

## NEUMOLOGÍA

### **P181**

#### **BIOMARCADORES DE EXPOSICIÓN AMBIENTAL AGUDA Y CRÓNICA AL HUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO**

C. Figueroa Muruaga, S. Pichini, O. García Algar, C. Puig Sola,  
O. Vall Combelles, J. Segura, J.A. Pascual, D. Díaz, J. Sunyer  
y L. Muñoz

Hospital del Mar de Barcelona, Barcelona, Istituto Superiore de Sanità,  
Roma (ITALIA), Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona.

**Antecedentes:** La exposición fetal al humo del tabaco se de-

riva no sólo del hábito de fumar activo durante la gestación sino también a partir de la exposición pasiva los componentes del humo. Está bien establecida la relación entre hábito de fumar activo y los resultados neonatales, no siendo así cuando la madre embarazada se halla expuesta en forma pasiva.

**Objetivo:** Investigar los biomarcadores de exposición fetal aguda y crónica al humo de tabaco ambiental (ETS) y su correlación con los efectos neonatales.

**Ámbito y sujetos:** Los sujetos en estudio fueron 285 madres no fumadoras y sus recién nacidos en el Hospital del Mar, en Barcelona.

**Método:** Fueron seleccionados por cuestionarios estructurados administrados a las madres. Se midió la cotinina contenida en la orina materna y neonatal y en la sangre de cordón para evaluar la exposición fetal al ETS al final de la gestación. El contenido de nicotina se midió en dos segmentos subsecuentes de pelo materno como estimación tanto del primero y último mes de embarazo, para evaluar los cambios eventuales de exposición durante la gestación. La estimación de la nicotina en pelo materno de los últimos meses de gestación se comparó con la nicotina en pelo fetal. Los diferentes biomarcadores se asociaron con características neonatales tales como el peso al nacer.

**Resultados:** Tanto la cotinina en sangre de cordón y la cotinina en la orina del recién nacido pueden revelar una exposición pasiva materna al tabaco e influir en efectos neonatales tales como el peso al nacer. Sin embargo, la exposición fetal crónica no se correlaciona con la exposición materna al ETS pero parece estar influenciada por otros factores tales como paso transplacentario y metabolismo fetal de nicotina. Como se esperaba, el tabaquismo pasivo fue mayor en los primeros meses de embarazo, el cual fue el período relevante considerando el número de nacimientos.

**Conclusiones:** Los biomarcadores de exposición fetal, tanto aguda como crónica al ETS revelaron una falta de precaución e infraestimación de la exposición al ETS por la mujer gestante, lo cual puede suponer consecuencias dañinas para futuras generaciones.

## P182

### MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR

L. Arranz Arana, M.M. Lertxundi Etxebarría, L. Artetxe, A. Pérez Sáez, E. Zuazo Zamalloa, E. Blarduni Cardón y M.E. Palacios López  
Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

**Objetivo:** Valorar la importancia de la infección por *Mycoplasma Pneumoniae* en los niños afectados de infección del tracto respiratorio inferior.

**Material y métodos:** Se determinaron anticuerpos (Ac) por serología a *mycoplasma pneumoniae*, en 580 niños afectados de infección del tracto respiratorio inferior asociada a fiebre, desde julio de 1996 a junio del 2001. Se consideró enfermedad aguda la presencia de IgM positiva, las tasas de Ac altas o el aumento de 4 veces en el título de Ig G en una segunda muestra realizada a las 3-4 semanas de la primera. Se empleó técnica de enzoinmunoanálisis o hemaglutinación indirecta. Se recogen datos clínicos, analíticos, radiológicos y tratamiento.

