

## SINDROME DE REYNOLDS Y TUBERCULOSIS PLEURAL

Alwers R<sup>1</sup>, Páramo D.<sup>1</sup>, Morales A.<sup>1</sup>, Guzmán R.<sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital Santa Clara<sup>1</sup>.Clínica Fray Bartolomé De Las Casas. Santafé de Bogotá<sup>2</sup>.

La asociación de cirrosis biliar primaria (CBP) con el síndrome CRST fue descrita inicialmente por Reynolds en 1971.

Presentamos el caso de una mujer de 43 años con cuadro de prurito generalizado, diarrea, artralgias, pérdida de peso, disfagia y pirosis, xerostomía, melanos, fenómeno de Raynaud, calcinosis cutis en antebrazos y manos, esclerodactilia y telangiectasias. Presentó derrame pleural derecho compatible con exudado linfocítico, niveles de adenosina deaminasa (ADA) de 149 U/L y por biopsia una pleuritis granulomatosa necrotizante.

Paraclínicos: Anemia, VSG alta, trombocitosis, elevación marcada de fosfatasa alcalina previa al tratamiento antituberculoso con niveles persistentemente altos (3.700 - 5.100 U/L), factor reumatoide positivo, anticuerpos antinucleares positivos 1/5.120 con patrón anticentrómero, anticuerpos antimitocondriales positivos, antimicrosomales y antitiroglobulina negativos. Elevación transitoria de aminotransferasas por toxicidad medicamentosa.

Capilaroscopia: zonas avasculares, dilataciones y tortuosidades capilares con puntos hemorrágicos y pérdida de polaridad.

Radiografía de manos: calcificación de tejidos blandos y resorción de penachos.

Histopatología compatible con CBP en estadio IV.

La CBP se asocia frecuentemente con otros trastornos autoinmunes como el CRST, síndrome sicca y tiroiditis autoinmune, con variadas superposiciones clínicas y serológicas, lo cual sugiere una patogénesis común.

Destacamos en este caso la presentación adicional de tuberculosis pleural en un síndrome de Reynolds.

162

## 163 INTERACCION ENTRE EL FRIO Y LA HIPOXEMIA EN LA CIRCULACION PULMONAR EN LA EPOC

Bedu M\*, Giraldo H\*\*, Fellmann N\*, Coudert J\*. \*Laboratorio de exploración funcional respiratoria, CHU. Clermont-Ferrand (Francia). \*\*Departamento de Neumología Fundación Clínica Shaio (Santafé de Bogotá).

**Objetivo:** El propósito de este estudio fué investigar la interacción del frío y la hipoxemia en la hemodinámica pulmonar en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

**Material y métodos:** Ventisiete pacientes fueron estudiados y divididos en dos grupos de acuerdo a su PaO<sub>2</sub>: 13 sujetos con PaO<sub>2</sub><50 mmHg y 14 sujetos con PaO<sub>2</sub>>50 mmHg. En todos los pacientes, las medidas hemodinámicas pulmonares fueron realizadas 10 minutos después de la inserción de un catéter en una vena femoral y 10 minutos después de la exposición al frío. La exposición al frío fué localizada en la frente mientras los sujetos respiraban aire a temperatura ambiente. Un flujo de aire a 5°C se escogió para enfriar la piel de la frente a 20°C sin molestias para el sujeto. En 8 pacientes las medidas hemodinámicas fueron también realizadas después de 5 minutos de administración de oxígeno con y sin exposición al frío.

**Resultados:** En los pacientes con PaO<sub>2</sub>>50 mmHg los parámetros hemodinámicos no cambiaron después de la exposición al frío. En aquellos con PaO<sub>2</sub><50 mmHg la exposición al frío indujo un incremento significativo en la presión arterial pulmonar sistólica (12%), diastólica (30%) y media (12%) sin cambios en el gasto cardíaco o en la presión pulmonar en cuña. Consecuentemente la resistencia vascular pulmonar (RVP) incrementó significativamente en 19% después de la exposición al frío. Después de colocar oxígeno suplementario, la exposición al frío no indujo un incremento en la RVP.

