

o algo por el estilo; el psicólogo, porque se vería descalificado como científico. Solamente el **enfermo** mira con simpatía la hipótesis de la intervención demoníaca. Después de todo, es la que le asegura un mínimo de humanismo a su vida moral.

La angustia incluye una tercera ambigüedad. Tanto si se contempla con Kierkegaard en cuanto indicadora del tipo de relación del hombre con Dios, como si se la considera con Freud como indicadora de la relación entre las tendencias conscientes y las inconscientes, la angustia tiene al mismo tiempo sentido de valor y de antivalor. En el universo religioso, la angustia es la **agonía**, el conflicto entre las fuerzas que ofrecen al hombre y le exigen su espiritualización y las que le ofrecen y le exigen la inmersión en lo sensible. El **homo viator**, que dice Gabriel Marcel, el hombre itinerante, el hombre en su existir terrenal solamente puede verse libre de angustia religiosa al precio de una apostasía total. Es la **paz de los pecadores**, es el enigma por excelencia para el hombre creyente del Antiguo Testamento. La liturgia del Domingo de Ramos aplica a Cristo este texto de un salmo: "Mis pies han tropezado, he estado a punto de caer, viendo la paz de que disfrutaban los pecadores". Pero la angustia indica también que la barrera entre la voluntad del hombre y la voluntad de Dios no ha sido traspasada. La fe ofrece la paz como el primero de sus frutos; pero la paz es alcanzada solamente "como a través del fuego". Para superar la angustia, hay que sumergirse perdidamente en ella. Entre la vida amenazada del presente terrenal y la vida libre de cuidados que es la eterna, se interpone el paso de la muerte.

En el universo psíquico, la falta de angustia está asociada a los más irreductibles trastornos de la personalidad. Ella constituye elemento decisivo para el diagnóstico de "personalidad psicopática", trastorno caracterizado por comportamientos antisociales, improductividad y falta de cualquier forma de ética o de fidelidad. La angustia psíquica indica cierto sentido de los valores con la consiguiente tendencia a responder adecuadamente a ellos y al mismo tiempo inseguridad de que los objetos valorados no tengan realmente el valor que se les atribuye. En la perspectiva de la psicología dinámica, el hombre debe separarse o desprenderse, en una ascética nunca terminada, de sus **objetos valorados**, que son el equivalente de los ídolos, a fin de poder entrar en relación con los **valores objetivos**.

A medida que la reflexión sobre la angustia se libere de rigideces excluyentes de esta o de aquella dimensión de la persona humana se irá entrando en la comprensión de interrogantes que permanecen hasta ahora sin respuesta y que constituyen otros tantos muros de separación entre cada hombre y Dios, entre cada hombre y sus prójimos, entre cada hombre y su propia intimidad. Y hasta que esto no ocurra, la angustia estará como un testigo insobornable contra las tentativas del hombre por instalarse cómodamente en el ateísmo, o en el individualismo o en la hipocresía.

RADIOLOGIA CARDIOVASCULAR

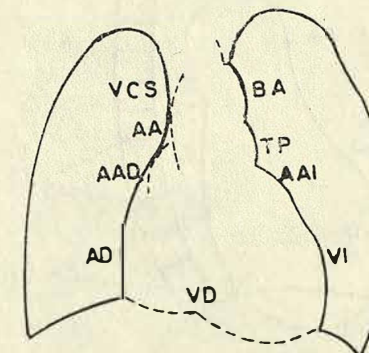
Por los profesores: **Juan Consuegra Zulaica y Andrés Andrade**

RADIOLOGIA CARDIOVASCULAR:

El estudio radiológico de la silueta cardíaca, se hace en base al estudio de las placas convencionales radiológicas POSTERO-ANTERIOR (PA), OBLICUA DERECHA ANTERIOR (OD), OBLICUA IZQUIERDA ANTERIOR (OI) y LATERAL (L). Cada una de estas posiciones es más o menos favorable para el análisis de las estructuras que forman la silueta cardíaca normal o patológica.

