

ENDOSCOPIA RESPIRATORIA

IMPLEMENTACIÓN EN NEUMOLOGÍA DE LA CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA (CBL)

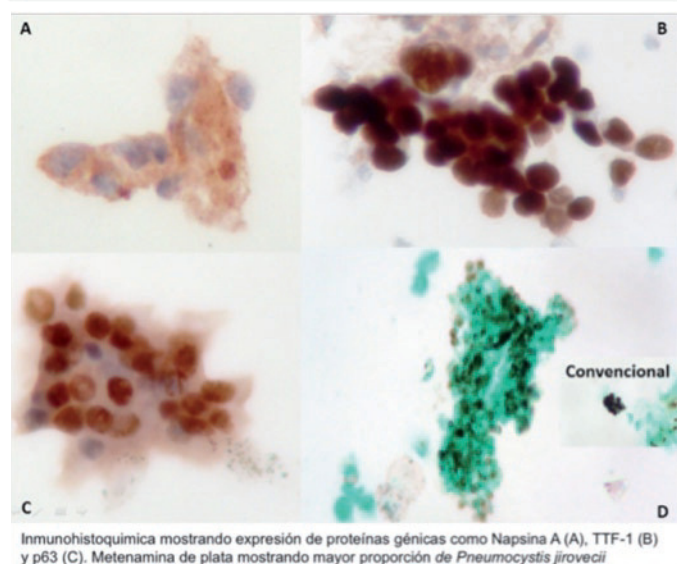
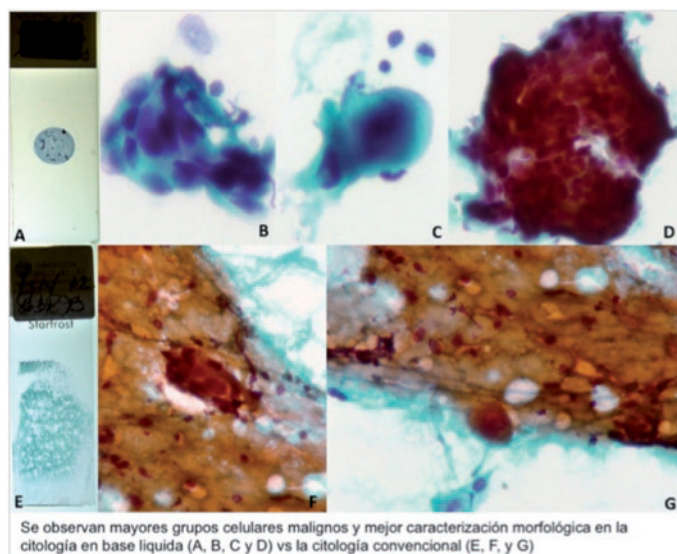
L. Fernández, L. Sua, J. Escobar, F. Sanabria y W. Martínez

Fundación Valle del Lili. Grupo de Investigación Biomédica en Tórax. Universidad ICESI. Facultad de Medicina. Cali. Colombia.

Introducción: Después de 30 años de la técnica de Papanicolaou contamos con una variación de ésta en la cual lav bronquiales, broncoalveolares y líq pleurales se fijan en medios que permiten preservación hasta por 6 m en nevera y procesos en base a centrifugación o filtración, para depositarse en “monocapas” por sedimentación o aplicación de presión controlada. El propósito del estudio es comparar el empleo de CBL con citología convencional (CC) y estudiar viabilidad de prueba inmuno-citoquímica en CBL

Material y métodos: Se tomaron muestras de 20 pac. CC fijadas en OH al 95% y CBL en liquido conservante (BD Cytosrich RED), se procesaron según protocolo de plataforma BD CytoRich. Se tiñeron con Papanicolaou. En inmuno-citoquímica se uso metenamina de plata y Acs como TTF-1, Napsina A, p63, Citoqueratina 7, 20 y Ag carcinoembrionario según protocolos del laboratorio en equipo automatizado BenchMark XT de Ventana.

Resultados: CBL detecta 40% más celularidad con respecto a CC, la preservación es superior en 30% y presenta un fondo más limpio en 68%. Un 8% de CC fueron negativas mientras las CBL positivas, un 3% fueron insatisfactorias, mientras se pudo hacer Dx con CBL. La concordancia Dx con el kappa global entre citohistotecnología y patólogos dio kappa 0,70 con concordancia buena. En 3 casos la inmunohistoquímica en CBL permitió el Dx definitivo.



Conclusiones: La CBL ofrece placas con abundantes células dispersas en una capa fina y homogénea. Se reducen sangre, inflamación y mucus. El fondo claro aumenta sensibilidad y calidad. CBL tiene menos muestras insatisfactorias y falsos negativos. La inmuno-citoquímica fue positiva en todos los casos de malignidad, siendo clara la observación de células inmuno-marcadas.

CARACTERIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA DEL AÑO 2003 A 2012

J. Ibarra, M. Orjuela, A. Valero, N. Castro, J. Blanco y G. Herrera

Universidad de Boyacá. Tunja. Boyacá. Colombia Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja. Colombia.

Introducción: La fibrobroncoscopia es un procedimiento diagnóstico de exploración e inspección directa de las vías aéreas superiores e

inferiores que facilita toma de muestras accediendo a la visualización de la vía aérea. Su principal utilidad es la inspección de la nariz, faringe, árbol traqueobronquial, estadificación de lesiones neoplásicas, toma de muestras y extracción de cuerpo extraño. El objetivo general fue caracterizar los estudios de los pacientes que fueron sometidos al procedimiento, como específicos realizar descripción socio demográfica de los pacientes sometidos a la fibrobroncoscopia de acuerdo a la edad, género y año de realización, determinar los hallazgos reportados por la fibrobroncoscopia y establecer el diagnóstico más frecuente según el reporte de la fibrobroncoscopia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se seleccionaron aquellos reportes que cumplieron con criterios de inclusión, realizando análisis de las variables de forma univariada y bivariada y test de ANOVA para la comparación de medias.

Resultados: Se analizaron 704 fibrobroncoscopias, el año donde existió mayor realización del procedimiento fue el 2009 (n = 121). La mayoría se realizaron en el género masculino con 61,9%. El compromiso de infección e inflamación bronquial fue la alteración de mayor presencia con un 27,7% (n = 195). Con respecto al edema (p = *0,025), tapón mucoso (*0,023) y endobronquitis (*0,037) se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre el género femenino y masculino, siendo los hombres los afectados con el edema en mayor frecuencia y las mujeres son afectadas con presencia de tapón mucoso y endobronquitis. Los resultados obtenidos como normales reportan que fueron solicitados bajo una indicación diagnóstica de atelectasias en un 50% (n = 2) y masas-tumores en 50% (n = 2) donde el género masculino es el de mayor frecuencia. La fibrobroncoscopia como procedimiento diagnóstico es utilizada con mayor frecuencia en procesos de atelectasia 42,3%.