**Conclusiones:** La exposición al frío localizado induce un incremento en la resistencia vascular pulmonar sólo en los pacientes con EPOC hipoxémicos. El uso de oxígeno suplementario abolió el efecto de la exposición al frío en la hemodinámica pulmonar en los pacientes reactivos.

## ASPERGILOSIS PULMONAR: AMPLIA GAMA DE CUADROS CLINICOS 164

Carlos Cadavid\*, Domingo Jiménez\*, Alejandro Londoño\*, Alvaro Porras\*, Angela Tobón\*\* y Angeli Restrepo\*\* Hospital Pablo Tobón Uribe\* y Corporación para Investigaciones Biológicas\*\* (CIB), Medellín

En el Hospital Pablo Tobón Uribe, se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes que entre 1980 y 1994 tuvieron un diagnóstico comprobado de aspergilosis pulmonar. Fue aparente una gama de manifestaciones clínicas, que analizaremos.

Se encontraron 19 pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos, de ellos 7 eran hombres (36,8%) y 12 mujeres (63,2%). El principal motivo de consulta fueron la hemoptisis y la disnea. Todos los pacientes tuvieron una patología pulmonar de base, a saber: tuberculosis (68%), fibrosis pulmonar (10%), y fibrosis quística (5%). La forma clínica más comunmente diagnosticada fue el aspergiloma (68%), seguida por la aspergilosis pulmonar invasiva (26%), y la aspergilosis broncopulmonar alérgica (5%). La radiografía de torax fue el método diagnóstico que más frecuentemente sugirió la sospecha de aspergilosis y contribuyó a la clasificación del proceso patológico. Se encontraron infiltrados intersticiales y fibro-cavitarios en un 37% de los casos y cavidades llenas de masas (bolas) de hongos en el 63% de los pacientes. La serología fue confirmatoria en el 55% y tuvo valor en el seguimiento de los pacientes. Trece pacientes fueron tratados con itraconazol con resultados aceptables. Se concluye que entre nosotros la forma de presentación más común de esta micosis es el aspergiloma, el que se presenta sobre un estado mórbido pulmonar, como ha sido sugerido anteriormente. Sin embargo, es preocupante la frecuencia de la aspergilosis pulmonar invasiva. Se presentan casos ilustrativos de las anteriores formas clínicas.

## 165 FUROSEMIDA VS BETAMIMETICOS EN LA CRISIS ASMATICA.

**Dueñas CR, Barrios C, Mendoza F**  
Universidad de Cartagena.Facultad de Medicina.Departamento de Medicina Interna.Hospital Universitario de Cartagena.

In vitro, la Furosemida(Fr) evita o revierte la obstrucción bronquial. Altera el transporte iónico traqueo bronquial, inhibe la actividad quimiotáctica del neutrófilo, afecta los mastocitos y otros mecanismos inflamatorios. A pesar de la gran cantidad de evidencia experimental, existe poca información sobre la eficacia de la Fr en Crisis Asmática(CA). Por ello se inició el presente estudio para establecer la utilidad clínica de la Fr en ptes con (CA) al compararla con los betamiméticos, cuestionados por sus efectos adversos. Es un reporte preliminar, original en su género(MEDLINE-LILACS 1988-94).

Los ptes con CA que consultaron al servicio de Urgencia del Hospital Universitario de Cartagena desde noviembre de 1993 hasta mayo de 1994 ingresaron en el presente estudio. A todos los pacientes se les realizó historia clínica y cada hora se monitorizaron y registraron: Signos vitales, Pulso paradójico, cianosis, estado de conciencia, sibilancias, tirajes y Flujo Espiratorio Pico(FEP). En cada evaluación se decidía si existía indicación para hospitalizar o dar de alta. Por razones éticas los ptes con crisis severa o asma potencialmente fatal fueron excluidos. Al ingreso, al azar y doble ciego, los ptes pasaron a un grupo terapéutico de Terbutalina=T(2 gotas por cada 10 kg de peso. Solución nebulizadora de 1cc=10mg) o de Furosemida=Fr(40 mg nebulizados). En ambos grupos la nebulización se realizó cada 20 minutos por 3 ocasiones y luego cada 4 horas durante 24 horas. En CA moderada se asoció aminofilina IV en ambos grupos. Cada hora se analizaron los parámetros anotados y según ellos se decidió hospitalizar o dar salida.El análisis estadístico se realizó con prueba T de student( $p < 0.001$ ).

