

# XXI CONGRESO DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

25 al 27 de abril de 2013

Hotel Costa Galana, Mar del Plata

## PROGRAMA



*Alegoría de una renovada brisa que respira Buenos Aires.*



Organiza



Sociedad de Tisiología y  
Neumonología de la Provincia  
de Buenos Aires

## Auspicios

- / Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón
- / Academia Nacional de Medicina
- / Asociación Argentina de Medicina Respiratoria
- / Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica
- / Sociedad Argentina de Cancerología
- / Sociedad Argentina de Cardiología
- / Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo
- / Sociedad Argentina de Pediatría

## Agradecimientos

<b>GLAXOSMITHKLINE</b>	<b>ASTRA ZENECA</b>
<b>BOEHRINGER INGELHEIM</b>	<b>CASASCO</b>
<b>NOVARTIS</b>	<b>CASSARÁ</b>
<b>DOSA</b>	<b>PFIZER</b>
<b>TUTEUR</b>	<b>MERCK SHARP AND DOHME ARGENTINA</b>

**PHOENIX**  
**ROEMMERS**  
**MICROMEDICAL**

XXI CONGRESO  
DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

## Bienvenida

XXI CONGRESO  
DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

### Estimadas/os Colegas

La Comisión Directiva y el Comité Ejecutivo tienen el enorme placer de darles la bienvenida al XXI Congreso de la Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires.

Hemos diseñado y desarrollado un atractivo programa científico que abarca muchos de los puntos de interés que son de preferencia para los neumonólogos, clínicos y pediatras en la actualidad.

Con trabajo intenso y nuevas ideas, el Comité Científico, presidido por Eduardo Giugno, ha incluido un amplio y variado abanico de temas relevantes de Medicina Respiratoria. El programa incluye un novedoso curso pre-congreso y una Jornada Rioplatense de Residentes.

Agradecemos la participación de los disertantes invitados, el auspicio de instituciones públicas y privadas y el aporte económico de las empresas que permitieron la realización de este congreso.

Deseamos cumplir con todas las expectativas generadas por este clásico y compartir con todos Uds. un ambiente de camaradería que permita afianzar los vínculos sociales y profundizar el conocimiento científico. Cordialmente.

Gabriel Pardo  
Secretario

Patricia Malamud  
Tesorera

Salvador Pace  
Presidente



# Autoridades

XXI CONGRESO  
DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

## COMITÉ EJECUTIVO y ORGANIZADOR

Presidente Salvador Pace  
Secretario Gabriel Pardo  
Tesorera Patricia Malamud

## COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente Eduardo Giugno  
Secretarias Valeria Morandi  
Gabriela Tabaj  
Integrantes Andrés Echazarreta  
Álvaro Alonso  
Cristina Borrajo  
Jorge Draghi  
Cristina Gaitán  
María Victoria Gallardo  
Fernando Inza  
Mario Macuso  
Miriam Sanjurjo

## STNBA - COMISION DIRECTIVA 2011 – 2013

Presidente Salvador Pace  
Vicepresidente Susana Nahabedian  
Secretario Gabriel Pardo  
Tesorera Patricia Malamud  
1° Vocal Titular Analía Allemandi  
2° Vocal Titular Artemio Oscar Garcia  
1° Vocal Suplente Sergio Zarewsky

## Comisión Revisora de Cuentas

Titulares Beatriz Martínez - Stella Bravo  
Suplente César Salomone

## COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Luis Wehbe Alejandro Frino  
Carlos de la Vega Laura Araya  
Alicia Rodríguez Nicolás Baillieau  
Diana Lancellotti Jorge Taborda

## DISERTANTES EXTRANJEROS INVITADOS

### Juan José Soler-Cataluña

Unidad de Neumología, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Requena, Requena, Valencia, España.

### Luis Piñeyro

Profesor Titular de Clínica Neumológica de la Universidad de la República. Montevideo. Uruguay

### Jose P. Arcos

Prof. Agdo. del Instituto del Tórax. Laboratorio de Función Respiratoria, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo. Uruguay

# Información General

XXI CONGRESO  
DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

## Sede del Congreso

Hotel Costa Galana  
Boulevard P. Peralta Ramos 5725  
Mar del Plata, Argentina  
Tel. (0223) 410-5000  
www.hotelcostagalana.com

## Horarios de Funcionamiento de la Secretaría.

Jueves 25 de abril: 09:00 – 19:00  
Viernes 26 de abril: 07:30 – 19:00  
Sábado 27 de abril: 08:00 - 19:00

## Certificado de Asistencia

Se entregará un certificado de asistencia a todos los participantes y Expositores.

## Clima

El clima en Mar del Plata, en el mes de abril, es cálido durante el día, refrescando por la noche. La temperatura oscila entre los 14º y 25ºC.

## Credenciales

Por razones de seguridad todos los participantes y expositores deberán exhibir su credencial durante el Congreso.

## Categorías

Comité Organizador: Rojo  
Comisión Directiva: Naranja  
Disertante: Violeta  
Participante: Azul  
Expositor Comercial: Verde

## Responsabilidad

El Comité Organizador del Congreso y/o la Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires no aceptarán responsabilidad legal por daños sufridos por los participantes y/o sus pertenencias durante el congreso y/o los tours. Es entonces recomendable que los participantes cuenten con un seguro personal de viaje.

## Exposición Comercial

La Exposición Comercial tendrá lugar en el Salón Real Norte y Foyer.

## Horarios de Funcionamiento de la Exposición Comercial:

Jueves 25 de abril: 13:00 - 19:00  
Viernes 26 de abril: 09:00 - 19:00  
Sábado 27 de abril: 09:00 - 18:00

## Fotografías

Las fotografías tomadas por el fotógrafo oficial del Congreso serán exhibidas para la venta durante el Congreso.

## Stand de Turismo

El Stand de Turismo AT & C Viajes estará ubicado en el Foyer del Salón Real para información sobre turismo, venta de tours, informes de vuelos y reservas.

## Oficina Receptora de Material Audiovisual

Ubicada en el Foyer del Salón Real. Se solicita a los presentadores entregar su material audiovisual por lo menos 1 hora antes de su presentación.

## Presentaciones de Posters:

La recorrida de Posters tendrá lugar en el Salón Peralta Ramos Norte el viernes 26 de abril en el horario de 11:00 a 12:00.

# Cronograma de Actividades

XXI CONGRESO DE FISIOLÓGIA Y NEUMONOLÓGIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata



## ACTIVIDADES SOCIETARIAS

### Asamblea Anual Extraordinaria

Viernes 26 de abril, 19:30 horas - Salón Peralta Ramos Norte (1er piso) Primer llamado: 18:30 horas - Segundo llamado: 19:30 horas

### Orden del Día:

1. Apertura de la Asamblea y lectura del Orden del día.
2. Elección de dos socios para firmar el Acta, juntamente con el Sr. Presidente y el Sr. Secretario.
3. Lectura y consideración de la Memoria anual y Balance para su aprobación del ejercicio finalizado el 31/03/2013.
4. Asunción del nuevo Presidente, quien designará Secretario y Tesorero a aprobarse por la Asamblea.
5. Elección de la nueva Comisión Directiva: Vicepresidente, Vocales Titulares y Suplentes y Órgano de fiscalización con mandato de dos años.

## PROGRAMA SOCIAL

Jueves 25 de abril, Salón Real Sur (Nivel -1)

### 20:00 ACTO DE APERTURA

Himno Nacional Argentino  
Palabras del Presidente del XXI Congreso de la STNBA

### 20:30 COPA DE BIENVENIDA

Salón Peralta Ramos Sur (1er. Piso)

## Jueves 25 de abril de 2013

HORA	SALÓN REAL SUR (Nivel -1)
10:00 – 19:00	ACREDITACIÓN (Foyer Salón Real)
13:00 – 19:00	CURSO PRE CONGRESO Estrategias diagnósticas en el paciente respiratorio: ¿Qué es, cómo es y para qué sirve?
20:00 – 20:30	ACTO DE APERTURA
HORA	SALÓN PERALTA RAMOS (1° piso)
20:30	COPA DE BIENVENIDA

## Viernes 26 de abril de 2013

HORA	SALÓN REAL SUR (Nivel -1)	SALÓN PERALTA RAMOS SUR (1° piso)	SALÓN PERALTA RAMOS NORTE (1° piso)
08:00 – 18:00		ACREDITACIÓN (Foyer Salón Real)	
09:00 – 10:00	EPOC	Infecciones Respiratorias	
10:00 – 11:00		Tabaquismo	
11:00 – 11:15	INTERVALO – COFFEE BREAK (Salón Real Norte)		
11:15 – 12:15		Enfermedades Respiratorias por Alteración del Medio Ambiente	(11:00 – 12:00) Recorrida de Posters
12:15 – 13:15	Simposio GLAXO SMITHKLINE EPOC: “Una Ventana al Futuro” (Salón Real Sur)		
13:15 – 14:30	INTERVALO		
14:30 – 15:30	Enfermedades Difusas del Parénquima Pulmonar	Endoscopía para el Médico Clínico	
15:30 – 16:30	Fibrosis Quística	(15:30 – 16:45) Cáncer de Pulmón	
16:30 – 16:45	INTERVALO – COFFEE BREAK (Salón Real Norte)		
16:45 – 18:45	Jornada Rioplatense de Residentes	(17:00 – 19:00) Actividad Abierta a la Comunidad: Pregunte al especialista	
19:30			ASAMBLEA SNTBA

## Sábado 27 de abril de 2013

HORA	SALÓN REAL SUR (Nivel -1)	SALÓN PERALTA RAMOS SUR (1° piso)
09:00 – 10:00	Asma	Bronquiectásias no FQ
10:00 – 11:00		Enfermedades Difusas del Parénquima Pulmonar II
11:00 – 11:15	INTERVALO – COFFEE BREAK (Salón Real Norte)	
11:15 – 12:00	Conferencia Desarrollo de un Programa de EPOC en Valencia (Salón Real Sur)	
12:15 – 13:15	Simposio Boehringer Ingelheim Racional de la terapia dual broncodilatadora en EPOC (Salón Real Sur)	
13:15 – 14:30	INTERVALO	
14:30 – 15:30	Hipertensión Pulmonar	Enfermedades Respiratorias y Embarazo
15:30 – 16:30	Trastornos Respiratorios del Sueño	Tuberculosis y sus Asociaciones
16:30 – 16:45	INTERVALO – COFFEE BREAK (Salón Real Norte)	
16:30 – 17:30	De la Estrategia GOLD al consultorio	Nuevas Tendencias en Tuberculosis
17:30	CLAUSURA DEL CONGRESO	





# Programa Científico

# Jueves 25 Abril de 2013

XXI CONGRESO  
DE FISIOLÓGIA Y NEUMONOLÓGIA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

## FOYER SALON REAL SUR Nivel -1

10:00 – 19:00 **Acreditación**

## SALÓN REAL SUR Nivel -1

13:00 – 19:00 **CURSO PRE CONGRESO**  
**Estrategias diagnósticas en el paciente respiratorio: ¿Qué es, cómo es y para qué sirve?**  
*Directores: Alvaro Alonso - Santiago Rossi*  
*Secretario: Gabriel Pardo*

### 13:00 – 14:30 1º SESIÓN

13:00 – 13:20 **Espirometría- Curva flujo volumen- EFR decúbito -presiones bucales**  
*Disertante: Ernesto Prieto*

13:20 – 13:40 **Volúmenes pulmonares pletismografía y dilución – Resistencia- DLCO**  
*Disertante: Javier Brea Folco*

13:40 – 14:00 **Pruebas de provocación (metacolina histamina o manitol) -provocación ejercicio**  
*Disertante: Mariano Fernández Acquier*

**FENO- Prick test**  
*Disertante: María Victoria Gallardo*

14:00 – 14:20 **Consumo oxígeno en ejercicio - Escalas de Disnea mMRC o ITD**  
*Disertante: Javier Brea Folco*

14:20 – 14:30 **Preguntas y Discusión**

### 14:45 – 16:15 2º SESIÓN

14:45 – 15:05 **Polisomnografía - poligrafía - Titulación - oximetría nocturna – capnografía- CO exhalado**  
*Disertante: Daniela Visentini*

15:05 – 15:25 **Métodos de detección TB- Métodos abreviados cultivos –PCR- micobacterias atípicas- diagnóstico micológico- esputo inducido**  
*Disertante: Nora Morcillo*

15:25 – 15:45 **Test sudor - disquinesia ciliar -alfa1 antitripsina**  
*Disertante: Mariano Fernández Acquier*

15:45 – 16:05 **FBC -punción transcarínica–EBUS- mediastinoscopia–mediastinotomía- VATS**  
*Disertante: Artemio Oscar García*

16:05 – 16:15 **Preguntas y Discusión**

16:15 – 16:30 **Intervalo – Coffee Break (Salón Real Norte)**

## SALÓN REAL SUR Nivel -1

### 16:30 – 18:00 3º SESIÓN

16:30 – 16:50 **Centellograma VQ -RMN –AngioTC**  
*Disertante: Sebastián Costantino*

16:50 – 17:10 **Procalcitonina -proBNP -Dimero D -troponina T - galactomanano –ACE**  
*Disertante: Alvaro Alonso*

17:10 – 17:30 **Ecodoppler para neumonólogos – Cateterismo derecho y test de vasorreactividad**  
*Disertante: Héctor Gómez Santamaría*

17:30 – 17:50 **Rx Digital- Low Dose TC- PET TC**  
*Disertante: Sebastián Costantino*

17:50 – 18:00 **Preguntas y Discusión**

### 18:00 – 18:15 Intervalo

18:15 – 19:30 **4º SESIÓN**  
**Patrones tomográficos**

18:15 – 18:45 **TC: patrones reticulares - TC: patrón nodular**  
*Disertante: Santiago Rossi*

18:45 – 19:15 **TC patrón quístico - TC patrón alveolar**  
*Disertante: Santiago Rossi*

