**1 - ELA: MÁS ALLA DEL HOSPITAL Y LA TERAPIA INTENSIVA**

GALEANO F

*Hospital Saturnino E. Unzue*

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa que compromete las neuronas motoras de la corteza y el tallo cerebrales y de la médula espinal. Su incidencia anual fluctúa entre 0.6-2.6 por 1000, con una prevalencia de1.6-8.5 por 100.000. Suele presentarse en hombres adultos, la mayoría de veces sin antecedentes familiares y tiene una supervivencia de promedio de dos años una vez confirmado el diagnóstico. Existe una forma bulbar de presentación clínica de más rápida evolución. Todo paciente debe estar bien informado sobre su enfermedad, su evolución y el pronóstico. El manejo médico incluye medidas para controlar la sialorrea, evitar las complicaciones de disfagia con una gastrostomía, Soporte ventilatorio invasivo o no según el grado de insuficiencia respiratoria indicada cuando la capacidad vital es menor del 50 por ciento. y manejo del dolor según las recomendaciones de la OMS. El afecto pseudobulbar se puede tratar con amitriptilina o fluvoxacina En las fases terminales deben aceptarse las determinaciones previas del paciente y sus familiares y permitir un deceso digno.

CASO CLINICO Se trata de un paciente de sexo masculino de 40 años de edad, diagnosticado de ELA en FEBRERO 2009 en el SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL RAMOS MEJIAS y que se encontraba como único tratamiento con VNI INTERMITENTE, habiéndose negado a la realización de una gastrostomía quirúrgica o botón gástrico. Intercurre con una neumonía en JULIO 3 DE 2013 que le condiciona necesidad de ARM Y TRAQUEOTOMIA por destete dificultoso estando internado en UTI hasta el 23 de SETIEMBRE del mismo año, quedando con ARM INVASIVA Y TRAQUEOTOMIA EN FORMA PERMANENTE, estando gastrostomizado al momento del ALTA Hospitalaria. Luego de arduos y largos trámites burocráticos ante su obra social, se logra externarlo con un servicio de atención domiciliaria, cuyo staff está compuesto por MEDICO INTENSIVISTA, TRES ENFERMERAS ESPECIALIZADAS EN CUIDADOS INTENSIVOS, UNA CUIDADORA, KINESIOLOGA RESPIRATORIA Y MOTRIZ, a eso se le suma: CAMA ORTOPEDICA,COLCHON DE AIRE, ASPIRADOR DE SECRECIONES (ELECTRICO Y A PILA), CIRCUITOS CERRADOS DE ASPIRACION, CANULAS CON ASPIRACION SUBGLOTICA, Respirador microprocesado Puritan Bennett 560 el cual es un respirador compacto y portátil, con un peso de tan solo 4,5 kg que NO SE ALIMENTA CON 02 solo con corriente eléctrica, Su batería de ion-litio proporciona hasta 11 horas de energía durante un tiempo mayor y un indicador en tiempo real de la duración de la batería que muestra, en horas y minutos, lo que queda de carga. Un adaptador para el coche también ofrece mayor seguridad para el paciente mientras está fuera de su casa. bomba de infusión enteral Y GRUPO ELECTROGENO POR SER UN PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE. El paciente desde el momento del alta no presentó ninguna intercurrencia que haya necesitado de su re internación. Al día de la fecha lleva 3 años en su domicilio, con una rutina diaria de ser levantado y puesto en su silla de ruedas, sale al patio de su casa y los fines de semana es llevado por su familia en una camioneta con portón lateral de paseo por el pueblo. COMENTARIOS: NUESTRO PAIS NO CUENTA CON ESTADISTICAS DE CERTEZA DE CUANTOS SON LOS PACIENTES CON ARM INVASIVA O NO INVASIVA EN SU DOMICILIO, Y SUS DIFERENTES CAUSAS. TAMPOCO HAY UN MECANISMO RAPIDO Y EFECTIVO PARA REINSERTAR A PACIENTES CON ESTAS NECESIDADES EN SUS DOMICILIO, MAS AUN SIN EL PACIENTE NO PRESENTA COBERTURA SOCIAL, Y AUN CON COBERTURA SOCIAL TAMBIEN OCURRE. NO HAY UN GOLD ESTÁNDAR SOBRE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS, COMO IMPLEMENTARLOS, NECESIDADES TECNOLOGICAS Y DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN LOS CASOS Y LAS OBLIGACIONES POR PARTE DE LAS OBRAS SOCIALES O EL ESTADO ANTE ESTAS SITUACIONES. EL CASO QUE NOS OCUPA, TIENE RELEVANCIA, EN EL SENTIDO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA ATENDIDO EN UN PUEBLO DEL INTERIOR DE LA PCIA DE BUENOS AIRES HABIENDOSE LOGRADO UNA MUY BUENA CALIDAD DE ATENCION, VALORADA POR EJEMPLO EN QUE EL PACIENTE NO CURSO INTERCURRENCIAS QUE LO DEVUELVAN AL HOSPITAL. SE LLEVA UN PLAN DE TRABAJO METODICO EN CUANTO A CAMBIOS PROGRAMADOS DE CANULA DE TRAQUEOTOMIA, CIRCUITOS CERRADOS DE ASPIRACION, ASPIRACION DE SECRECIONES SUBGLOTICAS Y TRAQUEALES, KINESIOLOGIA, EVALUACION MEDICA DOS VECES POR DIA TODOS LOS DIAS, MANEJO DE LAS TRES ENFERMERAS CON 12 HS DE TRABAJO DISCONTINUO INHERENTES NO SOLO A HIGIENE Y CONFORT SINO TAMBIEN AL CUIDADOS DE LAS OSTOMIAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, CONTROL GLUCEMICO DE LA NUTRICION ENTERAL Y CON UN SISTEMA DE ALERTAS ANTE EMERGENCIAS LAS 24 HS DEL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO. AL MOMENTO DE ESTA PRESENTACION EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN EXCELENTE ESTADO NUTRICIONAL, CON 2000 CAL DIA, CON UNA ELA AVANZADA EN SU ASPECTO MOTOR PERO CON SU FUNCION DE ENTENDIMIENTO INDEMNE. DEJO COMO ULTIMA CONCLUSION EL ASPECTO MÁS IMPORTANTE PARA QUE ESTO SE PUEDA LOGRAR: FAMILIA COMPROMETIDA Y CONTINENTE

**2 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, DESAFIO DIAGNOSTICO.**

MONALDI G; BERNADO E; LAMPON S; JAUREGUI D; PALMISCIANO V; QUINTAS S

*HIEMI*

**INTRODUCCION:** El Tromboembolismo pulmonar (TEP)  es una patología poco frecuente en la edad pediátrica. El pronóstico de la enfermedad puede variar ampliamente al igual que su forma de presentación. Dentro de este amplio abanico de posibilidades encontramos en un extremo al TEP con riesgo alto con una mortalidad elevada y en el otro extremo al TEP de riesgo bajo con escasa repercusión hemodinámica y baja mortalidad. Esto se explica por las alteraciones fisiopatológicas que dependen de la interacción de numerosos factores como  la obstrucción parcial o total del lecho vascular (Art Pulmonar), el diámetro de los vasos afectados y la intensidad de los procesos locales de liberación de sustancias vasoactivas con actividad sobre el funcionalismo vascular y bronquial, así como también la presencia de patología neumonológica previa. La Embolia Pulmonar aguda interfiere tanto en la circulación como en el intercambio de gases  (Hipoxemia-Hipercapnia).

**CASO CLINICO:** Paciente de 11 años de edad con diagnóstico de glomerulonefritis membrano- proliferativa en seguimiento y tratamiento por servicio de nefrología , cursando recaída de su enfermedad. Ingresa con disnea de esfuerzo y dolor torácico. Se realiza diagnóstico presuntivo de TEP y se inicia tratamiento específico. Se solicitan métodos complementarios para confirmación del diagnóstico. Estudios de imagen (Radiografía de tórax- Ecodoppler color cardíaco- Angiotomografia de torax con contraste: contraindicada por nefrotoxicidad del medio de contraste- Gammagrafía ventilatoria-perfutoria pulmonar. Estudios de laboratorio. Tratamiento realizado:  Heparina de bajo peso molecular (HBPM) en primera etapa, luego Acenocumarol vía oral como mantenimiento ( dosis habituales).

**CONCLUSIONES:** El tromboembolismo pulmonar es un trastorno grave con un índice de mortalidad significativo, especialmente cuando se produce un retraso en el diagnostico y tratamiento. La enfermedad tromboembólica en la población pediátrica es multifactorial y, 2 o más factores de riesgo concurren para desencadenar el evento en la gran mayoría de los casos. El tratamiento se extrapola de guías adaptadas de protocolos de adultos, siendo necesario contar con normas específicas para este grupo etario, teniendo en cuenta sus características particulares.

**3 - TUBERCULOSIS PULMONAR GRAVE POST-PRIMARIA: PRESENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

LAMPON S; BERNADO E; MONALDI G; PALMISCIANO V; QUINTAS S

*HIEMI*

**Introducción:** La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas con mayor morbimortalidad, causando a nivel mundial la muerte a 1,5 millones de personas cada año, según datos de la OMS.  A pesar de ser una enfermedad controlable en ámbito comunitario y curable de forma individual, dista mucho de estar erradicada. La mayoría de los individuos cursan con infección tuberculosa latente, donde el sistema inmune controla la enfermedad, siendo este cuadro el más frecuente en niños menores de 5 años. Sin embargo, en algunos de ellos y llegada la edad puberal, el microorganismo puede reactivarse o proliferar, causando TBC post-primaria, donde se desarrolla una inmunidad mediada por células e hipersensibilidad tardía al M. tuberculosis, dando el cuadro florido de la enfermedad.

**Casos clínicos:** Se presentan 2 formas graves de Tuberculosis pulmonares post-primarias en pacientes adolescentes

Caso 1) Paciente de 13 años, sin antecedentes de relevancia, que comienza 5 días previos a la internación con tos y decaimiento, presentando posteriormente registro febril. Al examen físico se ausculta soplo tubario en campo medio derecho e hipoventilación basal. Se realiza Rx tórax donde se observa infiltrado difuso bilateral y condensación en hemicampo derecho. Se interpreta el cuadro como Neumonía a focos múltiples y se medica con ATB. A pesar del tratamiento instaurado la paciente presenta una evolución tórpida. Se realiza PPD (-), Tac tórax patológica y muestra de esputo seriado en búsqueda de BAAR (+++), con rescate en el cultivo M. Tuberculosis sensible a todas las drogas específicas. Comienza tratamiento, con evolución favorable.

Caso 2) Paciente de 14 años, sana previamente, que concurre por guardia con diagnóstico de neumonía de 7 días de evolución, bajo tratamiento antibiótico ambulatorio,  con mala evolución. Presenta síndrome  clínico de impregnación, por lo q se realiza PPD (-), baciloscopía (++++) y cultivo de esputo con aislamiento  de M. Tuberculosis. Con TAC tórax con imágenes de cavitación se inicia tto antituberculoso.

**Conclusiones:** La  tuberculosis pulmonar grave es una forma de presentación post-primaria de la enfermedad. Dentro de la edad pediátrica, se presentan con prevalencia en el grupo etario de púberes y adolescentes, de manera similar a las formas de presentación de los adultos, por lo que siempre deben considerarse como diagnóstico diferencial ante una neumonía de evolución tórpida.

**4 - ENFOQUE DEL PACIENTE CON HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPATICA. DESAFIO Y RECOMPENSA**

PALMISCIANO V; BERNADO E; LAMPON S; MONALDI G; QUINTAS S

*HIEMI*

**INTRODUCCION**: La Hemosiderosis Pulmonar Idiopática (HPI) es una enfermedad caracterizada por episodios repetidos de sangramiento intraalveolar, con depósitos de hierro en forma de hemosiderina en los macrófagos (llamados hemosiderófagos). Esta entidad, forma parte del grupo de las  “ Enfermedades raras”, se trata de un padecimiento subdiagnosticado, cuyo seguimiento constituye un verdadero desafío en la práctica cotidiana y representa, sin duda, una recompensa la moderación del impacto que, el curso clínico de la enfermedad, genera en el paciente.

**CASO CLINICO:** Se presenta un niño, en la actualidad  de 10 años, con 8 años de seguimiento en nuestro servicio. Recién nacido pretérmino, bajo peso para edad gestacional, con reiteradas internaciones por Anemia ferropénica requiriente de transfusión de glóbulos rojos. En uno de sus cuadros respiratorios, presenta Hemoptisis, se efectúa endoscopia y lavado bronquioalveolar, en cual se observan hemosiderófagos mayor al 20 %, hallazgo compatible con Hemorragia alveolar primaria. Se descartan causas secundarias, con ausencia de lesión renal, depósitos de complejos autoinmunes, Ac anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y anticuerpos antimembraba basal glomerular. En Radiografía en fase aguda, se encuentra  un infiltrado difuso con patrón alveolar a predominio basal con restitución durante el curso de la enfermedad. En TAC evolutivas, se observan áreas de consolidación parcheadas, aumento de lo septos intra e inter lobulillares, áreas de atenuación pulmonar e hipoperfusión (patrón de atenuación en mosaico).Superposición de patrones.  Estudios funcionales dentro de límites normales. Se considero biopsia para exclusión de capilaritis pulmonar. Se instauró en su inicio, terapéutica con corticoides sistémicos, asociados a inmunosupresores, sin registrarse reacciones adversas medicamentosas.

**CONCLUSION:**  Estimamos de suma importancia la difusión de esta enfermedad crónica, compleja, potencialmente debilitante y mortal, que exige del médico la optimización de su práctica profesional, a fin de realizar un diagnóstico oportuno y terapéutica adecuada, recompensando al equipo de salud acompañar el crecimiento de un niño pleno.

**5 - EXTUBACIÓN NO PROGRAMADA, ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES: INCIDENCIA Y VARIABLES RELACIONADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD EN UNA UNIDAD POLIVALENTE.**

TAMAYO A; GARNICA R

*Hospital Municipal Eva Perón de Merlo*

**Introducción:** La extubación no programada (ENP) complicando al paciente con IOT y VM, se la define como la retirada prematura y no deseada del tot por parte del enfermo AED ( autoextubación deliberada o intencional),  o por parte del staff médico o de enfermería durante maniobras diagnóstico – terapéuticas o de cuidados AEA ( autoextubación accidental), también podría incluirse la extubación decidida por el médico en una situación de emergencia ( p. ej., disfunción del tubo por obstrucción o por el manguito pinchado), siendo además una marca de calidad utilizado por muchas UCIs.

**Objetivo:** Evaluar la incidencia del la ENP, analizando diferentes variables

**Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo y observacional de casos y controles en  nuestra UTI polivalente, en un periodo de 2 años considerándose como criterios de inclusión todos los pacientes adultos con VM > a 24 horas, y quienes presentaban un episodio de ENP. Con criterios de exclusión: < 18 años, embarazadas, enfermos terminales, estancia en Uti < 72 horas, falta de consentimiento?, Traqueostomizado al ingreso.  Se obtuvo el grupo control de  la base de datos de la UTI, buscando el emparejamiento de 3 controles por cada enfermo de la cohorte de casos, siendo los controles emparejados por género, edad +- 5 años y APACHE II+- 5 puntos. Se tomaron variables clínico-demográficas (edad, sexo, APACHE II), motivo de IOT ( médico, quirúrgico, traumático), fechas de admisión hospitalaria y en Uti, de IOT, de ENP (con recogida horaria),fecha de extubación exitosa y de óbito, identificación de la cama del paciente y fechas evolutivas del proceso del weaning, uso de analgosedación, desarrollo de NAVM.

Se efectuó un análisis descriptivo de la cohorte de casos, donde los resultados se presenta en forma de frecuencia absoluta y porcentaje par las variables categóricas, y como media +- desviación estándar para las continuas.