**Resultados:** De los 40 niños que cumplían el criterio de in-

fección por *M. pneumoniae*, 19 (47.5%) eran varones. Edad: menores de 1 año, 2 casos (5%); me-nores de 4 años: 11 casos (27.5%); de 4 a 14 años: 29 casos (72%). Presentaban neumonía 22 niños, 16 con edad superior a 4 años; 15 casos eran o han sido diagnosticados de asma (IgE elevada, atopia y/o broncoespasmo recidivante). Incidencia estacional: 9 casos de noviembre a enero; 12 casos de febrero a abril; 7 de mayo a julio y 12 de agosto a octubre. No encontramos diferencias estacionales pero sí variaciones anuales. Clínica de fiebre y tos: 29 casos (72,5%); dificultad respiratoria: 13 casos (32,5%), de los cuales 6 eran asmáticos y en 6 las saturaciones de oxígeno por pulsioximetría, eran inferiores a 92%. Se objetivó leucocitosis ( $> 15.000/mm^3$ ) en 6 casos (15%); proteína c reactiva  $> 5 \text{ mg}/100 \text{ ml}$ : 11 casos (27,5%). Radiología: condensación lobar o segmentaria en 22 casos (55 %), 3 con afectación bilateral; hiperinsuflación en 11 casos (27,5%) y radiología normal en 7 (17,5%). Fueron tratados con macrólidos 13 casos, al inicio o en el curso de la evolución. Ninguno presentó complicaciones graves.

**Conclusiones:** 1) Baja incidencia de infección aguda sintomática por *M. pneumoniae* en las infecciones respiratorias inferiores. La frecuencia es mayor a partir de 4 años. 2) No es posible predecir el agente etiológico en base a los signos clínicos y analíticos iniciales. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos. 3) Cabe destacar la asociación de *M. Pneumoniae* con broncoespasmo y asma. 4) Queda por aclarar la acción de los macrólidos en la evolución posterior de los casos asociados a broncoespasmo y/o asma.

## P183

### LAVADO BRONCOALVEOLAR EN EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA EN NIÑOS CON CÁNCER

J. Elorz Lambarri, I. Astigarraga Aguirre, N. Trebolazabala Quirante, I. Goikoetxea Martín, A. Navajas Gutiérrez, A. Fernández-Teijeiro Álvarez y C. Vázquez Cordero

Hospital de Cruces, Cruces-Barakaldo.

**Introducción:** Las infecciones pulmonares son una complicación frecuente en los niños con cáncer debido a la inmunosupresión. El diagnóstico microbiológico es importante para administrar un tratamiento específico precoz, antes del desarrollo de una insuficiencia respiratoria con alto riesgo de mortalidad. El lavado broncoalveolar (BAL) es un procedimiento muy útil para el diagnóstico etiológico.

**Objetivos:** Análisis de las características de las neumonías en niños en tratamiento oncológico, factores predisponentes y valor del BAL para el diagnóstico etiológico.

**Pacientes y métodos:** Revisión retrospectiva de 64 episodios de neumonía en 37 niños de 1/1995 a 12/2000. Análisis del tipo de neoplasia, estado inmunitario, clínica, radiología, pruebas diagnósticas, tratamiento y complicaciones.

**Resultados:** Edad media al diagnóstico de neumonía 7,1 años. Neoplasia más frecuente leucemia linfoblástica aguda (43%) Algunos pacientes presentaron varias neumonías (1-4) Destacaban la tos en 78 % y fallo respiratorio agudo en 38%. La cifra de neutrófilos y el tiempo de neutropenia severa se correlacionó con el tiempo de hospitalización y la severidad. Patrón radiológico focal en 59% e intersticial en 41%. El estudio microbiológico incluyó hemocultivo en todos (+3) y cultivo de esputo en 26 (+5), serologías (+ a Fiebre Q en 1)

Se realizó BAL en 22 episodios con buena tolerancia y resultados positivos en 13 (59%): P. Carinii 4, P. Aeruginosa 2, Aspergillus 2, Cándida 1 y otras bacterias en 4. En 9 casos con BAL (-) se diagnosticó Aspergillus por biopsia pulmonar o necropsia?. Biopsia pulmonar abierta en 2 p: Aspergiloma y BOOP. Antibioterapia empírica en todos, incluyó cefalosporinas +/- vancomicina, con anfotericina en 13 ó terapia específica en casos de etiología conocida. Precisaron O<sub>2</sub> el 38%. Requirieron ventilación mecánica 8 (12.5%) con una duración media de 7 días y 3 pacientes fallecieron. Como efectos tardíos destacan las bronquiectasias en 33 %. Murieron por la infección 4 niños.

