

## ORALES LIBRES

NEUMONÍA EN EL NIÑO ONCOLÓGICO:  
VALOR DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR

J. Elorz Lambarri<sup>1</sup>, I. Astigarraga Aguirre<sup>2</sup>, I. Goikoetxea Martín<sup>1</sup>,  
N. Trebolazabala Quirante<sup>2</sup> y C. Vázquez Cordero<sup>1</sup>

Secciones de <sup>1</sup>Neumología y <sup>2</sup>Oncología Pediátricas.  
Hospital Infantil de Cruces. Vizcaya.

**Introducción.** Las complicaciones infecciosas respiratorias son frecuentes en los niños oncológicos. Muchos de estos pacientes continúan con fiebre a las 48-72 h de iniciado el tratamiento antibiótico y serían subsidiarios de un procedimiento invasivo que determine el agente etiológico del proceso infeccioso. Existen dudas sobre la sensibilidad del lavado broncoalveolar, especialmente para *Aspergillus* en pacientes con neutropenia grave.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio de los episodios de neumonía vistos en nuestra unidad entre mayo de 1995 y diciembre del año 2000. El objetivo primario de esta revisión fue valorar la sensibilidad del lavado broncoalveolar en este tipo de pacientes.

Durante este tiempo han ingresado un total de 64 episodios de neumonía, que afectaron a un total de 37 niños. La edad media fue de  $7,1 \pm 4,84$ . El número de episodios por niño fue de  $2,66 \pm 1,43$  episodios. En 42,9% de los pacientes la enfermedad de base fue una Leucemia Linfoblástica Aguda. 32,8% de los pacientes tuvo cifras de neutrófilos inferiores a 500, con un tiempo neutropenia ( $< 500$ ) de  $13 \pm 12,78$  días. El patrón radiológico fue focal en el 59,4% de los niños e intersticial en el 40,6%. Se llevó a cabo lavado broncoalveolar (LBA) en 22 pacientes (34,4%). El LBA fue usado con más frecuencia en neutropenias grave 9/21 (42,9%) frente a 13/43 (30,2%) y en patrones intersticiales 14/26 (53,8%) frente a 8/38 (21,1%). Fue positivo en 13/22 (59,1%) (4, *Pneumocystis*, 2, *P. aeruginosa*, 2, *Aspergillus*, 1 X *Maltophilia*, 1 *Candida*, 1 *Legionella*, 1 *S. aureus*, 1 BGN). La rentabilidad fue mayor en neutropenias severas OR 1,80 (IC 95%, 0,67-4,92) y en patrones intersticiales OR 1,25 (IC 95%, 0,62-2,48), Fisher no significativo. La positividad no dependió significativamente (con el tamaño de nuestra muestra) del tiempo de antibiótico previo, mediana de 3 frente a 6, Mann-Whitney no significativo. Hubo 2 falsos negativos, en los que demostró la existencia de aspergilosis invasiva en la necropsia de un paciente y en otro de un aspergiloma en la biopsia a cielo abierto. La sensibilidad del LBA fue 86,67% (IC 95%, 58,38-97,66), valor predictivo negativo 77,78% (IC 95%, 40,18-96,05) y una razón de verosimilitud negativa, 0,13 (IC 95%, 0,04-0,48).

**Conclusiones.** El LBA es sensible y coste-efectivo en estos pacientes. (Los niños tuvieron un promedio de  $1,52 \pm 1,81$  (rango, 0-6) cambios de antibiótico antes de realizar el LBA).

La aspergilosis invasiva precisa otros métodos diagnósticos más sensibles o realizar un tratamiento empírico con anfotericina en infiltrados tardíos-refractarios en pacientes severamente neutropénicos.

