



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11237

HIS

4
2ej-

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIO DE POSTGRADO

Hospital Infantil del Estado de Sonora

Revisión de 33 casos Estudiados como Neumopatía Crónica
en el Hospital Infantil del Estado de Sonora

T E S I S

Que presenta para obtener el grado de especialidad en
Pediatria Médica

Dr. Oscar Alvarez Palacios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hermosillo, Sonora, Febrero 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	<i>PAGINA</i>
<i>INTRODUCCION.....</i>	<i>1</i>
<i>PROPOSITOS Y NECESIDADES.....</i>	<i>8</i>
<i>ALCANCE Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....</i>	<i>9¹</i>
<i>PROCEDIMIENTOS.....</i>	<i>10</i>
<i>O B J E T I V O S</i>	<i>11</i>
<i>MATERIAL Y METODOS.....</i>	<i>12</i>
<i>RESULTADOS.....</i>	<i>13</i>
<i>DISCUSION.....</i>	<i>27</i>
<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>29</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>30</i>

I N T R O D U C C I O N .

Neumopatía Crónica, se define convencionalmente en el niño como la presencia de síntomas respiratorios de evolución continua, durante tres o más meses, o, bien, con evolución recidivante, por seis o más recidivas en el transcurso de 12 meses, y, sin diagnóstico fundamentado en el momento de su ingreso. (1, 2).

En la literatura médica, han sido ampliamente tratadas las enfermedades que se manifiestan por síntomas respiratorios crónicos, por ejemplo, la tuberculosis pulmonar, supuración broncopulmonar por bronquiectasia, la neumonitis intersticiales alérgicas por antígenos extrínsecos o intrínsecos, las cardiopatías con insuficiencia cardíaca derecha que cursan con bronconeumonías repetitivas, coccidioidomicosis, entre otras. (1, 3, 4).

El concepto de Neumopatía Crónica en el niño, no se menciona en los textos de Pediatría antes de 1970. Los autores se concretan a señalar que la bronquitis crónica como entidad nosológica aislada, es muy rara en niños y que en todo caso se le encuentra asociada con infección crónica de las vías aéreas superiores, asma bronquial, infección por hongos en el tracto respiratorio, falala cardíaca crónica, cuerpo extraño en vías aéreas inferiores y fibrosis quística. (1).

En los años siguientes, los autores sajones, tienen un creciente interés en el estudio del niño con tos crónica, sin embargo, no existe hasta la fecha, un consenso en relación con la definición del problema que se confronta. (1).

Para algunos Autores, la persistencia de síntomas respiratorios en el niño, durante dos a cuatro semanas, a pesar del tratamiento, es suficiente para considerar al paciente como un bronquítico crónico, ya que la mayoría de las enfermedades respiratorias agudas en los niños evolucionan hacia la curación o hacia la complicación en un lapso de dos a tres meses. (5).

Los síntomas del tracto respiratorio como la tos, las sibilancias o estridor, pueden aparecer frecuentemente o persistir por un largo período de tiempo, un síntoma en apariencia benigno inicialmente, puede ser preludio de un grave problema del tracto respiratorio inferior. (1, 3).

La información adicional precisa para determinar la etiología, puede incluir:

- Historia de situaciones atópicas (asma, urticaria, rinitis alérgica, etc.)*
- Síntomas de mala absorción o una historia familiar que indique fibrosis quística.*
- Síntomas relacionados con la alimentación sugestiva de aspiración.*
- Un episodio de asfixia, relacionado con la aspiración de un cuerpo extraño. (3).*

En la literatura médica, encontramos diversas enfermedades o trastornos que se asocian con síntomas respiratorios crónicos, como por ejemplo: la asociación de enfermedad por reflujo gastroesofágico, y,

alteraciones en el mecanismo de la deglución con bronquitis de repetición han sido documentados (1). Un exceso de reflujo, durante el sueño también se relaciona en niños con síntomas de enfermedad pulmonar crónica, apneas o evidencia objetiva de enfermedad pulmonar. (6, 7).

Otros síntomas relacionados, son: vómitos frecuentes, disfagia, rumiación, posición de Sandifer. La obstrucción de las vías aéreas a diferentes niveles, se manifiesta por estridor, tiraje intercostal, espiración prolongada, estertores sibilantes, fascies adenoidea, asma bronquial refractaria.

En el síndrome de supuración pulmonar, se puede integrar por: tos, expectoración mucopurulenta, signología respiratoria, y, ataque al estado general. (1).