El análisis comparativo de los casos y los controles se realizó mediante el test de fischer cuando se comparaban porcentajes y el t-test para comparar medias.

**Resultados:**  Las principales características clínico-demográficas se observan en la tabla No.1

Ocurrieron 17  ENP, 1,42 ENP por cada 100 días de VM. Las ENP tuvieron una distribución espacial ( número de camas ) no homogénea

En cuanto a la distribución horaria las ENP ocurren más en horas de la noche.

El análisis comparativo entre los casos y controles mostró una mayor estadía en UTI y hospitalaria, no una mayor mortalidad significativa pero si un mayor riesgo de NAVM luego de un evento de  ENP especialmente la AEA.

*Conclusiones*: La incidencia de ENP se considera dentro de los estándares de la literatura ( Lucas da Silva  et al  /2012 con AE 0,1 a 4,2 ), incluso los de la SEMICYCI, con una franja horaria mayor de casos durante la noche, con mayor frecuencia en pacientes en proceso de destete, siendo los menos reintubados comparados con los de AEA en quienes tienden al desarrollo mayor de NAVM. También influye el desarrollo, revisión, actualización y aplicación de protocolos de analgosedación y de destete de la VM como refuerzos al cuidado profesional al pie de la cama para controlar y/o evitar la ENP.

**6 - NUEVOS PARADIGMAS: CRIOBIOPSIA EN LA INTERSTICIOPATIA.**

ORTIZ NARETTO A; ERNST G; DECIMAH T; BLASCO M; SALVADO A

*Hospital Británico, CABA*

**Introducción**: Las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas (EPID) constituyen un grupo heterogéneo de entidades con características clínicas y radiológicas similares. Presentan infiltrados difusos, alteraciones en arquitectura pulmonar y deterioro de la función pulmonar. La histología es la clave para el diagnóstico multidisciplinario de la enfermedad pulmonar intersticial cuando las características clínico radiológicas no son definidas.

Las EPID se diagnostican habitualmente por biopsia quirúrgica. La misma presenta la necesidad de realizar neumotórax del lado a biopsiar, es por esto que los pacientes deben ser seleccionados según el riesgo de ira durante al procedimiento.

La introducción de la cBTB facilitaría el diagnostico de las EPID ya que se realiza por vía broncoscópica no requiere internación, excepto la recuperación habitual posterior a cualquier broncoscopía.

Es por esto que el rol de la cBTB esta recientemente en uso, por su potencialidad para facilitar el diagnostico en las EPID.

**Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de los procedimientos diagnósticos en EPID realizados en el Hospital Británico el segundo semestre de 2016.

Se incluyeron pacientes con sospecha previa de EPID que luego de ser evaluados por el comité de enfermedades intersticiales en conjunto con radiología y cirugía de tórax se desestimó una VATS por el riesgo quirúrgico, ante la posibilidad de otro estudio diagnóstico.

Los pacientes tenían evaluación previa clínico-neumonológica, funcional respiratoria, radiografía (Rx) de tórax, tomografía computada de alta resolución (TCAR) y colagenograma para descartar otras causas.

Se utilizó broncoscopio rígido tipo Chevallier Jackson modificado con luz fría (Gil López y Cía.), equipo de crio ERBE I con criosonda de 1,9 mm. Se utilizó como gas el óxido nitroso. El procedimiento se realizo con guía radioscópica para.

Se evaluó el sangrado post cBTB considerando: leve se detiene con aspiración, moderado se detiene con Adrenalina y/o SF fría y severo cuando requiere no continuar con el procedimiento.

Al finaliza el procedimiento se constata la ausencia de neumotórax por radioscopia.

**Resultados:** Se evaluaron 5 pacientes, cuatro hombres, edad de 58.8 años (rango 28-79), el motivo de consulta fue disnea en 4 pacientes y uno por infecciones a repetición. Los estudios para colagenopatias fueron normales. Dos pacientes tenían fibrobroncoscopía previa sin diagnóstico.

El lavado broncoalveolar presento en todos los casos macrófagos aumentados 97% (92-99), con cultivo negativo.

En ninguno de los pacientes el procedimiento se extendió más de 40 minutos.

Si bien no presentaron complicaciones durante la broncoscopía, tres pacientes presentaron sangrado leve y uno moderado. Ningún paciente presento neumotórax, no requirieron internación y luego de la recuperación anestésica habitual regresaron a su domicilio.

Las muestras se tomaron en el lóbulo de mayor lesión por la TCAR. El tamaño de las muestras fue de 0.6 a 7.2 ; todas ellas con más de 30 alveolos (determinando la buena calidad de la muestra.

Estos procedimientos permitieron realizar diagnostico definitivo en 4 pacientes (NSIP, histiocitosis X y 2 neumonía organizada) mientras que en solo uno de ellos no se pudo confirmar, ya que la muestra fue adecuada (calidad y cantidad de alveolos) pero no se llegó a un diagnóstico definitivo.

La única complicación observada fue un neumomediastino que se produjo a los 15 días posteriores al procedimiento.

**Discusión**: Estudios recientes han demostrado que la criobiopsia (cBTB) permite tomar muestras de mayor tamaño respecto a la biopsia convencional transbronquial con fórceps como en nuestros pacientes, lo que contribuiría a mejorar el diagnóstico.  Estudios de seguridad han demostrado que no existe un significativo incremento de las complicaciones utilizando la cBTB respecto de la BTB tales como el neumotórax, o sangrado. También se ha demostrado que la morbilidad determinada por los días de internación es menor que la biopsia quirúrgica, ya que nuestros pacientes no requirieron internación.

Todas las muestras fueron de calidad evaluadas por el número de alveolos presentes en las mismas, siendo solo una no representativa para realizar un diagnóstico patológico.

No hubo mortalidad en nuestra serie, si consideramos que la presentación de tos y disnea ante esfuerzos, en el paciente con OCD; a los 15 días posteriores a la cBTB causado por un neumomediastino es lo que lo lleva a la VM y posterior muerte.

**Conclusiones**: la cBTB es un procedimiento que podemos considerar ambulatorio en nuestra experiencia, con una alta rentabilidad diagnostica, 80% en nuestra corta serie siendo la complicación más frecuente el sangrado local post cBTB (100%) el cual es de manejo habitual por broncoscopía.

**7 - NEUMONÍA POST OBSTRUCTIVA**

ORTIZ NARETTO A1; GONZALEZ A2; PASCALE P3; VAZQUEZ B4; KINASUK L2; DURE R4; DURE R4

*1HZGA Narciso López, Hospital Francisco J Muñiz, CABA, 2HZGA Narciso López, 3HIGA Pedro Fiorito, 4Hospital Francisco J Muñiz, CABA*

**Motivo de consulta**: control post neumonía. Tos.

Antecedentes de interés: tos seca desde agosto de 2016. Neumonía típica (tos productiva, fiebre y radiografía (Rx) patológica en enero. No tabaquista, trabajo: ama de casa.

**Examen físico**: semiología respiratoria, disminución de la entrada de aire bi-basal a predominio derecho con soplo tubario en región lateral del tórax, percusión mate en base derecha con columna sonora. Sin tiraje, frecuencia respiratoria 20 por minuto. Sin ganglios en cuello.

**Diagnóstico diferencial**: diagnóstico de neumonía post obstructiva: cáncer de pulmón, enfermedades granulomatosas infecciosas, cuerpo extraño en vía aérea.

**Pruebas complementarias**: Rx de la internación (figura 1) que evidencia perdida de volumen del pulmón derecho, desviación de la tráquea homolateral, sin broncograma aéreo. Se realiza TC por guardia, patrón alveolar con broncograma aéreo, alveolograma y limitado a los lóbulos medio e inferior derecho. Disminución de la luz bronquial del segmento intermedio. Del lado izquierdo presenta aumento del tamaño del hilio disminución de la luz bronquial con ocupación central de densidad ósea con parches en lóbulo inferior de ocupación alveolar (figura 2). Espirometría: patrón obstructivo moderado con caída de la CVF, sin respuesta a broncodilatadores. Se solicitan los estudios radiológicos de los últimos 6 meses, y se programa broncoscopía diagnóstica.

**Evolución y diagnóstico final**: Rx junio 2016 normal (figura 3), TC 17 de agosto 2016 (figura 4) imagen de densidad ósea en segmento intermedio, perdida del volumen del lóbulo inferior y medio, Rx 17 de octubre 2016 (figura 5) elevación diafragmática derecha con tractos lineales que hacen silueta con el diafragma, Rx enero 2017 traída en la primera consulta (figura 1) y Rx del 26 (figura 6) de enero con atelectasia del lóbulo medio.

Se realiza broncoscopía rígida con fibrobroncoscopía, (figura 7 y video 1) que evidencia tráquea normal con carina fina y fija, secreciones purulentas en el bronquio fuente derecho con compromiso de la luz bronquial del segmento intermedio distal, luz del 70% con la mucosa mamelonada no sangrante al contacto del endoscopio flexible. En el árbol izquierdo se evidencia cuerpo extraño distal en el bronquio fuente que ocluye el lóbulo inferior dejando libre la luz del lóbulo superior. Se extrae sin dificultad quedando la luz disminuida del bronquio del lóbulo inferior con la mucosa edematizada.

La espirometría post extracción mejora la CVF en un 13% y la TCAR presenta franca mejoría del edema bronquial y la zona de vidrio esmerilado, no así la neumónica.

**Diagnóstico**: Cuerpo extraño óseo (hueso de pollo). Paciente con dentadura completa, solo dos implantes.

**Discusión**: la neumonía post obstructiva en el adulto tiene su mayor causa en la enfermedad tumoral, ya sea por tumores endobronquiales (carcinoide, adenoide quístico, metástasis) como por infiltración directa (carcinoma pulmonar) o compresión por masa o adenopatía. Lo sigue en frecuencia, pero mucho menor, el cuerpo extraño en vía aérea; en especial cuando el momento de la aspiración pasa inadvertido para el paciente, siendo difícil y retrospectivo el diagnóstico. Se presenta como un cuadro de tos durante la comida, no siendo creída la situación de aspiración por el grupo de comensales por lo que pasa por alto.

Los síntomas del CE son principalmente la tos, teniendo el paciente el recuerdo de su inicio, que suele ser seca. A veces presentan disnea, hemoptisis, o neumonía post obstructiva como en nuestro caso. De no ser diagnosticado y persistir en la vía aérea, provocan inicialmente lesión transitoria, como en los bronquios de la paciente en análisis, y finalmente definitiva como bronquiectasias, estenosis bronquiales, o con destrucción del parénquima pulmonar permanente.

Otras causas de neumonía post obstructiva son los tapones mucosos impactados, enfermedades infeccioso-inflamatorias (TBC, micosis), las malformaciones vasculares que son más frecuentes en los niños.

**Conclusiones**: la neumonía post obstructiva es frecuentemente de origen neoplásico en el adulto, siendo la segunda causa el cuerpo extraño. El diagnóstico precoz requiere alta sospecha ya que el tratamiento curativo es la extracción. El retraso puede llevar a secuelas pulmonares.

**8 - NO OLVIDAR LAS MICOSIS PROFUNDAS: PARACOCIDIODOMICOSIS DISEMINADA. PRESENTACION DE UN CASO.**

PASCALE P1; ORTIZ NARETTO A2; GONZALEZ A3; KINASUK L3; MERELES G3; MECINA F4; DURE R4

*1HIGA Pedro Fiorito, 2HZGA Narciso López, Hospital Francisco J Muñiz, CABA, 3HZGA Narciso López, 4Hospital Francisco J Muñiz, CABA*

**Motivo de consulta**: Disnea y tos, derivado de dermatología en estudio por lesiones cutáneas ulceradas supurativas (foto 1).

**Antecedentes de interés:** Paciente de 52 años de edad, ex tabaquista de 30 paquetes/año, vivió en Chaco hasta los 17 años en el campo trabajando en recolección de algodón.

**Examen físico:** buena entrada de aire bilateral. Murmullo vesicular normal, sin rales agregados, sonoridad normal en ambos campos pulmonares.  No se palpan adenomegalias en los territorios explorados. Lesiones cutáneas ulceradas en: cara, tronco, manos y muñecas. Lesión mucosa: úlcera en cara lateral de lengua.

**Diagnósticos diferenciales:** histoplasmosis cutánea y pulmonar, tuberculosis pulmonar atípica y típica, cutánea y ganglionar, coccidiodomicosis, leishmaniasis, epiteliomas, pioderma gangrenoso,  enfermedad de Wegener.

**Pruebas complementarias:** espirometría, Rx tórax (foto 3) y TC tórax (foto 4), laboratorio, biopsia de piel (normal, foto 4). Fibrobroncoscopía anatómicamente normal con directo micológico: (foto 5)

**Evolución y diagnostico final:** Presenta desde hace 4 meses, cuadro clínico caracterizado por lesiones cutáneas (foto 1 y 2), en cara, tronco, manos y muñecas de aspecto nodular que reblandecen y drenan material purulento. Lesión ulcera extensa en cara lateral de lengua. Acompañado de astenia, tos irritativa y disnea CF I. Consulta inicialmente al servicio de dermatología donde se decide realizar biopsia cutánea que informa; infiltrado linfoplasmocitario e histiocitos, con zonas de abscedación.  Evaluado por la Unidad de Neumonología. Radiografía de tórax y tomografía: infiltrado intersticial bilateral (foto 3). Laboratorio: hb: 12,2, hto:36, urea: 36, creatinina:0,8, TGO:18, TGP: 34, glucemia:86. Se decide realizar fibrobroncoscopía  con lavado bronquioalveolar.  La tinción de Grocott evidencia la presencia  de levaduras de pared gruesa multibrotantes en aspecto de “rueda de timón” (foto 4). El cultivo fue negativo y las pruebas serológicas  por inmunodifusión cualitativas positiva y cuantitativa  con titulo 1/32 (positiva) y contrainmunoelectroforesis positiva 2b anódicas y 2b catódicas.

Se inicia tratamiento con itraconazol 400 mg/d como dosis de carga las primeras 48 hs. y luego 200 mg/d hasta completar los 6 meses.  Buena evolución con el tratamiento, no supuran las lesiones cutáneas con tendencia a la cicatrización.

**Discusión**. La Paracoccidiodomicosis es una enfermedad endémica, sistémica, granulomatosa y supurativa. Representa la micosis más prevalente en Sudamérica (previo al sida, siendo actualmente superada por la criptococosis, la histoplasmosis y la neumocistosis). Se presenta de forma subaguda comprometiendo principalmente el sistema fagocítico mononuclear en niños y jóvenes, y de forma crónica en adultos con afección frecuente de piel, mucosas, pulmón y suprarrenales. El agente etiológico es Paracoccidiodes brasiliensis, hongo dimórfico que habita áreas, tropicales y subtropicales de América latina. Se debe tener en cuenta la paracoccidiodomicosis en pacientes principalmente de sexo masculino, de mediana edad, con antecedentes epidemiológicosque presentan lesiones cutáneo mucosas, acompañadas deinfiltrados pulmonares difusos**.**La toma de muestras respiratorias, de las lesiones cutáneo-mucosas es fundamental para el diagnóstico de certeza, a través del examen directo o el cultivo de las mismas, así como las pruebas serológicas.

**9 - PUNCIÓN BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR TC DE LESIONES TORÁCICAS**

ANGEL G; ORTIZ NARETTO A; ROJAS G; AYALA C; BARGAS M; MIRANDA G; KINASUK L; MERELES G

*Hospital Zonal de Agudos Narciso López*

**INTRODUCCION**: Para el diagnóstico del cáncer de pulmón y de otras lesiones torácicas se pueden realizar diferentes procedimientos, acorde a la localización de la lesión en relación a su proximidad con la pared torácica o la vía aérea. Es imperioso un diagnostico temprano y estatificación,  para tomar una conducta terapéutica adecuada,  oncológica o quirúrgica inicial. El diagnóstico adecuado y rápido mejora la morbimortalidad de los pacientes.

