

ARCHIVOS ARGENTINOS de PEDIATRIA

Editores

La Prensa Médica Argentina

Junín 845, Buenos Aires, Argentina

Administración (números sueltos, suscripciones, envíos y cambios de domicilio): Tel. 83-9796 y 80-3782.

Publicidad y Contaduría, exclusivamente: Tel. 83-9484.

Es Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Se distribuye a todos los miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría por convenio especial con los Editores, y además por suscripción paga. Aparece mensualmente. Inscripta en la Propiedad Intelectual bajo el N° 1.152.966.

TODA CORRESPONDENCIA CON LA DIRECCION CIENTIFICA
DE LA REVISTA DIRIGIRLA A:
DIRECTOR DE PUBLICACIONES - Dr. JUAN C. DERQUI
LAPRIDA 1791 — CAPITAL

PREMIO "APTA - F. ANTONIO RÍZZUTO" A LA MEJOR LABOR 1973. CATEGORIA REVISTAS CIENTIFICAS.

Precios de suscripción:

Rca. Argentina (1 año) \$ 50.—
Exterior (1 año) - u\$s. 15.—
Número suelto \$ 5.—

Correo Argentino Central B	Franqueo Pagado Concesión N° 1706
	Tarifa Reducida Concesión N° 813

GRAFICA  EDITORA

SUMARIO

Tomo LXXII - Núm. 9 - Diciembre de 1974

El Congreso Internacional y sus consecuencias

Gustavo G. Berri 209

Simposio de Pediatría Social 211

Córdoba - Settembre de 1975

Malformaciones bronquiales

Mario H. Dillon 212

Indicaciones de la broncografía

Patricia Murtagh 217

RESUMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS 220 a 222

COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS 223

PRODUCTOS NUEVOS 224

EL CONGRESO INTERNACIONAL Y SUS CONSECUENCIAS

Por el Dr. Gustavo G. Berri

"Todo llega y todo pasa"
Manly

Hemos recibido calurosas cartas de felicitaciones con respecto a los aspectos organizativos, científico y socio-culturales del XIV Congreso Internacional de Pediatría. En las consideraciones se hace especial referencia a la cordial recepción en Ezeiza, a la puntualidad del comienzo de las sesiones y a la calidad del programa científico, así como también a la labor de los intérpretes y recepcionistas. Por nuestra parte, sentimos la necesidad de evaluar el resultado del Congreso. En un artículo anterior (Revista Cotal, Año XIII, Nº 14, pág. 24, agosto 1974) señalábamos las consecuencias de los congresos internacionales y que "los incalculables beneficios, ya sean inmediatos o alejados, directos o indirectos, están en relación, en gran parte, con las inquietudes y visión de perspectiva del Comité Organizador, cuya problemática y responsabilidad no se pueden circunscribir, por lo tanto, a tratar de crear solamente una infraestructura adecuada para la organización".

Analizaremos a continuación los beneficios directos que Pediatría XIV ha traído a variados destinatarios, a saber: a los médicos participantes, a la Sociedad Argentina de Pediatría, a las autoridades y a nuestro país en general, y a la comunidad.

a) *Los médicos asistentes* intercambiaron opiniones y actualizaron sus conocimientos. Esta información fue transmitida durante los cursos precongreso, en las sesiones y exhibits científicos, y en la proyección de audiovisuales y filmes. Como perdurable transmisión de conocimientos las cintas grabadas y los once

volúmenes de actas cumplen una función trascendente.

La mejora de las relaciones humanas y la cálida amistad surgida entre los pediatras, muy especialmente a nivel de los "edecanes", permitirá mantener en el futuro un intercambio personal de conocimientos, incluyendo la obtención de becas de perfeccionamiento en los mejores centros de medicina infantil del mundo.

También seguramente el Congreso ha contribuido a la aparición de nuevas motivaciones. Los expositores en el programa científico han mostrado un adecuado material docente cuya preparación y presentación esmerada ha de servir de ejemplo a todos nosotros. Además, la importancia de mejorar los medios de comunicación ha forjado en la conciencia de los médicos la necesidad de conocer otros idiomas.

En suma, la realización del congreso internacional ha significado un verdadero estímulo para los pediatras y una revitalización intelectual de nuestros hospitales, universidades y centros de investigación, difícil de lograr por otro medio.

b) *La Sociedad Argentina de Pediatría* ha adquirido una mayor relevancia a nivel internacional. La distribución de folletos sobre "Pasado y presente de la pediatría argentina" y la concreción de un stand en el Congreso donde se exhibió la labor que desarrolla la Sociedad, han constituido eficaces vías de información. La adquisición, sin cargo, por parte de la Sociedad de numerosos libros y revistas de esta rama de la medicina contribuirá a enriquecer nuestra biblioteca. Conviene recordar aquí las palabras de Carly-

le: "La mejor universidad es una buena colección de libros". Por otro lado, la histórica convención de Buenos Aires, como la definiera Dogramaci, perdurará en el ánimo de todos, no sólo por la inclusión definitiva del español como idioma oficial de los congresos internacionales, sino también por la adopción de la misma imagen del binomio madre-hijo del emblema de Pediatría XIV como logotipo de la Asociación Internacional de Pediatría.

c) *A nuestro país y a sus autoridades.* Si bien la responsabilidad de organizar un congreso internacional resulta un verdadero desafío, su realización proyecta la imagen nacional y su nivel científico en el mundo. Pero además, nuestra historia, nuestra cultura, nuestra tradición y nuestra geografía (con sus importantes implicancias turísticas) se han difundido a través de los delegados de los 70 países.

