

Infecciones - Crisis asmáticas - Alérgenos en asma - Calidad de vida - Atelectasias - Trastornos de la vía aérea

TL 065. SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS EN UN BROTE FAMILIAR EN LA PROVINCIA DE JUJUY-ARGENTINA. R. Franco y cols. San Salvador de Jujuy, Argentina.

R. Franco¹, M. Miranda¹,

¹Hospital De Niños Dr. Hector Quintana, San Salvador De Jujuy.

Introducción: En mayo de 1993 se describió una nueva enfermedad por hantavirus, el síndrome pulmonar por Hantavirus en EEUU. Esta enfermedad es una zoonosis viral caracterizada por un pródromo febril que afecta preferentemente a adultos jóvenes y sanos, la enfermedad progresa al fallo respiratorio con el cuadro clínico de síndrome de dificultad respiratorio del adulto (SDRA). En la provincia de Jujuy se diagnosticó el primer caso en el año 1996, y desde el año 1998 al 2005 se denunciaron un promedio de 14 pacientes por año, con una máxima de 20 y una mínima de 6. En el año 2006 los casos se incrementaron a 26 de los cuales 6 correspondieron a integrantes de un grupo familiar. **Objetivo:** Describir las características clínicas y de laboratorio en la familia afectada por hantavirus. **Material y método:** trabajo descriptivo y retrospectivo sobre historias clínicas, y entrevistas a la familia. **Resultados:** Familia integrada por 7 miembros, de los cuales 6 fueron infectados por el virus. Cinco de ellos, entre 16 y 8 años. Esto sucedió, en el transcurso de un mes, en un área rural, con presencia de roedores, donde nunca se notificaron casos previos y en una época del año no habitual. De los 6 enfermos: 4 se internaron y uno de ellos falleció con una insuficiencia respiratoria severa. Dos de los enfermos fueron ambulatorios. Todos presentaron fiebre, cefalea y mialgias. En ningún caso se constató hepato ni esplenomegalia. El caso fatal y los moderados presentaron dolor abdominal. Los que se internaron: presentaron plaquetopenia y hemoconcentración, con GOT y GPT normales. Hemoglobinuria. En tres pacientes que no presentaron clínica respiratoria las Rx. de tórax resultaron muy patológicas compatibles con SDRA. En los 6 enfermos se confirmó el diagnóstico con técnica de Elisa para Ig M e Ig G Virus Maciel. **Conclusiones:** No se encuentra en la bibliografía un brote en una familia como el descrito. La presencia de dolor abdominal es predictor de gravedad. Se observó compromiso radiológico importante sin síntomas respiratorios.

TL 087. PNEUMONIA ATÍPICA COM DERRAME PLEURAL: RELATO DE CASO. R. Alves y cols. Vitoria, Brasil.

R. Alves¹, T. Mulim Domingues Da Silva¹, A. Mendel¹, M. Gaburro Da Silveira¹, M. Ceolin¹,

¹Hospital Infantil Nossa Senhora Da Glória, Vitória.

Paciente masculino, 6 anos, proveniente de cidade rural do sudeste do Brasil, com história de tosse produtiva e febre há 6 dias, evoluindo com taquidispnéia progressiva. Encaminhado ao Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (Vitória – ES) em julho de 2007, com drenagem torácica e uso de Ceftriaxone e Oxacilina. Havia história prévia de pneumonia há um mês que necessitou de internação por 7 dias. Chegou à Emergência gemente, desidratado, taquidispnéico, com esforço moderado a grave e cianose central, redução de murmúrio vesicular em base pulmonar direita à ausculta. Radiografia de tórax evidenciava hipotransparência em terço inferior de hemitórax direito, hemograma apresentava leucocitose com desvio à esquerda (47300 leucócitos, 4% bastonetes, 79% segmentados, 1% eosinófilos, 15% linfócitos, 1% monócitos, hemoglobina 11.1, hematócrito 34.5%, plaquetas 516000), líquido pleural com características de exsudato (glicose 10, proteína 3.7, pH 7.0, hemáceas 1760, leucócitos 730 com 75% de segmentados), gasometria arterial evidenciava hipoxemia (pH 7.44, pO₂ 58, pCO₂ 36, HCO₃ 24, BE +1, Sat O₂ 91%). Permaneceu com drenagem torácica em selo d'água por 18 dias, administrados Ceftriaxone e Oxacilina por 14 dias, com posterior substituição por Cefepime (10 dias). Neste período apresentou rash cutâneo e hepatite transinfeciosa, quando do resultado positivo das sorologias para

Chlamydia pneumoniae IgG reagente(1:256) e *Mycoplasma pneumoniae* IgM reagente(1:3692) e IgG reagente(1:3610), quando foi iniciado tratamento com Claritromicina por 14 dias. Manteve febre, dispnéia moderada durante 5 dias, melhora lenta do esforço respiratório e da tosse, realizada troca de dreno torácico por 2 vezes por obstrução da drenagem e redução da oscilação do dreno. Culturas de sangue, urina e líquido pleural foram negativas, teste tuberculínico não reator, ecocardiograma normal, sorologias para hepatites A, B, C, Epstein Barr e anti-HIV negativos. Alta hospitalar em bom estado geral, eupnéico e afebril, com imagem radiológica de espessamento pleural à direita.

TL 117. ABSCESO PULMONAR COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN UN PACIENTE CON VARICELA. R. Libster y cols. Buenos Aires, Argentina.

