

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 RIZZUTO" A LA MEJOR LABOR 1973. CATEGORIA REVISTAS CIENTIFICAS.

Precios de suscripción:

Rea. 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



EDITORIA

SUMARIO

Tomo LXXII - Núm. 8 - Noviembre de 1974

Laringitis infantiles

Alejo Biolcati 197

Disfagia en el niño

Rolando Fonseca, J. I. Murga, E. Gustavino 201

Indicaciones de la broncoscopia

Mario H. Dillon 207

Laringitis infantiles

ALEJO BIOLCATI

Entre las múltiples clasificaciones que hay para las laringitis infantiles, elegiremos la que toma en cuenta la topografía del proceso, pues creemos que es la que más se presta para hacer un diagnóstico clínico (prescindiendo de efectuar una laringoscopia).

Recordemos entonces, que dividimos la laringe en tres regiones fundamentales: la glotis, delimitada por las cuerdas vocales, por encima la supraglotis y por debajo la subglotis.

Para justificar esta división, basta decir que en forma esquemática, y frente a cuadros puros, hay un síntoma que nos permite hacer un diagnóstico aproximado; nos referimos a la voz.

Cuando la patología asienta en la glotis (cuerdas vocales) tendremos indefectiblemente disfonía; por ejemplo, laringitis catarral.

Cuando la parte afectada es la subglotis, la voz estará conservada, pero la tos será ronca (perruna); por ejemplo, laringitis subglótica.

Los procesos supraglóticos se caracterizan por disfonía determinada por el aumento de tamaño de las formaciones de la corona laríngea (epiglotis, aritenoides y repliegues ariepiglóticos) y tendremos entonces, voz gangosa; por ejemplo, laringitis supraglótica.

Creemos que desde el punto de vista práctico, y teniendo en cuenta que la presente publicación está dedicada fundamentalmente a pediatras, podemos pasar por alto los detalles de las laringitis de distinta etiología que asientan a nivel de la glotis. En general acompañan a un cuadro viral o bacteriano y representan solamente un síntoma secundario.

En cambio los procesos que asientan por debajo y por encima de las cuerdas vocales, crean a veces dificultad en el diagnóstico y eventual tratamiento para el no especializado.

Comenzaremos por la laringitis subglótica, que representa el 25 % de las consultas efectuadas en nuestro Servicio de Endoscopia del Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires, por problemas laríngeos. Dicha cifra es únicamente superada por las distintas causas de estridor.

El 90 % de los pacientes que consultaron por laringitis subglótica tenían menos de cuatro años; el más pequeño, un mes de edad y el mayor catorce años, no existiendo diferencias apreciables con respecto al sexo (varones 60 %, mujeres 40 %).

La etiología de esta enfermedad sigue en discusión, a pesar de que hay quienes hablan de virosis o distintas afecciones bacterianas, pero sin pruebas concluyentes. Lo cierto es que frecuentemente el cuadro es precedido por un catarro rinofaríngeo banal.

Es típico de esta afección su carácter recidivante.

La anamnesis nos refiere un paciente que sin antecedentes previos de importancia despierta generalmente en horas de la madrugada, con una tos muy característica. Esta tos, seca o perruna, es inconfundible para quien haya tenido oportunidad de oírla antes.

En este momento, a la ansiedad lógica del paciente, se suma la ansiedad familiar, justificada en algunos casos, por la evolución más o menos rápida de la afección, que puede llevar al niño a la disnea en forma paulatina.

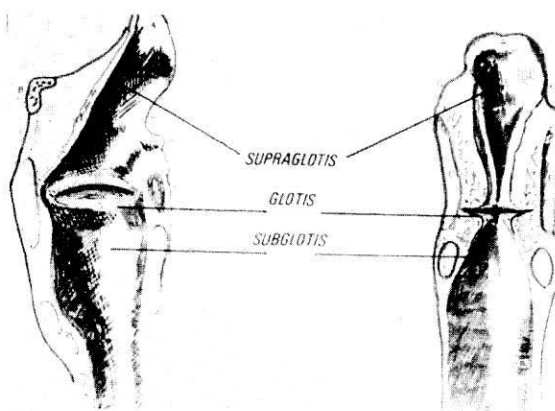


FIG. 1: A) Epiglotis. B) Hioides. C) Repliegue ariteno-epiglótico. D) Aritenoides. E) Cartilago tiroides. F) Banda ventricular. G) Cuerda vocal. H) Cartilago cricoides.

Es el momento de recalcar que la voz no se ha alterado, y lo que sí es ronca es la tos. Este dato es de fundamental importancia para el diagnóstico diferencial y la rápida indicación terapéutica.