**Comentarios:** Los niños oncológicos con neumonía deben ser tratados empíricamente con antibióticos de forma precoz. La etiología fúngica debe ser considerada en casos de neutropenia severa. El BAL es un procedimiento útil diagnóstico que debe ser indicado precozmente, aunque su eficacia en infecciones por Aspergillus es menor. Los pacientes con hipoxemia o fallo respiratorio agudo precisan una actitud diagnóstica y terapéutica agresiva por su alto riesgo.

## P184

### ALVEOLITIS ALÉRGICA INTRÍNSECA. REVISIÓN DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

P. Cabanas, S. Liñán, A. Moreno, S. Gartner, L. Ribera y N. Cobos  
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Introducción:** La alveolitis alérgica extrínseca (AAE) agrupa un conjunto de alteraciones intersticiales y alveolares, consecuencia de la exposición repetida de alérgenos inhalados en pacientes susceptibles. Los agentes causales son muy numerosos. Los pacientes presentan características clínicas, histológicas, radiológicas y fisiopatológicas comunes.

**Material y métodos:** Incluimos la descripción de cuatro casos con el diagnóstico de AAE basado en: antecedentes de exposición, hallazgos clínicos, estudio de precipitinas séricas, estudios de función pulmonar (EFR), pruebas de imagen y práctica de un lavado broncoalveolar (LBA) y/o biopsia.

**Resultados:** Se trata de 2 varones y 2 mujeres entre 9 y 12 años de edad. La presentación inicial más frecuente ha sido la disnea de esfuerzo de instauración progresiva. En la auscultación pulmonar se detectó hipofonía generalizada con crepitantes bibasales. Las precipitinas fueron positivas en tres casos. Tres pacientes mostraron elevación de IgG, y cifras normales de IgE. Se observó predominio de linfocitos CD8+ en el LBA de dos pacientes. La EFR mostró un patrón restrictivo. En uno de los casos el patrón radiológico fue similar a un patrón miliar. Las imágenes de la TC, en 3 casos se correspondieron con un patrón en vidrio deslustrado. En tres casos el agente causal, fue el contacto con palomos y en el cuarto se constató el contacto con edredón de plumas. El tratamiento consistió en todos los casos en la evitación del antígeno. Dos de los pacientes recibieron corticoides orales y 2 inhalados. La recuperación del paciente, objetivada en los EFR se produjo a los 3 meses de la retirada del antígeno y el correspondiente tratamiento.

**Comentarios:** La prevalencia de la AAE es poco frecuente en la infancia. La presencia, cada vez más frecuente de "mascotas" en los domicilios y los sistemas de refrigeración contaminados, hace pensar en una mayor incidencia. La clínica estará relacionada con: el tipo, tiempo de la exposición al an-

tígeno inhalado, posibilidad de evitar el agente causal y susceptibilidad individual. Por todo ello, es de gran interés su diagnóstico precoz.

## P185

### IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO Y ECONÓMICO DE LA HOSPITALIZACIÓN POR BRONQUIOLITIS EN NUESTRO MEDIO

F. Contreras Chova, R. Santana Delgado, J.A. López Torres, F.J. Garrido Torrecillas, M.J. Miras Baldó, A. Muñoz Hoyos, J. Maldonado Lozano, M. Villa Hernández Gómez, M. Cobo Peralta y E. Nárbona López  
Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La bronquiolitis constituye un importante problema sanitario por su importante repercusión asistencial. Actualmente existe un aumento en los índices de hospitalización por dicha patología.

**Objetivos:** Estudio de las características epidemiológicas y estadísticas de la hospitalización por bronquiolitis en nuestro medio, así como el impacto económico que supone.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los niños menores de 24 meses ingresados por bronquiolitis, durante los períodos de máxima incidencia epidemiológica de (del 1 de octubre al 30 de abril) de los años 1998, 1999, 2000 y 2001. Se investiga la presencia de VRS mediante técnicas de inmunofluorescencia indirecta en secreciones nasofaríngeas. Para conocer el tiempo de estancia hospitalaria real debida a bronquiolitis se excluyen aquellos pacientes que sufren patología añadida (gastroenteritis, infecciones de orina, etc.).