19:15 – 19:30 **Preguntas y Discusión**

## SALÓN REAL SUR Nivel -1

20:00 – 20:30 **ACTO DE APERTURA**

## SALÓN PERALTA RAMOS SUR 1º piso

20:30 **COPA DE BIENVENIDA**

# Programa

## Viernes 26 Abril de 2013

XXI CONGRESO  
DE FISIOLÓGIA Y NEUMONOLÓGIA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

### FOYER SALON REAL SUR Nivel -1

08:00 – 19:00 **Acreditación**

### SALÓN REAL SUR Nivel -1

09:00 – 11:00 **EPOC**

Presidente: Eduardo Giugno  
Secretario: Javier Canevari

09:00 – 09:15 **Screening déficit de Alfa1 Antitripsina**  
Disertante: Mariano Fernández Acquier

09:15 – 09:30 **Hipertensión pulmonar en EPOC**  
Disertante: Patricia Malamud

09:30 – 09:45 **Tratamiento endoscópico del enfisema**  
Disertante: Alberto López Aráoz

09:45 – 10:00 **Overloap SAHOS-EPOC**  
Disertante: José P. Arcos (Uruguay)

10:00 – 10:40 **Diferencias y similitudes entre GOLD y GesEPOC**  
Disertante: Juan J. Soler Cataluña (España)

10:40 – 11:00 **Preguntas y Discusión**

### SALÓN PERALTA RAMOS SUR 1º piso

09:00 – 10:00 **Infecciones Respiratorias**  
Presidente: Eduardo Maniago  
Secretario: Jorge Taborda

09:00 – 09:15 **Valoración del paciente con NAC grave**  
Disertante: Ariel Manti

09:15 – 09:30 **Coqueluche**  
Disertante: Juan Gagnetten

09:30 – 09:45 **NAC en el adulto mayor**  
Disertante: Carlos Fiore

09:45 – 10:00 **Hanta virus**  
Disertante: Fabián Galeano

10:00 – 11:00 **Tabaquismo**  
Presidente: Fernando Sabas  
Secretaria: Clarisa Boim

10:00 – 10:17 **Intervención Breve**  
Disertante: Cristina Borrajo

10:17 – 10:34 **Tratamiento no farmacológico**  
Disertante: Luis Wehbe

10:34 – 10:51 **Adolescencia**  
Disertante: Beatriz Martínez

10:51 – 11:00 **Preguntas y Discusión**

11:00 - 11.15 **Intervalo – Coffee Break (Salón Real Norte)**

### SALÓN PERALTA RAMOS NORTE 1º Piso

11.00 - 12.00 **RECORRIDA DE POSTERS**  
Coordinadores: Mario Macuso – Liliana Castillo – Eduardo Maniago

### SALÓN PERALTA RAMOS SUR 1º piso

11:15 -12:15 **Enfermedades Respiratorias por Alteración del Medio Ambiente**  
Presidente: Jorge Draghi  
Secretaria: Marcela Asenjo

11:15 – 11:30 **Interacción e influencia de factores ambientales causantes de enfermedades respiratorias**  
Disertante: Horacio Asprea

11:30 – 11:45 **Influencia de factores ambientales sobre la salud a corto, mediano y largo plazo**  
Disertante: Julia Pinera

11:45 – 12:00 **Enfermedades respiratorias de origen ocupacional o enfermedades exposicionales.** Disertantes: Beatriz Martínez - Jorge Draghi

12:00 – 12:15 **Preguntas y Discusión**

### SALÓN REAL SUR Nivel -1

12:15 -13:15 **SIMPOSIO GLAXOSMITHKLINE EPOC: “Una Ventana al Futuro”**

El futuro no es lo que solía ser.  
Perspectivas esperables en el manejo de la EPOC  
Disertante: Daniel Colodenco

Compromiso de GlaxoSmithkline con la Medicina Respiratoria  
Disertante: Rosana Felice

13:15 – 14:30 **Intervalo**

### SALÓN REAL SUR Nivel -1

14:30 – 15:30 **Enfermedades Difusas del Parénquima Pulmonar.**  
Presidente: Valeria Morandi  
Secretaria: Diana Lancellotti

14:30 – 14:50 **Enfermedad difusa del parénquima pulmonar con sustrato inmunológico.**  
Disertante: Gabriela Tabaj

14:50 – 15:10 **Patrones tomográficos**  
Disertante: Santiago Rossi

15:10 – 15:30 **Pirfenidona como opción terapéutica**  
Disertante: Silvia Quadrelli

### SALÓN PERALTA RAMOS SUR 1º piso

14.30- 15.30 **Endoscopia para el Médico Clínico**  
Presidente: Carlos Wiersba  
Secretario: Luciano Peyrano

14:30 – 14:50 **Hemoptisis**  
Disertante: Alberto López Aráoz

14:50 – 15:10 **Estadificación del cáncer de pulmón - EBUS**  
Disertante: Artemio Oscar García

15:10 – 15:30 **Endoscopia respiratoria en UTI**  
Disertante: Ricardo Bracco

### SALÓN REAL SUR Nivel -1

15.30 - 16.30 **Fibrosis Quística**  
Presidente: Noemí Graneros  
Secretario: Marcelo Marcote

15:30 – 15:48 **Fibrosis quística. Formas de presentación atípica**  
Disertante: Jorge Herrera

15:48 – 16:06 **¿Cuándo pensar fibrosis quística en adultos?**  
Disertante: Berta Hendriksen

16:06 – 16:24 **Imágenes: ¿Cuándo sospechar fibrosis quística?**  
Disertante: Carlos Capuñay

16:25 – 16:30 **Preguntas y Discusión**

### SALÓN PERALTA RAMOS SUR 1º piso

15:30 - 16.45 **Cáncer de Pulmón**  
Presidente: Nicolás Itcovici  
Secretaria: Andrea Werbach

15:30 – 15:50 **Nuevo consenso intersocietario**  
Disertante: Pia Coppola

15:50 – 16:10 **Mutaciones genéticas del cáncer**  
Disertante: Nora Falcoff

16:10 – 16:30 **Tratamiento endoscópico del cáncer**  
Disertante: Ricardo Bracco

16:30 – 16.45 **Preguntas y Discusión**

16:30 – 16:45 **Intervalo – Coffee Break (Salón Real Norte)**

### SALÓN REAL SUR Nivel -1

16:45 – 18:45 **Jornada Rioplatense de Residentes**  
Coordinadora: María Victoria Gallardo  
Secretarios: Ayelén Lardizábal - Cecilia González Ginestet

Moderadores: Santiago Rossi, Luis Piñeyro (Uruguay), Eduardo Giugno, Andrea Werbach, Daniel Colodenco, Mónica Kierszenbaum.

**Casos Clínicos:**

Presentador: Manuel Giayetto - Hospital Dr. Antonio A. Cetrángolo.  
Discuten: Hospital San Juan de Dios de La Plata y Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz.

**Presentadora:** María Laura Alberti - Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer  
Discuten: Fundación Favalaro

**Presentadora:** Romina Fernández - Hospital J. M. Ramos Mejía. Discuten: Hospital Juan A. Fernández y Hospital Presidente Perón de Avellaneda.

**Presentadora:** Fernanda Escuder - Hospital Maciel de Uruguay Discuten: Hospital Británico de Buenos Aires y Hospital Nacional Alejandro Posadas.

### SALÓN PERALTA RAMOS SUR 1º piso

17:00 – 19:00 **Actividad Abierta a la Comunidad: Pregunte al Especialista**  
Coordinadores: Luis Wehbe, Carlos de la Vega (h), Nicolás Bailleau

### SALÓN PERALTA RAMOS NORTE 1º piso

19:30 **ASAMBLEA SNTBA**



# Programa

## Sábado 27 Abril de 2013

XXI CONGRESO  
DE FISIOLÓGIA Y NEUMONOLÓGIA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

SALÓN REAL SUR		Nivel -1	
09:00 - 11:00	<b>Asma</b> <i>Presidente: Carlos de la Vega (p)</i> <i>Secretaria: Verónica Palmisciano</i>	10:00 - 10:20 Revisión del Statement ERS/ATS <i>Disertante: Andrea Pino</i>	
09:00 - 09:20	Asma de difícil control <i>Disertante: Daniel Colodenco</i>	10:20 - 10:40 Utilidad del BAL y BTB <i>Disertante: Mirta Scarinci</i>	
09:20 - 09:45	Hospitalizaciones en asma aguda <i>Disertantes: María Victoria Gallardo - Martín Eduardo Fernández</i>	10:40 - 11:00 Valoración de la EPPD en el niño <i>Disertante: Matías Botelli</i>	
09:45 - 10:05	Asma en Pediatría <i>Disertante: Ana Balanzat</i>	11:00 - 11:15 Intervalo - Coffee Break (Salón Real Norte)	
10:05 - 10:25	Crisis asmática <i>Disertante: Fernando Inza</i>	<b>SALÓN REAL SUR</b> Nivel -1	
10:25 - 10:45	Asma y obesidad <i>Disertante: Cristina Ortiz</i>	11:15 - 12:00 <b>CONFERENCIA</b> Desarrollo de un Programa de EPOC en Valencia <i>Disertante: Juan José Soler-Cataluña (España)</i> <i>Presidente: Eduardo Giugno</i> <i>Secretaria: Gabriela Tabaj</i>	
10:45 - 11:00	Preguntas y Discusión	12:15 - 13:15 <b>SIMPOSIO</b> <b>Boehringer Ingelheim</b>	
<b>SALÓN PERALTA RAMOS SUR</b> 1º piso		Racional de la terapia dual broncodilatadora en EPOC <i>Disertante: Juan José Soler-Cataluña (España)</i>	
09:00 - 10:00	<b>Bronquiectasias no FQ</b> <i>Presidente: Miguel Storni</i> <i>Secretaria: Liliana Castillo</i>	Uso de anticolinérgicos en el manejo del asma. <i>Disertante: Eduardo Giugno</i>	
09:00 - 09:15	Necesidad de la definición etiológica <i>Disertante: Georgina Gramblicka</i>	13:15 - 14:30 <b>Intervalo</b>	
09:15 - 09:30	TCAR <i>Disertante: Carlos Capuñay</i>	14:30 - 15:30 <b>Hipertensión Pulmonar</b> <i>Presidente: Augusto Sarubbi</i> <i>Secretaria: Valeria Morandi</i>	
09:30 - 09:45	Rol de la infección <i>Disertante: Andrea Appendino</i>	14:30 - 15:00 Definición, clasificación y diagnóstico <i>Disertante: Jorge Cáneva</i>	
09:45 - 10:00	Tratamientos inhalatorios <i>Disertante: Stella Bravo</i>	15:00 - 15:30 Enfoque terapéutico <i>Disertante: Andrés Echazarreta</i>	
10:00 - 11:00	<b>Enfermedades Difusas del Parénquima Pulmonar II</b> <i>Presidente: Carlos de la Vega (h)</i> <i>Secretario: Guillermo Monaldi</i>		

SALÓN PERALTA RAMOS SUR		1º piso	
14.30- 15.30	<b>Enfermedades Respiratorias y Embarazo</b> <i>Presidente: María A. Martínez Cortiza</i> <i>Secretaria: Analía Allemandi</i>	15:45 - 16:00 Tuberculosis y HIV/SIDA <i>Disertante: Cristina Gaitán</i>	
14:30 - 14:50	Tabaco y embarazo <i>Disertante: Alejandro Frino</i>	16:00 - 16:15 Las nuevas tendencias en TB - Drogadicción <i>Disertante: Alberto Echazarreta</i>	
14:50 - 15:10	Asma y embarazo <i>Disertante: Andrés Bertorello</i>	16:15 - 16:30 Tuberculosis y ámbitos cerrados <i>Disertante: Silvina Márquez</i>	
15:10 - 15:30	Antibióticos y embarazo <i>Disertante: Oscar Rizzo</i>	16:30 - 16:45 Intervalo - Coffee Break (Salón Real Norte)	
<b>SALÓN REAL SUR</b> Nivel -1		<b>SALÓN REAL SUR</b> Nivel -1	
15:30 - 16:30	<b>Trastornos respiratorios del sueño</b> <i>Presidente: Alejandro Frino</i> <i>Secretaria: Ornela Paladini</i>	16.30 - 17.30 <b>De la Estrategia GOLD al Consultorio</b> <i>Presidente: Carlos Calvi</i> <i>Secretario: Sergio Zarewski</i>	
15:30 - 15:45	Introducción: Unidad de trastornos respiratorios de sueño en un hospital público. <i>Disertante: Daniela Visentini</i>	16:30 - 16:50 Desafíos y oportunidades (que agrega la estrategia al manejo práctico) <i>Disertante: Cristina Borrajo</i>	
15:45 - 16:00	Del diagnóstico a la estrategia para la adaptación al tratamiento en el paciente con TRVS . <i>Disertante: Julio Sileo</i>	16:50 - 17:10 ¿Se cumplen las estrategias planteadas? <i>Disertante: Andrés Echazarreta</i>	
16:00 - 16:15	Los TRVS y patologías no cardiológicas relacionadas <i>Disertante: Daniel Schöenfeld</i>	17:10 - 17:30 Hacia un Programa Nacional de EPOC <i>Disertante: Eduardo Giugno</i>	
16:15 - 16:30	Impacto del tratamiento médico y quirúrgico en los TRVS de la obesidad <i>Disertante: Carlos Franceschini</i>	<b>SALÓN PERALTA RAMOS SUR</b> 1º piso	
<b>SALÓN PERALTA RAMOS SUR</b> 1º piso		16:30 - 17:30 <b>Nuevas Tendencias en Tuberculosis</b> <i>Presidente: Alberto Echazarreta</i> <i>Secretarios: José De Sandro - Maribela Anganuzzi</i>	
15:30 - 16:30	<b>Tuberculosis y sus Asociaciones</b> <i>Presidente: Susana Nahabedian</i> <i>Secretarios: Eduardo Maniago - Elsa Bisero</i>	16:30 - 16:45 Cambios de presentación de la tuberculosis <i>Disertante: Ramón Alchapar</i>	
15:30 - 15:45	Las tendencias epidemiológicas en tuberculosis. <i>Disertante: Oscar Fernández</i>	16:45 - 17:00 Fitnes TB-MR y su transmisión <i>Disertante: Nora Morcillo</i>	

17:00 - 17:15	Tuberculosis y migrantes <i>Disertante: Cristina Brian</i>
17:15 - 17:30	Tuberculosis Infantil: Nuevos desafíos <i>Disertante: Miriam Sanjurjo</i>

