

11:00	Preguntas y respuestas
11:15 - 11:50	Nuevos conceptos en el manejo del asma bronquial. Manejo del asma a largo plazo. Dr. Mario Ingianna Acuña
11:50-12:00	Preguntas y respuestas
12:00 - 13:00	Manejo del asma aguda o de la crisis asmática. Dr. Alcibey Alvarado
13:00	Preguntas y respuestas

2 de diciembre, 1998

09:30 - 10:15	EPOC: definición, fisiopatología, manifestaciones clínicas. Dr. Carlos Jaime Alfaro Rodríguez
10:15 - 10:25	Preguntas y respuestas
10:25 - 11:10	Tratamiento farmacológico del EPOC. Dr. Hugo Campos Góngora
11:10 - 11:25	Preguntas y respuestas
11:25 - 12:10	Manejo integral del EPOC, tratamiento no farmacológico del EPOC. Dra. Wing Ching Chan Cheng
12:10 - 12:25	Preguntas y respuestas
12:25 - 13:10	Apnea obstructiva del sueño Dr. Jorge Quesada Vargas, Dr. Ronald Chacón Chaves
13:10	Discusión, preguntas y respuestas Agradecimiento y clausura Dr. Carlos J. Alfaro R.

Patrocinadores

- Bayer Costa Rica, S.A., Sr. Guillermo Segura, Gerente División Salud, Tel: 243-6000 / 223-6166 Fax: 223-6539
- Boehringer Promeco, Dra. Mercedes Umaña, Tel. 221-8402
- Glaxo Wellcome, Dra. Kattia Fernández, Tel: 296-1369, Fax: 296-1118

Auspiciantes

- Colegio Médicos y Cirujanos de Costa Rica
- Ministerio de Salud
- Caja Costarricense de Seguro Social
- Asociación Costarricense de Neumología y Tisiología

S7 Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis

Panagiotis N. Symbas

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis, en general, es una medida extrema para las siguientes indicaciones de falla del tratamiento médico. Enfermedad pulmonar progresiva o estacionaria con esputos persistentemente positivos a pesar del tratamiento médico, parénquima pulmonar destruido con infección piógena sobreagregada, hemoptisis severa (que pone en peligro la vida del paciente), estenosis de las vías aéreas, complicaciones pleurales, complicaciones de operaciones previas y nódulo pulmonar antiguo que aumenta de tamaño.

Los pacientes que tienen enfermedad estable o progresiva con esputos persistentemente positivos requieren lobectomía o más comúnmente pneumonectomía para erradicar la enfermedad. Resecciones mas pequeñas en este grupo de pacientes están contraindicadas debido a la imposibilidad de erradicar la enfermedad y a las muchas complicaciones post-operatorias.

En el grupo de pacientes con destrucción significativa del parénquima pulmonar con otra infección sobreagregada, el organismo causante puede ser bacteriano o micótico. Cuando hay una infección bacteriana presente, deben realizarse los esfuerzos máximos para controlar la infección antes de la resección quirúrgica. Hemoptisis, que puede ser masiva, es la mas común molestia en los pacientes con infección micótica. Una lobectomía o bi-lobectomía es usualmente suficiente para controlar la enfermedad.

La incidencia de complicaciones post-operatorias en los pacientes con esputos persistentemente positivos así como en aquellos con infección sobreagregada es muy alta. Esto es debido a la persistencia del esputo positivo preoperatorio, a la infección sobreagregada, a la extensa destrucción pulmonar, al estado general del paciente, a la presencia de contaminación del espacio pleural y a la presencia de "espacio muerto intrapleural" post-operatorio. Estas complicaciones pueden minimizarse evitando "entrar" al pulmón enfermo durante la disección y/o obliterando el espacio pleural.

Hemoptisis secundaria a la infección mycobacteriana puede ser causada por la ruptura de un aneurisma de Rusmussen, por bronquiectasias o por erosión de la arteria bronquial. Una lobectomía es usualmente suficiente para controlar la hemorragia. La resección durante un episodio de hemoptisis masiva o significativa se asocia a una muy alta mortalidad. Como resultado, cuando el sangrado, de cualquier causa, es significativo, debe realizarse arteriografía de la arteria bronquial y embolización de la arteria principal. Cuando la resección debe realizarse de inmediato, debe realizarse exclusión del lóbulo o pulmón sangrante del resto del pulmón.

