



RESÚMENES PRESENTADOS

41 ASPERGILOMAS MÚLTIPLES: INUSUAL PRESENTACIÓN

MARTÍN I
Hospital Muñiz

Resumen: El aspergiloma se considera la forma clínica más frecuente y mejor reconocida de la aspergilosis pulmonar, que surge como resultado de la colonización por el hongo de una cavidad, quiste o bulla ya existentes, como consecuencia de enfermedades crónicas, tales como tuberculosis, bronquiectasias, enfisema bulloso, fibrosis pulmonar o sarcoidosis en estadios avanzados. Se envía el siguiente trabajo por la particularidad de presentar múltiples aspergilomas algo infrecuente, siendo lo más común la presencia de una sola bola fúngica.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 53 años, oriundo de Bolivia que vive en Gran Buenos Aires y trabaja como vendedor ambulante. Fue internado en el hospital Muñiz el 25/09/2014 por tos con expectoración mucopurulenta de 9 meses de evolución y hemoptisis progresiva hasta llegar a ser masiva. Acudió previamente a consultorios externos un mes antes y se le realizaron exámenes de laboratorio, examen de esputo para BAAR y *Aspergillus*, y serología para este último.

Como antecedentes de importancia refiere tuberculosis pulmonar en el 2013 diagnosticada en la Argentina y cuyo tratamiento concluyó en Bolivia en enero del 2014. Tabaquismo de 2 cigarrillos por día y enolismo leve.

Ingresó a terapia intensiva por hemoptisis masiva: aproximadamente 1.000 ml en 24 h. Al examen físico se observaba adelgazado. En aparato respiratorio se auscultaban roncus y estertores crepitantes diseminados a predominio apical; el resto del examen físico fue normal.

Al ingreso a UTI presentó TA: 110/60 mmHg, FC: 90/min, T: 36°C, FR: 25/min y SatO₂ 95% con FIO₂ 0.21.

En el examen de esputo de guardia se encontraron diplococos Gram positivos, cocobacilos Gram negativos y fue BAAR negativo. En el laboratorio de ingreso, el único hallazgo patológico fue anemia (Hb: 10.5 g/dl, Hto: 34%, VCM: 79), E.A.B: 7.39/32.6/66.5/19.5/ 92.5%. En la radiografía de tórax pósterio-anterior se observaban opacidades alveolares bilaterales difusas con predominio en campos superiores y disminución volumétrica del hemitórax izquierdo. Se administraron antibióticos: ampicilina/sulbactam y claritromicina asociados a dionina y ácido épsilon amino caproico.

El 26/09/2014 por persistencia de la hemoptisis se realiza fibrobroncoscopia que evidencia sangrado activo del lóbulo superior izquierdo, por lo que se decide colocación de prótesis endobronquial en el BFI que ocluye la entrada de dicho lóbulo, dejando permeable el bronquio de los lóbulos inferiores. Ese mismo día se reciben los resultados de los esputos positivos para *Aspergillus fumigatus* con serología positiva para este mismo hongo. Se interpreta el cuadro como aspergilosis crónica necrotizante y se agrega anfotericina B al esquema antibiótico.

Cuatro días después pasa a sala de neumonología donde se realiza nueva radiografía de tórax (fig. 1) que muestra regresión de las opacidades en ambas playas pulmonares pero evidencia una imagen cavitaria con contenido opaco en su interior que dejaba una media luna radiolúcida superior. Una tomografía de tórax mostró múltiples aspergilomas en distintas cavidades en el hemitórax izquierdo (Fig. 2 y 3)

Se interpreta el cuadro como aspergilomas intracavitarios múltiples con hemoptisis. Se suspende la anfotericina B al completar una dosis total 1.500 mg. Por interconsulta con el servicio de micología se inició itraconazol 200 mg c/12 h vía oral y se plantea conducta quirúrgica.

Una semana más tarde se realiza embolización de arterias sistémicas que dejaban zonas hipervascularizadas: embolización efectiva de vasos bronquiales y extra bronquiales izquierdos que presentaban signos indirectos de sangrado.

A los 14 días se retiró la prótesis endobronquial por el servicio de endoscopia, sin signos de sangrado durante el procedimiento.

Una espirometría computada y estudio de gases arteriales efectuados en ese momento fueron normales.

Se externa en plan quirúrgico de efectuar una lobectomía superior izquierda.

Figura 3. Tomografía axial de tórax, reconstrucción coronal: las flechas señalan dos de los aspergilomas en distintas cavidades

Figura 1; La flecha señala cavidad con un contenido opaco en su interior (uno de los aspergilomas), signo de la media luna.

Figura 2. Bolas fúngica señalada por la flecha.

39 PRIMER ULTRAMARATÓN ACONCAGUA

ORTIZ NARETTO A¹; PEREIRO M²; DONATO S³; DURÉ R¹; FIGUEROA J⁴; PRONCE R³; ESTEVES T³; MAROTO C³; DUPLESSIS R³; ROGÉ I³; VÁZQUEZ Y³; ACUÑA A³; STRANIERO M³; OCHOA A³; SENATRA P³; SARAVIA A³; VALDÉZ O³; MARENGO A³

¹Hospital Muñiz, ²HOSPITAL FIORITO, ³Asociación Andina de Medicina para la Montaña, ⁴Centro de Investigaciones Respiratorias y del Sueño

Introducción: el 29 de Noviembre de 2014 se llevó a cabo en el parque Nacional Aconcagua, (Mendoza, Argentina) la Ultramaratón Aconcagua de 25 y 50Km con un desnivel de 1590 metros, para participar de dicho evento los atletas aptos, realizaron una aclimatación previa de 24 hs para los 25 Km y de 48 hs para los que corrían 50 Km por encima de los 2000 msnm en la villas cordilleranas.

Por razones técnicas, no climatológicas, la maratón fue suspendida a los 8 km de iniciada pero en su mayoría los participantes igual decidieron completar el recorrido de 25 o 50 km.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el estado físico y la presencia de mal agudo de montaña (MAM) en el control realizado en confluencia (3400 msnm).

Material y método: La participación en la Ultramaratón Aconcagua requería de una inscripción y evaluación previa de los participantes muy estricta, además de la evaluación clínica tenía en cuenta la participación previa de actividades de montaña. Los corredores partieron desde Puente del Inca (2900 msnm) a las 8 AM los de 50 km y a las 8:30 AM los de 25 KM, en Confluencia (3400 msnm) se realizaron controles de: saturometría (St), frecuencia cardíaca (FC), estado clínico y el test de Lake Louise, esto fue obligatorio para los que corrían 50Km y opcionales para los de 25 Km. El tiempo ocupado en dichos controles se estableció en 5 minutos que luego fueron descontados del tiempo total de la carrera para cada corredor. Fueron realizados luego de tomar un refrigerio e hidratarse entre los 3 y 5 minutos de haber llegado al punto de control. La altura máxima alcanzada fue de 4.200msnm. Para la St se utilizó un oxímetro de pulso Beijing Choice Electronic Technology Co. Ltd. Los controles fueron realizados por 6 médicos de la asociación andina de medicina para la altura (AAMPA). Los resultados se expresan como promedio y DS.

Resultados: Participaron 451 atletas, se controlaron 255 (64 mujeres, 191 hombres), edad 42 ±8.8 años, St 87% ±4.9, FC 108 ± 17,8 latidos por minuto, Escala de Lake Louise: puntaje "0": 255, "1": 23; "2" 4 y "3" 3. Un participante necesitó atención médica por hipotermia y deshidratación sin haber requerido evacuación.

Conclusiones: En los controles realizados en la altura no se detectó MAM que requiriera terapéutica, siendo lo más frecuente la fatiga. El requerimiento de experiencia en altura y la aclimatación adecuada obligatoria favoreció que en una población tan grande no se presentara MAM.

38 SÍNDROME HEPATOPULMONAR E HIPERTENSIÓN PORTO-PULMONAR EN EL MISMO PACIENTE: COMUNICACIÓN DE UN CASO

GRASSI F¹; BOSSIO M¹; ERNST G¹; SALVADO A¹
¹HBBA

Paciente, de sexo femenino, de 71 años de edad con antecedentes de ex tabaquista de 10 paquetes/años, hipotiroidea, glaucoma, y cirrosis hepática de etiología alcohólica con abstinencia de 1 año. Sin antecedentes de síndrome ascítico-edematoso, varices esofágicas ni peritonitis bacteriana espontánea. En seguimiento por el servicio de trasplante hepático ingresa con MELD de 17 a nuestro centro. Consulta por disnea de esfuerzo de 6 meses de evolución. Al examen físico presentaba buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. No presentaba signos de sobrecarga hídrica, cianosis ni clubbing. Sin platipnea, pero con ortodeoxia con SatO₂: 93% (0,21) en decúbito supino, SatO₂ (89%) en posición vertical. Se realizó tomografía de tórax sin contraste en la que se evidenciaron áreas de vidrio esmerilado asociado a engrosamiento de septo interlobulillares en el sector periférico sin adenomegalias. Se realizó un estudio completo de función pulmonar cuyo resultado fue dentro de los parámetros de referencia con disminución severa de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) que no se modificó con la hemoglobina y la ventilación alveolar. Se realizó perfil inmunológico y serología para HIV los resultados fueron negativos. El estado ácido-base respirando aire ambiente con pH 7.43, presión parcial de oxígeno (PO₂) de 57.7 mmHg, presión parcial de dióxido (PCO₂) 30 mmHg, con gradiente A-a de 43 mmHg. El ecocardiograma transesofágico (ETE) con solución salina agitada con pasaje de burbujas al séptimo latido compatible con shunt extra-cardíaco. Se realizó cálculo de shunt pulmonar con FiO₂ al 100% siendo 18%. En el cateterismo derecho se evidenció presión de la arteria pulmonar media (PAPm) de 28 mmHg y presión wedge (PW) de 11 mmHg. No se midieron resistencias vasculares ni volumen minuto cardíaco por lo que se decidió repetir el estudio.

La paciente permaneció estable de su enfermedad hepática y egresó con oxigenoterapia crónica domiciliaria.

En la evaluación previa al trasplante hepático (TH), se realizó ETE con solución salina agitada que con una PSAP estimada de 66 mmHg. En el cateterismo derecho se obtiene una PAPm de 50 mmHg, PW de 13 mmHg, resistencias vasculares pulmonares (RVP) de 789 dinas/seg/cm⁵, un índice cardíaco de 3,55 l/min/m². Se interpreta como hipertensión porto-pulmonar.

Inició tratamiento con sildenafil 25 mg cada 8 horas, suspendiéndose al cuarto día por cefalea, flushing y aumento de la disnea. Se decide iniciar tratamiento con ambrisentan 5 mg por día sin aumento de las transaminasas ni de la presión arterial en controles posteriores con buena evolución clínica. La paciente continúa en seguimiento ambulatorio en nuestro centro en la actualidad.

Conclusión: Lo interesante de este caso clínico es la aparición en el mismo paciente de dos condiciones, el SHP y la HPP, generalmente, considerado como mutuamente excluyentes. Es importante ser consciente de este fenómeno porque los pacientes con SHP pueden desencadenar HPP durante el tiempo de espera al TH. La detección del HPP puede pasar inadvertida y modificar la conducta terapéutica como ocurrió en nuestro caso. No queda claro si la mejoría de los síntomas de la paciente es debido al tratamiento con ambrisentan o al equilibrio antagónico de ambos síndromes.

40 BRONQUIO TRAQUEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

TRINIDAD M¹; MORALES R¹; ROMINA DEL CARMEN S¹; MULLER C¹; GAITAN C¹

¹HIGA Pte Peron de Avellaneda

Paciente de 44 años, HIV positivo diagnosticado en 2002 con adherencia al tratamiento antirretrovir al, antecedente de consumo de marihuana y cocaína por 15 años. Tabaquista actual 7.5 p/y.

Antecedente de internación en octubre del 2013 por neumonía bilateral, durante la misma se realiza FBC que no evidencia lesiones endobronquiales, se realiza BAL que informa baciloscopia negativa, cultivo para germen comunes y Koch negativos. TAC de torax que informa múltiples opacidades de aspecto consolidativo con presencia de broncograma aéreo ubicadas en ambos lobulos inferiores. Hemocultivos para Koch y germen comunes negativos. Buena evolución clínica con antibioticoterapia endovenosa.

A los 2 meses consulta nuevamente por tos productiva, fiebre, perdida de peso, siendo medicado con Optamox. Se solicita Rx torax donde se visualiza opacidad paramediastinal derecha que se confirma con TAC de torax: consolidación alveolar de márgenes imprecisos paramediastinal en LSD no descartándose proceso neofornativo. Área de consolidación alveolar heterogénea y de márgenes espiculados con contacto pleural de 85 x 35 mm en LID. Se programa punción guiada bajo TAC. En el momento del estudio se observa desaparición de la última imagen descripta y persistencia de la imagen paramediastinal derecha por lo que se decide punción de la misma, obteniéndose material purulento.

Se inicia tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico/clindamicina, se recibe resultado + para Streptococo Constellatus sensible, continúa mismo esquema antibiótico por 21 días, evolucionando con un episodio de vómito y resolución radiológica de la imagen paramediastinal. Se interpreta cuadro como absceso de pulmón.

Al mes se presenta para control manteniéndose afebril pero persistiendo con tos productiva con expectoración mucosa y reaparición de la opacidad paramediastinal superior derecha en la Rx torax. Se realiza FBC donde se observa orificio redondeado ocupado por contenido amarillento en tercio inferior derecho de la tráquea, se realiza cepillado y toma de biopsia + BAL con directo para BAAR negativo, cultivos para germen comunes y Koch negativos.

Inicia nuevamente tratamiento antibiótico, ante la sospecha diagnóstica de bronquio traqueal, se deriva a cirugía torácica, quienes sugieren intervención quirúrgica. Al momento el paciente se niega a la misma.

Conclusiones: el bronquio traqueal es un bronquio aberrante que se origina en la pared lateral derecha de la tráquea, a menos de 2 cm de la carina, y su incidencia oscila entre 0.1-5%. Típicamente se descubre de manera casual en una broncoscopia, Rx torax ó TAC de torax. Cursa ocasionalmente sin síntomas, sin embargo puede asociarse a problemas pulmonares localizados como atelectasias crónicas, neumonías recurrentes, bronquiectasias crónicas, tos persistente, estridor, hemoptisis y quistes ó enfisema localizados

Se presenta el caso por tratarse de una anomalía poco común, en el caso de nuestro paciente se presenta con cuadros de neumonías a repetición y tumoración torácica (paratraqueal derecha), que llevó a la sospecha de probable neoplasia. Resulta necesario realizar una cuidadosa broncoscopia y tomografía ante la presencia de infecciones recurrentes y tumoraciones en la localización descripta, así como tener conocimiento sobre variantes y anomalías bronquiales.

Bibliografía:

Fraser, Fundamentos de las Enfermedades del Tórax, Tercera edición, 2006, pag 198-199

Doolittle MA, Mair EA. Traqueal bronchus. classification, endoscopic analysis, and airway management. Otolaryngol Head neck Surg. 2002; 126: 240-3

36 ESTUDIO PILOTO: ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS ASMÁTICOS; RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD DIARIA Y RESPUESTA AL TEST DE BRONCOPROVOCACIÓN POR EJERCICIO

KRUGER A¹; DONTG G¹; PRIMROSE D¹; FIGUEROA J¹

¹Htal de Clínicas José de San Martín

Introducción: la actividad física es indispensable para el desarrollo saludable de los niños. El broncoespasmo inducido por ejercicio (BEIE) es frecuente en los niños asmáticos y no siempre es inhibido por el tratamiento antiasmático. La evaluación de la respuesta al ejercicio no es una rutina recomendada, y no hay trabajos que hayan analizado la relación entre BEIE y actividad física cotidiana en niños asmáticos mediante métodos objetivos.

Objetivos: estimar si existen diferencias en la cantidad de actividad física (AF) semanal entre niños con BEIE + y BEIE – dentro de una población de niños asmáticos bajo tratamiento preventivo con corticoides inhalados.

Material y métodos: se realizó un estudio piloto en niños asmáticos (síntomas + examen funcional respiratorio con respuesta al broncodilatador) bajo tratamiento preventivo con corticoides inhalados. Se excluyeron pacientes obesos, con SAOS, o con otras patologías crónicas asociadas. A los niños participantes se les entregó un podómetro (cuenta pasos con memoria y programa de análisis computarizado) para usarlo durante una semana en forma continua. Al entregar el podómetro, se completaron una planilla de registro de actividad física semanal y el cuestionario ACT (validado en español), y se les realizó un Test de Broncoprovocación (TBE) con carrera libre (norma ATS) y evaluación de respuesta al broncodilatador post test.

Resultados: se evaluaron 29 pacientes, edad media de 10 años (rango de 7 a 18 años). Mediana de inicio de síntomas 3 años (rango de 2 meses a 8 años) y mediana de seguimiento en el servicio de 4.6 años. Se obtuvo el registro completo de pasos en 28 pacientes. Se realizó TBE en 27 pacientes (un paciente no concurre a control y el otro no logró realizar curvas reproducibles). Siete pacientes presentaron TBE positivo (6 con respuesta broncodilatadora post TBE positiva). De los 20 pacientes con TBE negativo 5 presentaron respuesta broncodilatadora positiva.

La mediana de actividad física semanal declarada fue de 265 min (4.4hs con un mínimo de 1 hs y máximo de 14.5 hs). No se encontró una correlación entre la cantidad de actividad física declarada y la evaluada objetivamente con el podómetro. El ACT reveló asma parcialmente controlada en 1 solo paciente (19 puntos), y asma controlada en los otros 28.