Resultados: 56 pacientes, 43 mujeres y 13 hombres, edad promedio de 29,5 años. 28 ptes por grupo. No hubo diferencia significativa en edad o severidad de la CA al ingreso. **GRUPO T:** La Frecuencia Cardíaca(FC) aumentó de 97.7 a 107 tras la primera hora y persistió alta durante tres horas. El FEP paso de 136(+42) a 187(+83) en la primera hora y al final llegó a 203(47), 49% de cambio. El Tiempo de Tratamiento(TT) fue de 5.03 horas( $s=1.69$ ) y un pte fue hospitalizado. **GRUPO Fr:** La FC disminuyó de 107(+16) a 90(+11) tras la primera hora de tratamiento y así se mantuvo. El FEP paso de 126.8(+36) a 215(+46) en la primera hora y al final llegó a 296(+35), 57% de cambio.Ninguno requirió hospitalización y el TT fue de 3.07 horas( $s=1.17$ ). Las diferencias en FC, FEP, y TT fueron significativas.

El presente es el primer reporte sobre la utilidad de la Fr en la CA. Concluimos que la Fr es una opción a considerar en CA, a diferencia de los beta 2 no origina taquicardia, y reduce el tiempo de permanencia en urgencias.Se requiere continuar el presente estudio para validar estos resultados.

## 167 MANEJO DE LA NEUMONIA NOSOCOMIAL EN CUIDADO INTENSIVO.

**Dueñas CR, García CE, Mendoza F, Lefranc C, Fernandez R, Vasquez J.**  
Universidad de Cartagena-Facultad de Medicina-Unidades de Cuidado Intensivo Hospital Universitario y Hospital de Bocagrande.

La Neumonía Nosocomial(NN) tiene una mortalidad del 20-50%. La morbimortalidad de la NN sigue siendo alta y la etiología desconocida en muchos casos. En las UCI de Hospital Universitario de Cartagena y Hospital Bocagrande, los pacientes(pptes) con criterios de NN(Estudio Norteamericano de Infección Nosocomial:NNIS), son sometidos a hemocultivos seriados, estudio de esputo directo o de secreción orotraqueal(si esta intubado), con esto y el conocimiento de los gérmenes más frecuentes en nuestro medio, iniciamos terapia empírica con cefalosporina de primera generación o clindamicina más un aminoglucósido(generalmente amikacina) y según la evolución y los resultados de cultivos se decide cambiar de antibiótico y/o realizar Lavado Broncoalveolar No Broncoscópico (LBANB) o Lavado Broncoalveolar(LBA) para tomar conducta definitiva.