La laringoscopia directa bajo anestesia general es el método de elección para certificar el diagnóstico. Al efectuarla podremos ver por debajo de las cuerdas vocales, y como continuándolas, un rodete que de acuerdo a la obstrucción que provoque clasificaremos en grado 1 (apenas visible), 2 (evidente, pero sin provocar disnea) y 3 (importante compromiso de la vía aérea).

En nuestro Servicio vemos generalmente los casos ya medicados, y que no han respondido favorablemente a la terapéutica, por lo que nuestra experiencia puede no ser real en cuanto a la evolución habitual de esta afección. Sin embargo, pensamos que la medicación con corticoides en forma prematura, aun en los casos leves, es lo ideal.

Para avalar esta opinión, diremos que si

observamos estará dada, más por las horas o días de evolución de la enfermedad, que por el grado de obstrucción alcanzado. De ahí que si no hay una contraindicación lógica, preferimos la medicación precoz con corticoides, sin esperar la evolución espontánea. A esto agregamos la medicación habitual con antibióticos específicos para vías aéreas superiores.

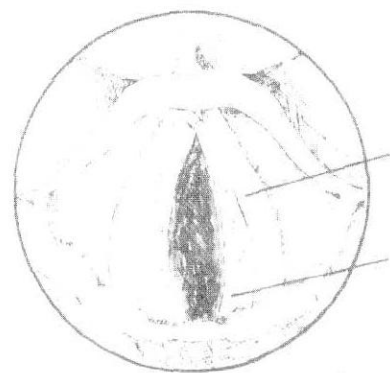
Hemos hablado de lo que se debe hacer. Ahora diremos lo que no se debe hacer: no dar antiespasmódicos, pues no hay ningún espasmo y en cambio contribuiremos a desecar la mucosa.

Evitar sedantes, ya que en los casos graves y frente a una insuficiencia respiratoria marcada, restamos posibilidades de compensación espontánea. Tan importante es esto, que frente a un enfermo, que de la excitación habitual pasara a la sedación sin medicación específica (por agotamiento) debemos considerar la posibilidad de intubación o traqueotomía, a que la misma puede estar condicionada por la depresión del centro respiratorio.

La laringitis supraglótica cuya etiología muchos autores relacionan con el *Hemophylus* es una entidad mucho más grave. Esto se debe a la rapidez con que el paciente llega a la obstrucción de la vía aérea.

En los niños constataremos una disfonía progresiva y muy característica (voz gangosa) que es seguida por disnea en forma más o menos rápida. Hay también dolor y el paciente se niega a ingerir alimentos.

Al igual que todas las afecciones laríngeas la certificación del diagnóstico se hará por laringoscopia directa o indirecta (de acuerdo con la edad del paciente) pero extremando los cuidados. A veces, es suficiente la introducción de un bajalenguas para provocar un cuadro asfíctico severo (no por espasmo, sino por haber contribuido con esta simple maniobra

LARINGITIS
SUBGLOTICA

FIGURAS 2 y 3

la visión de la glotis y de acuerdo al grado de obstrucción indicaremos durante este mismo examen la introducción de un tubo endotraqueal para restablecer la permeabilidad de la vía aérea.

En algunas ocasiones la intubación será seguida por la traqueotomía.

En cuanto a la terapéutica de fondo recurrimos a los corticoides y antibióticos en dosis máximas, con lo cual se consigue generalmente la remisión del cuadro en 48-72 horas.

En el capítulo de las laringitis, merece una mención especial la que acompaña o sigue al sarampión. La imagen laríngea tiene características propias de acuerdo al momento evolutivo de la enfermedad.

Incubación: laringitis catarral o laringitis subglótica.

Erupción: rodete subglótico con fibrina o lesiones erosivas (también en tráquea y bronquios).

Convalecencia: pérdida de sustancia en comisura posterior.

La laringitis sarampionosa, en ocasiones similar a la laringitis subglótica, es sin embargo

más rebelde que ésta, al tratamiento habitual, agregándose a esto la gran duda que se plantea de indicar o no corticoides en el curso de un sarampión, y la frecuencia con que se observan neumopatías concomitantes.

La laringotraqueobronquitis es un cuadro infeccioso caracterizado por un rodete subglótico y la aparición en tráquea y bronquios de membranas fibrinosas, que a consecuencia de la hiperventilación que presentan estos pacientes, se desecan formando costras, que llevan a la obstrucción de la vía aérea.