	Promedio pasos diarios	Promedio aerobicos diarios	Promedio de tiempo aerobico	Promedio tiempo aerobico (dias)
TBE negativo	8944	1521	13.8	28.1
TBE positivo	7086	1075	10.2	23.8
Variacion	- 21%	- 29 %	- 26 %	- 15 %

Pasos totales según TBE Test de Student p=0.2

Pasos aerobicos según TBE Test de Wilcoxon p=0.66

Cantidad de tiempo aerobico según TBE: Test de Wilcoxon p=0.64

Cantidad de pasos totales según respuesta broncodilatadora post TBE: Test de Student p=0.9

Conclusiones: todas las familias pudieron completar satisfactoriamente la semana de registro con el podómetro y la mayoría de los niños pudo realizar también el test de ejercicio. Si bien hay una tendencia a menor actividad en el grupo BEIE+ esto no alcanzó significación estadística. La metodología implementada parece viable para replicar el estudio con una mayor población. Llama la atención que todos los pacientes (sin tener problemas de obesidad ni otras comorbilidades) realizaron poca actividad física para lo recomendado en las guías pediátricas.

35 NUEVA PRUEBA PARA EVALUAR TOLERANCIA AL EJERCICIO EN ENFERMOS RESPIRATORIOS

LARRATEGUY L¹; PAIS C²; MARRONI F²; RIVERAS M²; LARRATEGUY S¹

¹Centro privado de Medicina Respiratoria de Paraná, ²Cardiocom. Facultad de Ingeniería. UNER

Introducción: La prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M) se utiliza para la evaluación de la tolerancia al ejercicio en pacientes en rehabilitación pulmonar. Sin embargo, hay grandes variaciones en la forma como se realiza esta prueba, en diferentes Centros de Rehabilitación, por la dificultad de contar con un pasillo de treinta metros donde no haya circulación de personas y esto reduce su fiabilidad e impide la comparación de resultados.¹

La recuperación de la frecuencia cardíaca o HRR (Heart Rate Recovery) calculada luego de un minuto de reposo usando PM6M, se ha probado que es un buen predictor de mortalidad.²

En Brasil se ha propuesto la prueba del escalón para evaluación de la tolerancia al ejercicio en personas sanas y con EPOC.³

Tanto la PM6M como las pruebas del escalón regladas por tiempo presentan características de una prueba submáxima (meseta en la curva de consumo de oxígeno).⁴

Con estos antecedentes proponemos un nuevo test del escalón de 3 minutos de duración (HRR Test®) utilizando la HRR para evaluar tolerancia al ejercicio.

Objetivos: Calcular la correlación entre la HRR obtenida con el HRR Test® y la distancia recorrida con el test de caminata de seis minutos y de esta forma evaluar si se puede reemplazar en el Índice BODE, la distancia recorrida obtenida por la PM6M por la estimación de la distancia recorrida obtenida con el HRR test® (h-BODE) y si hay correlación entre estos índices.⁵

Materiales y Método: A 8 pacientes que consultaron en el Centro Privado de Medicina Respiratoria de Paraná por disnea con diversas patologías, durante el mes de febrero, se les realizó el test de caminata de 6 minutos y al otro día el HRR Test®. Este último consiste en subir y bajar un escalón de 20 cm con una cadencia de 20 subidas por minuto durante tres minutos, midiendo saturación de O₂ y frecuencia cardíaca, realizado en un consultorio. Se obtuvo la HRR luego de un minuto de reposo post ejercicio.

Resultados: Aplicando el índice de correlación (IC) de Pearson se obtuvieron los siguientes resultados comparando ambas pruebas: 0,62 entre la HRR del nuevo test y los metros caminados en la PM6M, 0,62 entre los metros caminados y la HRR obtenidos con la PM6M, 0,83 entre la HRR de nuevo Test y la de la PM6M; 0,70 entre la HRR del nuevo test comparada con el porcentaje de metros caminados con la PM6M. El IC entre el BODE y el h-BODE fue 0,98.

Conclusiones: Existe muy buena correlación lineal entre los resultados del h-BODE obtenidos con el HRR Test® y el BODE obtenido con la PM6M, por lo tanto se podrían utilizar los metros caminados estimados por el HRR Test® en el índice de BODE. Si bien la muestra de este estudio es pequeña, se destacan los resultados obtenidos y facilidad del uso en consultorio del HRR Test®.

Bibliografía

1-Tramontini MR et al. Variabilidad en las condiciones de la prueba de la marcha realizada en el contexto de programas de rehabilitación pulmonar en América Latina y en la Península Ibérica. *Arch. Bronconeumol*, 2005, vol. 12, nº. 41, pp. 667-678.

2- Swigris, J. et al. Heart rate recovery after 6-min walk test predicts survival in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Chest*, 2009 vol. 136 (3), Páginas 841-8.

3- Silva de Andrade et al. The use of step tests for the assessment of exercise capacity in healthy subjects and in patients with chronic lung disease. vol. 38 2012, Páginas 111-124.

4-Rabinovich RA et al. Evaluación de la tolerancia al ejercicio en pacientes con EPOC. Prueba de marcha de 6 minutos. *Arch. Bronconeumol.*,2004, vol. 2, no. 40, pp. 80-85.

5- Celli B et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 350;10.

34 CAUSA INUSUAL DE TOS CRONICA

VARRENTI N¹; DA SILVA T¹; AGUSTIN M¹; PEÑA GODOY L¹; GANHEM Y¹; POLLINI V¹; LOZADA C¹; DELAVALLE A¹; RUGGIERO R¹; BRAVO S¹

¹Hospital de Morón

Abstract: CAUSA INUSUAL DE TOS CRÓNICA. Presentación de un caso clínico.

Lugar: Hospital Municipal Ostaciana Bravo de Lavignole. Morón. Prov. de Buenos Aires

1. Introducción. Definiciones. La tos crónica ocasiona entre el 10 y el 20% de las consultas neumonológicas, y supone uno de los procesos más frecuentes. Es un reflejo ocasionalmente voluntario, cuya principal finalidad es expulsar el contenido de la vía aérea o laringe, en condiciones patológicas indica la presencia de enfermedades importantes. Se entiende como tos crónica aquella que persiste más de 3 semanas y no está relacionada con un proceso agudo.

2. Material y método: Se expone un caso clínico:

Paciente de sexo femenino, 23 años que consulta por tos seca, persistente de 3 meses de evolución, se agrega disnea y disfagia a sólidos. Antecedentes de gripe A en 2009. Al ingreso leucocitosis leucotófica 21.000. Examen físico negativo, laringe normal. A la auscultación leve disminución de la entrada de aire en pulmón derecho campo superior. Rx Tx. Imagen suprahiliar, paramediastinal derecha, homogénea. TAC de tórax: masa en mediastino medio posterior que deforma la luz traqueal y del bronquio fuente derecha. Se realiza FBC donde se observa compresión extrínseca de pared posterior a nivel de 3º anillo traqueal con mucosa normal. Obstrucción de 90% de la luz de toda la tráquea intratorácica. El resto del examen fue normal. Se solicita broncoscopia rígida con punción de aguja de Schieppati para obtención de citología que resulto negativo para células neoplásicas. Se procede a la dilatación y colocación de stent en Y. Evoluciona con disnea, tiraje, estridor laríngeo e intenso broncoespasmo con caída de la saturación. Se realiza inspección broncoscopia hallándose stent in situ, mucosa edematosa, con abundantes secreciones. Evoluciona con intenso edema de cuerdas vocales, se realiza nueva exploración endoscópica, luego de la cual pasa a UTI por insuficiencia ventilatoria con requerimiento de ARM. Rx de tórax demostró atelectasia de LSD. En los días posteriores presenta cambios en las características de las secreciones e inicia tratamiento antibiótico. Se retiró el stent y se decide reseca el tumor cuya anatomía patológica muestra leiomioma esofágico.

3. Discusión. Los tumores benignos del esófago son poco frecuentes. Representan menos del 2%. La mayor parte de ellos son asintomáticos (80%). Pueden presentar síntomas como sialorrea, odinofagia, dolor por espasmo esofágico, regurgitación y rara vez sangran, pueden dar lugar a episodios de disnea y tos por microaspiraciones.

4. Conclusión. Es más frecuente en hombres que en mujeres, entre la 5 y 6 década de la vida. Mas frecuente en esófago inferior, siendo la tos crónica y disfagia un síntoma más bien tardío.

33 OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA (OCD) EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

LOPEZ JOVE O¹; ZAREWSKY S¹; VISENTINI D¹; FERNANDEZ ACQUIER M¹; WU Y¹; SCHAFFER B¹; HSUEH Y¹

¹Hospital Cetrángolo

La administración de oxígeno tiene un papel fundamental en el tratamiento de la hipoxemia, previniendo las complicaciones asociadas con la hipoxia tisular que se produce en la insuficiencia respiratoria crónica (IRC). Su eficacia ha sido comprobada, siendo junto con el cese del tabaquismo, las únicas medidas en que existe evidencia de mejoría de sobrevida en la enfermedad que causa más frecuentemente IRC, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

El Hospital “Dr. Antonio A. Cetrángolo” es un Hospital especializado en enfermedades respiratorias en el conurbano bonaerense. Atiende una población de 3,5 millones de habitantes de la región V y circunscripciones vecinas. El Hospital cuenta con un consultorio especializado para pacientes con IRC.

Objetivo: Describir el grupo de pacientes en tratamiento con OCD, comparar con otras series publicadas.

Métodos: Realizamos un trabajo de investigación prospectivo descriptivo de corte transversal de la población en tratamiento con OCD, y el flujograma de decisiones utilizado. Incluimos a los pacientes adultos referidos al Laboratorio Pulmonar del Hospital Cetrángolo para ser evaluados en cuanto a necesidad de OCD que cumplieran los criterios contenidos en las guías, y los que ya se encontraban utilizando esta modalidad terapéutica durante más de 6 meses en el momento de consultar. Se siguió un algoritmo diagnóstico y terapéutico acorde con las guías en vigencia.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes (89 varones), con una media de edad de 65,97 años (9,45), Los diferentes diagnósticos que motivaron la OCD fueron EPOC 64%, Fibrosis Pulmonar 22,8%, Bronquiectasias 7,1%, Asma 3,2%, Secuela de TBC 1,9%. Los valores espirométricos, expresados como media y (SD) hallados fueron FVC 1,91L (1,05) FVC% 53,57 (17,94) FEV1% 39,51(18,48)

Conclusiones: La EPOC sigue siendo la causa más frecuente de IRC que motiva OCD, aunque la Fibrosis Pulmonar ocupa un lugar creciente. Debe seguirse la indicación de las guías en vigencia para la prescripción adecuada.

32 ¿LOS CRITERIOS NORMALIZADOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA SOLICITAR PRUEBAS DE SENSIBILIDAD A DROGAS ANTITUBERCULOSAS DISCRIMINAN CORRECTAMENTE LOS POSIBLES CASOS RESISTENTES? EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE 14 AÑOS DESDE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

YESSI L¹; CARLETTI Z¹; FERNÁNDEZ O¹; ADRIANA P¹

¹H.I.E.A. y C. San Juan de Dios. La Plata

Desde la aparición de las primeras drogas antituberculosas se sabe que el bacilo de Koch es capaz de generar resistencia a los quimioterápicos.

La dificultad para lograr una buena adherencia al tratamiento, es quizás el factor más importante que contribuye TBC-MDR generando aproximadamente 15% de retratamientos con el riesgo de selección de cepas que provoque algún tipo de resistencia.

Por otro lado, se ha mostrado una relación entre VIH y la TBC-MDR. El Servicio Penitenciario es otro ámbito propicios para la aparición de brotes por cepas altamente resistentes.

Las Normas Técnicas Nacionales 2013 (NTN) señalan para realización de cultivo (C) y prueba de sensibilidad (PS) los siguientes criterios: retratamiento de TB, epidemiología de contacto con TB resistente, trabajadores de salud o provenientes de cárceles con casos con multiresistencia (MDR), adictos al alcohol y/o otras drogas, antecedentes de resistencia previa, inmunocomprometidos, niños o provenir de países con alta incidencia de R. Esta racionalización es primordialmente motivada por la escasez de laboratorios idóneos en el país (16) más que por un criterio médico cierto.

El Hospital "San Juan de Dios" de La Plata inicia tratamiento aproximadamente a 10 casos por año con TBC con algún tipo de R. El perfil especializado en Infectología y Neumonología y el atributo de Interzonal lo convierten en centro de referencia. El Servicio de Bacteriología es uno de los laboratorios con capacidad de realizar C y PS. Se diagnostican anualmente aproximadamente 28 muestras con, al menos, una R, que provienen de otras localidades de la provincia; de ellas aproximadamente el 50% son MDR. En él se efectúa C y PS a todas las muestras. Esta pauta interna nos permite evaluar retrospectivamente los casos detectados e inferir que resistencias no serían identificadas si se acataran las NTN.

OBJETIVOS: General: Analizar la eficacia de los Criterios de Selección de las NTN para la realización de las PS. **Específicos:** Investigar la brecha existente entre los casos resistentes detectados y los que hubieran pasado desapercibidos para las NTN. Observar los retratamientos con resistencia estimando la posibles R1 no detectadas oportunamente.

MATERIAL Y METODOS: Se recolectó información de **1968** registros de pacientes que iniciaron tratamiento anti-TBC entre los años 2001 y 2014, fueron evaluados por cohortes anuales retrospectivas. Se confrontó la información Clínico-epidemiológica con los resultados bacteriológicos. Se generaron 2 grupos de evaluación: **a)** los que no tuvieran criterios para PS (S/CPS), con solo una condición se excluía de este grupo. **b)** pacientes con al menos una condición para PS (C/CPS). Se compararon ambos grupos examinando la distribución de algún tipo de R.

Posteriormente se evaluaron las R según fueran primarias (R1°) o secundarias (R2°). En esta última fracción se investigaron los antecedentes de los tratamientos, si fueron completos, estandarizados y regulares y que no registraran PS previa (C/TCR).

RESULTADOS: De los **1968** casos de TBC Pulmonar y Extrapulmonar registrados como tratamientos antituberculosos, en **1603** casos se obtuvo la confirmación bacteriológica. De ellos **140** presentaron algún tipo de R (el 8.7%) subdividiéndose en **70** (50.0%) como R1° y **70** (50.0%) R2°, de los cuales **72** fueron MDR (51,4%) y al menos 2 XMDR. Entre R2°, **20** casos se presentaron como C/TCR.

**Distribución de casos de TBC,
según variables descriptas.**

Hospital San Juan de Dios 2001-2014.	
TOTAL CASOS	1968
CONFIRMADOS	1603
CONF.S/CPS	733
CONF.C/CPS	870
RESISTENTES	140
R.C/CPS	110
R.S/CPS	30
R1°	70
R2°	70
R2° C/TCR	20

CONCLUSIONES: La escasez de laboratorios con capacidad para PS determina la necesidad de seleccionar las muestras, para ello las NTN pretenden señalar los casos con un riesgo elevado de R, esta investigación analiza la aptitud de estas Normas.

Llamó la atención la similitud de casos R1° y R2° (70-70).

Para evaluar en forma diferenciada a los pacientes con R y aquellos que no la tuvieron (sensibles –S-) y cotejar si tenían criterios para PS o no, se elaboró tabla tetracórica.

Casos de TBC confirmados bacteriológicamente, discriminados entre Resistentes (R) y Sensibles (S) según la posesión (C/CPS) o no (S/CPS) de criterios para realización de PS.			
Hospital San Juan de Dios. La Plata. 2001-2014.			
TBC Conf.			
	R	S	
C/CPS	110	760	870
S/CPS	30	703	733
	140	1463	1603
	Sensibilidad:	78,6%	
	Especificidad:	48,1%	
	P:	0,00000 β	
	ch2:	36,4	

Se detectan correctamente los posibles casos R en un **78.6%**. Mientras que solo se descarta al **48.1%** de los S. Se dejan de identificar 30 casos (21,4%), para lo cual se deberían estudiar 870 PS, exponiendo 1 R cada 8 S. Los casos no reconocidos podrían perpetuar la epidemia de resistentes, ya que serían detectados solo después de un tratamiento fracasado. Es importante mencionar que un porcentaje de pacientes van a tener una resolución favorable a pesar de la R que posea.

Los 20 casos R2° que se reconocen con tratamiento completo regular, aunque no garantizan la correcta administración (si supervisión), hacen pensar sino se tratarían de R1° no identificadas por falta de PS, que son detectadas recién después de la recaída o el fracaso.

Algunas dudas sobre las NTN para seleccionar la realización de PS: ¿Se solicitaran PS a todos los que reúnan criterios o serán menos? ¿No justifica una sub-identificación del 21% de los casos la realización sistemática de PS? ¿Es sensato trabajar con solo 16 laboratorios a nivel nacional?

Para controlar el problema de la TBC se deben ejecutar acciones sobre bases organizadas, objetivos precisos y actividades, pautadas metódica y racionalmente, mejorar las condiciones de salud optimizando los recursos existentes.

31 EL MEDIASTINO ENFERMO II. MEDIASTINO POSTERIOR: GANGLIONEUROMA

PALMISCIANO V

Hospital materno infantil mar del plata

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de Ganglioneuroma, entidad rara y benigna, tumor diferenciado del Sistema Nervioso Simpático existiendo un espectro histológico de maduración y diferenciación con el neuroblastoma (Clasificación Shimada) con presentación clínica de NEUMONIA RECURRENTE.

CASO CLINICO: Niña de 5 años derivada de ciudad de origen con diagnóstico de Neumonía Recurrente basal derecha. Se realiza TAC con masa heterogenea paravertebral derecha toracoabdominal, con desplazamiento de estructuras (hígado, riñón derecho, aorta), que provoca ensanchamiento de espacio intercostal D11-D12 con ocupación del canal medular a dicho nivel, sugiriendo tumor de origen neural. Se efectúa biopsia cuya Inmunohistoquímica corresponde a Ganglioneuroma, y realiza exéresis quirúrgica

CONCLUSION: Cabe destacar la importancia de la categorización y estudio de los cuadros de Neumonía Recurrente, que posibilita el hallazgo de la patología tumoral descrita.

30 EL MEDIASTINO ENFERMO I. MEDIASTINO ANTERIOR: TIMOLIPOMA

PALMISCIANO V

Hospital materno infantil mar del plata

El mediastino constituye un espacio anatómico virtual dentro del tórax, cuya importancia radica en la cantidad de órganos que posee, muchos de ellos vitales para el individuo. Con fines prácticos se lo divide en Anterior, Medio y Posterior, separados por 2 planos coronales, con diversas patologías.