EMPLEO DE PRÓTESIS TRAQUEOBRONQUIALES  
ENDOLUMINALES EN PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA  
DE LA VÍA AÉREA

A. García, J. Antón-Pacheco, I. Cano, J. Cuadros, C. Luna,  
G. García y F.J. Berchi

Servicio de Cirugía Pediátrica y Unidad de la Vía Aérea.  
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Las prótesis traqueobronquiales endoluminales (PTBE) son unos dispositivos cilíndricos confeccionados con distintos materiales y destinados a insertarse en el interior de la tráquea, o los bronquios, con el objetivo de mantener el diámetro de la luz en límites similares a la normalidad. Se presenta nuestra experiencia con el uso de estos dispositivos.

**Metodología.** Desde 1995 se han colocado 12 prótesis en 6 pacientes, 6 traqueales y 6 bronquiales. Las indicaciones para su inserción fueron: traqueomalacia en 2 casos, traqueobroncomalacia en 3 pacientes y una estenosis traqueal posquirúrgica en el restante. El rango de edad en la implantación fue de 3 meses a 18 años (mediana, 7 meses). Diez PTBE fueron de tipo metálico expandible y se colocaron en 4 pacientes, todos ellos por debajo del año de vida. En los otros 2 casos, de 14 y 18 años, se optó por prótesis de silicona. Todos los procedimientos de colocación de las PTBE se realizaron en quirófano, con anestesia general y mediante broncoscopia rígida.

**Resultados.** En 5 pacientes (83%) la evolución ha sido satisfactoria con desaparición de la sintomatología respiratoria que presentaban. En el caso restante, las tres prótesis tuvieron que retirarse, a los 5 días de su colocación, por atelectasia completa del pulmón izquierdo e intolerancia a las mismas, realizándose una traqueostomía. El período de seguimiento ha sido de 6 años y 7 meses en el más antiguo y de 2 meses en el más reciente.

**Conclusiones.** Existen lesiones obstructivas de la vía aérea que no son subsidiarias de resección quirúrgica, como las producidas por compresión extrínseca o por pérdida del soporte de la vía aérea. En estos casos, y en las estenosis en las que la cirugía no ha sido eficaz, las PTBE pueden ser la única alternativa terapéutica para mantener una vía aérea permeable.

ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA:  
ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

J. Antón-Pacheco, A. García, I. Cano, J. Cuadros, C. Luna,  
A. Martínez y F.J. Berchi

Servicio de Cirugía Pediátrica y Unidad de la Vía Aérea.  
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La patología estenosante de la tráquea es poco frecuente en la edad pediátrica e incluye lesiones congénitas y adquiridas de diferente base etiopatogénica. La estenosis traqueal congénita (ETC) se debe habitualmente a la ausencia de gran parte o toda la *pars membranosa*, existiendo por tanto anillos traqueales completos. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de esta patología y proponemos un protocolo de diagnóstico y tratamiento.

**Metodología.** En los últimos 11 años, 13 pacientes con ETC han sido diagnosticados y/o tratados en nuestra unidad. Todos cursaron con sintomatología respiratoria con diferente grado de afectación. El diagnóstico se efectuó, en todos los casos, por medio de broncoscopia y se realizaron otras pruebas diagnósticas (broncografía, TC, RM, angiografía, función respiratoria) dependiendo del tipo de lesión y la situación clínica del paciente. Los pacientes han sido clasificados en 3 grupos anatomo-clínicos atendiendo a su sintomatología y a los hallazgos endoscópicos. En cada caso hemos analizado los siguientes parámetros: sexo, edad al diagnóstico, grupo clínico, anomalías asociadas, tipo de tratamiento, complicaciones, resultado final y tiempo de seguimiento. En los pacientes intervenidos se han estudiado además: edad de intervención, uso de circulación extracorpórea, intubación postoperatoria, estancia hospitalaria y número de broncoscopias en el seguimiento.

