

## Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen **18**  
Volume

Número **1**  
Number




Enero-Marzo **2005**  
January-March

*Artículo:*




Resúmenes bibliográficos

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
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***



**Medigraphic.com**

## Resúmenes bibliográficos

**Trang H, Dehan M, Beaufile F, et al.** *The French congenital central hypoventilation syndrome registry.* Chest 2005;127:72-79.

El síndrome de hipoventilación central congénita idiopática (SHCCI), muy raro, se caracteriza por control autonómico anormal de la respiración, que resulta en hipoventilación alveolar, más acentuada durante el sueño de ondas lentas. Se estudiaron 41 mujeres y 29 hombres con SHCCI en varios centros hospitalarios; durante los últimos cinco años se han observado aproximadamente cuatro casos por año, lo que sitúa su frecuencia en uno por cada 200,000 nacimientos vivos en Francia. La edad media en el momento del diagnóstico era < de 3.5 meses antes de 1995 y < de dos semanas en los últimos cinco años. En 58 enfermos el SHCCI fue aislado, en nueve se asoció a enfermedad de Hirschsprung, en dos a esta misma y tumor de cresta neural y en uno a deficiencia de hormona de crecimiento. De los 50 enfermos que sobrevivieron más de un año, 49 recibieron ventilación nocturna y tres de ellos también durante el día. La mortalidad total fue de 38%; la media en el momento de la muerte fue de tres meses, rango de 0.4 meses a 21 años; 43 enfermos viven. De 34 enfermos sometidos a la prueba, 31 tiene mutaciones del gene PHOX2B.

**Alonso-Fernández A, García-Río F, Racionero MA, et al.** *Cardiac rhythm disturbances and ST-segment depression episodes in patients with Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome and its mechanisms.* Chest 2005;127:15-22.

El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se caracteriza por reducción o cesación periódica de la respiración por estrechamiento de las vías aéreas durante el sueño. Se comparó la frecuencia de arritmias cardíacas y

episodios de depresión del segmento ST diurnos y nocturnos entre 21 individuos con SAHOS, 12 roncadores sin hipersomnolencia y 15 sanos; se analizaron las relaciones entre las alteraciones cardíacas, características del sueño y tono simpático en los pacientes con SAHOS. En todos se realizaron simultáneamente polisomnografía, registro electrocardiográfico continuo de 24 horas (Holter) y determinación de catecolaminas urinarias. Los pacientes con SAHOS tienen mayor frecuencia de arritmias cardíacas, en especial sinusales y supraventriculares, y depresión del segmento ST que los roncadores y los sanos. Los cambios del segmento ST se correlacionan con el tono simpático y fragmentación del sueño, mientras que las arritmias en los enfermos con SAHOS se asociaron a fragmentación del sueño, hipoxemia nocturna y tono simpático.

**Gómez-Hospital JA, Cequier A, Romero PB, et al.** *Persistence of lung function abnormalities despite sustained success of percutaneous mitral valvotomy. The need for an early indication.* Chest 2005;127:40-46.

Se valoraron cambios a corto y largo plazo en la función pulmonar después de valvulotomía mitral percutánea con balón (VMPB) en 24 enfermos, determinando área mitral, función pulmonar y capacidad de ejercicio antes, inmediatamente después, a los tres, seis y 12 meses después de VMPB exitosa, que produjo aumento significativo y sostenido del área mitral, y aumento progresivo en la tolerancia al ejercicio. Hubo caída inmediata en la capacidad de difusión pulmonar para CO (DLCO), seguida de regresión gradual a los valores basales a los tres meses, y permaneció elevada al año. Hubo reducción basal del flujo de vías aéreas pequeñas, sin cambios posteriores. La VMPB produce disminución inicial de DLCO que sugiere reducción

de la congestión pulmonar; durante el seguimiento, la regresión de esos valores a pesar de la mejoría hemodinámica sostenida, sugiere que había cambios intersticiales irreversibles. En enfermos con estenosis mitral, la alteración de los parámetros de función pulmonar sugiere que la VMPB debe realizarse temprano, aun en enfermos poco sintomáticos.

**Ryu JH, Myers JL, Capizzi SA, Douglas WW, Vassallo R, Decker PA.** *Desquamative interstitial pneumoniae and respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease.* Chest 2005;127:178-184.

La neumonía intersticial descamativa (NID) y la enfermedad pulmonar intersticial asociada a bronquiolitis (EPIB) son raras, están incompletamente caracterizadas, se relacionan con el hábito tabáquico y representan dos de las siete entidades incluidas actualmente en la categoría de las neumonías intersticiales idiopáticas. En este estudio retrospectivo de 1990 a 2001, los autores estudian 23 enfermos con NID y 12 con EPIB, 19 hombres con 46 años y 16 mujeres con 43 años de edad media, para conocer sus manifestaciones clínicas y evolución. Todos eran o habían sido fumadores, excepto tres con NID. El diagnóstico se confirmó en todos por biopsia pulmonar operatoria; en 12 se había realizado biopsia transbronoscópica, sin que fuera diagnóstica. La alteración funcional más observada fue la disminución de la capacidad de difusión al CO. La tomografía computarizada mostró imágenes bilaterales en vidrio despulido. No se observaron diferencias en cuanto a curso clínico, imágenes radiológicas ni pruebas de función pulmonar entre NID y EPIB. El curso clínico se caracterizó por estabilidad relativa en la mayoría y respuesta parcial, pero no resolución, con corticosteroides. Hubo cinco muertes en el grupo de NID, tres de ellas por progresión de la neumopatía difusa. La progresión de la enfermedad determina la muerte en individuos con NID, particularmente si siguen fumando.