Conclusiones: Las edades de la población estudiada oscilaron entre 12 y 65 años con un promedio de 43 años, predominó el género masculino con un 61,9%, seguido de neumopatía intersticial 15,2% (n = 107). La atelectasia es la principal causa de solicitud de la fibrobroncoscopia. Dentro de los hallazgos anatómicos encontrados a la realización de la fibrobroncoscopia, la antracosilicosis (p = 0,00), y la endobronquitis infecciosa que es más relevante en las mujeres (p = 0,00) son significativas y la tendencia de aparición es en el adulto mayor de 40 años y al pasar a la siguiente etapa de edad estas aumentan casi cinco veces su frecuencia.

LA ASPIRACIÓN DETECTADA EN LA EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE FIBRA-ÓPTICA DE LA DEGLUCIÓN SE ASOCIA CON MAYOR MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES

L.F. Giraldo-Cadavid^{1,2}, J.A. Pantoja¹, Y.J. Forero¹, M.H. Gutiérrez¹ y A.R. Bastidas³

¹Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana. Chia. Colombia.

²Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Pamplona. España.

³Clínica Universidad de La Sabana. Chia. Colombia.

Introducción: Hasta el momento no hay publicaciones que reporten un aumento de la mortalidad en pacientes con alteraciones en la deglución detectadas por la evaluación endoscópica de fibra-óptica de la deglución (FEES). Con el fin de aclarar esto, se buscaron predictores de mortalidad en pacientes a riesgo de disfagia orofaríngea evaluados por FEES.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en 148 pacientes consecutivos a riesgo de disfagia orofaríngea, remitidos para realización de FEES a la Clínica Universidad de La Sabana, desde junio de 2005 hasta febrero de 2013. Se evaluaron los hallazgos de la FEES y otras variables clínicas como predictores independientes de muerte mediante un análisis multivariado secuencial de Cox.

Resultados: La mediana de edad fue de 60 años (amplitud intercuartil (AIC): 40,3 a 76,5 años), la mediana de edad en el momento del evento causal de la disfagia fue de 51 años (AIC: 32 a 70 años), hubo

85 (57,4%) hombres. La mediana de seguimiento fue de 4,5 años (AIC: 2,8 a 6,5 años). Las causas más frecuentes de disfagia fueron enfermedad cerebrovascular en 50 (33,8%) de los pacientes, trauma cerebral y raquimedular en 27 (18,2%), enfermedades neurodegenerativas en 19 (12,8%) y neoplasia en 10 (6,8%). Las variables que se asociaron de manera estadísticamente significativa con mortalidad en el análisis bivariado fueron: edades extremas (65 años) ($p < 0,001$), episodios de neumonía ($p = 0,041$), presencia de disfagia orofaríngea ($p = 0,007$) y aspiración de cualquier consistencia de alimentos $p = 0,022$; HR = 3,11; IC95% = 1,18 a 8,24).

Conclusiones: Las edades extremas y la aspiración detectada en la FEES son predictores independientes de mortalidad en pacientes a riesgo de disfagia orofaríngea.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL COMPLETA Y AFONÍA TOTAL

M. Céspedes, M. González, A. Franco y M. Pacheco

RESPIREMOS SAS. Clínica Comfamiliar. Pereira. Colombia.
Clínica Salud Coop. Pereira. Colombia.

Introducción: La estenosis traqueal, complicación diagnosticada con mayor frecuencia luego de la ventilación mecánica y de la realización de traqueostomía. Es la consecuencia de la formación de tejido de reparación y cicatrización. Produce estrechamiento progresivo de la tráquea y síntomas que dependen de la gravedad de la estenosis. Cuando es completa se presenta afonía total y es necesaria la utilización de cánula de traqueostomía definitiva. La resección término terminal es el procedimiento estándar, puede estar contraindicada (según la localización, extensión, comorbidades entre otras). Las técnicas endoscópicas son la opción de tratamiento en centros de referencia que cuenten con un neumólogo intervencionista.

Material y métodos: Esta serie, 25 casos de adultos con estenosis traqueal subglótica completa con afonía total, seguidos del 2009 al 2014 en dos centros hospitalarios de Pereira. Todos tenían traqueostomía definitiva y perdieron la capacidad de hablar. Se colocó el broncoscopio rígido por debajo de las cuerdas vocales y por encima de la estenosis traqueal completa. Se retiró la cánula de traqueostomía y con la aguja Schieppati, se perforó el centro de la membrana oclusiva, se obtuvo comunicación inicial en sentido proximal - distal. Se dilató luego con los dilatadores de Jackson. Se reseccó el tejido residual con el broncoscopio rígido logrando la permeabilización completa de la vía aérea. Luego se colocó un stent traqueal subglótico de Dumon inmediatamente por debajo de las cuerdas vocales manteniendo la luz traqueal y al mismo tiempo cubría el orificio de la traqueostomía.

Resultados: Todos los pacientes fueron tratados con éxito, todos recuperaron el habla de inmediato y se mantuvo permeable la vía aérea. La espirometría fue normal. No se observaron complicaciones relevantes (4 de 25 pacientes presentaron traqueítis en el postoperatorio tardío y se trataron con éxito). Se siguieron por 5 años (primer paciente) a 1 mes (último paciente); incluyó evaluación clínica, tomografía computarizada, broncoscopia y pruebas de función pulmonar.

Conclusiones: Este procedimiento es eficaz, menos invasivo, sin contraindicaciones, menor tiempo quirúrgico. Implica bajo riesgo quirúrgico, con mínimas complicaciones quirúrgicas, permite recuperar la vía aérea, el habla y la estética del cuello; mejoría en calidad de vida y disminución de los costos. Las complicaciones de la cirugía abierta pueden llegar a ser fatales. Se revisó la literatura y no encontramos ninguna serie reportada que mencione este método o similar al que informamos aquí. Se espera ingresar más pacientes al estudio y mayor tiempo de seguimiento futuro que nos

permitan obtener datos adicionales y confirmen los que hasta ahora tenemos.

NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS CON NANOTECNOLOGÍA EXPERIMENTAL

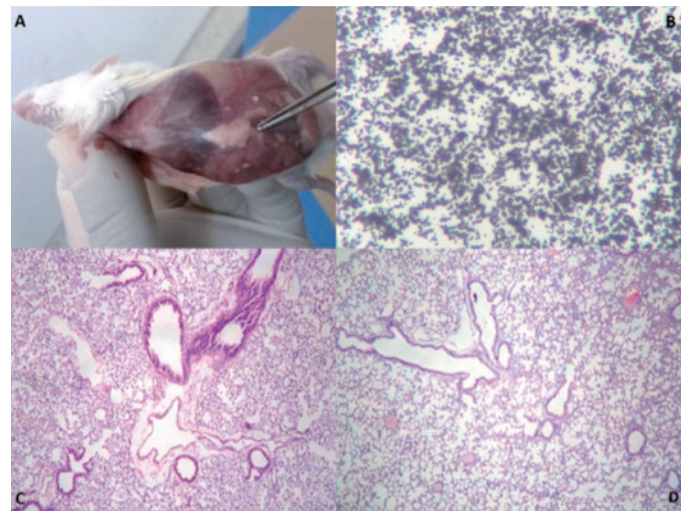
L. Fernández, L. Sua, R. Camargo, M. Basante, O. Gutiérrez y J. Muñoz

Fundación Valle del Lili. Grupo de Investigación Biomédica en Tórax. Universidad ICESI. Facultad de Medicina. Universidad del Valle. E Ingeniería Química. Departamento de Farmacología. Cali. Colombia.

Introducción: Los nanomateriales NM se usan en pesticidas, cosméticos, medicamentos. Actualmente brindan beneficios en investigación de tratamientos selectivos sin afectar células sanas. Los NM en animales pueden causar inflamación, estrés oxidativo y daño en pulmón, hígado, riñón entre otros. Se usó el NM óxido de titanio (TiO_2 modificado) investigándose su toxicocinética en animales y cultivos celulares, se encontró 98,6% de toxicidad sobre células HeLa (cáncer de cérvix) y no en células CHO (células de ovario de Hámster), no hubo genotoxicidad o mutagenotoxicidad en cultivos celulares. En animales no hubo cambios histológicos, inflamación aguda, crónica o granulomatosa, necrosis, citotoxicidad o cambios en órganos, abriendo la posibilidad futura de su uso en terapias específicas como en cáncer.

Material y métodos: El NM TiO_2 modificado se usó en ratones BALB/c Albino, 3 hembras de 21 días, se inocularon en el peritoneo 588 mg/kg, en 0,2 ml (n: 1/Grupo A GA) y 0,1 ml (n: 2/Grupo B GB) para determinar los efectos tóxicos respecto al control. 3 hembras iguales a los casos, 1 en GA y 2 en GB. El test de Irwin no mostró cambios en comportamiento, estado neurológico y fisiológico. El GA se sacrificó a los 10 días. Al GB se le aplicó el NM cada 24 H/10 días por el metabolismo rápido y buscando forzar la aparición de signos de toxicidad en inoculación repetida, luego estuvieron 10 días sin NM antes del sacrificio. El estudio histopatológico fue con coloración H&E.

Resultados: No hubo cambios en las ratas expuestas a toxicidad inmediata (n: 1/GA) o crónica (n: 2/GB) en pulmón, hígado, riñón, corazón, intestino delgado, grueso, estómago o cerebro. No hubo inflamación aguda o crónica, reacción a cuerpo extraño, oclusión vascular, citotoxicidad, ni depósito del NM en ningún órgano evaluado.



A NM en peritoneo B NM microscopia de Luz C Pulmón sano rata control H&E D Pulmón sin lesión histopatológica rata GB dosis toxica crónica H&E

Conclusiones: En el estudio de toxicidad aguda y crónica del NM TiO_2 modificado no hubo cambios histopatológicos respecto a los controles, resultado prometedor, abriendo nuevas perspectivas terapéuticas para el futuro.

RENDIMIENTO DE LA FIBROBRONCOSCOPIA EN PATOLOGÍA MALIGNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

A. Cañas, S. Rueda y E. Cáceres

Universidad Javeriana Hospital San Ignacio. Bogotá. Colombia.

Introducción: El cáncer de pulmón continúa siendo la principal neoplasia en el mundo. En la región de Latinoamérica y las tasas más altas de incidencia de cáncer de pulmón corresponden a Uruguay, Cuba, Argentina y Venezuela. El riesgo de cáncer de pulmón se incrementa con la edad y para Colombia cerca del 70% de los casos nuevos en hombres y mujeres se presentan después de los 65 años de edad. Dentro de las herramientas diagnósticas para el diagnóstico se encuentra la fibrobroncoscopia, dado que permite diagnosticar y ocasionalmente tratar lesiones invasivas.

Objetivos: Describir el rendimiento de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico de patología maligna en el Hospital San Ignacio Bogotá Colombia durante el año 2013.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sospecha clínica y radiológica de compromiso pulmonar por patología maligna, que fueron llevados a broncoscopia en el Hospital Universitario San Ignacio en el 2013. Se realizó el análisis a través de estadística descriptiva con medidas de tendencia central para las variables continuas y cálculo de frecuencias para las variables categóricas.

Resultados: En el año 2013 se realizaron en el Hospital San Ignacio 516 broncoscopias. De estas 165 fueron por sospecha de malignidad. A todos los pacientes se les realizó broncoscopia, en la mitad de los pacientes fue normal. Dentro de las complicaciones menores la más frecuente fue la desaturación presentándose en 23 pacientes 13%, tos incoercible en 12 pacientes 6%, y un paciente se encontró material alimentario que obligaron a suspender el procedimiento. En el 33% de los pacientes no se logra un diagnóstico definitivo. Lavado bronquial en 158 pacientes, siendo positivo para malignidad en 27 pacientes 17%, lavado broncoalveolar en 107 pacientes, reportando neoplasia en 19 pacientes, biopsia bronquial en 42 pacientes, positivas 37 muestras 88% y biopsias transbronquiales con fluoroscopia en 77 pacientes, con malignidad en 35 pacientes 45%. Las lesiones centrales se diagnosticaron por broncoscopia en el 90% de los casos. Diagnóstico patológico en el 67% de los pacientes, siendo el más frecuente adenocarcinoma en 46 pacientes 41%, escamocelular en 17 pacientes 15%, carcinoma pulmonar de célula pequeña en 8 pacientes 7%, adenoma quístico en dos pacientes 1,8%, linfoma en 3 pacientes, mesotelioma en un paciente y 33 pacientes con otro origen.

Características demográficas de los pacientes con sospecha de patología maligna

Variables	Grupo de estudio N = 165
Edad (años)	66,01 ± 9,6
Hombres (%)	115 (69)
Mujeres (%)	50 (31)
Residencia n (%)	
Urbana	104 (63)
Rural	61 (37)
Tabaquismo n (%)	95 (57)
Estudio masas	35 (21)
Estudio nódulos centrales	27
Estudio nódulos periféricos	23 (13)
Adenopatías	27 (16)
Lesión endobronquial	15 (9)
Infiltrados intersticiales	9 (5,4)
Derrame pleural	11 (6,6)
Consolidación	10 (6)
Hemoptisis	7 (4,2)
Otros	7 (4,2)

Conclusiones: La broncoscopia es un método diagnóstico eficiente para el diagnóstico de patología neoplásica. En nuestro hospital se observa una rentabilidad similar a la de otros estudios, siendo la biopsia bronquial y las biopsias transbronquiales las técnicas con mayor rendimiento.

