

## Endoscopía

### TL 303. NOVO METODO DIAGNOSTICO DE SINDROME ASPIRATIVA ATRAVES DA PESQUISA DE AMIDO NO LAVADO BRONCOALVEOLAR EM CRIANCAS. L.W. Menna Barreto y cols. Porto Alegre, Brasil.

L.W. Menna Barreto<sup>1</sup>, V. C. B. Gava Chakr<sup>1</sup>, A.C.O. Dias<sup>1</sup>, J.V.Spolidoro<sup>1</sup>, R.T. Stein<sup>1</sup>, M.H. Jones<sup>1</sup>, P. M. C. Pitrez<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Pontificia Universidade Catolica Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.

**Introdução:** A síndrome aspirativa (SA) é uma causa comum de doença respiratória crônica na infância, estando frequentemente associada a refluxo gastroesofágico ou distúrbio da deglutição. O diagnóstico de SA é difícil de ser realizado devido à baixa sensibilidade e especificidade dos testes diagnósticos disponíveis. Em um modelo experimental, a detecção de amido no lavado broncoalveolar (LBA) demonstrou ser fácil e de baixo custo para diagnóstico de SA. **Objetivos:** Descrever um novo método diagnóstico de SA em crianças, através da detecção de amido no LBA nesse grupo de pacientes. **Métodos:** Foram estudados 13 crianças, de 3 a 65 meses de idade, com suspeita clínica de SA. Os pacientes foram submetidos a LBA, com pesquisa de grânulos de amido e lipídios em macrófagos alveolares. As amostras foram coradas com iodo a 1% e Oil Red O para pesquisa de amido e lipídios em macrófagos, respectivamente. Previamente ao procedimento, cada criança recebeu uma dieta enriquecida com amido a 3%, por cinco dias. **Resultados:** O LBA foi realizado com sucesso em todos os pacientes, sem complicações. Dos 13 pacientes estudados, 9 (69%) apresentaram pesquisa de amido positiva. Foi possível identificar grânulos de amido tanto dentro da célula como livres no LBA. A pesquisa de lipídios foi positiva em 3/8 (37,5%) amostras. **Conclusão:** A pesquisa de amido no LBA é um teste de fácil realização, tanto pela boa adesão à dieta pelos lactentes, quanto pelo procedimento técnico de identificação dos grânulos. O método pode ser potencialmente útil na investigação de SA em crianças, apresentando baixo custo, alta especificidade e reduzido risco aos pacientes.

### TL 022. SELLE FIBROBRONCOSCÓPICO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL POST QUIRÚRGICA. F. Prado Atlagic y cols. Santiago, Chile.

F. Prado Atlagic<sup>1</sup>, A. Koppmann Attoni<sup>2</sup>, C. Daszenies Sickinger<sup>3</sup>, M. Boza Costagliola<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Josefina Martinez De Ferrari, ,  
<sup>2</sup>Hospital San Borja Arriarán, ,  
<sup>3</sup>Hospital Félix Bulnes.

**Introducción:** La fístula broncopleurale (FBP) es una complicación posible en neumonías supurativas, postoperatorios de empiemas, malformaciones pulmonares, quistes hidatídicos y resecciones pulmonares. Puede condicionar neumotórax con difícil reexpansión pulmonar y hospitalizaciones prolongadas. En estas condiciones el selle fibrobroncoscopico (SF) es una alternativa terapéutica eficaz. El uso de esta técnica ha ido en progresivo aumento, sin embargo la experiencia reportada en niños sigue siendo muy escasa. **Objetivo:** se describe el SF de una FBP de alto debito como complicación postoperatoria de un quiste hidatidico no complicado (QHNC). Caso clínico. Escolar de 6 años en quien se efectúa quistectomía y capitonaje por QHNC localizado en el lóbulo inferior derecho, tratado previamente con albendazol. En el postoperatorio evoluciona con una FBP y neumotórax secundario que impedía la reexpansión pulmonar pese a drenaje pleural. Dos meses después se deriva para SF. Se ubicó el bronquio tributario ocluyendo selectivamente con la punta del fibrobroncoscopio (3,6mm/canal 1,2mm) el ostium de los bronquios segmentarios basales, observando el cese del burbujeo de aire. Una vez identificado el bronquio basal posterior, se embolizó a través del canal de trabajo 2 ml de una mezcla de Gelfoam® , el contenido de una cápsula de 250 mg de tetraciclina y solución fisiológica con una jeringa de 3 ml más 5 ml de aire. Se observó de inmediato el cese del burbujeo de aire a través del drenaje pleural. El control radiográfico 24 h después mostró resolución casi completa del neumotórax. **Conclusión:** Una FBP de alto debito, puede ser tratada eficientemente con SF en el postoperatorio tardío de un QHNC, evitando alternativas quirúrgicas de mayor riesgo.