Se presenta un caso localizado en MEDIASTINO ANTERIOR. Paciente de 9 años de sexo masculino que, en el contexto de un cuadro febril y tos de una semana de evolución se diagnostica Neumonía unifocal derecha. Dada la persistencia de la clínica se realiza TAC, que evidencia MASA TORACICA ANTERIOR, cuyo diagnostico se aproxima a un origen lipomatoso. Se realiza exeresis quirúrgica, confirmándose la presencia de un TIMOLIPOMA.

Resulta importante el conocimiento de esta patología, su diagnostico diferencial con Hiperplasia Tímica y con patología maligna, siendo la cirugía de carácter curativa.

29 ASPIRACION DE CUERPO EXTRAÑO VEGETAL (ESPIGA DE PASTO SILVESTRE "COLA DE RATON") EN LA VIA AEREA

MONALDI G

Hospital materno infantil mar del plata

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de Inhalación de cuerpo extraño en la Vía aérea con sintomatología clínica poco frecuente.

INTRODUCCION: La aspiración de cuerpos extraños en las vías aéreas respiratorias es un accidente frecuente en pediatría, la mayor incidencia ocurre en menores de 3 años, constituyendo una VERDADERA EMERGENCIA CON ALTO RIESGO DE MORBILIDAD E INCLUSO MORTALIDAD por complicaciones BRONCOPULMONARES SEVERAS

LA SINTOMATOLOGIA VARIA DE ACUERDO A LA LOCALIZACION TOPOGRAFICA DEL CUERPO EXTRAÑO.

CASO CLINICO: Niño de 5 años derivado a nuestro Hospital por presentar: DOLOR ABDOMINAL-FIEBRE-HEMOPTISIS asumiendo el cuadro como Neumonía secundaria por aspiración de cuerpo extraño. Se realizan exploraciones secundarias para arribar al diagnostico de certeza (RADIOLOGIA DE TORAX-TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCION Y FIBROBRONCOSCOPIA). POR HEMOPTISIS RECURRENTE se decide CIRUGIA RESECTIVA LOBULO INFERIOR DERECHO.

CONCLUSIONES: La Inhalación de cuerpo extraño vegetal (tipo espiga de pasto y su presentación clínica HEMOPTISIS RECURRENTE es una situación INFRECUENTE en pediatría. Por las características del cuerpo extraño (alojamiento en tejido pulmonar o MIGRACION a través del tejido pulmonar pleural e incluso pared torácica produciendo absceso en la piel y hasta osteomielitis local). En los niños es importante no subestimar ningún antecedente como la inhalación de un cuerpo extraño, el diagnostico precoz mediado por la sospecha clínica, y el manejo adecuado de los métodos complementarios, permitiendo el tratamiento correcto, evitando complicaciones y la morbi mortalidad asociada a esta patología.

28 GRADO DE CONOCIMIENTO DEL ROL DE LA NUTRICION EN EL PACIENTE EPOC Y SU RELACION CON EL ESTADO PONDERAL ACTUAL

POZO M¹; PEÑA N¹; GUIDA R¹

¹Hospital del tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo

INTRODUCCION: El servicio de nutrición generó las Guías Alimentarias para Pacientes EPOC, una herramienta educativa que incluyó material didáctico orientado a destacar la importancia de una adecuada nutrición, brindando soluciones a los problemas en la alimentación diaria del paciente e informar sobre los signos de alerta nutricional para fomentar la consulta temprana con el fin de lograr una intervención nutricional más efectiva.

OBJETIVO:

- Determinar el nivel de conocimiento de las guías para paciente EPOC en aquellos que se atendieron en el hospital del tórax Dr. Antonio A. Centrángolo.
- Establecer si el método de autoevaluación, incluido en las guías, es un buen predictor del estado nutricional.
- Comparar el tipo de alimentación habitual con el estado nutricional.
- Determinar los principales errores en la alimentación que cometen los pacientes encuestados.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó 86 pacientes con diagnóstico de EPOC que concurren al hospital para su atención ambulatoria o internación que accedieron voluntariamente a participar en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2014. A cada paciente se le administró una encuesta que incluyó una pregunta sobre el conocimiento de las Guías Alimentarias para Pacientes EPOC elaboradas por el servicio de nutrición del hospital, se midió peso y talla y se administró el DETERMINE que es un test de valoración nutricional subjetiva para la población sana. Se basa en una serie de preguntas sencillas respecto de hábitos nutricionales, que permiten determinar el grado de riesgo nutricional en base a una sumatoria de puntos asignados a cada una.

RESULTADOS: Se observó que del total de 86 pacientes encuestados, el 52% eran hombres y el 48% mujeres, con una edad mediana de 63 años.

A partir del peso y talla, se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) que arrojó 55% de pacientes con sobrepeso y obesidad, 26% con normopeso y 17% con bajo peso. A partir de este dato, se relacionó el diagnóstico nutricional con los resultados del test DETERMINE que demostró el 75% de los pacientes con sobrepeso y obesidad tienen riesgo alto, 15% riesgo moderado y 10% riesgo bajo, que se relaciona con alto consumo de productos dulces en el 60%, consumo de frutas y verduras en el 48% y consumo de productos ricos en grasas en el 30%. Con respecto a los pacientes con normopeso, el 70% tiene riesgo alto, 26% riesgo moderado y 4% riesgo bajo, de los cuales, 78% tuvo un cambio de peso en los últimos meses y 69% bajo consumo de frutas y verduras. Por último, de los pacientes con bajo peso, el 69% tiene riesgo alto y el 31% riesgo moderado, de los cuales el 93% refirió cambio de peso, el 25% consumo de lácteos y carnes, el 67% consumo bajo de frutas y verduras y 19% refirió ingesta de menos de dos comidas diarias.

Para finalizar, se relacionó el IMC con el conocimiento de las Guías para Pacientes EPOC que determinó que del 51% de los pacientes que conocían las guías, 46% tienen sobrepeso y obesidad, 46% normopeso y 8% bajo peso; y del 45% que no las conocían, 64% tiene sobrepeso y obesidad, 6% normopeso y 30% bajo peso.

CONCLUSIONES: Si bien el servicio de nutrición del Hospital Cetrángolo es el autor de las Guías Alimentarias para Pacientes EPOC, solo el 51% de los pacientes encuestados las conoce. Su desconocimiento se ve reflejado en el diagnóstico nutricional. A su vez, muchos pacientes continúan con malos hábitos alimentarios a pesar de conocerlas, que perjudican aun más la propia patología. Como nutricionistas, es importante realizar un seguimiento nutricional que favorezca y acompañe la EPOC, para modificar los hábitos alimentarios erróneos. También es importante divulgar la autoevaluación nutricional para la detección temprana del riesgo nutricional. Un trabajo interdisciplinario es fundamental para fomentar el conocimiento de las guías y llevar a cabo un buen seguimiento nutricional, para evitar de esta manera

alteraciones nutricionales y mejorar la composición corporal, capacidad funcional y calidad de vida del paciente con EPOC.

27 HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS ATPICOS EN UNA ASPERGILOSIS PULMONAR

TRENTINI J¹; EDUARDO A¹; VIERA G¹; ARROJO M¹; AVENDAÑOS J¹

¹Hospital paroissien

Mujer de 32 años de edad que consulta a guardia por disnea, tos y expectoración

Antecedentes de tuberculosis pulmonar con baciloscopia y cultivo positivo desde 2009 por la cual realizo reiterados tratamientos por abandono de los mismos completando el último en mayo de 2014. Durante estos tratamientos apareció resistencia a H, secuela pulmonar, insuficiencia respiratoria crónica, hipertensión pulmonar, corpulmonale, reiteradas internaciones por sobreinfección pulmonar. Sin antecedentes extrapulmonares de relevancia.

Refiere comenzar aproximadamente 10 días antes de consultar con tos más expectoración purulenta, astenia, hiporexia y progresión de su clase funcional de disnea de grado II a CF III-IV

Afebril, mal estado general, caquética, taquipneica con desaturación al aire ambiente, tiraje y utilización de músculos. Vigil con tendencia al sueño, orientada. R1 R 2 en 4 focos soplo sistólico en foco tricuspideo edemas de MMII3/6 godet + ingurgitación yugular 2/3 no colapsable. Abolición del mv en hemitórax derecho, hipoventilación en vértice, B.E.A en hemitórax izquierdo sin ruidos agregados. Abdomen plano, excavado doloroso en hipocondrio derecho.

Diagnósticos diferenciales:

- Reactivación de tbc
- hidroneumotorax
- bullas Sobre infectada

Laboratorio: hto 35% hb11.2, rto bcos 12.000, albúmina 2.8, glu 87. PH 7.34 pco2 60, po2 46.1, hco3- 32.2 eb 6 so2 80.9% (0.21) resto normal

Radiografía tórax: tráquea en bayoneta, ausencia de parénquima pulmonar en los 2/ 3 superiores del hemitórax derecho con presencia de niveles hidroaereos en la base de ese hemitórax. Tractos fibrocicatrízales en hemitórax izquierdo que predominan en tercio medio y base.

Conducta: se decide su internación, se inicia antibióticoterapia con ampicilina+subactam 1.5 gr c/6hs, se realizan HMCX2 con resultados negativos, se envía muestra baciloscopia de esputo X2 negativas. Se envía muestra de esputo para examen micológico. Serología HIV no reactiva. Muestra sanguínea para inmunodifusión radial para detectar bandas de aspergillus, histoplasma y coccidioidiomycosis con resultados negativos,

tac tórax s/contraste: mediastino desviado a la derecha, aumento de diámetro de arterias pulmonares, tráquea aumentada de diámetro, ausencia de parénquima pulmonar en todo el hemitórax derecho, en mismo hemitórax se reconoce gran cavidad que podría corresponder a una bulla que se comunica con árbol bronquial (bronquio del lóbulo superior derecho) en cuyo interior se observa nivel líquido pleura engrosada. Hemidiafragma derecho ascendido. Tractos fibrocicatrízales en hemitórax izquierdo que predomina en lóbulo superior. Patrón en mosaico en todo hemitórax izquierdo.

fibrobroncoscopia: árbol bronquial derecho con pérdida de la arquitectura normal, lóbulo superior derecho, segmento apical posterior existencia de comunicación con gran cavidad en la cual se observa en su interior abundante material purulento con sobrenadante blanquecino de aspecto algodonoso. Lóbulo medio e inferior con colapso bronquial y abundantes secreciones, árbol bronquial izquierdo sin lesión endoluminal abundantes secreciones mucosas.

Se envía muestra de lavado bronquial para baar (negativo), estudio citológico con negatividad para células neoplásicas. Directo y cultivo micológico con resultado ASPERGILLUS FUMIGATUS.

Actualmente se encuentra internada.no respondió a anfotericina B, Recibe itraconazol infectología sugiere voriconazol ya solicitado. Fue evaluada por cirugía torácica pero el actual estado nutricional impide tomar conducta quirúrgica peso actual 33 kilos, mal estado general.

Se discute un caso de un pulmón secuelar con hallazgos endoscópicos atípicos, la poca frecuente visualización endoscópica del interior de una gran cavitación y su contenido debido a su comunicación directa con un bronquio de gran calibre, donde lo que impresiona estar causando repercusión clínica a nivel infeccioso es la aspergilosis pulmonar crónica que debido al mal estado general de la paciente la conducta quirúrgica planteada (resección) fue desestimada y los antifúngicos utilizados aún no han mejorado la condición clínica de la paciente.

26 EVALUACIÓN DE LA ABSTINENCIA DENTRO DE LOS 6 MESES DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES FUMADORES QUE RECIBIERON INTERVENCIÓN PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DURANTE LA INTERNACIÓN EN SALA DE NEUMONOLOGÍA CLÍNICA. RESULTADOS PRELIMINARES

GIOSSO R¹; GONZÁLEZ GINESTET C¹; PACE S¹; SÁNCHEZ M¹; SALOMON M¹; TAJES M¹; MALAMUD P¹; REY S¹

¹Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo

Objetivo principal: Conocer la prevalencia de abstinencia continúa a los 6 meses del alta hospitalaria en pacientes que recibieron intervención para el manejo del síndrome de abstinencia durante la internación

Objetivo secundario: Conocer la prevalencia de abstinencia continúa a los 3 meses del alta hospitalaria en pacientes que recibieron intervención para el manejo del síndrome de abstinencia durante la internación

Material y métodos: Luego de la intervención para el manejo del síndrome de abstinencia durante la internación los pacientes que refirieron su deseo de continuar con tratamiento para dejar de fumar fueron citados para realizar tratamiento intensivo individual.

Aquellos pacientes que no continuaron tratamiento ambulatorio de cesación tabáquica y recibieron terapia de reemplazo con nicotina durante la internación discontinuaron su uso al recibir alta hospitalaria.

El tratamiento ambulatorio es intensivo y multicomponente, consta de 8 consultas de frecuencia semanal que incluyen: revisión de los motivos para dejar de fumar, evaluación del Síndrome de Abstinencia, beneficios de dejar de fumar, abordaje conductual para la resolución de problemas asociados a la cesación y evaluación de la adherencia y tolerancia al tratamiento farmacológico, control de peso corporal.

Una vez finalizado el tratamiento los pacientes son contactados telefónicamente a los 3, 6, 9 y 12 meses para evaluar abstinencia.

En este caso, fueron incluidos en la muestra todos los pacientes que cumplieron hasta 6 meses de alta hospitalaria, independientemente de su decisión de continuar con tratamiento de cesación tabáquica en forma ambulatoria.

Resultados: Del total de pacientes (83) que recibieron intervención para el manejo del síndrome de abstinencia durante la internación, solo 45 pacientes se encontraban dentro del período de hasta 6 meses desde el alta hospitalaria. El 44,4 % (20) eran mujeres y el resto hombres, con una edad promedio de 58.3 y 58.44 años para ambos sexos respectivamente.

La edad promedio de inicio de tabaquismo por sexo fue de 18 años para las mujeres y 15 años para los hombres; la carga tabáquica fue 51,14 p/y y 51,47 p/y para mujeres y hombres respectivamente. En el grupo femenino el 80% presentó grado de tabaquismo grave, el 10% grado moderado y el 10% grado leve. En el grupo masculino: 84% presentó grado de tabaquismo grave, el 16% grado moderado y el 0% grado leve.

La dependencia física fue alta en el 35% de las mujeres y en el 28% de los hombres; moderada en el 30% en mujeres y el 20% en hombres y baja en el 35% de las mujeres y 52% en los hombres.

El 55,6 % (25) de los pacientes fueron contactados telefónicamente para evaluar abstinencia continúa. El 15,5 % (7) de los pacientes fallecieron en dicho período.

Del total de pacientes contactados telefónicamente refirieron continuar en abstinencia: a los 3 meses el 64 % (16 pacientes), de los cuales 9 eran mujeres y 7 hombres; a los 6 meses el 48 % (12 pacientes), 6 mujeres y 6 hombres, independientemente de su asistencia a la consulta para tratamiento ambulatorio.

Los motivos de recaída para el sexo femenino a los 3 y 6 meses del alta hospitalaria fueron: Ansiedad (42,8 %), No poder dejar (42,8 %) y No querer dejar (14,3 %). Para el sexo masculino, en igual período, los motivos fueron: Craving (16,7 %), Desconoce (16,7 %) y del resto no se obtuvieron datos.

Conclusiones: En la muestra de pacientes que cumplieron hasta 6 meses de alta hospitalaria y recibieron intervención para el manejo del síndrome de abstinencia durante la internación se observó mayor prevalencia de abstinencia continúa a los 3 meses en comparación con la prevalencia de la misma a los 6 meses.

Las principales causas de recaídas están asociadas al síndrome de abstinencia, siendo éstas ansiedad y craving.

Un hallazgo que surge de este análisis es la necesidad de incorporar otros medios de contacto en la historia clínica debido a la dificultad que hubo para ubicar a algunos pacientes.

24 REPORTE DE UN CASO: CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

OUTÓN V¹; CORREA Y¹; ANDERSSON R¹; CHIRINO M¹; DEMARCHI J¹; TORRES C¹; LARDIZABAL A¹; PELLEGRINO G¹

¹HIEA y C san Juan de Dios de la plata

INTRODUCCION: Neoplasia infrecuente (0.1% y 0.2% de los tumores primarios de pulmón).

Se origina en las glándulas serosas del epitelio traqueo bronquial. Se presenta por igual en ambos sexos, afectando a individuos jóvenes; sin relación con el hábito tabaquico. Los síntomas suelen ser de larga evolución y dependerán del asiento del tumor.

CASO CLINICO: Femenina, 25 años. Ingresa al servicio de cirugía con diagnóstico de quiste hidatídico complicado. Presentando disnea CF II y dolor torácico leve-moderado de 3 meses de evolución, en región antero lateral de hemitórax derecho.

Antecedentes personales: Toracotomía derecha hace 6 meses por quiste hidatídico pulmonar. Sin antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos.

Examen físico: Lúcida, BEG, HDE .FC: 95, FR: 20xmin, Tº: 36,5, SATO2: 93%, TA: 110/70 mmhg. BMV con hipoventilación en cara anterior de base pulmonar derecha. Resto del examen físico sin particularidades.

Laboratorio: GB: 12.000, HTO: 42, Hb: 12. Gasometría: Po2: 78mmhg, PCO2: 40mmhg, pH: 7,42, SATO2: 95%, HCO3-: 24

Se realiza exéresis completa del quiste enviándose material para anatomía patológica y bacteriología.

Anatomía patológica: Macroscopía: Quiste: lesión nodular 9,5 x 7 x 4cm superficie irregular, lobulada. En cortes seriados: pared capsular hasta 0.5cm con cavidad quística con contenido seroso amarillento.

Microscopía: Quiste: tejido con infiltración por células neoplásicas atípicas mucosecretoras, escamosas e intermedias, con núcleos ovales y grandes, otras con células con citoplasma eosinófilo rico en mucina Índice mitótico bajo.

Contenido: fragmentos de tejido con infiltración de células neoplásicas atípicas.

