

## IMAGENES PULMONARES CARDIOGENICAS

DRES. A. PURSELL MÉNGUEZ Y J. GIMÉNEZ DE LEYVA

*Dispensario Central del P. N. A. y de E. T. Barcelona*

*Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona*

Venimos observando en la práctica diaria una serie de imágenes pulmonares, de las cuales hemos recopilado algunas, que consideramos interesantes, ya que pueden llevar al médico no especializado, e incluso al neumólogo, a una diagnóstico equivocado de neumopatía; que puede variar, desde lesiones tuberculosas, neumónicas o pleurales, hasta lesiones de tipo neoforativo.

Imágenes parecidas pueden presentarse en enfermos intervenidos de exéresis pulmonar, parcial o total, que en el caso de haber sido intervenidos por tuberculosis, pueden hacernos pensar en diseminaciones de este origen, cuando las imágenes son de causa circulatoria. Cuando las observamos al comienzo, nos produjeron cierta perplejidad. En otra ocasión hablaremos de estas imágenes postoperatorias.

Recordemos que la circulación menor contiene de 1/4 a 1/5 de la sangre total y que el ventrículo izquierdo extrae la sangre de este depósito para inyectarla en la circulación mayor. Cualquier perturbación del funcionalismo del ventrículo izquierdo determina un estasis pulmonar retrógrado. Esto es lo que sucede en la insuficiencia valvular mitral descompensada y en las miocardiopatías por insuficiencia coronaria o en las de causa infecciosa, tóxica o metabólica. Lo mismo sucede cuando se produce un fallo del ventrículo derecho en una afección cardiopulmonar que cursa con hipertensión del círculo menor.

SYLLA describió dos formas de estasis pulmonar de origen cardíaco: una central y otra periférica. La central con ensanchamiento de las sombras hiliares, y la periférica con sombras hiliares normales y ensanchamiento de las sombras basales. El estasis basal formaría unas líneas horizontales, las líneas basales de KESLEY. Ambas imágenes se consideran clásicas para el diagnóstico de la imagen pulmonar de estasis de origen cardíaco. Lo que queremos remarcar es que esto no sucede siempre así.

Partamos del hecho de que toda imagen de estasis pulmonar representa un estado congestivo o hipertensivo del círculo menor que, potencialmente, representa un grado inicial de edema pulmonar. Cuando por alguna razón se produce una descompensación brusca de tal estado de equilibrio, se origina un edema pulmonar agudo cuyo diagnóstico clínico no ofrece dificultad alguna. Pero, al lado de estas formas agudas, existen otras que producen un estado de edema pulmonar de menor intensidad que puede dar lugar a disnea y a cierto grado de exudación alveolar, que puede originar un trasudado pleural uni o bilateral y que, por último, puede dar lugar a unas formas de estasis localizado, de diversa morfología (tal vez debidas a las alteraciones circulatorias locales que una meiopragia loca-

lizada anterior ha determinado en el pulmón o por alteraciones vasculares congénitas localizadas), como les vamos a describir a continuación.

Esto es lo que nos proponemos: llamar sencillamente la atención sobre una serie de imágenes radiológicas pulmonares, que se ven con cierta frecuencia y que muchas veces nos llegan etiquetadas con el diagnóstico de bronconeumonía difusa o circunscrita (neumonía, bronconeumonía, neumonitis, congestión pulmonar, infiltrado o infiltración específica, etc.) y que, en realidad, son imágenes pulmonares de estasis, como demuestra su evolución posterior y su respuesta al tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva que las origina.

Las causas o las circunstancias que con mayor frecuencia hemos visto producir este tipo de imágenes, que llamamos cardiogénicas, son:

- descompensación de una cardiopatía valvular preexistente, compensada hasta entonces;
- instauración de un trastorno de ritmo que condiciona un grado de insuficiencia cardíaca congestiva, como sucede en enfermos cardioangioescleróticos;
- instauración de una coronariopatía, ya sea de nueva aparición (infarto) o porque la insuficiencia coronaria preexistente haya condicionado la instauración de una insuficiencia cardíaca en un momento determinado (por ejemplo, en el curso de una bronconeumopatía aguda).

