

REVISTA del TÓRAX

de la Provincia de Buenos Aires
ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Suplemento de Trabajos presentados en el XXIV Congreso de la STNBA

▶ EDITORIALES

Dr. César Salomone
Dr. Ariel Manti
Dr. Andrés Echazarreta

▶ CASE REPORT

▶ TRABAJOS DE NEUMONOLOGIA CLINICA

▶ TRABAJOS DE EPIDEMIOLOGIA

▶ NOVEDADES



SOCIEDAD DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

STNBA: Calle 50 N° 374 La Plata - Provincia de Buenos Aires C.P. 1900

Teléfono: 0221-4225111 - Mail Secretaría STNBA: stnba@stnba.org.ar

Mail Revista del Tórax: revistadeltorax@stnba.org.ar

Índice

03. Editoriales

Dr. César Salomone

Dr. Ariel Manti

Dr. Andrés Luis Echazarreta

07. Case Report

25. Trabajos de Neumonología Clínica

34. Trabajos de Epidemiología

42. Novedades

Editorial



Estimados colegas y amigos:

Se ha cerrado un ciclo y comienza otro, en este pequeño editorial como "ex" Presidente del Comité Científico del XXIV Congreso de la STNBA desarrollado en la ciudad de Mar del Plata entre el 04 y 06 de abril, quiero expresar que me he sentido muy a gusto trabajar con los integrantes de la Comisión directiva, científica y local.

Nos sentimos satisfechos por el trabajo desarrollado, creemos que el contenido científico ha tenido un nivel académico de excelencia por el temario y los disertantes designados, 3 invitados extranjeros, 3 cursos precongresos, senderos de adultos y pediatría, talleres para enfermeros, kinesiólogos, además hemos incluido un espacio dedicado únicamente a los residentes de Neumonología de nuestra provincia porque estamos convencidos que ellos son el futuro, como nosotros el presente y deben tener su sitio dentro de la STNBA, porque un día serán ellos quienes la conduzcan, la vida es un ciclo y somos nosotros los que debemos abrir las puertas para permitir el ingreso de las nuevas generaciones.

El armado del temario científico no ha sido sencillo, con los integrantes en muchas ocasiones asumimos el compromiso más allá de nuestras propias fuerzas, intercambiando ideas y proyectos para la sociedad y el congreso en días y horarios impensados e inverosímiles, restándole tiempo a nuestra obligaciones personales, laborales y familiares,

por eso quiero inscribir mi reconocimiento a los que me acompañaron en el desarrollo del contenido científico, con el único objetivo que todo salga según lo planificado: desarrollar un Congreso con nivel académico sin perder esa "familiaridad y amistad" que tanto destaca a nuestra Sociedad, sin su aporte nada hubiese sido posible, a ellos muchas gracias.

No puedo dejar de mencionar a Ariel Manti, quien no dudó que podría estar a la altura de afrontar el desafío de presidir el Comité Científico, vaya a él mi gratitud por su apoyo incondicional y confianza, he aprendido a su lado mucho de lo relacionado al trabajo en la STNBA, pero más he aprendido del ser humano, Ariel muchas gracias.

Por último, no puedo dejar de mencionar a mi familia, mi esposa Daniela, que me acompaña hace más de 20 años, siempre incondicional y mis hijos Agustina, Francisco y Camila que soportaron mis largas ausencias entendiendo que su padre estaba cumpliendo con sus obligaciones, muchas gracias.

A todos.....muchas gracias!!!



Dr. César Augusto Salomone
Presidente de la STNBA

Editorial



Estimados socios y amigos:

En esta editorial, ya como Ex presidente de nuestra querida Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires, quisiera expresar mi más cálido agradecimiento todos los miembros de la Comisión Directiva, ha sido un placer y un honor compartir con ellos estos dos años de gestión.

Espero y deseo que hayan disfrutado de nuestro XXIV Congreso en la hermosa ciudad de Mar del Plata, tanto el Comité Organizador como el Comité Científico y el Comité Local, han trabajado intensamente para diseñar un evento de calidad y de alto nivel académico, sin perder la esencia de fraternidad y camaradería que lo ha caracterizado desde sus primeras ediciones, a todos sus integrantes: muchas gracias. En un año de grandes incertidumbres económicas pudimos contar con la presencia de tres invitados extranjeros: los Dres. José Jardim, Geraldo Lorenzi Filho y Alejandro Rodríguez Oviedo quienes nos actualizaron en temas prevalentes en medicina respiratoria como EPOC, trastornos respiratorios vinculados al sueño, infecciones respiratorias y biomarcadores. Se desarrollaron talleres para enfermeros, técnicos en exploración funcional respiratoria y kinesiólogos, actividades para los jóvenes neumonólogos en formación, y dirigidas a la comunidad, además de un curso precongreso y un sendero exclusivo para pediatras.

Quiero también, agradecer muy especialmente, a las Dras. Cristina Gaitán, Analía Barro y Fernanda Curró así como a los Dres. Andrés Echazarreta, José De Sandro, Mariano Fernandez Acquier y Sebastian Gando por su apoyo incondicional y, expresar mi más ferviente deseo de éxito para la nueva Comisión Directiva y para su Presidente el Dr. César Salomone quien, con su enorme capacidad de trabajo, continuará sin duda haciendo cada día más grande a nuestra querida STNBA.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ariel Manti', written in a cursive style.

Dr. Ariel Manti
Presidente saliente de la STNBA

Editorial



Estimados lectores de la Revista del Tórax

Es un gusto comunicarme con Uds. para informarles la finalización de mi trabajo como editor en jefe de la Revista del Tórax.

Ha sido para mi un enorme placer hacerme cargo de la edición de la Revista del Tórax por el último año y medio. En ese lapso la revista actualizó todo su comité editorial compuesto por colegas de reconocida trayectoria en la neumonología de nuestra provincia, pasó a ser completamente digital y a contar con multi esponsorio. Asimismo se rescataron trabajos de producción sanitaria provincial que de otra forma habrían quedado en el conocimiento exclusivo de sus autores lo cual revalida la vigencia y necesidad de una publicación provincial en materia neumonológica. Quiero agradecer a la Comisión Directiva saliente de la STNBA encabezada por el Dr. Ariel Manti, el haberme permitido reflejar opiniones y publicaciones con total libertad. En este número de la Revista del Tórax se hará la recopilación de los resúmenes de trabajos presentados en el contexto del XXIV Congreso de la STNBA llevado a cabo en Mar del Plata del 4 al 6 de abril de este año. Los mismos reflejan el grán interés de los colegas por mostrar su realidad en forma de trabajos científicos.

Finalmente expresarle a la Comisión Directiva entente de la STNBA mis mejores deseos para

que puedan llevar adelante una gestión que siga afianzando la STNBA y la mantengan, como hasta ahora, como punto de referencia insoslayable de la Neumonología Bonaerense.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Echazarreta'.

Dr. Andrés Luis Echazarreta
Jefe del Servicio de Neumonología.
Hospital San Juan de Dios de La Plata.
Editor Revista del Tórax

REVISTA del
TÓRAX
de la Provincia de Buenos Aires

Comisión Directiva 2019-2021

Presidente

Dr. César Augusto Salomone

Vicepresidente

Dr. Jorge Draghi

Secretario

Dr. Sebastián Ferreiro

Tesorera

Dra. María Eugenia Franchi

1° Vocal Titular

Dra. Stella Callegari

2° Vocal Titular

Dra. Carolina Rosasco

Vocal Suplente

Dra. Bibiana Vazquez

Comisión Revisora de Cuentas

Titulares: Dra. Analía Allemandi

Dr. Francisco Barone

Suplente

Dra. Carolina Cattaneo

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Dr. Andrés Luis Echazarreta

EDITORES ASISTENTES

Dra. Mirta Scarinci

Dra. Gabriela Tabaj

EDITORES

Dra. Beatriz Martínez

Dra. Cristina Gaitán

Dra. Cristina Ortiz

Dra. Susana Nahabedian

Dra. Maria Alicia Martinez Cortizas

Dr. Julio Silio

Dr. Carlos De la Vega

Dr. Mariano Fernández Acquier

Dr. Sebastián Gando

Dr. Carlos Fiore

Dr. Mario O. Macuso

Dr. Damian Silva



SOCIEDAD DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

STNBA: Calle 50 N° 374 - La Plata - Provincia de Buenos Aires
C.P. 1900

Horario de atención Martes y Viernes de 8 a 12 Hs.

Lunes, Miércoles y Jueves de 13 a 17Hs

Teléfono: 0221-4225111 - Mail Secretaría STNBA:

stnba@stnba.org.ar

Mail Revista del Tórax: revistadeltorax@stnba.org.ar

CASE REPORT

CR01 | PATRÓN MILIAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUMONIA ORGANIZADA CRIPTOGENICA

Karlen H¹; Ariel T¹; Olmedo G²

¹Hospital Municipal, ²Ex- Jefa de Servicio Hospital María Ferrer

Introducción:

La neumonía organizada criptogénica (NOC), también llamada bronquiolitis obliterante con neumonía organizada,¹ fue descrita en 1877. Pertenece al grupo de enfermedades intersticiales principales. La forma secundaria, se asocia a enfermedades del colágeno, infecciones, toxicidad por drogas, etc.¹ El diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos de la biopsia y la exclusión de las causas secundarias.^{2,3} Caso clínico: Paciente masculino de 63 años, mecánico. Sin antecedentes personales patológicos. Ex –tabaquista 20 p/a, abandono hace 25 años. No se rescatan factores de exposición ambiental u ocupacional. Refiere tos seca, disnea MRC II, astenia y registros febriles de un mes de evolución. Recibió tratamiento con antibióticos, sin respuesta favorable. Rales crepitantes bilaterales, predominio basal. Sat. O₂ 93%. Las pruebas de laboratorio, se destaca ERS 45 mm. Serología para VIH y perfil inmunológico negativos. La TC de tórax muestra patrón nodulillar centrolobulillar y periférico, asociado a engrosamiento reticular, con compromiso de cisuras, compatible con patrón miliar. El examen funcional respiratorio, patrón restrictivo moderado. Se decide realizar fibrobronscopía. Todos los cultivos fueron negativos para gérmenes comunes y atípicos, pero la biopsia transbronquial demostró alteración inflamatoria focal intersticial del parénquima con infiltrados inflamatorios mononucleares y signos de organización intraalveolar, alternando con parénquima con estructura normal y alveolos libres, compatible con Neumonía Organizada. Cumple tratamiento con esteroides durante

3 meses con mejoría de los síntomas y del patrón tomográfico.

Discusión: La NOC es una forma de respuesta ante la injuria pulmonar,^{2,3} se presenta habitualmente entre los 50-60 años, en ambos sexos, siendo dos veces más frecuente en no fumadores o ex–tabaquistas.^{2,3} Los síntomas más frecuentes son tos seca, febrícula, malestar general y disnea, similar a un cuadro infeccioso,¹⁻³ de 2 semanas a 6 meses de evolución.⁴ Otras manifestaciones son anorexia, pérdida de peso, dolor torácico, artralgias, diaforesis y hemoptisis.^{2,3} El examen físico puede ser normal, o presentar rales crepitantes secos dispersos, en ausencia de clubbing.² Los hallazgos en la TC de tórax pueden dividirse en típico, focal e infiltrante,^{2,3} siendo normal en menos del 10% de los casos.^{3,4} La forma más frecuente de presentación son las opacidades en vidrio esmerilado y consolidación, en lóbulos inferiores con el signo del halo inverso.⁶ En la serie más grande publicada, el 9,8% presentó un patrón reticulonodulillar.¹ Vasu y col. reportaron en solo 3, de los 21 pacientes estudiados engrosamiento septal⁵, en ambas series las anomalías intersticiales, fueron las frecuentes para la forma idiopática.^{1,5}

Conclusiones: el patrón miliar, como forma de presentación de la NOC, es excepcional, pero debe ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales, con otras entidades de mayor prevalencia como la tuberculosis miliar y la linfangitis carcinomatosa.



CR02 | NEUMONIA EOSINOFILICA AGUDA RECIDIVANTE COMPLICADO CON EMPIEMA EOSINOFILICO.

Albert M¹; Auad M¹; Gercek I¹; Ignacio M¹; Laura R²

¹Hospital Municipal Partido de la Costa, ²Laboratorio Anatomia Patologica MDP

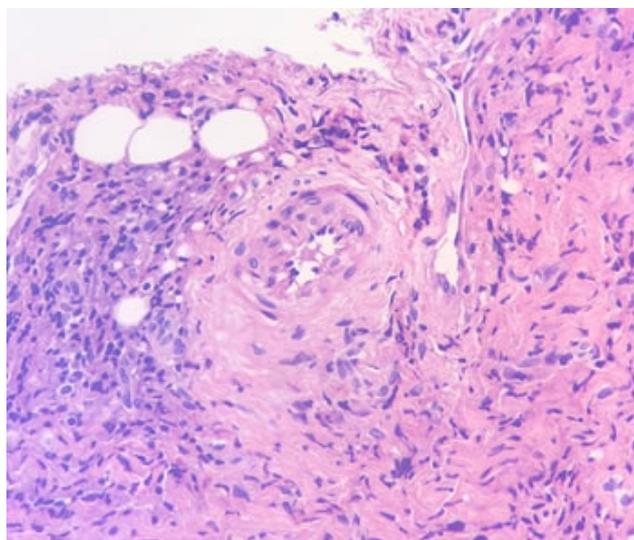
CASE REPORT

Paciente de 45 años, deportista, no tabaquista, poliposis paranasal, antecedentes de neumonía eosinofílica aguda en 2011, BAL con presencia de 20% de eosinófilos, negativos para BAAR y hongos. Buena respuesta al tratamiento con corticoides durante 6 meses. Secuela funcional respiratoria con patrón obstructivo leve, prueba broncodilatadora positiva. Consulta por fiebre, disnea a mínimos esfuerzos, dolor pleurítico en base derecha y mal estado general, tos seca irritativa, saturación de O₂ de 90% con aire ambiental. Radiografía de tórax con condensación en base derecha y borramiento de seno costofrénico derecho. Eco pleural con derrame pleural. Drenaje pleural por aguja gruesa con exudado complicado con eosinofilia mas 20%. Laboratorio con glóbulos blancos con 12200/mm³ (eosinófilos de 8%, 976/mm³), VSG de 45 mm, PCR +++ y colagenograma negativo. ECG con ESV frecuente y ecocardiograma con refringencia en pared miocárdica compatible con infiltrado miocárdico. Inicia tratamiento con amoxicilina/clavulanico y claritromicina con buena evolución clínica, sin fiebre, mejoría de disnea y sin signos de insuficiencia respiratoria aguda. El control radiográfico a los 14 días presenta persistencia de condensación y derrame pleural derecho. Continúa con glóbulos blancos de 13000/mm³ con 14% de eosinófilos, VSG de 45 mm y PCR+++.

Se realiza nueva punción pleural de derrame pleural tabicado con resultado de empiema pleural con eosinófilos en un 95%. Se realiza VATS con drenaje de empiema eosinofílico y se realiza biopsia pleural con pleuritis eosinofílica con infiltración de

abundantes eosinófilos y aisladas células multinucleadas. Se descartó presencia de hongos y TBC. Se retira tubo de drenaje pleural sin complicación. Control de laboratorio con normalización del hemograma y negativización de marcadores inflamatorios por lo que se pospone control hematológico para descartar síndrome mieloproliferativo. Se realiza control reumatológico para descartar enfermedad de Churg-Strauss ya que, a pesar de no evidenciar vasculitis eosinofílica, presenta otros criterios para esta enfermedad. Presenta parasitológico para quistes de blastocistis hominis por lo que se decide realizar tratamiento para esta parasitosis dada la relevancia del caso.

DISCUSION: Las enfermedades pulmonares eosinofílicas (EPE) son un grupo heterogéneo de trastornos con número anormalmente mayor de eosinófilos dentro de las vías respiratorias y el parénquima pulmonar. Las características comunes para el diagnóstico de EPE son la eosinofilia en sangre con alteraciones radiológicas, eosinófilos en el tejido pulmonar mediante la realización de BTB o quirúrgica, y aumento de los eosinófilos en el BAL. Se plantean diagnósticos diferenciales variados como neumonía eosinofílica crónica, que no desarrolla insuficiencia respiratoria ni derrame pleural, como también el síndrome hipereosinofílico, formas frustradas de sme. de Churg-Strauss o infecciones por hongos y parásitos. Se resalta el desarrollo de derrame pleural y empiema eosinofílico, extremadamente raro en descripción en este tipo de patologías.



CR03 | A PROPÓSITO DE TRES CASOS DE ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA

Quattrocchio B¹; Inza F¹; Irigoyen M¹; Bianchi Pintos D¹; Macaluso M¹; Álvarez Prat R¹; Macaluso J¹

¹Hospital Municipal Dr. Ángel Pintos de Azul

Las enfermedades pulmonares difusas constituyen un grupo heterogéneo de entidades con características clínicas, radiológicas y funcionales similares, que afectan a las estructuras alvéolo-intersticiales, la vía aérea y la vasculatura pulmonar.

Se presenta a continuación tres casos de la ciudad de Azul: silicosis con tuberculosis, histoplasmosis y leptospirosis.

La importancia de conocer estas enfermedades radica en su alta prevalencia en el centro de la provincia de Buenos Aires, región caracterizada por la actividades agropecuarias y mineras.