HQ y IHQ: PAS (+), MOC 31(+), Calretinina (-).

DH: Carcinoma Mucoepidermoide de Bajo Grado

CONCLUSION: El carcinoma mucoepidermoide pulmonar es una neoplasia rara, su sintomatología se asemeja a la de las neumonías recurrentes y/o atelectasia donde la radiología y la broncoscopia pueden hacer el diagnóstico. El tratamiento y pronóstico dependerán del grado de diferenciación histológica.

25 REPORTE DE CASO: LEIOMIOSARCOMA PULMONAR PRIMARIO

CORREA Y¹; OUTON V¹; TORRES C¹; DEMARCHI J¹; LARDIZABAL A¹; FERNANDEZ A¹; CHIRINO M¹; ANDERSON R¹; PELLEGRINO G¹; MARQUEZ S¹

¹Hospital San Juan de dios de La Plata

INTRODUCCION: El leiomioma sarcoma primario (LM) de pulmón es un tumor mesenquimatoso poco frecuente, originado en células de la pared bronquial, vasos o intersticio. Constituye menos del 0,5% de todos los tumores malignos de pulmón. Se presenta en adultos por encima de la 6ta década, con síntomas inespecíficos por lo que su diagnóstico precoz resulta dificultoso.

CASO CLINICO: Paciente femenina de 46 años. Consulta por dolor en hemitórax izquierdo de 3 meses de evolución asociado a disnea progresiva y astenia.

Antecedentes de enfermedad actual: internación en otro nosocomio por expectoración hemoptoica y derrame pleural izquierdo.

Antecedentes personales: adenofibroma uterino.

Examen físico: lúcida, TA: 110/60 mmHg, FC: 112 lpm, FR: 28 rpm, T: 36,5°C. Regular mecánica ventilatoria, ausencia de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo y matidez a la percusión homolateral.

Laboratorio y gasometría: GB 9100 (fórmula conservada), Hb 10,7g/dl, Hto 36,2%, ERS 52 mm/1ºh. pH 7.44; PCO2 39 mmHg, PO2 75 mmHg, SO2 95%. Resto de parámetros dentro de valores de referencia.

Toracocentesis: exudado complicado.

Espustos: GC, BAAR y micosis negativos.

Serología para HIV y micosis: negativas.

FAN, FR, AntiDNA, ANCAp y c, C3 y C4: negativos.

FBC: compresión extrínseca de bronquio fuente izquierdo. BAL y biopsia en LII.

TAC abdomen y pelvis: esplenomegalia de 172 mm. Quiste simple en anexo izquierdo.

Toracotomía con biopsia de pulmón y pleura parietal:

Pulmón: proliferación de células neoplásicas atípicas con núcleos hiper cromáticos, relación núcleo/citoplasma alterada, áreas de células fusiformes, células multinucleadas gigantes. Elevado índice mitótico.

Pleura parietal: Tejido fibroso, infiltrado inflamatorio crónico, con células neoplásicas atípicas con núcleos hiper cromáticos, con relación núcleo/citoplasma alterada.

DH: compatible con leiomioma sarcoma pleomorfo.

CONCLUSION: Si bien la presentación pulmonar del leiomioma sarcoma se asocia en la mayoría de los casos al sarcoma uterino, no puede descartarse su presentación como una neoplasia primaria. Por lo tanto, es fundamental para confirmar el diagnóstico, excluir la existencia actual o pasada de sarcomas en otros órganos.

22 PERFIL CLINICO DE LA ENFERMEDAD CAVITARIA INFECCIOSA EN UN HOSPITAL GENERAL

KARLEN H¹; GUILLÉN J¹; DIFILIPPO H¹; SOLIS M¹; CUENCA E¹; HERES M¹; VILLA J¹; ITCOVICI N¹; QUADRELLI S¹

¹Fundación Sanatorio Güemes

Introducción: La presencia de cavidades enfoca la evaluación hacia ciertos diagnósticos (Dx), pues algunas enfermedades se asocian más comúnmente a cavidades que otras. En el caso de enfermedades infecciosas, la cavitación representa el resultado de interacciones complejas entre el huésped y el germen que llevan a la necrosis tisular y conllevan una mayor gravedad de enfermedad.

Material y métodos: Se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes que fueron admitidos desde febrero de 2013 a febrero 2014 con sospecha de neumonía aguda infecciosa de la comunidad (NAC) (fiebre, leucocitosis, dolor torácico) y lesiones cavitarias pulmonares con datos clínicos y bacteriológicos completos.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes (54,3% varones, 47.8 ± 19.2 años). El 75,8% presentaba fiebre y el 57,6% expectoración, 60,6% pérdida de peso y en 21,8% se verificó hemoptisis. El 45,5% de los pacientes era tabaquistas activos, 18,2% eran usuarios de drogas y el 27,3% tenía un antecedente de neoplasia. En 21,2% se hizo Dx de EPOC y 9,1% eran diabéticos, solamente 20,6% no tenían ningún antecedente patológico. Radiológicamente las lesiones eran múltiples en 51,4% y la localización más frecuente fue el LSD (77,1%). El grosor de la pared fue ≥4mm en 25,4% y se asoció a consolidación periférica en 65,7%. El esputo fue representativo en 61,8% pero dio Dx en solamente 29.2% (4/7 BAAR positivo). Se realizó FBC en 54.2% (38.4% con BTB) pero fue Dx solamente en 10/35 (30%). La FBC permitió el Dx de dos neoplasias insospechadas. En 57,6% las cavidades estaban totalmente resueltas antes de 3 meses. El Dx final por los hallazgos bacteriológicos, endoscópicos y la evolución con el tratamiento fue NAC en 60,6 %, TBC en 33,3% y neoplasia en 6,6%. Dos pacientes fueron perdidos de seguimiento. **Conclusiones:** La neumonía cavitada puede presentarse en sujetos sin comorbilidades y la presencia de neoplasia subyacente insospechada es casi 10%. La FBC no aporta de forma significativa al Dx bacteriológico de gérmenes habituales debido a la presencia de tratamiento previo, pero puede contribuir a Dx de tuberculosis y enfermedades no bacterianas.

21 TUBERCULOSIS, LA “GRAN SIMULADORA”

GUTIERREZ C¹; CSIPKA P¹; BRESCACÍN C¹; GONZALEZ GINESTET C¹; RANDO G¹; ROLDÁN R¹; GRODNITZKY L¹; MORANDI V¹; ITCOVICI N¹; CANTARELLI I¹; TABAJ G¹; MORCILLO N¹; MALAMUD P¹
¹Hospital Dr Antonio A Cetrángolo

Servicio de Neumonología Clínica. Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo

Objetivos: Presentación de un caso clínico de tuberculosis diseminada con compromiso meníngeo de presentación atípica.

Caso Clínico: Paciente masculino de 37 años inmunocompetente, no tabaquista sin antecedentes de jerarquía que consulta por disfonía, odinofagia y hemoptisis moderada de cuatro semanas de evolución. Se interna en sala de neumonología clínica. En la TC se evidencian múltiples imágenes alveolares de aspecto consolidativo, parcheadas de distribución bilateral. La laringoscopia puso de manifiesto eritema y edema severo de evolución crónica, a nivel de laringe y aritenoides. Sin evidencias de lesiones bronquiales en la broncoscopia. Lavado bronquial ZN negativo, micológico y gérmenes comunes negativo. HIV negativo, ESD 29.

Se realiza punción biopsia pulmonar con aguja (trucut) cuya anatomía patológica informa neumonía fibrinosa en organización (AFOP) asociada a proceso inflamatorio crónico granulomatoso. Se solicitan autoanticuerpos: ANCA c positivo débil, FR positivo, PCR positivo.

Se recibe ZN de la biopsia: BAAR positivo (aislados bacilos). Ante el diagnóstico de TBC se inicia tratamiento con HRZE con buena adherencia y tolerancia. Luego de un mes de tratamiento, intercorre con intolerancia digestiva (náuseas y vómitos) asociado a cefalea intensa que no resuelve con AINES. Refiere además hipoacusia derecha por lo que se realiza audiometría que refleja hipoacusia neurosensorial a predominio derecho. TC de cerebro sin lesiones evidentes y función hepática normal por lo que se decide la realización de una punción lumbar cuyo líquido cefalorraquídeo informa: color cristal de roca con 0 a 1 leucocitos por campo, glucorraquia de 59, proteinorraquia de 42 y cloro 117.7. El ZN del LCR es informado como positivo + iniciando tratamiento esteroide con 40 mg día de meprednisona (0.5 mg/kg). Evoluciona de manera favorable en tratamiento con cuatro drogas hasta cumplir 12 meses.

Resumen Bibliográfico: Cada 5 minutos 16 personas mueren de tuberculosis en el mundo, 80 se enferman y 800 se infectan por el *Mycobacterium tuberculosis*. Afortunadamente el organismo es capaz de controlar la infección de manera exitosa ya que 1 de cada 10 sujetos con tuberculosis latente finalmente desarrolla la enfermedad, en algún momento de su vida. En esta interacción juegan un rol fundamental tanto los factores derivados del huésped (inmunidad) así como del bacilo y del entorno.

El compromiso del SNC se observa en aproximadamente 5% de los pacientes con TBC, siendo mayor en aquellos sujetos inmunocomprometidos (en SIDA 15% de prevalencia). Las manifestaciones clínicas incluyen meningitis, tuberculomas, absceso, cerebritis y formas miliares. La meningitis es la manifestación más común del compromiso central por TBC. Es fundamental su diagnóstico temprano porque este se asocia con reducción de la mortalidad.

En la mayoría de los casos, el compromiso meníngeo en la TBC es producto de la diseminación hematogena pero también puede ser producto de una ruptura o extensión directa al espacio subependimario de focos caseosos (focos de Rich) localizados en las meninges, cerebro o médula espinal. La meningitis es típicamente más pronunciada en las meninges basales donde se forma el exudado gelatinoso. La meningitis es el compromiso extrapulmonar más serio de la TBC ya que puede resultar en la muerte o déficit neurológico severo. Las complicaciones asociadas incluyen hidrocefalia comunicante con bloqueo de las cisternas basales por exudado inflamatorio y la hidrocefalia no comunicante ocurre por efecto de masa generado por el tuberculoma. Otras complicaciones incluyen infartos isquémicos y compromiso de los nervios craneales.

Diferentes ensayos han evaluado el uso de GCC con el objeto de revertir los elementos inflamatorios en la TBC meníngea. Aunque ha sido difícil establecer conclusiones definitivas, a la luz de la evidencia disponible en la actualidad, las guías recomiendan el uso de esteroides para el tratamiento de la meningitis tuberculosa.

20 MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN PACIENTES INTERNADOS EN SALA DE NEUMONOLOGÍA CLÍNICA. RESULTADOS PRELIMINARES.

SÁNCHEZ M¹; GIOSSO R¹; GONZÁLEZ GINESTET C¹; PACE S¹; SALOMÓN M¹; TAJES M¹; MALAMUD P¹; REY S¹

¹Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo

Objetivo principal: Describir los resultados obtenidos de la intervención con terapia de reemplazo nicotínica para el manejo del síndrome de abstinencia en pacientes internados en la sala de neumonología clínica.

Objetivo secundario: Conocer la intención de realizar tratamiento intensivo multicomponente al alta hospitalaria

Material y método: Se realizó intervención para el manejo del síndrome de abstinencia a pacientes fumadores activos o con abstinencia menor a 30 días que cursaron internación en sala de neumonología durante el período enero de 2014 a enero de 2015. La misma se encuentra a cargo del Equipo de Cesación Tabáquica y se realiza dentro de las 24 a 48 hs. del ingreso del paciente al hospital. Se evalúan los antecedentes de tabaquismo, carga tabáquica, etapa de cambio, intención de continuar con tratamiento ambulatorio de cesación, grado de dependencia física (test de Fagerström abreviado) y síntomas de abstinencia (escala de Minesotta).

En todos los casos se realiza intervención multicomponente. El tratamiento farmacológico se define conjuntamente con el médico de sala.

Los pacientes que desean continuar con el tratamiento propuesto al alta permanecen en seguimiento ambulatorio con el Equipo de Cesación Tabáquica y además, son contactados telefónicamente a los 3, 6, 9 y 12 meses para evaluar abstinencia.

Resultados: La intervención para el control del síndrome de abstinencia se llevó a cabo en 83 pacientes internados; el 48.2 % eran mujeres con edad promedio de 57,17 años y de 55,93 años para los hombres. La edad promedio de inicio en el tabaquismo fue de 18,72 con una media de 53,12 paquetes/año para las mujeres y de 15 años con promedio de 60,3 paquetes/año para los hombres.

El grado de dependencia física fue alto en el 27,5 % de las mujeres y 37,2 % de los hombres mientras que el grado de tabaquismo fue grave para el 82,5 % de las mujeres y el 88,37 % de los hombres.

En el grupo femenino, el 50 % (20 mujeres) presentaron síntomas de abstinencia, siendo los más frecuentes: urgencia por fumar (60%), ansiedad e irritabilidad (50 %) dentro de las primeras 24 hs. de abstinencia y disminuyendo progresivamente al 3er y 5to día.

En el grupo masculino, el 46.51 % (20 hombres) presentaron abstinencia: urgencia por fumar (55 %), ansiedad (45%)e irritabilidad(25%) en el primer día de abstinencia, disminuyendo progresivamente al 3er y 5to día al igual que en las mujeres.

Al 80 % de las mujeres y al 56,5 % de los hombres que presentaron síntomas de abstinencia se les indicó tratamiento con terapia de reemplazo de nicotina, sin embargo, solo fue utilizada por el 30% de las mujeres y el 26 % de los hombres.

A pesar de que la mayoría de la población presentó grado de tabaquismo grave para ambos sexos casi el 50 % de los pacientes no refirieron síntomas de abstinencia.

Del total de pacientes que recibieron intervención al ingreso hospitalario el 68.7 % manifestó su intención de querer continuar con tratamiento de cesación tabáquica luego del alta hospitalaria.

Conclusiones: Aquellos pacientes que recibieron terapia de reemplazo con nicotina mejoraron los síntomas de abstinencia al 3er y 5to día de internación.

Del total de pacientes fumadores, la mayoría aceptó continuar con tratamiento de cesación tabáquica ambulatorio.

Consideramos que la indicación de terapia de reemplazo con nicotina durante la internación serviría para el manejo del síndrome de abstinencia independientemente de la decisión del paciente respecto a continuar con tratamiento de cesación tabáquica ambulatorio.

La vulnerabilidad que genera la internación en pacientes con patología respiratoria podría ser la causa que dificulta la identificación del síndrome de abstinencia por parte de estos.

37 IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL PUNTAJE DE LA VÍA AÉREA (PVA) EN EL ÉXITO O FRACASO EN EL WEANING DE LA VENTILACIÓN MÉCANICA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS.

TAMAYO A¹; FERNANDEZ B²; CARVAJAL F³; WILCHES M⁴; RODRIGUEZ G⁵; ALBARRACÍN J⁵
¹Hospital M. Eva Perón de Merlo, ²H. M. Eva Perón de Merlo, ³H.M. Eva Perón de Merlo, ⁴H.M.Eva Peró de Merlo, ⁵H.M.Eva Perón de Merlo

OBJETIVO: Determinar el impacto del PVA y de Glasgow como factores pronósticos de éxito o fracaso en la extubación de pacientes con alteración neurológica.

Material y métodos: Estudio prospectivo durante 2 años desde Junio de 2011 a Mayo de 2013 de 310 pácientes neurocríticos, requiriendo Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en nuestras UITs, 80 fallecieron, 20 tuvieron PVA > 7 , 210 enfermos adultos fueron incluidos en el estudio. Se utilizo la escala de PVA, postulada por Coplin (Ver Tabla 1) para evaluar la efectividad de la tos, el reflejo nauseoso y cuatro características de la producción de las secreciones respiratorias, considerandose un puntaje ≤ 7 como una buena protección de la vía aérea y su correlación con el Puntaje de Glasgow, además de cumplir con los demás criterios de extubación contemplados en nuestro Protocolo de Weaning Institucional. Criterios de exclusión: < de 18 años, ventilados < 48 horas, con limitación del esfuerzo terapéutico, portadores de traqueostomía al ingreso en UTI, con antecedentes de lesión medular ó lesión medular asociada y con antecedentes de miopatía y PVA > a 7. Se considero extubación exitosa cuando se consiguió mantener la respiración espontánea 48 horas sin necesidad de reintubación o reconexión en pacientes con traqueostomía y fracaso o falla de extubación la que se produce en las primeras 48 horas postextubación. En lo que concierne a la respuesta verbal de la escala de Glasgow, se decidió otorgarle un puntaje de 1, por el hecho de estar intubados.

Resultados: Se estudiaron 310 pacientes neurologicamente críticos con requerimiento de VMI, durante 2 años, a la admisión presentaron un APACHE de 20, fallecieron 80 secundario a la severidad de la patología neurológica y comorbilidades de base (55%) e interurrencias, 20 tuvieron puntaje de la PAE = ó > 7. Se evaluaron 210 pacientes, 112 (53%) hombres y 98 (43%) mujeres, 150 (71%) eran menores de 65 años, 143 (68%) fueron extubados exitosamente , 67 (32 %) requirieron traqueostomía (TQT) y 19/67 fueron llevados directamente a este procedimiento de TQT porque NO cumplian con criterios clínicos para ser puestos en el protocolo de weaning, y los 48 (22%) restantes presentaron fracaso de la extubación, de los cuales 20 presentaron Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAV) y 5 Traqueobronquitis asociada a la VM (TAV) despues de fracasar la extubación. Las patologías de base en estos 48 pacientes que fracasaron fueron 20 HSA, 15 H. subdural y 13 TEC severo.