Desde junio de 1992 hasta mayo de 1994 se recibieron 1090 ptes con edad promedio de 40,8 años, estancia hospitalaria de 4,2 días y mortalidad del 23,8%; 56 ptes(5,1%) desarrollaron NN. 230 ptes(21%) requirieron ventilación mecánica(VM) siendo la estancia hospitalaria en este subgrupo de 8,6 días, la mortalidad de 35% y la NN se presentó en 50 ptes(21,7%). Los 56 ptes con NN tuvieron una estancia de 13,4 días y una mortalidad de 32%. Los métodos de diagnóstico fueron: esputo(6 ptes), orotraqueales(50 ptes), LBANB(10), LBA(9) y Hemocultivos seriados(56). La correlación entre los LBANB y la secreción orotraqueal fue de 90% mientras que entre los LBA y el LBANB fue del 100%. Los agentes etiológicos más frecuentemente encontrados fueron pseudomona en 27(48,2%), estafilococo en 11(19,6%), e coli en 10(17,8%) klebsiella en 5(8,9%) y m. catharralis en 1(1,78%). En 2 ptes(3,5%) no se identificó germen. La mortalidad por agente fue de 37%(10) para pseudomona, 36%(4) para estafilococo, 20%(2) para e coli y 16,6%(1) para klebsiella. El resultado del LBA no cambió conducta en ningún caso mientras que el LBANB motivó cambio terapéutico en solo un pte(14,3%). Concluimos que la NN en nuestro medio tiene una incidencia en el límite inferior al reportado en la literatura sin incrementar la mortalidad pero si aumentando la estancia hospitalaria, especialmente en ptes en VM, como ha sido reportado recientemente por otros. La mortalidad por NN en nuestra serie es similar a la descrita en la literatura y reafirma el hecho de que hasta el momento no se ha demostrado que el enfoque empírico sea mejor o peor que el dirigido por procedimientos invasivos en cuanto a respuesta o mortalidad y se requieren más estudios para definir la población que se beneficiará de estos procedimientos y determinar costo-beneficio antes que se justifique su uso rutinario.

## VENTILACION MECANICA EN CRISIS ASMATICA

**Dueñas CR, García CE, Díaz IA, Fernandez R, Lefranc C, Vasquez J.** 166

Univ.de Cartagena.Fac.de Medicina.Unidad de Cuidado Intensivo:Hosp.Univ.de Cartagena. Hosp. Bocagrande.

El principal problema de los ptes con Crisis Asmática que requieren Ventilación Mecánica (VM) es que cursan con Presiones en la Vía Aérea (PVA) altas; el manejo de la CA en VM pretende reducir tales presiones.La Hipoventilación Controlada(HVC) es una forma de VM cada vez más usada en CA.HVC reduce la PVA pero aumenta el tiempo en VM y la estancia en UCI.Se desarrolló un protocolo de manejo de la CA en VM que pretende disminuir la PVA,garantizar una adecuada ventilación, reducir complicaciones y el tiempo en VM. De 1.992 a 1.994 se trataron 6 pacientes con CA en VM, con media(X) de 30.3 años de edad, 5 mujeres y 1 hombre. Al ingreso media pH=7.24, PaCO<sub>2</sub>=61.2 y PaO<sub>2</sub>=58.8. La VM consistió en una FR=20-25/min (X=23.1), VC entre 5-7cc/Kg (X=5.9) para generar un PIM menor de 55 cm(X=52). El volumen minuto osciló entre 8-10L/min y el Tiempo Espiratorio (TE) entre 1.86 y 2.4 seg(X=2.06).El TE se mantuvo usando un Flujo Inspiratorio(FI) de 80-100L/min.La sedación se practicó con midazolam (0.08-0.1mg/Kg/h) y la relajación(Norcuron 2 y Pavulon 2).24 Horas después de iniciada la VM los gases arteriales se normalizaron.3 pacientes cursaron con hipotensión, pero solo 1 de los casos ameritó carga de líquidos. No se presentaron complicaciones.El tiempo de duración de la VM fue de 32.1 horas(10-73h). En estas instituciones, se maneja la obstrucción de la vía aérea con esquemas universalmente aceptados, se mejora la distensibilidad con Sedación y Relajación, se emplean VC menores que los propuestos en la literatura pero manteniendo el CO<sub>2</sub> dentro de límites normales a expensas de FR alta.La reducción del TE originada por la FR alta se corrige con el uso de un FL alto (80-100L/min) con lo que se mantiene un TE aceptable evitando PVA>55.Así se logra un tiempo en VM menor del reportado en la literatura sin barotrauma u otra complicación.Es necesario un estudio prospectivo y controlado que establezca si se justifica o no el uso de la HVC o el esquema aquí propuesto.