R. Libster¹, M. Malvicino¹, M. Guglielmo¹, V. Guedes¹, M. Ingratta¹, S. Garcia¹, E. Palacio¹,
¹Hospital P. De Elizalde.

Introducción: La varicela es la enfermedad exantemática más frecuente en la infancia. Aunque generalmente es una infección autolimitada, por su comportamiento como un factor depresor de la inmunidad y la disrupción de la barrera defensiva de la piel por las lesiones características, existe posibilidad que se produzcan complicaciones bacterianas (desde impétigo por *S. aureus* o *S. pyogenes* hasta enfermedades invasivas con diseminación hematológica como bacteriemia, sepsis y focos a distancia). **Caso Clínico:** Niña de 17 meses de edad, sin antecedentes de importancia, que ingresó al hospital con diagnóstico de varicela en período de estado y neumonía de lóbulos medio e inferior derechos. Se indicó tratamiento con cefuroxime 150 mg/k/día EV, oxígeno por cánula nasal, se toman muestra para hemocultivos (negativos) y pesquisa viral en secreciones nasofaríngeas (adenovirus). A las 96 hs presentó cuadro compatible con sépsis, por lo que se realizó expansión con solución fisiológica, rotó antibiótico a ceftriaxona 100 mg/kg/día EV, agregó aciclovir 30 mg/k/día EV y se tomaron nuevos hemocultivos (negativos). A las 48 hs se realiza nueva radiografía de tórax que mostró, además de las condensaciones observadas al ingreso, imagen radiolúcida circular de bordes netos de 4x4cm de diámetro, con nivel hidroaéreo en su interior en lóbulo medio derecho que se interpreta como absceso pulmonar. Se agrega clindamicina 30 mg/kg/día EV. Se realizó TAC de alta resolución de tórax evidenciándose imagen compatible con absceso pulmonar. Evolucionó favorablemente y egresó habiendo cumplido tratamiento con aciclovir 7 días, ceftriaxona 21 días y clindamicina 16 días. Al egreso se indicó clindamicina y TMP-S vía oral. **Consideraciones éticas:** Se solicitó a los padres la autorización para presentar el caso manteniendo la confidencialidad de su identidad. **Discusión:** Este paciente muestra una complicación muy poco frecuente de varicela. Durante la evolución de la enfermedad presentó un absceso pulmonar. La TAC de tórax ofrece mayor definición anatómica del absceso que la radiografía. Dado que la varicela es la enfermedad exantemática más frecuente en pediatría y que produce un cuadro de inmunodeficiencia transitorio, es importante estar atento a la posibilidad de complicaciones, para de esta manera, con diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, poder disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad.

TL 145. TUMORACIÓN DE TÓRAX. N. González y cols. Buenos Aires, Argentina

N. Gonzalez¹, S. Smith¹, L. De Lillo¹, P. Fronti¹, A. Bonina¹,
¹Pedro De Elizalde, Capital Federal.

Objetivos: presentación clínica poco usual de una tumoración en tórax (Tx) y sus diagnósticos diferenciales. **Material y Métodos:** paciente de sexo masculino de 10 años de edad sin antecedentes personales de importancia, vacunación completa, eutrófico, que consulta por fiebre y tumoración indolora en la región pectoral izquierda. Recibió en forma ambulatoria cefalexina durante 5 días, aumentando la tumoración, agregándose dolor y nuevo registro febril. Al ingreso se encontraba, adelgazado, pálido, observándose tumoración torácica dolorosa, sin signos de flogosis, de consistencia duro elástica de 4x4cm. Adenopatías blandas en región axilar homolateral. Hipoventilación en tercio superior y medio del hemitorax izquierdo sin ruidos agregados. Piezas dentales en mal estado. Radiografía de tórax: opacidad homogénea con broncograma aéreo en lóbulo superior

izquierdo. Ecografía pleuropulmonar: en línea axilar posterior mostró imagen heterogénea intratorácica con derrame de 17 mm. En partes blandas área hipoecoica difusa no pudiéndose determinar conexión con imagen intratorácica. Laboratorio: anemia leve, leucocitosis con desviación a la izquierda, eritrosedimentación acelerada, hipergamglobulinemia. Alfa-feto proteína, antígeno carcinoembrionario y LDH normales. Hemocultivos, Chagas, VDRL, HIV negativos. Tomografía (Tc) de Tx: ocupación alveolar con broncograma aéreo de todo el lóbulo superior izquierdo y dos nódulos periféricos en región apicoposterior en contacto con la pleura visceral. Ensanchamiento localizado de partes blandas de la pared del Tx sin lesión costal y sin adenomegalias mediastinales. Tc de abdomen-pelvis y centellograma normales. Biopsia de pared de Tx: tumoración blanco grisácea, friable, con áreas amarillentas y reacción inflamatoria. Cultivo compatible con Actinomicetes. Resto de cultivos e inmunomarcación negativos. Se inició tratamiento con Penicilina a 400.000 U.I /Kg/ día, endovenoso por 20 días y luego vía oral. A los dos meses de tratamiento hubo resolución clínica y radiológica de la tumoración. **Conclusión:** la actinomycosis es una infección supurativa crónica que habitualmente produce fístulas con característicos granos de azufre que atraviesan distintas barreras anatómicas. El compromiso torácico es poco frecuente en niños y encuadra dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones de la pared torácica con pronóstico favorable.

TL 219. HISTOPLASMOMA PULMONAR EN NIÑOS. D. Madero Orostegui. Bogotá, Colombia.

D. Madero Orostegui¹, P. Ojeda¹, J. García¹,

¹Hospital Santa Clara, Bogotá.

Niña de 5 años que presentó dolor en hemitorax derecho de 3 días, como único síntoma. Rx de torax, lesión nodular de 2cm, con imagen de sospecha de adenomegalias hiliares, se sugiere primoinfección TBC. Historia de rinitis alérgica, desde los 2 años, sinusitis recurrentes (3 episodios). Contacto epidemiológico negativo. Examen físico normal. Remisión neumología a las 2 semanas. Se Ordena TAC de torax contrastado el cual fue revisado hasta luego de 2m por no consulta de los padres hasta cuando requirió hospitalización por síndrome febril, enfermedad diarreica. Rx de torax, lesiones de aspecto nodular en hemitorax derecho # 2. BK y cultivos negativos, Prueba de tuberculina(-). Vuelven a neumología en Diciembre del 2006 con el reporte de TAC con contraste, con dos lesiones nodulares (<2cm y > 2 cm) con densidad de 20 Unidades haunsfield, una de ellas de localización subpleural y otra parenquimatosa, no adenomegalias. Se repite TAC de torax contrastado sin presentar ninguna variación. Se descarta posibilidad de ser metastásicos y se considera de probable etiología inflamatoria. Se lleva la paciente a toracoscopia para resección del nódulo subpleural. Descripción, cuña pulmonar con nódulo concéntrico de 2 cm de diámetro de aspecto necrótico y parénquima de aspecto congestivo. Microscopía, nódulo constituido por una zona central de necrosis caseosa, rodeada de infiltrado linfocitario con células epiteloides y escasas células gigantes multinucleadas. Coloración para ZN negativa, Grocott-Gomori fue positiva demostrando levaduras de histoplasma spp. Cultivo de nódulo (-) para Bk y hongos. Dx HISTOPLASMOMA Y NEUMONIA LIPOIDE ENDOGENA SECUNDARIA. Al interrogatorio epidemiológico, la paciente suele pasar vacaciones en una finca en zona de Santander con casa de 100 años de construida. SEGUIMIENTO Evolución posterior asintomática, última Rx evidencia nódulo residual sin variación. El Histoplasma es una forma de infección primaria pulmonar cicatrizada, producida por el Histoplasma Capsulatum, de aspecto nodular, ubicado en porciones periféricas del pulmón. A pesar de que la lesión que no tiene levaduras activas, aumenta de tamaño con el tiempo lo que hace pensar en patología tumoral por lo cual es frecuente su resección quirúrgica; puede presentarse como nódulo solitario o múltiple. Los casos en niños son exóticos.