Las alteraciones por algunas inmunodeficiencias primarias, se establecen en presencia de infecciones repetitivas, desde los primeros meses de vida, difíciles de erradicar, que afectan a diversos aparatos y sistemas, principalmente, respiratorio (9), se encuentran algunos antecedentes, tales como: amigdalectomía, diarrea crónica, candidiasis oral o cutánea, erupciones cutáneas semejantes al lupus eritematoso y dermatitis atópica, petequias, cabello escaso e hipopigmentado, ausencia o hipotrofia de órganos linfoides, o bien, hepatoesplenomegalia con ataque al estado general. (1), además de encontrar enfermedad materna durante la gestación, prematuridad, somatometría subnormal al nacimiento, historia familiar de enfermedades autoinmunes, reacción adversa a las

inmunizaciones. Las alteraciones cardíacas, se relacionan con los siguientes signos: soplo thrill, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca, cianosis e hipertensión arterial pulmonar.

Estas alteraciones se relacionan en forma directa con los diferentes grupos de edad; por ejemplo, los trastornos de la deglución, se observan en lactantes, así como, enfermedad por reflujo gastroesofágico, asma bronquial en los preescolares, las bronquiectasias en los escolares y, neumonitis por hipersensibilización en los adolescentes. La eventración diafragmática en el niño, manifiesta síntomas con antecedentes de infección pulmonar y poca tolerancia al ejercicio, en cualquier edad, (10), las disgammaglobulinemias, se relacionan en forma frecuente con infecciones del tracto respiratorio inferior en forma recurrente, como neumonías y bronquitis crónica, relacionada con la deficiencia de IgA e IgE. (1, 5, 9).

El diagnóstico etiológico y tratamiento del niño con manifestaciones respiratorias crónicas, es difícil. Es necesario sistematizar el estudio de estos pacientes en forma racional, en base, principalmente a la historia clínica y estudios orientados de laboratorio y gabinete. Una aproximación sistemática del diagnóstico y tratamiento de estos niños, consiste en determinar si el síntoma es la manifestación de un problema menor o un proceso que pone en peligro la vida, establecer o crear una hipótesis de los mecanismos patogénicos subyacentes mas probables, y, así seleccionar la terapéutica más simple que a menudo puede ser una terapéutica sintomática. (1, 2, 3, 5); por ejemplo, en la

enfermedad por reflujo gastroesofágico, la radiografía de tórax, muestra una imagen sugestiva de broncoaspiración crónica, estas imágenes son: distensión pulmonar bilateral con patrón bronquítico de la base derecha, la misma sobredistensión con patrón bronquítico apical derecho, imágenes de opacidad homogénea en zonas axiales; derecha e izquierda, imagen de vidrio despulido, y, diversas combinaciones de estas imágenes. (1, 8). Las secuelas tardías de la infección respiratoria, asma bronquial de los cuerpos extraños en vías aéreas y de todos los procesos inflamatorios crónicos, el parenquima pulmonar, tiene como denominador común la producción de fibrosis, enfisema perilesional, distorsión de las estructuras anatómicas y bronquiectasias. Los exámenes de laboratorio y gabinete a realizar, deben de estar encaminados en base al síntoma o signo sobresaliente, en orden de menor a mayor riesgo (método invasivo), y, menor costo. (1, 2).

Estos se pueden clasificar por etapas en la forma siguiente:

ETAPA I.

Radiografía simple de tórax.

Radiografía de senos paranasales.

Radiografía lateral de cuello.

Biometría hemática completa.

Búsqueda de eosinófilos en moco nasal.

Cultivos nasofaringotraqueales de secreciones.

Coproparasitoscópicos en serie.

Intradermoreacción a la tuberculina y cocciodina.

Electrocardiograma.

Cuando el estudio clínico y resultados sistemáticos de la etapa I, fundamentan el diagnóstico nosológico, se prescribe tratamiento específico, cuando no es posible fundamentarlo, se selecciona el síntoma o signos sobresaliente, orientado el estudio del paciente e indicando los procedimientos auxiliares, diagnósticos de menor a mayor riesgo, invasión y costo, por lo que se indicarían auxiliares diagnósticos de la etapa I y II, que serían los siguientes:

ETAPA II.

Serie esofagogastroduodenal.

Electrolitos en sudor.

Grasas en heces, sudan III, actividad triptica en heces.

Fijación del complemento y precipitinas a la cocciodina.

Pruebas inmunológicas específicas.

Proteínas totales y fracciones.

Macrófagos cargados de lípidos.

Macrófagos cargados de hemoderina.

Prueba de función respiratoria.

Movilidad diafragmática

Broncografía.

Laringoscopia.

Médula Osea.

ETAPA III.

Esofagoscopia.

Broncoscopia.

