

140

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
Triana N., Valdés P., Rauchwerger J., Alfonso G.
Nuevo Hospital Regional San Rafael de Girardot

Se evaluaron 216 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar y se determinaron sus características clínico-epidemiológicas. El síntoma más común fue la tos (53.23), el tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en ancianos; la patología más frecuentemente asociada fue la desnutrición; el patrón radiológico típico del adulto fue más frecuente (57.23). La población más comprometida incluyó pacientes del área urbana (90.72), adultos jóvenes (47.76%), subempleados (42.91), no asalariados (41.78). El esquema de tratamiento más utilizado fue el acortado supervisado (87.91), con curación del 57.81 y fracaso en 8 casos. Se trasladó el 20.11 de los pacientes, se perdió el 10.21, falleció el 2.31. El estudio de contactos se realizó en 134 pacientes. Se concluye que las características clínico-epidemiológicas de la TBC Pulmonar en Girardot corresponden a las descritas en los países en vías de desarrollo, y que la cobertura del Programa actual es insuficiente.

TUBERCULOSIS ENDOBRONQUIAL. EXPERIENCIA HOSPITAL SANTA CLARA DE BOGOTÁ; 1980 - 1990.

Sierra R., Ortega J., Baena J., Ojeda P.
Unidad de Neumología. Servicio de Broncoscopia, Hospital Santa Clara de Bogotá. Escuela Colombiana de Medicina.

La tuberculosis endobronquial ha sido considerada clásicamente como una complicación de enfermedad post primaria cavitaria avanzada; aunque en la actualidad es observada con frecuencia en tuberculosis pulmonar primaria progresiva. Este trabajo se efectúa con el objeto de determinar la presentación clínica, evaluación diagnóstica y comportamiento de esta entidad en nuestro medio.

A todos los pacientes con lesiones endobronquiales por broncofibroscopia en el período correspondiente a 1980 - 1990, se les practicó estudio directo de ZN y cultivo en medio de O.K. de lavado y cepillado bronquial. Además se tomaron biopsias de las lesiones visualizadas durante el procedimiento. Presentamos 81 pacientes con diagnóstico definitivo de tuberculosis endobronquial en quienes las baciloscopias fueron siempre negativas. Se les practicó broncofibroscopia con diagnósticos provisionales de tuberculosis, cáncer broncogénico, neumonía de resolución lenta, hemoptisis, EPID de etiología no clara y bronquiectasias. Durante el procedimiento se observaron cambios que en nuestra experiencia son eventualmente característicos:

1. Mucosa gruesa, granulosa e hiperémica, de superficie irregular, aspecto empedrado y de fácil sangrado al contacto con el broncoscopio.
2. Compresión extrínseca de la pared bronquial con posterior fistulización.
3. Tuberosidades sobre la mucosa bronquial de color blanco amarillento y aspecto "granulomatoso".
4. Ulceraciones bronquiales.
5. Diminución marcada de la luz bronquial ya sea lobar o segmentaria por edema.

Las biopsias efectuadas mostraron lesiones sugestivas de tuberculosis (granulomas caseificantes, necrotizantes y pseudogranulomas) en el 41,9% de los casos. El ZN de las mismas fue positivo en el 59% de los casos. Podemos concluir que la tuberculosis endobronquial se puede diagnosticar en base a los muy sugestivos hallazgos broncoscópicos y que estos hallazgos no obligan a la toma de lavado, cepillado y biopsia para un diagnóstico definitivo.

TUBERCULOSIS (TBC) MILIAR. CORRELACION CLINICORADIOPATOLOGICA EN AUTOPSIAS.

Dueñas C.C., Ojeda L.P., Ortega J.J.
Programa de Tuberculosis. Unidad de Neumopatología.
Hospital Santa Clara de Bogotá. Escuela Colombiana de Medicina.

Revisamos 32 casos de TBC miliar, diagnosticados por Autopsias, con el propósito de determinar los hallazgos clínicos, Radiológicos e Histopatológicos y la correlación que entre ellos pudiera haber.

Se encontraron 22 hombres (68%) y 10 mujeres (32%). El 50% tenía síntomas de más de 6 meses de evolución. Los síntomas más frecuentes fueron: tos (84%), disnea (68%), expectoración (65%), pérdida de peso (50%) y fiebre (44%). Los signos más importantes fueron: estertores (81%), disnea (68%) y consolidación (31%). La presentación radiológica fue: miliar (68%), cavitaria (31%) y neumónica (15.5%), compromiso pleural (28%) y ganglionar (6%). Se aisló el bacilo en sólo 7 pacientes (21%); el diagnóstico premortem no se sospechó en 35%. En la autopsia se evidenció compromiso pulmonar en 31 pacientes (96.8%). El compromiso extrapulmonar fue: hígado (81%), bazo (65%), ganglios (47%), riñón (40%), suprarrenales (18%), neurológico (15.5%). No se sospechó compromiso en ningún caso de afección esplénica (21 pacientes), pericárdica (5 pacientes) abdominal (4 pacientes), médula ósea (3 pacientes), ni en el 86% de compromiso hepático. 60% de los neurológicos, 62% de los renales. El bajo índice diagnóstico premortem se debió a la poca evidencia clínica, a atribuirle a sepsis y a sobrediagnosticar infección bacteriana. De los 14 pacientes con cavitación y 11 con compromiso pleural 28% y 19% respectivamente no tenía evidencia radiológica. La causa de muerte fue: SDRAA (62%), TEP (9%), insuficiencia hepática (9%), otros (20%). Se concluye que el patrón radiológico puede no ser típico de TBC miliar (32%) y que el SDRAA es con mucho la causa más importante de muerte por TBC miliar y siendo esta una entidad paucibacilar, debe siempre tenerse en mente para lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados que corrija el compromiso sistémico, evite las complicaciones y mejore la sobrevivencia.

TUBERCULOSIS PERITONEAL. SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA.

Torres CA, Pérez S.
Programa de Tuberculosis, Hospital Santa Clara de Bogotá.