COMPLICACIONES ASOCIADAS CON ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES VIDEOFLUOROSCÓPICA Y ENDOSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

L.F. Giraldo-Cadavid^{1,2}, A.R. Bastidas³, M.J. Aguilar¹, L. Bohórquez¹, R. García¹ y S. Ovalle¹

¹Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana. Chia. Colombia.

²Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Pamplona. España

³Clínica Universidad de La Sabana. Chia. Colombia.

Introducción: Muchos estudios para buscar complicaciones de la disfagia orofaríngea asociadas con alteraciones en la seguridad de la deglución, detectadas en el Estudio Videofluoroscópico de la Deglución (VFSS) o en la Evaluación Fibro-endoscópica de la Deglución (FEES), han tenido limitaciones de poder estadístico y no han encontrado asociaciones significativas. Con el fin de evaluar la evidencia disponible sobre este tema y hacer análisis con mayor poder estadístico se realizó una revisión sistemática y meta-análisis.

Material y métodos: La estrategia de búsqueda en Pubmed, Lilacs, Embase, Medline y Cochrane incluyó vocabulario controlado y no controlado. Se incluyeron estudios de cohorte prospectivos o retrospectivos que evaluaran el riesgo de desenlaces en pacientes con penetración, aspiración, residuos o derrame detectados en VFSS o FEES. La selección, evaluación y recuperación de la información de los artículos fue realizada de manera independiente por dos autores; las discrepancias se resolvieron con un tercer autor. De los 3.317 artículos obtenidos, se seleccionaron 47 para revisión en texto completo más 5 artículos sugeridos por expertos, de éstos 18 artículos fueron incluidos en la revisión. Se evaluó la calidad según el riesgo de sesgos. El riesgo de los desenlaces se estimó por la Odds Ratio (OR) y, cuando fue apropiado, se obtuvo su valor global por el modelo de efectos aleatorios del método de Mantel-Haenszel (M-H Random), con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Software utilizado: Review Manager 5.0.

Resultados: La aspiración en la VFSS se asoció con un aumento en el riesgo de neumonía (OR: 3,55; M-H Random IC95%: 1,66 a 7,57; p = 0,001) y muerte (OR: 2,56; M-H Random IC95%: 1,18 a 5,55; p = 0,02). La aspiración en la FEES se asoció con un aumento en el riesgo de neumonía (OR: 3,55; M-H Random IC95%: 1,17 a 10,77; p = 0,03). La penetración en la VFSS se asoció con un aumento en el riesgo de neumonía (OR: 3,10; M-H Random IC95%: 1,29 a 7,47; p = 0,01). La información acerca del riesgo de desenlaces adversos para otras alteraciones fue insuficiente. La calidad metodológica de la mayoría de estudios fue regular.

Conclusiones: La aspiración (en VFSS y FEES) se asocia con un aumento en el riesgo de neumonía y muerte. Se necesitan estudios de mayor calidad para evaluar el riesgo de complicaciones en las demás alteraciones de la seguridad de la deglución.

BIOPSIA ENDOSCÓPICA DE ADENOPATÍAS MEDIASTINALES GUIADA POR TOMOGRAFÍA CON AGUJA DE SCHIEPPATI: EXPERIENCIA DE 113 CASOS EN UN PAÍS EN VÍA DE DESARROLLO

M. Céspedes, M. González, A. Franco y M. Pacheco

RESPIREMOS SAS. Clínica Comfamiliar. Pereira. Colombia. Clínica Salud Coop. Pereira. Colombia.

Introducción: Las adenopatías mediastinales son manifestaciones de múltiples enfermedades, primarias o secundarias, benignas o malignas. De acuerdo a su tamaño requieren estudios histopatológicos con biopsia por medio toracoscopia o mediastinoscopia. Recientemente, la ecobroncoscopiaendobronquial (EBUS) y la biopsia aspiración transbronquial con aguja fina (TBNA) se utiliza con mayor frecuencia y mejores resultados en países desarrollados. Esta técnica no está dis-

ponible en la mayoría de los países en desarrollo, debido a los costos y la falta de entrenamiento. Por estas razones, utilizar técnicas endoscópicas para toma de biopsias guiadas por localización tomográfica es una excelente alternativa para el diagnóstico de lesiones mayores de 2 cm en centros con neumólogo intervencionista.

Material y métodos: Presentamos 113 pacientes con adenopatías mediastínicas del 2009 al 2013, en dos centros hospitalarios de Pereira, Colombia. Se utilizó broncoscopio rígido y aguja Schieppati. Previa realización de TC de tórax (TC) se evidenciaron en las estaciones 2R, 2L, 4R, 4L, 7, 11L y 11R. Por TC se localizaron las adenopatías y se escogieron los sitios de punción. Las lesiones tenían un diámetro > 2 cm y se ubicaban cerca de la tráquea y bronquios. Utilizando la aguja Schieppati con una jeringa y presión negativa de 20 cm de H₂O, se realizó punción a través de la tráquea o bronquios, se tomó una primera muestra de tejido, se extendió en placas de vidrio e inmediatamente fueron evaluadas por un patólogo para su diagnóstico inicial. Si existía tejido linfático en la muestra se realizó biopsia de este mismo sitio con pinza de biopsia para obtener tejido para otros análisis. Tanto la aguja como la pinza penetraron la pared traqueal o bronquial a una distancia máxima de 2 cm de la pared según las mediciones realizadas por TC.

Resultados: En más de 95% de los pacientes, la primera muestra contenía tejido del ganglio linfático, se tomó biopsia con pinza, con esto aumentó el rendimiento diagnóstico al permitir realizar patología convencional e inmunohistoquímica. El diagnóstico incluía carcinoma de células escamosas, células pequeñas, adenocarcinoma, tuberculosis y sarcoidosis, entre otros. No hubo complicaciones durante el procedimiento como sangrado, infección, neumomediastino, etc.

Conclusiones: La biopsia endoscópica con aguja de Schieppati guiada por TC representa un procedimiento de bajo costo, con alto rendimiento diagnóstico, permite la estadificación de la enfermedad y es mínimamente invasiva. Sin complicaciones serias, seguro y disponible para países con recursos limitados que no pueden acceder al EBUS.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA TRAQUEOMALACIA UTILIZANDO ELECTROCAUTERIO

M. Céspedes, M. González, A. Franco y M. Pacheco

RESPIREMOS SAS. Clínica Comfamiliar. Pereira. Colombia.
Clínica Salud Coop. Pereira. Colombia.