Caso 1

Paciente masculino de 42 años de edad con antecedentes de EPOC y silicosis, que ingresa por fiebre, disnea progresiva y tos productiva de dos días de evolución. Manifestaciones constitucionales completan el cuadro clínico. Como antecedentes de enfermedad actual, se destaca internación reciente por neumopatía, plan de trasplante pulmonar y tratamiento inconcluso de tuberculosis. La radiografía de tórax muestra patrón reticulonodular difuso. Tomografía de tórax: aumento del intersticio peribroncovascular en forma difusa. Cavitaciones en lóbulos superiores. Baciloscopia en esputo: positiva. Interpretación: tuberculosis pulmonar. Se comienza tratamiento de primera línea. Durante la internación, se suscita elevación de transaminasas, por lo que se rota a levofloxacina, estreptomycin y etambutol. Posteriormente, se añaden rifampicina e isoniazida a dosis bajas. Evolución favorable. Al cabo de 55 días de estadía, se otorga el alta médica. El antibiograma del esputo muestra resistencia a isoniacida, por lo que la fase de consolidación se lleva a cabo con etambutol, levofloxacina y rifampicina.

Caso 2

Paciente masculino de 41 años de edad, que consulta en la guardia por fiebre, escalofríos y astenia de una semana de evolución. Al examen físico, se constata disnea CF II-III y rales crepitantes bibasales. Saturación de oxígeno: 86 % A.A. En la radiografía de tórax se aprecian infiltrados pulmonares bibasales. Interpretación: neumonía bilateral. Tratamiento con ampicilina/sulbactam, claritromicina y oseltamivir. Evolución tórpida con aumento del

requerimiento de oxígeno, necesidad de ventilación mecánica e inotrópicos. Rápidamente, se produce paro cardiorrespiratorio y luego de maniobras de RCP avanzada, acaece la muerte del paciente, a los cuatro días de su ingreso. Días después, se recibirá serología positiva para leptospirosis.

Caso 3

Paciente masculino de 46 años de edad, con antecedente de linfoma no Hodgkin B difuso, en estadio IIIb y en tratamiento quimioterápico con R-CHOP. Ingresar por disnea y úlceras cutaneomucosas. Radiografía de tórax con infiltrados intersticiales bilaterales. Se indica trimetoprima/sulfametoxazol. Se diagnostica por biopsia de piel histoplasmosis, y por carácter transitorio se llega a la conclusión de que el paciente tiene histoplasmosis diseminada. Se comienza tratamiento con anfotericina con respuesta pobre por su mal estado general. Desafortunadamente, se produce el óbito del paciente al cabo de casi un mes de internación.

CR04 | MAL DE POTT EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Gatti A¹; Juan Manuel C¹; Raul G¹; Micaela M¹; Ana Luz S¹; Bárbara S¹; Miriam V¹

¹Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata.

Motivo de consulta. Paciente femenina de 20 años de edad, sin antecedentes patológicos, que consulta por presentar dolor progresivo en fosa ilíaca izquierda de tres meses de evolución, EVA 8/10, que se exacerba con los movimientos de extensión del miembro inferior homolateral. Sin síntomas respiratorios concomitantes.

Antecedentes de interés. La paciente presentaba un desorden de la alimentación asociado a un plan de ejercicio de alto rendimiento.

Examen físico. Abdomen blando, depresible. Se palpa en fosa ilíaca izquierda tumoración blanda, dolorosa, móvil de aproximadamente 15 cm de diámetro. Dolor a la percusión de apófisis espinosas L1, L2, L3. Pérdida de la cifosis de columna lumbar, En aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

Pruebas complementarias. Tomografía computada de tórax abdomen y pelvis: colección en topografía de psoas izquierdo de 51 x 224 mm. Imágenes ganglionares de 12 mm en cadena iliaca. Alteración morfológica de los cuerpos vertebrales L1 y L2. Líquido libre en pelvis menor. Resonancia magnética de columna: se observa lesión de disco intervertebral L1-L2 con compromiso de platillos vertebrales e importante edema de medula ósea, asociada lesión paravertebral izquierda en íntimo contacto con absceso de psoas que se comunica a través de un trayecto fistuloso con la lesión vertebral.

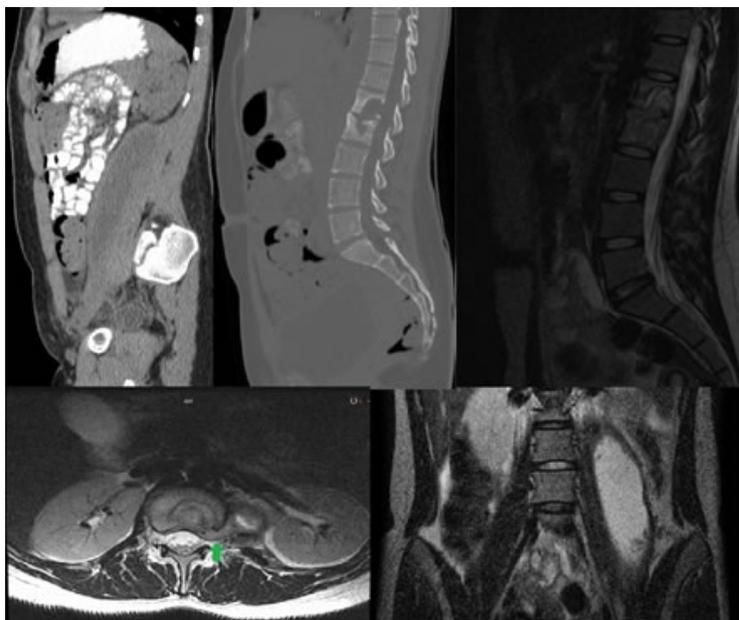
Laboratorio: Serologías para VIH, VHC, VHB no reactivos. Proteínas totales, albúmina y proteinograma electroforético normales. Dosaje de Inmunoglobulinas

IgA, IgE, IgG, IgM normales. Perfil lipídico normal. HTO 45%, Hb 14,4 g/dL, LEU 6000 10³/mm³. ERS 110 mm/h
Diagnósticos diferenciales. Espondilodiscitis con absceso de psoas en paciente inmunocompetente: piógena, tuberculosis, brucelosis, bartonelosis.

Evolución. Se realiza interconsulta con servicio de cirugía general y traumatología, se decide drenaje de absceso por laparoscopia. Drenan 1.5 litros de material purulento y se envían muestras para gérmenes comunes (Observación directa y cultivo negativos) y BAAR (Observación directa negativa, cultivo positivo). Actualmente en tratamiento con buena evolución clínica y seguimiento por nuestro servicio.

Diagnóstico final. Mal de Pott con fístula a psoas izquierdo.

Conclusión. La tuberculosis sigue siendo una enfermedad de mediana incidencia en nuestro medio, con un aumento de casos en los últimos años. La tuberculosis vertebral o Mal de Pott, es una forma infrecuente de presentación. Según el boletín sobre tuberculosis en Argentina del año 2018 fueron notificados 1597 casos de TB extra-pulmonar en Argentina, de los cuales el 4% perteneció a las formas osteoarticulares. El caso expuesto muestra a una paciente inmuno-competente, sin antecedentes patológicos ni nexos epidemiológicos, que como único posible factor de riesgo para la enfermedad presentó un desorden alimenticio asociado a ejercicio de alto rendimiento.



CR05 | PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: ASPERGILOSIS PULMONAR SUBAGUDA

Lamot L¹; Fiore C¹; Bettini J¹; Corsico M¹; Fuks V¹

¹Hospital Municipal

Motivo de consulta: Tos con expectoración purulenta en ocasiones sanguinolenta asociado a síndrome de repercusión general de 3 meses de evolución.

Antecedentes de interés: Tabaquismo. Desnutrición. Neumonía previa.

Examen físico: TA 98/60, FR 26, Tª 37.8, SAT 92% AA. Adelgazado, palidez cutáneo mucosa, hipoventilación con vibraciones aumentadas en hemitorax izquierdo.

Pruebas complementarias: Se solicitan hemocultivos y laboratorio donde se observa anemia, leucocitosis, hipokalemia, ascenso de transaminasas, hipalbuminemia, alcalosis metabólica e hipoxemia leve. Se solicita serología de retrovirus negativa.

Se realiza Radiografía la cual evidencia compromiso de hemitorax izquierdo retraído con disminución de volumen, elevación diafragmática y desviación del mediastino y traquea. Múltiples imágenes en hemitorax izquierdo con patrón alveolar, broncograma aéreo y presencia de cavidades con contenido heterogeneo (signo del halo).

TC tórax sin contraste evidenciado Árbol en brote y vidrio esmerilado en LSD. A nivel pulmonar izquierdo se observa disminución de volumen, bronquiectasias saculares, cavitación de paredes gruesas con contenido heterogéneo que impresiona móvil, rodeado de patrón alveolar con broncograma aéreo.

Diagnósticos diferenciales

-Infección pulmonar en paciente con posible inmunodepresión leve. Sospecha de lesiones preexistentes pulmonares. Etiología oportunista Tuberculosis/Micosis pulmonar: sospecha de Aspergilosis (Aspergiloma complicado-Neumonía crónica/subaguda)

-Tumor pulmonar.

Evolución y diagnóstico final:

El paciente luego de la valoración inicial en guardia es internado en clínica médica. Durante la internación se toma muestra de esputo, la cual fue negativa para BAAR y gérmenes comunes.

Se realizó fibrobroncoscopía observando árbol bronquial izquierdo con marcada retracción y distorsión bronquial, lesiones compatibles con fracturas de anillos bronquiales, antracosis, abundantes secreciones purulentas; se realizó

BAL y lavado bronquial de lóbulo inferior el cual se envió a anatomía patológica, bacteriología y dosaje de galactomanano.

Se recibió positivo el directo y cultivo del BAL para *Aspergillus Niger-Klebsella Pneumoniae-Enterobacter* y Galactomanano positivo.

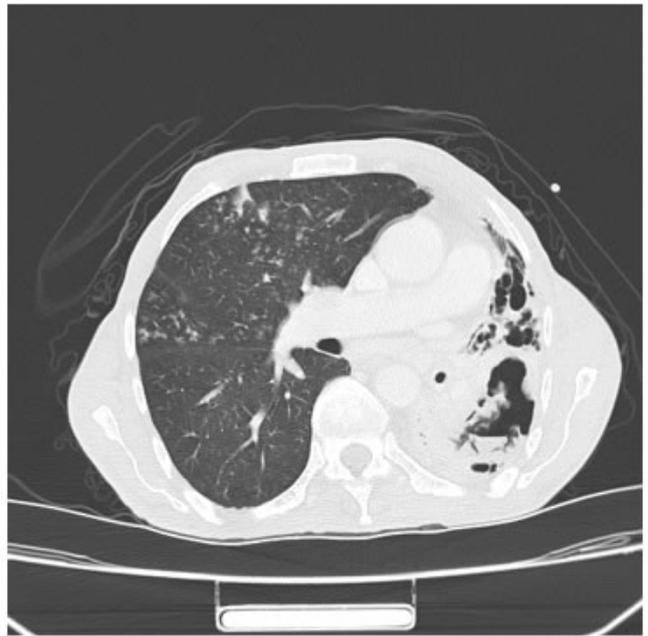
Se interpreta el cuadro clínico como Neumonía Semi-invasiva/subaguda en paciente con inmunidad baja.

Inicio tratamiento hospitalario con itraconazol, hierro endovenoso y complejo vitamínico con lo que continuo durante 3 meses en forma ambulatoria. Cumplido el periodo es reevaluado con imágenes radiográficas sin cambios, leve mejoría clínica decidiendo completar 6 meses de tratamiento.

Discusión: La Aspergilosis semiinvasiva es una enfermedad infrecuente que compromete fundamentalmente a pacientes con patología pulmonar preexistente. Las manifestaciones de la enfermedad, pueden ser variables y dependen en gran medida del huésped. Nuestro caso se trata de una presentación de neumonía subaguda por *aspergillus niger* en pacientes con inmunodepresión de baja intensidad.



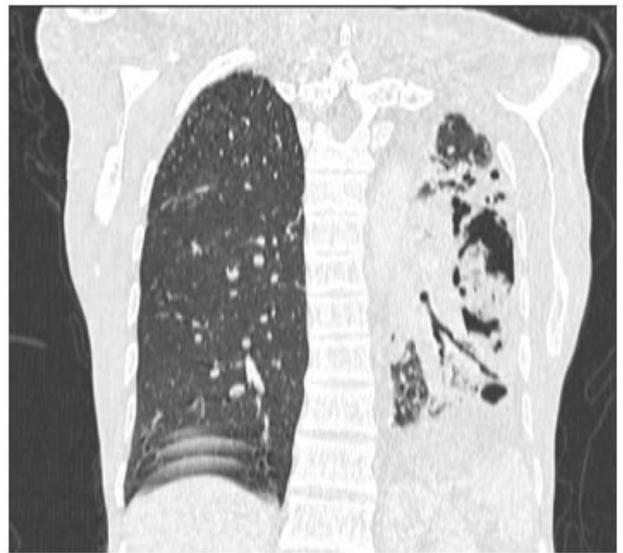
RX TORAX FRENTE



TC TORAX AXIAL (Ventana Parenquimatosa)



TC PULMONAR Sagital



TC PULMONAR Coronal

CR05 | PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: ASPERGILOSIS PULMONAR SUBAGUDA

Lamot L¹; Fiore C¹; Bettini J¹; Corsico M¹; Fuks V¹

¹Hospital Municipal

Motivo de consulta: Tos con expectoración purulenta en ocasiones sanguinolenta asociado a síndrome de repercusión general de 3 meses de evolución.

Antecedentes de interés: Tabaquismo. Desnutrición. Neumonía previa.

Examen físico: TA 98/60 ,FR 26, Tª 37.8, SAT 92% AA .Adelgazado, palidez cutáneo mucosa, hipoventilación con vibraciones aumentadas en hemitorax izquierdo.

Pruebas complementarias: Se solicitan hemocultivos y laboratorio donde se observa anemia, leucocitosis, hipokalemia, ascenso de transaminasas, hipoalbuminemia, alcalosis metabólica e hipoxemia leve .Se solicita serología de retrovirus negativa.

Se realiza Radiografía la cual evidencia compromiso de hemitorax izquierdo retraído con disminución de volumen, elevación diafragmática y desviación del mediastino y traquea. Múltiples imágenes en hemitorax izquierdo con patron alveolar, broncograma aéreo y presencia de cavidades con contenido heterogeneo (signo del halo).

TC tórax sin contraste evidenciado Árbol en brote y vidrio esmerilado en LSD. A nivel pulmonar izquierdo se observa disminucion de volumen, bronquiectasias saculares, cavitación de paredes gruesas con contenido heterogéneo que impresiona móvil , rodeado de patrón alveolar con broncograma aereo.

Diagnósticos diferenciales

-Infección pulmonar en paciente con posible inmunodepresión leve. Sospecha de lesiones preexistentes pulmonares. Etiología oportunista Tuberculosis/Micosis pulmonar: sospecha de Aspergilosis (Aspergiloma complicado-Neumonía crónica/subaguda)
-Tumor pulmonar.

Evolución y diagnóstico final:

El paciente luego de la valoración inicial en guardia es internado en clínica médica. Durante la internación se toma muestra de esputo, la cual fue negativa para BAAR y gérmenes comunes.

Se realizo fibrobroncoscopía observando árbol bronquial izquierdo con marcada retracción y distorsión bronquial, lesiones compatibles con fracturas de anillos bronquiales, antracosis, abundantes secreciones purulentas; se realizo

BAL y lavado bronquial de lóbulo inferior el cual se envió a anatomía patológica, bacteriología y dosaje de galactomanano.

Se recibió positivo el directo y cultivo del BAL para *Aspergillus Niger-Klebsella Pneumoniae-Enterobacter* y Galactomanano positivo.

Se interpreta el cuadro clínico como Neumonía Semi-invasiva/subaguda en paciente con inmunidad baja.

Inicio tratamiento hospitalario con itraconazol, hierro endovenoso y complejo vitamínico con lo que continuo durante 3 meses en forma ambulatoria. Cumplido el periodo es reevaluado con imágenes radiográficas sin cambios, leve mejoría clínica decidiendo completar 6 meses de tratamiento.

Discusión: La Aspergilosis semiinvasiva es una enfermedad infrecuente que compromete fundamentalmente a pacientes con patología pulmonar preexistente. Las manifestaciones de la enfermedad, pueden ser variables y dependen en gran medida del huésped. Nuestro caso se trata de una presentación de neumonía subaguda por *aspergillus niger* en pacientes con inmunodepresión de baja intensidad.

CR06 | VARIANTES DE PRESENTACIÓN CLÍNICA EN LA HIPERINSUFLACIÓN LOBAR CONGÉNITA. REPORTE DE 2 CASOS

Corbaz S¹; Quintás S¹; Lampón S¹; Palmisciano V¹; Bernadó E¹; Monaldi G¹; Mercuri E¹

¹HIEMI "Victorio Tetamanti"

Se presentan dos pacientes. El primero de ellos es un niño de 20 días de vida. RNT. Apgar vigoroso. Consulta por agitación y cianosis. Al ingreso se encuentra taquipneico, con tiraje universal. Hipoventilación en tercio superior y medio de hemicampo izquierdo. Saturación 98% aire ambiente. Se realiza radiografía de tórax: hiperinsuflación de lóbulo superior izquierdo y desviación cardiomediastínica hacia contralateral. Evaluación cardiológica normal. Tomografía de tórax con contraste: hiperinsuflación lóbulo superior izquierdo con leve desviación de línea media. Atelectasia parcial de lóbulo inferior izquierdo.