Con el propósito de evaluar las características clínicas, los métodos diagnósticos, el tratamiento y la evolución de la tuberculosis peritoneal (TP) en el Hospital Santa Clara, revisamos las historias clínicas de todos los pacientes con este diagnóstico entre 1983 y 1989. La presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en coloración y cultivo de líquido peritoneal o material de biopsia y/o granulomas caseificantes en tal material, fueron los criterios diagnósticos. Quince pacientes reunieron los requisitos, 12 mujeres y 3 hombres (4:1); en su mayoría adultos jóvenes. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor y distensión abdominal (100 y 73%), pérdida de peso (67%) y fiebre (60%); ascitis (60%) y dolor abdominal a la palpación (60%) fueron los hallazgos físicos más comunes. Llamativamente 4 pacientes (27%) se presentaron con cuadro de abdomen agudo. No hubo masas abdominales palpables. Es frecuente el hallazgo de anemia (43%) y aumento de la V.S.G (X=42m). El estudio citológico en los pacientes con ascitis reveló un exudado linfocítico, incluyendo 4 pacientes con antecedentes de alcoholismo. La RX de Torax mostró derrame pleural en 5 pacientes (3 derecho, 2 subpulmonares). El diagnóstico se estableció mediante laparotomía en 9 pacientes, laparoscopia en 4, coloración positiva en 1 y presencia de TBC pleural confirmada más líquido ascítico con exudado linfocítico en otro. Dos pacientes tenían simultáneamente TBC pleural, 1 genital y 1 genital, renal y pleural. Catorce pacientes recibieron esquema acertado. Todos evolucionaron adecuadamente. La TP continua siendo frecuente en nuestro medio. El cuadro clínico variable dificulta el diagnóstico. En general el pronóstico es bueno si el diagnóstico es temprano. La confirmación bacteriológica no es fácil. La laparoscopia con biopsia es el método diagnóstico actual de elección; la laparotomía es ocasionalmente necesaria. Un método prometedor no invasivo, es la medición de ADA en el líquido ascítico.

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID): EXPERIENCIA CLINICA, FISIOLÓGICA Y RADIOPATOLOGICA EN 60 PACIENTES.

Dueñas C., Londoño A., Manzano A., Ojeda P.
Hospital Santa Clara, Bogotá.

Se revisaron los casos que con diagnóstico de EPID existieron en el Hospital Santa Clara de Bogotá entre Junio de 1984 y mayo de 1990, con el propósito de determinar la presentación clínica, funcional y radiopatológica con el fin de establecer patrones de frecuencia, determinar la correlación que entre tales parámetros pudiera haber y según los resultados, fijar unas pautas de diagnóstico y seguimiento para pacientes con EPID. Al estudio ingresaron 60 pacientes que tenían historia completa, estudio radiológico pre broncoscopia, lavado bronquioalveolar (LBA) con recuento celular y diagnóstico definitivo por patología. Se encontraron 33 hombres (55%) y 27 mujeres (45%) con una edad promedio de 41.7 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Alveolitis Alérgica Extrínseca (AAE) 20%, Silicosis (18.3%), Fibrosis Inespecífica (16.6%), Sarcoidosis (10%), Neumosis Eosinofílica (6.6%) y Carcinomatosis Linfoblástica (5%). De la historia clínica solo fueron relevantes los antecedentes laborales y de exposición avaria en pacientes con Silicosis y AAE respectivamente.

La PaO₂ fue menor en los pacientes con Fibrosis Inespecífica (41.5mmHg), siendo normal en los pacientes con Sarcoidosis. La curva flujo volumen fue restrictiva en el 45%, obstructiva en el 33.3% y normal en el 5%. El patrón radiológico en vidrio esmerilado basal se presentó en el 58% de los pacientes con AAE. Los recuentos del LBA con linfocitosis (47.5%) se vieron en pacientes con patrón de vidrio esmerilado y en la mayoría de los casos (92%), evolucionaron a la mejoría; mientras que los pacientes con patrón reticulonodular presentaron recuentos de neutrófilos mayores del 20% con mayor fibrosis en la biopsia y rápida evolución. La biopsia transbronquial fue positiva en el 75% de los pacientes y la biopsia abierta en el 94.7%. Otros hallazgos radiológicos como las líneas septales hacen sospechar Carcinomatosis Linfoblástica, mientras que las adenopatías hilares se asocian más con Sarcoidosis y Linfomas.

Los resultados del presente trabajo sugieren: 1. De la clínica, con los antecedentes ocupacionales y de exposición pueden limitarse el diagnóstico diferencial. 2. Algunos patrones radiológicos orientan hacia entidades determinadas, al tiempo que se correlaciona con la intensidad de la inflamación. 3. El estudio broncoscópico completo, incluyendo LBA y biopsia transbronquial además de ser diagnóstico en más del 75% de los casos es buen índice de actividad de la enfermedad y por lo tanto tiene gran valor pronóstico y de seguimiento. Las pruebas de función pulmonar a pesar de ser inespecíficas son buen índice del deterioro pulmonar y por tanto pueden ser empleadas como estudio inicial y como método de seguimiento no invasivo.

145

EFFECTIVIDAD DE LA CIPROFLOXACINA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR RESISTENTE

Grandos M., Franco G.

Instituto de Seguros Sociales y Hospital La María La tuberculosis continúa afectando un sector importante de la población. La búsqueda de nuevos agentes antituberculosos se hace necesaria por dos razones principales, mejorar la aceptación de los tratamientos por parte de los pacientes y combatir los bacilos resistentes.

Las fluoroquinolonas, desarrolladas en los últimos años, han demostrado "in vitro" actividad contra las Micobacterias. Por lo tanto realizamos un estudio prospectivo, controlado, doble ciego y aleatorizado, en 20 pacientes con tuberculosis pulmonar resistente, a los cuales se les administró 750 mgs. de Ciprofloxacina diariamente, asociada al esquema de Retratamiento Supervisado del Programa de tuberculosis de nuestro país (Colombia), durante 6 meses. La efectividad del tratamiento se evaluó por medio de la negativización del examen de esputo para bacilos tuberculosos, utilizando la tinción de Ziehl Nielsen.

A pesar de que "in vitro" todas las cepas fueron sensibles a Ciprofloxacina, cumplieron criterios de curación 1 de 10 pacientes del grupo de la Ciprofloxacina y 3 de 9 pacientes del grupo control, no existiendo diferencia estadísticamente significativa, entre ambas proporciones. No hubo efectos secundarios durante los 6 meses de tratamiento atribuibles a la Ciprofloxacina.

Con este estudio nosotros concluimos que este esquema de Ciprofloxacina asociado a Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etabutol no es efectivo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar resistente.