TL 182. DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO EXITOSO DE ASPERGILOSIS PULMONAR INVASORA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Zambrano y cols. Buenos Aires, Argentina.

M. Zambrano¹, D. Ventura¹, M. Alvarez¹, M. Morales¹, I. Tiraboschi¹,

¹Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Capital Federal.

Introducción: Los esporos de *Aspergillus* ingresan por vía inhalatoria y, en los pacientes inmunosuprimidos con neutropenias profundas y prolongadas, pueden ocasionar aspergilosis pulmonar invasora (API). Existe poca información sobre AIP en pediatría y muchos de los datos son extrapolados desde el adulto. La mortalidad es del 100% en los casos no tratados, que disminuye hasta el 35% con el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado. La sospecha clínica y la actitud activa del médico mejorarían la sobrevida de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la eficacia del voriconazol asociado a la caspofungina en la Aspergilosis invasora pulmonar a partir del diagnóstico temprano en una paciente inmunosuprimida. **Caso clínico:** Niña de 12 años con diagnóstico de LMA en septiembre 2006. En noviembre del mismo año, con desnutrición grado I, recibió el 2do. ciclo de quimioterapia. A los 20 días presentó neutropenia febril de alto riesgo sin foco. Fue medicada con piperacilina tazobactam y amikacina. Por persistir febril, al noveno día se agregó anfotericina B. La TAC de tórax mostró 3 imágenes nodulares de 0.5 mm de diámetro aproximadamente. La antigenemia de *Aspergillus* (Platelia ®) fue negativa (0,4). Se realizó punción guiada por TAC, aislándose *Aspergillus flavus* en el cultivo. En control tomográfico se observó progresión del compromiso de las lesiones pulmonares con nódulos cavitados. Se rotó el tratamiento a voriconazol 8 mg/kg/día endovenoso agregándose al quinto día caspofungina 50 mg/día. A los 30 días resolvió la neutropenia. Fue derivada al hospital Garrahan luego de 49 días de voriconazol y 44 días de caspofungina para finalizar tratamiento. La paciente se encuentra en fase de mantenimiento de su enfermedad, continúa con voriconazol por vía oral, con persistencia de las lesiones cavitadas. **Conclusión:** Un diagnóstico temprano invasivo y el tratamiento con voriconazol asociado a caspofungina de la AIP en pacientes inmunocomprometidos de alto riesgo, son conductas médicas adecuadas en la población pediátrica.

TL 146. MADUROMICOSIS PULMONAR. P. Fronti y cols. Buenos Aires, Argentina.

P. Fronti¹, L. De Lillo¹, S. Smith¹, A. Bonina¹,

¹Pedro De Elizalde, Capital Federal.

Introducción: La Maduromicosis, es un micetoma que produce una infección subcutánea crónica infiltrativa, adquirida por inoculación traumática de actinomicetos. **Objetivo:** dar a conocer este caso clínico para considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales de patologías infecciosas y tumorales. **Material y Método:** paciente masculino de 12 años, Boliviano, con antecedentes familiares de Tuberculosis (TBC) que se interna por pérdida de peso, tos productiva y sudoración nocturna de 3 meses de evolución. Presentaba cicatriz cutánea rosada en zona dorsolumbar paravertebral derecha de 2 cm de diámetro, rectificación de la lordosis lumbar y limitación dolorosa a la flexión. En dicha postura protruían dos masas paravertebrales de 7 x 4 cm, simétricas, indoloras, blandas y frías, coincidiendo una de ellas con la lesión cicatrizal que luego fistulizó rezumando una secreción amarillenta granular. Se auscultaba disminución de entrada de aire y broncofonía en base pulmonar derecha. **Resultados:** en la radiografía (Rx) de tórax se observó opacidad difusa paracardíaca con agrandamiento hiliar derechos. Laboratorio: ERS: 115 mm, leucocitos: 11.700/mm³, Hb: 8 mg%. Baciloscopía directa, cultivo de esputo para BAAR y PPD negativos. Hipoalbuminemia, hipergamaglobulinemia, HIV negativo. La Rx de columna y el centellograma óseo mostraron lesiones osteolíticas en 1º cuerpo vertebral lumbar. Resonancia magnética: condensación de lóbulo inferior derecho con adenomegalias hiliares, afectación de riñón derecho con dilatación pielocalicial, lesión del cuerpo vertebral lumbar I, sin respetar planos anatómicos. Biopsia: proceso inflamatorio crónico que cultivó bacteria aerobia filamentosa, *Actinomadura-Madurae*, sensible a minociclina y cotrimoxazol, iniciando tratamiento. Se inmovilizó la columna con corsé. El paciente evolucionó favorablemente con resolución clínica y de las imágenes, cumpliendo 18 meses de tratamiento. **Conclusión:** es una enfermedad de baja prevalencia en nuestro medio, afectando a personas que realizan actividades agrícolas sin protección adecuada en manos y pies. Debe considerarse como diagnóstico diferencial de otras patologías infecciosas (TBC, micosis profundas), sistémicas y tumorales. El diagnóstico es antomo- clínico y se confirma por biopsia y cultivo. Con tratamiento adecuado el pronóstico es favorable.

TL 161. ¿ENFERMEDAD CONGÉNITA O COMPLEJO PRIMARIO? Y. Arredondo Mendoza. Caracas, Venezuela.

Y. Arredondo Mendoza¹, V. Martínez¹, L. Mindiola¹,

¹Hospital José Ignacio Baldó, Antímano.