Naturalmente, no creemos que, delante de una de estas imágenes, deba uno definirse tajantemente afirmando que son neumogénicas o cardiogénicas. Es más, estamos convencidos de que, en muchos casos, son de doble origen; especialmente cuando la instauración del síndrome disneizante ha sido precedida de un proceso catarral agudo o de un síndrome neumónico. En estos casos, en la formación de la imagen pueden contribuir, aparte del estasis circulatorio, los propios focos de broncoalveolitis y el trastorno ventilatorio propio de la bronconeumopatía inicial. Esta afirmación queda ampliamente demostrada porque algunas de estas imágenes se modifican o se aclaran con el tratamiento antibiótico, que ya venían haciendo los enfermos antes de que fuesen vistos por nosotros, pero sin desaparecer del todo hasta que hemos instituido un tratamiento cardiotónico, lo cual demuestra, a su vez, la participación del estasis circulatorio que hemos mencionado.

CASO 1.º

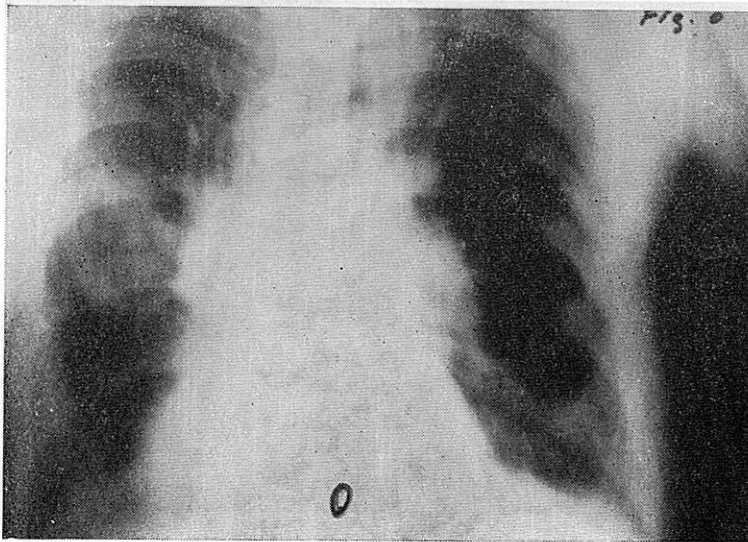


Figura A

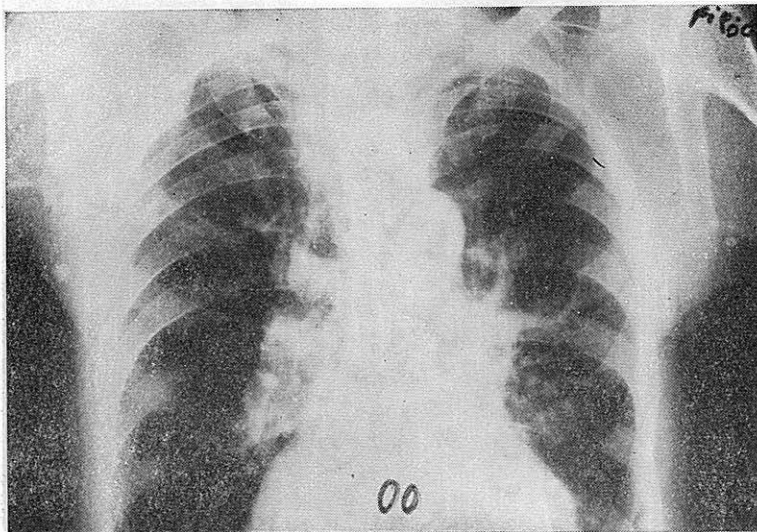


Figura B

CASO 2.º

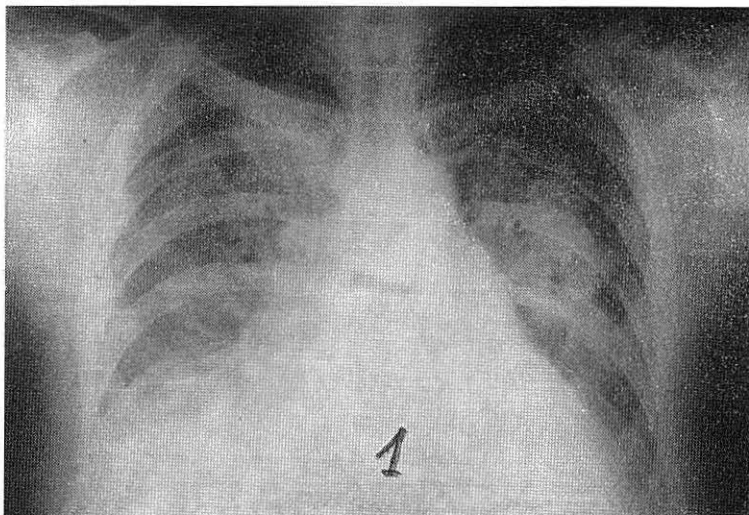


Figura A  
A. embol.