La necesidad en la actualidad de muestras para análisis moleculares por inmunohistoquimica (IHQ)(mutación EFGR, ALK, y otras técnicas IHQ) requiere muestras histológicas (tipo trucut) dado que la citología (aguja fina) no siempre es suficiente

El presente estudio tiene como fin evaluar el diagnóstico y las complicaciones de la punción con aguja guiada por tomografía computada.

**Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo utilizando las historias clínicas de pacientes que concurrieron a la unidad de Neumonología del Hospital Zonal de Agudos Narciso López de Lanús, entre enero 2013 y octubre de 2016. Fueron evaluados aquellos pacientes que presentaron lesión ocupante torácica, sospechosa de lesión maligna, revisión de imágenes tomografías, excluyendo aquellos en los cuales otro procedimiento fuera más beneficioso para la obtención de diagnóstico (ej. fibrobroncoscopia).

El procedimiento se realizó en sala de tomografía (Toshiba Activision de 16 slides).

Se utilizó aguja coaxial de 17 gauge (compuesta por camisa y estilete introductor) y aguja de biopsia semiautomática tipo trucut de 18 gauge.

Se punza con la aguja coaxial hasta la lesión, y se introduce la aguja de biopsia de 18 gauge a su través, obteniéndose múltiples muestras.

Al finalizar las punciones se realiza una TC control posterior en busca de probables complicaciones.

Se obtuvo consentimiento informado en todos los casos, informado riesgos y beneficios de dicho procedimiento.

**Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes de los cuales tres requirieron repetición de la punción, siendo 49 punciones totales. Las punciones repetidas fueros diagnosticas de neoplasia. Distribución por sexo: 30 hombres y 16 mujeres, con una edad media de 59 años para los hombres (16-82) y de 64 años para las mujeres (22-85). Edad promedio de 61,5 años.

Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón (34) eran fumadores.

El procedimiento fue ambulatorio. Solo dos pacientes se encontraban internados.

Las lesiones incluyeron 39 masas pulmonares, 4 masas mediastinales, 1 a nivel costal y 2 lesión pleural-pulmonar.

Cuatro pacientes tenían realizada endoscopia respiratoria sin diagnostico y con alta sospecha de malignidad.

|  |  |
| --- | --- |
| Malignos 40 | Cel. Peq 3, no cel peq. 31 (adenoCA 19, escamoso 8, poco dif. 2, otros carcinomas 2), hematopoyetico 4 (linfoma 3, plasmocitoma1), MTS 1 (adenoCA mama), timoma 1. |
| Condiciones benignas 4 | Inflamatorio 4 |
| Material no representativo para neoplasia5 | 5 tres repetidos por PAAF+ y 2 por FBC |

**Complicaciones:** De los 49 procedimientos, 19 (38,8%) presento algún tipo de complicación, leves 18 (aquellas que no requirieron internación, con observación solo para el caso de neumotórax); moderado 1 (requirió internación y colocación de tubo de avenamiento pleural); grave 0 (mortalidad).

Los casos de neumotórax post-punción leves, se consideraron los que se localizaban cercanos al sitio de punción, de tipo laminar, y no producían disnea.

Las complicaciones fueron: neumotórax: 11 (22,4%), esputo hemoptoico: 9 (18,4%), hemorragia alveolar por TC: 5 (10,2%), dolor costal: 2 (4%) y enfisema subcutáneo: 1 (2%).

**Discusión:** El uso de agujas de corte (tipo trucut) para diagnóstico de lesiones pulmonares, mediastinales y de pared torácica tiene un alto rendimiento en especial en lesiones benignas, linfomas y cuando no hay citólogo durante el procedimiento.

En nuestro, cinco procedimientos fueron negativos (falsos negativos), confirmados de malignidad en tres por re-punción y dos por fibrobroncoscopía. Los cinco pacientes falsos negativos presentaban masas mayores a 10 cm como son informados en la literatura que las lesiones mayores a 5 cm tienen falsos negativos por las zonas de necrosis tumoral. Otras causas de negatividad son las lesiones menores de 1,5 cm o muy alejadas de la pared.

Cuatro punciones fueron inflamatorias, en dos el seguimiento demostró disminución de la lesión. Dos se siguieron en otro centro.

Nuestro rendimiento diagnóstico fue del 89,7%, similar a otros estudios con agujas de corte (91,5%).

El tabaquismo sigue siendo la causa relacionada más importante del cáncer de pulmón.

El estudio del mediastino fue 100% diagnostico, dos linfomas, un timoma y un oat cel.

Las complicaciones en nuestra serie fueron similares a la literatura, siendo el neumotórax la más frecuente 22%. No tuvimos mortalidad.

**Conclusiones:** La biopsia percutánea con aguja guiada por TC de lesiones torácicas, en una población con sospecha de cáncer es un método con alta especificidad y rendimiento diagnostico (88,7%) y baja tasa de complicaciones del 38% leves, un 2% moderadas (neumotórax que requirió avenamiento) pero sin mortalidad.

**10 - PREVALENCIA DE NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD Y NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA/ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS**

BRAMBILLA S; IRIGOYEN M; MARASCHIO M

*Hospital Dr. Ángel Pintos*

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a Neumonías Agudas de la Comunidad (NAC) y Neumonías Intrahospitalarias (NIH)/ACS en pacientes mayores de 65 años, internados en sala general del Hospital Dr. Ángel Pintos de Azul en el transcurso del año 2016

**Material y Métodos:** se realizo un estudio observacional, de corte transversal, retrospectivo de 160 historias clínicas de pacientes mayores de 65 años internados por infecciones respiratorias provenientes de su hogar, institución geriátrica o de otra sala de mayor complejidad del Hospital Dr. Ángel Pintos desde enero a diciembre del 2016. Las variables se operacionalizaron mediantes los programas estadísticos EpiInfo y Statsitix.

**Resultados:** De los 159 pacientes mayores de 65 años internados por infecciones respiratorias, 99 (62,3%) fueron NAC, mientras que 60 (37,7%) resultaron NIH/ACS. El porcentaje de hombres fue de 44,2% y 55,8% fueron mujeres. El rango etario va de 65-97 años, con una media de 79,89 años y un SD de 8,17 años. Los pacientes presentaban en promedio más de 3 enfermedades asociadas, de las cuales HTA fue la más frecuente con 58,6% de los pacientes, seguido de TBQ (28%), demencia (26,8%), DM (22,9%), EPOC (18,5%) y neoplasias (17,2%). Las complicaciones ocurrieron en 5,7% de los pacientes, siendo derrame pleural 4,5%, atelectasias 0,6%, neumotórax 0,6%. El 16,2% de los pacientes fallecieron durante la internación, de los cuales el 60% padecieron NIH/NACS y el 40% fue por NAC. El promedio de días de internación fue de 12,9 días con un SD de 7,9 días. No se incluyo el rescate microbiológico debido a la falta de disponibilidad permanente de medios de cultivo.

**Conclusión:** La NAC continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en los pacientes mayores de 65 años en nuestro medio. El porcentaje de las NIH/ACS en nuestro hospital resulto ser más elevado que el descripto en la bibliografía, por lo que nos lleva a tomar medidas urgentes para un mejor control de las infecciones intrahospitalarias.

**11 - NÓDULOS PULMONARES CAVITADOS PRESENTACIÓN ATIPICA DEL MELANOMA METASTASICO**

MANSELLA M; ANDERSSON R; CLIVIO L; CORREA Y; PELLEGRINO G; SANCHEZ A; OUTON V

*Hospital San Juan de dios de La Plata*

**Introducción:** La presencia de nódulos pulmonares cavitados nos plantea un desafío diagnóstico. En el 95% la causa es metastásica, seguido por tuberculosis y granulomas fúngicos. El melanoma representa el 1% de todos los tumores malignos, del cual en un 5 a 15% metastatiza en el pulmón, y de éstas, un 4% presenta cavitación.

**Caso clínico:** Hombre de 71 años derivado de centro de salud periférico para estudio de nódulos pulmonares. No presenta antecedentes de importancia. Refiere comenzar hace 15 días con cuadro de vías aéreas superiores asociado a equivalentes febriles. Al examen físico en cavidad oral se observan lesiones hiperpigmentadas en mucosa yugal. En cuello asimetría laterocervical izquierda pétrea. Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

**Estudios complementarios:** Laboratorio: HTO 37 HB 11 ERS de 80, GB 11500, HTO 37 HB 11.Radiografía de tórax: múltiples nódulos pulmonares.

TAC de cuello, asimetría heterogénea a nivel submaxilar izquierda. TACAR de tórax, múltiples lesiones nodulares en toda su extensión, algunas con cavitaciones.

Perfil reumatológico: FAN, FR, C3, C4, ANCA p y c negativos.

Serología para HIV y micosis negativa.

Se realiza biopsia de mucosa yugal y fibrobroncoscopía con resultado negativo para células atípicas y microbiología.

Se realiza biopsia quirúrgica de conglomerado ganglionar submaxilar izquierda con diagnóstico histológico de melanoma metastásico.

**Discusión:** Frente a un paciente con múltiples nódulos cavitados hay que pensar en primer lugar en secundarismo pulmonar. Ésta es una forma de presentación atípica del melanoma metastásico en un paciente sin sintomatología respiratoria.

**12 - MUCORMICOSIS PULMONAR: REPORTE DE CASO**

SANCHEZ A; ANDERSSON R; CLIVIO L; CORREA Y; LARDIZABAL A; DUJMOVIC M; OUTON V; PELLEGRINO G; MANSELLA M

*Hospital San Juan de dios de La Plata*

**Introducción:** La mucormicosis es una infección causada por hongos del orden de los mucorales. Afecta a inmunocomprometidos o diabéticos descompensados, causando en ocasiones cuadros fatales.

**Caso clínico:** Mujer de 66 años, con antecedentes de diabetes en tratamiento con glibenclamida e hipertensa. Consulta por tos seca irritativa de dos meses de evolución, que en las últimas 24 horas presenta un episodio de expectoración hemoptoica.

No refiere fiebre ni pérdida de peso. Al examen físico, paciente en buen estado general, afebril, satura 98% a aire ambiente. Buena mecánica ventilatoria. Se ausculta en cara anterior de hemitórax derecho escasos rales crepitantes.

**Estudios complementarios:**

Laboratorio: ERS 120 GB 14300 HTO 30,5 Hb: 9,28 Plaq: 483000 U: 0,29 Cr: 0,79 TGO: 14 TGP 15. Hb glicosilada 9.2

Imágenes: Serología para micosis, HIV negativo, Esputo para gérmenes comunes y koch x 3 negativos.

Esputo para micosis positivo, se observan hifas compatibles con Zygomicetes

Fibrobroncoscopia: Hifas y conidias con técnica PAS y Grocot

**Tratamiento:** Inicia tratamiento con Anfotericina B y a los 20 días se realiza lobectomía de lóbulo superior derecho y lóbulo medio. Evoluciona favorablemente y a los 40 días de tratamiento es dada de alta.

**Conclusión:** Ante un cuadro de neumonía lobar de lenta resolución en una paciente diabética, hay que descartar la mucormicosis.

**13 - COMPORTAMIENTO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA TIPO INFLUENZA EN EMBARAZOS DE RIESGO DURANTE LA CIRCULACIÓN DEL VIRUS H1N1 EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD.**

PANETTA E; MELLINO M; PEREZ S; MAZOLLA N; SALAMIE M; CINELLA E; POLLINI V; ROSAS A; VAZQUEZ B; QUINTAS L; BRAVO S

*Hospital Municipal Ostaciana Lavignone de Morón*

**Objetivo:** Observar el comportamiento del Síndrome tipo Influenza (ETI) en pacientes internadas por enfermedad respiratoria aguda y embarazo de alto riesgo durante el período de circulación del virus de influenza H1N1 en el año 2016. .

Material y Método Estudio retrospectivo observacional, sobre el análisis de historias clínicas de pacientes hospitalizadas en el hospital de referencia, en el servicio de Tocoginecología por embarazo de riesgo y enfermedad respiratoria aguda (ETI).

**Definiciones:**  
1) Embarazo de riesgo es aquella situación clínica que puede aumentar el riesgo de muerte materno-fetal.  
2) Síndrome tipo Influenza (ETI). Aparición súbita de fiebre mayor a 38ºC y odinofagia o tos en ausencia de otras causas, acompañado de mialgias o postración.  
Se evaluó el período comprendido entre las semanas epidemiológicas 17 a 36 del año 2016 según el Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiologia y Análisis de la Situación de la Salud.

**Resultados:** Los datos fueron recolectados en tabla Excel.  
Se produjeron un total de 1859 internaciones, de las cuales 397 (21.37%) fueron considerados embarazos de alto riesgo, y de ellos, 7 casos (0.38%) presentaban patología respiratoria aguda.  
Del estudio de las historias clínicas de los embarazos de alto riesgo, se pudo determinar que 3 pacientes presentaban antecedentes de enfermedades respiratorias o crónicas, 2 eran tabaquistas y 1 de ellas tenia hipertensión arterial. Solo 5 pacientes habían recibido profilaxis antigripal con vacuna trivalente.  
De ésta muestra, 2 pacientes embarazadas requirieron ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos. 1 defunción materna, 2 defunciones fetales y 1 nacimiento con Score de Apgar 4/9.  
Se obtuvo diagnóstico de certeza para el virus de la gripe N1H1 en 1 paciente fallecida y en los 2 neonatos fallecidos; 2 pacientes continuaron el embarazo de modo habitual.

**Discusión:** La gripe es una enfermedad viral respiratoria aguda que se presenta habitualmente en los meses más fríos del año. La pandemia que se originó en Méjico en 2009 persiste aún aunque con tasas de morbimortalidad reducidas gracias a la disponibilidad de vacunas. Estas deben aplicarse en cualquier trimestre del embarazo, especialmente en el último. La influenza durante el embarazo aumenta las complicaciones, se ha comprobado hipoxia placentaria, enfermedad pulmonar materna grave, nacimientos prematuros y mortalidad materno-fetal.

**Conclusiones:** El número de casos de Enfermedad tipo Influenza fue bajo, con respecto al total de embarazos de alto riesgo (7 casos) en el periodo estudiado. Por ser una n pequeña, con respecto a las defunciones no se puede sacar una conclusión determinante. Hubo 3 defunciones relacionada con la presencia del virus en circunstancia de embarazo.

En las pacientes que recibieron inmunización antigripal, se pudo observar que la evolución fue favorable mientras que la mortalidad se asoció a la falta de vacunación antigripal.  
En la muestra estudiada pudo observarse que 5 casos ocurrieron entre las semanas 20 y 25, en coincidencia con las gráficas publicadas en la bibliografía.  
En todos los casos, la indicación de tratamiento se basó en la clínica y los antecedentes de las pacientes, no pudiéndose determinar en todos los casos la presencia de virus de la gripe por falta de disponibilidad de método de diagnóstico, si pudo aislarse el virus en los neonatos fallecidos y una puérpera.