En la Argentina, además del beneficio económico y aporte de divisas, se han incrementado industrias y creado fuentes de trabajo, no sólo en la época previa y durante su realización, sino aun luego de finalizado, por la necesidad de actualizar y perfeccionar los equipos médicos y de laboratorio. Al respecto debemos señalar que algunos equipos complejos que no se fabrican en el país y que han sido exhibidos durante el Congreso, ya fueron adquiridos por instituciones oficiales.

El elevado contenido social del programa científico y los problemas sanitarios han merecido especial atención técnica de los organismos sanitarios internacionales, los que han incrementado su relación con las autoridades nacionales encargadas de estas funciones.

d) *A la comunidad.* Nuestra comunidad ha sentido el reconocimiento del mundo a la pediatría argentina y ello se

traduce en una mayor seguridad y confianza del pueblo que percibe que la salud de sus hijos está bien protegida. Este fue el motivo de crear en la comunidad una atmósfera adecuada del Congreso, que se logró mediante una intensa campaña de educación sanitaria realizada a través de los medios colectivos de difusión. Este aspecto de extensión a la comunidad con la divulgación de conceptos preventivos antes, durante y después del Congreso, deberá ser continuado sin interrupción en el futuro por la Sociedad Argentina de Pediatría.

Una consecuencia indirecta que quizás no resultó suficientemente considerada es el entrenamiento intenso y práctica polifacética que ha adquirido el Comité Organizador. La transferencia del espíritu de empresa que dichos médicos han recibido, puede ser de utilidad para mejorar nuestra futura clase dirigente con mejor desempeño en sociedades científicas, hospitales, organismos sanitarios, etcétera.

Estamos observando que este Congreso ha despertado en colegas de otras especialidades y en otros profesionales la inquietud para que la Argentina sea elegida sede de nuevos congresos. También nuestra acción y los futuros compromisos que ya tiene el país, pueden servir de estímulo para que el Gobierno concrete la edificación del anhelado e indispensable Centro de Convenciones.

En conclusión, son múltiples, variadas e incalculables las consecuencias del Congreso Internacional de Pediatría. Por ello, oportunamente buscamos obtener el mayor número de participantes argentinos facilitando el pago y el monto de su inscripción y otorgando becas para médicos jóvenes, quienes representan la esperanza de la pediatría.

SIMPOSIO DE PEDIATRIA SOCIAL

Córdoba - Setiembre 19, 20 y 21 de 1975

La Sociedad Argentina de Pediatría, después de tratar distintas sugerencias sobre la necesidad de difundir en el país aspectos sociales y sanitarios de la Pediatría, ha considerado que la manera más eficaz es la realización de un encuentro nacional de médicos pediatras y de todos los integrantes del equipo de salud, que estén interesados en esos aspectos.

El XIV Congreso Internacional de Pediatría ha demostrado la importancia que los profesionales le asignan a aquellos temas referentes a los grandes problemas de la salud infantil.

Por otro lado, le ha brindado a una cantidad importante de pediatras la oportunidad de adquirir experiencia sobre la forma de organizar reuniones científicas masivas.

Teniendo en cuenta la aceptación de los temas por tratar y descontando la colaboración de todos los pediatras de la Sociedad Argentina de Pediatría, se ha aprobado la realización de un Simposio de Pediatría Social como sigue:

1) *Fecha*: 19, 20 y 21 de setiembre de 1975.

2) *Lugar*: Provincia de Córdoba. La localización exacta se está estudiando.

3) *Comité Organizador*: Presidente, Dr. Jorge Nocetti Fasolino; vicepresidente, Dr. Francisco Menchaca; secretario general, Dr. Alberto César Manterola; vocales: Dr. Miguel Bonelli, Dra. Nelly De Fina, Dra. Susana I. de Hoster, Dr. Jorge Mera, Dr. Hugo Milione, Dr. Rubén Paolucci y Dr. Raúl Ruvinsky.

4) *Programa científico*: Comenzará el 19 de setiembre a las 9 horas y se desarrollará el 19 y 20, mañana y tarde, y el

21 de setiembre por la mañana. Las actividades científicas serán las siguientes:

a) *Mesas redondas* - 8 en total; la organización correrá por cuenta de las Regiones de la Sociedad Argentina de Pediatría.

b) *Temas libres* - 4 sesiones de 2 horas cada una, destinadas a la presentación de trabajos sobre aspectos sociales y sanitarios de la Pediatría, presentados por cualquier profesional argentino o extranjero.

c) *Conferencias* - a cargo de especialistas argentinos y extranjeros, 4 en total.

f) Tratamiento en forma grupal de un tema central - Organización de la Atención Médica Pediátrica en la Argentina - Papel del Pediatra de Familia y del Médico General - Contenidos de la Atención - Enseñanza de los Aspectos Sociales y Preventivos de la Pediatría.

5) *Miembros*: Podrá ser miembro titular cualquier profesional o técnico que integre equipos de salud en la Argentina. Los miembros adherentes serán inscriptos por un titular.

6) *Idioma*: exclusivamente en castellano.

7) *Inscripción*: Miembros titulares 300 pesos hasta el 15 de junio; \$ 400 hasta el 15 de setiembre, y \$ 500 desde esa fecha. Los miembros adherentes y los profesionales y técnicos con menos de 5 años de recibidos pagarán el 50 %.

Todos los inscriptos, inclusive los miembros del Comité Organizador, pagarán su inscripción. Sólo se contempla la invitación de los conferencistas.

8) La inscripción de los temas libres se recibirá hasta el 30 de junio en la sede de la S. A. P., Coronel Díaz 1971-75.

