

## Cirurgía de tórax

### TL 196. CLASIFICACIÓN DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA PARED TORÁCICA. E. Acastello y cols. Buenos Aires, Argentina.

E. Acastello<sup>1</sup>, P. Garrido<sup>1</sup>, R. Gigliotti<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital De Niños Ricardo Gutierrez, Capital Federal.

**Introducción:** Las malformaciones congénitas de la pared del tórax comprenden un grupo muy heterogéneo de patologías que presentan como factor etiológico alguna alteración en el desarrollo y/o morfología de las estructuras de la caja torácica y cuyo espectro abarca desde una deformidad leve sin consecuencias funcionales hasta una patología grave con riesgo de vida. **Objetivos:** Clasificar las malformaciones congénitas de la pared torácica según etiología, evaluar los tipos más frecuentes y detectar al grupo que requiere corrección quirúrgica. **Material y Métodos:** Se incluyeron a todos los niños con malformaciones congénitas de la pared torácica que consultaron a nuestro servicio entre enero 1987 y enero 2007. Los pacientes fueron agrupados siguiendo una clasificación propia en cinco tipos según la patología asiente en el cartílago (Tipo I), en las costillas (Tipo II), en ambas (tipo III), en el esternón (Tipo IV) o en clavículas y escápulas (tipo V). Se detectó los tipos más frecuentes y se seleccionó al grupo que requirió cirugía correctora. **Resultados:** Se evaluaron 7808 pacientes en un período de 20 años; de los cuales 7213 (92,38%) correspondieron al Tipo I, 191 (2,45%) al Tipo II, 356 (4,55%) al Tipo III, 14 (0,18%) al Tipo IV y 34 (0,44%) al Tipo V. Fueron intervenidos quirúrgicamente 2068 pacientes, lo que correspondió al 26,48% del total de las malformaciones. Del grupo de pacientes operados, 1802 niños correspondieron al Tipo I representando el 87,14% de las cirugías realizadas: 1084 (60,15%) pectus excavatum y 718 (39,85%) pectus carinatum. Los tipos II a V representaron sólo el 7,62% del total de la patología y el 12,86% de las cirugías. **Conclusiones:** Las malformaciones congénitas de la pared torácica pueden clasificarse basándose en el sitio anatómico que origina la enfermedad en cinco tipos. El tipo I es el más frecuente y está representado por el Pectus Excavatum y el Pectus Carinatum.

### TL 156. MALFORMAÇÃO CONGÊNITA TORÁCICA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA E EVOLUÇÃO DE 17 CASOS. E. Souza y cols. Salvador, Brasil.

E. Souza<sup>1</sup>, T. Anunciação Ferreira<sup>1</sup>, L. Perez Esteves<sup>1</sup>, L. Publio<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Faculdade De Medicina Da Ufba, Salvador,

<sup>2</sup>Hospital São Rafael, Salvador.

**Introdução:** As malformações congênitas torácicas fazem parte do diagnóstico diferencial de imagens encontradas na radiografia de tórax da criança. O diagnóstico pode ser precoce devido à sintomatologia nos primeiros meses de vida ou de forma ocasional em pacientes assintomáticos. O objetivo deste trabalho é relatar 17 casos de malformações congênitas torácicas diagnosticadas no Hospital São Rafael (HSR) e no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) entre 1991 e 2007. **Materiais e Métodos:** análise retrospectiva 17 casos de malformações congênitas torácicas diagnosticadas no HUPES e no HSR, com descrição dos achados clínicos e radiológicos, evolução dos mesmos e revisão de literatura. **Resultados:** Foram 10 pacientes do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Os 17 casos de malformações congênitas diagnosticados foram: 4 enfisemas lobares congênitos; 4 de agenesias pulmonares; 3 cistos pulmonares; 1 cisto broncogênico, 1 malformação adenomatoíde cística; 1 eventração diafragmática; 2 hérnias diafragmáticas de diagnóstico tardio; 1 hipoplasia pulmonar. O diagnóstico foi realizado intra-útero em 2 pacientes, ao nascimento em 4 e na lactância ou na infância em 11 pacientes. Do total, 5 realizaram procedimento cirúrgico sem complicações graves no pós-operatório, 4 pacientes foram perdidos. Os demais fazem tratamento conservador com acompanhamento ambulatorial. **Conclusões:** os pediatras devem estar atentos para o diagnóstico destas patologias, principalmente em pacientes com sintomas respiratórios precoces ou aqueles assintomáticos com imagens radiológicas persistentes. O reconhecimento precoce pode levar a uma intervenção bem sucedida. O tratamento pode ser conservador nos pacientes assintomáticos ou com sintomas leves. Naqueles sintomáticos, o tratamento, geralmente, consiste na lobectomia da área acometida.