**14 - ESTENOSIS SUBGLÓTICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS LOCALIZADA**

TABAJ G1; CANTARELLI I1; SCARINCI M1; ROLDÁN R1; FUENTES N2; ROSSI S1; CASTILLO V1; MALAMUD P1; GIUGNO E1

*1Hospital Cetrángolo, 2Hospital Padilla- Tucumán*

***Caso clínico***: mujer de 35 años de edad sin antecedentes de relevancia que consultó a otorrinolaringología de un Hospital especializado en medicina respiratoria por cuadro de 24 meses de evolución caracterizado por disfonía, tos y disnea hasta CF III (coincidente con el nacimiento de su hijo).  Desde ese momento fue medicada con esteroides inhalados y broncodilatadores con diagnóstico de asma sin mejoría alguna. Negaba haber requerido instrumentación de la vía aérea en algún momento de su vida.  Al examen físico presentaba máculas, algunas hipo y otras hiperpigmentadas en tórax y cuello así como estridor audible. Se le realizó inmediatamente curva flujo volumen y fibrolaringoscopía que puso de manifiesto una estenosis a nivel del cricoides que impedía el paso del endoscopio con mucosa lisa y brillante (luz aproximada de 5 mm). La curva flujo volumen evidenció amputación de ramas inspi y espiratorias. Se realizó TC de tórax y cuello con reconstrucción y la misma reveló una disminución de la luz de la laringe a nivel de la subglotis con una luz de 6 x 8 mm, tórax normal.  Se solicitó dosaje de autoanticuerpos séricos: ANA positivo 1/80, ENAs negativos, ANCA por IFI negativo, ELISA para MPO negativo, **ELISA para PR3 positivo**. Función renal normal sin proteinuria. Con sospecha diagnóstica de granulomatosis con poliangeítis (ex enfermedad de Wegener) localizada en la vía aérea se inició tratamiento con metotrexate 25 mg semanales y meprednisona (20 mg diarios por un mes y luego descenso progresivo). Luego de dos meses de tratamiento la paciente evolucionó con desaparición de la disnea y de la disfonía; así como mejoría de la curva flujo volumen, la cual normalizó. Se repitió broncoscopia en donde se observó franco aumento de la luz a 8 mm.

La granulomatosis con poliangeítis es una enfermedad inflamatoria granulomatosa que compromete el tracto respiratorio, y vasculitis necrotizante que afecta vasos de pequeño y mediano calibre. No se requiere la documentación histopatológica del compromiso granulomatoso de la vía aérea para su diagnóstico. Con fines terapéuticos, la enfermedad se clasifica en limitada o grave, siendo la forma grave aquella que amenaza la vida o la función de un órgano de manera irreversible. Si no hay un compromiso de otro órgano que categorice a la enfermedad como grave, el metotrexate (MTX) a dosis de 25 mg semanales en combinación con prednisona oral es el tratamiento estandarizado para estos pacientes. El grupo de estudio europeo de vasculitis (EUVAS) condujo un estudio prospectivo aleatorizado que compara  MTX y ciclofosfamida (CYC) para inducir remisión en estos pacientes1 y demostró que el MTX no es inferior a la CYC para inducir la remisión, pero  con menos eventos adversos.

La estenosis subglotica (SGS) ocurre en 16-23% de pacientes con granulomatosis con poliangeítis y es más frecuente en mujeres con una edad media al diagnóstico 26 años. La disnea en el ejercicio es el síntoma más común y aquellos pacientes con granulomatosis con poliangeítis y SGS tienden a presentar mayor compromiso de senos y nariz en silla de montar. Por contrario, los pacientes con SGS presentan menor compromiso renal y pulmonar. La patogénesis no es del todo clara, y las SGS pueden progresar en ausencia de enfermedad sistémica. En series de pacientes con seguimiento, la necesidad de repetir procedimientos no se relacionó con exacerbaciones sistémicas repetidas. Se postula que durante las exacerbaciones de enfermedad sistémica ocurre compromiso subglótico asintomático, que cura de manera aberrante con cicatrización concéntrica. Algunos autores sostienen que la subglotis es vulnerable debido a que es un área  divisoria de la microcirculación (es la unión de 2 centros de crecimiento separados embriológicamente). Los pacientes pueden presentar un diagnostico conocido de vasculitis (50%), tener otros síntomas de la enfermedad o debutar con compromiso de la vía aérea. En estos casos es fundamental el dosaje de ANCA ya que un C-ANCA postivo presenta una sensibilidad de 91% y especificidad de 99% para granulomatosis con poliangeítis activa.

**15 - SILICOSIS EN PACIENTES DERIVADOS PARA TRASPLANTE PULMONAR: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO**

WAGNER G; OSSÉS J; AHUMADA J; BERTOLOTTI A; PARRILLA G; CANDIOTTI M; FAVALORO R; CÁNEVA J

*Hospital Universitario. Fundación Favaloro*

**Introducción:** la silicosis es una enfermedad progresiva producida por la inhalación y depósito de sílice cristalina, que incluyen el cuarzo, cristobalita y la tridimita. Las fuentes de exposición se producen casi exclusivamente en el ámbito laboral. Puede presentarse en forma aguda, que ocurre en semanas a menos de 5 años de exposición masiva a cristales de sílice; crónica después de 10 años de exposición donde el polvo inhalado presenta menos de 30% de cristales de cuarzo y la forma acelerada entre 5 a 10 años de exposición con una cantidad mayor de cristales de cuarzo. No tiene tratamiento específico y en muchas circunstancias puede evolucionar hacia la insuficiencia respiratoria avanzada. Existen escasas publicaciones referentes al trasplante pulmonar en esta patología.

**Material y Métodos:** estudio retrospectivo; se evaluaron todos los pacientes (pac) derivados para evaluación pre trasplante pulmonar desde el año 1993 hasta diciembre de 2016. Fueron analizados datos demográficos, IMC, ocupación, estudios de función pulmonar, antecedente de tabaquismo, nivel de presión media de la arteria pulmonar (PAPm), clase funcional (CF) por disnea, PaO2 y PaCO2. Resultados: durante el período de estudio se evaluaron 1050 pac, de los cuales 18 (1.7%) tenían diagnóstico de silicosis. El 100% del sexo masculino y con una edad media de 42 años (24-62). IMC 23.1 Kgm2. Ocupaciones: 10 pac arenadores, 4 trabajaron en minería, 3 en la industria del vidrio y 1 pac mecánico dental. 6 pac con antecedente de tabaquismo (33,3%). Espirometría: FVC 1.53 L (35.5%), FEV1 1,12 L (31,2%); DLCOc: en 11 pac: 3,64 (33%), resto de pac la maniobra no fue evaluable. La CF, al momento de la evaluación pre trasplante, fue II en 3 pac (16,6%), III en 14 pacientes (77.7%), IV en 1 pac (5,5%). La PAPm fue de 24 mmHg. La media de PaO2 en los 10 pac en quienes se pudo realizar los gases arteriales aire ambiente fue de 59 mmHg y la PaCO2 de 42.8 mmHg. Se trasplantaron 3 pac (16,6%), 10 pac fallecieron en lista de espera para trasplante pulmonar (55,5%), 4 pac vivos en lista de espera (22,2%) y un pac no fue apto para su ingreso en la lista por razones sociales (5,5%). Conclusiones: El trasplante de pulmón es una opción terapéutica válida en pacientes con silicosis pulmonar avanzada; en nuestra serie los pac fueron derivados en condición muy avanzada, de tal modo que es necesaria la derivación oportuna a un centro de trasplante, considerando los tiempos prolongados de espera en lista en nuestro medio.

**16 - CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTE CON TRASPLANTE PULMONAR ALEJADO**

WAGNER G; CÁNEVA J; JUANA ROSALÍA A; VIRHUEZ SALGUERO Y; BERTOLOTTI A; PARRILLA G; FAVALORO R; CUNDOM J; VIGLIANO C; OSSÉS J

*Hospital Universitario. Fundación Favaloro*

**Introducción**: el trasplante de órgano sólido presenta un incremento en el riesgo de desarrollo de las enfermedades neoplásicas; las mismas representan un 13% a los 5 años y un 28% a los 10 años post trasplante pulmonar. Los tumores más frecuentes son los de piel, seguidos de linfomas y luego los de órganos sólidos: adenocarcinoma, vejiga, pulmón y  mama.

El cáncer de pulmón presenta una frecuencia del 0-3.4% después del trasplante unipulmonar (TxUP) y aumenta hasta un 2-4% en pacientes (pac) con enfisema o fibrosis pulmonar. Se han postulado factores de riesgo para el desarrollo de los mismos la  terapia de inducción, inmunosupresión y seroconversión para virus Epstein-Barr. En el cáncer de pulmón se agrega el antecedente tabáquico, presente entre el 60 y 80% de los receptores. En Tx UP el cáncer puede desarrollarse en el pulmón nativo.

Se presenta un caso clínico de un paciente trasplantado pulmonar que desarrolló carcinoma de células pequeñas en forma alejada.

**Caso Clinico:** paciente masculino de 71 años de edad, ex tabaquista (40 p/y), diagnóstico de   enfisema, trasplantado pulmonar izquierdo en agosto de 1999. Antecedente de Sarcoma de Kaposi en muslo y pierna derecha en diciembre 2012 realizando radioterapia. HIV negativo.  VHB crónico en tratamiento con entecavir 0.5 mgdia. Inmunosuprimido con esteroides y tacrolimus. Buena evolución post trasplante inmediato y alejado, en clase funcional I. Espirometria: FVC (L) 2.55 (72%). FEV1 (L) 1.83 (71%). FEV1/FVC 72.

En octubre de 2016 internación por cuadro de tos productiva, hemoptoica, disnea ante grandes esfuerzos de 6 días de evolución. La radiografía de tórax evidenciaba una opacidad en tercio medio derecho. TAC de tórax: enfisema bulloso y consolidación del espacio aéreo predominantemente subpleural del lóbulo superior derecho, pulmón trasplantado sin infiltrados parenquimatosos. Mediastino levemente lateralizado hacia la izquierda con imágenes ganglionares en el límite del rango adenomegálico

Se le realizó fibrobroncoscopía (FBC) con lavado broncoalveolar (BAL), cultivos negativos. Completó 10 días de cefepime/levofloxacina con mejoría clinica, otorgándose alta institucional.

El 1/11 nueva consulta por tos con expectoración hemoptoica, un episodio de hemoptisis leve, disnea a minimos esfuerzos y dolor de puntada derecha. Radiografia de tórax con progresión de la consolidación en campo medio derecho. Nueva TAC de tórax con progresión de consolidación del espacio aéreo comprometiendo principalmente los segmentos anterior y posterior del lóbulo superior. Se realizó FBC con BAL y biopsia transbronquial: cuerdas vocales móviles sin lesiones; tráquea y carina sin alteraciones, árbol bronquial izquierdo: sutura permeable en buen estado. Árbol bronquial derecho, engrosamiento del espolón del lóbulo superior, mucosa del bronquio del lóbulo superior infiltrada, con aspecto en empedrado. Biopsia directa y lavado bronquial. Anatomía patológica: carcinoma de células pequeñas: TTF-1: negativo en células neoplásicas. p63: negativo en células neoplásicas. Cromogranina: positivo citoplasmático granular en células neoplásicas. Sinaptofisina: positivo citoplasmático granular en células neoplásicas.CD20: negativo en células neoplásicas. CD3: negativo en células neoplásicas. Ki67: índice de proliferación (positivo nuclear) del 95%. Inició quimioterapia con Cisplatino + Etóposido con evolución desfavorable, falleciendo al mes del diagnóstico.

**Conclusión:** las neoplasias pueden presentarse desde los primeros meses post trasplante, pero también pueden observarse en forma alejada; siendo necesario un adecuado seguimiento posterior del Tx de los pac.

Excluyendo el cáncer de piel, la sobrevida después del diagnóstico es pobre.

**17 - NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNICADA POR PSEUDOMONA AERUGINOSA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

CHURIN L; KARLEN H; MEDINACELLI E; DIFILIPPO H; SOLÍS M; IBARROLLA M; MERCURI M; QUADRELLI S

*Sanatorio Güemes*

**Introducción**: La Pseudomona aeruginosa (PA) es un agente etiológico bien establecido en neumonía intrahospitalaria, pero es causa poco común de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se presenta en pacientes con factores de riesgo predisponentes (patología estructural del pulmón, asistencia respiratoria mecánica, VIH/SIDA, neutropenia, uso prolongado de antibióticos, exposición en jacuzzis, piscinas o piletas de hidromasaje). La evolución suele ser rápidamente progresiva y fatal hasta en el 62% de los casos. Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente con infección por PA.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes patológicos. No tabaquista. Empleado gastronómico (lavacopas). Consulta por síndrome febril, diaforesis y tos seca, asociado a pérdida de peso (10 kilos en 4 meses). Refiere 4 meses previos episodio de fiebre, tos con escasa expectoración y dolor en puntada de costado (subescapular derecho), interpretado como NAC. Cumplió tratamiento antibiótico (amoxicilina), con mejoría clínica. Actualmente presenta escasos rales crepitantes en base derecha. Sat. O2 97% (FiO2:0.21), normotenso y eupneico. Serología para HIV negativa, velocidad de eritrosedimentación 15 mm/1° hora, resto de los parámetros normales. Se inicia tratamiento con amoxicilina/ac. clavulánico endovenoso, sin posibilidad de obtener muestras de esputo. En la tomografía de tórax (TCTx) presenta consolidación con broncograma aéreo en lóbulo inferior derecho. Persiste con registros febriles luego de 48 hs de tratamiento, se decide realizar fibrobroncoscopía para lavado bronquioloalveolar (BAL) y biopsia transbronquial (BTB).

El cultivo del BAL presenta desarrollo de PA (10.000 UFC) sensible a ceftazidime, imipenem y colistin. Los hemocultivos fueron negativos. Luego de una semana de tratamiento con ceftazidime recibe el alta sanatorial. La anatomía patológica de la BTB presenta moderado infiltrado inflamatorio mixto, sin células atípicas ni granulomas. En la TCTx control a los dos meses no presenta imágenes patológicas.

**Discusión:** La PA raramente es agente causal de NAC en huésped inmunocompetentes. Los factores de riesgo o condiciones clínicas predisponentes descriptos, se hallaron en el 30% de los casos. Existen sólo reportes aislados en pacientes sanos. La PA debe considerarse como agente etiológico en pacientes sanos sin comorbilidades, debido a la necesidad de tratamiento antibiótico específico y su evolución rápidamente fatal.

**18 - MIOSITIS POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, UNA RARA FORMA DE PRESENTACIÓN EN UN PACIENTE SANO.**

KARLEN H; GUILLEN J; IBARROLA M; FALCO J; GARCÍA A; MARTÍN V; HERNÁNDEZ M; QUADRELLI S

*Sanatorio Güemes*

**Introducción**: El compromiso extrapulmonar representa el 20% de los casos de tuberculosis (TB), siendo la forma de presentación en más del 50% en pacientes inmunocomprometidos. La afectación musculo-esquelética alcanza menos del 1% de los casos en países con alta prevalencia, siendo la miositis tuberculosa (MT) aún más rara. La diseminación del bacilo es principalmente hematógena, seguida por la inoculación directa y de focos contiguos. Presentamos un caso de MT en un paciente sano.

**Caso clínico**: Paciente masculino de 37 años, sin antecedentes patológicos, tabaquista 10 paq/año, consumo de alcohol ocasional. Empleado gastronómico. Consultó por dolor lumbar izquierdo de 2 meses de evolución, que irradiaba al muslo, registros febriles intermitentes, astenia y diaforesis nocturna. Presentaba dolor a la palpación de masas musculares y signo de Lasegue positivo. Sin hallazgos positivos en el resto del examen físico. Sat.O2 98% (0,21). En la ecografía del muslo se identificaban múltiples imágenes compatibles con abscesos, confirmadas en la tomografía computada (TC) donde se observaban lesiones hipodensas con realce periférico con la administración de contraste yodado (músculo obturador externo izquierdo, glúteo medio, cuadrado femoral y otra con proyección a fascia lata izquierda). En la TC tórax presentaba imagen nodular de bordes espiculados en región de hilio derecho y opacidades nodulillares en LSD y LM. Los datos significativos del análisis de laboratorio eran hematocrito 28%, leucocitos 11200/mm3, VES 120 mm/1° h, serología para VIH negativa. La PPD fue negativa. Se realizó drenaje quirúrgico del muslo, con toma de muestra para cultivo y patología, e inició tratamiento antibiótico (ciprofloxacina/clindamicina). Persistió con dolor y registros febriles. Se escaló en el tratamiento antibiótico y se realizó resonancia magnética (RM) que mostró hiperintensidad en T1 a nivel del vasto lateral externo, áreas hiper e hipointensas en secuencias de T2 que comprometen la fascia y los músculos del muslo hasta el psoas-ilíaco. Sin compromiso óseo. En el centellograma (con ciprofloxacina/Tc 99m) no se observó tampoco afectación ósea. El paciente requirió múltiples drenajes quirúrgicos debido a falta de respuesta al tratamiento antibiótico. Debido a la imposibilidad de expectorar, se realizó fibrobroncoscopía, sin hallazgos patológicos en las muestras de BAL y BTB. La biopsia de músculo evidenció inflamación granulomatosa tipo tuberculoide, con técnica de Ziehl-Neelsen positiva. Tanto el cultivo de tejido, como los hemocultivos fueron negativos.