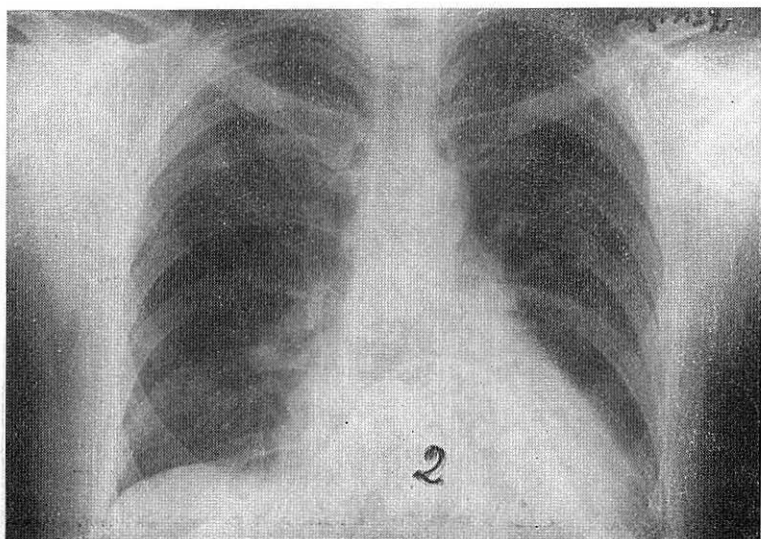


Figura B

CASO 3.º

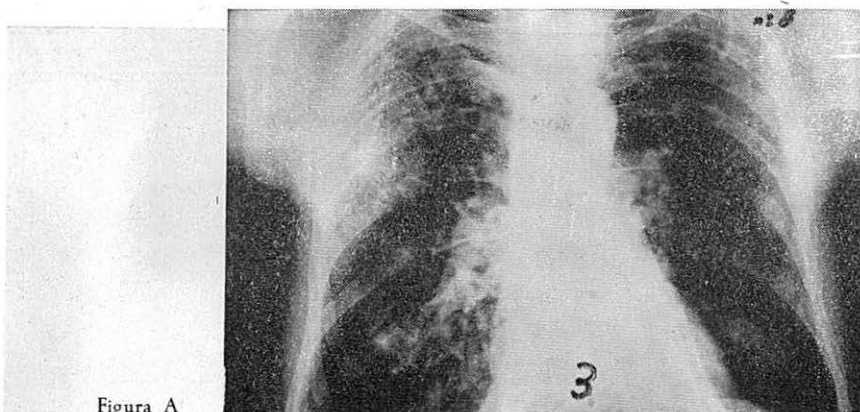


Figura A

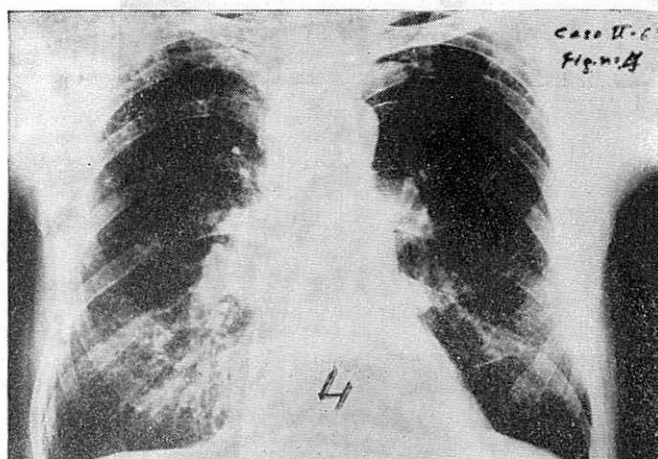


Figura B