Se plantearon como diagnósticos diferenciales la hiperinsuflación lobar congénita, la estenosis bronquial de lóbulo superior izquierdo, y la malformación adenomatosa quística.

Se resolvió quirúrgicamente (lobectomía de lóbulo superior izquierdo) con diagnóstico por histología de hiperinsuflación lobar congénita. En actual seguimiento por Neumonología con buena evolución.

El segundo caso es un niño de 29 días, RNPT (36 semanas). Apgar vigoroso. TIR alterada (78). Consulta por tos y agitación. Al ingreso presenta dificultad obstructiva, taquipnea con tiraje generalizado. Auscultación pulmonar con rales subcrepitantes diseminados. Saturación 92% aire ambiente. Diagnóstico inicial de bronquiolitis. Por mala evolución clínica, al cuarto día requiere ARM. Se realiza radiografía de tórax: hiperinsuflación de lóbulo superior izquierdo con atelectasia basal ipsilateral y desplazamiento de mediastino. Se interconsulta a Neumonología; se plantea la hiperinsuflación lobar congénita.

Se solicita tomografía de tórax: hiperinsuflación e hiperexpansión de lóbulo superior izquierdo con atenuación de vasos pulmonares. Desviación hacia la derecha del mediastino. Atelectasia lóbulo inferior izquierdo.

Evaluación cardiológica normal.

Segunda TIR 18

Evolución y diagnóstico final: lobectomía superior izquierda, histología: hiperinsuflación lobar congénita. Seguimiento por Neumonología.

Discusión.

La hiperinsuflación lobar congénita se caracteriza por sobredistensión de los espacios aéreos de uno o más lóbulos o segmento pulmonar, con compresión y desplazamiento de las estructuras adyacentes. Su prevalencia es de 1:20000-30000. En el 36% se encuentra asociado a malformaciones cardíacas. La fisiopatología describe mayormente un defecto del cartílago bronquial. Localización más frecuente: (42%) lóbulo superior izquierdo. Si bien su presentación clínica es inespecífica, su imagen radiográfica requiere confirmación con tomografía con contraste. Los pacientes con compromiso hemodinámico tienen indicación quirúrgica; para aquellos asintomáticos se plantean conductas conservadoras.

El objetivo es recordar que esta patología forma parte de las malformaciones pulmonares, cuya incidencia es baja pero que debe ser pensada, sobre todo en neonatos y pequeños lactantes.

Bibliografía.

Linares, M. Malformaciones pulmonares: enfisema lobar congénito. *Neumol Pediatr* 2011; 6 (3), 138-142.

CR07 | NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO VERSUS TRAUMATICO A PROPOSITO DE UN CASO

Huanca T¹; Tamayo A¹

¹Hospital Eva Peron de Merlo

Motivo de consulta: Dificultad respiratoria

Antecedentes de interés: Asma en la infancia

Examen físico:

-Neurológico: lucido pupilas isocóricas fotoreactivas sin foco motor

Cardiovascular: hemodinámicamente estable

Respiratorio: tórax simétrico, taquipneico uso de músculos accesorios presencia de sibilancias en ambos campos pulmonares

Abdomen: blando, no doloroso, rha +

Extremidades: simétricas, no edema.

Pruebas complementarias: Tomografía computada de tórax-abdomen se evidencia neumotórax bilateral, neumomediastino, neumoperitoneo
Fibrobroncoscopia y se desplaza el tubo orotraqueal 2 cm.

Diagnósticos diferenciales:

Sdr. De boerhaave

Pericarditis

Barotrauma

Evolución y diagnóstico final: Paciente masculino de 16 años de edad acude a nuestro hospital por disnea clase funcional III-IV de una semana de evolución, se instaura tratamiento médico de urgencia se cataloga como crisis asmática severa la cual no resuelve, e intercorre con dolor torácico posterior a un acceso de tos evoluciona con mala mecánica ventilatoria, diaforesis y palidez se decide IOT-ARM. Se evidencia enfisema subcutáneo en cuello y región anterior de tórax se realiza tomografía computada de tórax-abdomen se evidencia neumotórax bilateral, neumomediastino, neumoperitoneo, evolución tórpida inicial del paciente con requerimiento de vasoactivos y colocación de tubos de avenamiento pleural bilateral. Se realiza fibrobroncoscopia y se desplaza el tubo orotraqueal 2 cm.. Se efectúa manejo hemodinámico y ventilatorio adecuado, se obtiene una evolución favorable del paciente con extubación del mismo.

Discusión:

El Neumomediastino Espontáneo es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de aire en el espacio mediastínico sin que exista una causa traumática y sobreviene luego de la ruptura de los alvéolos terminales, secundario a hiperinsuflación pulmonar

En conclusión el neumomediastino espontáneo es poco frecuente y la ventilación mecánica de inicio perjudicial pero necesaria para otorgarle soporte respiratorio

Bibliografía

Dres. Banki F, Estrera AL, Harrison RG, Mille CC III, Leake SS, Mitchell KG, Khalil K, Safi HJ, Kaiser LR Am J Surg 2013; 206(6): 1001-1006

Zachariah S, Gharahbaghian L, Perera P, Joshi N. Neumomediastino espontáneo en la ecografía de cabecera: reporte de un caso y revisión de la literatura. West J Emerg Med 2015; 16:

Ammar A Saadoon, MBChB, FRCPC, Ibrahim A Janahi, MD Neumomediastino espontáneo en niños y adolescentes

CR08 | CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL MAL CONTROLADO

Valdez Rivas Pm¹; Clivio L¹; Gatti A¹; Grandi Vega R¹; Pellegrino G¹; Quispe Romero R¹; Ritou I¹; Staniscia B¹

¹Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata.

Motivo de consulta: mujer de 54 años de edad consulta por progresión de disnea basal a CF II-III de 4 días de evolución, asociado a tos con expectoración mucosa y fiebre (38,5°), agregando compromiso del estado general.

Antecedentes de interés: tabaquismo (5 paquetes/año) y Asma con adherencia irregular al tratamiento con Fluticasona/Salmeterol.(250/ 25 mcg cada 12 hs).

Examen físico: regular estado general, lúcida, hemodinamicamente estable, afebril, taquipneica (FR 25 rpm), con estridor. Aparato respiratorio: aceptable mecánica ventilatoria, roncus y sibilancias difusos en ambos hemitórax y escasos rales crepitantes bibasales de predominio izquierdo. SatO₂: 91%.

Pruebas complementarias: laboratorio: Hto: 39%, Hb:13 g/dl, GB: 13.500/mm³. Gasometría arterial: pH: 7.46, PCO₂: 35, PO₂: 59,9, HCO₃: 25,6, SatO₂: 91%. Serología para VIH: positiva. VHC y VHB: negativas. TC de tórax. Espirometría.

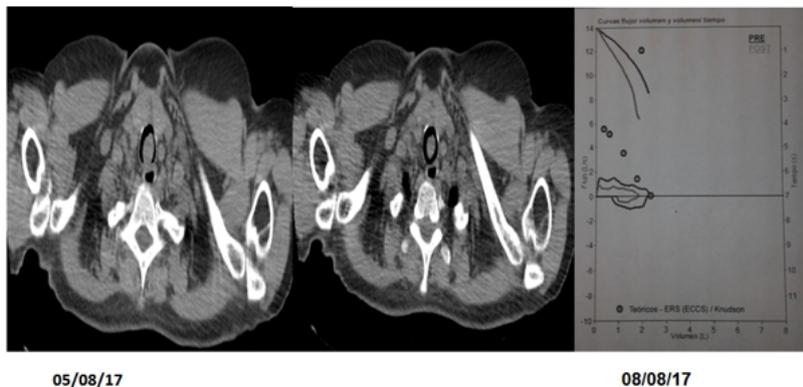
Cultivo de esputo para gérmenes comunes y BAAR negativos. Hemocultivos por dos negativos. Se realiza fibrobroncoscopia observando formación vegetante que ocluye el 90% de la luz. Se obtienen lavado bronquioalveolar y toma de biopsias.

Diagnósticos diferenciales al ingreso: asma mal controlado, crisis asmática, NAC, EPOC, tuberculosis de vía aérea, Sarcoma de Kaposi, obstrucción por cuerpo extraño, disfunción cordal, tumores de tráquea benignos (Papiloma traqueal) y malignos (Carcinoma escamoso, Carcinoma Adenoide Quístico).

Evolución: se inicia tratamiento con Ampicilina/Sulbactam asociado a corticoides sistémicos con escasa mejoría. Se repermabiliza parcialmente la obstrucción con broncoscopia rígida sin inconvenientes. Se realiza traqueoplastia tras recibir diagnóstico de Carcinoma Adenoide Quístico.

Diagnóstico final: Carcinoma Adenoide Quistico.

Conclusión: el diagnóstico diferencial entre Asma mal controlada y obstrucciones fijas de la vía aérea requiere un alto índice de sospecha. Frente al antecedente de falta de control del Asma en presencia de un tratamiento óptimo debemos recurrir a elementos semiológicos (estridor) y estudios complementarios como la espirometría (amputación de rama inspiratoria y espiratoria de curva flujo/volumen) y tomografía para posteriormente confirmar el diagnóstico por broncoscopia y priorizar el tratamiento quirúrgico por su buen pronóstico.



Bibliografía:

1. Grillo et al. Ann Thorac Surg 2015
2. Desai HM, Thakare R, Amonkar GP, Karkhanis V, Joshi JM. Carcinoma adenoide quístico de la tráquea. Indian J Pathol Microbiol 2015;58:516-8
3. El Marjany, M; Arsalane, A; Sifat, H; Andaloussi, K; Oukabli, M; Hadadi, K; Kabiri, E; Mansouri, H. Primary adenoid cystic carcinoma of the trachea: a report of two cases and literature review. The Pan African medical journal 2014; 19: 32.

CR09 | HIDATIDOSIS O TUBERCULOSIS: ENCUENTRE LAS DIFERENCIAS

Bernado E¹; Quintas S¹; Monaldi G¹; Palmisciano V¹; Lampon S¹; Mercuri E¹

¹Hiemi

La hidatidosis pulmonar es el resultado de la infección por la forma larvaria (hidátide) del cestodo *Equinococcus granulosus*. Clínicamente puede dar síntomas por compresión como tos, hemoptisis, pérdida de peso disnea; por infección como fiebre y dolor torácico, los cuales se solapan con los presentados en paciente con infección por *mycobacterium tuberculosis*. La forma neumónica de presentación radiográfica en la TBC es indistinguible de otras infecciones pulmonares.

Se presentan dos pacientes con epidemiología e imágenes radiológicas compatibles con tuberculosis.

Caso 1: Paciente de 14 años en tratamiento para TBC por clínica (fiebre, tos, expectoración hemoptoica), epidemiología, PPD 10 mm y radiografía de tórax. El diagnóstico se realizó 2 años previos a la consulta; abandono el tratamiento a los 2 meses de su inicio. Se realiza nueva radiografía de tórax y por imagen persistente y sin cambios, se plantean diagnósticos diferenciales. Se realiza PPD: 0 mm, TAC de tórax, RNM de tórax, serología para hidatidosis y eco abdomen. Con sospecha diagnóstica de hidatidosis pulmonar se indica albendazol y resolución quirúrgica de la lesión.

Caso 2: Paciente de 13 años que consulta por dolor torácico. Se solicita RX, TAC de tórax con imagen cavitada de paredes gruesas en lóbulo superior izquierdo comunicado a bronquio, imagen en árbol en brote. Surge al interrogar padre con TBC 2 años previos; catastro resultados normales. No recibe quimioprofilaxis. Se realiza BAL para cultivo. Inicia tratamiento para TBC pulmonar grave.

Discusión: En la Argentina la equinococosis está difundida en todo el territorio nacional, con incidencia de 6,2/100000 habitantes. La prevalencia es alta en niños menores de 15 años. En nuestro país se notifican anualmente más de 10.000 casos nuevos de TBC y entre el 15-20% corresponde a menores de 20 años. Las manifestaciones clínicas de la hidatidosis y tuberculosis se solapan, así como los hallazgos radiográficos en la hidatidosis sobreinfectada con la forma neumónica de la tuberculosis. Mantener una alta sospecha clínica en el seguimiento de estos pacientes, disponiendo de

métodos complementarios de estudios, son fundamentales para su diagnóstico.

Bibliografía.

1. LÓPEZ LOLI, CABALLERO MERCADO. Hallazgos radiológicos en veinte casos de hidatidosis pulmonar en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 2000-2002. *Paediatrica* 6(2) 2004.
2. Carlos Briones B.1, Carlos Salazar P. Quiste hidatídico pulmonar roto en un escolar de Calama. *Rev Chil Pediatr* 75 (3); 25. 4.
3. Rodolfo1, Carrión2, Freitas3, et al. Hidatidosis pulmonar. *Neumol Pediatr* 2013; 8 (1): 5-9.
4. Cerqueiro TUBERCULOSIS. CENTRO RESPIRATORIO Dr. Alberto R. Alvarez www.respiratoriohrg.com.ar
5. Quezada, Guarda. LAS FACETAS RADIOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. *Neumol Pediatr* 2015; 10 (4): 179 - 185

CR10 | HIDATIDOSIS PULMONAR

Gonzalez Biere N¹; Grottoli R¹; Bustamente I¹; Falistoco V¹; Wagner A¹

¹Hzemiad

La hidatidosis pulmonar es el resultado de la infección por la forma larvaria (hidátide) del cestodo *Equinococcus granulosus*.

Clínicamente puede dar síntomas por compresión como tos, hemoptisis, pérdida de peso disnea; por infección como fiebre y dolor torácico, los cuales se solapan con los presentados en paciente con infección por *Mycobacterium tuberculosis*.

La forma neumónica de presentación radiográfica en la TBC es indistinguible de otras infecciones pulmonares.

Se presentan dos pacientes con epidemiología e imágenes radiológicas compatibles con tuberculosis.

Caso 1: Paciente de 14 años en tratamiento para TBC por clínica (fiebre, tos, expectoración hemoptoica), epidemiología, PPD 10 mm y radiografía compatible con lesión pulmonar. El diagnóstico se realizó 2 años previos a la consulta en nuestro servicio; el paciente abandonó el tratamiento a los 2 meses de su inicio.

Se realiza nueva radiografía de tórax y por imagen persistente y sin cambios imagenológicos, se plantean diagnósticos diferenciales. Se realiza PPD: 0 mm, TAC de tórax, RNM de tórax, serología para hidatidosis y eco abdominal (normal).

Con sospecha diagnóstica de hidatidosis pulmonar se indica albendazol y resolución quirúrgica de la lesión. Resultado de anatomía patológica: quiste hidatídico. Continúa cumpliendo ciclos con albendazol y evolución favorable

Caso 2: Paciente de 13 años que consulta por dolor torácico de días de evolución sin otro síntoma acompañante. Se solicita radiografía de tórax. TAC de tórax con imagen cavitada de paredes gruesas en lóbulo superior izquierdo comunicado a bronquio, imagen en árbol en brote. Surge al interrogatorio dirigido padre con diagnóstico de TBC 2 años previos; se realizó catastro con PPD y radiografía de tórax normales. No recibe quimioprofilaxis 1ra.

Se realiza BAL para cultivo. Inicia tratamiento para TBC pulmonar grave, 4 drogas.

Discusión: En la Argentina la equinococosis está difundida en todo el territorio nacional, con incidencia de 6,2/100000 habitantes. La prevalencia es alta en niños menores de 15 años.

En nuestro país se notifican anualmente más de 10.000 casos nuevos de TBC y entre el 15-20% corresponde a menores de 20 años.

Las manifestaciones clínicas por compresión de la

hidatidosis, se solapan con los de la tuberculosis, así como los hallazgos radiográficos en la hidatidosis complicada por sobre infección de la lesión, con la forma neumónica de la tuberculosis.

Mantener una alta sospecha clínica para ambas patologías en el seguimiento de estos pacientes, disponiendo de métodos complementarios de estudios, son fundamentales para su diagnóstico.

Bibliografía.

1. NOEMÍ H., VIOVY A., ZAMORANO P, et al. Hidatidosis en la infancia: Albendazol en su tratamiento médico y quirúrgico. *Rev Chil Infect* 2003; 20 (4): 229-234. EXPERIENCIA CLÍNICA.
2. MORENO*, LÓPEZ LOLI, CABALLERO MERCADO. Hallazgos radiológicos en veinte casos de hidatidosis pulmonar en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 2000-2002. *Paediatrica* 6(2) 2004
3. Carlos Briones B.¹, Carlos Salazar P. Quiste hidatídico pulmonar roto en un escolar de Calama. *Rev Chil Pediatr* 75 (3); 254-258, 2004.
4. Rodolfo¹, Carrión², Freitas³, et al. Hidatidosis pulmonar. *Neumol Pediatr* 2013; 8(1): 5-9
5. Cerqueiro TUBERCULOSIS. CENTRO RESPIRATORIO Dr. Alberto R. Alvarez www.respiratoriohnr.com.ar
6. Quezada, Guarda. LAS FACETAS RADIOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. *Neumol Pediatr* 2015; 10(4): 179 - 185

CR11 | SÍNDROME DE MOUNIER KHUN A PROPÓSITO DE UN CASO

Herrero G¹; Mellino M¹; Peñafiel R¹; Franco P¹; Saad R¹; Trinidad M¹; Morales R¹

¹Higa Pte Peron

El síndrome de Mounier Kuhn o traqueobronqueomegalia, condición clínica radiológica rara que afecta entre 1-4.5% de la población a predominio en hombres (8:1) entre 20-50 años. Se caracteriza por dilatación anómala y difusa de la tráquea y bronquios principales, debido a la pérdida o atrofia de las fibras elásticas y musculo liso, acompañado generalmente de bronquiectasias e infecciones recurrentes del tracto respiratorio inferior. De etiología desconocida, pudiéndose presentar en asociación a diferentes patologías del tejido conectivo.