146

NEUMONIA LIPOIDEA ENDOGENA: EXPERIENCIA HOSPITAL SANTA CLARA DE BOGOTÁ.

Sierra R., Severiche D., Ojeda P.

Unidad de Neumología Servicio de Patología, Hospital Santa Clara de Bogotá - Escuela Colombiana de Medicina.

Este estudio se llevó a cabo con el fin de determinar la incidencia de esta entidad, en el Hospital Santa Clara de Bogotá entre los años 1987-1989, poco conocida y diagnóstica por el gremio Médico colombiano. En forma retro y prospectiva se recolectaron 20 pacientes, 8 mujeres y 12 hombres con un promedio de 48 años. Todos los casos estaban asociados a otra patología pulmonar: silicoatracos: 40%, bronquiectasias: 10%, carcinoma: 10%, tuberculosis: 10%, carcinoma escamocelular: 10%. Todos eran sintomático respiratorio, predominando la tos crónica productiva de aspecto mucopurulento y en el 40% de los casos de aspecto "yema de huevo", siendo este último considerado como característica de la noxa. Los hallazgos radiológicos fueron totalmente inespecíficos. Al 80% de los pacientes se les practicó broncofibroscopia y en el 62.5% de éstos se observó severo edema y engrosamiento de mucosa y espulones. Los estudios paraclínicos consistieron en la utilización de la coloración Sudán III en esputo, lavado bronquial y bronquiolo alveolar obteniéndose una sensibilidad del 100% en todos los especímenes que se practicó. El diagnóstico histológico se logró a través de las piezas quirúrgicas obtenidas por biopsia transbronqueal, biopsia pulmonar abierta o de cirujía siendo la macroscopia y la microscopia característica de la enfermedad: El parénquima corresponde a una condensación neumónica que característicamente tiene un color amarillito dorado, motivo por el cual ha recibido la denominación de Neumonía Dorada, y a nivel microscópico se observa la presencia de macrófagos que se caracterizan por poseer vacuolas de grasa en su citoplasma como se demuestra en la coloración de Sudán. Su patogénesis está muy controvertida, la hipótesis más aceptada es: La injuria tisular provoca daño vascular que lleva a extravasación de lípidos hacia los alvéolos, por alteraciones físicoquímicas se provoca aglutinación y precipitación de este material que es fagocitado por macrófago, debido a la obstrucción bronquial hay una depuración alterada de estas células lo que lleva a la neumonía lipóidea endógena. No hay ningún manejo institucionalizado hasta el momento aunque ciertos factores han recomendado esteroides en dosis altas.

147

PUNCIÓN ASPIRACION CON AGUJA FINA EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES TUMORALES SOLIDAS INTRATORACICAS

Bolívar G. F., Chaparro M. P., Ojeda L. P., Prada M. G.

Unidad de Neumología-Patología, Hospital Santa Clara, Bogotá. Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá.

Con el propósito de determinar la utilidad de la citología obtenida por Punción Aspiración Torácica Transpercutánea con aguja fina (Chiba #23), en el diagnóstico de lesiones sólidas intratorácicas, practicamos 68 procedimientos en 67 pacientes. El material para estudio citológico se comparó posteriormente con el diagnóstico histopatológico definitivo resultante del procedimiento realizado, esto es biopsia a cielo abierto, con aguja cortante, broncoscópica o por autopsia.

La localización de las lesiones fue 55 casos intrapulmonares, 11 mediastinales y 2 en reja costal. En 61 pacientes hubo diagnóstico histopatológico definitivo. La sensibilidad para malignidad fue del 87% y la especificidad del 91%. Se logró en el 86% de los casos correlación citología histología para lesiones malignas.

Los casos que no tienen diagnóstico histopatológico corresponden a situaciones donde la citología nos dió información pero no se pudieron continuar los estudios subsiguientes.

Encontramos 14 tipos celulares malignos: escamocelular, adenocarcinoma, anaplásico de célula grande y de célula pequeña, células germinales, timoma, linfoma, mesotelioma, schwannoma maligno entre otros.

La tinción de-Diff Quik mostró ser rápida e informativa acerca de la calidad del material aspirado y presencia de malignidad; además fue la mejor para la clasificación de los casos de neoplasias mediastinales, tumores de célula pequeña y linfomas. La coloración de PAP fue esencial para la clasificación de tumores pulmonares por citología.

Presentaron complicaciones 5 pacientes: 3 neumotórax, 1 hemoptisis y 1 muerte 1 hora después de la punción.

Concluimos que la punción aspiración torácica transpercutánea tiene elevada sensibilidad y especificidad con alta correlación citología histología, principalmente en lesiones malignas intrapulmonares periféricas.

Así, nos permitimos proponer el procedimiento como parte del estudio diagnóstico de pacientes con lesiones sólidas torácicas periféricas y de esta forma obviar estudios más invasivos, costosos y de mayor morbimortalidad.

148

HIPERTENSION PULMONAR SECUNDARIA A EMBOLISMO TUMORAL Y ARTERIOPATIA CARCINOMATOSA DESCRIPCION DE 3 CASOS CLINICOS

Prada M, G., Ojeda L, P.

Unidad de Neumología-Patología Hos. Santa Clara, Bogotá. Escuela Colombiana de Medicina, Bogotá.

Con el propósito de ampliar el horizonte de complicaciones torácicas de enfermedades malignas, describimos 3 casos de Hipertensión Pulmonar (HP) secundaria a embolismo tumoral y arteriopatía carcinomatosa.

Primero, mujer de 31 años, 8 meses de síntomas respiratorios y previa salpingooforectomía, cuya autopsia reveló embolismo tumoral de disgerminoma ovárico con componente de coriocarcinoma y arteriopatía carcinomatosa.

Segundo, hombre de 38 años con enfermedad intersticial pulmonar y hematemesis, quien demostró carcinomatosis linfangítica y embólica con arteriopatía carcinomatosa secundaria a adenocarcinoma gástrico oculto.

Finalmente, mujer de 24 años con historia de raspado uterino, quien presentó hipertensión pulmonar secundaria por carcinomatosis embólica y arteriopatía carcinomatosa por coriocarcinoma.