Conclusiones: Se brinda una línea de partida para establecer que pacientes en proceso de weaning con Glasgow ≤ 12 y ≥ 8 con buen manejo de secreciones y adecuada defensa de la vía aérea pueden ser liberados de la VM y extubados adecuadamente. DEMÁS, se encontró que la única variable que genero diferencias entre los grupos de éxito y fracaso del weaning en pacientes con alteración neurológica fue la relacionada con los días de ventilación mecánica, con mayor probabilidad de éxito en las primeras 2 semanas y que el éxito aumentaba tomando en cuenta otras variables utilizadas en nuestro protocolo

TABLA 1. PUNTAJE DE CUIDADO DE LA VÍA AÉREA (PVA)

	Tos Espontánea	Deglución	Cantidad de Esputo
0	Vigorosa	Vigorosa	Ninguno
1	Moderada	Moderada	Poco (una aspiración)
2	Débil	Débil	Moderado (dos aspiraciones)
3	Ninguna	Ninguna	Abundante (=ò> 3 aspiraciones)
	Viscosidad del Esputo	Frecuencia succión (Ult. 8 Hrs.)	Características del esputo
0	Mucoide (acuosa)	Cada 3 horas	Claro
1	Espumoso	Cada 2 horas	Mucoide (coloreado)
2	Espeso	Cada hora	Amarillo
3	Espeso y Adherente	< 1 hora	Verde

TABLA 2. INDICADORES CLÍNICOS EN EL MOMENTO DE LA EXTUBACIÓN.

	N=210
APACHE II	16
Glasgow	
6 a 8	8 (5%)
9 a 12	54 (37%)
13 a 15	86 (58%)
Tiempo de VM (días)	5 (4 a 6)

TABLA 3. PVA DE COPLIN COMO PREDICTOR CLÍNICO DE EXTUBACIÓN.

	N=210
PVA	
<4	96 (65%)
4.7	52 (35%)

18 HANTA VIRUS 1990-2015: QUE CAMBIO? LA VIGENCIA DE NUESTRA EXPERIENCIA

GALEANO F¹; ADALA R²; MANTI A²

¹HOSPITAL SATURNINO E.UNZUE 25 DE MAYO, ²H.I.E.A y C SAN JUAN DE DIOS LA PLATA

EL HANTA VIRUS IRRUMPE EN NUESTRO PAIS A PARTIR DE 1990. FUE UNA ENFERMEDAD NUEVA PARA MUCHOS DE LOS MEDICOS INTENSIVISTAS, FUIMOS APRENDIENDO AL LADO DE LA CAMA DE LOS PACIENTES LAS DISTINTAS FORMA DE PRESENTACION DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCION.

EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL H.I.E.A Y C. SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA, ATENDIMOS 1/3 DEL TOTAL DE LOS CASOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. A TRAVES DE UN ESTUDIO RESTROSPECTIVO HACIA EL AÑO 2007 PUDIMOS EXTRAPOLAR Y PRESENTAR EN EL CONGRESO MUNDIAL DE HANTA VIRUS REALIZADO EN NUESTRO PAIS CUATRO GRUPOS BIEN DEFINIDOS DE PRESENTACION Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

HOY 25 AÑOS DESPUES DE SU INICIO, PRESENTAMOS DOS CASOS CLINICOS DONDE SE DEMUESTRA FEHACIEMENTE LA LA VIGENCIA DE ESOS CUATRO GRUPOS QUE EXTRAPOLAMOS HACE YA 8 AÑOS ATRAS,DESCRIBIENDO SU FORMA DE PRESENTACION Y EVOLUCION, ACOMPAÑADO DE IMAGENES RADIOLOGICAS Y TOMOGRAFICAS DE AMBOS CASOS, DESENLACE, Y CONCLUIMOS ADEMAS EN LA IMPORTANCIA DE AL SER EL HANTA VIRUS UNA ENFERMEDAD ENDEMICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, LA OBLIGACION DE TENERLA PRESENTE EN LOS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES DE NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD.

19 PATRÓN RADIOLÓGICO MILIAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN.

KARLEN H¹; JAIME G¹; HERNÁN D¹; JOSEFINA V¹; SEBASTIAN L¹; MARCO H¹; VANINA M¹; SILVIA Q¹

¹Fundación Sanatorio Güemes

Introducción: El diagnóstico diferencial del patrón miliar en la radiografía de tórax (RxT) incluye tuberculosis, micosis (histoplasmosis, coccidioidomicosis), neumoconiosis, sarcoidosis y neoplasias primarias y secundarias (cáncer renal, tiroides y sarcomas), entre otras. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino 75 años consulta por cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal, astenia, adinamia, hiporexia con pérdida de peso de 10 kg asociado diaforesis nocturna. Sin antecedentes similares. Ex-tabaquista de 120 p/a, abandonó hace 8 años. Ocupación empleado gastronómico. Al examen físico afebril, FR 30 y FC 100, adenomegalias en regiones cervicales, axilares e inguinales. Regular mecánica ventilatoria, hipoventilación en ambos campos pulmonares, rales crepitantes bilaterales. Sat.O₂ 90% (0.21). Abdomen excavado, blando y depresible. Masa centroabdominal dolorosa, hepato-esplenomegalia. Laboratorio arroja como datos positivos leucocitosis 61.300, predominio de linfocitos (93%), Hto 29,7, Hb 10, ERS 115, PCR 111,7, LDH 1263, FAL 430, serología para VIH negativo. Se realiza RxT que muestra patrón miliar diseminado y escaso derrame pleural bilateral, en TC de tórax, abdomen y pelvis se destacan adenomegalias mediastinales y retroperitoneales. Muestras de esputo y biopsias ganglionares negativas para BAAR, por lo cual se decide realizar fibrobroncoscopia con toma de lavado bronquioalveolar (BAL) y biopsia transbronquial (BTB), que arrojaron igual resultado. Se realiza citometría de flujo donde informa leucemia linfática crónica (LLC), debido al diagnóstico diferencial de enfermedad infecciosa (TB, micosis profunda) se decide no iniciar tratamiento por Servicio de Hematología y se realiza punción-aspiración de médula ósea (PAMO). El examen físico químico del líquido pleural mostró un exudado no complicado. La anatomía patológica e inmunomarcación (TTF-1, vimentina, keratina 7 y 18) de la BTB es positiva para adenocarcinoma de pulmón, en tanto que las muestras ganglionares, BAL, PAMO y pleurocentesis demostraron metástasis de adenocarcinoma. Los marcadores serológicos obtenidos fueron CA 19-9 2.975 y CEA >1.000. **Conclusión:** Si bien la presentación radiológica de un tumor pulmonar con diseminación hematogena presentando patrón miliar está descrita, es infrecuente y de difícil interpretación, debido a los numerosos diagnósticos diferenciales. El análisis histológico continúa desempeñando un papel fundamental en el diagnóstico. Así mismo el riesgo de desarrollar una segunda neoplasia en los pacientes con LLC, es significativo comparado con la población sana, siendo en el 2% de los casos cáncer de pulmón, con una media de 8 años entre ambos diagnósticos. No hay diferencias entre los que iniciaron tratamiento y los que no para la enfermedad oncohematológica. La LLC no es la causa de muerte, pero si una limitación en el tratamiento con quimioterapia para las segundas neoplasias sólidas.

23 PREVALENCIA DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

TABAJ G¹; VISENTINI D¹; GONZALEZ GINESTET C¹; RANDO G¹; ERNST G²; MALAMUD P¹
¹Hospital Cetrángolo, ²Hospital Británico

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una forma específica de enfermedad pulmonar difusa de etiología desconocida, crónica y progresiva. Según las hipótesis actuales, la exposición a agentes ambientales, ocupacionales, cigarrillo, infecciones virales o aun la *injuria por tracción* en las zonas más periféricas del pulmón podrían ser la causa, en individuos susceptibles, del daño crónico al epitelio alveolar. Este daño recurrente actúa como gatillo de una serie de eventos responsables de una reparación aberrante generando una severa alteración de la estructura alveolar. Entre las múltiples hipótesis, autores propusieron que los esfuerzos ventilatorios asociados a las apneas obstructivas del sueño (AOS) podrían actuar como gatillos inductores de este proceso generando tracción de las zonas más periféricas del pulmón o subpleurales y produciendo de esta manera un daño más bien mecánico y no inflamatorio. En los últimos años se ha enfocado más la atención en la prevalencia de trastornos del sueño, especialmente AOS, en pacientes con FPI. Se han publicado estudios prospectivos en donde la prevalencia de AOS en pacientes con FPI fue excesivamente mayor que la reportada en la población general, con cifras de entre 59% y 90%.

Objetivos: Conocer la prevalencia de AOS en un grupo de pacientes con diagnóstico de FPI.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo y transversal. Se recolectaron los datos de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de FPI que presentaban polisomnografía (PSG) solicitada como parte del protocolo de estudio en los pacientes con EPD en un hospital especializado en enfermedades respiratorias desde el 1 de enero de 2010 hasta el 15 de diciembre de 2014. Se consignaron las siguientes variables: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), escala de somnolencia de Epworth (ESE), parámetros de función pulmonar, presencia de síntomas compatibles con reflujo gastroesofágico (RGE), índice de apneas-hipopneas (IAH) y CT 90 (porcentaje del tiempo total del trazado de la PSG con oximetría de pulso menor de 90%). Se consideró AOS a un IAH de 5 o más eventos por hora.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes con diagnóstico de FPI (Tabla 1). Del total, 17 (47,22%) pacientes presentaron AOS (IPR ≥ 5). De ellos 9 (25%) presentaron un IPR ≥ 10 .

Comparando los grupos de pacientes con FPI con y sin AOS no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, excepto por el IAH medio.

Del grupo de pacientes con AOS (n=17), 9 (52,94%) presentaron un IAH entre 5 y 15, y 8 (47,05%), un IAH ≥ 15 . Comparando los tres grupos, la correlación entre el IMC y CT90 fue de r 0,39 con una p=0,015. Analizando el IMC y el IAH se encontró un coeficiente de correlación de Spearman (r) de 0,31 con una p=0,06. En lo referido a la ESE, comparándola con el IAH se encontró un coeficiente de correlación de Spearman (r) de 0,16 con una p=0,35. Comparando el IMC y el CT90 se encontró un coeficiente de correlación de Spearman (r) de 0,01 con una p=0,39.

Discusión: La prevalencia de AOS en pacientes con EPD continúa siendo un tema controversial ya que estudios recientes han mostrado una alta prevalencia en comparación con estudios previos que describían una menor frecuencia de trastornos respiratorios del sueño en los pacientes con FPI.

Aunque algunos estudios retrospectivos sugirieron una asociación entre el grado de restricción pulmonar y el riesgo y severidad de trastornos vinculados al sueño en pacientes con FPI, esto no se ha demostrado en estudios prospectivos. En nuestro estudio, no hemos encontrado diferencias significativas entre los pacientes con FPI con y sin AOS en la función pulmonar.

Con respecto a la hipersomnolencia diurna, la ESE, no ha demostrado ser un buen predictor de AOS en pacientes con EPD. En nuestro estudio, comparando el IAH con la ESE en el total de los pacientes el coeficiente de correlación de Spearman (r) fue de 0,16 (con una p no significativa) lo que significaría que la ESE no es buen predictor para AOS en los pacientes con FPI. Nosotros hemos publicado una serie de 41 pacientes con EPD, y de ellos el 48,8% presentaba un IAH ≥ 5 eventos/hora y el 20% un IAH ≥ 15 . Al igual que en este trabajo, en aquella serie la ESE no se correlacionó con la presencia de AOS.

Al igual que lo publicado previamente hemos encontrado relación entre el IMC y los parámetros de la PSG como IAH y CT90. En nuestra serie, la correlación entre el IMC y CT90 fue de $r = 0,39$ ($p = 0.015$) y la correlación entre el IMC y el IAH fue de $r = 0,31$ ($p = 0.06$), por lo cual la presencia de apneas o de desaturación nocturna en este grupo de pacientes no estaría relacionada con la presencia de obesidad.

Conclusiones: En nuestra serie de 36 pacientes con FPI encontramos una prevalencia de AOS de 47.22%. No se estableció correlación entre la ESE ni el BMI y la presencia de AOS en los pacientes con FPI, con lo cual ambas serían una mala herramienta de tamizaje.

Tabla 1: Características de los pacientes estudiados

Edad	67.55 ±6.39 años#
IMC (kg/m ²)	28.78±4.24#
ESE	7.55± 5.01#
CVF (litros)	2.12 ±0.76#
CVF%	61.97%±15.8#
DLCO	9.80±3.69#
DLCO%	46.38%±18.19#
Requerimientos de oxígeno	11 (30.5%)
IAH	12.69 ±19.40#
CT 90	34.26± 37.94#
CT90≥20	18 (50.61%)
IAH≥5	17 (47.22%)

17 HALLAZGO DE LARVAS EN LÍQUIDO PLEURAL DE UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON TUBERCULOSIS

BRESCACÍN C¹; SIMON K¹; CSIPKA P¹; GRODNITZKY L¹; MORANDI V¹; ITCOVICI N¹; MORCILLO N¹; POSLIGUA VALENZUELA S¹; TABAJ G¹; FERNANDEZ A¹; RANDO G¹; CASTILLO V¹; MALAMUD P¹

¹Hospital Cetrangolo

Objetivo: Presentación de un caso clínico de difícil resolución.

Caso clínico: Paciente masculino de 25 años de edad no tabaquista, sin antecedentes patológicos de jerarquía, que consultó por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por fiebre, pérdida de peso de más de 5 kg, diaforesis y disfonía. Al examen físico se encontraba febril, constatándose adenomegalia cervical derecha duroelástica, dolorosa y semiología de derrame pleural bilateral a predominio izquierdo. Estudios Complementarios: Laboratorio: (Datos positivos) Hematocrito 29%, Plaquetas 481000, Leucocitos 7300 (fórmula normal), VSG 58. ELISA HIV no reactivo. Examen coproparasitológico seriado negativo. PPD: 20 mm. Radiografía de tórax: Obliteración de ambos senos costodiafragmáticos con mayor compromiso de hemitórax izquierdo. Pleurocentesis: Exudado no complicado, ADA 39UI/L, 74% PMN. Directo y cultivo para gérmenes comunes, BAAR y hongos negativo. Se realizó biopsia pleural y excéresis de ganglio cervical derecho. La biopsia pleural reveló pleuritis crónica inespecífica y la AP del ganglio cervical: adenitis granulomatosa necrotizante compuesta, necrosis caseosa, BAAR positivo. Se interpretó cuadro como TBC ganglionar con compromiso sistémico por lo que inicia tratamiento antifímico con 4 drogas. Por progresión radiográfica se realizó VATS con nueva toma biopsia pleural y posterior colocación de tubo avenamiento con nueva evaluación de líquido pleural en donde se identificó un elemento larvario cilíndrico compatible nematode. Se reinterpretó el cuadro como Parasitosis pleural coexistente con tuberculosis iniciándose tratamiento con mebendazol por 5 días con buena respuesta clínica.

Revisión Bibliográfica: Los parásitos obtienen alimento y albergue a partir de otros organismos. En esta asociación, el parásito obtiene todos los beneficios mientras que el hospedador puede o no sufrir consecuencias dañinas. Los parásitos se clasifican en: protozoos, nematodos, cestodes y trematodes. Dentro de los nematodos se encuentran los ascaris, strongyloides y las filarias. En su mayoría la afectación pulmonar por parásitos se manifiesta a través del Síndrome de Löeffler con eosinofilia pulmonar, fiebre y tos productiva. En estos casos las imágenes revelan opacidades pulmonares transitorias que resuelven en una o dos semanas. La confirmación diagnóstica es mediante la identificación de larvas en el esputo. En nuestro caso, el compromiso pulmonar por el parásito se localizó a nivel del espacio pleural, sin afectar el parénquima ni evidenciando eosinofilia. Generalmente los parásitos que producen derrame pleural son la entamoeba histolytica, el equinococcus granulosus y la paragonimiasis; y la transmisión de la infestación hacia el tórax es por extensión directa a través del diafragma dentro del espacio pleural. En el caso de los ascaris, muy raramente se han identificado parásitos adultos en el interior de los conductos hepáticos y se ha postulado que los huevos habrían llegado a los pulmones a través de la sangre proveniente del hígado.

16 HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMATICA: PRESENTACION DE UN CASO

LAVACCARA D¹; ROLDÁN R¹; SALOMÓN M¹; SANCHEZ M¹; BRESCACÍN C¹; MORANDI V¹; GRODNITZKY L¹; BRANDA M¹; TABAJ G¹; ROSSI S²; MALAMUD P¹

¹Hospital Cetrangolo, ²Centro Diagnóstico Rossi

Objetivo: Presentación de caso clínico

Caso Clínico: Paciente masculino de 43 años, consultó por toracodinia izquierda, tos con expectoración mucopurulenta y equivalentes febriles de tres días de evolución. Refería un antecedente de traumatismo de tórax en su infancia. La radiografía de tórax mostró niveles hidroaéreos en hemitórax izquierdo, sugestivos de víscera hueca abdominal. Los niveles se acentuaron frente a la ingesta de líquido gaseoso. Frente a la sospecha diagnóstica de una hernia diafragmática, se realizó TC de tórax y abdomen que evidenció la presencia de una hernia diafragmática izquierda posterolateral con presencia de grasa y tubo digestivo en cavidad torácica. Actualmente, el paciente se encuentra en plan quirúrgico.

Revisión Bibliográfica: Las hernias diafragmáticas consisten en la migración de estructuras abdominales hacia el tórax a través de un defecto del diafragma. Ellas pueden tener origen congénito (de Morgagni y de Bochdalek) o adquirido, incluyendo las traumáticas y no traumáticas (del hiato, defectos diafragmáticos posteriores). El trauma cerrado y el penetrante constituyen los principales factores etiológicos de las lesiones diafragmáticas. En el 75% de los casos, las lesiones son secundarias a trauma cerrado y en el 25% a trauma penetrante¹. Entre el 7% y el 66% de las lesiones diafragmáticas en pacientes politraumatizados no son diagnosticadas. Las rupturas diafragmáticas son más frecuentes del lado izquierdo (68,5%)³ y esto puede explicarse por: la protección que le da el hígado al hemidiafragma derecho, el subregistro de la lesión y la debilidad del hemidiafragma izquierdo en los puntos de fusión embriológica. La radiografía de tórax es el método diagnóstico más frecuentemente utilizado en el estudio de los pacientes con trauma de tórax y en el diagnóstico de la ruptura diafragmática aunque sólo se diagnostica el 40% de las lesiones mediante este método. Los hallazgos característicos de una hernia diafragmática traumática son: presencia de una solución de continuidad diafragmática, herniación de vísceras hacia la cavidad torácica, falta de visualización de un hemidiafragma, zona de estrechez gástrica o intestinal en el sitio de la herniación; el estómago, intestino o tercio superior del hígado están en contacto con los arcos costales posteriores (signo de la víscera dependiente)⁵. En la mayoría de los casos, puede hacerse el diagnóstico de hernia traumática sólo con las imágenes axiales de TC. Sin embargo, las reconstrucciones multiplanares tanto en los planos sagital como coronal son superiores a las axiales, ya que permiten demostrar pequeñas lesiones.

