

001- ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA PULMONAR, UNA CAUSA INFRECUENTE DE HIPERTENSION PULMONAR.

REPORTE DE CASO.

MENDEZ EZCURRA L¹; CASTRO H¹; MARITANO FURCADA J¹; WAINSTEIN E¹; PRECERUTTI J¹; LOPEZ J¹; SVETLIZA G¹; OLGUÍN J¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad veno-oclusiva pulmonar (EVOP) es una causa infrecuente de hipertensión pulmonar. Consiste en proliferación de la capa media y fibrosis de la capa íntima de los vasos pulmonares post-capilares, a diferencia de la hipertensión arterial pulmonar idiopática. Se ha asociado a mutación del gen EIF2AK4. Aún no se conoce una causa clara, ni factores de riesgo evidentes. La biopsia pulmonar no suele ser diagnóstica.

Caso: Mujer de 35 años de edad que consultó por disnea de esfuerzo progresiva a CF II-III de 4 meses de evolución asociado a tos seca. Al examen físico presentaba acrocianosis e hipoxemia (saturación aire ambiente 88%). En el laboratorio se evidenció un pro-BNP elevado y poliglobulia. El ECG demostró signos de sobrecarga e hipertrofia del ventrículo derecho. Se solicitó una tomografía computarizada torácica que demostró nódulos en vidrio esmerilado centrolubulillares y un aumento del diámetro de la arteria pulmonar.

En el examen funcional respiratorio presentó una DLCO de 31%. El centellograma de V/Q arrojó una baja probabilidad de TEP. Ante la sospecha de HTP se realizó un ecocardiograma que mostró un VI conservado y una PSAP 95 mmHg. Para confirmar el diagnóstico se realizó un cateterismo derecho: AD 11, PAP 105/79/84 mmHg, 18.25 UW. Ante el diagnóstico de EVOP ingresó en lista de trasplante pulmonar.

Discusión: La EVOP es una entidad infrecuente con manifestaciones inespecíficas. La baja sospecha clínica lleva a una demora en el diagnóstico. Es una de las etiologías de Hipertensión Pulmonar con peor pronóstico. El trasplante pulmonar es el único tratamiento definitivo por lo que deben ser derivados a un centro de trasplante en forma precoz.

002- RECUPERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN EL TEST DE CAMINATA COMO PARÁMETRO PRONÓSTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

NAVARRETE R¹; JUAN PABLO E²; PAULA G¹; VITANTONIO C¹; GARDEÑEZ W¹; FIGUEROA CASAS J¹; DIEZ A²

¹Hospital Provincial del Centenario, ²Instituto Cardiovascular Rosario

Introducción/Objetivos: El test de caminata de 6 minutos (TC6M) es un predictor de evolución clínica. Entre las variables analizadas en el mismo, la distancia caminada es la mejor estudiada, mostrando relación con la calidad de vida y sintomatología de los pacientes. Sin embargo, existen otros marcadores, tales como la recuperación de la frecuencia cardíaca (RFC) que ha demostrado asociarse con el incremento de la mortalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Los objetivos de este estudio fueron determinar el comportamiento de diferentes variables en el TC6M, tales como la RFC1 (minuto 1 post ejercicio), el mejor punto de corte de esta, la saturación de pulso de hemoglobina por el oxígeno (SpO₂) y la competencia cronotrópica en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) como predictor de empeoramiento clínico.

Pacientes y métodos: Estudio de carácter retrospectivo que incluyó pacientes de 2 centros, con diagnóstico de HAP, definida por cateterismo cardíaco derecho (CCD) y TC6M desde el diagnóstico hasta el primer año del mismo. La RFC1 fue calculada por la diferencia entre la FCpico y la FC (frecuencia cardíaca) al minuto 1 de reposo. Se consideró desaturación a una caída de SpO₂ \geq 4%. Se evaluó la competencia cronotrópica por el porcentaje alcanzado de la FC pico $[(FC_{pico}/FC_{m\acute{a}x.predicha} (220 - edad))] \times 100$ y de la FC de reserva $[(FC_{pico} - FC_{reposo})/(220 - edad - FC_{reposo})] \times 100$. Se definió agravamiento clínico cuando se observó alguno de los siguientes eventos: muerte, Hospitalización, cambio en el tratamiento, trasplante y/o progresión clínica, determinado por una disminución de los metros caminados en el TC6M más progresión en la clase funcional (OMS) a grado III o IV.

Resultados: Se reportan 26 pacientes diagnosticados de manera consecutiva con HAP (69% idiopáticas, 27% asociadas a colagenopatías y 1 asociada a VIH). El punto de corte más sensible de RFC1 lo encontramos en 16 latidos, dividiendo en 2 grupos: RFC1 < 16 latidos (n= 17 [65.4%]) y \geq 16 latidos (n=9 [34.6%]). Del total, 12 pacientes presentaron al menos un evento, la incidencia fue menor en el grupo con RFC1 \geq 16 (n= 4 [23.5%]) vs el grupo con RFC1 < 16 (n= 8 [88.9%]), sólo un paciente estuvo libre de eventos en este grupo. (OR, 0.038; 95% IC, 0.004 – 0.4; p

Conclusiones: La RFC1 en el TC6M se relaciona significativamente con el empeoramiento clínico de pacientes con HAP. Estimamos que la RFC1 es un marcador independiente y útil, asociado a la distancia caminada en la evaluación de riesgo de estos pacientes.

003- PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LESIONES TRAQUEALES EN 414 FIBROBRONCOSCOPIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL

PLANELLIS F¹; VILLALBA D¹; LEIVA V¹; DISTÉFANO E¹; COLLINS J¹; MATEA A¹; ÁREAS L¹; GOLGARINI N¹; GIL ROSSETTI G¹; PINI P¹; HANNUN M¹; BONI S¹; GRIMALDI S¹; PEDACE P¹; DÍAZ-BALLVÉ P²; ANDREU M³; BUÑIRIGO P¹; NOVAL D¹; FELD V¹

¹Clínica Basilea, ²HOSPITAL POSADAS, ³Hospital santojanni

Objetivo: Describir la prevalencia y las características de las lesiones traqueales halladas por fibrobroncoscopías (FBC) de pacientes traqueostomizados ingresados a un centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR). Determinar factores asociados a lesiones severas (>50% de obstrucción de la luz traqueal).

Materiales y método: Estudio analítico, observacional y transversal realizado en un CDVMR. Se revisaron las FBC en la base de datos de los pacientes traqueostomizados. Se consideró solo la primer endoscopia realizada. Se clasificaron las lesiones traqueales por su magnitud: mayor del 50% de obstrucción de la luz como severa y menor del 50% como no severa. Localización de la lesión: glotis, subglótis, ostoma, traqueal, bronquial. Tipo de lesión: granuloma, estenosis, traqueomalacia. Se analizaron como posibles predictores de lesión severa: edad, sexo, días de intubación orotraqueal/traqueostomía como días de vía aérea artificial (VAA), albúmina de ingreso a CDVMR y diagnóstico de ingreso a unidad de terapia intensiva.

Resultados: Se analizaron 414 pacientes ingresados con traqueostomía a los que se les realizó FBC de ingreso. 53% sexo masculino. Promedio de edad 65 años (min 16-max 96). 121 (29%) estudios fueron normales, 202 (49%) presentaron lesiones no severas y 91 (22%) lesiones mayores al 50% de obstrucción de la luz traqueal.

Algunos pacientes presentaron más de un tipo de lesión. Se encontraron granulomas en 230 pacientes (55%) de los cuales 31 (13%) eran severos y de localización mayoritaria (77%) en región subglótica. De los 27 pacientes (7%) que presentaron estenosis, 16 (59%) eran severas. La presencia de colapso traqueal se observó en 120 pacientes (29%) siendo severo en 61 de ellos (51%).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la edad en el grupo que desarrolló lesión severa comparado con el grupo que no desarrollo lesión (mediana 73 años, RQ 58,7-81; mediana 69 años RQ 55-7-75; respectivamente, p 0.001) y en el tiempo de vía aérea artificial (mediana 84,5 días, RQ 49-135,5; mediana 59,5 días, RQ 42-98; respectivamente, p 0.035).

Conclusión: Se encontró una elevada prevalencia de lesiones traqueales, a predominio de lesiones tipo granuloma de localización subglótica. La edad y el tiempo de vía aérea artificial se asociaron a presencia de lesión severa.

004- BAHÍA BLANCA: ¿ZONA ENDÉMICA PARA HISTOPLASMA CAPSULATUM?

FIGURE C¹; PEDERSEN D¹

¹Hospital Municipal de Agudos "Dr L Lucero". Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca

Objetivos: General: Determinar si la ciudad es zona endémica para *Histoplasma capsulatum* (Hc). Específicos: 1) Establecer la presencia de Hc en reservorios naturales; 2) Conocer la prevalencia de infectados utilizando la intradermorreacción con histoplasmina (IDHp); 3) Detectar enfermos autóctonos

Material y método: Período: 25 meses (mayo 2013-junio 2015)

1) Reservorios naturales: Espacios abiertos: plazas, parques, tierras cercanas a cursos de agua, espacios cerrados: galpones y construcciones abandonadas y hábitats relacionados a murciélagos y aves: gallineros, juntas de separación de edificios, etc. Las muestras se procesaron y sembraron en medios de cultivo y se inocularon 11 ratones

2) Reacción con Hp: Estudio descriptivo, observacional, transversal con IDHp (lectura a las 48 hs; positivas ≥ 5 mm). Los participantes se contactaron en Sociedades de Fomento y Unidades Sanitarias; Consultorios del Htal y en dependencias de Medicina Laboral y Libretas Sanitarias, familiares, acompañantes y vecinos. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años con su consentimiento. Criterios de exclusión: Embarazadas, período de lactancia, historia de manifestaciones adversas a intradermorreacciones e impedimentos para dar consentimiento. Criterios de eliminación: Inasistencia a la lectura de la IDHp. Estudios serológicos: Búsqueda de AC anti Hc por ID y CIE en los sueros de los IDHp +

Análisis estadístico: Cálculo de medidas de resumen y dispersión con sus IC 95%. Para las diferencias de proporciones se usó la Prueba de Chi Cuadrado (Epi Info 3.5.4)

3) Detectar enfermos autóctonos: Se procesaron muestras y biopsias según síntomas y órgano comprometido de 41 pacientes

Criterios de inclusión: Mayores de 18 años atendidos en el Hospital, que por manifestaciones clínicas se sospechó histoplasmosis, con su consentimiento. Criterios de exclusión: Impedimentos para dar consentimiento

Marco ético: Aprobado por el Comité de Bioética del Htal

Resultados: **1)** Se tomaron 48 muestras ambientales. Los cultivos, la inoculación a ratones y los estudios serológicos de estos fueron negativos; **2)** La tasa de infección global (IDHp+) fue 13,9% (33/237) (Encuestados: 265, 28 eliminados, total: 237 casos, 122 (51,5%) mujeres y 115 (48,5%) varones). Edades entre 18 y 84 años (media de $43,5 \pm 14,8$ años), el 80,2% (190/237) de los incluidos residían en la ciudad desde hacía más de 21 años; de los 33 reactivos, el 78,8% pertenecían a este grupo. La búsqueda de Ac fue negativa en todos los pacientes con IDHp+; **3)** Se logró aislar Hc a partir de hemocultivos y LBA en un paciente (Posible caso autóctono) sobre 46 muestras

Conclusiones: Resultados no concluyentes para afirmar que la ciudad es zona endémica, creemos que residir en esta no es de alto riesgo para adquirir una infección por Hc. Se propone continuar con la investigación en reservorios ambientales e incorporar el estudio de infección por Hc en animales domésticos

005- COMPROMISO PULMONAR EN ESCLERODERMIA

PELLICCIOTTI M

Hospital Provincial del Centenario

Objetivo: Describir la incidencia y alteraciones pulmonares presentes en una serie de pacientes estudiados consecutivamente con diagnóstico de esclerodermia.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de corte transversal en 30 pacientes evaluados con pruebas de función pulmonar en el Hospital Provincial del Centenario con diagnóstico de esclerodermia en el período comprendido entre enero de 2012 hasta mayo de 2016, a fin de determinar la prevalencia y grado de compromiso pulmonar en este grupo de pacientes.

Resultados: En 23 pacientes (76,7%) el síntoma respiratorio más frecuente fue la disnea. Se observó una alteración restrictiva en 9 pacientes (30%). La DLCO se realizó a 20 pacientes encontrándose disminuida en 18 pacientes (90%). Se utilizó el algoritmo elaborado por Goh y col. destinado a definir pacientes con alto o bajo riesgo de mortalidad utilizando TAC y espirometría. Se hallaron 6 pacientes (22,2%) con enfermedad limitada ($\leq 10\%$) y 14 pacientes (51,8%) con enfermedad extendida ($>30\%$). Exhibieron compromiso entre el 10 y el 30% (extensión indeterminada) 7 pacientes (25,9%), que sumado al defecto restrictivo me permitió definir como enfermedad extendida en 15 casos (55,5%).

Relacionando CVF y TAC se observó una tendencia estadísticamente significativa ($p=0,052$). De lo contrario, al cruzar DLCO y TAC el resultado no fue significativo ($p=0,23$).

El Anti-Sclero 70 es un marcador de EPI. Se observó que 17 pacientes (56,7%) tenían espirometría normal y presentaban este marcador negativo, mientras que en el grupo anti-Sclero 70 positivos, 7 pacientes (23,3%) tenían resultado restrictivo ($p=0,000092$).

La HTP se presentó en 4 pacientes. El marcador de laboratorio para sospechar progresión a HTP es el anticentrómero, el cual fue positivo en sólo un caso ($p=0,58$).

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de compromiso pulmonar en pacientes con esclerodermia. Se destaca la importancia de solicitar tomografía de tórax y pruebas de función pulmonar ya que permite, no solo el diagnóstico temprano sino también el seguimiento y tratamiento. El Anti-Sclero 70 es un marcador temprano para diagnóstico y pronóstico de EPI.

006- TRADUCCION AL ESPAÑOL Y VALIDACION DEL CUESTIONARIO SAINT GEORGE'S ESPECIFICO PARA FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

CAPPARELLI I¹; FERNANDEZ M¹; SAADIA OTERO M¹; STEIMBERG J¹; CAMPOBASSO A¹; BRASSESCO M¹; PALACIOS S¹; CARO F¹; ALBERTI M¹; RABINOVICH R²; PAULIN F¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, ²Edinburgh Lung and the Environment Group Initiative (ELEGI) Colt Laboratory, Centre for Inflammation Research

Objetivos: Traducir al idioma español y validar el cuestionario Saint George's específico para fibrosis pulmonar idiopática (SGRQ-I).

Material y Método: Se llevaron a cabo dos traducciones del SGRQ-I del idioma inglés al español por dos profesionales del equipo de salud de nuestra institución. Posteriormente se logró una versión unificada de ambos cuestionarios. Para lograr una traducción genérica que represente a toda la población de habla hispana y evitar la utilización de modismos locales, se contó con el asesoramiento y revisión del departamento de lingüística de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Esta versión fue traducida nuevamente al inglés (traducción reversa) por dos traductoras matriculadas. Finalmente se compararon ambas versiones en inglés (la original y la traducida) y se comprobó que no había diferencias significativas entre ellas. Para el estudio de validación fueron reclutados 23 pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI), Sexo masculino, n (%): 18 (78,2); edad en años, media (desvío estándar): 71,9 (6,6); capacidad vital forzada % (FVC%): 68,9 (15,5); difusión de monóxido de carbono % (DLCO%): 39,7 (17,8); capacidad pulmonar total % (CPT%): 62,52 (12,9); PaO₂ mmHg: 70,6 (13,6); test de marcha de 6 minutos (TM6M) m: 378,5 (92,2); SGRQ-I Síntomas: 58,1 (23,8); Actividades: 70,5 (18,1); Impacto: 36 (24,1); Total: 49,3 (20,1); Pasos: 4720 (3372); Disnea (mMRC), mediana (RIC): 3 (1-4). Todos completaron dos veces el cuestionario traducido con 7 días de diferencia cada uno. Se analizó la repetibilidad con el coeficiente de correlación intra clase (CCI) y la consistencia interna con coeficiente Alpha de Cronbach. Se estudió la validez de constructo del cuestionario mediante la correlación con la FVC%, DLCO%, CPT%, PO₂ arterial, TM6M, disnea mMRC y con la cantidad de pasos promedio dados por los pacientes durante 24 horas utilizando un dispositivo multi-sensor, el SenseWear Armband (BodyMedia Inc., Pittsburgh, PA., EE.UU.), durante 6 días consecutivos.

Resultados: Encontramos una buena concordancia en el test-retest, con un CCI de 0,96 (p 0,01). Así mismo se observó una buena concordancia en el gráfico de Bland y Altman entre las dos mediciones. La media de la diferencia entre los valores del test-retest fue de 0,83 con un valor de p en el test de student para muestras pareadas de 0,58 (IC 95% -2,25 a 3,92). En el estudio de la consistencia interna hallamos un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,9 al incluir al valor total, y de 0,81 al excluirlo (p menor a 0,01), lo cual evidencia una buena interrelación de los diferentes ítems del cuestionario. El valor total del cuestionario mostro buena correlación con FVC% (r= -0,44; p 0,03), DLCO% (r= -0,55; p 0,01), PaO₂ (r= -0,44; p 0,03), disnea mMRC (r= - 0,65; p menor 0,01), y pasos dados en 24 horas (r= -0,47; p 0,02).

Conclusión: La versión en español del SGRQ-I desarrollada por nuestro grupo tiene buena consistencia interna, es reproducible y es válida para evaluar calidad de vida en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática.

007- EPIMAR: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE ENFERMEDADES INTERSTICIALES ASOCIADAS A ENFERMEDAD DE TEJIDO CONECTIVO - RESULTADOS PRELIMINARES.

CAMPINS F¹; SEBASTIANI J¹; LANCELLOTTI D¹; VIVERO F¹; BASSO V¹; MALFANTE P¹; GANDARA E¹; ENGHELMAYER J²; GASER A³; EPIMAR G⁴

¹Hospital Privado de Comunidad, ²Hospital de Clínicas José de San Martín, ³Diagnóstico Médico, ⁴EPIMAR

Objetivos: Las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas asociadas a fenómenos de auto-inmunidad (EPIDa) son afecciones poco prevalentes en la población general. Debido a la escasa información sobre las características de la EPIDa en la República Argentina el objetivo de este estudio es describir la presentación clínica, las características radiológicas y funcionales respiratorias en los pacientes con EPIDa en nuestro país.

Materiales y métodos: Hemos realizado una cohorte multicéntrica entre 21 centros que realizan atención especializada en EPID en Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPIDa de acuerdo con la evaluación del equipo multidisciplinario perteneciente a cada centro investigador. Se incluyeron pacientes evaluados entre Enero de 2015 y Julio de 2017. Se clasificaron a las EPIDa de la siguiente manera: EPID asociada a Enfermedad de Tejido Conectivo (ETC) de acuerdo con los criterios internacionales, Enfermedad Pulmonar Intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF) según la publicación ATS/ERS 2015 y/o EPID asociada a anticuerpos anti-neutrófilo (ANCA). Todas las imágenes fueron evaluadas en forma ciega por un especialista en diagnóstico por imágenes con práctica focalizada en enfermedades del tórax. A todos los pacientes se les solicitaron estudios de función respiratoria basal (Test de marcha, Espirometría y DLCO) y en el seguimiento (FVC – DLCO). Se consignaron datos sobre los distintos esquemas de tratamiento instaurados.

Resultados: Se enrolaron en el registro un total de 185 pacientes. Predominaron pacientes de sexo femenino (74%-IC 95% 67.9-80.4) con una edad media de 52 años (DS 18). Hubo una alta frecuencia de pacientes tabaquistas (actuales o previos) 41% (IC 95% 34.1-48.2). La prevalencia de hipertensión pulmonar diagnosticada por ecocardiograma fue del 7% (IC 95% 3.9-11.4).

El diagnóstico más frecuente fue EPID asociada a ETC en 82.1% (IC 95% 76.1-86.1) de los casos, seguida de IPAF 7.4% (IC 95% 4.3-12.1) y EPID asociada a ANCA 5.4% (IC 95% 2.7-9.4). Dentro de las EPID/ETC la afección más frecuente fue la Artritis Reumatoide (AR) 29.8% (IC 95% 22.9-37.4), seguida de Esclerosis Sistémica 25.8% (IC 95% 19.3-33.2).

Desde el punto de vista funcional respiratorio se constató una media de FVC basal al diagnóstico de 2.35lt (DS 0.76) y 71.3% del teórico (DS 18) y una DLCO media de 59.9% (DS 19.9).

El patrón tomográfico más frecuente fue tipo Neumonía Intersticial No Especifica 38,7% (IC 95% 31.5-45.5) seguida de Neumonía Intersticial Usual 15.1% (10.5-20.8).

Conclusiones: En nuestro conocimiento EPIMAR es el primer registro argentino de EPIDa. En nuestra cohorte observamos franco predominio de sexo femenino con alta asociación con el tabaco. Predominan la AR y la Esclerosis Sistémica. El deterioro funcional respiratorio al diagnóstico fue leve/moderado.

En el futuro es necesario el desarrollo de estudios prospectivos que evalúen mejor la evolución de estas enfermedades y el impacto de los tratamientos utilizados.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

008- IMPACTO DE LA CLASIFICACIÓN GOLD 2017 EN LA MORTALIDAD, COMORBILIDADES Y OTRAS VARIABLES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON EPOC SEGUIDA VEINTE AÑOS

FERNANDEZ R¹; SÍVORI M¹; VELÁSQUEZ GORTAIRE E¹; TOIBARO J¹

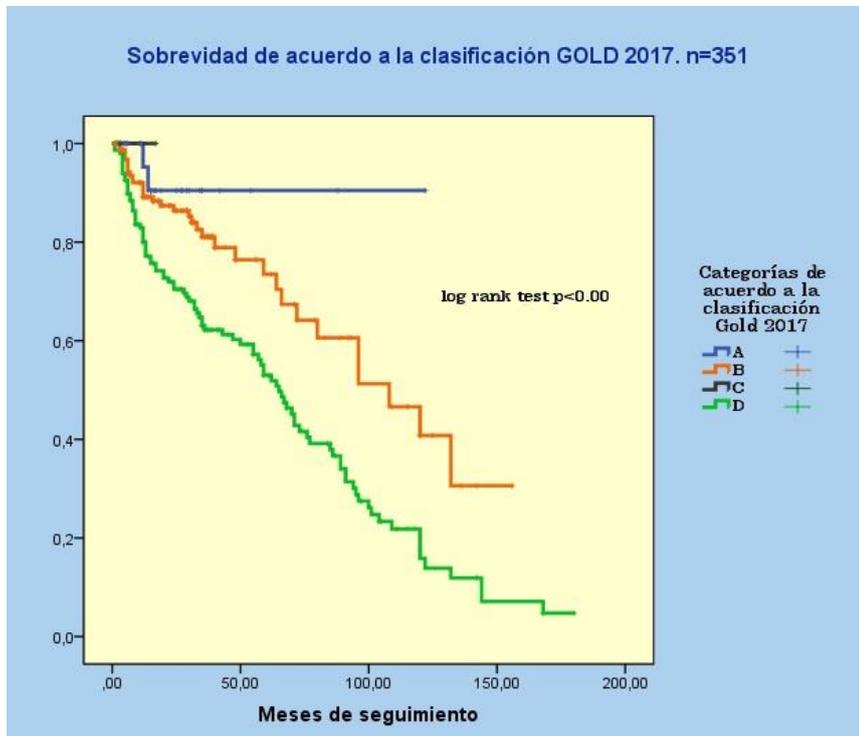
¹Hospital General de Agudos Dr J. M. Ramos Mejía

No existe información sobre la evolución de pacientes de acuerdo a la nueva definición de la clasificación GOLD 2017 y su relación con mortalidad, comorbilidades y otras variables clínicas.

Objetivos: Determinar la mortalidad de acuerdo a los grupos y subgrupos generados por la clasificación GOLD 2017, y su relación con otras variables como comorbilidades en una cohorte de pacientes con EPOC.

Métodos: Se evaluaron pacientes con EPOC (definición GOLD 2017) que realizaron evaluaciones funcionales, índices de BODE y Charlson (comorbilidades) con seguimiento de sobrevida de 1996 a diciembre de 2016. Se usaron estadísticas convencionales y análisis de sobrevida de Log-Rank (Mantel-Cox).

Resultados: Se analizaron 354 pacientes EPOC: edad 66.5 ± 8.4 , 66.7% hombres, FEV1 postBD $53.8 \pm 20\%$, ex fumadores 74.2% (56 paq-año), BODE 5.5 ± 1.9 . A los 20 años, estaban vivos 220 (62%) y fallecieron 135 (38%), seguimiento 28 (12-54.7) meses (mediana, IC 25-75%). Su clasificación fue: GOLD I 10.5%, II 42%, III 39.6%, IV 7.9%; A 9%, B 48.3%, C 0.6% y D 41.8%. El índice de Charlson fue 4.1 ± 1.7 . Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial 24.2%, insuficiencia cardíaca 12.4%, diabetes 8.2%, cáncer 7.3% y ACOS 3.6%. Se presenta el gráfico de mortalidad ajustada por grupos ABCD de la clasificación GOLD 2017.



A mayor Charlson, mayor mortalidad, siendo los grupos B y D con mayor comorbilidad. Además, se presenta la mortalidad dentro de cada grupo I, II, III y IV, de acuerdo a su ABCD.

Conclusión: En una cohorte de pacientes con EPOC seguidos en un servicio de Neumonología, según la nueva clasificación GOLD 2017, presenta la peor mortalidad los grupos GOLD III, IV, B y D. El mayor número y severidad de las comorbilidades se relaciona a peor pronóstico.

009- ASOCIACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y EL NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.

CASTRO H¹; SUAREZ S¹; KNOBLOVITS P¹; MARITANO FURCADA J¹; FERREYRO B¹; SVETLIZA G¹; PRECERUTTI J¹; POSADAS MARTINEZ M¹; COSTANZO P¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La prevalencia del hipogonadismo en pacientes con EPOC es mayor que en la población general y se estima que es del 22 a 69%. Existe controversia sobre la relación de los niveles de testosterona y la severidad del EPOC y cual es la prevalencia real de hipogonadismo en esta población. El objetivo primario es evaluar la asociación entre la severidad del EPOC y el nivel de testosterona. El objetivo secundario es evaluar la prevalencia de hipogonadismo en esta población y si el mismo influye en la severidad de la disnea y tolerancia al ejercicio.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de corte transversal de pacientes mayores a 45 años con EPOC de sexo masculino, con un muestreo consecutivo por conveniencia, en un Hospital Universitario de tercer nivel, durante junio 2016 a junio de 2017. Se compararon los niveles de testosterona sérica en diferentes grupos de severidad del EPOC según el índice BODE. El hipogonadismo fue definido por la presencia de criterios clínicos (Androgen Deficiency in Aging Males Test) y niveles bajos de testosterona sérica (< 3 ng/ml). Todas las mediciones se realizaron dentro de la misma semana (niveles hormonales, espirometría post broncodilatadores, test de la caminata de 6 minutos y cuestionarios). Se evaluó el efecto del índice de BODE en el nivel de testosterona con un modelo de regresión lineal.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes de sexo masculino con EPOC estable, la edad promedio fue de 69.4 años (DE 7.8) y el BMI de 27.4 (DE 4.3) kg/m².

Al evaluar los niveles de testosterona ajustando por edad, BMI, Score de Charlson, insuficiencia cardiaca y enfermedad coronaria, se encontró una asociación inversa estadísticamente significativa con el índice de BODE (coeff - 0.14, p=0.049, IC 95% - 0.268 : -0.001). La prevalencia de hipogonadismo fue de 43% (n 38, IC 95% 33-53). En aquellos con BODE bajo (Puntaje 0-4) la prevalencia de hipogonadismo fue del 40.3% (n 29/72 IC 95% 29-53) comparado con el 52.9% (n 9/17 IC 95% 28-77) de aquellos con BODE alto (puntaje 5-10) y la mediana del nivel de testosterona fue de 3.2 ng/ml (IQR: 2.4-3.9) y de 2.8 ng/ml (IQR 1.9-4.1) respectivamente (p=0.36). El nivel de testosterona mostró una correlación negativa con la escala de disnea mMRC (r=0.233 p valor 0.028), una positiva con FEV1% (r=0.229 p valor 0.031) y una positiva no significativa con los metros caminados en el 6MWT (r=0.0234 p valor 0.828).

Discusión: Estos resultados sugieren que el hipogonadismo es un problema frecuente en hombres con EPOC estable y que la severidad del EPOC está relacionada con el nivel de testosterona. Si bien los pacientes con índice BODE alto tuvieron una testosterona sérica más baja y una mayor prevalencia de hipogonadismo que aquellos con BODE bajo, la diferencia no fue estadísticamente significativa, posiblemente por una falta de poder (tamaño de la muestra pequeño). Además la testosterona sérica mostró una correlación negativa con el grado de disnea pero una positiva no significativa con la distancia recorrida.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

010- BRONQUIOLITIS FOLICULAR SECUNDARIA A INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE. REPORTE DE CASO.

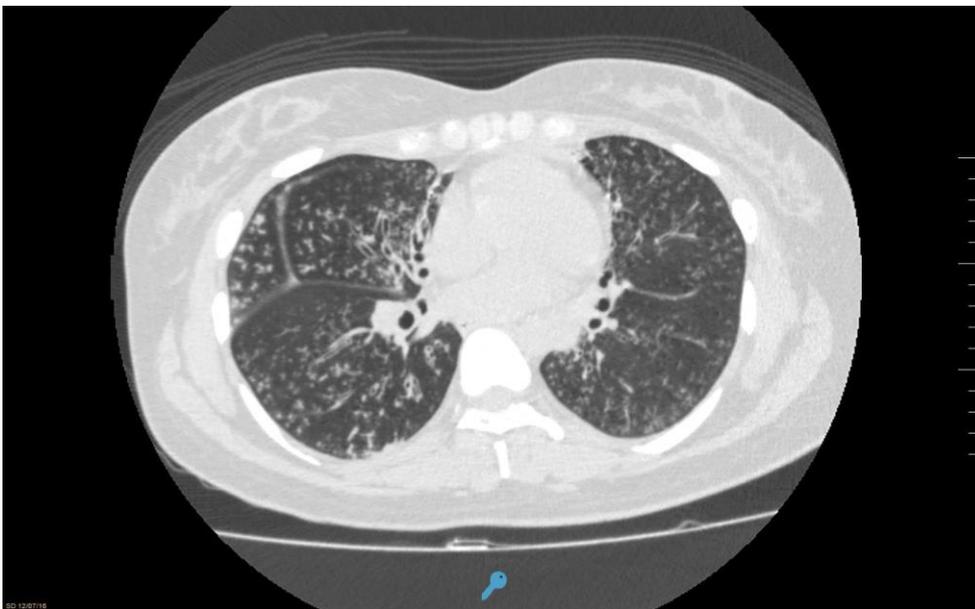
CASTRO H¹; LOPEZ J¹; VIUDES J¹; CASTRO AZCURRA R¹; SVETLIZA G¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción:

La inmunodeficiencia común variable (ICV) es la inmunodeficiencia primaria más frecuente, con una incidencia 1/10000 pacientes en la población general. La mayoría de los pacientes se diagnostican entre los 20 y 45 años de edad. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas pudiendo afectar múltiples órganos. La mayoría presenta infecciones respiratorias recurrentes desde neumonías, bronquitis y sinusitis. Un tercio de los pacientes tiene afectación pulmonar crónica pudiendo presentar enfermedades obstructivas, restrictivas, granulomatosas, neumonía intersticial linfocítica y bronquiolitis folicular.

Caso Clínico: Mujer de 38 años ama de casa sin antecedentes de relevancia que consultó por infecciones respiratorias recurrentes. Desde hace 3 años comenzó con bronquitis y neumonías a repetición con múltiples tratamientos antibióticos. Al examen físico presentaba sibilancias espiratorias bilaterales y roncus aislados. Se solicitó una tomografía torácica que evidenció infiltrados en árbol en brote de distribución difusa asociados a bronquiectasias. El examen funcional respiratorio mostró una espirometría con obstrucción severa (FEV1 47%), atrapamiento aéreo (VR 237%) y una DLCO disminuida (67%). El análisis de laboratorio mostró una hipogammaglobulinemia leve (0.67 g/dl) con inmunoglobulinas disminuidas: IGG 550 mg/dl (VN 700-1600) IGM 30 mg/dl (VN 40-230) IGA < 6.7 mg/dl (VN 70-400). Se llevó a cabo una criobiopsia pulmonar que mostró un Infiltrado linfocitario bronquiolar y peribronquiolar con formación de centro germinal. Hallazgos compatibles con bronquiolitis folicular. Se estableció el diagnóstico de ICV por lo que paciente fue derivada a inmunología quien inició infusiones de inmunoglobulinas mensuales.



Discusión: La ICV puede presentar múltiples manifestaciones pulmonares, una de ellas es la bronquiolitis folicular. Esta entidad se caracteriza por presentar hiperplasia linfocítica del tejido linfocítico asociado a los bronquios. Frecuentemente se asocia a una enfermedad del colágeno, inmunodeficiencias o neumonitis por hipersensibilidad pero en algunos casos puede ser idiopática. Los pacientes se presentan con disnea progresiva y la tomografía computada torácica muestra nódulos centrolobulillares y peribronquiales con patrón en árbol en brote. En nuestro caso los hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos fueron compatibles con una bronquiolitis folicular. El tratamiento se basa en la enfermedad subyacente.

Conclusión: La inmunodeficiencia común variable es una enfermedad infrecuente. Debe ser sospechada en un paciente con historia de infecciones respiratorias recurrentes en donde un descenso de la concentración sérica de la inmunoglobulinas sugiere el diagnóstico.

011- POLUCIÓN AÉREA Y SALUD, UN ESTUDIO ESTACIONAL. PREVALENCIA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS Y OCULARES EN EPOCA DE ZAFRA, EN ESCOLARES DE UNA CIUDAD DE TUCUMAN, RELACIÓN CON LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL. 2010-2012.

MARTINEZ DELCALDO S¹; ALTIERI H¹; BRUNO M²; CALLI R²; RÍOS V³; MEONI G⁴; MARTINEZ M⁵; NUÑEZ P¹; VEGA N¹; FIGUEROA S¹; WILLIGS ROLÓN R¹; DELGADINO W¹; BALDASARIA R¹

¹Hospital Centro de Salud "Zenón J. Santillán" de Tucumán, ²Dirección de Epidemiología del Sistema Provincial de Salud de Tucumán, ³Facultad de Ciencias Exactas y Tecnología de la Universidad Nac. de Tucumán, ⁴Laboratorio de Control Ambiental de la Dirección de Fiscalización Ambiental del, ⁵Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán

La contaminación atmosférica constituye un riesgo ambiental para la salud. En Tucumán la quema de biomasa y los gases emitidos por las chimeneas de los ingenios de azúcar en la época de zafra (cosecha) intensifican la polución del aire, con el agravante de su coincidencia con el período otoño-invierno y el riesgo de enfermedad respiratoria. Se conoce poco, en nuestra Provincia, la relación entre los contaminantes ambientales debidos a la zafra y sus consecuencias en la población. En este estudio se busca evaluar los efectos en la salud de escolares y los factores asociados al desarrollo de síntomas respiratorios y oculares en dos épocas relacionadas con la zafra.

Objetivos: 1) Estimar la prevalencia de síntomas respiratorios y oculares en niños de 10 a 11 años, en dos épocas: zafra e inter-zafra. 2) Explorar la asociación de síntomas respiratorios y oculares con factores seleccionados. 3) Conocer la carga contaminante de partículas suspendidas en la atmósfera.

Material y método: se realizó un estudio analítico de corte transversal, en una población de niños que concurrían a escuelas de la ciudad de Monteros (Tucumán) entre los años 2010 y 2012. Se enrolaron mediante un muestreo aleatorio por conglomerados. Se excluyeron niños con enfermedades respiratorias crónicas distintas al asma, o que tuviesen en la vivienda braseros como sistema de calefacción. Se realizó una encuesta de datos y cuestionario de síntomas más una espirometría. Se efectuaron mediciones ambientales de polvo y partículas.

Resultados: de la población de 629 niños el 54,21% fueron mujeres, 60% tenían peso adecuado para su edad, 67,6% pertenecían a una familia con nivel socioeconómico bajo, en un 22,4% hubo hacinamiento en el hogar, cuyos padres en un 57,6% tenían secundario completo, los padres eran fumadores en un 21,7% a 34,1% según la época y en un 23,5% fumaban dentro de la casa. El 12,6% de los niños presentaban antecedentes de asma y tuvieron un 87% más chance de mostrar espirometría anormal. Hubo aumento en la prevalencia de síntomas respiratorios del 48,8% y de los oculares del 34,5% durante la zafra con respecto a interzafra. Presentaron durante la zafra más del doble de chance de tener dificultad respiratoria en relación a la interzafra, y los niños con asma tuvieron tres veces más chance de tener síntomas respiratorios en comparación con los niños sin asma. En relación a síntomas oculares fue el doble de chance de presentar trastornos oculares en zafra. En cuanto a los contaminantes ambientales hubo valores aumentados en partículas en suspensión y polvo sedimentable.

Conclusiones: en la población de niños estudiados, sanos previamente o sólo con antecedentes de asma, encontramos un aumento de los síntomas respiratorios y oculares durante la zafra en comparación con la de interzafra. Afectando más a los asmáticos. Los resultados pueden explicarse como debido a las actividades relacionadas con la cosecha y procesamiento de la caña de azúcar. **Palabras claves:** contaminación ambiental, impacto en la salud.

012- ENTRENAMIENTO EN CESACION TABAQUICA PARA AGENTES DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA: PROGRAMA GLOBAL BRIDGES CAMBIOS CONOCIMIENTO DECLARATIVO

ZABERT G¹; CHAMPAGNE B²; CRUZ E³; DANIEL B⁴; JIMENEZ RUIZ C⁵; SANSORES R⁶; ZABERT I⁷; MARILUAN F⁷; KEMPER K³

¹Global Bridges- ALAT, ²FIC, ³Global Bridges, ⁴AAMR, ⁵SEPAR, ⁶ALAT, ⁷UNComahue

Introducción: Global Bridges es una ONG creada en 2010 para promover la cesación tabáquica en el mundo de acuerdo a las normativas del Art 14 del CMCT. En 2011 comenzó a desarrollar sus acciones, uno de los ejes centrales es la capacitación de los agentes de salud.

Objetivos: evaluar los cambios de conocimiento declarativo en los entrenados por Global Bridges en cesacion tabaquica entre 2011 y 2014 en Latinoamérica.

Material y Métodos: Diseño pre test-pos test para medir el grado de cambio de conocimiento declarativo (Modelo de Moore y col1) como resultado de la intervención educativa en cesación tabáquica entre todos los individuos que realizaron el entrenamiento. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 20 preguntas de opción múltiple antes y después de cada sesión. El criterio de inclusión fue la entrega del cuestionario pos test con identificación para la acreditación del entrenamiento realizado. Las variables categóricas y continuas se expresan en porcentajes o medias (SD) y se compararon por Chi cuadrado (χ^2) o t de Student para dos muestras apareadas según corresponda a las variable analizada.

Resultados: De los 1614 asistentes entre 2011 y 2014, se entrenaron 1384 individuos. Se excluyeron de este analisis los cuestionarios de 307 individuos evaluados por cuestionarios no estandarizados al inicio del programa, 52 individuos entrenados en Jamaica valorados por un cuestionario en ingles (traducción no validada) y 26 individuos entrenados en España. Se incluyeron en el análisis 999 cuestionarios validos pos test y 812 cuestionarios validos pre test. La muestra analizada corresponde 30,6% al 2011, 23,8% al 2012, 27,8% al 2013 y 17,8% al primer semestre del 2014. La media de edad de la muestra fue de 41,1 años (SD 11,5años) y se observó un predominio del género femenino 68,2% y de médicos (41% y 46% de las muestras pre y pos test). El promedio de aciertos en el pre test fue de 54,2% y de pos test de 75,8% (Grafico 1) con una media de incremento de aciertos del 40% (rango 7 a 177%) y una diferencia estadísticamente significativa para todas las variables analizadas de 0,001 excepto en una (p5) donde la significación alcanzó al 0,01. La puntuación global fue de 10,9 (SD 3,7) y 15,2 (SD 2,8) respectivamente (t 144 p<0,001) sobre un puntaje máximo de 20 puntos. El análisis estratificado por profesión evidenció una diferencia significativa en las diferentes dimensiones exploradas.

Conclusiones: El programa de entrenamiento en Cesación Tabáquica para Agentes de Salud en América Latina Global Bridges desarrollado entre 2011-2014 evidencio efectividad en términos de conocimiento declarativo (3A del modelo de Moore y col)

Bibliografía

1- Moore DE Jr, Green JS, Gallis HA. Achieving desired results and improved outcomes: integrating planning and assessment throughout learning activities. J Contin Educ Health Prof. 2009 Winter;29(1):1-15.

013- LA CÁNULA DE ALTO FLUJO MEJORA LA CAPACIDAD AL EJERCICIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

DELL'ERA S¹; ROUX N¹; GIMENO SANTOS E²; CASTELLANO BARNECHE M¹; GRACIA G¹; BYKHOVSKY I¹; BALESTRIERI M¹; TERRASA S¹; MIDLEY A¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, ²Hospital Clínic de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas "August Pi i Sunyer" (IDIBAPS)

Objetivos: Comparar la capacidad de ejercicio mediante la velocidad aeróbica máxima (VAM) tolerada en el Test Incremental (TI) y el tiempo límite tolerado (tLIM) en el Test a Carga Constante (TCC) utilizando dos sistemas de entrega de oxígeno: Cánula de Alto Flujo (CAF) vs Máscara Venturi (MV) en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Secundariamente comparar disnea y fatiga de miembros inferiores (Escala de Borg modificada), saturación de oxígeno (SpO₂), frecuencia cardiaca (FC) a isocarga e isotiempo y frecuencia respiratoria (FR) y tensión arterial (TA) al inicio y final de los test. Finalmente determinar el confort de la CAF.

Material y método: Población: pacientes con EPOC, clínicamente estables, con requerimiento de oxígeno durante el ejercicio. Diseño: ensayo clínico aleatorizado cruzado. Tamaño muestral: asumiendo una desviación estándar (DE) de 184 segundos y una diferencia mínima a detectar de 100 segundos en el tLIM, se necesitan 28 sujetos. Variables de resultado: VAM (Km/h), tLIM (segundos), disnea, fatiga miembros inferiores, SpO₂, FC, FR, TA y confort. Aleatorización: orden de los Test según números aleatorios generados en Stata. Procedimiento: cada paciente realizó dos TI, uno con CAF y otro con MV, y dos TCC al 90% del TI, uno con CAF y otro con MV, todos en cinta deslizante. La CAF se utilizó con Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) de 40% y flujo de 50 L/m y la MV con FiO₂ de 40%. Análisis estadístico: se realizó un contraste de hipótesis de datos apareados y se comparó VAM, tLIM y variables fisiológica según los diferentes dispositivos (CAF vs MV) en cada Test de ejercicio (TI y TCC). Se consideró estadísticamente significativa P <0,05.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 4 fueron eliminados por exacerbación. El 58% eran hombres, con una media (DE) de edad de 69 (10) años y un porcentaje del teórico del volumen espirado forzado en el primer segundo (%VEF1) de 45 (20) %. La VAM del TI utilizando CAF fue significativamente mayor vs MV (5,9 vs 5,6 km/h; p<0,001), con menor sensación de disnea (2,9 vs 4,5; p<0,001) y de fatiga de miembros inferiores (3,3 vs 4; p<0,05) a isocarga. En el TCC con CAF se observó un aumento significativo del tLIM en comparación al uso de MV (512 vs 412 segundos; p<0,005). Además, una mayor SpO₂ (95 vs 93%; p<0,05) y menor disnea (4 vs 5; p<0,05) fueron observados a isotiempo con el uso de CAF vs MV. No se encontraron diferencias significativas en las otras variables de resultado. No hubo diferencias significativas en la sensación de confort de un sistema respecto al otro.

Conclusiones: La CAF mejoró la capacidad de ejercicio en pacientes EPOC evidenciado por un aumento de la VAM en el TI y del tLIM en el TCC comparado con la MV. Además, se observó un aumento de la SpO₂ y una menor intensidad de los síntomas durante los tests. La CAF demostró ser igual de confortable que la MV. Los resultados observados podrían permitir a los pacientes EPOC con oxígeno suplementario entrenar a mayor intensidad y duración durante el programa de Rehabilitación Pulmonar.

014- ¿PUEDE LA MANIOBRA DE CAPACIDAD DE INSUFLACIÓN PULMONAR MEJORAR EL PICO FLUJO TOSIDO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIORCÁRDICA? ENSAYO CLÍNICO CRUZADO.

SOLIÑO S

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Resumen: Durante el periodo postoperatorio (POP) inmediato los pacientes sometidos a una cirugía de revascularización miocárdica (CRM) suelen cursar con disminución del volumen pulmonar y de la distensibilidad del sistema respiratorio, disfunción diafragmática, respiración superficial e hipoxemia. Este cuadro clínico habitual configura la denominada “disfunción pulmonar POP”. A su vez, es frecuente hallar una disminución de la capacidad tusígena dificultando la eliminación de secreciones y aumentando el riesgo de desarrollar complicaciones pulmonares POP, las cuales podrían incrementar los costos y la estadía Hospitalaria como también la morbimortalidad. Por tal motivo, la terapia de higiene bronquial es posicionada como uno de los pilares de tratamiento, siendo la tos dirigida la técnica más utilizada. La combinación entre tos dirigida e inspiración profunda con soporte esternal ha demostrado aumentar el pico flujo tosido en el POP de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Esto ubica al volumen pulmonar como uno de los principales determinantes del pico flujo tosido. Una forma de aumentar dicho volumen es utilizar la técnica de capacidad de insuflación pulmonar (CIP), no obstante, la efectividad de la misma no ha sido evaluada en esta población.

Objetivo: determinar si la técnica de CIP con soporte esternal mejora el pico flujo tosido comparado con la tos dirigida con inspiración profunda y soporte esternal (TOS). El objetivo secundario fue analizar el dolor torácico percibido durante cada maniobra.

Diseño: ensayo clínico cruzado.

Población: pacientes mayores a 18 años interconsultados a la Unidad de Kinesiología de nuestra institución, en plan quirúrgico de CRM vía esternotomía mediana.

Variable primaria: pico flujo tosido (PFT).

Variable secundaria: dolor.

Resultados: la media del PFT durante la maniobra CIP (251,15 L/min) fue superior en comparación a la maniobra TOS (234,05 L/min), con una diferencia de medias de 17,10 L/min; IC al 95% de -1,91 a 32,30, sin alcanzar la significancia estadística ($p=0,059$). Con respecto al dolor en el tercer día postoperatorio se observó un incremento durante la maniobra CIP en comparación a la maniobra TOS con diferencias estadísticamente significativas (1,05; RIQ 0,22 - 2,0; $p=0,006$), mientras que en el resto de los días no se observaron diferencias.

Conclusión: la maniobra CIP no mejora el PFT en comparación con la maniobra TOS. Con respecto al dolor al comparar ambas técnicas sólo se observaron mayores valores con la técnica de CIP en el tercer día postoperatorio.

015- ESTADO DE CONCIENCIA, PRESIÓN ESPIRATORIA MÁXIMA Y PICO FLUJO ESPIRATORIO TOSIDO PREVIOS A LA DECANULACIÓN EN DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ANALÍTICO OBSERVACIONAL.

DIAZ BALLVE L¹; VILLALBA D²; ANDREU M³; ESCOBAR M⁴; MOREL VULLIEZ G⁴; LEBUS J⁴; ROSITI E⁴

¹Hosp. Nac. Prof. A. Posadas, ²Clínica Basilea, ³Hospital Donación Francisco Santojanni, ⁴Centro Parque

Objetivo: Analizar y Comparar las variables relevantes del proceso de decanulación entre los diferentes niveles de atención como Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Sala general (SG) y centros de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR).

Diseño: Multicéntrico, analítico, observacional, transversal.

Materiales y métodos: Los datos fueron extraídos de la base de datos del Estudio decanular de todos los pacientes que hayan sido decanulados. Se incluyeron sólo aquellos que contaron con valores medidos de presión espiratoria máxima (PEmax), pico flujo espiratorio tosido (PFET), y *Glasgow Coma Scale* (GCS) previos a ser decanulados. Se agruparon según la unidad en la que fueron decanulados (UCI, SG y CDVMR).

Resultados: De un total de 207 pacientes analizados, 124 (60%) fueron decanulados en UCI, 59 (28%) en SG y 24 (12%) en CDVMR. Para el PFET se encontraron diferencias entre los pacientes de UCI [mediana 152.5 litros por minuto-l/m (RQ 110-190)] y CDVMR [mediana 200 l/m (RQ 167.5-232.5)] ($p=0,01$). Con respecto al GCS se observaron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los valores de SG [mediana 10 (min9-max15)] con los de UCI [mediana 15 (min10-max15)] y CDVMR [mediana 15 (min 12-max15)] (p

Conclusión: Los valores de GCS y PFET difieren según el ámbito donde se realice la decanulación. Existe una considerable cantidad de pacientes que se decanulan con valores PFET por debajo del punto de corte propuesto de 160 l/m relacionado a una tos inefectiva. Ningún paciente fue decanulado con un Score de Coma de Glasgow menor a 8 puntos, lo que refleja la importancia del estado de conciencia al momento de la decanulación.

016- EFICACIA DE UN PROTOCOLO DE EDUCACION EN LA CORRECCION DE LAS TECNICAS DE INHALACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

GRACIA G¹; DELL' ERA S¹; ROUX N¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivos: Evaluar si la implementación de un protocolo de educación corrige la técnica de inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que presentan errores en su realización. Secundariamente identificar los errores más frecuentes en la técnica de uso con los diferentes dispositivos, el dispositivo de inhalación que presenta la mayor cantidad de errores y comparar las características de los pacientes que corrigen o no la técnica de inhalación luego de la intervención.

Material y Métodos: Diseño Cuasiexperimental. Población: Pacientes con EPOC incluidos en un Programa de Rehabilitación Pulmonar que presentan errores en la técnica de inhalación con Inhalador de Dosis Medida (IDM) y/o Inhaladores de Polvo Seco (IPS). Tamaño muestral: se requieren 61 pacientes para detectar una diferencia entre antes y después de la intervención. Intervención: Se realizaron 4 sesiones donde se evaluó la técnica de inhalación con una lista de verificación de pasos. Se explicó y demostró la técnica y se entregó un folleto educativo. Variables de estudio: sexo, edad, nivel de educación, severidad de la EPOC, tipo de dispositivo y tiempo de uso. Análisis estadístico: Se calcularon las odds ratio y sus intervalos de confianza al 95% para determinar las características de los pacientes asociadas a una técnica incorrecta de inhalación. Para la comparación antes y después se utilizó el test de McNemar y para las comparaciones de variables continuas T-Test y Test de Wilcoxon. Se consideró significativo $P < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, 6 fueron eliminados por ausentarse a más de 2 sesiones y 55 completaron el estudio. La edad media fue de 70 (± 7) años, 29 (52,7%) eran hombres. 28 pacientes utilizaban IDM y 53 IPS. Se evaluaron 81 técnicas de inhalación ya que 19 de los pacientes presentaron errores con más de un dispositivo. 74 (91,4%) de las técnicas fueron corregidas luego de la intervención (62% requirieron sólo una y 22% dos intervenciones para corregir la técnica). De las 7 técnicas de inhalación que no corrigieron, 6 fueron con IDM y 1 IPS. Los errores más frecuentes con IDM fueron la incapacidad para coordinar el disparo con la inhalación (89,3%) seguido de la ausencia de pausa post inspiratoria (46,4%), mientras que para los diferentes IPS la ausencia de la exhalación hasta volumen residual (55-66,6%), ausencia de la pausa post inspiratoria (45,4-71,4%) y flujos inspiratorios insuficientes (28,6-45,4%). Al comparar las características de los pacientes que corrigieron o no la técnica de inhalación luego de la intervención no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Conclusión: La técnica de inhalación fue corregida en la mayoría de los casos luego de la intervención. El IDM fué el dispositivo que presentó la mayor cantidad de errores y de técnicas que no pudieron ser corregidas. No se encontraron diferencias entre las características de los pacientes que corrigieron o no la técnica de inhalación al finalizar el protocolo.

017- ROL DE INTERLEUQUINA 6 EN LA INJURIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

POTITO POLERA J¹; CORREGER E¹; STRINGA P²; MARCOS J³

¹Hospital El Cruce, ²Instituto de Trasplante Multiorgánico, Fundación Favaloro, Buenos Aires, ³Servicio de Reumatología, IPENSA, La Plata, Buenos Aires

Introducción: La ventilación mecánica (VM) con volúmenes corrientes (Vt) elevados puede desencadenar una respuesta inflamatoria pulmonar que lleve a la lesión pulmonar inducida por la VM (VILI).

La IL-6 es una glicoproteína que está involucrada en múltiples funciones que regulan la inmunidad e inflamación.

Tremblay et al, reportaron que la ventilación mecánica con altos Vt de 15 o 40 ml/kg inducen incremento de TNF α e IL-6 en células epiteliales pulmonares de ratas ventiladas. También en estudios clínicos encontraron que la concentración de IL-6 en el líquido del lavado bronquioloalveolar (BAL) en pacientes con ARDS fue mayor que en BAL de voluntarios sanos además que la concentración de IL-6 en sangre es mayor en pacientes en riesgo de VILI.

Tocilizumab es un anticuerpo clase IgG1 monoclonal anti receptor transmembrana y soluble de IL-6, utilizado para el tratamiento de patologías autoinmunes como Artritis Reumatoide y Vasculitis.

Objetivo: Evaluar si la administración de un inhibidor de IL-6 atenúa el daño pulmonar ocasionado por la VM.

Materiales y Métodos: 18 Ratas Wistar fueron ventiladas mecánicamente, durante 2 hs y aleatorizadas en 3 grupos: Grupo bajo Vt (n=6) Vt 8ml/kg, PEEP 5 cmH₂O; Grupo alto Vt (n=6): Vt 25 ml/kg + ZEEP y Grupo alto Vt – ZEEP + anti IL-6 (n=6): dosis única (30mg/kg) de Tocilizumab intraperitoneal 24hs previas a la VM, todos los grupos recibieron FiO₂ 0.40%. El daño histológico se evaluó según Villar et al, distensibilidad pulmonar, hemodinamia medida con Presión Arterial Media (PAM) en los diferentes grupos de estudio. Los datos fueron analizados con test de t, p significativa <0,05.

Resultados:

Grupos		Bajo Vt	Alto Vt	Alto Vt + Anti IL-6
Histología		4 ± 1.29	20.5 ± 2.25*	4.57 ± 1.39 [∞]
Compliance (ml/cm/H ₂ O)	Basal	0.34 ± 0.027	0.33 ± 0.04	0.26 ± 0.08
	2hs	0.34 ± 0.06	0.25 ± 0.03	0.22 ± 0.03
PAM (mmHg)	Basal	110 ± 13.80	123 ± 8.55	119 ± 12.01
	2hs	70 ± 4.21	70 ± 3.26	72 ± 5.49
Expansión (ml)		20.66 ± 3.14	37.66 ± 4.34 \emptyset	24.66 ± 2.98

*p 0.046 comparado con bajo Vt [∞]p 0.045 comparado con alto Vt \emptyset p 0.08 comparado con bajo Vt

Luego de 2 hs de ventilación lesiva, no se observaron diferencias entre grupos en los parámetros hemodinámicos y mecánica pulmonar. La VM aumentó de manera significativa el daño histológico, mientras que en el grupo tratado con anti IL-6 la lesión histológica pulmonar disminuyó en forma significativa comparados con el grupo AltoVt.

Conclusión. Los resultados sugieren que a las 2 horas de VM lesiva se observa lesión histológica pulmonar inflamatoria en un modelo de VILI. En estas condiciones experimentales, Tocilizumab contribuye a disminuir el daño histológico pulmonar.

018- VOLUMEN DE PEEP EN FUNCION DE LA CAPACIDAD RESIDUAL FUNCIONAL TEORICA Y CONTENIDO ARTERIAL DE OXIGENO

GALLARDO A¹; BALLESTEROS A¹; PATRINOS A¹

¹CLINICA MODELO de MORON

Introducción: en los pacientes con asistencia respiratoria mecánica el agregado de PEEP determina un volumen de gas (PEEPVol) variable que contribuye a mejorar el intercambio gaseoso, reducir el shunt intrapulmonar y mejorar la capacidad residual funcional, que se encuentra reducida por factores como la sedoanalgesia, relajación y decúbito supino. Conseguir un adecuado volumen pulmonar de fin de espiración podría mejorar el contenido arterial de oxígeno y la sobrevida

Objetivo: Estudiar la relación del volumen de presión positiva al final de la espiración con la capacidad residual funcional teórica y el contenido arterial de oxígeno

Materiales y métodos: estudio prospectivo, descriptivo y correlacional que incluyó pacientes mayores de 18 años, con ARM ≤ 48 hs y sin patología pulmonar, desde 1/11/14 a 1/11/16. Variables estudiadas: edad, sexo, talla, peso predicho (PBW), volumen tidal (VT), PEEP, PEEPVol (VT espirado - VT seteado), capacidad residual funcional teórica (CRFt) según fórmulas de European Respiratory Society y su relación con el PEEPVol/(PEEPVol/CRFt), fracción inspirada de oxígeno (FiO₂), presión parcial de oxígeno arterial (PaO₂), saturación de oxígeno (SpO₂), hemoglobina (Hb) y contenido arterial de oxígeno (CaO₂) medido como $1.34 \times \text{Hb} \times \text{SpO}_2 + (\text{PaO}_2 \times 0.0031)$, por cada 100ml de sangre. Las variables se computaron luego de realizar maniobra de capacidad inspiratoria y titulación de PEEP según curva de PEEP/compliance. PEEPVol se alcanzó colocando PEEP cero, reduciendo la frecuencia respiratoria a 5 ciclos/min y computando el VT espirado en el siguiente ciclo. Los resultados se expresan como %, media, mediana, DS y correlación (r de Pearson)

Resultados: se incluyeron 28 pacientes con ARM ≤ 48 hs y sin patología pulmonar. La edad promedio fue 58.6 ± 15.81 (mediana, 65). Hombres 62.96%, mujeres 37.03%. Talla: 168.1 ± 6.72 cm (mediana, 168cm). PBW: 62.48 ± 7.89 kg (64.19kg). VT: 452.5 ± 63.80 ml (480ml). PEEP: 7.71 ± 2.27 cmH₂O (8 cmH₂O). PEEPVol: 499.96 ± 211.48 ml (443.5ml). PEEPVol/CRFt: $14.07 \pm 5.28\%$ (14%). CRFt 3640 ± 0.77 lts (4.07lts). FiO₂: 0.39 ± 0.09 (0.4). PaO₂: 111.14 ± 27.77 mmHg (105.05 mmHg). SpO₂: 0.97 ± 0.02 (0.98). Hb: 10.85 ± 2.02 g/dL (10.65g/dL). CaO₂: 13.98 ± 3.78 ml (14.28ml). Los índices de correlación de Pearson para las variables estudiadas en relación al CaO₂ fueron: PEEP -0.15, PEEPVol 0.51, VT 0.02, FiO₂ 0.03, PaO₂ 0.04 y SpO₂ 0.30; para PEEPVol/CRFt < 14 fue 0.61 y PEEPVol > 14 fue -0.53

Conclusión: El CaO₂ mostró correlación directa y positiva con PEEPVol, mostrando que es una variable dependiente del volumen y de los cambios en la morfología del parénquima pulmonar antes que de variables como la presión. El incremento de PEEPVol a valores cercanos al 14% de CRFt se relaciona con mejor CaO₂, mientras que valores superiores muestran correlación negativa. Futuros trabajos deberían valorar volúmenes de PEEP en relación a la CRFt y determinar su utilidad como indicador/predicador del intercambio gaseoso y el contenido arterial de oxígeno

Palabras clave: CaO₂, PEEP, PEEPVol, CRFt, PEEPVol/CRFt



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

019- CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL SEGUIMIENTO Y OPTIMIZACIÓN DE LOS SUMINISTROS DE OXÍGENO DOMICILIARIO

NARANJO A

Universidad Santiago de Cali

OBJETIVO: Identificar los criterios clínicos para el seguimiento y optimización de los suministros de oxígeno en el domicilio de los pacientes crónicos de un programa de atención domiciliaria.