El diagnóstico es con TAC de tórax, que exige la presencia de un diámetro traqueal transversal superior a 3cm junto con un diámetro bronquial derecho de 2,4cm e izquierdo de 2,3cm. De presentación clínica variable desde pacientes asintomáticos hasta manifestaciones clínicas de procesos infecciosos como bronquiectasias sobreinfectadas y neumonía. Se presenta el caso de un masculino joven, detectándose la anomalía en contexto de estudio por neumonía a repetición.

CASO CLINICO. Masculino de 52 años con antecedentes de asma, diagnosticado hace 2 años en tratamiento con IC+LABA, sobrepeso. No tabaquista. Derivado por médico de cabecera por presentar episodios reiterados de neumonías. Acude con Rx de tórax frente donde se evidencia radiopacidad de tipo consolidativa en base izquierda e imágenes compatibles con signos indirectos de bronquiectasias.

TC de tórax sin contraste donde se evidencia: traqueobronquiomegalia con bronquiectasias bilaterales, varicosas. Predominan en sector medio y en ambas bases. Imágenes quísticas aisladas de contenido aéreo. Divertículo traqueal con contenido aéreo en sector posterosuperior a la derecha de línea media.

Examen físico paciente eupneico con buena mecánica ventilatoria, expansión de vértices y bases simétricas sin ruidos asociados, buena entrada de aire bilateral. Sin hipocratismo digital. Saturación o2 96 % (0.21).

Se solicita funcional respiratorio y bacteriología de esputo seriada. EFR: VEF1/CVF 72,1; VEF1 2.97 LT 86% valor teórico; CVF 4.12 LT 96% valor teórico. Espirometría dentro de valores normales sin respuesta a B2. Bacteriología y baciloscopia negativa.

CONCLUSIÓN: Se presenta el caso de un masculino, no tabaquista, con diagnóstico de asma bronquial, con tratamiento durante dos años. Los reiterados episodios de neumonías llevan a su estudio exhaustivo, mediante una TC tórax se observa traqueobronquiomegalia, definiendo así al Sme de Mounier Kuhn. Patología estructural de la vía aérea, rara pero debe ser sospechada por los especialistas entre los diagnósticos diferenciales ante síntomas respiratorios poco específicos e infecciones respiratorias recurrentes. Si bien no hay tratamiento específico, fisiokinesioterapia e inmunización pueden ayudar a prevenir futuras complicaciones por lo que es fundamental su diagnóstico precoz, evaluando el parénquima pulmonar y vía aérea central. El tratamiento quirúrgico se contempla, en traqueo malasia severa se puede beneficiar con VNI

CR12 | EMBOLIA PULMONAR SEPTICA EN ADOLESCENTE SANO

Palmisciano V¹; Bernado E¹; Lampon S¹; Monaldi G¹; Santiago Q¹

¹Hiemi

1-MOTIVO DE CONSULTA: ADOLESCENTE DE 13 AÑOS, DERIVADO DE HOSPITAL DE ORIGEN POR CUADRO DE REPERCUSION GENERAL, ASOCIADO A CELULITIS PRESEPTAL Y LESIONES PULMONARES DIFUSAS

2-ANTECEDENTES DE INTERES: PACIENTE SANO PREVIAMENTE, QUE PRESENTA DOLOR LUMBAR DERECHO, TOS PRODUCTIVA, LESION INDURADA OCULAR, SE DECIDE SU INTERNACION Y SE MEDICA CON ANTIBIOTICOTERAPIA, CON COBERTURA PARA GERMENES DE PIEL.

3-EXAMEN FISICO: EUTROFICO, REGULAR A BUEN ESTADO GENERAL, ADELGAZAMIENTO (8% DEL PESO), TA 110/70, SAT 96%, SECRECION HEMATICA EN LESION INDURADA OCULAR. CARDIOVASCULAR NORMAL. TOS CON ESPECTORACION. HIPOVENTILACION BASAL DERECHA, CON ESCASOS RALES DIFUSOS

4-PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

LABORATORIO. HEMOGRAMA Y PERFIL INMUNOLOGICO Y REUMATOLOGICOS NORMALES. VES 90MM. PCR 124. RADIOGRAFIA DE TORAX, ECOGRAFIA PLEURAL CON DERRAME PLEURAL DERECHO Y TAC TORAX, QUE EVIDENCIA NODULOS BILATERALES DE DIFERENTES TAMAÑOS Y DISTINTOS GRADOS DE CAVITACIONES. PPD NEGATIVA. ECOCARDIOGRAMA NORMAL (SIN VEGETACIONES)

5-DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES: SE PRIORIZAN LAS LESIONES NODULARES PULMONARES Y SE ESTABLECEN CAUSAS INFECCIOSAS Y NO INFECCIOSAS, DE LAS CUALES SE DESCARTAN LAS TUMORALES.

6-EVOLUCION Y DIAGNOSTICO FINAL: SE AJUSTA LA DOSIS TERAPEUTICA DE CLINDAMICINA A 40 MGKDIA Y SE AGREGA CEFTRIAXONA A 80 MGKDIA, LOGRANDOSE MEJORIA CLINICA E IMAGENOLOGICA, CON RESOLUCION COMPLETA TOMOGRAFICA A LOS 3 MESES. CULTIVOS NEGATIVOS.

7-DISCUSSION: EL HALLAZGO DE LESIONES NODULARES PULMONARES EN PACIENTES CON UN FOCO INFECCIOSO MUCOCUTANEO, CORRESPONDE A EMBOLIA PULMONAR SEPTICA. LA EMBOLIA PULMONAR EN PEDIATRIA ES CONSIDERADA UNA ENFERMEDAD GRAVE, QUE REQUIERE UN ALTO GRADO DE SOSPECHA DIAGNOSTICA Y QUE, DADA LA VARIEDAD DE CONDICIONES CLINICAS POSIBLES, SE DEBE OPTIMIZAR EL ALGORITMO DIAGNOSTICO, A FIN DE IMPLEMENTAR LA TERAPEUTICA CORRESPONDIENTE A LA BREVEDAD

8-BIBLIOGRAFIA

- COOK RJ, ASHTON RW, AUGHENBAUGH GL, RYU JH. SEPTIC PULMONARY EMBOLISM: PRESENTING FEATURES AND CLINICAL COURSE OF 14 PATIENTS. CHEST 2005; 128: 162-6.

CR13 | ADENOCARCINOMA DE PULMÓN EN UN PACIENTE JOVEN, UN GRAN SIMULADOR.

Karlen H¹; Tau A¹; Leonardi I¹; Ruiz J¹

¹Hospital Municipal Emilio Ferreyra

Introducción:

El adenocarcinoma (ADC) primario de pulmón es poco frecuente en menores de 40 años, habitualmente cuando se diagnostica es en etapas avanzadas. El aumento en la prevalencia en mujeres y no fumadores, representan un desafío diagnóstico.

Caso clínico:

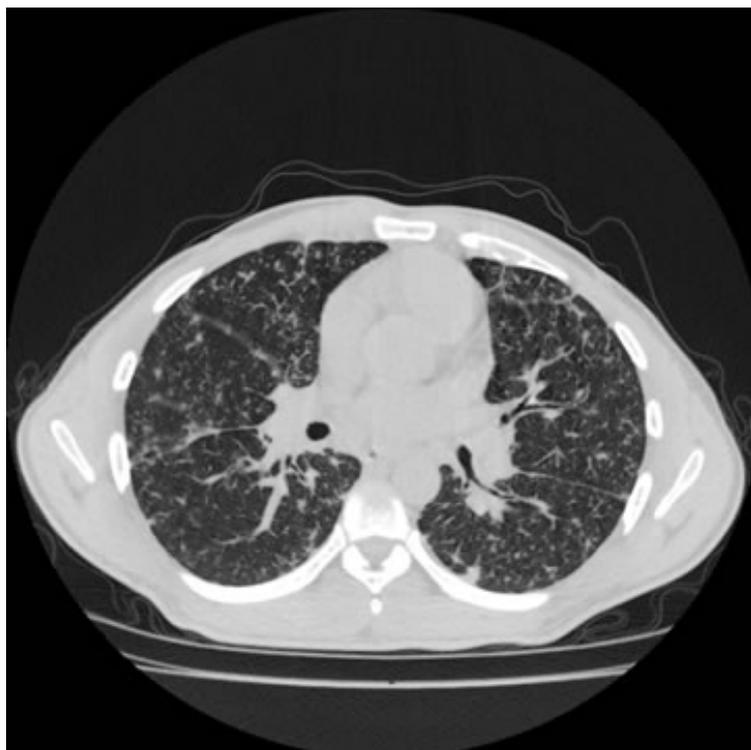
Paciente varón de 31 años, no tabaquista y sin antecedentes patológicos. Empleado metalúrgico. Refiere disnea MRC III, tos seca y fiebre de un mes de evolución. Sin cuadros similares anteriores. Realizó tratamiento con antibióticos. En el examen físico rales crepitantes bilaterales, taquipnea, Sat. O₂ 92%. En el laboratorio: leucocitos 8.300/mm³, ERS 37 mm, VIH negativo. Esputo negativo para gérmenes comunes y BAAR. La TC de tórax evidencia opacidades nodulillares bilaterales, con compromiso de cisuras y engrosamiento de septos. Asociadas a nódulos de mayor tamaño difusos, predominio basal. Adenomegalias infracarinales. Se realizó fibrobroncoscopia. La biopsia transbronquial evidenció infiltración por ADC predominantemente lepidico, no mucinoso. Evolucionó con progresión de la disnea, requerimiento de AVM. Falleció a las 72 hs.

Discusión:

La forma difusa del ADC tiene su origen en la diseminación endobronquial, hematogena o ambas. Opacidades en vidrio esmerilado, nódulos, consolidación, quistes de distribución periférica y basal, también la caracterizan. En ausencia de historial de tabaquismo, estos patrones radiográficos pueden diagnosticarse inicialmente como un proceso infeccioso o inflamatoria, retrasando el diagnóstico de malignidad. En el grupo de Tanaka y col. sólo el 4,6% eran pacientes jóvenes, con una media de 36 años. Diferentes series, han demostrado mayor presencia de mutaciones en oncogenes (ALK, EGFR, etc), y peor pronóstico, comparado con la población mayor de 40 años.

Conclusión:

La presentación inespecífica del adenocarcinoma de pulmón, que puede simular una infección o la enfermedad pulmonar intersticial, resaltan la importancia de tener al adenocarcinoma de pulmón como parte del diagnóstico diferencial. El estudio de mutaciones genéticas permite, de ser posible, la terapia individualizada.



CR14 | NEUMONÍA LIPOIDEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Peñafiel R¹; Morales R¹; Trinidad M¹; Saad R¹; Franco P¹; Herrero G¹; Mellino M¹

¹HIGA Presidente Peron Avellaneda

Objetivo: Presentar un caso de neumonía lipoidea, características y factores de riesgo.

Masculino 86 años, en seguimiento por médico clínico que deriva a consulta de neumonología por pérdida de peso crónico +/- 5kg de 2 meses evolución e imágenes patológicas en TAC de tórax.

Antecedentes: ex tabaquista 16 P/y, HTA, FA crónica ACO, Ca de esófago con esofagectomía total transhiatal, constipación con alimentación conservada, uso intermitente de vaselina.

Examen físico: MV conservado, sin ruidos agregados, Sat O2 97% - Lab: GB 4,500/ HB 11,1gr/l HTO 33%/ VSG 58mm/ glucosa 110mg/ urea 58/ creatinina 0,74. HIV negativo

TAC de tórax: engrosamiento pleural biapical, tractos intersticiales y granulomas calcificados en ambos lóbulos superiores de predominio der., áreas parcheadas en vidrio esmerilado en lóbulos inferiores, y en segmento posterior de lóbulo superior derecho, además de áreas de mayor densidad en vidrio esmerilado en segmento apical del LII (Imagen 1)

Diagnósticos diferenciales: Neumonía organizativa, neumonía eosinofílica, Pneumocistosis jiroveci, neumonía lipoidea.

Evolución: se realiza BAL evidenciándose AB der. e izq. sin alteraciones, BAL en segmento apical de LID, encontrándose abundantes macrófagos 81% espumosos. Ziehl neelsen negativo. Ante la evidencia del uso de vaselina intermitente, por constipación se llega al diagnóstico de neumonía lipoidea.

Discusión: La neumonía lipoidea es la consecuencia de la acumulación de lípidos ya sea de origen exógeno o endógeno en el tejido pulmonar. Comúnmente se asocia al uso de laxantes o de vaselina para evitar la constipación intestinal. Nos enfrentamos a un paciente asintomático respiratorio con hallazgo en Rx de imágenes compatibles con infiltrados alveolares bilaterales y luego en TAC de tórax de vidrio esmerilado (compromiso alveolar)

bilateral. Se realiza BAL donde se descarta compromisos infeccioso pero se encuentran macrófagos espumosos, asociado al uso habitual de vaselina, lo que sugiere neumonía lipoidea. La clínica puede ser muy inespecífica dependiendo del grado de exposición, pudiendo tener fiebre, tos, disnea por compromiso broncoalveolar. El tratamiento es sintomático y se basa en discontinuar el uso de las sustancias con alto compromiso lipídico.

Bibliografía:

1. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2016, Vol 13, N° 1. ISSN 0718-0918.
2. Marchiori E, Zanetti G, Mauro Mano C., Hochegger B. Review Elsevier Exogenous lipid pneumonia. Clinical and radiological manifestations. Fluminense Federal University, Río de Janeiro, Brazil. Elsevier. Available online 2010.
3. Laurent F, Philippe JC, Vergier B, et al. Exogenous lipid pneumonia: HRCT, MR, and pathologic findings. Eur Radiol 1999;9:1190e6.
4. Soloaga E, Beltramo M, Veltri M, Ubaldini J y Chertcoff F. Insuficiencia respiratoria aguda por neumonía lipoidea. Medicina 2000; 60: 602-4. cas permite, de ser posible, la terapia individualizada.

CR15 | PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA BENIGNA DE LA VÍA AÉREA CENTRAL

Sulprizio J¹; Scarinci M¹; Bracco R¹; Cosme F¹; Visentini D¹; Simon L¹

¹Hospital Cetrángolo de Vicente López

1. Motivo de consulta:

Tos persistente y disnea.

2. Antecedentes:

Masculino 73 años, obeso, hipertenso, diabético tipo 2, dislipémico.

3. Examen físico:

sin particularidades.

4. Pruebas complementarias:

Laboratorio y perfil inmunológico normal. CVF/FEV1 78%, FEV1 108% 2.38 L, CVF 110% 3.02 L, curva flujo volumen normal. TC dinámica: colapso sectorial de tráquea de 20 x 7 mm en su diámetro menor con extensión cefalocaudal de 25 mm. Fibrobroncoscopia: a nivel del 1° e implicando tres anillos traqueales, marcada traqueomalacia que reduce la luz en 60%. Polisomnografía: SAHOS severo.

5. Diagnósticos diferenciales:

Traqueobroncomalacia idiopática o secundaria

6. Evolución y diagnóstico final:

Traqueobroncomalacia idiopática leve. Se colocó stent traqueal y se inició CPAP

7. Discusión:

La traqueobroncomalacia implica la debilidad de la pared y del soporte cartilaginoso de la vía aérea, causada por una alteración en la proporción de cartilago y tejidos blandos. El colapso dinámico excesivo de la vía aérea es el

estrechamiento de la vía aérea causado por la invaginación dinámica de la membrana posterior, generada por atrofia y disminución del número de fibras elásticas longitudinales. Las causas son mecánica, inflamación crónica de la vía aérea y congénita. Puede cursar asintomática, y otras veces con síntomas que se confunden con asma y EPOC, tales como tos crónica, disnea, ortopnea, dificultad para expectorar secreciones, estridor, sibilancias. Los métodos de diagnóstico son Espirometría con curva flujo/volumen, Tomografía Computarizada dinámica, Fibrobroncoscopia dinámica. El tratamiento se basa en el control de los síntomas de las enfermedades de base, ventilación no invasiva con presión positiva en la vía aérea, stent traqueal y cirugía. Las opciones de tratamiento quirúrgico incluyen: traqueostomía (según localización de la malacia), resección traqueal con anastomosis termino-terminal, y traqueobroncoplastia. Es una enfermedad subdiagnosticada debido a sus síntomas inespecíficos, que a pesar de ser benigna, puede causar morbilidad progresiva y falla respiratoria. No hay guías definidas para su tratamiento por lo que identificar que alternativa de intervención beneficiará a cada paciente resulta un desafío.