Bibliografía:

1. Shahr R, Sabanathans, Mearsns AJ et al. Traumatic rupture of diaphragm. Ann Thorac Surg 1995; 60: 1444-9.
2. Troop B, Myers RM, Agarwal N. Early recognition of diaphragmatic injuries from blunt trauma. Ann Emerg Med 1985; 14: 97-101.
3. Scharff JR, Naunheim KS. Traumatic diaphragmatic injuries. Thorac Surg Clin 2007; 17: 81-5.
4. Ala Kulju K, Verkkala K, Ketonen P, et al. Traumatic rupture of right hemidiaphragm. Scand J Thorac Cardiovasc Surg 1986; 20: 109-14.
5. Santamarina MG, Rinaldi Crespo S, Baltazar A.D. Rol de la TC multicorte en las hernias diafragmáticas. Ensayo iconográfico. RAR 2009; 73: 421-432.

15 METASTASIS SUBCUTANEAS DE CORIOCARCINOMA PULMONAR EN VARON DE 35 AÑOS

POSLIGUA VALENZUELA S¹; GONZALEZ GINESTET C¹; TABAJ G¹; MALAMUD P¹; ITCOVICI N¹; CSIPKA P¹; WERBACH A¹; SIMON K¹; MORANDI V¹; GRODNITZKY L¹

¹Hospital Cetrangolo

Objetivo: Presentación de un caso clínico de diagnóstico muy infrecuente

Caso Clínico: Paciente masculino de 35 años de edad sin antecedentes de relevancia que consulta por disnea progresiva hasta mMRC 3 de 2 semanas de evolución asociado a tos con expectoración hemoptoica, registros subfebriles y descenso ponderal. Al examen físico se constata lesión nodular dolorosa dura a nivel del reborde costal derecho. La telerradiografía de tórax evidencia imágenes radiopacas redondeadas múltiples bilaterales de bordes bien definidos de diferente diámetro (la mayor de 10 cm).

Se realiza biopsia del nódulo subcutáneo que informa neoplasia maligna con extensa necrosis. IHQ: Citoqueratina AE1(+),Citoqueratina AE3(+),Citoqueratina 7(+),Citoqueratina 20(-), EMA(+) focal, CD117(-),PLAP(-), hPL(+), B-hCG(+), CD30(-),AFP(+), CEA(-), Inhibina (+). Cuadro morfológico y perfil inmunofenotípico compatible con coriocarcinoma.

Estudios Complementarios: Hematocrito 32%, GB 15.900, PLT 487.000, ESD 74, FAL 767, LDH 1395. Resto de la química normal. Antígeno carcinoembrionario, CA 19.9 y alfafetoproteína dentro de valores de referencia. Dosaje de HCG cuantitativa 219350 mUI/ml (VN en varones <2).TC de tórax: imágenes bilaterales algunas de aspecto nodular, otras masas, la mayor de más 10 cm (ver imagen).

El paciente intercorre con cefalea por lo que se realiza TC de cerebro que pone de manifiesto la presencia de una imagen temporoparietal izquierda compatible con secundarismo. Evolucionara de manera desfavorable con empeoramiento clínico, altos requerimiento de oxigenoterapia y estupor. Fallece luego de 30 días de la primera consulta.

Resumen Bibliográfico: El coriocarcinoma se origina a nivel de las células sinciciales anaplásicas del tejido trofoblástico, que invade rápidamente y origina metástasis. Generalmente, se sitúa en el tracto genital femenino luego de un evento gestacional. En el hombre, el coriocarcinoma ocurre a nivel testicular generalmente combinado con otros tumores de células germinales (seminoma, teratoma o carcinoma embrionario). El coriocarcinoma no gestacional extragonadal es muy poco frecuente, ocurre en ambos sexos y a nivel de estructuras axiales como mediastino, retroperitoneo o región de la glándula pineal y, en menor medida, pulmón, vejiga, próstata, hígado, esófago, estomago o intestino. Aunque los pulmones son sitios conocidos de metástasis de coriocarcinoma gestacional, el coriocarcinoma primario de pulmón es una entidad clínica extremadamente rara, existiendo menos de 25 casos reportados en la literatura. A diferencia de lo que ocurre con los tumores trofoblásticos gestacionales, que son altamente sensibles a la QMT, el coriocarcinoma extragonadal es por lo general resistente al tratamiento quirúrgico y sistémico asociándose con peor pronóstico. Los motivos de estas diferencias en el comportamiento se desconocen. Debido a la infrecuencia de estos casos, no existen guías estandarizadas para su tratamiento. La primera opción terapéutica es la resección quirúrgica y la QMT postoperatoria se debe instaurar de manera inmediata.

Bibliografía:

1. Vegh GL, Szigetvári I, Soltesz I. et al. Primary pulmonary choriocarcinoma: a case report. J Reprod Med. 2008 May;53(5):369-72.
2. Arslanian A, Pischedda F, Filosso PL et al. Primary choriocarcinoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003 Jan;125(1):193-6.
3. Dûra J.Primary choriocarcinoma of the lung. Three cases in men. Zentralbl Pathol. 1991;137(1):74-7.

12 EXPERIENCIA INICIAL CON BIOPSIAS BRONCOSCÓPICAS CON CRIOSONDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

VAZQUEZ B¹; PIGLIACAMPO F¹; GANDO S¹; DURE R¹; VIOLI D¹; BRIOZZO A¹; ORTIZ NARETTI A¹
¹Htal Fco. P. Muñiz (CABA)

Objetivo: Comunicar la experiencia inicial con biopsias brocoscópicas con criosonda y la puesta a punto del método.

Introducción: las criosondas se han desarrollado para la realización de biopsias transbronquiales como alternativa novedosa y superior al método clásico. y en el estudio de las enfermedades pulmonares difusas, lo que podrían aumentar el rendimiento diagnostico sin incrementar los riesgos Sin embargo, la información disponible sobre esta técnica es todavía limitada.

Materiales y Métodos: Desde mayo de 2014 y una vez al mes se dispuso del equipo para criobiopsia. La misma se realizaron en el sector de radioscopía con el traslado del equipo necesario, bajo anestesia. 13 pacientes, 7 hombres, edad 60 ± 17 años.

	ANTECEDENTES	Motivo	LOCALIZACION	Anatomía patológica	BTB concomitante
1	Amiodarona. FPI ?	Infiltrado bilateral	LM	Tejido normal	
2	EPOC	Lesión endoluminal exofítica	LII LII (apical)	Perdido	
3	EPOC-QT/RT tratado	AdenoCa Lesión post QT y RT por adenoLSD	LSD	Bronquitis inespecífi	crónica
4	Tabaquista	Lesión periferica	LSD	Tejido normal	
5	Intubacion dificultosa	Lesión traqueal	Traquea	Leiomioma	Leiomioma
6	Rx infiltrado bilateral	Infiltrado bilateral	LID	Perdido	
7	Neumoconiosis	Infiltrado bilateral	LID y LSD	Perdido	Perdido
8	Tabaco.MTS cerebrales s/ 1º	Lesión parahiliar derecha. Masa LSD	LSD	Enfisema pulmonar	Bronquitis cronica
9	S/ relevancia	enfermedad intersticial LSD/I, lingula y medio	LSD/I, lingula/LSI	Histiocitosis X	
10	S/ relevancia	Intersticiopatia- Sarcoidosis ?	LSD	Sarcoidosis	
11	Tto QT-RT+ Mediast	gangl. Adeno CA	BFI	Infiltracion adenoCA	
12	S/ relevancia	Intersticiopatia bilat con bronquiect	LII/LS	UIP	
13	S/ relevancia	Tumor endobronquial	LSD	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma

Resultados: Se presentaron las siguientes dificultades 3 pacientes no se pudieron recuperar los resultados por ser derivados de otros hospitales. 2 pacientes presentaron sangrado moderado, no requiriendo más maniobra que la aspiración. El manejo con broncoscopio rígido permitió una mayor seguridad en el control del mismo. Se ajustó la técnica de biopsia dados resultados iniciales con parénquima normal. Todos los pacientes se manejaron ambulatoriamente y no presentaron otras complicaciones.

Conclusiones. Se ajustó el procedimiento y se consiguió mejorar los resultados. Se registro menor sangrado que lo reportado. La biopsia son de tamaño considerablemente mayores que las obtenidas por pinzas forceps tradicionales

La puesta a punto del método permite programar estudios de investigación para diagnóstico de patología intersticial pulmonar

Bibliografía

Pajares V et al. Utilización de criosondas para la realización de la biopsia pulmonar transbronquial, Arch Bronconeumol. 2010; 46 (3):111–115

11 NEUMONÍA POR ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR) EN PACIENTE INMUNO COMPETENTE, ¿DE LA COMUNIDAD?

GANDO S¹; NICODEMI C¹; FUNES M¹; GAVAZZI R¹; SALTO M¹; TUFARO D¹; MARTINEZ G¹
¹Sanat. Trinidad San Isidro

Materiales y métodos: Reporte de un caso

El enterococo es un componente de la flora intestinal normal. La emergencia de su resistencia a vancomicina (ERV) como patógeno nosocomial es un problema en desarrollo. Su presencia aumenta la mortalidad y prolonga la internación de los pacientes. La inmunodepresión, los tratamientos antibióticos previos, la internación en UTI/ ventilación mecánica son factores de riesgo.

Caso clínico: Paciente fem. de 46 años asmática. Concorre a consultorio luego de consulta a guardia 4 días antes por exacerbación de asma que requirió nebulizaciones, con tos y expectoración purulenta. Tratamiento con claritromicina sin cambios en los síntomas y con episodios de fiebre superiores a 39°C. Se agrega amoxicilina + ac. clavulánico y se solicita RX.

14 días después concurre a consultorio con persistencia del cuadro febril y Rx previa con infiltrados pulmonares alveolares bilaterales, espirometría normal; se decide internación.

Ingreso paciente febril, taquicárdica, sin requerimiento de O2 suplementario.

Laboratorio: GB 20.100 Ntr 68%, ESD >120 Hto 35,9% , U 32,Creat 0,57 y TAC tórax; enfisema centrolobulillar, infiltrados en árbol en brote a nivel de lóbulo medio y lígula, infiltrado en vidrio esmerilado con tendencia a coalescencia a nivel lóbulo medio, lingula e inferior y en segmentos anteriore LSD y franca consolidación pulmonar en segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo. Se realizan esputos seriados PPD, Hemocultivos x 2 ,VIH (NR) inicia piperacilina tazobactam. 6 días de tratamiento persistentemente febril y leve progresión de los infiltrados pulmonares con cultivos y PPD negativos. Se decide realizar broncoscopia y lavado broncoalveolar, luego negativos. Por persistencia del cuadro se realiza biopsia pulmonar a fin descartar etiología no infecciosas y tomar nuevas muestras para cultivo. Luego vancomicina + imipenem. Progresa leve deterioro gasométrico. A 48hs de biopsia se obtiene aislamiento de diplococo y posterior tipificación como enterococo faecium vancomicina resistente. El día 18 de internación inicia Linezolid EV con buena respuesta, afebril a las 72 hs y con mejoría de parámetros de laboratorio. Alta al quinto día de tratamiento completando el mismo con linezolid oral con normalización del cuadro clínico y radiológico.

Anatomía patológica: Bronconeumonía fibrinosa y en organización aguda, inespecífica. (probablemente asociada a daño alveolar previo)No se obtuvo desarrollo de BAAR-Hongos-parasitos.

Otros estudios: Colagenograma normal, Proteinograma sin bandas de especial relevancia.

Ecocardiograma y Ecografía abdominal:Normal

Estudios de enfermedades reumatológicas, inmunoglobulinas eritrosedimentación, PCR, VDRL, Hepatitis normales en control de Dic. de 2013

A Octubre de 2014, 12 meses del episodio, la serología para VIH continuaba negativa.

Conclusiones: el EVR es un patógeno nosocomial Presentamos para la discusión un caso de probable neumonía por EVR de la comunidad en una paciente sin inmunocompromiso. Se destaca la decisión de la biopsia pulmonar en el algoritmo diagnóstico.

Bibliografía

Billington EO et al. Incidence, risk factors and outcomes for enterococcus spp. blood stream infections: a population- based study. Int J Infect Dis. 2014 sep; 26: 76-82

Bonten MJ, et al. Vancomycin-resistant enterococci: why are they here, and where do they come from? *Lancet Infect Dis.* 2001 Dec;1(5):314-25.

10 TERMOPLASTIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA, EXPERIENCIA INICIAL CON DOS PACIENTES

GANDO S¹; MARTINES G¹; ALONSO A¹; CIAPONI G¹

¹Sanat. Trinidad San Isidro

Objetivo: Comunicar la experiencia en la selección, puesta a punto del método y experiencia inicial en el tratamiento endoscópico con termoplastía como parte del lanzamiento del método en Argentina.

Materiales y métodos: Reporte de 2 casos en tratamiento.

La termoplastia bronquial es una nueva terapia para el asma de difícil control en la que la energía de radiofrecuencia se utiliza para disminuir la broncoconstricción por una reducción del músculo en las vías respiratorias. La evidencia clínica actual sugiere que la termoplastia bronquial puede ser eficaz en la reducción de las exacerbaciones del asma y la mejoría de los síntomas. Los datos a largo plazo sugiere que la termoplastia bronquial es segura y modifica la persistencia de los síntomas.

Los criterios de inclusión de pacientes candidatos fueron : Pacientes con asma no controlada y sintomático con los actuales medicamentos disponibles en el mercado: Corticosteroides Inhalados y Beta Agonistas de larga duración. Mayor de 18 . Ex tabaquista al menos > 1 año. Pre-broncodilatador FEV1 > 60%.

Se identificaron 5 pacientes. Dos se excluyeron por exacerbación actual, otro rehusó.

Protocolo de tratamiento; 3 días antes del mismo 40mg/día de meprednisona, espirometría inmediatamente antes del procedimiento c/ VEF1 >85% del previo. Nebulización con salbutamol antes de iniciar procedimiento y antisialagogo. Internación en piso 24 hs post procedimiento. Espirometría pre alta VEF1>80% del inicial. Procedimiento en tres etapas con 21 días entre ellas. Se describe primera etapa, tratamiento del lóbulo inferior derecho (LID)

Pacientes:

Caso 1) Fem. 62 años, Tratamiento budesonide 640ugm/ formeterol 18 ugm día, montelukast 10 mg/día, Glicopirronio 50ug/ día. Score ACT 19. Espirometría CVF 84% VEF1 62%, PBD VEF1 65%, TLC 114% RV 218%. 3 exacerbaciones con corticoides sistémicos en 12 meses. Termoplastía a LID, total 84 disparos, Tiempo 1h 10". sin complicaciones, alta a las 12 hs., sin exacerbaciones 14 días post tratamiento.

Caso 2) Fem.32 años. Tratamiento budesonide 640ugm/ formeterol 18 ugm día, tiotropio 18 ug/día. Score ACT 20. Espirometría CVF 67% VEF1 62% PBD VEF1 66%, TLC 101% RV 185%. 4 exacerbaciones con corticoides sistémicos en 12 meses. Termoplastía a LID, total 88 disparos, Tiempo 1h 5". sin complicaciones, alta a las 16 hs., sin exacerbaciones 14 días post tratamiento, pero más sintomática requirió por 6 días corticoides vo.

Se planifica terminar tratamientos durante Dic. 2014.

Conclusiones: La termoplastia bronquial es un tratamiento novel para el asma de difícil control, Se comunica 2 de las primeras experiencias en argentina

Bibliografía

Ajay Sheshadri y col. Bronchial Thermoplasty: A Novel Therapy for Severe Asthma, *Clin Chest Med.* 2013 September; 34(3): 437–444.

8 NEUMONÍA EN ORGANIZACIÓN

DIFILIPPO H¹; GUILLEN J¹; KARLEN H¹; VILLA J¹; ITCOVICI N¹; MARTIN V¹; HERNANDEZ M¹; QUADRELLI S¹

¹Fundación Sanatorio Guemes

Introducción: La neumonía en organización se caracteriza por organización de los ductos alveolares y alvéolos (neumonía en organización) con o sin organización en los bronquiolos (bronquiolitis obliterante polipoide). Este patrón obliga a buscar una asociación con un grupo de entidades.

Caso Clínico: Hombre de 85 años de edad, antecedentes de HTA, HPB, DBT 2, FaACO, claudicación intermitente, ex TBQ de 20 py aprox. Ingres a Clínica por cuadro de astenia, adinamia, pérdida de peso, disnea y tos no productiva, sin fiebre y/o equivalentes. Laboratorio: Hto 34,8%; Hb 12gr/dL; Gb 9000 (neutr 80%) cel/ml, gluc 218mg/dL, Ur 40mg/dL, Cr 1,2mg/dL; Ionograma y hepatograma normal, KPTT 45, RIN 4,73. EAB 7,42/38,1/0,3/58,6/24,4/90,8% (0,21%) Proteinograma: port tot: 5.63; alb: 2.69; alfa 1: 0.33; alfa 2: 0.87; beta: 0.87; gama: 0.86; alb/glob 0.92.

Ecocardiograma: insuficiencia tricuspidea leve, PSAP 32mmHg, estenosis Ao leve, FEY 65%.

Se realiza FBC con BTB y BAL (negativo), envía muestra a anatomía patológica.