### SALÓN REAL SUR Nivel -1

## 17:30 Clausura del Congreso



# Índice de Participantes

XXI CONGRESO  
DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata



Arcos, José P.  
Alberti, María Laura  
Alchapar, Ramón  
Allemandi, Analía  
Alonso, Alvaro  
Anganuzzi, Maribela  
Appendino, Andrea  
Asenjo, Marcela  
Asprea, Horacio  
Balanzat, Ana  
Bertorello, Andrés  
Bisero, Elsa  
Boim, Clarisa  
Borrajo, Cristina  
Botelli, Matías  
Bracco, Ricardo  
Bravo, Stella  
Brea Folco, Javier  
Brian, Cristina  
Calvi, Carlos  
Cáneva, Jorge  
Canevari, Javier  
Capuñay, Carlos  
Castillo, Liliana  
Colodenco, Daniel  
Coppola, Pía  
Costantino, Sebastián  
de la Vega (h), Carlos  
de la Vega (p), Carlos  
De Sandro, José  
Draghi, Jorge  
Echazarreta, Andrés  
Falcoff, Nora  
Felice, Rosana

Fernández, Martín Eduardo  
Fernández, Oscar  
Fernandez Acquier, Mariano  
Fiore, Carlos  
Franceschini, Carlos  
Frino, Alejandro  
Gagneten, Juan  
Gaitán, Cristina  
Galeano, Fabián  
Gallardo, María Victoria  
García, Artemio Oscar  
Giayetto, Manuel  
Giugno, Eduardo  
Gómez Santamaría, Héctor  
González Ginestet, Cecilia  
Gramblicka, Georgina  
Graneros, Noemí  
Hendriksen, Berta  
Herrera, Jorge  
Inza, Fernando  
Itcovici, Nicolás  
Kierszenbaum, Mónica  
Lancellotti, Diana  
Lardizábal, Ayelén  
López Aráoz, Alberto  
Macuso, Mario  
Malamud, Patricia  
Maniago, Eduardo  
Manti, Ariel  
Marcote, Marcelo  
Márquez, Silvina  
Martínez, Beatriz  
Martínez Cortiza, María A.  
Monaldi, Guillermo

Morandi, Valeria  
Morcillo, Nora  
Nahabedian, Susana  
Ortiz, Cristina  
Pace, Salvador  
Paladini, Ornela  
Palmisciano, Verónica  
Pardo, Gabriel  
Peyrano, Luciano  
Pino, Andrea  
Pinera, Julia  
Piñeyro, Luis  
Prieto, Ernesto  
Quadrelli, Silvia  
Rizzo, Oscar  
Rodríguez, Alicia  
Rossi, Santiago  
Sabas, Fernando  
Salomone, César  
Sanjurjo, Miriam  
Sarubbi, Augusto  
Scarinci, Mirta  
Schöenfeld, Daniel  
Silio, Julio  
Soler Cataluña, Juan J.  
Storni, Miguel  
Tabaj, Gabriela  
Taborda, Jorge  
Videla, Alejandro  
Visentini, Daniela  
Wehbe, Luis  
Werbach, Andrea  
Wiersba, Carlos  
Zarewsky, Sergio

XXI CONGRESO  
DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata





# Posters

XI CONGRESO  
DE FISIOLÓGIA Y NEUMONOLÓGIA  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
25 al 27 de abril de 2013  
Hotel Costa Galana, Mar del Plata

## P-01

### TABAQUISMO Y CONSEJO ANTITABAQUICO EN PACIENTES INTERNADOS POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

**Autores:** Cortiñaz, M.V; Pace,S.A, Rey, S.V; Tajés, M.S. Hospital del Tórax "Dr. Antonio A.Cetrangolo"

**Introducción:** El tabaquismo es el factor de riesgo prevenible de varias enfermedades, muertes y costos por cuidados en Argentina y el mundo. A nivel mundial cada año cerca de 4 millones de personas mueren y el 8.8% es debido alguna enfermedad asociada al tabaquismo. **Objetivos:** 1.Describir la conducta tabáquica de los pacientes internados en un hospital especializado en patología respiratoria. 2. Conocer e identificar las creencias del paciente respecto a la asociación entre tabaquismo y su enfermedad, independientemente de su condición tabáquica actual. 3. Determinar si los pacientes recibieron consejo médico antitabaquico. **Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal realizado en el segundo semestre de 2012, en pacientes adultos de ambos sexos, internados por patología respiratoria en un hospital monovalente. Dentro de las 48 hs del ingreso al hospital se realizó una encuesta supervisada y se evaluó tabaquismo, asociación entre tabaquismo y enfermedad y consejo medico antitabáquico. **Resultados:** Se encuestaron a 95 pacientes internados; el 37,89% eran mujeres con edad promedio de 48 años y el 62.11% hombres, con edad promedio de 55.5 años. El 24,2 % de la población era tabaquista actual, el 46.31% ex fumadores y el resto no fumadores. Entre fumadores la media del índice tabáquico fue de 46,74 p/y. De los fumadores, el 39 % eran mujeres y el 61% hombres. El 79% de los fumadores actuales y el 82% de los ex fumadores asociaron el tabaquismo a su enfermedad respiratoria. El 20% de los fumadores y ex fumadores recibieron consejo antitabáquico de su médico.

**Conclusiones:** 1.Se observa una mayor prevalencia de tabaquismo en los hombres respecto a las mujeres, acorde con lo que se describe en la bibliografía. 2. La mayoría de la población encuestada era fumadora actual o ex fumadora, lo que evidencia la relación existente entre tabaquismo y patología respiratoria. 3. Si bien el porcentaje de fumadores actuales es bajo, de acuerdo al promedio de p/y se podría inferir que se trata de fumadores con un alto grado de dependencia física. 4. La gran mayoría de los fumadores actuales y ex fumadores asociaron su enfermedad actual al consumo de tabaco. 5. La gran mayoría de los pacientes recibieron consejo antitabaquico por parte de su médico.

## P-02

### METASTASIS ENDOBRONQUIAL TARDIA DE TUMOR RENAL .

**Autores:** Cortiñaz, M.V; Pace,S.A, Rey, S.V; Tajés, M.S. Hospital del Tórax "Dr. Antonio A.Cetrangolo"

**Introducción:** El tabaquismo es el factor de riesgo prevenible de varias enfermedades, muertes y costos por cuidados en Argentina y el mundo. A nivel mundial cada año cerca de 4 millones de personas mueren y el 8.8% es debido alguna enfermedad asociada al tabaquismo. **Objetivos:** 1.Describir la conducta tabáquica de los pacientes internados en un hospital especializado en patología respiratoria. 2. Conocer e identificar las creencias del paciente respecto a la asociación entre tabaquismo y su enfermedad, independientemente de su condición tabáquica actual. 3. Determinar si los pacientes recibieron consejo médico antitabaquico. **Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal realizado en el segundo semestre de 2012, en pacientes adultos de ambos sexos, internados por patología respiratoria en un hospital monovalente. Dentro de las 48 hs del ingreso al hospital se realizó una encuesta supervisada y se evaluó tabaquismo, asociación entre tabaquismo y enfermedad y consejo medico antitabáquico. **Resultados:** Se encuestaron a 95 pacientes internados; el 37,89% eran mujeres con edad promedio de 48 años y el 62.11% hombres, con edad promedio de 55.5 años. El 24,2 % de la población era tabaquista actual, el 46.31% ex fumadores y el resto no fumadores. Entre fumadores la media del índice tabáquico fue de 46,74 p/y. De los fumadores, el 39 % eran mujeres y el 61% hombres. El 79% de los fumadores actuales y el 82% de los ex fumadores asociaron el tabaquismo a su enfermedad respiratoria. El 20% de los fumadores y ex fumadores recibieron consejo antitabáquico de su médico.

**Conclusiones:** 1.Se observa una mayor prevalencia de tabaquismo en los hombres respecto a las mujeres, acorde con lo que se describe en la bibliografía. 2. La mayoría de la población encuestada era fumadora actual o ex fumadora, lo que evidencia la relación existente entre tabaquismo y patología respiratoria. 3. Si bien el porcentaje de fumadores actuales es bajo, de acuerdo al promedio de p/y se podría inferir que se trata de fumadores con un alto grado de dependencia física. 4. La gran mayoría de los fumadores actuales y ex fumadores asociaron su enfermedad actual al consumo de tabaco. 5. La gran mayoría de los pacientes recibieron consejo antitabaquico por parte de su médico.

## P-03

### TBC PULMONAR Y CUTÁNEA

**Autores:** Bavasso, EC; Barragán, P; Fernández Acquier, M; Martín, V; Piedrabuena, AK; Ortiz, MC, Torrisi, M, Vaquero, N. Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. Gral. Rodríguez. Prov. Bs. As. Argentina. **Objetivos:** Presentar un caso de TBC pulmonar y cutánea colicuativa en paciente inmunocompetente.

**Introducción:** La TBC cutánea es infrecuente y representa tan sólo el 1-4% de las formas extrapulmonares, reemergente debido a la epidemia del VIH y la creciente de inmunosupresión farmacológica. Presenta un gran espectro clínico: complejo primario cutáneo, TBC verrugosa, lupus vulgar, TBC colicuativas (goma, pseudomicetoma y escrofuloderma), TBC orificial, y TBC miliar aguda diseminada. Los pacientes con TBC cutánea simultáneamente pueden presentar compromiso pulmonar en un número estadísticamente significativo. El 10-40% de las TBC pulmonares activas pueden tener compromiso endobronquial, siendo propuesto por algunos autores que la TBC es una posible causa de antracosis y fibroantracosis bronquial.

**Caso clínico:** Varón 40 años, boliviano, padre fallecido por TBC hace 18 años. Consultó a Dermatología por lesión nodular en antebrazo derecho, duroelástica, móvil, indolorosa, con eritema suprayacente, de 2 meses de evolución. Refería tos y expectoración mucopurulenta, sudoración nocturna y pérdida de peso. Rx de tórax con infiltrado intersticionodulillar bilateral a predominio superior, VSG 59, PPD 2 UT 6 mm y serología para VIH (-), punción aspiración y biopsia por punch de la lesión cutánea sin diagnóstico. **Baciloscopia de esputo seriado y cultivo:** ZN (-). A las 2 semanas la lesión de piel progresó a úlcera oval con centro purulento y borde eritematoso, realizándose nueva biopsia con cultivo para GC, hongos y BAAR. Se realizó videobroncoscopia observándose placas de antracosis en árbol bronquial y lesión sésil, friable en bronquio del LSI, que se biopsió. **Resultados:** cultivo de biopsia de piel, cultivo del LB y cultivo de esputo BAAR+, biopsia bronquial con marcado edema e infiltrado mononuclear. El paciente, con diagnóstico de TBC cutánea colicuativa y pulmonar, inició H, R, Z, E completando 1 año de tratamiento, con buena evolución y resolución de la lesión endobronquial

**Conclusión:** Ante la amplia variedad morfológica de la TBC cutánea, en un paciente con lesiones en piel y síntomas constitucionales debemos pensar en TBC pulmonar y realizar una adecuada historia clínica, examen físico y pruebas de diagnóstico para determinar la etiología y el compromiso pulmonar asociado.

## P-04

### OSTEOARTROPATÍA HIPERTRÓFICA COMO MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA PREVIA A LA IDENTIFICACIÓN DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PULMÓN.

**Autores:** Matías Albert1, María Auad Hernandez1, Isabel Gercek2, Alfredo Garcia3. 1Servicio de Clínica Médica, 2Servicio de Anatomía Patológica, 3Servicio de Ecografía. Hospital Municipal Carlos Macías, Mar de Ajó.

**Resumen:** *La osteoartropatía hipertrófica es un síndrome clínico-radiológico caracterizado por proliferación del periostio de huesos tubulares con hipocratismo digital. En más del 90 % de los casos se ha relacionado con un tumor intratorácico, más raramente secundario a hemopatía maligna, procesos cardiovasculares e infecciosos. Aportamos el caso de un paciente al que se detectó la alteración meses antes de la aparición del tumor maligno pulmonar en un sitio de difícil acceso y que sólo fue posible su diagnóstico con la biopsia de su lesión metastásica a nivel vertebral. Palabras clave Síndrome paraneoplásico. Osteoartropatía hipertrófica. Carcinoma epidermoide queratinizante.*

## P-05

### SUPURACIÓN PLEUROPULMONAR POR TBC

**Autores:** Dr. Alva Grimaldi L; Dra. Alvarez M; Dr. Cora N; Dra. Forlin B; Dra. Galván A; Dra. Martinez L; Dra. Rodriguez K. Hospital Lucio Meléndez

**Introducción:** Las supuraciones pleuropulmonares continúan siendo un problema de presentación frecuente que origina una morbimortalidad importante en pacientes pediátricos, siendo la tuberculosa la forma menos habitual. Esta entidad se caracteriza por presentar dificultades en su diagnóstico y en su terapéutica debido a la heterogeneidad de su expresión clínica. Con frecuencia el derrame es unilateral. Suele comenzar de forma brusca con fiebre, disnea, dolor torácico en la inspiración y disminución del murmullo vesicular. La prueba cutánea de la tuberculina es positiva en el 70 % de los casos. El estudio del líquido es importante para confirmar el diagnóstico. Casi nunca se encuentran bacilos en los frotis de líquido teñido por Ziehl y los cultivos son positivos solamente en menos del 30 % de los casos. **Objetivos:** Dar a conocer las características clínicas de un paciente con supuración pleuropulmonar causada por gérmenes no habituales. **Caso clínico:** Adolescente femenina de 12 años de edad consulta por fiebre de 72 hs de evolución y dolor torácico izquierdo (punzante) se le diagnostica neumonía por lo que se inicia amoxicilina, por persistencia de la fiebre con el agregado de dificultad respiratoria e hipoxemia, se decide su internación. Rx tórax: consolidación y derrame pleural izquierdo. Se realiza toracocentesis y el citoquímico de líquido pleural (LP) informa Glu 67 mg/dl, LDH 1.139 UI/L Prot 4.5 g/dl Ph 7.5 Aspecto ligeramente turbio, elementos 2000 mm3 predominio 80% linfocitario. HMG: GB 5600 (0/46/2/0/40/12) ERS 52 mm GR 3.780.000. Hb 11 g/dl. Hto 32 %. VCM 86 fl. HCM 29 pg. CHCM 33.9 g/dl. Plaquetas 308.000 Urea 31mg/dl. Prot totales 6.2 g/dl. Albúmina 3.4 g/dl. Bili T 0.5. FA 125 UI/L. TGO 17 UI/L. TGP 15 UI/L. Colesterol 101 mg/dl. Cultivos: HMC x 2 (-). LP: se extrae 1.2 lts de líquido citrino y se coloca drenaje pleural. **TAC de tórax con contraste:** derrame izquierdo de moderada cantidad, tabicado; derrame derecho de pequeña cuantía en seno costofrénico. Pleura engrosada con dos colecciones de líquido, delimitados, paracardiaco. Un ganglio en mediastino de aproximadamente 1 cm. Atelectasia bibasal. Esputo: baciloscopia (-) y gérmenes comunes (-). **LP: directo: negativo y cultivo:** mycobacterias (+) con desarrollo de 6 colonias (M. tuberculosis). ADA (LP) 48.3 UI/L. PPD 2UT: 0 mm. Cumplió 14 días de ceftriaxona 80 mg/kg/día. Realiza tratamiento completo con drogas tuberculostáticas, 2 meses con HRZE y 7 meses con HR.