8. Bibliografía:

1. Traqueobroncomalacia, Archivos de Bronconeumología (2009),
2. Current concepts in severe adult tracheobronchomalacia: evaluation and treatment, Journal of Thoracic Disease (2017),
3. Tracheobronchoplasty for severe Tracheobronchomalacia, CHEST (2008).



CR16 | TUBERCULOSIS MILIAR CON COMPROMISO DEL SNC

Villa R
OSPLAD

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) miliar es una forma particular de TBC que se produce por diseminación hematológica, siendo las formas más frecuentes las formas subagudas o las formas crónicas. La producción de reinfección es la constante en las áreas endémicas. La forma de presentación es un cuadro febril sin foco aparente acompañado con la disfunción de algún órgano al momento de la consulta. El compromiso pulmonar se da aproximadamente en la mitad de los casos, siendo en las formas extrapulmonares el compromiso cutáneo, cardiovascular, gastrointestinal, ocular, adrenal y del sistema nervioso central (SNC) las más frecuentes. El SNC se encuentra afectado en < del 1 % de los casos. Se puede presentar como un tuberculoma cerebral, aracnoiditis o meningitis luego de la diseminación hematológica. Se presenta el caso de una TBC miliar con tuberculoma cerebral en paciente no inmunodeprimido que tuvo adecuada respuesta al tratamiento.

CASO CLINICO

Varón de 65 años, profesor de matemática, que consulta por fiebre de un mes de evolución acompañada de pérdida de 10 Kg. de peso, internado por retención aguda de orina (RAO) y fiebre, presentando disminución del estado de alerta. Se constata globo vesical y la presencia de adenopatías inguinales bilaterales. En la Rx. presencia de infiltrado nodulillar en ambos campos pulmonares. En TC de tórax infiltrado nodulillar bilateral y presencia de adenopatías retrocavo pretraqueales, en TC de cerebro múltiples nódulos focales que realzan con contraste a nivel talámico, insular izquierda, lóbulo parietal izquierdo, occipital bilateral cortico subcortical, bulbo y protuberancia.

LABORATORIO

Anemia microcítica hipocrómica. HIV no reactivo. Dosaje de CD4 y de inmunoglobulinas normales. Se realizó punción lumbar, presión de apertura 30 cm H₂O, 70 cel mononucleares, cloro normal, proteínas 900 mg/dl. Tinta china (-) Ziehl Nelssen (+) para BAAR. Se realiza exéresis de ganglios inguinales con Ziehl Nelssen (+) para BAAR. Inicio 4 drogas y corticoides. Recuperación del sensorio dentro de las 24 hs. En TC a los 21 días disminución > al 50

% de las imágenes cerebrales con prácticamente desaparición de algunas. En RMN a los 3 meses pequeñas imágenes secuelas isquémicas.

DISCUSIÓN

Los estudios de imágenes pueden orientar al diagnóstico pero de ninguna manera resultan patognomónicos. Se encuentran descritas como más frecuentes las imágenes en el lóbulo parietal o frontal, únicas o múltiples que realzan con contraste. La confirmación bacteriológica o la biopsia estereotáxica confirman el diagnóstico, aunque la presencia de BAAR es infrecuente, en < del 10 % de los casos. La TBC miliar con compromiso extrapulmonar es una entidad infrecuente en pacientes inmunocompetentes, obligando a investigar causas de inmunodepresión celular y humoral. El tratamiento antifímico asociado a corticoides disminuye la mortalidad y la morbilidad, sobre todo la paquimeningitis.4.cas permite, de ser posible, la terapia individualizada.

NC01 | CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS

Alvarez M¹; Carbone M¹; Avalo N¹; Maldonado M¹; Kassabian S¹

¹Hospital Evita de Lanus

INTRODUCCION. El abandono del tratamiento de la tbc es uno de los factores más importantes que disminuyen la eficiencia de la terapia, asociándose a fracasos, aumento de la mortalidad y desarrollo de resistencia bacteriana y período de contagiosidad más prolongado.

OBJETIVO. Determinar las causas de abandono en la Sala de Neumonología del HIGA Evita de Lanús, para posteriormente crear estrategias para solucionarlas.

MATERIAL Y METODO. Se analizaron las HC de los pacientes que habían abandonado el tratamiento entre el período enero 2017 a Diciembre 2018. En nuestra Sala el tratamiento de tuberculosis utiliza la estrategia de autoadministrado, siendo citado el paciente cada 15 días en el período de desbacilización y mensual en el de consolidación. Se separa la HC a la semana de no cumplimiento de la fecha y si tiene teléfono se lo llama para preguntar la causa de la no venida, de no contar con dicho dato se lo cita por telegrama. De estos datos recabados por las llamadas telefónicas hechas a los pacientes, y de los que re iniciaron se obtienen los siguientes resultados.

RESULTADOS. Del total de 60 pacientes que abandonaron el tratamiento en el período 2017 a 2018 se llamó por teléfono a todos. No contestaron 25 pacientes (41.6%). Contestaron 22 (36.6%), y estos últimos dieron como causa de abandono: Motivos económicos: 6 (27.7%) Intolerancia: 4 (18.8%) Consumo de sustancias: 4 (18.8%) Pasan a otra institución para continuar tratamiento: 3

(13.6%) Fuga del hogar: 2 (9%) Mudanza: 2 (9%) Fallecimiento: 1 paciente (4.5%). No respondieron a la encuesta por no tener comunicación telefónica o líneas no actualizadas.

De los que reiniciaron tratamiento, 13 pacientes (21.6% del total) que constituyen la fuente más importante debido a que la información es brindada por los mismos en la consulta, mencionaron como causas de abandono: Intolerancia:3 pacientes (23.07%) Consumo de sustancias: 3 (23.07%) Cambio de domicilio: 2 (15.38%) Problemas económicos: 2 (15.38%) Situación de calle: 2 (15.38%) Ausencia de contención familiar: 1 (7.72%)

DISCUSION. Dentro de sus causas se observan diferentes factores relacionados con el paciente, económicos, con los efectos adversos producidos por los fármacos y con el sistema de salud. También, se desprende de las respuestas en algunos pacientes, que no han comprendido claramente que el abandono da lugar a complicaciones, a resistencia, que aumentan riesgo de contagio, es decir falta de conciencia de enfermedad. Entonces, frente a esta realidad, ¿qué podemos hacer? Es muy importante el rol que cumple la educación del paciente para lograr adhesión al tratamiento. Y no nos olvidemos

de la contención social ya que la mayoría de nuestros pacientes viven bajo la línea de pobreza.

BIBLIOGRAFIA Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. 2008.

Pacientes que Reiniciaron Tratamiento, motivos de abandono



NC02 | MALFORMACIONES DEL DESARROLLO PULMONAR: NO TODO ES MAQ Y SECUESTRO

Lampon S¹; Bernado E¹; Monaldi G¹; Palmisciano V¹; Quintas S¹

¹Hlemi Mar del Plata

Objetivo: Evaluar las formas de presentación clínica y las diferencias imagenológicas de agenesia, aplasia e hipoplasia pulmonar y considerar las malformaciones pulmonares como diagnóstico diferencial ante la presencia de hemitórax opaco

Las malformaciones pulmonares congénitas son un grupo heterogéneo de alteraciones en el desarrollo pulmonar que afectan el parénquima, la circulación y el drenaje venoso. Su frecuencia se estima entre 30-40/10000 hab. El tipo de lesión depende de la edad gestacional y el nivel del árbol traqueobronquial alcanzado durante la embriogénesis al momento del trastorno.

Las agenesias, la aplasia e hipoplasia abarcan el 6% de las malformaciones congénitas pulmonares.

La diferencia entre estas radica en la ausencia total del brote pulmonar sin desarrollo circulatorio en la agenesia, la presencia de un brote pulmonar residual en la aplasia y el desarrollo de escaso parénquima pulmonar y circulatorio en la hipoplasia pulmonar.

Se presentan 3 casos clínicos de estas malformaciones

Caso 1) NT/PAEG sin complicaciones; fascie peculiar pabellón con implantación baja, oído izquierdo imperforado. A los 4 meses en contexto cuadro viral se realiza Rx tórax: velamiento de hemitórax izquierdo con herniación pulmonar derecha compensador. Ecocardiograma no visualiza rama pulmonar izquierda. Se realiza TAC tórax: Agenesia pulmonar izquierda con ausencia de arteria pulmonar izquierda. Se IC con genética realizando diagnóstico de Sme. de Golden Hare

Caso 2) NT/PAEG Deprimido grave Apgar 3/5 reanimación y requerimiento de ARM por 2 días, al EF: hipoventilación pulmonar izquierdo. Rx tórax: velamiento de hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico homolateral. TAC de tórax: Ausencia pulmonar izquierda con desplazamiento mediastínico ipsilateral y neumatocele derecho compensador. Ausencia de arteria pulmonar izquierdo. Bronquio fuente izquierdo rudimentario con fondo de saco. Diagnóstico: Aplasia pulmonar

Caso 3) NT/PAEG, a los 2 años consulta a OTRL por

laringitis recurrente. Rx tórax: disminución volumétrica pulmón derecho. Al interrogatorio por antecedente de episodio asfíctico, se sospecha ingesta cuerpo extraño y se interna para FBC: solo se observa signos de RGE sin visualización de CE. TAC tórax con cte EV disminución volumétrica de pulmón derecho con agenesia RPD y circulación colateral compensatoria. Gammagrafía hipocaptación basal derecha y disminución volumétrica. Diagnóstico: Hipoplasia pulmonar/interrupción proximal de la arteria pulmonar

CONCLUSION: Las MPC deben ser consideradas como diagnóstico diferencial ante la presencia de un hemitórax opaco y clínica del paciente.

Las agenesias, aplasias e hipoplasias pulmonares, a pesar de ser poco frecuentes y de ser anomalías que se presentan en las primeras etapas de la embriogénesis, pueden presentarse como hallazgos clínicos en etapas posteriores.

Cabe así recalcar la importancia del diagnóstico prenatal por ecografía tridimensional y RMN para realizar un adecuado seguimiento del paciente

NC03 | HEMORRAGIA ALVEOLAR POR ESTREPTOQUINASA

Galeano F

Hospital Saturnino E. Unzue 25 De Mayo

Motivo de Consulta: Paciente que ingresa a nuestra unidad por dolor precordial típico, acompañado de sudoración, de 2 horas de evolución

Antecedentes: Paciente fumador de 40 cigarrillos/día

Examen Físico: Lúcido, con dolor precordial típico, sudoración, hipoventilación generalizada.

Pruebas Complementarias: Electrocardiograma, enzimas cardíacas, troponina, rx tórax, gasometría arterial, laboratorio general.

Evolución: Se realiza tratamiento trombolítico, con streptoquinasa 1.500.000 u endovenosas, cumpliendo criterios clínicos, humorales y electrocardiográficos de reperfusión, con buena tolerancia durante su administración. A las 24 hs comienza con hemoptisis entre leve y moderada, sin descompensación hemodinámica, pero sostenida, con caída del hematocrito.

Diagnósticos Diferenciales: Neoplasia, tbc, bronquiectasia, hemorragia alveolar por streptoquinasa

Se realizan: Rx de tórax, tac de tórax, DLCO

La TAC de tórax demuestra infiltrados algodonosos bilaterales, extensos, y la DLCO con difusión aumentada siendo esto diagnostico en el caso que nos ocupa. El paciente evoluciona favorablemente con disminución paulatina de la hemoptisis siendo externado de la unidad al 8 día del ingreso, 7 días de comenzada la hemoptisis

Discusión: La hemoptisis reconoce en un 29% de los casos, su origen en neoplasias, un 6% por tuberculosis, un 23% por bronquiectasias y finalmente un 22% otras causas, muchas veces no identificables.

La hemorragia alveolar y hemoptisis por streptoquinasa, es una situación poco frecuente, En el trabajo publicado por Chang et al. se realizó una revisión retrospectiva de un período de 5 años, de 2634 pacientes que presentaron IAM y recibieron terapia con trombolíticos dentro de las primeras seis horas, con el objetivo de determinar la incidencia de hemoptisis en la población estudiada. Se incluyó el tipo, dosis, inicio del tratamiento con trombolíticos, duración y gravedad de la hemoptisis y su correlación con los hallazgos broncoscópicos. Sólo 11 pacientes (0.4%) desarrollaron hemoptisis.

Dada la baja tasa de incidencia de esta complicación en los pacientes trombolizados, sumado a la importancia de la DLCO como estudio no invasivo y determinante para certificar el diagnostico, es para tener en cuenta en aquellas unidades de cuidados intensivos y/o coronarias donde es habitual el uso de trombolíticos.



NC04 | SERIE DE CASOS: HIDATIDOSIS PULMONAR PRIMARIA

Quispe Romero R¹; Curro Mf¹; Lardizabal A¹; Pellegrino G¹; Staniscia B¹; Valdez M¹

¹Hospital Interzonal Especializado De Agudos Y Cronicos "San Juan de Dios" de la Plata.

Introducción: La hidatidosis se define como una zoonosis, de gran extensión mundial, que afecta frecuentemente a adultos jóvenes, endémica en América del Sur, en relación estrecha con animales de granja y estructura sanitaria deficiente. Es una patología ocasionada por *Echinococcus Granulosus*, con predominio de afectación en hígado, siendo menos frecuente en pulmón.

Se exponen 4 casos de Hidatidosis Pulmonar Primaria diagnosticados entre 01/11/2017 y 31/10/2018 en nuestro hospital. Se considero diagnostico la presencia de uno o mas quistes pulmonares, HAI > 1/8, y ecografía abdominal normal.

Caso 1: Masculino de 23 años, acude por dolor dorsal izquierdo de meses de evolución que fue aumentando en intensidad, accesos de tos seca. Quintero. Examen físico murmullo vesicular disminuido en 1/3 medio de campo pulmonar izquierdo. Se realiza Rx tórax, TC tórax, ecografía abdominal, serologías HIV, VHB, VHC, y serología para hidatidosis HAI reactivo 1/8192. Se indica tratamiento con albendazol y posteriormente se realiza Quistectomía en lóbulo superior izquierdo, por presentar evolución favorable se indica alta hospitalaria.

Caso 2: Masculino de 48 años, acude por tos con expectoración purulenta, sudoración nocturna y pérdida de peso. Quintero. Al examen físico se auscultan rales crepitantes en base derecha. Se realiza Rx tórax, TC tórax, ecografía abdominal, serologías HIV, VHB, VHC y para hidatidosis por HAI reactivo 1/128, escólex en observación directa de esputo. Se indica albendazol por 3

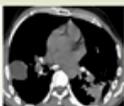
meses, paciente rechaza tratamiento quirúrgico.

Caso 3: Masculino de 61 años, consulta por dolor torácico de meses de evolución asociado a tos con expectoración hemoptoica y pérdida de peso. Quintero. Examen físico hipoventilación base de hemitórax derecho. Se realiza Rx tórax, TC tórax, ecografía abdominal y serologías HIV, VHB, VHC y para hidatidosis por HAI reactivo 1/64. Se indica albendazol y consulta con cirugía de tórax en 30 días, seguimiento por consultorio externo. Paciente no acude a control.

Caso 4: Masculino de 18 años, consulta por hemoptisis de meses de evolución, asociado a dolor progresivo en hemitórax derecho. Albañil. Examen físico regular estado general, hipoventilación en base pulmonar derecha. Se realiza Rx tórax, TC tórax, fibrobroncoscopia en la que se evidencia sangrado activo en lóbulo inferior derecho. Servicio de Cirugía de tórax realiza lobectomía inferior derecha de urgencia. Se solicita serología para hidatidosis por HAI reactivo 1/4096. Se indica albendazol y seguimiento.

Discusión: imagen.

Conclusión: El diagnóstico de pacientes con hidatidosis pulmonar se realiza luego de años de la infección. Aproximadamente la mitad de los pacientes llegan a la consulta con una sobreinfección pulmonar. Actualmente el tratamiento quirúrgico es la principal herramienta terapéutica y tiene como objetivo erradicar el parásito y tratar las lesiones pulmonares.

CASO	1	2	3	4
Edad	23	48	61	18
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Ocupación	Quintero	Quintero	Quintero	Albañil
Antecedentes Epidemiológicos	Cría de animales de granja	Cría de animales de granja	Cría de animales de granja	Cría de animales de granja
Antecedentes Patológicos	No	HTA	DBT 2	No
Número de quistes hidatídicos	2	1	1	2
Tratamiento quirúrgico	Si	no	no	si
TC Tórax				

NC05 | EVOLUCION TORPIDA DE LA NAC POR NEUMOCOCO (FOM)-AKIN III Y DIALISIS PRECOZ A PROPÓSITO DE UN CASO EN NUESTRA UNIDAD POLIVALENTE DEL HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO.