Esta afección requiere cuidados especiales del paciente por la posibilidad de obstrucción brusca, al instalarse una costra en la ya disminuida luz glótica. Aquí, la laringoscopia cumple un papel diagnóstico y terapéutico al posibilitar la eliminación de secreciones y costras. Es fundamental la correcta humidificación de la vía aérea de estos niños.

El hecho de que la difteria se haya convertido en una enfermedad más o menos rara ha contribuido a dificultar su diagnóstico. Esto está determinado por la falta de experiencia de los médicos que no tuvieron oportuni-

dad de vivir la época en que esa afección se presentaba con carácter epidémico. Su misma rareza hace que muchas veces no se pience en ella.

El diagnóstico es más fácil si la afección laríngea sigue a una difteria faríngea y mucho más engorroso cuando nos encontramos frente a una difteria laríngea primitiva. La disfonía marcada es la regla.

Tal vez las características membranas que dejan una superficie sangrante al ser retiradas y el cuadro tóxico que muchas veces presenta el paciente, sean los datos fundamentales para establecer el diagnóstico. La certeza del mismo la dará el laboratorio, pero únicamente cuando el resultado es positivo (esto es más frecuente en el cultivo que en el examen directo). Dado que estos resultados demoran y no son siempre ciertos, pensamos que lo correcto es comenzar el tratamiento sérico en forma precoz, ante la duda de estar frente a una difteria.

Aquí, las maniobras endoscópicas, eliminando costras, la humidificación ambiental y la eventual traqueotomía serán el complemento imprescindible para un tratamiento correcto.

Todos los cuadros descriptos anteriormente pueden llevar a la obstrucción alta de la vía aérea y a su consecuencia: la insuficiencia respiratoria.

Observamos: en forma precoz: a) hiper-capnia (sudoración, taquicardia, excitación, hipertensión), en forma tardía: b) hipoxia (cianosis, bradicardia, hipotensión, obnubilación, coma).

El pasaje de a) a b) puede tomarse como parámetro para cambiar una actitud expectante (medicación específica y sintomática) por una más agresiva (intubación-traqueotomía).

Resumen

Por su importancia nos referiremos únicamente a la laringitis subglótica y a la supraglótica.

Voz normal, o ligera disfonía, pero con tos ronca o perruna, deben hacer pensar en laringitis subglótica. Etiología desconocida. Es común la recidiva.

Generalmente evoluciona en forma favorable con corticoides y antibióticos. Es excepcional que requiera intubación o traqueotomía.

No administrar antiespasmódicos y/o sedantes.

Frente a una disfonía caracterizada por voz gangosa, disnea precoz, dolor y rechazo del alimento, sospechar una laringitis supraglótica.

Evitar maniobras bruscas en el examen por la posibilidad de obstrucción. Aquí también el tratamiento se basa en la administración de corticoides y antibióticos, pero frecuentemente se llega a la intubación y posterior traqueotomía.

Queremos recalcar la importancia de las maniobras endoscópicas en la eliminación de costras y aspiración de secreciones en la laringotraqueobronquitis y en la laringitis sarampiñosa, lo mismo que en la aspiración de membranas en la laringitis diftérica.

S U M M A R Y

Because of its importance, we are only referring to the subglottic and the supraglottic laryngitis.

One must always think of subglottic laryngitis when normal voice or slight dysphonia is accompanied by a coarse cough. Its etiology is unknown and relapse, frequent.

When it is treated with corticoids and antibiotics it generally develops in a favorable way. Intubation and tracheotomy are seldom needed.

Antispasmodic and or sedatives should not be administered.

Whenever there is a characteristic dysphonia (snuffled voice), early dyspnoea, pain, and refusal of food, we must suspect it is a supraglottic laryngitis.

Rough manipulation in examination should be avoided because of fear of obstruction.

In this case, treatment should also be based on corticoids and antibiotics, but the use of endotracheal tube and eventual tracheotomy are frequent.

We want to stress the importance of endoscopic handling in the removal of crusts and aspiration of secretion in laryngotracheobronchitis and in laryngitis post measles as well as the aspiration of membranae in diphtheric laryngitis.

Disfagia en el niño

ROLANDO FONSECA

JOSE IGNACIO MURGA

ELSA GUSTAVINO

Deglución

Se entiende por deglución al transporte del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago, siendo la disfagia toda alteración de este mecanismo.

La deglución consta de cuatro tiempos sucesivos que detallaremos someramente. En mi descripción se usará un criterio fisiopatológico más que anatómico.

Tiempo bucal: El bolo alimenticio es comprimido por el dorso de la lengua contra el paladar, proyectándolo a la faringe. Es un acto voluntario puro. Tiene aquí una función primordial la movilidad lingual.

