

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS IMAGENES TRIANGULARES PARAMEDIÁSTICAS DE BASE.** — M. GONZÁLEZ RIBAS y F. MANCHÓN AZCONA. — (2-12-44).—Antes de proceder al diagnóstico diferencial, los autores hacen un estudio según la patogenia en tres grupos: *pleuritis mediastínica, bronquiectasia y procesos pulmonares.*

*Pleuritis mediastínica.*—Después de un breve estudio histórico, pasan a la descripción de los casos típicos de pleuritis exudativa y los debidos a pleuritis residual con imagen mínima.

Entre 6.000 estudiados clínica y radiológicamente, han podido separar 27 con imagen triangular típica de origen respiratorio y de ellos sólo dos tratábanse de pleuritis mediastínica exudativa. De formas residuales con ocupación poco extensa del seno cardio-diafragmático de borde cóncavo, separan 76 casos, que por lo reducido de la imagen y por no dar sintomatología ni síntoma clínico, no cuenta en la interpretación de la imagen triangular paracardiaca de base.

El hecho de que al principio de estas imágenes fueran consideradas como pleuríticas y que en el momento actual veamos precisamente que la gran mayoría son debidas a procesos bronquiectásicos, puede considerarse obedece a los mejores medios de exploración y a la diferencia de tiempo de evolución: las pleuritis exudativas evolucionan rápidamente en general, mientras que los procesos bronquiectásicos se hacen permanentes.

Aparte de ello, y refiriéndose exclusivamente al hecho pleurítico, hacen notar el porcentaje elevado de pleuritis, y a las imágenes típicas pleurógenas se les suman las residuales del mismo origen.

A continuación hacen un estudio de la localización, forma, y demás características de las imágenes de origen pleural.

*Bronquiectasias.*—Estudian los procesos bronquiectásicos capaces de producir peribronquitis en brotes congestivos, que dan lugar a procesos neumónicos crónicos, indurativos, cirróticos, retráctiles, que incluyen zonas de parénquima obligadas a la atelectasia; describen la posible complicación pleurítica.

De los 27 casos de la Clínica Médica B., 15 son debidos a bronquiectasias. En ellos estudian, en la historia clínica, la causa del proceso bronquial que en su mayoría es atribuida a procesos de la infancia, sarampión, tos ferina, etc., y que han dejado catarros bronquiales de repetición, y en muchos de ellos con expectoración persistente. En otros casos ha sido consecuencia de neoplasia bronquial, pleuritis, neumonía crónica, etc.

Ponen de relieve el valor de la broncografía en el estudio de los trayectos del árbol bronquial que rige al bloque de condensación, con sus distintas formas y extensión.

Haciendo referencia al momento evolutivo, ponen de manifiesto que en algunos de los casos observados la imagen triangular se hizo muy patente en el momento de un brote de peribronquitis, y que desaparecía completamente con dicho brote. En otros casos, brotes sucesivos dieron lugar a una progresiva reducción de la masa densa, llegando a la menor expresión.

*Procesos pulmonares.*—Las *neumonías y bronconeumonías* de distinto origen pueden ocupar todo el lóbulo inferior o sólo una zona determinada. Estudian sus distintas formas.

Referente a *atelectosia*, hacen un detenido examen de las posibles causas de las formas obstructivas y espásticas, observadas en los casos estudiados.

En forma especial hacen una revisión de los conceptos actuales de zonas o segmentos pulmonares y consideran el valor que adquieren en la patogenia de muchos procesos neumónicos o atelectásicos, que sin este criterio fragmentario embriológico del pulmón no sería posible descifrar.

*Diagnósticos diferencial.*—Dejando aparte los procesos mediastínicos, diafragmáticos y vertebrales que pueden simular una imagen triangular, pero que pueden ser descartados fácilmente con los medios complementarios radiológicos, hacen un estudio particular de la pericarditis en su diferenciación de la pleuritis mediastínica bilateral.

Definida la imagen triangular típica examinan el proceso diferencial en su evolución, emplazamiento, manifestaciones clínicas, síntomas, signos físicos, y mediante los resultados de los distintos medios exploratorios como la punción, expectoración, pruebas tuberculínicas, examen hematológico, neumodiagnóstico, broncoscopia, y finalmente la radiología con sus medios especiales de broncografía, quimografía, travesía esofágica con papilla opaca, neumoperitoneo, etc.

A continuación son resumidos los casos clínicos en un cuadro esquemático con referencia de diagnóstico y antecedentes, síndromes (pleural, bronquial y pulmonar) y características radiológicas.

Viene ilustrado el trabajo con un diagrama de FOSTER CASTER, sobre la topografía de los segmentos broncopulmonares, y con una colección de broncografías de los casos estudiados.