## TL 197. PECTUS EXCAVATUM Y PECTUS CARINATUM: MALFORMACIONES MÁS FRECUENTES DE LA PARED DEL TÓRAX. E. Acastello y cols. Buenos Aires, Argentina.

E. Acastello<sup>1</sup>, P. Garrido<sup>1</sup>, R. Gigliotti<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital De Niños Ricardo Gutierrez, Capital Federal.

**Introducción:** El pectus excavatum (PE) y el pectus carinatum (PC) son las malformaciones de la pared torácica incluidas en el Tipo I que comparten el origen cartilaginoso y similares características morfológicas y evolutivas. **Objetivos:** Detectar al grupo de estas malformaciones que requieren cirugía. Evaluar los resultados a largo plazo según la técnica utilizada para la corrección quirúrgica. **Material y Métodos:** Fueron evaluados y clasificados todos los pacientes con malformación de la pared torácica que consultaron a nuestro servicio entre enero 1987 y enero 2007. Se detectó la frecuencia del PE y del PC. Se identificó al grupo que requirió corrección quirúrgica. Se definieron dos periodos según variaciones a la técnica original: 1º Etapa y 2º Etapa. Para la corrección quirúrgica del Pectus Excavatum se utilizó la técnica de Welch convencional en la 1º Etapa (1987-1995) y la técnica de Welch con barras de Harvard en la 2º Etapa (1995-2007). Para el Pectus Carinatum se utilizó la técnica de Welch convencional en la 1º Etapa (1987-1997) y la técnica de Welch simplificada en la 2º Etapa (1997-2007). Se evaluaron los resultados en las dos etapas definiéndolos como muy bueno (MB), bueno (B), regular (R) y recidiva (Re). **Resultados:** Fueron evaluados 7808 pacientes en un período de 20 años, de los cuales 92,38% pertenecen al Tipo I o cartilaginoso que representa al grupo de malformaciones más frecuentes. En este grupo 4012 niños (55,62%) presentaron PE y 3201 (44,38%) PC. Fueron intervenidos quirúrgicamente 1084 pacientes con PE, 379 (35%) en la 1º Etapa y 705 (65%) en la 2º Etapa; obteniéndose 83% de resultados MB y 3% de Re en la 1º Etapa y 90% de resultados MB y un porcentaje de Re del 1% en la 2º Etapa. Los pacientes con PC corregidos quirúrgicamente fueron 718; 230 (32%) en la 1º Etapa y 488 (68%) en la 2º Etapa. En la 1º Etapa se obtuvo un 78% de resultados muy buenos con un porcentaje de Re del 3% y en la 2º Etapa 88,5% de resultados MB con 1,5% de Re. La morbilidad rondó entre el 7 y el 8% en ambas etapas y para las dos patologías. **Conclusiones:** El pectus excavatum y el pectus carinatum representan al grupo de malformaciones más frecuentes de la pared torácica. En los pacientes con indicación quirúrgica se obtuvieron resultados altamente satisfactorios empleando la técnica de Welch modificada con baja morbilidad y rápida recuperación.

## TL 198. TUMORES DE LA PARED TORÁCICA Y GRANDES RESECCIONES PARIETALES. P. Garrido y cols. Buenos Aires, Argentina.

P. Garrido<sup>1</sup>, E. Acastello<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital De Niños Ricardo Gutierrez, Capital Federal.