**Resultados.** La distribución por sexo ha sido de 6 varones y 7 niñas y la edad en el diagnóstico osciló entre los 3 días y 7 años (mediana, 8 meses). Cuatro pacientes han presentado una estenosis difusa, seis de tipo infundibular y tres han sido segmentarias. En el 77 % de los casos han existido anomalías asociadas. Cuatro pacientes han correspondido al grupo clínico I y no han precisado tratamiento quirúrgico. Los 9 casos restantes, pertenecientes a los grupos clínicos II y III, han sido intervenidos con alguna(s) de las siguientes técnicas: resección traqueal y anastomosis (3 casos); traqueoplastia con cartílago costal (5); traqueoplastia deslizada (2), dilatación endoscópica (3), y resección con láser (1 paciente). Tres pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato y seis (66 %) han sobrevivido y se encuentran asintomáticos actualmente. La supervivencia global de la serie, con los 4 casos no operados, es del 77 %. El seguimiento es completo en todos los casos con un rango entre 5 meses y 10 años.

**Conclusiones.** La ETC es una malformación muy poco frecuente con un alto índice de anomalías asociadas. La indicación terapéutica debe ser individualizada en cada caso, ya que no todos los pacientes precisan tratamiento quirúrgico o endoscópico. Para obtener unos resultados satisfactorios el manejo de estos pacientes se debe realizar en unidades especializadas multidisciplinarias.

#### EMPIEMAS PLEURALES. REVISIÓN DE CASOS: 1997-FEBRERO 2002

R. Maese Heredia, D. Moreno Pérez, E. Rojas Gracia, M. González López, E. Pérez Ruiz, F.J. García Martín y J. Pérez Frías  
Hospital Materno-Infantil. Málaga.

**Introducción.** La producción de empiema pleural, definida como aparición de pus a ese nivel, es la complicación más frecuente de un proceso neumónico. En los últimos años se asiste a un aumento progresivo de su frecuencia.

Se analizan aspectos epidemiológicos, clínicos, evolutivos y de diagnóstico, exponiéndose la estrategia terapéutica seguida.

*Revisión de casos:* Se analizaron 44 historias clínicas correspondientes a los casos de neumonía complicada con empiema aparecidos entre 1997 y febrero de 2002, siguiendo los criterios de Light para definir éstos. De ellos, 20 (45 %) fueron varones y 24 (55 %) niñas, con edades desde los 18 días a los 13 años, con pico de incidencia en meses fríos y en el grupo de edad de 1 a

3 años. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron en este orden fiebre, tos y dificultad respiratoria, habiendo recibido en 24 casos diversas pautas de antibioterapia empírica ambulatoria. La leucocitosis y la elevación de reactantes de fase aguda fue una constante, apreciándose ecográficamente septos de fibrina en el 81 %. En la mitad de casos no se encontraron gérmenes en líquido pleural, siendo los más frecuentemente aislados neumococo, *S. Pyogenes* y *S. aureus*.

La estrategia terapéutica comprendió antibioterapia con una pauta empírica estándar de cefotaxima a 200 mg/kg/día y cloxacilina a 100 mg/kg/día, completada según antibiograma, y toracocentesis diagnóstica, lo que se acompañó de drenaje pleural y fibrinólisis en 26 casos, y de toracoscopia con desbridación en 13. La estancia media fue de 18,2 días.

Como complicaciones más frecuentes destacan la aparición de paquipleuritis residual en 26 casos y neumatoceles en 11, otras fueron abscesos pulmonares, neumotórax, atelectasias y complicaciones de la cirugía.

**Conclusiones.** Se constata la frecuencia e importancia de los empiemas como complicaciones de los procesos neumónicos.

Dentro de su manejo, es fundamental la realización de una toracocentesis diagnóstica en estadios iniciales y la optimización de la estrategia antibiótica ambulatoria y hospitalaria, a fin de mejorar el curso de la enfermedad.

La fibrinólisis puede minimizar la necesidad de cirugía en algunos casos, aunque su uso es controvertido. Como última medida quedará la toracoscopia con o sin toracotomía, que debe realizarse precozmente en casos de fracaso de las medidas anteriores.