**Discusión**: La presencia de MT fue reportada mayoritariamente en pacientes con alguna condición predisponente (enf. auntoinmunes, VIH/SIDA, tratamiento inmunosupresor), solamente se registró en un paciente sano. Debido a su inusual presentación, el retraso promedio en el diagnóstico es de 11 semanas. Destacamos la importancia del diagnóstico diferencial, principalmente en pacientes con infección refractaria al tratamiento antibiótico y de larga evolución.

**19 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE FISTULA BRONCO-PLEURO-CUTANEA**

ROUVEDA M; MANDAGARAN M; GONZALEZ BIERE N

*Hospital Materno Infantil Argentina Diego de Azul*

**Objetivo:** Presentar una complicación poco frecuente secundaria a la colocación de tubo de avenamiento pleural.

**Materiales y métodos:** Revisión de historia clínica de paciente internado en nuestro nosocomio.

**Resumen:** Paciente de 1 año y 4 meses de edad, sin antecedentes perinatológicos de importancia, derivado de otro nosocomio con diagnostico de neumonía derecha de mala evolución. Luego de recibir 48hs de tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona 80mg/kg/día y claritromicina 15mg/kg/dia, comienza con des mejoría clínica, hipoxemia, y persistencia de la fiebre.

Al 5to día de la evolución de su enfermedad, por persistencia de registros febriles y desmejoria clínica, se solicitan estudios complementarios (laboratorio, radiografia de tórax y ecografía pleural) arribando al diagnostico de derrame pleural derecho. Se realiza punción pleural, y posterior colocación de tubo de avenamiento pleural, se decide ampliar espectro antibiótico (Clindamicina 30mg/kg/dia).

Al 12vo día de dicho cuadro, presentando mejoría clínica y posterior extracción de tubo de avenamiento pleural, se palpa crepitación en región cervical y torácica homolateral. Ante la sospecha clínica de fistula bronco-pleuro-cutánea se interconsulta con servicio de cirugía quien solicita realizar TAC de tórax, confirmando dicho diagnostico. En forma conjunta se decide derivar a centro de mayor complejidad, tomando conducta expectante y control clínico- radiológico mejorando con el trascurso de los días.

**Conclusión:** Nos pareció interesante presentar dicho caso debido a la baja frecuencia de esta patología en pediatría, describiendo las características clínicas y las patologías pulmonares causales, así como el tratamiento y evolución.

**20 - TUBERCULOSIS MILIAR Y MENÍNGEA EN PEDIATRÍA, DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS**

ALVAREZ D1; NEYRO S2; DORO A2; TOLEDANO A2; SQUASSI I2

*1Hospital Virgen del Carmen Zarate, 2Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez CABA*

En la Argentina, en 2015 se notificaron 10.713 casos de tuberculosis. Los menores de 15 años constituyeron el 9,5% del total. Las formas miliar y meníngea son las más graves y que llevan a mayor mortalidad y secuelas. Se producen como consecuencia de la diseminación linfohematógena del bacilo hacia múltiples órganos. La presencia de meningitis tuberculosa en menores de 4 años es un marcador de la circulación del bacilo en la comunidad. En el 2015 se notificaron 10 casos (0,55 casos de meningitis/100000 habitantes), 2 casos más que en 2014 (0,23/100000 habitantes). Los pacientes pediátricos son paucibacilares, por lo cual los parámetros clínico-radiológicos y el estudio de contactos son fundamentales para aumentar la sospecha diagnostica y medicar precozmente, disminuyendo así la morbimortalidad.

**Objetivos**: Presentar un lactante atendido en un hospital de 3º nivel, con diagnóstico de tuberculosis miliar y meníngea, describir sus características clínico epidemiológicas y el impacto en el control de contactos intrafamiliar.

**Caso clínico**: Paciente de 3 meses, sexo femenino, oriunda de Pilar, BCG colocada al nacer. Consulta espontáneamente por dificultad respiratoria moderada y un único registro febril. Se interna por síndrome obstructivo con hipoxemia y radiografía de tórax (RxTx) con ensanchamiento hiliar izquierdo persistente. Antecedente de 2 internaciones por neumonía al mes y a los dos meses, con RxTx que evidenciaban la misma imagen. Se realiza rutina de laboratorio de ingreso normal, serología para VIH negativa, PPD: 0mm. Por sospecha clínica inicia tratamiento (tto) con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y el estudio de contactos. A las 72 hs del ingreso presenta síndrome meníngeo. Punción Lumbar: LCR patológico glucorraquia 22, glucemia100mg/dl, proteinorraquia 107mg/lt, células 193mm3, 65% linfocitos. Por alta sospecha de TBC pulmonar y meníngea se agregan corticoides y completan estudios sistémicos: TAC cerebral: edema periventricular, TAC pulmonar: patrón miliar bilateral, ecografía abdominal normal, fondo de ojos: edema de papila, contenidos gástricos: cultivo negativo, PCR para TBC +, cultivo de LCR *Mycobacterium tuberculosis* sensible a Isoniacida y Rifampicina. Hemocultivos y urocultivo para BAAR negativos. Presenta evolución neurológica tórpida, con hipertensión endocraneana, (requiere múltiples punciones transfontanelares, pero no derivación ventrículo-peritoneal), síndrome febril prolongado (45 días). A los 10 días de iniciada la medicación presenta toxicidad hepática por lo que se instaura tto de segunda línea hasta poder reintroducir las drogas de primera línea con buena tolerancia. Potenciales evocados visuales patológicos en ojo derecho, se interpreta como secuela de la meningitis. Internación por 50 días. Luego del alta presenta buena evolución y adherencia al tto, del que cumplirá 1 año.

Control de contactos: Padre, sintomático respiratorio (tos de 1 año de evolución), presenta RxTx patológica bilateral con cavidades, baciloscopía positiva e inicia tto con 4 drogas. Madre asintomática respiratoria, con RxTx normal, adenopatía cervical de 2 meses de evolución indolora, de lento crecimiento. Biopsia ganglionar: granulomas caseificantes, inicia tto con 4 drogas. Hermano de 5años, asintomático respiratorio, RxTx compromiso alveolar en base derecha, que se asume por TBC, inicia tto con 4 drogas. El hermano 4años, asintomático, RxTx normal, inicia prevención con Isoniacida. Todos cumplen tto según normas, con buena evolución.

**Conclusiones**: La TBC es uno de los diagnósticos diferenciales del lactante con obstrucción bronquial persistente. La demora en iniciar el tto, aún con internaciones previas, y RxTx compatible expresa el déficit en la alarma de esta enfermedad, aumentando la morbimortalidad, el impacto que representa para el niño y su familia y el costo del sistema de salud en una enfermedad prevenible.

El antecedente de colocación de vacuna BCG y PPD negativa, no descartan la enfermedad tuberculosa.

Ante la sospecha de TBC diseminada o miliar es necesario evaluar el compromiso sistémico por la frecuencia de múltiples focos (>60%), como en nuestra paciente Es necesario cultivar todos los materiales accesibles para confirmar el diagnóstico (contenido gástrico, LCR, Hemocultivo y urocultivo).

El estudio de contactos permite detectar casos secundarios precozmente, 3 en nuestra presentación, e iniciar tto o quimioprofilaxis según corresponda. Consideramos que padre de nuestra paciente, sintomático respiratorio y bacilífero es el foco inicial, si hubiera sido diagnosticado rápidamente, es probable que su familia no enfermara al recibir quimioprofilaxis oportuna

**21 - TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE: UN DESAFÍO PARA EL SIGLO XXI**

SQUASSI I1; NEYRO S1; ALVAREZ D2; PENA AMAYA P1; MARTINEZ PELOSI M3; CERQUEIRO C1

*1Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez CABA, 2Hospital Virgen del Carmen Zarate, 3Hospital Eva Perón Merlo*

En la Argentina, la Tuberculosis (TBC) sigue siendo un grave problema de salud pública. En el 2015se notificaron 10.713 casos (24,8/100.000 habitantes). De estos, 128 presentaron algún tipo de resistencia, representan el 1,19 % y un 26% más que el 2014. 80 pacientes fueron resistentes a Isoniacida y Rifampicina (MDR). El 80% ocurrieron en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Con respecto a la edad, no se observaron casos en niños menores de 10 años y hubo 10 casos en pacientes de 10-19 años. El tratamiento de estos pacientes es un gran desafío para el Tisiólogo, debido a la necesidad de tratamiento prolongado, con múltiples drogas y la mayor frecuencia de efectos adversos, sumado a la complejidad que esto implica en la adolescencia.

**Objetivos:** Describir un caso clínico de TBC MDR, su evolución y las dificultades en el tratamiento y en el cumplimiento, en un paciente de 15 años atendido en un Hospital Pediátrico de 3º nivel.

**Caso Clínico:** Adolescente de 15 años, sexo masculino, se interna en un hospital pediátrico de 3º nivel con diagnóstico de TBC pulmonar jaculífera por intolerancia oral a la medicación, para completar estudios e iniciar tratamiento. Presenta antecedentes de tos de 5 meses de evolución y pérdida de peso de 14 kg. Se realiza baciloscopía (BK) positiva y Radiografía de tórax (RxTx) compatible con bronconeumonía. Inicia tratamiento para TBC con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y vitamina B6, con buena tolerancia. Por dolor lumbar crónico se realiza RMN de columna donde se observa imagen lítica en segunda vértebra lumbar, se asume como Pott y se indica inmovilización con corset. Los contactos de alto riesgo, inician prevención según normas. Una vez completados los estudios, tolerando la medicación y sin efectos adversos se indica el egreso hospitalario y el seguimiento por consultorio. Al mes de iniciado el tratamiento se recibe informe de la sensibilidad del esputo de ingreso: *Mycobacterium tuberculosis* resistente a Isoniacida (mutación en KatG) y Rifampicina (mutación en rpoB531), sensible al resto de la medicación de primera y segunda línea, se cambia esquema de tratamiento con: Pirazinamida, Etambutol, Etionamida, Moxifloxacina, y Estreptomicina y es derivado a centro de salud cercano al domicilio La necesidad de tratamiento inyectable por 5 meses y su supervisión complica la adherencia del paciente. Presenta evolución tórpida, con descenso de peso, laboratorio sin mejoría, BK+ a los 2 meses y poca adherencia al DOT. Se decide reinternar al paciente para tratamiento con estricto control.

Se repite control de foco, diagnosticándose un caso secundario: hermana de 20 años, BK+, RxTx cavidad unilateral. Se deriva a seguimiento y se suspende quimioprofilaxis con Isoniacida a los hermanos, todos de segunda infancia.

El paciente tolera la medicación sin efectos adversos por lo que se decide egreso hospitalario a los 30 días de internación, con BK negativa. Se organiza una red de atención con centro de salud cercano al domicilio para tratamiento multidisciplinario incorporando especialista en adolescencia, psicólogo y nutricionista. Gracias a una fluida comunicación con el centro de salud se logra la comprensión tanto de él como de su familia acerca de de la importancia del cumplimiento estricto del tratamiento para lograr la curación de la enfermedad. A la los 5 meses se suspende Estreptomicina (inyectable), continuando con el resto del esquema. Actualmente cumple 8 meses de medicación, sin efectos adversos, con BK negativa, asintomático, aumento de 15kg y RxTx mejorada. No han aparecido nuevos casos secundarios.

**Conclusiones**: La TBC MDR, cada vez más frecuente, es un desafío para el especialista.

Es importante obtener rápidamente la sensibilidad de germen, sobre todo en pacientes con antecedentes de tratamiento previo, contacto con MDR, mala evolución o falla de tratamiento. Si bien nuestro paciente no presentaba ninguno de estos factores, el resultado del cultivo y sensibilidad de la muestra inicial permitió la rápida rotación de esquema evitando la progresión de la enfermedad.

El trabajo multidisciplinario y el tratamiento supervisado son la base para la curación de estos pacientes, ya que el tratamiento es prolongado, con muchas drogas y mayor cantidad de efectos adversos, con alto riesgo de abandono sobre todo en la población de adolescentes.

Hay controversia en la indicación de quimioprofilaxis en contactos sanos de pacientes MDR, pero el consenso es aplicarla en menores de 5 años e inmunosuprimidos.

**22 - TUBERCULOSIS Y EMBARAZO**

COLINO M

*INE Dr. Juan H. Jara*

La TBC representa un problema de salud pública a nivel mundial, es la segunda causa de muerte en el mundo, precedida por la mortalidad causada por VIH/Sida.

En el año 2014, en Argentina, se notificaron 10.525 casos de TBC siendo la tasa total de  notificación de 24,7 casos por cada 100.000 habitantes.

La distribución por edad muestra que  las mayores tasas en los grupos de adultos jóvenes. El 59,3% del total de casos se encuentran entre los 15 y 44 años, perteneciendo a la edad productiva y reproductiva.

El diagnóstico de TBC en las mujer embarazada es complejo, debido a que el embarazo por sí mismo, puede producir síntomas, que son semejantes a algunas manifestaciones de la TBC.

Se debe realizar radiografía de tórax en: pacientes sintomáticas, pacientes  con PT positiva, o con antecedentes de contacto de un paciente pulmonar bacilífero.

La evaluación microbiológica de las muestras de esputo u otros sitios como la placenta sigue siendo la piedra angular para el diagnóstico de TBC activa, estas pruebas son la baciloscopía, el cultivo, las técnicas moleculares y las pruebas de sensibilidad:

-          Baciloscopía: Una muestra respiratoria positiva confirma TBC activa, en cambio, si todas las muestras son negativas, no se debe descartar el diagnóstico de la enfermedad

-          Cultivo: En todos los casos de embarazadas con sospecha de TBC, se le debe realizar  cultivo para micobacterias debido a permite identificar la especie patógena y evaluar la sensibilidad a fármacos antituberculosos.

El cultivo se realiza en un medio tradicional, Löwenstein-Jensen, demora de 4-6 semanas para obtener el resultado, o los medios líquidos especialmente en pacientes HIV o en formas graves y diseminadas.

El uso de pruebas de biología molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que se basa en la amplificación de fragmentos del genoma de M. tuberculosis, es implementada para la detección del bacilo tuberculoso con una alta sensibilidad y especificidad  (Xpert MTB/RIF).  Su uso es recomendado para detectar TBC en asociación con VIH, en sospecha de TBC MDR y en formas graves y diseminadas.

**Efectos en el embarazo**

Entre las complicaciones obstétricasreportadas están: abortos espontáneos, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, apgar bajo al nacer, partos prematuros y tuberculosis congénita.

Estas complicaciones son más frecuentes cuando tratamiento fue irregular o incompleto, cuando existen manifestaciones extrapulmonares y cuando el diagnóstico de TBC es tardío en el embarazo; éste último constituye el factor independiente más importante de mortalidad.

**Tratamiento de tuberculosis en el embarazo**

El esquema tradicional de tratamiento de TBC es seguro en mujeres en estado de embarazo por lo cual se utiliza el mismo esquema que en  la mujer no embarazada. El único medicamento de 1º línea contraindicado es la estreptomicina y otros aminoglucósidos.

En resumen los cuatro medicamentos utilizados como primera línea (R, H, Z, E) pueden ser usados en las mujeres embarazadas con tuberculosis activa, ya que son considerados seguros durante la gestación, debido a la poca asociación con malformaciones en humanos, a la alta tasa de éxito del tratamiento temprano y la disminución de las principales complicaciones obstétricas, maternas y fetales.