La obstrucción vascular por embolismo tumoral es frecuente, puede ser manifestación inicial de neoplasia oculta potencialmente tratable y no debe interpretarse necesariamente como metástasis, ya que existe destrucción intravascular de los fragmentos. La arteriopatía carcinomatosa se produce por proliferación e hiperplasia de la media e íntima inducida por las células tumorales creando hipertensión pulmonar. Hemodinámicamente, se comporta como embolismo e hipertensión pulmonar y cor pulmonale subagudo siendo este el responsable de la muerte en muchos casos.

El embolismo tumoral y la arteriopatía carcinomatosa, deben considerarse en el diagnóstico diferencial del infarto pulmonar, hipertensión pulmonar idiopática y síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto, principalmente cuando se presenta en adultos jóvenes.

UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA TORACOSCOPIA EN LAS ENFERMEDADES DE LA PLEURA Y PARENQUIMA PULMONAR, INDICACIONES, COMPLICACIONES, ESTUDIO PROSPECTIVO.

Ruben Dueñas, William Arciniegas.

Considerando la toracoscopia como un procedimiento muy útil en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la pleura y parenquima pulmonar y con la necesidad de adquirir mayor experiencia en este procedimiento, hasta el momento en nuestro medio olvidado. Se decidió hacer un estudio prospectivo en el Hospital Santa Clara en el cual se incluyeron: todos los pacientes con derrame pleural sin diagnóstico por los procedimientos diagnósticos comunes, (Toracentesis, Biopsia pleural con aguja de Cope); Neumotorax y enfermedad parenquimatosa pulmonar quienes se sometieron a biopsia pulmonar a cielo abierto.

En un periodo de tres años se realizaron 51 toracoscopias, en las siguientes patologías: Derrame pleural, (29); Neumotorax (18); Enfermedad intersticial difusa, (4).

Al analizar los resultados se llega a la conclusión que la toracoscopia es el procedimiento de mayor positividad diagnóstica posterior a la aguja de Cope en los derrames pleurales de etiología desconocida.

En los pacientes con neumotorax la toracoscopia es el procedimiento diagnóstico más preciso facilitando una conducta terapéutica más objetiva. En la enfermedad intersticial difusa del pulmón la biopsia a cielo abierto con menor morbilidad y mortalidad; no existe una alteración gástrica, (Hipoxemia o hipercapnia), importante durante la realización del procedimiento.

CANCER PULMONAR EN SANTANDER

Gómez A., Ramírez M.E., Bolívar F., Ospino R., Vargas D., Franco L.E., Calderón J., Cáliz R., Serrano M., Reyes W.
Universidad Industrial de Santander. HURGV

A partir de 1988 se creó un grupo multidisciplinario adscrito a la Unidad de Neumología para el estudio de pacientes con Ca pulmonar. El objetivo primordial fue lograr un manejo integral y conocer la incidencia en nuestro medio de Ca pulmonar.

Se han detectado 115 pacientes con esta enfermedad en Bucaramanga en los últimos 2 años y medio, sin embargo en este trabajo se hace un análisis descriptivo de 57 pacientes manejados en el Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV).

La distribución según sexo mostró predominio del sexo masculino (41), siendo más frecuente entre los 51 y 70 años (37). La mayoría eran fumadores (47). Se realizó TAC de tórax en 18 pacientes evidenciando masa en 16, nódulos mediastinales en 8 y compromiso de la pared torácica en 3 pacientes. El diagnóstico se comprobó por: biopsia bronquial en 22, trans bronquial en 3, citología del lavado bronquial en 40, biopsia pleural en 5, citología percutánea en 4, toracotomía en 3 y biopsia en otro sitio (adeno patías) en 12. El compromiso extrapulmonar fue: pleural en 10, pared torácica en 7, laringeo en 6 y cava en 5. El tipo histológico fue: escamocelular 41, Ca indiferenciado 7, adenocarcinoma 4 y Ca de células pequeñas 3. La clasificación utilizada fue la de AJCC (American Joint Committee on Cancer) y 53 de los 57 pacientes se clasificaron como estados III y IV. Por esta razón el tratamiento empleado en la mayoría fue la radioterapia, solo 5 pacientes fueron sometidos a cirugía. No fue posible determinar supervivencia por la dificultad en el seguimiento de los pacientes, porque algunos no aceptaron ningún tratamiento y otros se consideraron perdidos del seguimiento.

Este trabajo de grupo nos ha permitido conocer en una forma más precisa las características del Ca pulmonar en nuestra región y al mismo tiempo ofrecer un tratamiento más racional a nuestros pacientes.

ASMA OCUPACIONAL: FIQUE COMO AGENTE PRODUCTOR

Ramírez M.E., Mebarack C., Ramírez G.
Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga

Del 2 al 10 % de los casos de asma son de origen profesional. Presentamos la historia de una mujer de 42 años con tos, disnea y sibilancias de 6 meses de evolución. Tenía trabajando 23 años en una hilandería donde se procesaban derivados del fique en un ambiente altamente contaminado con polvo de esta fibra. Sus síntomas mejoraban durante el fin de semana y desaparecían al ser retirada del trabajo. Después de 7 meses fuera del trabajo y estando asintomática, la paciente fue expuesta a dicho ambiente, presentando tos seca, disnea marcada, dolor torácico y sibilancias, luego de solo una hora de labor en el segundo día postexposición. Las pruebas de función pulmonar (PFP) mostraron una disminución significativa de la CVF, del VEF, y del FMEF, permaneciendo la paciente sintomática 3 semanas adicionales. Se practicó el test de broncoprovocación (TPB) y determinación de anticuerpos específicos de la clase de IgE por pruebas cutáneas "prick" con un extracto acuoso desgrasado, preparado del polvo de la fibra vegetal. Para la TPB se utilizó extracto en dilución al 1:1000 (P/V) en un nebulizador estándar accionado por un compresor Devilbiss 561. La paciente desarrolló tos intensa, disnea y sibilancias espiratorias al examen físico. La CVF, el VEF, y el FMEF mostraron una reducción del 20 %. Las pruebas cutáneas con extracto al 1:100 mostraron pápula con pseudópodo mayor de 40 mm y eritema superior de 3 cm, lo cual sugiere participación de mecanismos de hipersensibilidad inmediata. La paciente permanece actualmente asintomática después de estar 16 meses fuera del trabajo. Este caso permitió descubrir a un nuevo agente industrial causante de asma y alertó a Salud Ocupacional para la detección de otros individuos afectados e iniciar medidas preventivas. Deseamos llamar la atención sobre la aplicación de esta metodología en la detección de nuevas causas de asma ocupacional en trabajadores expuestos al polvo vegetal.