## TUMOR CARCINOIDE; Experiencia con 30 casos (1975 - 1994)

**Montufar A.F, Echeverri F.J, Pantoja A.Y, Ojeda L.P, Baena P.J.**  
Unidades de Neumología, Patología y Broncoscopia - Hospital Santa Clara - Escuela Colombiana de Medicina - Bogotá, D.C.

Los tumores carcinoides son actualmente clasificados como tumores de origen endocrino por su potencial para formar y secretar algunas veces una variedad de sustancias. Son tumores poco frecuentes, constituyendo sólo el 5% de todos los carcinomas pulmonares primarios y fueron incorrectamente denominados Adenomas Bronquiales anteriormente. Revisamos 30 casos, en el período de 1975 - 1994, con el fin de determinar las características clínicas, radiológicas, broncoscópicas e histológicas y determinar la tasa de sobrevida, calculada hasta la última fecha de su seguimiento. La edad promedio fue de 40 años (rango 13 - 73 a.), con el 57% entre 31 y 60 años. La relación H/M fue 1:1.3 (43% 57%). Los síntomas más frecuentes fueron tos, disnea, expectoración (mucosa, hemoptoica, purulenta), dolor torácico y síntomas constitucionales; con un tiempo medio de evolución de 32.7, 5.8, 34.2, 7.5 y 6 meses respectivamente. Hemoptisis fue la consulta inicial en el 36% de los casos. La radiografía de tórax mostró masa más ptelectasia en el 10%, masa central o periférica en el 17% y atelectasia o neumonitis postobstructiva en el 73%. La broncofibroscopia fue normal en el 10%, y en el 87% se evidenció típicamente masa endobronquial lisa, móvil, brillante y vascularizada con obstrucción variable de la luz bronquial. La biopsia de tales lesiones produjo sangrado leve y en el 73% se pudo establecer el diagnóstico histopatológico. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron lobectomía, bilobectomía o neumonectomía, dependiendo de su localización. En el 16% se detectaron complicaciones POP. El 63% tuvieron localización central y 37% fueron periféricos con predominio en el lado izquierdo 50%. El 23% se originan en los bronquios fuente, el 37% en los bronquios lobares, el 34% en la periferia del pulmón, 3% en tráquea y el 3% (un caso), fue multicéntrico. La mayoría de ellos fue clasificado como típico (77%) y el patrón histológico predominante fue el Insular (57%). La sobrevida media calculada hasta la fecha de su seguimiento fue 5 años, con sólo 2 muertes documentadas por crisis carcinóide POP.