**Introducción:** los tumores de la pared torácica constituyen un grupo muy heterogéneo y poco frecuente, con grados de extensión muy variable. El objetivo de este trabajo es diferenciar y caracterizar a los que requieren grandes resecciones parietales. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo de 119 pacientes de entre 3 meses y 19 años intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de niños "Ricardo Gutierrez" por presentar tumores de la pared torácica en el período enero 1997- enero 2007. Todos los pacientes se incluyeron en un algoritmo de diagnóstico y tratamiento. El tratamiento quirúrgico consistió en tumorectomía con o sin plástica reconstructiva de la pared torácica. Fueron diferenciados dos grupos: G1 (sin plástica parietal) y G2 (con plástica parietal). Se evaluó localización, extensión y variedad histopatológica del tumor, y morbimortalidad quirúrgica en cada caso. **Resultados:** se incluyeron 82 pacientes en el G1 (69%) y 37 en el G2 (31%). La variedad histológica fue para el G1 77 tumores benignos y 5 malignos y para el G2 16 tumores benignos y 21 malignos (ver Tabla 1). En el G1 predominaron los tumores de partes blandas (65,8%) y en el G2 los tumores de origen osteocondral (97,3%). Con respecto a la extensión tumoral, el 30% de los pacientes del G1 tuvieron compromiso de 1 a 2 costillas, en cambio el 89% de los pacientes del G2 tuvieron compromiso de 3 o más costillas. En 8 casos se comprobó la extensión hacia el parenquima pulmonar, todos pertenecientes al G2. Topográficamente el 92% de los pacientes del G1 y el 75% de los del G2 se localizaron en la región posterolateral del tórax. Dos niños con hamartomas mesenquimáticos tuvieron lesiones bilaterales. En el G2 se realizaron 39 plásticas reconstructivas de la pared

torácica en 37 pacientes. La morbilidad fue del 15% y la mortalidad asociada a la cirugía del 2,7%. El 20% presentó escoliosis. La mortalidad global fue del 65% y dependió de la estirpe tumoral. **Conclusiones:** los tumores de la pared torácica constituyen un grupo de origen histológico muy diverso en el que predominan los benignos. Sin embargo en el grupo que requirió plástica parietal fueron más frecuentes los tumores malignos que afectaron a la parrilla costal y que comprometieron 3 o más arcos costales. La morbilidad quirúrgica fue baja y entre las complicaciones alejadas de la cirugía la escoliosis aparece como la más importante por las secuelas que provoca.

## TL 199. JEUNE: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO. CIRUGÍA? P. Garrido y cols. Buenos Aires, Argentina.

P. Garrido<sup>1</sup>, E. Acastello<sup>1</sup>, M. Molina<sup>1</sup>, S. Zuñiga<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Hospital De Niños Ricardo Gutierrez, Capital Federal,

<sup>2</sup>Hospital De La Pontificia Universidad Católica De Chile.