Lactante menor de 7 meses de edad quien ingresó por neumonía del lóbulo superior derecho. Permaneció 22 días febril con disminución del ruido respiratorio en 2/3 superiores de hemitórax derecho y soplo tubárico, controles hematológicos alterados y persistencia de imagen densa homogénea que ocupaba todo el lóbulo superior derecho. Se rotó antibióticoterapia en 3 oportunidades. Se planteó patología congénita sobreinfectada o TBC se realizó broncoscopia y TAC de tórax que reportó afectación bilateral. Se inició tratamiento antifímico. Cedió la fiebre y reapareció a los 15 días recibiendo cultivo de lavado bronquial que reportó Klebsiella oxitoca. Se reinició antibióticoterapia mejorando clínicamente pero persistiendo imagen radiológica con baciloscopias negativas. Se realizó punción transtorácica para biopsia de pleura y pulmón que no fue concluyente. Egresó con antifímicos y se realizó TAC de tórax 6 meses después que reportó adenomegalias mediastinales y afectación parenquimatosa. Se recibió cultivo de pleura que reportó Mycobacterium tuberculosis.

TL 137. CITOMEGALOVIRUS (CMV): MODALIDADES BRONCOPULMONARES DE PRESENTACIÓN. J. Maggiolo y cols. Santiago, Chile.

J. Maggiolo¹, L. Rubilar¹, R. Kogan¹,

¹Unidad Broncopulmonar. Hospital Exequiel González Cortés., Santiago.

Introducción: El CMV es un virus herpes de amplia distribución mundial, sin embargo sólo ocasionalmente produce enfermedad en inmunocompetentes, es más importante durante el período embrionario y en inmunodeprimidos. **Objetivo:** Mostrar las diferentes formas clínicas de presentación del CMV, en el aparato respiratorio. **Casos clínicos:** 1. Lactante de 2 meses de edad, presenta una neumonía de evolución tórpida, shell vial (SV) en secreción bronquial mediante lavado broncoalveolar (LBA) y en orina (+) para CMV, la evolución es favorable, por lo que no recibe tratamiento. 2. Portador de trasplante renal, en tratamiento inmunosupresor. A los 4 años presenta una neumonía multifocal, SV obtenido mediante LBA positivo para CMV, se trata con ganciclovir (GCV) mostrando una excelente respuesta. 3. Lactante de 2 meses, evoluciona con un síndrome bronquial obstructivo de evolución tórpida, SV en secreción bronquial mediante LBA y en orina (+) para CMV, se trata con GCV, sin embargo persiste sintomática, radiografía de tórax muestra un patrón intersticial, TAC de tórax revela vidrio esmerilado, biopsia pulmonar es informada como neumonitis intersticial crónica, se administra prednisona durante 8 semanas, con buena respuesta. 4. Paciente de 6 meses de vida, desnutrido, presenta diarrea prolongada y neumonía refractaria. Antigenemia VIH (+), SV mediante esputo inducido (+), PCR por LBA para pneumocystis jiroveci (+), se usa GCV y cotrimoxazol (EV) con excelente respuesta. **Discusión:** El CMV se manifiesta de diversas formas dependiendo del huésped. En el período embrionario puede producir un extenso compromiso sistémico, en inmunosuprimidos la manifestación más frecuente es la neumonía grave, en cambio en individuos inmunocompetentes se puede presentar como una neumonía del primer trimestre o como enfermedad pulmonar intersticial crónica.

TL 157. MANIFESTACIONES ENDOSCÓPICAS DE PACIENTES CON SIDA. M. Nieto y cols. Buenos Aires, Argentina.

M. Nieto¹, H. Botto¹, H. Rodríguez¹, C. Tiscornia¹, A. Zaneta¹,
¹Hospital De Pediatría Dr. J.p. Garrahan, Capital Federal.

Autores: Dra. Mary Nieto, Dr. Botto, Dr. Rodríguez, Dr. Tiscornia, Dr. Zanetta. Servicio de Endoscopia Respiratoria, Hospital de Pediatría Prof. Dr. J. P. Garrahan.

Introducción: La patología respiratoria alta, tanto inflamatoria como tumoral, es una manifestación inusual de enfermedades sistémicas como el Sida. Ante un paciente con laringitis supraglótica y antecedente de haber recibido terapia inmunosupresora, enfermedad oncológica e inmunodeficiencia primaria o secundaria (Sida) deben considerarse la etiología bacteriana y micótica. También hay una baja incidencia de enfermedades hemato-oncológicas en niños con Sida. La incidencia publicada por el Hospital de Pediatría J. P. Garrahan en el VIII Congreso Argentino de Sida 2003 fue del 1,5%. De estos; 2 fueron tumores endobronquiales. **Objetivo:** Describir la clínica, aspectos endoscópicos, y tratamiento de 3 pacientes con diagnóstico de Sida y manifestaciones respiratorias de la gran vía aérea como son la epiglotitis y tumor endobronquial. **Material y Métodos:** Se presentan tres casos: pacientes de 3 y 6 años con Sida, patología pulmonar y laringea por lo que se tomaron en cuenta clínica, radiografía, hallazgos endoscópicos y evolución. **Resultados:** Caso 1 y 2: niños de 3 y 6 años, con dificultad respiratoria, masas palpables abdominales, hepatoesplenomegalia, mal estado general, desnutrición. Radiología: atelectasia pulmonar derecha. Sin broncograma. Endoscopia: se observa tumor en bronquio fuente derecho que se reseca. Diagnóstico: leiomioma. Evolución: grave en cuidados paliativos. Caso 3: Niño de 3 años con fiebre, tos seca, taquipnea, estridor inspiratorio, tiraje universal y desnutrición Rx. de perfil de cuello: imagen compatible con epiglotitis. Endoscopia: se observa laringitis supraglótica micótica: candidiasis. Evolución: favorable con tratamiento médico. **Conclusiones:** Si bien es infrecuente la asociación de Sida con tumores endobronquiales, debemos sospecharlos ante atelectasia persistente. La broncoscopia fue diagnóstica y terapéutica, pues permitió la resección y ventilación adecuada. La epiglotitis ha disminuido en frecuencia con la vacunación masiva, pero debe considerarse en todo paciente inmunocomprometido con fiebre estridor dificultad respiratoria agudo. La endoscopia confirma el diagnóstico macroscópicamente además del microbiológico (bacterias y hongos) y en caso de ser necesario permite su intubación, ya que es motivo de intubación dificultosa.

TL 187. NEUMORRAQUIS ESPONTÁNEO COMO COMPLICACIÓN DE UN CASO DE CRISIS ASMÁTICA. M. Orozco y cols. Buenos Aires, Argentina.