### TL 063. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EN UNA SERIE DE 15 NIÑOS CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA. L. Jakubson y cols. Santiago, Chile.

L. Jakubson<sup>1</sup>, F. Paz Ceballos<sup>2</sup>, P. Harris Diez<sup>3</sup>, A. Zavala Busquets<sup>4</sup>, F. Prado Atlagic<sup>1</sup>, P. Bertrand Navarrete<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica De Chile. Departamento De Pediatría. Sección Respiratorio Infantil, ,

<sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica De Chile. Departamento De Pediatría. Sección Respiratorio Infantil., Santiago,

<sup>3</sup>Pontificia Universidad Católica De Chile. Departamento De Pediatría.

<sup>4</sup>Pontificia Universidad Católica De Chile. Departamento De Cirugía.

**Introducción:** La Atresia esofágica (AE) con o sin fístula traqueoesofágica (FTE) es una malformación congénita que en su evolución a corto y largo plazo se asocia a morbilidad respiratoria y digestiva. **Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de FTE con énfasis en su morbilidad respiratoria.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva 15 fichas de un total de 18 de pacientes con diagnóstico de FTE que fueron evaluados por el equipo de Broncopulmonar Infantil del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile entre 1995 y 2007. **Resultados:** N = 15 pacientes, sexo masculino 9 (60%), diagnóstico el 1° día de vida 13/15 pacientes, cirugía primeras 48 hs en 12/15 pacientes. Clasificación de Gross: A= 0, B= 1, C= 12, D= 1 y E= 1. Malformaciones asociadas: 8 de 15 pacientes (53,3%) Las complicaciones postquirúrgicas ocurren en 5 pacientes (Infecciosas 3, neumotórax 1, perforación esofágica 1 y estenosis subglótica 1. Las causas de morbilidad respiratoria fueron: neumonía recurrente 8 de 15 (53,3%), sibilancias recurrentes 12/15 (80%), Apnea y/o ALTE 1 paciente. Se realizó fibrobroncoscopia en 12/15 pacientes de los cuales 10 presentaron traqueomalacia. La recurrencia de fístula se presentó en 3 /15 pacientes, en 2 de ellos se realizó cierre endoscópico con Beriplast. Complicaciones digestivas: Reflujo gastroesofágico: se presentó en el 100% de los pacientes, 14 /15 recibieron tratamiento médico y 1 cirugía de Nissen. Estenosis esofágica se presentó en 8/ 15 (53,3%) pacientes y el 100% fue tratado con dilataciones esofágicas. Todos los pacientes fueron hospitalizados en al menos 1 oportunidad luego de su cirugía correctora; por causa respiratoria 12 /15 pacientes (mediana 1 y rango 1 – 8) y por causa quirúrgica 12/15 pacientes. No existió mortalidad en esta serie. **Conclusiones:** La FTE es una patología de resolución quirúrgica con alta morbilidad respiratoria, digestiva y frecuentes hospitalizaciones en los primeros años de vida. Es importante la sospecha y tratamiento de estas complicaciones para lograr una evolución favorable a largo plazo en estos niños. Se necesitan estudios prospectivos para evaluar mejor la morbimortalidad asociada a esta enfermedad.

