

## **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**

**Volumen 15**  
Volume

**Número 2**  
Number




**Abril-Junio 2002**  
April-June

*Artículo:*




**Comunicaciones al editor**

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
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***



## Comunicaciones al Editor

Celso García Espinosa  
*Sr. Editor*

Escribí un editorial titulado: *Bronconeumonía: ¿a qué se refieren los pediatras cuando la diagnostican?* en el volumen 14, No. 3, julio-septiembre de 2001 de la revista del INER que usted edita. En dicho editorial menciono que el término *bronconeumonía* no corresponde a una entidad específica y esto confunde al clínico, dificulta la integración diagnóstica y consecuentemente el tratamiento de los pacientes, amén de la subvaloración desde el punto de vista pronóstico.

En un número posterior de la revista en cuestión (Vol. 14, No. 4 octubre-diciembre 2001) en una comunicación a usted, el profesor titular de Neumología Pediátrica y Cirugía de Tórax Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría nos permite conocer su punto de vista de dicho diagnóstico y menciona que en su concepto (de él y de su equipo de trabajo) 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, y que a partir de este complejo sindromático se deriva la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas que conducen a su vez a una amplia gama de posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

También menciona que dicho complejo sindromático, no incluye a la neumonía lobar, neumonitis intersticiales, diseminaciones linfohematógenas ni a la bronquiolititis y nos pone el ejemplo de *bronconeumonía* de un niño con broncoaspiración repetida de alimento que muestra estertores bronquiales, alveolares y sibilantes con un infiltrado "bronconeumónico" (y aquí utiliza el término en

cuestión para describir la imagen radiográfica) característicamente en región superior y basal derecha con lipófagos demostrados por broncoscopia.

Creo que este tipo de opiniones es muy valioso, sobre todo viniendo de un equipo de trabajo que se dedica seriamente a la neumología pediátrica. Por otro lado, al ejemplo citado debe diagnosticarse de manera más específica como neumonitis o neumonía, de acuerdo a algunos otros hallazgos clínicos, secundaria a broncoaspiración con broncoespasmo asociado y en consecuencia ser tratado. De esta manera, describimos mejor la enfermedad e inferimos más específicamente las posibles causas a diferencia de únicamente mencionar el diagnóstico de *bronconeumonía*.

Finalmente, nos encontramos nuevamente con el problema ¿en qué tipo de literatura se trata acerca de "complejos sindromáticos" de este tipo en la que puedan estudiar nuestros estudiantes de medicina y de posgrado? Y, aún existiendo, no podemos estar de acuerdo en que los pacientes pediátricos neumológicos sean egresados de los hospitales con diagnósticos puramente sindromáticos.

Agradezco la atención a esta comunicación en su calidad de editor y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Dr. Pablo Cortés Borrego  
Jefe del Departamento de Enseñanza de Pregrado  
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