Tiempo faríngeo: Ya el bolo en la faringe el acto se vuelve involuntario realizándose en forma refleja los distintos movimientos del mismo. Al contraerse los músculos constrictores de la faringe, el alimento busca una vía de pasaje, el rinofarinx es ocluido por la elevación del velo del paladar, la boca por la contracción de los pilares y la proyección de la base de la lengua hacia abajo y atrás, la laringe por la abducción de las cuerdas vocales y las bandas así como la elevación de la misma que es protegida por la epiglo-

tis que baja; así el bolo alimenticio tiene un solo camino a seguir, que es el pasaje a la boca del esófago a través de las goteras faringo-laríngeas o senos piriformes. En este momento el anillo cricofaríngeo que sirve de puerta de entrada al esófago se relaja permitiendo el pasaje al mismo.

Tiempo esofágico: El pasaje del alimento por el esófago cervico-torácico, es debido a tres mecanismos:

a) Los sucesivos movimientos deglutorios o vis-a-tergo.

b) La gravedad: importante sobre todo en el transporte de los líquidos.

c) El peristaltismo: ondas contráctiles sucesivas y coordinadas del órgano con relajación de las zonas subyacentes.

La rapidez del tránsito es variable según la consistencia del alimento, los líquidos requieren uno o dos segundos para llegar al cardias; los sólidos, de cuatro a ocho segundos. Es necesario también resaltar que en un paciente que llora, el pasaje es lento porque los movimientos deglutorios son espaciados o no se producen.

Tiempo cardial: Su anatomía y fisiología son complejas. Desde el punto de vista objetivo, en el examen visualizamos la ampulla frénica, y cómo mediante la zona de hiperpresión, la sustancia baritada franquea el cardias hacia el estómago.

Método de estudio

Para realizar un buen examen es indispensable el uso de los modernos amplificadores de imagen y su observación en una pantalla de televisión; si a ello podemos agregar su registro en video y/o cine, para su posterior análisis, estaremos en óptimas condiciones para llegar a un diagnóstico.

El paciente es colocado en decúbito y la sustancia baritada se suministra por mamadera cuando es un lactante o por una simple jeringa cuando es mayor de edad.

El examen siempre se debe realizar en posición de frente e ir rotando al enfermo hasta obtener ambos perfiles.

En la deglución es importante observar que todos los movimientos se realicen en forma ordenada y que en su sucesión guardan una sincronía armoniosa.

Como complemento de este examen se realizan estudios endoscópicos para confirmar diagnósticos o efectuar tratamientos.

Alteraciones de la deglución

Trastorno del tiempo bucal: La parálisis del hipogloso, periférico o central, provoca una alteración de este tiempo que es grave si la afección es bilateral. Se manifiesta radiológicamente con la retención del bario en la boca y la falta de progresión a la faringe.

En alteraciones anatómicas como la fisura palatina exige un pasaje a fosa nasal.

Trastorno del tiempo faríngeo: Son ocasionadas por alteraciones de origen:

a) Nervioso, ya sea centrales (tumor de tronco, esclerosis en la placa, poliomielitis, bulbos) o periféricos (tóxicos, diftérica, Guillain-Barré, etc.).

La afección de los pares craneales IX-X-XI provoca una alteración del 2º tiempo que se manifiesta en forma característica. La del IX glossofaríngeo da una parálisis de los cons-

trictores, lo que produce desde una lentitud en el pasaje, hasta una imposibilidad del mismo. Radiológicamente se observa retención de bario en valéculas y senos piriformes. La parálisis del X neumogástrico, o del recurrente, rama del mismo, ocasiona una inmovilidad de la cuerda vocal: se manifiesta por disfonía y pasaje de líquidos a la vía aérea provocando tos. La afección del XI espinal, en su rama interna provoca una parálisis del velo del paladar con pasaje del alimento a rinofaringe y eliminación por nariz. Conjuntamente presenta rinolalia abierta o voz nasal. Esto es común de ver en las neuritis postdiftéricas.

b) Afección de la placa neuromuscular: miastenia, botulismo.

c) Muscular, en la dermatomiositis. Ambos provocan un retardo en este tiempo.

d) *Alteraciones inflamatorias:* ocupa un lugar de importancia el absceso retrofaríngeo ya que puede ser la disfagia el síntoma orientador para su diagnóstico. Recordemos que se trata en principio de un adenoflemón de los ganglios del espacio prevertebral, que luego se abscedan. La disfagia se acompaña de adinofagia, llanto gangoso y tortícolis. Al examen se encuentra la pared posterior faríngea abombada y la radiografía de perfil de cuello muestra un marcado engrosamiento del aspecto prevertebral.