Biopsia pulmonar (por punción o, a cielo abierto).

Estudios hemodinámicos.

En relación al tratamiento, éste será de acuerdo al diagnóstico etiológico fundamentado, ya sea médico, quirúrgico, o ambos.

PROPOSITOS Y NECESIDADES.

El presente estudio sobre Neumopatía Crónica, en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, se efectuó con la finalidad de conocer el método de abordaje de este padecimiento, así como, por otro lado, conocer la incidencia en nuestro Hospital; así, conociendo un adecuado abordaje y manejo del mismo será de utilidad para facilitar el estudio y tratamiento de nuevos casos.

ALCANCES Y LIMITACIONES.

Se realizó la revisión de 33 expedientes de pacientes estudiados como Neumopatías Crónicas, en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, siendo este hospital de Tercer Nivel.

Las limitaciones encontradas, fué: el que el presente estudio es retrospectivo, los exámenes de laboratorio y gabinete que no se realizaron, así como, por diversas circunstancias no fué posible llevar un seguimiento en varios de nuestros casos, y, la supresión del tratamiento

PROCEDIMIENTOS .

El universo del estudio, fueron los expedientes de pacientes con diagnóstico de Neumopatía Crónica, que se encontraron en el archivo clínico de este Hospital y, que cumplieron los criterios de inclusión establecidos, se tomaron en cuenta las siguientes variantes: Sexo, edad, talla, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio y gabinete, métodos invasivos que llevaron a hacer el diagnóstico etiológico.

Los resultados se expresaron en porcentajes, y, se presentan tablas de tipo univariable.

NEUMOPATIA CRONICA.

O B J E T I V O S .

- *Conocer la frecuencia de Neumopatía Crónica en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.*
 - *Comparar nuestra experiencia en el Hospital, en relación a lo estudiado por otros investigadores.*
 - *Formular estrategias para el diagnóstico etiológico de Neumopatía Crónica.*
 - *Seleccionar el síntoma o signo sobresaliente, indicando los auxiliares de diagnóstico en función del mismo, y, en orden de menor a mayor riesgo, invasión y costo.*
 - *Establecer una correlación entre las manifestaciones clínicas y los criterios diagnósticos.*
 - *Determinar si el tratamiento administrado ha sido el esquema adecuado.*
 - *Promover un criterio uniforme del concepto de Neumopatía Crónica y, así establecer un abordaje diagnóstico adecuado.*
-

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron 85 expedientes clínicos y de autopsia de pacientes egresados del Hospital Infantil del Estado de Sonora, con diagnóstico final de Neumopatía Crónica, de los cuales unicamente 33 expedientes llenaron los criterios de inclusión establecidos para neumopatía Crónica los criterios fueron los siguientes:

Todo paciente ingresado al Hospital Infantil del Estado de Sonora, con diagnóstico primario de Neumopatía Crónica, presencia de síntomas del tracto respiratorio inferior de evolución continua por tres o más meses o, bien, de evolución recidivante con seis o mas recidivas en doce meses que no tenga diagnóstico fundamentado al momento del ingreso, y, radiografía de tórax con patología pulmonar.

A todos se les investigó los siguientes datos:

Nombre, edad, número de registro, sexo, origen, antecedentes epidemiológicos, fecha de ingreso, fecha de egreso, inmunizaciones, reacciones adversas a las inmunizaciones, así como, manifestaciones clínicas crónicas del tracto respiratorio inferior, estudios de laboratorio y gabinete realizados, o, métodos invasivos realizados para llegar al diagnóstico etiológico, tratamiento administrado, así como, respuesta observada al mismo.

Los datos obtenidos fueron recopilados en hojas de concentración de datos, y, los resultados fueron computados y expresados en tablas y cuadros, utilizando el método de porcentaje.

R E S U L T A D O S .

De los 33 expedientes estudiados por Neumopatía Crónica, predominó el sexo masculino sobre el femenino, con una relación de 1.7: 1; en relación al grupo de edad predominó el de lactantes menores de un año con un 60%; siendo el grupo de escolares el de menor incidencia. (Cuadro No.1 y 2) (Fig.1 y 2).

Con respecto al lugar de origen, la mayoría de los casos fué de Hermosillo, Sonora, y, el resto de casos de otras ciudades del Estado de Sonora y de Baja California, Sur. (Cuadro No.3).

Las manifestaciones clínicas encontradas con mayor frecuencia, fueron: tos crónica, síndrome de dificultad respiratoria, hipertemia, vómitos, estertores broncoalveolares, síndrome de condensación pulmonar, sibilancias, regurgitaciones, soplo cardíaco, disfonía, cianosis (Cuadro No.4).