**Introducción:** El síndrome de Jeune es una forma de osteocondrodistrofia cuya consecuencia principal es la restricción que provoca a nivel de la caja torácica y la repercusión pulmonar que ello implica. **Objetivo:** analizar las formas de presentación de este síndrome y las características clínicas y terapéuticas de cada tipo en el seguimiento a largo plazo. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Jeune evaluados por nuestro servicio en el período enero de 1987 y enero 2007. Se incluyeron a los pacientes en dos grupos según su forma de presentación: Tipo I (forma mayor) y Tipo II (forma menor). Se evaluó: edad de derivación, sexo, características clínico-radiológicas, patología asociada, conducta terapéutica, seguimiento a largo plazo y mortalidad. **Resultados:** Se evaluaron 13 pacientes con diagnóstico de síndrome de Jeune en un periodo de 20 años, lo que correspondió al 0,16 % de todas las malformaciones de la pared torácica en nuestro servicio. De los 13 pacientes, 4 se incluyeron en el tipo I (30%) y 9 en el tipo II (70%). En el Tipo I, los 4 pacientes presentaron distress respiratorio (DR) severo al momento de nacimiento y requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) con parámetros altos. Todos ellos fueron operados. La cirugía mejoró relativamente la restricción pulmonar disminuyendo los parámetros del respirador pero ninguno logró ser extubado. La mortalidad de este grupo fue del 100%. En el tipo II, solo el 22% de los pacientes presentó DR leve en el período neonatal, el 77% de los niños de este grupo presentó enfermedad respiratoria leve a moderada durante la primera infancia. En 5 pacientes se detectó patología asociada. Ningún paciente de este grupo requirió tratamiento quirúrgico por su enfermedad de base. En el seguimiento a largo plazo se pudo observar que los estigmas radiológicos presentaron una tendencia regresiva con el tiempo. El mayor seguimiento fue de 18 años. No hubo mortalidad en el tipo II. **Conclusiones:** El síndrome de Jeune tiene dos formas clínicas de presentación, el Tipo I o severo en el que la opción quirúrgica no ha variado la mortalidad de la enfermedad; y el Tipo II, asintomático o con síntomas respiratorios leves a moderados durante la primera infancia, en el que se ha comprobado la mejoría de los estigmas radiológicos y de la configuración torácica sin necesidad de cirugía, en el seguimiento a largo plazo.

## TL 093. NEUMONECTOMÍAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA DE 17 AÑOS. A. Maffey y cols. Buenos Aires, Argentina.

A. Maffey<sup>1</sup>, P. Garrido<sup>1</sup>, C. Millan<sup>1</sup>, A. Teper<sup>1</sup>, E. Acastello<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires.

**Introducción:** La neumonectomía es un procedimiento que en el periodo peri-operatorio presenta una elevada morbi-mortalidad, y posteriormente provoca cambios en la fisiología cardiorrespiratoria y alteraciones de la arquitectura de la caja torácica. **Objetivo:** evaluar las complicaciones peri-operatorias, la función pulmonar y la prevalencia de escoliosis en pacientes neumonectomizados. **Material y Métodos:** estudio retrospectivo de pacientes neumonectomizados entre enero 1990 y enero 2007 atendidos en el hospital "Ricardo Gutiérrez". Se consideró para el análisis enfermedad de base, indicación de neumonectomía, número de cirugías, complicaciones peri-operatorias mayores y menores y mortalidad. A los pacientes con más de 2 años de

seguimiento se les realizó una evaluación ortopédica (examen clínico y Rx de columna dorso-lumbar), y a los mayores de 6 años, un examen funcional respiratorio (EFR): espirometría y volúmenes pulmonares. **Resultados:** se incluyeron 39 pacientes (22 masculinos, edad  $\bar{X}$  8,1, rango 0,1-19 años). La indicación más frecuente de neumonectomía fueron las bronquiectasias post-infecciosas (79,5%). El 72% de las neumonectomías se realizó en un tiempo quirúrgico. Diecisiete (43,6%) fueron derechas. Tuvieron complicaciones peri-operatorias 17 pacientes, 15 (88%) fueron mayores (principalmente fístula bronco-pleural y síndrome post-neumonectomía). De éstos, 11 tuvieron resección del pulmón derecho (OR= 4,89 IC95% 1.02-25,12). En esta serie fallecieron 11 pacientes (28%), y en 7 de ellos la causa de muerte se debió a una complicación posquirúrgica. Se evaluó con EFR a 20 pacientes (seguimiento:  $\bar{X}$  4,24, rango 2,1-14,3 años), detectándose incapacidad ventilatoria restrictiva de grado variable ( $\bar{x} \pm DS$ ): CVF  $62 \pm 18\%$ , CPT  $66 \pm 11\%$ . La evaluación ortopédica se completó en 18 pacientes (seguimiento:  $\bar{X}$  4,97, rango 2,13-12,43 años), de los cuales 15 (83,3%) presentaron escoliosis. **Conclusiones:** los pacientes neumonectomizados presentaron una elevada morbilidad y mortalidad perioperatoria, especialmente en las resecciones del pulmón derecho. En el seguimiento alejado, la mayoría de los pacientes presentaron incapacidad ventilatoria restrictiva de grado variable y escoliosis toracogénica.