Trastorno del tiempo esofágico: Enumeraremos la patología que lo puede producir.

1) *Hipertrofia del esfínter cricofaríngeo:* afección poco frecuente que registra como antecedentes la imposibilidad de la ingesta de sólidos, la desnutrición y el tiempo prolongado que requiere para su alimentación. En el examen contrastado se observa pasaje filiforme con retroceso del bario a la faringe y la lucha de los constrictores contra la obstrucción.

2) *Compresiones extrínsecas:* la causa más frecuente es la malformación vascular que se detalla en los gráficos a, b, c, d, etc. Se ponen de manifiesto alrededor del sexto mes cuando el niño comienza la alimentación con semisólidos. En la imagen radioscópica se observa una muesca posterior provocada por la falta de relleno, suele ser más visible en el



FIG. 1: *Flemón retrofaringeo. Espesamiento de las partes blandas prevertebrales.* — FIG. 2: *Lengua que contacta con la pared posterior faríngea provocando una grave alteración de la deglución.* — FIG. 3: *Compresión esofágica posterior de origen vascular.*

examen de perfil. Su tratamiento es quirúrgico, su sintomatología mejora o desaparece, pero la impresión sobre el esófago suele persistir.

3) *Fístula traqueoesofágica*: cuando va asociada a la atresia de esófago ya operada se produce por la repermeabilización de la fístula seccionada o por la formación de un

nuevo trayecto fistuloso debido a la dehiscencia de la sutura.

La fístula sin atresia se observa radiológicamente en forma de pico de tetera y su relleno se produce generalmente con la regurgitación en forma ascendente. La triada sintomatológica es característica y permanente y está dada por atelectasias lobares, generalmente superior derecho, crisis de cianosis

FIG. 4: *Doble arco aórtico a la derecha siendo el arco posterior de mayor tamaño.* — FIG. 5: *Vista posterior.* — FIG. 6: *Vista anterior de la arteria subclavia derecha con origen anómalo, produciendo una compresión del esófago posterior y oblicua.* — FIG. 7: *Vista anterior de arco aórtico, a la derecha con ligamento arterioso comprimiendo tráquea y esófago por la izquierda.*



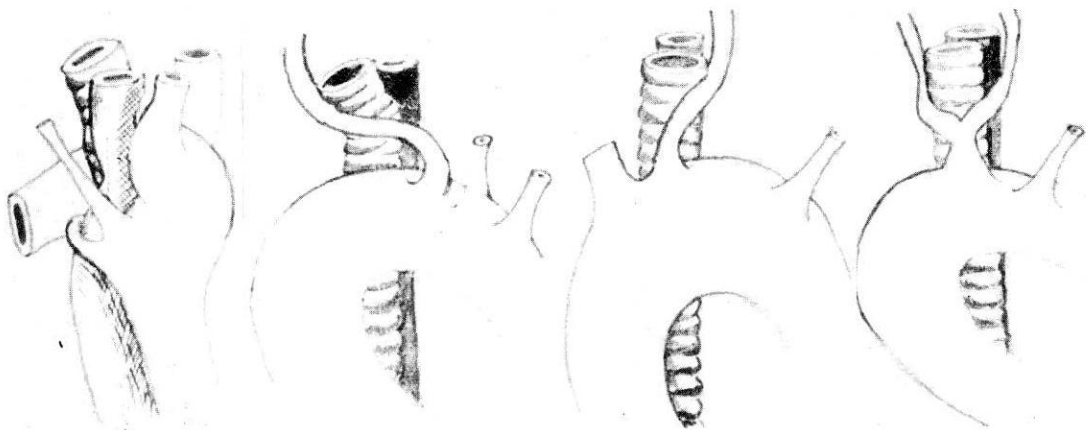


FIG. 8: *Vista posterior.* — FIG. 9: *Arteria innominada naciendo del lado izquierdo del cayado aórtico. Puede causar compresión traqueal antero-lateral derecha en diagonal.* — FIG. 10: *Arteria carótida izquierda, naciendo a la derecha del origen habitual y causando una compresión traqueal antero-lateral izquierda en diagonal.* — FIG. 11: *Arteria innominada y carótida izquierda naciendo de un tronco común rodeando la tráquea y produciendo una compresión antero-lateral.*