MATERIAL Y METODO: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado con la participación de 65 adultos, primordialmente ancianos de más de 70 años (66%) y mujeres (61,54%), todos ellos pertenecientes al programa de terapia respiratoria de la IPS SISANAR en Cali, Colombia. Se validaron criterios asociados con el nivel de saturación de oxígeno, el grado de disnea (según escala de Borg), la frecuencia respiratoria, el llenado capilar y el no uso del oxígeno domiciliario por más de tres meses, para lo cual se diseñó un instrumento aplicado a pacientes con oxígeno domiciliario. La información se procesó usando SPSS v.17.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se destaca que 93,86% de los pacientes tenía un nivel de saturación de oxígeno superior a 90%, sin soporte de oxígeno, y que 58,46% no había utilizado suministro de oxígeno durante los últimos tres meses, hallazgos indican que buena parte de los recursos estuvo en el hogar de pacientes que no lo requerían –impidiendo su uso por quienes sí lo requerían. Los hallazgos demuestran la efectividad del monitoreo de la aplicación de los criterios para el mantenimiento del suministro de oxígeno en el hogar, como una herramienta que permita optimizar su uso, lo que no solo favorece la salud de los pacientes, sino también la economía del sistema de salud.

020- OXIGENOTERAPIA EN VUELOS EN ARGENTINA: ENCUESTA DIEZ AÑOS DESPUES

BUSANICHE M¹; SIVORI M²

¹Hospital de Agudos Jose Maria Ramos Mejia CABA, ²Hospital de Agudos Jose Maria Ramos Mejia CABA

INTRODUCCION: En el año 2007, realizamos un estudio descriptivo sobre la prestación de oxigenoterapia en vuelo (OV) en nuestro país (*Medicina BA 2008; 68:433-36*).

OBJETIVO: Evaluar el servicio de prestación actual de OV en nuestro país, tanto en aerolíneas de cabotaje (N) como en internacionales (I), y comparar la situación con la detallada hace diez años.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó una encuesta telefónica usando la misma metodología del trabajo de Alonso M. (*Medicina Buenos Aires 2008*) y Stoller (*Chest 1999*) Los autores se comunicaron con 29 aerolíneas (4 N y 25 I) y se consultó sobre los requisitos necesarios, costos y posibilidad de información *on line*. Se comparó con resultados del estudio anterior.

RESULTADO: En total se evaluaron 25 aerolíneas (4 se descartaron por falta de información, 16% de I). Sólo una (4%) no permite el uso de OV (Andes). Sólo tres (12%) tienen un costo adicional. La encuesta se resolvió con un llamado, en la mayoría de las aerolíneas (2 llamados en Air Europa,I) Con un tiempo promedio de 5min 53 seg ($\pm 1:31\text{min}$) para las N, y 8min 42 seg ($\pm 3:45\text{min}$) para las I. Todas solicitan informe médico previo y 19 (79%) solicitan un formulario especial. El 32% de las aerolíneas provee la interfase. El 29% exige que el modelo de fuente de oxígeno figure dentro de la lista permitida por la Federal Aviation Administration (FAA). El 80,5% cuenta con información web (en general pobre).

CONCLUSION: Se ha observado una menor dificultad en el suministro de la información de las compañías aéreas, y se han evidenciado mayores requisitos y controles para el mismo. Observándose una mejoría en las prestaciones de vuelos I, mayor exigencia en cuanto a tiempo de aviso y requisitos necesarios (certificados, modelo de equipo) menor número de aerolíneas con costo adicional por la prestación y mayor información brindada por las aerolíneas, agregando la versión de información *on line*.

021- EVALUACIÓN DE DEBILIDAD DIAFRAGMÁTICA MEDIANTE MONITOREO DE LA MECÁNICA VENTILATORIA CON MANOMETRÍA GÁSTRICA Y ESOFÁGICA EN SÍNDROME DE PULMÓN ENCOGIDO

SUÁREZ S¹; SIROTI C²; SOBRINO E¹; MARTÍN C³; FEUNE DE COLOMBI N³; YAMPOLSKY J³; MONTIEL G¹

¹Sanatorio Municipal Julio Mendez, ²Hospital Dr Antonio Cetrángolo, ³Clínica Bazterrica

Introducción: La debilidad diafragmática debe ser sospechada cuando hay disnea de causa no clara. La parálisis diafragmática se presenta con aumento del esfuerzo respiratorio y disminución de la eficacia de la ventilación. Dentro de los estudios con los que se cuenta para su evaluación, el monitoreo de la mecánica respiratoria con manometría gástrica y esofágica nos permite entender la fisiopatología y nos aporta valiosa información para el seguimiento y el tratamiento de la patología.

Caso clínico: Paciente de 22 años consulta por disnea progresiva de 2 años de evolución, clase funcional habitual II/III, y ortopnea por lo que refiere dormir semisentada hace 1 año. Antecedentes de Lupus eritematoso sistémico hace 3 años en tratamiento actual con metilprednisolona, micofenolato y adalimumab. Múltiples internaciones por progresión de disnea habitual con sospecha de neumonía criptogénica organizativa. BMI 17 kg/m² (41 kg, 1,55 m). Al examen físico taquipnea y utilización de músculos accesorios inspiratorios y espiratorios. PaCO₂ 35 mmHg, PaO₂ 90 mmHg, Sat 96% (0,21), Hto 27% (estable respecto a laboratorios previos). Ecocardiograma normal. VEF1/CVF 89%, VEF1 0,55L (17%) CVF 0,65L (18%), no logra completar los 6 segundos. PIMAX - 40cmH₂O, PEMAX 70 cmH₂O. Por sospecha de Síndrome pulmón encogido se realiza radioscopia que evidencia debilidad diafragmática por lo que se decide realizar monitoreo de la mecánica respiratoria para su confirmación.

Discusión: Se realiza monitoreo de la mecánica respiratoria con la paciente en reposo sentada y luego acostada midiéndose la respiración basal y luego maniobras forzadas. Mediante un neumotacógrafo de presión diferencial bucal se mide presión y flujo en la vía aérea; el volumen corriente (Vc) es calculado por el software. Se miden la Presión esofágica (Pes) y la Presión gástrica (PGa) mediante la colocación de dos balones. Se obtienen los siguientes resultados: La inspiración se corresponde con un descenso en la deflexión de la Pes y con un descenso en la deflexión de la Pga, lo cual es compatible con parálisis diafragmática. La $\Delta Pga/\Delta Pes$ es ≥ 0 lo cual implica disminución de la Pga durante la inspiración, compatible con parálisis diafragmática (0,90 sentada; 0,05 acostada). Con el cambio de posición de sentada a decúbito presenta aumento de esfuerzo respiratorio y disminución de la eficacia de la ventilación. La frecuencia respiratoria disminuyó al acostarse (sentada 38 rpm, acostada 30 rpm) sin disminución significativa del Vc (sentada 239 mL, acostada 226 mL), hay una disminución del 25% de la ventilación minuto (sentada 9L/min, acostada 6,7L/m) que sucede a pesar de un aumento de un 43% en el esfuerzo de los músculos inspiratorios diferentes del diafragma debido a la parálisis antes demostrada siendo el Pes swing sentada 6,93 cmH₂O y acostada 9,95 cmH₂O; Vc inspiratorio/PesSwing sentada 35,20mL/cmH₂O, acostada 22,77mL/cmH₂O. Se evidencia caída del 50% de la PIMAX al acostarse (sentada 62 cmH₂O, acostada 31 cmH₂O).

Conclusión: Se diagnostica parálisis diafragmática en contexto de síndrome de pulmón encogido.

022- ESTUDIO OBSERVACIONAL: EVALUACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO MEDIANTE MONITOREO DE LA MECÁNICA RESPIRATORIA CON MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN PACIENTES OBESOS RESPIRANDO ESPONTÁNEAMENTE, SENTADOS Y LUEGO EN DECÚBITO

SOBRINO E¹; SUÁREZ S¹; TELLIAS I¹; MADORNO M²; SIROTI C³; MONTIEL G¹

¹Sanatorio Municipal Julio Mendez, ²Instituto Tecnológico de Buenos Aires, ³Hospital Dr Antonio Cetrángolo

Objetivo: La Organización Mundial de la salud estima que la obesidad afecta a 2.1 billones de personas y que afectará al 25% de la población mundial para el 2025. Dentro de las comorbilidades asociadas a la obesidad destacamos los trastornos de la mecánica respiratoria y sus consecuencias. El objetivo principal del estudio es medir el esfuerzo y el patrón respiratorio de pacientes obesos en posición sentado y decúbito dorsal con el objetivo de comprender la fisiopatología y poder aplicarla al tratamiento y seguimiento de cada paciente.

Método: Se estudiaron 25 pacientes índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² que se encontraban en evaluación para eventual cirugía bariátrica. Se excluyeron pacientes con comorbilidades severas o descompensación de algún tipo. A cada paciente se le realizó evaluación clínica, espirometría y laboratorio.

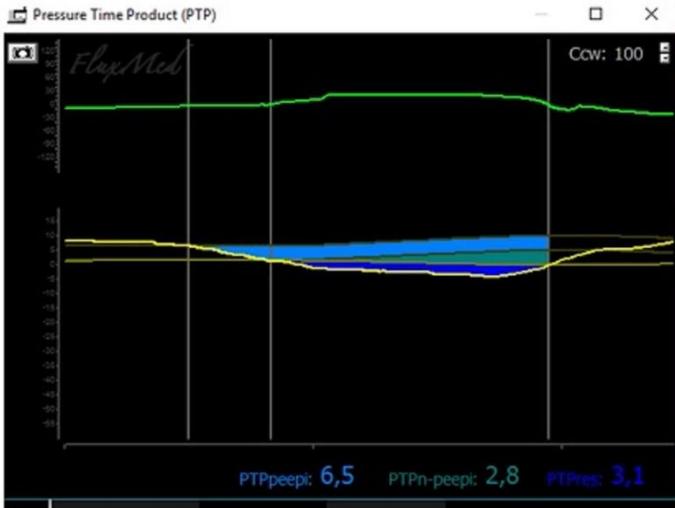
Se realizó monitoreo de la mecánica respiratoria con el paciente en reposo, sentado y luego acostado midiéndose la respiración basal y luego maniobras forzadas. Mediante un neumotacógrafo de presión diferencial bucal se midió presión y flujo en la vía aérea; el volumen corriente (Vt) es calculado por el software mediante la integración de la señal de flujo y se midió la presión esofágica (Pes) mediante la colocación de un balón esofágico.

Resultados: Datos epidemiológicos: 76% mujeres, edad media 49 años (DS 9.62), IMC 51.08 kg/m² (DS 9.59), CVF 78,28% (DS 18.7) , PIMAX 72.56 cmH₂O (DS13.2), PEMAX 73.43 (DS12) , PaO₂ 74.39mmHg (DS 18.99) , PaCO₂ 42,48 mmHg (DS 6.65).

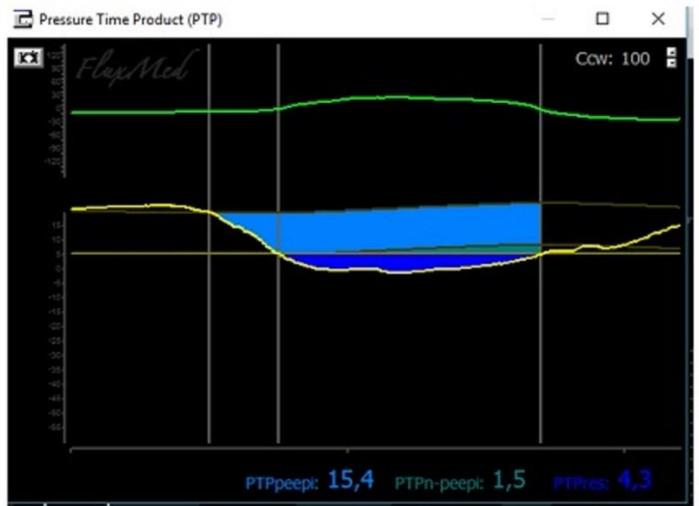
Comparando las mediciones realizadas en posición sentado vs acostado se obtuvieron los siguientes resultados: no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la duración del ciclo respiratorio y sus componentes, Tiempo inspiratorio (Ti) 1.38 seg vs 1.33 seg ($p=0.44$), Tiempo espiratorio (Te) 2.46 seg vs 2.41 seg ($p=0.62$), Tiempo total (TTot) 3.79 seg vs 3.76 seg ($p=0.85$), frecuencia respiratoria (FR) 17.1 rpm vs 17.6 rpm ($p=0.58$) , si hubo diferencia en el volumen corriente inspiratorio (Vti) 642 ml vs 536 ml ($p=0.01$). Las mayores diferencias fueron halladas cuando se analizaron las variables relacionadas con el esfuerzo respiratorio: Pes tele espiratoria 2.61 cmH₂O vs 8 cmH₂O ($p=0.0001$), con un swing de Pes de 10.26 cmH₂O vs 15.03 cmH₂O ($p=0.001$) a expensas de un aumento del componente carga umbral elástica y del componente elástico tóraco pulmonar. El Vti/Pes swing vario significativamente siendo 73.78 mL/cmH₂O vs 43.25 mL/cmH₂O ($p=0.00001$).



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO



Paciente sentado



Paciente acostado

Conclusión: los trastornos en la mecánica respiratoria asociados a la obesidad condicionan una disminución en la eficacia de la ventilación a pesar de un aumento en el esfuerzo respiratorio dado principalmente a expensas del aumento del componente carga umbral elástica y del componente elástico tóraco pulmonar.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

023- EXPOSICIÓN A LA ALTURA EN DEPORTISTAS CON SÍNDROME DE APNEA E HIPOAPNEA DEL SUEÑO

ORTIZ NARETTO A¹; PEREIRO M²; ERNST G³; BORSINI E³

¹Htal. Muñiz, ²Htal. Fiorito, ³Htal. Británico

Los pacientes que sufren apneas del sueño tienen mayor riesgo de presentar desaturaciones. La respiración periódica en la altura puede ocurrir en individuos susceptibles por encima de 2000 msnm. Objetivo: Comparar andinistas con SAHOS no sintomático, previo al ascenso con andinistas sin SAHOS, y las alteraciones ventilatorias del sueño relacionadas con la altura en ambos grupos.

Mat y Mét: Estudio retrospectivo realizado en un ascenso al Cerro Aconcagua, se evaluaron poligrafías respiratorias nocturnas (PR) y estado clínico de los participantes, en las alturas donde pernoctaron. PR: registros tomados con dispositivos portátiles, oximetría con sensor tipo dedal. Los estudios se analizaron al regreso. Def: apnea: flujo nasal que se reduce más de 90%; hipopnea: más del 50% con caída de saturación \geq 3%, al menos 10 seg; IAH: número de apneas+hipopneas sobre tiempo total de registro (TTR); IDO: número de desaturaciones de 3% /TTR; y % del TTR válido. Se registro la menor saturación. La respiración periódica de la altura (RPA) fue identificada en la señal de flujo cuando el patrón típico, se presentó por al menos 2 horas del TTR. El mal agudo de montaña (MAM) se evalúa por escala de Lake Louise. La somnolencia por score de Epworth.

Análisis Estadístico: Los resultados se presentan como: media, error estándar, rango o porcentaje; se utilizó el test de chi cuadrado, Kruskal-Wallis y el test de comparaciones múltiples de Dunn's. se consideró como estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: 8 participantes (4 mujeres), 36 años (25-51). IMC: basal; 23.6 (20.9-28.7), final; 22.77 (20.9-27.7) $p < 0.01$. Se realizaron 47 poligrafías, 43 con registro válido y se usaron 40 en el análisis. En el total de los participantes el IAH aumentó con la altura a expensas de apneas centrales e hipopneas; $p < 0.05$. sin incremento de apneas obstructivas. IDO aumentó en las últimas dos cotas de altura $p < 0.05$ y $T < 80\%$ presentó correlación: $r: 0.85$ (IC:0.71–0.93) $p < 0.01$, con la altura alcanzada. A 746 msnm (basal), 2 andinistas presentaron SAHOS leve no sintomático, (SAHOS) vs los que no lo presentaron (normal). En el normal la menor saturación medida en la PR en función de la altura, responde a $Y = -0.0052x + 96.731$ $r^2 = 0.77$ y en SAHOS $Y = -0.056x + 84.288$ $r^2 = 0.77$ $p < 0.01$. Para el IAH en normal $Y = -0.0029x - 4.081$ $r^2 = 0.51$ y SAHOS $Y = 0.0169x - 9.193$ $r^2 = 0.44$ $p < 0.01$. Los SAHOS no hicieron cumbre. Usaron corticoides por MAM > 5 . En el normal 3 participantes tomaron acetazolamida y uno corticoides pero no mostraron diferencias en saturación o IAH con los participantes del mismo grupo. En los participantes que presentaron RPA se observaron diferencias significativas en el valor del duty cycle entre los grupos sin correlación con la altura $p < 0.01$

Conclusión: la presencia de SAHOS no sintomático con saturación baja previo a la exposición a la hipoxia hipobárica predispone a menores saturaciones que en el grupo normal y mayor deterioro clínico. La evaluación previa a la exposición a la altura podría permitir terapéutica que prevenga el MAM.

024- PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UN CONSULTORIO DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL SUEÑO CON DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE SAHOS

ROJAS MENDIOLA R¹; FACCIOLI G¹; SMURRA M¹

¹Hospital E. Tornú

Objetivos. Realizar una descripción de la clínica, comorbilidades y medidas antropométricas en pacientes que consultaron por primera vez entre el 1° de junio de 2012 y el 31 de mayo de 2016. Evaluar los factores que se asocian a la presencia de SAHOS moderado a severo

Material y métodos. Se revisaron datos de todos los pacientes derivados al consultorio de patología respiratoria del sueño en el período de estudio. Previo a la primera consulta, los pacientes realizan un cuestionario autoadministrado y durante la misma se registran comorbilidades, tabaquismo y medidas antropométricas. Sobre un total de 467 pacientes que consultaron por primera vez en el período de estudio, se excluyeron a los que no concurren o no realizaron estudios de sueño. Los 366 pacientes que quedaron incluidos se clasificaron en 4 grupos: IPR <5, IPR 5 – 14.9, IPR 15 – 29.9 e IPR > 30

Resultados. El 47.5% de los pacientes presentaron formas severas de SAHOS, 21,9% moderados, 22,1% leves y 8.5% sin trastornos respiratorios durante el sueño. La distribución en cuanto al sexo fue homogénea, excepto en los severos, que predominaron los hombres. La edad media entre grupos fue similar. El índice de masa corporal tuvo una tendencia ascendente estadísticamente significativa según la severidad del síndrome. La circunferencia de cuello correlaciona con la severidad de forma también significativa. Los mejores puntos de corte en circunferencia de cuello fueron en mujeres >37 cm (S:71.1% y E:53.6%) y en hombres >43 cm (S:72.2% y E:63%). El Epworth también presentó diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a comorbilidades se encontraron diferencias solamente con HTA y Diabetes; así como con tabaquismo. El ítem de ronquido reflejó correlación con SAHOS, pero fundamentalmente en el grado severo, tanto en la presencia, como en frecuencia e intensidad. Agrupando los pacientes sin trastorno respiratorio del sueño con los pacientes con SAHOS leve y, en un segundo grupo aquellos con SAHOS moderado y severo, la diferencia alcanzó mayor significación. La presencia de ahogos nocturnos o haber despertado por el propio ronquido también mostró significación, con un 45.2% de pacientes sin patología respiratoria del sueño que respondieron afirmativamente a esta pregunta, mientras que los pacientes con SAHOS tuvieron más del 70% de respuestas positivas. La descripción de terceros sobre la presencia de apneas o respiración dificultosa durante el sueño mostró una buena correlación con la severidad del SAHOS cuando se respondía nunca, frecuente o muy frecuentemente. Sobre la percepción de somnolencia diurna se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos principalmente entre los extremos de las opciones, es decir la ausencia de la misma y aquella que ocurre muy frecuentemente

Conclusiones. En nuestra población, los factores que predicen de forma más significativa la presencia de SAHOS moderado a severo son: el sexo masculino, el IMC ≥ 35 Kg/m², la presencia de HTA, apneas presenciadas todas o casi todas las noches y una frecuencia de ronquido mayor a 3 noches por semana

025- CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, UN DESAFÍO EN SALUD PÚBLICA

CASTILLO S¹; ALANIZ M¹; SCAFATI M¹; ROJAS R¹; BLANCO K¹; BESADA C¹; FACCIOLI G¹

¹Hospital tornú

Introducción: desde hace muchos siglos se conoce como la tuberculosis (Tb) afecta el estado de salud de un individuo, sin embargo la medición estandarizada sistematizada de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es algo mucho más reciente. Siendo la Tb una de las principales causas de mortalidad infecciosa a nivel global y con una alta incidencia en nuestro medio es imperioso reconocer su impacto en la salud de una población y poder medirlo de manera objetiva y sistemática.

Objetivo: evaluar el impacto de la tuberculosis sobre la calidad de vida de los enfermos y comparar los resultados obtenidos con casos control.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, controlado, entre los meses abril y mayo 2017 en el que se incluyeron 19 casos con Tb pulmonar, siendo éstos pacientes ambulatorios entre 18 y 70 años con diagnóstico confirmado de Tb pulmonar cursando los primeros dos meses de tratamiento, en seguimiento por consultorios externos de fisiología del Htal Tornú. Se excluyeron pacientes con patología cardio respiratoria previa, TB extrapulmonar y aquellos con efectos adversos a la medicación y re tratamiento. Para los controles se incluyeron 18 personas entre 18 y 70 años que concurrieron al Hospital como acompañantes o visitas, sin patología cardio respiratoria previa. Se realizó una encuesta, anónima sobre datos socio demográficos y se midió la calidad de vida con dos instrumentos distintos, el SF-36 y el WHOQOL ambos en formato de cuestionario impreso auto administrado. Los resultados fueron analizados con el Epi info 7.

Resultados: Se encontró que los pacientes con TB pulmonar presentan una CV baja comparada con el grupo control. Las dimensiones más afectadas fueron función física, limitación de roles, la vitalidad y la percepción de salud especialmente comparado con el año previo.

Conclusiones: La OMS en 1995, definió la CVRS como "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones."

El estudio de la calidad de vida de un individuo debe ser hecho con un enfoque multidisciplinario. La multitud de elementos y la complejidad de su medida hacen que los instrumentos de medida de la CVRS sean complejos.

Las enfermedades crónicas pueden afectar radicalmente la vida de quienes las padecen alterando no solamente la salud física sino el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con otros aspectos significativos del entorno.

La CVRS es, junto a la supervivencia del paciente, uno de los dos objetivos básicos de la actuación médica.

026- ABDOMEN AGUDO POR TUBERCULOSIS: REPORTE DE UN CASO

CARRIZO M¹; MARTIN MIGUEL G¹; MARTINEZ V¹; ALMERARES E¹; RIOJA CAMPOS A¹; CAMBERO V¹

¹Hospital Magdalena V Martinez. Pacheco

INTRODUCCION: Se presenta el caso de un paciente inmunocompetente con abdomen agudo quirúrgico como manifestación de tuberculosis (TBC) extrapulmonar. La TBC extrapulmonar representa del 15% al 20% de todas formas de TBC siendo mayor en pacientes inmuodeficientes. En Argentina las formas más frecuentes de TBC extrapulmonar son la pleural, ganglionar y en menor medida genitourinaria, osteoarticular y gastrointestinal.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 18 años sin antecedentes patológicos, procedente del conurbano bonaerense. Comienza con cuadro clínico caracterizado por astenia, sudoración nocturna, pérdida de peso, dolor abdominal, vómitos y diarrea con empeoramiento progresivo. Presenta múltiples consultas en guardia en las cuales recibe tratamiento sintomático. Finalmente presenta dolor agudo en fosa iliaca derecha, intensidad 8/10, distensión abdominal, fiebre y vómitos incoercibles por lo que ingresa a quirófano con diagnóstico de suboclusión intestinal. En la cirugía se encuentra formación tumoral en intestino grueso, se reseca segmento intestinal con colostomía, se envía material para anatomía patológica y se da de alta. En el postoperatorio tardío intercorre con peritonitis fecal, reingresa, se realiza toilette quirúrgica hallandose lesiones peritoneales induradas. Se toman biopsias.

Anatomía patológica:

Epiplón y pared abdominal: Reacción gigantocelular. Abundantes granulomas no necrotizantes. Células de tipo Langhans. Ziehl Neelsen negativo.

Peritoneo y pared intestinal: Reacción gigantocelular granulomatosa con necrosis y células de tipo Langhans. Ziehl Neelsen negativo.

En base a los datos epidemiológicos (6 casos en misma manzana) y al cuadro clínico se realiza diagnóstico presuntivo de TBC peritoneal y se inicia tratamiento empírico con isoniazida(H), rifampicina(R), pirazinamida(Z) y etambutol(E). Se realizaron dos meses de tratamiento con HRZE y actualmente el paciente se encuentra en la fase consolidativa del tratamiento con HR con mejoría clínica.

DISCUSION: En Argentina en 2015 el total de casos notificados fue 10557.

Mortalidad:1,6/100.000hab.La incidencia varía notablemente entre diferentes regiones del país. Para 2015 había metas relacionadas con los objetivos mundiales del milenio: Reducir la incidencia de TBC; reducir la prevalencia y la mortalidad por TBC un 50% respecto a 1990. Se observa un descenso en la incidencia en la última década pero con un ligero incremento en la mortalidad. A pesar de los logros, la enfermedad continúa siendo un problema importante de la Salud pública en America latina. Está favorecida por las migraciones y el hacinamiento. Hay nuevos objetivos establecidos para el 2030: reducción del 90% de las muertes por TBC y reducción del 80% en incidencia comparando con el 2015.

CONCLUSION: Dada la elevada prevalencia de la TBC en nuestro medio es importante tenerla en cuenta como diagnóstico posible. La obtención de la muestra para cultivos y prueba de sensibilidad no debe retrasar el inicio del tratamiento. ¿Estamos dispuestos a cumplir con los objetivos para 2030?

027- ALTO FLUJO TERMOHUMIDIFICADO A TRAVÉS DE CÁNULA NASAL. BENEFICIOS EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA.

SIROTI C¹; HUNTTER W¹; STORNI M¹; CANO L¹; MONTIEL G²

¹Hospital Dr Antonio Cetrángolo, ²Sanatorio Municipal Dr Julio Mendez

Introducción La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética autosómica recesiva, con afección sistémica, caracterizada por la disfunción de las glándulas exócrinas debido a la ausencia o defecto del canal transmembrana regulador de la FQ (CFTR), que causa un aumento en la viscosidad de las secreciones y alteración de la depuración mucociliar. Las consecuencias a nivel pulmonar son: la obstrucción de la vía aérea, la infección bacteriana crónica y una respuesta inflamatoria excesiva con daño pulmonar irreversible. Presenta aumento de la morbimortalidad secundario a compromiso respiratorio. La presencia de hipoxemia e hipercapnia como manifestaciones del daño pulmonar crónico hacen necesario la aplicación de oxigenoterapia y ventilación no invasiva. La terapia de alto flujo termohumidificado por medio de cánula nasal (AFTHCN) permite una mejor depuración de secreciones al fluidificar el moco, una FIO₂ estable, disminución de la PaCO₂ y del esfuerzo muscular inspiratorio.

Caso clínico Paciente masculino de 19 años con antecedentes de FQ, colonizado con *Pseudomonas aeruginosa* y SAMS. Ingres a UTI, por presentar hemoptisis e insuficiencia respiratoria (EAB pH 7,44, PCO₂ 42 mmHg, PO₂ 49 mmHg, HCO₃⁻ 28 mmol/L, EB 4,1 Saturación O₂ (SaO₂) 86,1 % con máscara con reservorio, afebril, taquipnéico frecuencia respiratoria (FR) 40 respiraciones por minuto (rpm), uso de músculos accesorios, frecuencia cardíaca (FC) 110 latidos por minuto (lpm), tensión arterial (TA) 100/60 mmHg, imágenes de tórax compatible con bronquiectasias bilaterales. Se interpreta como exacerbación de la enfermedad de base y se inicia tratamiento antibiótico en forma empírica según antecedentes de colonización. Debido a la hemoptisis se suspenden los mucolíticos y solución hipertónica. Los niveles de PCO₂ llegaron a 52 mmHg y se inicia terapia de AFTHCN con flujo de 45 lpm y FIO₂ de 35% obteniéndose luego de seis horas de uso EAB PH 7,39, PCO₂ 46 mmHg, PO₂ 104 mmHg, HCO₃⁻ 27,8 mmol/L, EB 2,4 y SaO₂ 97,8 %. Parámetros clínicos de FR 28 rpm, FC 110 lpm, TA 118/60 mmHg, sin uso de musculatura accesoria y con expectoración hemoptoica fluida y una disminución del esfuerzo tusígeno para eliminar secreciones.

Debido la mejoría observada en el paciente se continua con esta terapia en sala general y luego en su domicilio.

Discusión: Uno de los pilares en el tratamiento de pacientes con FQ consiste en la depuración de las secreciones bronquiales. La terapia de AFTHCN permite mejorar la eliminación de secreciones, disminuye la PCO₂ por lavado del espacio muerto anatómico, reduce el esfuerzo respiratorio y mantiene una FIO₂ estable. Todos estos beneficios fueron conseguidos en nuestro paciente lo cual motivo que continuara con esta terapia en sala general y posteriormente en su domicilio.

Conclusión: El AFTHCN es un tratamiento adicional útil en el paciente con FQ logrando mejoría en la calidad de las secreciones, en la oxigenación y ventilación a corto y largo plazo sin presentar complicaciones en su uso.

028- SINDROME CORONARIO AGUDO, PENDIENTE DE UN HILO... METÁLICO.

DEL MORAL O¹; CÁNEVA J¹; OSSÉS J¹; FAVALORO R¹; BERTOLOTTI A¹; PARRILLA G¹; AHUMADA J¹; VIRHUEZ Y¹; RANERO F¹; TOLEDO E¹; RODRIGUEZ T¹

¹Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El dolor torácico agudo es uno de los motivos más frecuentes de consulta en servicios de emergencia. Las causas más relevantes son los síndromes coronarios agudos (SCA). A pesar de una evaluación clínica y de laboratorio apropiados, sólo un 15 a 25% resultan tener SCA atribuido a cardiopatía isquémica y un 2% son dados de alta con un SCA en evolución. Sin embargo, existen muchas otras etiologías dentro de los diagnósticos diferenciales, algunas de ellas igualmente graves.

Caso clínico: Mujer de 38 años portadora de fibrosis quística, trasplantada bipulmonar a los 36 años. Espirometría normal. Evolucionó con HTA secundaria a tacrolimus. Consulta al servicio de Emergencias por dolor centrotorácico, punzante, que exacerba con la inspiración profunda, sin repercusión clínica. Analítica, radiografía de tórax y ECG normales. Se le otorgan pautas de alarma y egreso Hospitalario. Consulta nuevamente a las 72 horas por persistir con dolor con escasa respuesta a AINES, que empeora con cambios de posición agregándose disnea en CF II asociado a palpitaciones. TC de tórax: leve derrame pleural izquierdo y descarta compromiso agudo parenquimatoso y de partes blandas. ECG: con RS, T negativas de V1 a V5, con ST-T isonivelado. Troponina I ultrasensible 598pg/ml con elevación a 657. Se decide la realización de cinecoronariografía (CCG) e internación con diagnóstico de IAM SEST. La CCG evidenció DA con lesión severa distal, por lo que se realizó angioplastia con implante de stent liberador de zotarolimus. Dado que persiste con dolor precordial se plantea como diagnóstico diferencial pleuropericarditis. Se amplía interrogatorio dirigido y refiere congestión más odinofagia de una semana de evolución y contacto con persona con cuadro gripal. Al examen físico presenta frote pleural y frémito en precordio. Se realiza nuevo ecocardiograma que evidencia derrame pericárdico (DPC) mínimo. VSG 105 mm y PCR 7,58 mg/dl. Se inicia tratamiento con deltisona 10 mg/día e ibuprofeno 400 mg/12 horas. Se re-evalúa TC de tórax: huellas quirúrgicas de estereotomía con uno de los hilos metálicos que atraviesa el pericardio y finaliza en contacto con la grasa epicárdica, y otro en situación caudal contactando la hoja parietal. Se asocia a moderado DPC (30-35 UH) y CCG visualizándose la punta de alambre casi en contacto con stent en DA distal. Se realiza extracción quirúrgica de alambres de incisión clamshell y se envió punta de alambre a cultivo (negativo). Posteriormente, VSG 95mm y PCR 18,5mg/l. Resultados de panel viral: Echovirus, Coxsackie, Adenovirus, Influenza A y B, Parainfluenza y VRS negativos. Evolucionó favorablemente, afebril, sin presentar nuevos episodios de dolor torácico. Posterior al alta asintomática para angina y disnea con normalización VSG y PCR.

Conclusión: En nuestra experiencia no es frecuente que la ruptura del alambre de cerclaje esternal provoque SCA y es apropiado considerarlo como diagnóstico diferencial en centros de cirugía cardiovascular central o de trasplante intratorácico.

029- TUMOR NEUROENDOCRINO INVASOR DEL TIMO

CEJAS C

HOSPITAL DE CLINICAS UBA

INTRODUCCION: Los tumores neuroendócrinos del timo (NET) son muy infrecuentes, se estiman 2 al 5 % de las neoplasias tímicas y la incidencia es 0,02 por 100.000 habitantes por año. Edad media para hombres de 54 a. y una relación hombres - mujeres de 3/1. Pueden asociarse a enfermedades hereditarias como el MEN1 entre el 3 y 8 %. Generalmente no están asociados a miastenia y tienen un pronóstico similar al carcinoma tímico con la característica de dar metástasis ganglionares regionales por lo que la supervivencia es baja siendo del 30 % a los 5 años.

Dado lo inusual del tipo de tumor es que mostramos un paciente que fue operado por esta patología.

CASO CLINICO: Un paciente de 54 años es derivado por hallazgo en estudio de ecocardiografía de una masa mediastinal preaórtica de gran tamaño. Se realizaron luego tomografías y resonancia magnética las que determinaron una gran masa homogénea con probable invasión del pericardio que presentaba escaso líquido. Los estudios para detectar miastenia fueron negativos. Fue operado por esternotomía completa encontrando una gran tumor que infiltraba el pericardio realizándose pericardiectomía anterior completa sin afectar los nervios frénicos. La resección fue R0 y el paciente evolucionó sin complicaciones. La patología informó un tumor de 12x9 cm. con invasión pericárdica y la variante histológica fue: "Carcinoma neuroendócrino grado 2" con los marcadores positivos para ese tipo de tejido. El paciente recibió radioterapia tridimensional como adjuvancia y permanece sin signos de recaída a los 12 meses de operado.

DISCUSION: Son tumores infrecuentes como está descrito en la literatura y en nuestro caso fue un hallazgo por un estudio cardiológico. El tamaño tumoral fue de 12 cm. y tenía una invasión completa del pericardio lo que representan signos de mal pronóstico. Por esta razón es que se indicó la radioterapia como tratamiento adjuvante.

CONCLUSIONES: El carcinoma neuroendócrino del timo es un tumor muy infrecuente, se lo compara en su agresividad al carcinoma tímico con una supervivencia del 30 % a los 5 años.

030- TIMECTOMIA UNIORTAL POR TIMOMA CON MIASTENIA GRAVIS

CEJAS C¹; DAMONTE A¹; PINA L¹

¹HOSPITAL DE CLINICAS UBA

INTRODUCCION: La timectomia está claramente indicada en pacientes donde se detecta un timoma que origina miastenia gravis. Las vía de abordaje habitualmente utilizadas fueron las diferentes variantes de esternotomías. Con el desarrollo de las técnicas videotoracoscópicas esto se fue modificando y hoy son de elección en timomas no invasivos y no mayores a 6 cm. La técnica "Uniportal" es una variante técnica donde la cirugía se realiza utilizando una minitoracotomía de 4 cm. Se aplica a la timectomia con grandes ventajas, buena exposición y rápida recuperación por el mínimo dolor. Presentamos un caso clínico que fue operado en nuestro Hospital de Clínicas.

CASO CLINICO: Paciente de 38 años, se detecta cuadro clínico compatible con miastenia que se certificó con electromiograma y ACRA mayor de 3,5. Por empeoramiento de su cuadro fue derivado a nuestro Hospital donde se detectó masa de 4 cm. en mediastinos anterior y superior compatible con timoma. Fue tratado con inmunoglobulinas con buena respuesta. Asintomático y con parámetros respiratorios óptimos se decidió la extirpación del timoma. Fue operado por abordaje uniportal en posición decúbito parcial izquierdo, por una minitoracotomía de 4 cm. a nivel del 4° espacio. Se realizó timectomía ampliada a la grasa mediastinal circundante. Fue extubado en quirófano y permaneció en cuidados intensivos por 24 hs. A las 48 hs. le fue retirado el drenaje y se otorgó el alta por cirugía. La patología informó una pieza operatoria de 7x5, 5x2 cm. y un tumor de 4x2,8x2 cm. La variante fue TIMOMA COMBINADO B2/B3.

DISCUSION: Por muchos años la única vía de abordaje para los timomas independiente del tamaño fueron las variantes de esternotomías. La videotoracoscopia multipuerto comenzó a utilizarse con buenos resultados, pero en los últimos años el abordaje "uniportal" evidenció algunos beneficios adicionales como la exposición en la disección del tronco innominado y a nivel de los cuernos superiores. Esta técnica fue desarrollada por el Dr. Gonzalez Rivas y está en amplia expansión por todo el mundo. El Dr. Ching-Yang de Taiwan publicó recientemente 40 resecciones por esta vía sin conversiones ni complicaciones. No está indicada en grandes tumores y en sospecha de invasión regional. En nuestro paciente la evolución postoperatoria inmediata fue muy favorable, con estancia breve en terapia intensiva y alta en poco tiempo debido al escaso dolor padecido.

CONCLUSIONES: Presentamos un paciente con miastenia gravis debido a timoma, una vez estable en los síntomas fue operado utilizando una variante técnica llamada "uniportal" con buenos resultados, aconsejamos la utilización de la misma en casos similares.

031- CRIOBIOPSIA PULMONAR, NUESTRA EXPERIENCIA.

LAS HERAS M¹; CASTRO ASCURRA R¹; CASTRO M¹; LOPEZ J¹; SVETLIZA G¹; RODRIGUEZ GIMENEZ J¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción. La biopsia quirúrgica a cielo abierto ha sido estudiada con resultados que marcan un cambio notable en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares. Se encontró que es de mayor utilidad en las enfermedades intersticiales, pero el impacto de este procedimiento y sus complicaciones, han limitado su uso. El advenimiento de nuevas técnicas endoscópicas, como la biopsia transbronquial, fue acotado al tratamiento de un grupo de enfermedades específicas debido principalmente a las características de las muestras obtenidas. En los últimos años, con el desarrollo de la criobiopsia, la indicación de biopsia pulmonar por vía endoscópica se ha transformado en una indicación frecuente que tiene baja tasa de complicaciones y un marcado rédito diagnóstico.

Objetivos. Conocer características y resultados en los pacientes sometidos a criobiopsia pulmonar entre enero 2016 y marzo 2017 en el Hospital Italiano de Buenos Aires, aportando elementos representativos que permitirían en un futuro establecer una tasa de seguridad y complicaciones para esta incipiente técnica diagnóstica.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas de pacientes sometidos a biopsia por criosonda entre enero del 2016 y marzo del 2017. Se analizaron las características clínicas y tomográficas de los pacientes, y las complicaciones del procedimiento.

Resultados. Durante el periodo bajo estudio se realizaron 80 procedimientos; 44 fueron realizados en hombres y 36 en mujeres; la edad promedio fue de 64.4 años (64.3 para el sexo femenino y 64.4 años, para el masculino) En 59 casos (73,8%) el procedimiento fue realizado en forma combinada, es decir, broncoscopia rígida seguida de criobiopsia con fibrobroncoscopia. En el resto de los pacientes (26.2%) se realizó solo con broncoscopia flexible, tendencia que fue creciendo a medida que los operadores lograron mayor experiencia y seguridad. El promedio de muestras tomada por paciente fue de 4.6 y en 54 pacientes (65%) se realizó lavado broncoalveolar. En 64 casos (80%) se obtuvo un diagnóstico certero de la patología, lo que motivó la intervención. La patología más frecuentemente detectada fue el cáncer primario de pulmón, en el 39% de los casos, seguido por patología intersticial 29%, infección 9%, neumonía organizada criptogénica 7.8%. Los síntomas más frecuentes que presentaron los pacientes fueron disnea 48%, tos 47%, pérdida de peso 22.5% y síntomas extra pulmonares 16.2%. El 42.5 % mostró lesiones combinadas en la tomografía de tórax, siendo la más frecuente vidrio esmerilado 36.2%, nódulos múltiples 32.5%, consolidación 31.2% y engrosamiento septal 16.25% La duración promedio del procedimiento fue de 43 minutos, siendo la complicación más frecuente el sangrado tipo I (aquel que cede con maniobras endoscópicas) en el 55% de los pacientes, seguido de sangrado Tipo II (requerimiento de balón de oclusión) en el 23% de los pacientes, neumotórax 6.25%, hipoxemia y arritmia en un 5%. **Discusión:** La criobiopsia pulmonar es una técnica que aporta información relevante sobre diferentes patologías respiratorias y permite de esta manera realizar tratamientos específicos para evitar complicaciones de terapéuticas innecesarias. En un grupo específico de pacientes, evita la necesidad de biopsia quirúrgica pulmonar, que fuera anteriormente el método elegido. En la serie estudiada, la complicación más frecuente fue el sangrado menor sin consecuencias para los pacientes, pero se requiere de futuros estudios para anclar la seguridad y tasa de complicaciones del procedimiento.

Conclusión: La criobiopsia pulmonar es una técnica de reciente uso, con notables resultados y beneficios para los pacientes, que posee una alta tasa de diagnóstico etiológico y permite conocer la evolución de la enfermedad evitando tratamientos innecesarios.

032- METÁSTASIS ENDOBRONQUIALES DE TUMORES SÓLIDOS EXTRAPULMONARES: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CASOS ENTRE 2008-2016.

LAS HERAS M¹; CASTRO M¹; CASTRO ASCURRA R¹; DIETRICH A¹; SMITH D¹; SVETLIZA G¹; RODRIGUEZ GIMENEZ J¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Las metástasis endobronquiales de tumores sólidos extrapulmonares son infrecuentes, siendo los más habituales aquellos causados por carcinomas de mama, renal y colorrectal. Debido a su baja incidencia así como a la diversidad de los casos llevados por cada institución, el rango de incidencia varía entre 1 y 28%.

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo investigar las características clínicas, radiológicas y broncoscópicas de pacientes con metástasis endobronquiales de tumores sólidos extrapulmonares.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas de pacientes con metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares entre enero de 2008 y diciembre de 2016. Se analizaron sus características clínicas, tomográficas y endoscópicas. Se evaluó la sobrevida, la recurrencia (periodo de tiempo entre la primer broncoscopia intervencionista y la segunda), y el periodo de latencia (tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de la lesión endoluminal). Los procesos neoplásicos linfoproliferativos fueron excluidos del análisis ya que no son metástasis sino que invaden localmente desde el mediastino.

Resultados: Durante el periodo bajo estudio se relevaron 20 casos; el 60% hombres, la edad promedio de 62 años con un rango de 35-82 años.

Los dos tumores más frecuentes en la serie de casos son el colo-rectal (40%) y el carcinoma renal de células claras (30%); otros menos frecuentes como mama (10%) hepatocarcinoma (5%) esofago (5%) y liposarcoma (5%) se incluyeron como casos aislados.

Los síntomas más frecuentes fueron la tos y disnea (66%) y hemoptisis (33%).

El patrón tomográfico más habitual fue la imagen endobronquial (53.3%) seguido de la atelectasia (47%). La localización más frecuente fue en el bronquio fuente izquierdo (47%) y el bronquio fuente derecho (41%).

El período de latencia promedio fue de 71 meses (rango 1 -178), el 44 % requirió más de una broncoscopia rígida; 4 pacientes requirieron más de dos intervenciones, y solo uno de ellos más de tres por recidiva tumoral. La recurrencia promedio fue de 5 meses con una sobrevida promedio de 12 meses (rango 2-30).

La intervención más frecuente fue la resección endoscópica de la lesión en el 88% de los procedimientos. En el 47% de los casos se realizó terapéutica con láser y electrocauterio en el 12 %, colocación de prótesis bronquiales en 9% de los casos.

Conclusiones: Las metástasis endobronquiales de tumores malignos son infrecuentes y provienen de diversa estirpe. En la serie presentada, la metástasis colorrectal y el carcinoma renal de células claras fueron las causas más frecuentes. En pacientes con tumores sólidos extrapulmonares, la presencia de síntomas respiratorios y alteraciones tomográficas como las descritas en la serie de casos, llevaría a descartar metástasis endoluminales.

033- ¿LA NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD ES DIFERENTE EN PACIENTES SANOS MENORES DE 65 AÑOS? ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS DE LA ORGANIZACIÓN DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (CAPO)

PALMA I¹; VIDELA A²; FERNANDEZ ACQUIER M³; MARZORATTI L⁴; WIEMKEN T⁵; PEYRANI P⁵; FURMANEK S⁵; RAMIREZ J⁵; LUNA C⁶

¹Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr Raul Vaccarezza, ²Hospital Universitario Austral, ³Hospital del Tórax "Dr. Antonio A. Cetrángolo", ⁴Sanatorio 9 de Julio. Tucumán, ⁵University of Louisville School of Medicine, ⁶Hospital de Clínicas "José de San Martín"

Introducción: La mayoría de los pacientes ingresados con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) son mayores de 65 años y / o tienen comorbilidades significativas (> 65C +) que influyen en la gravedad y el resultado. Poco se sabe acerca de las características de los pacientes menores de 65 años sin comorbilidades (<65C-).

Objetivo: Describir las características, etiología y evolución clínica de este grupo comparando con sujetos > 65C +.

Material y Métodos: Se realizó un análisis secundario de la base de datos CAPO que comprende pacientes Hospitalizados con NAC. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: > 65C + (mayores y / o con cualquier comorbilidad: insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular, diabetes, VIH +, hepática, renal o neoplásica) y <65C- (menores de 65 años sin comorbilidades). Se excluyeron los casos de la pandemia H1N1 2009.

Resultados: 5694 casos > 65C+ y 1439 <65C- fueron incluidos (edad mediana: 74 (±19,8) vs. 45 (± 21), hombres 61 vs 55%, p <0,001). El derrame pleural fue la única característica clínica más frecuente en los pacientes <65C- en los grupos PSI I/II (10 vs. 18%, p <0,001). Al ingreso, los pacientes > 65C+ presentaban menor saturación de O₂ (93 frente a 95%, p <0,001), mayor frecuencia de PaO₂ / FIO₂ <300 (68 vs. 48%, p <0,001) y de alteración del estado mental (16 vs. 4%, p <0,001). *Legionella* y *S. aureus* fueron más frecuentes entre > 65C + (p <0,001 para ambas comparaciones). Los patógenos atípicos fueron más comunes en los <65C- (p <0,001). No hubo diferencias en la frecuencia de *S. pneumoniae*. La mortalidad fue menor en pacientes <65C- (9 vs. 2%, p <0,001). Entre los <65C- que murieron, el 64% presentaba PSI I y II al ingreso. Los pacientes <65C- alcanzaron la estabilidad clínica en menos días (mediana 5 vs 4 días, p <0,001) y tuvieron una estadía Hospitalaria más corta (mediana de 8 vs 6 días, p <0,001). (ver tabla1)

Conclusión: Hubo diferencias significativas en la etiología y las características clínicas de la NAC entre los grupos. Los pacientes del grupo <65C- presentaron un curso clínico más corto con menor mortalidad. La presencia de pacientes con PSI de bajo riesgo que fueron Hospitalizados y murieron durante la admisión indican una limitación potencial de la puntuación de riesgo.

Tabla 1. Resultados clínicos en grupos PSI de bajo riesgo

Variables	>65C+	< 65C-	p valor
	(n, %)	(n, %)	
Internaciones con PSI I al ingreso	251 (4)	742 (51)	< 0.001
Internaciones con PSI II al ingreso	937 (16)	509 (35)	< 0.001
Internaciones en cuidados intensivos con PSI I	28 (5)	55 (41)	< 0.001
Internaciones en cuidados intensivos con PSI II	81 (14)	49 (36)	< 0.001
Muerte durante la internación con PSI I al ingreso	7 (1)	10 (33)	< 0.001
Muerte durante la internación con PSI II al ingreso	31 (6)	11 (36)	< 0.001

034- TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN ARGENTINA EN EL PERÍODO 1980-2015.

ARMANDO G¹; KRUGER A¹; BOSSIO J¹; FERNÁNDEZ H¹

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: La neumonía es la principal causa de muerte por enfermedades respiratorias, responsable de una de cada tres defunciones por el grupo de 20 a 74 años de edad.

Objetivos: Analizar la tendencia de las muertes por neumonía en el periodo 1980-2015 en la República Argentina.

Materiales y métodos: Se realizó estudio de series temporales de las muertes por neumonía de 20 a 74 años en el periodo 1980-2015. Los datos de mortalidad (códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades: 480-487 para la 9na y J12-J18 de la 10ma revisión) se obtuvieron de Dirección de Estadísticas e Información en Salud y las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Se calcularon tasas ajustadas por 100.000 habitantes por edad y sexo.

Se analizó la tendencia mediante un modelo lineal, se identificaron puntos de quiebres y se calculó la variación anual promedio para cada período analizado, con su intervalo de confianza del 95%. Esto se realizó para ambos sexos y por edad productiva (varones de 20 a 64 años y mujeres de 20 a 59) y en adultos mayores (varones de 65 a 74 años y mujeres de 60 a 74).

Se utilizaron los softwares Excel 2010, Jointpoint 4.3.1.0.

Resultados: La tendencia de la mortalidad por Neumonía de 20 a 74 años tuvo dos períodos: 1980-1992 y 1992-2015 ($p=0,0002$).

Entre 1980 y 1992 la tasa de mortalidad ajustada registró un descenso no significativo ($p=0,233$): la tasa varió -1,1% (-3,1; 0,9). A partir de 1992 y hasta 2015, aumentó 4,5% (4,0; 5,0). Esta tendencia contrasta con la registrada por la mortalidad total, que tuvo un descenso durante el período 1980-2015 (p

Cuando se analizó la tendencia por sexo se observó que en mujeres la tasa de mortalidad por neumonía disminuyó -1,9% (-3,9; 0,2) en 1980-1992 y aumentó 5,2% (4,7; 5,7) a partir de 1992 y hasta 2015 (p

La tendencia al aumento a partir de la década de los noventa se observó tanto en los adultos mayores como en la población en edad productiva. En los adultos en edad productiva, la tasa de mortalidad por neumonía disminuyó -1,8% (0,1; -3,7) entre 1980-1992 pero, a partir de 1992 y hasta 2015 aumentó 4,4% (3,7; 5,1). En los adultos mayores la tasa disminuyó hasta 1992, aunque no fue significativa ($p=0,58$).

Entre los 20 y los 44 años, la tendencia de la tasa de mortalidad se incrementó 3,3% (2,0; 4,6) entre 1992 y 2015. En los adultos en edad productiva de 45 años y más, la tasa aumentó 4,8% (4,2; 5,4) desde 1992 hasta 2015.

CONCLUSIÓN: Las defunciones por neumonía continúan en aumento desde el año 1992, dicho incremento se observó para ambos sexos, y afecta tanto a adultos mayores como a jóvenes y adultos en edad productiva. Esto, pone de manifiesto la necesidad de profundizar el análisis de las causas asociadas a este incremento continuo que se ha registrado en los últimos 23 años.

035- ¿EL SCORE FACED PUEDE PREDECIR EXACERBACIONES EN BRONQUIECTASIAS?

YUSTI G¹; GONZALEZ A¹; GALPERIN M¹; CECCATO A¹; PALMA I²; ARUJ P³; SOLIS M⁴; CAMBURSANO H⁵; CHOQUE C⁵; IZAGUIRRE M⁶; MOYANO V⁷; CHIRINO A⁸

¹Hospital A Posadas, ²Instituto Vaccarezza, ³Instituto Lanari, ⁴Sanatorio Guemes, ⁵Hospital Rawson de Cordoba, ⁶-
⁷Hospital Italiano de Cordoba, ⁸Respira Salud-Mendoza

INTRODUCCION: Las bronquiectasias son un trastorno respiratorio crónico que se caracteriza por tos recurrente, producción de esputo e infecciones respiratorias consideradas como exacerbaciones. El diagnóstico de las mismas es tomográfico. El score FACED permite predecir mortalidad pero no fue validado para predecir exacerbaciones.

OBJETIVOS: Evaluar la utilidad diagnostica del score FACED para predecir pacientes con exacerbaciones frecuentes en una cohorte multicentrica.

MATERIAL Y METODOS: Análisis de una cohorte de pacientes con bronquiectasias sin fibrosis quística, Se analizaron variables clínicas, funcionales, imagenológicas y bacteriológicas. Se calculó el score FACED y una variable compuesta definida como dos o más exacerbaciones ambulatorias o al menos una exacerbación que requirió ingreso Hospitalario.

RESULTADOS: Se incluyeron 195 pacientes. La media de edad fue de 52 años (DE±19) y 118 pacientes eran mujeres (60%). La etiología más común fue la causa post-infecciosa en 45%, EPOC en 4%, artritis reumatoidea en 1.5%, e hipogammaglobulinemia en 2% y desconocida en 22%. Los gérmenes aislados en orden de frecuencia fueron *H influenzae* 12%, *P aeruginosa* 12%, neumococo 6%. En relación a las variables del FACED se observó: compromiso tomo gráfico de < 2 lóbulos en 41% y disnea mMRC III-IV en el 16%, edad > 70 años en el 17.5%, valor de FEV1 < 50% en el 31%, colonización por *P aeruginosa* 12%. La media de exacerbaciones en el último año fue de 1.5 (DE ±1.35).

El número de pacientes con exacerbaciones frecuentes (>dos exacerbaciones ambulatorias o 1 que requirió ingreso Hospitalario) fue de 84 (59%). Se calculó el FACED score obteniendo una media de 1.8 puntos (DE± 1.7)

Cuando se evaluó a través de curvas características operativa del receptor (COR) para predecir la variable compuesta de exacerbaciones se obtuvo un área bajo la curva (0,73 95% IC 0,6; 0,8), con una sensibilidad de 70% y una especificidad de 67% (Fig 1)

CONCLUSION: Estos son los primeros resultados de una base de datos multicentrica a nivel nacional de esta patología, hemos encontrado un mayor número de casos atribuibles de causa post-infecciosa a lo reportado en la literatura internacional. El FACED score ha mostrado utilidad en predecir exacerbaciones.

036- NEUMONIA BACTERIEMICA POR NEUMOCOCO EN PACIENTES CON VIH

GUZMAN C¹; FIELLI M²; IDOYAGA P¹; GOMEZ BURGOS J¹; ALVAREZ P¹; RIOS JIMENEZ R¹; GONZALEZ A¹; FERNANDEZ A¹

¹Hospital A. Posadas, ²Hospital A. Posadas

INTRODUCCION: las infecciones pulmonares en pacientes con VIH son causa de morbimortalidad. La terapia antirretroviral (TARV) disminuye las infecciones oportunistas, sin embargo la neumonía bacteriana permanece prevalente. Existen controversias con respecto a la severidad y evolución de los pacientes con VIH con neumonía bacteriémica por neumococo

OBJETIVO: comparar las características clínicas, radiológicas, parámetros de laboratorio y evolución de las neumonías con bacteriemia por neumococo en pacientes VIH positivos y no VIH

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con criterios clínicos y radiológicos de neumonía y con aislamiento de *Streptococcus Pneumoniae* en al menos un hemocultivo, entre Enero 2012 y Mayo 2017. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, parámetros clínicos, compromiso radiológico, parámetros de laboratorio y mortalidad.

RESULTADOS: Se incluyeron 117 pacientes, 90 casos no VIH y 27 VIH +. La edad promedio fue mayor en el grupo no VIH (57.6 ± 16.8 vs 41.6 ± 12.4 , $p=0.001$), así como también el tiempo de internación (días: 15.4 ± 23.4 vs 8.81 ± 6.1 , $p=0.04$), el valor del hematocrito ($36.3\% \pm 6.6$ vs $32.5\% \pm 5.2$, $p=0.004$) y el recuento de leucocitos ($21.900\text{mm}^3 \pm 12725$ vs $12619\text{mm}^3 \pm 9700$, $p=0.026$)

La distribución de pacientes según CURB-65, categorizado > 2 fue: 30 en el grupo no VIH y 1 en grupo VIH + ($p=0.004$)

La mediana del valor de CD4 fue de $124/\text{mm}^3$ (± 307).

No se observaron diferencias en las siguientes variables en los grupos no VIH/VIH +: internación en UTI 28/7, necesidad de ARM 20/4 o vasopresores 25/4, confusión al ingreso 24/5, compromiso radiológico de 2 o más lóbulos 35/15 y la presencia de comorbilidades. La mortalidad fue de 31/9. En los parámetros de laboratorio no hubo diferencias en los valores de Urea 0.7 (± 0.4)/ 0.5 (± 0.3), creatinina 1.6 (± 1.2)/ 1.5 (± 1.4)- PAFI 280 (± 104)/ 269 (± 111).

CONCLUSION: Los pacientes VIH positivos de nuestra serie eran más jóvenes y con menor severidad (por valor de CURB-65), con menos días de internación. La mortalidad fue la misma en ambos grupos. La presentación clínica, radiológica y evolución clínica no parece estar relacionada con los valores de CD4.

037- CRIOBIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

CASTRO AZCURRA R¹; CASTRO H¹; SEEHAUS A¹; DALURZO M¹; PRECERUTTI J¹; SVETLIZA G¹; LAS HERAS M¹; MARITANO FURCADA J¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El diagnóstico histológico es necesario en algunos pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa. La criobiopsia transbronquial tiene un uso en aumento debido a que provee una muestra de mayor tamaño que la biopsia transbronquial por pinza y por menor tasa de complicaciones que la biopsia quirúrgica. Este estudio busca describir el perfil clínico, radiológico, el rédito diagnóstico y tasa de complicaciones de este método. A su vez intenta describir la utilidad del método en el contexto de un equipo multidisciplinario.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo por muestreo consecutivo de pacientes sometidos a biopsia por criosonda entre abril del 2016 y abril del 2017. Los estudios fueron realizados por broncoscopistas certificados. Se revisó la histología, características clínicas, imágenes, diagnóstico final y complicaciones del estudio.

Resultados: Se realizaron 23 criobiopsias a pacientes con enfermedad intersticial. Hubieron 56,52% (n=13) de hombres, y la edad media fue de 66,5 años (SD 9,21). La FVC media fue de 75,52% (SD 19,18) y de DLCO fue 53,16% (SD 14,36). La duración media del procedimiento fue de 47,13 minutos (SD 11,62). Un 82,61% (n=19) presentaron sangrado durante el procedimiento, de los cuales un 52,17% (n=12) cedieron con la endoscopia (sangrado Tipo 2) y 30,43% (n=7) cedieron sin requerimiento de maniobras endoscópicas (sangrado Tipo 1). Un 8,7% (n=2) presentaron neumotórax, que requirió la colocación de tubo de drenaje en ambos casos durante un tiempo medio de 3,5 días (SD 2,12). El promedio de muestras tomada por paciente fue de 5 (SD=1,44) con tamaño máximo medio de 0,64 cm (SD 0,44) y todas contenían parénquima pulmonar. La mediana de tiempo de Hospitalización fue de 2 días (RI 1-4). El diagnóstico histopatológico fue específico en un 43,48% (n=10) de los casos.

Los diagnósticos en estos casos fueron: NSIP fibrótica (n=4), Neumonía organizativa fibrótica (n=4), neumonía por hipersensibilidad crónica (N=1) y Neumonía lipoidea (n=1). Se llegó a un diagnóstico de alta confianza a través de ateneo multidisciplinario en 60,87% (n=14) de los casos habiendo un cambio entre el diagnóstico previo y posterior a la criobiopsia en un 34,78% (n=8) de los casos. El agregado de la biopsia tuvo un efecto positivo sobre la confianza en el diagnóstico previo en 64,29% (n=9) de los casos. Se evaluó la asociación entre el tamaño de biopsia, número de biopsias y número de lóbulos biopsiados con el diagnóstico específico y el aumento de la confianza en el diagnóstico inicial sin observarse una asociación estadísticamente significativa.