Malformaciones bronquiales

MARIO H. DILLON

El desarrollo pulmonar comienza hacia los 24 días de vida como una protrusión que crece ventralmente y que proviene del intestino anterior.

En forma tal vez arbitraria suele dividirse al crecimiento pulmonar en tres fases. I) Glandular. II) Canalicular. III) Alveolar.

I) *Fase Glandular*: Persiste hasta alrededor de la 16a. semana. Durante esta fase la evaginación que proviene del intestino anterior crece y comienza a dividirse dicotómicamente introduciéndose paulatinamente en el mesénquima que lo rodea. Completa de esta forma el crecimiento bronquial desarrollándose posteriormente los cartílagos y las glándulas bronquiales, éstas quedan formadas hacia las 24 semanas.

II) *Fase Canalicular*: Es el crecimiento periférico del pulmón que dará lugar a la formación de los acinos pulmonares. Esta fase se caracteriza por la infiltración de los capilares entre las células epiteliales.

III) *Fase Alveolar*: Comienza aproximadamente en la semana 24a. y se caracteriza por evaginación de los extremos de los tubos epiteliales (bronquios) que forman posteriormente los alvéolos. A la 28a. semana, la atenuación del espesor de la capa de células del epitelio y la proliferación capilar son los fenómenos característicos de esta etapa.

Se detallarán a continuación las malformaciones traqueobronquiales más frecuentes

con criterio endoscópico. Su diagnóstico, confirmación y pronóstico. Es importante recalcar que las malformaciones traqueobronquiales se acompañan frecuentemente de alteraciones vasculares y que las malformaciones vasculares pueden a su vez provocar alteraciones en el crecimiento traqueal y bronquial.

Malformaciones traqueales

La agenesia de tráquea es sumamente rara y se acompaña generalmente de malformaciones severas que comprometen el esófago y el aparato cardiovascular.

Hipoplasia traqueal: (microtráquea) son reducciones del tamaño de la tráquea cuyo calibre es normal en la zona subglótica y que luego retoma calibres compatibles con la normalidad en ambos bronquios fuente.

La hipoplasia puede sin embargo extenderse a uno o ambos bronquios fuente provocando así una hipoplasia bronquial y seguramente pulmonar (fig. 1).

Otro tipo más frecuente es la *estenosis traqueal subglótica* producida por el cartílago cricoides predominantemente en su porción anterior y presumiblemente por una hiperplasia o hipertrofia. La tráquea tiene un calibre normal por debajo de la estrechez.

Hemos tenido la oportunidad de observar una duplicación de tráquea con hipoplasia bronquial (fig. 2).

Estas entidades no deben ser confundidas

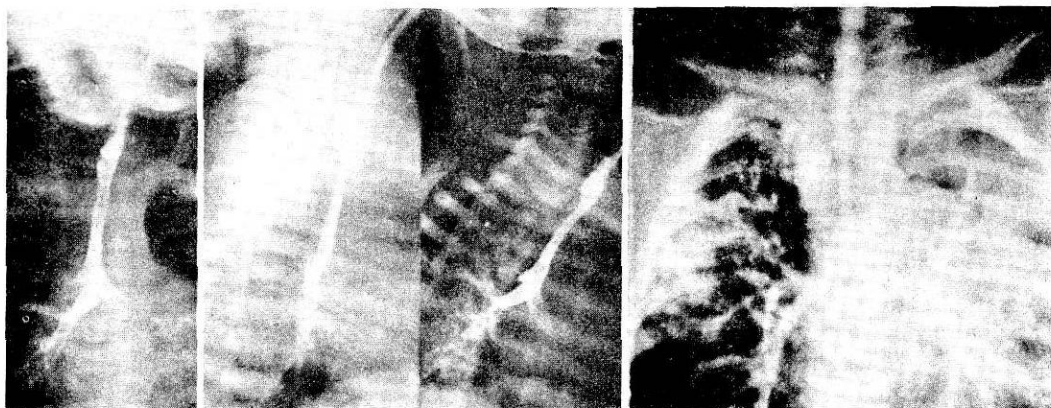
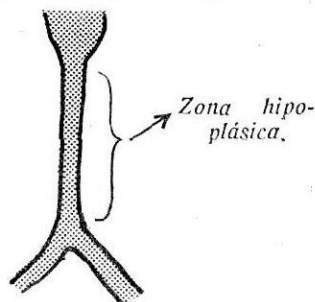


FIG. 1: *Micro tráquea: Traqueografía con tantalio. Se observa hipoplasia más acentuada en 1/3 medio de tráquea.*

Hipoplasia traqueobronquial:



con las compresiones extrínsecas de tráquea que son debidas generalmente a compresiones vasculares o a quistes broncogénicos de ubicación mediastinal alta.

Los síntomas clínicos se presentan en el momento del nacimiento si la malformación



FIG. 2: *Duplicación traqueal: Ambos bronquios fuentes son paralelos y de tamaño más pequeño.*
— FIG. 3: *Fistula esofagotraqueal: Se observa el pasaje de la sustancia baritada a tráquea.*

es importante, si no es tan severa suele hacerse presente en el transcurso de los primeros meses de vida coincidiendo generalmente con alguna intercurencia catarral que estreche aun más la vía aérea con secreciones espesas.

Los síntomas característicos son disnea, tiraje y cianosis en los casos extremos. Suele existir un estertor traqueal (audible a distancia) y sibilancias (inspiratorias) a la auscultación.