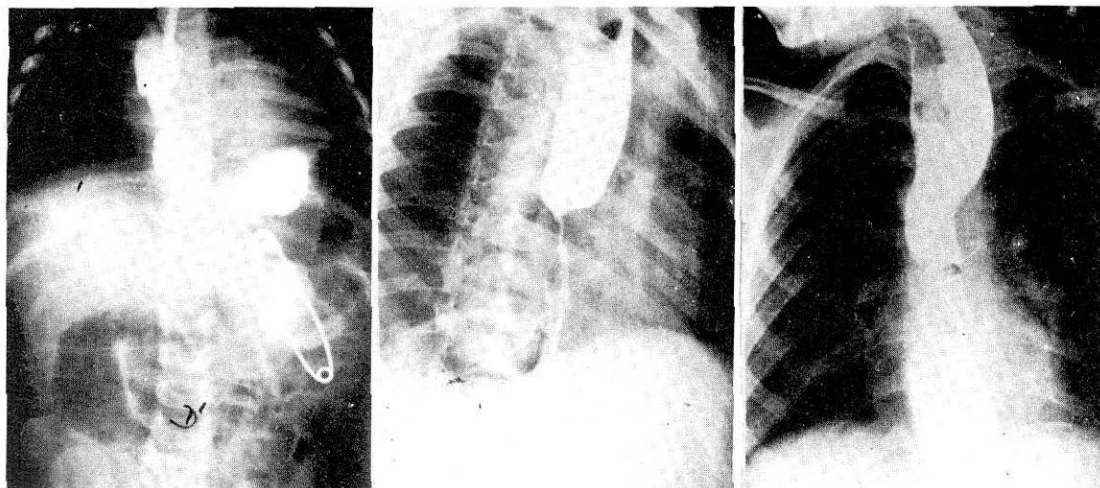
con la regurgitación y gran meteorismo abdominal. En nuestra casuística figuran fístulas dobles y triples.

4) *Estenosis congénita de esófago:* generalmente está situada en tercio inferior cercana al cardias; de acuerdo a la importancia de la stenosis la disfagia aparecerá desde el nacimiento con la alimentación líquida o al comenzar con semi-sólidos a los seis o siete meses.

Se observa en ellos endoscópicamente una estructura recubierta de mucosa normal seguida de esófago en la parte subyacente lo que la diferencia claramente del esófago corto. El tratamiento es endoscópico, se realizan dilataciones con bujías y suele curar en pocas sesiones.

Las stenosis cáusticas y los cuerpos extraños que a veces pasan inadvertidos, son tratados aparte.

FIG. 12: *Estenosis congénita de tercio medio de esófago.* — FIG. 13: *Esófago corto.* — FIG. 14: *Megaesófago.*



Trastorno del tiempo cardíal:

1) *Esofagitis péptica estenosante*: entidad caracterizada por la formación en tercio inferior del esófago, de una zona inflamatoria que afecta a la mucosa o a todas las capas del esófago, con la consiguiente aparición de una estenosis¹.

Generalmente afecta a niños que podríamos definir como vomitadores, pero sin saber cuántos de estos hacen esófago corto. La etiología y patogenia son discentidas, pero

estamos convencidos de que es una afección adquirida en base a un niño vomitador. Los síntomas aparecen desde los pocos días de vida y las lesiones pueden establecerse en cortos períodos de tiempo.

Es indudable que la esofagitis péptica es secundaria al reflujo en el esófago de la secreción gástrica biliar o pancreática. Se produce por alteración de los mecanismos protectores normales, que son: la continencia gastroesofágica, la normalidad de la mucosa y la presencia de una actividad motora normal; la sola presencia de reflujo puede no generar una lesión grave si el esófago es capaz de depurar el contenido líquido mediante una actividad progresiva normal².

Hemos visto que siempre la estenosis se encuentra ubicada en el tercio inferior, donde se encuentran las ondas progresivas normales con las no progresivas de baja amplitud³.

Vemos que ésta es una patología de los dos extremos de la vida: niño y anciano, es decir cuando se está adquiriendo o perdiendo la fijación esofagagástrica.

La curación se presenta generalmente durante la pubertad, si bien es excepcional la desaparición total de la sintomatología tanto clínica como radiológica. Este tipo de tratamiento es preferible a la cirugía, la que no obtiene, en nuestra experiencia, resultados satisfactorios.

2) *Acalasia de esófago*: se denomina acalasia a una enfermedad peculiar de etiología desconocida caracterizada por dilatación e hipertrofia muscular de la mayor parte del esófago, por encima de un segmento distal estrechado y frecuentemente atrofiado.

Además de dilatación circular en algunos casos nos encontramos con una considerable elongación del mismo que le da una marcada tortuosidad al órgano. Puede ser observada en la niñez pero es más frecuente en la adolescencia y edad adulta.