En relación a los exámenes y procedimientos diagnósticos, éstos, los clasificamos en tres etapas, de menor a mayor riesgo y costo.

Se les realizó estudio radiológico a los 33 pacientes, encontrándose alteraciones con diversas imagenes radiológicas, se realizó electrocardiograma en tres casos, y, en dos se encontró hipertrofia ventricular izquierda, intradermoreaccion a la coccidiodina, fué positiva en los dos casos de coccidiodomicosis; el resto de estudios, fueron negativos (Cuadro No.5).

Las alteraciones radiológicas encontradas con mayor frecuencia fueron: infiltrado bilateral y opacidad apical derecha (Cuadro No.6)

De los 17 pacientes, en quienes se realizó serie esofagogastro-duodenal, en 12 se encontraron diversos grados de reflujo gastroesofágico, un paciente con alteraciones en el mecanismo de la deglución, la fijación de complemento y las precipitinas a la coccidiomicosis fué positiva en los dos pacientes con coccidiomicosis diagnosticada, inmunoglobulina a, disminuída en un paciente, electrolitos en sudor, elevados en el paciente con diagnóstico de mucoviscidosis; el resto de exámenes de la Etapa II, fueron negativos. (Cuadro No.7).

Se realizó broncoscopia en nueve pacientes, en dos casos no hubo alteraciones; en tres casos se encontró endobronquitis; en un caso se encontró bronquiectasis y fibrosis pulmonar derecha; en un caso se reporta colapso en bronquio principal izquierdo; en dos casos se encontró cuerpo extraño, la esofagoscopia se realizo en dos casos, y, sólo en uno se encontró esofagitis. Se realizó biopsia pulmonar en dos pacientes, una a cielo abierto, se encontró granuloma tuberculoso, y, una mediante punción percutánea, encontrándose datos compatibles de hemosiderosis pulmonar. (Cuadro No.8).

Se fundamentó el diagnóstico solamente en 25 casos (76%), y, no se llegó al diagnóstico en ocho casos (24%). (Cuadro No.9).

La etiología más frecuentemente encontrada en los casos en que se estableció el diagnóstico, fué en primer lugar: enfermedad por reflujo gastroesofágico, siguiéndoles coccidiomicosis pulmonar, síndrome sinobronquial y cuerpo extraño. (Cuadro No.10).

De los 25 casos diagnosticados, 22 recibieron tratamiento médico, y tres recibieron tratamiento quirúrgico. Observándose buena respuesta en 14 pacientes; en cuatro con evolución tórpida, fallecieron, y, en siete se ignora respuesta al tratamiento. (Cuadro No.11 y 12).

De los pacientes que recibieron tratamiento médico, este fué administrado de acuerdo al padecimiento encontrado; así por ejemplo: los doce pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, recibieron tratamiento con dieta espesada, posición, domperidona, hidróxido de aluminio y magnesio a dosis convencionales. El tiempo de tratamiento, fué variable, desde tres meses hasta tres años, en aquéllos pacientes con antecedentes de daño neurológico de grado variable, la respuesta fué buena en nueve pacientes, y, en los tres restantes se ignora. Los dos pacientes con diagnóstico de coccidiomicosis, recibieron Anfotericina B, uno por un lapso de ocho meses con buena respuesta, y, el otro recibió solamente por seis días, con evolución fatal, y, falleció; de los dos pacientes con síndrome sinobronquial, uno recibió tratamiento a base de Trimetoprin/Sulfametoxazol, Ampicilina y pseudoefedrina por tres semanas, observándose buena respuesta; se ignora evolución en el otro caso.

De los tres pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico, a dos pacientes se les realizó broncoscopia, con extracción de cuerpo extraño en vías aéreas inferiores; en un paciente con persistencia del conducto arterioso, se realizó cierre quirúrgico del mismo, con respuesta

satisfactoria; cuatro pacientes tuvieron una evolución fatal y fallecieron por complicaciones de infección pulmonar sobreagregada. En los siete casos restantes, se desconoce la evolución.

Se encontraron diversas imágenes radiológicas, desde infiltrados bilaterales, sobredistensión pulmonar, zonas de opacidad homogénea derecha apical y basal, hiperflujo pulmonar, cardiomegalia, sobredistensión pulmonar izquierda con desplazamiento del mediastino y tráquea hacia la derecha, con opacidad pulmonar izquierda, pulmón derecho disminuido de volúmen en cuerpo extraño de vías aéreas; infiltrado parahiliar bilateral, y, engrosamiento de senos paranasales en síndrome sinobronquial.