Discusión: La criobiopsia pulmonar es una técnica que aporta información relevante en este grupo de pacientes aportando datos para el diagnóstico y seguimiento posterior, evitando la necesidad de biopsia quirúrgica pulmonar en muchos pacientes. En la serie estudiada, la complicación más frecuente fue el sangrado, pero se requiere de futuros estudios para aclarar la seguridad y tasa de complicaciones del procedimiento.

038- EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

TABAJ G¹; ENGHELMAYER J²; ALCHAPAR R³; GONZALEZ GINESTET C¹; HOFER D⁴; SALVADO A⁵; CURRO M⁶; BUSTAMANTE L⁷; QUADRELLI S⁸

¹Hospital Cetrángolo, ²Hospital de Clínicas, ³Medicina Respiratoria, ⁴Santa Fe, ⁵Hospital Británico, ⁶Hospital San Juan de Dios de La Plata, ⁷Esquel, ⁸Fundación Sanatorio Güemes

Objetivos: Evaluar el curso de la enfermedad y perfil de eventos adversos de un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) tratados con pirfenidona durante 12 meses.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo abierto Fase IV multicéntrico en donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de FPI y una capacidad vital forzada (CVF) $\geq 45\%$ del valor predictivo. Ningún paciente había recibido previamente tratamiento con pirfenidona o nintedanib. La variable de estudio primaria fue el porcentaje de pacientes sin progresión de la enfermedad, definido como descenso de la CVF $\geq 10\%$ a los 12 meses o muerte. La evaluación de seguridad incluyó el registro de eventos adversos y resultados de laboratorio. En este análisis preliminar hemos evaluado los datos obtenidos luego de 6 y 12 meses de tratamiento con pirfenidona.

Resultados: Cincuenta y un pacientes fueron incluidos, de los cuales el 76.47% eran varones. La media de edad fue 70.8 ± 7.39 años, la media de CVF fue 2.3 ± 0.6 litros y 65.2 ± 10.2 expresada en porcentaje del valor predictivo. Luego de 6 meses, 39 pacientes (76.4%) continuaban en tratamiento con pirfenidona, 10 (13.2%) suspendieron el fármaco (6 debido a eventos adversos, 3 fallecieron y uno retiró consentimiento) y 2 (3.9%) no han completado aún los 6 meses de tratamiento. A los 12 meses, del total de los 51 pacientes enrolados, 23 (45.1%) continuaban en tratamiento con pirfenidona, 15 (29.4%) discontinuaron (8 por eventos adversos, 4 fallecieron, 2 retiraron consentimiento y 1 por decisión medica) y 13 no han finalizado aún los 12 meses de seguimiento. Luego de 12 meses, 10 pacientes (19.6%) presentaron progresión de la enfermedad, 25 (49.1%) desarrolló al menos 1 evento adverso (EA), con un total de 69 EA reportados (media 2.8 EA por paciente). Los EA más frecuentes fueron gastrointestinales (42%).

Conclusiones: El 19.6% de los pacientes presentó progresión de la enfermedad y si bien casi el 50% experimentó eventos adversos, en sólo en el 15.7% de los casos fue necesaria la suspensión definitiva de la pirfenidona.

039- INFECCIÓN INSOSPECHADA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL

TABAJ G¹; ROLDÁN R¹; ROSSI S¹; MORCILLO N¹; MALAMUD P¹; BERGNA M¹; GIUGNO E¹

¹Hospital Cetrángolo

Introducción: se calcula que la tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo de Koch, siendo la tuberculosis (TBC) la segunda causa principal de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo después del VIH. En la Argentina, aproximadamente 4 de cada 100 personas que consultan por síntomas respiratorios tiene TBC y en el año 2012 se notificaron 10244 casos nuevos y 703 muertes. Se ha sugerido una mayor susceptibilidad de los pacientes con enfermedades difusas del parénquima pulmonar (EPD) para desarrollar TBC ya sea por el daño estructural o por el uso de inmunosupresores.

Objetivo: presentación de una serie de 5 casos de pacientes con EPD con diagnóstico insospechado de TBC.

Materiales y Métodos: se analizaron retrospectivamente los datos recolectados de la base de datos de pacientes evaluados en el Consultorio especializado en EPD del Hospital del Tórax A. Cetrángolo desde el 1 de junio de 2016 al 1 de junio de 2017 y se seleccionaron aquellos en los cuales se obtuvo el desarrollo de *m. tuberculosis* en una muestra respiratoria solicitada de manera rutinaria sin ningún grado de sospecha de la enfermedad.

Resultados: De los 169 pacientes cargados, 5 presentaron diagnóstico insospechado de TBC. Los datos de los pacientes se presentan en la tabla. Cuatro de los 5 pacientes eran mujeres y la edad promedio era de 63.2 años. Dos presentaban patente de tipo neumonía intersticial usual (NIU): uno por artritis reumatoidea (AR) y el otro fibrosis pulmonar idiopática (FPI); dos pacientes presentaban una patente de neumonía intersticial no específica (NINE): uno por esclerosis sistémica progresiva y el otro por una enfermedad intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF). Un paciente presentaba una patente de posible NIU vinculada a asbestosis. De los 5 pacientes, dos no habían recibido tratamiento inmunosupresor previo. En todos los casos, el lavado broncoalveolar (LBA) fue solicitado para estudio de la EPD.

Conclusiones: En nuestro medio, la TBC es un diagnóstico que se debe tener siempre presente, aún en aquellos casos en donde hay ausencia de las manifestaciones clínicas o radiológicas típicas. En los pacientes que van a recibir tratamiento inmunosupresor es fundamental aumentar el índice de sospecha y tratar de descartar la infección antes de iniciar el esquema terapéutico.

Pacientes	Sexo y edad	EPD de base	Tratamiento inmunosupresor	Tiempo de evolución de la EPD (meses)	Método de diagnóstico de la TBC
N.B.	Femenino 68	Esclerodermia NINE	Si, con metotrexate	3	LBA
M.L.C.	Femenino 70	NIU en contexto de AR	Si. Con meprednisona y micofenolato 2 gramos diarios	58	Espuito
H.P.	Femenino 63	NINE – IPAF	Si, con meprednisona	3	LBA
M.F.	Femenino 66	Asbestosis - posible NIU	No	8	LBA
F.C.	Masculino 49	FPI combinado con Enfisema	No	5	LBA

040- EVALUACIÓN LONGITUDINAL DE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, EN LA POBLACIÓN ADULTA EXPUESTA A CENIZA VOLCÁNICA DE 2 CIUDADES DE LA PATAGONIA.

ZABERT I¹; BENITEZ S²; MARILUAN F¹; ZABERT G¹

¹Universidad Nacional del Comahue, ²SANATORIO SAN CARLOS

INTRODUCCION: Aproximadamente el 9% de la población mundial se encuentra en riesgo de padecer los efectos de erupciones volcánicas, causa impacto sanitario en la población expuesta al material emitido. La exposición a ceniza volcánica tiene como órgano diana el sistema respiratorio, ocasionando incremento síntomas respiratorios irritativos o exacerbación de enfermedades crónicas. La erupción del Volcán Calbuco, Chile (Latitud: 41°19'58"S, Longitud: 72°36'40"O) ingreso en erupción el 22 de abril del 2015; la emanación del material piroclástico afecto la zona Noroeste de la Patagonia Argentina. Llevamos adelante un estudio de precepción de síntomas en población expuesta a su ceniza.

OBJETIVO: Evaluación en 12 meses de la prevalencia de síntomas respiratorios y percepción de riesgo de enfermedad respiratoria en dos poblaciones con diferente grado de exposición a ceniza volcánica.

METODOS: Estudio de corte transversal que se evaluaron en tres etapas a la población expuesta a ceniza volcánica a lo largo de 12 meses desde el momento de la erupción del volcán Calbuco (30 abril 2015). Se tomaron 3 muestras durante 12 meses. siendo independiente una de la otra. consignando 3 grupos de análisis: a. 0 meses (0M. a 5 días de la erupción, mayor exposición). b. 6 meses (6M. a 6 meses de la erupción). c. 12 meses (12M. a 12 meses de la erupción). Se realizaron encuestas telefónicas a números fijo. aleatorizado y sin repetición; por medio de la tecnología de IVR (Interactive Voice Response). Esta tecnología consideró como caso completo aquellas encuestas que fueron respondidas al 100%; aquellas encuestas no finalizadas. o interrupción de la llamada durante el proceso de encuesta no fueron consignadas para el análisis. Población: Se tomaron muestras de 400 sujetos en las ciudades de Neuquén y San Carlos de Bariloche; estas ciudades fueron seleccionadas debido a la diferencia del grado afectación por la ceniza volcánica. Criterios Inclusión: sujetos adultos de mayores a 18 años. Considerado caso completo. Criterio de Exclusión: sujetos menores a 18 años y casos incompletos. Variables: Las variables de síntomas respiratorios fueron consignadas según cuestionario core ISAAC (fase III) para la muestra PM; debido a que para el día mundial del Asma el Ministerio de Salud de la Nación realizo estudio de prevalencia de asma en población adulta de Argentina. se utilizó el cuestionario este cuestionario para las muestras 6M y 12M (cuestionario core ECRHS II). La variable primaria fue síntomas de sibilancias o silbidos en el pecho en los últimos 12 meses. Debido a que se halla en ambos cuestionarios y considerándola como representativa de síntomas respiratorio. Además. se midió con otras variables síntomas respiratorios. Eculares y percepción de riesgo de salud respiratoria. En esta última se utilizó encuesta previamente validada. Estadística: El cálculo muestral de la medición de PE se realizó acorde a la variable primaria considerando estudio similar previo realizado posterior a la erupción del volcán Puyehue. con una significancia de 0.05 y poder de 20%. En cada muestra posterior (6M y 12M) fue ajustándose el tamaño muestral acorde a los cálculos realizados con la muestra anterior. Las variables categóricas fueron representadas en porcentaje. Las continuas se informan acorde a su distribución. La comparación de variables se utilizó el test X2 para las variables categóricas de muestras independientes. Se utilizó la regresión logística ajustada para evaluar asociación.

RESULTADOS: Se realizaron 8005 llamados telefónicos. 2520 casos completos (31.1%) en total de las 3 muestras. Se observó una alta prevalencia de género femenino (60-68%) en la población encuestada; hallando diferencias significativas en cobertura social y educación a lo largo del tiempo de medición (Tabla 1). La Tabla 2 evalúa los síntomas respiratorios reportados por las poblaciones; la prevalencia de sibilancias en los últimos 12 meses es de 30% en ambas poblaciones, no hallando diferencias estadísticamente significativas. En la medición de 6 meses, se observa un mayor reporte de síntomas respiratorios post-erupción en la población de Bariloche vs. Neuquén (35% y 26%, respectivamente), no hallando esta diferencia en las mediciones previas y posteriores. Se reportó que Crisis asmática y Medicación para asma en los últimos 12 meses, inicialmente fue mayor en Neuquén y luego se igualó en ambas ciudades. Durante las 2 primeras etapas de observación, la



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

población de Bariloche reportó mayor contacto a ceniza, suspensión de ceniza en el aire y haberse informado más que los sujetos de Neuquén (Tabla 3).

CONCLUSIONES: Este estudio poblacional, evaluó en diferentes momentos síntomas respiratorios y percepción de salud en 2 ciudades afectadas por la ceniza emitida por el volcán Calbuco; hallando en ambas poblaciones prevalencias elevadas de síntomas respiratorios que disminuyen en el tiempo. La población de Bariloche reportó mayor contacto, suspensión en el aire de ceniza volcánica y medidas preventivas, por lo que podríamos interpretar que el impacto de exposición fue mayor en la ciudad de Bariloche. Podría explicar que la población de Bariloche tuvo mayor precaución ante la exposición, por lo cual no se halló diferencias estadísticamente significativas en los síntomas respiratorios.

041- VENTILACION NO INVASIVA EN SALA COMUN EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCAPNICA

PERRONE V

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI), es un tratamiento eficaz de la insuficiencia respiratoria aguda hipercapnica tipo II (IRA tipo II). En los últimos años, la localización óptima de los pacientes sometidos a VMNI ha sido motivo de debate, por lo cual su éxito debe ser evaluado no solo en cada institución, sino también en el ámbito donde se aplica.

Objetivos: evaluar la **eficacia de la VMNI aplicada en IRA tipo II** en nuestra institución fuera de UTI. Valorar las modificaciones de las variables clínicas y gasométricas, e identificar aquellos grupos con respuesta favorable, así como también reconocer las variables asociadas a fallo.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en el Hospital Privado de Córdoba, desde mayo del 2014 hasta mayo del 2017. Se evaluaron pacientes con **IRA tipo II tratados con VMNI fuera de UTI**. Se definió su eficacia por mejoría en los parámetros clínicos (entre los que se incluyó tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, uso de músculos accesorios y conciencia) y de laboratorio (gasometría arterial), realizando control de dichos parámetros al ingreso, a las dos horas, 6 hs, 24 hs, 48 hs y al egreso. Se consideró **fallo de VMNI el ingreso a UTI**.

Resultados: se incluyeron 49 pacientes, en **74,5% la VMNI fue exitosa**. La mayoría fueron mujeres 67,3 %, tabaquistas y ex tabaquistas 87,8%, con un promedio de 50,03 p/y ($\pm 36,04$), 69,5 años ($\pm 13,9$) y con un IMC 31,09 ($\pm 10,6$). Entre las **causas de IRA tipo II** se presentaron: la **EPOC 61,2%**, seguida por hipoventilación alveolar 14,3%, neumonía 12,2%, enfermedad neuromuscular 6,1%, exacerbación de ACOS 4,1 % y FQ 4,1 %. Las modificaciones obtenidas en los parámetros evaluados, como pH y CO₂ en el grupo VMNI exitosa presentaron mejoría estadísticamente significativa en los controles sucesivos realizados ($p < 0,001$ en ambos). Se evidencio en el grupo VMNI fallido, un menor pH al ingreso y en la segunda hora ($p < 0,048$ y

Conclusiones: La aplicación de la **VMNI fue exitosa en nuestra institución en pacientes con IRHA**. Las variables gasométricas, que demostraron mayor significancia estadística de VMNI exitosa fueron el incremento de pH y la disminución de la PCO₂, mientras que la presencia de un menor pH al ingreso y una disminución mayor a las dos horas se asoció a VMNI fallida. Los pacientes EPOC representaron la etiología más frecuente, con el mayor porcentaje de VMNI exitosa. El mayor fracaso de la VMNI se asoció a patología respiratoria con hipoxemia más severa y fallo de más de un órgano.

042- PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE PRESIÓN POSITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO: ESTUDIO MULTICENTRICO EN ARGENTINA

NOGUEIRA J¹; ANGELLOTTI F²; CARLOS F³; GIOVINI V⁴; MONTIEL G⁵; GUARDIA S⁶; SILIO J⁷; LEIVA S¹; SMURRA M⁸; VISENTINI D⁹; LARRATEGUY L¹⁰; CAZAUX A¹¹; CORONEL M¹²; DE VEGA M¹³; FERNÁNDEZ O¹⁴; FERNÁNDEZ A¹⁵; FRANCHI M¹⁶; GONZÁLEZ F¹⁷; GROSS P¹⁸; LASO C¹⁹; NEVADO A²⁰; MARTÍNEZ-FRAGA A²¹; ROJAS R⁸; SALAZAN SAEZ M²²; VALLONE T²³; VICTORIO C²⁴; BECERRA C²⁵; ZABERT I²⁶; ANCONETANI J²⁷

¹Hospital de Clínicas, CABA, ²Sanatorio Finochietto, CABA, ³Hospital Argerich, CABA, ⁴Clínica Adventista, CABA, ⁵Sanatorio Méndez, CABA, ⁶Hospital Posadas, El Palomar, ⁷Labrosur, Bahía Blanca, ⁸Hospital Tornú, CABA, ⁹Hospital Cetrángolo, Vicente López, ¹⁰Centro Priv. de Med. Respiratoria, Paraná, ¹¹Centro Langer, Córdoba, ¹²Hospital Angel Padilla, Tucumán, ¹³Hospital Santa Clara de Asís, Salta, ¹⁴Centro de Sueño, Rosario, ¹⁵Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, ¹⁶Hospital Austral, Pilar, ¹⁷Centro de Med. Respiratoria, Tucumán, ¹⁸Hospital Ferrer, CABA, ¹⁹Centro Bolívar, ²⁰Hospital Allende, Córdoba, ²¹Hospital Churruca, CABA, ²²Centro Respiratorio, Corrientes, ²³Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, ²⁴Centro de Med. Respiratoria, Concep. del Uruguay, ²⁵Centro de Especialidades Médicas, Neuquén, ²⁶Centro de Enf. del Tórax, Neuquén, ²⁷Gral. Pico

INTRODUCCIÓN: Las guías de diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) de la AAMR, recomiendan el tratamiento con dispositivos de presión positiva (DPP) en pacientes con SAHOS moderado-severo (IAH, Índice de Apneas e Hipopneas >15ev/h) y en cuadros leves si se asocian a somnolencia o comorbilidades. Existen distintas modalidades ventilatorias y máscaras, que deberán ser elegidos en función de las condiciones y preferencias de cada paciente. Dicha selección impacta en la efectividad, en la tolerancia y en el costo de la terapia. El objetivo del presente estudio es determinar cuál es el perfil de pacientes a los que se les indican DPP, las características de la prescripción y la concordancia con los criterios establecidos por las guías.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, multicéntrico (29 centros de Argentina). Adultos con diagnóstico de SAHOS (polisomnografía o poligrafía respiratoria) a los que se les indican DPP. Se recabaron en cada visita: datos antropométricos, clínica, antecedentes, severidad de la enfermedad y tratamiento indicado. Constituye un corte parcial del estudio en curso.

RESULTADOS: Se evaluaron 344 pacientes; 65.9% hombres; de 54.9±13.4 años; IMC 34.9±8.8 kg/m²; el 71.5% eran obesos (IMC>30); IAH 39.2±22.5 ev/h; tiempo con saturación por debajo de 90% (T90) 68.3±93.8'; presión efectiva de CPAP 9.8±2.4 cmH₂O. Tenían obra social el 53.8%, prepaga 28.8 y sin cobertura 17.4%. Los métodos diagnósticos más empleados fueron la Poligrafía Respiratoria y la Auto-titulación, generalmente en domicilio. Padecían SAHOS severo el 57.8%, moderado el 37.8% y leve 4.3%. La media de Escala de Somnolencia de Epworth fue 11.9±5.6; 61.3% tenían somnolencia mod-severa y 8.7% no refería somnolencia. De los pacientes con SAHOS leve 13/15 tenían somnolencia o comorbilidades. El 61.6% padecía hipertensión arterial, constituyendo la comorbilidad más frecuente y diabetes la segunda (27.6%). Al 68.6% se les indicó CPAP, al 25.3% AutoCPAP y al 4.6% BiPAP. La máscara nasal fue indicada en el 77.9% de los casos, buconasal en 18.6% y almohadillas en 12 pacientes. Comparados con aquellos a los que se le indicó CPAP, los sujetos con indicación de BiPAP presentaban mayor IMC (34.7±8 vs 43.3±18; <0.001); IAH (38.1±20 vs 46.4±36; <0.001); T90 (38.1±20 vs 166.9±154; <0.001) y presión titulada (9.4±2 vs 16.6±5; <0.005) y a los que se les indicó AutoCPAP tuvieron un IAH mayor (38.1±20 vs 46.4±36; <0.05).

CONCLUSIONES Casi totalidad de los pacientes cumplían con los criterios de tratamiento con DPP sugeridos por las Guías de la AAMR. La población era mayoritariamente sintomática, con sobrepeso y comorbilidades e IAH muy elevado. La mitad de los pacientes fueron evaluados con tecnología portátil en domicilio. Los equipos de CPAP y las máscaras nasales constituyeron la principal indicación. A un tercio de los pacientes se le indicó una modalidad ventilatoria auto-ajutable o binivelada, en función de una mayor severidad o el requerimiento de presiones terapéuticas más elevadas.

043- PREVALENCIA DE SAHOS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

BORSINI E¹; SCHIAVONE M¹; SCHARAPPE M¹; BLANCO M¹; BOSIO M¹; MERALDI A¹; DI TULLIO F¹; ROBAINA G¹; MANUALE O¹; SALVADO A¹

¹Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) afecta \approx 20% de la población. Se detecta la causa subyacente en \approx 15%, siendo el síndrome de apneas del sueño (SAHOS) un factor modificable. Con el objetivo de identificar SAHOS en una consulta especializada de HTA (CHTA) evaluamos mediante poligrafía respiratoria (PR) aquellos con ronquido, somnolencia o factores de riesgo por cuestionarios.

Método: Estudio prospectivo, de cohorte transversal en un único centro. Durante 2016 evaluamos pacientes $>$ 18 años, con diagnóstico de HTA derivados por ronquido frecuente ($>$ 3 noches a la semana) y con $>$ 5 puntos en el cuestionario STOP-BANG y/o $>$ 10 puntos en la escala de somnolencia de Epworth (ESS) mediante poligrafía respiratoria no vigilada y auto-administrada interpretada a distancia en la Unidad de Sueño. Mediciones basales de VOP se realizaron mediante sistema neumático con medición de 4 minutos en los miembros superiores. Se clasificaron como normales o aumentadas según percentilo 90 ajustado a sexo, edad, peso y altura.

Resultados: Incluimos 168 pacientes, 64.8% hombres, con riesgo alto según el cuestionario de Berlín (90%), índice de masa corporal (IMC); 34.7 ± 6.79 , poco sintomáticos por somnolencia (Epworth: 8.01 puntos en varones y 8.92 en mujeres) $p = 0.69$.

Los motivos principales para la PR fueron; ronquido (94.04%), edad $>$ 50 años (68.3%) y cansancio diurno (34.52%). La combinación STOP se identificó en 22 pacientes (13.1%), BANG, en 11 (6.55%) y la combinación completa (STOP y BANG) en 2 pacientes (1.19%).

La PR mostró un perfil obstructivo con IAH global: 18.03 ± 15.7 , IDO: 18.6 ± 15.2 y tiempo de saturación $<$ 90% (%): 20.8 ± 24.3 . Hallamos predominancia de síndromes leves (40.5%), aunque el 44% tuvo un IAH $>$ 15 eventos por hora y se recomendó CPAP a 69 pacientes (41.07%).

El componente nocturno del monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) fue el más alterado; 34.4% para TA sistólica y 14% diastólica en comparación al componente diurno (18%) y la proporción de hipertensos no controlados fue 60.8% (IAH $>$ 15/eventos \approx 62%). No encontramos relación estadística entre el IAH y el control de la TA por MAPA ($p = 0.61$)

La rigidez arterial aumentada mediante velocidad de onda de pulso (VOP) elevada demostró mayor proporción en IAH $>$ 15/hora (55% vs. 49%) $p = 0.050$ y la relación espesor íntima/media (EIM) no tuvo correlación con el IAH $>$ 15 ó $<$ 15/eventos por hora; EIM derecho: 0.83 ± 1.3 vs. 0.78 ± 0.13 mm ($p = 0.41$) y 0.82 ± 0.16 vs. 0.78 ± 0.19 mm ($p = 0.40$). Sin embargo, la presencia de placas carotídeas alcanzó significación estadística ($p = 0.046$). Hallamos un incremento escalonado en el riesgo de eventos cardiovasculares pronosticado por la calculadora ACC/AHA; 8.7% con IAH $<$ 5/hora y 30.3% en SAHOS severo.

Conclusiones: En hipertensos evaluados mediante cuestionarios y PR hallamos elevada prevalencia de SAHOS en asociación con enfermedad carotídea, VOP elevada en vigilia e incremento del riesgo de eventos cardiovasculares a diez años.

044- ¿QUÉ GRADO DE MEJORÍA SUBJETIVA PERCIBEN LOS PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO QUE SON TRATADOS CON DISPOSITIVOS DE PRESIÓN POSITIVA? ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN DISTINTAS CIUDADES DE LATINOAMÉRICA

NOGUEIRA J¹; LEIVA S¹; BITTENCOURT L²; BAZURTO M³; CARRILLO ALDUENDA J⁴; VALENCIA FLORES M⁵; REY DE CASTRO J⁶; PÉREZ CHADA D⁷; SERRA MAGGI L⁸; POYARES D²; SALGADO P¹

¹Hospital de Clínicas, CABA, ²Instituto do Sono, Sao Paulo, Brazil, ³Fund. Neumológica Colombiana, Bogotá, Colombia, ⁴INER, Ciudad de México, ⁵INCMN, Ciudad de México, ⁶Clínica Anglo Americana, Lima, Perú, ⁷Hospital Austral, Pilar, ⁸Clínica Alemana, Santiago, Chile

En pacientes con Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño moderado-severo (SAHOS M-S) el tratamiento de elección es la utilización de dispositivos de presión positiva (DPP). Se ha reportado mejoría de la somnolencia, calidad de vida y funcionalidad utilizando DPP. No se disponen de herramientas estandarizadas para evaluar la percepción de mejoría subjetiva de los propios pacientes. El objetivo del estudio es evaluar el grado de mejoría subjetiva percibida por los pacientes con SAHOS luego de un año de tratamiento con CPAP.

Materiales y métodos: Estudio de corte, descriptivo, correlacional, multicéntrico y multinacional, 9 centros participantes de 6 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú). Se reclutaron adultos con diagnóstico de SAHOS M-S efectuado mediante polisomnografía o poligrafía (IAH - Índice de Apneas e Hipopneas ≥ 15 ev/h) entre 12 y 18 meses previos. De los registros de cada centro se recabaron datos antropométricos, cobertura y severidad del SAHOS. Personal entrenado realizó una encuesta telefónica estandarizada, indagando sobre acceso a la terapia, adherencia al CPAP, cobertura del equipamiento y grado de mejoría percibida (0=nada, 1=poca, 2=moderada o 3=mucha) en seis esferas: estado general, ronquido, somnolencia, calidad del sueño, rendimiento intelectual y estado de ánimo. Con la sumatoria de estos parámetros se construyó un score de percepción de mejoría y se evaluó la correlación con las demás variables analizadas. Para evaluar la confiabilidad del instrumento se usó Alfa de Cronbach. Para comparar grupos se aplicó test de Student, Chi cuadrado, pruebas de comparación de proporciones con corrección de Bonferroni y se calcularon los IC95%. Correlación de Spearman.

Resultados: Se reclutaron 880 pacientes, 70% hombres, 54 ± 13 años, IAH 49 ± 28 ev/h, IMC 32 ± 7 . Iniciaron tratamiento con DPP 490 pacientes (55.7%) pero 70 (8%) lo suspendieron; 420 (47.7%) continuaban bajo tratamiento al momento de la encuesta. La población de pacientes bajo CPAP presentó mayor edad (55.3 ± 13 vs. 52 ± 13 ; $p=0.002$) e IAH (51.8 ± 27 vs. 45.6 ± 27 ; $p=0.001$). De los pacientes bajo DPP refirió mejoría moderada o mucha el 83.8% en el estado general, el 80% en ronquido, el 79.8% en somnolencia, el 84.8% en calidad del sueño, el 83.3% en rendimiento intelectual y lucidez y el 55.7% en estado de ánimo. El score de mejoría subjetiva se correlacionó significativamente con el uso de CPAP (horas/noche y noches/semana, p

Conclusiones: Alrededor del 80% de los pacientes percibió moderada o mucha mejoría en su estado general, la somnolencia, la calidad del descanso, el rendimiento intelectual y el ronquido. El porcentaje fue menor con respecto a la mejoría del estado de ánimo. El grado de mejoría subjetiva se correlacionó con la intensidad del uso del DPP. El cuestionario tuvo una alta confiabilidad y se espera trabajar sobre el mismo para producir un cuestionario que evalúe la mejoría subjetiva del uso del CPAP.

045- ESTUDIO DE PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LAS ALTERACIONES RESPIRATORIAS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES MAYORES O MENORES A 65 AÑOS

ERNST G¹; BLANCO M¹; DI TULLIO F¹; MERALDI A¹; BOSIO M¹; SALVADO A¹; BORSINI E¹

¹Hospital Británico

Objetivo: Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica. Datos regidos del último censo nacional, han revelado que un 10% de la población es mayor de 65 años. Ha sido previamente descrito que la prevalencia del síndrome de apneas hiponeas obstructivas (SAHOS) aumenta con la edad. Un adecuado diagnóstico y tratamiento de este síndrome podría prevenir comorbilidades como enfermedad cardiovascular, accidentes cerebrovasculares, así como disminución en el riesgo de caídas, etc. Conocer la prevalencia y características del SAHOS en pacientes añosos (>65 años), podría contribuir a mejorar las estrategias de prevención.

Materiales y Métodos: Se analizó un registro de inclusión sistemático de pacientes con diagnóstico presuntivo de SAHOS que requirieron una poligrafía respiratoria (RP) auto-administrada en domicilio entre 2009 y 2016. Se analizó la población agrupada según la edad: <65 ó ≥ 65 años. Los resultados se presentaron como media y desvío estándar o porcentaje. Se utilizaron los test de Mann Whitney y Fisher, considerando estadísticamente significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Se analizó un conjunto de 2607 pacientes derivados para estudios de sueño en el Hospital Británico, de los cuales 624 fueron mayores de 65 años. Se encontró un incremento de la prevalencia de SAHOS en pacientes añosos en comparación con los pacientes <65 años (86.0% vs 79.3%; $p < 0.01$). A pesar de que la proporción de pacientes con SAHOS moderado a severos fue la misma en ambos grupos (49.7% vs 54.2%; $p: 0.2$); los pacientes >65 años fueron significativamente menos p (evaluados por presentar un ESS <11): 22.4% vs 53.3%; $p < 0,05$). Lo que es más, se observó que los pacientes >65 años presentaron un tiempo de saturación <90% mayor que los pacientes <65 años (24.0 ± 28.7 vs 16.2 ± 22.6 ; $p < 0,001$).

Conclusión: La prevalencia del SAHOS en la población general > 65 años oscila entre 20 y 40%. Los hallazgos de este estudio mostraron una prevalencia mayor, aunque la población estudiada está constituida por pacientes de alto riesgo de padecer SAHOS por lo que fueron derivados a PR. En concordancia con resultados previamente publicados, la población anciana resultó poco sintomática. Es de destacar que a pesar de la baja percepción los síntomas, la mitad de los pacientes presentaron SAHOS moderado/severo. El diagnóstico y tratamiento temprano, en este grupo de pacientes, podrían prevenir las comorbilidades asociadas al SAHOS en la población de pacientes anciana.

046- UTILIDAD DE LA OXIMETRÍA PARA RECOMENDAR TRATAMIENTO CON CPAP EN SUJETOS CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

NIGRO C¹; BORSINI E²; DIBUR E¹; NOGUEIRA F³; LARRATEGUY L⁴; GRANDVAL S⁵; VISENTIN D⁶; CAMBURSANO H⁷; CAZAUX A⁷; ELIAS C⁸; DE LA VEGA M⁹; BERROZPE C¹⁰; MAGGI S¹¹

¹Hospital Alemán, Buenos Aires., ²Hospital Británico, Buenos Aires., ³Hospital Clínicas, Buenos Aires., ⁴Centro Medicina Respiratoria, Paraná., Sta. Fe., ⁵Sanatorio San Lucas, San Isidro, Bs As., ⁶Hospital Cetrángolo, Vicente López, Bs As., ⁷Hospital Rawson, Córdoba., ⁸Instituto Médico INSARES, Mendoza., ⁹Salta, ¹⁰FLENI, Buenos Aires., ¹¹CEMIC, Buenos Aires.

Objetivo: Hay poca información sobre si un modelo basado en la historia clínica y la oximetría son útiles para decidir tratamiento con CPAP en pacientes con sospecha de apnea obstructiva del sueño (AOS). El objetivo del estudio fue evaluar el acuerdo interobservador de la decisión de tratamiento con CPAP basado en datos clínicos más oximetría de pulso o polisomnografía.

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico. La base de datos para decidir tratamiento con CPAP estuvo disponible en un sitio web. Previo instructivo, siete observadores expertos accedieron al sitio y decidieron en forma independiente y ciega la indicación de CPAP (seis vieron la historia clínica, los resultados y la curva de la oximetría-SO₂, y uno observó además la polisomnografía-PSG). Oximetría sugestiva de AOS: Patrón en diente de sierra en uno o más sectores + índice de desaturaciones de 3% o más (IDO3) > 5. La indicación de CPAP tanto para la SO₂ como la PSG se basaron en las guías SEPAR. Se realizó estadística kappa y análisis ROC.

Resultados: Siete observadores revisaron 411 casos y tomaron una conducta (CPAP: sí, no, no sabe). La edad, índice de masa corporal, índice de perturbación respiratoria (IPR) y el Epworth medianos de la población fueron: 54 años, 27.8 kg/m², 16.5 y 9 respectivamente. El acuerdo interobservadores (AI) entre los que usaron la oximetría (AISO₂) y entre los observadores que vieron la SO₂ y el observador que usó la PSG (AISO₂-PSG) fue moderado (AISO₂: k 0.56, IC95% 0.52-0.61; AISO₂-PSG: 0.51, IC95% 0.45-0.58). Al excluirse las respuestas "no sabe" en los observadores que vieron la SO₂, el AISO₂-PSG fue bueno (k 0.70, IC95% 0.62-0.79). La sensibilidad, especificidad, razón de probabilidad positiva y negativa de los observadores que vieron la SO₂ fue de 63%, 93%, 18 y 0.4 respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados preliminares indicarían que al menos un 35% de los pacientes que concurren por sospecha de AOS se les podría prescribir un CPAP en base a la historia clínica y la oximetría de manera confiable.

047- MONITOREO DE LA VENTILACIÓN DOMICILIARIA CRÓNICA

BLANCO M¹; DECIMA T¹; ERNST G¹; BLASCO M¹; MERALDI A¹; DI TULLIO F¹; ROBAINA G¹; PASCUA J¹; VILLAGOMEZ R¹; CHERTCOFF J¹; SALVADO A¹; BORSINI E¹

¹Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivo: La ventilación crónica (VDC) requiere de monitoreo de eficacia y cumplimiento. El acceso limitado a estudios complementarios con frecuencia obliga a la internación. El objetivo fue describir características de los pacientes con VDC y factibilidad de los procedimientos en un modelo de Hospital de día.

Métodos: Estudio descriptivo, de cohorte observacional de un único centro universitario. Fueron admitidos pacientes con VNI o ARM entre julio 2014 a diciembre 2016. Se realizaron; espirometría, gases en sangre arterial y descargas de datos de software interno de los ventiladores. El modo y parámetros del ventilador se registraron al ingreso y egreso de la unidad. Se ajustaron los parámetros de ventilación y oxigenoterapia, control del material y educación al paciente y su familia.

Resultados: Durante 30 meses incluimos 94 pacientes; 52 hombres (55%), media de edad 64.4 (\pm 15.9 y percentilo 25-75: 50-74) años, índice de masa corporal (IMC); 28.6 (\pm 8.46) kg/m². Fueron fumadores 55 (58.5%) y tabaquistas actuales 6 (6.4%) y 31 pacientes fueron obesos (IMC > 30).

Los diagnósticos fueron; enfermedad de neurona motora (n= 15; 15.9%), EPOC (n= 22; 23.4%), overlap SAHOS/EPOC (n=10; 10.6%), SAHOS (n=5; 5.3%), disfunción diafragmática (9; 9.5%), restricción por pared torácica (n=1; 1%), hipoventilación alveolar central (n= 1; 1%) y otras (Síndrome de West, Fibrosis Quística, Polineuropatías, Neumonitis Intersticial) n = 28 (29.7%). Recibían VNI 78 casos (84%) y dos ARM por traqueostomía (2.1%). Quince (15) pacientes (16%) fueron admitidos para evaluar indicación de VDC. Los modos utilizados fueron; bilevel S/T: 59 (62.7%), AVAPS; 4 (4.2%), CPAP: 6 (6.4%), servo-ventilación: 1 (1%). Dos pacientes recibían ventilación volumétrica modo A/C. Se utilizaron máscaras nasales: 10 (12.6%), nasobucales; 62 (82.6%), total face; 2 (2.1%) y O₂ suplementario en línea (concentrador de O₂): 23 pacientes (24.4%). El cumplimiento objetivo de VNI fue de 8.1 horas (P25-75: 4.3-9.4). Cuatro pacientes no utilizaban el dispositivo. La media de la EPAP fue de 6.6 cm de H₂O y en la IPAP de 16.3 cm de H₂O. En pacientes individuales los ajustes de parametrización fueron clínicamente significativos (p 0.5).

La gasometría arterial matinal (FIO₂ 0.21%) en pacientes con VNI mostró; pH: 7.38 \pm 0.04, PaO₂: 66.2 \pm 25.4 mmHg, PaCO₂: 43.5 \pm 15.6 mmHg, HCO₃: 25.2 \pm 7.8 mmHg. El funcional respiratorio alterado se correlacionó con mayor hipoxemia e hipercapnia. Permanecían hipercápnicos (PaCO₂ > 45) y con mayor grado de hipoxemia y de reserva alcalina, cuarenta pacientes (42.5%) con VNI. Se cambiaron parámetros en 37 pacientes (46.2%), modo ventilatorio en 2 (2.5%) y se suspendió la VDC en dos (2.5%).

Conclusiones: Verificamos alteraciones gasométricas sugestivas de hipoventilación en un porcentaje significativo de los casos. La evaluación clínica y de datos de los dispositivos determinó cambios frecuentes de los parámetros. La educación y entrenamiento de la familia fue posible integrándolos al equipo de tratamiento.

048- CARACTERIZACIÓN HEMODINÁMICA DE PACIENTES CON HTA Y APNEAS DEL SUEÑO

SCHIAVONE M¹; ERNST G¹; SCHARAPPE M¹; BLANCO M¹; BOSIO M¹; CAMPOS J¹; PASCUA J¹; SALVADO A¹; BLASCO M¹; MANUALE O¹; BORSINI E¹

¹Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivo: La hipertensión arterial (HTA) afecta \approx 20% de la población. Se detecta la causa subyacente en \approx 15%, siendo el síndrome de apneas del sueño (SAHOS) un factor modificable. Con el objetivo de caracterizar patrones hemodinámicos en pacientes con diagnóstico reciente de HTA sin tratamiento farmacológico derivados al Centro de Hipertensión Arterial (CHTA) en relación al SAHOS; evaluamos mediante poligrafía respiratoria (PR) aquellos con ronquido, somnolencia o factores de riesgo por cuestionarios.

Métodos: Estudio de diseño: prospectivo, observacional en pacientes con diagnóstico reciente de HTA sin tratamiento al momento de la evaluación entre 18 y 65 años evaluados mediante protocolo de estratificación basado en guías implementado en el CHTA durante el año 2016 (12 meses).

Los pacientes con ronquido frecuente (> 3 noches a la semana) y con > 5 puntos en el cuestionario STOP-BANG y/o > 11 puntos en la escala de Epworth (ESS) fueron evaluados mediante PR no vigilada y auto-administrada (PR). La tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) se midieron por método automatizado (media de 4 determinaciones). Los patrones hemodinámicos y del fluido total del tórax (FTT) se obtuvieron de forma no invasiva a través de Cardiografía por Impedancia (CGI).

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes. Predominaron hombres de mediana edad y obesos, con riesgo incrementado de SAHOS debido al IMC elevado en hombres y mujeres: 32.5 ± 5.0 vs 34.0 ± 5.2 ; $p = 0.3$, y circunferencia de cuello aumentada: 43.3 ± 2.6 cm vs 38.5 ± 3.5 cm ($p < 0,0001$) respectivamente. Si bien fueron poco sintomáticos por somnolencia, encontramos diferencias en mujeres respecto de los hombres (ESS: 10.0 ± 1.3 vs 6.6 ± 0.8 ; $p < 0.05$).

Los motivos para la PR fueron; ronquido (94.04%), edad > 50 años (68.3%) y cansancio diurno (34.52%). STOP se identificó en 22 pacientes (13.1%), BANG, en 11 (6.55%) y la combinación completa (STOP y BANG) en 2 pacientes (1.19%). Encontramos incremento en valores de glucemia (mg/dl) en los SAHOS respecto de los pacientes con IAH < 5 : 120.1 ± 11.5 vs 91.2 ± 4.4 ; $p < 0.01$.

Se agruparon tres categorías según el IAH: no SAHOS (< 5 ev/hora); 9 pacientes (10.5%), SAHOS leves (5.1-15 ev/hora); 22 pacientes (38%), y Moderados-Severos (> 15 ev/hora); 27 pacientes (46.5%). Se observó incremento progresivo en relación a la severidad del SAHOS en la TAS ($p 0.01$) y TAD media ($p 0.05$) respectivamente; 131/85 vs. 134/86 vs. 138/87 mientras que el patrón normodinámico disminuyó en función del incremento de la severidad; no SAHOS (77.7%), SAHOS leves (36.4%) y Moderados-Severos (22.2%). La proporción de FTT normal se redujo en relación al IAH; no SAHOS (77.7%), SAHOS leves (41%) y Moderados-Severos (26%).

Conclusión: El SAHOS de grado moderado- severo se relacionó con incremento de las cifras tensionales en reposo y al hallazgo de patrones hemodinámicos alterados en la CGI con incremento del fluido total del tórax.

049- MICOBACTERIOSIS POR MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE. CONSIDERACIONES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y BACTERIOLÓGICAS. EXPERIENCIA EN UN CONSULTORIO EXTERNO DE UN DISPENSARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

VIÑA J¹; POGGI S¹; MATTEO M¹; ZUNINO M¹; ALVES L¹; LATINI C¹; NATIELLO M¹; PALMA¹; MARTÍNEZ D¹; ESTEVAN R¹; MEDIN M¹; RESGUARDO A¹; LAGRUTTA L¹; MARTÍN V¹; CAPONE L¹; CASTRO ZORRILLA L¹; GONZÁLEZ MONTANER P¹; INWENTARZ S¹; PALMERO D¹

¹Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Objetivo: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) también llamadas atípicas o ambientales, son de baja prevalencia en nuestro medio especialmente en los pacientes VIH negativo. Han sido descritas más de 150 especies diferentes. Las más frecuentes son el *M. avium* y *M. intracellulare* que forman el *Mycobacterium avium* complex (MAC) y solo pueden diferenciarse por métodos de biología molecular. Se determinarán las características clínicas, radiológicas, epidemiológicas, bacteriológicas y de respuesta al tratamiento de pacientes con enfermedad producida por *M. intracellulare*. Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes VIH negativo, con micobacteriosis por *M. intracellulare*, según los criterios de la ATS, durante el período 2012-2016, que se atendieron en forma ambulatoria en el Instituto Vaccarezza. Se revisaron sus historias clínicas. La identificación microbiológica se realizó a partir de cepas cultivadas en medios de Lowenstein-Jensen y Bactec MGIT 960, con test de inmunocromatografía y análisis de los productos de restricción de amplicones del gen *hsp65* amplificados por PCR (PRA). Se les realizó antibiograma a claritromicina, ciprofloxacina, amicacina, linezolid, moxifloxacina y rifampicina.

Resultados: Se diagnosticaron 2275 tuberculosis en pacientes VIH negativo y 26 micobacteriosis (1,14%) 5/26 (19%) fueron producidas por el *M. intracellulare*. Mediana de edad 57 años, 3/5 sexo femenino. Todos con patología pulmonar crónica preexistentes (4 tuberculosis (TB), todos con bronquiectasias y bronquitis crónica, 1 asma, 3 con insuficiencia respiratoria) 3/5 con antecedente tabáquico. Todos presentaron alguna comorbilidad (diabetes, hepatitis B, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, ambliopía con reducción grave de la agudeza visual). Todos presentaron lesiones radiológicas bilaterales, con cavidades, 4/5 imágenes de secuela de TB. 4/5 presentaron esputos con baciloscopías francamente positivas durante más de 2 años, 2/5 con antibiograma resistente a claritromicina, 4/5 empeoraron durante el tratamiento, 1 estabilizado. Todos realizaron tratamiento durante más de 2 años con 5 o 6 drogas siguiendo el esquema del antibiograma. (claritromicina, etambutol, ciprofloxacina, estreptomina, kanamicina, , amikacina, rifampicina, rifabutina, azitromicina, TMS/SMX, moxifloxacina, clofazimina, ertapenem, amoxi-clavulánico, tigeciclina, , linezolid). 4/5 iniciaron tratamiento antiTB con cuatro drogas al inicio de la micobacteriosis, retrasando el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Conclusiones: La totalidad de los aislamientos fueron pulmonares, todos presentaron lesiones cavidades bilaterales. La mayoría de los pacientes presentaron mala evolución por años, con baciloscopías francamente positivas y llegaron a la consulta por fracaso terapéutico de tratamiento iniciado por TB. La micobacteriosis por *M intracellulare* es de muy difícil resolución y requiere varios años para que el paciente evidencie mejoría y logre su curación, hecho que se corresponde con lo anunciado en la bibliografía internacional.

050- SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, 1980-2016.

FERNANDEZ H¹; BOSSIO J¹; ARIAS S¹; LARA VICTORIA G¹

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr Emilio Coni"

Objetivo: Describir la situación de la Tuberculosis en Argentina, sus características principales, distribución y tendencia en el período 1980-2016.

Material y método: Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados y de las defunciones por TB en Argentina. Los datos de notificación entre se obtuvieron del Sistema Nacional de Vigilancia de TB y la mortalidad, de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Se calcularon tasas específicas por 100.000 habitantes de notificación y mortalidad por edad, sexo, jurisdicción y sub jurisdicción de residencia. Para el cálculo de las tasas se utilizaron las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Las tasas se compararon mediante el rango, percentiles, la razón de tasas y su intervalo de confianza al 95%. La tendencia se evaluó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e de la tasa de notificación de casos nuevos y se expresó como Variación Anual Promedio Porcentual (VAP), el valor central y su intervalo de confianza del 95%. La desigualdad en la distribución de la TB se midió con el índice de Gini.

Resultados: En el año 2016 se notificaron 10640 casos de TB (tasa 24,4) siendo 9723 casos nuevos (tasa 22,3). Los casos nuevos pulmonares fueron 8223 (tasa 18,9), confirmándose bacteriológicamente 5847 (71,5%). La tasa de notificación en varones fue 26,1 y en mujeres 18,7, con una razón de tasas de 1,73 en el grupo de edad mayor de 45 años. Las provincias con tasas por encima de 24,4 fueron CABA, Jujuy, Salta, Formosa, Chaco, Corrientes y Buenos Aires. Un total de 22 sub jurisdicciones están sobre el p95 de las tasas del trienio 2014-2016 con una tasa promedio de 83,8, casi 36,4 veces superior a los departamentos debajo del p5 (promedio 2,3). El índice de Gini por departamentos para dicho trienio fue 0,364 (0,338; 0,391). Las tasas de notificación de casos de TB descendieron desde 1980, con una VAP de -2,7% (-2,5; -3,0). En los últimos 10 años la VAP fue -1,9% (-0,4;-3,4). El total de defunciones en 2015 fue de 721 (tasa 1,67). En el bienio 2014-2015 la tasa de mortalidad fue 1,66; 2,19 veces más alta en varones que en mujeres. 10 jurisdicciones presentaron tasas mayores 1,67, 4 provincias mostraron tasas mayores a 5 (Jujuy, Salta, CABA y Tucumán). Para el quinquenio 2011-2015, un total de 20 subjurisdicciones tuvieron tasa por encima del p95 con una tasa promedio de 6,0 y 22 fueron incluidas debajo del p5 (promedio 0,1). Para dicho quinquenio el índice de Gini en las sub jurisdicciones fue 0,429 (0,372; 0,487). La tendencia de la mortalidad por TB tuvo una VAP de -3,41% (-3,09; -3,73) entre 1980-2015.

Conclusiones: El aumento de casos notificados en 2016, número de muertes en 2015 y la estabilización de la tendencia demuestran la falta de impacto de la intervención sobre los grupos de jóvenes e infectantes. La desigualdad en la notificación y muertes por TB, además de la presencia de tasas altas en jurisdicciones con alta densidad de población configuran un escenario de transmisión sostenida de la enfermedad en la comunidad.

051- TUBERCULOSIS PANSENSIBLE EN PACIENTES VIH/SIDA CON TB-MDR PREVIA

CRUZ V¹; BRUNO B¹; ANA G¹; OMAR A¹; MARIO M²; SUSANA P²; DOMINGO P¹

¹Hospital Muñiz, ²Instituto Vaccarezza

Se considera que en pacientes VIH/Sida, el riesgo de recaída de la TB luego del tratamiento es mayor, especialmente en aquellos con bajo recuento de CD4. Se ha demostrado que la recaída está relacionada con fracaso del tratamiento, emergencia de drogorresistencia durante el mismo o reinfección con una nueva cepa de *Mycobacterium tuberculosis*. Existe abundante bibliografía sobre recurrencia de TB por cepas MDR (multidrogorresistentes) en pacientes previamente sensibles. En esta comunicación planteamos la situación inversa: reinfección por cepas sensibles en pacientes previamente MDR. El objetivo de esta comunicación es mostrar 8 casos de probable reinfección exógena por cepas pansensibles de *M. tuberculosis* diagnosticadas entre 2011 y 2016 en pacientes varones VIH/Sida que tuvieron previamente TB-MDR entre 1999 y 2008. Su edad promedio fue 32 años (25-45); todos usuarios de drogas ilícitas (UDI) y la mayoría (6) con antecedentes de privación de libertad; 5 de ellos con menos de 200 CD4/mL en su episodio inicial de TB-MDR, que fue tratada entre 18 y 36 meses con adherencia irregular en 5 de ellos. Todos fueron considerados curados bacteriológicamente (3 cultivos negativos en el último año de tratamiento). El segundo episodio de TB, con antibiograma pansensible apareció entre 4 y 10 años después; 3 presentaron formas diseminadas incluyendo una meningitis TB; 3 de los pacientes presentaron CD4 < 200/mL, el resto (con buena adherencia al TARV) por encima. El nuevo episodio de TB se trató con esquema estándar de 4 drogas ni bien se obtuvo la prueba de sensibilidad por Bactec MGIT 960 (isoniacida, rifampicina/rifabutina, etambutol, pirazinamida) durante 9 a 12 meses con buena evolución. Todos fueron dados de alta curados bacteriológicamente y con tratamiento antirretroviral.

La controversia reactivación vs. reinfección frente a reiterados episodios de TB es histórica. Las técnicas moleculares pueden resolver el dilema si están disponibles así como las cepas de *M. tuberculosis* de los distintos episodios. Existen varios estudios en el mundo, algunos empleando técnicas moleculares y otros basados únicamente en la epidemiología (como el nuestro) y el tiempo transcurrido hasta la aparición del segundo episodio de TB (es mayor la posibilidad de reinfección luego de 2 años de curado el primer episodio).

Dado el tiempo transcurrido entre ambos episodios de TB (MDR y pansensible) y las características fenotípicas de las cepas (antibiograma), se consideró más probable la reinfección. El VIH/Sida predispone a las reinfecciones exógenas por TB, pudiendo aislarse inclusive 2 cepas distintas en el mismo paciente. Consideramos necesario resaltar y advertir a los colegas el mayor riesgo de episodios reiterados de TB en pacientes VIH/Sida con características como las descritas en esta comunicación y la importancia de las pruebas de sensibilidad a fin de de-escalar el tratamiento. Resaltamos la vulnerabilidad social de estos pacientes (adicciones, prisión) y las probables deficiencias en el control de infecciones institucional que pueden favorecer la reinfección.

052- SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE EN ARGENTINA 1980-2016

BOSSIO J¹; WETTSTEIN M¹; FERNANDEZ H¹; ARIAS S¹

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni. ANLIS Carlos Malbrán. Ministerio de Salud de la Nación

Objetivos: Describir la situación de la Tuberculosis (TB) en menores de 20 años en Argentina, sus características principales, distribución y tendencia.

Materiales y Métodos: Se realizó una descripción epidemiológica de los casos de TB notificados en menores de 20 años registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de TB para el período 1980-2016 y de las defunciones en el período 1980-2015 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Se calcularon las tasas y porcentajes por grupos de edad, sexo, localización, motivo de consulta, jurisdicción y sub jurisdicciones. La tendencia se evaluó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e de la tasa de notificación y se expresó como Variación Anual promedio Porcentual (VAP), con su intervalo de confianza del 95%. El tratamiento se evaluó en relación a los casos con información de resultado del tratamiento.

Resultados: Del total de casos de TB nuevos y recaídas notificados en 2016, el 17,5% (1699 casos) ocurrieron en menores de 20 años, lo que representó una tasa de 11,7 por 100.000 habitantes. Los menores de 15 años representaron 8,3% (807 casos) del total de casos notificados y el grupo 15 a 19 años (992 casos) el 9,2%, con tasas de 7,4 y 25,3 casos por 100.000 respectivamente. El 52,8% fueron varones y 47,2% mujeres. El 10,9% de los casos no tuvieron información sobre el motivo de la consulta, entre los con información el 65,3% (1177 casos) eran sintomático respiratorios y 18,3% (332 casos) estudio de contactos. La forma pulmonar fue la más frecuente (más del 85%) y con una confirmación bacteriológica del 51,7% para todo el grupo y varió de 12,6% en los niños de 5 a 9 años a 73,6% en adolescentes. La más frecuente localización extrapulmonar fue ganglionar en los menores de 10 años (51,3%) y pleural en los de 10 a 19 años (57,1%). Salta presentó la tasa más alta en menores de 15 años (19,1 por 100.000) y fue 57 veces superior a la de San Juan (0,3 por 100.000). En los adolescentes la tasa de CABA (53,2 por 100.000) fue 35 veces superior a la de San Juan (1,52 por 100.000). La tendencia fue al descenso desde 1980 con una VAP de -4,6% (-4,2; -4,9) para los menores de 15 años y -2,4% (-2,1; -2,8) para el grupo de 15 a 19 años. No hay información de evaluación del tratamiento en el 38,8% de los casos en 2015. De los evaluados las tasas fueron: éxito 81,3% (947 casos), abandono 13,2% (154 casos) y 1,4% fallecidos (16 casos). En 2015 se registraron 20 muertes en menores de 20 años, 10 pediátrica y 10 adolescentes, lo que representó una tasa de 0,09 y 0,28 muertes por 100.000 respectivamente. La tendencia en la mortalidad fue al descenso desde 1980 con una VAP de -6,6% (-6,1; -7,6)

Conclusiones: Los casos y muertes de TB en este grupo se concentran en áreas urbanas con alta notificación de casos bacilíferos y en áreas con condiciones sociales desfavorables. Es necesario fortalecer el control de la TB en la población infantil con intervenciones para reducir la inaceptable ocurrencia de casos y de muertes por TB en niños.

053- FALLA VENTILATORIA SECUNDARIA A MIOPATÍA AUTOINMUNE, Y TUBERCULOSIS GANGLIONAR MEDIASTINAL

PADUA J

Centro Médico ABC

Introducción: La miopatía autoinmune inducida por estatinas es un efecto adverso excepcionalmente raro, se estima que ocurre en 2-3 casos por cada 100,000 pacientes tratados con estatinas. Ocasiona debilidad muscular proximal y la biopsia muestra necrosis muscular pudiendo expresar anticuerpos anti 3-Hidroxi-3 glutarilcoenzima A reductasa. Por otro lado la linfadenitis tuberculosa es la forma extrapulmonar más frecuente de la tuberculosis, y la primera causa de la linfadenopatía periférica (43%) en países en vías de desarrollo. El involucro de ganglios mediastinales usualmente ocurre como complicación de tuberculosis primaria ó de reactivación. No existen casos clínicos reportados de falla ventilatoria secundaria a miopatía necrozante autoinmune por uso de estatinas, y la asociación de tuberculosis ganglionar mediastinal.

Cuadro Clínico: Enfermera de 28 años quién niega antecedentes de tabaquismo, consumo de alcohol ó drogas. Esplenectomía a los 7 años por púrpura trombocitopenica idiopática. Uso de simvastatina / Ezetimiba 6 meses previos debido a dislipidemia. Acude por tos seca en accesos, adenomegalias, pérdida ponderal de 13 kgs en 6 meses, debilidad proximal en cintura pelvica y escapular, disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos y por último en reposo, diaforesis, disfagia para sólidos y fiebre 38°C. A la exploración física destaca consunción, Índice de masa corporal 17kg/m², 90/60, frecuencia respiratoria 26xm, Saturación de oxígeno 88% en decúbito supino y baja a 80% en decúbito dorsal. Fuerza muscular en brazos y piernas 3/5. Gasometría arterial PH 7.15, PaCO₂ 95 mmHg, PaO₂ 77 mmHg, HCO₃ 25mE/L, lactato 0.6 mmol/L. AST 123 U (10-50), CPK 1580 (35-235), DHL 335 (101-218), Mioglobina 337 (0-116), FR 10 U, Anti JO-1 < 0.2 (<1.0)

Discusión: éste caso insólito e inédito muestra la presencia de falla ventilatoria debida a necrosis autoinmune de fibras musculares diafragmáticas estimulada por uso de estatinas y consunción desencadenada por una infección micobacteriana. Dicho binomio perverso requirió de uso de drogas antituberculosas, uso de esteroides sistémicos e inmunoglobulina logrando rescatar de la asistencia ventilatoria invasiva y soportando la falla ventilatoria con ventilación no invasiva binivel.

Conclusiones: No existe una vía fisiopatológica única que describa la asociación de miopatía autoinmune y tuberculosis, sin embargo es necesario advertir que los hechos al parecer fueron comenzados por la pérdida de masa muscular condicionada por la infección micobacteriana, a lo cuál se sumó la necrosis miofibrilar muscular condicionada por el uso de estatinas y ello impacto en la adecuada función de la bomba muscular respiratoria llevando al fracaso en la eliminación del dióxido de carbono y finalmente la expresión clínica de falla ventilatoria.

054- RENDIMIENTO DEL ESTUDIO DE CONTACTOS EN NIÑOS CONVIVIENTES CON ADULTOS CON TUBERCULOSIS RESISTENTE, EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL INSTITUTO PROFESOR DR RAÚL VACCAREZZA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

LAGRUTTA L¹; NATIELLO M¹; VESCOVO M¹; VIÑA J¹; ALVES L¹; PALMA I¹; MARTÍNEZ D¹; ESTEVAN R¹; MEDIN M¹; RESGUARDO A¹; MARTÍN V¹; AGÜERO S¹; HUERGO N¹; SOUTO M¹; CAPONE L¹; CASTRO ZORRILLA L¹; GONZÁLEZ MONTANER P¹; INWENTARZ S¹; PALMERO D¹

¹Instituto de tisiopneumología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza

Objetivo: Cuantificar y caracterizar a los pacientes pediátricos convivientes con adultos con tuberculosis resistente atendidos entre el 2014 y el primer semestre de 2017.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional de 297 contactos de 36 familias, con al menos 1 paciente multirresistente bacilíferos atendidos en el periodo 2014 hasta junio de 2017.

Resultados: De los 297 contactos 143 son niños de los cuales 21 (14,7%) presentaron tuberculosis (TBC) activa y se inició tratamiento. El porcentaje de niños tratados por año varió: 13,4% en 2014, 16% en 2015 y 14,8% en 2016 y 2017 respectivamente. Los 21 pacientes representaron un 47,5 niños/año de seguimiento. El tratamiento instaurado fue acorde con el antibiograma de las muestras obtenidas y/o según antibiograma del caso índice en aquellos casos en que el tratamiento se inició empíricamente por diagnóstico radiológico y/o tomográfico. En 3 casos el seguimiento prolongado permitió detectar formas iniciales de TBC.

Conclusiones: Es notable el incremento de la TB MR en los últimos años. Llama la atención además, el aumento en la cantidad de familias y contactos atendidos solo en el primer semestre del 2017. Los tratamientos variaron según cada caso y el seguimiento permitió detectar formas iniciales de la enfermedad. La rentabilidad en el estudio de contactos se debe a una búsqueda activa de los mismos, la cual se ha transformado en una política institucional, y a un incremento de la transmisión reciente, ya que el número total de adultos bacilíferos resistentes también aumentó significativamente. Se demuestra además, que la búsqueda activa y el control periódico de los contactos es la única manera de seleccionar casos de reciente comienzo, para disminuir en forma efectiva el número de bacilíferos y cortar la cadena epidemiológica de la enfermedad.

055- DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES INTERNADAS POR TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

CIALLELLA L¹; CASADO G¹; ARRIGONE J¹; LEVI A¹; ZAPPIA M¹; BASTIDAS E¹; FERNÁNDEZ M¹; PERERO F¹; CASTAGNINO J¹; PALMERO D¹

¹Hospital F. J. Muñiz

Objetivo:

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de la asociación entre tuberculosis (TB) y diarrea por *Clostridium difficile* (DCD) en mujeres internadas en una sala del Hospital de Infecciosas "F.J. Muñiz" en el período 1/1/14 /31/12/16.

Material y Método:

Estudio descriptivo y retrospectivo. Definición de DCD intraHospitalaria: presencia de ≥ 3 deposiciones con heces no formadas en 24 hs o menos, con toxina o antígeno positivo para CD luego de 48hs de internación o dentro de los 60 días del alta Hospitalaria. Datos analizados: edad, nacionalidad, adicciones, comorbilidades, tratamiento antibiótico previo, albuminemia, uso de omeprazol, tratamiento anti TB previo y actual. En la DCD, se evaluó: forma clínica, tratamiento, evolución y tiempo de aparición en relación al tratamiento anti TB.

Resultados:

Pacientes internadas: 449 mujeres. Se diagnosticó DCD en 21 enfermas (incidencia acumulada: 4.6%). Hubo 4 casos aislados en 2014 y 2 en 2015. En 2016 hubo un brote de DCD (15 casos). Media de edad: 38 años. Comorbilidades: 6 Artritis reumatoidea, 2 SIDA, 3 diabetes, 1 Chagas y 1 adicción a drogas. TB extrapulmonar, con o sin compromiso pulmonar: 7 (33%). TB pulmonar avanzada: 15 (71%). Antibióticos previo o junto al tratamiento de la TB: 66.6%. El más usado fue amoxicilina-clavulánico, solo o asociado. Todas recibieron rifampicina. El diagnóstico de DCD se realizó por toxina + en 20 y antígeno + en 1. Forma clínica: 95% diarrea leve y 5% megacolon tóxico. Tiempo de aparición de DCD: 81% en los 1ros. 30 días de tratamiento anti TB, 19% luego del mes. Tratamiento de DCD: aislamiento de contacto y metronidazol por 10 días en el 100% de los casos. 68.4% tenían hipoalbuminemia. Uso de omeprazol: 76.1%. Evolución de DCD: buena en el 95.2%, muerte por megacolon tóxico en el 4.8%.

Conclusiones y comentarios:

La incidencia de DCD fue 4.6%. Más elevada que la observada en la bibliografía. Esto puede deberse a: TB pulmonares muy avanzadas y extrapulmonares (principalmente abdominal), comorbilidades, consumo de antibióticos antes o durante el tratamiento de la TB, especialmente amoxiclavulánico, rifampicina y levofloxacina. En 2016 hubo un brote de DCD atribuible a falta de disponibilidad de aislamiento individual. Los inhibidores de la bomba de protones también pueden predisponer a DCD (76% de las pacientes lo recibieron). La mayoría (86%) tuvo diarrea antes del 1er mes de tratamiento anti TB. Esto podría deberse al grave deterioro general, inmunodeficiencia y comorbilidades. Es imprescindible destinar camas de aislamiento de contacto individual para pacientes internados. La difusión de estos datos de asociación entre fármacos comúnmente utilizados y CD, podría ayudar a diagnosticar precozmente la diarrea por DCD y prevenir brotes en salas de internación.

056- CARACTERIZACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE CÓRDOBA

UBAL L¹; KEVORKOF G¹; ACOSTA A¹; OVIEDO E¹; YAPUR BASSANI N¹; FERNANDEZ J¹; PEYRANI C¹; NAJO M¹; GRANADOS R¹

¹Hospital Tránsito Cáceres de Allende

Objetivos: Cuantificar y caracterizar los pacientes diagnosticados y tratados de Tuberculosis (TB) en el HTCA en el período comprendido entre marzo 2016 y marzo 2017.

MyM: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Se construyó base de datos con la información recolectada de las historias clínicas. Se incluyeron todos los mayores de 15 años con TB diagnosticados y tratados en el HTCA y se excluyeron pacientes con Micobacteriosis atípica.

Resultados: La muestra estuvo conformada por 31 pacientes, 35.48% fueron de sexo femenino y 64.52% masculino. La edad media fue de 39.42 años (rango 15-73 años). Adultos jóvenes 9, Adultos 21 y Adultos mayores 1. Con respecto al resto de las **variables demográficas**: Estado civil: Solteros 45% y Casados 55%. Procedencia: 81% Córdoba Capital, 13% Córdoba Interior, 3% Otras provincias y 3% Extranjero (Perú). El 97% no era analfabeto. Ocupación: 68% trabaja y 32% no.

El comportamiento de la muestra de acuerdo a los **factores de riesgo (FR) prevalentes para TB** fue el siguiente. Inmunocomprometidos (con alguno/s de los siguientes: Silicosis, Diabetes, Enfermedad renal crónica, Trasplante, Neoplasias, Tratamiento corticoideo/inmunomoduladores) 16.13%, HIV(+) 3.22%, Tabaquistas 41.94%, Consumidor drogas 19.35%, Enolista 16.13%, Bajo peso (IMC

En cuanto a las **características propias de la enfermedad**: Localización pulmonar 70.97%, Extrapulmonar 25.8% y Diseminada 3.22%. La muestra diagnóstica correspondió al Esputo en un 67.74%, luego Líquido pleural y Biopsia 12.90% las dos y LBA 6.45%. Radiología: USC 25.81%, UCC 22.58%, BSC 12.9%, BCC 12.9%, Pleuresía 19.35%. El 90% presentó adherencia al tratamiento y recibió tratamiento autoadministrado. El 19% presentó RAFAs (13% reacción tóxica y 6% intolerancia). No se presentaron casos de pacientes con resistencia a drogas antituberculosas.

Conclusiones: De los 31 pacientes incluidos predominaron los hombres y adultos entre 25 y 65 años, la mayoría procedente de Córdoba Capital, con diferentes grados de instrucción, pero sólo uno analfabeto y casi un 70% con ocupación.

En cuanto a los FR más prevalentes podemos destacar los antecedentes tóxicos, sobre todo tabaquismo (42%) y luego contactos de riesgo (35%). Sólo un 16% presentó inmunocompromiso y bajo peso.

Por último, predominó la localización pulmonar (71%), siendo la muestra diagnóstica el esputo también casi en un 70%, con baciloscopías positivas en un 58%. Mayor superioridad de localización radiológica unilateral y a destacar casi un 20% se presentó con derrame pleural. El 90% tuvo buena adherencia al tratamiento y recibió tratamiento autoadministrado. El 19% presentó RAFAs. No hubo casos con resistencia a drogas.

Nuestra institución es un centro de referencia provincial de enfermedades respiratorias, incluyendo TB. Consideramos relevante estudiar esta problemática, cuantificarla y valorar las características de la misma en nuestra población.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

057- A PROPOSITO DE UN CASO: HIPERTENSION PULMONAR Y CIRROSIS HEMODINAMICA

SALDARINI F¹; GASTON G¹

¹Hospital Santojanni

INTRODUCCION: La hipertension arterial pulmonar, enfermedad de poca prevalencia, definida por presentar presion de la arteria pulmonar media mayor a 25 mmhg, que mejoro en los ultimos años la sobrevivida por las nuevas terapeuticas, y la posibilidad de transplante.

CASO CLINICO: Paciente de 23 años de edad, con diagnostico de HTP en el año 2006 en el Hospital Garrahan, realiza primera consulta en diciembre del 2014 a nuestro servicio por disnea CF IV que requirio internacion por insuficiencia cardiaca, al alta se realiza los sgtes. estudios:

ECOCARDIOGRAMA: PSAP 110 mmhg IT secera movimiento anomalo del septun interventricular. no CIA., deteriorosevero FSVI, deterioro leve FSVI.

CENTELLOGRAMA V-Q: baja probabilidad de TEP.

LABORATORIO: serologia negativas, reumatograma negativo.

TEST 6 M: recorrio 120 metros disnea inicial 2 final 8, desaturacion 5 %.

EFR: restriccion moderada PBD ns y DLCO disminucion baja.

TAC DE TORAX: tronco de la pulmonar aumentados de tamaño, cardiomegalia, derrame pericardico leve y pleural derecho leve.

CAPD: PAP 100-70-60 mmhg, AS 12 MMHG, PW 13 MMHG, RVP 3,8 U WOOD. VM 3.90.

Se interpreta el cuadro como HTP GRUPO 1, se comienza tratamiento con sildenafil 150 mg dia, bosentan 250 mg dia y teprostimil 10 mg por infusion continua por bomba sc, furosemida 40 mg, aldactone 25 mg dia, y ACO.

Se logra estabilidad clinica, mejoran los parametros ecocardiograficos, no volvio a Hospitalizarse, test de 6 minutos, por lo que se la deriva a centro de mayor complejidad para transplante cardiopulmonar.

En evaluacion pre transplante se constata TP bajo, luego de suspender ACO, por lo que se realiza biopsia transyugular, donde informa cirrosis hepatica hemodinamica METAVIR F 3-4, VEDA sin varices, al tener comprometido la funcion hepatica se desestima para trasnplante, se decide alta.

Se rota teprostimil SC a eprostenoil EV para mejorar hemodinamica, la paciente persiste con insuficiencia cardiaca refractaria y fallece.

DISCUSION: La cirrosis hemodinamica se interpreto como secundario al sindrome cardio hepatico, por insuficiencia cardiaca derecha avanzada, en este caso secundario a HTP severa y refractaria a tratamiento con triple esquema, la cirrosis seria secundaria a la disminucion del flujo sanguineo hepatico, aumento de la presion venosa hepatica y descenso de la saturacion arterial, la falla ventricular derecha lleva a dilataciones de los sinusoides hepaticos, edema e hipertension sinusoidal, que llevan a la fibrosis.

CONCLUSION: En este caso clinico se evidencia lesion hepatica avanzada, cirrosis, producida por insuficiencia cardiaca derecha con severa HTP, lo que hace reveer que, se debe realizar un diagnostico rapido de HTP, tratamiento combinado y derivacion a centro de transplante.

058- DASATINIB ASOCIADO A HIPERTENSION PULMONAR

GUZMAN C¹; GONZALEZ A¹; SANTOS A¹; BIGOT M¹

¹Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara de baja prevalencia y alta mortalidad. Se define como PMAP > 25 mmHg en reposo por cateterismo derecho.

Dentro del grupo I de HAP de la clasificación del 5º congreso mundial HP- Nizza 2013 encontramos la producida por drogas y toxinas.

El Dasatinib es un inhibidor de la Tirosinquinasa (TK1) que se utiliza en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica cuando desarrolla resistencia, respuesta subóptima o intolerancia al Imatinib.

Como efecto adverso poco frecuente el Dasatinib puede producir HAP que es potencialmente reversible.

Caso Clínico: Paciente femenina 69 años antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad del nodo sinusal e hipotiroidismo.

En el 2004 diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica (LMC) recibió múltiples tratamientos con Hidroxiurea, Citarabina, Interferón e Imatinib con respuesta citogenética completa luego de 2 años y medio de tratamiento.

Por recaída citogenética en 2009 comienza tratamiento con Dasatinib 100 mg/día con buena respuesta hematológica. Luego de varios años de tratamiento presenta disnea progresiva hasta clase funcional III y edemas en MMII. Se realizó ecocardiograma que mostró PSAP 50 mmHg que se repite al mes informando PSAP 68.2 mmHg con TAPSE normal (ecocardiograma 2006 y 2012 normal). Se descartaron otras causas de hipertensión pulmonar. Se suspendió Dasatinib en febrero 2017 y se inició tratamiento con diuréticos.

Los síntomas desaparecieron al mes de la suspensión de la medicación y el ecocardiograma a los 6 meses mostró PSAP 40 mmHg.

Actualmente recibe tratamiento con Nilotinib 800 mg. Asintomática respiratoria.

Conclusiones: Aunque son pocos los casos reportados el tratamiento a largo plazo con Dasatinib puede desarrollar HAP. El mecanismo fisiopatológico es desconocido y no está descrito con otros TK1 que incluso se estudian como tratamiento de la HAP.

En la práctica clínica es importante realizar ecocardiogramas previo al inicio de la medicación y repetirlos si hay sintomatología clínica.

El tratamiento consiste en la suspensión definitiva de la droga y tratamiento específico para los casos severos o con persistencia de la HAP. El cateterismo derecho está discutido como práctica de rutina en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes que mejoran clínicamente.

059- ANEURISMA DE LA ARTERIA PULMONAR: HALLAZGO INCIDENTAL DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

RODRIGUEZ TACACUWA J¹; MORALES R¹; TRINIDAD M¹; SAAD R¹; MULLER C¹; FRANCO P¹; PEÑAFIEL SANCHEZ R¹; MELLINO M¹

¹HIGA Pte Perón - Avellaneda

Introducción: El aneurisma de la arteria pulmonar (AAP) es una entidad rara, caracterizada por la dilatación patológica del tronco de la arteria pulmonar o de sus ramas, cursan de forma asintomática o con manifestaciones clínicas inespecíficas, siendo un hallazgo incidental durante la realización de un estudio radiológico o en una autopsia, se hallan asociadas a diversas patologías congénitas o adquiridas, y también idiopáticas. Su evolución natural y pronóstico son inciertos, potencialmente pueden causar muerte súbita.

Caso Clínico: Paciente masculino de 57 años, con antecedentes de tabaquismo (45 p/y) que consulta por presentar tos con expectoración mucopurulenta de 7 días de evolución, sin fiebre ni otros síntomas asociados. Examen físico: eupneico, saturación 98%, BMV, rales húmedos gruesos en ambos tiempos respiratorios, que desaparecen con la tos en campos medios; se ausculta un soplo cardíaco sistólico en foco aórtico y pulmonar. Realizó tratamiento con amoxicilina- ac clavulánico durante 7 días con mejoría de los síntomas. Radiografía de Tórax: imagen radiopaca redondeada de bordes definidos a nivel hiliar izquierdo, sin otros hallazgos patológicos. A continuación se solicita Tomografía Computada (TC) de tórax con contraste que informa: calibre del tronco de la arteria pulmonar de 46 mm. Con diagnóstico de AAP se reexamina al paciente donde no se observan alteraciones cutáneo-mucosas ni osteo-articulares y se solicitan exámenes complementarios. Laboratorio: Hb 14.3, Bcos 8800, glucemia 79, urea 35, creatinina 0.78, GOT 31, GPT 33, FAL 226, BT 0.81, VSG 9 mm, PCR < 1.0, VDRL negativa, Factor Reumatoide negativo, ANA negativo. Espudo: baciloscopia negativa y cultivo de gérmenes comunes negativo. Ecocardiograma y Doppler cardiaco: fibrosis de la raíz de aórtica; insuficiencia mitral y tricúspide leve, PSAP < 30 mmHg.

Conclusión: el AAP es un trastorno raro, cuya prevalencia es de 1 en 14000 autopsias, se define como la dilatación de la arteria pulmonar por TC mayor a 29 mm. Dentro de las causas se encuentran los defectos congénitos, como los cardiológicos (ductus arterioso persistente, defectos del septo ventricular entre otros), y del tejido conectivo (síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos); adquiridos, como los infecciosos (sífilis, tuberculosis, entre otras), las vasculitis (síndrome de Behçet, síndrome de Hughes-Stovin), por hipertensión arterial pulmonar (HAP), por embolismo pulmonar crónico, por neoplasias (primaria o metástasis pulmonares), iatrogénicas (cirugía cardíaca) y las idiopáticas. Generalmente se presentan asintomáticos o con síntomas inespecíficos de tos, disnea, palpitaciones, dolor torácico o hemoptisis. Respecto al tratamiento hay controversia, y puede ser conservador o quirúrgico (AAP > 5.5 cm, formación de trombos, HAP, aumento del diámetro > a 5 mm en 6 meses, alteraciones valvulares y aparición de síntomas clínicos). Se presenta el caso dada la rareza del mismo, y a que su hallazgo radiológico se puede llegar a confundir con una patología aórtica o tumores mediastinales entre otros.

060- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – BEHCET Y SÍNDROME DE HUGHES STOVIN

TOLEDO E

Fundación Favaloro

Introducción: el síndrome de Hughes-Stovin es una enfermedad rara, caracterizada por la presencia de tromboflebitis y aneurismas de las arterias pulmonares y/o bronquiales. Si bien se desconoce etiología y patogénesis se desconoce, se han identificado asociaciones con infecciones y angiodisplasias. Perteneció al grupo de las vasculitis generalizadas, con un mecanismo patológico muy parecido al de la enfermedad de Behçet, incluso considerándose, como una variante de esta última. Las manifestaciones clínicas incluyen tos, disnea, fiebre y hemoptisis. Es fundamental realizar un diagnóstico y tratamiento de manera temprana debido al alto riesgo de ruptura de los aneurismas de AP.

Caso clínico: mujer de 36 años, antecedente de cirugía traumatológica de rodilla, evoluciona con tos seca, disnea y registros febriles interpretados inicialmente como neumonía cumpliendo, en este contexto, múltiples esquemas antibióticos. En 5/16 presenta hemoptisis, diagnóstico de trombosis venosa profunda poplítea izquierda recanalizada, angio TC compatible con tromboembolismo pulmonar crónico en ramas de lóbulo inferior izquierdo e inició anticoagulación. Consultó en otro centro por cuadro clínico de 15 días de evolución, caracterizado por tos, disnea progresiva y hemoptisis, angio TC con imagen interpretada como aneurisma de la AP izquierda; ante la sospecha de rotura de aneurisma de AP se decidió suspensión de anticoagulación. Ingresó derivada tras 7 días de internación, a su ingreso se efectuó angio TC con imagen parenquimatosa compatible con infarto pulmonar en base pulmonar izquierda. La angiografía pulmonar evidenció oclusión trombótica e hipoperfusión de la arteria de los segmentos apicales y de la llingula y en segmento anterobasal de lóbulo inferior (izquierdo), severa dilatación de rama inferior con fístula arteriovenosa con rama posterobasal. Ecocardiograma Doppler: FSVI conservada, IT leve, PSAP estimada 35 mmHg; reinicia anticoagulación. Evolucionó estable, durante la internación. Al examen físico se constataron lesiones ulceradas en mucosa bucal (no manifestadas previamente) al interrogatorio dirigido refirió presencia de úlceras dolorosas bucales y genitales recurrentes de 8 años de evolución, estableciendo como diagnóstico Enfermedad de Behçet, asociado a síndrome de Hughes-Stovin; recibió tratamiento con 3 pulsos de solumedrol y una dosis de ciclofosfamida con buena evolución.

Conclusión: Si bien, la mayoría de los eventos de embolia pulmonar están relacionados con la trombosis venosa profunda proximal de los miembros inferiores, presentando además riesgo aumentado cuando existen procedimientos quirúrgicos asociados, debemos tener en cuenta que ésta entidad se asocia a otras patologías menos frecuentes, pero igual de relevantes para realizar un diagnóstico preciso, es fundamental como base del diagnóstico una correcta anamnesis y exploración física integrados a los exámenes complementarios, según cada caso.

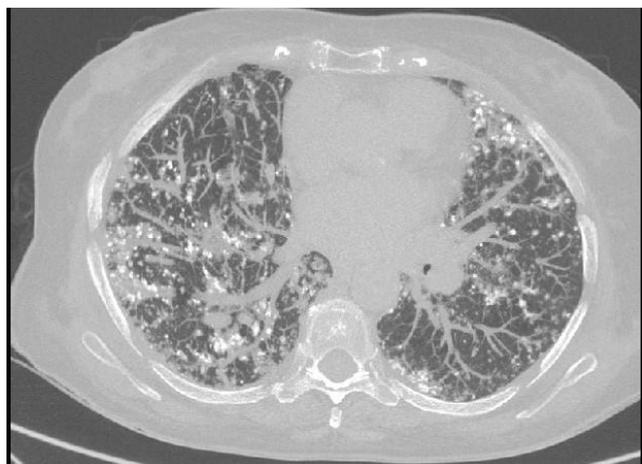
061- AMILOIDOSIS E HIPERTENSIÓN PULMONAR: UNA RARA ASOCIACIÓN

UBAL L¹; KEVORKOF G¹; SAMBUELLI G²; OVIEDO E¹; NAJO M¹; GUTIERREZ MAGALDI I²; RIGO D²; YAPUR BASSANI N¹; FERNANDEZ J¹; FERNANDEZ S¹; ACOSTA A¹; GRANADOS R¹; PEYRANI C¹

¹Hospital Tránsito Cáceres de Allende, ²Clínica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: La afectación pulmonar en la Amiloidosis, sistémica o localizada, es infrecuente. Se ha clasificado en tres formas: traqueobronquial, nodular y alveoloseptal. Aunque se han comunicado casos de Hipertensión Pulmonar (HTP) en pacientes con amiloidosis, su número es muy limitado. La amiloidosis consiste en la infiltración tisular de fibras insolubles resistentes a la proteólisis, con disposición beta-plegada, que tiñen con rojo congo, procedentes de diferentes proteínas. La amiloidosis primaria o inmunocítica (AL) es la variante que más se relaciona con la HTP.

Caso clínico: Paciente femenina, 64 años, APP: Extabaquista severa, Hipotiroidismo, Dislipemia, Gastritis, Osteoporosis, Nódulo pulmonar maligno (lobectomía superior derecha) y radiculopatía L4-L5. MC: disnea progresiva. Ex.físico: SAT 89%AA, rales secos bibasales. Laboratorio general/anticuerpos s/p. Rx.tórax: infiltrado reticulonodulillar bibasal. Espirometría: defecto ventilatorio obstructivo severo (EPOC). TAC tórax: innumerable lesiones nodulillares calcificadas. Engrosamiento intersticial nodulillar, predominio periférico-bibasal.



Ecocardiograma: HTP severa. Volúmenes pulmonares: CPT levemente reducida. DLCO: disminución muy severa de la difusión de CO. Centellograma Ventilación-Perfusión indeterminado para TEPA. Test caminata: baja capacidad de ejercicio con caída significativa de sat.O₂ sugestiva anomalías intercambio gaseoso. Bx.pulmonar: enfisema centrolubulillar difuso, osificación nodular pulmonar y marcado engrosamiento intimal y de capa muscular arteriales vinculables a HTP. Rojo Congo negativo. Holter24hs: ESV/EV aisladas frecuentes. Cinecoronariografía: Wedge normal. PMAP 32mmHg, sin repercusión VD.

Inmunofijación Cadena Liviana (CL) suero: leve banda monoclonal lambda; orina: sin bandas correspondientes a CL. Proteinuria rango nefrótico. Bx.renal: Amiloidosis AL, mesangial mínima. Proteína precursor amiloide: CL lambda. Bx.Médula Ósea: infiltración difusa (30-40%) células plasmocitoides monoclonales con CL lambda. Hallazgos fenotípicos sugestivos de Discrasia de células plasmáticas. RMN cardíaca: Miocardiopatía hipertrófica tipo amiloidea.

Revisión Bx.pulmonar: depósito amiloide en pared de vasos sanguíneos engrosados.

Presenta evolución tórpida, fallece por Insuficiencia respiratoria y cardíaca.

Discusión: Se describen dos patrones de afectación vascular pulmonar en la amiloidosis. La primera caracterizada por depósitos en las paredes arteriales, con escasa participación alveoloseptal. En la segunda, los depósitos se localizan en los espacios intersticioalveolares, produciendo una compresión de los capilares. Las arterias pulmonares afectadas son las de tamaño mediano-pequeño, rara vez las mayores. Apenas existe experiencia en cuanto al tratamiento de la HTP en estos pacientes.

Conclusiones: La amiloidosis generalizada es una enfermedad de mal pronóstico. La HTP, frecuentemente multicausal, aparece en fases avanzadas y limita la supervivencia del paciente.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

062- PRESENTACIÓN DE UN CASO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR CUERPO EXTRAÑO CON BLOQUEO PLEUROPULMONAR.

MORENO G¹; PERONE G¹; LISANTI R¹; DI GIORGI L¹

¹Hospital del Carmen

INTRODUCCIÓN: La perforación esofágica es una enfermedad clínica poco frecuente (menos de 200 casos por año Inglaterra) que corresponde a una emergencia médica que afecta gravemente el estado del paciente y comprende una mortalidad elevada (11,9 %) en pacientes tratados activamente. Las etiologías en orden de frecuencia incluyen la ruptura espontánea, cáncer de esófago, iatrogénica y la ingestión de cuerpos extraños (carne, pescado y huesos de pollo). Con respecto a éste último grupo ocurre principalmente en los extremos de la vida, en personas desdentadas o con trastornos psiquiátricos, predominio del sexo masculino y la mayor afectación ocurre en el tercio superior esofágico a nivel del opérculo torácico. Los síntomas comunes son dolor de tórax, disfagia y vómitos, y las complicaciones que pueden ocurrir son muy variadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 59 años extabaquista (IPA<10) y mal estado dentario comienza luego de la ingesta de hueso de pollo con dolor torácico y disfagia alta a sólidos alimentándose con líquidos y papillas. Consulta en servicio de gastroenterología una semana después. Se realiza VEDA bajo anestesia general observando en pared lateral derecha de esófago a 25 cm de arcada dentaria superior solución de continuidad con trayecto fistuloso lineal de 1cm de longitud tapizado de fibrina sin evidencia de cuerpo extraño. Por dicho hallazgo se realiza fibrobroncoscopia sin evidenciarse alteración en la vía aérea principal y en ambos árboles bronquiales. Se realiza TAC de cuello y tórax con contraste oral hidrosoluble que objetiva trayecto filiforme y escurrimiento del contraste formando una colección hidroaéreo paraesofágica derecha de 23 x 11x 10 mm (C-C, A-P, T), y sin plano de separación con ésta, área de consolidación del segmento apical del lóbulo superior derecho con broncograma aéreo rodeada de opacidad en vidrio esmerilado y engrosamiento de septos interlobulillares.

Se realiza toracotomía exploradora posterolateral derecha donde al ingreso en cavidad pleural se constata bloqueo de tercio superior de esófago por lóbulo superior derecho. Se liberan adherencias esofago-pleuro-pulmonar que configura trayecto fistuloso, se sutura boquillas bronquiales (lóbulo superior) y se lava líquido fibrino purulento. A nivel esofágico se realiza sutura en dos planos de perforación esofágica con puntos de prolene y se refuerza con colgajo de músculo intercostal vascularizado.

El paciente presenta buena evolución clínica, con progresión alimentaria y sin complicaciones.

DISCUSIÓN: La perforación esofágica por cuerpo extraño representa una urgencia médica que debe manejarse con celeridad de manera interdisciplinaria. Las complicaciones son variadas y dependen de la ubicación de la perforación, el tiempo de diagnóstico y las acciones médicoquirúrgicas. En nuestro caso se presenta una perforación esofágica con bloqueo pleuropulmonar y fistulización que a pesar del tiempo de evolución que tenía el proceso fue limitado, con resolución quirúrgica y sin complicaciones mayores.

063- MEDIASTINITIS POR PERFORACIÓN ESOFÁGICA

FABIO S¹; AMAYA R¹; NAVAL N¹; GIANFRANCISCO V¹; FERNANDEZ GOMEZ V¹; GONZALEZ F¹; DEL RIO R¹; CARRIZO M¹; MORENO C¹; FUENTES N¹; ESQUIU E¹; MORGANTE S¹; GALLO C¹; LATAPIE F¹

¹HOSP ANGEL C PADILLA

INTRODUCCIÓN: La mediastinitis se define como la inflamación o la infección del tejido conectivo que rodea a las estructuras mediastínicas. Las tres causas más frecuentes de mediastinitis agudas son: postoperatoria, perforación esofágica y la mediastinitis necrotizante descendente frecuentes pero más que los producidos por traumatismos cerrados. Causas infrecuentes también son el carcinoma esofágico o el pulmonar invasivo. La flora causante es polimicrobiana orofaríngea. Dada la elevada mortalidad de la mediastinitis aguda, un diagnóstico precoz se hace imprescindible. En la perforación esofágica, el dolor retroesternal está siempre presente.

La TC es la técnica de elección en el diag y también en su seguimiento. Tiene una sensibilidad y una especificidad del 100%

El tratamiento conservador mediante dieta absoluta y antibióticos sólo es planteable en perforaciones mínimas en el esófago cervical y sin trayecto fistuloso del contraste al mediastino en la TC. En el esófago torácico toda perforación debe tratarse quirúrgicamente. La toracotomía posterolateral parece el abordaje más lógico para tratar las perforaciones esofágicas torácicas.

CASO CLINICO: Paciente de 65 años de edad, femenino, diabética, tabaquista, obesa, que ingresa por guardia por presentar dolor torácico y disnea tras ingerir cuerpo extraño (hueso de pollo). Al momento del ingreso se presentaba taquicárdica, taquipneica, hemodinámicamente estable; se realiza Rx de Tórax con evidencia de infiltrado basal izquierdo por lo que se realiza diagnóstico de NAC con inicio de tratamiento antibiótico empírico. Posteriormente presenta incremento de los síntomas y signos ya mencionados por lo que se decide realizar TAC de tórax con presencia de neumomediastino e inmediata sospecha de perforación esofágica. Debido al alto riesgo quirúrgico se decide ingresar a la paciente a UCI para realizar soporte vital y preparación preoperatoria. Al ingreso a quirófano presenta inestabilidad hemodinámica por distress secundario con vía aérea dificultosa por edema de la misma, causa por la cual se suspende procedimiento; se inicia tratamiento con inotrópicos y diuréticos sin respuesta favorable produciéndose finalmente el óbito.

CONCLUSION: En la supervivencia del paciente con mediastinitis aguda es clave un diagnóstico precoz, la instauración temprana de antibióticos de amplio espectro ante la sospecha clínica y un tratamiento quirúrgico sin demora. El tratamiento antibiótico con una cefalosporina de tercera generación, asociada a vancomicina cuando la causa es una cirugía cardíaca o a metronidazol o clindamicina en los demás casos, parece la terapia genérica más apropiada hasta tener el antibiograma de la infección latente. En general, la cirugía va encaminada al control del foco primario si es posible, con desbridamiento amplio y eliminación de tejidos necróticos y colocación de drenajes en todos estos espacios, que aseguren una correcta evacuación de los fluidos infectados.

064- EDEMA PULMONAR POST EVACUACIÓN DE NEUMOTÓRAX

MARACINI M¹; PONCE J¹; GOÑI M¹; ALVAREZ R¹; BRINGAS M¹; PEREYRA B¹

¹Nuevo Hospital San Roque

El edema pulmonar post reexpansión es una condición clínica rara, pero frecuentemente letal. Suele producirse en forma inmediata luego del tratamiento de grandes derrames pleurales, neumotórax o atelectasias obstructivas. El pronóstico depende del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Caso clínico: Masculino de 28 años, tabaquista de 7 p/y, ex cocainómano sin otros antecedentes patológicos. Consulta por disnea de comienzo súbito y progresivo de 4 días de evolución acompañado de dolor lacerante, progresivo de moderado a severo en hemitórax izquierdo (Consultó previamente, se lo trató con AINE por dolor muscular) **Exámen Físico:** TA 90/60 FC 100 lat. / min, a la auscultación murmullo vesicular abolido en hemitórax izquierdo. **Rx de Tórax:** se observa neumotórax izquierdo grado 3. Se coloca tubo pleural conectado a trampa de agua con buena tolerancia al procedimiento. Se comprueba expansión pulmonar por radiografía. Luego de una hora el paciente presenta accesos de tos persistente con expectoración hemoptoica, disnea grado 4, crépitos en campo pulmonar izquierdo y roncus bilaterales. **RX y TAC de tórax:** infiltrado alveolar confluyente en pulmón izquierdo. EAB: PH 7,39; **pO2 56**; pCO₂ 32,9; HCO₃⁻ 20,9; **SAT O2 88%**. **Diagnóstico: EDEMA PULMONAR POST REEXPANSION.** Se Interna en UTI. **Tratamiento:** oxigenoterapia, corticoide, decúbito semisentado. Buena evolución, alta al décimo día de su ingreso.

Discusión: El edema pulmonar post reexpansión se relaciona a la acción de mediadores inflamatorios que aumentan la permeabilidad vascular con exudación a los alvéolos. Los infiltrados pueden ser unilaterales o bilaterales. Se asocia a factores de riesgo como **edad < 40 años, colapso pulmonar de larga duración (> 4 días), gran derrame pleural (>1500cc) neumotórax Grado 3, rápida reexpansión** o aplicación de **aspiración continua**. Los síntomas, por lo general comienzan dentro de las primeras 2 horas posteriores a la reexpansión pulmonar y ceden luego de 7 días; aunque esta complicación es infrecuente puede a menudo ser fatal (> 20%). El tratamiento es de sostén (oxigenoterapia, VNI, ARM, fluidoterapia e inotrópicos).

En nuestro caso el desarrollo del edema pulmonar post evacuación fue unilateral, se ajusta en su forma de presentación clínica y radiológicamente a la descrita en la literatura y se ve favorecido por la conjunción de varios de los factores de riesgo antes expuestos.

Conclusión: El edema pulmonar post reexpansión es una complicación rara pero con una alta tasa de mortalidad, por lo tanto es importante saber reconocer esta entidad como los factores de riesgo que llevan a ocasionarla, siendo las medidas preventivas la mejor estrategia disponible para evitar su aparición.

065- ROL DE LA ENDARTERECTOMÍA PULMONAR EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA.

BALCAZAR J¹; PEREZ I¹; AHUMADA R¹; WAGNER G¹; RODRIGUEZ T¹; DEL MORAL L¹; TOLEDO E¹; VIRHUEZ Y¹; RANERO F¹; PARRILLA G¹; FAVALORO R¹; BERLOTTI A¹; OSSES J¹; CANEVA J¹

¹Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es una complicación tardía del embolismo pulmonar agudo y se desarrolla entre el 0,5-9% de los pacientes. El tratamiento de elección para esta enfermedad, cuando es factible, es la desobliteración quirúrgica de las arterias pulmonares a través de la endarterectomía pulmonar (EA), teniendo objetivos hemodinámicos, respiratorios y profilácticos, como ser, aminorar los efectos de la hipertensión pulmonar (HP) sobre el ventrículo derecho (VD), mejorar la eficiencia ventilatoria al liberar espacios ventilados pero no perfundidos y prevenir el fallo del VD, respectivamente.

Caso clínico: mujer de 28 años, antecedente de lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido (SAF), disnea de esfuerzo desde el 2015, diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo bilateral en febrero de 2016 habiéndose iniciado anticoagulación e implantado filtro en vena cava inferior infrarrenal. Evolucionó hipertensión pulmonar calificándose como una HP del grupo IV. Candidata a endarterectomía. Estudios prequirúrgicos: ecocardiograma Doppler: foramen oval persistente (FOP), aplanamiento sistólico del septum por sobrecarga del VD. Fey 55%, dilatación severa del VD, tronco de arteria pulmonar dilatado (34 mm). Centellograma ventilación perfusión: pulmón derecho: Hipoperfusión del lóbulo superior, segmento superior del lóbulo inferior. Pulmón izquierdo: Hipoperfusión segmento apical, lingular superior y subsegmento anterior del lóbulo inferior. Cateterismo derecho PAP 68/29 (PAPm 44mmHg). Arteriografía pulmonar: TEP crónico en rama subsegmentaria de los tres segmentos del lóbulo superior derecho y dos ramas del lóbulo medio, oclusión de la apical del inferior y estenosis de las ramas anterobasal y segmentarias de lóbulo superior, medio e inferior derechos y ramas de lóbulo superior e inferior izquierdo y lingula. Se realizó EA y cierre FOP. En el posoperatorio requirió dopamina y noradrenalina a dosis intermedias, suspendidas a las 48 horas. Evolucionó con hipoxemia severa secundaria injuria de reperfusión requerimiento de NO, extubada a las 24 hs. Evolucionó favorablemente; control ecocardiográfico posterior sin signos de HP residual; TAPSE 15 mm, sin requerimientos de oxígeno suplementario, externada al 8° día posoperatorio. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, con buena evolución.

Conclusión: la HPTC es una complicación tardía del TEP agudo, habitualmente subdiagnosticada. Todo paciente con HP de origen desconocido debería ser estudiado para descartar una HPTEC. La decisión sobre la indicación quirúrgica debería recaer siempre en un cirujano experimentado en todos los casos, ofreciéndole la mejor opción hasta el momento disponible para quienes califican para la EP, dado a que historia natural de la enfermedad sin tratamiento se asocia a mal pronóstico, con una supervivencia a 5 años del 30% con PAPm >30 mmHg y del 10% con PAPm >50 mmHg.

066- FISTULA TRAQUEOESOFAGICA POST INTUBACION

MEDINACELLI E¹; CHURIN L¹; SOLIS M¹

¹FUNDACION SANATORIO GUEMES

INTRODUCCION: Las fístulas traqueoesofágicas (FTE) iatrogénicas tras intubación traqueal son lesiones poco habituales. Se estima que su frecuencia oscila entre el 0,3 y el 4% de todos los pacientes intubados y sometidos a ventilación mecánica 1.

La gravedad de las FTE se debe principalmente al paso del contenido esofágico a la vía aérea, lo que producirá infecciones respiratorias y las complicaciones que conlleva.

CASO CLINICO: Femenina de 45 años, con trastorno bipolar, intentos de suicidio, se interna por deterioro de sensorio por intoxicación a psicofármacos con IOT/ARM prolongado en otra institución, es derivada por presentar fístula traqueoesofágica, en primera instancia se realiza traqueostomía.

Se realiza FBC que evidencia fístula de 2 cm en pared posterior de tráquea región subglótica en primer anillo traqueal asociado a estenosis, en cuyo fondo de fístula se observa sonda k108, en un segundo tiempo se programa broncoscopia rígida con colocación de cánula de Montgomery.

Como tratamientos definitivos se realizan traqueoplastia y esofagorrafia con buena tolerancia y resultados. Requiere apoyo psiquiátrico y kinesiólogía respiratoria.

DISCUSION: Los factores implicados en su formación son múltiples³, sin embargo, el factor principal para su desarrollo es exceso de presión en el balón de sellado traqueal, por lo que se recomienda un control sistemático, para evitar el desarrollo de una fístula². Presiones por encima de 30 cmH₂O (22 mmHg) disminuyen la perfusión capilar de la mucosa traqueal. Para el diagnóstico de una FTE disponemos de medios radiológicos y endoscópicos. Los estudio baritados y la TC pueden demostrar la presencia de una fístula, pero tienen la desventaja de la dificultosa realización e interpretación en pacientes críticos.

CONCLUSION: La esofagoscopia y sobre todo la broncoscopia son pruebas útiles para demostrar la existencia de una fístula, su localización y la evaluación de la extensión del daño de la vía aérea⁵. La cirugía es el tratamiento curativo de las FTE y no debe retrasarse, para evitar el desarrollo de complicaciones⁶.

Como en nuestro caso los pacientes extubados, no dependientes de soporte respiratorio la reparación quirúrgica inmediata tiene tasas de éxito cercanas al 90%⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Couraud L, Ballester MJ, et al. Acquired FTE and its management. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 8 (1996), pp. 392-9
2. Payne DK, Anderson WM, C, et al. FTE formation in intubated patients. Chest, 98 (1990), pp. 161-4
3. Wolf M, Yellin A, Tulmi YP, Segal E, et al. Acquired FTE in critically ill patients. Ann Otol Rhinol Laryngol, 109 (2000), pp. 731
4. Mathisen DJ, Grillo HC, Wain JC, et al. Management of Acquired Nonmalignant FTE. Ann Thorac Surg, 52 (1991), pp. 759-65
5. Chervenikov A, Tzekov C, Gigorov GE, et al. Acquired benign FTE Eur J Cardio-Thorac Surg, 10 (1996), pp. 713-6
6. Jougon J, Couraud L. Esophageal patching for an unsuturable FTE Eur J Cardiothorac Surg, 14 (1998), pp. 431-3

067- PÓLIPO FIBROEPITELIAL BRONQUIAL, RESECCIÓN ENDOSCÓPICA, PRESENTACIÓN DE CASO.

LAS HERAS M¹; CASTRO ASCURRA R¹; CASTRO M¹; SVETLIZA G¹; RODRIGUEZ GIMENEZ J¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción. El pólipo fibroepitelial es una patología benigna de presentación poco frecuente a nivel bronquial, habitualmente suelen encontrarse en el tracto genitourinario o en la piel. Su etiología no es clara, sin embargo procesos inflamatorios crónicos pueden desempeñar un papel clave, dentro de los cuales se encuentra la inhalación crónica de humo, asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones a repetición, aspiración de cuerpos extraños y ventilación mecánica prolongada. Por lo general suelen ser asintomáticos, pero en algunos casos dan lugar a cuadro de tos crónica, hemoptisis y de acuerdo a sus tamaño infecciones recurrentes. Se clasifican en inflamatorios o no inflamatorios, sin embargo su clasificación exacta es indeterminada.

Caso. Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, ex tabaquista 50 paquetes/ año, enfermedad pulmonar obstructiva crónica GOLD A, que consulta por disnea y hemoptisis. Tomografía de tórax al ingreso, muestra formación endoluminal a nivel del bronquio fuente izquierdo, por lo que se decide realizar fibrobroncoscopia que evidencia a nivel del bronquio fuente izquierdo lesión endoluminal hipervascularizada que ocluye el 95% de la luz y se extiende hacia la carina. Se decide broncoscopia rígida y resección endoscópica del mismo. Anatomía patológica: Lesión polipoide con frecuentes proyecciones papilares constituidas por estroma fibroconectivo con cambios mixoides, vasos congestivos compatible con pólipo fibroepitelial. **Discusión** De las múltiples causas de neumonía recurrente, la presencia de cuerpo extraño o tumor endoluminal debe ser considerado dentro de los primeros diagnósticos. Los tumores que ocurren en el árbol traqueobronquial son inusuales, representando sólo el 0,1-0,4% de las enfermedades malignas. Los tumores traqueobronquiales benignos son raros y los pólipos fibroepiteliales bronquiales son aún más raros. La obstrucción y la atelectasia son los hallazgos radiográficos más comunes. El tratamiento varía según el tamaño, la vascularización y la dureza de la lesión. Las pequeñas lesiones que provocan pocos síntomas pueden ser tratadas con corticosteroides y antibióticos. Las opciones de tratamiento invasivo incluye resección broncoscópica de la lesión o lobectomía.

Conclusiones. Ante la presencia de cuadros infecciosos respiratorios a repetición, siempre debemos considerar la posibilidad de tumores endobronquiales, dentro de los cuales se encuentra el pólipo fibroepitelial. La resección endoscópica es el tratamiento inicial recomendado, con un seguimiento endoscópico estricto para detectar recaída de la lesión. La administración de corticoides y antibióticos puede prevenir la recurrencia.

068- CUERPO EXTRAÑO BIOLÓGICO EXTRAÍDO CON BRONCOSCOPIO FLEXIBLE

FABIO S¹; AMAYA R¹; GIANFRANCISCO V¹; NAVAL N¹; FERNANDEZ GOMEZ V¹; GONZALEZ F¹; DEL RIO R¹; MORENO C¹; CARRIZO M¹; LATAPIE F¹; ESQUIU E¹; FUENTES N¹; MORGANTE S¹; GALLO C¹

¹HOSPITAL ANGEL C PADILLA

INTRODUCCION: El diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños en la vía aérea son un desafío para el neumonólogo. La mayoría de las aspiraciones de cuerpos extraños en la vía aérea ocurre en niños menores de 15 años. Los cuerpos extraños más comunes en la vía aérea son vegetales y dentro de ellos, los maníes o semillas. A fines de 1800, la extracción de los cuerpos extraños de la vía aérea se hacía mediante una broncotomía. La primera extracción endoscópica se realizó en 1897. Chevalier Jackson revolucionó la extracción de los cuerpos extraños por vía endoscópica en los primeros años de la década de 1900 con principios y técnicas que todavía hoy se utilizan. El desarrollo del telescopio con lentes en varas en la década de 1970 y el perfeccionamiento de las técnicas anestésicas han hecho que la extracción de los cuerpos extraños sea un procedimiento seguro. A pesar de los avances en la atención médica y conocimiento público, se producen aproximadamente 3.000 muertes por año por aspiración de cuerpos extraños, la mayoría de las cuales ocurre antes de la evaluación en el Hospital y el tratamiento. Se requiere un alto índice de sospecha de aspiración de cuerpo extraño para proceder a un inmediato tratamiento y evitar las complicaciones.

CASO CLINICO: Paciente de 30 años. Asma bronquial. tratamiento broncodilatador con LABA en capsulas para aspirar. Trabajador golondrina. Trabajando en la patagonia en verano. por accidente una semilla de planta Tara (*Senna arnottiana*) se introdujo en su aplicador por lo cual fue broncoaspirada al usar su medicación. El paciente refiere desde el evento una exacerbación de su enfermedad con crisis severas a repetición e infecciones bronquiales múltiples. Por cuestiones laborales el paciente consulta 3 meses después del evento relatando lo sucedido. Se realiza Tac de tórax con imagen de atelectasia paracardiaca basal derecha con infiltrados distal. Se realiza FBC encontrando en ingreso al común de los basales mucosa edematizada congestiva secreciones mucopurulentas y el cuerpo extraño libre y con movilidad con la respiración por lo que permitió con pinza de biopsia tomarla por una saliente propia de la semilla y su extracción conjunta con el flexible. Con la extracción del cuerpo extraño, el asma bronquial del paciente se estabiliza con su tratamiento preventivo habitual, no presenta eventos infecciosos ni nuevas crisis.

CONCLUSION. La sospecha clínica y la pericia para la extracción de cuerpo extraño son fundamentales en la extracción. logrando así una reparación de la función pulmonar

069- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON PLAQUETOPENIA QUE SE LES REALIZÓ UNA FIBROBRONCOSCOPIA

PERONI J¹; CASTRO H¹; CASTRO AZCURRA R¹; LAS HERAS M¹; RODRIGUEZ GIMENEZ J¹; PRECERUTTI J¹; WAINSTEIN E¹; SVETLIZA G¹; ORAZI L¹; LOPEZ J¹; MARITANO FURCADA J¹

¹HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: La fibrobroncoscopia (FBC) con lavado broncoalveolar es una herramienta diagnóstica útil en pacientes inmunosuprimidos, los cuales frecuentemente presentan plaquetopenia. Presenta un rédito diagnóstico elevado del 60% y con escasa tasa de complicaciones, entre las que se encuentran el neumotórax y el sangrado. La plaquetopenia se considera un factor de riesgo para el desarrollo de sangrado ante procedimientos invasivos, dentro de los cuales se incluye a la FBC. La sociedad británica de Tórax recomienda transfusión de plaquetas en aquellos con recuento < a 20.000 plaquetas/mm³ y la sociedad americana de Oncología clínica recomienda las transfusion en aquellos con menor de 50.000/mm³. Existe la postura, inclusive de tomar a la plaquetopenia como una contraindicación relativa para la realización del procedimiento. Debido a esto, nos propusimos como objetivo describir las complicaciones desarrolladas luego de la realización de fibrobroncoscopia en pacientes con plaquetopenia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de Cohorte retrospectiva. La recolección de datos se realizó a través de bases de datos secundarias de alta calidad e historia clínica electrónica. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años a los cuales se les realizó FBC entre el 1/06/2014 al 1/01/2017, en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Resultados: se llevaron a cabo 74 FBC en pacientes con plaquetopenia durante el periodo analizado. El promedio de edad fue de 71 años (DS 5), la proporción de pacientes de sexo femenino fue de 54% (n 40). El 89% (n 66) de las FBC se realizaron en pacientes internados, el resto en el ámbito ambulatorio 5% (n 4) y por guardia 5% (n 4). El número de procedimientos realizados según el grado de plaquetopenia fue el siguiente: menos de 20.000 plaquetas/mm³ el 27% (n 20), entre 20.000 y 50000 32% (n 23) y más 50.000 41 % (n 31). El 34% (n 25) de los pacientes requirió transfusiones de los cuales el 64 % (n 16) tenía menos de 20.000 plaquetas. No hubo complicaciones graves durante el procedimiento y pos intervención inmediata presentaron sangrado menor el 4% (n 3) de los pacientes. Dentro de este grupo, 2 pacientes poseían más de 50.000 plaquetas, no recibieron transfusión de plaquetas y la vía de ingreso seleccionada fue la nasal y 1 tenía menos de 20.000 plaquetas, recibió transfusión de plaquetas y la vía de ingreso seleccionada fue la bucal.

Conclusiones: La fibrobroncoscopia en pacientes con plaquetopenia, realizada en condiciones adecuadas y con la utilización de transfusiones de plaquetas parece ser un procedimiento seguro. La gran mayoría de los estudios fue realizada por vía nasal, sin observarse un sangrado significativo en estos pacientes.

070- CRIOBIOPSIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: SERIE CASOS CLÍNICOS

LAS HERAS M¹; CASTRO ASCURRA R¹; CASTRO M¹; FERNÁNDEZ CEBALLOS I¹; MONTSERRAT RIVERA A¹; RODRIGUEZ GIMENEZ J¹; SVETLIZA G¹; GIANNASI S¹; SAN ROMAN E¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) es el resultado de una serie amplias de patologías, lo cual hace difícil el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad primaria, dada la situación respiratoria de los pacientes.

Objetivo: Investigar las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas en un grupo de pacientes con SDRA adultos, que fueron sometidos a criobiopsia pulmonar, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, con la finalidad de aportar elementos representativos que permitan establecer la tasa de seguridad y complicaciones de esta técnica.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas en pacientes con SDRA a los que se le realizó criobiopsia pulmonar, entre el mes de mayo del 2016 y el mes de Junio del 2017

Resultados: Se describen los casos de 8 pacientes a los que se les realizó biopsia por criosonda, entre mayo del 2016 a junio del 2017, el 62% de los pacientes fueron de sexo femenino. La edad promedio fue de 58,2. APACHE II 16.6 mortalidad 32%.

Todos las biopsias se realizaron mediante broncoscopia flexible, 5 de los 8 pacientes tenía lavado bronquioalveolar previo negativo.

En 7 (87%) de los 8 pacientes se obtuvo un diagnóstico etiológico certero; 2 SDRA fase exudativa, 2 toxicidad por drogas, 1 neumonía eosinofílica, 1 infección y 1 rechazo de trasplante pulmonar.

Las alteracion tomográficas más frecuentes fueron: Vidrio esmerilado en el 100%, consolidación 87% y derrame pleural 75%.

En 6 pacientes (75%) el resultado de la criobiopsia modificó la conducta terapéutica.

La duración promedio del estudio fue de 36 minutos y la complicación más frecuente fue el sangrado tipo I (87%), es decir aquel que cede con maniobras endoscópicas. Otras complicaciones menos frecuentes fueron la hipoxemia 53%, taquicardia 35%, inestabilidad hemodinámica 25%. 3 de los 8 pacientes fallecieron durante su internación en terapia intensiva, en dos de ellos se planteó limitación de cuidados médicos.

Discusión: En pacientes con falla respiratoria aguda e infiltrado pulmonar, la biopsia quirúrgica pulmonar mejora el diagnóstico y tratamiento etiológico de la afección. Sin embargo, debido a sus complicaciones y complejidad a quedado relegada. El advenimiento de nuevas técnicas como la criobiopsia, con menor tasa de neumotórax y sangrado, pareciera ser un elemento valioso para el diagnóstico en este tipo de pacientes.

Conclusiones: La utilidad de la criobiopsia pulmonar en un grupo definido de pacientes con ARDS y lavado bronquioalveolar negativo, abre un alentador panorama diagnóstico y terapéutico, mejorando los resultados y permitiendo una medicina personalizada. Sin embargo se necesitan de más estudios para conocer la seguridad de esta técnica y sus consecuencias en esta poblacional definida.

071- UN CASO PARA ROMPERSE EL COCO

GONZALEZ C¹; FERNANDEZ C¹; ZAMBRANO J¹; ZALAZAR M¹

¹Hospital Fernández

Paciente de 38 años, tabaquista 66 p/y, paraguayo, trabajador de aserradero. Consulta por presentar cefalea holocraneana agregando en los últimos días alteración del campo visual izquierdo; asintomático respiratorio. Se realizan neuroimágenes evidenciándose lesión nodular intraaxial parieto-occipital derecha, hipointensa en T2. Se interna en neurocirugía y se indican glucocorticoides a altas dosis por efecto de masa.

A las dos semanas evoluciona con fiebre, disnea progresiva y tos con escasa expectoración asociado a regular mecánica ventilatoria, rales crepitantes a predominio pulmonar izquierdo y taquipneico. En TAC de tórax se observa en LII imagen de tipo consolidativa con cavidad central; múltiples nódulos de contornos lobulados en ambos campos pulmonares; vidrio esmerilado bilateral y patrón de árbol en brote en LLI Y LID. Se realizan hemocultivos x 3 (negativos), se toma muestra de esputo (ZN negativo, sin rescate) y se cubre con antibióticos de amplio espectro. Laboratorio: leucocitosis (predominio neutrofílico). Serología HIV negativa.

Por aumento de requerimiento de oxígeno, se decide su pase a UTI. Se realiza BAL. En dicha muestra se observo en microscopía óptica levaduras multibrotante, compatible con paracoccidioidomicosis. Se inicia anfotericina EV y por registros febriles persistentes se decide agregar TMS. Evoluciona favorablemente pero sin cambios en TAC de cerebro. En la exéresis de lesión cerebral, la anatomía patológica fue compatible con absceso micótico. Actualmente en tratamiento con TMS asintomático. Serología paracoccidioidomicosis negativa.

La paracoccidioidomicosis es una enfermedad sistémica endémica, granulomatosa, predomina en zonas tropicales y subtropicales de América Latina. Causada por el hongo dimórfico paracoccidioides brasiliensis, cuyas esporas ingresan por vía inhalatoria. Presenta claro predominio masculino. La forma clínica más frecuente es crónica entre los 30-60 años. En la mayoría de los casos genera malestar general de comienzo insidioso. Hay compromiso pulmonar en el 90% de los pacientes asociado o no a compromiso extrapulmonar. Los hallazgos radiológicos más frecuentes son vidrio esmerilado, consolidación, nódulos, cavidades, signo del halo. Más del 90% de los pacientes con enfermedad diseminada tienen serología positiva para el hongo. El compromiso cerebral se presenta en el 13% de los casos, más frecuentemente en el parénquima cerebral y se visualizan en las neuroimágenes como lesiones hipointensas e hipodensas con refuerzo periférico, en su mayoría múltiples (35% son únicas). El diagnóstico definitivo se establece a partir de la observación microscópica del hongo en el material extraído de las lesiones (biopsia estereotáxica) o LCR. El tratamiento de elección para esta forma es TMS y como opción anfotericina.

Es importante tener en cuenta este diagnóstico ante pacientes interpretados como tuberculosis, especialmente quienes no tienen respuesta clínica al tratamiento, ya que ambas comparten el área endémica, la fisiopatología y la clínica.

072- INFECCION OPORTUNISTA INUSUAL EN SECUELA DE TUBERCULOSIS

TRENTINI J¹; ACERO E¹; VIERA G¹; DLA BARRA P¹

¹H.Paroissien

Masculino de 22 años de edad, con antecedentes de tuberculosis pulmonar con tratamiento completo en el año 2015, extensa secuela pulmonar, retardo de desarrollo madurativo, sin otro antecedente patológico conocido, no tabaquista. Consulta al servicio de neumonología por cuadro de aproximadamente tres meses de evolución de episodios recurrentes de hemoptisis leve, tos productiva, estado subfebril intermitente y pérdida de aproximadamente 5 kilos de peso en el último tiempo acompañado de ligera astenia.

Al examen físico se observa regular estado nutricional, subfebril, buena entrada de aire en hemitorax derecho, a nivel de hemitorax izquierdo murmullo vesicular ligeramente disminuido áspero con hipoventilación en tercio superior, moviliza secreciones con la tos. Columna sonora. Resto del examen físico no presenta alteraciones significativas.

Se realizó rx tórax frente donde se observa tractos fibrocicatrizales en vértice derecho más disminución de volumen pulmonar izquierdo con ascenso del hilio y ligero desplazamiento del mediastino, importantes tractos de aspecto cicatrizales en hemitorax izquierdo, diafragma en discreta tienda de campaña.

Laboratorio: Hto 45% HB 15.6 Leucocitos 8.300 (61% PMN) Plaquetas 451.000 VSG 10 mm Glucemia 107 Urea 21 Orina S/P. Serología para aspergillus negativa, HIV no reactivo

BAAR esputo seriado directo y cultivo negativo en tres oportunidades

ESPUTO para gérmenes comunes directo y cultivo negativo

TAC TX sin contraste: tractos fibrocicatrizales y asiladas bronquiectasias por tracción en lóbulo superior derecho. Hemitorax izquierdo gran pérdida de volumen, extensos tractos fibrocicatrizales, numerosas bullas, bronquiectasias por tracción a predominio de tercio medio y superior del hemitorax.

Se realiza fibrobroncoscopia sin lesión endonbronquial, desestructuración anatómica a nivel del bronquio fuente izquierdo, regular cantidad de secreciones mucosas. Se realiza lavado broncoalveolar en misma zona. Y se envía material para cultivos y citológico con los siguientes resultados

Citología de lavado bronquial negativa para células neoplásicas

Directo y cultivo de gérmenes comunes de BAL negativos

Ziehl Neelsen de lavado bronquial y cultivo negativo, no se observan BAAR

Fresco KOH y giemsa da lavado bronquial negativos

Cultivo micológico positivo: CANDIDA PARAPSILOSIS COMPLEJO

Se inicia tratamiento con fluconazol según normativa con buena respuesta al mismo. Evoluciona afebril, mejoría clínica sintomática sin repetir episodios de hemoptisis, cultivo micológico de esputo luego de 45 días de tratamiento negativo.

CONCLUSION: C. parapsilosis es un importante patógeno oportunista del cual se cuenta con escasa información y reporte de casos de afectación o hallazgos en secreciones respiratorias de pacientes sin factores de riesgos para contraer la misma. Asociada a una amplia gama de entidades clínicas, eventualmente, se han reportado casos esporádicos de peritonitis, endoftalmitis, trastornos articulares, entre otros.

073- UNA ENFERMEDAD MUY FRECUENTE CON UNA PRESENTACIÓN MUY INFRECUENTE

FERNANDEZ STECHINA G¹; MALET J¹; FERNANDEZ M¹; MARTINEZ SEGOVIA E¹; GALLEGOS M¹; RAYA M¹; CARO F¹; LOMBARDI D¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer

Introducción: Los quistes pulmonares (QP) son espacios aéreos de pared fina, con interfase bien delimitada, en el parénquima pulmonar. Múltiples enfermedades pueden causar o imitar QP, siendo necesario diferenciarlos de cavidades, bullas, enfisema, bronquiectasias, entre otros. Se presenta el caso de un paciente con enfermedad pulmonar quística difusa (EPQD) secundaria a una enfermedad infecciosa frecuente en nuestro medio.

Caso clínico: Hombre de 22 años con antecedentes de tabaquismo de 1 p/y. Consultó en otra institución por disnea mMRC 4 y sudoración nocturna, Hospitalizándose con diagnóstico presuntivo de neumonía vs TBC. Se realizaron cultivos de sangre, esputo, y BAL, sin crecimiento microbiológico. Se inició tratamiento empírico con antituberculosos, piperacilina-tazobactam y trimetropima/sulfametoxazol. Intercurrió con neumotórax (NTX) derecho con requerimiento de ARM; agregando luego NTX izquierdo, requiriendo tubo de avenamiento pleural bilateral. Se solicitó derivación a nuestro Hospital. Al ingreso se encontraba extubado, hemodinámicamente estable, afebril. Se realizó TC de tórax que evidenció NTX bilateral y múltiples imágenes irregulares de densidad aérea con pared propia, ubicadas predominantemente en lóbulos superiores (LS).

Se solicitaron cultivos de sangre y esputo, serología para HIV, perfil inmunológico, α 1-antitripsina, y prick test, con resultados negativos. Se decidió realizar biopsia quirúrgica del lóbulo inferior izquierdo, y se enviaron muestras a Bacteriología y Anatomía Patológica. Se observaron granulomas no necrotizantes nodulares confluentes de ubicación peribroncovascular, subpleural y septos interlobares y espacios quísticos de bordes bien definidos y pared fina, con coloración para Ziehl Neelsen (ZN) negativa; en Bacteriología el ZN fue positivo, pero con cultivos sin desarrollo. Se solicitó PCR para *Mycobacterium Tuberculosis*, la cual fue positiva. Se inició tratamiento antituberculoso con 4 drogas y se solicitó TC control a los 2 meses, que evidenció regresión de los QP, persistencia de NTX izquierdo, de menor volumen, y retracciones cicatrízales en LS.