M. Orozco¹, V. Fernandez De Cuevas¹, M. Pascuto¹, D. Padilla¹, S. Vidaurreta¹,
¹Cemic, SAVEDRA.

Introducción: El neumorraquis o aire en el canal espinal es una complicación conocida de trauma espinal o de cráneo, absceso epidural, punción lumbar o anestesia epidural, pero sólo algunos casos han sido reportados de neumorraquis espontáneo no traumático asociado a neumomediastino. La hiperinsuflación y distensión alveolar, secundaria a la obstrucción bronquial aguda, provoca la ruptura de los alvéolos distales seguido de escape aéreo hacia mediastino y tejido subcutáneo, siguiendo las vainas perivasculares. La ausencia de una barrera entre mediastino posterior o retrofaringe y el espacio epidural, permite que el aire fluya libremente a través del foramen vertebral. **Caso Clínico:** Se presenta paciente asmático de 8 años con neumorraquis detectado en la tomografía computada, asociado a neumomediastino y enfisema subcutáneo durante una crisis asmática. **Resultados:** Nuestra observación demostró que el neumorraquis es una complicación del neumomediastino, evidenciado fácilmente en la tomografía computada. La distensión alveolar preexistente en el paciente asmático, actuaría como factor predisponente para la producción de neumomediastino y neumorraquis como consecuencia de un aumento de la presión intratorácica secundaria a la broncoobstrucción. **Conclusión:** El neumomediastino y el enfisema subcutáneo son complicaciones posibles de la crisis asmática, y algunos pueden llegar a presentar neumorraquis. Dado que sólo a un pequeño grupo de pacientes con neumomediastino se les realiza tomografía computada, la real incidencia del neumorraquis no puede ser determinada y es posible que sea mayor que los casos reportados. No se han descrito complicaciones neurológicas asociadas al neumorraquis en la bibliografía.

TL 191. NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO FAMILIAR. A. González y cols. Buenos Aires, Argentina.

A. Gonzalez¹, M. Vazquez¹, A. Vizcaino¹, S. Vidaurreta¹,

¹Cemic, SAVEDRA.

Introducción: El neumotorax se define como la presencia de aire en la cavidad pleural. La aparición del neumotórax primario espontáneo es brusca y sin causa evidente, y afecta en especial al hombre (relación: 6:1) de habitus asténico y logilíneo. La incidencia en el sexo masculino es de 7,4/100.000 y la edad de presentación es entre los 20 y los 30 años, siendo más frecuente en el pulmón derecho. La mayoría de los neumotórax primarios espontáneos son esporádicos pero en un menor porcentaje pueden ser hereditarios. Puede ocurrir como complicación de varios desórdenes hereditarios como el déficit de alfa I antitripsina (fenotipo M1-M2), síndrome de Marfan, y el de Ehlers-Danlos. Pero se han presentado casos familiares sin evidencia de enfermedad del tejido conectivo asociado. Se ha comprobado la herencia autosómica dominante, así como recesiva y la ligada al X del neumotórax espontáneo primario. **Objetivo:** reportar un adolescente de sexo masculino con diagnóstico de neumotorax espontáneo primario con recurrencia contralateral y antecedentes familiares de dos hermanos y un tío paterno con el mismo diagnóstico. Recordar la existencia de la asociación familiar aún sin patología del tejido conectivo. **Caso clínico:** Se procede a desarrollar el caso clínico, con la presentación de una rx de tórax del paciente y fotografía de la anatomía patológica de las bullas enfisematosas extraídas. **Conclusión:** El neumotórax familiar espontáneo es una patología poco descrita pero que provee una oportunidad de explorar los sustratos genéticos del mismo. El neumotórax primario espontáneo es genéticamente heterogéneo, los artículos publicados hasta el momento sugieren herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta o asociaciones ligadas al cromosoma X. Se sospecha una relación con HLA A2 y haplotipo B40, siendo necesaria mayor investigación en el área de la genética aplicada para esclarecer dicha herencia.

TL 058. SENSIBILIZACIÓN A AEROALERGENOS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ASMÁTICOS. C. Parisi y cols. Buenos Aires, Argentina.

C. Parisi¹, N. Pisapia², P. Van Domselaar², G. Martinchuk³, H. Talamoni⁴,

¹Sección De Alergia Pediátrica. Hospital Italiano De Bs. As., Capital,

²Sección De Neumonología Pediátrica. Hospital Italiano De Bs. As., Capital,

³Sección De Neumonología Pediátrica. Hospital Italiano De Bs. As., Capital,

⁴Sección De Neumonología Pediátrica. Hospital Italiano De Bs. As., Capital.

Introducción: Las pautas de control ambiental son una práctica frecuente en la consulta, pero pocas veces se evalúa en forma individual cuáles son los factores ambientales involucrados en la inflamación alérgica.

Objetivo: Describir las características de sensibilización alérgica de una población de niños asmáticos.

Material y métodos: Se evaluó a una población de 76 niños (39 varones y 37 mujeres) entre 4 y 18 años (mediana de 9,58) atendidos entre abril del 2006 y abril del 2007 por las Secciones de Neumonología y Alergia Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Los pacientes cumplieron con los criterios diagnósticos de asma y fueron testeados mediante la técnica de Prick con extractos alérgicos (Laboratorio Greer USA). Se utilizó además un control positivo (Histamina) y uno negativo o testigo (solución salina glicerinada). El test se consideró positivo si presentaba una pápula mayor a 3 milímetros con respecto al testigo. **Resultados:** De los 76 pacientes, el 66% tenía diagnóstico de asma y rinitis, 17% solo de asma, 14% asma, rinitis y dermatitis atópica y el 3% asma y dermatitis atópica. Sesenta test (79%) fueron positivos para uno o más alérgenos, mientras que dieciséis (21%) fueron negativos. Del total de los test positivos el 70% presentó sensibilidad para ácaros, 18% para gatos, 17% para pólenes, 13% para cucarachas, 9% para alternaria, 4% para otros hongos y 4% para perros. De los 50 pacientes con diagnóstico de asma y rinitis, el 86% de ellos fue positivo a ácaros, 28% a pólenes, 18% a epitelios de animales, 16% a cucarachas, 8% a alternaria y 6% a otros hongos. De los 13 pacientes que tuvieron sólo diagnóstico de asma, el 69% presentó sensibilidad a ácaros, 23% a pólenes, 22% a epitelios de animales, 11% a alternaria y 11% a cucarachas. De los 11 pacientes que presentaban asma, rinitis y eccema atópico, el 72% se encontraba sensibilizado a ácaros, 55% a epitelios de animales, 45% a pólenes, 27% a alternaria

y 18% a cucarachas. Los 2 pacientes con asma y eccema presentaron 100% de sensibilidad a ácaros. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes asmáticos tuvieron test cutáneos positivos. Los alérgenos predominantes fueron los ácaros, seguidos en frecuencia por pólenes, epitelio de animales, cucarachas y alternaria.