Introducción: La traqueobroncomalacia se caracteriza por el estrechamiento de la vía aérea central secundaria al debilitamiento de las paredes de la tráquea y bronquios principales produciendo diferentes grados de obstrucción. Los síntomas más comunes son tos, expectoración, disnea, infecciones recurrentes del tracto respiratorio. Se asocia con hipoxemia e hipercapnia lo que conlleva a insuficiencia respiratoria crónica grave y muerte. Presenta un alto subdiagnóstico y requiere un alto nivel de sospecha para el diagnóstico, el cual se confirma por broncoscopia. El tratamiento incluye el manejo farmacológico de las enfermedades asociadas. El tratamiento quirúrgico, la traqueobroncoplastia para el fortalecimiento de la pared posterior es un procedimiento de alto riesgo y poco realizado en la actualidad. También se han utilizado los stent traqueales o traqueobronquiales, los cuales pueden producir diferentes complicaciones.

Material y métodos: Se diagnosticó traqueobroncomalacia en 30 adultos entre el 2009 y el 2013. Se realizó electrofulguración (utilizando electrocauterio) de la pared membranosa de la tráquea y bronquios en estos pacientes de dos instituciones de Pereira, Colombia. El objetivo de este procedimiento es producir cicatrización y fibrosis de la pared con el fin de fortalecerla. Por medio de broncoscopia rígida, se inició la electrofulguración (a 15 vatios de poder) de la pared posterior de tráquea y bronquios principales con un electrodo monopolar en modo continuo produciendo una quemadura de la pars muscularis.

Resultados: En todos los pacientes se observó mejoría inmediata durante el mismo procedimiento con disminución del colapso, disminución del diámetro transversal de la tráquea y aumento del diámetro anteroposterior. Además, se logró una disminución significativa del movimiento de la pared posterior. Los pacientes se trasladaron a la unidad de cuidados intensivos como parte del protocolo pero sin requerir soporte ventilatorio. Se realizó seguimiento clínico, gasimetría arterial, pruebas de función pulmonar, tomografía computada dinámica y broncoscopia como método gold standard de diagnóstico y seguimiento. No se presentaron complicaciones graves sobre la vía aérea tal como fístula traqueoesofágica, neumomediastino, entre otras.

Conclusiones: Con esta técnica se logra una mejoría clínica, tomográfica, endoscópica, funcional y en la espirometría en todos los pacientes tratados. Se realiza en un solo tiempo quirúrgico, disminuyendo el riesgo operatorio. Es un procedimiento más seguro y con menor incidencia de complicaciones en comparación con el implante de stent y la cirugía abierta, que están asociados con un alto índice de morbilidad y mortalidad. También se demostró mejoría de la calidad de vida y su función respiratoria.

EXPERIÊNCIA PRELIMINAR COM EBUS-RADIAL NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES PULMONARES PERIFÉRICAS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO, BRASIL

M. Jacomelli, S.E. Demarzo, A.L.M. Palomino, A. Pontes, P.F.G. Cardoso e V.R. Figueiredo

Serviço de Endoscopia Respiratória. InCor (Instituto do Coração)-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil.

Introdução: A broncoscopia convencional possui baixo rendimento diagnóstico nas lesões pulmonares periféricas. Ecobroncoscopia radial (EBUS-R) consiste na utilização de transdutor de ultrassom rotativo, o qual é passado pelo canal de trabalho de um broncoscópio flexível, avançado por via endobrônquica até o local da lesão com o objetivo de auxiliar em sua localização para a realização de punções e biópsias. Este estudo representa a experiência preliminar com o EBUS-R no diagnóstico de lesões periféricas pulmonares em hospital terciário.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos pacientes submetidos ao EBUS-R entre Fevereiro 2012 e Julho 2013 para o diagnóstico de nódulos e massas pulmonares. Utilizou-se sedação e anestesia tópica para a realização da broncoscopia flexível. O miniprobe flexível de 20 MHz (Olympus UM-3R) era passado através do canal de trabalho de um broncoscópio terapêutico (Olympus BF-1T180) e avançado até o brônquio adjacente à lesão alvo. O procedimento foi realizado com o auxílio de fluoroscopia para auxiliar na localização da lesão e coleta de material (escovado, aspiração transbrônquica por agulha e biópsia transbrônquica).

Resultados: Foram avaliados 54 pacientes no período, sendo 57,4% do sexo feminino, com idade média de 64,8 ± 11 anos. O EBUS-R visualizou 39 nódulos pulmonares (1,8 ± 0,73 cm de diâmetro médio) e 19 massas pulmonares (3,9 ± 0,8 cm de diâmetro médio). A sensibilidade global do método foi de 63% (73,8% para as lesões visíveis à EBUS-R e 25% para as não visíveis a EBUS-R). Dentre as lesões visíveis, a sensibilidade foi de 91,7% para as massas pulmonares e 74,1% para os nódulos. As complicações relacionadas ao método foram o pneumothorax (3,7%) e sangramento endobrônquico controlado broncoscopicamente (9,3%). Não houve mortalidade relacionada ao método.

Conclusões: Esta experiência preliminar com a EBUS-R revelou boa sensibilidade para as lesões periféricas com perfil de segurança adequado e baixo índice de complicações. O rendimento diagnóstico foi maior para as lesões visíveis ao EBUS-R e para as massas pulmonares.

EBUS-TBNA NO ESTADIAMENTO DA NEOPLASIA DE PULMÃO

V.R. Figueiredo, M. Jacomelli, A.M. Palomino, M. Canzian, R.M. Terra e P.F.G. Cardoso

Serviço de Endoscopia Respiratória. Centro de Via Aérea. Disciplina de Cirurgia Torácica. Disciplina de Pneumologia. InCor (Instituto do Coração). Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. FMUSP. Serviço de Endoscopia Respiratória. Hospital SírioLibanês. Brasil.

Introdução: A neoplasia de pulmão (NP) permanece a principal causa de morte por câncer. O prognóstico dependerá do diagnóstico precoce, do tipo histológico e do estadiamento TNM. A ecobroncoscopia com punção por agulha (EBUS-TBNA) é um método pouco invasivo, seguro e preciso na coleta de material citológico dos linfonodos mediastinais e hilares. Sua acurácia de até 98%, tem se demonstrado superior à da TC (60,6%) e da PET-CT (72,5%) no estadiamento linfonodal mediastinal da NP. O objetivo desse estudo foi analisar o papel do EBUS-TBNA no estadiamento da NP dentro da realidade brasileira.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com 171 pacientes portadores de NP, submetidos ao EBUS-TBNA com objetivo de estadiamento linfonodal entre janeiro/2011 a janeiro/2014 em 3 instituições brasileiras. Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia geral. Foi utilizado ecobroncoscópio Olympus (BF-UC180F) e as punções realizadas seguindo padronização preconizada na literatura.