- 169** **BIOPSIA (Bx) DE PLEURA VISCERAL**, Un nuevo método diagnóstico cerrado ciego en Enfermedad Pleural Inflamatoria.  
**Montúfar A.F.**, Pantoja A.Y., Ojeda L.F.  
Hospital Santa Clara- Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá.
- Los métodos de Bx pleural introducidos hasta ahora han sido clasificados en tipo punción (Vim-Silverman), tipo gancho (Cope) y tipo guillotina (Abrams), todos ellos tendientes a tomar muestras de pleura parietal. Esto motivó el desarrollo de un nuevo instrumento para Bx de pleura visceral, ciego y herméticamente cerrado y por ende adelantar un estudio prospectivo, operativo con el fin de validar nueva tecnología. Se ingresan al estudio en forma aleatoria los pacientes con diagnóstico (Dx) de derrame pleural tipo exudado y en el que se ha descartado infección bacteriana aguda como causa. Los parámetros de exclusión incluyen pacientes con trastornos de coagulación, dificultad respiratoria severa, agitación sicomotora, ventilación mecánica, enfermedad pulmonar bulosa, EPOC severo y no aceptación del procedimiento. Se realiza Bx de pleura visceral y parietal con intervalo de 24-48 hs, con control radiográfico post-Bx para detectar complicaciones. Han ingresado 10 pacientes (Ptes) con edad promedio de 62 años (44 a 84); cuyos síntomas predominantes son tos, disnea, expectoración (hucosa y hemoptoica), pérdida de peso ( $\bar{X}$ : 6.8 Kg) y dolor torácico, con un tiempo medio de evolución de síntomas de 6.8, 4.6, 4.5, 4.1 y 2 meses respectivamente. La radiografía del tórax evidenció derrame pleural libre en el 90 %, de los cuales el 30 % fueron masivos. El estudio inicial del líquido pleural fue exudado linfocítico en el 90 % y eosinofílico en el 10 %. El 40 % fueron hemorrágicos. El diagnóstico específico con Bx pleura visceral fue establecido en 7 (TBC:1, Ca metastásico a pleura:5 y carcinomatosis linfagítica 1); 1 se Dx como pleuritis crónica inespecífica (Pte 3) y en 2 la muestra no fue representativa. Con la Bx de pleura parietal (Aguja de Abrams) se obtuvo diagnóstico en 7 (TBC:3, Ca metastásico a pleura:4), 1 se Dx como pleuritis crónica inespecífica (Pte 3), 1 fue sospechosa de malignidad y en 1 la muestra no fue representativa. Como complicaciones atribuidas a la Bx de pleura visceral y parietal se observó neumotorax en el 20% y 10% respectivamente. El Pte con Dx de pleuritis crónica inespecífica fue llevado a Bx bajo videotoracoscoopia sin modificarse el Dx. Consideramos que el rendimiento Dx de la Bx de pleura visceral es muy bueno (7 de 8 muestras representativas) y la incidencia de complicaciones en el rango informado para los procedimientos de Bx pleura parietal.

- 171** **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENDOBRONQUITIS ANTRACOTICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL** - Informe preliminar.  
**Prada G.**, Pacheco D., Rodríguez A., Naranjo F.
- El trabajo describe las características radiográficas y funcionales del pulmón de los pacientes con diagnóstico broncoscópico de endobronquitis antracótica (EA) vistos en el Servicio de Neumología del Hospital Militar Central.
- MATERIAL Y METODO:** se tomaron pacientes a quienes se les diagnosticó endobronquitis antracótica generalizada (antracosis con edema bronquial en al menos 2 segmentos y en 2 lóbulos), se le aplicó el cuestionario ATS-DLD y se les practicó estudios de función pulmonar con espirometría flujo-volumen, gases arteriales en reposo, capacidad de difusión pulmonar para CO y ventriculografía isotópica por el método Muga.
- RESULTADOS:** entidad frecuente en nuestro medio, a cualquier altura sobre el nivel del mar. Los síntomas corresponden a bronquitis crónica pero radiográficamente la enfermedad presenta un patrón intersticial con pérdida de volumen pulmonar importante, pero funcionalmente predomina el componente ventilatorio obstructivo. La EA es causa de hipertensión pulmonar.

## VIDEO-TORACOSCOPIA INTERVENCIONISTA EN NEUMOLOGIA

170

**Camilo Osorio\***, **Alejandro Londoño\*\***, **Fernando Londoño\*\***, **Dario Isaza\*\***, **Rodrigo Toro\***

\* Unidades de Videocirugía Clínica SOMA y Hospital Pablo Tobón Uribe

\*\* Unidad de Neumología Clínica SOMA y Hospital Pablo Tobón Uribe

Se realizaron 15 Video-toracoscopias entre Junio de 1993 y Mayo de 1994 en la Clínica SOMA y en el Hospital Pablo Tobón Uribe con el propósito de evaluar su validez diagnóstica y terapéutica, su morbilidad y la estancia hospitalaria posterior al procedimiento. En todos los casos se utilizó un videolaparoscopia e instrumental corriente de cirugía torácica.

Se incluyeron 10 hombres (67%) y 5 mujeres (33%) en edades entre 14 y 87 años, con los siguientes hallazgos clínicos preoperatorios: Neumotórax espontáneo: 5 (33%), Nódulos pulmonares: 3 (20%), Empiema tabicado o coagulado: 2 (13%), Derrame pleural: 2 (13%), Hemotórax coagulado: 1 (7%), Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa: 1 (7%) y Hemoneumotórax espontáneo: 1(7%).