El tiempo promedio para llegar al diagnóstico, fué de 34 días, y, el tiempo promedio de estancia hospitalaria fué de 51 días.

CUADRO No.1
 NEUMOPATIA CRONICA
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD.

<i>G R U P O</i> <i>E D A D (AÑOS)</i>	<i>No. DE</i> <i>CASOS</i>	<i>%</i>
- 1	20	60.0
1 - 4	10	30.0
5 - 9	1	3.0
10 - 14	2	6.0
15 y MAS	0	0.0
<i>T O T A L</i>	33	100.0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL H.I.E.S.

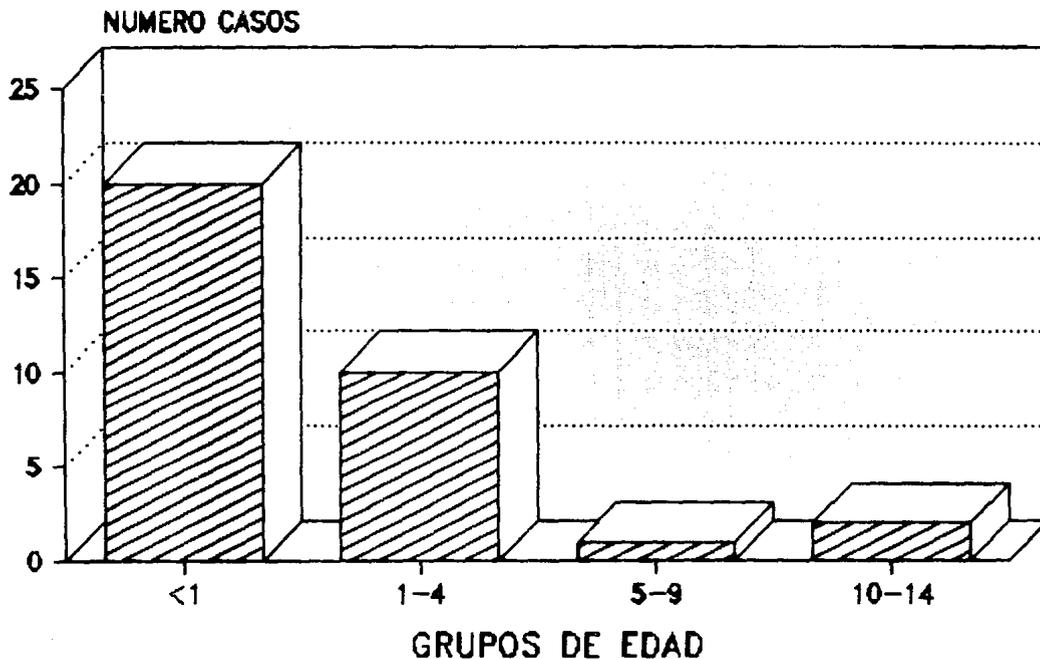
CUADRO No.2
 NEUMOPATIA CRONICA.
DISTRIBUCION POR SEXO.

<i>S E X O</i>	<i>No. CASOS</i>	<i>%</i>
<i>MASCULINO</i>	21	63.6
<i>FEMENINO</i>	12	36.4
<i>T O T A L</i>	33	100.0

RELACION MASCULINO/FEMENINO: 1.7-1

NEUMOPATIA CRONICA

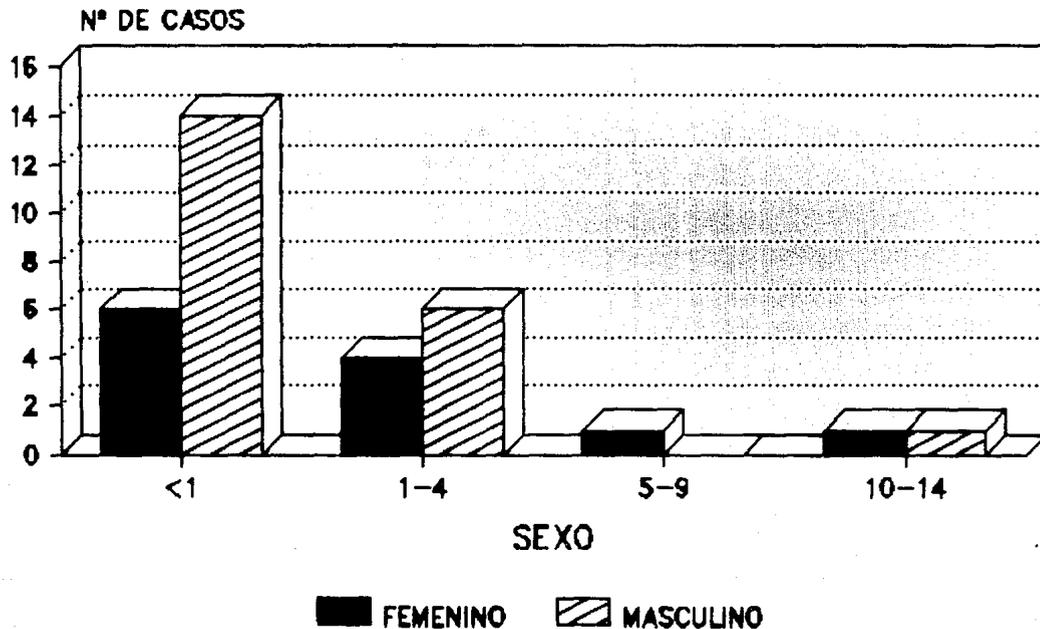
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD



FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.I.E.S.

NEUMOPATIA CRONICA

DISTRIBUCION POR SEXO



CUADRO No. 3

NEUMOPATIA CRONICA

PROCEDENCIA.

<u>PROCEDENCIA</u>	<u>No. CASOS</u>	<u>%</u>
HERMOSILLO	20	60.00
CABORCA	2	6.50
BAJA CALIFORNIA, SUR	2	6.50
CIUDAD OBREGON	1	3.00
NOGALES	1	3.00
HUATABAMPO	1	3.00
GUAYMAS	1	3.00
BACADEHUACHI	1	3.00
ALTAR	1	3.00
NACAZARI	1	3.00
VILLA JUAREZ	1	3.00
<u>T O T A L</u>	<u>33</u>	<u>100.00</u>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H. I. E. S.

CUADRO No.4

NEUMOPATIA CRONICA.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

<i>DATOS CLINICOS</i>	<i>No. CASOS</i>
- T O S	33
- SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	24
- ESTERTORES BRONCOALVEOLARES	15
- H I P E R T E R M I A	11
- V O M I T O S	10
- SINDROME DE CONDENSACION PULMONAR	9
- ESTERTORES BRONQUIALES	6
- REGURGITACIONES	6
- SIBILANCIAS	5
- SOPLO CARDIACO SISTOLICO	2
- TAQUICARDIA	1
- CIANOSIS	1
- DISFONIA	1
- HEPATOMEGALIA	1

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No.5

NEUMOPATIA CRONICA
EXAMENES REALIZADOS. ETAPA I.

<i>E X A M E N</i>	<i>No. DE CASOS</i>	<i>CON ALTERACIONES</i>
<i>RADIOGRAFIA DE TORAX</i>	<i>33</i>	<i>33</i>
<i>BIOMETRIA HEMATICA</i>	<i>33</i>	<i>2</i>
<i>Rx. SENOS PARANASALES</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<i>INTRADERMOREACCION A COCCIDIODINA</i>	<i>24</i>	<i>2</i>
<i>ELECTROCARDIOGRAMA</i>	<i>3</i>	<i>2</i>
<i>COPROPARASITOSCOPIICOS</i>	<i>26</i>	<i>0</i>
<i>P.P.D.</i>	<i>24</i>	<i>0</i>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

Cuadro No.6

NEUMOPATIA CRONICA.

ALTERACIONES RADIOLOGICAS.

<u><i>TIPO DE IMAGEN</i></u>	<u><i>No.DE CASOS</i></u>
<i>INFILTRADO BILATERAL</i>	<i>19</i>
<i>OPACIDAD APICAL DERECHA</i>	<i>13</i>
<i>OPACIDAD BASAL IZQUIERDA</i>	<i>4</i>
<i>SOBREDISTENSION PULMONAR</i>	<i>4</i>
<i>OPACIDAD BASAL DERECHA</i>	<i>1</i>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

Cuadro No.7

NEUMOPATIA CRONICA.

EXAMENES REALIZADOS. ETAPA II.

<i>E X A M E N</i>	<i>No.de CASOS</i>	<i>ALTERADOS</i>
<i>S.E.G.D.</i>	<i>17</i>	<i>12</i>
<i>CULTIVOS PARA BAAR</i>	<i>25</i>	<i>0</i>
<i>CULTIVOS PARA C.INMITIS</i>	<i>25</i>	<i>0</i>
<i>FIJACION DE COMPLEMENTO</i>	<i>14</i>	<i>2</i>
<i>PRECIPITINAS</i>	<i>14</i>	<i>2</i>
<i>INMUNOGLOBULINAS</i>	<i>10</i>	<i>1</i>
<i>ELECTROLITOS EN SUDOR</i>	<i>10</i>	<i>1</i>
<i>LIPOFAGOS</i>	<i>5</i>	<i>0</i>
<i>MECANISMO DE LA DEGLUCION</i>	<i>3</i>	<i>1</i>
<i>BRONCOGRAFIA</i>	<i>3</i>	<i>1</i>

FUENTE; ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

Cuadro No.8

NEUMOPATIA CRONICA.