FIBROSIS QUISTICA DEL ADULTO

Ramírez G. M. E.
Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga

La Fibrosis Quística (FQ) es un trastorno genético autosómico recesivo que afecta la función de las glándulas exocrinas, con clínica predominantemente pulmonar y digestiva. Estudios recientes han descrito un número creciente de casos en la edad adulta debido a un mejor manejo de la FQ de iniciación temprana o a inicio tardío de las manifestaciones. El objeto de esta presentación es ilustrar el primer caso de FQ en un adulto joven diagnosticado en Santander. Se trata de un joven de 27 años no fumador atendido en neumología por primera vez hace 2 años, con historia de tos, con expecto ración verde desde los 8 años, hemoptisis ocasional en los últimos 3 años y disnea progresiva de 6 meses de evolución, con ausencia de manifestaciones gastro intestinales, excepto un episodio de gastritis 3 años antes y con antecedente familiar de hermano muerto a los 11 años con trastorno pulmonar crónico. El laboratorio mostró poliglobulia (Hb 16.8 gm % Hcto 49), hipoxemia (PaO₂ 68, Sat O₂ 93 %). La placa de tórax signos de hiperinflación, infiltrados difusos mixtos en ACP, imágenes de tipo quístico en bases, tractos fibrosos en vértices y sombras en anillos hilares. El TAC de tórax: bronquiectasias y el de abdomen lesión quística en páncreas. La espirometría: defecto mixto, restrictivo y obstructivo con mayor compromiso restrictivo, siendo este de gran severidad. (CVF, VEF, y FMEF menor del 25%), sin respuesta al bronco dilatador. Los electrolitos en sudor por iontoforesis con estimulación con Nitrato de Pilocarpina: niveles de NaCl superiores a 100 mEq/lit característico de FQ. Múltiples cultivos de esputo: pseudomona aeruginosa cepa "mucoide" (virtualmente diagnosticada de FQ en el adulto joven), así como estafilococo aureus coagulasa (+). El espermoograma: azoospermia. Este caso ilustra la necesidad de considerar la FQ en el diagnóstico diferencial del adulto joven con sintomatología respiratoria crónica, siendo esencial practicar electrolitos en sudor.

153

PROTEINOSIS ALVEOLAR: LAVADO PULMONAR BILATERAL TOTAL

Ramírez, Z., R., Gómez, P., M.E., Morales, R., A
Departamento de Medicina Interna y Anestesiología
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín

El lavado unilateral pulmonar se ha considerado como la terapia tradicional para la proteinosis alveolar realizándose en dos sesiones anestésicas diferentes.

No aparece descrito en ningún artículo de la literatura mundial la realización en el mismo acto anestésico del lavado pulmonar total bilateral.

Informamos la realización exitosa de dos lavados pulmonares totales en el lapso de un año en un joven de 16 años con esta enfermedad, bajo anestesia general se separó la ventilación de cada pulmón con un tubo de doble luz y se procedió a lavar cada pulmón con 12 y 14 litros de solución salina a 37° heparinizado y amortiguado a un pH de 7.40. El tiempo de lavado fue de 3.5 horas. No se presentaron complicaciones. Se presenta la técnica, los hallazgos clínicos, radiológicos, gasimétricos y de seguimiento del paciente, el cual en el momento actual lleva una vida normal.

154

RELACION ENTRE GASIMETRIA ARTERIAL E HIPERTENSION PULMONAR (HTP) EN PACIENTES CON EPOC A NIVEL DE BOGOTA.

Pacheco D., Szainuk J.
Departamento Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

El presente estudio prospectivo y al azar, pretende estudiar la relación entre los gases sanguíneos y la HTP en pacientes con EPOC en diferentes etapas de evolución, basados en la gammagrafía ventricular derecha con radionúclidos (FVD) por el método MUGA, que ha demostrado tener una buena correlación con la HTP, y determinar si la HTP se presenta sólo en pacientes con hipoxemia e hipercapnia. Se estudiaron 63 pacientes a quienes se les practicó FVD y gasimetría arterial en reposo y respirando aire ambiente.

De los 63 pacientes, 36 tenían HTP (57%). De ellos, 29 (80%) tenían hipoxemia ($PO_2 < 80$), 18 (50%) tenían hipercapnia ($PCO_2 > 32$) y 20 (55%) tenían tanto hipoxemia como hipercapnia.

No se encontró relación entre la FVD con aumento del CO_2 ($X=0.021, P=0.5$), ni con la disminución del O_2 ($X=0.008, P=0.5$) ni con ambas características ($P=0.1$). De los 63 pacientes, 27 (43%) no tenían HTP. De ellos, 14 (52%) no tenían hipercapnia y solo 5 (18%) no tenían hipoxemia en el momento del examen.

Esto permite suponer que la HTP en pacientes con EPOC es multifactorial y que además de los trastornos gasimétricos deben existir otros factores asociados (distorsión del lecho vascular anatómico). De igual forma, se concluye que la HTP es rara en ausencia de hipoxemia. De otro lado la HTP se presenta indistintamente en pacientes con sólo hipoxemia o con ésta más hipercapnia.

155

ULTRASONIDO EN TORAX

Gutiérrez de Ruiz M., Dueñas R., Giraldo H. Departamentos de Radiología y Neumología Clínica A. Shao.
Bogotá Colombia.

El ultrasonido en torax se ha utilizado en la localización de líquido libre o tabicado; sin embargo existen otras condiciones en las cuales resulta de utilidad.

Hemos evaluado 48 pacientes con ultrasonido torácico, en los que se encontró: 31 hidrotorax, 12 de ellos acompañados por atelectasias, con líquido extrapleural en tres, de localización subdiafragmática en uno y mediastínica en dos. Además engrosamiento pleural en cinco, asociado a proceso neoplásico primario o metastásico en tres de ellos y en siete a lesiones de origen infeccioso (piotorax en tres). Todos nuestros pacientes tienen comprobación patológica por punción y/o biopsia o cultivo.