En estos casos de estenosis traqueal, la terapéutica a instituir puede ser salvadora para el niño. Es importante sospechar el diagnóstico cuando se presentan los signos clínicos comentados. Efectuar un estudio endoscópico y en lo posible tratar de precisar la lesión (ubicación, tamaño etc.). Posteriormente decidir si una traqueotomía es factible. Si la estenosis es muy marcada y llega al tercio inferior de tráquea, el tratamiento solo puede ser clínico con antibióticos, humidificación y fluidificación de secreciones y en

ciertas oportunidades pueden efectuarse broncoaspiraciones periódicas.

Si el paciente se recupera, es importante recordar que cualquier aumento de su cantidad o calidad de secreciones bronquiales pueden llegar a obstruirlo y que un simple resfrío es una enfermedad importante para él. La administración precoz de antibióticos y corticoesteroides y la cronoterapia hasta que el calibre traqueal aumente de tamaño.

Malformaciones bronquiales

Agenesia Bronquial: Puede ser bilateral siendo esta entidad sumamente rara. Cuando se produce unilateralmente es compatible con la vida. La agenesia bronquial se observa generalmente en varones y se encuentra afectado el pulmón izquierdo en la gran mayoría de los casos.

Cuando es compatible con la vida (gene-

es el tratamiento en estos casos.

Las malformaciones compartidas entre la tráquea y el esófago, provienen de su origen común y se limitan a fistulas esofagotraqueales únicas o múltiples (permeables o no) que pueden acompañarse o no de atresia de esófago (fig. 3).

Lóbulo traqueal: Es el origen de un bronquio en la pared traqueal derecha que se dirige hacia el vértice superior del pulmón derecho. Puede corresponder a un lóbulo accesorio del pulmón en cuyo caso se observa más abajo la saliencia del bronquio del lóbulo superior derecho propiamente dicho o en oportunidades puede ser la desembocadura del bronquio del lóbulo superior derecho en la tráquea. Es generalmente un hallazgo broncoscópico o broncográfico, pero si existe patología en el lóbulo al cual ventila es posible que todo el lóbulo esté malformado (disgenesia quística adenomatoide de pulmón).

almente cuando es la única r...
el pulmón contralateral crece h...
tórax izquierdo pasando por de...
nón. La imagen endoscópica es...
vándose la continuación de la tr...
bronquio único (sin carina) ...
ralmente la distribución lobula...
ria normal (fig. 4).

Las anomalías vasculares pul...
mente repercuten sobre los bro...
mismos salvo en el caso de hip...
nar en la cual los bronquios pu...
pequeños.

Atresia congénita: Entidad s...
ra que afecta generalmente al...
co posterior del lóbulo superior...
su origen siendo luego perme...
periferia. Esto da lugar a la...
su porción permeable por secre...
y a una distensión con hipercla...
lóbulo remanente (radiográficam...

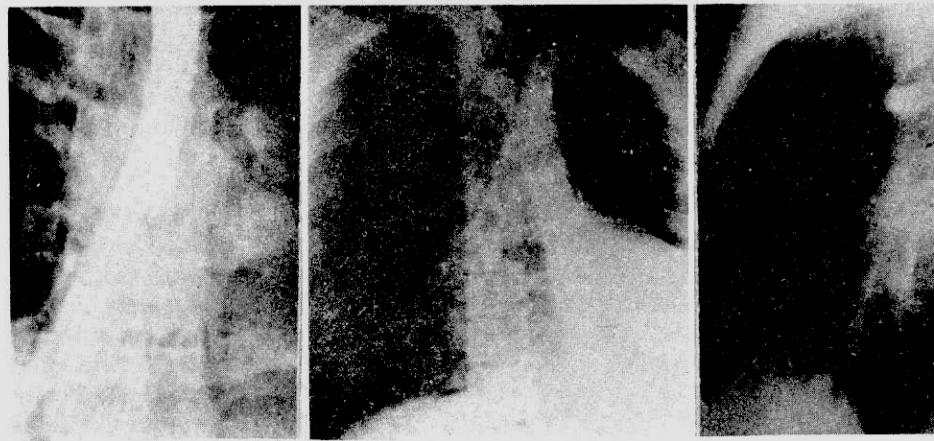


FIG. 4: Agenesia bronquial: No se observa endoscópicamente el bronquio fuente izquierdo. La broncografía muestra una tráquea que se continúa con el bronquio fuente derecho. En la Rx anteroposterior se observa un neumocelo izquierdo.

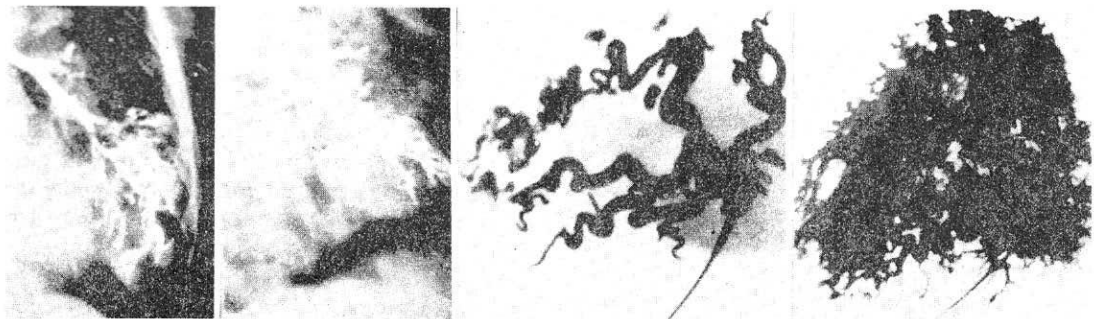


FIG. 5: *Secuestro pulmonar*: Se observa falta de relleno broncográfico en la zona retrocardiaca tanto en la Rx anteroposterior como en el correspondiente perfil. Es la región ocupada por el secuestro pulmonar. *Secuestro pulmonar: Pieza quirúrgica*: Se observa la red de vascularización sistémica, después de inyectar sustancia radioopaca en dichas arterias.