Estructura que forman la silueta PA:

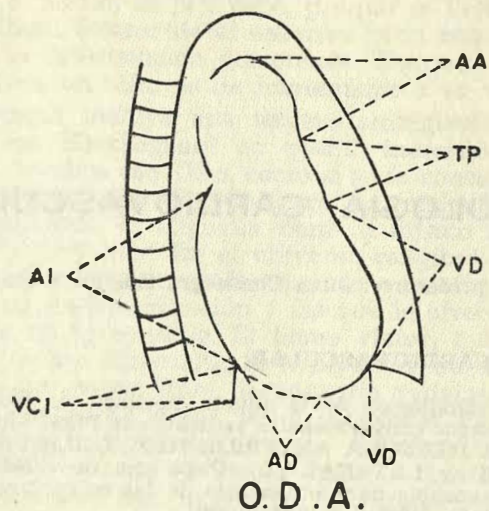
El borde izquierdo del corazón, y de arriba a abajo, está formado por: botón aórtico, tronco pulmonar, auriculilla izquierda y ventrículo izquierdo. El borde derecho, también de arriba a abajo, está formado por: vena cava superior, aorta ascendente, auriculilla derecha y aurícula derecha.



P. A.

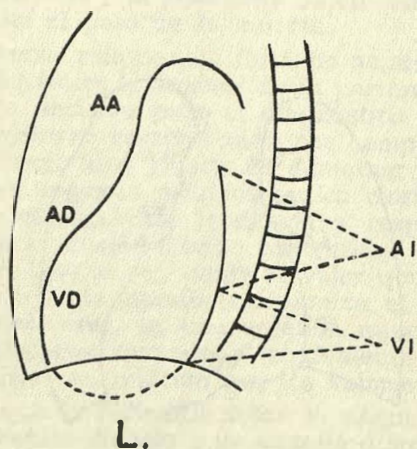
Estructuras que forman la silueta OI:

El borde anterior de la silueta en esta posición, está formado de arriba a abajo por: aorta ascendente, tronco pulmonar y ventrículo izquierdo. El borde posterior, en el mismo orden, está formado por: aorta, aurícula izquierda, aurícula derecha, y en la parte más inferior el ventrículo derecho.



Estructura que forman la silueta L:

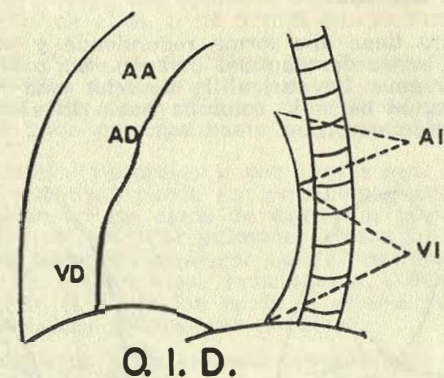
La silueta en esta posición está formada, en su borde anterior por: aorta ascendente, ventrículo derecho. El borde posterior, por: aurícula izquierda y ventrículo izquierdo.



Estructura que forman la silueta OI:

El borde anterior en esta posición, está formado de arriba a abajo, por: aorta ascendente, aurícula derecha y ventrículo derecho. Y el posterior por: aurícula y ventrículo izquierdo.

El esófago, el cual puede opacarse con bario, está en íntimo contacto con: el arco aórtico, el bronquio fuente principal izquierdo, la aurícula izquierda y la aorta descendente.



Radiología de la arteria pulmonar principal (Tronco) y sus ramas:

El tronco pulmonar forma una línea recta o ligeramente cóncava en el borde superior izquierdo del corazón, entre el botón aórtico y la aurícula izquierda y una suave curva en el borde anterior de la posición OI. De este tronco nacen las ramas principales, derecha e izquierda, las cuales forman las sobras hiliares derecha e izquierda en su mayor parte.

La rama nace en un ángulo más agudo que la izquierda, siendo la izquierda la continuación del tronco principal, dirigiéndose hacia atrás y ligeramente hacia la izquierda sobre el ángulo formado por la tráquea y el bronquio principal izquierdo. Su dirección posterior se observa claramente en la posición OI. Ambos hilios son de densidad semejante, siendo el derecho ligeramente más inferior que el izquierdo.

Los vasos pulmonares periféricos, están constituidos casi exclusivamente por las ramificaciones de la arteria pulmonar (las venas poco intervienen en este patrón vascular) que se extienden hasta la periferia del pulmón.

Válvula pulmonar:

Está colocada en la parte alta e izquierda de la silueta cardíaca, sin formar parte de la silueta cardíaca, y en una situación ligeramente superior y más izquierda que la válvula aórtica.