**Casos Clínicos**

**1)**Paciente de 32 años que consulta el día 27/05/14, derivada por Neumonología del Centro de Especialidades Médicas Municipal (CEMA).

Se solicitó: RX de Tórax, cuyo resultado reflejó un infiltrado alveolares  cavitados bilaterales.

Baciloscopía, D (-) C +++.

Laboratorio: en límites normales, HIV negativo.

Había consultado en varias oportunidades por tos, expectoración y pérdida de peso (7kg), durante su embarazo, a pesar de lo cual, no se le solicitaron radiografías ni baciloscopía durante ese período.

TAC de Tórax, se observan múltiples consolidaciones cavitadas, bronquiectasias e   impactaciones mucosas. Se observó una cavidad de50 mmde diámetro en vértice pulmonar derecho e infiltrados centrolubullares en ambos campos a predominio de lóbulos superiores. Inició tratamiento con el esquema de 4 drogas durante 2 meses (HRZE) continuando con 2 drogas (HR) hasta completar 8 meses. La evaluación fue satisfactoria a baciloscopías D y C negativos al primer mes de tratamiento, al tercero y al final del mismo. La radiografía al alta presentaba secuelas bilaterales a predominio de hemitórax derecho.

**2)**       Paciente de 31 años internada en clínica privada donde ingresó en trabajo de parto.

El parto se desarrolla normalmente naciendo un varón eutrófico.

En el post parto la madre presenta mal estado general, tos, disnea y desnutrición (40 kg)

Se solicitó: Rx de Tórax que presenta infiltrado intersticial bilateral difuso.

TAC de Tórax: patrón nodulillar difuso bilateral a predominio de lóbulos superiores y     segmentos posteriores. TAC de cuello epiglotitis línea media.

Baciloscopía, D (-) C ++, prueba de sensibilidad molecular: sensible a isoniacida y rifampicina.

Antecedentes personales: sin antecedentes patológicos, HIV negativo.

Desde el 4º mes de embarazo, había consultado en varias oportunidades por tos, expectoración y pérdida de 7kg de peso. Durante ese período no se solicitaron radiografías ni

Baciloscopías.

Inició tratamiento con el esquema de 4 drogas durante 2 meses (HRZS) continuando con 3 drogas (HRE) hasta tener prueba de sensibilidad, y con 2 drogas (HR) hasta completar  10 meses de tratamiento.

Se realizó el estudio de contactos, diagnosticándose  un caso de TBC bacilífera en un familiar de la paciente, no conviviente.

Durante la primera fase del tratamiento permaneció internada, con alimentación parenteral dado la desnutrición que presentada y la intolerancia a la medicación por vía oral,.

Se realizó interconsulta con gastroenterología que diagnosticó gastritis medicamentosa y TBC intestinal.

La evolución fue satisfactoria, presentando baciloscopías y cultivos negativos al segundo, y al 4º mes de tratamiento.

**Conclusiones:** En los casos presentados se diagnosticó tuberculosis  post parto, detectándose formas graves y avanzadas con alto riesgo para la madre y el niño.

El diagnóstico fue tardío, a pesar de las múltiples consultas realizadas durante el embarazo, en ambos casos.

La evolución clínica fue satisfactoria debido a la efectividad del tratamiento.

Sin embargo, la demora del diagnóstico, y la gravedad del cuadro clínico, ocasionaron secuelas pulmonares graves y daño psicológico en la vida de estas pacientes.

**23 - SCREENING DEL DÉFICIT DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA (AAT) EN ADULTOS CON BRONQUIECTASIAS POR EL MÉTODO DE SANGRE SECA : DATOS PRELIMINARES**

FERNANDEZ ACQUIER M

*Hospital del Torax A. Cetrángolo*

**Introducción:** el déficit hereditario de alfa-1-antitripsina (DAAT) predispone al desarrollo de enfermedad obstructiva crónica (EPOC), particularmente enfisema .La enfermedad es un desorden hereditario común pero altamente subdiagnosticado, por lo que se recomienda el desarrollo de programas de screening para identificar pacientes afectados. Se describió la asociación entre DAAT y bronquiectasias pero los datos son limitados en relación a la frecuencia y el tipo de bronquiectasias, así como las manifestaciones clínicas y función pulmonar.

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la fase inicial de un programa de screening del déficit de AAT en pacientes con bronquiectasias mediante el dosaje de la proteína en sangre seca (DBS) y posterior genotipificado de aquellos pacientes con concentraciones por debajo del umbral establecido. Valorar la utilidad del método de screening por DBS para identificar pacientes con bronquiectasias que presentan deficiencia de AAT

**Materiales y métodos:** Se analizaron muestras de 154 pacientes con bronquiectasias. Se determinó la concentración de ATT en muestras en DBS por nefelometría (Immage, Beckman Coulter). Aquellos pacientes que presentaban una concentración proteica menor al cut-off  se les realizaron genotipificado. Se validó un cut-off de 1.80 mg/dL en DBS que corresponde a 100 mg/dL de AAT sérica El método utilizado para el genotipado es una PCR real time con primers y sondas de hibridación específicos para la detección de un fragmento de 177 pb para la detección de la mutación **S**( E264V) y otro de 229 pb para la mutación **Z**( E342K ). El genotipo es identificado por un análisis de curva de melting.

**Resultados:** En 143 pacientes (92.8%) se descartó el déficit por presentar concentraciones de AAT por encima del punto de corte establecido. De los 11 restantes (7.2%), encontramos  2 SZ, un heterocigota S y 8 presentaron un genotipo noSnoZ con valores limítrofes al punto de corte.

**Conclusión:** La tasa de detección de déficit severo de alfa1 antitripsina en bronquiectasias  fue del 1.29% es decir 2 pacientes en 154 muestras. Además se encontró un portador de alelo S. El método de screening por DBS es sencillo, rápido, costo-efectivo, de gran utilidad para el análisis masivo de muestras. Además resulta adecuada para la realización del genotipo para mutaciones blanco y de ser necesaria la secuenciación del gen.

**24 - ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD CON COMPROMISO PULMONAR Y MENINGOENCEFÁLICO**

YAGAS LARREGUI M; RODRIGUEZ M; ARNAUDIN C; BARDINI C; HUERTA LORENZETTI G; LUFIEGO P; ADALA Y; CARBONI L

*HIEAyC San Juan de Dios de La Plata*

**Motivo de consulta**

Paciente masculino de 30 años de edad derivado desde otra institución a nuestra UTl el 27 de diciembre de 2016 por síndrome meníngeo en asistencia respiratoria mecánica (ARM).

**Antecedentes de interés:**

Presenta picadura de insecto en malar izquierdo 6 días antes de la consulta, automedicado con ampicilina y curas locales. El 26/12/16 presenta edema palpebral izquierdo,  por cual consulta y se le rota el esquema antibiótico. El día 27/12 presenta deterioro del sensorio con excitación psicomotriz e ingresa a hospital de origen en coma con rigidez de nuca, requiere ARM e inicia antibióticoterapia empírica: ceftriaxona más vancomicina y es derivado a nuestro nosocomio, donde una vez aislado el germen y su sensibilidad en hemocultivos  (30/12) continua con  vancomicina y se asocia clindamicina y trimetroprima - sulfametoxazol (TMS).

**Examen físico**

Paciente que ingresa en coma bajo sedoanalgesia en ARM. Presentaba  edema flogótico en región izquierda de macizo facial y cuero cabelludo.  Hipotensión arterial que revierte con expansión de cristaloides. FC 64/min., PAFI 352,  SatO2 99%, aceptable entrada  de aire bilateral, escasa broncorrea purulenta. Anisocoria izquierda y hemiplejia braquio crural derecha.

**Diagnóstico diferencial**

Meningoencefalitis, celulitis facial, trombosis del seno venoso, absceso cerebral.

**Pruebas complementarias**

(27/12) TAC de encéfalo y tórax: Lesión hipodensa difusa en cápsula interna, externa,  ganglios basales izquierdos y tronco encefálico. Atelectasia bibasal posterior y múltiples infiltrados nodulares en ambos campos pulmonares.

Punción Lumbar: liquido límpido, incoloro, 36 elem/mm3,  a predominio de polimorfonucleares, hipoglucorraquia, tinta china negativa. Directo negativo. Cultivo negativo.

PCR para virus neurotropos negativa,

Ecografía abdominal: Hepatomegalia.

Hemocultivos del 27/12: 2/2 *Staphilococcus Aureus Meticilinino* *Resistente* de la comunidad (SAMR-AC). Sensible a: clindamicina, linezolid, teicoplanina, vancomicina minociclina, rifampicina, TMS, quinolonas. Resistente a: oxacilina, meticilina y gentamicina. E test para vancomicina 1mg/ml (sensible)

Aspirados traqueales negativos.

Fondo de ojo y ecocardiograma normales.

(06/01/17) TAC de encéfalo y tórax: se observa mayor hipodensidad de las lesiones conocidas a nivel de tronco y de los ganglios de la base con afectación capsular del hemisferio izquierdo, presentando esta ultima efecto de masa, sin refuerzo con contraste. Tórax: cavitación de las lesiones nodulillares pulmonares con paredes finas, atelectasia completa del lóbulo inferior derecho (LID)  y parcial del lóbulo inferior izquierdo (LII).

(17/01) TAC de encéfalo y tórax: disminución de la hipodensidad y del efecto de masa de la lesión ganglio basal, lesión de tronco sin modificaciones. Tórax: resolución de la atelectasia de LID, atelectasia completa de LII identificándose imagen cavitada en topografía del segmento apical no presente en estudios previos (absceso?).

(08/02) TAC de encéfalo y tórax: no se observan modificaciones significativas en lesiones cerebrales. Tórax: disminución de tamaño de las imágenes cavitadas. Resolución de la atelectasia de LII, identificándose imagen cavitada de paredes finas con mínimo nivel en su interior en segmento apical de LII, de2,8 cm de diámetro.

**Evolución y diagnóstico final**

A nivel pulmonar cavitaciones secuelares bilaterales  sin compromiso significativo de la función respiratoria, desvinculándose de la asistencia respiratoria mecánica.

A nivel neurológico mala evolución: lesiones secuelares múltiples cerebrales y de tronco cerebral. Estado vegetativo persistente.

Diagnostico final: Enfermedad invasiva por SAMR con compromiso pulmonar y encefálico.

**Discusión**. Paciente joven, sano, inmunocompetente, con antecedentes de forunculosis facial que ingresa con enfermedad invasiva por SAMR-AC  a punto de partida infección de piel y partes blandas con compromiso pulmonar y neurológico secundario a embolias sépticas. SAMR-AC ha incrementado su frecuencia de presentación desde los años 90´ como causa de neumonía comunitaria aguda con una prevalencia que oscila entre el 10 y 12% según la bibliografía en nuestro país. Nuestro caso se encuentra enmarcado dentro de lo que se conoce como enfermedad invasiva por SAMR-AC, definida como aislamiento del germen en sitio estéril en paciente sin antecedentes de hospitalización previa y aislado dentro de las 72 hs de su ingreso al hospital (en este escenario en  hemocultivos). Nuestro paciente evoluciona con neumonía necrotizante, siendo la progresión de su compromiso neurológico el determinante de su pronóstico.

**25 - NEUMONIA GRAVE POR HANTAVIRUS**

YAGAS LARREGUI M; MANTI A; TURANO S; SANCHEZ A; PEREZ A; ORELLANO C; GARCIA MEZA K; CORSIGLIA L

*HIEAyC San Juan de Dios de La Plata*

**Motivo de consulta**

Paciente masculino de 21 años derivado desde otro nosocomio a nuestra UTI el día 10 de enero de 2017 con diagnostico de neumonía grave de la comunidad e insuficiencia respiratoria.

**Antecedentes de interés:**

Desempeña tareas rurales en un haras y tabaquista.

Comienza cuatro días previos a la consulta (09/01/17) con fiebre, mialgias, cefalea, dolor abdominal y vómitos. Al ingreso al hospital de origen presentaba taquicardia, taquipnea e inyección conjuntival. Radiografía simple de tórax evidencia infiltrado intersticial bilateral. Se toman muestras para serología de  hantavirus, leptospira e hisopado para H1N1; iniciando tratamiento empírico con ampicilina-sulbactam y oseltamivir. Ingresa a nuestra  UTI, en insuficiencia respiratoria requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM) VCV VT430, FR 18/min, PEEP 10 cm H2O, FIO2 100%, Medio interno: PH: 7,35, PCO2: 38 mmHg, PO2: 101 mmHg, SAT 97%, Bicarbonato 21 meq/l, Láctico 1,3 mmol/l, PAFIO2 101). Se realiza Tomografía computada de alta resolución (TACAR) de tórax sin contraste, hemocultivos por dos, serologias para dengue, zica y chikungunya y panel de virus respiratorios. Se agrega al esquema antibiótico anterior claritromicina.

**Examen físico**

Ingresa lúcido, febril (38,7ºC), con signos de insuficiencia respiratoria aguda, roncus y rales crepitantes bilaterales, requiriendo intubacion orotraqueal y conexión a ARM, evoluciona con inestablilidad hemodinámica sin respuesta a expansión con cristaloides inicia  noradrenalina 0,18 γ/k/min,

**Diagnóstico diferencial**

NAC grave  viral/bacteriana: Hantavirus, Influenza A, otros virus respiratorios,  Dengue, Leptospirosis

**Pruebas complementarias**

10/01 *TACAR* de tórax: infiltrado alvéolo intersticial en vidrio esmerilado con áreas de consolidación con broncograma aéreo y engrosamiento  de los septos interlobulillares en ambos campos pulmonares asociado a derrame pleural homogéneo bilateral.

(10/01) Hematológico periférico: eritrosedimentación (ERS) 50 mm/h*,*plaquetas 23.000 mm3, leucocitos 13.600 mm3, neutrófilos 82%,  linfocitos 4%, Hematocrito 39%.

Bilirrubina total 0,5 mg/l, TGO 89 U/L, TGP 12 U/L,  LDH 1784 U/L, proteínas totales 5,7 g/dl, albúmina 3 g/dl, Urea 29 mg/dl,  creatinina 0.81 mg/dl, procalcitonina 1,17 ng/ml.

(12/03) ERS 60 mm/h,plaquetas 60.000 mm3, leucocitos 12.000 mm3

(13/01) Hematológico periférico: ERS 50 mm/h*,*plaquetas 45.000 mm3,, leucocitos 8.400 mm3, neutrófilos 60%,  linfocitos 22%

(17/01)   Ecografía abdominal y pleural: esplenomegalia y derrame pleural bilateral.

(19/01) Presenta fiebre, broncorrea mucopurulenta, radiografía de tórax simple: progresión de infiltrados en base derecha, procalcitonina 3,67 ng/ml, leucocitos 11.000 mm3 se toman 2 hemocultivos y aspirados traqueales, iniciando empíricamente imipenem y colistin.

(20/01) Ecografía pleural: derrame pleural derecho de significativo volumen y signos de consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo. Se realiza toracocentesis compatible con exudado no complicado.

Se recibe informe escrito desde el Instituto  Malbrán Elisa para IgM e IgG específicas contra nucleoproteínas de Hantavirus positivas variedad Andes.

(21/01)  Leucocitos 27,600 mm3, PCR 48 mg/l (VN

Inmunofluorescencia directa para virus respiratorios, hemocultivos, urocultivo, muestra de liquido pleural derecho con resultados negativos, aspirado traqueal: regulares leucocitos, abundantes diplococos Gram (-), aislamiento *Acinetobacter baumanni.*

Laboratorio: valores elevados de ERS y LDH, TGO desde el inicio, colesterol, proteínas totales y albúmina por debajo de valores normales. Al alta de UTI normalización de valores de laboratorio.