Claros C¹; Tamayo A¹; Carabajal S¹; Videtta W¹

¹Hospital Municipal Eva Peron de Merlo

INTRODUCCION:

El presente caso expone la evolución tórpida de una Neumonía Adquirida de la Comunidad (NAC) a Sepsis y Disfunción Orgánica Múltiple (DOM), siendo la sepsis grave y Falla Orgánica Múltiple (FOM) la causa de muerte entre los pacientes ingresados en UTI, la Insuficiencia Renal Aguda (IRA) es un factor de riesgo independiente de muerte en estos pacientes, inflamación sistémica persistente, inmunoparálisis e infecciones secundarias se cree que desempeñan papeles claves relacionadas a disfunción de órganos el desequilibrio entre IL-1 y 6, FNT& y anti-inflamatorios IL-4 y 10 las citoquinas puede estar asociadas, aproximadamente el 40- 50% de la lesión renal aguda en la UCI, y 15- 20% de estos pacientes se prescriben Terapia de Reemplazo Renal ((TRR) coadyuvante en sépticos con AKI III, con reducción significativa del SOFA.

La pregunta cuando iniciar y la necesidad de realizar TRR en enfermo crítico. La necesidad para comenzar TRR es obvio, pero en su ausencia el momento óptimo y umbrales para iniciar TRR son inciertos.

Objetivo: Mostrar la evolución del paciente ingreso con FOM por NAC e impacto renal, la decisión de TRR precoz.

CASO CLINICO:

Masculino de 29 años de edad ingresa a guardia con Glasgow de 15/15 con astenia adinamia 2 registros de 38, de 1 semana de evolución, lumbalgia de 3 días de evolución y deposiciones diarreicas, oligohematuria de 1 día de evolución.

Analítica:

-GB:5000Hb:11.3Hto:32Glu:106Urea:176Cr:13.3Bt:0.3Bd:0.2CPK:525LDH:596Na:124K:4.0Cl:91.

- RX tórax: infiltrado lóbulo medio derecho.

- TC tórax: infiltrado con broncograma aéreo en lóbulo medio derecho,

- TC encéfalo y abdomen s/p.

Ingresa UTI SOFA:11 APACHE: 13 Taquipneico-crepitantes ambos campo.

Control:UR:200Cr:15.3,acidosis metabólica severa (fig 1) se decide TRR urgencia

A las 8 hrs evoluciona taquipneico crepitantes ambos

campos, diaforético coagulopatico sangrado vía aérea (asalmonado) se IOT-ARM - SOFA: 14

TQT por ARM prolongado.

AT:(NEUMOCOCO):Completo antibióticos varios esquemas,AT:(ENTEROBACTER AEROGENES)

Diálisis por 30 días (no permanente) (pendiente biopsia renal).

Colagenograma negativo - VIH negativo.

CONCLUSION:

Una NAC puede llevar a DOM evaluar adecuadamente al paciente que acude con clínica no florida enmascarando impactos secundarios, se decide presentar el presente caso porque en TRR es muy discutida el inicio precoz, siendo esta implementada adecuadamente puede modificar la evolución y pronóstico.

NC06 | ALTO FLUJO EN SALA DE NEONATOLOGÍA

Iriondo V¹; Herrera N¹; Cracco A¹

¹Hospital Zonal General de Agudos Virgen del Carmen

Objetivo

Exponer el Alto Flujo como sistema alternativo de administración de oxígeno en post-extubación de prematuros extremos, distres respiratorio y bronquiolitis.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, realizado en la Unidad Neonatal 3B que incluyó neonatos ingresados con bronquiolitis, prematuridad extrema y distres respiratorio. Se analizaron los resultados con la proporción de ventilación mecánica antes y después del inicio del tratamiento con cánulas de Alto Flujo y se evaluaron parámetros clínicos y complicaciones de los pacientes tratados con esta técnica. La instauración de la técnica cubre los períodos Abril/2017- Septiembre/2018 con la simplificación del sistema.

Resultados

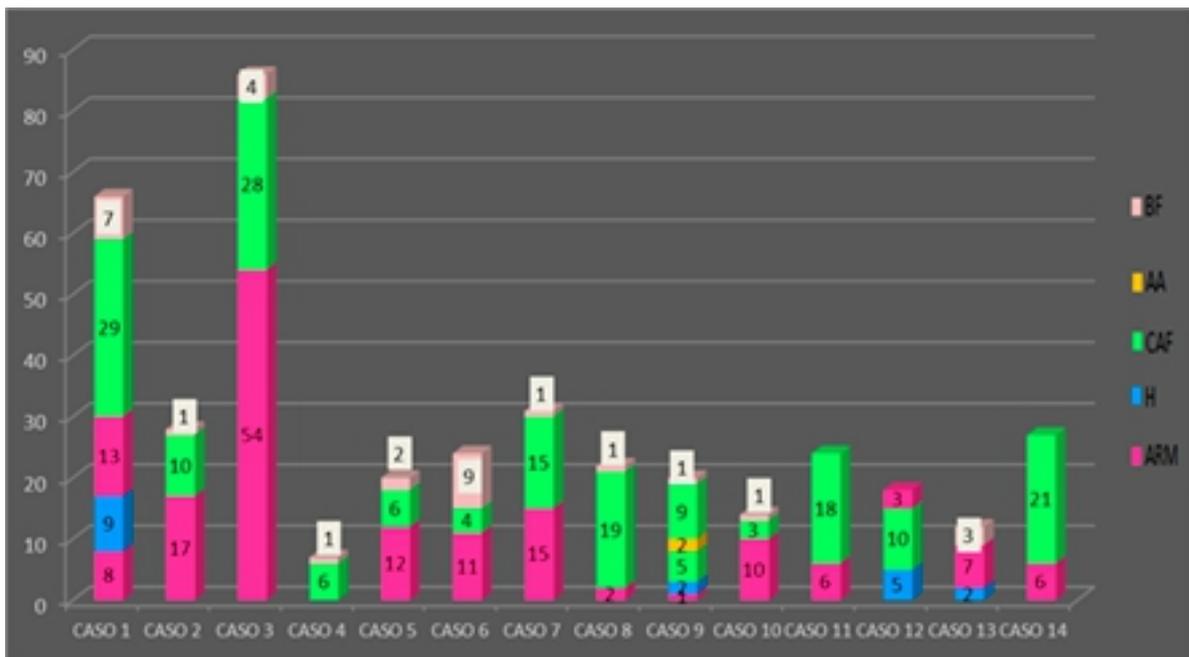
En el trabajo que presentamos mostramos la evolución de casos con patologías variadas que utilizaron cánulas de Alto Flujo obteniendo resultados significativamente positivos. Teniendo en cuenta que de 14 casos solo 1 caso recurrió nuevamente a asistencia respiratoria mecánica, el

resto (13 casos) pasaron a terapia de bajo flujo y como paso consiguiente al destete definitivo (aire ambiente).

Los parámetros que se tomaron en cuenta para evaluar la adecuada respuesta de las cánulas de Alto Flujo fueron: mecánica ventilatoria, frecuencia cardíaca (90-160 latidos por minuto), frecuencia respiratoria (no mayor a 60 respiraciones por minuto), saturación de Oxígeno (88-97%) y gases en sangre, siendo los mismos acordes a la evolución de los pacientes.

Conclusión

Nuestra muestra demostró que la terapia logró evolución positiva en el desarrollo de las patologías presentadas, con lo cual podemos afirmar entonces que la proporción de respuestas exitosas es significativamente superior al 50% (p-valor 0.001).



NC07 | UNA ENFERMEDAD ASOCIADA AL TABAQUISMO: HISTIOCIDITIS X, ENFERMEDAD POR CELULAS DE LANGERHANS DEL PULMON

De Sandor J¹; Paglialunga P¹; Barrios R¹; Sabbione M²

¹Instituto Médico Platense, ²Hospital San Martín La Plata

Caso clínico:

Paciente femenina de 56 años que es derivada por tos y Rx patológica.

La paciente refiere tos de 3 meses de evolución en ocasiones productiva, que aparece en cualquier momento del día, en su radiografía de tórax presenta aumento de la trama intersticial de tipo lineal, disnea a los esfuerzos moderados. Tabaquista de 35 paquetes año. No presenta más antecedentes relevantes.

Al examen físico se presenta en buen estado general, el examen torácico presenta escasos roncus.

Se realizó laboratorio con resultados normales, examen bacteriológico de esputo negativo, dosaje de alfa1 antitripsina normal, TAC de tórax de alta resolución donde se demuestra quistes de paredes finas a predominio superior, bases pulmonares sin quistes y nódulos centrolubulillares dispersos, algunos cavitados, espirometría normal, DLCO normal.

Como diagnóstico diferencial se plantea enfermedades intersticiales pulmonares relacionadas con el tabaquismo, bronquiolitis respiratoria, neumonitis descamativa, enfermedad por células de Langerhans, fibrosis intersticial difusa. Se realiza biopsia por videotoracoscopia.

Diagnóstico histológico: compatible con Histiocitosis de células de Langerhans. Se realiza inmuno histoquímica.

Discusión:

Se presenta este caso por ser una patología de poca frecuencia 1 a 2 personas adultas por millón.

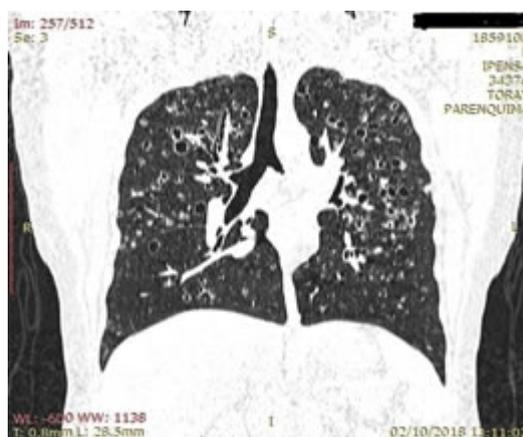
Por tener una estrecha relación con el tabaquismo, dado que su supresión estabiliza o mejora su progresión.

Por tener un patrón radiológico definido por TAC de tórax. Quistes de paredes finas en región superior y media, bases sin quistes, nódulos centrolubulillares dispersos. (imagen)

Por ser en la gran mayoría de las veces localizada en el adulto, pero en ocasiones se describen localizaciones asociadas de granulomas en hueso e hipófisis.

Bibliografía

1. Vassallo, M.D., JAY H. R et al. Clinical outcomes of pulmonary langerhans'-cell histiocytosis in adults, robert, N Engl J Med, Vol. 346, No. 7-February 14, 2002.
2. ALLEN CARL E. et al. Langerhans-Cell Histiocytosis. N Engl J Med 379;9 August 30, 2018 .
3. Jitesh Ahuja, MD et al. Histiocytic Disorders of the Chest: Imaging Findings. RadioGraphics 2015; 35:357–370.
4. Alison C. Greiwe, Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis. RadioGraphics 2012; 32:987–990 Published online 10.1148/rg.324115015.
5. Jatin Zaveri, MD et al. More than Just Langerhans Cell Histiocytosis: A Radiologic Review of Histiocytic Disorders1. RadioGraphics 2014; 34:2008–2024. Published online 10.1148/rg.347130132
6. Anil K. Attili et al. Smoking-related Interstitial Lung Disease: Radiologic-Clinical-Pathologic Correlation. RadioGraphic.2008; Volume 28 Number 5, 1385-1396.
7. Danny L. Leatherwood et al. Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis. RadioGraphics 2007; 27:265–268 Published online 10.1148/rg.271065044.
8. A. Tazi. Adult pulmonary Langerhans' cell histiocytosis. Eur Respir J 2006; 27: 1272–1285.
9. Gerald F. Abbott et al. From the Archive. Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis. RadioGraphic.2004. Volume 24 Number 3: 821-842.



NC08 | TUMOR CARCINOIDE TÍPICO

Carreño Saavedra R¹; Bigot M¹; Tummino C¹; Garcia A¹

¹Hospital Nac. A. Posadas

Femenina de 27 años, consulta por persistencia de tos y disnea a pesar del cumplimiento del tratamiento.

Diagnóstico de asma bronquial desde el 2015 en tratamiento con CI y B2 a demanda. Escasa expectoración hemoptoica 2 meses previos a la consulta.

Examen físico respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, a la auscultación: sibilancias generalizadas a predominio de campo pulmonar izquierdo. Saturación 98% al aire ambiente.

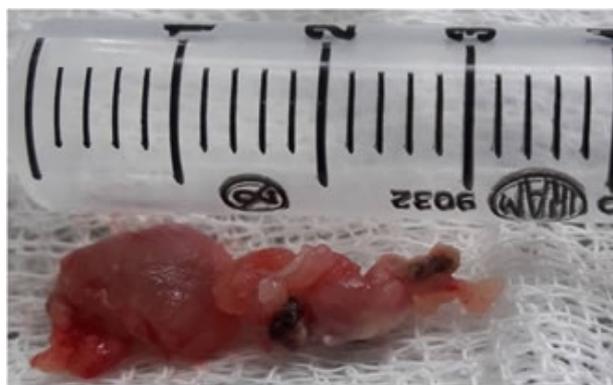
Trae espirometría VEF1/FVC: 68% VEF1: 84% FVC:106% Prueba broncodilatadora negativa, radiografía de tórax que evidencia elevación del hemidiagrama izquierdo y del hilio pulmonar izquierdo. Tomografía de tórax: áreas de atrapamiento aéreo (patrón en mosaico) y lesión endoluminal en bronquio fuente izquierdo. Por dicho motivo se programa fibrobroncoscopía (FBC): ABI: a 3 cm de la entrada del BFI, lesión exofítica, mamelonada, vascularizada. Se toman biopsias.

Se convierte FBC flexible a broncoscopía rígida con extracción mecánica del tumor. Se recibe resultado de anatomía patológica: Tumor carcinoide típico. Evoluciona sin signos de broncoespasmo y mejoría clínica. Se indica resección quirúrgica.

Los tumores carcinoides se encuentran dentro del grupo de tumores neuroendócrinos pulmonares. Se clasifican según el grado de malignidad en: Bajo grado: Carcinoide típico y Grado intermedio: Carcinoide atípico. Después del tracto gastrointestinal, el pulmón es la 2da localización más común. Tienen localización central en el 75% de los casos. Los síntomas iniciales más frecuentes son: tos, hemoptisis, sibilancias, dolor torácico, obstrucción bronquial, atelectasias y neumonías a repetición. El punto de partida para la sospecha diagnóstica suele ser la presencia de un cuadro clínico de obstrucción bronquial o una imagen patológica en la radiografía de tórax. El diagnóstico se obtiene generalmente a través de fibrobroncoscopía y en caso de localización periférica por biopsia percutánea con aguja o por mediastinoscopía. Los tumores carcinoides típicos se diagnostican en estadio I y II. Al ser tumores de lento crecimiento, muestran baja captación de glucosa, por lo que la PET con 18F-FDG es de escasa utilidad. El empleo de PET/TC con un receptor de somatostatina permite la estadificación y detección de

metástasis extrapulmonares. El 90% de los pacientes con carcinoide típico sobreviven a los 5 años, con una supervivencia a los 10 años del 80%. La tasa de recidiva varía entre el 5-30%. La cirugía es el único tratamiento curativo y el método terapéutico de elección, debido a la excelente supervivencia después de la misma. Los pacientes con cuadro clínico compatible con obstrucción bronquial (broncoespasmo, hemoptisis) sin mejoría de los síntomas a pesar del tratamiento, conlleva a un estudio minucioso de otros probables diagnósticos, entre estos, tumor endoluminal.

Kosmidis PA, The spectrum of carcinoids tumors. En: Pass HI, Carbone DP, Minna DH. Principles and Practice Filadelfia. 2010. P. 971-979- Jussuf T. The diagnosis and Treatment of Bronchopulmonary Carcinoid. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 479-485.



NC09 | IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING ABREVIADO EN PACIENTES OBESOS BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI).

TAMAYO A¹; FERNANDEZ B¹; SAKUGAWA J²; WILCHES M¹; HUANCA T¹; VIDETTA W¹; RODRIGUEZ G¹; MORALES J¹; GARNICAR¹; BARRA MONTESDEOCAA¹; FLORES O¹; GONZALEZ O¹

¹Hospital Municipal Eva Perón de Merlo, ²Hospital Provincial Mariano y Luciano de la Vega

Introducción.

La obesidad forma parte de una serie de factores asociados que inciden en la recuperación del estado del obeso crítico y per se lo sitúan como un enfermo con destete dificultoso

Objetivo:

Evaluar el impacto de la aplicación de un protocolo de weaning abreviado en pacientes con obesidad en los días de VMI, estadia en UTI y hospitalaria, complicaciones (NAV, TQT, ARM prolongada) y reintubaciones.

Material y métodos:

Estudio de corte prospectivo ente Julio/2014 y Junio 2016). Con criterios de inclusión: Obesidad con IMC Mayor o = 35, VMI más 48 horas, intubados desde Emergencia, sala , quirófano, o a su ingreso a uti y que una vez controlado el motivo de la IOT y ARM y que se se encuentre Apto para la PRE y la supera en 1 o 2 horas y cump e criterios de extubación pasan por VMNI

98 pacientes entraron en el estudio, varones 60% con edades 58.2 +- 15,7, APACHE II : 20, siendo comparados con una cohorte retrospectiva de 98 pacientes de similares características clínicas y de tiempo (2009 a 2011 siguiendo un protocolo convencional.

Resultados:

Permanencia en VMI 6,6 +- 2,5 Vs el grupo control con apliacción del protocolo convencional de 16,4 +/- 7 días.

Conclusiones:

Se concluye que el protocolo de weaning aplicado en el paciente obeso crítico pasando por VMNI impacto sobre los resultados (outcomes) en cuanto a disminución de días de permanencia en uTI y hospitalaria, menor tasa de reintubaciones y complicaciones como NAV y TQT aunque sin impacto o incidencia sobre la mortalidad. El protocolo cumple de una forma factible rapida, segura y eficaz su aplicación.