Secuestro pulmonar: Malformación pulmonar congénita en la cual una porción del parénquima pulmonar recibe una vascularización sistémica proveniente generalmente de la aorta abdominal o torácica. Existen dos tipos de secuestro: intralobar y extralobar.

Secuestro intralobar: Esta malformación se caracteriza por ser un sistema cerrado que se encuentra dentro de la pleura visceral, sin estar conectado con el sistema bronquial de dicho pulmón. Broncoscópicamente y broncográficamente se observa un árbol bronquial relativamente normal, pero rechazado y a veces rotado por la masa secuestrada. El diagnóstico más preciso se efectúa con una aortografía que muestra los vasos aberrantes que nutren al secuestro y que luego dre-

nan en las venas pulmonares (shunt izquierda a izquierda).

Secuestro extralobar: Masa secuestrada que está por fuera de la pleura visceral conformando un trozo de pulmón ectópico con pleura propia recibiendo su vascularización en forma semejante al secuestro intralobar pero drena en la circulación venosa sistémica (shunt de izquierda a derecha). No tiene patología bronquial (fig. 5).

Quistes broncogénicos: Son quistes congénitos que se forman como resultado de una anomalía en el crecimiento del árbol traqueobronquial en su etapa embriológica.

Hay dos tipos de quistes broncogénicos que son característicos:

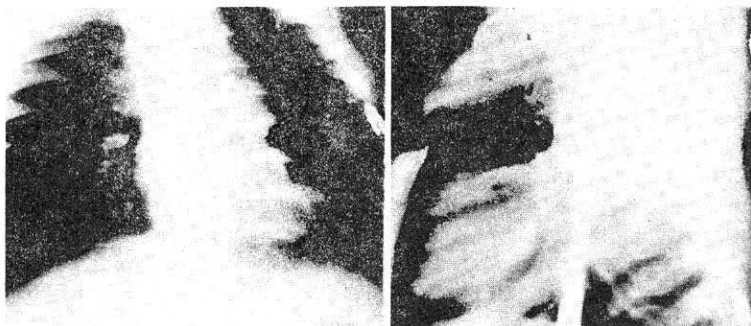


FIG. 6: *Quiste broncogénico*: Se observa en mediastino superior una imagen homogénea que delimita un borde redondeado de mayor densidad (Rx anteroposterior). En un papel con relleno esofágico se observa la compresión traqueal y el rechazo esofágico.

I) Mediastinales.

II) Parenquimatosos.

Los quistes broncogénicos mediastinales suelen dividirse en: a) paratraqueales; b) carinales; c) hiliares; d) paraesofágicos; e) misceláneos.

Estos quistes suelen tener un tamaño considerable y están en contacto con la tráquea y bronquios de grueso calibre a los cuales pueden llegar a comprimir. Pueden asimismo comprimir el esófago produciendo disfagia (fig. 6).

Enfisema lobar congénito: Es una sobre-distensión de uno o varios lóbulos de un pulmón. El cuadro más típico es una hiperclaridad de un lóbulo (generalmente uno de los lóbulos superiores o el lóbulo medio) con atelectasia del parénquima pulmonar homolateral y desplazamiento mediastinal. Es probablemente el desplazamiento mediastinal con los trastornos hemodinámicos lo que con-

figura la agudeza del cuadro en los casos severos y que se manifiesta por disnea, tiraje y cianosis. En otros casos los síntomas pueden aparecer en forma paulatina. El mecanismo que lleva a la instalación de la distensión pulmonar es complejo. Se presenta generalmente alrededor de los dos meses de vida o antes y se cree que es en el bronquio principal donde reside la causa que directa o indirectamente provoca la insuflación valvulada. Algunos trabajos suponen deficiencias cartilaginosas. Otros, secreciones que instalan la insuflación con luxación bronquial, bastando posteriormente esta rotación para que el mecanismo valvular continúe y llegue así al enfisema lobar severo.

En forma práctica debe realizarse una broncoscopia tratando de ubicar el bronquio del lóbulo afectado aspirando secreciones y permeabilizándolo. Si el estudio endoscópico es ineficaz y si la insuflación es irreversible deberá ir a una resección pulmonar.

S U M M A R Y

A brief introduction accounting for bronchial and lung development followed by a review of bronchial malformations from an endoscopic point of view are discussed, pointing out some of the most interesting cases studied by us the last years. The means by which diagnosis, confirmation and prognosis for each type of malformation are some of the items stressed in this paper.

Indicaciones de la broncografía

PATRICIA MURTAGH

La broncografía es un método auxiliar de diagnóstico de gran valor que tiene indicaciones muy precisas, pero no es un procedimiento de rutina en el estudio de los pacientes con enfermedades broncopulmonares agudas ni crónicas.