TL 054. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS CON NEUMOPATÍAS CRÓNICAS: PROPIEDADES SICOMETRICAS DEL CUESTIONARIO GENÉRICO PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY. E. Sarria y cols. Porto Alegre, Brasil.

E. Sarria¹, R. Mattiello², S. Furlan², V. Hirakata³,

¹Ppg Em Medicina - Pneumologia, Ufrgs,

²Ppg Em Medicina - Pediatría, Ufrgs,

³Gppg Do Hcpa.

Introducción: Las neumopatías crónicas (NC) inciden en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0) es un instrumento genérico para evaluar este impacto en pediatría y no se tiene relato de su utilización en población Brasileña. **Objetivos:** estudiar la CVRS en niños con NC mediante el uso del PedsQL 4.0 y analizar las propiedades sicométricas del cuestionario. **Métodos:** estudiamos 161 niños con NC, 125 asmáticos y 36 con bronquiolitis obliterante pós infecciosa (BOPI), de ambos sexos, con edades entre 8-18 años, y con seguimiento en la consulta externa de neumología pediátrica de dos hospitales de Porto Alegre. El PedsQL 4.0 fue aplicado por entrevista en dos ocasiones (test/retest - T/R) entre Enero y Julio 2006. Es un cuestionario de 23 preguntas con 5 opciones de respuesta en escala Likert (0-4), operacionalizadas 0-100 puntos (fracciones de 25), interpretándose mejor CVRS a mayor puntuación. Las propiedades sicométricas estudiadas fueron: Confiabilidad, a través del coeficiente alfa de Cronbach (CAC) global y por dimensiones (d-); Reproducibilidad, a través de la correlación intraclassa (CIC); y Validad Discriminante, estudiada al comparar (t-test) los resultados de 80 niños sanos (CS) con nuestra población de NC. Consideramos valores de CAC y CIC > 0,6 como aceptables, y la significancia cuando $p < 0,05$. **Resultados:** Media de las Puntuaciones (T/R) en NC: Total, 78.8/81.3; d-Física, 76.8/79.2; d-Sico-social, 79.4/81.9. En CS: Total, 77.2/79.3; d-Física, 80.7/83.1; d-Sico-social, 76.1/78.1. El CAC en el Test (NC/CS): Total, 0.86/0.8; d-Física, 0.66/0.55; d-Sico-social, 0.82/0.75. La CIC fue (NC/CS): Total, 0.87/0.87; d-Física, 0.78/0.78; y d-Sico-social, 0.87/0.87. El t-Test: Total, $p = 0.37$; d-Física, $p = 0.46$; d-Sico-social, $p = 0.74$. **Conclusiones:** El PedsQL 4.0 es un cuestionario genérico que demostró buena confiabilidad y reproducibilidad pero no fue capaz de diferenciar enfermos de sanos, quedando cuestionada, por tanto, su validad discriminante. El hecho de que los asmáticos eran gran mayoría entre los NC puede haber influenciado los resultados, puesto que, gran parte de ellos, se comportan como sanos durante las inter-crisis. Conviene complementar cuestionarios específico y genéricos al estudiar la CVRS. Apoyo: CNPq

TL 230. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LOS ADULTOS RESPONSABLES POR NIÑOS ASMÁTICOS: PROPIEDADES SICOMETRICAS DEL PACQLQ. E. Sarria y cols. Porto Alegre, Brasil.

E. Sarria¹, R. Mattiello², G. Fischer³,

¹Ppg Em Medicina - Pneumologia, Ufrgs,

²Ppg Em Medicina - Pediatría, Ufrgs,

³Serviço De Pneumologia Pediátrica Do Hcsa.

Introducción: El Pediatric Asthma Caregiver Quality of Life Questionnaire (PACQLQ) (Juniper, 1996) es un cuestionario específico conocido que evalúa Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en los adultos responsables de niños asmáticos. Existen diversas versiones lingüísticas pero no existen publicaciones que estudien las propiedades sicométricas de la versión desarrollada por el MAPI Research Institute en 2001 para portugués brasileño. **Objetivos:** estudiar las propiedades sicométricas del PACQLQ en adultos responsables por

niños asmáticos. **Métodos:** Aplicamos el PACQLQ, por entrevista y en 2 ocasiones, a 108 adultos responsables por niños asmáticos entre 8 y 17 años de edad, con seguimiento en uno de dos ambulatorios de neumología pediátrica en Porto Alegre, Brasil. El cuestionario consta de 13 preguntas en dos dimensiones: limitación de actividades (Act) y emociones (Em). Las propiedades sicométricas estudiadas fueron Confiabilidad, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach (CAC), y Sensibilidad a los Cambios, estimando el Tamaño del Efecto (TE). **Resultados:** La edad media fue de 11,2 años y 69% fueron varones. El score Global (test/retest) del PACQLQ tuvo un CAC de 0,93/0,92; la escala de Emociones, 0,91/0,90; y la de Limitación de Actividades, 0,84/0,85. El TE Global fue de 0,14; de Emociones, 0,20 y de Limitación de Actividades 0,08. **Conclusiones:** El PACQLQ demostró buena Confiabilidad pero una muy pobre Sensibilidad a los Cambios. Esto último podría ser un rasgo negativo del instrumento pero también podría explicarse, quizás, por la percepción diferente entre el niño y el adulto sobre los cambios, con frecuencia sutiles, en el estado de salud del propio niño. **Apoyo:** CNPq

TL 023. EFICACIA DE DNASA RECOMBINANTE HUMANA EN LA RESOLUCIÓN DE ATELECTASIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS NO FIBROSIS QUISTICA. M. Boza Costagliola y cols. Santiago, Chile.