E01 | FRECUENCIA DE REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN TÓRAX

Brichetti V¹; Bocca Pereira X¹; luele N¹; Malamud P¹; Sanchez M¹; Gramblicka G¹; Grosnitzky L¹; Tabaj G¹

¹Hospital Cetrángolode Vicente López

Objetivo: Conocer la frecuencia de pacientes internados con diagnóstico de tuberculosis (TB) VIH negativos y las características de la población afectada con reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAs) en el servicio de clínica neumonológica en un hospital especializado en enfermedades respiratorias de la Provincia de Buenos Aires.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo observacional. Se analizaron las historias clínicas desde 2013 hasta 2018.

Resultados: De un total de 3522 pacientes hospitalizados se identificó un 5,4% (190) con diagnóstico de TB que recibió fármacos antituberculosos. El 17% (33) presentó al menos un RAFA durante la internación 88% hepatotoxicidad, 52% intolerancia digestiva, 15% hipersensibilidad cutánea, 6% insuficiencia hepática - todas Child A-, y 3% nefrotoxicidad. De éstos 19 presentó 2 o más RAFAs, y en 25 casos el RAFA fue el motivo de internación.

De estos 33, hallamos predominio femenino (61%) con un promedio de edad de 45 años \pm 21. Sólo el 67% eran argentinos. El peso fue de 54kg \pm 13, con un 41% en bajo peso. Un 10% no recibía dosis ajustada a peso. Con respecto a la localización de la TB el 85% era pulmonar, 15% pleural y 6% miliar. Se evaluó el tiempo desde el inicio de la medicación hasta la detección del RAFA, resultando una mediana de 10 días. El 94% estaba utilizando drogas de primera línea.

Dentro de los antecedentes: 19% tabaquistas, 6% abuso de alcohol, 3% drogas ilícitas. La exposición ambiental que más se asoció fue 13% a humo de leña y 13% a materiales de construcción. Un 24% presentó enfermedades pulmonares previas, 6 con TB previa (4 re-tratamientos y 2 abandonos de tratamiento), 1 bronquiectasias, 1 asma y 1 enfermedad pulmonar intersticial difusa. Las comorbilidades más frecuentes fueron: 15% hipertensión arterial y 15% diabetes. Ninguno presentó serología HIV positiva, siendo el único inmunosuprimido secundario al uso de Micofenolato Mofetil.

De los 30 pacientes con cultivos, el 87% fueron positivos, todos Complejo Mycobacterium Tuberculosis (CMT), de los cuales 53% multi sensible, 27% sin antibiograma, 3% resistente a Cicloserina, 3% resistente a Isoniacida.

Durante la internación el 9% (3) sufrieron intercorrientes: 1 neumonía adquirida en el hospital, 1 neumonía asociada a ventilación mecánica + shock séptico y 1 hemóptisis masiva. Requirieron Unidad de Cuidados intensivos el 12% (4 pacientes) y 2 de ellos asistencia respiratoria mecánica. Destacamos que la totalidad de los pacientes fue dado de alta, sin fatalidades, con una media de 22 \pm 17 días de internación.

Conclusiones: La TB fue uno de los motivos de internación más frecuentes, destacando que el 17% presentaron al menos un RAFA grave a pesar de ser tratados con drogas de primera línea. La hepatotoxicidad fue el más usual, seguido por intolerancia digestiva. Es notable que la población femenina y el bajo peso se asociaron con la aparición de RAFAs típicamente en las primeras semanas. Y si bien el 12% requirió cuidados intensivos no se registraron fatalidades.

E02 | HOSPITALIZACIONES EN CENTRO ESPECIALIZADO EN NEUMONOLOGIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Mansella M¹; Clivio L¹; Curró Mf¹; Dujmovic M¹; Echazarreta Al¹; Garcia L¹; Lardizábal A¹; Pellegrino G¹; Sanchez A¹

¹Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata.

Objetivo

Describir las características de los pacientes internados en la sala de neumonología del HEAyC San Juan de Dios de La Plata a partir de una muestra en el período comprendido entre el 1 de Julio del 2017 al 31 de Diciembre del 2018.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo observacional. Se seleccionó una muestra al azar de los pacientes internados. Se relevó la información de las epicrisis de alta hospitalaria obtenidas de los registros informáticos. La información se ingresó en una base de datos creada para los fines del estudio. Se recopiló: edad, sexo, tabaquismo, fecha de internación, diagnóstico al ingreso, diagnóstico al egreso y días de hospitalización. Se realiza análisis multivariado con Tableau®.

Resultados

Se revisaron 361 epicrisis desde el 1 de Julio del 2017 al 31 de Diciembre del 2018. El 52% pertenecían al sexo femenino y 48% al sexo masculino. La mediana de edad de la población estudiada fue de 57 años (IC 95: 18-90).

177 pacientes eran tabaquistas, 140 no lo eran y en 44 no se registró el dato. La distribución por sexo del hábito fue 37% en mujeres y 63% en hombres.

La exacerbación de EPOC fue el motivo principal de internación 16.3%, seguido de NAC 15.8%, SAHS 12.18%, cáncer de pulmón 9.7%, crisis asmática 7.48%, masa/nódulo pulmonar 6.1%, tuberculosis 5.26%, derrame pleural en estudio 5%, exacerbación de EPID 5%, bronquiectasias sobreinfectadas 4.7%, estenosis traqueal 1,3%, otros diagnósticos neumonológicos representaron el 11.18%.

La mediana de la estadía hospitalaria fue de 8 días (IC 95 3-30 días). La exacerbación de la EPOC tuvo una mediana de 12 días de internación, la NAC 8 días, la crisis asmática 6 días y la tuberculosis 22.5 días.

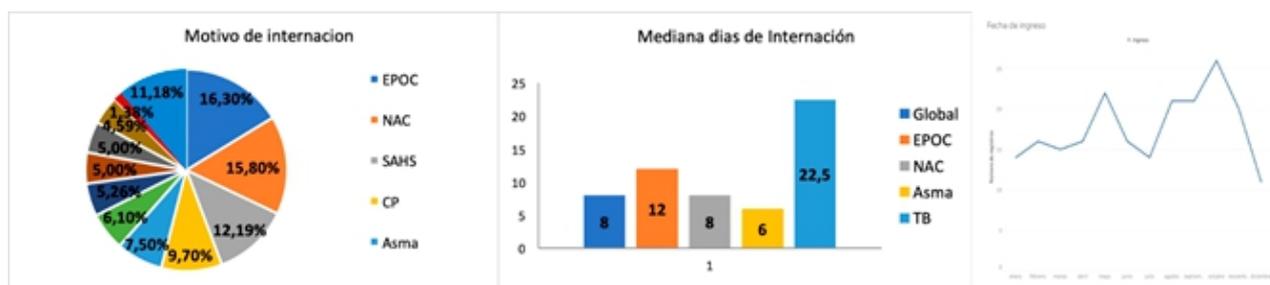
Se observó un máximo del número de internaciones durante el mes de Octubre a expensas de pacientes derivados para estudio derrame pleural y nódulo/masa pulmonar.

La exacerbación de EPOC prevaleció en invierno, mientras que en la época estival adquirieron relevancia la exacerbación de EPID, tuberculosis y nódulo/masa pulmonar.

La mortalidad fue del 3.5%. La principal causa de muerte fue el cáncer de pulmón.

Conclusiones

El mayor número de pacientes tabaquistas con predominio en el sexo masculino se correlaciona con la principal causa de internación: exacerbación de EPOC. La mediana de estancia hospitalaria de NAC, crisis asmática y exacerbación de EPOC son similares a lo publicado por otros centros de alta complejidad. Sin embargo notamos mayor estadía en pacientes con tuberculosis creemos asociado a factores socioeconómicos. El mayor número de internaciones en octubre se debe a la alta carga de derivaciones para estudio de pacientes de alta complejidad neumonológica. La principal causa de muerte fue el cáncer de pulmón a pesar de no ser el motivo de internación más frecuente. Mencionamos además la relevancia que adquiere el estudio de pacientes con trastornos respiratorios del sueño en la actualidad en nuestro centro.



E03 | ASOCIACION ENTRE DOSAJE DE ALFA-1- ANTITRIPSINA Y GENOTIPO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA OBSTRUCTIVA CRONICA

Grandi Vega R¹; Capua J¹; Clivio L¹; Curró MF¹; Mansella M¹; Echazarreta AL¹.

¹Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata.

Introducción: la alfa-1-antitripsina (AAT), es una glucoproteína secretada por los hepatocitos caracterizada por su elevado polimorfismo y su actividad antiproteasa, comportándose como el principal inhibidor de las proteasas que circula en el plasma, tejidos y otros fluidos corporales. Su déficit provoca un desequilibrio que se ha asociado con enfermedad respiratoria y desarrollo de enfisema pulmonar temprano, hepatopatía crónica y en menor frecuencia paniculitis y vasculitis sistémicas.

Objetivo: establecer el grado de asociación entre valores séricos de la AAT y las diferentes expresiones genotípicas en pacientes con enfermedades respiratorias obstructivas crónicas.

Material y métodos: se determinó AAT en individuos remitidos al laboratorio de función pulmonar por enfermedad respiratoria obstructiva crónica (EPOC, Asma, Bronquiectasias o enfermedad crónica pulmonar no diagnosticada), entre 01/01/2014 y 01/01/2019. Evaluamos: sexo, edad, IMC, espirometría y tras la firma de consentimiento informado escrito se obtuvo muestra de sangre periférica. La determinación de concentraciones séricas de AAT se realizó por el método de la gota seca (Dry Blood Spot), donde 1.8 y 1.5 mg/dl corresponden a 100 y 80 mg/dl en suero respectivamente. Se practicó genotipo en aquellos con dosajes ≤ 1.5 mg/dl. Los genotipos hallados mediante técnicas de biología molecular fueron MM, MS, MZ, SS, SZ y ZZ. Se asumió que aquellos pacientes con dosajes normales presentaban genotipo MM.

Resultados: se evaluaron 1011 pacientes que cumplían criterios de enfermedad respiratoria obstructiva crónica cuyas características generales, patologías y espirometría pueden apreciarse en tabla 1. En 63 (6.2%) pacientes existía una variante deficiente en uno o dos alelos M y cuyos genotipos encontrados fueron: 30 MS (3%), 19 MZ (1.8%), 4 SS (0.4%) y 10 pacientes asociados a genotipos con déficit severo, 3 SZ (0.3%) y 7 ZZ (0.7%). 946 (93.5%) pacientes presentaban concentraciones séricas normales de AAT (genotipo MM), con un descenso progresivo y significativo en el resto de las variantes, especialmente en los genotipos severos SZ y ZZ, con una media de 1.15 y 0.51 mg/dl respectivamente (Figura 1). Ningún caso de genotipo SZ tuvo más de 1.43 mg/dl y ningún genotipo ZZ

superó los 0.76 mg/dl.

Conclusiones: nuestros resultados demostraron una correlación significativa entre los valores séricos de AAT y los diferentes genotipos. El valor más elevado lo presentaba el genotipo MM y el más bajo el genotipo ZZ. No encontramos genotipos severos en pacientes con un dosaje mayor de 1.43 mg/dl, por lo que acordamos con la determinación sistemática del genotipo cuando los valores séricos de AAT sean inferiores a 1,5 mg/dl.

n	1011
Edad (años)	60±14
Masculino (%)	58.2
IMC	27±6
Tabaquismo actual y pasado % (n:612)	60.5
Sujetos con AAT ≤ 1.5 mg/dl	224
Patologías	
EPOC	(72.1%)
Asma	(6.2%)
Bronquiectasias	(0.8%)
Neumotorax espontaneo	(0.3%)
Enfermedad pulmonar cronica sin diagnóstico de certeza	(19.9%)
Espirometría	
CVF Post (%pred)	82.2±19.4
VEF1 Post (L)	1.7±2.4
VEF1 Post (%pred)	58.3±21.7
VEF1/CVF % (Post BD)	56±12.2

Tabla 1: Datos antropométricos, patologías y función pulmonar.

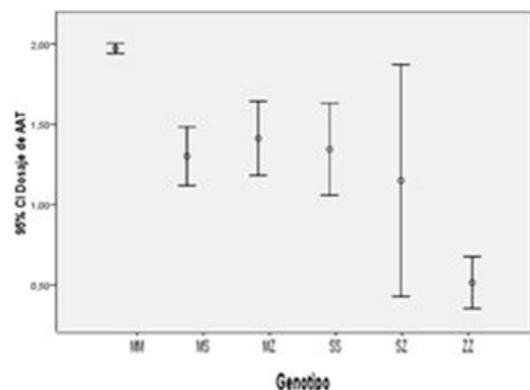


Fig 1: Valores medios de AAT, con sus correspondientes IC, según los diferentes genotipos. Dosaje de AAT en mg/dl. En DBS 1.5 mg/dl corresponden a 80 mg/dl en suero. ANOVA: p < 0.0001.

E04 | INCIDENCIA DE INFECCION TUBERCULOSA LATENTE EN UN ESTUDIO DE CONTACTOS ESCOLARES DE UN AREA PROGRAMATICA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Joza K¹; Gallego C¹; Muñoz L¹; Poropat A¹; Salomone C¹

¹Hospital General de Agudos Parmenio Piñero

Introducción: El estudio de contactos escolares de pacientes con tuberculosis (TB), es una estrategia fundamental para diagnosticar precozmente infección tuberculosa latente (ITBL) e instaurar el tratamiento correspondiente para evitar la progresión a enfermedad activa, disminuyendo también la prevalencia de TB en la población.

Objetivo: Conocer la incidencia de ITBL en contactos escolares y el grado de cumplimiento en la realización de estudios de catastro y de quimioprofilaxis (QP).

Materiales y métodos: Se realizó el análisis retrospectivo de contactos escolares de TB bacilífera correspondientes al área programática del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero en el 2016 y 2017. Se solicitó radiografía de tórax (RxT), laboratorio (hemograma y hepatograma) y prueba de tuberculina (PPD) tomando como punto de corte positivo 10mm, repitiéndola a los 3 meses en aquellos con resultado negativo. También se analizaron los datos considerando PPD+ 5mm.

Se indicó QP primaria, 3 meses de isoniazida (H) a todos los estudiantes en contacto con Tb bacilífera y QP secundaria (6 meses de H) en aquellos con PPD+ basal o conversores al tercer mes. Se estimó cumplimiento de QP si los pacientes tomaban > 80% de la pauta indicada. Resultados: de 373 estudiantes a evaluar, cumplieron con la realización de estudios 331 (89%), se diagnosticó TB en 4 (1.2%) a partir de RxT y se excluyeron del estudio. En los 327 restantes con edad promedio de 15 ± 1.64 años, hubo 132 (40%) hombres. La PPD basal fue 10mm en 20 (6%) casos, siendo más frecuente en el grupo de estudiantes de 16 a 19 años en comparación con 12 a 15 años: 14 de 131 (10.7%) vs 6 de 196 (3.1%); p=0,004. No hubo diferencia significativa al considerar el sexo. Solo cumplieron 135 (45%) pacientes la realización de la segunda PPD, encontrándose 3 conversiones (2,2%). Se indicó QP primaria a todos los estudiantes en contacto con Tb bacilífera (n= 327) y secundaria a 23, excluyendo a 2 por antecedentes convulsivos, 1 por aumento de transaminasas en hepatograma basal y otro con QP reciente. La proporción de cumplimiento fue 57% y 26% respectivamente, sin encontrarse asociación significativa con edad y sexo.

Se reportaron 4 eventos adversos (1.2%): polineuritis

(n=2), alergia cutánea e intolerancia digestiva. Analizando los datos con punto de corte de PPD 5mm dieron positivo 63 estudiantes (20%), siendo más frecuente en varones: 35 de 132 (26.5%) vs 28 de 195 (14.4%), p=0,006; y en el grupo de 16 a 19 años comparado con 12 a 15 años: 37 de 131 (28.2%) vs 26 de 196 (13.2%); p=0,001. Con la segunda PPD se observaron 3 conversiones (2.2%).

Conclusión: En la población estudiada encontramos un 6% de ITBL considerando PPD+ 10mm y 19% con PPD 5mm. Fue bajo el nivel de cumplimiento en la realización de la segunda PPD, como también en completar el esquema de QP secundaria.

E05 | DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

Capua J¹; Carinci E¹; Clivio L¹; Garcia L¹; Gatti A¹; Quispe Romero R¹; Sanchez A¹; Vigo S¹

¹Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata.

Objetivo primario: Establecer la situación actual de los casos de cáncer de pulmón (CP) en el nuestro hospital.

Objetivo secundario: Comparar los resultados obtenidos con los nuevos hallazgos de estudios recientes.