**Conclusión:** *Reconocer la importancia de considerar gérmenes no habituales dentro de las causas de derrame pleural de gran magnitud, para un manejo adecuado del paciente.*

## P-06

### HEMOPTISIS MASIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Autores:** Galperin A, Yanquipalla N, Ceccato A, Espósito G, Del Valle E, Garcia A.

**Introducción:** La hemoptisis es un síntoma respiratorio frecuente, expresión de diversas afecciones. En sus formas graves y masivas constituye un cuadro de extrema gravedad con elevada morbimortalidad. La hemoptisis masiva se define como un sangrado potencialmente agudo que amenaza la vida, más de 100 a más de 600 ml de sangre en un período de 24 horas. Para los pacientes con hemoptisis masiva, se sugiere la broncoscopia flexible como la intervención inicial para evaluar y tratar de controlar la hemorragia, si continúan sangrando a pesar de la

intervención Broncoscópica flexible y lo suficientemente estable como para dejar la unidad de cuidados intensivos durante un procedimiento, sugerimos la embolización arteriográfica en lugar de la cirugía durante los episodios de sangrado activo. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 52 años, con antecedentes de TBQ severo y HAF en hemitorax izquierdo en 2008 (escopeta), con requerimiento de tubo de avenamiento pleural por presentar hemotórax, Sin complicaciones. Consulta a otro centro por hemoptisis masiva sin descompensación hemodinámica, se realiza tc de tórax que evidencia secuela pleuropulmonar izquierda, múltiples imágenes compatibles con perdigones. Se deriva al hospital Posadas por presentar nuevo episodio de hemoptisis, se realiza broncoscopia diagnóstica la cual evidencia sangrado activo a nivel de lingula, por lo que se coloca balón tipo Fogarty nº7. Presenta nuevo episodio de hemoptisis por lo que se programa Hemodinamia en la cual se evidencia: Ramas intercostales izquierdas (6ª y 9ª) con imagen de neo vascularización a nivel distal y signos de cortocircuito sistémico-pulmonar, embolización selectiva de arterias intercostales izquierdas (6ª y 9ª), sin complicaciones. Posterior al estudio no presenta nuevos episodios de hemoptisis.

**Conclusión:** *Reportar una causa inusual de hemoptisis y su buena evolución con el tratamiento habitual.*

## P-07

### TUBERCULOSIS PULMONAR ASOCIADA A INFLIXIMAB EN PACIENTE CON ANTIGUO CONTACTO TBC

Gabriel Pardo - Hospital Dr. A.A. Cetrángolo

**Presentación del Caso:** Mujer de 55 años que padece Artritis Reumatoidea (AR) diagnosticada en 1986 tratada con 4 ciclos de 300mg de Infliximab, recibiendo también predinsona 5mg/día en los últimos 3 a 4 años. Comenzó con tos un mes y fue con eritromicina por 15 días sin mejoría. Consultó a una guardia y fue tratada con corticoides y nebulizaciones con 2-agonistas. La Rx de Tórax mostró infiltrado en campo medio izquierdo. La TAC de Tórax mostró consolidación con broncograma en segmento anterior de LSI sin adenomegalias ni otro compromiso. Es enviada a consulta por reumatólogo con diagnóstico de Neumonía Aguda de la Comunidad.

**Evaluación:** Refirió que su madre padeció Tuberculosis (TB) cuando ella tenía 11 años. No presentó fiebre ni pérdida de peso. Presentaba roncus en hemitórax derechos y se encontraba afebril y sin tos. Una PPD realizada 2 días antes resultó de 25 mm y la PPD previa (45 días) era de 0 mm. Con diagnóstico presuntivo de TB Secundaria a Infliximab y ante la ausencia de tos se solicitó una Fibrobroncoscopia (FBC) cuyo Lavado Bronquial (LB) fue Baciloscópicamente Negativo (BI) y el Cultivo resultó I (CI). Se propuso nueva FBC que la paciente rehusó realizar. Permaneció sin tos, fiebre, pérdida de peso ni cambios radiológicos. A los 2 meses comenzó con tos seca y aceptó someterse a otra FBC cuyo LB fue BI y el CI a los 60 días. Inició tratamiento con 4 drogas (IRPE) por 2 meses y 2 drogas por 4 meses según peso (100Kg). Durante el tratamiento sólo presentó dorsalgia que cedió con el tratamiento de su AR. Completó tratamiento con curación clínico-radiológica. Una TAC de Tórax posterior mostró imágenes lineales fibrocicatrizales en LSD y lingula, una bulla subpleural y dilataciones bronquiales de tipo retráctil en lingula y aisaldos nodulillos menores a 5 mm bilaterales secuelares. **Discusión:** La afectación pulmonar es una de las manifestaciones extraarticulares más comunes las de AR . El riesgo de TB en pacientes con AR aumenta en pacientes en tratamiento con anti-Factores de Necrosis Tumoral (anti-TNF) entre ellos el Infliximab . El uso exclusivo de profilaxis en pacientes con TB latente (LTB) que reciben anti-TNF ha sido cuestionado por a la presencia de PPD falsa y en países con alta prevalencia de TBC .

**Conclusiones:** *Debe discutirse la necesidad de tratamiento profiláctico de LTB en los pacientes que reciban anti-TNF en nuestro medio. Referencias: Richman NC et al. Extraarticular manifestations of rheumatoid arthritis in a multiethnic cohort of predominantly Hispanic and asian patients. Medicine (Baltimore). 2013 Mar;92(2):92-7. Dixon WG et al.Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the BSR Biologics Register. Ann Rheum Dis. 2010 Mar;69(3):522-8. Lopes DM et al. Diagnosis and treatment of latent tuberculosis in patients with chronic inflammatory diseases: use of TNF-alpha-targeting biological products. J Bras Pneumol. 2011 Jun;37(3):308-16*

## P-08

### PREVALENCIA DE BACTERIAS EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

Ana Sangoy, Andrea Appendino, Laura Biglieri. Silvia Goaycochea, Patricia Malamud, Georgina Gramblicka. Servicio de Bacteriología, Hospital Antonio a. Cetrángolo, Vicente López, Buenos Aires. Sevicio de Neumonología , Hospital Antonio A. Cetrángolo, Vicente López, Buenos Aires

**Introducción:** Las bronquiectasias se definen como la dilatación anormal y permanente de bronquios y bronquiolos, debido a la destrucción de los componentes estructurales de la pared



bronquial y usualmente esta asociada a infección o inflamación. Laenec 1819, las describió por primera vez, siendo una patología muy frecuente antes de la era de los antibióticos. En la actualidad es un problema menor en países desarrollados a diferencia de los países en vías de desarrollo. La progresión de las bronquiectasias depende de la persistencia de la infección bacteriana y aunque es difícil de erradicar debe reducirse su carga. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de bacterias en pacientes con bronquiectasias no FQ. **Materiales y metodos:** Es un estudio descriptivo de corte transversal para determinar la prevalencia de bacterias en bronquiectasias no FQ. Los datos provienen del servicio de Neumonología Clínica del Hospital Antonio A. Cetrángolo. Vicente López. Prov de Bs As. obtenidos durante el período comprendido entre 01 de Enero de 2011 al 31 de Diciembre de 2012. Población: 69 pacientes adultos de ambos sexos entre 18 y 65 años con diagnóstico clínico y tomográfico de bronquiectasias. Se consideraron aptas para cultivo solo aquellas muestras que presentaron en el examen microscópico directo con tinción de Gram, según criterio de Murray y Washington, menos de 10 células y mas de 25 PMN por campo. No fueron consideradas aquellas muestras que presentaron flora habitual de vías aérea superiores. Las muestras se sembraron en: Agar Sangre, Agar Chocolate, EMB Levine y Chapman. Los cultivos se incubaron 48hs. A 37°C en condiciones aerobias y con atmósfera de 5-10% CO2. La identificación y sensibilidad de bacterias se llevó a cabo por el método automatizado VITEK 2, pruebas bioquímicas y el método de difusión de Kirby- Bauer y cols. para antibiogramas. **Resultados:** Todos los pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de bronquiectasias no FQ se confirmó la presencia de patógenos. Las bacterias mas frecuentes asiladas en este grupo de pacientes son Pseudomonas sp. 58%, Moraxella catarrhalis 9%, Haemophilus influenzae 7%, Staphylococcus aureus 6%, Stenotrophomonas maltophilia 4%, Streptococcus pneumoniae 4%, Acinetobacter sp. 1% y Achromobacter sp. 1%. Las Pseudomonas sp. fue la bacteria predominante como causa de infección en pacientes bronquiectasicos no FQ. Observamos el aumento de aislamientos de bacterias emergentes como los Bacilos Gram negativos de un año a otro. Aumentó notoriamente la recuperación de Staphylococcus aureus con la introducción de un medio selectivo.

**Conclusiones:** La severidad y las características clínicas de las bronquiectasias varían en cada paciente, dependiendo del tiempo de la enfermedad y de la infección crónica.

La progresión de las bronquiectasias depende de la persistencia de la infección bacteriana y aunque ésta es difícil de erradicar, debe reducirse su carga. Siendo los antibióticos la base del tratamiento, estos deben dirigirse a los gérmenes específicos, convirtiéndose el cultivo de esputo en el mejor medio para su identificación y sensibilidad antibiótica como guía para el tratamiento

## P-09

TUBERCULOSIS: TENDENCIA EN LA ÚLTIMA DECADA

REGIÓN SANITARIA V. PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. 2000- 2010

**Autores:** Chirico C1, Etchevarria M1, Iribarren S2, Sanjurjo M 1

**Afiliación:** 1Programa Control Tuberculosis. Región Sanitaria V. Buenos Aires. Argentina. 2 University of Utah, College of Nursing USA. Resumen: La Tuberculosis (TB) es la causa más importante de mortalidad debida a un solo agente infeccioso. En la República Argentina continúa siendo un problema de Salud Pública con más de 10 000 casos anualmente. La Región Sanitaria V (RSV), contribuyó con la cuarta parte de los casos, notificados en la Provincia de Buenos Aires (1051/ 4298); TI: 33.6/100 000 habitantes. **Objetivo:** Describir la distribución y tendencia de la tasa de incidencia (TI) de TB en RSV, años 2000- 2010. **Material y método:** los datos provienen de notificaciones oficiales al Programa Nacional de Control de la TB. VAP: Variación anual promedio, expresa en forma porcentual la tendencia de una enfermedad en la población a lo largo del tiempo. Las tendencias fueron calculadas por regresión lineal simple. Una VAP negativa significa descenso. Un valor inferior a (-5%) constituye un indicador de alarma (IA). **Período de estudio:** 1 de enero de 2000 a 31 de diciembre de 2010. **Resultados:** El valor de VAP fue menor (-5%), con poca disminución del problema y tendencia estacionaria.

**Conclusión:** las acciones del programa control de TB deben orientarse a lograr la disminución de esta enfermedad, en el menor tiempo posible. El análisis en relación a los datos obtenidos permitió evaluar cual fue la efectividad de las estrategias implementadas.

## P-10

CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Presentacion De Un Caso R.Saad, C Gaitan, R Morales, Mr Trinidad, C Rojas Muhlig, N Ferraro. Servicio de Neumonología Higa Presidente Peron Avellaneda

La criptococosis es una micosis sistémica aguda, subaguda o crónica, inicialmente pulmonar causada principalmente por Cryptococcus neoformans (vars. neoformans y grubii) y Cryptococcus gattii. La forma pulmonar es generalmente transitoria, leve y no reconocida y va desde un asintomático nódulo o masa pulmonar, al SDRA, pudiendo simular TBC, o carcinoma.

**Caso Clínico:** Paciente de 69 años de edad, consulta por astenia, adinamia, pérdida de peso aproximadamente 8 kilos en los últimos tres meses asociado a tos no productiva y disnea grado funcional II. **Antecedentes:** Nacido y radicado en el conurbano bonaerense. Ex tabaquista de 60 paq/año hasta hace 1 año, trabajador por mas de 20 años en carpintería. Enfisema pulmonar e insuficiencia vascular de miembros inferiores. **Al ingreso:** Buen estado general, con signos vitales dentro de la normalidad; mala higiene bucal, dermatitis ocre en MMII. A la auscultación pulmonar hipoventilación y estertores crepitantes inspiratorios en campo superior y medio izquierdo. Examen neurológico normal, incluyendo pares craneales y fondo de ojo. Rx. Torax; Hiperinsuflación y consolidación homogénea del lóbulo superior izquierdo de bordes irregulares con broncograma aéreo. Espirometría CVF 95%, Vef1 92% Tif. 100%. **Laboratorio:** Hto 42, Hb 14, G.B. 9500, N 67 %, L 23 %, PLT 347000, U 28, Crea 0,6mg/dl, Na/K: 133/ 3,6, TGO/TGP: 12/16, TP 97 %, KPTT 30, orina normal. Baar y Bact de esputo: negativo, Cultivo para micobacterias, anaerobios y aerobios: negativo. FBC; Disminución de la luz del bronquio de la lengua.