Discusión: Dentro de las causas de EPQD se encuentran la neumonía linfoidea, infecciones, LAM e histiocitosis, entre otras. Los QP pueden hallarse asociados a otras lesiones como vidrio esmerilado y/o nódulos pulmonares, lo cual puede orientar el diagnóstico; éste no era el caso de nuestro paciente. Ante la ausencia de otros estudios complementarios orientativos, fue necesaria la realización de biopsia quirúrgica para arribar a un diagnóstico definitivo.

Conclusión: La TBC es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio, de presentación polimorfa. Sin embargo, la EPQD es una forma rara, sólo descripta en escasos reportes de casos. La fisiopatología de los quistes es incierta, pero se han propuesto teorías basadas en mecanismos valvulares, obstrucción intraluminal por caseum o cicatrización bronquial con dilatación distal, etc. Por tanto, la TBC debe tenerse en cuenta como causa posible de EPQD en un contexto clínico adecuado.

074- ASPERGILOSIS Y NEUMOTORAX, ASOCIACION CASUAL O CAUSAL?

DE LA BARRA P¹; RESSINI G¹

¹HIGA *Paroissien*

Introducción: La Aspergilosis y su presentación clínica varía en función del tipo de paciente siendo el Neumotórax una presentación atípica y poco frecuente en pacientes inmunocompetentes.

Caso clínico: Mujer de 33 años de edad, niega antecedentes patológicos previos, ama de casa, que ingresa a guardia por presentar disnea de inicio súbito, dolor en hemitorax derecho. Se realiza RX de tórax que evidencia Neumotórax de Tercer grado por lo que se decide conducta quirúrgica y su internación en sala de Cirugía.

Exámenes complementario: Laboratorio de ingreso Hto. 35,2 Hb 11,9 GB. 13000.

Se coloca TAPBA derecho, sin débito inicial, tubo oscila y burbujea.

Evolución: Durante la internación tubo bloqueado, RX de tórax muestra expansión con Neumotórax laminar por lo que se retira tubo de avenamiento a las 48 horas

Por persistencia de dolor torácico y disnea se realiza RX de tórax que muestra Neumotórax derecho grado uno por lo que se recoloca TAPBA en hemitorax derecho expandiendo pulmón en el lapso de siete días.

Se realiza Fibrobroncoscopia con informes para BAAR negativos, con resultado de micológico de BAL positivo para *Aspergillus Fumigatus*, iniciando tratamiento con Itraconazol 200 mg por día durante seis meses.

Paciente evoluciona de forma favorable, eupneica con buena mecánica ventilatoria y TAC de tórax con buena expansión pulmonar y mejora radiológica siendo externada de Hospital. Se cita a controles por consultorios externos de Neumología.

Discusión: El cuadro clínico inicial fue sugerente de Neumotórax espontáneo sin causa conocida y sin ninguna otra sintomatología respiratoria, hasta que vuelve a presentarse Neumotórax como una mala evolución por lo que se realiza la Fibrobroncoscopia con rescate de *Aspergillus Fumigatus* pensando en una asociación que fue casual o causal?

Conclusión: Estas patologías que a menudo se presentan de forma separada con distintas formas de presentación tanto clínicas como radiológicas, en esta paciente se llega a un diagnóstico por la persistencia de su cuadro clínico y mediante estudios complementarios siendo una patología impensada en cuanto al agente causal.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

075- NEUMONIA POR LEGIONELLA REPORTE DE CASO

CAPUA J¹; ANDERSSON R¹; CORREA Y¹; GRANDI VEGA R¹; MANSELLA M¹; OUTON V¹; PELLEGRINO G¹; SANCHEZ A¹

¹San Juan de Dios. La Plata.

Introducción: La Neumonía por Legionella o Enfermedad de los Legionarios es la forma más grave de presentación de la infección por Legionella Pneumophila. Afecta a personas de edad media y ancianos, se relaciona principalmente con el tabaquismo, siendo su incidencia mayor en Verano.

Caso clínico: Motivo de consulta: Varón de 39 años que consulta por fiebre y tos no productiva de 1 semana de evolución asociado a disnea clase funcional III. Enolista, tabaquista de 60 paquetes/año, y consumidor de exotoxicos. Examen físico: Regular estado general, febril, hemodinámicamente estable. Saturación 84% a FIO₂ de 0.21, taquipneico, taquicardico. Aparato respiratorio: Regular mecánica ventilatoria, aceptable entrada bilateral de aire, rales crepitantes en base derecha. Exámenes complementarios: Laboratorio: Hto 42%, GB 16500 mm³. Gasometría arterial: PH 7.52, PCO₂ 29.9, PO₂ 44.4, HCO₃: 24.8, Sat 84.6% (0.21%), Na 141.2, K 3.6. Radiografía Tórax. Serologías: HIV, HBV, CMV, VDRL, EBV no reactivas. HCV reactiva. Se solicitan 2 muestras para hemocultivos y cultivo de esputo para gérmenes comunes y koch. Se decide instaurar tratamiento empírico con AMS + Claritromicina.

El paciente evoluciona desfavorablemente con aumento de rales bilaterales en 2/3 inferiores. Se realiza tomografía de tórax donde se observa patrón en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares.



Se toman muestras para Micoplasma, Chlamydia, VSR, Influenza, parainfluenza y Legionella. Siendo este último positivo en orina. Se suspende AMS. Continúa con Claritromicina hasta cumplir 14 días. El paciente evoluciona favorablemente y se otorga alta Hospitalaria

Discusión y Conclusiones: El caso descrito es inusual ya que se presenta en un paciente joven, inmunocompetente, en una época estival desfavorable y con una afección pulmonar extensa. El reconocimiento temprano de la neumonía por Legionella mediante la prueba de antígeno urinario contribuye en disminuir la mortalidad, ya que instaurando el tratamiento adecuado la tasa de sobrevivencia es mayor al 90%.

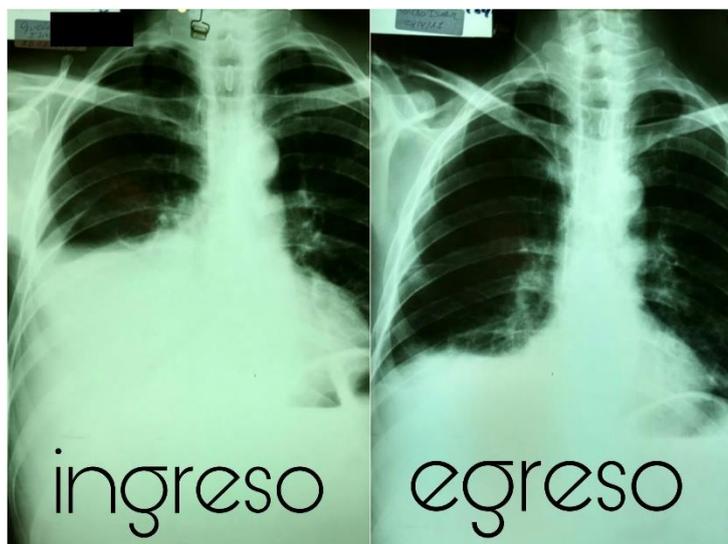
076- DERRAME PLEURAL QUILOSO EN UN PACIENTE CON HIV

BONZINI S¹; BATISTUTA C¹; ORTIZ E¹; BOGUE C¹; MARCHESINI M¹; FIGUEROA CASAS M¹; SAURO N¹
¹HOSPITAL I. CARRASCO

INTRODUCCION: Paciente adulto masculino con diagnostico de HIV que presento derrame pleural y ascitis quilosa como una rara complicación de MAI.

CASO CLINICO: Pcte 55 años con antecedentes de HIV diagnosticado 2007 en tratamiento regular con TARV ajustado a test de resistencia (CD4 19 y CV indetectable) 08/16, histoplasmosis diseminada en tratamiento de mantenimiento con itraconazol, MAI diseminado en tratamiento con etambutol + claritromicina 08/16 y tabaquista 40 p/año

Consulta por dolor dorsal de 5 meses de evolución de intensidad 8/10 que irradia a abdomen sin respuesta a antiespasmódicos asociado a nauseas saciedad precoz disnea grado II mMRC y sudoración, motivo por el cual concurrió a la guardia en múltiples ocasiones. Al examen regular estado general, TA 110/70, FC 90, FR 24 adelgazado afebril, adenopatía supraclavicular derecha móvil indoloro y elástica, MV abolido en campo mediobasal derecho con matidez percutora y VV abolidas Sat O2 99 (0.21), abdomen doloroso a la palpación difusa con matidez percutora en flanco y fosa iliaca izquierda. Se realizo al ingreso Rx, hemocultivo, esputo para BAAR, toracocentesis evacuadora, TAC de tórax y abdomen, biopsia de ganglio supraclavicular. No pudiendo realizar paracentesis.



Se inicio tratamiento con octreotide, medidas dietéticas con suplementos de aceite MCT, una dieta baja en grasas y drenaje, se sumo un tercer antimicrobiano como tratamiento para MAI. Posteriormente con una evolución tórpida y mala adherencia al tratamiento dietario, el pcte reproduce el derrame por lo que se decide realizar una nueva toracocentesis con toma de biopsia pleural. Por intolerancia oral y descenso ponderal se suspende el tratamiento con etambutol y se inicia ciprofloxacina además de NPT. Con mejoría clínico y radiológica.

Actualmente se encuentra en tratamiento con 3 drogas antimicrobianas para MAI (claritromicina, amikacina y ciprofloxacina), antirretrovirales, tratamiento profiláctico secundario para histoplasmosis. A la espera de nuevas drogas para instaurar tratamiento según informe de las pruebas sensibilidad.

DISCUSIÓN: Exposición de caso de un pcte HIV + MAI con derrama pleural quiloso no traumático. Teniendo en cuenta las múltiples causa: obstrucción mecánica, extravasación de ascitis, mala alimentación, reconstitución inmunología en HIV posterior al inicio del tratamiento TARV.

CONCLUSION: No es rara la coinfeccion de MAI y HIV. Ante la presencia de derrame pleural quiloso no traumático, tener en cuenta que la micobacteria atípica también puede ser la causa del derrame. Cabe destacar que con el tratamiento antimicrobiano, medidas higiénicos dietéticas y toracocentesis evacuadoras resulta en una mejoría sintomática y prolonga la supervivencia del paciente.

PALABRAS CLAVES: derrame quiloso no traumático, MAI, HIV, tratamiento conservador.

TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

077- MICOBACTERIOSIS PRODUCIDA POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS DE INFRECUENTE APARICION EN AISLAMIENTOS DE ORIGEN CLÍNICO: REPORTE DE CUATRO CASOS.

MATTEO M¹; LATINI M²; PAUL R³; BENDEZÚ K⁴; NEIRA L⁴; MONTESERÍN J³; ABREGÚ N²; POGGI S⁵

¹Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz (MCBA), Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza (UBA), ²Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza (UBA), ³Administración Nacional de laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos Malbrán, ⁴Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz (MCBA), ⁵ Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza (UBA)

INTRODUCCION: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son el agente etiológico de las micobacteriosis (MB). Se presentan tanto en pacientes con inmunocompromiso severo como en VIH/SIDA (predominio forma clínica diseminada) como en inmunocompetentes (predominio forma pulmonar con patología pulmonar previa). Las especies más frecuentes son *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. kansasii* y *M. abscessus*. También producen MB especies menos frecuentes. Se describen 4 casos clínicos de MB producidas por MNT de infrecuente aislamiento. El diagnóstico se realizó siguiendo las recomendaciones de la ATS. El procesamiento comprendió baciloscopía, cultivo en medios de Löwenstein Jensen y Stonebrink y en Bactec MGIT-960. La identificación de MNT a nivel de especie se obtuvo con el método molecular PRA (PCR-análisis de restricción del gen *hsp65*) y el uso de espectrometría de masa (MALDI-TOF MS).

CASOS CLINICOS: 1) Sexo masculino, 29 años, HIV positivo (linfocitos CD4+: 120 cels/mm³). Antecedentes de sarcoma de Kaposi en tratamiento. TAC de tórax con lesiones bilaterales cavitadas y lesión endobronquial nodular de tipo obstructivo. Se tomó BAL para diagnóstico y 8 días después biopsia endobronquial con resección del nódulo. De ambas muestras se aisló *M. heckeshornense*. 2) Sexo masculino, 44 años, HIV negativo, tabaquista. Antecedente de TB con tratamiento completo. Presenta hemoptisis severa, disnea clase funcional II, anemia e insuficiencia renal. TAC de tórax con lesiones cavitadas secuelas en ambos lóbulos superiores, retracción de parénquima pulmonar y abundantes ganglios calcificados en mediastino. Se hace diagnóstico con dos esputos, ambos presentan cultivo positivo para *M. xenopi*. 3) Sexo femenino, 59 años, HIV negativo, tabaquista. Glaucoma. Antecedentes de depresión tratada con ansiolíticos. Presenta tos productiva, anemia y pérdida de 10 kg de peso de 2 meses de evolución. Radiología con lesión cavitada en lóbulo superior izquierdo con infiltrado inflamatorio y engrosamiento pleural. Se realiza diagnóstico con dos esputos que presentan cultivo positivo para *M. szulgai*. Realiza tratamiento y presenta recaída un año después volviendo a aislarse *M. szulgai* en esputo. 4) Sexo femenino, 40 años, HIV positivo sin TARGA (linfocitos CD4+:140 cels/mm³), adicta a drogas, con varias infecciones concomitantes (HCV, neurolúes). Presenta síndrome febril prolongado, con síntomas neurológicos y respiratorios. El diagnóstico se hace de una única muestra de hemocultivo donde se aísla *M. novocastrense*.

DISCUSION: la disponibilidad de mayor tecnología en los laboratorios, tal como el uso de cultivos en medio líquido y la posibilidad de realizar técnicas de biología molecular permite aislar e identificar mejor a las MNT. De esta manera, se logra llegar al diagnóstico microbiológico de MB.

CONCLUSION: la descripción de varios casos de MB por MNT de aislamiento clínico poco frecuente pone en evidencia la necesidad de tener en cuenta a las mismas como agente etiológico, así como también la utilidad de realizar el diagnóstico de MB a nivel de especie.

078- CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON AR ASOCIADA A LEFLUNAMIDA Y SULFASALAZINA

CRUZ M¹; GONZALES A¹; GALPERIN M¹; GOMEZ QUERALES N¹; BURBANO PEREZ S¹

¹Hospital Alejandro Posadas

INTRODUCCION: Los pacientes con AR tienen mayor riesgo de infecciones, las causas predisponentes pueden estar relacionadas con alteraciones inmunológicas asociadas con la enfermedad o a los efectos inmunosupresores de los agentes utilizados en su tratamiento. La criptococosis pulmonar es poco frecuente en pacientes inmunocomprometidos no HIV.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 61 años con antecedentes de AR (en tratamiento con leflunamida desde el 2015 y sulfasalazina desde agosto 2016), HVC, ex tabaquista, ex etilista, tuberculosis pulmonar (a los 15 años con tratamiento completo) y NAC (2010). Consultó por cuadro clínico de varios meses de evolución caracterizado por pérdida de peso no cuantificada y dorsalgia de moderada intensidad. Al examen físico TA105/60, FC 70 lpm, SO₂ 96% (0,21), afebril, hipoventilación generalizada, crepitantes tipo velcro en base derecha. Laboratorio que evidenció leucocitosis, elevación VSG (68 mm) y serología para VIH negativa. Se realizó TAC de tórax donde se observó enfisema, bullas subpleurales y centrolobulillares, penalización subpleurales, tractos fibrosos pleuropulmonares bibasales y consolidación del lóbulo superior derecho con imagen cavitada. Se realizó FBC con LBA, con aislamiento en cultivo de criptococo neoformans, antigenemia (negativa). Se inició tratamiento con anfotericina y posteriormente fluconazol. El paciente evolucionó clínica y hemodinamicamente estable, se externó. En el control ambulatorio evolucionó asintomático, cumplió 6 meses de tratamiento con fluconazol y mejoría de las imágenes tomográficas.

DISCUSION: En la AR las alteraciones de base en el sistema inmunitario, la presencia de comorbilidades, la gravedad de la enfermedad y el uso de medicaciones inmunosupresores son factores relacionados con el aumento de incidencia de infecciones en estos pacientes. Existe un aumento en la frecuencia de infecciones por hongos en paciente inmunocomprometidos no HIV.

CONCLUSIÓN: Nuestro caso de artritis reumatoidea y criptococosis pulmonar se destaca que solo recibía tratamiento con leflunamida y sulfasalazina. Los casos reportados en la literatura muestran que el riesgo de infecciones graves es mayor en pacientes tratados con terapia biológica, corticoides y metrotexate en comparación con otros fármacos modificadores de la enfermedad.

079- ASPERGILOSIS PULMONAR CON INTERNACION EN TERAPIA INTENSIVA

VILLA R¹; CLOCCIATTI N¹

¹OSPLAD

Introducción: la Aspergilosis es una enfermedad producida por los hongos del género *Aspergillus*, de estos, el más frecuente es el *Aspergillus Fumigatus*; existen otro tipo de potenciales patógenos, como el *A. Flavus*, *Niger*, *Nidulans* o *Terrens* que es mas frecuente que produzcan enfermedades en pacientes inmunocomprometidos. La transmisión se produce por la inhalación de esporas y pueden presentar aspergilomas a nivel pulmonar, que consisten en granulomas que contienen acúmulos del hongo, y son típicos en pacientes con cavidades pulmonares previas y que pueden debutar como hemoptisis como primer síntoma. Para el diagnóstico se requiere la demostración del *aspergillus* en biopsias o cultivos. Su tratamiento se realiza con antifúngicos como el voriconazol, itraconazol, anfotericina b o caspofungina.

Caso Clínico: varón de 60 años, oriundo de Santiago del Estero, portero de colegio, con antecedentes de tuberculosis pulmonar que requirió tubo de avenamiento pleural en 1998 por neumotórax espontáneo, cumplió tratamiento completo antifímico; intercurriendo con neumonía de la comunidad en el año 2000 sin datos bacteriológicos. Consulta por cuadro clínico de 1 semana de evolución con disnea CF II, astenia, adinamia, hiporexia, tos con expectoración hemoptoica, sin fiebre. Al momento de la consulta taquipneico, desaturando, obteniendo oximetría de pulso de 92 % con máscara con reservorio. Directo de esputo, PCR y cultivo negativos para TBK. Serologías HIV, Hepatitis, Histoplasma, *Aspergillus nieger* y *flavus* negativas, (+) para *A. Fumigatus*: 3 bandas anódicas y 3 bandas catódicas 1/14. En TC de tórax se objetivó la presencia en el lóbulo superior derecho de un infiltrado retractil con múltiples bronquiectasias cicatrizales que provocan dilatación y retracción de la tráquea hacia la derecha, con bullas y engrosamientos subpleurales, de distribución difusa y bilateral, con signos de atrapamiento aéreo. Se trató con itraconazol con adecuada respuesta.

Discusión: cerca del 40 % de los casos de aspergilosis pulmonar no se diagnostican en la práctica clínica y muchas veces son hallazgos en las autopsias. El aspergiloma pulmonar es una masa redondeada que se desarrolla en una cavidad pulmonar previa en comunicación con la vía aérea, constituye la forma saprofítica de la aspergiosis. La formación del micetoma es consecuencia del desarrollo de colonias de *Aspergillus* dentro de cavidades secuelas de lesiones de TBK en un 95 % de los casos. El esputo es (+) solo del 10 al 15 % de los casos, la serología es (+) en el 90 %. La hemoptisis, acompañada de tos productiva se encuentra hasta en el 80 % de los casos por la gran circulación colateral que rodea al aspergiloma. Es frecuente la hemoptisis masiva.

Conclusión: la aspergilosis palomar es una patología que se presenta en pacientes con alteraciones estructurales del parénquima pulmonar, preferentemente cavernas; neutropenia febril, uso de corticoides o inmunosuprimidos.

080- ASMA BRONQUIAL Y ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MELLINO M¹; PEÑAFIEL R¹; RODRIGUEZ TACACUWA J¹; FRANCO P¹; MÜLLER C¹; SAAD R¹; TRINIDAD M¹; MORALES R¹

¹H.I.G.A. Presidente Perón Avellaneda

Introducción: La relación existente entre ambas enfermedades es compleja y difícil de establecer, al tratarse de dos enfermedades de alta prevalencia, se podría observar de forma sincrónica en un mismo paciente. Con las tomografías de alta resolución de tórax en pacientes asmáticos, se ha observado una prevalencia de bronquiectasias de alrededor del 30%, independientemente de la existencia de Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA) asociada. ABPA es una reacción de hipersensibilidad contra las especies de *Aspergillus* y otros hongos, que se produce casi con exclusividad en pacientes con asma o con menor frecuencia, en la fibrosis quística. El diagnóstico se establece mediante criterios clínicos, radiológicos e inmunológicos. El tratamiento se realiza con corticoides y, en pacientes con enfermedad resistente al tratamiento, Itraconazol.

Caso clínico: Paciente femenina de 51 años de edad, no tabaquista, con antecedentes de asma bronquial y bronquiectasias. Refiere neumonías a repetición, requiriendo internación en una de ellas. En tratamiento actual con Fluticasona 500/Salmeterol 50 dos veces al día y Montelukast 10 mg/día. Refiere haber recibido tratamiento con Tobramicina inhalada por persistencia en esputos de *Pseudomana Auriginosa* multisensible, con posterior negativización del mismo. Consulta a nuestro servicio de Neumonología por presentar, tos con expectoración purulenta y fiebre de 38 °C. Al examen físico: BMV, BEAB, roncus bilaterales, SO₂ 96% al 0,21%. Trae Rx de tórax: signos indirectos de atrapamiento aéreo y radiopacidades perihiliares bilaterales con radio lucidez en su interior algunas de ellas con contenido hidroaéreo. Se solicitan estudios, y se indica tratamiento antibiótico empírico con quinolonas por 14 días. A la siguiente consulta trae resultados, y refiere continuar con iguales síntomas. Laboratorio: GB: 5860³/ul (Eos 15%), Hb 11 g/dl, Hto: 32%. IGE: 2000UI/l. Espirometría: R 59, VEF1 1310ml (45%), FVC: 2100ml (82%). sin respuesta a B2 con deterioro funcional respecto a espirometrías previas. Cultivos de esputo para koch y gérmenes comunes: negativos. TAC: Se evidencia áreas de consolidación del espacio aéreo alveolar de distribución peribroncovascular perihilear bilateral, asociado a bronquiectasias cilíndricas y varicosas centrales bilaterales. Con estos resultados se solicitan nuevos estudios, precipitinas para *Aspergillus* (positivo >100). Cumpliendo los criterios diagnósticos para ABPA, se comienza con esteroides 40 mg/día. Se rota tratamiento broncodilatador a Furoato de Fluticasona/Vilanterol 184/22mcg día y Tiotropio 18 mcg día. En los siguientes controles la paciente refirió mejoría sintomática.

Conclusión: La presencia de ABPA en pacientes con asma bronquial, se asocia a mayor gravedad del asma, con rápida declinación del funcional respiratorio, y mayor frecuencia de obstrucción bronquial fija. La realización de TAC de tórax junto a exámenes de laboratorio a pacientes asmáticos mal controlados, puede ayudar al rápido diagnóstico de esta enfermedad, mejorando el tratamiento y la evolución.

081- COMPROMISO PERICÁRDICO EN UN PACIENTE CON NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD

GOMEZ C

Hospital de infecciosas francisco Javier Muñiz

Introducción: La pericarditis de origen bacteriano es una entidad infrecuente, Los gérmenes implicados en este grupo suelen ser *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*. En la era preantibiótica, la etiología neumocócica era la más prevalente. Pero a partir del advenimiento de la penicilina (1944) y de las vacunas anti neumocócicas, su incidencia ha disminuido, siendo actualmente excepcional y habitualmente acompañando a una infección pleuropulmonar.

Caso clínico: Paciente masculino de 42 años de edad, oriundo de Perú, con antecedente de tuberculosis pulmonar (TB) con tratamiento completo. Consultó por disnea mMRC 3 y precordialgia continua, opresiva, de intensidad 8/10, sin irradiación, que empeoraba por la noche, y que no cedía con analgésicos. Al examen físico presentaba deterioro del estado general, fiebre y disminución global de la entrada de aire. La radiografía de tórax evidenció aumento del índice cardiotorácico y opacidades heterogéneas nodulillares confluentes en campo superior izquierdo. La baciloscopía de esputo fue negativa. Se tomaron muestras de hemocultivos y antígeno urinario para neumococo. El electrocardiograma mostraba signos compatibles con pericarditis, por lo cual se inició corticoterapia. Tres días más tarde, se obtuvo desarrollo de *Streptococcus pneumoniae* en las muestras remitidas. A pesar de que se inició tratamiento antibiótico, el paciente evolucionó desfavorablemente con aumento de la colección pericárdica y signos progresivos de taponamiento cardíaco. La TAC de tórax constató abundante derrame pericárdico y pleural izquierdo. Se decidió realizar pericardiocentesis y toracentesis con posterior colocación de tubo de avenamiento pleural. No se obtuvo rescate alguno en ambos líquidos de punción. También se descartó la presencia de inmunodeficiencia humoral y enfermedades autoinmunes preexistentes. Completó tratamiento antibiótico por 21 días con buena respuesta clínica y radiológica.

Discusión: La pericarditis bacteriana es una enfermedad infrecuente, con una incidencia de 1/18.000 casos. Es de curso rápidamente fatal en ausencia de tratamiento, y de difícil diagnóstico clínico antes de la aparición de taponamiento cardíaco. El ecocardiograma es el estudio de elección ante la presunción de derrame pericárdico, a la vez que la pericardiocentesis permite la confirmación definitiva del diagnóstico. El tratamiento requiere antibióticos endovenosos, drenaje pericárdico y medidas de soporte intensivo.

Conclusiones: La mortalidad es cercana a 100% sin tratamiento, pero con el tratamiento apropiado, disminuye a 20%. Ante la falta de directrices definitivas sobre la duración del tratamiento antibiótico, parece razonable sugerir 2 a 4 semanas con un esquema de amplio espectro, o bien, ajustado a la sensibilidad del germen obtenido.

082- NEUMONÍA CAVITADA EN RECEPTORA DE TRASPLANTE BIPULMONAR

VIRHUEZ Y¹; RANERO F¹; RODRIGUEZ T¹; TOLEDO E¹; DEL MORAL L¹; AHUMADA R¹; WAGNER G¹; OSSÉS J¹; CÁNEVA J¹; FAVALORO R¹

¹Fundación Favaloro

Introducción: El riesgo de infección fúngica invasiva después del trasplante es significativo por hongos filamentosos y especialmente por aspergillus spp. Siendo la incidencia de aspergilosis invasiva en el trasplante pulmonar la más elevada entre los receptores de trasplante de órganos sólidos situándose entre el 4 - 23%, seguido por los trasplantes hepáticos.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 37 años de edad, con antecedente de trasplante bipulmonar (2006) por bronquiectasias e insuficiencia respiratoria. Rechazo crónico de injerto en 2013 (Síndrome de bronquiolitis obliterante). Cursó internación en otro centro con diagnóstico neumonía por Pseudomona Aeruginosa. Realizó tratamiento antibiótico durante 15 días por vía endovenosa durante su internación, completando posteriormente tratamiento antibiótico en su domicilio. Acude a control manifestando persistencia de los síntomas (tos, dolor torácico infraescapular derecha, malestar general). Se realizó TAC de tórax observándose múltiples lesiones cavitadas, destacándose las de mayor tamaño en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo y segmento anterior del lóbulo superior derecho en comunicación con bronquios adyacentes, con contenido heterogéneo en su interior. También se reconocen lesiones nodulares de menor tamaño distribuidas aleatoriamente en ambos parénquimas pulmonares con una distribución peribroncovascular, asociadas a imágenes pseudonodulares de aspecto consolidativo. Se realizó fibrobroncoscopia con cultivo de lavado broncoalveolar rescatándose hongo micelar con hifas tabicadas no compatibles con aspergillus. Inició tratamiento empírico con voriconazol cefepime y levofloxacina. Se derivó a Hospital Universitario Fundación Favaloro. En este contexto a su ingreso se realiza nueva tomografía de torax sin cambios con respecto a lo mencionado anteriormente, para efecturarse fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) y biopsia transbronquial (BTB) de lóbulo inferior izquierdo y lóbulo superior derecho. Resultado anatomía patológica: Lóbulo superior derecho e izquierdo lesiones inflamatorias leves. Signos incipientes de neumonía en organización lóbulo inferior izquierdo. Descartándose signos de rechazo agudo en muestras de biopsias. Ante aislamiento de Pseudomona aeruginosa multisensible y Aspegillus fumigatus de cultivo de lavado broncoalveolar, se decidió continuar tratamiento dirigido a sensibilidad con cefepime, ciprofloxacina durante 14 días asociado a voriconazol como tratamiento prolongado. Paciente evolucionó favorablemente.

Conclusión: Es importante mencionar que existen factores de riesgo que predisponen a aspergilosis invasiva como: infecciones bacterianas recurrentes, reactivación de CMV, bronquiolitis obliterante entre otras. La mortalidad de aspergilosis invasiva varía según su presentación clínica, siendo la enfermedad pulmonar invasiva con más alta mortalidad (67% a 82%), seguida de traqueobronquitis. Por lo tanto es esencial el diagnóstico oportuno y el tratamiento profiláctico postrasplante

083- SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS

MEDINACELLI E¹; CHURIN L¹; FALCO J¹

¹FUNDACION SANATORIO GUEMES

INTRODUCCION: El síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) fue reconocido por primera vez en 1993 como un brote de SDRA de alta letalidad (76%), en el suroeste de E.U.A. El agente etiológico fue identificado como un nuevo virus ARN del genero *Hantavirus* (familia *Bunyaviridae*) que infecta en forma crónica a roedores(1). El componente respiratorio de este síndrome cumple con criterios de SDRA. En Sudamérica, los primeros casos fueron notificados en Brasil en 1993 y luego se han confirmado casos en Argentina y otros países (2)

CUADRO CLINICO.-Masculino de 21 años, ocupación limpieza y mantenimiento de cloacas, comienza hace una semana con cefalea, fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos, mialgias, tos seca, disnea progresiva, a su ingreso PAFI de 150 y TC de tórax con imágenes de consolidación bilateral, laboratorio con Hto 32%, GB 30.500, Plaquetas 30.000, TGO 432, TGP 699, LDH 1616, CPK 1200, VSG 40, PCR 47, serología HIV negativa. Recibe amplia cobertura atb, cultivos negativos, SEROLOGIA HANTA VIRUS POSITIVO. Evolucionara favorablemente.

DISCUSION.-Se observan expresiones clínicas de la infección por hantavirus: casos leves que no requieren ventilación mecánica (VM) y otros más graves que sí requieren VM, evolucionando una parte de ellos hacia el *shock* con hipoxemia severa. El cuadro clínico general de los pacientes en esta serie ha sido similar al observado en otros cuadros respiratorios de causa viral: fiebre, mialgias, manifestaciones abdominales inespecíficas, cefalea y compromiso del estado general. La tos ha sido un síntoma tardío y que precede de la insuficiencia respiratoria, hecho semiológico que podría constituirse en un indicador premonitorio del *distress*. Se describe una variedad de hantavirus (Bayou) que produce síndrome pulmonar asociado a elevados niveles de LDH y CPK por rhabdomiolisis. Existe la triada trombocitopenia, desviación a izquierda de la serie blanca y la existencia de blastos (> al 10% de los linfocitos), se encuentra en todos los pacientes con SPH y en ningún otro enfermo con SDRA por otra causa infecciosa que simule al SPH (3).

CONCLUSION.-Debido a que la enfermedad no tiene una elevada incidencia mundial, es difícil que el tema despierte interés, por lo que es necesario que se tenga por lo menos un conocimiento básico de la enfermedad basado en: conocer las áreas de transmisión, los factores de riesgo y la investigación epidemiológica de contactos. Solo de esta forma se puede realizar un diagnóstico ante una sospecha clínica y realizar posteriormente un tratamiento específico, proporcionando apoyo cardiorrespiratorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Duchin J S, Koster F T, et al. SPH: a clinical description of 17 patients with a newly recognized disease. N Engl J Med 1994; 330: 949-55.
2. Iversson L B, Da Rosa A P et al. Human infection by hantavirus in southern and south eastern Brazil. Rev Asoc Med Bras 1994; 40: 85-92.
3. Jenison S, Hjeller B, Simpson S, et al. SPH: clinical, diagnostic and virologic aspects. Seminars Respiratory Infections 1995; 10 (4): 259-69.

084- CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE HIV NEGATIVO

FAILDE R¹; MUSELLA R¹; FRIAS A¹; LOMBARDO L¹; VISCA M¹; MARTIN I¹; CASCO N¹; RODRIGUEZ MIERES A¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

INTRODUCCIÓN: *Cryptococcus gattii* es un hongo encapsulado que se encuentra principalmente en climas tropicales y subtropicales, aislado con frecuencia en la corteza árboles como el eucalipto. La transmisión ocurre por inhalación de las esporas que penetran por vía respiratoria en el interior del organismo. La criptococosis pulmonar es una micosis sistémica oportunista, principalmente en pacientes inmunosuprimidos, en quienes suele darse el compromiso del SNC por diseminación hematológica.

CASO CLÍNICO: Paciente argentino de 55 años, chofer de micros de larga distancia, antecedentes de tabaquismo (30 paquetes/año), tratamiento empírico para TB pulmonar en 2008, concurre por cuadro de tos productiva, fiebre, pérdida de 20 Kg de peso y hemoptisis leve desde el mes de julio de 2016. Cursó internaciones en Sanatorio San José (12/16) y Hospital Ramos Mejía (03/17) por estudio de lesión pulmonar izquierda cavitada y nódulo subpleural espiculado derecho. Se le realizaron dos FBC: lesiones bilaterales en empedrado, mamelonadas, friables, de fácil sangrado. Se tomaron biopsias con resultado de proceso inflamatorio crónico con necrosis. BAL sin evidencia de células neoplásicas. Es internado en Hospital Muñiz (04/17). Ingresó normotenso, febril, saturando 98% al 0,21. Al laboratorio: Hto: 28%, Hb: 9 g/dl, GB: 10.700, VSG: 96mm, PCR: 67,7 mg/l. Se inicia ceftriaxona-clindamicina. Se realizan hemocultivos, esputo citológico, esputo micológico y para BAAR (directo y cultivo): Negativos. Serología para hongos: Negativas. Se constata síndrome anémico por trastornos crónicos. SOMF: Negativo. Se inicia hierro EV. Se repite FBC: Lesión mamelonada en LSD, se toma biopsia de lesión endoluminal, BTB en LSD, biopsia ganglionar de 4R y BAL. Completa 21 días de antibióticos con mejoría notable de lesión cavitada izquierda. Se le otorga alta Hospitalaria. Resultado de biopsias: infiltrado inflamatorio mononuclear, sin atipias. Cultivo micológico de BAL: Positivo para *Cryptococcus gattii*. Se reinterna e inicia tratamiento con fluconazol. Se descarta compromiso de SNC. Antigenemia negativa. Se da el alta por mejoría clínico-radiológica.

DISCUSIÓN: Nuestro paciente presenta compromiso pulmonar bilateral, una masa derecha y una lesión cavitada izquierda que redujo su tamaño al iniciar tratamiento, con una disminución notable de los síntomas. Cuando no hay compromiso meníngeo, se recomienda la terapia con fluconazol/itraconazol (400 mg/d) por un período no menor a 6 meses y según la respuesta extenderlo a un año.

CONCLUSIONES: La criptococosis pulmonar en huéspedes inmunocompetentes es una entidad poco frecuente en nuestro medio. Se debe tener en cuenta ante la presencia de un cuadro subagudo o crónico, nódulos o masas pulmonares de márgenes irregulares, que pueden cavitarse y no se relacionan con un proceso neoplásico. Se debe descartar siempre el compromiso neurológico en éstos casos. Aunque la especie aislada con mayor frecuencia es *C. neoformans*, en huéspedes con adecuada respuesta inmune aumenta en la prevalencia de *C. gattii* sobre todo en el sexo masculino.

085- STAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (SAMR-AC) CON DISEMINACION MULTIORGANICA. REPORTE DE UN CASO

VALENTE MAGALLANES L¹; CASTILLO S¹; ALANIZ M¹; VILAS G¹; FACCIOLI G¹

¹Hospital tornú

INTRODUCCION: Las infecciones invasivas por SAMR-AC se han convertido en un problema emergente debido a su elevada mortalidad. Alrededor del 20% presenta diseminación hematógena. El SAMR AC puede presentarse como neumonía necrotizante hemorrágica, empiema, sepsis o infecciones músculo-esqueléticas.

CASO CLINICO: Paciente de 42 años, tabaquista. Por absceso en región cervical realizó cefalexina autoadministrado. A los 15 días presenta fiebre, tos con expectoración hemoptoica y dolor en cadera izquierda. Consulta a guardia y se decide internación. Al ingreso: FC 110 lpm, T° 38.2°C, FR 26 rpm, SpO2 92% al 0.21, regular mecánica ventilatoria, crepitantes bilaterales, abdomen con reacción peritoneal y dolor en cadera izquierda. Laboratorio: leucocitosis y plaquetopenia, VSG 86, HIV negativo. Rx de tórax: radioopacidades heterogéneas bilaterales. Tomografía (TC) de tórax: nódulos pulmonares cavitados y consolidaciones bilaterales. TC de abdomen: formación a nivel de psoas iliaco izquierdo. Por sospecha infección invasiva SAMR AC se inicia tratamiento empírico con Vancomicina + Ceftriaxona, se realizan hemocultivos y FBC/BAL. Se decide conducta quirúrgica de urgencia con drenaje de absceso de psoas. Presentó rescate de SAMR en cultivos sangre y material de drenaje quirúrgico. Evoluciona con insuficiencia respiratoria con requerimiento de AVM durante 19 días. Finalizó tratamiento antibiótico con mejoría clínica y radiológica. Pasa a sala general y posteriormente es dado de alta.

DISCUSION: Los cuadros invasivos por SAMR AC se presentan con múltiples localizaciones y elevada morbimortalidad. La presentación clínica más habitual es de neumonía grave de la comunidad, con fiebre y hemoptisis, consolidaciones bilaterales e imágenes cavitadas. Este cuadro puede evolucionar rápidamente a shock séptico, con requerimientos de AVM, Insuficiencia Renal Aguda (IRA) y paro cardiorrespiratorio. El aislamiento de SAMR en muestras estériles hace sospechar infección invasiva. Aunque la infección invasiva por SAMR AC aun es rara a nivel mundial, su incidencia esta en aumento.

CONCLUSION: Las neumonías causadas por SAMR AC afectan en mayor proporción a individuos sin patología predisponente grave y se presenta con mayor riesgo de muerte comparado con otras infecciones invasivas por SAMR-AC. En todo paciente joven con NAC grave con sospecha de SAMR AC se recomienda el tratamiento antibiótico empírico con cobertura hasta obtener resultados de los cultivos.

BIBLIOGRAFÍA:

Staphylococcus aureus meticilino resistente adquirido en la comunidad: una nueva amenaza. Rev Am Resp 2012; 4: 131-139

Barrett FF, McGehee RF Jr, Finland M. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus at Boston City Hospital: bacteriologic and epidemiologic observations. N Engl J Med 1968; 279: 441-8

086- BRONQUIECTASIAS COLONIZADAS POR E. COLI BLEE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

ROCCHIA NOVILLO M¹; MARTINEZ DELCALDO S¹; BRAGADO L¹; BALDASARIA R¹; CÁCERES N¹; ALTIERI H¹

¹Hospital Centro de Salud

Introducción: Las bronquiectasias (BQ) son dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios con alteración del epitelio ciliar. No son una enfermedad en sí mismas, sino el resultado final de enfermedades diferentes que tienen puntos de manejo en común. Sea cual sea la etiología, los pacientes con BQ son susceptibles de contraer infecciones bronquiales o constituir un nicho ecológico ideal para la colonización de microorganismos y desarrollar una respuesta inflamatoria que favorece la progresión de la lesión pulmonar.

Caso clínico: Paciente sexo femenino, de 19 años de edad. Antecedentes personales: desde los 6 meses de edad múltiples internaciones por neumonía, en la de 2010 diagnóstico de bronquiectasias por radiografía y TAC de tórax (múltiples dilataciones quísticas a predominio de ambos lóbulos inferiores) con cultivo de esputo positivo: Haemophilus influenzae. En Dic. 2015 se interna por reagudización con esputo: (+) Escherichia coli blee >106 UFC (sensible a AMK-IMI-TAZO-TMP-MERO, resistente a AMS-Cefalosp-CIPRO-GENTA). Se hizo tratamiento con piperacilina/tazobactam y trimetrotrima-sulfa: 21 días por vía endovenosa. Exámenes complementarios: GB: 11.600 (N 80%), PCR 192 mg/l. Alfa 1 antitripsina normal. Dos test de sudor negativos. HIV negativo. Hemocultivo y urocultivo negativos. Cultivos de esputo 2016 (ene/abr/jun): Escherichia coli blee >106 UFC (sens. a AMK-IMI-TAZO-TMP-MERO-COI). TACAR de tórax: sin progresión de las lesiones. Espirometría (junio 2016): Pre broncodilatación CVF: 2.58 (61%), VEF1: 1.49 (40%), FEV1/FVC: 58%. Post broncodilatación CVF: 2.79 (66%), VEF1: 1.79 (48%), CVF/FEV1: 64%. Reversibilidad: positiva. La paciente tuvo buena evolución, no presentó reagudizaciones en el último año, realiza tratamiento con fluticasona/salmeterol 500/50 1 inhalación cada 12 hs y Azitromicina trisemanal durante 1 año. Espirometría (junio 2017): Pre broncodilatación CVF: 2.75 (78%), VEF1: 1.99 (77%), CVF/FEV1: 73% Reversibilidad: negativa. Persiste la colonización bronquial crónica por E. coli blee con igual sensibilidad del antibiograma.

Discusión y Conclusión: Se presenta a una paciente con bronquiectasias de etiología postinfecciosa, no inmunosuprimida, con colonización bronquial crónica por Escherichia coli blee. La colonización bacteriana en pacientes con bronquiectasias por microorganismos potencialmente patógenos, siendo los más frecuentes: Haemophilus Influenzae y Pseudomonas aeruginosa, es común en pacientes estables, mientras que E. coli blee se encuentra en menos del 5 % y tienen en común aumentar el riesgo de disminuir la función pulmonar. Por último; la colonización por E.coli es una entidad rara, que afecta frecuentemente a pacientes con dilataciones quísticas extensas, que persisten a pesar de tratamientos antibióticos crónicos.

Palabras claves: Bronquiectasias. Colonización. E. coli.

087- NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD POR ACHROMOBACTER XYLOSOXYDANS

VIRGILIO C¹; CASTILLO V¹; BRESCACÍN C¹; SANCHEZ M¹; GRAMBLICKA G¹; GALLARDO M¹; TABAJ G¹; MALAMUD P¹

¹Hospital Cetrángolo

Caso clínico

Femenina de 36 años, tbq 5 p/y, sin ac patológicos conocidos. Consultó por disnea, tos productiva con estrías hemoptoicas, toracodinia derecha, fiebre de una semana de evolución. Al EF: taquicárdica, taquipneica, sat 85% 0.21. Buena entrada bilateral de aire, crepitantes, matidez base derecha y columna mate.

Estudios complementarios:

- .RX tórax: radiopacidad base derecha.
- .Lab: leucocitosis, Hto 33%, EAB IR I, PAFI 198, HIV (-)
- .HMC x2 y cultivos de esputo (-)
- .Eco pleural: sin signos compatibles con derrame.

Impresión dx: NAC. Se inició tto atb con levofloxacina ev (AMC previamente).

TC tórax: ambos hemitórax con opacidades de densidad mixta, áreas de consolidación, a predominio derecho LM y LI adoptando patrón en empedrado.

FBC: sin alteración estructural (se realizó BAL Y BTB).

Se reinterpretó el cuadro como neumonía bacteriana prob. gérmenes intracelulares vs SAMR vs viral añadiéndose Vancomicina.

Resultados durante la internación:

-Microbiológico de BAL LM :cultivo + para Achromobacter Xylosoxidans S a CAZ, IMP, MPN, PTZ, TMS, R a CEFALOTINA AMK CEFOTAXIME COL GENTA.

-Gram y Ziehl Nielsen (-)

-Rto celular diferencial: L 36% y N 8%, sin hematíes ni siderófagos.

La pte es externada luego de 10 ds de tto ATB ev continuando con TMS por sensibilidad y Levo VO a completar 15 días en total.

Resultados al alta:

- Biopsia mucosa traqueal: metaplasia escamosa

- BTB pulmón: morfología compatible con neumonía en organización.

- TC control: resolución completa de las lesiones.

Revisión bibliográfica

Achromobacter xylosoxidans BG (-) aeróbico, móvil, no fermentador, oxidasa+, descrito por primera vez en 1971 en un pte con otitis media purulenta crónica. Los casos reportados involucran infecciones ocurridas en ptes inmunocomprometidos (neo, enf CV, DBT, transplantados, insuficiencia renal). La mayoría son nosocomiales 70% aunque 1/3 de las mismas son adquiridas en la comunidad. El organismo puede sobrevivir y multiplicarse en soluciones acuosas. Los aislamientos provienen de otitis, líquido pleural, peritoneal y cefalorraquídeo, osteomielitis, catéteres. La mayoría de las especies son R a ampicilina, cefalosporinas de 1^a, 2^a y 3^a generación, AMG y quinolonas. La piperacilina sola o en combinación con tazobactam, IMP y TMS inhiben la mayoría de los aislamientos. La combinación de TAZ y TMS es altamente efectiva en el tto de las infecciones producidas por este microorganismo. La mortalidad es alta (70% en ptes con neumonía y 90% con endocarditis) por lo que la rápida identificación del germen nos permitirá adecuar en forma más efectiva el tto atb y de este modo disminuir tasa de mortalidad.

088- BRONQUIECTASIAS INFECTADAS POR AEROMONA CAVIAE: A PROPÓSITO DE UN CASO

REARTE J¹; CARO F¹; LOMBARDI D¹; FERNÁNDEZ M¹; OROZCO J¹; COCCO B¹; MALET RUIZ J¹; FORLENZA PARRAO R¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Introducción: La *Aeromonas caviae* (AC) es una bacteria gram negativa, anaerobia facultativa, ampliamente distribuida en agua dulce y salada, gran variedad de alimentos y animales de granja. En el humano causa infecciones principalmente en el tracto gastrointestinal (TGI), siendo el compromiso pulmonar extremadamente infrecuente, con escasos reportes en la literatura.

Caso Clínico: Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de ex tabaquismo de 13 paquetes año, y diagnóstico de BQT en 2005 de probable etiología postinfecciosa, colonizado con *Pseudomonas aeruginosa* cepa mucosa multisensible.

Consulta por cuadro de aproximadamente 10 días de evolución de tos, expectoración purulenta y registros febriles, refiriendo tratamiento previo con amoxicilina-ácido clavulánico por 7 días, con toma previa de cultivo de esputo, con radiografía de tórax que evidencia múltiples imágenes radiolúcidas con paredes y niveles hidroaéreos en su interior. Se interpreta como BQT sobreinfectadas probablemente por gérmenes multidrogosresistentes, internándose para recibir tratamiento empírico con piperacilina tazobactam (PTZ).

Se recibe informe de cultivo de esputo previo, con desarrollo de AC sensible a cefalosporinas de tercera generación (C3G) y PTZ. El paciente negaba ingesta de alimentos de agua dulce o salada o exposición a las mismas. No presentaba enfermedad hepática crónica o diabetes, ni antecedente de neoplasia, factores de riesgo asociados a infección por *Aeromonas*.

Se solicita nuevo esputo para confirmación bacteriológica. Se vuelve a aislar AC, con resistencia a C3G y PTZ, siendo sensible a cefalosporinas de cuarta generación (C4G), rotándose antibiótico a cefepime. Evoluciona favorablemente, egresando sin interurrencias.

Discusión: Las infecciones por bacterias del género *Aeromonas*, comprometen, en su mayoría, el TGI. El compromiso pulmonar es infrecuente, manifestándose como neumonía grave o empiema. Dentro de los pocos casos reportados, prevalece el rescate de *Aeromonas hydrophila* y AC; la mayoría de estos pacientes presenta algún grado de inmunocompromiso y la morbimortalidad es elevada. Como en el caso presentado, el género *Aeromonas* suele presentar resistencia a ampicilina, siendo sensible a C4G, pero con sensibilidad variable a PTZ y C3G. Es frecuente que porten betalactamasas de tipo AmpC cuya expresión puede ser desencadenada por agentes inductores (como betalactámicos) o por desarrollo de mutaciones derrepresoras.

Conclusión: Se reporta, a nuestro conocimiento, el primer caso de aislamiento de AC en un paciente inmunocompetente con BQT postinfecciosas. El cultivo en esputo y antibiograma fueron fundamentales para un correcto diagnóstico y tratamiento.

089- SARCOIDOSIS NODULAR: PRESENTACION DE UN CASO

ALVAREZ P¹; YUSTI G¹; CARLOS T¹; ROXANA G¹

¹HOSPITAL POSADAS

Introducción: La sarcoidosis nodular es rara, oscilando entre el 1,6% y el 4% de los pacientes con sarcoidosis. Los nódulos miden de 1 a 5 cm de diámetro, consisten típicamente en granulomas coalescentes. Hay datos limitados sobre esta forma de sarcoidosis y su presentación puede simular neoplasias pulmonares primarias o metastásicas.

Caso clínico: Mujer de 45 años que consulta por cuadro de un año de evolución de tos seca, disnea CF II, astenia, pérdida de peso y equivalentes febriles, que empeoró en las últimas 3 semanas. Se realizó TAC de tórax que informó múltiples imágenes nodulares bilaterales de bordes irregulares y adenomegalia mediastinales. La paciente evoluciona con tos productiva y disminución de la saturación al aire ambiente por lo que se decide su internación. Se realizó nueva TAC que informó: derrame pleural derecho escaso, múltiples imágenes nodulares, de distribución difusa, a predominio de lóbulos superiores, área de consolidación en el espacio alveolar con broncograma aéreo en su interior, múltiples ganglios axilares y mediastinales. Se realizó toracocentesis diagnóstica, se obtuvo líquido pleural compatible con exudado con predominio mononuclear. Cumplió antibióticos, sin aislamiento bacteriológico y sin mejoría del cuadro clínico. Se realizó fibrobroncoscopia diagnóstica que informó ausencia de lesiones endoluminales, BAL con citología negativa y Zielh Nielsen (ZN) negativo, biopsia transbronquial que informó parénquima pulmonar con leve infiltrado inflamatorio con histiocitos y aisladas células gigantes multinucleadas que conforman un granuloma mal definido. PAS y ZN negativo. No se observan células neoplásicas. Con diagnóstico presuntivo de sarcoidosis nodular se inicia tratamiento con meprednisona 60mg/día. Evolucionó con mejoría clínica y de la oxigenación. Al mes de iniciar el tratamiento se realiza TAC control que informó mínimo derrame pleural derecho, sin imágenes macronodulares ni adenomegalias mediastinales previamente documentadas, ganglios hiliares bilaterales.

Discusión: La mayoría de los pacientes con sarcoidosis presentan los típicos hallazgos con adenopatías hiliares e infiltrados intersticiales. Ocasionalmente se presentan con hallazgos atípicos como nuestro paciente. Los diagnósticos diferenciales de nódulos grandes y de las masas pulmones incluye enfermedad metastásica pulmonar, Granulomatosis de Wegener, infecciones fúngicas, enfermedades linfoproliferativas, neumoconiosis y Carcinoma broncoalveolar difuso. El diagnóstico de sarcoidosis requiere 3 elementos: a) hallazgos radiográficos y clínicos consistentes con sarcoidosis, b) exclusión de enfermedades que se presentan de forma similar, y c) biopsia con granulomas no caseosos en histopatología.

Conclusión: La presencia de múltiples nódulos o masas pulmonares implica el diagnóstico diferencial de metástasis o neoplasia primaria. Dentro de los diagnósticos benignos a considerar se encuentra la sarcoidosis nodular. Este diagnóstico puede ser confirmado broncoscopicamente con biopsia transbronquial o mediante una biopsia pulmonar transtorácica de la lesión.

090- PROTEINOSIS ALVEOLAR , A PROPÓSITO DE UN CASO

PEREYRA B¹; MOYANO V¹; ALBIERO J¹; CASAS J¹

¹Sanatorio allende cerro

Introducción: La Proteinosis Alveolar Pulmonar (PAP) es una enfermedad caracterizada por la acumulación de surfactante en el interior del espacio alveolar, resultando en una alteración del intercambio gaseoso. El curso clínico es variable, desde la resolución espontánea hasta el fallo respiratorio. Tres formas: genética, secundaria y primaria o idiopática, siendo esta última la más frecuente en adultos (>80%), Dentro de la forma secundaria se encuentra la exposición a polvos o a químicos (especialmente silice), pero no se describe relación directa con drogas inhaladas.

Caso: Masculino, 35 años, consulta por disnea progresiva y fiebre, con empeoramiento en las últimas 24 horas; taquipnea, hipoxemia, tos seca; artralgias y mialgias generalizadas. Antecedente en el último año: adicción a Marihuana y cocaína; pérdida de peso, artralgias matutinas, astenia con disminución de la capacidad física, no estudiado. La TC de tórax mostró engrosamiento del intersticio pulmonar y septos interlobulillares, con patrón de empedrado irregular, difuso, bilateral. Laboratorio con Linfocitosis, Hipoxemia e Hipocapnia en gasometría arterial, PCR y VSG elevadas, Procalcitonina negativa; serología para HIV, VHB, VHC, CMV negativas. Serología autoinmune negativa. Se tomaron muestra para cultivos (sin desarrollo bacteriano) y se inició tratamiento antibiótico empírico. Internación en UTI durante 5 días con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Aguda, y requerimiento de VNI. Se realizó Biopsia pleuropulmonar por toracotomía izquierda y se inició tratamiento corticosteroide; buena respuesta clínica e imagenológica. Diagnostico anatomopatológico: Proteinosis Alveolar. Alta luego de 15 días de internación, persistencia de disnea a esfuerzos moderados y alteraciones de pruebas funcionales respiratorias con patrón restrictivo y disminución severa de la difusión de CO. Continuó tratamiento esteroideo y posteriormente se rotó a micofenolato como tratamiento inmunosupresor.

Discusión: La PAP idiopática es causada por autoanticuerpos anti factor estimulante de colonias de granulocitos (GM-CSF), disfunción macrofágica y acumulación del material lipoproteínico. Es una enfermedad extremadamente rara, incidencia de 0,36 casos por millón de habitantes. La tomografía computada de alta resolución pone de manifiesto vidrio esmerilado con engrosamiento de los septos; patrón típico en empedrado (Crazy Paving). Se remarca la importancia del caso por la baja incidencia mundial de la patología. Si bien la biopsia quirúrgica es el método para el diagnóstico definitivo, las manifestaciones clínicas e imagenológicas características y el lavado bronco alveolar con material PAS+, son suficientes.

Conclusión: Debido a su escasa incidencia y el curso clínico variable de la patología, el caso presentado resulta de gran interés, y plantea como discusión las opciones terapéuticas disponibles.

091- REPORTE DE UN CASO: INTERSTICIOPATIA INDUCIDA POR LEFLUNOMIDA

GRANDI VEGA R¹; ANDERSSON E¹; CAPUA J¹; CORREA Y¹; MANSELLA M¹; OUTON V¹; PELLEGRINO G¹; SANCHEZ A¹

¹San Juan de Dios. La Plata.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad que afecta a 0,5-1% de la población. Los fármacos usados en el tratamiento de la AR pueden tener diversos efectos secundarios. Entre ellos afectar el pulmón y producir enfermedad intersticial, ya sea por aparición de novo o progresión de enfermedad preexistente.

Caso clínico: Hombre de 59 años de edad que consulta por disnea progresiva de 1 semana y un registro febril, asociado a tos seca de 4 meses de evolución. Tiene antecedentes de HTA, IAM hace 1 año, AR la cual recibió tratamiento con metotrexato durante 21 años (discontinúo hace 8 meses), y actualmente está siendo tratado con Leflunomida.

Adjunta estudio funcional respiratorio (4 meses previos) Espirometría: Sin defecto ventilatorio obstructivo. Pletismografía: TLC 4.94 (79%), RV/TLC 15 (46%). DLCO cor 78%.

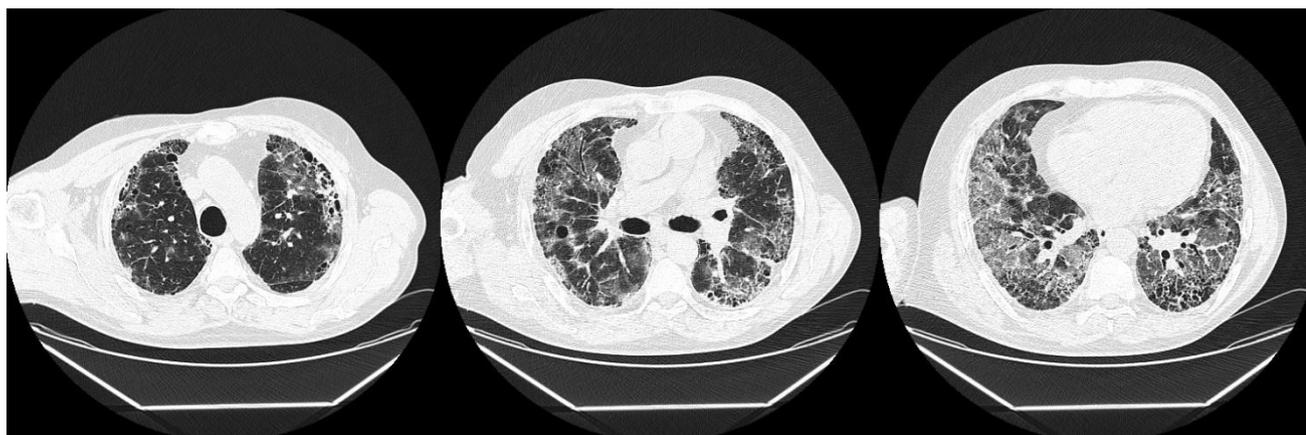
Examen físico: Regular estado general, afebril, taquicardico, taquipneico. Sat 85% a FIO₂ 0,21%.

Aceptable mecánica ventilatoria, regular entrada de aire bilateral, se ausculta hipoventilación generalizada, sibilancias dispersas y rales velcros bibasales.

Estudios complementarios:

Laboratorio: HTO 38 HB:13 GB: 8300/mm³. Gasometría arterial: PH 7.55, PCO₂ 27.3, PO₂ 51.4, HCO₃ 24.3, EB 3.6, Sat 85% (0.21%).

Radiografía de tórax y tomografía computada torax



Se solicitan cultivo de esputo para gérmenes comunes, Koch y micosis negativos. Hemocultivos x 2 negativos. Se suspende medicación de enfermedad de base. Se inicia tratamiento con meprednisona a 1 mg/kg/día. El paciente evoluciona favorablemente, es dado de alta sin requerimiento de oxigenoterapia domiciliaria. Se encuentra actualmente en seguimiento por neumonología.

Conclusiones: La diferenciación entre la Enfermedad pulmonar intersticial subyacente asociada a AR y la Enfermedad pulmonar intersticial inducida por drogas, suelen ser un reto diagnóstico. Por lo que es fundamental la historia clínica del paciente, sabiendo que si presenta enfermedad pulmonar preexistente o tratamiento con metotrexato previo, estaría contraindicada la terapia con Leflunomida.

092- FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA Y COMORBILIDADES: RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO A PROPOSITO DE UN CASO

SUSSINI M¹; SUSSINI M¹; CARDOZO R¹; MARAN L¹

¹Hospital Jose Francisco de San Martin

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI), es una enfermedad crónica, progresiva e irreversible. La edad media de diagnóstico es de 66 años.

El cuadro clínico es caracterizado por disnea progresiva y tos seca.

Presenta un patrón histológico o radiológico caracterizado por panalización bilateral, opacidades reticulares asociadas a bronquiectasias de tracción, de predominio basal en ausencia de patrón en vidrio esmerilado

Según la Sociedad Americana del Tórax, el diagnóstico se realiza mediante la clínica, exclusión de otras causas de enfermedad intersticial difusa (IPD), patrón tomográfico y/o anatomopatológico.