Esta experiencia sugiere que la caracterización de las lesiones periféricas pulmonares adyacentes a la superficie pleural, permite la diferenciación entre una colección en evolución y una masa primaria o metastásica, facilitando la realización de una punción-biopsia mediante guía ultrasonográfica, el uso del ultrasonido portátil es una ayuda rápida y eficiente en las alteraciones pulmonares de origen parenquimatoso, de etiología infecciosa, traumática etc., siendo posible observar "broncograma", zonas atelectásicas o procesos abscedados, que pueden ser difíciles de diferenciar en un estudio radiográfico simple de torax, especialmente en aquellos pacientes de difícil movilización (post-operatorios inmediatos, en respirador, unidades de cuidado intensivo, etc.).

En conclusión el ultrasonido es un método seguro, rápido, que no requiere la movilización del paciente, útil en varias patologías pulmonares, que con un poco de experiencia brinda una excelente ayuda al médico tratante.

156

MEDICION DE PRESION TRANSDIAPHRAGMATICA

Estandarización de la técnica y reporte de casos (Informe preliminar)

Bernudet M., Casas A., Suarez I.

Unidad de Fisiología Pulmonar, Hospital de San Ignacio, Universidad Javeriana, Bogotá.

Dentro de las determinaciones básicas que se realizan a diario en los laboratorios de fisiología pulmonar en nuestro medio, buscando evaluar objetiva y directamente la capacidad contractil del diafragma, se encuentran las mediciones de presiones inspiratoria y espiratoria máximas en la boca (PIB y PEB), la ventilación voluntaria máxima y la espirometría. Los resultados obtenidos por estos métodos, y en específico los dos primeros, por tener que corregirse para los volúmenes pulmonares y sustraerse de las presiones de retroceso elástico, obligan al desarrollo, de técnicas más exactas, como la medición de Presión Transdiafragmática (Pdi), para ser utilizadas en algunos pacientes con riesgo de distorsión de músculos respiratorios y fatiga diafragmática secundaria. La Pdi mide la fuerza de contracción desarrollada por el diafragma ante diferencias de presión; si voluntariamente se realizan esfuerzos máximos, se puede determinar la máxima potencia contractil del diafragma.

Por esta razón, y conociendo que esta técnica no se ha desarrollado en nuestro medio, decidimos estandarizar, con nuestros recursos, la medición de Pdi, y por otro lado describir los resultados obtenidos y su utilidad en algunos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipotiroidismo, para control de tratamientos, y prevención del desarrollo de fatiga.

Se tomaron 3 pacientes con EPOC y 3 con Hipotiroidismo y se les midió la Pdi basal y con esfuerzo, por medio de la colocación de balones de látex intraesofágico e intragástrico, conectados a transductores de presión, utilizando la maniobra de esfuerzo expulsivo a partir de capacidad pulmonar total, seguida de una maniobra de Muller superpuesta, con una boquilla de resistencia, y determinando las presiones pleural (Ppl) y abdominal (Pabd), para determinar la Pdi al sustraer ambas presiones ($Pdi = Pabd - Ppl$).

Los resultados en los pacientes hipotiroidizados, muestran una $Pabd = 47.5 \text{ cmH}_2\text{O}$, una $Ppl = 11.9 \text{ cmH}_2\text{O}$, y la Pdi fue de $59.4 \text{ cmH}_2\text{O}$ así mismo en los pacientes con EPOC el promedio de presiones mostró que la $Pabd = 29.8 \text{ cmH}_2\text{O}$, la $Ppl = 50 \text{ cmH}_2\text{O}$ y la Pdi fue de $79.8 \text{ cmH}_2\text{O}$, muy inferiores a los valores de individuos normales, pero dentro de lo esperado para este tipo de patologías. Al determinar el índice de tensión/tiempo del diafragma ($TTI = Pdi/Pdi \text{ max} \times Ti/Ttot$) se encontró en los hipotiroidizados un TTI de 0.14 muy cercano a la zona de riesgo de fatiga, y en EPOC de 0.05 que muestra una mayor reserva diafragmática.

Al estandarizar la técnica en nuestro medio, se permite en determinados tipos de pacientes, utilizar los resultados con grandes beneficios para el diagnóstico y la prevención de fatiga, músculos respiratorios.

PREVISIONES RESPIRATORIAS MAXIMAS ESTATICAS. ESTANDARIZACION DE TECNICA Y VALORES NORMALES EN BOGOTA.
Informe Preliminar.
Ferreñes, D., Bermúdez, M.
Unidad de Neumología, Hospital San Ignacio. Universidad Javeriana. Bogotá.

La determinación de Presión Inspiratoria Máxima (PIM) y Presión Espiratoria Máxima (PEM), es una forma sencilla de obtener una información global de la función de los músculos respiratorios; dada la importancia de estos para el funcionamiento adecuado del sistema se quiso estandarizar una técnica sencilla para su medición, tratando de establecer valores normales a la altura de Bogotá y compararlos con los existentes a nivel del mar.

Se estudiaron sujetos sanos, no fumadores, nativos y residentes en Bogotá, con valor normal de Flujo Espiratorio Máximo. Las mediciones se efectuaron con un manómetro para lectura directa conectado a un transductor de presión con amplificador y graficador electrónico para su registro y al paciente a través de una válvula de una vía con una boquilla. La PEM se midió a partir de Capacidad Pulmonar Total y la PIM a partir de Volumen Residual con un esfuerzo sostenido durante más de tres segundos. Se estudiaron 14 hombres y 13 mujeres entre los 20-29 años y 12 mujeres entre los 30-39, encontrándose:

	20 - 29 años		30 - 39 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
PIM *	-123.7	-95.8	--	-91.5
PEM *	+164	+115	--	+123.9

Los valores de PIM fueron similares, pero los de PEM fueron significativamente mayores ($p < 0.05$) a la altura de Bogotá para ambos grupos y sexos. Los hallazgos sugieren que los valores de PEM son mayores posiblemente porque la Capacidad Pulmonar Total sea mayor en la altura, lo que requiere estudios posteriores. Los valores fueron consistentemente mayores en hombres por su mayor masa muscular.

* Valores expresados en cm de H₂O.

ESPIROMETRIA Y GASES ARTERIALES POST- S.D.R.A.
R. Acero C; D. Londoño; A. Morales; M.J. Rodríguez; R. Gómez.
Neumología, Fundación Santa Fé de Bogotá.

El Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto (SDRA) con frecuencia se presenta en pacientes jóvenes, se acompaña de mortalidad elevada (30-80%) y se teme que los sobrevivientes queden con fibrosis pulmonar hipoxémica y severa limitación funcional. La literatura muestra que esto no es así y que la mayoría de los sobrevivientes no tienen secuelas pulmonares graves y llevan una vida normal. Se presentaron 9 pacientes sobrevivientes de SDRA, de acuerdo con la definición de los Drs MURRAY-MATHAY. 4 casos producidos por lesión pulmonar directa (Neumonía 2-Aspiración gástrica 1- Inhalación A.Nitrico 1). Edad: 19-35-42-62 años (X39). Índice de lesión pulmonar de 3.3 a 4 (X3 68). PEEP: 10 a 18 cm H₂O (X14.2). Ventilación Mecánica: 5-6-23-50 días (X21). 5 casos por lesión indirecta (Falla Hepática 2, Abs. Hepático y Sepsis 1- Politraumatismo 1. Post-Perfusión y Protamina 1). Edad: 28-30-52-61 años (x46.4). Lesión Pulmonar 2.6 a 4 (X3.37). PEEP 10 a 18 cm H₂O (X14.5). Un paciente con máscara CPAP 6 días y 4 con ventilación mecánica 26-30-42-80 días (X44) y Neumonía Nosocomial 3. Se estudiaron 8 pacientes en los 7 meses siguientes al SDRA (X3.2 meses) y uno 4.5 años después. 7 casos se encuentran asintomáticos, con espirometría normal, 6 con PaO₂ normal, D(A-a)O₂ 11 a 20 (X14.5) y uno con leve hipoxemia, D(A-a)O₂=25. RX Tórax normal 2; infiltrado intersticial 2; lóbulos 4; difuso 1. Dos de lesión indirecta presentan disnea de esfuerzo, la espirometría es restrictiva (CV= 41%-60%). No tienen gases arteriales y los RX Tórax tienen infiltrado reticular grueso y tractos fibrosos uno en todo el pulmón derecho con atelectasia y el otro en L.S. izq; Lingula, L.I.D. No se pudo relacionar la edad, la severidad de la lesión pulmonar, la presencia de neumonía nosocomial ni el tiempo transcurrido hasta la espirometría con las secuelas de estos pacientes.

El objetivo de esta presentación es resaltar la alta posibilidad de recuperación funcional después de un SDRA, a pesar de lesión pulmonar y radiológica severa.

BIOPSIA PULMONAR EN 28 PACIENTES HOSPITALIZADOS
R. Acero C.A. Morales G.M.J. Rodríguez. F. Marín.
Neumología - Fundación Santa Fé de Bogotá.

Se revisaron las biopsias pulmonares realizadas durante los últimos 28 meses en la Fundación Santa Fé de Bogotá. Se escogieron pacientes hospitalizados, con alteraciones respiratorias recientes (1-30 días) manejados por la sección de Neumología; con el objeto de revisar las causas de hospitalización; la capacidad diagnóstica de la biopsia transbronquial, sus diagnósticos y complicaciones. Se informan 28 pacientes, 21 con infiltrados difusos, 7 focales; 12 con ventilación mecánica, 8 inmunosuprimidos (transplante: renal 1, hepático 1, sida 3, linfoma 1, A. Reumatoidea 1, mielodisplasia 1); sin drome febril 13, enfermedad intersticial de causa desconocida 2; P. O. revascularización miocárdica 2; sépsis 1, politraumatismo 1, P.O. laminectomía 1. En 26 pacientes se hizo biopsia transbronquial y fue diagnosticada en 22 (84%); presentándose sangrado +100 a 200 cc en 2 casos; ningún neumotórax. De los 4 en quienes no fue diagnóstica; a 2 de ellos se les hizo biopsia abierta y en los otros dos la evolución clínica y radiológica correspondió a SDRAs y fibrosis pulmonar. En 4 pacientes se hizo biopsia abierta que fue diagnóstica en todos; con una sola complicación de escape de aire por 2 semanas. En total se hizo el diagnóstico en 26 paciente (92.8%). El diagnóstico implicó tratamiento activo (antibióticos, antivirales, antimicóticos, esteroides) en 20 pacientes (76.9%). Los diagnósticos histológicos fueron: Neumonía bacteriana 4, TBC 3; Neumonía N. Carini 2; Neumonía citomegalovirus 1; Histoplasmosis 1; Neumonía Eosinofílica 2; Bronquitis obliterante con neumonía en organización 6; Granulomas Necrotizantes (TBC?) 1; Neumonía intersticial crónica 1; Embolia grasa 1, Hemorragia alveolar 1; Daño alveolar agudo 3; Bronquitis 1; Pulmonar Sano 1.

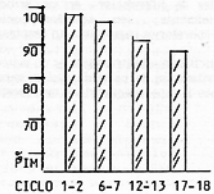
Biopsia	Pacientes	Difusa	Focal	Diagnóstico	Trat. Activo	Complic.
T. Bronq.	26	20	6	22 (84%)	16 (61%)	2 (7.6%)
Abierta	4	3	1	4 (100%)	4 (100%)	1 (25%)
Total	28	21	7	26 (92.8%)	20 (76.9%)	3 (10%)

La biopsia transbronquial es un método útil para el diagnóstico de las lesiones parenquimatosas pulmonares. Las complicaciones son poco frecuentes. Se sabe que el procedimiento se acompaña de hipoxemia; pero ni el sangrado ni el procedimiento fueron causa de complicaciones respiratorias ni hemodinámicas graves.

RIESGO DE FATIGA DIAFRAGMÁTICA.
R. Acero C. K. Segura. M.C. Salcedo.
Fundación Santa Fé de Bogotá.