Resultado de anatomía patológica: **NEUMONIA EN ORGANIZACIÓN.**

Conclusión: La enfermedad simula una neumonía adquirida en comunidad. Los síntomas se presentan 3 meses antes de realizarse el diagnóstico (tos productiva, esputo hialino o disnea), pérdida de peso, mialgias, fiebre intermitente o sibilancias.

La TACAR establece el diagnóstico solo en 4 a 12%.

Ante la presencia de infiltrados con estas características debemos sospechar de este cuadro clínico.

7 ADENOCARCINOMA EN PULMÓN DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

DIFILIPPO H¹; GUILLEN J¹; VILLA J¹; KARLEN H¹; LAMOT S¹; MARTIN V¹; SOLIS M¹; QUADRELLI S¹
¹Fundación Sanatorio Guemes

Introducción: El compromiso pulmonar tumoral en pulmón puede presentarse de diversas maneras. Si la sospecha clínica no es alta el diagnóstico puede llegar a ser tardío. A continuación se presenta un caso de compromiso intersticial de difícil diagnóstico.

Caso Clínico. Paciente de 66 años, ex-tabaquista de 30 paquetes/año; con diagnóstico de Cáncer de colon 10 meses previos a internación (tratamiento radioterapia y quirúrgico).

Se interna por disnea CF III y tos con expectoración mucosa de 72hs de evolución. Sin fiebre, pérdida de peso ni otros síntomas asociados. Al examen físico, crepitantes bilaterales. Saturación 90% al 0.21%.

Laboratorio: GB: 9000 Eo: 48% Hematocrito: 29% HIV no reactivo. FAN, DNA negativos. Coproparasitológico en materia fecal negativo

Tomografía de Tórax

Fibrobroncoscopía, sin lesión endobronquial. BAL: macrófagos 70%, neutrófilos 26%, linfocitos 2%, sin eosinófilos. Cultivo negativo para gérmenes comunes BAAR y micosis.

Inicio tratamiento antibiótico empírico y deltisona 60mg día. Se suspende diclofenac.

Presenta leve mejoría clínica y en parámetros de laboratorio Eo en suero: 2%. Presenta progresión de disnea, sin eosinofilia.

Tomografía de Tórax

Se realiza mediastinoscopía diagnosticándose metástasis en ganglios de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Conclusión: El diagnóstico diferencial con enfermedades de compromiso intersticial frecuentemente se presenta cuando existe compromiso por adenocarcinoma de pulmón de tipo lepidico o ante la presencia de linfangitis carcinomatosa por tumores de pulmón o tumores primarios de otros órganos. La sospecha clínica es fundamental para orientar el diagnóstico mediante biopsia y orientar un tratamiento precoz.

13 ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO DE VENTILACION MECÁNICA (VM) DE SDRAP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFLUENZA A H1 N1 Y ARDSE DE OTRAS CAUSAS.

TAMAYO A¹; FERNANDEZ B¹; WILCHES M¹; CARVAJAL F¹; MOLOCZNIK L¹; RODRIGUEZ ALVAREZ G¹; VIDETTA W¹; ALBARRACIN J¹

¹Hospital Municipal Eva Perón de Merlo

Introducción: Realizamos manejo de ventilación mecánica (VM) con estrategia protectora (EP) y maniobras de reclutamiento (MR) en SDRAP en nuestras UCIs durante dos años.

Objetivo: Nuestro objetivo principal es evaluar la mortalidad y complicaciones mayores después de aplicar un protocolo de manejo ventilatorio y describir algunas características clínicas de los pacientes, siguiendo las recomendaciones y normas de estrategia ventilatoria de la red del NHLBI en pacientes con SDRAP.

Material y métodos: estudio prospectivo de un período de 2 años (25/05/09 al 25/05/11) en dos UCIs de los datos del médico y registros de enfermería, de los ingresados en la UCI con SDRAP (definición de la AECC), el primer grupo de pacientes con ARDS de etiología primaria con neumonía grave y alta sospecha de influenza A H1N1 y otro grupo de ARDS de etiología secundaria. Los pacientes fueron colocados inicialmente en modo VCV (control de volumen). Utilizamos Vt bajo, como se establece en el protocolo de ventilación de ARDS Network (Anexo 1), con 6 ml/kg PBW como estrategia de protección y apertura de pulmón (AP) (Anexo 2). Con presión meseta (Pp) < 30 cm H₂O y titulando la PEEP según la MR de Kacmarec (anexo 3). Escala de Ramsay 5 e incluso BNM fueron utilizados. Practicamos radiografía de tórax para descartar barotrauma.

Results: We registramos 76 pacientes, 44 (57%) hombres y 32 mujeres (43%), 36 (47%) fueron 65 años, SOFA puntuación: 9.6; CURB - 65 de 2.5 PSI: IV a la admisión del grupo de Influenza y APACHE II:16; LIS > 2.5; SOFA puntuación: 10 en el grupo de ARDS. Sesenta pacientes en VM divididos en dos grupos, 30 pacientes con alta sospecha de gripe A H1 N1 y 30 con SDRAP de otras etiologías, ambos grupos con una (PS) en las modalidades VCV o presión de control (PC) con Vt-6 ml/Kg y PEEP alta > 10 cm H₂O, ajustado de acuerdo al protocolo de la ARDS Network tratando de mantener (Pp) < 30 cm H₂O y con (MR) según la dirección de SDRAP y grado de la PEEP. El VCV con flujo constante fue la modalidad ventilatoria habitual al principio con el Vt 5-7 ml/Kg y luego el modo PCV, algún vasopresor se requirió para mantener la presión arterial. La estrategia de reclutamiento alveolar progresivo (PARS) fue eficaz para mejorar la Compliance estática (Cst), la SaO₂ y el PafiO₂. Hubo una complicación (3%), un neumotórax iatrogénico resuelta con drenaje. La mortalidad per se fue de 24 (66%) en influenza y 20 (60%) en ARDS.

Conclusiones: Se brinda el uso de la Vt según peso corporal predecible (PBW) y el uso de una estrategia uniforme que llegue a ser familiar a todo el equipo de cuidado de la salud. La PARS mejoró la Crs que sirvió para titular la PEEP con mejora de SaO₂ y PafiO₂. No había ninguna complicación mayor debido a la estrategia practicada en ambos grupos y la mortalidad global fue el 60%.

	ARDS p (I. A H1N1) (n=30)	ARDS e (n=30)
< 65 AÑOS	80%(n=24)	50% (n=15)
APACHE II	20	16
LIS	>2.5	2.5
SOFA Score	9,6	10
CURB-65	2.5	-
PSI	4	-
Comorbilidad	55%	48%
Complicaciones	3%*	0%
Duración de permanencia en UTI (d)	10	12
Duración de estancia hospitalaria(d)	22	26
Tiempo de VM(d)	9,4	11
Duración of Weaning (d)	4,5	5
Mortalidad	66%	60%
Mortalidad al día 28	58%	53%

14 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING Y SUS RESULTADOS EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE.

TAMAYO A¹; CARVAJAL F¹; WILCHES M¹; FERNANDEZ B¹; MOLOEZNIK L¹; VIDETTA W¹; ALBARRACIN J¹; BERTOZZI S¹; RODRIGUEZ G¹; REINHARDT R¹

¹Hospital Municipal Eva Perón de Merlo

Objetivos: El principal fue implementar un protocolo de actuación para la pronta retirada de la Ventilación Mecánica (VM) y evaluar la mortalidad y complicaciones mayores además de mejorar la manera en que se realiza el weaning y disminuir el número de extubaciones fallidas.

Material y Métodos: Estudio prospectivo de un período de Julio/2013 a Mayo/2014 en pacientes ventilados más de 24 horas. Enfermos excluidos: traqueostomizados al ingreso, los que no llegaron a una Prueba de Respiración Espontánea (PRE) y extubados en menos de 24 horas. Los resultados fueron expresados en porcentajes y se hizo un análisis de ciertas variables clínicas. Nuestro protocolo de Destete aplicado en 3 pasos (Prueba de aptitud, PRE y extubación) (Ver Anexo 1) se basó en las actuales recomendaciones publicadas por Esteban, ATS y del ARDS Network, con uso de escalas de analgesia y su interrupción diaria para una PRE.

Resultados (Ver tabla): Registramos 60 pacientes en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), aplicando el protocolo en 41 enfermos, 31 (75,6%) hombres y 10 (24,39%) mujeres. Las comorbilidades influyeron en forma significativa en el tiempo del destete. Estadísticamente el TEC grave (29 %) y la IRA (24 %) fueron las mayores causas de ARM y quienes ocuparon más tiempo de weaning. Fracaso estuvo presente en 11 (26,6%) por mala mecánica y desaturación severa durante la PRE comparado con un 36,6% pre-protocolo. Reintubación ocurrió en 4 (9,75%) siendo hasta del 15% de acuerdo a protocolos aceptados en la literatura y con disminución de una previa del 14% pre-protocolo, con una mortalidad del 26,83% (11 casos). Al ingreso presentaron APACHE II de 20; Lung Injury Score (LIS) (Murray) > 2,5 en pacientes con SDRA; CURB-65 de 2 e Índice de Severidad de Neumonía (PSI) de IV en IRA por Neumonía. La neumonía Asociada a la Ventilación/Traqueobronquitis (NAV/TAV) 24 y 14,6% respectivamente, fueron las complicaciones más frecuentes, con rangos de 9 a 27 % y de 3.7 a 10 % según la literatura publicada, con días de ARM 13,3 y de weaning 2,77 (21.13% del tiempo total de ARM), comparados con los 16,6 y 8,63 días respectivamente de un grupo de 50 pacientes extubados antes de la puesta en práctica del actual protocolo.

Conclusiones: Se determinó el inicio del procedimiento a partir de un número de índices predictores que incluyen parámetros clínicos, mecánicos y de laboratorio, integrados en nuestro protocolo y la realización del mismo en pasos, lo que garantiza el éxito del destete y reduce las complicaciones mayores ya mencionadas, cantidad de reintubaciones al 9,75% y los tiempos de VM y Weaning a 13 y 3 días respectivamente, con una mortalidad del 26,83% en quienes se aplicó dicho protocolo

PROTOCOLO DE WEANING

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

HOSPITAL EVA PERON DE MERLO

NOMBRE:

Nº HC:

Nº DE CAMA:

EDAD:

APACHE:

FECHA DE INGRESO:

INICIO DE PROTOCOLO:

MOTIVO DE INGRESO:

FECHA DE IOT (OT-NT)/DIAS:

G/UCI/SALA/QX

TET Nº:

FECHA DE TQT/DIAS:

ANTECEDENTES:

EVALUACION DIARA DE APTITUD PARA PRE (PRUEBA DE RESPIRACION ESPONTANEA)

FECHA

VASOPRESORES EN DESCENSO O AUSENTE SI/NO

(DOPA= o <5ug/Kg/m, NA≤0,05 ug/Kg/m)

SEDACION SUSPENDIDA (PROPOFOL/ILORAZ)
MIDA/PROPOF)

GSC ≥ 8

RASS/RAMSAY

PAFIO2 (IOT) (175-200)

PaO2 (≥60 mmHg)

PEEP (

FR (< 35 x´)(5 min de T-T / CPAP 5-7 cmH2O)

Vt (> 5 ml/Kg)

Tº corporal (< 38 ° C)

Hb (= o > 8-10 g/dl)

FR/VT (< 105 ml/m) en CPAP 5 y PS 10

NUTRICION ACEPTABLE

CONDICION PSICOLOGICA (Delirio controlado)
ACEPTABLE

CX CON ANESTESIA GRAL DENTRO DE 24 HS

PIC < 20 mHg

ALTERACION METAB, ENDOCRINA AUSENTE

MEJORIA O RESOLUCION DEL MOTIVO DE ARM

SUPERA MONITOREO

PRUEBA DE RESPIRACION ESPONTANEA

T-T / CPAP 5 + PSV 7 : 30-120 MINUTOS

FECHA

HORA COMIENZO

HORA FINAL

FR (< 35 X´) SI/NO

FC (< 140) SI/NO

TAS (< 180 mmHg) SI/NO

SAT O2 (> 90%) SI/NO

MECANICA VENTILATORIA:

BUENA, SI/NO

REGULAR, SI/NO

RESP PARADOJAL, SI/NO

USO DE MUSC ACCES SI/NO

ESTADO DE CONCIENCIA:

AGITACION, SI/NO

ANSIEDAD, SI/NO

SOMNOLENCIA, SI/NO

GLASGOW (= o > 8) SI/NO

SUDORACION AUSENTE SI/NO

SUPERA PRE (30-120 MIN) SI/NO

EXTUBACION

GCS = o > 8/10 SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO

TOS (ESPONTANEA O A LA ASPIRACION) SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO

CANTIDAD DE SECRESIONES (*) SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO

(ESCASA, MODERADA, ABUNDANTE)

APTO PARA EXTUBAR

Pimax (= o > 25 cm H2O)-25 cm H2O) (fuerza) (FUERZA)	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
DEGLUCION AUTOMATICA	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
EXTUBACION A VNI (**)	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO

EXTUBACION: SI/NO HORA:

REINTUBACION:

MOTIVO DE FALLO/COMENTARIOS:

<u>MOTIVO DE ARM:</u>	N	%
TEC	12	29
IRA	10	24
POLITRAUMATIS,O	7	17
POP COMPLICADO	6	14
ACV	4	9,7
NEUMONIA	4	9,7
SPSIS	4	9,7
CONTUSIÒN PULMONAR	3	
<u>COMORBILIDADES:</u>		
HTA	10	24
TABAQUISMO	10	24
ADICCIÒN A DROGAS	6	14,6
ALCOHOLISMO	5	12
OBESIDAD	4	9,76
ESQUIZOFRENIA	4	9,76
ICC/MACP DILATADA	4	9,76
DBT	3	7
<u>COMPLICACIONES:</u>		
NAV	10	24 (9-27% literatura)
TAV	6	14,6(3,7-10% Literatura)
TQT	6	14,6
MALA MECÀNICA/DESATURA	6	14,6
AGITACIÒN	5	12
REINTUBACIÒN	4	9,74(Hasta 15% Literatura)

6 NAC?

GALEANO F¹; MOROSI G¹

¹HOSPITAL SATURNINO E. UNZUE 25 DE MAYO. PCIA. BS. AS.

Paciente de 81 años de edad, sexo masculino, EPOC E INSUFICIENTE CARDIACO que ingresa a UTI con cuadro de insuficiencia respiratoria grave, que comenzo a la madrugada y fue in-crescendo hasta el momento de su ingreso en el cual se encontraba comatoso, respiracion agonica y con cianosis periorifical y livideces generalizadas. Se instaura oxigenacion con bolseo manual como paso previo a la intubacion, no llegando a esta por mejoria de la oxigenacion global, se instaura VNI para mejoria de la dinamica ventilatoria. El paciente presentaba rales hipoventilacion global con espasmo en ambos tiempos respiratorios, rales diseminados en ambos campos.

La Rx de torax mostraba imagen lobar derecha condensante, discreta cardiomegalia y redistribucion cefalica del flujo sanguineo pulmonar. LEUCOCITOSIS (20.000/MM3) ACIDOSIS METABOLICA (PH 7,14 HCO3 11) PO2 58 RESPIRANDO AIRE AMBIENTE.

Se instaura tratamiento en base a vasodilatadores endovenosos(NTG) diureticos y nebulizaciones con b2 y corticoides inhalados.

El paciente no presentaba, mas alla de la Rx y de la leucocitosis (exagerada en funcion de la acidosis metabolica) criterios clinicos de NAC (AUSENCIA DE HIPERTERMIA, EXPECTORACION PURULENTA). Se tomo la decision de interpretar el cuadro como EDEMA AGUDO DE PULMON con imagen compatible con TUMOR EVANESCENTE O FANTASMA.

72 HS posteriores al ingreso Rx NORMAL, eupneico, sin acidosis metabolica, PO2/FIO2 MAYOR A 300 respirando aire ambiente. ALTA DOMICILIARIA.

CONCLUSIONES:

La tendencia de muchos de nosotros a "medicar" radiografias, y más aun en la época de las imágenes digitales, ponen de manifiesto la vigencia de los criterios clinicos para el diagnostico de neumonia como es el caso que nos ocupa.

Cada uno de los medicos del servicio a mi cargo que les toco en su guardia atender al paciente, NO concluan en la posibilidad de que no se tratase de una MEUMONIA.

En este caso siguiendo los criterios de FAGON se evito un tratamiento antibiotico empirico e innecesario.

Es importante tener en cuenta los antecedentes cardiologicos del paciente.

4 PACIENTE CON ISQUINESIA CILIAR PRIMARIA E INFECCIONES PULMONARES A REPETICIÓN.

MASDEU M¹; BENITEZ A¹; DE LA TORRE M¹; GRAMBLICKA G¹; MALAMUD P¹

¹Hospital Dr. A Cetrángolo

Objetivo: Reporte de un caso de Disquinesia Ciliar Primaria que reúne los criterios diagnósticos para Síndrome de Kartagener, confirmada por microscopía electrónica sobre muestra de cepillado nasal.