#### TEST DE DIFERENCIA DE POTENCIAL NASAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMOS AFECTADOS DE FIBROSIS QUÍSTICA CON TEST DEL SUDOR DUDOSOS

H. Larramona, M. Bosque, O. Asensio, L. Valdesoiro, M. Lujan y Ch. Domingo

Unidad de Alergia. Inmunología Clínica y Neumología Pediátrica. Servicio de Neumología. Hospital de Sabadell. CPT.

**Objetivos.** Describir la técnica del test de diferencia de potencial nasal (DPN) y su aplicación para el diagnóstico de los enfermos afectados de fibrosis quística (FQ).

En algunos casos el diagnóstico de FQ es difícil, pues existen enfermos con clínica sugestiva que presentan test del sudor dudoso y el análisis genético no proporciona el diagnóstico de FQ. Los tests genéticos que tenemos disponibles en la actualidad, sólo demuestran el 80-85 % de las mutaciones capaces de producir la enfermedad.

El transporte de iones a través del epitelio genera una diferencia de potencial que puede ser medida *in vivo*; estudios demuestran que los pacientes afectados de FQ presentan una diferencia de potencial nasal marcadamente negativa respecto a pacientes no afectados de FQ debido a alteraciones de la proteína transportadora de membrana CFTR. Existe en la actualidad trabajos publicados en los que se aplica el test DPN para el diagnóstico de FQ en aquellos pacientes con clínica sugestiva, test del sudor dudosos y estudio genético negativo.

El test de diferencia de potencial nasal se puede obtener mediante un método no invasivo, Tholy, Medicap®. Éste consiste en un voltímetro conectado a un catéter con un electrodo en su extremo que se introduce en el tejido subcutáneo del brazo del

paciente y otro electrodo que se introduce en la parte anterior (2-3 cm) del comete inferior. Se establece una diferencia de potencial entre ambos electrodos. En individuos normales, los valores obtenidos se sitúan alrededor de  $-20$  mV y en FQ por encima de  $-50$  mV.

**Resultados.** Se presentan los resultados preliminares de la aplicación del test de DPN usando el método Tholy en 15 adultos afectados de bronquiectasias no filiadas con test de sudor (Macroduct®) negativos o dudosos y en 10 niños afectados de FQ (clínica compatible, test del sudor y estudio genético). A todos los adultos se les realizó un estudio genético para FQ. Hemos encontrado 4 pacientes con perfiles de test de DPN similares a los de pacientes afectados de FQ.

**Comentarios.** Creemos que el test de DPN es útil en el diagnóstico de FQ, teniendo en cuenta que para el diagnóstico de los enfermos afectados de FQ con test del sudor dudoso se requiere de un coordinado análisis de manifestaciones clínicas, mutaciones genéticas y estudio de DPN.

**Agradecimiento.** Proyecto financiado por la beca pediátrica "FUNDACIÓ OSCAR RAVA 99" De La Fundación Catalana de Neumología (FUCAP).

## VENTILACIÓN NO INVASIVA EN NIÑOS

M.I. Barrio, M.C. Martínez y M.C. Antelo

Unidad de Neumología. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

**Introducción.** En los últimos años se ha incrementado el uso de esta modalidad ventilatoria en niños con diversas patologías, haciendo que sea una opción terapéutica con la que los neumólogos infantiles debemos estar cada vez más familiarizados.

**Objetivo.** Aportar nuestra experiencia en la aplicación de ventilación no invasiva (VNI) en niños.

**Metodología.** Desde el año 1992 hasta la actualidad hemos empleado VNI en 35 pacientes, 13 mujeres y 22 varones con edades comprendidas entre 12 meses y 19 años.

La patología de base fue: alteración del control respiratorio, 5; patología restrictiva, 15 (enfermedad neuromuscular 13, malformación caja torácica 2); patología obstructiva, 13 (fibrosis quística), y SAOS, 2 casos.

Se aplicó sistema de ventilador de presión (BiPAP) en 29 casos y ventilador volumétrico en 6.

Sólo en un caso se utilizó máscara nasobucal y nasal en el resto.

