



presencia de ninguna complicación importante. Consideramos necesarias para el talcaje las dos siguientes condiciones:

1. Expectativa de vida aceptable.
2. Descartar atelectasia pulmonar masiva y/o cualquier otro proceso que impida la adecuada reexpansión pulmonar.

Complicaciones de las prótesis traqueales

J.L. BRAVO BRAVO, R. RAMI PORTA, A. VARELA DE UGARTE, A. ALIX TRUEBA y F. SERRANO MUÑOZ
Servicio Cirugía Torácica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

El tratamiento de elección en determinadas lesiones que afectan a la tráquea es el quirúrgico, mediante la resección del área comprometida y anastomosis término-terminal. Sin embargo, existen procesos neoformativos primarios o secundarios que afectan a más de la mitad de la tráquea siendo la única alternativa la sustitución por un prótesis anastomosada terminalmente con los fragmentos sanos o la implantación temporal de un tubo endotraqueal para impedir la obliteración de su luz en procesos de carácter inflamatorio.

Hemos recogido un total de siete casos de patología traqueal con diagnósticos muy variables (carcinoma epidermoide de laringe con recidiva traqueal, carcinoma adenoide quístico, carcinoma epidermoide, carcinoma medular de tiroides con infiltración traqueal, dos estenosis subglóticas postraqueotomía y una estenosis postraumatismo cervical) que podíamos clasificar en dos grupos. El primero incluiría cuatro casos de tumora-ciones primarias y secundarias en los que fue necesaria la sustitución de la tráquea por prótesis de silicona. El segundo estaría compuesto por tres enfermos a los que les fue implantada una prótesis de silicona endotraqueal de manera temporal y que sufrían estenosis subglóticas postraqueotomía o antecedente de traumatismo cervical.

Hacemos referencia a las complicaciones surgidas como fistula traqueoesofágica, dehiscencia de la anastomosis, fistula al tronco braquiocefálico y desplazamiento de la prótesis.

Concluimos en la importancia de cuidar determinados puntos como la tensión de la anastomosis, el invaginar los extremos de las prótesis en el interior de la tráquea y rodear sus terminales con material de Teflon o Dacron y cubrir la línea de sutura con tejidos vecinos como músculo, pericardio, pleura o epiplon para evitar la erosión de estructuras vecinas.

Neumonía por citomegalovirus e insuficiencia respiratoria grave en inmunodeprimidos

J. GEA, L. RAMIS, A. TORRES, R. RODRIGUEZ ROISIN, J. ROCA y A. AGUSTI VIDAL
Servicio de Neumología. Hospital Clínico. Barcelona

El *citomegalovirus* (CMV) es un virus del grupo herpes que con frecuencia infecta al ser humano. Esta infección suele ser asintomática o desarrollar un cuadro similar a la mononucleosis infecciosa. Sin embargo, en situaciones

de inmunodepresión, y sobre todo tras trasplante de órganos, el CMV puede dar lugar a cuadros graves, como el síndrome del «distress» respiratorio del adulto (ARDS). La afectación pulmonar por CMV, habitualmente en forma de neumonitis intersticial, es una de las causas menos frecuentes de ARDS. Se presentan 8 pacientes, 5 varones y 3 mujeres, de 23 ± 9 años de edad, portadores de 4 leucemias agudas mieloblásticas con trasplante de médula ósea (TMO), 1 leucemia mieloide crónica con TMO, 1 leucemia aguda mielomonocítica, 1 glomerulonefritis secundaria a síndrome de Schönlein-Henoch con trasplante renal (TR) y 1 glomerulonefritis crónica proliferativa mesangial asimismo con TR. Todos los pacientes se hallaban recibiendo o habían recibido medicación inmunosupresora, que incluía corticoterapia. En los 5 pacientes con TMO se habían realizado pruebas de funcionalismo respiratorio previas al trasplante (normales salvo una DLCO baja en 2 enfermos), y en 3 se repitió la exploración tras el TMO y con anterioridad al desarrollo del ARDS (un tercer paciente mostraba la DLCO baja y 2 más habían desarrollado una alteración ventilatoria restrictiva). Todos los enfermos cumplían criterios clínicos, gasométricos y radiológicos de ARDS, y en 5 casos existió comprobación hemodinámica (enclavada $15 \text{ cmH}_2\text{O}$). El diagnóstico de ARDS y afectación por CMV se comprobó anatomopatológicamente en todos los casos (biopsia pulmonar por minitoracotomía en 5 y pieza necrópsica en los 3 restantes). El cuadro clínico debutó como un proceso febril (8) acompañado de semiología respiratoria, con tos seca (7), hemoptisis (3) y disnea (5). La PaO_2 inicial fue de $65,57 \pm 20$ torr. Todos los pacientes requirieron intubación y ventilación mecánica durante 8 ± 11 días. La PaO_2 inicial con una FiO_2 de 1 fue de 91 ± 98 torr, siendo la PEEP óptima de $8,5 \pm 6$. A pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, 7 de los pacientes fallecieron. Una enferma superó el ARDS tras 22 días de ventilación mecánica, falleciendo posteriormente en probable relación con una sepsis por *pseudomonas* de origen urinario.

Sufragado por FISS 83/0819 (INSALUD) y AR 82/2-124 (CIRIT).

Informatización de un archivo de bronoscopias

J.L. CISNEROS, F. MUNTANE*, C. PUZO, R. GUÉLL, J. CASTELLA y R. CORNUDELLA
Servicio de Aparato Respiratorio. Servicio Proceso de Datos*. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

El objetivo de esta comunicación es la descripción del proceso de informatización de la actividad de la sección de broncología; es decir, la creación de un archivo de las bronoscopias practicadas y su gestión posterior.

Se han hecho 3 programas básicos: uno para la adición de nuevos registros (cada registro corresponde a una bronoscopia) y dos para la consulta o modificación de datos ya introducidos (uno accede al registro por el número de identificación de la bronoscopia, el otro por el nombre del enfermo). Los tres programas verifican los datos introducidos, los comparan con las tablas de codificación preestablecidas, detectan los posibles errores y obligan a su corrección.

El manejo se hace con recursos de informática distribuida. La Sección de Broncología posee una terminal, con teclado y pantalla conectados al ordenador central