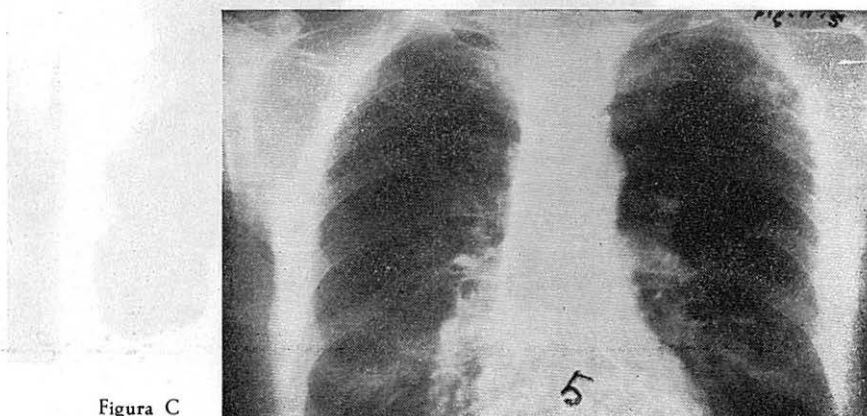


Figura C

CASO 4.º

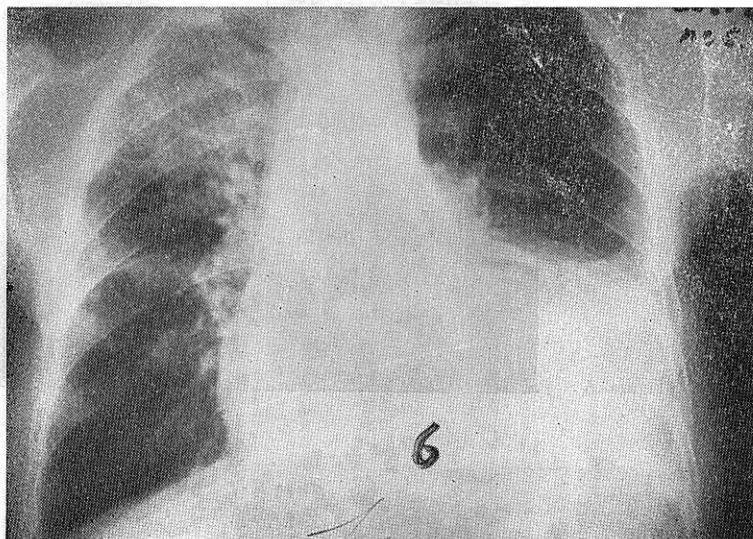


Figura A

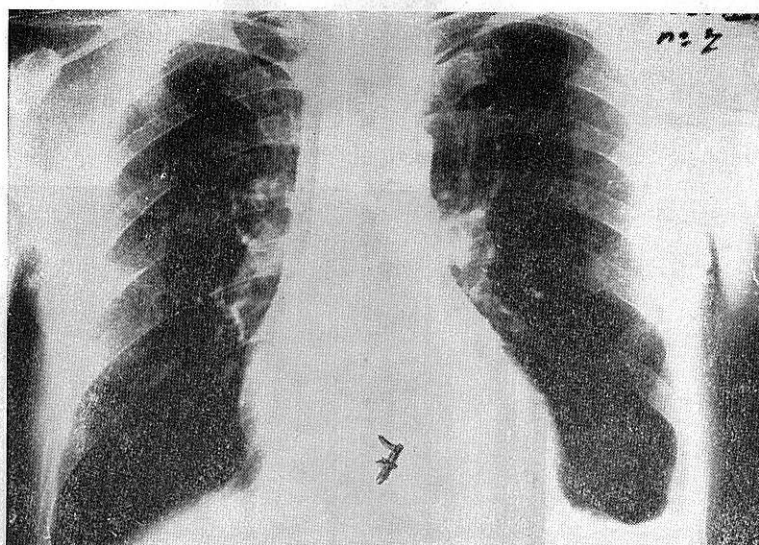


Figura B

CASO 5.º