**Resultados.** La indicación de su empleo fue: insuficiencia respiratoria aguda en 10 pacientes, en 6 de ellos se comenzó en UVI, en tres evitó la intubación y en 3 permitió la retirada de la misma. Dos presentaban *cor pulmonale* con insuficiencia cardíaca secundaria.

Insuficiencia respiratoria crónica en 17. SAOS en 2. Atelectasia de larga evolución en 4, las que en 3 se obtuvo resolución completa de la misma.

Los parámetros medios del BiPAP fueron IPAP = 14 (rango, 10-25); EPAP, 4 (rango, 0-6).

La duración de la VNI oscila entre 1 mes a 6 años.

**Conclusiones.** 1. La VNI es una técnica muy útil en el manejo de diversas patologías respiratorias tanto restrictivas como obstructivas y alteraciones del control respiratorio. 2. El neumólogo infantil debe de familiarizarse con la aplicación de esta técnica y emplearla como una opción terapéutica más.

## ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS CON TRASPLANTE DE MEDULA ÓSEA

R. Alonso Riofrío, J.R. Villa Asensi, M.A. Díaz, M. González, A. Salcedo y A. Sequeiros

Sección de Neumología. Sección de Oncología. Hospital Infantil del Niño Jesús. Madrid.

**Introducción.** En varios estudios previos hay discrepancias sobre la existencia de alteraciones de la función pulmonar (FP) tras la realización del trasplante de medula ósea (TMO).

**Objetivos y método.** Estamos siguiendo prospectivamente 70 pacientes con TMO, en 20 de ellos que cumplieran los siguientes criterios (FP preTMO normal, cumplir 2 años de seguimiento y permanecer libres de complicaciones pulmonares clínicas durante estos 2 años) hemos querido evaluar si el TMO produce alteraciones de la función pulmonar a largo plazo. Para ello se realizó espirometría, pletismografía y difusión antes del TMO, a los 3 meses, 6 meses y en el segundo año.

**Resultados.** En los 20 pacientes estudiados, 14 recibieron trasplante autólogo y 6 alogénico, a los 3 y 6 meses las medias de los parámetros de FP presentan una disminución en el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF<sub>1</sub>), capacidad vital forzada (CVF), flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% de la CVF (FEF<sub>25-75</sub>), capacidad pulmonar total (CPT) y capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) con un ligero aumento en el volumen residual (VR) y VR/TLC. De todos los parámetros sólo desciende de forma significativa ( $p < 0,05$ ) la DLCO, resultando un valor medio del 77,5% a los 3 meses. Durante el segundo año se produce una recuperación progresiva de todos los parámetros alcanzando la DLCO un valor medio del 89%.

**Conclusiones.** Este estudio sugiere que son frecuentes las alteraciones de los parámetros de FP en los primeros meses después del TMO pero no se asocian con alteraciones permanentes cuando los estudiamos en el segundo año postrasplante.

## RESISTENCIAS POR INTERRUPCIÓN EN NIÑOS: VALORES DE NORMALIDAD

Y. Zuriarrain, J.R. Villa, M.D. Pastor y E. Almería

Sección de Neumología. Hospital Infantil del Niño Jesús. Madrid.

**Introducción.** La medición de resistencias por la técnica de interrupción del flujo (Rint) ha sido estudiada en niños desde los 2 años de edad, al requerir un mínimo de cooperación del paciente pero los valores de referencia no han sido aún establecidos.

**Objetivos.** Determinar los valores de normalidad de Rint en niños sanos y la influencia de la edad y el sexo en los mismos.

**Material y método.** Estudiamos 225 niños sanos (48,8% de varones) de 2-18 años. Las Rint se midieron con el sistema SpiroDyn'R (Francia). La interrupción se realiza al comienzo de una espiración a volumen corriente abriéndose automáticamente el ocluidor a los 100 ms. Se obtuvieron 7 mediciones válidas en cada paciente obteniéndose el valor medio y la dispersión de las mismas. Se consideró válida la prueba si no se produjo flujo a través del neumotacógrafo durante la oclusión, si no hubo pérdidas de aire a través de la mascarilla o pieza bucal, si no hubo incrementos de presión debidos a esfuerzos respiratorios durante ni tras la oclusión y si la dispersión entre los valores fue menor del 20%. Tuvimos que rechazar 22 niños por medidas consideradas no válidas. Quedaron incluidos 46 niños de 2 a 4 años, 82 de 4 a 8 y 75 mayores de 8 años.