### TL 012. FIBROBRONCOSCOPÍA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS EN LIMA PERU. M. Falcón Ruiz y cols.

M. Falcón Ruiz<sup>1</sup>, L. Falcón Cáceres<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital De Emergencias Pediátricas, La Victoria - Lima.

**Introducción:** El Hospital de Emergencias Pediátricas (HEP) es un centro de referencia para las patologías de emergencia de los centros de salud de la ciudad de Lima y de los otros departamentos del Perú, siendo uno de los pocos centros que realiza fibrobroncoscopia (FB) pediátrica. **Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas de los procedimientos fibrobroncoscópico en el HEP durante el periodo noviembre 2004 a junio 2007. **Materiales y Métodos:** Se describe las características epidemiológicas de 238 procedimientos fibrobroncoscópico en niños desde 1 mes hasta 18 años. **Resultados:** El 57% fueron realizados en niños y un 43% en niñas, menores de 6 meses fue de 31.9%, de 7 a 11 meses 8.4%, de 1 a 2 años 22.7% de 3 a 6 años 14.7%, de 7 a 12 años 15.1% y de 13 a 18 años 7.1%. Los procedimientos fueron realizados en el centro quirúrgico utilizando anestesia inhalatoria a excepción de los pacientes con sospecha de malasia de vía aérea. Se realizaron 115 lavados broncoalveolares (40%), 20 extracciones de cuerpo extraño (48%) 4 procedimientos junto a broncoscopia rígida (2%) y 2 biopsias bronquiales así como 2 estudios con azul de metileno para descartar de fístula traqueoesofágica. Los diagnósticos de ingreso mas frecuentes fueron atelectasia con 18.5%, neumonía con 18.1%, cuerpo extraño con 15.5%, malasia de vía aérea con 8.4%. Los diagnósticos y hallazgos post procedimientos fueron neumonía (11.3%), atelectasia (10.9%) bronquitis (10.9%),

malasia de vías aéreas con (13.5%) distribuidas en laringomalasia (5.9%), broncomalasia (3.8%), faringomalasia (2.5%), traqueomalasia (1.3%); cuerpo extraño (9.7%), granulomas en vía aérea (10.5%), distribuidas como granuloma laríngeo (6.7%), granuloma traqueal (2.9%), granuloma bronquial (0.8%). Diagnósticos menos frecuentes fueron bronquios traqueales, fístulas traqueoesofágicas, parálisis cuerdas vocales, anillos traqueales. Complicaciones solo se presentó en el 10%, habiéndose encontrado hipoxemia reversible en 6.7%, tos en 2.9%, laringoespasma en 1.7%, broncoespasma en 0.4% y neumotórax en 0.4%. **Conclusiones:** La FB ha significado un gran avance en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías respiratorias en el HEP con una tasa de complicaciones baja.

## TL 101. ASPIRACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN NIÑOS. J. Castillo Fernández. Bogotá, Colombia.

J. Castillo Fernández<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Clinica Infantil Colsubsidio.

**Resumen:** Los cuerpos extraños son causa de accidentes en niños ya que se inicia la exploración del mundo. Este accidente puede provocar amenaza de la vida. **Objetivo:** Determinar la presentación de accidentes por cuerpos extraños en la vía aérea baja en niños. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron los registros electrónicos de broncoscopia en niños de mayo de 2003 a mayo de 2006. Se incluyeron los niños quienes presentaron cuerpo extraño en la vía aérea. Se recopiló los datos de cada paciente. **Resultados:** Se realizaron 200 broncoscopias. 16 niños presentaron aspiración de cuerpos extraños. 12 varones y 4 mujeres. La edad promedio fue 5 años [DS: 4,58]. 56,3% fueron menores de 3 años. El tiempo desde la aspiración a la extracción fue de 1 a 120 días. 37,5% se presentaron a valoración médica el mismo día del accidente. 62,5% fueron de tipo inorgánico y 25% orgánicos alimentarios. 56,3% estaban en pulmón derecho y 37,5% en el izquierdo. 87,5% de los niños no tenían enfermedad de base. 43,8% no tuvo complicaciones por la aspiración, 25% presentaron atelectasias, 18,8% neumonía y 12,5% falla respiratoria aguda. Los asfixiados sufrieron secuelas por hipoxia cerebral. Ninguno presentó complicaciones por la extracción. **Conclusiones:** Aunque no frecuentes, la bronco-aspiración es de alto riesgo para complicaciones severas por hipoxia. Alertamos sobre lo necesario de prevenir educando a la comunidad.