Los procedimientos realizados fueron: Resección de Bullas pulmonares más abrasión pleural o talcaje: 5 (33%), Resección Biopsia de Nódulos Pulmonares: 3 (20%), Evacuación de Empiema más decorticación: 2 (13%), Biopsia de parénquima pulmonar: 2 (13%), Evacuación de Hemotórax coagulado: 1 (7%), Evacuación de Hemoneumotórax espontáneo: 1 (7%) y Biopsia Pleural: 1 (7%).

Los Diagnósticos finales fueron: Bullas pulmonares rotas: 5 (33%), Histoplasmosis pulmonar: 2 (13%), Empiema coagulado tabicado: 2 (13%), Leiomiomatosis metastatizante benigna: 1 (7%), Hemotórax coagulado: 1 (7%), Enfermedad Pulmonar Intersticial: 1 (7%), Metástasis pleural de Carcinoma de mama: 1 (7%), Adenocarcinoma pulmonar: 1 (7%), y Hemoneumotórax espontáneo: 1 (7%).

No hubo morbilidad ni mortalidad por el procedimiento. El promedio de días estancia Post-toracoscoopia fue de 4.3 días y con tubo a tórax: 2.7 días.

La evolución posterior de los pacientes ha sido satisfactoria a excepción de los afectados por neoplasias.

**PALABRAS CLAVES:** Video-toracoscoopia, Neumotórax espontáneo, Nódulos pulmonares, Empiema.

**ESTUDIO PILOTO: COMPARACION ENTRE LA PRUEBA DE DIFUSION AL CO (DLCO) Y LA PRUEBA DE INTEGRIDAD DEL EPITELIO ALVEOLAR CON EL AEROSOL  $^{99m}Tc$ -DTPA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (EPI).**  
**Rodríguez EJ**, Navarro HJ, Chaves AJ y Calderón A.  
Servicios de Medicina Nuclear y Medicina Interna del Instituto Nacional de Cancerología-Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá (Colombia).

172

A un total de 28 pacientes se les realizó una ventilación dinámica con  $^{99m}Tc$ -DTPA con el fin de determinar la constante de depuración pulmonar (K) y comparar estos resultados con la prueba de difusión (DLCO). La DLCO se interpretó según Crapo. Además todos los pacientes tenían Rx. de Tórax, Curva Flujo Volumen, Gases Arteriales y Volúmenes Pulmonares. 10 tenían EPI de diversa etiología, ya fuera esta difusa o localizada; 4 tenían otras patologías que sólamente afectaban el mediastino o la pleura (1 de ellos había recibido bleomicina); 2 tenían Rx. de Tórax normales pero habían recibido bleomicina y 12 pacientes no tenían ninguna patología pulmonar. Se encontró que la K en los pacientes sin EPI era de -1.1% por minuto  $\pm$  0.5 mientras que en los anormales era de -2.67% /mto  $\pm$  1. La DLCO detectó sólo al 10% de los anormales mientras que el radioaerosol  $^{99m}Tc$ -DTPA detectó al 90%. La DLCO fue normal en el 100% de los controles sanos y en 3 de los pacientes con patología limitada al mediastino o a la pleura, mientras que el aerosol  $^{99m}Tc$ -DTPA fue normal tan sólo en el 67% de ellos, sin embargo el 80% de estos últimos tenían el antecedente de fumar. Se concluye que la prueba de integridad del epitelio alveolar medida mediante el radioaerosol  $^{99m}Tc$ -DTPA es un método complementario en la evaluación de la EPI siendo capaz de demostrar patología localizada, aspecto que no puede evidenciar la prueba de difusión. La prueba de integridad del epitelio alveolar resulta un método muy sensible aunque su especificidad no es la que esperábamos. Se requiere ampliar la muestra para concluir algo definitivo.