



VIH y Lactancia

Hemos recibido la publicación "Transmisión del VIH a través de la lactancia", una revisión de los conocimientos actuales de este importante tema, documento elaborado por la organización Panamericana de la Salud, año 2004.

En este texto se abordan aspectos como la transmisión a través de la lactancia, aspectos de prevención, y línea de investigación actual en esta materia.

Los interesados en consultar este material pueden comunicarse con revistas@sochipe.cl

El Editor

FE DE ERRATAS

En el artículo "El sector de observación ¿Es necesario en un Servicio de Urgencia Pediátrico?", Revista Chilena de Pediatría 2006; 77 (3): 259-66, deben corregirse los siguientes errores de redacción:

1. Tabla 3 (pp 262), primera fila de datos, 4° columna, n° de niños: dice 62; debe decir 162.

2. Tabla 4 (pp 263), el título dice: "Diagnóstico de ingreso al Sector de Observación (SO) con frecuencia \geq al 5% y frecuencia de interacción según diagnóstico de egreso del sector". En lugar de "interacción" debe decir "internación".

3. Tabla 6 (pp 264), en la columna de "examen", ítem "otros", aparecen los valores de 80 y 5,25: debe decir n° 271, % 17,79.

Ofrecemos las disculpas por estos errores involuntarios y esperamos no afecten la calidad del artículo El editor.

CARTAS AL EDITOR

Hemos recibido la siguiente Carta al Editor que transcribimos para Uds.

Recordamos a Uds. que esta es una sección abierta a los lectores de la Revista Chilena de Pediatría que tiene el objetivo de permitir un intercambio de opiniones y experiencias en el contexto de nuestra publicación y Sociedad de Pediatría.

Síndrome de Buried Bumper: Tratamiento endoscópico

Sr. Editor:

Hemos leído con mucha detención el interesante caso clínico "Migración recurrente del botón de gastrostomía: Síndrome de Buried Bumper" publicado en el N° 76 de la Revista Chilena de Pediatría¹. Es muy meritorio publicar las complicaciones de los procedimientos y más aun cuando se trata de la primera comunicación en nuestro país.

El "Síndrome de Buried Bumper" consiste en la migración del tope interno de la sonda de gastrostomía hacia la pared abdominal y se produce por aplicar una excesiva tensión entre las barras de la sonda de gastrostomía o por emplear sondas con tope interno muy rígido. Se presenta en la literatura con frecuencias muy variables que llegan en una serie de niños hasta el 22%². En el caso presentado por Vives y colaboradores esta complicación se resolvió mediante cirugía abierta. Quisiéramos relatar nuestra experiencia mediante un procedimiento endoscópico que realizamos en forma ambulatoria y que permite en una sesión solucionar el problema y dejar instalada una nueva sonda.

En nuestro centro se han efectuado 356 gastrostomías endoscópicas desde 1984³. Esta complicación se ha presentado en 7 pacientes. Cuatro de estos casos fueron tratados mediante la técnica endoscópica descrita por Fay y simplificada por Venu^{4,5}. Este método consiste en pasar un hilo hacia la luz gástrica a través de la sonda, con la ayuda de un trócar.

Este hilo permitirá instalar una nueva sonda de gastrostomía, arrastrando a la vez la sonda impactada (figura 1). Nuestros cuatro casos resultaron exitosos lo que nos lleva a recomendar este método como tratamiento de elección para esta complicación.

Quisiéramos además corregir algunos con-

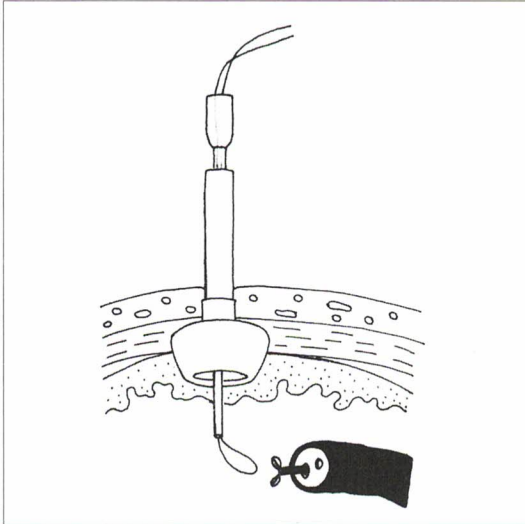


Figura 1.

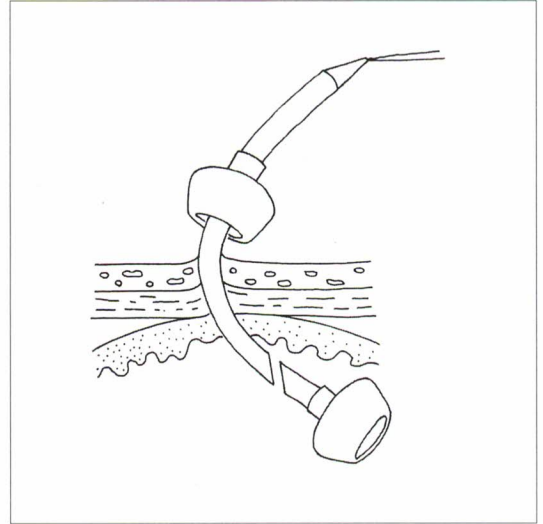


Figura 2.

ceptos que aparecen en la comunicación de Vives y colaboradores. En este artículo se refieren al tope o barra interna de la sonda como "botón de gastrostomía", término que debe reservarse para un sistema de recambio de la sonda, de bajo perfil, que tiene ventajas estéticas y psicológicas. De igual modo el término "papilotomía" empleado en el artículo como método alternativo de tratamiento se refiere normalmente al corte de la papila biliar, o esfínter de Oddi, lo que no guarda relación alguna con la gastrostomía. En el texto debiera decir "corte de la mucosa gástrica con papilótomo de aguja".

Nos parece muy importante comunicar las complicaciones de los procedimientos endoscópicos que emergen cada día, para poder decidir el verdadero espacio que ocupan entre las alternativas terapéuticas. También nos parece conveniente que estos artículos sean revisados por especialistas con experiencia en este campo.

REFERENCIAS

- 1.- Vives LA, Alarcón T, Faúndez R, Miquel I, Tassara R: Migración recurrente del botón de gastrostomía "Síndrome del Buried Bumper". Rev Chil Pediatr 2005; 76: 173-6.
- 2.- Segal D, Michaud L, Guimber D, Ganga-Zandzou

PS, Turk D, Gottrand F: Late-Onset Complications of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 33: 495-500.

- 3.- Kirberg A, Marín I, Montalva G: Gastrostomía percutánea endoscópica en lactantes con daño neurológico severo. Rev Chil Pediatr 1988; 59: 186-9.
- 4.- Fay DE, Luther R, Gruber M: Single procedure endoscopic technique for replacing partially extruded percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. Gastrointest Endosc 1990; 36: 298-300.
- 5.- Venu RP, Brown RD, Pastika BJ, Erikson LF: The buried bumper syndrome: a simple management approach in two patients. Gastrointest Endosc 2002; 56: 582-4.

Arturo Kirberg B.*, Samuel Blanco G.**, Gonzalo Montalva K.***, Eduardo Flores V.***

* Médico Cirujano, Centro de Endoscopia Quirúrgica, Hospital Regional de Iquique.

** Médico Cirujano, profesor asistente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín Colombia.

*** Médico Gastroenterólogo, Centro de Endoscopia Quirúrgica, Hospital Regional de Iquique

Correspondencia a: Arturo Kirberg B. E-mail: akirberg@gmail.com