Introducción: La Disquinesia Ciliar Primaria (DCP) es un defecto congénito autosómico recesivo del clearance mucociliar, que se caracteriza por la alteración de la motilidad de las cilias en las vías aéreas, con la consiguiente incapacidad de drenar adecuadamente las secreciones. Las cilias nodales embrionarias también se ven afectadas, pudiendo encontrarse situs inversus en el 50% de los pacientes. El hallazgo de la tríada compuesta por situs inversus, sinusitis crónica y bronquiectasias, definen al Síndrome de Kartagener. Las manifestaciones clínicas salientes de la DCP las podemos agrupar fundamentalmente en pulmonares, rinosinuales, situs inversus y el compromiso de la fertilidad. A nivel pulmonar se observa alta incidencia de infecciones respiratorias, con tos crónica y esputo mucopurulento. Se suelen auscultar crepitantes y sibilancias que simulan hiperreactividad asmática. En la TC son habituales la hiperinsuflación moderada, engrosamiento peribronquial, atelectasias y bronquiectasias cilíndricas o saculares, que comprometen sobre todo lóbulos inferiores, medio y llingula. Las bronquiectasias se presentan en todos los adultos y en el 50% de los niños. La espirometría suele mostrar una obstrucción leve a moderada al flujo aéreo con respuesta variables a la prueba broncodilatadora. En el cultivo de esputo se aíslan con mayor frecuencia Haemophilus Influenzae, S. Pneumoniae, S. Aureus, Pseudomona Aeruginosa y Micobacterias no tuberculosas. Pseudomona Aeruginosa mucosa suele aislarse en pacientes mayores de 30 años a diferencia de lo que sucede en Fibrosis Quística donde se aíslan más tempranamente. El compromiso rinosinusal ocurre en casi el 100% de los pacientes con DCP. La poliposis nasal es frecuente, la sinusitis crónica suele involucrar los senos maxilares y etmoidales, mientras que los senos frontales y esfenoidales suelen afectarse con menor frecuencia y pueden no desarrollarse. El situs inversus, cuando se presenta junto con DCP, suele ser completo, incluyendo tanto el sistema cardio circulatorio como las vísceras. Está presente en el 50% de los pacientes con DCP. Cuando situs inversus, sinusitis crónica y bronquiectasias ocurren a la vez, se reúnen los criterios para Síndrome de Kartagener, un subgrupo de DCP. Las bronquiectasias se desarrollan en personas jóvenes, pero nunca en recién nacidos, razón por la cual no es posible encontrar la tríada característica en neonatos. La fertilidad se ve comprometida tanto en hombres como en mujeres, ya sea por afectación de la motilidad de los espermatozoides o de la función ciliar de las trompas de Falopio. En cuanto al diagnóstico, no existe una prueba gold standard. La cuantificación del óxido nítrico nasal puede ser útil para screening, pero requiere confirmación con tests de función ciliar y ultraestructura. El rol de la evaluación genética está en desarrollo, con la identificación de un creciente número de mutaciones relacionadas con DCP.

Materiales y métodos: Paciente mujer de 27 años, no fumadora, que consulta por cuadros de broncoespasmos y congestión nasal recurrentes. Al exámen físico se constata hipoventilación generalizada, sospechándose dextrocardia a la auscultación cardíaca, que se confirma con radiografía de tórax. La TC de senos paranasales muestra engrosamiento mucoso del seno esfenoidal derecho y de los cornetes nasales, con calcificaciones residuales en piso del seno maxilar izquierdo. En la TC pulmonar se encuentran dilataciones bronquiales cilíndricas y quísticas en ambos hemitórax, a predominio de lóbulos inferiores, con leve engrosamiento difuso de las paredes y presencia de impactaciones mucosas a predominio distal; posición invertida de los órganos internos del tórax y abdomen superior (situs inversus total). El estudio funcional respiratorio muestra una obstrucción severa al flujo aéreo sin respuesta broncodilatadora significativa, con disminución de FVC sugerente de atrapamiento aéreo; TLC dentro de parámetros normales y RV aumentado por atrapamiento aéreo; DLCO dentro de límites normales. Tanto el test del sudor, colagenograma, alfa 1 antitripsina y el proteinograma electroforético no mostraron alteraciones. Se aisló S. Aureus coagulasa negativo multisensible del material de esputo, recibiendo esquemas antibióticos por bronquiectasias sobreinfectadas en tres ocasiones durante el último año. Tanto el examen directo y cultivo de esputo para bacilo de Koch fueron negativos. Se optimizó el tratamiento broncodilatador. El FeNO presentó un valor absoluto de 50, considerándose elevado. El informe del laboratorio de motilidad y ultraestructura ciliar realizado por microscopía electrónica sobre la muestra de cepillado del meato nasal inferior, informó frecuencia de batido disminuída y ultraestructura ciliar alterada, con pérdida de ambos brazos de dineína, interno y externo.

Conclusión: Actualmente, el diagnóstico de DCP se realiza con mayor frecuencia gracias al mayor conocimiento de la entidad y disponibilidad de métodos diagnósticos. Si bien la expresión fenotípica es variable, el hallazgo de situs inversus (presente en el 50% de los casos de DCP), genera un alto grado de

sospecha clínica, favoreciendo el diagnóstico temprano. En los casos donde no existe inversión de los órganos, si bien la clínica rinosinusoidal y respiratoria pueden conducir a un diagnóstico equivocado de asma, hay factores que orientan en el diagnóstico diferencial, como la prueba broncodilatadora no significativa en el estudio funcional, el hallazgo de bronquiectasias en lóbulos inferiores, medio y lóbulo lingular, y los resultados del test del sudor, colagenograma y proteinograma dentro de parámetros normales, siendo la infertilidad en este contexto sugestiva de DCP. La detección temprana de estos casos, permitirá la implementación de las medidas terapéuticas que posibiliten preservar una función pulmonar adecuada durante el mayor tiempo posible, actuando favorablemente sobre la morbilidad y la calidad de vida.

3 EVOLUCIÓN DE BRONQUIECTASIAS SECUNDARIAS A AGAMMAGLOBULINEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X EN UN PACIENTE ADULTO.

DE LA TORRE M¹; BENITEZ A¹; MASDEU M¹; GRAMBLICKA G¹; MALAMUD P¹

¹Hospital Dr. A Cetrángolo

Objetivo: Reporte de un caso de un paciente con diagnóstico de Agammaglobulinemia ligada al X con inicio de infecciones del tracto respiratorio bajo en la adolescencia.

Introducción: Las agammaglobulinemias representan el 10% de las inmunodeficiencias primarias, de estas el 80% se encuentran ligadas al cromosoma X. La Agammaglobulinemia ligada al X es una inmunodeficiencia humoral, infrecuente, causada por mutaciones en el gen que codifica para la proteinkinasa de Bruton (BTK), que se encuentra en el brazo largo del cromosoma X. Esta enzima se expresa en células de linaje linfoide y mieloide. Se caracteriza por una hipogammaglobulinemia severa, deficiencia de anticuerpos, importante reducción de linfocitos B en sangre periférica y una gran susceptibilidad a infecciones, dentro de ellas las bacterianas del tracto respiratorio son las más frecuentes. Los síntomas se manifiestan a partir de los 3 meses de vida, con infecciones a repetición. 50% de los pacientes desarrollan manifestaciones clínicas al año y más de 95% ha desarrollado síntomas a los 5 años de vida. A los 2 años el 50% de los pacientes ya ha sido diagnosticado, sin embargo en la literatura se encuentran reportes de diagnóstico en la adultez. Antes del diagnóstico, la otitis media recurrente es la infección del tracto respiratorio más frecuente, seguida de neumonías y sinusitis. Luego del diagnóstico neumonía y sinusitis aguda y crónica son las más frecuentes, incluso luego de la terapia con inmunoglobulinas. Las neumonías y bronquitis son de gran relevancia ya que pueden conducir a una enfermedad pulmonar crónica (bronquiectasias y obstrucción al flujo aéreo) e insuficiencia pulmonar. Las bronquiectasias son una enfermedad de la vía aérea caracterizada por la dilatación crónica y la destrucción irreversible y habitualmente progresiva de la pared bronquial secundaria a la inflamación e infección aguda o crónica. La importancia de las mismas radica en su capacidad para inducir un deterioro progresivo de la calidad de vida y de la función pulmonar del individuo que las padece, así como un empeoramiento en el pronóstico de la enfermedad de base que las genera. Presentamos un caso de una paciente de 34 años de edad con diagnóstico de agammaglobulinemia ligada al X en la infancia, con inicio de infecciones respiratorias del tracto respiratorio bajo a repetición en la adolescencia y diagnóstico de bronquiectasias en la adultez.

Materiales y métodos: Paciente que presenta desde los 3 meses de vida otitis medias a repetición, realizándose diagnóstico de Agammaglobulinemia ligada al X a los 6 meses de edad. Al momento del diagnóstico se inicia terapia mensual de reemplazo con inmunoglobulinas. A pesar del tratamiento a los 4 años presento meningitis bacteriana y continuó con cuadros de otitis media y sinusitis a repetición. En la adolescencia el paciente abandona el tratamiento y evoluciona con múltiples neumonías, presentando disnea progresiva y permanente como síntoma cardinal, lo que motivó la consulta neumonológica. Se realizó TAC de tórax multislice arribándose al diagnóstico de bronquiectasias, el examen funcional respiratorio evidenció un defecto ventilatorio obstructivo muy severo con respuesta significativa a prueba broncodilatadora aguda, atrapamiento aéreo, difusión de monóxido de carbono (DLCO) levemente disminuida. Se observó desaturación en el primer minuto en el test de marcha de 6 minutos. Cabe destacar que el paciente no presentaba exposición tabáquica, biomasa ni laboral, y que los diferentes estudios microbiológicos no arrojaron datos positivos, excepto en una oportunidad en la cual se halló *Estreptococo Pneumoniae* sensible a penicilina. Se realizó ecocardiograma con valores dentro de parámetros normales. Se reinició tratamiento de reemplazo de la patología de base y de bronquiectasias, evolucionando hasta la actualidad sin nuevas infecciones pero con un deterioro progresivo de la función pulmonar. Actualmente se encuentra en evaluación para trasplante bipulmonar.

Conclusión: Se presentó el siguiente caso dado que la Agammaglobulinemia ligada al X es una rara entidad pasible de tratamiento que puede generar bronquiectasias. Por ello, determinar el diagnóstico etiológico de las mismas es de suma importancia ya que tiene implicancias tanto en tratamiento y fundamentalmente en el pronóstico del paciente.

2 PACIENTE CON BRONQUIECTASIAS POST INFECCIOSA E IMAGEN NODULAR PULMONAR DE ORIGEN DESCONOCIDO.

BENITEZ A¹; DE LA TORRE M¹; MASDEU M¹; GRAMBLICKA G¹; MALAMUD P¹

¹Hospital A. Cetrángolo

Objetivo: Reporte de un caso de infecciones respiratorias de 14 años de evolución, en una paciente con diagnóstico de bronquiectasias post infecciosa.

Introducción: Las bronquiectasias son dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios, consecuencia de un círculo vicioso patogénico compuesto por la alteración del sistema de aclaramiento mucociliar, la inflamación y la infección de la mucosa bronquial. Los hallazgos histológicos pueden variar desde mínimas alteraciones hasta cambios inflamatorios agudos y crónicos importantes con signos de fibrosis. La luz bronquial puede estar ocupada por tapones mucosos. Según la morfología de la dilatación bronquial; la misma puede ser homogénea, irregular o sacular por lo tanto las bronquiectasias se clasifican como cilíndricas, varicosas o quísticas respectivamente. Las bronquiectasias no son una enfermedad en sí mismas, sino que son el resultado final de enfermedades o agresiones diferentes. Sea cual sea la etiología que las causa, las bronquiectasias presentan una fisiopatología común cuya gravedad dependerá, en gran parte, de las causas que las producen y la posibilidad de tratarla para frenar la evolución en la alteración de la arquitectura pulmonar. Tanto en los países subdesarrollados como en los desarrollados la causa postinfecciosa es la más común, aunque en estos últimos han aumentado las producidas por enfermedades subyacentes tales como inmunodeficiencias, EPOC y disquinesia ciliar. Cabe destacar que en un porcentaje considerable se desconoce la causa (26-53% según las series. El hallazgo de una imagen nodular, en una radiografía de tórax o en una tomografía computada, en un paciente con daño estructural pulmonar ya conocido representa un gran desafío dada la gran variedad de diagnósticos diferenciales, sean benignos o malignos. Presentamos un caso de una paciente de 52 años de edad con diagnóstico de bronquiectasias postinfecciosa, que presentó infecciones respiratorias a repetición en un periodo de 14 años. Durante su seguimiento se realizaron múltiples estudios complementarios evidenciándose en la última tomografía de tórax multislice un nódulo pulmonar.

Materiales y métodos: Paciente con antecedentes de hidatidosis hepática, depresión, no tabaquista, bronquiectasias postinfecciosa diagnosticadas a los 35 años secundaria a sarampión con compromiso pulmonar en la infancia. La misma evoluciona durante 14 años con infecciones respiratorias interpretadas como bronquiectasias sobreinfectadas y neumonía. Clínicamente presentaba toracodinia derecha, sudoración nocturna y expectoración hemoptoica. Se solicitaron en múltiples oportunidades exámenes de esputo, hallándose pseudomona aeruginosa y fluorescens, con estudio de bacilo de Koch negativo. Se realizó fibrobroncoscopia con toma de muestras por broncoaspiración, lavado bronquioalveolar y cepillado, todas ellas negativo para Koch. En las distintas exacerbaciones los estudios por imágenes mostraban desde un simple refuerzo intersticial hasta un aumento de densidad o condensación incompleta siempre a predominio de lóbulo pulmonar inferior derecho. Los diferentes exámenes funcionales respiratorios se encontraban dentro de los valores de referencia. En cada una de las interurrencias respiratorias se indicó tratamiento antibiótico, broncodilatador, bajas dosis de corticoides y kinesioterapia respiratoria con respuesta parcial. Dada la mala evolución clínica de la paciente y empeoramiento sintomatológico a expensas de toracodinia derecha, se solicitó nueva TAC multislice de tórax sin contraste que reveló la aparición de una imagen nodular rodeada de parénquima con imagen en árbol en brote. Se solicitó evaluación quirúrgica de la paciente decidiéndose lobectomía inferior derecha. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó tuberculosis caseogranulomatosa. Se inició entonces tratamiento antifímico con 4 drogas de primera línea con respuesta clínica favorable.

Conclusión: La presentación clínica e imagenológica de la tuberculosis pulmonar puede ser variable y altamente inespecífica. La presentación como nódulo pulmonar tanto único como múltiple, como es el caso de ésta paciente es muy poco frecuente. Ante la mala evolución y debido a sus reiteradas interurrencias infecciosas en ocasiones se considera necesario arribar al diagnóstico de certeza por medio de la cirugía.

1 INTERVENCIONES EN PACIENTES TABAQUISTAS EN CONSULTORIO EXTERNO

CARBONE M¹; YANNAKONE R¹; NAHABEDIAN S¹; MALDONADO M¹

¹HIGA Evita de Lanús

INTRODUCCIÓN: No hay duda que el tabaquismo ocasiona graves problemas de salud, con altas tasas de morbi mortalidad. Afortunadamente, a pesar de su naturaleza crónica, el tabaquismo es una adicción tratable.

En la actualidad son importantes los tratamientos para dejar de fumar, y son muchos los médicos que trabajan en tabaquismo, pero ¿cómo toman conocimiento los pacientes, que son fumadores y llegan a un Hospital por otras causas, de que pueden recibir ayuda para la cesación?

El consejo sanitario, como intervención breve o como parte de intervenciones más intensas, está considerado como una de las actuaciones más eficientes en el tratamiento del tabaquismo.

Los estudios disponibles determinan que el consejo médico dado durante la consulta es un estímulo importante para el paciente en su camino a la cesación, y un 70% de fumadores refieren que habrían pensado antes en dejar de haber recibido una información al respecto.

Objetivo General: Conocer que tipo de intervención se realiza con pacientes tabaquistas en los distintos servicios del H.I.G.A. Evita de Lanús.

MATERIAL Y METODO: Se realizó una encuesta cerrada al personal de salud de los consultorios externos del HIGA Evita de Lanús. El consentimiento para participar era oral y ante la negación no se entregaba la encuesta. A quienes aceptaron participar se les entregó la encuesta en mano y se pasó a retirar durante el mismo día.

RESULTADOS: Se encuestaron un total de 71 personas, 57 eran médicos y 14 enfermeros del área de consultorios externos.

La edad promedio fue de 47 años, 43 del sexo femenino (60,56%) y 28 masculinos (39,44%).

Ante la pregunta sobre si se les preguntaba a los pacientes en la consulta si fumaban, 51 (71,83%) contestó que sí lo hacía, 13 (18,31%) que no y 7 (9,86) que sólo lo hacía a veces. Mientras que sólo un 50% lo consignaba en la historia.

A la pregunta si conocía en que consiste una intervención breve en tabaquismo, 29 (40,85%) sabía de que se trataba y 42 (59,15%) no sabía o sólo parcialmente, 33 (46,48) realizaba siempre consejos para dejar de fumar, 27 (38,02%) sólo lo hacía a veces y 11 (15,50 %) no lo hacía nunca.

Cuando se pregunta si conocen un servicio donde se haga intervención en tabaquismo 42 (59,15%) contestó que sí y 29 (40,85%) no sabe donde se realiza dicho tratamiento.

Derivan a sus pacientes fumadores 33 de los encuestados (46,48%) y 38 (53,52%) no lo hacen y cuando se pregunta donde son derivados los pacientes 28 (39,44 %) lo hace al servicio de neumonología, 5 (7,04) lo hace a otros servicios no especifican a cual y 38 (53,52%) no responden la pregunta.

Cuando se pregunta sobre si desean recibir folletería sobre tabaquismo 59 (83,10%) le interesaría y 12 (16,90 %) no. A 49 personas (69,01%) les interesaría recibir capacitación sobre el tema de tabaquismo y 2 (30,99 %) no les interesa la capacitación sobre dicho tema.

CONCLUSIONES: Si bien un número importante del personal de salud de los consultorios externos pregunta sobre tabaquismo y un número importante realiza alguna intervención las mismas responden a conceptos generales mínimos que se tienen sobre lo perjudicial de fumar y no a una formación específica y estratégica de como intervenir con pacientes fumadores, ya que sólo 29 personas conoce sobre intervención breve para realizarla a sus pacientes.

El servicio de neumonología del Hospital donde se llevó a cabo la encuesta trabaja en tabaquismo desde los últimos 10 años en forma ininterrumpida, sin embargo un gran porcentaje no sabe del servicio y por lo tanto no pueden derivar. Esto demuestra la necesidad de realizar acciones de difusión y capacitación. Planificar tareas conjuntas en los diferentes servicios, realizar talleres de capacitación para el personal, afiches y demás estrategias para dar a conocer nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1 - Prevención del tabaquismo vol. 8 nº 2, abril-junio 2006

2 - Jimenez Ruiz CA et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Archivo bronconeumonología 1999. 335:499-506.