### TL 031. QUILOTÓRAX: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA ENTIDAD RARA. D. Frontera y cols. Buenos Aires, Argentina.

D. Frontera<sup>1</sup>, P. Lobos<sup>2</sup>, E. Acastello<sup>1</sup>, J. Moldes<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Hosp. De Niños Dr. Ricardo Gutiérrez De Bs. As., Ciudad Autónoma De Bs. As.,

<sup>2</sup>Hospital Italiano De Bs. As., Ciudad Autónoma De Bs. As.

**Introducción:** El quilotórax (QTx) es una entidad rara en pediatría, y puede ser manejado en forma conservadora en la mayoría de los casos. La cirugía está indicada en los casos refractarios al tratamiento médico, pero raramente se han reportado sus resultados en una población pediátrica. **Objetivo:** Reportamos la experiencia de dos grupos quirúrgicos de hospitales terciarios en el tratamiento quirúrgico de QTx. **Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de registros hospitalarios de pacientes tratados por QTx en el Hospital Italiano y en el Hospital "Ricardo Gutiérrez", entre 1996 y 2006. Datos analizados: edad, enfermedad de base, tratamiento médico y quirúrgico, y evolución. Los pacientes se dividieron en 2 Grupos: I: postoperatorio de cirugía cardiotorácica, y II: con enfermedad previa. Los pacientes recibieron tratamiento inicial consistente en drenaje pleural y dieta libre de grasas. En los no respondedores, se indicó nutrición parenteral total (NPT), y/o terapia con octreóide. **Resultados:** Se evaluaron 16 pts del grupo I y 9 pts del grupo II. Edad mediana: 5.8 años (r: RN - 24 a). 13 pts en Grupo I y 3 pts en Grupo II respondieron al tratamiento médico y reciben actualmente una dieta libre luego de un seguimiento medio de 2,7 años (r: 1-10 a). 9 no respondedores (36%) requirieron cirugía: ligadura del conducto torácico (LCT) + pleurectomía abierta (6), pleurectomía abierta (1), LCT toracoscópica + pleurodesis (1) y pleurodesis toracoscópica (1). 3/9 pacientes operados sobrevivieron. La mortalidad global fue del 32 %, 18% para Grupo I y 63% para Grupo II. La principal causa de muerte fue sepsis. En 11 no respondedores, se indicó nutrición parenteral total (NPT), y en 7 terapia con octreóide. **Conclusiones:** El QTx postoperatorio fue más frecuente y evolucionó mejor que el primario. La mayoría de los pacientes respondieron al tratamiento conservador, aunque la sepsis fue una complicación frecuente y a veces fatal. La cirugía permitió la supervivencia de 33.3% de los no respondedores, cifra que llega al 60% si consideramos sólo las muertes provocadas directamente por el QTx.

	Edad	Resp al tratamiento médico	Cirugía	Sobrevida
Grupo I (n=16)	5,38 a	13 / 16 (81,25 %)	3/16 (18,75%)	13/16 (81,25 %)
Grupo II (n=9)	3,86 a	3 / 9 (33,3 %)	6/9 (66,7%)	4/9 (44,44 %)

## TL 200. BRONQUIECTASIAS: IMPORTANCIA DE LA CORRECTA SELECCIÓN Y PREPARACIÓN QUIRÚRGICA. P. Garrido y cols. Buenos Aires, Argentina.

P. Garrido<sup>1</sup>, E. Acastello<sup>1</sup>, C. Molise<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Hospital De Niños Ricardo Gutierrez, Capital Federal,

<sup>2</sup>Hospital De La Pontificia Universidad Católica De Chile.