Sus indicaciones son las siguientes: a) Anomalías del árbol bronquial o de la tráquea. b) Compresión extrínseca. c) Bronquitis recurrente con sospecha de bronquiectasias. d) Atelectasias crónicas. e) Quistes pulmonares, para la localización preoperatoria de su topografía segmentaria. f) Secuestros intralobares, ya que con frecuencia presentan anomalías bronquiales (zona abronquial sugiere la existencia de un secuestro).¹

La limitación en la aplicación indiscriminada de este método está condicionada por una serie de hechos. La broncografía puede demostrar la existencia de lesiones y alteraciones anatómicas de los bronquios o su indemnidad, pero generalmente provee poca información sobre su funcionalidad, sobre la reversibilidad potencial de estas lesiones o

sobre el grado de compromiso del parénquima circundante.²

En muchos de los casos no ofrece mayor evidencia que la que proporciona una radiografía simple o el examen endoscópico, que deben realizarse con anterioridad y sin excepción en todo paciente en el cual se plante un estudio broncográfico. Finalmente, la posibilidad de alveolización y de persistencia en el pulmón del medio de contraste luego de realizado el estudio es una razón más para la selección adecuada de los pacientes a estudiar.

En la mayoría de los enfermos en edad pediátrica el procedimiento se debe efectuar bajo anestesia general y con buena permeabilidad de las vías aéreas previa a la introducción de la sustancia de contraste. Esto se logra con la kinesiaterapia intensiva en los días anteriores a la realización de la broncografía o por medio de la broncoaspiración. Se deben determinar con exactitud la zona o segmento traqueobronquial que se deseen examinar con el fin de elegir adecuadamente

el medio de contraste a utilizar y para obtener la opacificación selectiva de las vías aéreas en estudio. La introducción de la sustancia de contraste se hará utilizando una sonda radiopaca colocada a través de un broncoscopio o de un tubo endotraqueal y orientada hacia los segmentos bronquiales previamente determinados.

En la actualidad tenemos a nuestra disposición dos medios de contraste: el polvo de tantalio y el sulfato de bario metilcelulosa en suspensión. Cada uno de los cuales tiene ventajas y desventajas, por tanto distintas serán sus indicaciones.

El tantalio, por su forma física de polvo, se deposita sobre el epitelio bronquial sin ocupar ni ocluir la luz y debido a su mayor radiopacidad es necesaria poca cantidad de la sustancia para lograr una adecuada opacificación. Permite la visualización de la mucosa bronquial con gran detalle, obteniéndose imágenes que no se modifican con los distintos movimientos respiratorios ni con la tos. Su eliminación se realiza por medio de la actividad ciliar, permitiendo la medición del tiempo del clearance bronquial en controles radiográficos sucesivos. Es una sustancia inocua ya que, hasta la actualidad, no han podido ser demostrados efectos tóxicos locales ni sistémicos.³

Sin embargo, en determinados casos, el clearance de la sustancia es incompleto quedando parte del material alveolizado por tiempo indeterminado. Esta eventualidad ocurre cuando se opacifican ramas bronquiales distales al bronquio lobar.⁴ Otro inconveniente de tipo técnico que plantea el uso del polvo de tantalio es la posibilidad de su combustión cuando se utiliza para su insuflación oxígeno puro. Esto se obvia con el empleo de aire comprimido.

El sulfato de bario metilcelulosa es un éter metílico de la celulosa con poder dispersante y emulsivo muy parecido al de la carboximetilcelulosa, pero cuya viscosidad no es influida, como en esta última, por el calor, conservando la que el operador fijó al preparar la muestra. Por lo tanto, si al preparar la emulsión se determina cuidadosamente la viscosidad adecuada no se produce la inundación

alveolar que se observa con frecuencia cuando se utiliza la carboximetilcelulosa. Esta emulsión, por sus condiciones de hidrosolubilidad, se mezcla fácilmente con el mucus lográndose una mejor opacificación bronquial.⁵

El empleo de este medio de contraste en forma líquida tiene, sin embargo, algunos inconvenientes: a) Puede aumentar la obstrucción bronquial en pacientes muy pequeños o en aquellos que están muy obstruidos por abundantes secreciones. b) En ocasiones se produce el lleno difuso de varios segmentos bronquiales de ambos pulmones con superposición, en las incidencias de perfil, de los árboles bronquiales derecho e izquierdo, c) Las imágenes obtenidas se modifican rápidamente con la tos y respiraciones profundas, limitándose el tiempo durante el cual se pueden obtener radiografías adecuadas.

Teniendo en cuenta todas estas ventajas e inconvenientes de ambas sustancias hemos determinado las siguientes indicaciones. El polvo de tantalio será de elección para: 1) El estudio del árbol traqueobronquial proximal a los bronquios lobares. 2) Pacientes muy pequeños o aquellos en los cuales la obstrucción masiva de las vías aéreas pueda significar algún riesgo. 3) Aquellos pacientes en los cuales sea importante valorar las condiciones de colapsabilidad de la pared bronquial en determinados segmentos.

El sulfato de bario metilcelulosa será de elección para: 1) El estudio del árbol bronquial distal a los bronquios lobares. 2) Todo paciente en el cual la obstrucción bronquial transitoria no represente un inconveniente importante.

La broncografía está contraindicada o debe ser diferida cuando el paciente esté febril, en mal estado general o con alteración severa de su función pulmonar, cuando haya habido hemoptisis reciente y cuando las secreciones bronquiales sean muy abundantes.⁶

Teniendo en cuenta todas las consideraciones antedichas, la radiopacificación de las vías aéreas sigue siendo un procedimiento de gran valor diagnóstico y pronóstico en muchos procesos broncopulmonares, cuando es utilizado luego de una adecuada valoración clínica radiológica y endoscópica del paciente.

S U M M A R Y

Appropriate indications, precautions and complications of bronchography are discussed, considering the limitation of this procedure for the diagnosis of bronchopulmonary diseases. We evaluate the two contrast media actually used by us, determining under which circumstances powdered tantalum and methylcellulose barium sulfate should be used.