**Resultados:** Población base estimada: 10.600 menores de 24 meses. Número total de hospitalizaciones en el período estudiado: 1395; con diagnóstico de bronquiolitis 279, representando el 20% del total de ingresos (2,63% de la población menor de 24 meses). 196 (70,2%) presentan positividad a VRS. Precisan ingreso en UCIP 10 niños (9 VRS+) requiriendo ventilación mecánica 2 pacientes durante un período medio de 6.5 días. Existe un mayor número total de ingresos en enero (68, de los que 58 son VRS+) y sobre todo febrero (85, con 76 VRS+). La edad media de los pacientes fue de 4,2 meses. La estancia media hospitalaria fue de 6,08 días (mediana de 5 días). No se registraron exitus por bronquiolitis o complicaciones derivadas. El gasto medio por hospitalización es de 1.498,72 €.

**Discusión y conclusiones:** Un 50-90% de los ingresos por bronquiolitis son VRS +, cifras coincidentes con los datos del presente estudio. Los datos de hospitalización con respecto a la población de estudio son similares a los publicados (cuya incidencia oscila entre el 1 y el 3,4%). El mayor número de bronquiolitis se obtuvo en los meses de enero y febrero, por el aumento en el porcentaje de casos de VRS. Es llamativa la baja tasa de hospitalizaciones en los meses de octubre y noviembre (6 y 7 ingresos totales, respectivamente, de los que sólo uno presentó positividad a VRS).

## P186

### HEMANGIOMAS SUBGLÓTICOS EN LA INFANCIA

B. Andrade Tato, R. Villarino Moure, M.M. Portugués de la Red

y J. Antelo Cortizas  
Hospital Xeral-Cies, Vigo.

El hemangioma subglótico es el tumor de la vía aérea más frecuente en la infancia, siendo a pesar de todo una malformación congénita rara que representa el 1,5% de las anomalías congénitas de la laringe. En aproximadamente el 50% de los casos se asocia a hemangiomas cutáneos.

Las manifestaciones clínicas suelen presentarse entre el primer y el tercer mes de edad, en forma de estridor bifásico, llanto ronco y distintos grados de distress respiratorio. En algunos casos el compromiso de la vía aérea puede llegar a poner en peligro la vida, ya que los hemangiomas van aumentando de tamaño hasta los seis – diez meses de edad, momento en que suelen estabilizarse e inician una etapa involutiva que se completa entre los cinco – doce años.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, Rx lateral de cuello, RNM y/o ecografía y la exploración laringoscópica.

Existen distintas modalidades de tratamiento que incluyen esteroides sistémicos, esteroides intralesionales, interferón alfa-2a, láser CO<sub>2</sub> o láser KTP (potasio-titanio-fosfato), traqueostomía u otro tipo de cirugía.

A continuación presentamos un caso clínico a propósito de esta patología diagnosticado en nuestro servicio:

Se trata de una lactante vista por primera vez al mes de vida con un cuadro de dificultad respiratoria progresiva de una semana de evolución con estridor inspiratorio audible y variable con la posición del cuello, que empeora durante el llanto. Ante la persistencia del cuadro sin mejoría franca con tratamiento esteroideo, se inicia estudio, demostrándose en la Rx lateral de cuello, una lesión subglótica derecha con estrechamiento anteroposterior, y en el estudio laringoscópico una masa subglótica derecha sugestiva de hemangioma. El diagnóstico se confirma con RNM que permitió además delimitar la extensión de la lesión. Respecto al tratamiento, debido a que la terapia con esteroides sistémicos no fue eficaz y los empeoramientos graves de su dificultad respiratoria que precisaban a menudo la administración de adrenalina nebulizada se decidió traslado para tratamiento con láser CO<sub>2</sub> (Hospital San Juan de Dios- Barcelona), del que ha precisado varias sesiones, presentando posteriormente gran mejoría sintomática, sin haberse demostrado por el momento estenosis u otras complicaciones de este tratamiento.

### **P187** **FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA** **SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO**

A. López-Escobar, T. Bracamonte Bermejo, A. González Vergaz,  
A. Siles Sánchez-Manjavacas, L. Echeverría Zudaire,  
M.L. Cilleruelo Pascual y A. Arregui-Sierra  
Hospital Severo Ochoa, Leganés.