Caso clínico: Paciente masculino de 69 años, exabaquista, con antecedentes de DBT II, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección 24%, secundario a cardiopatía isquémica, con cirugía de revascularización.

Ingresa por cuadro de 2 años, de tos seca, disnea CF II que progresa a III en el último mes, con TAC de tórax de un año con panalización bilateral bibasal. Al examen físico ingurgitación yugular 2/3 y al examen pulmonar rales tipo velcro bibasales. Radiografía de tórax presencia de infiltrados pulmonares bilaterales bibasales.

Se inicia tratamiento diurético con escasa mejoría clínica y radiográfica.

Se realiza espirometría constatándose FEV1:1,93(58%) CVF:2,19(50%) IT:88. TAC de tórax que evidencia panalización en ambas bases pulmonares y panel inmunológico FR, FAN, DNA, ANCA-P, ANCA-C, negativos.

Evoluciona con progresión de disnea a clase funcional IV y laboratorio con leucocitosis (18000), hematocrito 32% e insuficiencia respiratoria PaO₂ 52 mmHg, Sat O₂ 87%

Se solicita TAC de tórax, con panalización pulmonar bilateral, periférica, bibasal, imagen pseudonodular sin broncograma aéreo en lóbulo medio derecho.

Se realiza fibrobroncoscopia con BAL en segmento 4-5 derecho, con muestras para citología y cultivo negativas. Directo con macrófagos y polimorfonucleares

Se inicia tratamiento Prednisona 40 mg/día oxigenoterapia, levofloxacina y piperazilina tazobactam, con buena respuesta clínica y de laboratorio. Se otorga alta con oxigenoterapia domiciliar e inicia pirfenidona.

Discusión: El 5 a 10% de los pacientes presenta exacerbaciones, con empeoramiento clínico en un período menor de un mes. Desencadenadas por infecciones, insuficiencia cardíaca descompensada, neumotórax, tromboembolismo pulmonar, reflujo gastroesofágico y cirugías. Con mortalidad superior al 60% durante la internación y 90% a los 6 meses posteriores al alta.

En nuestro caso la presencia de una opacidad tomográfica, demandó la realización de fibrobroncoscopia con BAL para descartar sobreinfección bacteriana, según epidemiología en nuestro medio.

Conclusion: Presentamos este caso ejemplificando la presencia de comorbilidades y FPI con criterios tomográficos e insuficiencia cardíaca congestiva, descrita en la literatura como causa de retraso diagnóstico.

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz para obtener mayores tasas de supervivencia

094- ENFERMEDAD QUISTICA PULMONAR MULTIPLE POR TACAR

CORROTO M¹; MENDEZ URIBURU L¹; AHUALLI J¹

¹Centro Radiologico Mendez Collado

Objetivos

Conocer el espectro de enfermedades caracterizadas por la presencia de Quistes Pulmonares Múltiples

Mostrar los principales hallazgos en TCAR en cada una de ellas.

Resaltar las características imagenológicas que nos permitan reducir los diagnósticos diferenciales

Introducción: La enfermedad pulmonar quística múltiple (MCLD) se define por la presencia de múltiples y redondeadas radiolucencias parenquimatosas de baja atenuación que tienen una interfase bien definida con el pulmón normal y que presentan un espesor parietal

Revisión del tema: Las tres principales causas de MCLD son linfangioleiomiomatosis (ya sea de forma esporádica o asociada con la esclerosis tuberosa), histiocitosis de células de Langerhans y recientemente al síndrome de Birt-Hogg - Dube, que se asocia con mutaciones del gen foliculina. (FLCN).

Estos trastornos asociados con las manifestaciones extrapulmonares pueden contribuir fuertemente al diagnóstico de dichas entidades. Otras causas de MCLD incluyen trastornos linfoides del pulmón; especialmente en el síndrome de Sjogren, con enfermedades secundarias al depósito de inmunoglobulina amiloide, infecciones, tumores malignos; especialmente metástasis de sarcomas, neumonía intersticial descamativa, neumonitis por hipersensibilidad, entre otros.

Conclusión: Conocer el espectro de las enfermedades quísticas pulmonares múltiples, por TACAR, es de suma importancia, ya que nos permite resaltar y caracterizar hallazgos imagenológicos, que nos permiten reducir significativamente los diagnósticos diferenciales.

095- PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR ASOCIADA AL TEJIDO CONECTIVO (FP-ETC): A PROPÓSITO DE DOS CASOS

VARELA B¹; NITSCHKE A¹; NIGRO C¹; VIDELA A²; HOMSE D³; DUHAU J²

¹HOSPITAL ALEMAN, ²Hospital Austral, ³NEUQUEN

Introducción: El tratamiento de las enfermedades intersticiales asociadas al tejido conectivo (EI-ETC) suele ser la inmunosupresión, en particular, cuando el comportamiento de las mismas es inflamatorio. Sin embargo, el compromiso pulmonar puede progresar y ese insulto inflamatorio inicial evolucionar hacia la fibrosis pulmonar.

Casos clínicos

Caso 1: Mujer, 51 años, con diagnóstico de esclerosis sistémica difusa desde hace 20 años, hernia hiatal y Raynaud severo. Presenta compromiso intersticial pulmonar documentado desde hace 6 años por lo que recibió previamente pulsos de ciclofosfamida 1 gr endovenoso (6 ciclos), bajas dosis de corticoides y luego azatioprina 150 mg día. Examen físico: microstomía, úlceras digitales, calcinosis, rales velcro bilaterales. Refiere disnea de esfuerzo y presentó episodios de infecciones respiratorias a repetición. En la TAC de tórax previa del año 2015 se observan bronquiectasias por tracción y vidrio esmerilado y en TAC de tórax al momento de la consulta (2016) se evidencia patrón compatible con Neumonía Intersticial Usual (NIU) definitiva asociado a dilatación esofágica. Ecocardiograma sin signos de hipertensión pulmonar. En el examen funcional respiratorio (EFR): FVC 2.01 l (62%), FEV1 1.75 l (69%), FEV1/FVC 87%, DLCO 22.6 ml/min./mmHg (41%). Comenzó tratamiento con pirfenidona en dosis crecientes hasta 1800 mg con buena tolerancia. EFR (9 meses de tratamiento): FVC 2.03 l (63%), FEV1 1.98 [CN1] l (68%) DLCO 22.4 ml/min./mmHg (45%). Buena tolerancia a la medicación y refiere leve mejoría de su disnea de esfuerzo.

Caso 2: Varón, 58 años, antecedentes de DBT II, cáncer de laringe, cáncer de próstata, artritis reumatoidea desde hace 16 años, SAOS en tratamiento con CPAP y uso de oxígeno domiciliario. Para su enfermedad de base recibió metotrexate y corticoides orales. Actualmente en tratamiento con etanercept semanal. Derivado por disnea de esfuerzo progresiva CF II-III que empeora desde hace 6 meses. TAC de tórax compatible con patrón de NIU definitiva y deterioro de la función pulmonar: FVC 2.37l (55%) (6 meses previos), al momento de la derivación FVC 1.95 l (46%), DLCO 16.8 ml/min./mmHg (61%). Ecocardiograma doppler sin signos de hipertensión pulmonar. Comenzó tratamiento con pirfenidona en dosis crecientes, actualmente con aproximadamente 2400mg/día. Buena tolerancia. EFR (9 meses de tratamiento): FVC 2.01 (49%), DLCO 16.3 (62%). Sin progresión de la disnea.

Discusión: En ocasiones, las EI-ETC pueden evolucionar hacia la fibrosis pulmonar, como se observa en estos dos pacientes. La NIU de las ETC y en especial, la artritis reumatoidea, tienen un comportamiento biológico similar al de la FPI. Los antifibróticos pulmonares (Nintedanib y Pirdenidona), han sido aprobados para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y han demostrado estabilizar la función pulmonar. En la actualidad, hay un interés creciente en el estudio de estas drogas en las enfermedades fibrosantes pulmonares no FPI.

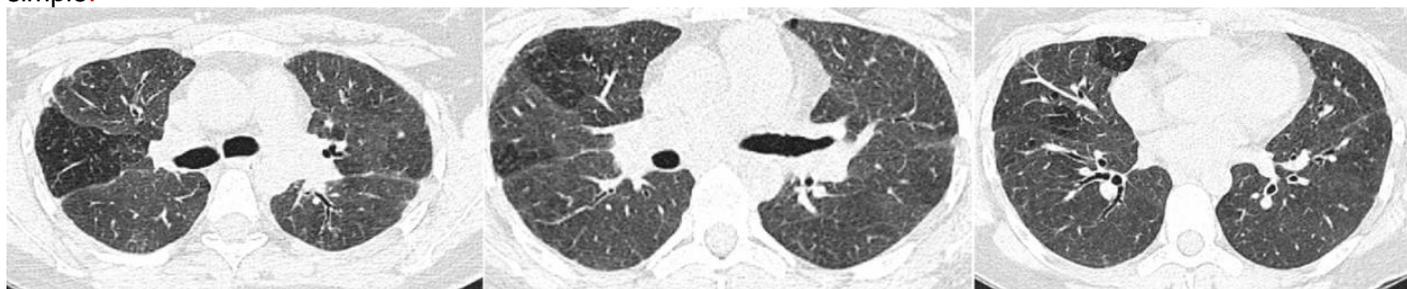
096- PATRON EN MOSAICO: ¿NINE O NEUMONÍA POR HIPERSENSIBILIDAD?

SANCHEZ A¹; ANDERSSON R¹; CAPUA J¹; CORREA Y¹; GRANDI VEGA R¹; MANSELLA M¹; OUTON V¹; PELLEGRINO G¹

¹San Juan de Dios. La Plata.

Introducción: La Neumonía Intersticial No Específica (NINE), pertenece al grupo de las Neumonías Intersticiales Idiopáticas. El 39% son idiopáticas y las enfermedades reumatológicas son la etiología subyacente más común en estos pacientes. Tiene predominio femenino, y más del 50% de los pacientes nunca han fumado.

Caso Clínico: Paciente femenina de 30 años de edad que consulta por disnea clase funcional II-III y tos seca de 1 año de evolución. Recibe múltiples esquemas antibióticos sin mejoría clínica. No tabaquista. Refiere tener criadero de palomas en el domicilio. Al examen físico, buen estado general, afebril, Sat O₂ 98% (FIO₂ 0.21). Se observan uñas en vidrio de reloj. Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral. Sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares **Estudios complementarios:** Laboratorio: GB 6580, HB 15.2, ERS 35mm, Po₂ 77, Pco₂ 39.4, SAT 96% (0.21). Serología HIV negativa Radiografía de tórax y tomografía de tórax simple.



TAC protocolo para TEP: negativo Eco cardiograma: cavidades derechas no dilatadas. No Hipertension pulmonar. Perfil reumatológico completo: negativo. Espirometría: sin alteración ventilatoria obstructiva. Pletismografía: Severa restricción (TLC 43), severa pérdida de la membrana alveolo capilar. DLCOcor: 27 TM6M: recorre 391 metros (61% del predicho). Saturación 88 % luego de 2 minutos. Se decide realización de biopsia pulmonar por toracotomía. Anatomía patológica: Presenta a nivel intersticial, fibrosis con intenso infiltrado de linfocitos y macrófagos alveolares. Compatible con NINE. Inicia tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día.

Conclusión: Sabemos que el enfoque multidisciplinario es considerado el “estandar de calidad” para el diagnóstico de EPID. Si bien la biopsia certifica patrón de NINE, quedan dudas dado los antecedentes domiciliarios de la paciente para descartar una Neumonitis por hipersensibilidad.

097- PSICOSIS Y PÉRDIDA PONDERAL ASOCIADO A TRATAMIENTO CON PIRFENIDONA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. REPORTE DE UN CASO.

MOYANO V¹; PEREYRA B¹; CASAS J¹

¹SANATORIO ALLENDE

Hombre de 74 años. Provincia de Córdoba.

Antecedentes:

- Hipertensión Arterial medicado con inhibidores de Angeotensina II
- Síndrome ansiedad/depresión bajo tratamiento con clonazepam y escitalopram
- Fibrosis Pulmonar Idiopatica (FPI) diagnosticada en septiembre del año 2008
- Exposición de riesgo ambiental-laboral: Negativo
- Ex fumador: 60 paquetes/año

Antecedentes de enfermedad actual: Paciente con antecedentes de FPI diagnosticada en el año 2008, con patrón de Neumonía Intersticial Usual (NIU), que inicia tratamiento con azatioprina y corticoides. En el año 2013 presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda por lo cual recibió esteroides a altas dosis, ingresado en servicio de terapia intensiva, proceso que se interpretó como un cuadro de exacerbación de la fibrosis pulmonar.

Luego de esa internación presenta declinación en pruebas funcionales pulmonares e incremento de la disnea con los siguientes parámetros: Capacidad Vital Forzada (CVF) 2.38 (56%) Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO) 28%. Previa 57%.

En el año 2014 inicia pirfenidona con buena respuesta clínica. Estabilidad funcional. Se agregan episodios de euforia y delirios, a lo que se suma cuadro de excitación, con progresiva pérdida ponderal. Es derivado a salud mental, se realiza tomografía de cráneo y cerebro que es normal.

En el año 2015 ingresa a nuestro servicio. Relativamente estable desde el punto de vista psiquiátrico.

El paciente es reevaluado, se solicita panel serológico completo para descartar enfermedad del tejido conectivo, siendo estos negativos para tales patologías.

Ecocardiograma doppler normal. Manifiesta menos disnea aunque caída de CVF 2.16 (47%).

Por insomnio e incremento de episodios de euforia recibe litio, lamotrigina, quetiapina para controlar patología psiquiátrica, a su vez suplementos nutricionales y vitamínicos por pérdida de peso. Se decide suspender pirfenidona por asociar dichos trastornos a la misma, consensuado con el médico psiquiatra.

El peso habitual del paciente en el año 2013 era de 100 kg, cuando se decide suspensión de pirfenidona el peso era de 67 kg.

Al mes de ser suspendida la droga el paciente evoluciona favorablemente del cuadro psicótico, recupera lentamente el peso, logrando alcanzar 75kg.

Reduce la medicación antipsicótica, recibiendo dosis mínimas de ansiolíticos las que recibe actualmente.

Actualmente con deterioro de la función pulmonar (CVF 50% y DLCO 20%) , con oxígeno domiciliario y plan de rehabilitación respiratoria.

Se propone al paciente iniciar tratamiento con Nintedanib.

Comentarios: Destacar la patología psiquiátrica descrita, la pérdida de peso progresiva, que interpretamos asociada al tratamiento con pirfenidona, dado que al ser suspendida la droga el paciente presenta mejoría del cuadro psicótico, aumento progresivo de peso y disminución de las drogas indicadas por el médico psiquiatra.

Se reportó el evento adverso al área de farmacovigilancia.

098- NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL EN VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

ABDALA J¹; ALVAREZ S¹; WEBER G¹; CORDON DIAZ A²; BARIMBOIM E¹; DEVIA H¹; GONZÁLEZ FÁBREGA J¹

¹Hospital Central de Mendoza, ²Hospital Enfermeros Argentinos. Mendoza

Introducción: Las vasculitis asociadas al ANCA son enfermedades sistémicas que se caracterizan por lesiones necrotizantes de los pequeños vasos sanguíneos. La afectación pulmonar se presentan en el 85 -90% de la Glomerulonefritis con poliangeitis (GPA) y en el 25 – 50% de la Poliangeitis Microscópica (PAM).

Caso clínico1: Mujer de 58 años con antecedentes patológicos de Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, que en 2010 consulta por disnea mMRC 3-4. Rales velcro en base derecha. TACAR: Opacidades intersticiales subpleurales con gradiente apico-basal. FVC 1.92 (59%), TLC 2.96 (63%), RV 1.02 (60%), DLCO 12.7 (57%). ANCA 1/640, mieloperoxidasa (MPO) 12, PR3 10. Tratamiento: meprednisona y azatioprina. En 2017: empeoramiento de parámetros funcionales. Rales velcro en ambas bases. ANCA C y P negativos. FVC 1.35 (45%), TLC 2.48 (54%), RV 1.00 (56%), DLCO 11.25 (57%). TACAR: patrón intersticial con engrosamiento de tabiques interlobulillares bilaterales, simétricos subpleurales con tendencia a la panalización. Tratamiento: meprednisona y azatioprina.

Caso clínico 2: hombre de 56 años. Consulta por artralgia, disnea progresiva mMRC 3 y astenia. Rales velcro en base derecha. Hemoglobinuria +++++. Factor reumatoideo +, anti péptido citrulinado cíclico 38 unidades (U), ANCA positivo, anticuerpo antimieloperoxidasa 28 U. TACAR: patrón de neumonía intersticial probable, septos engrosados, áreas de panal y bronquiectasias. DLCO 65. Espirometria: restricción moderadamente severa. TM6M: desaturación. Tratamiento: ciclofosfamida. Meprednisona y azatioprina.

Discusión: Son varios los mecanismos patológicos implicados en el desarrollo de la enfermedad pulmonar en la vasculitis asociadas al ANCA. Las hemorragias alveolares reiteradas, activación de la mieloperoxidasa (MPO) que produce agentes oxidantes que estimulan la producción de fibroblastos y liberación de enzimas proteolíticas por los neutrófilos, son algunos. La trampa extracelular de neutrófilos que estimulan la producción de fibroblastos y la diferenciación de estos en miofibroblastos es otro de estos mecanismos teorizados. Tratamiento: Micofenolato mefetil y rituximab son posibilidades emergentes.

Conclusión: la fibrosis pulmonar es una complicación de las vasculitis ANCA positiva y se asocia a mal pronóstico. Puede ocurrir antes o simultáneamente con los síntomas sistémicos de la enfermedad. La neumonía intersticial usual es el patrón radiológico más frecuente.

Bibliografía:

- 1- Interstitial lung disease in ANCA vasculitis. Autoimmunity Reviews, abril 2017
- 2- An official European Respiratory Society/ American Thoracic Society research statement: interstitial pneumonia with autoimmune features. Eur Respir J 2015; 46: 976–987
- 3- Clinical features and natural history of interstitial pneumonia with autoimmune features: A single center experience. S. Chartrand et al. / Respiratory Medicine 119 (2016) 150-154

099- SÍNDROME DE ERASMUS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

SÁNCHEZ M¹; GONZALEZ A¹; SEGOVIA J¹

¹Hospital Nacional Dr Alejandro Posadas

Introducción. En 1957 Erasmus reporto la relación entre exposición a sílice y esclerosis sistémica como factor de riesgo para el desarrollo de esclerodermia ocupacional, existen reportes de la internación entre sílice y sistema inmune.

Caso Clínico. Hombre de 34 años, exposición a Silice (Arenador) por 5 años. En los últimos 2 años refirió disnea CF II-III, dolor articular simétrico en muñecas, manos y rodillas. Se estudio en otro centro en septiembre/2016 por cuadro compatible con neumonía: Aumento de disnea CF IV y registros febriles. TAC de Tórax (múltiples focos de consolidación con broncograma aéreo, en contacto pleural y de cisuras mayores, de predominio parahiliar en lóbulos superiores y segmentos apicales de lóbulos inferiores e Infiltrado retículonodulillar con tendencia a confluir y dilataciones bronquiales en lóbulos inferiores, múltiples adenopatías en mediastino. Se le realizo fibroncoscopía con lavado broncoalveolar (BAL) y lavado bronquial (LB) negativo, macrófagos cargados de hemosiderina y regulares cristales birrefringentes dispersos. Biopsia Transbronquial (BTB) muestra insuficiente. Laboratorio con colagenograma: FAN 1/1280, ANCA negativo.

Comienza seguimiento en nuestro centro con diagnostico de enfermedad intersticial a su ingreso SP02 97% al 0.21%. Mughet, áreas de hipocromía con distribución "sal y pimienta" en espalda y miembros superiores. Disminución de la elasticidad de la piel. BMV, hipoventilación generalizada. Crepitantes tipo velcro en bases hasta campo medio. Se solicitó examen funcional respiratorio (EFR): alteración no obstructiva muy severa (FVC 1.01) DLCO y KCO disminuidos para el VA, volúmenes pulmonares globalmente disminuidos: alteración restrictiva. Ecocardiograma doppler normal. Colagenograma: FAN 1/160 nucléolar homogéneo, anti Ro y Anti Scl 70 positivos. Durante seguimiento presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda secundaria NAC vs progresión de enfermedad de base, TACAR 02/2017 con áreas de consolidación en lóbulos inferiores, resto sin cambios. No presentó aislamientos bacteriológicos, recibió tratamiento Antibiótico y se decidió por inmunología iniciar pulsos con Ciclofosfamida, se observó mejoría clínica y de los valores en la espirometría: FVC (1.33) al tercer mes de tratamiento.

Conclusión. Nuestro paciente se interpreta como silicosis aguda, por el corto tiempo de exposición y el diagnóstico de esclerodermia fue concomitante.

En la literatura esta reportado que la exposición a sílice ocasiona un aumento del riesgo para desarrollar esclerosis sistémica.

La esclerosis asociada a la exposición a sílice parece ser indistinguible de la idiopática.

El pronóstico depende de la lesión pulmonar que puede responder a un mecanismo dual en relación a silicosis o esclerodermia.

100- DAÑO ALVEOLAR DIFUSO POR BLEOMICINA

CHUMINO RODRÍGUEZ Y¹; PRECERUTTI J¹; SVETLIZA G¹; MENDEZ EZCURRA L¹

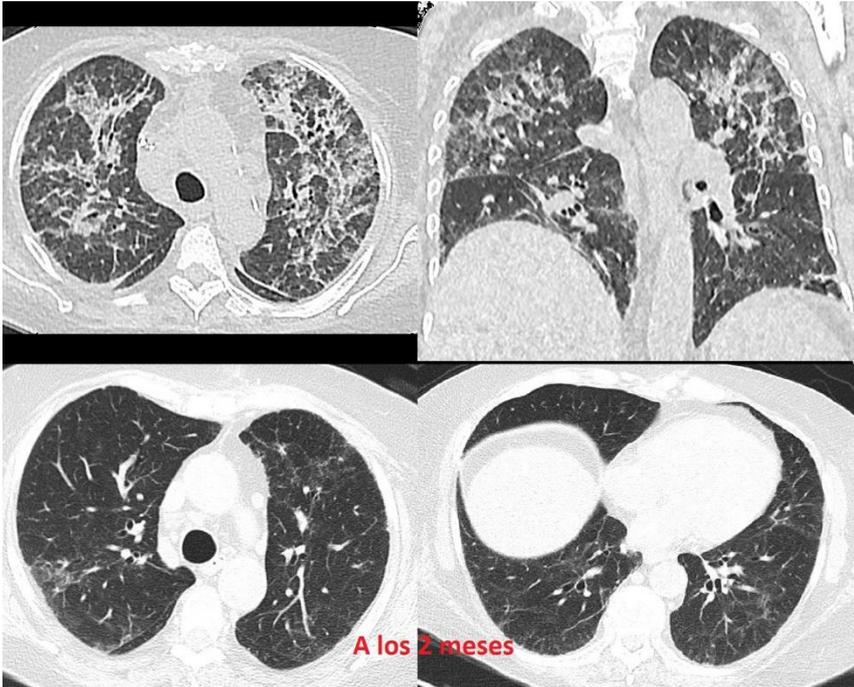
¹Hospital Italiano de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN: La **Bleomicina** es un antineoplásico que puede afectar el pulmón. En la patogénesis de la lesión habría un daño oxidativo y elaboración de citoquinas inflamatorias. En el LH los pacientes que reciben ABVD, la tasa de toxicidad pulmonar fatal son de 4% y un 15% puede quedar con un deterioro de la capacidad funcional pulmonar. Como factores de riesgo encontraríamos: > 40-55 años, altas dosis, infusión rápida, falla renal, RT, exposición a O₂, tabaquismo. Puede dar síntomas inespecíficos y desarrollarse en forma subaguda dentro de los primeros 6 meses del comienzo del tratamiento. En la tomografía podemos encontrar diferentes patrones, dado a que puede presentarse como: **daño alveolar difuso, UIP, NSIP, COP, neumonitis por hipersensibilidad**. El **tratamiento** consiste en **discontinuar** la bleomicina y en los pacientes con insuficiencia respiratoria iniciar **corticoides**. En caso de hipoxemia, el **oxígeno suplementario se sugiere administrar con moderación** (Sat 89-92%).

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 63 años con atc de obesidad y DBT, con síndrome linfoproliferativo en estudio que ingresa al Hospital por cetoacidosis diabética secundaria a sepsis, se le realiza diagnóstico de Linfoma De Hodgkin (EIV). Cursa internación prolongada con varias interurrencias, y realiza tratamiento quimioterápico con ABVD x 2 ciclos (Doxorrubicina, Bleomicina, Vinblastina Y Dacarbazina). A los 15 días del 2do ciclo evoluciona con disnea, registros subfebriles, crepitantes en ambas bases pulmonares, saturación 86% AA, pasa a terapia. Se realiza **tomografía de tx que evidencia en ambos campos pulmonares, múltiples áreas en vidrio esmerilado con engrosamiento del intersticio pulmonar subyacente (crazy paving)**, ausente en imagen previa. Lab con neutropenia, BNP bajo, procalcitonina 0.19. Se realiza **BAL** e inicia tto empírico con ATB (meropenem, TMS y vancomicina) con corticoterapia por sospecha de PCP. Evoluciona con taquipnea, uso de músculos accesorios, progresión de infiltrados pulmonares en Rx, inicia VNI. Se obtiene resultado de BAL: citológico con predominio de **linfocitos** (80%); tinciones negativas para gérmenes; cultivos negativos. Impresiona toxicidad por bleomicina. Progresa con empeoramiento clínico a las 24 hs, requiere IOT/ARM (PAFI 200). Se sospecha daño alveolar difuso. Se decide realizar biopsia pulmonar con **criobiopsia**, donde se confirma el diagnóstico. Evoluciona favorablemente y se extuba a los 4 días. Pasa a piso de internación general, con sat 93% AA. Cumple 2 meses de tto con corticoides, y se realiza nueva PET donde tiene mejoría parcial de las lesiones pulmonares.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO



DISCUSIÓN: En diferentes protocolos se sugiere el seguimiento de los pacientes con DLCO para detección del daño a drogas, en esta paciente no se realizó por interurrencias clínicas. El inicio temprano de corticoides puede ser crítico. El manejo de la oxigenoterapia puede ser controversial en pacientes graves.

CONCLUSIONES: Pese a la gravedad de la enfermedad, la paciente logró una recuperación exitosa por el inicio precoz de los corticoides.

101- ASPERGILOSIS BRONCOPULONAR ALERGICA REPORTE DE DOS CASOS Y REVISION DE BIBLIOGRAFIA

SALDARINI F

Hospital Santojanni

INTRODUCCION: la ABPA es una rara enfermedad que afecta a 5 millones de personas en todo el mundo y el daño pulmonar es debido a un fenomeno inmune mediado por el *Aspergillus Fumigatus*, y que tienen dos enfermedades predisponentes que son el asma mal controlado y la fibrosis quística.

CASO CLINICO 1: paciente de 41 años, varon, asma GINA 1, consulta por tos con expectoracion mucosa, astenia, adinamia y pérdida de peso. multiples consultas, medicado con ICS y LABA. es visto en abril del 2017 con Rx de Torax que evidencia infiltrados en el hemitorax derecho, se pide Tac de Tx que evidencia atelectasia derecha, tapones mucosos e imagenes en arbol de brote, consolidacion basal derecha todo en el hemitorax derecho prevaesiendo. Se realiza FBC BAL BTB, cultivo positivo *A. Fumigatus*, biopsia con Neumonia Eosinofilica Organizada, IGE 3600, IGE especifica A F positiva, eosinofilia periferica 30%, se presupone ABPA, se comienza tratamiento con corticoides sistemicos y antimicoticos. Se realiza control a las 5 semanas de tratamiento con buena repuesta.

CASO CLINICO 2: paciente 63 años varon , asma GINA 2, NAC 2015, se interna por infiltrados pulmonares, fiebre y eosinofilia periferica, sin FBC ni BAL, se lo trata con antibioticos y corticoides sistemicos con buena respuesta. Al alta se evidencia Tac de Torax con infiltrados consolidativos bilaterales, tapones mucosos y arbol en brote, se realiza FBC BAL BTB, IGE 6500, IGE especifica A F positivo, eosinofilia 35%, se interpreta como ABPA se comienza tratamiento con corticoides sistemicos y antimicoticos con buena respuesta.

DISCUSION: Toda la literatura habla sobre la ABPA relacionado con el asma mal controlado con uso de corticoides sistemicos, y fibrosis quística, donde se produce la colonizacion del A F es mayor al 15%, y cuyo mecanismo de lesion es una respuesta de hipersensibilidad, pobre clearance de la via aerea y predisposicion individual, y una sensibilizacion de los linfocitos TH2 reclutados por eosinofilos. en estos pacientes ayudo mucho las imagenes tomograficas como los marcadores especificos que son criterios mayores para el diagnostico, ya que no tenian los factores predisponentes.

CONCLUSION: La ABPA, enfermedad rara, que el no diagnostico precoz, (un tercio de los pacientes que la padecen no estan diagnosticados), lleva a exacerbaciones frecuentes, y a lesiones estructurales a nivel pulmonar que pueden desencadenar falla respiratoria. luego de 6 decadas de investigacion sigue siendo mal diagnosticada. un rapido diagnostico y tratamiento seria efectivo en disminuir las exacerbaciones y prevenir la progresion de la enfermedad.

102- SARCOIDOSIS PULMONAR COMO COMPLICACIÓN EN EPOC SEVERO

PONCE J

Nuevo Hospital San Roque

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que se caracteriza por la presencia de granulomas epitelioides no caseificantes en uno o más órganos. Afecta fundamentalmente a los pulmones y a los ganglios linfáticos del tórax y con menor frecuencia, a los ojos y a la piel, si bien puede afectarse cualquier órgano de la economía. El curso es variable, desde casos asintomáticos con resolución espontánea hasta progresión de la enfermedad con fallo orgánico e incluso muerte.

Caso clínico: Paciente masculino, 68 años, Ingeniero, EPOC, DBT, HTA, pancreatitis crónica, TBQ 165 paq/año, etilismo crónico, y colecistectomía y hepaticoyeyuno anastomosis en Y de Roux por Tu de cabeza de pancreás (año 2000).

Consulta por aumento de disnea habitual (CF III), tos con expectoración mucopurulenta y sibilancias nocturnas de 2 meses de evolución.

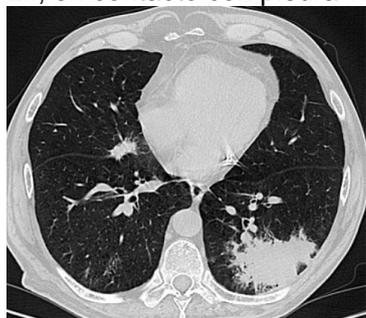
Ex físico: Sat O₂:94% FC:87 ppm. Hipoventilación bilateral marcada con sibilancias espiratorias generalizadas.

Complementarios: Espirometría: FEV₁: 20% FVC: 46% FEV₁/FVC: 43;

Rx torax fte: Signos de atrapamiento aéreo. Lesión alveolar redondeada paracardíaca izquierda de 7 cm de diámetro

Laboratorio: GB: 14900 /mm³. Reumatológico negativo.

TACAR: Ganglío subcarinal de 17mm. Enfisema panacinar y centrolobulillar. Lesión sólida de 77 x 44 mm en LII, en contacto con pleura visceral. Otras lesiones de menor tamaño en LID y llingula.



PPD y esputo para BAAR negativos.

Se solicita PAAF guiada por TAC, con diagnóstico anatomopatológico de Neumonía granulosa no caseificante.

Se inicia tratamiento con prednisona 1mg/Kg/día, buena evolución clínica e imagenológica

Discusión: Existen grandes diferencias en la presentación clínica, progresión y gravedad de la sarcoidosis. Prácticamente cualquier órgano puede verse comprometido. Sin embargo, el pulmón es el órgano que con mayor frecuencia se ve afectado, dando manifestaciones clínicas y/o radiológicas en aproximadamente un 90% de los casos.

No hemos hallado reportes de casos de esta enfermedad como complicación en etapas avanzadas de la EPOC. Se conocía una TAC anterior del paciente sin lesiones, solo con enfisema.

El diagnóstico diferencial principal fue el Ca de pulmón y metástasis, descartando otros como TBC y otras infecciosas; granulomatosis con poliangeítis, neumonía eosinofílica y pneumoconiosis.

El tratamiento principal son los corticoides sistémicos, con posibilidad de utilizar inmunosupresores o corticoides inhalados como ahorradores de corticoides sistémicos.

Conclusión: Las particularidades de la enfermedad, en especial la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas y la variabilidad en su evolución implican un abordaje protocolizado que incluya un diagnóstico diferencial adecuado. Su naturaleza sistémica exige a menudo un manejo multidisciplinar, siendo importante determinar la extensión y severidad de la afectación de los órganos comprometidos y sobre todo, la individualización de la conducta terapéutica a seguir.

103- UTILIDAD DE IGE TOTAL Y ESPECÍFICA PARA ASPERGILLUS EN LA MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA Y LAS EXACERBACIONES EN LA ASPERGILLOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA. SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE A 15 AÑOS.

ABDALA J¹; DEVIA H¹; WEBER G¹; ALVAREZ S¹; GONZÁLEZ FÁBREGA J¹; BARIMBOIM E¹

¹Hospital Central de Mendoza

La aspergillosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es una enfermedad que resulta de la hipersensibilidad a antígenos de *Aspergillus* principalmente debido a *A. fumigatus*. Incidencia de alrededor de 2% de los asmáticos. En la patogénesis están implicadas reacciones de hipersensibilidad de tipo I mediadas por IgE específica y de hipersensibilidad tipo III mediadas por IgG. El diagnóstico se sospecha por empeoramiento de los síntomas y de pruebas de función pulmonar y se confirma mediante imágenes y pruebas serológicas. La IgE sérica total está elevada (usualmente mayor a 1000 UI), la misma debe ser utilizada como marcador de brotes y respuesta a la terapia. Los corticoides y triazoles son pilares del tratamiento.

Caso clínico: Varón de 55 años de edad con antecedentes de asma bronquial, rinitis alérgica e HTA, no tabaquista, consultó en el año 2001 por presentar tos y disnea. Interpretado inicialmente como asma de difícil control, se realizó diagnóstico de ABPA por clínica compatible, intradermorreacción positiva para *Aspergillus*, IgE elevada e imágenes. Buena respuesta a itraconazol y corticoides. A los 12 años de seguimiento, por presentar disnea y fiebre se internó con diagnóstico de NAC. Se obtuvieron títulos elevados de IgE total (951 UI) e IgE específica por Rast (47.80 UI), dosaje de galactomananos positivo. Excelente respuesta a nuevo ciclo con itraconazol y corticoides y luego mantenimiento con corticoides continuos a bajas dosis. A los tres años, en un control clínico se detectó aumento de títulos de IgE mayor a 3000 UI con Rast Ig E 20.25 UI, empeoramiento posterior de la espirometría y por último aparición de síntomas, mejorando con nuevo ciclo de tratamiento. En el seguimiento evolutivo el paciente se encontró asintomático.

Discusión: Ante un paciente asmático que no responde al tratamiento habitual, con empeoramiento de la clínica y de las pruebas funcionales debe sospecharse y descartarse ABPA. Es de gran utilidad el dosaje de IgE total, que debe utilizarse para la evaluación del tratamiento y posterior seguimiento, teniendo buena correlación la elevación de los mismos con la presentación clínica, inclusive para anticipar una exacerbación. Después de un curso de tratamiento, los pacientes pueden permanecer en remisión o presentar recaídas y necesitar corticoides sistémicos a largo plazo. Por lo tanto, se recomienda mediciones seriadas de IgE total.

Conclusión: Este caso ilustra acerca de la utilidad de la IgE total en el seguimiento de un paciente con ABPA. La IgE específica tendría menor utilidad.

Bibliografía:

Kousha M, Tadi R, Soubani A. O. Pulmonary aspergillosis: a clinical review. *Eur Respir Rev* 2011;20:121, 156–174.

Agarwal R, Aggarwal A, Sehgal I, Dhooria S, Behera D, Chakrabarti A. Utility of IgE (total and *Aspergillus fumigatus* specific) in monitoring for response and exacerbations in allergic bronchopulmonary aspergillosis. *Mycoses* 2016;59(1):1–6.

Patterson K, Strek M. Diagnosis and Treatment of Pulmonary Aspergillosis Syndromes. *Chest* 2014;146(5):1358–1368

104- NEUMONITIS LUPICA

MEDINACELLI E¹; CHURIN L¹; IBARROLA M¹

¹FUNDACION SANATORIO GUEMES

INTRODUCCION: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) suele afectar el aparato respiratorio. La prevalencia global de enfermedad pleuro-pulmonar en el LES es de alrededor de 70%.

(1) La manifestación respiratoria más frecuente de LES es la pleuritis. El compromiso pleural en general es unilateral. Varias revisiones han demostrado que la neumopatía parenquimatosa coincide con otras manifestaciones de LES en el 20% de los casos (2). Sin embargo, se produce neumopatía intersticial clínicamente significativa en tan solo el 3% de adultos (3).

A continuación se presenta un caso de LES con severo compromiso pleuro-parenquimatoso al momento del debut.

CASO CLINICO: Femenina de 34 años, con antecedente de haber presentado meningoencefalitis hace 5 años. Comienza con tos seca, fiebre, pérdida de peso, artralgias, disnea mMRC I-II; todo de evolución de un mes. Se constata derrame pleural bilateral y compromiso de parenquima, en laboratorio con: Hto 24%, G. Blancos 1300, 66% neutrófilos, Plaquetas 120.000, PCR 21 VSG 82, Complemento bajo, toracocentesis :exudado complicado por LDH con predominio mononuclear, serología HIV negativo, aspirado traqueal negativo, ecocardiograma con derrame pericardico leve.

Se interpreta como Neumonitis Lúpica, se indica inmunosupresión con buena respuesta clínica y radiológica, sin necesidad de otras medidas.

DISCUSION: Esta paciente presenta un caso especialmente interesante ya que tiene al momento del debut de LES y como manifestación respiratoria, importante compromiso parenquimatoso que interpretamos como neumonitis lúpica, asociado a la presencia de derrame pleural inflamatorio bilateral.

La pleuritis es la manifestación más común de compromiso respiratorio en el LES, se encuentra presente en el 45-60 % de los pacientes (3) . El compromiso pleural frecuentemente está asociado a la afectación de otras regiones y sistemas, pero también puede aparecer como signo aislado, inclusive marcando el debut del LES.

La patogenia de la pleuritis/derrame pleural y de parenquima en el LES se plantea como una vasculitis causada por depósito de inmunocomplejos circulantes y activación del complemento.

CONCLUSION: Hacemos eco de una frase celebre, que hace referencia a que existen enfermos y no enfermedades. Analizamos un caso clínico que por su edad, sexo y manifestaciones clínicas corresponde a una enfermedad autoinmune sistémica, con un correlato clínico-humoral de LES, y el compromiso pleural como rasgo dominante.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Keane MP, Lynch JP 3rd. Pleuropulmonary manifestations of LES. Thorax. 2000;55:159-166.
2. Silberstein SL, Barland P, et al. Pulmonary dysfunction in LES: prevalence classification and correlation with other organ involvement. J Rheumatol. 1980;7:187-195
- 3.D´Cruz D, Khamashta M, et al. Pulmonary manifestations of LES. In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. Dubois lupus erythematosus, 6th ed. Philadelphia: Williams y Wilkins; 2002. p 663-84

105- TRAQUEOBRONCOMALACIA DE PRESENTACIÓN TARDÍA, REPORTE DE CASO.

LAS HERAS M¹; CASTRO ASCURRA R¹; CASTRO M¹; WAINSTEIN E¹; RODRIGUEZ GIMENEZ J¹; SVETLIZA G¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La traqueobroncomalacia es una enfermedad de la vía aérea central, que se produce por la reducción y atrofia de las fibras elásticas de la membrana posterior de la tráquea y bronquios, lo cual lleva a un colapso excesivo durante la espiración. Este estrechamiento extremo causa obstrucción del flujo aéreo y dificultad para eliminar las secreciones, siendo la causante de infecciones respiratorias recurrentes

Su prevalencia es desconocida, siendo por lo general una enfermedad subdiagnosticada, existiendo pacientes asintomáticos y otros con síntomas similares a diferentes enfermedades obstructivas respiratorias.

Se puede presentar en forma localizada o difusa, con afectación de la tráquea (traqueomalacia), los bronquios (broncomalacia) o tráquea y grandes bronquios (traqueobroncomalacia)

Caso Clínico: Paciente mujer de 41 años de edad con diagnóstico de asma bronquial de larga data, tratada con salbutamol y corticoides inhalados. Presenta tos crónica con expectoración, disnea a mínimos esfuerzos e infecciones respiratorias a repetición. Es derivada a nuestra institución para evaluación pre trasplante de pulmón.

La espirometría evidencia un defecto obstructivo muy severo, sin respuesta a los broncodilatador y los volúmenes pulmonares por pletismografía muestran atrapamiento aéreo severo.

Tomografía de tórax: Se observa marcada dilatación de todo el árbol respiratorio desde la glotis hasta la pequeña vía aérea sugerente de traqueobroncomalacia. Luz traqueal en inspiración de aprox. 50 mm. Se realiza Fibrobroncoscopia que evidencia dilatación traqueal y de bronquios, con colapso dinámico de segundo grado (75% de la vía aérea) Por imposibilidad en la técnica quirúrgica, se descarta como candidata a trasplante de pulmón y se interpreta como un cuadro traqueobroncomalacia de presentación tardía (Síndrome de Mounier Kuhn)

Discusión: Se han propuestos diferentes etiologías causantes del síndrome de Mounier Kuhn, sin embargo su fisiopatología no queda clara, incluyendo dentro de las diferentes teorías la desaparición de la red de tejido conectivo de la pared de la vía aérea, en el contexto de un estado inflamatorio crónico. Por otra parte, varios informes han descrito una asociación entre el síndrome de Mounier-Kuhn y enfermedades del tejido conectivo como el síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan, espondilitis anquilosante, cutis laxa y enfermedad por depósitos de cadenas ligeras, pero su etiología exacta se desconoce.

Conclusion: El desarrollo de las nuevas técnicas de imágenes y broncoscopia, nos ha permitido un mayor entendimiento de la fisiopatología del síndrome de Mounier-Kuhn. Sin embargo debido a su baja prevalencia y conocimiento, la detección temprana de esta entidad es poco habitual. La evolución en el conocimientos de estos aspectos nos permitirá realizar intervenciones adecuadas para modificar el curso de la enfermedad y sus consecuencias.

106- ATELECTASIA REDONDA: PRESENTACION NO HABITUAL

BEROLDI S¹; SAUBIDET G²

¹Hospital Emilio Ferreyra, ²Instituto del Diagnostico

Las atelectasias redondas (AR) son formas no usuales de colapso pulmonar, que por su apariencia radiológica pueden ser confundidas con patología tumoral. La morfología de estas lesiones en Tomografía de Tórax (TAC) es variable y oscila desde forma en cuña o lenticulares hasta formas nodulares¹. El conocimiento preciso de esta entidad se considera imprescindible para evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios.

Caso Clínico: Paciente femenino, de 56 años de edad, ex tabaquista (17,5 P/Y), HTA. Trabajo gran parte de su vida como cocinera de una fabrica. Sin tos, ni disnea. Consulta por Rx Tx (placas pleurales en pleura mediastinal, velamiento seno costo-diafragmático derecho, y una imagen radioopaca, de bordes netos, redondeada en base pulmonar izquierda retrocardíaca.

Discusión: Para sugerir el diagnóstico de AR teniendo en cuenta la TAC, la opacidad debe ser: 1) redonda o elíptica; 2) asociada a una anomalía pleural ipsilateral, bien sea un derrame o un engrosamiento pleural; 3) de localización periférica, y teniendo un contacto significativo con la superficie pleural anómala; 4) asociado con una curvatura de los vasos pulmonares o de los bronquios en el borde de la lesión (signo de la "cola de cometa"); y 5) asociada con una pérdida de volumen de lóbulo afectado. De forma específica, se pueden ver AR en hasta un 10% de los pacientes con exposición al asbesto, por lo general debidas a engrosamiento o placas de la pleura visceral o parietal, engrosamiento pleural difuso, o a veces un derrame de tipo exudativo, y a menudo con aspecto atípico, en los cuales el diagnóstico puede representar un problema, dado que el cáncer de pulmón tiene una incidencia aumentada en los individuos expuestos al amianto².

Conclusiones: Si se cumplen cada uno de estos criterios, por lo general se pueden hacer un diagnóstico fiable, y debería ser suficiente un seguimiento radiológico. 1.-Atelectasias redondas nodulares: apariencia en tomografía computarizada y resonancia magnética. J. Galant, et al. Arch Bronconeumol 1994; 449-453. 2.- Radiología Pulmonar y Cardiovascular. Webb & Higgins.

107- SILICOTUBERCULOSIS

MARTÍN V¹; VIÑA J¹; ALVES L¹; PALMA I¹; RESGUARDO A¹; NATIELLO M¹; ESTEVAN R¹; MEDÍN M¹; VESCOVO M¹; LAGRUTTA L¹; ZUNINO G¹; CAPONE L¹; CASTRO ZORRILLA L¹; GONZÁLEZ MONTANER P¹; MARTINEZ D¹; INWENTARZ S¹; PALMERO D¹

¹Instituto de Tisioneumonología

Introducción: La silicosis, la más prevalente de las neumoconiosis, es causada por la inhalación de partículas de sílice cristalina. Los trabajadores expuestos a sílice, con o sin silicosis, tienen un riesgo hasta 40 veces mayor que la población general de presentar tuberculosis.

Objetivos: Describir las características de una población de pacientes con silicotuberculosis (silicoTBC) asistidos en el Consultorio de Patología Ocupacional Respiratoria.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional mediante análisis de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de silicoTBC asistidos en control durante los últimos 5 años.

Resultados: Durante este período se atendieron 26 pacientes con silicoTBC. Se trata de 25 hombres (96%). La edad promedio fue de 49 años, y 14 pacientes (54%) son argentinos, y 12 (46%) son de nacionalidad boliviana.

15 pacientes (58%) trabajaban en minería (siendo todos perforistas) y 7 pacientes (27%) eran arenadores. 2 pacientes trabajaban en marmolería, 1 como mezclador de caucho, y el restante, la única mujer evaluada en este grupo, fue por exposición medioambiental.

Los años de exposición promedio fueron 16, aunque comparando el grupo de mineros con los arenadores, estos últimos mostraron tiempos de exposición más cortos. Ningún paciente usaba elementos adecuados de protección personal respiratoria.

El tabaquismo se encontró en 8 pacientes (31%) con un consumo medio por debajo de los 15 p/a. La imagen evidenció en el 80% de los casos (21 pacientes) una silicosis pseudotumoral.

No se logró obtener el dato de la PPD 2 UT de todos los pacientes, sí que 6 de ellos habían realizado previamente quimioprofilaxis.

23 pacientes (88%) presentaron localización únicamente pulmonar, 2 pacientes pulmonar más extrapulmonar (uno pleural y el otro laríngea) y uno sólo estrictamente extrapulmonar (pleural).

La baciloscopía de esputo fue positiva en el 50% de los casos (13 pacientes). Hubo un caso con coinfección por *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium avium*. La exploración respiratoria funcional mostró trastorno ventilatorio obstructivo en 22 pacientes (84%).

Tuvieron confirmación bacteriológica 21 casos (80%) y se realizaron 5 tratamientos empíricos. La evolución fue buena en todos los casos.

Conclusiones: En pacientes con silicosis, es extremadamente importante excluir la coexistencia de tuberculosis activa. Dado que el diagnóstico de tuberculosis activa superpuesto a la silicosis puede ser muy difícil, sobre todo en etapas iniciales, cuando las manifestaciones clínicas pueden ser benignas y las alteraciones radiológicas indistinguibles de las resultantes de la silicosis preexistente, debemos considerarlo en un paciente con silicosis que desarrolla síntomas constitucionales, empeoramientos de los síntomas respiratorios, hemoptisis o cambios radiológicos.

108- EVOLUCIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN PACIENTES SIN CIERRE CORDAL POR PRÓTESIS DE MONTGOMERY: REPORTE DE CASOS

LEBUS J¹; BRASSESCO M¹; CAMPOBASSO A¹; PATANÉ A¹; SAADIA OTERO M¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer

Introducción: La disfagia es la dificultad en el transporte de saliva y alimento en estado líquido o sólido desde la boca hasta el estómago. Dentro de los diferentes tipos de disfagia, la estructural contempla la falla en el cierre glótico. La presencia de un tubo de Montgomery (TM) entre las cuerdas vocales es un factor mecánico que podría impedir su cierre, el cual tiene varias indicaciones y sirve como sosten postquirúrgico (PQ) en la reconstrucción laríngea en la estenosis subglótica, localizada entre las cuerdas vocales y el borde inferior del cricoides, debiendo permanecer entre 6 a 8 meses. El *Blue Dye Test modificado* (BDTm) es usado para evaluar la función deglutoria en pacientes traqueostomizados.

Objetivo: Describir la evolución de la deglución en pacientes adultos sometidos a cirugía de reconstrucción laríngea con prótesis de TM que traspasa el nivel de las cuerdas vocales usando el BDTm como herramienta de evaluación en nuestro Hospital.

Material y métodos: Se ingresaron pacientes de manera consecutiva en el PQ inmediato de cirugía de reconstrucción laríngea por estenosis subglótica con colocación de Prótesis de TM con su rama superior traspasando el nivel de las cuerdas vocales, evidenciado por fibroscopía. Se estableció tratamiento médico para el dolor, tratamiento estándar para el manejo de secreciones y optimización de la oxigenoterapia. A las 24 hs se comenzó con un plan de ejercicios de cavidad bucolingual y cuerdas vocales realizado 2 o 3 veces por día según tolerancia. En condiciones clínicas estables se realizó la evaluación de deglución con BDTm con semisólido y en otra instancia con líquidos y sólidos. El testeo se realizó a los 15 y 60 minutos posteriores a la prueba.

Resultados: Se evaluaron 7 pacientes en 10 meses con una mediana de edad de 23 años (rango 18-45), 5 (71%) hombres con una media de internación de 10 días (DS +/-10). En el 71% (n5) de los pacientes la intubación prolongada fue la causa de la estenosis y en el 29% (n2) idiopática. 3 pacientes además requirieron resección traqueal. A la evaluación todos presentaron voz áfona, un glasgow de 15/15 y sin odinofagia.

Se obtuvo estabilidad clínica para realizar la primer evaluación en promedio el día 4 (DS+/-2) del PQ. El BDTm arrojó un resultado positivo para semisólidos en una mediana el día 4 (rango 1-6) siendo negativo en una mediana de 5.5 días (rango 2-15). Los sólidos fueron todos negativos en su primer evaluación en una mediana el día 6 (rango 3-18).

Al alta 4 pacientes comían semisólidos mientras que 5 comían sólidos, sólo 2 toleraron líquidos y 2 se fueron además con sonda enteral.

Conclusión: En su evolución la mayoría de los pacientes con estenosis subglótica que requieren colocación de prótesis de TM por encima de las cuerdas vocales logran una alimentación por vía oral antes del alta, en esta cohorte de pacientes la estabilidad clínica para evaluar no se logró antes de las 48 hs después del PQ. Los sólidos al ser todos negativos en su primer evaluación podrían administrarse antes que otras consistencias.

109- TITULACIÓN DE BIPAP POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN PACIENTE CON COLAPSO DINÁMICO EXCESIVO DE LA VÍA AÉREA

REYES C¹; BARIMBOIM E¹; TERAN E¹; ABDALA J¹; ALVAREZ S¹; WEBER G¹

¹Hospital Central de Mendoza

Introducción: Los pacientes que requieren ventilación mecánica (VM) sufren algún grado de agresión por la intubación endotraqueal o por la traqueostomía (TQT)(1).

Dentro de las complicaciones tardías, se halla el colapso dinámico excesivo de la vía aérea (CDE), se caracteriza por una obstrucción dinámica de la vía aérea central (VA). Se la ha considerado como un subtipo de traqueobronquiomalacia (TBM), sin embargo, expertos, aconsejan tratarlas como dos enfermedades distintas(1). En la última, las dimensiones de la tráquea estarían preservadas durante la inspiración, y el colapso ocurriría predominantemente durante la espiración o la tos intensa(2).

El tratamiento es quirúrgico a través de la colocación de stents o alternativo mediante el uso de VM no invasiva con presión positiva en VA, titulada a través de tomografía (TC).

Caso Clínico: Femenina de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, fibrilación auricular crónica y neumonías a repetición. Ingresó el 03/12/15 por insuficiencia cardiaca descompensada, con diagnóstico de estenosis mitral severa, por lo cual el día 04/01/16 se realizó un reemplazo de la misma. Se extubó sin complicaciones y el 12/01/16 se reintubó por paro cardiorrespiratorio. El 25/01/16 se realizó TQT (cánula N°8 con puerto subglótico). Ingresó en protocolo de decanulación guiado por kinesiólogos. Durante este se logró progresar a cánula de Biesalski y se dio de alta. Por consultorio externo, se observó tos, disnea e infecciones recurrentes. La fibrobroncoscopia (BFC) informó un CDE. El 04/08/16 reingresó por neumonía severa y necesitó VM. Al desvincularla se indicó BiPAP con máscara nasal como tratamiento alternativo.

La titulación de la presión, se realizó bajo control TC. El 30/08/16 se dio de alta, con buena adherencia. El día 11/11/16 la BFC descartó lesiones de VA. La evolución es favorable.

Discusión: La TBM es la debilidad y deformidad espiratoria del cartílago de VA, mientras que el CDE la laxitud de la porción membranosa posterior de la tráquea con la estructura cartilaginosa intacta. La patogénesis, tiene que ver con la presión ejercida por el manguito que daña el flujo sanguíneo de la pared traqueal(2). El diagnóstico se realiza a través de la TC o por BFC(3). El tratamiento sugerido es el BiPAP, que actúa como un stent neumático, reduciendo la resistencia pulmonar y el trabajo respiratorio, manteniendo VA abierta y mejorando el flujo espiratorio(3).

Conclusión: El BiPAP es una herramienta útil en el tratamiento de pacientes con CDE. Destacamos la TC para titular la presión del equipo con precisión.

Bibliografía

1. Chiappero G, Complicaciones tardías de la vía aérea artificial, Vía Aérea: manejo y control integral, 1° Edición, Médica Panamericana, 2009, pág 259-290.
2. Majid A, et al, Traqueobroncomalacia, Elsevier, 2010.
3. Margu D, et al, Central Airway Obstruction Benign Strictures, Tracheobronchomalacia and Malignancy-related Obstruction, Chest, 2016.

110- ROL DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EL DESEMPEÑO DE LOS PARÁMETROS CARDIOPULMONARES Y EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON EPOC.

XAVIER C¹; BOCCA X¹; SALVADO A²; CAMPOS J²; ERNST G²

¹Clínica Monte Grande, ²Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: Ha sido previamente descripto que la actividad y el ejercicio físico programado en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) mejorarían su calidad de vida en relación con la salud. Más aún, se ha demostrado que los pacientes con EPOC presentan una significativa disminución de la tolerancia al ejercicio, la cual estaría relacionada con bajos niveles de actividad física diaria. A pesar de esta evidencia, la falta de estandarización de los métodos existentes de medición de la actividad física podría estar sujeta a diferentes interpretaciones clínicas de los resultados.

Con el objetivo de estudiar si la rehabilitación respiratoria mejora la calidad de vida, cantidad de actividad física realizada en forma cotidiana y la tolerancia al esfuerzo físico, se realizó un estudio descriptivo en pacientes con EPOC que participan o no de un programa de Rehabilitación Respiratoria mediante ejercicios físicos programados.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo utilizando una base de datos de recolección sistemática de pacientes con EPOC que realizaron pruebas de ejercicio cardiopulmonar realizadas en cicloergómetro (PECP) y de pruebas de la caminata de los seis minutos (PC6M). Se utilizaron dos cuestionarios específicos para cada grupo de pacientes para medir la calidad de vida y el nivel de actividad física semanal respectivamente (GPAQ y CAT). Los pacientes se agruparon según si realizaban RR o no.

Los datos se expresaron como media y desviación estándar y se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con EPOC que no realizaban RR y 7 pacientes con EPOC de similares características y severidad (GOLD III/IV) que si realizaban RR por al menos tres meses de actividad ininterrumpida. Ambos grupos estuvieron pareados por edad e índice de masa corporal (IMC). La media de edad en años y del IMC de los pacientes que no asistieron a RR fueron 62.6 ± 7.8 y 29.9 ± 6.2 ; y en el del otro grupo fueron de 68.0 ± 3.0 y 25.9 ± 4.3 . Se encontró una mejora significativa de la calidad de vida (CAT) en los pacientes que realizaron RR vs quienes no la realizaron (7.4 ± 5.3 vs 14.6 ± 8.6 ; $p:0.02$) y en los minutos semanales de actividad física (GPAQ) (4341.0 ± 999.1 vs 867.0 ± 1646.9 ; $p:0.0005$). A pesar de estos hallazgos, no se observó un mejor desempeño en las pruebas de ejercicio.

Conclusiones: En los pacientes con EPOC, la RR impacta significativamente en la mejora de la calidad de vida y en el incremento sobre los niveles recomendados de actividad física semanal, aunque no produzcan cambios significativos en el desempeño de los parámetros cardiopulmonares en ejercicio.

111- HEMONEUMOTORAX POR ENDOMETRIOSIS PLEURAL

REHWALD M¹; MONZON SOLE H¹; AQUINO V¹; REYES ARMUA M¹; GARAY J¹; TEMPORETTI H¹; GONZALEZ H¹

¹Hospital Jose Ramón Vidal

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 24 años de edad con antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar y pleural, antecedentes de presentar embarazos ectópicos en el año 2014 y 2016 con ooforectomía y salpingectomía izquierda. Comienza dos semanas después del último embarazo ectópico con dolor en hemitorax izquierdo de tipo punzante que aumenta con la inspiración profunda, disnea grado II/III MMRC, consulta servicio de emergencia de centro privado donde se constata taquicardia sinusal y anemia (Hto 26%), en radiografía de tórax evidenciándose hemoneumotorax. Ingresa con insuficiencia respiratoria tipo 1 en unidad de terapia intensiva (UTI), se realiza colocación de tubo de avenamiento pleural, obteniéndose 1300 ml de líquido pleural de características hemáticas, se toma muestra para cultivo de gérmenes comunes y KOCH y para citológico. Evoluciona con mejoría clínica, se recibe marcador Ca 125 positivo. Se realiza extracción de tubo de avenamiento pleural evolucionando 48 hs posteriores con disnea grado III, observándose nuevamente en RX de tórax hemoneumotorax por lo que se decide toracoscopia para toma de muestra pleural y recolocación de tubo de avenamiento pleural, se realiza además biopsia de ovario derecho por congelación la cual es negativa para malignidad, en biopsia pleural se obtiene hallazgos directos de endometriosis.

Conclusiones: La endometriosis se define como la existencia de tejido endometrial en localización extrauterina. La endometriosis pélvica y extraperitoneal es muy poco frecuente. Afecta al 5-10% de las mujeres en edad reproductiva, aunque si se considera de forma aislada la población de pacientes con dolor pélvico, las cifras oscilan del 40 al 60%. Se puede presentar como pleural y la parenquimatosa, dando origen a: pneumotórax, hemotórax (10 %), hemoptisis y nódulo o nódulos pulmonares y en algunas ocasiones hemoneumotorax en un (5 %) y mayormente del lado derecho. A pesar de ser una patología no frecuente se debe tener en cuenta la misma para una resolución pronta del cuadro clínico grave en los que se presenta riesgo de vida para el paciente y para prevenir complicaciones en el tejido pulmonar como daño tisular progresivo relacionado con los cambios cíclicos y, con menos frecuencia, transformación maligna.

Bibliografía:

Programa Obstet Ginecol. 2014; 57(9):436—444El Sevier España Endometriosis (actualizado en febrero del 2013) PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

Department of Thoracic Surgery. Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, Turquía. Endometriosis pulmonar torácica: presentación de 2 casos de una enfermedad muy poco frecuente. Arch Bronconeumología. 2014;50 (10):454—455.

112- UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE BRONCOESPASMO: QUISTE BRONCOGENICO

GOÑI M¹; PONCE J¹; DAVE E¹; BRINGAS M¹; MARACINI M¹; ALVAREZ R¹; PEREYRA B¹

¹Hospital San Roque - CORDOBA

INTRODUCCION: Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas del árbol traqueobronquial que, dependiendo del momento de separación de la vía aérea primaria, se desarrollan en parénquima pulmonar o en mediastino. Son poco frecuentes. Se caracterizan por un revestimiento de epitelio columnar ciliado y la presencia de cartílago, relleno de material mucoso; la mayoría son uniloculares, con un tamaño que oscila entre los 2 y 10 cm. Son tumores benignos, pueden originar gran variedad de síntomas según su localización o complicaciones (hemorragia, perforación, infección o degeneración metaplásica). La tos y el dolor torácico son los síntomas más frecuentes y están generalmente causados por la compresión de las estructuras vecinas. Con estudios por imágenes se puede realizar una aproximación diagnóstica (Radiografía de tórax y TC o RM). Previo a definir el tratamiento es necesario analizar el compromiso de estructuras vecinas. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, incluso en pacientes asintomáticos, ya que en algún momento pueden presentar complicaciones. El pronóstico sin tratamiento quirúrgico tiene una mortalidad hasta del 100% y con cirugía que va del 0 al 14%.

CASO CLINICO: AEA: Paciente femenina de 45 años, consulta por disnea de cuatro años de evolución que fue progresando, actualmente en grado III (MMRC), a lo que se agrega en el último tiempo dolor de puntada de costado en región dorsal izquierda; refiere tos ocasionalmente, niega movilización de secreciones. APP: ex tabaquista (0,3 p/y). Obesa IMC: 35. EXÁMEN FÍSICO: Sat 95%aa. FR: 18 x min. FC: 80 x min. TA 110/70 mmHg. Respiratorio: MV +, sibilancias espiratorias aisladas en campo pulmonar izquierdo, región media e inferior. No moviliza secreciones con la tos. RxT: ensanchamiento del hilio pulmonar izquierdo. Espiometría: dentro de parámetros esperados sin cambios posBDI. Ecocardiograma: s/p. TC Tórax (imagen). Seriado esofágico: en tercio medio se visualiza imagen compatible con compresión extrínseca por masa paraesofágica. VEDA: no se observa comunicación con esófago. Broncofibroscopía: Árbol bronquial izquierdo: edema de mucosa del segmento superior del lóbulo inferior izquierdo con protrusión de la pared y disminución de la luz. Conducta: tratamiento quirúrgico convencional-toracotomía. Anatomía patológica: quiste de 45x30x5 mm. revestido por epitelio respiratorio y cúbico simple que asienta sobre estroma fibroso denso que exhibe edema, vasocongestión, sufusiones hemorrágicas, hemosiderina y leve infiltrado inflamatorio a predominio mononuclear, observándose además cartílago sin atipias. QUISTE BRONCOGENICO.

CONCLUSION: Exponemos el caso debido a su infrecuencia y la singular forma de presentación clínica y en edad adulta. Ante un paciente con síntomas respiratorios persistentes y de difícil control farmacológico, remarcamos la importancia de ahondar en los estudios diagnósticos, teniendo presente siempre a las malformaciones congénitas a pesar de estar frente a un adulto.

113- NEUMONIA EOSINOFÍLICA, UNA ETIOLOGIA POCO HABITUAL

SANTILLAN R¹; TOMASZUK G¹; IBARROLA M¹; MERCURI GUILLEMI M¹; SOLIS M¹; QUADRELLI S¹

¹Sanatorio Güemes

Introducción: Las neumonías eosinofílicas constituyen un grupo heterogéneo de patologías, que en algunos casos se pueden asociar a inhalación de sustancias orgánicas, productos químicos y a ciertos fármacos.

Caso Clínico: Mujer de 55 años de edad, ex tabaquista de 10 P/Y, HTA en tratamiento con enalapril 5mg, síndrome depresivo, bajo tratamiento con lamotrigina y sertralina, los cuales fueron reemplazados por venlafaxina 150mg/día. Al mes, consultó a servicio de emergencias por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por diarrea de tipo acuosa, sin moco pus o sangre, asociado a fiebre, recibiendo tratamiento ambulatorio con ciprofloxacina. Persistió con registros febriles, agregando astenia, adinamia, mialgias generalizadas y disnea mMRC 2/3 asociado a infiltrados pulmonares bilaterales en radiografía de tórax por lo que se decidió su internación. Al examen físico: eupneica, SaO₂ 94%(0,21%), buena entrada de aire bilateral, escasos rales bilaterales y sibilancias difusas. Se inició tratamiento antibiótico empírico. Se realizó Tomografía de tórax (TACAR tórax): consolidaciones bilaterales en lóbulos superiores y lóbulo medio, algunas con broncograma aéreo, periféricas subpleurales. Ganglios mediastinales en rango no adenomegálico. En el laboratorio: glóbulos blancos 11.800/mm³ con 67% segmentados y 14% (1650) eosinófilos, eritrosedimentación: 35mm. Se realizó fibrobroncoscopía con lavado bronquioalveolar (BAL): linfocitos polimorfonucleares y eosinófilos 6%. Se interpretó como neumonía eosinofílica secundaria a toxicidad pulmonar por venlafaxina, por lo que se inicia su descenso progresivo hasta su total suspensión y swich por mirtazapina. Evolucionó con mejoría sintomática. Se realizó nueva TACAR de tórax sin las consolidaciones previas.

Conclusión: La importancia de este caso radica en reflejar la baja incidencia documentada de toxicidad pulmonar por venlafaxina. Este fármaco es un antidepresivo que pertenece al grupo de inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (ISRNs), sin desencadenar significativos efectos muscarínicos o alfaadrenérgicos. Su metabolismo es hepático y su eliminación renal. Los efectos secundarios son infrecuentes y se han descrito anorexia, diarrea, insomnio, náuseas, nerviosismo, somnolencia, arritmias e hipertensión. Se ha considerado excepcional la incidencia de toxicidad pulmonar. La desaparición del cuadro clínico y radiológico tras interrumpir la venlafaxina, sin modificar el resto del tratamiento ni instaurar fármacos antiinflamatorios o inmunodepresores, indicaría que la relación causa-efecto es sumamente probable. El diagnóstico temprano de esta etiología evita tratamientos innecesarios y lleva a la resolución temprana del cuadro clínico.

114- NEUMONÍA LIPOIDEA EXÓGENA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

SORIN M¹; FARFÁN GÓMEZ R¹; TABAJ G¹; ROSSI S¹; MALAMUD P¹

¹Hospital Cetrángolo

Caso Clínico: Varón de 52 años de edad, con antecedentes de constipación crónica y consumo de vaselina líquida por más de 10 años, que fue derivado a la consulta por médico de cabecera ante el hallazgo de una imagen pulmonar en tomografía computada de tórax (TC). El paciente se hallaba asintomático, sin datos positivos al examen físico y en la TC presentaba zonas de densidad en vidrio esmerilado en ambas bases pulmonares asociadas a sutil engrosamiento de los septos subpleurales e interlobares con tendencia a la confluencia conformando consolidaciones parenquimatosas en el segmento medial del lóbulo medio, postero basal del lóbulo inferior derecho y laterobasal del lóbulo inferior izquierdo, las cuales presentaban **densidad grasa** (imagen). Ante dicha imagen y en el contexto del antecedente de consumo de vaselina, se interpretó el cuadro clínico como una Neumonía Lipoidea Exógena, sugiriéndose la discontinuación de dicho laxante y mejorando las medidas higiénico-dietéticas.

Resumen de la bibliografía: La neumonía lipiidea (NL) es una entidad poco común, con una frecuencia estimada de aproximadamente 1%-2,5%. En base al origen de los lípidos involucrados puede ser tanto exógena como endógena. En la forma exógena, grasa animal o aceites minerales o vegetales son aspirados o inhalados, mientras que en la endógena ocurre el acúmulo de lípidos dentro de los macrófagos alveolares en el contexto de obstrucción bronquial, infección pulmonar crónica, proteinosis alveolar pulmonar o diversas patologías asociadas al almacenamiento de grasas. Clínicamente, la NL exógenocrónica, suele ser asintomática, presentándose como un hallazgo en las imágenes de consolidaciones u opacidades en vidrio esmerilado y masas o nódulos de bordes irregulares y espiculados, con atenuación grasa. Dichas imágenes suelen perdurar en el tiempo y pueden progresar a la fibrosis. Esta entidad se ha visto relacionada al uso crónico de laxantes, gotas o spray nasales con base oleosa, a la exposición crónica a velas, a empleos relacionados con la limpieza y lubricación de maquinarias, el uso de pesticidas o pinturas en spray, etcétera.

Aunque se trate de una entidad poco frecuente, es importante estar atentos a las características radiológicas de la misma, ya que en un contexto adecuado, éstas pueden ser diagnósticas.

115- FÍSTULA ESÓFAGO-BRONQUIAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. REPORTE DE UN CASO.

PAN J¹; DIP P¹; VITANTONIO C¹; GONZALO P¹; PIÑERO G²; YOCCO G³

¹Servicio de Neumonología. Hospital Provincial Centenario, ²Servicio de Gastroenterología. Hospital Provincial del Centenario, ³Servicio de Cirugía Bariátrica. Hospital Provincial del Centenario

INTRODUCCIÓN: La formación de fístulas entre el tracto digestivo y el aparato respiratorio es una complicación infrecuente y grave de procedimientos quirúrgicos gastroesofágicos. Es una entidad de difícil diagnóstico y manejo que requiere un elevado índice de sospecha.

CASO CLÍNICO: Varón de 49 años, con antecedente de obesidad y cirugía bariátrica (manga gástrica) hace 3 años, con cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal, epigástrico, postprandial asociado a vómitos alimenticios. De 1 mes presenta fiebre y tos con expectoración purulenta, fétida, agregando episodio de hematemesis. Examen físico: palidez cutáneo-mucosa, hipoventilación basal izquierda, abdomen blando e indoloro, sin otros hallazgos de jerarquía. Laboratorio: anemia ferropénica, leucopenia, VES 124 mm/hora. VEDA: hernia de hiato y úlcera de Cameron gástrica con restos hemáticos. TAC de tórax-abdomen: consolidación basal izquierda con engrosamiento pleural, secuelas posquirúrgicas, burbujas aéreas adyacentes al techo gástrico con extensión subdiafragmática, aumento de densidad del tejido graso peritoneal regional y discreta cantidad de líquido libre sobre región perigástrica en relación a microfiltración. Inicialmente se interpreta el cuadro como una Neumonía e inicia tratamiento antibiótico empírico. Por persistir con abundante broncorrea, empeoramiento de los síntomas tras suspensión de antibióticos y presentar hallazgos imageneológicos sugestivos de fístula gastrobronquial es evaluado por Cirugía General, Gastroenterología y nuestro servicio. Se repiten VEDA, tomografía, estudios contrastados sin evidencia franca de dicha complicación. Finalmente en una nueva endoscopia se observa trayecto fistuloso a nivel de tercio esofágico inferior. Se realiza tratamiento conservador con sonda nasoyeyunal y colocación de stent metálico autoexpansible con buena evolución al momento.

DISCUSIÓN: Nos encontramos ante un desafío al tratarse de una complicación tardía de la cirugía bariátrica, poco frecuente y sin algoritmos diagnóstico-terapéuticos establecidos. En las series revisadas, la incidencia de fístulas gastrobronquiales se estima entre 8 al 10%, siendo las fístulas esofagogástricas una entidad aún más rara. El mecanismo propuesto es el de la formación de un absceso subfrénico o perigástrico que se extiende a través del diafragma para formar un empiema o un absceso pulmonar, fistulizando finalmente al árbol bronquial. Si bien no se pudo observar en la tomografía comunicación bronquial, dados los hallazgos endoscópicos-tomográficos, la ausencia de derrame pleural y abundante broncorrea persistente se interpretó el cuadro secundario a una fístula esófago-pleuro-bronquial.

CONCLUSIONES: La fistula esófagobronquial es una entidad rara de difícil diagnóstico que se debe sospechar ante pacientes con antecedente de cirugías bariátricas que presentan síntomas respiratorios persistentes y neumonías a repetición. El tratamiento endoscópico, se debe considerar en primera instancia, ya que la re intervención quirúrgica presenta una mortalidad elevada.

116- BULLA CON NIVEL HIDROAÉREO EN SU INTERIOR, INTERPRETACIÓN Y ENFOQUE TERAPEÚTICO.

CLAUZURE M¹; CHURIN L¹; TOMASZUK G¹; MEDINACELLI E¹; SANTILLAN R¹; FALCO J¹; IBARROLA M¹; SOLIS M¹; QUADRELLI S¹

¹Sanatorio Güemes

Introducción: Bulla se define como un área de enfisema bien definida mayor o igual a 1cm de diámetro y pared fina epitelizada de grosor generalmente menor a 1mm. Se presentan preferentemente sobre los vértices pulmonares y se corresponden con un alargamiento de los espacios centrolobulillares. Tienden a aumentar de volumen y complicarse con neumotórax, hemorragia e infección. Durante la infección adquieren líquido, presencia de nivel hidroaéreo y sus paredes se engosan. Es importante la diferenciación con la neumonía perienfisematosa, la cual cursa con la infección del parénquima circundante generando una afectación por contigüidad a la bulla, produciendo volcado de líquido inflamatorio a la misma, y comprometiéndolo sistémicamente al paciente.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial, ex tabaquista de 60 paquetes/año, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Grado 3 GOLD C, exacerbadora frecuente, en tratamiento con fluticasona 250 ug/salmeterol 25 ug 1 aplicación cada 12 hs. Consultó por presentar dolor pleurítico derecho asociado a disnea mMRC 2. Se internó, se realizaron exámenes complementarios evidenciándose leucocitosis 18100 (80% neutrófilos segmentados), serología HIV no reactivo, radiografía (Rx) y tomografía computada de tórax (TC de tx): enfisema panacinar con complejos bullosos bilaterales, consolidación en lóbulo superior derecho asociado a bulla con contacto pleural que presentaba nivel hidroaéreo en su interior. Se revisaron imágenes previas en las que se evidenció misma bulla de paredes finas, sin nivel hidroaéreo en su interior. Se realizó toma de cultivos, recibiendo tratamiento con levofloxacina 750 mg durante 7 días. Se realizaron nuevas imágenes (Rx y TC de Tx) evidenciándose aumento de nivel hidroaéreo en la bulla, neumonía perienfisematosa. Evolucionó favorablemente, afebril, con mejoría de parámetros inflamatorios, sin rescates bacteriológicos.

Discusión: Se plantea este caso al existir escasa bibliografía sobre la diferenciación y conducta terapéutica entre una bulla con nivel hidroaéreo (hallazgo imagenológico, sin compromiso sistémico del paciente), bulla infectada (afectación del estado general del paciente sin compromiso del parénquima pulmonar), y neumonía perienfisematosa con afectación de bulla preexistente.

Conclusión: En la evaluación inicial de una bulla con nivel hidroaéreo en su interior, es primordial conocer la preexistencia de la misma en imágenes previas, así como diferenciar el compromiso sistémico y del parénquima circundante. El tratamiento no ha sido aún establecido con claridad. En pacientes asintomáticos, el control imagenológico sería lo recomendado. En cuanto a la bulla infectada, antibioticoterapia empírica durante un período de 6 semanas se indica generalmente. En nuestro caso (neumonía perienfisematosa con afectación por contigüidad de bulla), el tratamiento como en una neumonía de la comunidad en paciente EPOC sería suficiente. En casos de tórpida evolución o de falta de respuesta terapéutica, podría plantearse el drenaje percutáneo del líquido.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

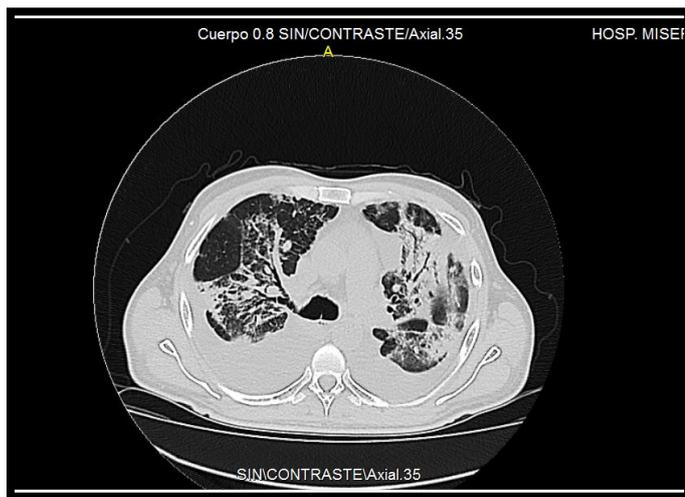
117- SINDROME PULMON-RIÑON. A PROPOSITO DE UN CASO

FERNÁNDEZ APARICIO M¹; BLANCO L¹; PÉREZ MIGUELES M¹; STEENBEKE L¹; ELLENA J¹; CADAMURO G¹

¹Hospital Misericordia

Introducción: El síndrome pulmón-riñón es la combinación de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis rápidamente progresiva se trata de una patología poco frecuente, tiene mal pronóstico y una alta mortalidad. Las causas más frecuentes son, vasculitis sistémicas y el síndrome de Goodpasture. El diagnóstico temprano basado en criterios clínicos, radiológicos, laboratorio e histológicos, permite iniciar el tratamiento disminuyendo su elevada morbi-mortalidad.

Caso clínico: Paciente masculino de 50 años de edad, con antecedentes personales patológicos de diabetes (10 años de evolución), hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, consulto por disnea progresiva de esfuerzo de un mes de evolución, que en las últimas 72hs progresa a clase funcional IV, acompañado de edemas en miembros inferior de dos meses de evolución. Examen físico: taquicardia, hipertensión, palidez generalizada, edemas en miembros inferior hasta rodilla, crepitantes bibasales, e ingurgitación yugular (con colapso inspiratorio). Laboratorio informo: anemia microcítica hipocromica, insuficiencia renal (MDRD: 34.2), eritrosedimentación acelerada, ionograma urinario mostro insuficiencia renal prerrenal, la radiografía de tórax: infiltrado intersticio alveolar bilateral a predominio del campo superior y base pulmonar derecha. El diagnóstico de ingreso fue: Insuficiencia cardiaca descompensada. Se inicia tratamiento con furosemida, hidratación, transfusión y oxígeno con cánula nasal. Paciente permanece sintomático. Se realizó orina de 24 hs, con proteinuria en rango no nefrótico y sedimento urinario patológico, la tomografía de tórax



evidencio marcado derrame pleural bilateral con áreas de infiltrado de aspecto alveolar y broncograma aéreo en ambos campos pulmonares, de ubicación central y perihiliar. Nos replanteamos nuevos diagnósticos en base al síndrome nefrítico + síndrome anémico + insuficiencia respiratoria aguda, encuadrando todo dentro del síndrome pulmón-riñón. Se realizó biopsia renal, la que muestra en inmunofluorescencia directa, patrón de tinción lineal en membrana basal glomerular IgG e IgA y tinción lineal focal en IgM e C1q y C3 negativo, hallazgos sugestivos de glomerulonefritis antimembrana basal. Se solicitó perfil reumatoide, siendo positivo ANCA C Y PR3. Nuevo diagnóstico: Wegenerse inicia inmunosupresión con corticoides, ciclofosfamida y diálisis trisemanal.

Comentario: La presentación de este caso clínico, radica en la baja incidencia de casos y en las escasas manifestaciones de criterios clínicos de esta enfermedad (radiografía de tórax con infiltrados fijos y microhematuria), presentes en nuestro paciente. En un principio la sospecha diagnóstica se inclinó a Síndrome de Good Pasture por lo que la llegada al diagnóstico definitivo fue gracias a los anticuerpos ANCA-C positivos, anticuerpos anti PR3 y anticuerpos anti- membrana basal circulantes negativos ya que la sensibilidad y la especificidad, de los primeros, para el diagnóstico de GW es del 75 al 90%.

118- HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA AL CONSUMO DE COCAÍNA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

TERRÓN F¹; GRODNITZKY M¹; MORANDI V¹; ITCOVICI N¹; TABAJ G¹; CSIPKA P¹; MALAMUD P¹

¹Hospital Cetrángolo

Caso Clínico: Varón de 39 años de edad, tabaquista de 25 p/y, enolista, consumidor habitual de cocaína y marihuana inhaladas, que se Hospitaliza por disnea CF II-III asociada a tos con expectoración hemoptoica y equivalentes febriles de 1 semana de evolución, se interpreta inicialmente al paciente como sepsis severa a foco respiratorio por Insuficiencia Respiratoria tipo I, alteración de la función renal, hepática y leucocitosis. Se instaure esquema antibiótico acorde.

La Tomografía computada (TC) de tórax presentaba opacidades difusas de densidad en vidrio esmerilado de predominio periférico asociado a algunos sectores de engrosamiento de septos intra e interlobulillares adaptando patrón en empedrado. Frente a las imágenes tomográficas y al compromiso renal se decide realizar fibrobroncoscopia con el objeto de descartar o confirmar otras causas no infecciosas.

Broncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) del cual se obtiene material hemático en forma progresiva compatible con Hemorragia alveolar difusa (HAD), confirmándose el diagnóstico mediante la citología. Con perfil inmunológico negativo, se realiza diagnóstico de HAD secundaria al consumo de cocaína. Se inició pulsos de metilprednisolona, evolucionando de forma favorable, con mejoría clínica y radiológica.

Resumen de la bibliografía: Motiva la mostración de este caso clínico la presentación atípica, de predominio periférico, de las imágenes radiológicas ya que la HAD se caracteriza radiológicamente por la presencia de opacidades parenquimatosas de patrón alveolar, de distribución variable: focales, parahiliares, en "parches" o difusas. En general, los ápices y la periferia de los pulmones son respetados. En ausencia de nuevos episodios de sangrado, la sangre del espacio aéreo se reabsorbe y las opacidades parenquimatosas desaparecen de la radiografía en una o dos semanas. En la tomografía computarizada (TC) de pacientes con HAD se evidencian áreas de aumento en la densidad del parénquima con patrones de consolidación y/o "vidrio esmerilado" de distribución central. Los macrófagos alveolares de fumadores son expuestos a altas concentraciones de cocaína inhalada, produciendo menos citoquinas inflamatorias y más factor inmunosupresivo y TGF- β , que los macrófagos de individuos no fumadores. La Cocaína puede, además, suprimir la producción de INF γ y de IL-8. Cuando consumidores crónicos de cocaína se exponen agudamente, pueden evidenciarse la activación de neutrófilos. El daño alveolar se produce por necrosis de los neumonocitos tipo II y células endoteliales alveolares. Los pacientes con daño alveolar presentan disminución de la DLCO. Se produce vasoconstricción del lecho vascular, anoxia epitelial o daño celular endotelial. Las alteraciones pulmonares se manifiestan, hasta en un 25%, con sintomatología pulmonar inespecífica. La hemoptisis se presenta en un 6 a 26% de los fumadores de cocaína.

119- HEMORRAGIA PULMONAR DIFUSA SECUNDARIA A CAPILARITIS PAUCIINMUNITARIA AISLADA. REPORTE DE CASO.

OLGUIN J¹; SVETLIZA G¹; WAINSTEIN E¹; PRECERUTTI J¹; CASTRO M¹; MENDEZ EZCURRA I¹

¹Hospital Italiano de Bs As

INTRODUCCION: La capilaritis pulmonar aislada es una causa infrecuente de hemorragia alveolar difusa de etiología desconocida. Se puede presentar a cualquier edad, pero es más frecuente en la cuarta o quinta décadas de la vida.

El diagnóstico se basa en la presencia de capilaritis pulmonar con ausencia de depósitos inmunes en la histología y la ausencia de evidencia de manifestaciones clínicas y serológicas de una enfermedad sistémica subyacente.

Se presenta un caso de hemorragia alveolar difusa secundario a esta entidad.

CASO CLINICO: Hombre de 65 años consultó por un cuadro de tos con expectoración hemoptoica y fiebre de 72 hs de evolución. Al ingreso presentó insuficiencia respiratoria. El laboratorio demostró anemia. La tomografía de tórax evidenció infiltrados pulmonares en vidrio esmerilado bilaterales de distribución difusa. Ante la sospecha de HAD se realizó fibrobroncoscopia. El lavado broncoalveolar fue de características hemáticas en alícuotas sucesivas y en la citología se encontraron: macrófagos: 40% (cargados con hemosiderina en su mayoría), polimorfonucleares: 54%, linfocitos: 6%. Los cultivos del BAL fueron negativos. Se solicitaron anticuerpos antinucleares, antifosfolípidos, ANCA, anti-ADN y antimembrana basal que fueron negativos. Se llevó a cabo un sedimento urinario con ausencia de hematíes. Al interrogatorio negó consumo de fármacos o drogas vinculables con HAD. Ante la incertidumbre diagnóstica se realizó una criobiopsia pulmonar que mostró septos alveolares y pared capilar con infiltración por linfocitos y polimorfonucleares (capilaritis). IgG y C3: negativo en membrana basal. Se inició tratamiento con meprednisona 1 mg/kg/día y se programó una infusión de ciclofosfamida pero el paciente intercurrió con bacteriemia a bacilos gram negativos y shock séptico refractario por lo que falleció.

DISCUSION:

-La capilaritis pulmonar aislada es una enfermedad infrecuente que debe ser considerada en el diagnóstico etiológico de una hemorragia alveolar difusa.

-El tratamiento se basa en corticoides sistémicos y ciclofosfamida.

-Es una afección potencialmente mortal y requiere tratamiento inmediato.

120- UNA AFECTACION ATIPICA DE LINFOMA DE HODKIN PULMONAR

BECERRA C¹; KURCHAN A²; BECERRA M¹; ZABERT I³

¹Centro de especialidades medicas neuquen, ²centro de especialidades medicas, ³centro de enfermedad del torax

Mujer de 49 años tabaquista consulta en enero 2015 por presentar fiebre, astenia, perdida de peso (síntomas b), tos y expectoración mucopurulenta y un episodio de tos hemoptica. Dentro de sus antecedentes personales, trabaja en un centro de salud donde tiene contacto moderado con personal de salud que imparte tratamiento supervisado a pacientes con tuberculosis. Consulta 6 días de iniciado los síntomas, en un estudio inicial se encuentra en la Rx una imagen consolidativa en LSI asociado a un mediastino discretamente ensanchado; es interpretada y tratada como NAC. La paciente presenta pobre respuesta al tratamiento consulta a los 20 días con un especialista, quien solicita un TAC.

En la TAC con contraste que se realiza a principios de febrero 2015 se observan adenomegalias de distinto tamaño en región retrocava, paratraqueal, subclavia y en ventana aortopulmonar, eran de gran tamaño y con tendencia a la confluencia. Además presenta una lesión de 62mm bordes irregulares, espiculados con cavitación central que refuerza luego de la administración de contraste endovenoso. A nivel abdominal informa algunas lesiones hepáticas que son interpretadas como quistes simples, sin esplenomegalia; de la analítica de laboratorio se constata anemia, con eritrosedimentación y PCR muy elevadas, en el proteinograma se observa hipergamaglobulinemia. Se realiza baciloscopia de esputo que resulta negativa. La paciente muestra un franco deterioro clínico.

Se decide la FBC en marzo del 2015 donde se ve carina con mucosa edematosa, estrechamiento concéntrico de BFI que se extiende hasta el bronquio del LS, sin lesión endoluminal. Se realiza biopsia transbronquial, cepillado y BAL. La biopsia informa negativo para BAAR, se observan células atípicas, sectores de fibrosis y necrosis. La inmunohistoquímica confirma el diagnóstico de linfoma de Hodgkin con afectación pulmonar; es referida al servicio de Oncohematología. Se estadifica como IVB se inicia tratamiento ABVD 8 sesiones posteriores a esto PETSCAN con score de Deauville 1 en la actualidad la paciente se mantiene en remisión completa.

Conclusion: el linfoma Hodgkin presenta afectación torácica deen el 67% de los casos el 99 % de los mismos por afectación adenopática la sintomatología respiratoria es pobre y en general es sistémica con tos pero en general los síntomas son tardíos a las grandes masas mediastinales solo el 9 al 12% presentan compromiso de parénquima pulmonar siendo la forma frecuente la forma multinodular bilateral pudiendo cavitarse, la forma linfagítica, y muy raramente en forma consolidativa en nuestro caso se presentó masa pulmonar cavitada única grande con ganglios mediastinales de tamaño mediano y síntomas precoces siendo esta forma de masa ese presenta en 1% de la enfermedad no siempre tiene tendencia a la cavitación y es más frecuente en linfoma Hodgkin que no Hodgkin

Los diagnósticos diferenciales más comunes son TBC sarcoidosis, infección por hongos u otras bacterias y la enfermedad de Wegener

121- TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

FRANCO P

H.I.G.A Pte. Perón (Avellaneda)

Introducción: El tumor fibroso solitario es una neoplasia infrecuente, que puede ocurrir en distintas partes del cuerpo, pero se identifica con más frecuencia en la pleura. Presenta una frecuencia 2:1 a favor de las mujeres, la edad de presentación es entre la 4ta y 5ta década de vida. De causa desconocida en la mayoría de los casos.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, con antecedentes de tabaquismo 12 P/Y, consulta a guardia externa por presentar toracodinia izquierda de 2 meses de evolución asociada a una disnea progresiva MRC II. Al examen físico matidez percutoria en campo medio y campo inferior izquierdo con matidez percutoria en 1/3 inferior de columna, disminución de MV a dicho nivel. Radiografía de tórax muestra una masa de bordes difusos, que ocupa lóbulo inferior izquierdo con desvío contralateral de corazón y mediastino. Laboratorio: GB: 7000/ul, HB: 12,7 g/dl, HTO 37%, Cr 0,8 mg/dl, Urea:35 mg/dl, Plaquetas: 270000/ml, GOT: 37 ui/l, GPT 32 ui/l. Funcional respiratorio: FEV1/FVC 82% FEV1 1,81L (50%) FVC 2,21L (49%). Volúmenes pulmonares SVC 2,20L (49%) ERV 1,54L (26%) IC 1,79L (62%). Pletismografía TLC 3,88L (65%) RV1,68 L (116%) . Se realiza TAC de tórax contrastada donde se observa en proyección de la base pulmonar izquierda una gran formación heterogénea con calcificaciones periféricas de 176 x 116 mm con realce de contraste sin adenomegalias mediastinales. Se deriva a cirugía torácica, se realiza biopsia con aguja gruesa Trucut. La anatomía patológica informa TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL. Se realizó inmunohistoquímica CD 34 positivo. Posteriormente se extirpa en forma completa el tumor por resección de lóbulo inferior izquierdo.

Conclusión: El tumor fibroso solitario de pleura corresponde al 8% de neoplasias benignas en tórax. En la mayoría de los casos reportados de comportamiento benigno cuyo tratamiento definitivo es la resección quirúrgica. El interés de presentar este caso es por la baja incidencia de estos tumores, y además por la inespecificidad de sus signos y síntomas que hacen que el diagnóstico sea el resultado de un hallazgo radiológico generalmente.

122- QUISTES PULMONARES. PEQUEÑA REVISIÓN Y ALGORITMO DIAGNOSTICO A PARTIR DE 3 CASOS CLÍNICOS

CORDON DIAZ A¹; ABDALA J²; WEBER G²; ALVAREZ S²; BARIMBOIM E²

¹Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear Mendoza, ²Hospital Central, Mendoza

Introducción: encontrar quistes pulmonares (QP) en una TAC de tórax, constituye un desafío. Los datos clínicos, de laboratorio, imágenes e histológicos, permitirán llegar al diagnóstico definitivo. Se presentan 3 casos clínicos y se discute un algoritmo diagnóstico.

Caso 1: mujer, 45 años; APP: -. Con diagnóstico de NAC y tratada con levofloxacina 750 mg. La TAC de Tórax: imagen cavitada y derrame pleural derechos y QP bilaterales. *Estudios:* hematocrito: 39%, G.B 20.600, uremia: 0.19, hepatograma: normal, VSG: 75 mm. ATT: 1.87, Inmunoglobulinas: normales, ANCA: -, FAN: -. Espirometría: normal. Gases arteriales: normales. Fibrobroncoscopia (FBC): normal. Líquido pleural: bacteriológico y micológico: negativos. TAC de tórax control: resolución de cavidad y derrame persistencia de QP. VATS: cavidades alveolares y múltiples dilataciones quísticas; sin otra alteración.

Caso 2: Femenina, 65 años. APP: RCA, HTA, DB2 y Sjogren. Con diagnóstico de NAC. Tratada con Ceftriaxona IM. TAC: Múltiples QP en LII con zonas de panal. FBC no diagnóstica. *Estudios:* Hematocrito: 39%, GB 4530 mm³ (eosinófilos 5%); FR +, PCR -, anti SS-A/RO-anti SS-B/LA: normales. Espirometría: normal. ALFA 1 AT 131 mg%; IF para hidatidosis + 1/60. VATS: espacios quísticos con epitelio bronquial y bronquiolar normal. Bronquiectasias y bronquiolectasias. Sin granulomas, vasculitis ni NIL. **Caso 3:** varón, 30 años, tabaquista. Con diagnóstico de NAC. TAC de torax: QP asociados a extensas zonas de vidrio esmerilado. *Estudios:* hematocrito: 44%, GB: 5.700, VSG: 18 mm, LDH: 1043 UI/l, Gases arteriales: hipoxemia con normocapnia. Hemocultivos x 2: negativos, ELISA VIH: positivo. CD4: 65/mm³. FBC: PJP.

Algoritmo diagnóstico:

1. Son quistes verdaderos? En la radiología, es un espacio que contiene aire, de bordes bien definidos y pared fina (2 a 3 mm), de tamaño variable. En la TAC de torax se representa como un área circular o irregular de baja atenuación, con pared normalmente delgada.
2. Se ubican en zona subpleural? Representan enfisema paraseptal, bulla, o panal.
3. ¿Presentan otras anomalías parenquimatosas, son solitarios o multifocales?. Los solitarios pueden ser incidentales, relacionado con la edad o ser remanente de trauma o infección previa. Los multifocales / difusos pueden ocurrir con NIL, síndrome de Birt-Hogg-Dubé, papilomatosis traqueobronquial o ca. primarios y metastásicos
4. Se asocian con nódulos? En NIL, enfermedad de deposición de cadena ligera, amiloidosis e Histiocitosis.
5. Se asocian a opacidades de vidrio esmerilado? En neumonía por PJP y NI descamativa.

Conclusion: la HC junto al examen físico, laboratorio y TAC de torax; estrechan el diagnóstico diferencial de estas lesiones.

Bibliografía: Cystic Lung Diseases. Algorithmic Approach. Raof S, et al. CHEST 2016; 150 (4):945-965

123- BULLA GIGANTE DE ENFISEMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CASTAÑO G¹; VARELA B¹; THOMPSON L¹; OPORTO L¹; NIGRO C¹

¹HOSPITAL ALEMAN

Introducción: La bulla gigante de enfisema es la forma más rara de la enfermedad bullosa pulmonar. El tratamiento suele ser médico, pero en ocasiones puede requerir evaluación quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico urgente es generalmente desencadenado por complicaciones como el neumotórax o por infección o sangrado. Poca evidencia existe en relación a la indicación de bullectomía en bullas gigantes de más de 2 años de evolución debido a que se suele desconocer tanto el inicio de la enfermedad como la duración de los síntomas.



Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 63 años de edad que consultó por disnea de esfuerzo. En la radiografía de tórax se evidenció hiperclaridad en el hemitórax derecho. TC de tórax que mostró bulla que ocupaba 2/3 de pulmón derecho con compresión pasiva de lóbulo Medio y lóbulo superior. Pruebas funcionales respiratorias: Capacidad Vital Forzada (CVF): 2,25L (64%) y volumen espiratorio forzado 1 segundo (VEF1): 1,36L (60%), VEF%: 60%

La paciente niega tabaquismo, contacto con drogas endovenosas. Se realizó perfil reumatológico y alfa 1 anti tripsina que fueron normales. Comenzó tratamiento con Budesonide más Formoterol inhalado y rehabilitación cardiopulmonar. Buena evolución durante los primeros 6 meses. Evolucionó con incremento de la disnea de CF II a CF III, caída de la CVF: 1,33L (44%) y VEF1: 1,04L (45%), VEF%: 80%, TLC: 3.82 (79%), RV: 2.47 (125%), RV/TLC: 65 (157%), DLCO: 11.16 (51%) e hipertensión pulmonar con PAP sistólica de 41 mmHg. Ergometría con consumo de O₂ que mostró Capacidad funcional reducida. VO₂ pico 68% del valor teórico predicho. Limitación cardiovascular al esfuerzo (UA 35%). Limitación respiratoria al esfuerzo (Reserva ventilatoria < al 30%, desaturación en la marcha > 4%). Nueva TC de tórax con contraste que muestra compresión de los grandes vasos, y mayor volumen de la bulla.

Se decidió realizar tratamiento quirúrgico. Evolucionó favorablemente con expansión de lóbulo medio e inferior derecho. Mejoría sintomática y de las pruebas funcionales con CVF del 2.93L (83%) y FEV1 del 1,86L (82%).

Discusión: Las indicaciones de resolución quirúrgica son la el empeoramiento clínico, el deterioro de las pruebas funcionales, y la refractariedad al tratamiento médico, tres criterios presentes en esta paciente. Los beneficios de la bullectomía son el alivio de la disnea y la optimización de variables fisiológicas como el aumento de la ventilación perfusión, disminución de la presión intratorácica y mejoraría de la función contractil.

Conclusión: Al contrario de lo observado en este caso, la expansión pulmonar no suele ser inmediata y la selección de los pacientes derivados a cirugía suele ser un paso muy importante.

124- ENFERMEDAD DE POMPE DE INICIO TARDÍO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEBILIDAD DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS

FERREIRO S¹; LARANGEIRA A²; MOLINA N³; GUTIÉRREZ G³; MICCIULLI A³; MELANO R³

¹HIGA Eva Perón San Martín / Sanatorio Juncal, ²Genzyme, ³HIGA Eva Perón San Martín

Introducción: el estudio de la debilidad de los músculos respiratorios incluye una extensa lista de enfermedades que afectan desde el SNC hasta el mismo tejido muscular. Los abordajes terapéuticos diferenciales orientan a una cuidadosa búsqueda para ofrecer respuestas a nuestros pacientes. Presentamos un caso de enfermedad de Pompe (EP) colaborando con su difusión al estar disponible las herramientas diagnósticas y existir una posibilidad de tratamiento.

Caso clínico: paciente del sexo masculino de 56 años. Consultó por ortopnea de 4 meses de evolución. Sin disnea de esfuerzo, aunque con movilidad limitada; sin otro síntoma respiratorio. Antecedentes: TBQ (30 paq/año); TAC del año anterior: enfisema y aneurisma de aorta torácica; espirometría del año anterior: defecto obstructivo severo y caída de la capacidad vital (FVC: 2,40 -49%- FEV1: 1,50 -39%- coc 0,62); "cuadro neurológico" sin diagnóstico llevando al paciente a una silla de ruedas hacía 5 años; RMI lumbosacra y EMG sin datos positivos. Sin mayor hallazgo al examen inicial, venía con ICS + LABA y mejoría parcial. Una nueva espirometría mostró menores valores pero particular caída de la FVC al acostarse: FVC sentado 1,90 (40%) FEV1 1,39 (37%) coc 0,73; FVC en decúbito dorsal 1,13 (-41%). La radioscopia confirmó la severa paresia diafragmática bilateral. En el lab, leve elevación de la CPK total (514 U/l). Gases en sangre arterial: ph 7,38 pCO2 51 pO2 67 bic 29. Se indicó VNI domiciliaria (bi-PAP) y, en difícil seguimiento, se prosiguió la evaluación de su trastorno neuromuscular. Se realizó un test en gotas de sangre en papel de filtro para EP, encontrándose valores anormales de alfa-glucosidasa (AGA). El paciente falleció en su domicilio durante la espera de los resultados de estudios confirmatorios. Ellos arrojaron: AGA en leucocitos: valores anormales; estudio molecular: dos variantes patógenicas heterocigotas para AGA. La correlación clínica-bioquímica-molecular confirmó el diagnóstico de enfermedad de Pompe de inicio tardío, encontrándose en estudio sus hermanos.

Discusión: la EP es una enfermedad autosómica recesiva que causa una deficiencia de alfa-glucosidasa llevando a la acumulación de glucógeno, en especial en el tejido muscular. De baja prevalencia, su desconocimiento conduce al diagnóstico tardío o a no buscarla. La EP de comienzo tardío presenta debilidad muscular proximal y de los músculos respiratorios. En nuestro caso, se llega al diagnóstico luego de más de 6 años de síntomas. El hallazgo del compromiso diafragmático sostenido por la ortopnea y el comportamiento funcional, sumado a la debilidad muscular proximal y la hiperCKemia, orientaron a solicitar la prueba de screening. Con un cuadro avanzado y el desenlace fatal no se logró instrumentar la terapia de reemplazo enzimático como chance terapéutica.

Conclusiones: el rol del neumonólogo en el rápido diagnóstico del compromiso de los músculos respiratorios es muy importante. La EP debe estar en nuestra lista de diagnósticos diferenciales contándose con recursos para su diagnóstico y potencial tratamiento.

125- VALOR DEL CENTELLOGRAMA VENTILACIÓN/PERFUSIÓN EN ARTERITIS DE TAKAYASU

CHURIN L¹; GARCÍA A¹; MARISOL C¹; SANTILLAN R¹; HOGREFFE J¹; BRIGANTE A¹; SOLIS M¹; QUADRELLI S¹

¹Sanatorio Guemes

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos infrecuente, crónica, de causa desconocida. Ocurre principalmente en mujeres jóvenes y es más frecuente en asiáticos. Cualquier vaso puede estar afectado, pero involucra mayormente a la aorta y sus ramas principales. Las arterias pulmonares se afectan en 50-80% de los casos. La signo-sintomatología es variable dependiendo del vaso afectado e incluye fiebre, astenia, anorexia, dolor en extremidades y/o claudicación, ausencia o disminución de pulsos periféricos.

Caso clínico: Paciente mujer de 16 años, sin antecedentes de relevancia. Comenzó semanas previas a la consulta con dolor abdominal y dorsal, disnea clase funcional I-II y febrícula. No tos u otros síntomas respiratorios. Laboratorio con velocidad de eritrosedimentación de 84 mm/h, proteína C reactiva de 80 mg/dl, sin leucocitosis ni otros hallazgos de significancia. Prueba de tuberculina negativa (0 mm). Pulsos periféricos de miembros superiores asimétricos. Angio-RMI mostró aneurisma del cayado aórtico en su porción descendente, menor diámetro de la arteria pulmonar derecha, estenosis de arterias subclavia derecha, carótida primitiva izquierda, disminución de calibre del tronco celíaco y miembros inferiores en lecho infrapatelar. Por sospecha de AT recibió metilprednisolona, ciclofosfamida y posteriormente adalimumab. Presentó buena evolución pero a los 6 meses es internada nuevamente por dorsalgia, tos seca y disnea de rápida evolución. En TC tórax se visualizan imágenes sólidas con base pleural en lóbulo medio (LM) y superior derecho (LSD) y opacidad parahiliar en LSD de aspecto inflamatorio. Ante la posibilidad de tromboembolismo pulmonar (TEP) con infarto pulmonar se realiza centellograma ventilación/perfusión (V/Q) que informó defecto segmentario de perfusión a nivel del LSD, segmento apical del lóbulo inferior derecho y LM. La angiografía pulmonar descarta TEP y evidencia estrechamiento de múltiples vasos y ausencia de rama lobar del LSD compatible oclusión por enfermedad de base o variante anatómica. La fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar (BAL) resultó con directo positivo para bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR++).

Discusión: Nuestra paciente presentó clínica y centellografía sugestiva de TEP con angiografía pulmonar compatible con compromiso pulmonar y micobacterias en BAL. Entre 60 – 70% de los pacientes con AT tienen centellografía con defectos de perfusión como manifestación de compromiso pulmonar, aún estando asintomáticos. En estudios por imágenes, la arteria pulmonar derecha y los lóbulos superiores se afectan más tempranamente en la enfermedad. Es conocida la asociación entre adalimumab y tuberculosis pulmonar.

Conclusión: La circulación pulmonar se afecta frecuentemente en la evolución de la AT e incluso puede simular embolias pulmonares aún al inicio de la enfermedad. El centellograma V/Q es un método de baja sensibilidad para detectar TEP en pacientes con AT. Por el contrario, resulta de gran valor para valorar el compromiso pulmonar en la enfermedad.

126- LINFOMA MALT PULMONAR Y TUBERCULOSIS

BURGOS D¹; BERENGUER R¹; VUJACICH P¹; LORENZO C²; LUNA C¹

¹Departamento de Medicina Interna, División Neumonología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina, ²Departamento de Patología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El linfoma MALT es una forma rara del linfoma maligno no Hodgkin de células B, que se desarrolla a expensas del tejido linfoide asociado a las membranas mucosas, y sólo representa alrededor del 5% de los linfomas no hodgkinianos.

Principalmente compromete a mayores de 60 años, con predominio femenino y su localización más frecuente es la gástrica. Su asociación con tuberculosis está descripta pero es rara.

Caso Clínico: Mujer de 49 años, ex fumadora de 20 p/y e hipotiroidea que presentó episodio de dolor torácico y falta de aire. ECG y laboratorio sin particularidades. La radiografía de tórax mostró la presencia de infiltrados alveolares en ambos hemitórax (**figura 1**) que se perpetuaron en el tiempo (**figura 2**), se realizó fibrobroncoscopia (FBC) con lavado broncoalveolar (BAL) y ulterior video toracoscópica asistida (VATS), que objetivaron cultivos negativos y cambios inflamatorios no específicos, por lo cual es remitida a nuestro Hospital. Al examen físico presentaba hipoventilación basal. Se realiza nueva FBC con BAL y biopsia transbronquial (BTB). El BAL mostró 480 células (40% de linfocitos) con hallazgos citológicos compatibles con un trastorno linfoproliferativo. La BTB mostró extensas áreas de infiltración de linfocitos pequeños con contorno nuclear ligeramente irregular y áreas pálidas dentro del citoplasma y estructuras epiteliales infiltrantes. Estas células expresaron BCL2 y CD20 y fueron negativas para CD5, CD23 y ciclina D1. El índice de proliferación Ki-67 fue del 2%. Los hallazgos y el inmunofenotipo correspondieron al linfoma de la zona marginal extranodal de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT) (**figura 3**). El cultivo de BAL en medio de Löwenstein-Jensen fue positivo para bacterias ácido-alcohol resistentes (BAAR).

Discusión: El Linfoma MALT puede afectar diferentes mucosas: gástrica, intestinal, ocular, tiroides, glándulas salivales o pulmón, y se postula que el estímulo antigénico persistente sería clave para su desarrollo: infección crónica (ej. linfoma MALT gástrico asociado con la gastritis por H. pylori), enfermedades autoinmunes (ej. T. de Hashimoto, Enf. Sjogren) o tabaquismo.

Suelen ser asintomáticos en la mitad de los pacientes al momento del diagnóstico, aunque pueden experimentar dolor torácico, tos, disnea, fiebre o hemoptisis.

LA Rx/TACAR de tórax puede demostrar una opacidad alveolar con broncograma aéreo, por lo cual se deben descartar otros diagnósticos etiológicos como neumonía de lenta resolución, neumonía organizativa, tuberculosis y adenocarcinoma lepidico.

La FBC es un estudio mínimamente invasivo y constituye una herramienta para su diagnóstico.

Si bien su tratamiento no está estandarizado, suele utilizarse rituximab + quimioterapia con o sin antraciclina, con pronóstico favorable.

La coexistencia de tuberculosis y linfoma es un raro evento, la incidencia reportada es del 0,3 al 13,2%, siendo las formas de tuberculosis millar 35 veces más frecuentes que en la población general.

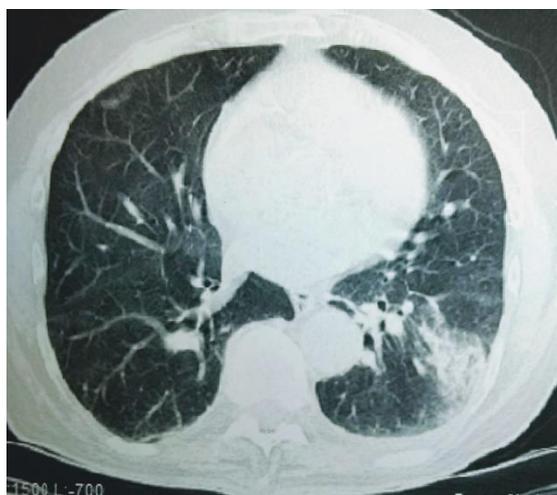
127- SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO DEL ANCIANO E INFARTO PULMONAR

MASDEU M¹; MOLINARI M¹; MANIERI S¹; MERALDI A¹; ABAD S¹; ALEM F¹

¹Centros MEDICUS

Introducción: Los síntomas y signos del tromboembolismo pulmonar (TEP) tienen baja sensibilidad y especificidad. En un paciente sin factores de riesgo protrombóticos, el hallazgo de una consolidación periférica requiere un alto índice de sospecha para arribar al diagnóstico de infarto pulmonar.

Caso clínico: Varón de 83 años, con antecedentes de talasemia menor y trastornos deglutorios, quien consultó por toracodinia izquierda, fiebre y tos seca de tres días de evolución. Se hallaba subfebril, normotenso y con crepitantes inspiratorios en base pulmonar izquierda. Presentaba leucocitosis con desviación a la izquierda. La tomografía computada (TC) de tórax evidenció una consolidación de base pleural en segmento lateral de lóbulo inferior izquierdo con leve derrame pleural homolateral.



Se interpretó como neumonía de presunta causa aspirativa y se inició tratamiento con ceftriaxona. No obstante lo cual, evolucionó febril y con toracodinia en región escapular derecha, observándose una nueva consolidación de base pleural, en lóbulo superior derecho con leve derrame. Los hemocultivos y antígeno urinario para neumococo resultaron negativos. Mediante toracocentesis se obtuvo líquido serohemático, exudado no complicado, sin rédito microbiológico alguno. La angio TC evidenció defectos de relleno en rama segmentaria del lóbulo superior derecho y ramas subsegmentarias del lóbulo inferior izquierdo; hallazgos sugestivos TEP. Eco Doppler de miembros inferiores sin signos de trombosis. Eco Doppler cardíaco normal y sin signos de hipertensión pulmonar. El dosaje sérico, en dos ocasiones, de anticuerpos anti fosfolípidos, anti cardiolipinas y anti beta 2 glicoproteína, resultó positivo y, por lo tanto, compatible con síndrome antifosfolípido (SAF).

Discusión: La presentación del TEP puede simular una neumonía de la comunidad, dado que el parénquima infartado consiste en una consolidación hemorrágica susceptible de necrosis central y cavitación. El infarto pulmonar aparece en 10-15% de los embolismos pulmonares, cavitándose 5-10% de los mismos. Los principales diagnósticos diferenciales son la tuberculosis, absceso pulmonar y embolias sépticas. La imagen típica corresponde a una opacidad triangular de base pleural, mayor a 2 cm, en segmentos basales (joroba de Hampton). La angio TC y los anticuerpos reiteradamente positivos, permiten confirmar el diagnóstico de SAF.

Ha sido descripto el aumento de anticuerpos anti cardiolipinas, como así también un estado de hipercoagulabilidad en pacientes talasémicos.

Conclusiones: La presencia de una consolidación de base pleural en cuña, derrame pleural leve y toracodinia persistente, a pesar de la terapia antibiótica empírica, orientaron hacia el diagnóstico de tromboembolismo e infarto pulmonar.

En resumen, no debiera limitarse la sospecha de TEP a aquellos pacientes con presentación típica, sino considerarse ante imágenes sugestivas y ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico inicial.

128- PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA BILATERAL COMO CONSECUENCIA DE UN ESFUERZO FÍSICO INUSUAL

BURGOS D¹; DIANTI M¹; LEGARRETA C¹; BREA FOLCO J¹; ARCE S²; LUNA C¹

¹Departamento de medicina, División Neumonología, Hospital de Clínicas, ²Sección Neumonología, Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires

Introducción: La disfunción diafragmática es un causa subdiagnosticada de disnea, y su compromiso uni o bilateral el eje central de los síntomas. Las causas de afección diafragmática son múltiples, desde trastornos metabólicos o inflamatorios, apost-procedimientos quirúrgicos, enfermedad miopática o neuropática, como así también ulterior a trauma.

Se detalla a continuación un caso de parálisis diafragmática bilateral, como presentación atípica luego de un esfuerzo físico.

Caso clínico: Varón de 39 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Inicia enfermedad actual cuatro semanas previas a su consulta, con disnea y ortopnea posterior a esfuerzo.

El paciente es carnicero y refiere haber experimentado dolor intenso en cuello y hombros con parestesia del brazo izquierdo luego de intentar mover una parrilla de hierro de 500 Kg, esfuerzo que intentó realizar tras atar una cuerda alrededor de su cuello y tirar fuertemente con brazos y cuello. Evolucionó a las 48hrs, con dificultad para respirar y despertares nocturnos frecuentes por disnea, por lo que consulta.

Al examen físico presentaba taquipnea, hipoventilación bibasal y disnea severa en posición supina, con movimiento paradójico del abdomen durante la inspiración.

En su estudio se realizaron: laboratorio, ECG y ecocardiograma normales. La radiografía de tórax mostró elevación de ambos hemidiafragmas (Figura 1). La RNM de columna cervical reveló un abultamiento leve de los discos C4-C5 y C5-C6 sin protuberancias, sin otra anomalía. Las pruebas de función pulmonar realizadas en posición sentada indicaron un patrón restrictivo severo (FVC: 1,99 lts, 44% de lo previsto/tabla 1) y en decúbito supino, su FVC se redujo en un 80%, a 0,39 lts, (figura 2) y presentó respiración paradójica toracoabdominal. La evaluación electromiográfica de cuatro extremidades no reveló signos de lesión radicular, plexual o neurológica. Se confirma diagnóstico de parálisis diafragmática bilateral tras medición de presión transdiafragmática máxima de 9 cm de agua.

Discusión: La combinación de ortopnea severa, respiración paradojal en decúbito supino y caída significativa postural de la CV apoya el diagnóstico de parálisis diafragmática bilateral, la cual se confirma tras medición de la presión transdiafragmática.

Otros exámenes que se pueden considerar para evaluar su función es la ecografía frénica y la electromiografía.

Se ha descrito que los movimientos vigorosos del cuello, especialmente flexión forzada o rotación del occipucio hacia un hombro deprimido fijo, pueden producir lesión del nervio frénico por tracción.

La recuperación de este tipo de injuria es impredecible y puede tardar de meses o años, por lo que se recomienda un largo período de observación de 1,5 a 3 años. No existe una terapia específica. El uso de ventilación de presión positiva no invasiva puede estar indicado durante el sueño en pacientes sintomáticos.

129- NOCARDIOSIS DISEMINADA, UNA ENTIDAD SUBDIAGNOSTICADA.

PERIN M¹; LEIVA S¹; BURGOS D¹; PULIDO L¹; FELDER F¹; PUTRUELE A¹; LUNA C¹

¹División Neumonología, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

Introducción: La nocardiosis es una infección bacteriana que puede causar enfermedad supurativa localizada o sistémica. Su factor de riesgo principal es la inmunosupresión celular, que afecta fundamentalmente a pacientes con enfermedades hematológicas, trasplante de órgano sólido, infectados por VIH y aquellos que reciben terapia corticosteroidea prolongada, citotóxicos o terapias biológicas.

Caso clínico: Varón, 55 años ex-tabaquista, condrosarcoma grado 2 en tratamiento con dexametasona 4 mg/día, consultó por fiebre, tos con expectoración sanguinolenta y cefalea de 5 días de evolución.

Al examen físico: taquipnéico, SaO₂(0,21) 94%, crepitantes en hemitórax izquierdo, rigidez de nuca y masa indurada a nivel inguinal derecho. Laboratorio: anemia normocítica, PCR: 15,4 mg/dl, serología para VIH, HBV, HCV y VDRL negativas. TC de tórax: consolidación con broncograma aéreo en lóbulo superior izquierdo y segmento anterior de lóbulo inferior derecho (**figura**). RNM cerebral: imagen frontal superior derecha con realce periférico. Punción lumbar: LCR cristal de roca, células 1900 (80%N), hipoglucorraquia, proteínas 106 mg/dl, Gram, tinta China y hongos directo, negativos.

Se interpretó como neumonía cavitada y meningitis; se inició tratamiento empírico con antifúngicos y corticosteroides + vancomicina y meropenem. Se realizó un LBA cuya citología fue células 2030 (82%N; 18%M), Gram no bacterias y Ziehl-Neelsen negativo. Se solicitó: hemocultivos por lisis, antígeno para criptococo, tinción de Kinyoun (KY) en LBA y LCR. La tinción de KY fue positiva en LBA. Con el diagnóstico de nocardiosis diseminada se rotó el tratamiento a TMS, con buena respuesta. El cultivo del LBA desarrolló Nocardia.

Discusión: La nocardiosis es una infección esporádica, más frecuente en hombres con incidencia variable en pacientes inmunocomprometidos (0 al 20%). El SNC está implicado en 44% de nocardiosis diseminada.

El tiempo promedio desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico puede llegar a 12 meses. Las manifestaciones clínicas incluyen: bronconeumonía, neumonía lobar y necrotizante, meningitis persistente y absceso cerebral.

La nocardia, bacteria gram + con tinción ácido-alcohol resistente se diagnostica a través de la técnica de Kinyoun. Los cultivos de rutina tienen bajo rendimiento, pero con métodos invasivos el rendimiento es 85 a 90%.

Las imágenes pulmonares más frecuentes son infiltrados alveolares, nódulos difusos e infiltrados lobares confluentes que pueden consolidar o cavitarse. Considerar como diagnósticos diferenciales: micobacterias, aspergilosis, criptococosis, coccidioidomicosis, zygomycosis, toxoplasmosis y cisticercosis.

La mortalidad puede llegar al 50% por retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como en las presentaciones diseminadas. El tratamiento de elección es TMS de tres meses a un año de duración, pudiendo recidivar varios años luego de completado el mismo.

Conclusión: El presente caso denota la importancia de una alta sospecha clínica de nocardia como diagnóstico etiológico en infecciones respiratorias diseminadas.

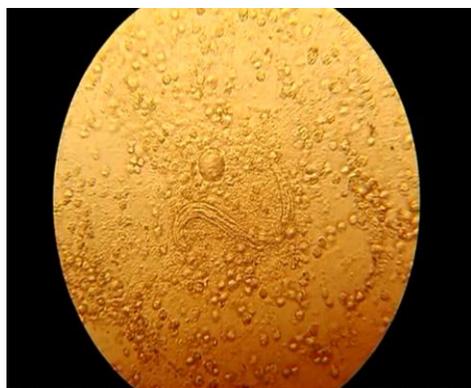
130- EOSINOFILIA PULMONAR Y DESARROLLO DE SINDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS

FERREIRO S¹; PRIETO M²; MARZELLO M²; MESSINA M²; RUDMISKY F²; PENNA M²; LAREU M²

¹HIGA Eva Perón San Martín / Sanatorio Juncal, ²SANATORIO JUNCAL

Introducción: la eosinofilia pulmonar es una entidad de relativa frecuencia en la práctica de la neumonología. El abordaje diagnóstico requiere una prolija anamnesis y exámenes complementarios dirigidos para arribar a conclusiones válidas y adecuado tratamiento. Presentamos un caso en el cual la dificultad diagnóstica nos dejó enseñanzas que consideramos interesante compartir.