Resultados: 171 pacientes portadores ou com suspeita de NP submeteram-se ao EBUS-TBNA. Em 64% dos pacientes o procedimento foi apenas para estadiamento linfonodal, em 27% o objetivo foi de diagnóstico e estadiamento e em 9% por suspeita de recidiva após tratamento de NP. A média de idade foi de 66 ± 12 anos, sendo 58% dos pacientes do sexo masculino. 13% das punções foram consideradas inconclusivas devido a material escasso para análise. Nessa série houve predominância de adenocarcinomas (68%), seguidos do carcinoma espinocelular (25%). Dentre os 15 pacientes com suspeita de recidiva de NP, 11 foram positivos para células neoplásicas ao EBUS-TBNA. Nos 4 restantes, em 1 caso foi confirmada doença benigna cirurgicamente (verdadeiro negativo); em dois casos foi benigno não confirmado (acompanhamento clínico) e o último caso foi falso negativo (positivo à cirurgia). Dos 69 pacientes portadores de NP com estadiamento linfonodal N0 ao EBUS-TBNA, apenas 39% realizaram confirmação cirúrgica, com 23 confirmações benignas e 4 falsos negativos (estadiamento linfonodal cirúrgico N2), com VPN de 85% nos casos de estadiamento de NP. Foi observado um caso de sangramento moderado, controlado com medidas locais. Não houve mortalidade relacionada ao procedimento neste grupo de pacientes.

Conclusões: Concluímos que, nesta série de pacientes, o EBUS-TBNA se mostrou eficaz e seguro para o estadiamento linfonodal da NP, com elevada sensibilidade, especificidade e VPN, causando impacto na conduta terapêutica de pacientes com NP.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ESTENOSIS LARINGOTRAQUEAL POSTINTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL TRATADOS CON ENDOPRÓTESIS A 4.075 M.S.N.M. HOSPITAL CORAZÓN DE JESÚS, CIUDAD DE EL ALTO, LA PAZ 2013

O. Hidalgo Martínez, D. Jáuregui, V.H. Pardo y J. Zambrana Torrico

Hospital Corazón de Jesús. El Alto. La Paz. Bolivia. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. Bolivia.

Introducción: Es una necesidad imperiosa saber cuál es el número de pacientes nuevos con factores de riesgo de estenosis laringotraqueal post intubación endotraqueal tratados con endoprótesis.

Objetivos: Determinar la prevalencia de factores de riesgo de estenosis laringotraqueal post intubación endotraqueal tratados con endo-

prótesis a 4.075 m.s.n.m, Hospital Corazón de Jesús, ciudad de El Alto, La Paz 2013.

Material y métodos: Matiz cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptiva retrospectiva, de corte transversal. El método de recolección el SAP (sucesión aleatorizada de pacientes) muestra de 40 pacientes. Muestreo y análisis estadístico con SPSS 21 s.p.

Resultados: La mayor parte adultos y adultos mayores 3 de cada 10, y menores de 40, 1 de cada 10, mediana de 44,5 años, el sexo masculino más predominante, 12 a 15 días (promedio 13,5 días) estadía, 18 pacientes fueron traquetomizados, el diagnóstico de ingreso varió entre TEC y politraumatizados, diagnóstico confirmado por broncoscopia una relación de 4,5 a 5,5 de cada diez. En la tráquea se produjo la mayor transgresión cicatrizal, siendo la estenosis más frecuente en este sitio a nivel de tercio superior (3 a 4 anillo), el grado II de Cottòn, tres dilataciones en promedio, siendo el dispositivo protésico de Dummont el más utilizado, a mayor tiempo de intubación se clasificaron en grados III y IV de Cotton, intubación mayor o igual a 16 días. El grado II se localizó con mayor frecuencia a nivel de tráquea, el grado III a nivel de subglotis y el IV a nivel subglotis y tráquea.

Conclusiones: El grupo promedio de edad es de 45 años, predominio sexo masculino. La duración de intubación es el factor predisponentes más importante para el desarrollo de las estenosis laringotraqueal encontrándose promedio 14 días, el sitio más frecuente es traqueal es tercio superior grado II de Cotton más frecuente.

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DA BRONCOSCOPIA NA NEOPLASIA DE PULMÃO

N. Abe, A.L. Lobo, M. Jacomelli, A.M. Palomino, S. Demarzo, R.M. Terra, P.F.G. Cardoso e V.R. Figueiredo

Serviço de Endoscopia Respiratória. Centro de Via Aérea. Disciplina de Cirurgia Torácica. Disciplina de Pneumologia. InCor (Instituto do Coração)-Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. FMUSP. Brasil.

Introdução: A neoplasia de pulmão (NP) permanece como a causa mais comum de morte por câncer. O prognóstico dependerá do diagnóstico precoce, do tipo histológico e do estadiamento TNM. A broncoscopia com suas várias formas de coleta de material, é um método pouco invasivo, seguro e preciso no diagnóstico da NP. Metanálise realizada em 2013 observou 88% de sensibilidade do método em lesões centrais, 34% em lesões periféricas < 2 cm e 63% em lesões periféricas > 2 cm. A utilização da ecobroncoscopia radial (EBUS-R) elevou a sensibilidade para 7# e 71% respectivamente. O objetivo desse estudo foi avaliar o papel da broncoscopia, com todos os seus métodos de coleta e análises, no diagnóstico da NP dentro da realidade brasileira.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com 163 pacientes suspeitos de NP, submetidos à broncoscopia e coleta de amostras (lavado broncoalveolar, biópsia endobrônquica, biópsia transbrônquica, escovado brônquico e punção com agulha fina), com objetivo de diagnosticar a NP. Foram incluídos procedimentos de janeiro de 2012 a julho de 2013. Todos os procedimentos foram realizados sob sedação e foram utilizados videobroncoscópios Olympus (BF P180 ou BF Q180). A coleta de amostras foi realizada guiada pela imagem da TC ou por ecobroncoscopia.