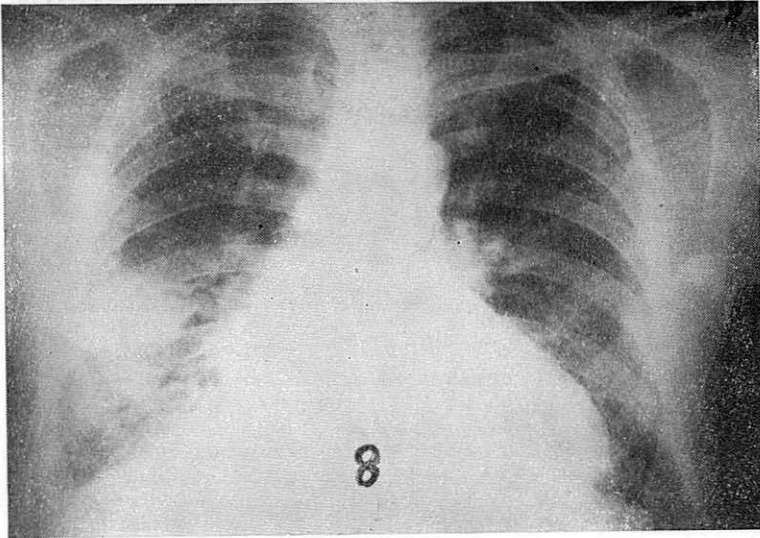


Figura A

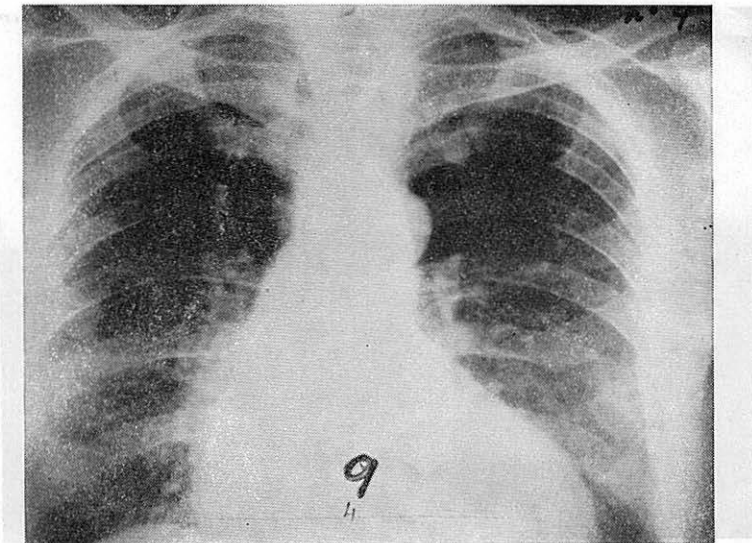


Figura B

CASO 6.º

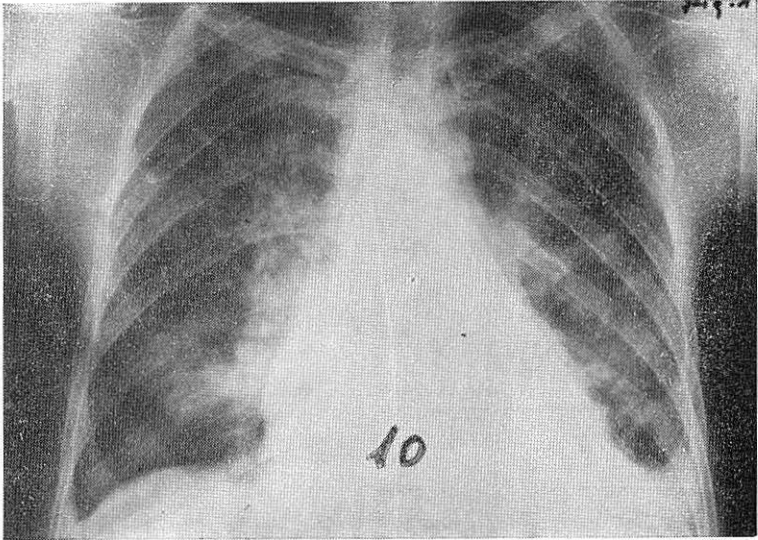


Figura A

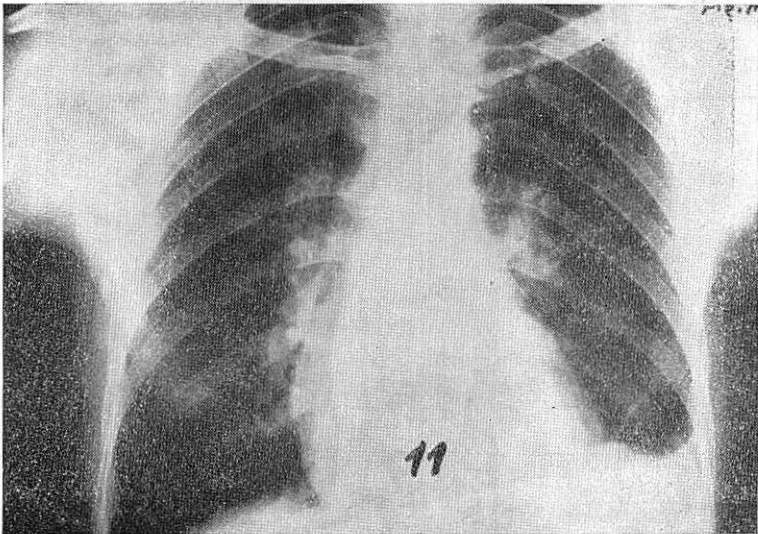