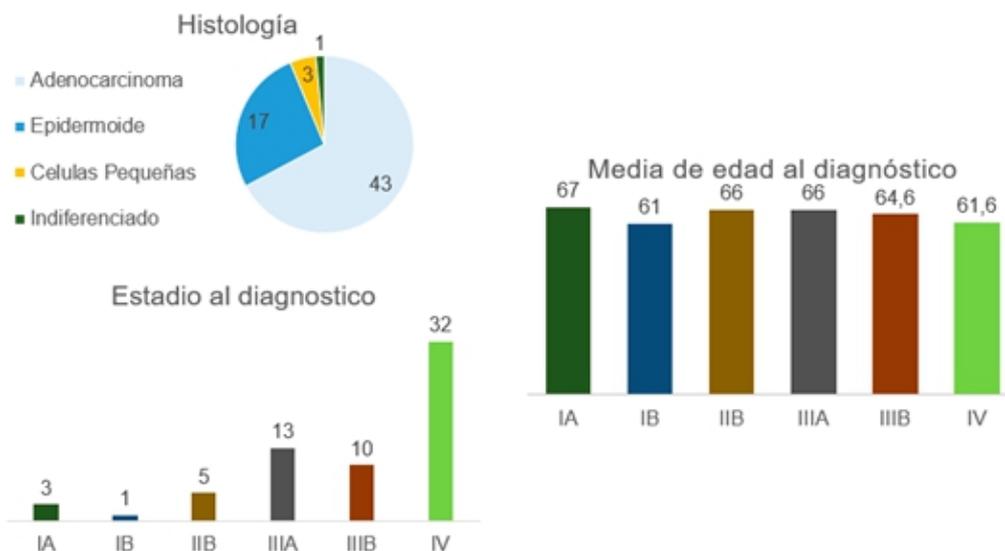
Material y Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo, se analizaron las historias clínicas del Servicio de Oncología de todos los pacientes con CP diagnosticados entre 01/01/2017 y 31/12/2018. Los datos recolectados fueron: edad y estadio al diagnóstico, tabaquismo, EPOC y VEF1, estado nutricional, tratamiento instaurado, presencia de mutaciones (ALK, EGFR, ROS1 y PDL1) y evolución. Se realizó un análisis estadístico multivariado por medio del programa Tableau® de los datos obtenidos.

Resultados: Se recolectaron 64 pacientes con CP, lo que represento un 53.3% de todos los cánceres diagnosticados en el mismo tiempo. 22 pacientes presentaron un estadio quirúrgico (Hasta IIIA inclusive de acuerdo a TNM 8) al momento del diagnóstico, 5 de ellos con contraindicación quirúrgica por riesgo respiratorio elevado y en 3 se realizó un tratamiento quirúrgico incompleto por complicaciones intraoperatorias. 38 pacientes eran tabaquistas, 10 ex tabaquistas (8 refirieron cese menor a 10 años). 26 pacientes tenían diagnóstico de EPOC. Mediana edad fue de 62.5 años (IC 95: 45.6-81.5), sin diferencias significativas con respecto al estadio al diagnóstico. Las histologías halladas fueron: Adenocarcinoma 43 casos, Carcinoma Epidermoide 17, Carcinoma de Células Pequeñas 3 y Carcinoma

indiferenciado 1. Se detectaron 12 pacientes con expresión de PDL1 y 5 pacientes con la mutación EGFR. Con respecto a los factores de mal pronóstico se detectó una mayor mortalidad en los pacientes con anemia (32 vs 27) y con EPOC (33 vs 29) no estadísticamente significativa. Finalmente 44 pacientes cumplían con los criterios de inclusión para screening de CP con tomografía de baja dosis (TCBD) al momento del diagnóstico (1).

Discusión: Solo 22 pacientes presentaron un estadio quirúrgico al momento del diagnóstico, dato coincidente con estadística nacional y reportes mundiales. Esto condiciona las posibilidades terapéuticas de los pacientes lo cual impacta en la morbi/mortalidad de este grupo y genera un incremento en los costos sanitarios. Según estudios internacionales de screening de cáncer de pulmón con TCBD, un 70% de los pacientes fueron diagnosticados en estadio quirúrgico. El 68% (44) de nuestros pacientes cumplían con los criterios para ingresar al protocolo.

Conclusiones: el diagnóstico clásico del cáncer de pulmón basado en la consulta espontánea del paciente es tardío en la mayoría de los casos de nuestro hospital. En vistas de los resultados de estudios recientemente publicados, se decidió implementar en los próximos meses un protocolo el screening de cáncer de pulmón para alcanzar un diagnóstico precoz y disminuir la morbimortalidad por cáncer de pulmón.



E06 | ANALISIS DE SEGUIMIENTO DE UNA POBLACION CON EPOC QUE CONCORRE AL CONSULTORIO EXTERNO DE NEUMONOLOGIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

García L¹; Grandi Vega R¹; Capua J¹; Gatti A¹; Staniscia B¹; Clivio L¹; Romero S¹; Lardizábal A¹; Ritou I¹; Sainz M¹; Korsunsky M¹; Echazarreta A¹

¹Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata.

Objetivo. Caracterizar los pacientes con diagnóstico de EPOC que concurren al consultorio externo de Neumología durante el periodo 01/07/2018 al 30/09/2018.

Material y Métodos. Se diseñó un estudio de observacional, corte transversal. Se registró edad, sexo, datos antropométricos, última espirometría, tabaquismo, dosis remanente del dispositivo inhalatorio utilizado en tres controles mensuales y evaluación sintomática mediante escala mMRC y CAT. Dispusimos de una técnica en exploración funcional respiratoria, quien instruyó a los pacientes en la técnica inhalatoria según el dispositivo.

Resultados. Se evaluaron 70 pacientes con EPOC, la edad media fue de 60,3±10,2 años; 64,3% masculinos. El 50% de los pacientes (35) eran tabaquistas actuales, 41,4% (29) ex tabaquistas y un 8,6% (6) no tabaquistas (P/Y 54,6±44). El 51,4% (n: 35) presentaron un mMRC 2, y un 71% (n:59) un CAT 10 lo cual indicaba predominio de pacientes sintomáticos. En cuanto a la limitación del flujo aéreo el 11,4% (8) era GOLD[i] 1, el 42,9% (30) GOLD 2, el 30% (21) GOLD 3, y el 15,7% (11) GOLD 4. Se evaluó la relación entre la gravedad de la limitación al flujo aéreo y la puntuación de las escalas sintomáticas CAT y mMRC, no obteniéndose significancia (p 0,9 y 0,1, respectivamente). Asimismo, se analizó si existía asociación entre categorías GOLD y tabaquismo observándose que los pacientes tabaquistas tienen un VEF1 significativamente menor que los no tabaquistas (p 0,04). Se comparó CAT versus mMRC encontrándose que solo en el 50% (n:34) de los casos en donde se realizó ambas pruebas hubo coincidencia en catalogar al paciente como sintomático (CAT 10 y mMRC 2). Por último, se analizó el número de dosis remanente de los dispositivos inhalatorios para evaluar adherencia. Observamos una diferencia significativa entre visitas 1 y 2 en aquellos pacientes con mala adherencia en visita 1 (p 0,017).

Conclusiones. Los datos obtenidos en nuestro análisis concuerdan con los publicados en la literatura(1-2) resaltando la discordancia entre la severidad de los síntomas y la limitación al flujo aéreo. El 71,6% de los pacientes pertenecieron a los grupos B/D (GOLD). Esto se explicaría por las características de una cohorte que concurre a un hospital especializado. Los grados GOLD 1 y

2 fueron los más frecuentes, coincidiendo con publicaciones previas. En los pacientes que cumplieron con los controles mensuales, se observó la reducción de dosis remanentes de sus dispositivos inhalatorios (mayor adherencia), siendo significativa entre el primer y segundo control, lo cual habla del efecto positivo de la educación para la adecuada terapia inhalatoria.

(1) www.goldcopd.org.

(2) Andrés L. Echazarreta, Sergio J. Arias, Ricardo del Olmo, Eduardo R. Giugno, Federico D. Colodenco, Santiago C. Arce, Juan C. Bossio, Gustavo Armando, Joan B. Soriano y Grupo de estudio EPOC.AR. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 6 aglomerados urbanos de Argentina: el estudio EPOC.AR. Arch Bronconeumol. 2018;54(5):260–269.

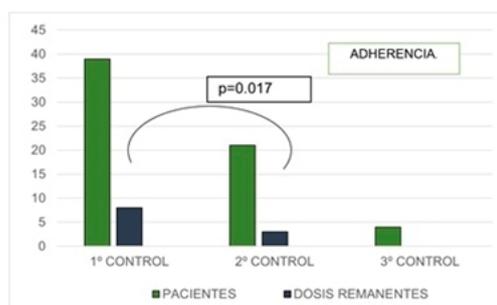
N	70
Edad (años)	60±8.6
Masculino	64.3%
Tabaquismo	
Actuales (35)	50%
Ex tabaquistas (29)	41.4%
No fumadores (6)	8.6%
P/Y	60.2±47.3
IMC	26.7±7.6

Espirometría.	Pre broncodilatador.	Post broncodilatador.
CVF (L)	2,9±0,9	2,7±0,8
CVF (%)	74±23,5	79,3±22,4
VEF1 (L)	2±0,9	1,4±0,6
VEF1(%)	49,1±21,1	53,4±21,8
VEF1/CVF	63,9±16	52,5±11,9

Categorías GOLD (2019)	
GOLD 1	11.4% (8)
GOLD 2	42.9% (30)
GOLD 3	30% (21)
GOLD 4	15.7% (11)
Categoría A/C	28.3% (43)
Categoría B/D	71.6% (17)

Síntomas	
CAT (≥10)	71.2%
mMRC (≥2)	51.4%

Tabla 1: datos antropométricos, scores de síntomas y función pulmonar (media±DS).



E07 | UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE PROVISION DE MEDICACION, EDUCACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ASMA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

García L¹; Sánchez A¹; Mansella M¹; Quispe Romero R¹; Valdez M¹; Marquez S¹; Outón V¹; Correa Y¹; Pellegrino G¹; Dujmovic M¹; Echazarreta A¹

¹Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata.

Objetivos. Describir las características salientes del "Programa Aire Total" aplicado en nuestro hospital para el tratamiento, educación y seguimiento de pacientes con asma.

Materiales y Métodos. se realizó un estudio de corte transversal. Se nos proveyó de una técnica en exploración funcional respiratoria para la asistencia de los pacientes en consulta ambulatoria, quien instruyó a los mismos acerca de la correcta técnica inhalatoria según el dispositivo, y llevó a cabo el seguimiento mensual de los pacientes. Entregó material escrito informativo y dispensó medicación al efecto. Asimismo, se consignó edad, última espirometría, dosis remanente del dispositivo utilizado al momento del control mensual y evaluación sintomática mediante escala ACT, durante el período 1/7/2018 y 30/9/2018.

Resultados. Se estudiaron 239 pacientes, de los cuales 62% (148) eran mujeres, edad media 46,3±16,7 años, que cumplían con criterios clínicos y espirométricos de asma¹. Sus características generales, espirométricas y escala ACT se pueden apreciar en la tabla 1. Los 239 pacientes fueron provistos de formoterol/budesonide en forma de polvo seco o aerosol (4.5/160mcg). Del total de pacientes evaluados en la primera visita concurren al primer control mensual 91 pacientes, lo que representa una reducción del 72%. El promedio de dosis remanentes de los dispositivos fue de 3,6±6,8 (n:91). Al segundo control concurren 57 pacientes, representando una reducción del 38% con un promedio de dosis remanentes de 2,9±7,6 (n:57). Finalmente, al tercer control concurren 16 pacientes (reducción del 72%) con un promedio de dosis remanentes de 0 (n:16). 204 pacientes tenían un ACT <20 (n 228), indicando que el 89,5% de los pacientes presentaban asma mal controlada (solo el 5,4% cumplió con los tres controles mensuales). Finalmente, 63 presentaron una prueba broncodilatadora positiva.

Conclusiones. Si bien el programa garantizó la provisión de medicación y la educación de los pacientes con asma, observamos una falta importante de adherencia a la consulta demostrada por una reducción total de la

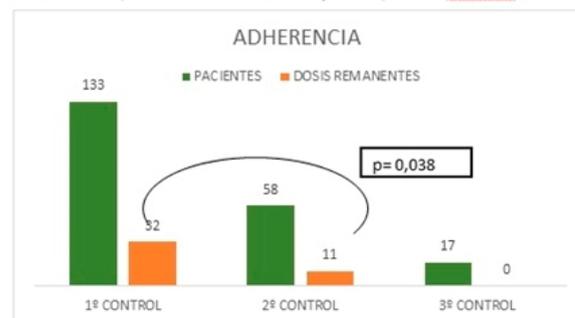
muestra al tercer control del 93%. Sin embargo, en aquellos sujetos en los que pudimos hacer un seguimiento mensual durante tres meses, se observó la reducción de dosis remanentes de sus dispositivos inhalatorios, siendo significativa entre el primer y segundo control (p 0,038), lo cual habla del efecto positivo de la educación inhalatoria en la adherencia al tratamiento. De los hechos expuestos se desprende la necesidad de disponer en la práctica clínica habitual de intervenciones para reconocer, cuantificar y seguir la evolución en el tiempo de la adherencia en cada paciente, con el objetivo de lograr el mejor control del asma.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention. update 2018. www.ginasthma.org.

n	239
Edad (años)	46.3±16.7
Mujeres	62% (148)
IMC	29.1±5.9
Tabaquista	17% (39)
Ex tabaquista	21.7% (50)
No tabaquista	61.3% (141)
Índice paquetes/año.	22.2±24.7
Síntomas	
ACT<20 (n 228)	89,5%

Espirometría.	Pre broncodilatador.	Post broncodilatador.
CVF (L)	3,2±1	3,2±1,1
CVF (%)	89,3±20,5	93,4±21,2
VEF1 (L)	2,5±0,9	2,4±0,9
VEF1(%)	78±22,3	84,4±22,4
VEF1/CVF	76,5±10,6	75,4±11,9

Tabla 1: datos antropométricos, scores de síntomas y función pulmonar (media±DS).



E08 | PREDICTORES DE EXTUBACIÓN EXITOSA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Vallejos J¹; Naccarelli N¹; Bustingorry G¹; Calderón N¹; Collazos H¹; Bairacioti A¹; Yoshida M¹; Vandaele G¹; Toloza R¹; Quartino J¹; Dunne P¹; Rodríguez M¹; Videtta W¹; Tamayo Reyes A¹

¹Hospital Municipal Eva Perón de Merlo

Introducción

La interrupción prematura de la ventilación mecánica y el retraso de la extubación se han asociado a peores resultados. En los pacientes con lesión cerebral la extubación retardada se asocia con una mayor duración de la estancia hospitalaria, mayor riesgo de NAV y un aumento de la mortalidad (1). En la actualidad existen limitados estudios que evidencien el éxito de la extubación en pacientes neurocríticos.

Objetivo

Describir las variables analizadas de los pacientes neurocríticos sometidos a extubación.

Materiales y métodos

Estudio de cohorte prospectivo observacional, el cual se dividió en dos etapas. Etapa I: Estudio descriptivo de las variables analizadas. Criterio de exclusión: neuromusculares, patología medular, muerte encefálica, traqueostomizados y negativa de consentimiento. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética, Docencia e Investigación

Se registró APACHE II, SOFA, permanencia en UTI (días), permanencia en ARM (días), puntaje de vía aérea, índice P01/pimax y Glasgow motor. Software IBM SPSS stats21

Resultados

En un periodo de 19 meses, se incluyeron un total de 33 pacientes. Se excluyeron 19 pacientes: 9 por fallecimiento antes de realizar la prueba de retiro de ventilación mecánica durante su estancia en la UCI y 10 porque fue realizada traqueotomía.

La mediana de edad fue de 48 años, con un rango de 64 años. El 75,8% fueron varones y 24,2%, mujeres. Las características generales de la población estudiada se presentan en la tabla I

Se logró una extubación exitosa en el 78,6 % de los casos, con una frecuencia de fracaso de 21,4%. Los valores de PIMax, P01, P01/ PIMax y de PVA se encuentran resumidos en la tabla II.

Conclusión

Dentro de la población de pacientes neurocríticos, la tasa de extubación fue tan sólo del 42.4%. Los autores desean mencionar que los resultados presentados pertenecen a la Etapa I del estudio. En la Etapa II se pretende identificar individual y de manera combinada las variables que puedan predecir o no el éxito de la extubación

Novedades

En el contexto del XXIV Congreso de la STNBA llevado a cabo en el Hotel Costa Galana de Mar del Plata del 4 al 6 de abril de 2019, se entregaron los premios a los mejores trabajos científicos del Congreso:

Premio al Mejor Trabajo Epidemiológico "Dr. Alberto E. Echazarreta".

E03 - Asociación entre dosaje de Alfa- 1- antitripsina y genotipo en una cohorte de pacientes con enfermedad respiratoria obstructiva crónica.

Grandi Vega, R; Capúa, J; Clivio, L; Curró, MF; Echazarreta, AL y Mansella, M.
Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios de La Plata"

Premio al Mejor Trabajo de Neumonología Clínica/Crítica "Dr. Rubén Acuario".

NC02 - Malformaciones del desarrollo: no todo es MAQ y secuestro.

Lampon, S; Bernardo, E; Monaldi, G; Palmisciano, V y Quintas, S.
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata.

Premio al Mejor "Case Report" "Dr. Raúl H. Catá".

Cr02 - Neumonía Eosinofílica Aguda Recidivante complicada con Empiema Eosinofílico.

Albert, M; Auad, M; Gercek, I; Ignacio, M y Laura, R.

Hospital Municipal del Partido de la Costa. Laboratorio de Anatomía Patológica MDP.