**Roch P, Bojan M, Michelet P, et al.** *Usefulness of ultrasonography in predicting pleural effusions*

*> 500 mL in patients receiving mechanical ventilation.* Chest 2005;127:224-232.

Se valoró prospectivamente la precisión del ultrasonido (US) para predecir derrames pleurales >500 mL en 44 enfermos médicos y quirúrgicos de una unidad de cuidados intensivos que se encontraban bajo ventilación mecánica, con indicación de drenaje de derrame pleural libre por considerarlo productor de hipoxemia o falla en el destete. Los US se hicieron en la cama, en decúbito dorsal, las medidas, al final de la espiración; los derrames se clasificaron como > o < de 500 mL, según el volumen drenado por sonda torácica calibre 24F. La distancia entre el pulmón y la pared torácica posterior en la base >5 cm predijo un drenaje >500 mL, valor predictivo positivo de 91% y valor predictivo negativo de 82%. La oxigenación mejoró en los enfermos en los que se drenaron >500 mL.

El US pleural realizado en la cama permite predecir con exactitud el volumen > de 500 mL de derrames libres en enfermos con ventilación mecánica, empleando medidas sencillas y reproducibles.

**Lee HS, Lee JM, Kim MS, Kim HY, Hwangbo B, Zo JI.** *Low-dose steroid therapy at an early phase of postoperative acute respiratory distress syndrome.* Ann Thorac Surg 2005;79:405-410.

Se presentan 20 enfermos con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda posoperatoria (SIRA) en 523 cirugías torácicas mayores (lobectomía, neumonectomía, esofagectomía) realizadas durante 2.5 años en el Centro Nacional de Cáncer de Corea. SIRA se definió como: 1)  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq a 200$ , 2) Infiltrados bilaterales compatibles con edema pulmonar o fibroproliferación, 3) Sin evidencia de hipertensión auricular izquierda; sí se midió, presión en cuña  $\leq a 18$  mmHg, 4) Los criterios previos deben ocurrir dentro de un periodo de 24 horas. La letalidad de SIRA con tratamientos convencionales de diversos tipos y observaciones *in vivo* e *in vitro* sirvieron de base para emplear dosis de carga de 2 mg/kg (peso ideal) de succinato de metilprednisolona i.v de inmediato, seguidos de 2 mg/kg

i.v por día dividida en cuatro dosis, disminuyéndola hasta que mejoraron la disnea e infiltrados pulmonares. Siete de ocho enfermos fallecieron bajo tratamiento convencional; 12 se trataron precozmente con dosis bajas de metilprednisolona; siete de éstos se recuperaron sin ventilación mecánica, lo que hace suponer que la fibroproliferación es una respuesta temprana al daño pulmonar y que puede ser inhibida por dosis bajas de esteroides, sin alterar la cicatrización de las heridas.

**Venuta F, de Giacomo T, Rendina E, et al.** *Bronchoscopic lung-volume reduction with one-way valves in patients with heterogeneous emphysema.* Ann Thorac Surg 2005;79:411-417.

Se implantaron 11 válvulas espiratorias unilaterales y dos bilaterales (15 procedimientos) en bronquios segmentarios de las zonas más infladas en 12 hombres y una mujer con enfisema heterogéneo; estudio prospectivo, no aleatorizado hecho en la Universidad La Sapienza, de Roma, con el objeto de desinflar los pulmones, reducir su volumen y mejorar síntomas. La mayoría eran candidatos "marginales" para cirugía de reducción volumétrica, todos usaban O<sub>2</sub> en reposo. El procedimiento se realizó bajo anestesia intravenosa, ventilación espontánea asistida y control visual de fibrobroncoscopía; hubo seis complicaciones en tres enfermos: neumotórax bilateral en dos y uno contralateral, neumonía en uno y dos episodios de broncoespasmo. Hubo mejoría significativa en los índices de disnea, volumen residual, caminata de 6 minutos y FEV<sub>1</sub> en las pruebas realizadas al mes y a los tres meses, 43% de los enfermos dejaron el O<sub>2</sub>. Broncoscopías al mes y a los tres meses mostraron que las válvulas estaban en su sitio, sin tejido de granulación. Se considera que son segu-

ras y útiles a corto plazo para reducir volúmenes pulmonares.

**Darling GE, Abdurahman A, Yi QL, et al.** *Risk of risk pneumonectomy: role of bronchopleural fistula.* Ann Thorac Surg 2005;79:433-437.

Se compararon la morbilidad y mortalidad de neumonectomía derecha vs izquierda. Se revisaron, retrospectivamente, 187 neumonectomías realizadas entre 1990-2000 y se incluyó un metaanálisis de la literatura pertinente; 180 se realizaron por cáncer broncogénico, 5 por metástasis, 1 por aspergiloma y 1 por tuberculosis; no se incluyeron neumonectomías por mesotelioma, neumonectomías con resección pulmonar previa o carinales. Se analizaron quimio o radioterapia previas, disección intrapericárdica, grado de disección nodal linfática mediastinal, sutura manual vs mecánica del bronquio, uso de tejido para reforzar el muñón bronquial, arritmias, ventilación mecánica, intubación mayor a 48 horas, transfusión por hemorragia, reoperación, fístula broncopleural, neumonía, emplema, parálisis de nervio recurrente, síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto, insuficiencia cardíaca, infarto del miocardio, sepsis, embolia pulmonar y muerte. Se concluye que la neumonectomía derecha está asociada a mayor frecuencia de fístula broncopleural; el mayor número de fístulas broncopleurales derechas se puede deber a factores anatómicos, disecciones más extensas y potencial desvascularización del muñón, más disecciones intrapericárdicas y cierres manuales del bronquio. Se sugiere prestar gran atención a los factores técnicos al realizar neumonectomía derecha.

El Editor