Resultados: 163 pacientes suspeitos de NP submeteram-se a broncoscopia com coleta de materiais. A média de idade foi de 63 ± 12 anos, sendo 62% dos pacientes do sexo masculino. Em 68% dos pacientes a broncoscopia visualizou lesão endobrônquica, com 90% de diagnóstico. Em 21% dos pacientes a lesão era maior que 2 cm e não era visualizada endoscopicamente, com diagnóstico em 80% (em 10% dos casos a coleta foi guiada por EBUS-R ou EBUS-setorial). Em 7% a lesão era menor que 2 cm e a coleta de material foi guiada pelo EBUS-R em 80%

e obtuvo diagnóstico en 82% dos casos. Nessa série houve predominância de adenocarcinomas (37%), seguidos do carcinoma espinocelular (35%), carcinoma de pequenas células (17%), carcinóide (4%) e outros. Foi observado sangramento leve/moderado em 13% dos casos, controlado com medidas locais, 1 pneumotórax (2,3% das biópsias transbrônquicas) e 1 caso de broncoespasmo (0,8%). Não houve mortalidade relacionada ao procedimento neste grupo de pacientes.

Conclusões: Concluimos que, nesta série de pacientes, a broncoscopia se mostrou um procedimento eficaz e seguro para o diagnóstico da NP, aumentando sua sensibilidade com a utilização de novas tecnologias.

TRAQUEOBRONCOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSTICA. UNA SERIE DE CASOS

I. Martínez, A. Saavedra, E. Sánchez y P. García

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Introducción: Se presenta una serie de tres casos de pacientes con tos, disnea e infecciones respiratorias a repetición como síntomas comunes, con tomografías de tórax que mostraban irregularidad de las paredes de la tráquea en quienes se confirma en broncoscopia la presencia de traqueobroncopatía osteocondroplástica, la cual constituye una entidad benigna y rara de diagnóstico broncoscópico, que compromete las vías aéreas centrales. El tratamiento se enfocó, en dos de los casos, al manejo sintomático, ya que no se hizo evidente compromiso obstructivo grave de la vía aérea. El otro paciente necesitó de stent traqueal por la presencia de estridor y evidencia de importante disminución de la luz traqueal. El objetivo de la serie es describir las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con esta entidad.

Material y métodos: Se trata de una serie de tres casos de pacientes con síntomas inespecíficos en quienes se realiza diagnóstico broncoscópico de traqueobroncopatía osteocondroplástica.

Resultados: Presentamos una serie de tres pacientes dos de ellas mujeres de 65 y 72 años con historia de tos seca y antecedente de infecciones respiratorias a repetición, con espirometría normal. La tomografía de tórax mostraba irregularidad de las paredes de la tráquea, en la broncoscopia se documentó la presencia de múltiples nódulos que comprometían la tráquea respetando la pared posterior. La biopsia de las lesiones en el primer caso confirma el diagnóstico de traqueobroncopatía osteocondroplástica. El tercer paciente es un hombre de 62 años con historia de 5 años de infecciones respiratorias, con tos seca y disnea de medianos esfuerzos, a la auscultación roncus y estridor, con espirometría compatible con obstrucción fija extratorácica. La broncoscopia mostro nódulos a nivel de la mucosa del tercio superior de la tráquea con obliteración significativa de la luz > 60%, por lo que el paciente requiere colocación de stent traqueal con lo que se logra mejoría sintomática hasta la fecha.

Conclusiones: El diagnóstico de la traqueobroncopatía osteocondroplástica generalmente es incidental. Hay características imagenológicas que permiten sospecharlo al igual que la apariencia de las vías aéreas centrales en la broncoscopia. El tratamiento actual es sintomático y encaminado al manejo de la obstrucción central.

ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL POR ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Nevado, S. Vanoni, J. García González, C. Cristina Benchimol, S. Moyano y E.M. Uribe Echevarría

Servicio de Neumonología. Sanatorio Allende sede Nueva Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: La estenosis traqueal (ET) congénita de origen vascular puede corresponderse con la presencia de anillos vasculares comple-

tos o incompletos (slings) originados en el desarrollo anormal o regresión incompleta de los arcos aórticos embrionarios. Su prevalencia es imprecisa pues suele no causar síntomas. Se estima cercana al 1% de todas las anomalías cardiovasculares congénitas. Los anillos vasculares completos rodean tráquea y/o esófago causando obstrucción de la vía aérea central (OVAC). El 85% obedece a doble arco aórtico o arco aórtico derecho. La curva flujo volumen es el método diagnóstico inicial en la OVAC intra o extra torácica de diferentes etiologías.

Material y métodos: Mujer, 53 años, diagnóstico previo de asma bronquial (AB) desde la juventud, que consultó por episodios de tos, disnea y cornaje posicionales (inclinada hacia adelante) que comenzaron de manera aguda tras la ingesta de alimentos, unas dos horas antes de solicitar asistencia. El examen físico sin particularidades, excepto por tos en decúbito ventral.

Resultados: El par radiológico torácico fue normal. La espirometría no mostró alteraciones. La curva flujo volumen (F/V) demostró OVAC de tipo intratorácica variable. Se efectuó tomografía de tórax (TAC) que exhibió ET en tercio medio por doble arco aórtico funciona y cuerpo extraño distal a la compresión en segmento basal del lóbulo inferior derecho. La broncofibroscopia corroboró la estenosis por compresión extrínseca y permitió extraer exitosamente una arveja. La paciente evolucionó sin complicaciones. Fue derivada al servicio de cirugía cardiovascular para decidir conducta terapéutica de la malformación vascular.

Conclusiones: La paciente había sido tratada por AB. El error diagnóstico de AB o EPOC en las OVAC, particularmente en las intratorácicas variables, no es infrecuente. Sin embargo, las malformaciones vasculares como causa de estenosis son de escasa prevalencia. El caso presentado es un ejemplo de la necesidad de evaluar los pacientes con síntomas respiratorios obstructivos con procedimientos adecuados tal como la curva flujo volumen que ofrece una excelente relación costo efectividad en la OVAC. Los autores declaran no poseer conflictos de interés alguno para el desarrollo del proyecto.

TRAQUEOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSTICA (TO) EN UN PACIENTE CON DX RECIENTE DE INFECCIÓN POR VIH

L. Fernández, A. González, S. Calle y L. Sua

Fundación Valle del Lili. Grupo de Investigación Biomédica en Tórax. Universidad ICESI. Facultad de Medicina. Cali. Colombia.

Introducción: TO es rara, benigna, causa desconocida, presenta nódulos calcificados proyectados a la luz de la vía aérea (VA), causa tos crónica. Dx broncoscopia (FBO) y Bx. No tiene tratamiento específico, puede provocar obstrucción de VA.

Material y métodos: Reportamos un caso de TO en pac con Dx reciente de VIH.