**Biopsia:** Mucosa bronquial con infiltrados inflamatorios mononucleares estromales, abundantes histiocitos con material granular intracitoplasmático y presencia de gran cantidad de elementos micóticos redondeados, de diámetro variado, con gruesa capsula periférica, PAS +. Cultivo positivo para Cryptococcus variedad gattii serotipo B. Se comienza tratamiento con Anfotericina B a 0,5 mg/Kg/día, por un periodo de 25 días. Alcanzada la dosis acumulada, se continúa con Itraconazol 200 cada 12 hs, de manera ambulatoria, con evolución clínicoradiológica favorable.

## P-11

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SAHOS

Encuesta a pacientes y su relación con un programa de reuniones grupales. Decima T, Campos J, Borsini E, Maldonado L, Chertcoff M, Bosio M, Soto JI Quadrelli S, Chertcoff J. Servicio de Neumonología. Servicio de kinesiólogía Respiratoria. Hospital Británico de Buenos Aires.

**Introducción:** Uno de los problemas en el tratamiento de los pacientes con síndrome de apneas del sueño (SAHOS) es la adherencia al CPAP. Estrategias educativas han sido comunicadas de gran eficacia para incrementar el cumplimiento y prevenir el abandono. El objetivo de este trabajo es describir el cumplimiento del CPAP basado en una encuesta telefónica y relacionarlo con la participación en el programa: "la escuela de CPAP". **Material y métodos:** Entre mayo del 2010 y mayo del 2012 se realizaron 20 reuniones grupales mensuales para pacientes con SAHOS con indicación de utilizar CPAP. Durante las mismas se brindó una exposición educativa sobre el SAHOS y un taller práctico del uso de los equipos. En el mes de Mayo 2012 fueron entrevistados mediante una encuesta telefónica estandarizada. Se indagó acerca de accesibilidad al CPAP, cumplimiento, abandono y sus causas, concurrencia al programa de educación y opinión sobre la utilidad del mismo. Las encuestas incompletas fueron descartadas. **Resultados:** Durante dos años, 184 pacientes con indicación de CPAP fueron invitados a participar del programa. Fue posible analizar los datos obtenidos de 140 pacientes (76% de la muestra), 103 (73.5%) hombres y 37 mujeres. 38 pacientes no pudieron ser contactados y 6 encuestas debieron ser descartadas por datos incompletos. 92 (65.7%) pacientes asistieron al programa (grupo 1), 69 hombres (75%) con una media de edad de 59.7 años y 23 mujeres con edad media de 62.1 años y 48 individuos con invitación de concurrir a la escuela de CPAP no asistieron (grupo 2). La intención de tratamiento, definida por uso inicial del equipo de CPAP sucedió en 87 (94.5%) pacientes del grupo 1 y 38 (79.1%) del grupo 2. Las causas globales de abandono fueron: falta de cobertura por el sistema (15.38%); imposibilidad de costear la terapia (10.25%); intolerancia a la presión (20.51%); intolerancia a la mascarilla (7.7%); tratamiento que no llenó las expectativas (7.7%); mejoría de los síntomas (7.7%); suspensión de la terapia por parte del médico (7.7%); otras (20.51%). 16 pacientes que concurren al programa abandonaron el CPAP (69% lo habían usado transitoriamente) vs. 23 del grupo 2 (60% con uso transitorio). El análisis comparativo demostró que 76 (82.6%) del grupo 1 continúan actualmente utilizando CPAP versus 24 del grupo 2 (50%). Los pacientes que cumplen tratamiento con CPAP y refieren disminuir de peso fueron 21 (27.6%) del grupo 1 vs. 5 (20.83%) del grupo 2. Los pacientes que aumentaron o no variaron el peso fueron 55 (72.36%) del grupo 1 vs. 19 (79.16%) del grupo 2. Del grupo adherente

a CPAP, 92 pacientes (92%) refieren sentirse mejor o mucho mejor, y 8 dicen estar igual que antes del tratamiento. Ningún paciente relata sentirse peor. Se indagó somnolencia diurna utilizando una escala de 4 opciones (en situaciones pasivas, situaciones activas, situaciones de riesgo o somnolencia incontrolable en cualquier situación). El 41% describe somnolencia diurna en situaciones pasivas, 7% en situaciones activas, y 2% en situaciones de riesgo. Al preguntar si asistir al programa de educación de CPAP aporta al tratamiento, 88 pacientes (95.65%) contestaron que sí.

**Conclusiones:** 65.7 % de los pacientes con SAHOS e indicación de CPAP concurren al programa de educación. Estos consideran que la escuela de CPAP dio aportes al tratamiento.

El cumplimiento a corto plazo (uso transitorio) demuestra una intención de tratamiento de 89.28%. Sin embargo, el cumplimiento a largo plazo muestra diferencias entre quienes concurren al programa y aquellos que no lo hicieron.

## P-12

### EL LABERINTO DIAGNÓSTICO FRENTE AL PACIENTE DESORIENTADOR.

Brescacin C.1, Lavaccara D1., Gallardo V.1, Morandi V.1, Grodnitzky ML.1, Malamud PN.1. Hospital Zonal Especializado de Agudos y Crónicos Dr. A. Antonio Cetrángolo (1).

**Introducción:** Arribar a un diagnóstico implica una serie de pasos, el interrogatorio, la semiología, los métodos complementarios de laboratorio e imagen. De la lectura adecuada de estos pasos, se garantiza un diagnóstico acertado. En algunas oportunidades ésto es dificultoso debido a factores confundidores: el relato del paciente ,la interpretación del médico del mismo, los hallazgos semiológicos y la dolencia que motiva la consulta como epifenómeno de la enfermedad subyacente. **Caso Clínico:** Paciente varón de 68 años de edad, internado por Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en Lóbulo inferior izquierdo (LII), con mala respuesta al tratamiento ambulatorio. Treinta días antes, luego de un viaje prolongado en automóvil, el paciente consulta por presentar disnea, fiebre y toracodinia recibiendo tratamiento antibiótico con diagnóstico de NAC. El paciente refiere mejoría sintomática pudiendo realizar su rutina turística con normalidad. Al regreso consulta nuevamente por registro febril, la Rx de Tx, evidenció opacidad intersticial heterogénea en LII por lo que recibe un nuevo esquema antibiótico. Dada la persistencia de fiebre y la progresión de la disnea sin mejoría radiológica, es ingresado en sala general. Al ingreso el paciente presenta leucocitosis e hipoxemia para la edad, sin cambios radiológicos con respecto a los previamente mencionados. Dada la cronología de los eventos y el antecedente de un viaje prolongado, frente a la sospecha de sobreinfección de infarto pulmonar, se inicia tratamiento con ciprofloxacina, Ampicilina sulbactam y anticoagulación. El electrocardiograma y el ecocardiograma doppler no mostraron alteraciones compatibles con TEP. El paciente evoluciona favorablemente sin registros febriles, descenso de glóbulos blancos, mejoría en la oxemia y disnea. Se aísla del material respiratorio una Klebsiella Pneumoniae con sensibilidad acorde al tratamiento instaurado. En la AngioTc, se evidencia imágenes compatibles con tromboembolismo pulmonar a nivel de los troncos principales derecho e izquierdo de la arteria pulmonar ramos segmentarios y subsegmentarios bilateralmente con oclusión parcial y total de ramos subsegmentarios. Imagen cavitaria lobulada en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. Eco Doppler venoso confirma trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho. Se diagnostica infarto pulmonar sobreinfectado secundario a TEP de grandes vasos sin compromiso hemodinámico.

**Conclusión:** Este caso refleja la importancia del médico en la lectura longitudinal y cronológica de la enfermedad, frente a la interpretación de los datos obtenidos del interrogatorio del paciente. Evitando el subdiagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

## P-13

### ¿ASMA DE INICIO TARDÍO? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Karlen, Hugo, Curró, María F.; Morante, Marcelo; Martínez, Jorge, Chaumeil, Pedro; Calderón, Carlos; Kraber, David; Servicio Universitario de Medicina Interna- UNLP - Instituto Médico Platense

**Introducción:** presentamos un paciente de 44 años de edad, con asma bronquial, diagnosticada a los 40 años, quien presentaba al momento de la consulta disnea sibilante progresiva

de un mes de evolución y episodios febriles. Cumplió dos esquemas antibióticos (amoxicilina/ác. clavulánico y claritromicina) dado que el cuadro fue interpretado como una neumonía, más corticoides y broncodilatadores, dado su antecedente de asma bronquial. **Objetivo:** demostrar que el estudio exhaustivo de un paciente, con asma bronquial de inicio en la edad adulta y que no responde al tratamiento habitual, o lo hace parcialmente, debe ser estudiado, buscando diagnósticos diferenciales. **Población:** paciente de 44 años de edad, masculino, con antecedentes de asma diagnosticado en la edad adulta. Sin antecedentes familiares, personales u ocupacionales para esta enfermedad. Material y Métodos: paciente que luego de reiteradas consultas médicas, continuaba con progresión de su sintomatología, aumento de la disnea, astenia y febrícula. Se decide su internación para estudio y tratamiento. Al exámen físico de ingreso, presentaba, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados, púrpura palpable en miembros inferiores y mononeuritis. En los exámenes complementarios se observó, marcada eosinofilia, anemia, ERS y PCR elevadas, hiperazoemia, proteinuria y cilindros granuloso en el sedimento de orina. La Radiografía de tórax mostró velamiento del seno costofrénico derecho. Se realizó TAC de tórax y senos paranasales, obserandose pérdida de volumen pulmonar en relación con engrosamiento pleural ipsilateral, y engrosamiento de la mucosa del seno maxilar y esfenoidal, respectivamente. El perfil reumatológico fue positivo para ANCA-C. Se tomaron biopsias cutánea y renal, que reveló la presencia de vasculitis necrotizante eosinofílica y glomerulonefritis rápidamente progresiva con formaciones de semilunas y fibrosis. Hallazgos compatibles con síndrome de Churg Strauss (SCS). Se inició tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida, con buena respuesta.

**Conclusión:** A pesar de la sintomatología florida, los antecedentes personales y hallazgos en los estudios complementarios, se destaca la importancia de las manifestaciones extrapulmonares en el diagnóstico, como la mononeuritis múltiple, la glomerulonefritis, la púrpura palpable, la presencia de ANCA-C de menor frecuencia en el SCS y el desarrollo de los síntomas luego del tratamiento con macrólidos descripto como factor desencadenante de la enfermedad.

## P-14

### SARCOIDOSIS PULMONAR DE PRESENTACION ATIPICA

Residencia de Neumonología - HIEA y C San Juan de Dios de La Plata

**Autores:** Demarchi JP, Torres C, Suarez P, Fernandez A, Braggio C, Lardizabal A, Pellegrino G.

**Introduccion:** La sarcoidosis es un trastorno granulomatoso sistémico de etiología desconocida. Suele presentarse con mayor frecuencia con linfadenopatias bilaterales, infiltración pulmonar y lesiones cutáneas u oculares. **Caso clinico:** Varón de 25 años, de nacionalidad paraguaya, ocupación albañil, con antecedentes de tabaquismo de 1 paq/año, que es derivado a nuestro hospital por presentar Rx de tórax patológica, en contexto de paciente asintomático. Al examen físico presentaba buen estado general, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. afebril, hemodinámicamente estable, SatO2 99%. Se le realizó Rx de tórax en la que se observa infiltrado intersticial retículo nodulillar bilateral con predominio basal y ensanchamiento mediastinal. Se le solicita serología para HIV, VDRL, directo y cultivo de esputo para Koch, hongos y gérmenes comunes con resultados negativos. Laboratorio: Hto 46,6 Hb 16.7 GB 7,7 (Ba 0.1, Eo 0,4, Ne 5,2, Ly 1,6, Mo 0.4) Función hepática, renal, perfil lipídico sin alteraciones. TP 90%. Espirometría: Fev1/FVC 76%; FEV1 3,80 lt (87%); FVC 5,02 lt (98%) prueba broncodilatadora negativa. **Tacar:** Múltiples infiltrados en vidrio esmerilado de configuración nodular distribuidos en ambos campos pulmonares, presentando algunos de ellos tendencia a la calcificación. Múltiples adenomegalias mediastinales, ocupando el espacio retrocavopretraqueal, prevasculares, sub y pre carinales. Se realiza broncoscopia que informa tráquea sin lesiones, carina centrada, fina y móvil. Árboles bronquiales sin lesiones. Se realiza BAL y BTB sin hallazgos patológicos. Se decide realizar mediastinoscopia, se toman muestras de ganglio laterotraqueal izquierdo, se envían las mismas para estudio de Koch, micología, hematología y patología. Se recibe estudio histopatológico, que informa: fragmento ganglionar en el que se observan múltiples ganulomas con presencia de células gigantes multinucleadas; se realizan técnicas de PAS y Grocott con resultados negativos. El resto de los estudios arrojaron resultados negativos. Conclusión: Adenitis crónica granulomatosa, compatible con Sarcoidosis. Actualmente el paciente continúa en seguimiento clínico.

**Conclusion:** No existe una prueba completamente diagnóstica en sarcoidosis. Muchas veces el cuadro clínico y las imágenes típicas confieren más seguridad que la anatomía patológica. Sin embargo debemos tener presente las manifestaciones tomográficas atípicas de esta enfermedad.



## P-15

### TUBERCULOSIS PERITONEAL

**Autores:** Curró, M. F 1; Adrover, R.; 1; Quarín, C1; Illanes, G 1; Chaparro G; Miketiuk, A.1; Pereda, R 2. Equipo de Trasplante Hepático (1) ; Cirugía General y Oncológica (2). Instituto Médico Platense - La Plata - Pcia. de Buenos Aires.