Aorta torácica normal:

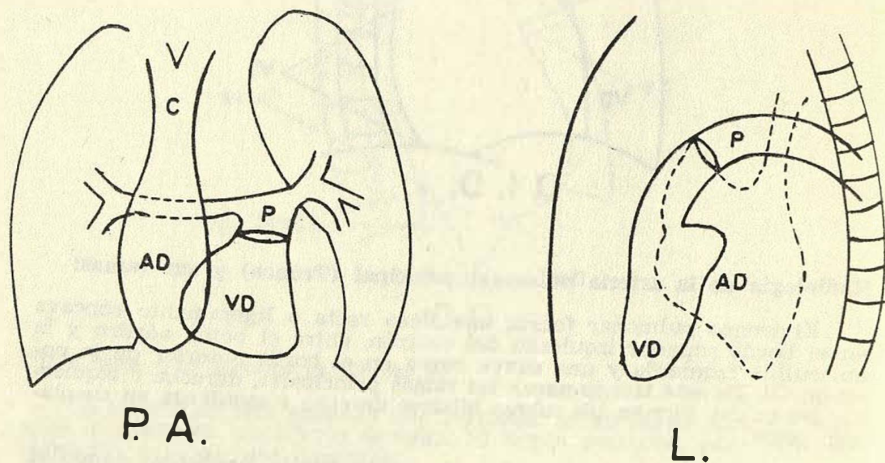
La aorta forma en los adultos y en los niños mayores parte del borde de la silueta cardíaca. El botón aórtico sobresale a la izquierda de la tráquea y comprime hacia adentro el esófago baritado. El arco aórtico izquierdo, o aorta transversal o cayado, cabalga sobre el bronquio principal izquierdo y puede ser claramente visualizado en la posición OI donde forma la porción anterior y superior de la silueta cardíaca.

Válvula aórtica:

Se proyecta dentro de la silueta cardiovascular y sobre la columna dorsal, en una posición, como ya se dijo, más inferior y derecha que la válvula pulmonar.

Aurícula derecha normal:

Esta estructura tiene una forma redondeada y configura la parte más inferior del borde derecho del corazón. Su parte más baja descansa en el diafragma. La auriculilla derecha está en su parte más superior y se insinúa hacia la columna hasta la altura del tracto de salida del ventrículo derecho.



Aurícula izquierda normal:

No forma parte del borde cardíaco en la posición PA, pues es una estructura mediana y más superior que la aurícula derecha. En la posición OD forma la parte más superior del borde posterior, así como en la posición L en la cual además está en íntimo contacto con el bronquio principal izquierdo.

Ventrículo derecho normal:

En las posiciones laterales se observa que en realidad el V. D. es más bien anterior que derecho sin alcanzar a tocar el esternón del cual está separado por el espacio retroesternal.

Ventrículo izquierdo normal:

En realidad es más posterior que izquierdo y de forma ovoide, tanto en posición PA como en L y cuya punta descansa en el diafragma. Forma normalmente el borde izquierdo de la silueta cardíaca en la PA y el borde posterior en su porción inferior, en la lateral.

ANOMALIAS DE LAS ESTRUCTURAS QUE FORMAN LA SILUETA CARDIACA

Arteria pulmonar principal y ramas:

Se estudia mejor en las posiciones PA y OD, posiciones en las cuales, en casos de anomalías congénitas puede apreciarse su crecimiento como un abombamiento localizado.

Las cardiopatías con cortocircuitos de izquierda a derecha producen dilatación de estas estructuras haciéndolas más prominentes que

lo normal y son el reflejo del aumento de flujo por estos vasos, o de aumento de presión en ellos, o de ambas condiciones.

En los casos de ductus o de CIV la prominencia de estas estructuras indica un aumento de flujo y de presión en el circuito pulmonar mientras que en el caso de la CIA el aumento de presión es mínimo y la dilatación se debe principalmente a aumento de flujo.

En algunos sujetos normales y por causas que no conocemos, la arteria pulmonar principal puede ser prominente, pero no sus ramas. Esto sucede también en los casos de dilatación postestenótica en los pacientes con estenosis valvular pulmonar, dilatación que se hace extensiva a la rama principal izquierda que es continuación directa del tronco pulmonar. En los dos casos mencionados, a diferencia de los casos de cortocircuitos, la dilatación es de la arteria pulmonar principal aislada, no de los vasos pulmonares periféricos.