Resultados: Hombre/61 a, no fumador, tos de 8 m, hemoptisis leve, diaforesis, fiebre, diarrea, pérdida de peso, contacto (+) con TBC previo. EF sin hallazgos significativos. Se encontró leucopenia, VIH (+), CD4 267 (15%), PPD 10 mm. TAC con parénquima normal, nódulos en tráquea densos calcificados, que se confirman en FBO, los nódulos se extienden a los bronquios respetando pared membranosa, en lavado se aisló *Micobacterium gordonae*, se considero un germen no patógeno. La Bx identifico nódulos óseos y cartilaginosos submucosos. Se inicio terapia antiretroviral e INH para manejo de TBC latente, su evolución ha sido buena, ha ganado peso y no ha vuelto a presentar hemoptisis

Conclusiones: TO es una lesión benigna, de causa desconocida, con nódulos en la luz de VA, descrita en 1850, se presenta en > 50 a, mas en sexo M, usualmente incidental. El nuestro es el primer caso reportado asociado a VIH. Síntomas: tos crónica, disnea, estridor, hemoptisis, infecciones recurrentes TAC muestra nódulos en la luz de VA usualmente calcificados. Dx con FBO, se ven nódulos irregulares que respetan la pared posterior, y Bx que revela los nódulos en la submu-

cosa, metaplasia, calcificaciones y hasta hematopoyesis en las áreas osificadas. Evolución lenta, pronóstico bueno, puede causar estenosis traqueal. No existe manejo específico, en ocasiones se necesita resección endoscópica o ablación.

CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL RECURRENTE CON DISPOSITIVO TIPO AMPLATZER

A. López López, I. Crespo Araoz y J. Navarro Morales

Servicio de Neumología. Hospital Caja Petrolera de Salud. Cochabamba. Bolivia.

Introducción: Las fistulas broncopleurales (FBP) son una complicación importante entre 0,8% y 15% después de la neumonectomía y 1% después lobectomía. Se han desarrollado alternativas no quirúrgicas para cerrar las fistulas bronquiales con un menor número de complicaciones posibles. El objetivo es la descripción de un caso clínico de un paciente en quien se logró el cierre de una FBP vía endoscópica con un dispositivo vascular tipo Amplatzer®.

Material y métodos: Varón de 67 años, con antecedentes de neumonosis leve I/IV; EPOC moderada y TB pulmonar tratada y curada 20 años atrás. Operado por hemoptisis recurrente de bronquiectasias del lóbulo superior derecho, en postoperatorio presentó fiebre persistente y fuga aérea constante a través del tubo torácico. Se diagnosticó fistula broncopleurale por broncoscopia. Se somete a cirugía para su cierre mediante toracotomía abierta. A la semana presenta reapertura de la fistula a pesar de haber sustentado con ventilación mecánica selectiva. En 2 intentos fallidos sellado de la fistula por broncoscopia con sellador tisular y taponamiento con balón de Fogarty. Se valoró realizar un procedimiento híbrido con implantación de dispositivo Amplatzer® para el cierre de la fistula. Se efectuó el procedimiento bajo sedación en el laboratorio de fluoroscopia y anestesia general con mascarilla laríngea. Valorándose la dimensión de la fistula irregular con extremos uno de 4 mm y otra de 6 mm de diámetro; decidiéndose que los dispositivos adecuados eran: un Amplatzer® de 6 y 10 mm. de diámetro respectivamente. Se comprueba la correcta colocación del dispositivo con el fibrobronoscopio en el interior del bronquio y en la cavidad pleural, con la satisfacción de un procedimiento exitoso. Al tercer día presenta una neumonía nosocomial de gérmenes Gram negativos multiresistentes, los dispositivos fueron expulsados hacia la cavidad fistulizada, presentando esta vez una mayor fuga de aire, se valora la repercusión y se decide la implantación de un nuevo dispositivo Amplatzer® de 15 mm. Tras su instauración se manifiesta una mejora inmediata a la insuficiencia respiratoria.

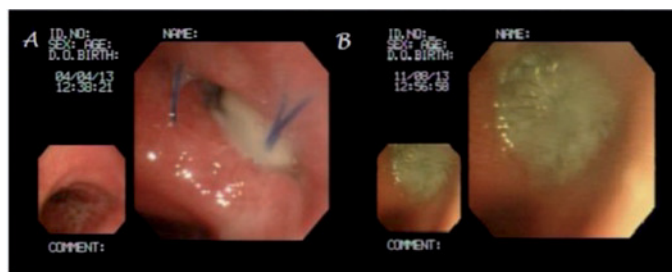


Figura 1: A. Imagen de la Fístula B. Imagen endobronquial de dispositivo sellando la Fístula

Conclusiones: En este caso, el cierre mediante Amplatzer® se planteó como una alternativa al fracaso del cierre mediante intervención quirúrgica y a través de broncoscopia con un sellador tisular. Las ventajas de este dispositivo son el sello mecánico completo que produce sobre el defecto y la inducción de tejido de granulación para facilitar el cierre a largo plazo. Este nuevo método ha dado buenos resultados en algunos reportes como el que se presenta, además de presentarse la dificultad de ser recurrente, fue acompañado por una insuficiencia respiratoria severa y sepsis.

HALLAZGOS BRONCOSCÓPICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA

G. Díaz y G. Lastra

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva-Huila. Colombia.

Introducción: La fibrobroncoscopia es fundamental para diagnóstico, seguimiento y tratamiento de enfermedades pulmonares y son escasos los estudios que describan las lesiones anatómicas, por lo cual se decidió describir los hallazgos broncoscópicos en un hospital del segundo nivel del sur del país.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, utilizando los informes de las fibrobroncoscopias realizadas en el Hospital Universitario de Neiva-Huila a pacientes adultos, durante enero del 2006 hasta diciembre del 2012. La indicación clínica de la fibrobroncoscopia se subclasificó en catorce grupos. El análisis estadístico se realizó con un instrumento en Epilnfo para la realización de porcentajes y promedios. Se expresaron en tablas y gráficos utilizando Excel.

Resultados: Se realizaron 2.077 fibrobroncoscopias en siete años, en las cuales se encontró que la mayoría de pacientes eran del género masculino y estaban hospitalizados. La principal indicación de realización del procedimiento fue masa pulmonar (18,8%), seguido infección (neumonía 17,2%). En cuanto a las lesiones encontradas en la vía aérea superior fueron los aritenoides por eritema, la tráquea fue comprometida en toda la estructura por engrosamiento. En los hallazgos bronquiales predominó el pulmón derecho con relación al izquierdo, por el compromiso del bronquio fuente (17,1%) dado por obstrucción (9,2%). Realizándose lavado broncoalveolar y cepillado en la mayoría de los pacientes (24,2%). La complicación principal fue sangrado, que se presentó en el 1,4%.

Conclusiones: Los principales hallazgos de la fibrobroncoscopia fueron el compromiso del bronquio fuente del pulmón derecho, causado por obstrucción secundaria a masa pulmonar.