Se han realizado varios planteos teóricos respecto a la etiología de esta enfermedad⁴: psicósomático, agentes externos, deficiencias vitamínicas, espasmos, enfermedades infecciosas, adherencias o compresiones periesofágicas quedando con bastantes adeptos los que

hablan de una alteración del mecanismo neuromuscular de todo el órgano, dado que el citado estrechamiento justo encima del cardias no constituye por sí mismo un estado suficiente como para producir megaesófago.

Los cambios histológicos que van desde fenómenos degenerativos hasta desaparición de las células ganglionares del plexo mientérico fueron hallados no solo en el segmento estrecho, sino en todo el esófago⁵.

Respecto a la sintomatología es difícil determinar con precisión el comienzo del problema, ya que la regurgitación esporádica es frecuente en el lactante, pero el binomio disfagia y regurgitación establecen casi el cuadro clínico, acompañados con otras manifestaciones difíciles de describir por el niño pequeño como ser: dolor epigástrico, retroesternal, disfagia intermitente, etc.

El diagnóstico no ofrece dificultades y se establece por estudio radiológico, donde en los períodos iniciales se observa un cardias contraído con dilatación del esófago en su tercio inferior⁶. La radioscopia del mismo nos evidencia habitualmente un hiperperistaltismo terminando las ondas en el cardias sin producirse la evacuación, dando lugar esto a ondas antiperistálticas que hacen refluir violentamente el líquido hacia la extremidad superior del órgano donde se encuentra un nuevo obstáculo que es el músculo cricofaríngeo fuertemente contraído para finalmente el bario ser regurgitado o pasar en forma filiforme al estómago.

Tratamiento

El manejo con dietas o medicamentos con drogas parasimpaticolíticas y psicorrelajantes

es ineficaz, la mayoría de los pacientes se sienten aliviados con el paso de bújias bajo anestesia general y lograr así un buen pasaje del cardias en los casos de megadolicoesófago en que encontrar al cardias se hace dificultoso; se le hace tragar al paciente un hilo con un cuerpo metálico en su extremo dejándolo pasar hasta intestino para que nos sirva de guía en las dilataciones con las bújias metálicas Souttar.

Cuando no se obtiene mejoría clínica o las dilataciones son muy frecuentes, no se debe dudar en el tratamiento quirúrgico que generalmente tiene efecto curativo.

Comentario

La deglución es un acto complejo que comienza voluntario y termina en forma refle-

ja. Consta de cuatro tiempos que están encadenados entre sí. Existe una variedad de patologías que pueden afectar esta función y todas se manifiestan con distinta forma de disfagia. Es útil recalcar al pediatra general, que la pesquisa de una alteración de la deglución debe efectuarse en forma concienzuda con un buen estudio radioscópico y eventualmente endoscópico, prestando mucha atención cuando una madre dice que su niño traga mal.

RESUMEN

Se describe someramente cómo se desarrolla la deglución. Se enumeran las patologías más comunes que puedan afectarla en sus cuatro tiempos: bucal, faríngea, esofágica, y cardial.

S U M M A R Y

It is briefly described how the deglution develops. There are enumerated the more common pathologies that can affect it in its four stages: buccal, pharyngeal, esophageal and cardial.

REFERENCIAS

- 1 MENGUY R.: Acquired Short Esophagus With Stricture. *Sur. Clin. of N.A.*, 50: 45, 1970.
- 2 BURNS W. A., ELORES P. A., MOSHYE-
DI A. and ALBACETE R. A.: Clinical conditions associated with columnar lined esophagus. *Amer. J. Dig. Dis.*, 15: 607 1970.
- 3 HILL L. D., GELFAND M. and BUERMEIS-
TER D.: Simplified management of reflux esophagitis with stricture. *Ann. Surg.*, 172: 638, 1970.
- 4 LARRAIN A., CSENDES A., Strauszer T.: El esófago corto, ¿un mito quirúrgico? *Acta gastroenterológica latinoamericana*, 3: 125 1971.
- 5 ELLIS H., OLSEN A.: Achalasia of the esophagus. Vol. IX in the series *Major Problems in clinical Surgery*. W. B. Saunders Company Philadelphia, London, Toronto, 1969.
- 6 CASSELLA R. R., BROWN A. L. Jr., SAY-
RE G. P., and ELLI F. H.: Achalasia of the esophagus: Pathologic and etiologic considerations. *Ann. Surg.*, 150: 474-486, 1964.
- 8 TERRACOL I., SWEET R.: *Enfermedades del Esófago*. Librería y Editorial Bernardes S.R.L., 1961.