## TL 102. FACTORES ETIOLÓGICOS DEL ESTRIDOR EN NIÑOS. J. Castillo Fernández. Bogotá, Colombia.

J. Castillo Fernández<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Clinica Infantil Colsubsidio.

**Introducción:** A pesar de que se enumeran los factores etiológicos de estridor en niños, no encontramos en nuestro país una serie de casos de diagnóstico endoscópico en donde se recopilen sus causas. se refiere por lo general que en su mayoría son de origen congénito. En nuestro medio, el estridor crónico en los niños es una de las principales causas de consulta y remisión a los servicios de neumología pediátrica y otorrinolaringología. **Objetivo:** Determinar los factores etiológicos del estridor en niños a los que se presentaron al servicio de neumología infantil y se les realizó broncoscopia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el que se revisaron los registros de los pacientes entre 1 mes y 16 años de edad a los que se les realizó broncoscopia entre mayo de 2003 a enero de 2005. Se registró para cada paciente la edad, sexo, diagnóstico posterior a la broncoscopia y la presencia y tipo de complicaciones que se presentó. **Resultados:** Se realizaron 137 procedimientos de broncoscopia entre mayo de 2003 y enero de 2005. De estos 68 (49,6%) tuvieron como indicación para la realización de la fibrobroncoscopia el estridor. La distribución por sexo fue uniforme. 87% (59) fueron menores de 36 meses de edad. Los principales factores etiológicos fueron la estenosis subglótica 24 (35,5%) y la malacia de la vía aérea 22 (32%). Se presentaron complicaciones en 18 (26%): 78% (14) hipoxemia transitoria. Un solo paciente presentó complicación severa con traslado a UCIP. No hubo mortalidad en la serie ni otras complicaciones posteriores. Todas, menos una de las complicaciones, fueron en menores de 24 meses de edad.

## TL 059. UTILIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN NIÑOS CON PATOLOGÍA PULMONAR. H. Talamoni y cols.

H. Talamoni<sup>1</sup>, N. Pisapia<sup>2</sup>, P. Van Domselaar<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Sección De Neumonología Pediátrica. Hospital Italiano De Bs. As., Capital,

<sup>2</sup>Sección De Neumonología Pediátrica. Hospital Italiano De Bs. As., Capital.