**Introducción:** Se presentan dos casos de tuberculosis peritoneal en pacientes sin antecedentes de enfermedad conocida. **Objetivos:** Considerar a la Tuberculosis (TB) en todas sus formas de presentación, aún en pacientes en quienes no se sospecha la enfermedad. **Población:** Dos pacientes femeninas, con enfermedades de base, una tumoral y la segunda una enfermedad autoinmune. **Material y Métodos:** Paciente 1: Mujer de 70 años, diabética tipo 2, y con antecedentes de cáncer de mama, por lo cual realizó tratamiento quirúrgico y radioterapia. En el seguimiento oncológico refirió dolores abdominales recurrentes, febrícula de 4 meses de evolución y astenia. Se solicitó TAC de abdomen y pelvis, que mostró líquido libre peritoneal y engrosamiento del epiplón mayor. Por ello, se realiza laparotomía exploradora y tomas de muestras para patología y envío de líquido peritoneal para PCR. La biopsia informó peritonitis crónica granulomatosa, y a considerar en primer término TB. Se inició tratamiento específico con cuatro drogas, con respuesta favorable. **Paciente 2:** Mujer, 68 años de edad, con diagnóstico de cirrosis biliar primaria. En evaluación pre trasplante hepático. Durante la misma se solicitó: Rx. de tórax que mostro, calcificaciones en placas en ambos lobulillos superiores, Reacción de Mantoux, esputos para BAAR y TAC de tórax. La paciente no presentaba antecedentes conocidos de Tuberculosis y no refería contactos. Al no hallarse contraindicaciones para el trasplante, se inscribe en lista de espera. Tanto en la evaluación pre trasplante, como en el seguimiento, no se hallaron elementos de sospecha para TB peritoneal (ascitis hemorrágica, exudado y celularidad aumentada con linfocitosis), hecho que motivó la intervención de trasplante hepático. Durante el procedimiento y por valoración macroscópica de enfermedad peritoneal, se suspendió la cirugía, se tomaron muestras de líquido y biopsia de peritoneo, para estudio anatomopatológico y bacteriológico, encontrándose hallazgos compatibles con TB peritoneal en la biopsia y cultivo de líquido peritoneal positivo. Se inició tratamiento específico con cuatro drogas, ajustadas a función renal y con fármacos de segunda línea dada su enfermedad de base.

**Conclusiones:** La TB constituye un problema de Salud Pública aún no resuelto, siendo la misma responsable de muertes evitables.

## P-16

### MICOSIS SISTÉMICA – UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL QUE NO DEBEMOS OLVIDAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Autores:** C González Ginestet, MV Gallardo, S Posligua, V Morandi, P Malamud.

Paciente de 60 años, con antecedentes de enfisema pulmonar, pulmón secuelear, neumotórax bilateral y bullectomía derecha hace 20 años, consulta por disnea progresiva de grado 2 a 3 asociado a registros febriles diarios, tos con expectoración mucopurulenta y sudoración nocturna de 2 semanas de evolución. Realizó esquema antibiótico con Levofloxacina durante 7 días, persistiendo con iguales síntomas y con progresión radiológica, motivo por el cual se decide su internación. **Radiografía de Tórax al ingreso:** Radiopacidad cavitada con nivel hidroaéreo en LSD, con radiopacidades intersticioalveolares a predominio de hemitórax derecho y radiolucidez de hemitórax izquierdo. **Laboratorio al ingreso:** GB 13000 (86% Gran), HTO 37%, Plaquetas 355000, VSG 70, Glucemia 90, Urea 26, Creatinina 0.85. EAB (0.21) 7.48/32/53/24/92%. Se interpreta como una cavidad pulmonar sobreinfectada y se inicia esquema antibiótico con Ciprofloxacina – Clindamicina. **TC de Tórax:** Distorsión de la arquitectura pulmonar derecha de aspecto fibrocicatrízal con cavidad de bordes gruesos con nivel hidroaéreo en LSD, rodeado de consolidación parenquimatosa. Áreas de atenuación en vidrio esmerilado en LID y enfisema bilateral. El paciente evoluciona con registros febriles diarios, sin mejoría clínica ni radiológica, con signos de sepsis. Hemocultivos x 2= negativos. Espudo: BAAR negativo. Se rota antibiótico a Piperazilina Tazobactam – Vancomicina. Se realiza Fibrobroncoscopia (no se realiza BAL por la hipoxemia y el mal estado general del paciente). **Resultado de lavado bronquial:** levaduras. Continúa con registros febriles diarios y parámetros de sepsis, por lo que se decide iniciar tratamiento con Anfotericina de forma empírica. Evoluciona favorablemente con mejoría clínica y radiológica. **TC de Tórax post tratamiento con anfotericina:** Cavidad de paredes finas en LSD, sin nivel hidroaéreo, sin consolidación alrededor de la cavidad. Se recibe resultado de Inmunodifusión para Aspergillus: positiva. Se interpreta cuadro como probable Aspergilosis Pulmonar semiinvasiva.

**Conclusión:** En paciente con patología pulmonar crónica con síntomas subagudos y sin respuesta a tratamiento antibiótico de amplio espectro, no debemos dejar de pensar en patología micótica y, dada la dificultad para hacer diagnóstico etiológico, debe considerarse iniciar tratamiento empírico con antimicóticos de amplio espectro si la clínica del paciente lo justifica.

## P-17

### DETECCIÓN DE FUMADORES EN UN CATASTRO DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD

Dra. Nahabedian Susana, Maldonado Mirta, Carbone Mirta. Hospital Interzonal General de Agudos Evita

**Introducción:** Según las normativas Nacionales e Internacionales, la detección de un paciente con diagnóstico de tuberculosis activa (baciloscopia positiva de esputo) conocido como caso índice, requiere del control de las personas en contacto periódico y de más de 6hs diarias; a fin de descartar infección latente tuberculosa (ILT) o enfermedad tuberculosa. La detección temprana del infectado o enfermo de tuberculosis y su tratamiento oportuno cortarán la cadena epidemiológica de transmisión.1. Las actuales estrategias para eliminar la tuberculosis, reconocen que la prevención de los factores de riesgos más frecuentes, como el tabaquismo, contribuyen sustancialmente en las intervenciones de control de la TBC. Aunque los programas de TBC no tienen responsabilidad directa en el control de estos factores de riesgo y su eventual eliminación ellos podrían jugar un rol importante en el apoyo y abogacía para todos los programas relevantes y sus iniciativas, tomando una participación activa en actividades conjuntas. La evidencias disponibles muestran que la pobreza, la infección por VIH y fumar son las principales determinantes para la TBC.2. Recientes estudios han demostrado que el fumar cigarrillos es uno de los factores de riesgo más importantes que favorece la progresión de la infección latente TBC a enfermedad TBC, aumenta el riesgo de recaída luego de finalizado el tratamiento YBC y aumenta los casos fatales. Cualquier reducción en la prevalencia de fumar es esperable que traiga beneficios colaterales en el control del problema de la tuberculosis.2. **Material y métodos:** A raíz de un caso índice de tuberculosis diagnosticado en el HIGA Evita en el personal de limpieza se procedió al catastro del sector afectado en el mes de septiembre 2012. El grupo fue evaluado con un interrogatorio dirigido a fines de evaluar el catastro y se pregunto quienes eran fumadores, exfumadores, y nunca fumadores, se realizó reacción de PPD, radiografía de tórax, y baciloscopia para los sintomáticos respiratorios. A los fumadores se les brindó consejo breve y se ofreció ayuda para dejar de fumar. **Definiciones: Fumador:** Según la OMS, un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. **Exfumador:** Algunos protocolos clínicos y estudios lo definen como aquellas personas que, habiendo sido fumadores, no han consumido tabaco en los últimos 6 meses. El criterio más utilizado actualmente es el que considera ex fumador a la persona que, habiendo sido fumador, lleva 1 año sin fumar; se estima que, en estos casos, menos de un 10% volverá a hacerlo. **Nunca fumador:** persona que jamás fumó cigarrillos.

**Resultados:** Del total 59 personas que debieron controlarse 11 no concurrieron (18,6), controlándose un total de 48 personas (81,4%). Mediana de edad 44,5

**Los resultados obtenidos pueden verse en la siguiente tabla:**

	Nº	%
Fumadores	21	43,75
No fumadores	27	56,25
Rx Tx signos de enfisema	7 de todos los fumadores	33,33 de los fumadores
		14,6% de todos los evaluados
Diagnóstico de EPOC previo	2	4.1
Anomalía costal	1	2
Calcificaciones	2	4.1
Secuelas pulmonares (Elevación del hemidiafragma Bloqueo seno costodiafragmático)	2	4.1

Del total de pacientes fumadores, a los 5 meses de catastro ninguno de ellos concurre para dejar de fumar.

**Conclusiones:** *La evaluación de personas a través del catastro tuberculoso, debería incluir en el interrogatorio: estatus de paciente fumador y consignarlo en la historia clínica, ofrecer consejo breve y alguna estrategia más intensiva para concientizar, motivar y ayudar a dejar de fumar. Si bien la muestra es pequeña, llama la atención: el alto porcentaje de fumadores, la detección de signos compatibles con enfisema pulmonar en la radiografía de tórax, lo que debe alertarnos en el subdiagnóstico de esta patología y sus graves consecuencias en la demora diagnóstica. El catastro tuberculoso es una oportunidad para detectar fumadores y ofrecer ayuda para dejar de fumar. Bibliografía: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Norma Técnicas 2009. República Argentina. 3era Edición - Septiembre 2009. 1era Reimpresión. A WHO / The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. WHO/HTM/TB/2007.390.*

## P-18

### COMPLICACIONES DE LAS SECUELAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

**Autores:** Bravo, S; Allemandi, A; Varrenti, N; Pollini, V; Rajer, M; Quintas, G; Drago, S; Marturano, R; Delavalle, A.; Ghanem, Y; De Fazio, G. Servicio de Clínica Médica. Hospital Municipal Ostaciana B. de Lavignole. Morón, Prov. De Bs. As.

**Introducción:** La Tb. continúa siendo una preocupación de salud pública en todo el mundo. Se siguen ideando estrategias para combatirla. No obstante, año tras año el bacilo sigue burlando nuestra vigilancia y el número de enfermos es prácticamente el mismo cada año. Detectamos y tratamos exitosamente a nuestros enfermos, estudiamos sus contactos, pero... Termina aquí el problema? Entendemos por complicación de la secuela de tuberculosis a toda aquella entidad nosológica que depende de ella para su aparición pero no es causada por el BK. Pueden afectar al parénquima pulmonar, pleura o mediastino o a órganos extratorácicos como la amiloidosis. **Objetivos:** Demostrar cuan graves e inesperadas pueden ser las complicaciones de las secuelas de tuberculosis aún cuando ésta ha sido tratada y curada. **Material y método:** Presentación y análisis de un caso clínico ocurrido en el Htal de referencia. Paciente de sexo femenino, 42 años que ingresa por guardia presentando tos productiva mucopurulenta, hemoptoica, muy abundante (foto 1), fiebre 38-39°C, dolor torácico. No fumadora, tiene antecedentes de haber padecido Tb en su juventud realizando tratamiento en 4 oportunidades. A su ingreso se presenta taquipneica, taquicárdica, febril. Roncus y sibilancias bilaterales, crepitantes en hemotórax izquierdo con franca disminución de murmullo vesicular. Refiere disminución de peso de 4 o 5 Kg. en el último mes. El laboratorio muestra Hto 29%, Hb 9.2; Bl. 16.700; Ur, 10; Glu 97; Alb 2.9; Col. 131; HIV negativo. Se le solicitan: Rx de tórax (foto 2). Se interna con diagnóstico presuntivo de NAC, Sme bronquiectásico y probable aspergilosis intracavitaria. Se solicitó esputos seriados y cultivo para BAAR y g. comunes que fueron negativos para BAAR, positivo para S. neumonía y se aislaron hifas tabicadas. BAL negativo para BAAR, positivo para Aspergillus fumigatus. Se observaron tanto en directo como en cultivo hifas tabicadas correspondientes a Aspergillus fumigatus (fotos 3, 4, 5). PPD 2 UT que fue negativa, serología para Aspergillus fumigatus positiva. Cumple siete días de tratamiento con ceftriaxona 2g/día, con notable mejoría sintomática. Rx control (foto 6 y 7), Espirometría: CVF 56%; VEF1 62%. Súbitamente presenta hemóptisis severa con caída del Hto de 5 puntos en 48Hs, fiebre, tos incoercible que requiere opiáceos para su control. Se solicita TAC con cortes coronales (8, 9, 10, 11). Se solicitó embolización de arterias bronquiales izquierdas. Recibió tratamiento piperacilina-tazobactan, itraconazol 200mg/día. Compensada hemodinamicamente, se deriva a Htal. Güemes para tratamiento quirúrgico. **Discusión:** En periodos iniciales, las lesiones infiltrativas antes de que exista destrucción de parénquima, pueden regresar sin dejar secuelas. De aquí la importancia de un tratamiento oportuno, efectivo y precoz. Las secuelas tuberculosas pueden ser anatómicas y funcionales. La fibrosis cicatrizal que unida a las alteraciones de las paredes bronquiales resultantes de focos tuberculosos da como resultado dilataciones irregulares de los bronquios llamadas bronquiectasias, fuente de continua infección, colonización, supuración, y hemoptisis. Otras veces pueden generarse estenosis, fístulas o divertículos. Las cavernas detergidas, frecuentes desde la aparición de los esquemas de tratamiento actuales se observan en vértices y suelen complicarse con el desarrollo en su interior de bolas fúngicas. También pueden desarrollarse hemoptisis severas como consecuencia de la ruptura de aneurismas de Rasmussen. El neumonocele es la traducción radiológica del traccionamiento del pulmón contralateral a través de las estructuras mediastínicas y como consecuencia de la pérdida de volumen del pulmón enfermo. Entre las secuelas funcionales, se debe tener en cuenta el desarrollo de hipertensión pulmonar y la caída de los flujos espiratorios máximos que en muchos casos condicionan los tratamientos *quirúrgicos*.