M. Boza Costagliola¹, A. Koppmann Attoni¹, H. Barrientos Ibañez¹, I. Sassarini Cartagena¹, J. Abello Godoy¹, A. Espinoza Gamboa¹,
¹Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: DNasa recombinante humana (Dnasa RH) es una enzima capaz de reducir la viscosidad de las secreciones bronquiales al romper las cadenas del ADN derivado de los neutrófilos que se acumulan en gran cantidad en procesos inflamatorios crónicos como la fibrosis quística (FQ). En esta enfermedad está bien documentada su utilidad reduciendo el número de exacerbaciones como también mejorando la función pulmonar. En infecciones respiratorias agudas y en crisis de asma la aparición de atelectasias constituye una frecuente complicación. Existen escasos reportes en relación al uso y utilidad de DNasa RH nebulizada en el manejo de atelectasias en pacientes no FQ. **Objetivo:** Reportar la experiencia inicial con el uso de Dnasa RH nebulizada en el tratamiento de cuatro pacientes pediátricos no FQ hospitalizados, portadores de atelectasias de difícil manejo. **Casos clínicos.** Se presentan cuatro pacientes; dos escolares de 7 y 8 años que fueron hospitalizados por crisis de asma, que evolucionaron con atelectasias bibasales y alto requerimiento de O₂ y dos lactantes de 1 y 3 meses que presentaron atelectasias bilaterales en el curso de una infección respiratoria por virus sincicial. Los cuatro pacientes fueron refractarios al manejo habitual con broncodilatadores, corticoides y kinesioterapia. Durante 3 días consecutivos, se administró una ampolla de 2ml de DNasa RH mediante nebulización con nebulizador Pari LC/Jet y compresor seguida de kinesioterapia respiratoria 30 minutos después. En los lactantes la nebulización se hizo adaptando el nebulizador Pari a una mascarilla simple. En los cuatro pacientes se observó al término de la terapia, disminución de los requerimientos de O₂, mejoría gasométrica y reexpansión parcial de las atelectasias en uno y completa en los otros tres. **Conclusión:** La DNasa RH constituye una alternativa eficaz en el tratamiento de atelectasias refractarias al manejo habitual en pacientes seleccionados, no FQ.

TL 008. CASO INTERESANTE DE ACALASIA. H. Marroquín. Guatemala, Guatemala.

H. Marroquín¹,
¹Hospital Centro Medico, Guatemala.

PRESENTACION DE CASO CLINICO Se presenta el siguiente caso de un paciente masculino de 11 años de edad con historia clínica de tos crónica y disfagia de 2 años de evolución, aumentando en la última semana previo a consultar. **Motivo de Consulta:** Fiebre y tos productiva. Historia de la enfermedad: Inicia con fiebre de una semana de evolución y tos productiva que se acompaña de dificultad respiratoria progresiva. Examen Físico T 39° C FC 140 X' FR 46 X' Oximetría de Pulso 88% sin O₂ y 92% con O₂ Peso 31.5Kg. Presenta

retracción intercostal y subcostal, a la auscultación estertores silbantes y crepitantes bilaterales. Rx de tórax con infiltrado alveolar de lóbulo medio, opacidad lineal apical y paracardiaca derecha. Por los datos clínicos y radiológicos se ingresa con diagnóstico de Neumonía comunitaria iniciando antibióticos intravenosos, después de 72 horas de tratamiento intrahospitalario se controla proceso infeccioso y paciente mejora clínicamente. Llama la atención que imagen radiológica de lóbulo medio persiste en radiografías control por lo que se investiga Tuberculosis (PPD negativo), Fibrosis Quística (Cloruros en sudor negativos) y espirometría con obstrucción severa de vía aérea no reversible a B2. Ante el antecedente de disfagia progresiva se realiza serie esofagogastroduodenal observándose mega esófago sugestivo de Acalasia no descartando Chagas obteniendo anticuerpos Ig M e Ig G negativos. Ante los datos radiológicos de Acalasia el estudio que se realizó fue una Manometría positiva para Acalasia confirmado diagnóstico clínico radiológico y funcional. Lo interesante de este caso es la comprensión extrínseca que realiza en esófago a la vía aérea demostrándose en su primer Espirometría (11/5/2005). CVF 35% post B2 35.1% FEV1 20% 19.1% El tratamiento que se le ofreció a este paciente fue una miotomía de Heller por video laparoscopia y fundoplicatura de Nissen (16/8/2005) Posterior a procedimiento quirúrgico se realiza nuevo control de Espirometría (5/11/2005) peso 34 Kg. CVF 85% FEV1 77%.

TL 099. FIBROMA TRAQUEAL - CASO CLÍNICO. J. Castillo Fernández. Bogotá, Colombia.

J. Castillo Fernández¹,

¹Clinica Infantil Colsubsidio.

Los tumores primarios de tráquea son raros, siendo menos del 1 % de las lesiones tumorales. Usualmente son malignos en los adultos y benignos en los niños. Aunque los pacientes presentan signos y síntomas de obstrucción de las vías aéreas centrales, el diagnóstico definitivo de estas lesiones es por lo general tardío y en la mayoría de los casos, los pacientes se presentan con una enfermedad avanzada. Este tipo de lesiones son por lo general un reto diagnóstico y terapéutico. Los tumores benignos son mal diagnosticados como asma o como una enfermedad pulmonar crónica y su diagnóstico puede demorarse varios meses o hasta años. Presentamos el caso de un pólipo traqueal benigno en una adolescente con síntomas recientes y progresivos de obstrucción bronquial, con disnea, ortopnea, trastorno del sueño y de la calidad de vida en general, pobre respuesta terapéutica al manejo convencional de los síndromes bronquiales obstructivos y/o asma. Aunque sean raros, estas lesiones deben ser diagnosticadas eficientemente y removidas de forma adecuada con el fin de prevenir la obstrucción de la vía aérea o una enfermedad pulmonar irreversible. Se han informado menos de veinte casos de fibromas traqueales en niños en la literatura mundial. **Palabras claves:** - fibroma traqueal - pólipos traqueales - masas traqueales - niños.

TL 151. TOMOGRAFÍA DE TÓRAX CON RECONSTRUCCIÓN VASCULAR COMO APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN ANILLO VASCULAR. M. García y cols. Antimano, Venezuela

M. García¹, M. Villalon¹, C. Davila¹, I. Tovar¹, A. Jaimes¹,

¹Hospital Jose Ignacio Baldo, Antimano, Venezuela.