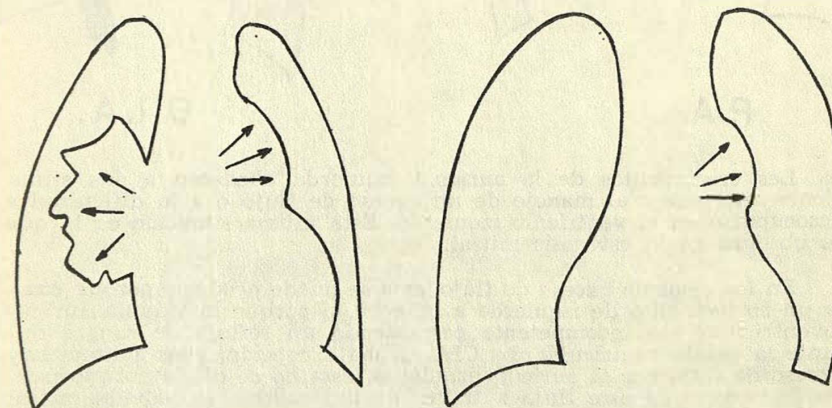
La arteria pulmonar principal está notoriamente escavada (cóncava, en la Tetralogía de Fallot).

Aorta:

La dilatación localizada de la aorta ascendente se encuentra en los casos de estenosis valvular aórtica, siendo rara en los casos de estenosis subvalvular. En los casos de cortocircuito de izquierda a derecha con arteria pulmonar y ramas prominentes, la dilatación de la aorta ascendente indica que el cortocircuito es extracardiaco (ductus), pues la excesiva cantidad de sangre manejada por el corazón izquierdo tiene que pasar forzosamente por la aorta, mientras que en los casos de CIA y CIV gran parte de esta sangre se escapa por estas comunicaciones anormales y no pasa por la aorta.

Arco aórtico derecho:

En esta anomalía, el arco aórtico pasa sobre el bronquio principal derecho y el botón aórtico aparece a la derecha de la columna. Se asocia frecuentemente a la t. de Fallot.



C. I. A
DILATACION

EST. PULMONAR
HIPERTROFIA

Crecimiento auricular derecho:

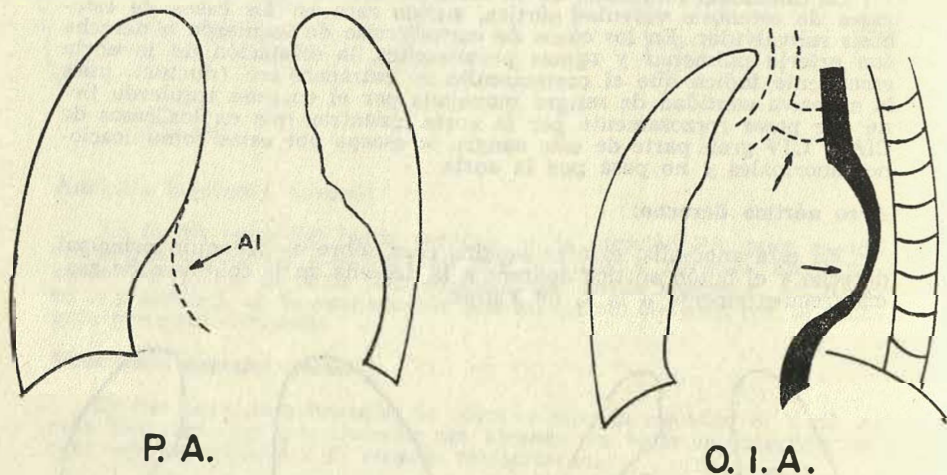
La apreciación radiológica de una aurícula derecha crecida es difícil de afirmar, sin embargo los siguientes puntos pueden ser sugestivos: abombamiento de la parte superior del borde anterior en la posición lateral, y excesiva prominencia del borde inferior derecho en la PA.

Crecimiento auricular izquierdo:

Las relaciones de la aurícula izquierda con el esófago y el bronquio principal izquierdo, hacen más segura la interpretación del crecimiento de esta cavidad.

En la posición PA la observación de un "doble contraste" y el rechazo del esófago en la región superior del borde posterior en las posiciones OD y L, así como el "levantamiento" del bronquio izquierdo, hacen seguro el crecimiento de la aurícula izquierda.

En caso de cortocircuitos de izquierda a derecha, la comprobación de una aurícula izquierda crecida descarta el diagnóstico de CIA.