EXAMENES REALIZADOS. ETAPA III.

<u>E X A M E N</u>	<u>No.de CASOS</u>	<u>ALTERADOS</u>
BRONCOSCOPIA	9	7
ESOFAGOSCOPIA	2	1
LARINCOSCOPIA	1	1
BIOPSIA PULMONAR A CIELO ABIERTO	1	1
BIOPSIA PULMONAR PERCUTANEA	1	1

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

Cuadro No.9

NEUMOPATIA CRONICA.

CASOS DIAGNOSTICADOS.

	<u>No.DE CASOS</u>	<u>%</u>
SE FUNDAMENTO DIAGNOSTICO	25	75.7
NO SE FUNDAMENTO DIAGNOSTICO	8	24.2

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

Cuadro no.10

NEUMOPATIA CRONICA.

*ENFERMEDAD U OTROS TRASTORNOS QUE DIERON ORIGEN A
"NEUMOPATIA CRONICA", POR ORDEN DE FRECUENCIA
EN 33 PACIENTES.*

	<i>No. CASOS</i>
<i>ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICA</i>	<i>12</i>
<i>COCCIDIIDIOMICOSIS PULMONAR</i>	<i>2</i>
<i>SINDROME SINOBRONQUIAL</i>	<i>2</i>
<i>CUERPO EXTRAÑO EN VIAS AEREAS</i>	<i>2</i>
<i>TUBERCULOSIS PULMONAR</i>	<i>1</i>
<i>BRONQUIECTASIA</i>	<i>1</i>
<i>DISGAMMAGLOBULINEMIA</i>	<i>1</i>
<i>PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO</i>	<i>1</i>
<i>MUCOVISCIDOSIS *</i>	<i>1</i>
<i>HEMOSIDEROSIS PULMONAR *</i>	<i>1</i>
<i>BRONCONEUMONIA HEMORRAGICA *</i>	<i>1</i>

** REPORTE DE AUTOPSIA.*

FUENTE; ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

Cuadro No.11

NEUMOPATIA CRONICA.

TRATAMIENTO ADMINISTRADO.

<i>TIPO DE TRATAMIENTO</i>	<i>No.DE CASOS</i>	<i>%</i>
<i>TRATAMIENTO MEDICO</i>	<i>22</i>	<i>66.8</i>
<i>TRATAMIENTO QUIRURGICO</i>	<i>3</i>	<i>9.0</i>
<i>NO RECIBIERON TRATAMIENTO</i>	<i>8</i>	<i>24.2</i>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

CUADRO No.12

NEUMOPATIA CRONICA.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

	No. CASOS	%
BUENA	14	56.0
M A L A	4	16.0
SE IGNORA	7	28.0
T O T A L	25	100.0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.I.E.S.

D I S C U S I O N .

El concepto de neumopatía Crónica, no se menciona en los textos antes de 1970. Los autores, se concretan a señalar que la bronquitis crónica, como entidad nosológica aislada, es muy rara en el niño, y, que en todo caso se le encuentra asociada con infección crónica de las vías aéreas superiores, asma bronquial, infección por hongos en el tracto respiratorio, falla cardíaca crónica, asma bronquial, cuerpo extraño en vías aéreas, fibrosis quística. En los años subsecuentes, los autores sajones muestran creciente interés en el estudio del niño con "tos crónica", sin embargo, hasta la fecha no existe un consenso en relación con la definición del problema que se enfrenta.

No fué posible conocer la incidencia en la población general, ya que la población analizada en este trabajo no es representativa, pues, es un estudio retrospectivo y con limitaciones.

Los padecimientos o trastornos que dieron origen a Neumopatía Crónica en nuestro trabajo, son similares a los encontrados en otros estudios (1), en orden de frecuencia fueron los siguientes: enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome sinobronquial, coccidioidomicosis, cuerpo extraño en vías aéreas inferiores, tuberculosis pulmonar, bronquiectasias, disgamaglobulinemia, persistencia del conducto arterioso, fibrosis quística, y, hem siderosis pulmonar. Las manifestaciones clínicas, son similares a las encontradas en otros estudios, la frecuencia relativa decreció en relación directa con la edad.(1)

Los resultados de laboratorio y gabinete, así como, los métodos

invasivos realizados, fueron de gran ayuda para llegar al diagnóstico etiológico, realizados en orden de menor a mayor riesgo, y, costo; como se reporta en otros estudios. (9).