R E F E R E N C I A S

- 1 KAUFMANN H. J.: *Progresos en Radiologia Pediátrica*. 69-62. Ediciones Morata. S.A.
- 2 AVERY M. E.: Bronchography: Outmoded procedure. (Comentary), *Pediatrics*, 46 (3) 333-334, 1970.
- 3 NADEL J. A., WOLFE W. G., GRAF P. D., YONKER J. E., ZAMEL N., AUSTIN J. H. M., HINCHCLIFFE, W. A., GREENSPAN, R. H. and WRIGHT R. R.: Powdered tantalum: a new contrast medium for roentgenographic examination of human airways. *New Eng J. Med.*, 283: 281-286, 1970.
- 4 MURTAGH P. S., CAPURRO M., DILLON M. H., ALTERMAN E.: *Broncografías con polvo de tantalio en la infancia* (en preparación para publicar).
- 5 TEIXEIRA J.: A practical viscosimeter for suspensions of Barium and Methylcellulose in Bronchography. *Dis. of the Chest.*, 44: (1), 1963.
- 6 Committee on Therapy, American Thoracic Society: Bronchography. *Amer Rev. Resp. Dis.*, 101: 815-817, 1970.

RESUMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS

Trombocitopenia amegacariocítica con agenesia de radios

*Dres. A. Cebrián de Bonesana, Julia Giuntoli,
Olga Casabianca y J. A. Peñalver.*

Síndrome de rara incidencia caracterizado por presentar trombocitopenia congénita o perinatal asociada a disminución o ausencia de megacariocitos en médula ósea (M.O), no siempre acompañada de síndrome hemorrágico y agenesia de radios.

La mayoría de las veces los escasos megacariocitos observados en M.O. son inmaduros; en algunos casos hay reacción leucemoide.

Se han descrito casos con metaplasia mieloide, eosinofilia y anemia.

Las pruebas de fragilidad osmótica y las determinaciones enzimáticas de G-6-PD y PK son normales. La actividad de las fosfatasas alcalinas es normal. Los mecanismos de la coagulación son normales excepto las alteraciones inherentes a la trombocitopenia.

Pueden presentarse otras alteraciones esqueléticas asociadas a la ausencia de radios.

Se han mencionado P.T. perinatales con anomalías no esqueléticas secundarias a infecciones intrauterinas o por ingestión de drogas por la madre en los primeros meses del embarazo.

Caso: R. A. O., varón, de 24 días de vida que ingresa por hematemesis y malformaciones múltiples. Se puso de manifiesto su enfermedad a los 15 días de vida con manifestaciones hemorrágicas.

Antecedentes familiares y personales sin particularidades.

Ingresa pálido, petequias generalizadas. Abdomen globuloso, bazo a dos traveses e hígado a tres traveses del reborde costal.

Llama la atención el aspecto de sus miembros superiores: deformaciones a predominio distal bilateral, caracterizadas por acortamiento del segmento anti-braquial, palpándose ausencia de radios bilateral.

El control hematológico reveló anemia, reticulocitosis y leucocitosis; ausencia de plaquetas. M.O. con muy buena celularidad a predominio eritroide y mieloide; ausencia de megacariocitos. Prueba de Coombs directa negativa, V.D.R.L. negativa. Fosfatasas alcalinas, 40; ferremia, 70; siderofilina, 312 %; saturación, 23%; Hb fetal, 1,1 %; G-6-PD y PK, normales; hexoquinasa, 5,4 U; S. y Feldman, negativas. Estudio cinético, normal.

Se trató con corticoides, con períodos de descanso, de alrededor de 3 meses cada uno. La cifra de plaquetas así como los megacariocitos en M.O., persistieron bajos todo el tiempo que se los controló.

Se relaciona el TAR con la anemia de Fanconi, embriopatías sobre todo por thalidomide, el limbo cardiovascular, la trisomía 18 y el síndrome de anomalías congénitas múltiples.

Vacunación directa con B.C.G. en un sector de población de la ciudad de Buenos Aires

Este trabajo fue coordinado por el Dr. Francisco Dubra y un equipo de médicos, asistentes sociales y enfermeras del centro de salud N° 2 del Hospital Piñero.

Los autores presentan un trabajo de vacunación B.C.G. directa en un sector de la población de Buenos Aires, efectuado en 428 niños de 0 a 6 años de edad, lo que representó el 79,4 % de los susceptibles del área controlada por ese centro de salud.

El mismo fue realizado en terreno, mediante un inyector a presión manual a múltiple carga.

Hubo un 14,7 % de reacciones precoces (nódulo vaccinal). Estos niños fue-

ron derivados para estudio radiográfico. De 33 de ellos sobre los que se completó el estudio, 3 fueron considerados como primoinfectados.

Al 10 % de los vacunados que no presentaron reacciones precoces se les efectuó una prueba de tuberculina a las 12 semanas, encontrándose un 93 % de positividad a la misma.

Los autores recomiendan la bondad del método teniendo en cuenta los resultados obtenidos y la revacunación en aquellos casos en que no presentaron reacción vaccinal y fueron tuberculinonegativos a partir de los 3 meses.

Valoración del efecto de la amfotericina B en el tratamiento de las candidiasis cutaneomucosas

Dres. Ricardo J. Meroni, Heriberto L. Pérez y Ricardo E. Volonté

Los autores estudian el efecto de la amfotericina B suministrada por vía oral, en niños afectados de candidiasis superficiales (cutaneomucosas). Con este fin se seleccionaron 45 niños que presentaban evidencias clínicas (muguet y eritema de nalgas).