El compromiso de la vía aérea puede ser debido a una estenosis bronquial o a compresión por ganglios agrandados, usualmente

se presenta en el lóbulo medio, o aún en la tráquea en niños pequeños. El manejo de la estenosis de la vía aérea es resección de la estenosis con anastomosis termino-terminal o resección de la estenosis junto con el pulmón involucrado. La alteración del lumen de la vía aérea debido a ganglios agrandados debe ser manejado por excisión o, si no es posible, por reducción de ganglios agrandados.

Las complicaciones pleurales de un empiema tuberculoso o mixto sin enfermedad pulmonar subyacente puede ser manejado con "empiectomía" y decorticación del pulmón. Cuando hay enfermedad subyacente presente, debe además realizarse resección del pulmón involucrado.

Complicaciones de operaciones previas que requieren tratamiento quirúrgico incluyen: persistencia de infección en la porción remanente del pulmón ipsilateral, empiema con o sin fístula broncopleurales, migración de un bolo ("plumb") de parafina y erosión de una bola de lucita. La migración de las bolas de parafina o de las bolas de lucita usualmente requieren remoción del cuerpo extraño, mientras que los empiemas con o sin fístula broncopleurales se manejan de manera similar que cuando las complicaciones ocurren posterior a la resección pulmonar por otras causas que no sean TB.

Finalmente, en pacientes con tuberculosis o sospecha de la misma con un nódulo pulmonar periférico nuevo ó un nódulo que aumenta de tamaño, debe realizarse resección de la lesión para descartar un carcinoma.

Notas: _____

S8 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

Jorge Quesada Vargas

Uno de los más frecuentes e importantes trastornos del sueño, afecta a un 4 al 8% de los hombres mayores de 40 años y alrededor de 2% de las mujeres postmenopáusicas. Se caracteriza por episodios repetitivos de apnea por obstrucción parcial o total de las vías aéreas superiores, generalmente acompañados de ronquidos fuertes, con la consecuente asfixia y la interrupción frecuente del sueño.

Las manifestaciones clínicas se relacionan principalmente con la fragmentación del sueño, la asfixia repetitiva y los fenómenos cardiovasculares concomitantes, somnolencia excesiva diurna, trastornos de concentración y de memoria, cefalea matutina, hipertensión arterial sistémica o pulmonar, irritabilidad, nicturia, reflujo gastroesofágico, impotencia sexual y depresión acompañan a muchos de estos pacientes. Las consecuencias a largo plazo incluyen un aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y cerebrovascular, entre ellas arritmias cardíacas, cardiopatía isquémica, infartos de miocardio, cor pulmonale, insuficiencia cardíaca, accidente vascular cerebral y muerte súbita. Aproximadamente la mitad de los pacientes con SAOS son hipertensos y el 40% de los hipertensos padecen SAOS. Además alrededor del 60% de los pacientes con SAOS son obesos.

Ronquidos fuertes y somnolencia excesiva diurna son las quejas más frecuentes de pacientes con SAOS. La somnolencia disminuye la capacidad de concentración y reacción, aumentando el riesgo de accidentes laborales y de tránsito. Se ha reportado un riesgo 7 veces más alto de provocar accidentes de tránsito en pacientes con SAOS que en individuos normales. En algunos países la somnolencia al conducir ha llegado a ocupar el primer lugar como causa de accidentes mortales en las autopistas.

El sueño normal tiene un desarrollo definido con alternancia de dos componentes principales: el sueño "no REM" y el sueño "REM", en el que se producen movimientos rápidos de los ojos. En la primera parte del sueño hay una transición de fases superficiales a fases más profundas, con enlentecimiento de la actividad electroencefalográfica y una disminución del tono muscular esquelético. Esta transición es seguida por una fase de sueños REM, con un aumento de la frecuencia en el EEG, movimientos rápidos de los ojos y atonía generalizada de la musculatura esquelética, con excepción del diafragma. Este ciclo de sueño se repite aproximadamente cada 90 minutos, siendo el sueño no REM con cada ciclo más corto y menos profundo, mientras que el sueño REM es cada vez más prolongado. Esta arquitectura del sueño es sumamente importante, para que éste sea reparador.

Las vías aéreas tienen un soporte rígido en la nariz y a partir de la epiglotis, pero a nivel de paladar blando y orofaringe su permeabilidad depende en gran parte del tono de los músculos que componen la faringe. Por eso es comprensible, que tanto