**Introducción:** La fístula traqueoesofágica es una entidad rara, con una incidencia aproximada de 1:3000 RNV en la forma congénita, siendo la forma adquirida más infrecuente todavía y generalmente secundaria a intubaciones traqueales, traumatismos, infecciones o tratamientos prolongados con esteroides.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 4 años y medio, previamente sano, que acude al servicio de urgencias por dificultad respiratoria. Tres semanas antes de acudir co-

mienza con odinofagia y tos productiva, recibiendo tratamiento antibiótico y broncodilatadores inhalados, persistiendo la tos productiva. En la anamnesis refiere un dudoso atragantamiento con tapón de pasta dentífrica.

En la exploración inicial presenta una satO<sub>2</sub> ambiental de 86-87%, leve tiraje intercostal y marcado tiraje supraesternal, subcianosis labial e hipoventilación basal izqda. El resto de la exploración fue normal.

Tras radiografía de tórax en inspiración y espiración y decúbitos laterales normales, se inicia tratamiento con broncodilatadores nebulizados, oxigenoterapia y corticoides orales. A las 24 horas comienza con fiebre alta, malestar general y escalofríos objetivando condensación neumónica y hemocultivo positivo a Neumococo, añadiendo tratamiento antibiótico i.v. Presenta mejoría progresiva pero con persistencia de la tos productiva que empeora claramente con la ingesta, por lo que se repiten radiografías de tórax en inspiración y espiración así como decúbitos laterales con mejoría de la condensación neumónica sin objetivar atrapamiento aéreo ni otros signos de cuerpo extraño en el árbol bronquial. La fibroscopia nasal fue normal. En la gastroscopia al extraer el fibroscopio y a la altura del tercio proximal del esófago presenta una parada cardiorrespiratoria con recuperación completa tras maniobras de estimulación y oxigenoterapia. Se practica finalmente un tránsito digestivo superior en el que se visualiza paso de contraste a árbol bronquial compatible con fístula traqueoesofágica en la unión entre esófago cervical y torácico, enviando al paciente al hospital de referencia para intervención quirúrgica.

**Conclusiones:** A pesar de la rareza de la fístula traqueoesofágica adquirida, hay que sospecharla siempre ante una tos persistente que empeora con la ingesta. La historia clínica sigue siendo una herramienta fundamental en el diagnóstico.

### **P188** **POLICONDRITIS RECIDIVANTE: ESTENOSIS** **BRONQUIAL Y AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA**

G. Ruiz, J. Fábrega, F. Gran, Antonio Moreno, Santos Liñán,  
Nicolás Cobos, Silvia Gartner, M. Boronat, C. Ferrer y G. Cabrera  
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas.

**Introducción:** La policondritis recidivante es una enfermedad autoinmune sistémica de etiología desconocida, que afecta a estructuras cartilaginosas, que evoluciona a brotes y de curso progresivo. Aunque su edad típica de presentación es entre los 40 y 50 años presentamos un caso de debut pediátrico.

**Caso clínico:** Niña de 5 años de edad remitida desde otro centro con la sospecha diagnóstica de enfermedad de Wegener tras cuadro de un año de evolución de rinorrea mucopurulenta, epistaxis, perforación corneal tratada con recubrimiento conjuntival, dolores articulares y episodios recurrentes de dificultad respiratoria y crisis de broncoespasmo, presentando en el estudio broncoscópico y de lavado broncoalveolar estenosis del bronquio principal izquierdo y hemorragia alveolar. La paciente recibía tratamiento con corticoides orales y ciclofosfamida con mala respuesta. En nuestro centro, en el estudio analítico se apreció anemia ferropénica y positividad de anticuerpos p-ANCA con nega-

tividad del resto de autoanticuerpos. En la broncoscopia se apreciaron signos inflamatorios a nivel de tráquea y la presencia de la estenosis bronquial por lo que se realizaron dilataciones neumáticas seriadas por reestenosis repetidas. La biopsia pulmonar mostró lesiones de hemorragia pulmonar y signos de trombosis venosa sin granulomas. Se decidió suspender progresivamente el tratamiento corticoideo e inmunosupresor, apareciendo dolor torácico y de caderas. Se practicó gammagrafía ósea que demostró hipercaptación a nivel de articulaciones condrocostales y de caderas, compatible con artritis. Se constató la presencia de un episodio transitorio de inflamación del cartílago auricular del que quedaban signos residuales. Con la sospecha de policondritis recidivante se practicó biopsia del pabellón auricular que demostró degeneración cartilaginosa con sustitución por tejido fibroso y pérdida de basofilia de la matriz, confirmando el diagnóstico. Se instauró tratamiento con metotrexate y corticoides a altas dosis con lo que se consiguió la estabilidad clínica.