**Conclusiones:** *En el caso presentado pueden identificarse múltiples secuelas tuberculosas y sus complicaciones. Sme bronquiectásico severo (1), con severa fibrosis cicatrizal (2) y retracción del lóbulo inferior izquierdo (3) que al colapsar da como resultado neumonocele posteroinferior derecho (4). Caverna detergida en vértice izquierdo (5) colonizada por Aspergillus fumigatus (6) que complica su evolución con hemóptisis grave (7). Bibliografía: Ellis et al, 1981 ; diez Hacken et al, 2007 ; McLean, 2008 ; British Thoracic Society, 2010 ]*

## P-19

### COMPROMISO RESPIRATORIO EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER

Sosa MA, Tabaj G, Giugno E, Cano L, Rossi S, Werbach A, Falcoff N, Grodnitzky L, Gramblicka G, Gonzalez Ginestet C, Sebastiani J, Paladini O, Scarinci M, Malamud P Hospital del Tórax Dr. A. Cetrángolo - Centro de Diagnóstico E. Rossi - Buenos Aires, Argentina

**Objetivos:** 1 Ilustrar 2 casos diferentes de compromiso respiratorio en la granulomatosis de Wegener (GW). El primero, se presentó como un hallazgo aislado: estenosis subglótica. El otro, con compromiso extensivo del tracto respiratorio superior e inferior. 2 Remarcar la importancia de sospechar esta enfermedad para evitar retrasos en el diagnóstico. **Case 1:** Paciente femenina no fumadora de 23 años de edad que consultó por disnea con el ejercicio y estridor audible. Se realizó una espirometría y la curva flujo volumen mostró amputación de las ramas inspiratoria y espiratoria (estrechamiento anatómico fijo de la vía aérea extratorácica). La broncoscopia evidenció estenosis subglótica (Cotton Meyer III). La biopsia de la lesión mostró vasculitis necrotizante de pequeños vasos. El ANCA por IFI fue positivo con patente citoplasmática. En este caso, el diagnóstico se realizó un año después de la primer consulta. **Case 2:** Paciente no tabaquista, femenina de 50 años que refería congestión nasal recurrente y hemóptisis leve. El examen físico reveló nariz en silla de montar y ulceraciones en el paladar duro. La CT puso en evidencia cambios morfológicos a nivel de fosas nasales, celdas etmoidales y senos maxilares con destrucción ósea. La CT de tórax presentaba consolidación lobar y atelectasia en LM. La broncoscopia reveló estenosis de lóbulo superior derecho y lóbulo medio. La biopsia evidenció inflamación granulomatosa y necrosis de arterias pequeñas y venas. Laboratorio: ANCAc ++ con función renal normal. **Resumen:** El tracto respiratorio superior se encuentra afectado en >90% de los pacientes con GW y a menudo es la primer manifestación. La radiografía o CT de senos es anormal en >80% de los pacientes con GW. El compromiso granulomatoso de la tráquea se asocia con estenosis en el 10-30% de los pacianetes con GW. Los síntomas incluyen disnea, sibilancias y estridor. En general, la estenosis es localizada, extendiéndose sólo 3 a 5 cm por debajo de la glotis. La espirometría muchas veces es de utilidad en el diagnóstico de compromiso de vía aérea superior. A pesar del frecuente compromiso de la vía aérea superior, la confirmación histológica es difícil y se requieren biopsias generosas.

**Conclusión:** *La sospecha diagnóstica de GW es esencial para el abordaje en aquellos pacientes con síntomas recurrentes del tracto respiratorio superior e inferior.*

## P-20

### POSIBLE UTILIDAD DEL METRONIDAZOL EN LA QUIMIOPROFILAXIS Y EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS MULTI-RESISTENTE: UN ENSAYO PRELIMINAR

Imperiale Belén<sup>1, 2</sup>, Cataldi Angel<sup>3</sup>, Morcillo Nora<sup>1</sup>. Laboratorio de Referencia del Programa de Control de la Tuberculosis, Hospital Dr. Antonio A. Cetrángolo, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Instituto de Biotecnología, Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), Hurlingham, Provincia de Buenos Aires, Argentina. **Antecedentes:** La infección tuberculosa o tuberculosis latente (TBL) ha sido asociada a la persistencia de M. tuberculosis durmientes en el organismo de las personas infectadas. Se estima que alrededor de 2/3 de la población mundial alberga M. tuberculosis, ocurriendo más de 2 millones de casos nuevos y 500.000 multidrogo-resistentes (MDR) cada año, de los cuales 30.000 se harán extensivamente-resistentes (XDR). Argentina ha reportado 70 casos XDR y alrededor de 800 MDR hasta el año 2011. Son necesarias entonces, drogas que actúen sobre organismos en replicación activa y durmientes para evitar reactivaciones endógenas y/o formar parte de tratamientos estandarizados para la M/XDR-TB. **Objetivos:** Determinar, mediante un sistema in vitro de latencia anaeróbico, la actividad del Metronidazol (Mz) frente a M. tuberculosis. **Materiales y métodos:** La actividad del Mz fue determinada a partir de cultivos en hipoxia de aislamientos clínicos y de la cepa de referencia H37Rv. Una vez alcanzada la hipoxia, fue agregado Mz (concentración: 8.0 y 32.0 µg/mL), incubándose 2 semanas a 37°C. Cultivos sin droga fueron usados como controles para cada cepa. Luego, los controles y los cultivos con Mz, fueron re-inoculados en medios sólidos y en el sistema MGIT960® cuyo Software EpiCenter® fue usado para determinar el tiempo y las unidades de crecimiento (UC) alcanzadas. **Resultados:** El Mz mostró efecto inhibitorio sobre los aislamientos clínicos evaluados y la cepa H37Rv. Disminuciones promedio de 0.41 y 2.17 UC logarítmicas con respecto al control, fueron observadas con Mz 8.0 y 32.0 µg/mL respectivamente.

**Conclusiones:** *El Mz presentó actividad bacteriostática sobre los aislamientos estudiados. Esto sugiere que más ensayos tanto in vitro como in vivo deberían ser realizados para establecer su posible uso y seguridad en el tratamiento de la TBL y de las formas M/XDR-TB, buscando inhibir bacilos durmientes y evitar reactivaciones endógenas. Si bien el Mz presentó actividad bacteriostática, el experimento se realizó enfrentando las bacterias una única vez al fármaco. Dosis administradas en un esquema terapéutico permitirían mantener la concentración sérica constante produciendo tal vez, un efecto inhibitorio prolongado y eficaz in vivo sobre la bacteria.*



## P-21

### PACIENTES HOSITALIZADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC: CARACTERISTICAS Y COMORBILIDADES.

Peyrano L, Morandi V, Sebastiani J, Gallardo MV, Itcovici Grodnitzky ML, Tabaj G, Gramblicka G, Posliuga S, Sanchez M, PN Malamud Hospital Dr. Antonio A Cetrángolo, Argentina

**Objetivo:** Se reconoce a la EPOC como una enfermedad compleja caracterizada por una inflamación sistémica cuyas exacerbaciones y comorbilidades contribuyen a su severidad. El porcentaje de pacientes EPOC que desarrollan comorbilidades no está claramente definido a pesar de que es reconocido que dichas comorbilidades constituyen la principal causa de muerte. Dichas observaciones motivaron examinar las características del paciente hospitalizado por exacerbación de EPOC y sus comorbilidades. **Materiales y metodos:** Se utilizó la información obtenida en forma retrospectiva de los pacientes internados por exacerbación de EPOC en sala general desde el 01 de abril de 2011 hasta el 31 de marzo de 2012. Se evaluaron las características de dichos pacientes y las siguientes comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, neoplasias, arritmias, insuficiencia renal, asma, enfermedad coronaria y obesidad. **Resultados:** Se internaron en total 123 pacientes, 40 mujeres y 83 hombres. La edad fue de 64,5 (+/- 8,6), el IMC: 24,8 (21,3-30 Rango Intercuartil R1Q), el 46,3% era tabaquista actual, la carga tabáquica global fue de 55 p/año ( 33,5-90 RIQ), la mediana del VEF1 fue de 32% , 26-43 RIQ hallándose el 82 % de la población estudiada en los estadios III-IV de GOLD, el 26% reunía criterio de oxígeno crónico domiciliario.El 32,7 % de los pacientes presentó más de 1 internación. De las comorbilidades evaluadas el 56% de los pacientes tenían HTA (57,8% hombres H, 52,5% mujeres M ; p:0,57),el 22,8% diabetes (22,9 H-22,5% M p: 0,96) , dislipemia 16,3% ( 13,2% H 22,5% M p:0,19), neoplasias 8,1%(4.8% H 15% M p:0,11), arritmia 8,9% (12 % H 2,5 M p:0,15) insuficiencia renal 12,2%( 15,6% H 5% M p:0,14), asma 4%( 3,6% H 5% M P:0,71), enfermedad coronaria: 6,5% (7,22 %H 5% M p:0,92), obesidad 25% (24% H 28% M p:0,64). La mediana del número de comorbilidades fue de 1.

**Conclusiones:** *Nuestra población comprende pacientes EPOC en su mayoría de grado severo muy severo. La prevalencia de las comorbilidades fue similar a la reportada en la bibliografía con excepción de la enfermedad coronaria. No hubo diferencia en la distribución por sexo. No han sido evaluadas osteoporosis ni depresión-ansiedad, dos comorbilidades con alta prevalencia en la EPOC.*

## P-22

### ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROTOCOLOS DE WEANING APLICADOS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFLUENZA A H1 N1 DURANTE LA PANDEMIA 2009.

A Tamayo, A. Zamuz, W Videtta, N. Vetrano. Hospital LyM. De La Vega de Moreno, y Municipal Eva Peròn de Merlo, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La desvinculación de la Ventilación Mecánica (VM) es el objetivo principal en todo paciente crítico ventilado y en especial estos enfermos sospechosos de gripe A H1 N1 complicada con neumonía , Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda ( SDRA ) y necesidad de Asistencia Respiratoria Mecánica ( ARM ) con tratamiento prolongado en Unidad de Terapia Intensiva ( UTI ) siendo catalogados como de difícil destete por lo cual empleamos 2 protocolos de liberación de la VM en nuestros servicios durante la pandemia 2009, en lugar de solo utilizar el “ juicio clínico y la experiencia” del médico. **Objetivo:** Evaluación de un periodo del 25/05/09 al 25/08/09 teniendo como objetivo principal determinar si existe riesgo de mortalidad y complicaciones mayores asociadas a la utilización comparativa de 2 protocolos de suspensión de la VM, describiendo ciertas características clínicas de los enfermos siguiendo los protocolos de Esteban y del National Heart Lung and Blood Institute ( NHLBI ) Network. **Material y métodos:** Estudio prospectivo de un periodo de12 semanas en dos servicios de UTI, con criterios de inclusión: edad igual o > 18 años; cuadro clínico ETI y Radiografía de tórax compatibles, más saturación O2 igual ò < 91%, con requerimiento de VMI. El paciente debe reunir ciertas condiciones para iniciar el destete ( tabla 1.a ), si las cumple, se debe comenzar los ensayos para realizar la desconexión de la VM con TT o PSV de 7-8 cm de H20. La presencia y persistencia de cualquier tipo de intolerancia ( Tabla 1.b ) durante la Prueba de Respiración Espontánea ( PRE ) indica su fracaso, quedando reconectado a la ARM en reposo por 24 horas para intentar una nueva prueba. Practicar ensayos de interrupción gradual del soporte ventilatorio, evaluando la tolerancia, y luego del retiro exitoso evaluar criterios de extubación ( Tabla 1.c ). Los protocolos de destete se basaron en las actuales recomendaciones publicadas por Esteban y el Acute Respiratory Distress Syndrome ( ARDS ) Network ( anexos 1 y 2). **Resultados:** Registramos 40 pacientes, 22 ( 55%) hombres y 18 ( 45%) mujeres, 32 ( 80%) eran menores de 65 años. Existieron comorbilidades ( 55%) . Al ingreso presentaron APACHE II: 20; LIS ( Lung Injury Score), Murray >2.5; SOFA Score:9,6; CURB 65 de 2 y PSI de: IV. Treinta pacientes en ARM, en 15 utilizamos el protocolo de ARDS Network y en 15 restante el de Esteban. con una tasa de mortalidad de 11

( 55%) y 9 ( 45%) respectivamente no relacionadas al weaning., sino a la enfermedad en sí. Existió una complicación ( 10% ) , un neumotórax iatrogénico resuelto con drenaje. Se presentó una reintubación ( 20%) en el grupo de Esteban. La mortalidad de los ventilados fue del 66% ( 20 ).

**Conclusiones:** *No se presentaron complicaciones mayores relacionadas al manejo de la discontinuación de la VM siguiendo los protocolos, salvo una reintubación a las 48 horas del grupo de Esteban ( 20 % ). No se afectó adversamente la mortalidad en UTI, siendo la misma del 45% ( Esteban) y del 55% ( ARDS Network ) atribuida a la enfermedad per se y con una mortalidad global del 60 % .Se determinó además que lo más importante no es la estrategia seguida por cada protocolo sino la evaluación diaria, y que no es el protocolo el que acelera el weaning, sino la constante vigilancia y atención que el mismo requiere. y que no reemplaza el juicio clínico, sino que lo complementa.*

## P-23

### PACIENTE DE 25 AÑOS CON IMÁGENES PULMONARES BILATERALES

Giayetto M, Tabaj G, Gramblicka G, Gallardo MV, Sebastiani J, Grodnitzky ML, Werbach A, Sosa MA, Gonzalez Ginestet C, Brescacin C, Sinagra P, Malamud P. Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo. Vicente López, Provincia de Buenos Aires. Paciente femenina de 25 años de edad, con antecedentes de hipertiroidismo y un aborto espontáneo en el año 2009 con legrado que persistió luego de dicho episodio con menstruaciones prolongadas. Consultó por disnea hasta clase funcional III y fiebre de 1 mes de evolución. Al examen físico se constató temperatura axilar de 38 °C, FC 120 FR 26. Roncus en base pulmonar izquierda. No hipocratismo digital. Refería además pérdida de peso de 10 kg y sudoración nocturna. **Laboratorio de ingreso:** GB 16.000, HTO 31%, TGO 58, TGP 65. EAB 21%: pH 7.43 pCo2 36 pO2 76 HCO3 23 Sat O2 97%. **Rx de tórax:** múltiples opacidades nodulares de distribución subpleural, bilaterales. **TCAR:** múltiples imágenes de aspecto consolidativo bilaterales, subpleurales periféricas con predominio en las bases pulmonares. Se realizó fibrobroncoscopia que no evidenció lesiones, BAL negativo para ZN, GC y hongos. **Examen de Función Pulmonar:** CVF: 26%, VEF130% FEV1/FVC 80%, DLCO 41%, Test de marcha de los 6 minutos: SpO2 basal 99% spO2 al 1º minuto 90%, spO2 al 2º minuto 80%. Ecodoppler cardiaco normal, Ecografía abdominal normal. **Ecografía ginecológica transvaginal:** Útero AVF 56x27x44 mm. Ecoestructura heterogénea difusa. Endometrio 4,5 mm. Anexos s/p. **Se decide la realización de biopsia pulmonar por videotoracoscopia: Resultado de la biopsia:** EMBOLIAS VASCULARES HEMATICAS CARCINOMATOSAS MULTIPLES. Se realizaron técnicas de inmunomarcación con anticuerpos monoclonales: CD45 ACL (Antígeno común leucocitario) clon LCA88 negativo, CK(AE1-AE3) POSITIVO, CK7 POSITIVO, CK20 negativo, GCHB (Gonadotropina corionica humana beta) POSITIVO. **Se solicita dosaje de HCG:** 311.790 mUI/ml (VN < 2 mUI/ml). **Hipotesis Diagnóstica:** Embolias vasculares de corioncarinoma. La paciente fue derivada a servicio de oncología y ginecología. Se inicio tratamiento con cisplatino + etopósido. **Revisión Bibliográfica:** La enfermedad trofoblástica gestacional es una alteración proliferativa del trofoblasto que incluye a la mola parcial, la mola hidatidiforme, la mola invasiva, la mola metastásica, el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epiteliode. El coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epiteliode son malignos, mientras que solamente un 10–20% de las molas pueden evolucionar hacia una forma maligna.La neoplasia trofoblástica gestacional es generalmente diagnosticada mediante los controles de gonadotropina coriónica humana que se realizan después de un embarazo molar. La quimioterapia es el tratamiento adecuado y la tasa de curación es alta.