Resumen: El cayado aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante es el anillo vascular más común. Puede ser asintomático, con mayor frecuencia se manifiesta en el recién nacido o lactante con síntomas respiratorios o digestivos secundarios a compresión. Se presenta lactante de seis meses con estridor desde el nacimiento y neumonía derecha a repetición. Serie radiológica y tomografías de tórax convencional demostraron hiperinsuflación pulmonar izquierda. Fue tratado por enfermedad por reflujo gastroesofágico con persistencia de estridor. Nasolaringoscopia directa resultó normal así como evaluación cardíaca. Por síntomas respiratorios y asimetría del volumen pulmonar se practicó TAC de tórax helicoidal con reconstrucción vascular y broncoscopia virtual que demostró anillo vascular tipo arco aórtico derecho con compresión traqueal y bronquial. Se resalta la importancia clínica y el aporte diagnóstico no invasivo de los estudios reconstructivos de imágenes en el diagnóstico oportuno de las malformaciones vasculares.

TL 231. ESTENOSIS TRAQUEAL ASOCIADA A SLING ARTERIA PULMONAR. D. Madero Orostegui. Bogotá, Colombia.

D. Madero Orostegui¹,

¹Hospital Santa Clara, Bogota, Colombia.

Reporte de Caso: Niño de 4 años con estridor bifásico permanente, disnea, acidosis respiratoria crónica e hipertensión pulmonar, episodios de dificultad respiratoria asociados a broncoobstrucción a los 3 meses, 5 meses y 8 meses. Remitido para estudio a neumología pediátrica, con Esofagograma con indentación anterior y posterior, ecocardiograma y ANGIOTAC demuestra sling de arteria pulmonar izquierda, arco aórtico derecho y remanente de arco aórtico izquierdo. BRONCOSCOPIA evidencia BRONQUIO TRAQUEAL que ventila segmento apical de lóbulo superior derecho y estenosis traqueal severa. BRONCOSCOPIA VIRTUAL confirma estenosis traqueal de segmento largo con zonaestenótica con traquea con anillos completos con carina en T invertida (complejo ring sling). Se corrige sling de arteria pulmonar izquierda y en segundo tiempo quirúrgico se corrige estenosis traqueal programándose inicialmente traqueoplastia por deslizamiento pero por hallazgos intraoperatorios se realiza resección de segmentoestenótico y anastomosis término-terminal. En POP paciente mejora estridor, el cual ahora solo es perceptible con esfuerzo importante, resuelve la acidosis respiratoria crónica y resuelve la hipertensión pulmonar. Paciente ha tenido una ganancia ponderal adecuada. No ha vuelto a requerir hospitalización. TAC de tórax y broncoscopia real y virtual de control, 1 año después, evidencia imposibilidad de acceso a bronquio fuente derecha por alteración en ángulo de bronquios fuentes derecha e izquierda por carina en T invertida. Se plantea garantizar adecuada ganancia ponderal para observar evolución de estenosis bronquiales y de acuerdo a evolución definir necesidad de corrección quirúrgica. La anterior descripción corresponde a sling de arteria pulmonar izquierda tipo II, estenosis traqueal congénita de segmento largo con complejo ring sling, doble arco aórtico con remanente de arco aórtico izquierdo, bronquio traqueal, que se asocia a una malformación traqueal severa por alteración genética independiente y no ocasionada por compresión de vaso aberrante, sino en relación con delección cromosómica del cromosoma 22q11.2, produciendo estenosis traqueobronquial difusa severa, con anillos completos, por lo cual esta estenosis no puede resolverse con la corrección del sling pulmonar y requerirá tratamiento quirúrgico traqueal.

TL 162. SLING DE LA ARTERIA PULMONAR CON ESTENOSIS TRAQUEAL. REPORTE DE UN CASO. I. Marques y cols. Córdoba, Argentina.

I. Marqués¹, N. Bujedo¹, L. Moreno², R. Conci³, H. Robledo², S. Pereyro¹, V. Defagó⁴, O. Lazzarín⁴,

¹Hospital De Niños De La Santísima Trinidad De Córdoba, Córdoba,

²Cátedra De Clínica Pediátrica. Fcm. Unc, Córdoba,

³Diagnóstico Por Imágenes., Córdoba,

⁴Cirugía, Córdoba.

Introducción: El "Sling de la arteria pulmonar" es una malformación vascular poco frecuente. Consiste en el origen anómalo de la arteria pulmonar izquierda a partir de la pulmonar derecha discurriendo entre el esófago y la tráquea hasta llegar al hilio (anillo). Suele asociarse a malformaciones traqueo-bronquiales. **Objetivo:** reportar un caso de anillo vascular con estenosis traqueal severa de diagnóstico tardío. **Caso clínico:** Paciente masculino que es traído a la consulta a los 28 meses de edad presentando estridor severo, falla de crecimiento e hipoxemia. El estridor persistente había sido atribuido a las intubaciones traqueales requeridas durante sus múltiples internaciones. Una TAC de tórax (7 meses) informaba posible cuadro secuelar postviral. Rx de tórax: hiperinsuflación de hemitórax derecho. Laringoscopia normal. Se realiza esofagograma baritado que muestra una muesca en esófago anterior. Se sospecha Anillo Vascular. Se realiza una resonancia magnética de tórax (RMN) con angioresonancia confirmando "Sling de la arteria pulmonar con estenosis traqueal, anillos traqueales completos, pseudocarina en posición baja y bronquio traqueal derecho". Se realiza cirugía: Slide traqueoplastia para la estenosis traqueal y reimplante de arteria pulmonar para la corrección del sling. Buena evolución post quirúrgica. Edad actual: 3 años y medio, buen crecimiento y desarrollo, sat. de O₂: 99%. No ha requerido nuevas internaciones. Última broncoscopia: normal.

RMN con angioresonancia: corrección quirúrgica de ambas malformaciones (vascular y traqueal) con incremento en el calibre traqueal respecto al estudio anterior. **Discusión:** La primera fase para el diagnóstico de una malformación vascular es pensar en su existencia; luego, solicitar los estudios apropiados. Rx tórax presenta una sensibilidad del 25 al 75%; el esófagograma, >95% (con excepción de la arteria innominada). La RMN con angioresonancia identifica el 100% de los casos. En este paciente que presentaba clínica compatible con anillo vascular desde edades muy tempranas (estridor y radiografía de tórax positiva), no se le realizó oportunamente el estudio adecuado. **Conclusiones:** reportamos un caso de un anillo vascular con estenosis traqueal severa con una demora importante en el diagnóstico. El esófagograma baritado es un estudio simple, de fácil acceso, bajo costo y muy sensible para diagnosticar este tipo de malformaciones.