Los crecimientos de la aurícula izquierda obedecen a dos situaciones anormales: al manejo de un exceso de flujo o a la dificultad a desocuparse en el ventrículo izquierdo. Esta última situación es la que se observa en la estenosis mitral.

En los casos de exceso de flujo, este se puede producir porque exista un cortocircuito de izquierda a derecha, o porque la válvula aurículoventricular sea incompetente permitiendo un reflujo de sangre durante la sístole ventricular. La CIA es una excepción, pues aunque hay exceso de flujo por la aurícula izquierda, esta no se dilata porque puede deshacerse de este flujo a través de dos salidas, la válvula mitral y el orificio en el tabique interauricular.

Crecimiento ventricular derecho:

Aunque la dilatación y la hipertrofia pueden ocurrir juntas, es la dilatación la que principalmente produce aumentos de la silueta car-

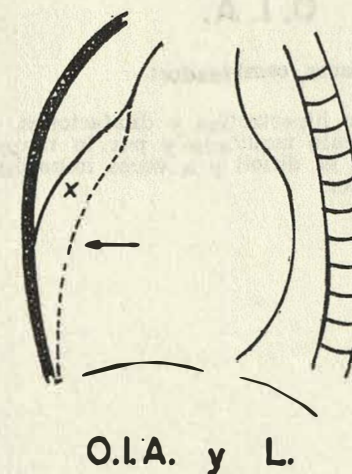
díaca. Así los cortocircuitos con exceso de flujo, producen apreciable cardiomegalia (sobrecarga diastólica) mientras que las dificultades a la eyección, como las estenosis, pueden producir gran hipertrofia (sobrecarga sistólica) que no sea aparente en los rayos X. Estas consideraciones son también aplicables al ventrículo izquierdo.

Anatómicamente el v. derecho tiene dos porciones bien diferenciadas, el tracto de llenado, o cuerpo del ventrículo situado inmediatamente por debajo de la tricúspide, y el tracto de salida o infundíbulo, situado inmediatamente por debajo de la válvula pulmonar.

Dilatación: se caracteriza porque en la PA el corazón aparece grandemente crecido, formando el v. derecho todo el borde izquierdo de la silueta con la punta bien por encima del diafragma y prominencia del cono pulmonar por dilatación de este vaso y del infundíbulo ventricular.

En la placa L el borde anterior se hace más conexo y contacta con el esternón (normalmente solo hay contacto en la parte inferior).

En la placa OI es donde más precozmente se ven las dilataciones del ventrículo derecho señaladas por un marcado abombamiento del borde anterior.



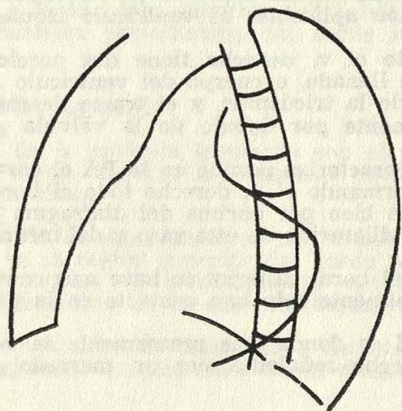
Hipertrofia: pasa fácilmente inadvertida, pues no aumenta el tamaño de la silueta cardíaca. Puede presumirse por una elevación de la punta y redondeamiento del borde izquierdo en la PA y OI.

Crecimiento ventricular izquierdo:

La dilatación del ventrículo izquierdo produce un corazón elongado y grande con la punta muy baja y marcada prominencia del borde izquierdo en PA. En la posición OI muestra un borde posterior prominente que monta ampliamente sobre la columna dorsal y aun la pasa.

La hipertrofia se observa mejor en la posición PA donde el borde izquierdo se ve convexo y la punta redondeada y baja. A veces es difícil decidir si se trata de hipertrofia izquierda o derecha. La observación de los grandes vasos a veces puede dar la clave, pues si hay du-

das, una pulmonar dilatada habla a favor de hipertrofia derecha y una aorta dilatada de hipertrofia izquierda.



O. I. A.

Crecimientos ventriculares combinados:

La combinación de hipertrofias y dilataciones, dificulta mucho la apreciación del ventrículo izquierdo y por lo tanto el diagnóstico de crecimiento combinado es difícil y a veces imposible. En este aspecto el ECG es muy superior.

PAGINAS MAESTRAS