**Comentario:** La policondritis recidivante es una enfermedad multisistémica de inicio poco frecuente en la infancia, de diagnóstico difícil y casi siempre tardío. Su diagnóstico diferencial incluye el síndrome de Cogan, la granulomatosis de Wegener y la poliarteritis nodosa. El tratamiento es inmunosupresor y su curso evolutivo está condicionado por la afectación multisistémica y respiratoria.

### **P189** **IMPACTO SANITARIO DE LA BRONQUIOLITIS EN NUESTRO MEDIO DURANTE EL PERÍODO EPIDÉMICO OCTUBRE 2000 - MARZO 2001**

M.M. Romero Pérez, M.C. Pino Zambrano, P. Delgado Abela, G. Pérez Pérez, M. Navarro Merino y J. González-Hachero  
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos:** Analizar la repercusión asistencial y determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes hospitalizados por bronquiolitis durante el período epidémico octubre 2000 - marzo 2001.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los lactantes ingresados con el diagnóstico de bronquiolitis desde el 1 de octubre de 2000 al 31 de marzo de 2001. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, exámenes complementarios y tratamiento. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 10.0, aplicando el test de la chi cuadrado para variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para variables cuantitativas.

**Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron en nuestro Servicio 691 lactantes menores de un año, de los que un 30% (207) lo hicieron por bronquiolitis. La edad media fue de 3.9 meses. Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron dificultad respiratoria (99%), tos (95%), rinorrea (90%) y dificultad para la alimentación (51%). Los meses de máxima incidencia fueron diciembre (39 casos), enero (85 casos) y febrero (43 casos). La estancia hospitalaria media fue de 8,5 días. Precisarón ingreso en UCI 12 pacientes (6%). Se realizó radiografía de tórax en el 95%, siendo normal en el 17% de los casos y el hallazgo más frecuente la hiperdistensión pulmonar (79%). El hemograma mostró linfomonocitosis en el

59% de los casos. Se solicitó IFD a virus respiratorios en 159 niños (75%), siendo negativa en el 58%, positiva a VSR en el 38% y positiva a otros virus en el 4%. La mayoría de los pacientes fueron tratados con broncodilatadores nebulizados, corticoides, oxigenoterapia según saturación y medidas de hidratación.

**Conclusiones:** La bronquiolitis es una causa frecuente de ingreso en los lactantes. En nuestro medio supuso el 30% de los ingresos en menores de 1 año durante el período epidémico. Los síntomas más frecuentes fueron la dificultad respiratoria y la tos. La radiografía de tórax y el hemograma no fueron útiles para el diagnóstico y seguimiento de la mayoría de los casos. La IFD sólo fue positiva en el 42%. La mayoría de los pacientes fueron tratados con salbutamol nebulizado y corticoides a pesar de que no existe evidencia de su utilidad en el tratamiento de la bronquiolitis. Tras el análisis de los resultados hemos elaborado un nuevo protocolo de actuación terapéutica basado en la evidencia.

### **P190** **OVAS POR GRANULOMA DE CUERPO EXTRAÑO. COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA EN LA ATRESIA DE ESÓFAGO**

T.J. Martínez Arán, C. Vida Fernández, M. González López, R. Maese Heredia, L. Olivares Sánchez, E. Pérez Ruiz, J. Pérez Frías, A. Jurado Ortiz y M.E. Rojas Gracia  
Hospital General Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Las complicaciones agudas más frecuentes de la cirugía de la atresia de esófago con fístula traqueoesofágica asociada son la deshiscencia de la anastomosis y la formación de estenosis. Incluso tras una reparación correcta suele haber problemas de alimentación, debidos a la escasa motilidad del segmento esofágico distal o a un reflujo gastroesofágico. Otra complicación menos frecuente es la refistulización, generalmente debida a infección. Es una complicación grave que precisa reintervención, y en ocasiones la interposición de un parche para evitar la nueva recanalización del trayecto fistuloso.