Indicaciones de la broncoscopia

MARIO H. DILLON

La broncoscopia es un estudio mediante el cual se observan con visión directa los bronquios de mayor calibre y la tráquea. En los niños por motivos técnicos se realiza además una laringoscopia directa previa a la introducción del broncoscopio.

Con los métodos de endoscopia convencionales pueden verse con claridad la tráquea, ambos bronquios fuente, la carina, el espolón y el comienzo del bronquio del lóbulo superior tanto derecho como izquierdo, el lóbulo medio, los segmentos apicales del lóbulo inferior en ambos pulmones con su correspondiente espolón y por fin el comienzo de las ramificaciones segmentarias de ambos lóbulos basales.

Con maniobras especiales o en enfermos con cierto tipo de patología pulmonar (ej. colapso de los lóbulos basales), o mediante la observación con óptica puede verse la segmentación en los bronquios del lóbulo superior en ambos pulmones.

El estudio endoscópico ideal se realiza, según nuestro criterio con el niño anestesiado, con respiración espontánea. Esto se logra en condiciones ideales con los anestésicos volátiles (tricloroetileno en los niños más pequeños y halotane en los mayores o en aquellos que deben anesthesiarse periódicamente). Con este tipo de anestesia se consigue una relajación muscular aceptable. Si se utilizan anestésicos parenterales es necesario curarizar al enfermo perdiendo así sus movimientos bronquiales y laríngeos.

Hay dos indicaciones precisas y absolutas de examen broncoscópico. Una es la obstrucción endoluminal de un bronquio, sea por sustancias propias del pulmón (ej.: secreciones, tumores etc.) o extrañas al mismo (ej.: cuerpos extraños). La otra indicación es la hemoptisis.

La obstrucción bronquial en casos de tumores puede ser intraluminal o puede producirse por compresión extrínseca de las paredes bronquiales.

La verificación de estos procesos se realiza clínica y sobre todo radiológicamente expresándose por zonas de: I) *hiperclaridades* producidas por mecanismos valvulares; y II) por *aneumatosis* dando lugar a atelectasias. En los casos de hemoptisis la indicación es diagnóstica pues puede dar información del motivo y del lugar del cual proviene la sangre.

Hay un número de bronoscopias que tienen un motivo "terapéutico" únicamente, siendo los más importantes aquellos que van a remover un cuerpo extraño o una bronco-aspiración postquirúrgica en enfermos con abundantes secreciones y con mala motilidad torácica. Entre estas indicaciones se encuentran también aquellas endoscopias que se deben realizar a enfermos asmáticos (prácticamente la única patología que produce los "tapones mucosos") a los bronquiectásicos y a aquellos que tienen abscesos de pulmón.

Entre las bronoscopias "diagnósticas" aparte de los motivos citados anteriormente, debe valorarse con criterio médico global, por un lado el riesgo, las molestias y las complicaciones que pueden acontecer inclusive en manos expertas; y por otro lado, el valor de los datos que puede aportar el estudio.

Si ante un enfermo se decide realizar dicho procedimiento, éste debe guardar un lugar en la gradación de los procedimientos diagnósticos especiales que se lleven a cabo.

La broncoscopia no solo informa al médico de la estructura bronquial sino que pone a su disposición secreciones y/o tejidos para su estudio físico, químico, bacteriológico e histológico.

Algunos de estos resultados pueden ser concluyentes en el diagnóstico (el hallazgo de células atípicas en los tumores y la visualización del bacilo de Koch en la TBC). Pero otros pueden tener poco valor y no representar fielmente lo que ocurre en el organismo (ej.: el hallazgo de ciertos gérmenes —pseudomonas— en los cultivos realizados de las secreciones).

En cuanto al informe de la estructura bronquial observada endoscópicamente, ésta deberá correlacionarse estrechamente con el resto de los datos obtenidos y con la clínica, siendo poco menos que imposible decidir un diagnóstico con la simple observación de una patología endobronquial (la única excepción a lo dicho sería la visualización de un cuerpo extraño).

Concluyendo, la broncoscopia es un estudio sumamente útil, no exento de riesgos, que tiene sus indicaciones precisas y otras adyuvantes a un diagnóstico. Tiene también su momento de indicación en la sucesión de procedimientos diagnósticos especiales y su resultado deberá ayudar a fundamentar o negar su diagnóstico o a servir terapéuticamente.

S U M M A R Y

An attempt was made to precise the indications of bronchoscopy specially in children.

The methods and type of anesthesia are discussed. It is stressed that bronchoscopy is of little risk in competent hands but it should be indicated at the appropriate moment during the diagnostic procedures.