El diagnóstico fue confirmado con la investigación micológica correspondiente. Los niños fueron divididos al azar en dos grupos. Al primero de ellos se le sumi-

nistró amfotericina B en dosis de 50 mg tres veces por día durante una semana. Al otro grupo en dosis de 100 mg en igual forma. En ambos casos la dosificación enunciada fue independiente del peso del niño.

Previo al tratamiento y con posterioridad al mismo, se valoraron los enfermos clínicamente y se obtuvieron muestras para el estudio micológico de la cavidad oral y de materia fecal recién emi-

tida. Los resultados obtenidos antes y después del tratamiento se cotejaron y fueron sometidos a estudios estadísticos.

De este modo se llega a la conclusión que la amfotericina B en dosis de 50 mg redujo el número de colonias en materia fecal en el 50 % de los casos, no se observaron cambios en el 10 % de los pacientes y hubo un 40 % de ellos con resultados desfavorables. En cuanto a la candidiasis oral los resultados fueron favorables en el 76 %, desfavorables en el 16 % y sin cambios en el 6 % de los casos. En ningún paciente de esta serie la negativización de los cultivos fue completa. El estudio de estas cifras permite concluir que la droga administrada con la dosificación antedicha, no evidencia una efectividad significativa.

En cuanto al segundo lote de niños a quienes se administró amfotericina B en

dosis de 100 mg, la candidiasis oral evolucionó favorablemente en el 88 % de los casos (en el 40 % de los cultivos la negativización fue completa y en 24 % de ellos el número de colonias fue menor de 10 por placa); no hubo cambios en el 8 % y solamente fue desfavorable en el 4 % de los pacientes. La disminución en el número de colonias en materia fecal se observó en el 79 %, no hubo variación en el 9 % y solamente en el 12 % de los casos la evolución fue desfavorable.

En ningún caso se observaron efectos colaterales atribuibles a la droga.

De acuerdo con los datos obtenidos es posible inferir que la amfotericina B administrada por vía oral en dosis de 100 mg, tres veces diarias durante una semana, resulta una droga de alta efectividad en el tratamiento de las candidiasis cutaneomucosas.

Comentarios bibliográficos

El Hospital de Niños y sus hombres en la historia del país

Por Oscar R. C. Vogliano

Contiene el texto de una conferencia pronunciada por el autor en el Hospital de Niños de Buenos Aires. Es un trabajo pleno de datos e informaciones cuyo título está de acuerdo con su contenido. Revela por las fuentes consultadas una labor encomiable de investigación histórica desde la creación de la Sociedad de Beneficencia en 1823, escrito en estilo preciso y con fluidez que invita a una lectura sin pausa.

La impresión es de excelente calidad y la cubierta tiene una xilografía, bien lograda, del edificio original del Hospital de Niños en su ubicación actual.

El autor anuncia en preparación la "Historia del Hospital de Niños".

A. CAAMAÑO

NUEVOS PRODUCTOS

Ocelina pediátrica

Indicaciones

OCELINA está indicada en las infecciones provocadas por gérmenes grampositivos y gramnegativos, a saber:

Generalizadas o localizadas: septicemia, piohemia, endocarditis bacteriana, meningitis no tuberculosa, tromboflebitis, etcétera.

Como profiláctico en diálisis peritoneal.

Otorrinolaringológicas: tonsilitis, faringitis, sinusitis, otitis, complicaciones de la gripe, etc.

Respiratorias: bronquitis, neumonía, bronconeumonía, pleuroneumonía, complicaciones por *Haemophilus*, etc.

Vías biliares: angiolocolitis, colecistitis, hepatitis, salmonelosis biliar, etc.

Intestinales: gastroenteritis, disentería bacilar, fiebre tifoidea, etc.

Urológicas: pielonefritis, cistopielitis, cistitis.

Quirúrgicas: abscesos, flemones, peritonitis, osteomielitis, tromboflebitis postoperatoria, tratamiento pre y postoperatorio, etc.

Contraindicaciones: OCELINA PEDIÁTRICA como todas las penicilinas, está contraindicada en los pacientes hipersensibles a las mismas.

Posología

Utilizar la cucharita-medida de plástico, especialmente diseñada.

Lactantes hasta 10 kg: medir hasta marca 1 (125 mg de metampicilina sódica). Una medida cada 6 horas.

Niños de 10 a 15 kg: medir hasta marca 2 (250 mg de metampicilina sódica). Una medida cada 6-8 horas.

Niños de 15 a 20 kg: medir hasta marca 3 (375 mg de metampicilina sódica). Una medida cada 8 horas.

En los casos graves, estas dosis podrán ser aumentadas de acuerdo al criterio del médico.

Presentación

OCELINA PEDIÁTRICA: 1 frasco con metampicilina sódica (A) y 1 frasco con disolvente (B).

Otras formas de presentación:

Cápsulas

OCELINA 250 mg: Envases con 8 y 16.
OCELINA 500 mg: Envases con 8.

Inyectable

OCELINA 250 mg: 1 frasco-ampolla y 1 ampolla de disolvente.

OCELINA 500 mg: 1 frasco-ampolla y 1 ampolla de disolvente.

Fórmula

Cada envase contiene:

Frasco A: Metampicilina sódica, 2 g.

Frasco B: Fosfato monopotásico anhidro, 0,129 g; fosfato disódico anhidro, 0,339 g; sacarina sódica, 0,030 g; esencia de frutilla, 0,225 g; agua destilada esp 15 ml.

Laboratorios Roux-Ocefa S.A., Montevideo 79, Buenos Aires.