**Introducción:** La resección quirúrgica de los sectores mas comprometidos se plantea para mejorar la calidad de vida de los niños con bronquiectasias y su aceptación social. **Objetivos:** Evaluar los resultados a largo plazo de los pacientes sometidos a resección quirúrgica por bronquiectasias según criterios de selección **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de un grupo de pacientes con diagnostico de bronquiectasias operados en nuestro servicio entre enero 1995 y enero 2005. Se incluyeron solo a los pacientes que permanecieron en seguimiento por mas de dos años. Se utilizaron como criterios de selección quirúrgica: C1: bronquiectasias localizadas C2: bronquiectasias generalizadas con lesión localizada causante de hemóptisis C3: bronquiectasias generalizadas con un sector muy lesionado predominante. La preparación prequirúrgica consistió en toilette bronquial, con medidas de drenaje postural y/o aspiración de secreciones, incluida broncoscopia si fuera necesario. La cirugía consistió en la resección de uno o más lóbulos pulmonares, incluso neumonectomía. Se evaluó morbimortalidad perioperatoria y los resultados a largo plazo según criterios de Wilson-Decker: GI (curado) GII (mejorado), GIII (igual) y GIV (empeorado). Se relacionaron estos hallazgos con los criterios de selección quirúrgica. **Resultados:** Fueron incluidos en este estudio 98 pacientes. Según los criterios de selección fueron operados por C1 75; por C2 6 y por C3 19 pacientes. La morbilidad fue del 18,3%. La mortalidad fue de 2,9% y tuvo relación directa con la perpetuación de fístulas broncopleurales y sobreinfección. En la evaluación de los resultados, pertenecen al GI 15, al GII 60, al GIII 17 y al GIV 8 pacientes. Se detectó que todos los pacientes incluidos en GI y GII tenían criterios de selección C1. En este grupo se detectó baja morbilidad y no hubo mortalidad. Los pacientes incluidos en GIII y GIV tenían criterios de selección C2 y C3, con predominio de enfermedades generalizadas, elevada morbilidad y mortalidad. **Conclusiones:** Los pacientes con bronquiectasias con enfermedad localizada se benefician con la resección quirúrgica si son seleccionados y preparados correctamente. En los niños con enfermedad generalizada la cirugía tiene como objetivo el control de hemoptisis severas o recidivantes y contribuir a mejorar los síntomas y la calidad de vida.

## TL 088. EVALUACIÓN PRE TRANSPLANTE PULMONAR. M. Bonini y cols. Buenos Aires, Argentina.

M. Bonini<sup>1</sup>, B. Lucero<sup>1</sup>, D. Haag<sup>1</sup>, M. Siminovich<sup>1</sup>, M. Boglione<sup>1</sup>, D. Aguilar<sup>1</sup>, H. Gonzalez Pena<sup>1</sup>, C. Castaños<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital Garrahan, Ciudad De Buenos Aires.

**Introducción:** El transplante pulmonar (TP) en pacientes (p) pediátricos es una alternativa terapéutica para niños con enfermedad pulmonar crónica sin otro tratamiento médico eficaz. Es importante considerar las indicaciones y contraindicaciones en la evaluación pre transplante y referir al paciente a un centro de transplante en el momento oportuno de su enfermedad. **Objetivo:** Describir la experiencia de un equipo interdisciplinario del Hospital Garrahan en la evaluación pre transplante pulmonar. **Materiales Y Métodos:** Desde octubre/99 hasta agosto/07 se evaluaron 26 p que fueron derivados de otras instituciones o seguidos en nuestro hospital. Se realizaron historia clínica completa, imágenes de tórax, laboratorio con serologías y cultivos, pruebas de función pulmonar, gasometría, evaluación de los aspectos social, psicológico y kinésico. Esta evaluación se realizó durante una internación de tres días. **Resultados:** En el período analizado se evaluaron 26p (12 masculinos), de los cuales 13p padecían enfermedad pulmonar obstructiva crónica postviral (EPOC), 6p Fibrosis Quística (FQ), 6p HPP y 1p Inmunodeficiencia primaria. La edad media al momento de la evaluación fue de 11,4 años. En 18p se realizó examen funcional respiratorio con una media de CVF  $45,5 \pm 9,96\%$  y media del VEF1  $24,18 \pm 6,14\%$ . La media de PaO2 70,2 y de PaCO2 50,75 mmHg. La media del score Z para peso fue de -1,09 y para talla -0,30. De los p con enfermedad pulmonar crónica 2p tenían hipertensión pulmonar leve. El 91% de los p era portador de CMV. De los 26p evaluados, 14p se encontraron aptos para el TP, de estos 4p se transplantaron, 3p fallecieron y 6p continúan en lista de espera. Un paciente ingresó en lista de espera de otra institución. No se encontraron aptos 12p, 6p por

