

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen
Volume 14

Número
Number 4




Octubre-Diciembre
October-December 2001

Artículo:

Comunicaciones al editor

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Comunicaciones al Editor

Celso García Espinosa

Editor

Estimado Sr. Editor:

He leído con gran interés el Editorial: *Bronconeumonía: ¿a qué se refieren los pediatras cuando la diagnostican?*, que aparece en el volumen 14, No. 3, julio-septiembre de 2001 de la Revista del INER, que usted dirige.

Se trata de un ensayo a propósito de una condición patológica del aparato respiratorio, sumamente frecuente en la edad pediátrica, donde el autor reflexiona sobre el significado que los médicos pediatras confieren al término *Bronconeumonía* señalando que no corresponde a ninguna entidad nosológica y que desde el punto de vista radiológico y anatomopatológico corresponde a descripciones de hallazgos desde sus "particulares puntos de vista".

En el índice de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la bronconeumonía aparece como entidad nosológica. "Bronconeumonía no especificada excluyendo bronquiolitis" (registro No. 18.0). En el anuario estadístico de la Secretaría de Salud se menciona como "neumonía y bronconeumonía" sin establecer la diferencia.

Me permití comentar este escrito con el grupo de neumólogos pediatras, radiólogos y patólogos con quienes comparto el ejercicio de la especialidad, de manera de conjuntar en mi comentario, a manera de consenso, la valiosa opinión de estos especialistas. Encontré que en nuestro medio el término *bronconeumonía* ha sido adoptado con naturalidad para identificar un conjunto de manifestaciones clínicas y radiológicas, que frecuentemente se complementan con estudios endoscópicos, y en el caso de contar con biopsia o autopsia, con el estudio anatomopatológico correspondiente. Se trata de pacientes con sintomatología y signología respiratoria, con una imagen en la radiografía de tórax que sugiere áreas de condensación pulmonar no uniforme o en "parches" en cuyo seno es posible observar, a manera de un broncograma aéreo, la luz y las paredes de los bronquios, lo cual sugiere inflamación bronquial con retención de secreciones. En el caso de contar con el estudio anatomopatológico el informe describe un proceso de

sustitución del aire de los alvéolos por edema y células inflamatorias. Este complejo sindromático se diferencia claramente de la neumonía lobar aguda, de las neumonitis intersticiales, de los procesos parenquimatosos pulmonares consecutivos a diseminación linfohematógena y de los fenómenos de atrapamiento de aire de la bronquiolitis y de la alveolitis obliterante.

Estamos de acuerdo con el autor en que el término *bronconeumonía* no corresponde a una entidad nosológica específica, lo cual eventualmente confunde al clínico, dificulta la integración diagnóstica y consecuentemente el tratamiento de los pacientes.

En nuestro concepto el término *bronconeumonía* corresponde a un complejo sindromático donde la característica diferencial es el involucro de la vía respiratoria en términos de inflamación bronquial y del parénquima pulmonar, no necesariamente infecciosa; un ejemplo característico es el del niño con broncoaspiración repetida de alimentos y contenido gástrico que presente síntomas respiratorios, signología del tipo de los estertores bronquiales, alveolares y sibilantes, una imagen radiológica que sugiere infiltrado bronconeumónico característicamente basal y axilar derecho, un estudio endoscópico con inflamación de la vía aérea y presencia de lipófagos en el aspirado bronquial. A partir de este complejo sindromático se deriva la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas que conduce a una amplia gama de posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

Aprovecho la oportunidad para desear a usted un año venturoso, a la vez que reitero la seguridad de mi colaboración entusiasta.

Atentamente

Dr. Lorenzo Pérez Fernández
Profesor Titular de Neumología
Pediátrica y Cirugía de Tórax Pediátrica
Instituto Nacional de Pediatría