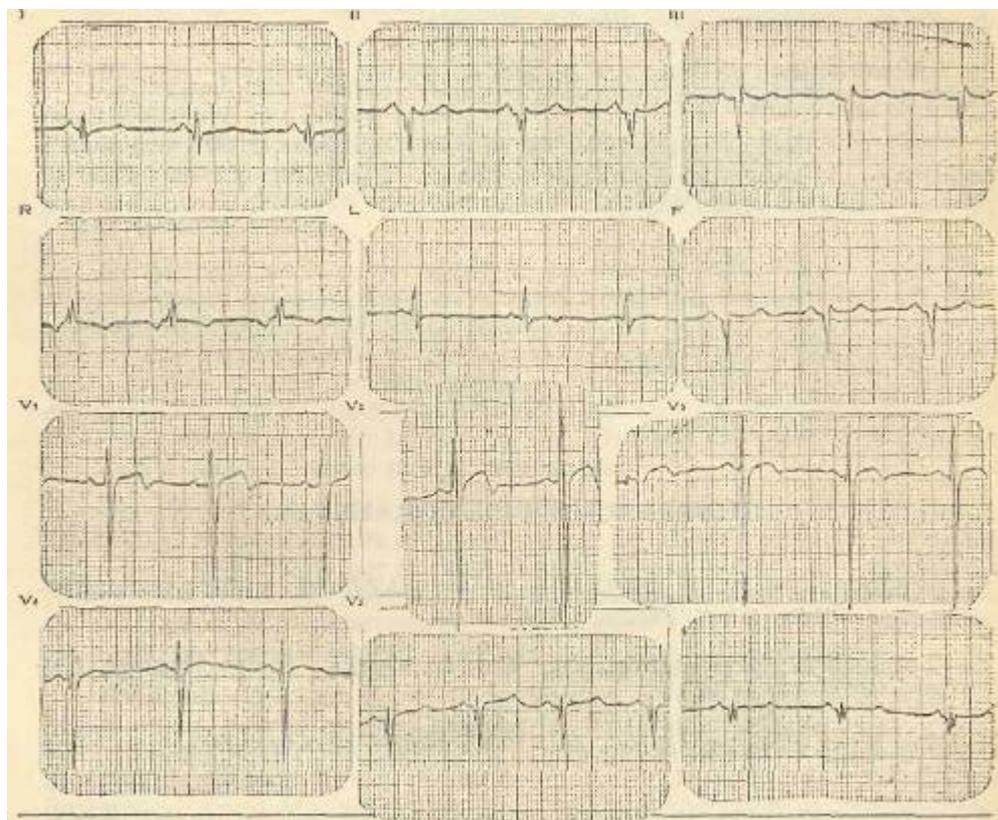
La broncografía (figura 3) proporciona un dato patognomónico: la estenosis bronquial que puede ser completa o incompleta y con bronquiectasias dístales por debajo de la estenosis.'

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—CROFTON, J.; DOUGLAS, A.: Enfermedades respiratorias. 1971.
- 2.—BLAJOT, I.: Radiología Clínica del Tórax, 1970.
- 3.—FRASER, R. G.; PARE, J. A.: Diagnóstico de las enfermedades del tórax, 1973.

Electrocardiografía Práctica

Dr. Marco A. Bográn
Clínica Centro Médico
Tegucigalpa, Honduras



Observe el Electrocardiograma ilustrado, el ritmo es sinusal con frecuencia de 65, segmento PR normal, 0.16 de seg., QRS normal, 0.09 de seg., el eje eléctrico es extremo izquierdo, menos 90 grados. Nótese pequeña onda Q en 1[^] L y V6.

Existen además ondas Q profundas en 2-3-F que miden más de 0.04 de seg. de duración y que nos obliga a hacer diagnóstico de infarto antiguo des pared inferior o diafragmática.

COMENTARIO

El Electrocardiograma en cuestión corresponde a un sujeto del sexo masculino de 28 años de edad, sin enfermedad cardíaca aparente.

Demuestra un ejemplo de hemibloqueo izquierdo anterior (eje eléctrico de menos 30 o más, ondas Q en I-L (1) con imagen de infarto de pared inferior,,

que puede acompañar al hemibloqueo (2) en un pequeño número de casos. La etiología del hemibloqueo izquierdo anterior (HIA) es múltiple; en pacientes mayores de 50 años, la causa más frecuente es un infarto de pared anteroseptal o anterolateral y menos frecuentemente una miocardiopatía isquémica difusa sin infarto electrocardiográfico (3, 4).

En pacientes jóvenes las causas más comunes son enfermedad valvular aórtica y las cardiomiopatías de diversa etiología. Se observa en niños, como secuela de miocarditis viral o reumática y como anomalía congénita de la conducción acompañando a otros defectos cardíacos.

Ocasionalmente se demuestra el HIA en sujetos normales y representa entonces una curiosidad electrocardiográfica (5, 6).

La importancia en este caso estriba en poder reconocer el HIA con imagen de infarto y no incurrir en el error de comunicar al individuo que ha sufrido un proceso isquémico agudo (2, 7).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ROSENBAUM, M. B.; ELIZARI, M. V.; LAZZARI, J. O.: Los hemibloqueos. Buenos Aires, Pardos, 1968.
- 2.—Workshop in Electrocardiography, H. J. L. Marriott, Tampa Tracings, Florida, 1972, Pág. 134.
- 3.—The Heart, Chapter 32, 3er. Ed. J. W. Hurst; MacGraw-HM, New York, 1974.
- 4.—ROSEMBAUM, M. B.: Modern, concepts of cardiovascular disease, diciembre, 1970.
- 5.—GOLDREYER, B. N.: Intracardiac electrocardiography in the analysis and understanding of cardiac arrhythmias. *Ann. Int. Med.* 77: 117, 1972.
- 6.—Practical Electrocardiography. 5th. Ed. H. J. L. Marriot. Williams Wilkins, Co. Baltimore, 1974, página 86.
- 7.—BOGRAN, M A.: *Rev. Med. Hondur.* Vol. 42, N° 4, Pág. 270, 1974.