Los datos radiológicos, concuerdan con lo reportado por otros investigadores, predominando sabredistensión pulmonar, infiltrados bronconeumónicos, zonas de opacidad homogénea apical o basal. (1,8)

El diagnóstico se fundamentó en 25 pacientes solamente, en un tiempo promedio de 34 días, con una estancia hospitalaria promedio de 51 días. El tratamiento se administró a los 25 casos, de los cuales, 14 observaron respuesta favorable; cuatro mala respuesta, y, en siete casos se desconoce la respuesta; esto, debido probablemente a diversos factores entre los cuales mencionamos, los pacientes que fueron derivados a otras Instituciones, por contar con Servicio Médico, otras, por decisión arbitraria del familiar, tal vez, como consecuencia de falta de cultura médica, y, posiblemente por falta de información de la enfermedad; por otro lado, puede influir la falta de recursos económicos, y, el área geográfica, ya que la mayoría de pacientes en los que no se fundamentó el diagnóstico, y, que abandonaron el tratamiento son de ciudades alejadas a este Hospital, incluso de otros Estados.

CONCLUSIONES

- 1.- *La historia clínica, es fundamental para llegar al diagnóstico.*
- 2.- *Conocer el orden de frecuencia constituye una guía útil para la orientación diagnóstica.*
- 3.- *No existen estadísticas nacionales sobre Neumopatía Crónica en nuestro país.*
- 4.- *Es más frecuente en lactantes, que en preescolares y escolares.*
- 5.- *La mayor frecuencia de Neumopatía Crónica en los niños estudiados, fueron lactantes con inmadurez neuromuscular, con alteraciones en el mecanismo de la deglución y enfermedad por reflujo gastroesofágico.*
- 6.- *No existe un criterio uniforme del concepto de Neumopatía Crónica, entre los médicos en nuestro hospital, lo cual ha dificultado su abordaje diagnóstico y la verdadera incidencia de este síndrome en nuestro medio.*
- 7.- *El estudio del niño con Neumopatía Crónica, debe ser sistematizado, racional y en base a una historia clínica exhaustiva, apoyada en una serie de exámenes bien valorados en relación a riesgo-beneficio-costo.*

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Pérez FL, Gamboa LA: GUIA PARA EL ESTUDIO DEL NIÑO "NEUMOPATA CRONICO". ANALISIS DE 273 CASOS CONSECUTIVOS. *Acta Pediátrica. Mex.* Vol.9 No.3, 1988; 119-126.
- 2.- Sotelo CN, Vallejo BE, METODOLOGIA DIAGNOSTICA EN EL NIÑO CON NEUMOPATIA CRONICA. *Bol.Med.Hosp.Inf.Edo.de Sonora.*
- 3.- Behrman RE, Vaughan VC, Nelson E.: VALORACION DE LOS SINTOMAS RECURRENTES O PERSISTENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR EN NIÑOS . 12a.Edición Interamericana Mex. 1988; 1112-1115.
- 4.- Kumate Jesús, TUBERCULOSIS E INFECCIONES POR MICROBACTERIAS ANTIPI CAS. 11a.Edición, Francisco Méndez Editor. Mex. 1990; 129-145.
- 5.- Behrman RE, Vaughan VC, Nelson E.: BRONQUITIS CRONICA. 12a.Edición Interamericana Mex. 1988; 1089-1091.
- 6.- Simpson H, Fiona H.; GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX AND THE LUNG ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD. 1991; 66: 277-283.
- 7.- By Lloyd M. y Co's. THE MEAN DURATION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DURING SLEEP AS AN INDICATOR OF RESPIRATORY SIMPTOMS FROM GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN CHILDREN. *Journal Of Pediatrics Surgery, Vol.26, No.6;* - Junio 1991; 686-690.
- 8.- Fernández-Perez L, Peña RA, Wapnir I: REFLUJO GASTROESOFAGICO EN NIÑOS. EXPERIENCIA EN 100 CASOS TRATADOS CON FUNDUPLICACION DE NISSEN. *Bol.Med.Hosp.Inf.Mex. Vol.42:* 256-265.
- 9.- Bellanti JA, DISGAMMAGLOBULINEMIAS. 2a.Edición Interamericana Mex. 1981; 559-562.

10.- Holder TM, Ashcraft KW.: *Cirugía Pediátrica: EVENTRACION DIAFRAG-
MATICA*. Interamericana Mex. 1987; 264.