**Caso clínico:** RN varón de 43 s de edad gestacional, de 2900 g de peso al nacimiento, diagnosticado de atresia de esófago con fístula traqueoesofágica distal al nacimiento, e intervenido a las 20 horas de vida. En su evolución presentó RGE y estenosis esofágica, precisando dilataciones con balón. Al mes y 20 días de vida se reinterviene por evidenciarse refistulización, interponiéndose un parche de pericardio bovino entre tráquea y esófago. Al alta, el paciente presenta estridor bifásico, atribuido a probable traqueomalacia, no realizándose fibrobroncoscopia por decisión paterna. Reingresa con 5 meses de edad tras presentar en su domicilio, de manera brusca, aumento del estridor, y cianosis, llegando a presentar una parada respiratoria, que remonta tras RCP básica. Ante la persistencia del estridor, se realiza fibrobroncoscopia flexible, observándose en el tercio distal de la tráquea, en la zona de la intervención, un prolapso mucoso que disminuye la luz traqueal distal en un 80% en inspiración y 100% en espiración. En el TC de tórax se observa una masa de aproximadamente un cm de diámetro, que desplaza la tráquea hacia la izquierda y disminuye su calibre anteroposterior. Se realiza exéresis de la masa que corresponde a una reacción granulomatosa como rechazo al parche de pericardio bovino.

Tras la intervención se produce una mejoría clínica del paciente, con completa desaparición del estridor.

**Conclusiones:** Aunque la principal causa de estridor en los pacientes intervenidos de atresia esofágica es la traqueomalacia, es importante confirmar mediante fibrobronoscopia este diagnóstico.

## P191

### ALCALOSIS METABÓLICA HIPOCLORÉMICA COMO FORMA DE INICIO DE FIBROSIS QUÍSTICA

B. Losada Pinedo, J.L. Ruibal Francisco, S. Viver Gómez, S. Rueda Esteban y O. Pérez Rodríguez

Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

**Introducción:** Se presenta el caso de un lactante de 3 meses de edad diagnosticado de fibrosis quística (FQ) que debutó en el período estival con deshidratación y alcalosis metabólica hipoclorémica, hallazgo característico que hizo sospechar el diagnóstico.

**Caso clínico:** Varón de 3 meses de edad, sin AF ni AF de interés, que consulta por cuadro de vómitos de 14h de evolución, con una deposición líquida. Desde las 2 semanas previas, coincidiendo con infección de vías respiratorias altas, ha persistido tos seca, sin dificultad respiratoria y con febrícula. Su pediatra evidenció una pérdida de peso del 4%, por lo que realizó analítica y Rx de tórax que aporta. En la exploración física destaca regular estado general con signos de deshidratación moderada sin otros hallazgos de interés. En la Rx presenta un infiltrado intersticial bilateral con borramiento del seno cardiopneumónico dcho. En el estudio gasométrico y electrolítico llamaba la atención una alcalosis metabólica con hipocloremia e hiponatremia, con iones en orina normales. Con la sospecha de FQ se realizó a las 24 h, tras la corrección hidroelectrolítica, un test del sudor que fue patológico y se confirmó 48 h después, diagnosticándose de FQ. Durante el ingreso se completó el estudio digestivo, nutricional y genético.

**Conclusiones:** La FQ afecta a epitelios de varios órganos produciendo anomalías en el transporte de electrolitos en la glándula sudorípara; gracias a ello tenemos el test clínico más útil para el diagnóstico de FQ. La alcalosis metabólica, como forma de presentación en algunos lactantes con FQ, es secundaria a una depleción del volumen extracelular con excesiva pérdida de Na y Cl en el sudor. Esta forma de presentación es más frecuente en países de clima templado en los meses de verano, por lo que es obligado descartar FQ en una deshidratación con alcalosis metabólica. En estos enfermos hay que administrar suplementos de NaCl durante los meses de verano.

## P192

### PATOLOGÍA MALFORMATIVA PULMONAR NEONATAL. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO

L. Arrese Gispert, C. Amigo Bello, M.J. Cerezo Bueno, A. Sequeiros González, V. Rollán y J.R. Villa Asensi

Hospital del Niño Jesús, Madrid.

**Introducción:** El enfisema lobar congénito es la malformación pulmonar más frecuente, en cambio el quiste bronco-

génico es una patología infrecuente. Ambas son causa de dificultad respiratoria en el período neonatal o en los primeros meses de vida.