**Introducción:** La fibrobroncoscopia flexible (FB) es una práctica que ha crecido en los últimos años transformándose en una herramienta de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías pulmonares. **Objetivo:** Reportar nuestra experiencia y analizar la utilidad y seguridad del procedimiento. **Material y Métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva todas las FB realizadas por la Sección de Neumonología Pediátrica entre Enero de 2005 y Julio de 2007. En los procedimientos se utilizaron fibrobroncoscopios Pentax (FB-10X) de 3,5 mm de diámetro externo y 1,2 mm de canal de trabajo y (FB-15X) de 4,9 mm de diámetro externo y 2,2 mm de canal de trabajo. Se determinaron las patologías más frecuentes, hallazgos del lavado broncoalveolar (BAL), área de realización del procedimiento, vía de abordaje y complicaciones. **Resultados:** Se llevaron a cabo 40 FB sobre un total de treinta y nueve pacientes de edades comprendidas entre 15 días y 20 años. La distribución por sexos fue de 23 mujeres y 16 varones. Veinticuatro FB (60%) fueron realizadas en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, ocho (20%) en quirófano y ocho (20%) en sala de procedimientos del hospital de día pediátrico. La vía de abordaje fue por tubo endotraqueal en el 60% de los procedimientos, vía nasal en el 35% y traqueostomía en el 5%. Las patologías más frecuentes que determinaron la realización de FB diagnóstica incluyeron: Infección pulmonar en pacientes inmunosuprimidos (BAL), Sd. febril e infiltrados pulmonares (BAL), neumonías/atelectasias recurrentes, quemadura de vía aérea y hemóptisis. Las indicaciones de FB terapéuticas incluyeron atelectasias persistentes, aspiración de secreciones intrabronquiales e intubación bronquial selectiva. Se realizaron un total de 10 BAL en pacientes inmunosuprimidos febriles obteniéndose aislamiento de microorganismos en el 50% de los procedimientos. Se confirmó el diagnóstico de traqueobroncomalacia en 4 de 6 pacientes (66%) con síntomas compatibles. En 7 de 10 pacientes con atelectasias persistentes (70%) se obtuvo un efecto terapéutico beneficioso. Las FB fueron bien toleradas observándose sólo complicaciones leves en 4 pacientes (hipoxemia transitoria). **Conclusiones:** La fibrobroncoscopia resultó ser una herramienta segura y de gran valor para el diagnóstico y tratamiento de niños con una variedad de problemas respiratorios.

## TL 242. EFICACIA DE LA LIDOCAÍNA NEBULIZADA DURANTE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN NIÑOS. P. Cox Fuenzalida y cols. Santiago, Chile.

P. Cox Fuenzalida<sup>1</sup>, M. Linares Passerini<sup>1</sup>, F. Diaz Rubio<sup>1</sup>, R. Meyer Peirano<sup>1</sup>, C. Alarcon<sup>1</sup>, I. Concha Murray<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital Padre Hurtado, Santiago.

El propósito del estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la Lidocaína nebulizada como anestésico tópico durante la realización de Fibrobroncoscopia en lactantes y niños. Se estudiaron pacientes no intubados, sin patología cardíaca, hepática ni renal que se citaron para Fibrobroncoscopia diagnóstica entre marzo de 2003 y marzo de 2004 en el Hospital Padre Hurtado. Se registró la dificultad para el paso del FBC por la glotis, el número de toses durante el procedimiento, requerimiento de bolos de Lidocaína, las dosis de sedantes, la saturación, frecuencia cardíaca y presión arterial durante y después del procedimiento. Se utilizó un fibrobroncoscopio Pentax de 3,5 mm de diámetro, con canal de trabajo. Las nebulizaciones se realizaron con nebulizador tipo Hudson calibrado para entregar 0,13 ml solución por minuto con un flujo de gas de 5 l/min. Los pacientes fueron sedados con Midazolam por vía intravenosa. A los pacientes menores de 24 meses se les premedicó con Atropina 0,01 mg/Kg con un mínimo de 0,1 mg. Los pacientes reciben oxígeno durante el procedimiento y son monitorizados con oximetría de pulso continua. La dificultad del operador para flanquear la glotis se evaluó con una escala analógica Las tos es durante en procedimiento fueron contadas por 2 observadores que no intervienen en este. Se reclutaron 30 pacientes que se asignaron aleatoriamente para recibir Lidocaína o suero fisiológico, quedando 15 pacientes en cada grupo. Ambos grupos no diferían en sus características demográficas, el rango de edad fue entre 4 meses y 13 años y medio. Se analizaron los promedios de las variables analizadas con la prueba t-student para los promedios y x2 para los grupos. Se consideró diferencias estadísticamente significativas si  $p < 0.05$ . No se encontraron diferencias entre los grupos estudiados en relación al número de toses durante el procedimiento, los requerimientos de sedantes, la saturación, la presión arterial durante y después del procedimiento. Solo hubo diferencias en la dificultad del operador para flanquear la Glotis y en el requerimiento de bolos extra de Lidocaína, que favorecieron al grupo nebulizado con Lidocaína ( $p=0,02$ ).