ramr
Revista Americana de Medicina Respiratoria

CARTA AL EDITOR

RAMR 2016;1:99-100
ISSN 1852 - 236X

# Más allá de las guías, mi experiencia en broncoscopía y su evolución en Mendoza

**Autor:** Ramón Ángel Alchapar

**Correspondencia:**
Domicilio postal: Salta 2492- Mendoza (CP 5500)
Tel.: 2614673431
Fax: 2614372869
E- mail: ralchapar@yahoo.com.ar

## Al Editor:

Me atrevo a escribir al respecto luego de haber contabilizado más de 6.000 exámenes desde 1982. Realicé mi capacitación en el Servicio de Broncoesofagología del Hospital Muñiz a cargo del Dr. Manuel Yerga, quien me instruyó en segmentación pulmonar con magníficas broncografías, (sí, en esa época hacíamos broncografías desconociendo, tal vez, los potenciales daños del material contrastado liposoluble e incluso hidrosoluble). Él me enseñó, con mucha paciencia y generosidad, el uso de equipos rígidos, de luz caliente, utilizando previamente al examen atropina y morfina parenterales. Esta tecnología, muy útil para observar vías aéreas centrales y extraer cuerpos extraños, debía realizarse con rapidez ya que se contaba con muy poco tiempo por el calor irradiado por la lámpara de iluminación, alimentada por una batería de linterna. Además, tenía como dificultad dominante las alteraciones estructurales del cuello que, en ocasiones, impedía la progresión del endoscopio metálico y, si progresaba, traccionaba de diferentes formas y de modo peligroso a las estructuras de la boca, faringe y la vía aérea.

Realizaba por entonces los exámenes en un Hospital de la Mutualidad Italiana, bien dotado humana y técnicamente, utilizando también estos equipos en el mayor hospital público de Mendoza. La introducción de la luz fría a través de fibras ópticas en los broncoscopios rígidos permitió prolongar el tiempo de los exámenes y tratamientos.

La llegada a nuestra provincia de los equipos de fibra óptica en 1984, similares a los actuales, me dio la posibilidad de ampliar las indicaciones del estudio a todo aquello que afectase la vía aérea y al estudio del parénquima pulmonar. Comenzamos entonces a realizar lavados broncoalveolares y biopsias transbronquiales con mejor tolerancia, menores riesgos para el paciente y para los operadores. Parecía que ya no sufriríamos la habitual llegada de secreciones bronquiales a los ojos, como solía ocurrir en ocasiones con el instrumental rígido, pese a las medidas de protección usadas.

Más del 60% de los exámenes realizados a nivel público fueron practicados con anestesia local, por no contar con anestesiólogos para tal fin. Esto hizo que optimizara el uso de la anestesia tópica, con lidocaína al 10% en spray, al 4%, al 2% y gel, previa utilización de atropina y diazepan parenterales. Este último fue reemplazado por lorazepan 1 mg sublingual. En ocasiones fui asistido por una colega china que agregaba acupuntura a algunos pacientes. En cincuenta pacientes que recuerdo con ambos procedimientos combinados (anestesia tópica y acupuntura), no observamos diferencias significativas en un cuestionario de tolerancia, comparando con quienes sólo habían sido anestesiados tópicamente.

La vía de ingreso preferente fue la nasal previamente anestesiada, tal como lo es hoy. Del mismo modo tópico anestesiábamos glotis, cuerdas vocales y tráquea respetando estrictamente los tiempos de anestesia ya que permite tener excelente visión de la región faringo-glótica.

En el hospital de la Mutualidad Italiana, también la anestesia local era la regla para pacientes ambulatorios y de servicios críticos. En cambio, utilizábamos anestesia general en pacientes postquirúrgicos cardiovasculares y para guiar las suturas de tráquea término-terminales en los trasplantes cardiopulmonares en bloque. Contábamos ya por entonces con equipos de video y fibrobroncoscopios exclusivos para estos procedimientos en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.

Para finalizar, puedo decir que no fallecieron pacientes por la práctica. Muchas veces no contamos con tomografías, rara vez con radioscopía. Siempre contamos con un ayudante médico broncoscopista, a veces con un enfermero experimentado.

Los exámenes previos siempre incluían ECG y coagulograma. La posibilidad de sangrado de la vía aérea era testeada, además, tomando una mínima toma de la mucosa previa a la realización de una biopsia en una lesión determinada o de una biopsia transbronquial.

Sin embargo, siempre hicimos una minuciosa anamnesis y examen clínico, eso resultaba ineludible. En muchas ocasiones no realizamos el procedimiento indicado por considerar que el riesgo-beneficio no era aceptable.

Esto me lleva a pensar que, con sentido común y prudencia, podemos hacer una broncofibroscopía con seguridad en ambientes asistenciales diversos, desde la magnificencia que pude disfrutar en Pittsburg, en Cirugía Cardiovascular del Hospital Italiano de Mendoza, como también en medio de la pobreza "franciscana" del Hospital Lencinas.

**Conflictos de interés:** el autor declara no tener conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.