**Caso clínico:** Paciente de 4 meses remitida desde su hospital de referencia por distress respiratorio, no asociado a tos ni rinorrea, sin respuesta al tratamiento administrado. Antecedentes personales: diagnosticada a los 3 meses de enfisema lobar congénito, se realizó lobectomía de lóbulo superior derecho (LSD) con buena evolución en el postoperatorio inmediato. Infecciones respiratorias de repetición. Exploración: facies pletórica, con mucosidad abundante. Bien hidratada y profunda. Tos entrecortada en relación con el paso de sedestación a decúbito. Llanto limpio, estridor inspiratorio leve, tiraje moderado sub e intercostal, no dificultad para la alimentación. AP: roncus diseminados y sibilancias finas con "espiración alargada". Pruebas complementarias: Rx de tórax: redistribución pulmonar derecha con predominio de hiperclaridad más acentuada a nivel de LSD; ecocardiografía: tumoración quística posterior a aurícula izquierda sin flujo; tránsito digestivo superior: impronta de unos 3 cm constante al paso de la papilla a nivel de la unión de los 2/3 superiores con el tercio inferior del esófago y correspondiente al área teórica de aurícula izquierda; TAC: imagen quística entre esófago y bronquio principal derecho sugestiva de quiste broncogénico (QB). Se realiza intervención quirúrgica con resección de tumoración quística cuya anatomía patológica confirma quiste broncogénico. Posteriormente se ha mantenido asintomático y no ha presentado nuevos episodios de distress respiratorio.

**Comentarios:** No está clara la relación entre enfisema lobar congénito y quiste broncogénico, no obstante no debemos infravalorar la sintomatología respiratoria aparecida en un niño diagnosticado y tratado de malformación broncopulmonar. Se deben valorar otras malformaciones asociadas.

## P193

### QUISTE BRONCOGÉNICO

C. Nieves Villafañe Landeira, S. Lapeña López de Armentia, A. Díaz Moro, J. Mallo Castaño, B. Herrero Mendoza, M.B. Robles García, J.P. Martínez Badás y L. Castañón López

Hospital de León, León.

**Introducción:** Los tumores intratorácicos congénitos de origen broncogénico, constituyen una anomalía en el desarrollo broncopulmonar en la etapa bronquiolar terminal o formación alveolar precoz. Su localización habitual es el mediastino medio o posterior, detrás o cerca del árbol traqueobronquial.

Su principal interés reside en la dificultad del diagnóstico, dada su infrecuencia, ya que suelen ser asintomáticos o dar clínica muy variada e inespecífica (fiebre, tos, dolor torácico, disfagia, disnea...) que puede confundirlos con otros procesos infecciosos, tumorales o malformativos.

**Caso clínico:** Paciente de 13 años con antecedentes familiares de padre y tío paterno con tuberculosis activa, ingresada por cuadro de hemoptisis y dolor torácico sin fiebre de dos meses de evolución.

Exploración física: Tª 37º C, TA 110/60, normal por aparatos. Analítica: hemograma, coagulación, bioquímica, VSG y EAB normales, PCR negativa. Serología de hidatidosis negativa.

Microbiología: PPD 2U y posteriormente 5U negativos a las 72 horas. Esputos seriados (3): negativos para BK.

Pruebas complementarias: ECG y Ecocardiograma normales.

Broncoscopia: No se observa lesión endobronquial ni foco de sangrado. Esofagograma: Normal. Rx Tórax: Imagen nodular paramediastínica izquierda. TAC torácico: Imagen nodular de 2,5 cm de diámetro, densidad homogénea sólida en mediastino anterosuperior. Resonancia magnética torácica: lesión de pared fina, lisa y uniforme que por sus características parece corresponder a un quiste broncogénico.

La paciente fue remitida a cirugía torácica para realizar toracotomía programada. Durante la intervención se extrae una tumoración quística de contenido mucoso y pared de consistencia cartilaginosa. La anatomía patológica fue compatible con quiste bronquial.

**Conclusión:** El quiste broncogénico constituye una entidad infrecuente de difícil diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es de elección ante la alta probabilidad de complicaciones a corto y largo plazo.