negativa familiar, 1p por desnutrición severa, 3p por compromiso clínico avanzado y colonización por gérmenes resistentes, 1p por hipertensión pulmonar severa y compromiso clínico avanzado y 1p por causa social. De estos p no aptos, 3p fallecieron y en 7p se desconoce evolución. **Conclusión:** Los p deben ser evaluados para TP teniendo en cuenta las indicaciones del mismo, el estadio de la enfermedad y la aceptación de la familia. La derivación debe ser en el momento oportuno, ya que en etapas finales o estado crítico se desestima esta alternativa terapéutica.

## TL 011. TRANSPLANTE PULMONAR PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA DE UN EQUIPO. M. Lucero y cols. Buenos Aires, Argentina.

M. Lucero<sup>1</sup>, M. Bonini<sup>1</sup>, M. Bogleone<sup>1</sup>, D. Haag<sup>1</sup>, H. Botto<sup>1</sup>, C. Castaños<sup>1</sup>, M. Siminovich<sup>1</sup>, D. Aguilar<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Cap. Fed.

**Introducción:** El trasplante pulmonar (TP) pediátrico representa el 5% de todos los trasplantes pulmonares. Es una opción terapéutica para aquellos pacientes con enfermedad pulmonar avanzada en los cuales no existe otro tratamiento médico eficaz. **Objetivo:** Describir la experiencia en TP en pacientes (p) en edad pediátrica en el Hospital Garrahan entre octubre de 1999 y agosto de 2007. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 26 p para TP, de los cuales 4 fueron sometidos a trasplante bipulmonar. Todos fueron evaluados con examen clínico, pruebas de función pulmonar, gasometría, imágenes de tórax, ecocardiograma y serologías. Luego del trasplante se realizó seguimiento clínico, funcional y endoscopías con lavado bronquioalveolar y biopsias transbronquiales a los 15 días, 1, 3, 6, 12 y 24 meses post TP. **Resultados:** Tres p (2M) padecían enfermedad pulmonar obstructiva crónica postviral (EPOCPV) y 1 p fibrosis quística (FQ). La edad media al momento del TP fue de 15,26 años. Todos los p presentaban insuficiencia respiratoria crónica. Los p con EPOCPV se encontraban eutróficos al momento de TP, no así la p con FQ. La media del VEF1 fue de 0,76 l (24,5%), la media del volumen residual fue de 3,09 l (320%) y la media de la relación VR/CPT 62. Ningún p presentaba hipertensión pulmonar. Todos los p presentaban serología IgG CMV positiva. El tiempo medio en lista de espera fue de 10 meses. El tiempo medio de isquemia fría fue de 6 horas. Todos los p recibieron triple esquema inmunosupresor (ciclosporina+azatioprina+corticoides). Las complicaciones inmediatas luego del TP fueron sangrado postquirúrgico en 1p, paro cardiorrespiratorio prolongado intraoperatorio en 1p con secuela neurológica severa y síndrome de reperfusión en 1p. Otras complicaciones fueron: paresia diafragmática transitoria en todos los p, psicosis por corticoides en 1p, reactivación del CMV en 2p, rechazo agudo en 2p, neumonía en 1p, estenosis bronquial en el sitio de la anastomosis en 1p, diabetes mellitus en 1p, anemia en 2p. Fallecieron 3p, 1p a los 5 meses post TP por reactivación del CMV, 1p a los 12 meses post TP por neumonía aspirativa y 1p a los 27 meses por shock séptico. **Conclusión:** El TP es un procedimiento complejo y para pacientes sin otro tratamiento médico posible. Las complicaciones que mostraron nuestros p se correlacionan con las descriptas en otros centros de TP pediátrico a nivel mundial.