**Evolución y diagnóstico final**

Presentó evolución favorable de su enfermedad primaria. Intercurre con neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) cumpliendo siete días de tratamiento con imipenem y colistín.

**Discusión**.

Se presenta aquí un caso de NAC grave con insuficiencia respiratoria secundaria a infección por Hantavirus, este paciente pertenece al grupo II de nuestra clasificación (insuficiencia  respiratoria grave sin compromiso hemodinámico / o con compromiso leve) en nuestra serie la mortalidad de este grupo de del 6,6%. Nuestro

paciente mejora de su SDRA requiriendo maniobras de reclutamiento por presión evolucionando favorablemente, padeciendo NAV por *Acinetobacter baumanni.*

de la cual también evoluciona favorablemente. Éste paciente no presentó linfoplasmocitosis ni hemoconcentración, presentando además ERS 50 mm/h,  no frecuente en pacientes con esta patología que suelen cursar con ERS baja. Procalcitonina de ingreso indicó probabilidad intermedia de sepsis, aumentando significativamente al momento de presentar NAV. Hantavirus sigue siendo una causa importante de NAC grave. Su sospecha temprana, en paciente con epidemiología compatible, y la derivación precoz a terapia intensiva puede mejorar su pronóstico.

**26 - PREVALENCIA DE NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD Y NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA/ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS**

BRAMBILLA S; IRIGOYEN M; MARASCHIO M

*Hospital Dr. Ángel Pintos*

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a Neumonías Agudas de la Comunidad (NAC) y Neumonías Intrahospitalarias (NIH)/ACS en pacientes mayores de 65 años, internados en sala general del Hospital Dr. Ángel Pintos de Azul en el transcurso del año 2016

**Material y Métodos:** se realizo un estudio observacional, de corte transversal, retrospectivo de 160 historias clínicas de pacientes mayores de 65 años internados por infecciones respiratorias provenientes de su hogar, institución geriátrica o de otra sala de mayor complejidad del Hospital Dr. Ángel Pintos desde enero a diciembre del 2016. Las variables se operacionalizaron mediantes los programas estadísticos EpiInfo y Statsitix.

**Resultados:** De los 159 pacientes mayores de 65 años internados por infecciones respiratorias, 99 (62,3%) fueron NAC, mientras que 60 (37,7%) resultaron NIH/ACS. El porcentaje de hombres fue de 44,2% y 55,8% fueron mujeres. El rango etario va de 65-97 años, con una media de 79,89 años y un SD de 8,17 años. Los pacientes presentaban en promedio más de 3 enfermedades asociadas, de las cuales HTA fue la más frecuente con 58,6% de los pacientes, seguido de TBQ (28%), demencia (26,8%), DM (22,9%), EPOC (18,5%) y neoplasias (17,2%). Las complicaciones ocurrieron en 5,7% de los pacientes, siendo derrame pleural 4,5%, atelectasias 0,6%, neumotórax 0,6%. El 16,2% de los pacientes fallecieron durante la internación, de los cuales el 60% padecieron NIH/NACS y el 40% fue por NAC. El promedio de días de internación fue de 12,9 días con un SD de 7,9 días. No se incluyo el rescate microbiológico debido a la falta de disponibilidad permanente de medios de cultivo.

**Conclusión:** La NAC continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en los pacientes mayores de 65 años en nuestro medio. El porcentaje de las NIH/ACS en nuestro hospital resulto ser más elevado que el descripto en la bibliografía, por lo que nos lleva a tomar medidas urgentes para un mejor control de las infecciones intrahospitalarias.

**27 - PREVENCIÓN DE TABACO EN LA SALA DE ESPERA DE OBSTETRICIA**

CARBONE M

*HIGA Evita de la Lanús*

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de las estrategias de Programa Nacional del Control de Tabaco se enumera entre otras impulsar la creación de ambientes libres de humo de tabaco, aumentar las capacidades del sistema de Salud para brindar tratamiento de cesación, Promover hábitos saludables entre los adolescentes y jóvenes a través de acciones educativas y desarrollo de estrategias de comunicación social.

En la mujer embarazada, el fumar aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, aborto espontáneo, embarazo ectópico, placenta previa y los síndromes de distrès respiratorio y muerta súbita infantil.

**OBJETIVO GENERAL:** Transmitir conocimientos sobre el  perjuicio del tabaco para la salud de la embarazada, cesación, y hogar libre de humo de tabaco.

**OBJETIVO SECUNDARIO:** Acercar el consultorio de cesación tabáquica, a la población de la sala de espera.

MATERIAL Y MÈTODO: Se trabajó en la Sala de espera de obstetricia desde Marzo de 2016 a Enero de 2017, con charlas informativas sobre el daño del tabaco  para la embarazada que fuma, para su bebé y los perjuicios que puede producir el  ser un tabaquista pasivo, y como lograr un hogar libre de humo de tabaco.

Se realizaba una charla explicativa, con folleterìa, posters, se hacía participativo a quien quisiera preguntar, se dejaban posters informativo, y se entregaba folleterìa. La charla estuvo a cargo del consultorio de cesación tabáquica y una obstétrica, en los consultorios matutino y vespertino.

Se invitaba al consultorio de cesación tabáquica, en el momento que lo necesiten para buscar más información, ayuda, más folleterìa, sin turno.

**RESULTADOS:** Se contabilizó un total de 4500 personas que escucharon las charlas en este período de trabajo.

El porcentaje de personas que concurrieron al consultorio de cesación después de participar de la charla durante este período fue de 0%

El porcentaje de personas que concurrieron al consultorio de cesación en busca de más información, folleterìa y/o ayuda fue del 0%.

El porcentaje de familiares que concurrieron para recibir la información para cesación fue del 0%.

**CONCLUSIÓN:** Si bien las encuestas tanto Nacionales e internacionales determinan que el 85,5% de los fumadores y el 95,7% de los no fumadores considera que fumar es dañino para la salud y en las Guías tanto Nacionales como de provincia se aconseja el trabajo en la prevención y acercar el consultorio a la necesidad del paciente, en la práctica esta modalidad que era el objetivo de nuestro trabajo no lo logró, habiéndose ofrecido todas las facilidades para el acceso a la consulta.

Ante estos resultados no esperados en nuestro objetivo, se decidió hacer una discusión de las posibles causas, dejando abierta la posibilidad de tener en cuenta lo que surja de la exposición en el congreso (Si el trabajo fuera aceptado).

La evaluación de las causas será tenida en cuenta para modificar la estrategia de trabajo para este año.

CAUSAS PROBABLES:

1-      Falta de continuidad en la intervención posterior a la sala de espera (En el consultorio).

2-      Mayor cantidad de publicidad gráfica sobre el consultorio de cesación tabáquica.

3-      Falló la comunicación

4-      Situación de espera, no es el momento adecuado para abordar una problemática, que no es la que interesa a la consulta.

5-      Discusión del auditorio.

**28 - TUBERCULOSIS EN OLAVARRIA**

ALVAREZ N; CHERTCOF M; SALIAS A; MOVA V; VECCHIO V; TORRICO E; COTTI R

*Hospital Municipal Héctor Cura*

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa cuyo agente etiológico es el Micobacterium tuberculosis. Existe en el mundo desde hace miles de años y su mayor localización es pulmonar, motivo por el cual decidimos analizar nuestros casos de los últimos 4 años, para determinar las características de los mismos. Se obtuvo los datos a través de las fichas del programa de control de la tuberculosis, que se encuentran en el servicio de Tisioneumonología. También se evaluaron las radiografías y tomografías de dichos pacientes. Los datos obtenidos fueron: grupo etáreo, sexo, serología de HIV, mortalidad, directo y cultivo de esputo para BAAR, biopsia y las radiografías de tórax  que se dividió con la clasificación de USC (unilateral sin cavidad), UCC (unilateral con cavidad), BSC (bilateral sin cavidad), BCC (bilateral con cavidad) y extrapulmonar. Se presenta solo las características radiológicas debido a que es el método complementario más sensible, y sigue siendo luego de la bacteriología un método muy efectivo, con respecto a la tomografía de tórax no contábamos con este estudio en todos los pacientes.

Según la bibliografía en inmunocompetentes el 95% de los casos se localizan en segmentos ápico posteriores de los lóbulos superiores, la mayoría son bilaterales. Radiológicamente pueden presentarse como Cavitación, cuando la caseosis es grande el material necrótico puede ser expulsado; en los primeros estadios, la cavidad se caracteriza por un área de menor densidad dentro de la consolidación pulmonar, es irregular y a veces contiene un nivel hidroaéreo, cuando el exudado pericavitario se reabsorbe la cavidad se delimita mejor, un signo patognomónico es encontrar el bronquio de drenaje. La consolidación en tuberculosis aparece como un moteado de 1 a 5 mm de diámetro de bordes mal definidos sin tendencia a calecer, estos nódulos acinares pueden desaparecer o calcificarse. La forma de fibrosis crónica son imágenes lineales bilaterales y en lóbulos superiores. En casos más avanzados cursan con atelectasia, elevación hiliar, desplazamiento de la tráquea e hiperinsuflación compensadora del lóbulo inferior, con formación de bronquiectasias por tracción. La pleura puede engrosarse formando casquetes apicales. La tuberculosis primaria se manifiesta radiológicamente con consolidación pulmonar homogénea en lóbulo inferior derecho en su mayoría, asociada o no a linfoadenopatías y derrame pleural. La enfermedad traqueobronquial: se observa atelectasias e hiperinsuflación. En la tuberculosis miliar que es por diseminación hematógena, se presenta como un patrón intersticial micronodulillar de 1 a 3 mm en ambos campos pulmonares. Otra forma de presentación radiológica es el tuberculoma, lesión redonda u ovalada de bordes definidos que puede tener calcificaciones y junto al mismo imágenes lineales y pequeños acúmulos de calcio.

La tomografía de torax  nos permite detectar lesiones mínimas, enfermedad de la vía aérea y diseminación endobronquial, observándose el patrón en árbol en brote. En caso de  adenopatías hiliares puede demostrar la hipodensidad central de los ganglios secundaria a necrosis.

Los resultado fueron los siguientes: se analizaron 80 pacientes, 35 femeninos y 45 masculinos; mortalidad del 16 % (13 p); 9 menores de 20 años; entre 20 a 40 años 37 pacientes; 40 a 60 años 20 y más de 60 años 14. HIV positivos 8, BAAR positivos 38; cultivos 6 positivos; biopsias 9 positivos. USC 17 pacientes, UCC 11 pacientes, BSC 19 pacientes, BCC 21 pacientes y extrapulmonar 12.

Coincidimos con las estadísticas nacionales y mundiales principalmente en los grupos etáreos más afectados  entre 20 a 60 años, que son los laboralmente activos, y también con la preponderancia del sexo masculino. El 10 % de serología positiva para HIV, con un 16 % de mortalidad. Radiológicamente tuvimos USC 21%, UCC 13,75%, BSC 23,75%, BCC 26,25 %, el 50 % de los casos son de presentación bilateral y  el 40 % son cavitadas. La cantidad de casos anuales es aproximadamente 20 casos, en este punto estamos por debajo de la media nacional y según un análisis realizado consideramos que tenemos una baja búsqueda de casos, para lo cual consideramos y realizaremos diferentes medidas  para estimular la búsqueda de sintomáticos respiratorios.

**29 - DIVERSIDAD Y VARIABILIDAD GENÉTICA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Y OTRAS ESPECIES MICOBACTERIANAS DE IMPORTANCIA CLÍNICA**

MORCILLO N1; DI GIULIO B2; MOYANO D3; SANTANGELO M3; ROMANO M3; IMPERIALE B4

*1Hospital Dr. Antonio A. Cetrángolo, Vicente López, Buenos Aires, 2Hospital Petrona V. de Cordero, San Fernando, Buenos Aires, 3Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA/CICV), Hurlingham, Buenos Aires, 4Academia Nacional de Medicina, IMEX CONICET, CABA, Argentina*

**Introducción.** Mundialmente, la tuberculosis (TB) sensible y las formas multi y extensivamente drogo-resistentes (M/XDR) son un importante problema de salud pública al cual se agregan las micobacterias no tuberculosas (MNT) como patógenos emergentes frecuentemente asociados a estados de inmunodeficiencia (1, 2).

**Objetivos.** Determinar la importancia clínica de la TB M/XDR y las MNT dentro del diagnóstico global de TB en la zona norte del Gran Buenos Aires (ZNGBA), desde junio de 2013 a diciembre de 2016; estudiar las mutaciones asociadas a la aparición de resistencia en *Mycobacterium tuberculosis* y su distribución poblacional; explorar la diversidad y variabilidad genética de MNT causantes de enfermedad en la comunidad.

**Materiales y Métodos.**Un total de 665 materiales clínicos y/o aislamientos de pacientes con TB o MNT fueron analizados por métodos moleculares. Para identificar *M. tuberculosis* como complejo bacteriano y determinar la resistencia/sensibilidad a isoniacida (INH) y rifampicina (RIF) se empleó la técnica comercial GenoType MTBDR*Plus*® (GT-TB) que permite simultáneamente detectar las mutaciones que confieren resistencia a INH (INH-Res) y/o RIF (RIF-Res) (3). Para la identificación de la especie bacteriana en casos de MNT, se utilizó el GenoType CM® (GT-CM) (2). La secuenciación de distintos genes de las diferentes especies fue utilizada como método de referencia tanto para la identificación de MNT, en casos con resultados de GT-CM inconclusos, como para la búsqueda de mutaciones no identificadas con GT-TB en *M. tuberculosis* resistentes (2). Las técnicas filogenéticas empleadas fueron: *Mycobacterial interspersed repetitive unit-variable-number tandem-repeat* (MIRU-VNTR) específicos para *M. tuberculosis*y *M. avium hominissuis* y spoligotyping(4, 5). El algoritmo *goeBURST* fue empleado para analizar la relación entre los perfiles genéticos de distintos aislamientos por medio de la construcción del *mínimum spannig tree* (Mst) (6).

**Resultados.**  Del total de 2295 casos diagnosticados, fueron estudiados por métodos moleculares 665 (29,0%) aislamientos obteniéndose resultados válidos en 635 (95,5%), 104 eran casos de MNT y 531 de TB. En total se registraron 46 (8.7%) casos de TB M/XDR: 23 pacientes con MDR,  19 INH-Res y 4 a RIF-Res. Las mutaciones halladas que codifican en *M. tuberculosis* para la INH-Res fueron: *katG*S315T, en 34 aislamientos (80,9%) y C-15T del promotor del gen *inhA,*en 8 (19,1%) casos. Las mutaciones que codifican para la RIF-Res fueron encontradas en las siguientes posiciones y frecuencias del gen *rpoB*:S531L, 63,0% (17/27); D516V, 18,5% (5/27); H526 y S531P/W, 14,8% (cada una con 2 aislamientos)  y 1 con S522L/Q, 3,7% (1/27). La concordancia entre el GT-TB y la secuenciación fue del 97,8 % (45/46). De los 104 casos de MNT, 51 correspondieron a micobacterias de lento desarrollo (MLD): 34 al Complejo *M. avium* (*M. avium hominissuis,*19 casos, *M. intracellulare*, 25 casos); 5 *M. kansasii* y 1 *M. kumamotonense*. Las micobacterias de rápido desarrollo (MRD) fueron 36 en total: *M. fortuitum* 19; 9 *M. abscessus*; 6 *M. chelonae*; 2 *M. peregrinum*. En los 6 casos restantes se aisló *M. gordonae* sin que fuera posible considerar a esta especie como agente causante de la enfermedad. La referenciación geográfica en relación con la INH-Res mostró que la mutación C-15T del promotor del gen *inhA,*de menor frecuencia, se halló exclusivamente en casos residentes en los partidos limítrofes de San Miguel, José C. Paz y Malvinas Argentinas. En este último se registró también un brote familiar de TB-MDR con la infrecuente mutación para RIF-Res en *rpoB* S522L/Q, confirmado por las técnicas moleculares  (4). Los 19 aislamientos de *M. avium hominissuis* se mostraron agrupados en 6 genotipos diferentes  de MIRU-VNTR, distribuidos en 7 partidos de la ZNGBA y la CABA según el Mst construido para el análisis. En 11 pacientes se aisló MTB asociado a otras especies. En 4 casos HIV+ el segundo germen hallado fue *M. avium*; en 2 casos HIV+ lo fue *M. intracellulare,*mientras que en pacientes HIV negativos las asociaciones fueron: en 1 caso con *M. abscessus*, en 2 con *M. fortuitum*, y en 2 con *M. chelonae*y *M. kubicae* respectivamente*.*

**Conclusiones.**Entre las MLD,*M. intracellulare* y*M. avium hominissuis* fueron las especies más frecuentemente halladas como agentes patógenos. *M. avium*mostró gran variación genética y amplia distribución en la ZNGBA hecho que sugiere diversidad de fuentes de infección. *M. abscessus* y *M. fortuitum*, con localización pulmonar y extrapulmonar, fueron los patógenos más representativos del grupo de MRD. La identificación de las mutaciones asociadas a la aparición de INH-Res y RIF-Res permitió observar una probable concentración de microorganismos resistentes en una región geográfica bien delimitada, desde la que podrían estar diseminándose. Este hecho fue observado también con otra bacteria MDR que causó un brote familiar.