Para estudiar el riesgo de Fatiga Diafragmática (F.D) se usa la prueba de contracciones inspiratorias máximas sostenidas (CIMS) que consiste en realizar 18 maniobras de presión inspiratoria máxima (PIM) sostenidas durante 10 segundos con intervalos de 5 segundos entre cada una de ellas. La PIM de cada maniobra se expresa como porcentaje de las dos primeras y en personas normales, la PIM de los ciclos 17-18 puede ser 77(+4)% de la PIM inicial. Cuando la PIM disminuye más de lo esperado se llama F.D. Se estudiaron 11 sujetos sin enfermedad; son espirometría y ventilación voluntaria máxima normal. Se les hizo PIM, PEM y fueron sometidos a la prueba de CIMS. 9 de ellos terminaron la prueba y se informaron: 6 hombres, 3 mujeres entre 21 y 32 años (26.5 años). La PIM promedio fue 112(+22.6) cm H₂O y corresponde a 97(+11.8)% de lo esperado (Blacky-Hyatt). La PEM fue -137.4(+12.6) cm H₂O que corresponde a 67.5(+16)% de lo esperado inferior a lo esperado ha sido informado en la literatura y por esto se acepta como normal una PEM mayor de 100 cm H₂O. La PIM se sostuvo sin cambios significativos en 6 de los 9 sujetos. En los otros 3, a partir de los ciclos 6 y 7 disminuyó progresivamente hasta ser 28-21 y 30% menor que la PIM inicial promedio la PIM final fue 89.5(+11)% de la inicial. Tabla.

Caso	ciclos 1-2	ciclos 6-7	ciclos 12-13	ciclos 17-18
1	92	92	92	91
2	80	80	75	80
3*	88	88	66	64
4	132	130	133	126
5	108	108	107	108
6	103	103	103	94
7*	138	122	113	110
8	153	153	160	155
9*	108	98	91	76
PROM	111	108	104	100
STD	23	21	27	26



La prueba de CIMS es difícil y requiere de mucha colaboración del paciente. 2 de 11 voluntarios y 3 de 5 pacientes estudiados no pudieron realizar la prueba a pesar de no disminuir la PIM. Por esta dificultad decidimos buscar otro método para evaluar la F.D.

BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONIA EN ORGANIZACION PRESENTACION 5 CASOS.

R. Acero Colmenares

Fundación Santa Fe de Bogotá.

Enfermedad Difusa : 34 y 53 años; síntomas 15 y 30 días antes del ingreso con fiebre, tos seca y disnea progresiva hasta el reposo. Examen : signos de dificultad respiratoria, estertores finos diseminados. RX Tórax: infiltrado difuso de predominio intersticial reticular y nódulos de 1-2 cms mal definidos. Gases arteriales con hipoxemia (Ia/A)02=0.41 y 0.31) y espirometría restrictiva (C.V.=60% y 68%). El diagnóstico se hizo con biopsia transbronquial en un caso y en el otro biopsia abierta. Tratamiento: Metilprednisolona 1.5 gr/día por tres días y luego Prednisolona por 4 y 6 meses. La fiebre desapareció después del 3er y 4o. día de tratamiento, los RX de Tórax fueron casi normales al 5o. y 13 día. Seguidos durante 6 y 18 meses asintomáticos; sin hipoxemia y un caso con leve restricción (CV=82%). Enfermedad Polisegmentaria : 65 y 58 años; el primero con Diabetes M.II, Enfisema y Mielodisplasia. Los síntomas se iniciaron 30 y 20 días antes del ingreso; con fiebre, tos seca, disnea leve, en un caso dolor pleurítico izquierdo. Examen: estertores finos bibasales en un caso y en base derecha el otro. RX tórax: infiltrado intersticial, reticular de distribución irregular, en L.I.D, L.I. I. y L.S.I. El otro caso infiltrado mixto reticular y alveolar, segmentario y subpleural en L.S.D. L.S.I. y todo el L.I.D. El diagnóstico se hizo con biopsia transbronquial en un caso y abierta en el paciente con Mielodisplasia y trombocitopenia. Tratamiento: Prednisolona 0.6 mg/K/día por un mes y luego dosis bajas por 6 meses. La fiebre desapareció dos días antes de iniciar el tratamiento y los RX de tórax fueron casi normales 6 y 20 días después. En un caso la espirometría fue normal, el otro con obstrucción moderada (EPOC) y leve restricción. Un paciente lleva 3 meses de tratamiento y el otro 18 meses de seguimiento, asintomáticos. Enfermedad localizada: 69 años; con fiebre, tos seca y dolor pleurítico izquierdo, examen físico normal, RX tórax infiltrado alveolar subpleural segmentario en L.S.I. Después de tratamiento antibiótico y 3 semanas de seguimiento continuaba con tos seca y RX tórax sin cambios. Biopsia transbronquial fue diagnóstica; recibió Prednisolona durante 2 meses 0.5mg/K día; permaneciendo asintomático y un RX tórax normal durante 9 meses de seguimiento. La B.O.N.O. es un proceso inflamatorio pulmonar que compromete intersticio, bronquiolos terminales y alveolos y aparece como respuesta a múltiples injurias (infección, drogas, enfermedades inmunológicas etc). La importancia del diagnóstico se basa en que se trata de otras enfermedades (TBC-Micosis-Cáncer-Fibrosis) y es tratable.

MANIFESTACIONES PULMONARES DEL SIDA

Durán S. M., Prada T. G.

Fundación Santa Fe de Bogotá

En vista de la experiencia acumulada en estos cinco años con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se revisaron las manifestaciones pulmonares de esta entidad, las cuales tenían comprobación patológica.

De un total de 163 pacientes con SIDA fueron hospitalizados para estudio 45, de los cuales tenían manifestación pulmonar 14 pacientes. Solo la mitad de estos tuvieron comprobación, ya sea por biopsia, autopsia o microbiología del proceso pulmonar.

De los siete pacientes, cinco tuvieron Neumonía por *Pneumocystis carinii*, uno Histoplasmosis diseminada, dos neumonía por Citomegalovirus, uno neumonía por estafilococo, uno neumonía por *Candida albicans*, uno micobacteria atípica (*avium-intracelular*), y uno neumonía por *Criptococo neoformans*.

Todos eran de sexo masculino y solamente tres reconocían ser homosexuales y tres tenían el diagnóstico de SIDA previamente. La mortalidad fue del 57%. De los cuatro pacientes que murieron tres (75%) tenían infección mixta, que no fue diagnosticada in vivo.

Los diagnósticos fueron realizados por biopsia transbronquial en tres pacientes (42%) en uno con biopsia abierta, y en tres con autopsia.

Como factor común en los laboratorios una hipoxemia severa y alcalosis respiratoria.

Las radiografías mostraron un patrón intersticial en el 57% y alveolar en 42%. Difuso en el 85%.

Como conclusión los pacientes con SIDA que tienen compromiso pulmonar tienen una alta mortalidad y el diagnóstico específico del agente causal debe ser agresivo, incluso llegar a la biopsia abierta si es necesario.