## P-24

### UN CASO ATÍPICO DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Tabaj G, Giugno E, Rossi S, Gallardo V, Gonzalez Ginestet C, Lavaccara D, Falcoff N, Werbach A, Grodnitzky L, Malamud P. Hospital del Tórax Dr. A. Cetrángolo. Universidad de Buenos Aires Centro de Diagnóstico E. Rossi. Buenos Aires, Argentina

**Objetivos:** Demostrar el valor de un abordaje multidisciplinario en el estudio de las enfermedades difusas del parénquima pulmonar, especialmente cuando la histopatología no es definitiva. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 53 años ex tabaquista de 8 pack/years, que se encontraba en seguimiento por EPOC desde el año 2008. No presentaba otros antecedentes de relevancia ni exposición a tóxicos. La espirometría evidenciaba un defecto ventilatorio no obstructivo con atrapamiento aéreo en los volúmenes pulmonares: FVC 1.36 (51%) VEF1 1.08 (54%) VEF1/FVC 79, TLC 3.36 (85%), RV 1.99 (145%), RV/TLC 36, DLCOadj 9.7 (64%), kCO 3.49 (84%). La TCAR mostraba lesiones nodulares bronquiocéntricas múltiples, bilaterales, algunas de aspecto quístico, con predominio a nivel de lóbulos superiores con un relativo respeto de las bases, compatible con histiocitosis de células de Langerhans. Se realizó biopsia quirúrgica mediante

videotoracosopia. La anatomía patológica reveló solamente nódulos colágenos centrados en la vía aérea con extensión de la fibrosis hacia el parénquima pulmonar, con muy pocas células inflamatorias mononucleadas y solo algunas células de Langerhans (CD1A +) dispersas. No se identificaban agregados de células de Langerhans. Luego de discutir el caso con el equipo multidisciplinario, se realizó el diagnóstico de: "Patente compatible radiológica y morfológicamente con Histiocitosis de células de Langerhans".
**Resumen:** La Histiocitosis de células de Langerhans Pulmonar (HCLP) es una enfermedad difusa del parénquima pulmonar trelacionada con el tabaquismo, se caracteriza patológicamente por inflamación bronquiocéntrica, formación de quistes, anormalidades vasculares y limitación al ejercicio. La microscopía de la biopsia muestra nódulos estrellados que por lo general son broncocéntricos. Estos nódulos son colecciones focales de células de Langerhans con una morfología, inmunofenotipo y ultraestructura características: núcleos con cromatina fina y estriada, S100 y CD1A positivo y gránulos de Birbeck. Con el paso del tiempo, las lesiones de la HCLP se reducen y se ensombrecen por fibrosis y en algunos pacientes sólo se encuentran cicatrices estrelladas parenquimatosas residuales.

**Conclusión:** *Este caso ilustra la importancia de un equipo interdisciplinario en el abordaje de los pacientes con enfermedad difusa del parénquima pulmonar, en donde no existe un "gold standard" y es esencial la correlación entre la patología y las imágenes.*

## P-25

ECOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL, EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS.

**Autor:** Ceccato A, Tummino C, Bigot M, Huanca L, Esposito G, Del Valle E, Garcia A.

**Introducción:** En las últimas décadas hubo un gran desarrollo en el área de la ecografía endobronquial (EBUS), ésta es una técnica que combina la endoscopia respiratoria y un equipo de ecografía con doppler que permite la identificación de adenopatias y tumores toracicos; permitiendo realizar punciones y obtener muestras para diagnostico. El método posee alta sensibilidad y especificidad en la estadificación mediastinal e hilar del cáncer de pulmón; remplazando el uso de la mediastinoscopia, disminuyendo la morbilidad asociada a éste procedimiento y acelerando los tiempos diagnósticos. También se ha probado la utilidad de éste método diagnóstico en otras patologías como linfomas, sarcoidosis y tuberculosis.
**Objetivos:** Reportar las primeras experiencias de ecografía endobronquíal en un hospital público de la República Argentina.
**Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo de las ecografías endobronquiales realizadas en el período comprendido entre Diciembre del 2011 – Marzo del 2013 en el Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas con un equipo Fujinon EB-530 US. Se analizaron el tamaño y la morfología de las adenomegalias; el estudio del material obtenido fue evaluado por un patólogo in situ, en todos los casos se realizó el estudio bajo sedación profunda con un equipo de anestesiología y se accedió a traves de máscara laríngea o tubo endotraqueal.
**Resultados:** Se realizaron dieciseis estudios en pacientes con alto pretest o diagnostico de cancer de pulmon, 2 de ellos eran mujeres, el promedio de edad fue de 57.93 años ( ± 10.77 SD), el motivo fue en 4 pacientes ( 25 %) la estadificación del cáncer de pulmón no pequeñas celulas, en 2 pacientes ( 12,5 %) la reestadificación, en 8 pacientes ( 50 %) el estudio de adenomegalias mediastinales y en dos pacientes ( 12,5% ) tumor central. Se realizaron 20 punciones, tres ganglios 4R, dos ganglios 4L, siete ganglios 7, un ganglio 10R, un ganglio 10L, tres ganglios 11R, y tres tumores centrales; el tamaño promedio de las adenopatias halladas fue de 12.51 mm ( rango 4 – 23 mm ). Se obtuvo diagnóstico oncológico en 14 pacientes de los cuales nueve ( 56,3 %) fueron positivos para adenocarcinoma, uno (6,3 %) para carcinoma epidermoide, cuatro ( 25 %) para carcinoma no oat cell indiferenciado, en dos casos ( 12.5 %) el resultado fue negativo. Todos los procedimientos se realizaron en forma ambulatoria y no hubo complicaciones posteriores a los procedimientos, la saturacion minima promedio durante el procedimiento fue de 96.4 % (± 2.89 SD ).

**Conclusiones:** *La ecografía endobronquial demuestra ser un método útil en la estadificación mediastinal de la patología tumoral. La adquisición de esta tecnología por un hospital público permite el acceso a la poblacion general.*

## P-26

HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA-HIDATIDOPTISIS

**Autores:** Bernado, E; Monaldi, G; Mercuri, E; Palmisciano, V; Quintas, S.. Servicio de Neumonología y Cirugía Infantil, Hospital Materno Infantil Don V. Tetamantti. Mar del Plata.

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis de distribución universal propia de la zona rural causada en el hombre y otros herbívoros por el estado larval del parasito Echinococcus granulosus. El ciclo de vida del parasito requiere dos huéspedes mamíferos siendo el hombre un huésped intermedio accidental. La población pediátrica tiene mayor riesgo de primo

infección dado el contacto más estrecho con el huésped definitivo. Esta larva o vesícula hidatídica provoca en los órganos del huésped intermedio una reacción local; el conjunto de la vesícula y la reacción recibe el nombre de Quiste Hidatídico, denominándose Hidatidosis o enfermedad hidatídica a la enfermedad que genera.
**Caso clínico:** Se presenta una niña de 7 años que ingresa a nuestro hospital con diagnostico de neumonía con derrame pleural ipsilateral con mala evolución clínica. En imágenes radiológicas y tomograficas se visualizada una imagen quística con signo del camalote. Serología para hidatidosis positiva. Inicia tratamiento con albendazol. En su evolución presenta presunta hidatidoptisis, con reacción tipo alérgica urticariana y dificultad respiratoria. Resolución parcial de imágenes radiológicas y recidiva de las mismas en el seguimiento posterior.

**Conclusiones:** *En América Latina, la Argentina se encuentra dentro de los países de índice más elevado (6.2 por 100.000 habitantes) junto con Uruguay y Chile. La prevalencia es particularmente alta en niños, afectando preferentemente a pacientes < de 15 años. La incidencia es mayor en el sexo masculino. La infección se adquiere habitualmente por contacto directo con perros infectados. La prevención está orientada a educar la población y evitar la infección del perro. Consideramos que la sospecha clínica basada en antecedentes clínicos, epidemiológicas y geográficos, continua siendo fundamental en el diagnostico del paciente portador de hidatidosis.*

## P-27

PRESENTACIONES CLINICAS INFRECIENTES EN FIBROSIS QUISTICA

Presentación clínica de la fibrosis quística

Palmisciano,V (1); Bernado, E.(1);Cabral,A.(2);Rossi,M.(2) ; Monaldi, G.(1) ; Quintas, S.(1). (1)Servicio de Neumonología, Hospital Materno Infantil Don V. Tetamantti. (2)Servicio de Nutricion,Hospital Materno Infantil Don V.Tetamantti

**Introducción:** La Fibrosis Quística es la enfermedad hereditaria más frecuente en la raza blanca, con una incidencia aproximada de 1 cada 5000 recién nacidos a nivel global. Su presentación clínica, exceptuando el diagnóstico por screening neonatal, está caracterizada por enfermedad pulmonar crónica, deficiencia pancreática y concentraciones altas de electrolitos en sudor. En ocasiones, el primer indicio de la enfermedad puede ser monosintomático como por ejemplo la depleción de electrolitos en sangre, como ocurre en aproximadamente el 16 % de los casos.

**Caso clínico:** Se presentan dos pacientes atendidos en nuestro hospital, uno con reciente diagnóstico de Fibrosis Quística ( 2 TIR ELEVADAS Y 2 TEST DEL SUDOR PATOLOGICOS) de 2 meses de vida, que ingresa en anasarca y otro de 2 años de edad, que ingresa en el mes de febrero con un cuadro de deshidratación por vómitos con alcalosis metabólica hipoclorémica, en cuyo algoritmo diagnóstico se detectan 2 test del sudor patológicos. Dicho paciente se encontraba eutrófico y sin manifestaciones respiratorias relevantes a lo largo de su vida. Se procedió a la evaluación de su hermano de 5 años (eutrófico-asintomático) presentando también test del sudor patológicos. En ambos niños el estudio molecular correspondió a las mutaciones W1282X/R334W.El primer niño, recibió tratamiento acorde con su cuadro clínico, evolucionando favorablemente y pudiendo ser externado en óptimas condiciones de salud. En su estudio molecular se detectó la mutación delta F508 homocigota.

**Conclusiones:** *Si bien el compromiso respiratorio está presente en la mayoría de los pacientes fibroquísticos (más del 95%), resulta muy importante la detección oportuna de alteraciones metabólicas tanto en niños con diagnóstico de la enfermedad, como en aquellos con cuadros de deshidratación con alcalosis metabólica hipoclorémica, en los que la realización de un test del sudor puede ser la llave para el diagnóstico.*

## P-28

TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO TORACOPULMONAR (TUMOR DE ASKIN)

Tumor neuroectodérmico primitivo toracopulmonar

Monaldi,G(1) ; Bernado,E.(1) ; Caballero,E (2); Murray,C(2) ; Palmisciano, V(1); Quintas, S(1). (1) Servicio de Neumonología. Hospital Materno Infantil Don V. Tetamantti. Mar del Plata. (2) Servicio de Oncología. Hospital Materno Infantil Don V. Tetamantti. Mar del Plata.

**Introducción:** El tumor neuroectodérmico de Askin, es una neoplasia de células redondas y pequeñas que se origina en la pared torácica. Histológicamente se incluye en un grupo que se conoce como familia del Sarcoma de Edwing. Es un tumor de comportamiento maligno y con alta frecuencia de metástasis al momento del diagnóstico.
**Caso clínico:** Se presenta un paciente de 5 años, sexo masculino, que ingresa con diagnóstico de neumonía con derrame pleural y alteración de la parrilla costal (neoformación que involucra el tejido osteocartilaginoso )

**Conclusiones:** *Ante una masa pleural con afectación de la pared torácica, debe sospecharse tumor neuroectodermico primitivo. El comportamiento clínico-terapéutico es variado, así como las implicancias pronosticas que dependen de la variedad histológicas. La tomografía es una técnica útil para categorizar las masas pleurales y evaluar la extensión de la enfermedad.*



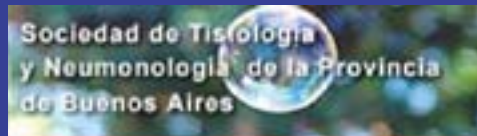








STNBA



<http://www.stnba.org.ar>

Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires  
Domicilio Actual: Hospital del Tórax Dr. Antonio A Cetrángolo  
Italia 1750 - Florida - (B1602DOH) - Vicente López - Provincia de Bs. As.  
Teléfono: (011) 4791-8651 - [secretaria@stnba.org.ar](mailto:secretaria@stnba.org.ar)

**Creemos que nos vemos bien a los 40, y estamos seguros de que a los 50 nos veremos aún mejor.**

Durante todos estos años fuimos cambiando, no en esencia, pero fuimos cambiando. Mejorando en los procesos, en nuestras relaciones comerciales, cambiando nuestra percepción de la industria e incluso cambiando nuestro lugar de trabajo. Evidentemente ya no somos los mismos que cuando comenzamos. Pero creemos que los 40 nos sientan bien. De hecho estamos seguros de que a los 50 vamos a estar aún mejor.