La recuperación simultánea de *M. tuberculosis* junto a una MNT fue interpretado como una causa conjunta de enfermedad. Los casos fueron tratados con esquemas normatizados para TB hasta que la detección de las MNT y/o la falla del tratamiento (mantenimiento de baciloscopías y cultivos positivos) llevaron a personalizar los esquemas terapéuticos mediante el agregado de drogas de segunda línea.

**30 - MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE NEUMONÍA ASOCIADA A SUPURACIÓN PLEURO-PULMONAR.**

MANDRACHO C; FERRARO E; STECHINA E; BERDÚN M; RODRIGUEZ R; OSA NOSEDA L

*Hospital Héctor Cura*

**Introducción:**Las neumonías son una de las causas más frecuentes de supuración pleuro-pulmonar en los niños. Aproximadamente un 40% de las neumonías que precisan hospitalización presentan derrame pleural. En estos últimos años se han observado cambios epidemiológicos con un aumento de la prevalencia de este tipo de complicaciones, como así también en la prevalencia de gérmenes y serotipos relacionado con el uso más racional de los Antibióticos, y cambios en la estrategia vacunal. Por lo que para realizar un tratamiento es esencial diagnosticarlos en un estadio precoz que nos permita establecer el tratamiento adecuado y nos evite complicaciones.

**Objetivo:**Describir una serie de casos de pacientes con Neumonía asociada a supuración pleuro-pulmonar diagnosticados y tratados en un hospital público de la provincia de Buenos Aires.

**Población:**Pacientes pediátricos que consultaron al servicio de pediatría del Hospital.

**Material y métodos:**Se realizó un estudio retrospectivo, en el cual se revisaron las historias clínicas de las internaciones pediátricas durante el periodo de noviembre 2005 a marzo de 2017, identificándose aquellos pacientes con diagnóstico de Neumonía asociada a supuración pleuro-pulmonar. Se recabaron datos sociodemográficos, clínicos, procedimientos y desenlace de la internación.

**Resultados:**Al momento del envío del abstract, se identificaron 47 pacientes. 47% sexo femenino, con una mediana de edad de 4 años (p25-p75= 3 – 8). El 83% poseía obra social o prepaga. Solo el 6% presento rescates positivos de gérmenes, 3 pacientes con hemocultivos positivos, 4 pacientes con liquido pleural positivo y uno con Fibrina pleural positivo. Solo se encontró resistencia bacteriana en un paciente, con Stafilococo Aureus resistente a oxaciclina, cefalotina, ampicilina sulbactam. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente: 4% drenaje pleural, 30% toracotomía con drenaje y 66% toracoscopía con drenaje. La mediana de internación fue de 13 días (p25-p75= 10 – 18). Un 37% de los pacientes requirió unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), con una mediana de permanencia de 1 dia (p25-p75= 1 – 3). Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico, registrándose un único deceso.

**Conclusiones**: La supuración pleuropulmonar es una complicación grave de la Neumonía, que en un 40% de los casos requiere cuidados intensivos, con una mediana de internación hospitalaria prolongada de 13 días. Resulta fundamental un diagnostico precoz, drenaje y tratamiento antibiótico endovenoso.

**31 - MASA MEDIASTINAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR TORACICO EN PEDIATRIA**

IRIBARREN A1; PELLIZA M1; ACASTELLO E2; DE MATTEO E2; WAIMANN C1; MARENGO F1; GALANTE M1

*1Hospital Héctor Cura Olavarría, 2Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*

**Motivo de consulta:** Paciente de 14 años de edad que consulta por presentar dolor en la pared anterior torácica de 1 año de evolución, asociado a disnea con actividad física y decamiento.

**Antecedentes de interés:** episodios de broncoobstrucción hasta los 5 años de edad.

**Examen físico:** Peso y talla adecuado para la edad. En el examen respiratorio presentaba disminución de entrada de aire en cara posterior del hemitórax derecha, sin ruidos agregados.

**Diagnóstico diferencial:** El paciente con dolor torácico nos plantea los siguientes diagnósticos diferenciales:

* Causas cardiovasculares (arritmia, miocarditis, pericarditis, vasoespasmo, anomalía de la arterias coronarias, Aneurisma de aorta, estenosis aortica, infarto)
* Causas no cardiovasculares (idiopática, traumatismos, costocondritis, enfermedades reumáticas, ataques de pánico, ansiedad, bronquitis, asma, neumonía, pleuritis, neumotórax, RGE, esofagitis, hernia hiatal, cuerpo extraño, gastritis, patologías de la columna vertebral, patologías mamarias, masa mediastinal/torácica).

**Pruebas complementarias:** Se realiza radiografía simple de torax, observándose imagen radiolúcida paracardiaca derecha (figura 1). En consecuencia, se solicita tomografía de torax con contraste, donde se evidencia “gran cavitación de paredes gruesas con nivel hidroaéreo, extrapleural, paravertebral derecha, que desplaza el esófago al lado opuesto” (figura 2).

**Evolución y diagnóstico final**: En base a los hallazgos topográficos, centramos nuestro diagnóstico diferencial en masa mediastínica posterior, incluyendo: Neoplasias de la cadena simpática, Quistes broncogénicos y neuroentéricos, Secuestro pulmonar, Meningocele anterior, Hemangioma , Tumores extramucosos intramurales del esófago y malformaciones esofágicas.

El paciente es derivado al servicio de Cirugía del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” CABA, donde se realiza intervención quirúrgica, objetivándose “Formación quística de 17,5 x 10,5 cm, que exhibe mucosa despulida y congestiva. Al corte se observa segmento tubular de 2 cm de longitud y 3 cm de diámetro formado por mucosa con pliegles. Los cortes histológicos muestran pared del quiste de hasta 3 cm de espesor revestida por serosa con vasos congestivos e inflamación crónica. Adyacente a la misma se observa doble capa muscular. El revestimiento de la luz se conforma por diferentes tipos de epitelios: pavimentoso, gástrico, intestinal y cilíndrico ciliado seudoestratificado, con áreas de ulceración, erosión e inflamación crónica reagudizada, compatible con QUISTE ENTERICO MEDIASTINAL PARAESOFAGICO”

Paciente evoluciona favorablemente, con desaparición del dolor y sin complicaciones postquirúrgicas.

**Discusión**. Los quistes de duplicación esofágica son alteraciones congénitas del esbozo digestivo . Su incidencia se ha estimado en 1/8.200 nacimientos, con una mayor preponderancia en varones. El diagnóstico del quiste de duplicación esofágica en la mayoría de los casos es incidental en el examen de una radiografía de tórax. Los síntomas más frecuentes son la disfagia y el dolor torácico. La localización más habitual de los quistes de duplicación esofágica es el mediastino derecho posteroinferior. En adultos suele ser un hallazgo casual, sin embargo, pueden llegar a complicarse con hemorragia intraquística, perforación o infección, especialmente los que presentan comunicación esofágica. También puede llegar a desarrollarse una metaplasia escamosa.

Su tratamiento siempre debe ser quirúrgico, incluso cuando los pacientes se encuentran asintomáticos, dada la posibilidad de presentar complicaciones en el curso natural de la enfermedad.

Estos pacientes representan un desafío diagnostico debido a la amplia gama de diagnósticos diferenciales que surgen, siendo de ayuda los métodos de imágenes, y la necesidad de cirugía e histopatología para confirmación diagnóstica.

**32 - MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE NEUMOCOCCEMIAS INTERNADAS EN TERAPIA INTENSIVA EN UN POLICLINICO CENTRAL DE OBRA SOCIAL**

VILLA R; CLOCCHIATTI N

*OSPLAD*

**Objetivos:** caracterizar clínicamente, determinar la morbilidad y la mortalidad, y factores pronósticos de las neumococcemias internadas en Terapia Intensiva (UTI) en un Policlínico Central de Obra Social.

**Materiales y Métodos:** desarrollamos un estudio retrospectivo de tipo observacional de 107 neumococcemias internadas en UTI durante los últimos 10 años. Definimos neumococcemia como el desarrollo del S. Pneumoniae en al menos uno de los cultivos (aislamiento en hemocultivos). Se realizó la comparación entre el SOFA al ingreso a UTI como predictor de mortalidad, contra un modelo de desarrollo propio, en donde se consideraron las variables demográficas, bioquímicas y microbiológicas, y se realizó la comparación del área bajo la curva (ABC) de ambos métodos. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, Chi2 y test de Student, cociente de probabilidad (LHR), regresión logística, informando razón de productos cruzados (OR).

**Resultados:** se incluyeron dentro del estudio 107 neumococcemias, con una edad media de 60 ± 12,2 años, siendo mayor la presencia en varones de 59,81 %. La media de internación fue de 15 días (± 1 – 40), la adquisición intrahospitalaria  fue de 12 casos (11,21%). En 100 casos (93,45%) el foco infeccioso fue conocido, siendo el más significativo el pulmonar en el 85 %, seguido por el abdominal y el neurológico. Se encontraron 2 neumococos resistentes a la penicilina provenientes de la comunidad.

Las comorbilidades más frecuentes detectadas fueron: alcoholismo crónico (29,9 %), diabetes mellitus (23,36%), EPOC (18,6 %), neoplasia activa (14,01%), insuficiencia renal crónica (6,54%) y neutropenia (4.67%).

Desarrollaron complicaciones infecciosas sobreagregadas el 87 %, de las cuales el 80 % cumplieron criterios de sepsis, el 24 % shock séptico y el 22,4 % falla orgánica múltiple (FOM).

La mortalidad global hospitalaria fue de 30 pacientes (28,03 %). Encontramos como predictores independientes de mortalidad al ingreso: la leucopenia (≤ 4000 / mm3) OR 13,36 (2.44 - 73.11); alteración del sensorio OR 11,58 (3.27 – 40.9); la adquisición intrahospitalaria OR 5,13 (1.32 – 19.83); hipotensión OR 4,36 (1.34 – 14.16) y la presencia de oliguria OR 3,51 (1.04 – 11.84).

El SOFA presento un ABC 0.75 (0.67 – 0.81), tener más de tres variables positivas del modelo propuesto un ABC de 0.81 (0.73 – 0.86), encontramos una diferencia de áreas de 0.059 con p < 0.007. El SOFA tuvo un LHR+ 2.56 (1.74 – 3.2) para una prevalencia del 25 % aumentando la probabilidad de muerte a 45 %. La presencia de más de tres variable del modelo propuesto mostró un LHR+ 11.3 aumentando la probabilidad de muerte a un 80 %.

Durante su evolución, los pacientes que presentaron FOM tuvieron de forma independiente mayor mortalidad OR 50.1 (16 – 160.8).

**Conclusiones:** la neumococcemia en nuestra población se caracteriza por prevalecer en hombres, con foco pulmonar y baja resistencia a la penicilina. Más de la mitad de los casos presentaron complicaciones infecciosas sobre agregadas durante el desarrollo de su enfermedad. La presencia al ingreso de leucopenia, oliguria, hipotensión o encefalopatía, y la adquisición nosocomial conforman un modelo pronóstico que con 3 o más variables presentes supera al SOFA como predictor de mortalidad.

**33 - TOXICIDAD PULMONAR POR RITUXIMAB**

VILLA R

*OSPLAD*

**Introducción:** el Rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el antígeno CD20 presente en los linfocitos B, y es actualmente usado en el tratamiento de múltiples enfermedades auntoinmunes y oncohematológicas. La enfermedad pulmonar intersticial difusa causada por el rituximab es un efecto adverso reportado y con incidencia en aumento, en una revisión sistemática del 2010 se reportaron 45 casos, y en 2012 ya fueron reportados 121 casos con 18 pacientes fallecidos. Según el conocimiento actual su incidencia sería del 0,01 – 0,03 %. Su presentación clínica es de disnea, fiebre y tos seca, por lo que se busca en primer lugar el componente infeccioso.

**Caso Clínico:** mujer de 65 años con diagnóstico de Leucemia Linfática Crónica (LLC) en tratamiento con rituximab, fludarabina y ciclofosfamida. Completa el último ciclo de quimioterapia 2 meses previos a la consulta. Presenta disnea, fiebre, tos seca persistente, recibiendo en forma ambulatoria amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacina y levofloxacina. Al momento de la consulta, normotensa, febril (38,5) oximetría de pulso 89% (0,21), crepitantes en ambas bases pulmonares que en hemitórax izquierdo se extienden hasta campo medio. Hto: 33 %, Bcos: 4000, N: 2500. En Rx de Tx: infiltrado intersticial bilateral. TC de Tx: presencia de patrón de vidrio esmerilado en forma parcheada en ambos campos pulmonares a predominio de ambas bases. Sin adenomegalias. Cultivos negativos y tratamiento con vancomicina e imipenem sin respuesta, al 4° día se agrega tratamiento empírico para PCP manteniendo fiebre y desaturación. Se decide realizar BAL, quedando la paciente en ARM, BAAR (-), cultivo de gérmenes comunes, hongos y micobacterias (-), PCR VSR, Influenza y Parainfluenza A y b (-), IFI PCP (-), PCR CMV (-), reacción de Huddleson (-) y galactomananos x 3 (-). Se repite TC de Tx: progresión del patrón de vidrio esmerilado a campos medios y superiores con compromiso de ambos campos pulmonares en su totalidad. Se interpreta como toxicidad pulmonar por rituximab e inicia metilprednisolona 1 gr, continuando con metilprednisolona ev 5 días, luego meprednisona 60 mg / dia, progresivamente presenta mejoría en la oxigenación y radiología permitiendo extubación en día 12.

**Comentario:** el tiempo medio de la aparición de la toxicidad pulmonar por rituximab es alrededor de los 30 días, pudiendo presentarse en la primera infusión, en medio del ciclo de quimioterapia o tardíamente como en este caso. Es más frecuente en hombres entre los 40 y los 60 años, siendo la hipoxemia el signo de presentación invariable. El hallazgo tomográfico característico consiste en la presencia de infiltrado bilateral de tipo difuso en vidrio esmerilado y el tratamiento consiste en la suspensión del tóxico y el inicio de corticoides.

**Conclusión:** la enfermedad intersticial pulmonar secundaria a rituximab es una complicación poco frecuente, en ascenso, pero potencialmente mortal. Dado que en la actualidad, ha ido en aumento el uso de este fármaco como tratamiento de un abanico importante de entidades clínicas, es necesario no solo conocer este efecto adverso, sino sospecharlo para el inicio precoz del tratamiento.

Eur. Resp J 2010, 35. 681-7   Rheumatology 2012, 51, 653 – 62