**Resultados.** La Rint se correlacionó fundamentalmente con la talla ( $r = 0,8$ ;  $r^2 = 0,65$ ;  $p < 0,001$ ). No existió correlación con la edad ni el peso.

La dispersión (coeficiente de variación) de las medidas no se correlacionó con el valor de la Rint ni con la edad de los pacientes.

La fórmula de cálculo de nuestros valores de normalidad es:

$$Rint = 2,055 - 0,0103 * talla \text{ (cm)}$$

## PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL SUEÑO EN EL NIÑO. NUESTRA EXPERIENCIA

J.M. Roqués Serradilla, I. Cortell Aznar, C. Martínez y J.A. López Andreu

Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

**Introducción.** La patología respiratoria del sueño en el niño consiste básicamente en episodios de insuficiencia respiratoria que acontecen durante el sueño y se trata, como ya han descrito diversos autores, de un problema que puede originar alteración en el intercambio gaseoso.

La polisomnografía realizada durante el sueño ha demostrado su eficacia en el diagnóstico y control del tratamiento en este tipo de pacientes. La necesidad de ingreso hospitalario para realizar esta técnica, así como los recursos humanos y estructurales para ello, no siempre disponibles, nos ha llevado a utilizar la poligrafía cardiorrespiratoria y, dentro de ella, a la poligrafía nocturna no vigilada domiciliaria como método de abordaje en la patología respiratoria del sueño en el niño, con sospecha clínica de SAOS.

**Método.** En este trabajo exponemos nuestra experiencia desde hace 2 años aproximadamente con un polígrafo portátil de 10 canales modelo Screener de Compumedics, registrando sonido, movimientos oculares, flujo nasobucal, bandas torácicas y abdominales, posición corporal, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, movimiento de extremidades y electrocardiograma, también dispone de un canal opcional para configurar cualquier otro registro. Se han realizado 169 exploraciones, de las cuales 31 han sido realizadas en el hospital debido bien a la hospitalización del paciente, técnica defectuosa en el domicilio, falta de colaboración, ambiente sociocultural bajo o pertenecer a otra provincia. Respecto al sexo ha habido 55 niñas y 63 niños. En el grupo por edad, en menores de 1 mes se ha realizado en 3 paciente, entre 1 y 13 meses en 34 pacientes y entre 1 año y 18 años en el resto, con una edad media de 5,7 años. La indicación de la poligrafía se ha realizado siempre por nuestro servicio. La solicitud, en 92 casos, procedía de nuestra unidad, en 34 casos de la consulta de ORL, en 31 casos procedía de neonatología y en 14 casos de atención primaria, distribuyéndose el resto de los casos hasta 169 entre diversos hospitales de nuestra comunidad y de otras salas de hospitalización. En 27 pacientes se ha realizado más de una poligrafía, bien por dificultad técnica, bien por ajuste de la ventiloterapia no invasiva. El tiempo de demora entre la fecha de indicación y la realización de la poligrafía es de una media de 8,64 días con un mínimo de 1 día y un máximo de 42 días. El 75 % de los pacientes fue explorado en menos de 13 días. Los resultados han sido en 17 casos no valorables, normales en 90, SAOS en 39 casos y ronquido primario en 10 casos, otras 13 exploraciones corresponden ajustes en la terapia ventilatoria. También estamos rea-

lizando una encuesta de calidad y grado de satisfacción de los pacientes desde el año 2000 y en dicha encuesta se recogen la relación con la exploración en sí, trato con el técnico, inconvenientes de la prueba, preferencia del lugar de realización, características del sueño y grado de satisfacción global.