Figura B



CASO 7.º

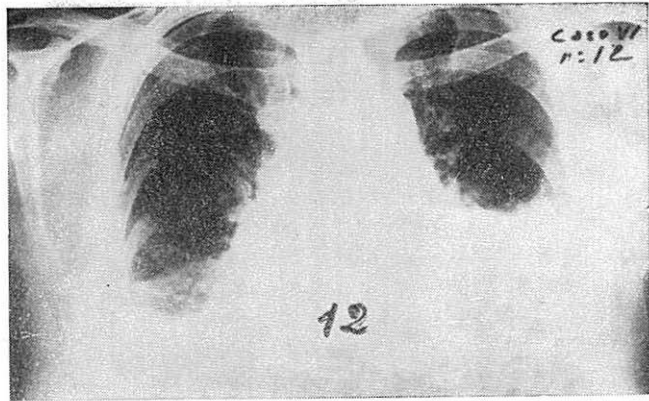


Figura A

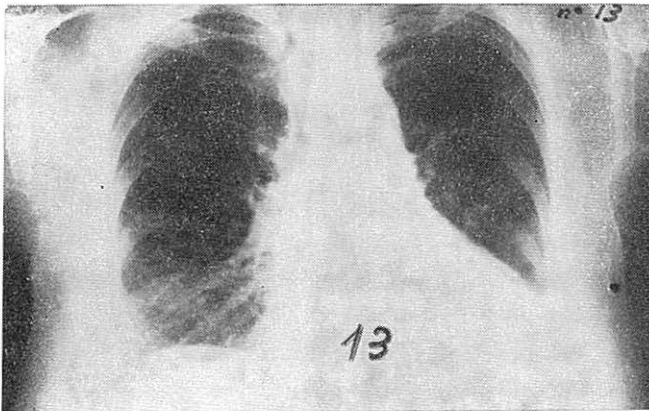


Figura B

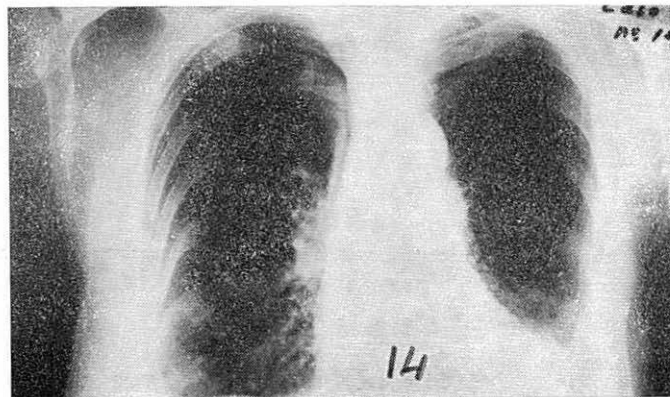


Figura C