**Conclusión.** La poligrafía es altamente eficaz dado el resultado de bajo porcentaje de registros no valorables y el alto grado de diagnóstico y control de las técnicas de ventilación mecánica no invasiva, unido a la comodidad del paciente al realizarla en su domicilio. También hay que considerar el menor coste por el menor número de recursos necesarios para la prueba.

## DIAGNÓSTICO Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL SAOS CON POLIGRAFÍA NOCTURNA NO VIGILADA DOMICILIARIA

I. Cortell Aznar, C. Martínez Serrano, J.A. López Andreu y J.M. Roqués Serradilla

Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

**Introducción.** El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) afecta al 1-3 % de la población infantil. Es preciso un elevado índice de sospecha y la disponibilidad de técnicas diagnósticas confirmatorias, la polisomnografía o el registro cardiopulmonar multicanal, para su abordaje adecuado. Estos estudios requieren ingreso hospitalario en unidades especializadas. El registro cardiopulmonar multicanal domiciliario, no vigilado, constituye una aproximación útil al diagnóstico y la monitorización del tratamiento. Presentados 2 casos ilustrativos del programa de poligrafía respiratoria nocturna no vigilada (PGNNV) que realizamos en nuestro centro.

### Casos clínicos:

*Caso 1:* Niña de 7 años con antecedentes personales de rinitis crónica, asma leve e intervenida de hiperplasia adenoidea a los 5 años. Desde hace 1 año presenta, durante el sueño, ronquido intenso acompañado de sudoración profusa. A la exploración clínica, destaca obesidad (peso 35 kg [ $p > 97$ ], talla 126 cm [ $P_{75}$ ], IMC [22,2]). Con sospecha clínica de SAOS se realiza PGNNV en domicilio, obteniéndose los siguientes resultados: tiempo de registro 9 h, apneas centrales, 6,1/h; apneas obstructivas, 9,9/h; hipoapneas, 12,3/h (índice apnea-hipopnea modificado de 28,3); media de desaturación de  $O_2$  asociada a AH, 5 %. Ausencia de movimientos corporales y de extremidades durante el sueño. Ronquido nocturno durante todo el registro. Se instaura tratamiento con CPAP nocturna a 6  $cmH_2O$  con buena tolerancia, dieta hipocalórica y ejercicio físico regular. La evolución clínica ha sido favorable, desapareciendo la sintomatología clínica. Tres semanas después de iniciado el tratamiento, se realiza PGNNV de control con resultado de normalidad.

*Caso 2:* Varón de 3,8 años, sin antecedentes personales de interés, que presenta en el último año ronquido nocturno intenso y, en ocasiones, despertar sobresaltado. Remitido por especialista ORL de otro centro por presentar, desde hace 3 meses, respiración nocturna más dificultosa con importante esfuerzo respiratorio, pausas de apnea y enuresis nocturna secundaria. Había acudido en varias ocasiones a puertas de urgencia, evidenciándose a la exploración física ausencia de síntomas obstructivos e hipertrofia amigdalal, confirmada radiológicamente junto a hiperplasia adenoidea. Con sospecha de SAOS se realiza PGNNV domiciliaria: tiempo de registro 10 h, apnea central,

1,6/h; apnea obstructiva, 6,6/h; hipopnea, 8,5/h (índice de AH modificado de 16,7). El número de desaturaciones de  $O_2 > 4\%$ : 20/h. Ronquido nocturno durante la mayor parte del registro. Un mes después se realiza adenotonsilectomía, desapareciendo los síntomas clínicos.

**Discusión.** Aunque la polisomnografía constituye el método de diagnóstico de elección del SAOS infantil, pocas veces se recurre a ella por ser costosa y no siempre estar disponible (debido al reducido número de laboratorios de sueño pediátrico en nuestro medio). Según nuestra experiencia, la PGNNV en domicilio es una técnica alternativa de gran utilidad para la aproximación diagnóstica inicial, además no precisa ingreso hospitalario, es bien tolerada y aceptado tanto por los padres como por los niños y es más económica.