Caso clínico: paciente del sexo masculino de 73 años. Consultó por disnea progresiva, tos y percepción de sibilancias de 6 meses de evolución. Antecedentes: ex TBQ (dejó 2 años antes; 20 paq/año); rinosinusopatía crónica; enolismo; Guillain Barré 12 años antes. Viajes a Misiones en el pasado. El examen reveló sibilancias bilaterales y la espirometría un defecto obstructivo muy severo: FVC 2,23 (51%) FEV1 1,03 (33%) coc 0,46. Se inició tratamiento con ICS + LABA con mejoría clínica y funcional parcial -a la semana FEV1 1,63 (52%)-. Se realizaron luego: lab -Hto 39 GB 9900 (eosinófilos 27%, 2673 x mm³) VSG 40 f.renal, hepatograma y LDH normales VIH negativo- y TC: enfisema centrolobulillar; escasas áreas en vidrio esmerilado y consolidativas a predominio bibasal. Se indicó prednisona (0,5 mg/kg con rápido tapering) y continuó la evaluación de la eosinofilia pulmonar: FAN neg; ANCA neg; IgE para Aspergillus neg; parasitológico de materia fecal: + para *Entamoeba coli*. Presentó sólo transitoria mejoría. La administración de nitozoxanida no cambió el cuadro clínico. Se realizó un BAL sin datos microbiológicos positivos y con eosinofilia en el examen citológico. Con diagnóstico presuntivo de neumonía eosinofílica (crónica), se reindicó prednisona (1 mg/kg). Luego de transitoria mejoría, presentó insuf. respiratoria e infiltrados pulmonares. Requirió VM. Un nuevo BAL evidenció elementos compatibles con *Strongyloides stercolaris*



Con diagnóstico de síndrome de hiperinfección se indicó albendazol e ivermectina. Un posterior shock séptico por *S. aureus* precipitó el óbito del paciente.

Discusión: la eosinofilia pulmonar abarca un grupo de entidades caracterizadas por eosinofilia periférica e infiltrados pulmonares en algún momento de la evolución. La infección parasitaria es un diagnóstico diferencial siendo la búsqueda de estos agentes en las heces la pesquisa habitual. En nuestro caso, la sospecha de neumonía eosinofílica guio al tratamiento. La profundización del inmunocompromiso del paciente, puso de manifiesto la presencia de *Strongyloides stercolaris*, cuyo síndrome de hiperinfección tiene una elevada mortalidad. La negatividad del examen de materia fecal puede relacionarse con la intermitencia en la excreción de las larvas, De esta manera, no se llegó al diagnóstico en forma precoz a pesar del algoritmo instrumentado.

Conclusiones: el algoritmo de estudio del paciente con eosinofilia pulmonar debe incluir la búsqueda de infección parasitaria, en especial en la población con epidemiología orientadora. El examen de heces y los estudios serológicos cumplen esta función debiéndose agotar esta posibilidad, en especial antes de indicar corticoide sistémico.

131- DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA: UN CASO CON MUTACION M-MALTON-S

ALAIS M¹; NIGRO C¹

¹HOSPITAL ALEMAN

Introducción: El déficit de alfa 1 antitripsina (AAT) es una enfermedad congénita, potencialmente mortal, frecuente en el adulto, generalmente, subdiagnosticada. Dicha proteína es secretada por el hígado y su función es inhibir la elastasa del neutrófilo. Su déficit provoca daño pulmonar, hepático y raramente vasculitis.

Caso clínico: Varón de 42 años con antecedente de asma y enfermedad celíaca. Derivado por hepatólogo para evaluación respiratoria: PBH con esteatosis leve, PAS negativo. $\alpha 1$ globulina 0.08 g/dl, Bi Total 2.21 mg/dl, BD 0.35 mg/dl, $\alpha 1$ antitripsina 47 mg/dl. Se repite dosaje: 42 mg/dl. La genotipificación: heterocigota S/no Z. Ante un resultado discordante, se realiza la secuenciación, cuyo resultado es Mmalton-S.

TAC de tórax - IMAGEN

FVC 3.26 l/71% FEV1 2.68 l/73% FEF 25-75% 2.58 l/s/73% TLC 4.83 l/77% RV 1.69 l/89%. Respuesta significativa a los B2 inhalados (FEV1 12%). Por el daño pulmonar, espirometría y clínica (disnea a esfuerzos moderados y broncoespasmos, aún ajustando medicación inhalada, limitación de la actividad física) se decide terapia con inhibidor $\alpha 1$ proteinasa humano activo 2% acorde a peso.

Discusión: El AAT es un trastorno genético (AR) que puede ocasionar enfisema pulmonar en la 3^a-4^a década de la vida. Niveles por debajo de 50 mg/dl relacionados con los fenotipos ZZ(96%) y SZ, son factores de riesgo para el desarrollo de síntomas respiratorios, aparición temprana de enfisema y progresión de la enfermedad. Existen variantes *M-like* y *S-like* y los fenotipos nulos, en donde se describe la variedad M-Malton S, que se asocia a daño pulmonar pero sin hepatopatía, que podría relacionarse también con factores externos (tabaco, obesidad, alcohol). El diagnóstico es identificando en nivel de AAT en sangre, feno y genotipificación. El tratamiento se indica para desacelerar el progreso de la enfermedad en aquellos con daño pulmonar y hepático. Consiste en la administración de dicha proteína, proveniente de sangre de donantes humanos sanos, de manera permanente y de por vida.

Conclusiones: Se presenta un caso de déficit de $\alpha 1$ antitripsina, con daño pulmonar y hepático, siendo una variante M-Malton S muy poco frecuente.

Bibliografía:

Menga G, Mirabillis M, et al. Normativa de diagnóstico y tratamiento de déficit de alfa-1 antitripsina. AAMR, RAMR 2014;1: 28-46.

Vidal R, Blanco I, Casas F, Jardi R, Mirabilis M. Diagnóstico y tratamiento de déficit de alfa 1 antitripsina. Normativa Separ. Arch Bronconeumol 2006(12):245-59

132- AFECTACIÓN PULMONAR EN LINFOMA DE HODGKIN Y SUS PATRONES RADIOLÓGICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

JALIFF M¹; LISANTI R¹; GONZALEZ L¹; GATICA D¹; DI GIORGI L¹; VILLA D¹

¹Hospital Nuestra señora del Carmen

Introducción: El Linfoma de Hodgkin (LH) presenta con frecuencia afectación pulmonar secundaria. El compromiso de este órgano es indicador de enfermedad avanzada. Radiológicamente se describen 5 patrones de afectación pulmonar.

Presentación del caso: Mujer de 20 años. Consulta por fiebre, sudoración nocturna, tos productiva y dolor dorsal en hemitórax derecho, de un mes de evolución. Hiporexia, astenia, y pérdida de peso (6Kg). Examen físico: regular estado general, taquicárdica y taquipneica. Adenopatía en fosa supra clavicular derecha. Síndrome de condensación. Laboratorio: anemia, linfopenia y trombocitosis. Radiografía de tórax: opacidad con aspecto de masa en hemitórax derecho y velamiento de receso costo diafragmático. Tomografía de tórax: extensa consolidación, en algunos sectores con broncograma y en otros obliteración de estructuras bronquiales, con contacto pleural. Compromete pulmón derecho en segmento anterior del lóbulo superior, lóbulo medio y sector perihiliar del lóbulo inferior, sin plano de separación con el hilio. Derrame pleural basal y escaso. Adenopatías mediastinales. Ligera desviación izquierda del mediastino. Biopsia de ganglio supra clavicular derecho: LH variedad esclerosis nodular. PET-CT: compromiso nodal supra e infra diafragmático y pleuro pulmonar con masa de Bulky. Estadio Ann Arbor IV BX.

Discusión: El LH es una neoplasia maligna originada en ganglios linfáticos, definida histopatológicamente por células de Reed - Sternberg. El linfoma primario de pulmón es muy raro (1%), la forma más frecuente de afectación pulmonar es la secundaria. Los linfomas presentan afectación intratorácica en el 67 % de casos, con adenopatías hiliares y mediastinales. El compromiso del parénquima pulmonar es indicador de enfermedad avanzada, y se presenta en el 12 %. Se describen 5 patrones radiológicos de afectación pulmonar: 1- Nódulos pulmonares únicos o múltiples, cavitados o no, el más frecuente. 2- Reticular con líneas septales. 3- Extensión directa desde el mediastino, frecuente en la esclerosis nodular, siendo que cuando existe un ensanchamiento mediastinal mayor de 10 cm o mayor de 1/3 del diámetro mayor del tórax, se denomina enfermedad de Bulky. 4- Consolidación o seudomasa lobar o segmentaria, con o sin broncograma, similar a un proceso neumónico. 5- Derrame pleural.

Conclusión: Paciente con diagnóstico de LH con afectación pulmonar secundaria, su clínica inicial orientó a un cuadro de origen infeccioso, primario o asociado. Un ensanchamiento mediastinal asociado a algunos de los patrones radiológicos nos obliga a sospechar LH. Aunque no es lo más frecuente, presentó patrón radiológico de masa mediastinal con extensión directa al parénquima, asociada a consolidación con broncograma, lo cual demuestra que pueden coexistir diferentes presentaciones radiológicas. Pacientes con masas pulmonares demostradas radiológicamente, y con diagnóstico previo de LH en otra localización, nos permiten realizar el diagnóstico de afectación pulmonar linfomatosa, sin necesitar de la biopsia en pacientes no tratados.

133- TUMOR PULMONAR COMO CAUSA DE DISFAGIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

VIRHUEZ Y¹; RODRIGUEZ T¹; TOLEDO E¹; DEL MORAL L¹; RANERO F¹; BALCÁZAR J¹; PÉREZ I¹; AHUMADA R¹; WAGNER G¹; OSSES J¹; CÁNEVA J¹; FAVALORO R¹

¹Fundación Favaloro

Introducción. La disfagia de origen esofágico (disfagia por debajo del hueco supraesternal), se debe a alteraciones de la motilidad esofágica o a condiciones obstructivas intrínsecas o extrínsecas del esófago.

Caso clínico. Mujer de 60 años de edad. Oriunda de Nápoles Italia, reside desde la infancia en Buenos Aires. Trabaja como administrativa en panadería. Ex tabaquista 10 paquetes/año, sin otros antecedentes de relevancia. Refiere disfagia a alimentos sólidos de 6 meses de evolución, agregando en los últimos 2 meses disfagia a líquidos asociado a pérdida de 10Kg de peso. Consultó a gastroenterología en forma ambulatoria, quienes realizaron video endoscopia digestiva alta (VEDA) evidenciándose obstrucción benigna del esófago en su tercio distal, con realización de dilatación con bujías y toma de biopsia. Resultado de anatomía patológica: esofagitis aguda. Evoluciona con alivio sintomático transitorio. Se realizó TACAR de tórax, evidenciándose: masa sólida intrapulmonar con realce heterogéneo, parahiliar izquierda extendiéndose hacia la base pulmonar, en contacto con estructuras mediastinales y adenopatías mediastinales. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar (BAL) con biopsia transbronquial (BTB): evidenciándose, engrosamiento del espón principal del árbol bronquial izquierdo, con disminución del ostium del lóbulo inferior izquierdo por infiltración de la mucosa, friable, fácilmente sangrante. El resultado de anatomía patológica fue adenocarcinoma pulmonar con patrón acinoso.

Conclusión. Se menciona en la literatura como causa poco frecuente de disfagia esofágica secundaria a compresión extrínseca de causa pulmonar, siendo aún más infrecuente de origen tumoral, dándose su diagnóstico en estadios clínicos avanzados de la enfermedad.

134- ASOCIACIÓN CONCOMITANTE ENTRE CÁNCER DE PULMÓN Y TUBERCULOSIS. HOSPITAL SAMIC ELDORADO, MISIONES, ARGENTINA

AGUSTI A¹; SOTELO R¹; HABA S²; VOGEL D²

¹Hospital SAMIC Eldorado, ²Instituto Privado de Ciencias de la Salud Fundación Héctor A. Barceló

Objetivos:

-Establecer el porcentaje de asociación entre cáncer de pulmón y tuberculosis en la población estudiada con cáncer de pulmón entre los años 2006 y 2016 con la intención de conocer la relación entre estas dos enfermedades ya que la primera es inmunosupresora y puede llevar al desarrollo de la segunda.

-Evaluar si hay un vínculo entre estas dos enfermedades, ya que estamos en una zona de alta prevalencia de la TBC y si existe la necesidad de realizar estudios diagnósticos de TBC en todos los pacientes con cáncer de pulmón.

-Analizar la asociación de comorbilidades con la concomitancia entre cáncer de pulmón y tuberculosis.

-Destacar la asociación entre la histopatología del cáncer de pulmón y la tuberculosis.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo a través del análisis de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón obtenido a través de Biopsia Endobronquial, Cepillado Bronquial, Punción Transtoracica, Biopsia de Ganglio Supraclavicular, Punción de Líquido Pleural, Citológico seriado de Esputo, Biopsia de Pleura, datos obtenidos del sistema estadístico entre los años 2006-2016, buscando a aquellos que tenían asociado al cáncer de pulmón-tuberculosis. Las variables analizadas fueron Edad, Sexo, Comorbilidades (Etilismo, Tabaquismo, DBT, HTA, EPOC), Histopatología del Cáncer de Pulmón.

Resultados: Se encontraron 90 (100%) pacientes con diagnósticos de Cáncer de Pulmón, 69 (76,66%) Masculinos, 21 (23,33%) Femeninos. Promedio de Edad 60,9 años (37-77 años). Durante este período los diagnósticos se realizaron por Biopsia Endobronquial 25 (27,77%), Cepillado Bronquial 8 (8,88%), Punción Transtoracica 13 (14,44%), Citológico de Esputo 14 (15,55%), Biopsia de Pleura 2 (2,22%), Biopsia de Ganglio 4 (4,44%) y Punción de Líquido Pleural 5 (5,55%). Hallándose Adenocarcinoma 35 (38,88%) Carcinoma Epidermoide 26 (28,88%), Carcinoma de Células Pequeñas 4 (4,44%), Carcinoma Indiferenciado 1 (1,11%), Carcinoma de Células Grandes 1 (1,11%), Carcinoma de Células Claras 2 (2,22%) y Sin Diagnóstico Histopatológico del Cáncer de Pulmón 21 (23,33%). Pacientes con TBC concomitantes 7 (7,77%), de los cuales 6 pacientes Masculinos (6,66%) y 1 Femenino (1,11%). De nacionalidad: 74 Argentinos (82,22%), Paraguayos 12 (13,33%) y Brasileños 4 (4,44%). Las comorbilidades encontradas fueron: Tabaquismo 69 (76,66%), Etilismo 23 (25,55%), EPOC 22 (24,44%), HTA 12 (13,33%), DBT 6 (6,66%), Arritmia Cardíaca (FA) 2 (2,22%), Artritis Reumatoidea 1 (1,11%), Hipotiroidismo 1 (1,11%).

Conclusiones: Se observó que el 7% de los pacientes tenían asociado Tuberculosis al Cáncer de Pulmón.

El tipo Histopatológico predominante encontrado fue Adenocarcinoma (38,88%), más frecuente en Hombres, Tabaquistas asociado a Etilismo.

Los resultados dejan como corolario la necesidad de screenign para TBC a todo paciente con diagnóstico de cáncer de pulmón.

135- LINFOMA PRIMARIO DE PULMÓN SUBTIPO MALT: PRESENTACIÓN ATÍPICA

BREGHELLI N¹; ALANIZ M¹; CASTILLO S¹; BASILO VIGIL H¹; GRACIELA F¹

¹Hospital tornú

Introducción: El linfoma MALT pulmonar se origina del tejido linfático asociado a la mucosa bronquial, es poco frecuente y representa el 0,5-1% de todos los tumores malignos pulmonares.

Caso clínico: Mujer de 79 años antecedentes: HTA, DBT II, Hipotiroidismo, AIT, ex TBQ, ex enolista, adenocarcinoma de colon en 2011 (tto quirúrgico y quimioterapia), Fibrosis pulmonar desde 2010 según refería, deterioro cognitivo leve.

En Tc Tórax control por oncología en 2015 se observan consolidaciones basales bilaterales, engrosamientos septales y opacidades en VE. FBC: formaciones nodulares traqueobronquiales de bordes lisos vascularizados. Biopsia: linfoma no Hodgkin de cél B periféricas o maduras subtipo MALT, sin determinar con certeza por escaso material. Pte con poca adherencia regresa 6 meses después a consultorios de Hematología con disnea CF III. Se solicita nueva BTB que confirma diagnóstico previo, VEDA y VCC sin patología gastrointestinal activa. PAMO: sin compromiso de MO.

Un mes posterior la paciente ingresa en sala de Neumonología por disnea progresiva hasta grado 4 mMRC, tos y expectoración mucopurulenta, insuf respiratoria tipo II. TC de tórax: engrosamiento de septos interlobulillares asociado a VE, con tendencia a la consolidación bilateral, con broncograma aéreo, consolidación con broncograma aéreo en segmento basal post de LII.EAB 7.22/82,8/68,5/33,2/89,1%.sin leucocitosis.Al examen físico rales tipo velcro bibasales hasta campos medios, sibilancias y roncus aislados. Inicia tto con antibióticos y oseltamivir, sin rescates bacteriológicos .Se indica tto con VNI, con mejoría de hipercapnia, persistiendo con hipoxemia Lab inmunológico: sin particularidades.

Inicia quimioterapia con ciclofosfamida, vincristina y corticoides.

Posteriormente rituximab + 2°ciclo con vincristina, ciclofosmamida y ctc presentando neutropenia febril y shock séptico.Es derivada a UTI donde fallece.

Discusión: El linfoma tipo MALT afecta a hombres y mujeres de mediana o avanzada edad en similar proporción. La mitad de los casos es asintomática.

La presentación radiológica más frecuente es la aparición de un nódulo pulmonar solitario, múltiples nódulos o áreas de condensación con broncograma aéreo en su interior. La extensión intersticial difusa es menos frecuente, las adenopatías mediastínicas e hiliares son raras.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se puede obtener por procedimientos mínimamente invasivos.

El linfoma marginal MALT debe diferenciarse de las hiperplasias linfoides reactivas.

Conclusión: El linfoma tipo MALT podría representar la transformación de un proceso inflamatorio crónico.El diagnóstico de confirmación es histológico.La supervivencia a los 5 años es del 88%, superior a la supervivencia de los linfomas sistémicos.

El tratamiento se basa en la quimioterapia, siendo la pauta con CHOP combinada con anticuerpos anti CD20 (rituximab) la más difundida y con mayor tasa de respuestas.

136- CORRELACION CLÍNICO-TOMOGRAFICA EN ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PULMÓN

CESARATTO F

Hospital Privado Universitario de Córdoba

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma mucinoso pulmonar, antes denominado carcinoma bronquioloalveolar, es una variante infrecuente de los carcinomas de pulmón, con características similares a los tumores observados en el tracto gastrointestinal. Los patrones tomográficos descriptos son: 1. Tipo Neumónico (compromete áreas extensas de un lóbulo pulmonar); 2. tipo Solitario (Nódulo o Masa) 3. Tipo Difuso (compromiso multilobar). No se ha investigado detalladamente la correlación entre los hallazgos de la TAC, las características clinicopatológicas y el pronóstico de los adenocarcinomas mucinosos. No obstante, el adenocarcinoma mucinoso se presenta más frecuentemente como un tumor multifocal o de tipo neumónico, en los que hay una diseminación aerógena de las células tumorales cargadas con mucina que producen el patrón de consolidación alveolar. Además, en estas variantes, se presentan factores invasivos (compromiso linfático y pleural), que se correlacionan con peor pronóstico, aunque no haya diferencias anatomopatológicas con el tipo solitario, excepto la extensión. La distinción entre estos tumores con las metástasis de otros mucinosos y el diagnóstico de neumonía puede ser dificultoso en base a los hallazgos iniciales de la TACAR.

Presentamos una paciente con adenocarcinoma mucinoso de tipo difuso con compromiso linfático mediastínico y pleural que se interpretó inicialmente como neumonía con insuficiencia respiratoria.

CASO CLINICO: mujer, 69 años, Diabética Tipo II, retinopatía diabética. Ex tabaquista 20 PY. MC: tos seca de 3 meses de evolución, disnea CF III- IV, fiebre, astenia y anorexia. Al examen físico: Sat Hb 88% AA, crepitantes bibasales, roncus difusos, hipoventilación basal derecha. LBT: GB 13.2; PCR 20,4; Acido Láctico 2,4; Espudo seriado: Moraxella Catarralis. Rx torax:: Derrame pleural en base derecha, parches de infiltrados alveolo-intersticial basal derecho; medio y basal en campo pulmonar izquierdo, refuerzo de intersticio peribroncovascular central. Se interpretó como neumonía adquirida en la comunidad, recibió Ampicilina/sulbactam + Azitromicina. TACAR: múltiples opacidades bilaterales de bordes irregulares con broncograma aéreo; nódulo base derecha, adenopatías mediastínicas y escaso derrame pleural bilateral

BFC: BAL: no diagnóstica. Punción biopsia del nódulo pulmonar en base derecha: Adenocarcinoma Mucinoso. Inmunohistoquímica: CK7+, NAPSIN A positividad focal; TTF1, CDX2 negativos. Estadificación: T4 N2 M1A. Se indicó Oxigenoterapia crónica domiciliar por insuficiencia respiratoria secundaria al compromiso pulmonar difuso.

COMENTARIO: la presentación del adenocarcinoma mucinoso de tipo neumónico y difuso multifocal representan un desafío diagnóstico y surge el interrogante, si son formas de presentación diferentes o simplemente el proceso evolutivo de una misma enfermedad, lo que puede generar errores diagnósticos y demora en el inicio de tratamiento.

137- TUBERCULOSIS CUTÁNEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

ALVAREZ N¹; CHERTCOFF M¹

¹Hospital Municipal Hector Cura

Introducción: La Tuberculosis es una enfermedad conocida desde la antigüedad, con alta morbimortalidad hasta la actualidad. La forma cutánea fue descrita en Palestina antes de Cristo. Su frecuencia está asociada a la tuberculosis sistémica pero principalmente a la forma pulmonar.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino de 26 años, tabaquista, panadero, quien consulta al Servicio de Odontología en marzo de 2016 por un flemón. Se realiza avenamiento y tratamiento con antibióticos, sin obtener mejoría clínica. Evoluciona con una fístula hacia la región lateral de pómulo izquierdo, con drenaje espontáneo de material mucoso, recibiendo nuevo esquema antibiótico y drenaje quirúrgico, sin resolución. Se asocia a este cuadro pérdida de peso, sudoración y expectoración, para lo cual se deriva a nuestro servicio. Se solicita directo de esputo y radiografía de tórax. Los resultados nos informaron BAAR positivo más de 10 BAAR por campos observados. La radiografía de tórax presentaba imágenes cavitadas bilaterales en ambos vértices.

Discusión: Consideramos a nuestro caso como una tuberculosis cutáneomucosa para lo cual buscamos la clasificación de las formas cutáneas. Existen varias formas, pero según la vía de infección (Beyt y colab.): infección exógena: Tuberculosis primaria: el agente penetra por vía exógena, en un huésped no infectado y con alteración de la integridad de la barrera cutáneo mucosa, pápula o herida que persiste, se ulcera y fistuliza, asociada a adenopatías; Tuberculosis posprimaria TBC verrugosa: inoculación exógena, accidental o profesional. Diseminación endógena: lupus vulgar: lesión crónica, progresiva y destructiva, en extremidad cefálica y en sexo femenino; TBC colicuvativa: abscesos fríos subcutáneos que se fistulizan (escrofula, absceso tuberculoso metastásico); TBC orificial; TBC aguda miliar diseminada. Tuberculides: liquen escrofulosos y tuberculide papulonecrotica. Tuberculides facultativas: eritema indurado de Bazin y eritema nudoso. Tuberculosis causada por vacunación de BCG.

Conclusiones: La tuberculosis cutánea se presenta con una frecuencia de 1 a 2 % en nuestro país. Consideramos a nuestro caso como una tuberculosis colicuvativa, escrofuloderma, porque aparece resultado de un foco tuberculoso subyacente, es un nódulo que se reblandeció, fistulizó y cicatrizó en forma estrellada, de aspecto queloide, con puentes interlesionales. Nuestro paciente mejoró con tratamiento antituberculoso, con resolución total.

138- UN CASO DE ESTENOSIS ENDOBRONQUIAL

MATAR M¹; VARAS H¹; PERALTA G¹; ALCHAPAR E¹; ABALLAY G¹; GONZALEZ A¹; MANGANIELLO K¹; GIL E¹; HAUILLE E¹

¹Hospital L. Lagomaggiore

Introducción: La asociación entre TBC y desarrollo de Cáncer se ha estudiado desde hace años y no se conoce con exactitud su relación aunque se postulan varias hipótesis. Se cree que las condiciones inflamatorias crónicas son el medio para desarrollar cáncer como sucede en estómago. Los componentes de la pared celular de mycobacterias provocan daño ADN, inhiben la apoptosis y aumenta la inflamación crónica. Aunque asociada a la Tuberculosis también se han descrito estenosis cicatrizales.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes de Asma intermitente e HTA que consulta por tos de 2 meses de evolución con expectoración mucopurulenta por lo que recibió múltiples esquemas antibioticos. Por persistir con tos productiva se solicita cultivo de esputo seriado y se informa BAAR positivo ++ se inicia tratamiento con HRPE por 2 meses y HR por 4 meses. TAC de tórax: infiltrado micronodulillar, alveolar y nodular en segmento posterior LSD y en segmento superior de LID. Medicación: Amlodipina, Salbutamol a demanda. Examen físico: Peso 84 Kg, T°36,8 °C, FR16 x' FC75 x' SpO2 (aa) 98%. Buena mecánica ventilatoria murmullo vesicular conservado con roncus en base derecha. En controles posteriores paciente persiste estable. A los 4 meses consulta por aumento de tos productiva, disnea CF II y sibilancias se realizó tratamiento con Amoxicilina-Clavulanico x 7 días y crisis asmática. Se solicita esputo seriado: BAAR negativo y TAC de tórax que muestra persistencia infiltrado alveolar. Estenosis parcial del bronquio fuente derecho. Por lo que se deriva para realizar Fibrobroncoscopia rígida: estenosis por compresión y malacia de bronquio fuente derecho sin visualizarse ostium de bronquios lobares. Se intenta dilatación con broncoscopio rígido calibre creciente. Se logra ver la luz de 8 mm, observándose ostium de bronquios medio e inferior normal. Sin embargo el diámetro logrado no es suficiente para colocar el introductor de stent. Se debería realizar en un segundo tiempo, previa dilatación con balón.

Discusión: La estenosis endobronquial de vía aérea central se manifiesta con disnea, tos, estridor y sibilancias. Su diagnóstico se realiza con Funcional respiratorio, TAC de tórax y Fibrobroncoscopia. El tratamiento es Endoscópico: dilatación y stent. Las causas son múltiples entre ellas tumores, enfermedades granulomatosas. La estenosis se presenta 10 a 40% cuando la TBC es endobronquial, afecta bronquios principales en 60-95 % suele ser mayor la estenosis cuando el diagnóstico y el tratamiento de la TBC son tardíos. Se presenta como una lesión blanca gelatinosa y polipoidea en su fase cicatrizal, también puede presentarse como una lesión caseosa, hiperémica, fibroestenótica, granular, tumoral o ulcerativa. Esto se debe a la afectación de nódulos linfáticos y fistulización hacia los bronquios adyacentes.

Conclusiones: El paciente mejoró luego de finalizar el tratamiento por lo que no fue necesario realizar otro tipo de tratamiento, por lo que se concluyó que fue una estenosis por tuberculosis

139- TUBERCULOMA CEREBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS DISEMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PEÑAFIEL R¹; MELLINO M¹; FRANCO P¹; RODRIGUEZ TACACUWA J¹; MÜLLER C¹; SAAD R¹; TRINIDAD M¹; MORALES R¹

¹H.I.G.A. Presidente Perón Avellaneda

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa que afecta principalmente a los pulmones. La TBC del SNC representa cerca del 5% de los casos de TBC extrapulmonar y puede presentarse de formas distintas, siendo las más frecuentes la meningitis y el tuberculoma. Los Tuberculomas son lesiones únicas generalmente pero pueden ser múltiples. En ocasiones cursan de forma silente y pueden simular una tumoración intraaxial maligno. El M. Tuberculosis alcanza el parénquima cerebral por vía hematógena, desde el foco de infección primaria en pulmón. La radiografía de tórax puede ser normal en el 20% a 70% de los casos. El diagnóstico definitivo se basa en la biopsia de las lesiones.

Caso clínico: Paciente masculino, 27 años de edad, con antecedentes de Trisomía 21, en seguimiento por el servicio de Neurocirugía por síndrome convulsivo, afebril, sin otro síntoma neurológico, en estudio de lesión ocupante de espacio (LOE). Rx de tórax: normal. RMN: LOE frontal derecha. Se decidió realizar exéresis de la lesión, con resultado de anatomía patológica compatible con proceso granulomatoso con células de Langerhans y extensa necrosis caseosa central, no descartándose tuberculoma. Posterior a la cirugía el paciente comienza con fiebre, se decide su internación en el servicio de Neumonología, para iniciar tratamiento antifímico con drogas de primera línea. Al examen físico: TA 110/70 mmHg, Fc: 110lpm, Fr: 16rpm, SO₂ 96% (0,21) y T 37.5°C, orientado en tres esferas, Glasgow 15/15, sin signos de foco motor ni meníngeo. Examen respiratorio: BMV, BEAB, MVC con aislados roncus bilaterales. Rx tórax: sin lesiones aparentes. Laboratorio: GB: 10800³/ul, Hto: 30.2%, Hb: 9.8g/dl. LCR: parámetros normales, serología para HIV: negativo, baciloscopia de esputo: negativa; Cultivo de koch pendiente. Hemocultivos para gérmenes comunes y koch negativos. Se solicita TAC de Tórax donde se evidencia infiltrados micronodulillar de localización azarosa dispersos en ambos campos pulmonares compatibles con TBC Miliar. Con buena tolerancia y respuesta al tratamiento, se decide su alta y seguimiento por consultorios externos.

Conclusión: La afectación del SNC por TBC con o sin manifestaciones extracerebrales puede ocurrir en forma de una lesión ocupante de espacio que en los estudios de imágenes se asemeja con otras etiologías de LOE. En personas sin SIDA, como en nuestro caso, se podría explicar la presentación diseminada de la TBC por una respuesta inmune inadecuada. En la mayoría de los casos, el estudio del líquido cefalorraquídeo no se encuentra alterado. Se presenta el caso clínico de un paciente con Síndrome de Down con una lesión ocupante de espacio, asintomático respiratorio y radiografía de tórax normal inicialmente, en donde se le realizó la exéresis total de la lesión, que resultó en la biopsia, un tuberculoma cerebral. Dado la alta prevalencia de TBC en nuestro medio, debemos profundizar en los estudios de imágenes, ya que el tratamiento de elección para los tuberculomas son los fármacos antifímicos, indicando la cirugía cuando existe hipertensión endocraniana.

140- CUANDO LA BACILOSCOPIA POSITIVA NO ES TUBERCULOSIS

BOCCIA C¹; BLANCO GALLARDO M¹; CASCO N¹; ABAD S¹; DESTÉFANO G¹; CUFRE M¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

Introducción: el método *gold standar* para el diagnóstico de la tuberculosis (TB) es el cultivo en medio sólido de Lowenstein-Jensen. Dado el alto costo y los requerimientos de infraestructura y personal entrenado que exige este método, tanto el programa nacional, como las recomendaciones de la OMS, establecen que una baciloscopia positiva (BAAR +) confirma el diagnóstico de TB. Si bien el cultivo amplía la sensibilidad diagnóstica, tipifica los bacilos, y permite realizar pruebas de sensibilidad, no es un requisito operativo para la definición de confirmación bacteriológica de TB. En Argentina el 1% de las BAAR (+) corresponden a otras etiologías. Presentamos un caso comprendido en ese 1% en el cual mostramos las dificultades que puede ofrecer un paciente cuando tiene un diagnóstico de TB de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales y sin embargo no es TB.

Caso Clínico: Paciente de 62 años que ingresa por disnea mMRC III, síndrome de impregnación y tos productiva. Se obtiene BAAR de esputo: positivo +++. Antecedentes patológicos: gastrectomía parcial x Ca de esófago 8 años atrás, y TB pulmonar hace 4 años con tratamiento completo. Además presentaba: desnutrición, HIV (-). Rx y TAC Tx: imágenes fibro-cavitarias. Conducta: se inicia tratamiento con 4 drogas y medidas de sostén. Al mes de internación, sin presentar la mejoría clínica esperada, el laboratorio nos informa que el crecimiento en los cultivos presenta características de micobacteria no tuberculosa (MNTB) y solicita nuevas muestras. Se obtienen 4 BAAR de esputos positivos +++ y se vuelven a cultivar. Se suspende pirazinamida (Pz) y se agrega Claritromicina para cubrir las MNTB más prevalentes. Evolución clínica favorable y negativización de los BAAR de esputo de control al 2do.mes. Más tarde se confirma *Mycobacterium intracellulare*, se retira la isoniacida (INH) y ajusta la dosis de etambutol.

Discusión: Las micobacteriosis son un problema de salud global en ascenso, aunque no todavía en nuestro país, donde representan el 1% de los BAAR (+) de los pacientes no HIV y entre el 10-15 % de los HIV (+).

En el contexto clínico-radiológico adecuado la identificación bacteriológica es mandatoria para realizar el diagnóstico. Cultivamos las muestras del paciente ya que tenía 1 indicación del programa nacional: haber padecido una TB. Aun así, nuestro caso sufrió una demora en el tratamiento adecuado de 1 mes y una demora en el tratamiento óptimo de 2 meses, exponiéndolo a selección de clones resistentes y corriendo el riesgo de un tratamiento innecesario (Pz y INH). Otras MNTB son resistentes a muchos fármacos o bien tienen tratamientos muy prolongados y/o quirúrgicos. Entonces, la identificación bacteriológica es fundamental para valorar el riesgo-beneficio del tratamiento elegido.

Conclusiones: Las MNTB representan un problema diagnóstico y terapéutico en el paciente individual, en quien se torna indispensable el cultivo de las muestras BAAR positivas para poder realizar el tratamiento correspondiente.

141- NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR

CHILÁN J¹; DE STEFANO ¹; BOCCIA ¹; ABAD S¹; CASCO N¹; MARTIN ¹; CUFRE ¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

Introducción: El Neumomediastino Pulmonar espontáneo (NMPE) es una enfermedad de evolución generalmente benigna, y que suele no diagnosticarse acertadamente cuando se presenta. Su incidencia es variable oscilando entre 1 /800 y 1/42.000 ingresos. Es un hallazgo infrecuente en las personas adultas. Es posible que en muchas ocasiones el cuadro pase desapercibido por la inespecificidad de la sintomatología y su tendencia a remitir de forma espontánea.

Caso clínico: Varón de 54 años, nacionalidad boliviana, enolista severo. Antecedentes de exposición inhalatoria en minas de estaño durante 5 años. Acudió a la consulta por presentar tos productiva, disfonía, disnea progresiva y pérdida de peso de 3 meses de evolución. Presentaba al examen físico, regular estado general, disfonía y rales crepitantes en hemitórax derecho. En la tomografía computada de tórax se evidencia lesiones cavitadas en lóbulo superior con ocupación del espacio aéreo. Asimismo se objetivan lesiones seudonodulares confluentes en el segmento anterior del lóbulo superior. Otras pequeñas lesiones nodulares se reconocen en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo más neumomediastino. La baciloscopía de esputo resultó positiva con más de diez bacilos por campo y el hepatograma reveló un aumento asintomático de las transaminasas. En ese contexto, se decidió iniciar tratamiento antifímico con drogas subsidiarias. Durante la internación fue evaluado por el servicio de otorrinolaringología sin hallazgo de lesiones compatibles con TB laríngea. Permaneció ingresado durante un mes, con buena evolución clínica y reintroducción progresiva de antifímicos de primera línea, asociado a mejoría espontánea del neumomediastino.

Discusión: La Tuberculosis (TB) es una enfermedad que tiene muchas complicaciones y secuelas dentro de esta el NMPE que por su sintomatología solapada suele no diagnosticarse y resolverse espontáneamente. Al no ser visualizado en radiografía de tórax puede ser un hallazgo tomográfico.

Conclusión: Siempre deberíamos sospechar la existencia de NMPE en pacientes con TB pulmonar asociado a disfonía, por el riesgo de ser progresivo e inclusive llevar a insuficiencia respiratoria en los casos que requieran intervención quirúrgica.

142- DISTRESS RESPIRATORIO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTE NO HIV. PRESENTACIÓN DE UN CASO

BALDASARIA R¹; MARTINEZ DELCALDO S¹; BRAGADO L¹; ROCCHIA NOVILLO M¹; CÁCERES N¹; ALTIERI H¹

¹Hospital Centro de Salud

Introducción: La Tuberculosis constituye un grave problema de salud pública aún no resuelto con alta incidencia sobre todo en países en vías de desarrollo. Sin embargo la presentación de la misma como un síndrome de distress respiratorio con requerimiento de ARM es atípica, y su mortalidad se estima esta entre un 2 y un 12% de los pacientes que requieren internación en UCI, siendo este valor mayor al 50% si el paciente tiene serología positiva para HIV.

Caso clínico: Paciente de 54 años, sexo masculino, argentino, con antecedentes de HTA y DBT insulino dependiente, enfermedad de Dupuytren, ex tabaquista severo, ITU a repetición e insuficiencia renal crónica, que ingresa el 15/05 a UTIM por presentar síndrome febril, disnea y pérdida de 10 kg en 2 meses. Al examen físico se encontraba lucido, afebril, con hipoventilación y con subcrepitanes en ambas bases, se realizó gasometría arterial con Fio₂ de 0,35: pO₂ 61 mmHg, sat 89%, pCO₂ 28, bicarbonato 16, RX de tórax con infiltrados alveolares perihiliares en ambos campos pulmonares, que respetaban el manto. Inicia tratamiento con Piperacilina/Tazobactam + claritromicina + Bactrim y oxígeno suplementario alternando con periodos de VNI. Se decide tomar muestras para hemocultivos (negativos), urocultivo (positivo para Pseudomona Au), esputos para BAAR x 3 (directos negativos), test para HIV (negativo) y transfusión de 1 UGR, decidiéndose su pase a UTI con TC de Tórax que evidenciaba patrón en "crazy paving" **imagen**. Se realizó FBC + BAL con rescate positivo para Mycobacterium Tuberculosis, motivo por el cual el paciente inicia tratamiento antifímico. A los 10 días de iniciado el tratamiento el paciente presenta descompensación clínica y hemodinámica, con tendencia a la hipotensión y desaturación de oxígeno con requerimiento de ARM. Evoluciona desfavorablemente con insuficiencia renal crónica reagudizada e hipotensión que no responde a inotrópicos, falleciendo por shock séptico el 12/06.

Discusión: Se presenta un paciente con comorbilidades como son la DBT e HTA, no inmunosuprimido, que concurre por síndrome febril en estudio y síntomas constitucionales. Al realizar la Tomografía de Tórax, que evidenciaba patrón en "crazy paving", se sospechó en primera instancia por la anemia que padecía el paciente de hemorragia alveolar difusa, y en segunda instancia de infección por gérmenes oportunistas como el Pneumocystis Jiroveci. Al realizar la FBC con BAL y con el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar se inicia inmediatamente tratamiento antifímico. El paciente desde un inicio requirió internación en UCI por su mal estado general y posteriormente de ARM, presentando una evolución tórpida y desfavorable a pesar del tratamiento específico.

Conclusión: A pesar de contar con Unidades de Cuidados intensivos con equipamiento óptimo y de un tratamiento específico para el Mycobacterium Tuberculosis, sigue siendo elevada la tasa de mortalidad de aquellos pacientes que ingresan a unidades de cuidados críticos.

143- QUILOTÓRAX EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

CEDEÑO J¹; MUSELLA R¹; LOMBARDO L¹; VISCA M¹; FRÍAS A¹; LARRIVA D¹; BASTIDAS E¹; FAILDE R¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

Introducción: El quilotórax es una entidad poco frecuente de derrame pleural. Dentro de las causas no traumáticas se encuentran, entre otras, las infecciosas siendo la más común de éstas la tuberculosis (TB). Para su diagnóstico es fundamental el aspecto lechoso del líquido asociado a un alto contenido de triglicéridos.

Caso clínico: Paciente masculino de 21 años, argentino, estudiante, con antecedentes de gastritis. Inició su cuadro clínico caracterizado por disnea progresiva mMRC 2-3, sudoración nocturna de 2 meses de evolución, agregándose luego registros febriles, tos no productiva, toracodinia y astenia los 10 días previos a la consulta.

El laboratorio presentó como datos positivos una leve alteración de las transaminasas; Rx tórax derrame pleural bilateral. Tomografía de tórax pequeñas imágenes en vidrio esmerilado asociado a derrame pleural bilateral a predominio izquierdo. Se realizó toracentesis izquierda constatándose exudado no complicado a predominio mononuclear. Se colocó tubo de avenamiento pleural izquierdo, con débito de 3 l de líquido turbio a pesar del centrifugado. Inició antibioticoterapia con ceftriaxona y ciprofloxacina. El paciente evolucionó con registros subfebriles y requerimiento de oxígeno suplementario. Nueva toracentesis bilateral mostró: a la izquierda: exudado mononuclear, colesterol 62 mg/dl, triglicéridos 619 mg/dl; líquido pleural derecho: exudado mononuclear, colesterol 138 mg/dl, triglicéridos: 138 mg/dl, compatibles con quilotórax. Hemocultivos (2), baciloscopías de esputo para BAAR (3), citología de esputo con resultados negativos, prueba tuberculínica: negativa. La ecografía pleural reportó moderado derrame pleural derecho y leve derrame pleural izquierdo con tabiques gruesos en su interior. Nueva tomografía donde se objetivó dilatación del conducto torácico sin adenomegalias mediastinales. Como tratamiento realizó dieta baja en grasas, rica en triglicéridos de cadena media, con buena evolución. Posteriormente se recibió resultado de ADA de líquido pleural derecho de 75,5, izquierdo de 78 U/l y cultivo de líquido pleural positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Inició tratamiento anti-TB de primera línea con buena evolución. No se observaron lesiones ni compromiso del conducto torácico en la RMN de tórax.

Discusión: El quilotórax es una forma extremadamente infrecuente de presentación de TB, cuya fisiopatología hasta la actualidad se desconoce presumiéndose que la obstrucción del conducto to-rácico o afectación directa de los vasos linfáticos resultarían en la acumulación de líquido en el espacio pleural. Otra hipótesis está basada en la lesión directa por contigüidad.

Conclusión: Nuestro paciente, un joven sin factores de riesgo, inmunocompetente, presentó una manifestación muy poco frecuente de tuberculosis como el quilotórax bilateral, ésta debe sospecharse ante la presencia de un líquido con características fisicoquímicas compatibles y sobre todo, cuando no se presenten antecedentes traumáticos de relevancia.

144- ENFERMEDAD PULMONAR POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS. ASOCIACIÓN DE DOS ESPECIES MYCOBACTERIUM FORTUITUM Y MYCOBACTERIUM TERRAE CON SEVERA LESIÓN PULMONAR

VIÑA J¹; POGGI S²; MATTEO M¹; ZUNINO M¹; ALVES L¹; LATINI C¹; NATIELLO M¹; PALMA I¹; MARTÍNEZ D¹; ESTEVAN R¹; MEDIN M¹; RESGUARDO A¹; LAGRUTTA L¹; MARTÍN V¹; CAPONE L¹; INWENTARZ S¹; GONZÁLEZ MONTANER P¹; PALMERO D¹

¹Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires., ²Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Introducción: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) se encuentran en el medio ambiente. Se pueden hallar en el agua, la tierra, en animales y en alimentos. Son de baja patogenicidad para los humanos. Presentamos el caso de un paciente con aislamiento de dos MNT diferentes en el término de un año. El diagnóstico se realizó según los criterios de la ATS. Se realizaron cultivos en medios sólido y líquido (Bactec MGIT-960) e inmunocromatografía para identificación de MNT. A nivel de especie se identificó con el método molecular PRA (PCR-análisis de restricción del gen *hsp65*). Caso Clínico. Paciente masculino de 47 años con antecedentes de gastropatía erosiva aguda por *Helicobacter pylori*, ex fumador. Baciloscopía de esputo positiva. TAC de tórax con múltiples cavidades en ambos lóbulos superiores, dilataciones bronquiales, engrosamientos de septos interlobulillares. Realizó tratamiento antiTB con 4 drogas en 2012 durante 7 meses con mala evolución en un establecimiento privado. En 2014 nuevo tratamiento que abandona por intolerancia digestiva. En marzo de 2015 lo derivan a nuestro Hospital. Realizamos diagnóstico de *M. fortuitum* presentando baciloscopía positiva de más de 10 bacilos por campo y dos cultivos positivos. Fue sensible a ciprofloxacina (Cfx), amikacina (Am) y SMX/TMP y resistente a claritromicina, linezolid, doxiciclina, tobramicina y cefotaxima. Realizó tratamiento con Cfx, Am y TMP. A los dos meses por dolor en región del tendón de Aquiles se reemplaza la Cfx por Moxifloxacina (Mfx). Al 5° mes de tratamiento mejoría clínica, radiológica y bacteriológica con esputo con cultivo negativo. En mayo de 2016 suspende el tratamiento por intolerancia gástrica durante 5 meses. Presenta luego tos, catarro, hemoptisis, Rx con progresión lesional y dos esputos con cultivo positivo aislándose una segunda especie: *Mycobacterium terrae* sensible a R, E y S resistente a H, Pas, K y Cs. Nuevo tratamiento con R, SMX/TMP, S, E, y Mfx. Aumenta 5 kg de peso con mejoría clínica, radiológica y bacteriológica con cultivos de esputo negativos. La duración estipulada del tratamiento se extenderá un año.

Discusión: Es muy frecuente que pacientes con MNT no sean diagnosticados por interpretar como TB baciloscopías positivas sin la confirmación con cultivos. Los pacientes hacen tratamiento durante años con mala evolución de la patología. En nuestro medio el diagnóstico de dos MNT diferentes en un mismo paciente es raro, sí ocurre en otros países donde son más prevalentes. El paciente presentó al inicio una MNT de crecimiento rápido que suelen ser resistentes a la mayoría de los fármacos disponibles. Luego una micobacteria de crecimiento lento, de escasa frecuencia casi nunca asociado con enfermedades humanas. Pocas veces se presenta como patógeno provocando cuadro clínico severo que requiera tratamiento como en este caso.

Conclusión: Paciente con evolución tórpida y demora importante en el diagnóstico de la M. Se aíslan dos diferentes especies *M. fortuitum*, y *M. terrae* espaciados por un año con buena evolución clínica, radiológica y bacteriológica.

145- TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA A ISONIACIDA

CARREÑO SAAVEDRA R¹; GONZALEZ A¹; ASQUINEYER Y¹; HERES M¹; GUZMAN C¹; FHILLCO MONTENEGRO C¹

¹HOSPITAL POSADAS

INTRODUCCIÓN: La trombocitopenia es un efecto adverso infrecuente en el tratamiento de la tuberculosis. En la mayoría de los casos está relacionada con la Rifampicina. Presentamos el caso de un paciente que presentó toxicidad hematológica por Isoniacida, lo cual es extremadamente raro.

CASO: Varón de 70 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar bilateral con cavidad, diagnosticada por baciloscopia de esputo. Inicia tratamiento con Isoniazida, Etambutol, Pirazinamida y Rifampicina. En laboratorio control a los 15 días se evidencia recuento de 10000 plaquetas/mm³, suspendiéndose las 4 drogas. Una vez normalizado el cuadro hematológico se re inicia tratamiento con Estreptomina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida, asumiendo que la plaquetopenia fue secundaria a Rifampicina. Acude a los 18 días con signos de sangrado activo: gingivorragia, petequias en 4 extremidades y ampollas hemorrágicas en paladar duro con recuento de 10000 plaquetas/mm³. Se decidió suspender las 4 drogas y transfusión de concentrados plaquetarios. Una vez resuelto el cuadro hematológico se inició tratamiento secuencialmente para evaluar la droga responsable de la toxicidad, al agregar Isoniacida al tratamiento, el paciente repite trombocitopenia se concluye que dicha droga fue la responsable del cuadro. El tratamiento recibido finalmente fue: Estreptomina, Etambutol, Pirazinamida y Levofloxacina, en primera fase, suspendiéndose el aminoglucósido en la fase de consolidación. No volviendo a presentar trombocitopenia.

DISCUSIÓN: La plaquetopenia inducida por medicamentos tuberculostáticos, en este caso por Isoniacida, es rara, y una verdadera emergencia. El mecanismo de acción no es claro, aunque se ha formulado la presencia de anticuerpos antiplaquetarios. El plan de trabajo debe incluir: retiro de las 4 drogas, transfusiones de plaquetas, plasmaféresis e inmunoglobulinas, en casos graves y refractarios; y prohibir la ingesta de Isoniacida, de por vida.

CONCLUSIÓN: Todos los fármacos antituberculosos pueden producir efectos secundarios, en ocasiones potencialmente graves, que es necesario conocer antes de instaurar un tratamiento, y monitorizar durante el mismo. La presencia de estos conlleva morbilidad, incluso riesgo de mortalidad, incremento de los costos, y puede ser la causa más importante de abandono terapéutico. Este caso demuestra que fármacos antituberculosos distintos a la Rifampicina, pueden ser responsables del desarrollo de trombocitopenia, con solo reportes de casos en la literatura. Un buen conocimiento por parte del médico y una buena información al paciente de dichos efectos secundarios, incluido el riesgo de sangrado, como pauta de alarma, siempre debe estar presente.

146- TUBERCULOSIS PULMONAR Y TESTICULAR DE PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA. UN CASO INFRECUENTE

BOCCIA C¹; BENSIGNOR S¹; DE STÉFANO G¹; CASCO N¹; ABAD S¹; CUFRE M¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

Introducción: La localización urogenital de la tuberculosis (TB) en el huésped no HIV, ocupa el 3° lugar entre las TB extrapulmonares. Por lo general se presenta luego de un tiempo de latencia de la afectación pulmonar. La TB testicular y su presentación simultánea con la forma pulmonar es muy infrecuente.

Caso clínico: Paciente de 43 años, con antecedentes de asma bronquial y enolismo, ingresa por presentar tos productiva, disnea mMRC 2 y pérdida de peso de 3 meses de evolución. Se constata una lesión escrotal sobreelevada de 10x5 mm nodular blanquecina. Refiere haber realizado desde hace 7 meses, múltiples consultas en otros centros, por edema y dolor testicular con diagnóstico de orquiepididimitis recibiendo varios esquemas ATB sin mejoría del cuadro. El paciente es HIV (-) y presenta en la radiología de tórax pérdida de volumen del hemitórax izquierdo, cavidades de distribución difusa y predominio superior, y nódulos. Se realiza baciloscopía (BAAR) de esputo: positiva ++++. Se inicia tratamiento antibacilar. Ecografía genital: ambos testículos de forma, tamaño y ecoestructura alterada a expensas de imágenes focales hipoecoicas dispersas por el parénquima testicular adquiriendo mayor volumen a nivel del hilio testicular, ambos epidídimos engrosados con contenido líquido particulado en toda su extensión, engrosamiento escrotal difuso. Orina completa: densidad 1025 pH 6, leucocitos 6-10 x campo, BAAR de orina (-). Material caseoso de la lesión escrotal: BAAR (+) y cultivo con desarrollo de *Mycobacterium tuberculosis*. Evolución favorable clínica y ecográficamente con negativización bacteriológica de esputo y escroto.

Discusión: El epidídimo se enferma a través de la vía hemática o canalicular; en nuestro caso esto último fue descartado mediante ecografía renal y es más probable que la diseminación haya sido hemática, lo que explicaría en parte la ausencia de una latencia larga. Desde allí, el testículo se afectó por contigüidad y fistulizó a escroto. Probablemente los antecedentes de asma bronquial y enolismo, disminuyeron la atención del paciente sobre su afección pulmonar, y consultaba sólo por el problema genital. Sin embargo, su estado de emaciación y el compromiso torácico demuestran una TB pulmonar grave y de larga data. La superposición entre la consulta tardía por sus síntomas respiratorios, y una interpretación errónea de las consultas urológicas, demoraron el diagnóstico. La demora en el diagnóstico de TB es habitual. La disminución de la incidencia de la TB y las formas infrecuentes como el caso que presentamos, la aumentan todavía más; por otro lado el enolismo retarda en forma extrema las consultas de los pacientes. Estos factores favorecen la progresión de la TB a formas graves y diseminadas.

Conclusiones: La concomitancia descrita es muy infrecuente y se vió favorecida por la evolución natural de la enfermedad a través del tiempo. La consulta temprana en los centros de referencia como el nuestro permitirían una más rápida identificación de estos casos y tratarlos con menores secuelas.

147- MASA PULMONAR CON COMPROMISO MEDIASTINAL Y PERICARDICO COMO FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS EN PACIENTE ADULTO

RÍOS JIMÉNEZ C¹; ALVAREZ P¹; ASQUINEYER Y¹; GONZALEZ A¹

¹HOSPITAL POSADAS

Introducción: La tuberculosis ganglionar es una de las presentaciones extrapulmonares más frecuentes. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización del ganglio comprometido; el sitio más frecuente es el cuello, algunas veces con extensión mediastinal como elemento secundario.

Caso Clínico: Mujer de 20 años de edad sin antecedentes patológicos, consulta por un síndrome de impregnación de dos meses de evolución, tos seca, disnea progresiva y palpitations. Se realiza una radiografía de tórax, con índice cardiorácico aumentado y formación densa homogénea sin broncograma aéreo de aspecto infiltrante en lóbulo superior izquierdo con amplio contacto mediastinal; que se confirma en la tomografía axial computada. El ecocardiograma transtorácico revela derrame pericárdico leve. La resonancia magnética cardiovascular fue compatible con pericarditis, observándose masa voluminosa de bordes irregulares que ocupa gran parte de mediastino superior, que no impresiona comprimir, ni infiltrar miocardio, ni pericardio, el cual se encuentra engrosado en sus hojas visceral y parietal, con derrame leve y múltiples sinequias pleuropericardicas. Al examen físico se palpa una masa supraclavicular izquierda duro elástica sin compromiso cutáneo. Se biopsia resultando adenitis granulomatosa con extensa necrosis, baciloscopía con abundantes bacilos ácido alcohol resistentes. Se interpreta como Tuberculosis Ganglionar, iniciándose tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Piranzinamida y Etambutol. La paciente presenta buena evolución clínico radiológica con desaparición de la masa tras nueve meses de tratamiento.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de las masas mediastinales es un desafío habitual en la práctica clínica, con múltiples etiologías posibles y alta sospecha de malignidad. Si bien la linfadenitis tuberculosa en mediastino superior es rara, hay que tenerla en consideración.

148- COMPLICACIONES TROMBÓTICAS EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR

BASTIDAS E¹; ABAD S¹; DE STEFANO G¹; BOCCIA C¹; CASCO N¹; MARTIN I¹; CUFRE M¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

Introducción: La tuberculosis (TB) es frecuente en nuestro medio y, siendo una enfermedad infecciosa, es conocido el riesgo de complicaciones trombóticas que atañe. La prevalencia estimada de las mismas es 0.6-3%, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento antibacilar.

Caso clínico: Paciente masculino de 25 años de edad, argentino, lavador de autos, sin antecedentes patológicos de relevancia. Ingresó a nuestra sala derivado de otra institución, con diagnóstico de TB pulmonar y habiendo iniciado el tratamiento tres días previos a su admisión. Presentaba síndrome de impregnación, tos productiva, dolor y edema del miembro inferior izquierdo. La ecografía Doppler constató la presencia de trombosis venosa profunda (TVP), la cual incluía el compromiso de vena ilíaca, cayado de la safena, femoral común, femoral profunda, poplítea y seno gemelar interno. Consecuentemente, se inició terapia anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (HBPM), no obstante lo cual, el paciente aludió disnea de esfuerzo e intensa toracodinia derecha. La angiotomografía computada de tórax evidenció 'defectos de relleno en estructuras vasculares del lóbulo superior, medio e inferior derecho, y lóbulo inferior izquierdo'; hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar (TEP). Fue evaluado por el Servicio de Hematología y, mediante estudios serológicos y de hemostasia, se descartó la concomitancia de patología trombofílica preexistente. El paciente evolucionó favorablemente y egresó del Hospital con tratamiento antifímico y anticoagulación oral.

Discusión: La TB es una enfermedad infecciosa y como tal, es conocida la presencia de un estado de hipercoagulabilidad resultante de un elevado fibrinógeno plasmático y trombocitosis reactiva. Lo antedicho, sumado al daño endotelial propio del bacilo y a la administración de Rifampicina, genera mayor incidencia de TVP/TEP en las primeras semanas luego de instaurado el tratamiento antimicrobiano. Según las series consultadas, se trata de un evento infrecuente pero potencialmente grave y letal.

Conclusión: Nuestro paciente, un joven previamente sano que habiendo contraído TB pulmonar, padeció extensos fenómenos trombóticos a pesar del tratamiento precoz y adecuado. Debíamos tener presente estas posibles interurrencias, con el objeto de lograr un diagnóstico temprano y evitar complicaciones. Además, considerar el uso sistemático de heparina profiláctica en pacientes internados con patología infecciosa y acaso solicitar estudios de alto valor predictivo positivo en forma rutinaria.

149- TRASPLANTE PULMONAR EN LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

AHUMADA J¹; WAGNER G¹; RANERO F¹; VIRHUEZ Y²; TOLEDO E²; PARRILLA G²; BERTOLOTTI A¹; FAVALORO R¹; CANEVA J¹; OSSES J²

¹Fundación Favaloro, ²fundacion Favaloro

Introducción: la linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad rara que afecta predominantemente a mujeres en edad fértil de la vida. Se presenta de forma esporádica o asociada al complejo de esclerosis tuberosa y angiomiolipomas. El trasplante pulmonar (TxP) está indicado ante la presencia de insuficiencia respiratoria, rápido deterioro de la función pulmonar, FEV1/FVC 50, FEV1 130% y severa enfermedad quística en la tomografía de tórax. En nuestra Institución representa 0,5% del total de TxP y 1,3% de TxP en mujeres.

Caso clínico 1: femenina de 49 años, diagnóstico de LAM (1992), derivada para evaluación pre TxP en 10/08, clase funcional (CF) III; espirometría: FEV1/FVC 32; FEV1 0,71 L (23%); FVC 2,20 L (64%); sin requerimiento de oxígeno suplementario en reposo, para la ambulación 4 L/min. Evolucionó con mejoría de su CF permaneciendo inactiva en la lista de espera hasta 2013 en que fue activada por hipoxemia. Ingresó en abril de 2016 por neumotórax hipertensivo izquierdo, se colocó tubo de avenamiento pleural, requirió ARM evolucionando con fístula pleural, acidosis respiratoria persistente debiendo ser asistida con Membrana de Oxigenación Extracorpórea (ECMO) veno-venosa y se traqueostomiza. El 13/4/16 se le realizó trasplante bipulmonar (Tx BiP) en situación de emergencia. Tras 12 horas postrasplante se suspende ECMO, intercurrió con neumonía por *Acinetobacter Baumannii* con buena evolución. Evolucionó con destete dificultoso del soporte con ARM por debilidad muscular. Desvinculada de ARM 19 días postrasplante. Alta Institucional el 26/4/16. Actualmente en CF I. Espirometría al año postrasplante: FEV1/FVC 97; FEV1 3,56 (123%); FVC 3.65 (103%).

Caso clínico 2: femenina de 69 años, diagnóstico de LAM en 2001, CF III, evaluación pre TxP en 5/12. Espirometría: FEV1/FVC 35; FEV1 0.56 (25%), FVC 1.61 (64%), sin requerimiento de oxígeno suplementario en reposo, para la marcha 3 L/min. Permaneció estable en CF III, con insuficiencia respiratoria hipercápnica, soporte ventilatorio no invasivo domiciliario e ingresó en situación de urgencia B. El 28/7/16 se realizó Tx BiP, requirió ARM durante 5 hs postrasplante, al 5° día presentó neumotórax izquierdo, insuficiencia ventilatoria aguda requiriendo ARM. Posteriormente presentó hipoxemia, Pa/FiO2 270, infiltrados intersticiales difusos en Rx Tx; se le realizó biopsia transbronquial, cultivos negativos y sin rechazo agudo y evidenció daño alveolar difuso interpretado como injuria de reperusión tardía. El 24/8/16 se extubó exitosamente, permaneciendo internada hasta 10/9/16. Actualmente se encuentra en CF I. Espirometría a 18 meses postrasplante: FEV1/FVC 100, FEV1 2,14 (101%), FVC 2,16 (79%).

Conclusión: si bien son 2 pacientes trasplantadas por LAM por nuestro equipo, el procedimiento es factible con complicaciones que no son diferentes a las observadas en TxP de otras etiologías, con buena evolución clínica y normalización de la espirometría, siendo el TxP una opción terapéutica adecuada.

150- SINDROME LINFOPROLIFERATIVO POST TRASPLANTE PULMONAR

AHUMADA J¹; WAGNER G¹; VIGLIANO C¹; PARRILLA G¹; BERTOLOTTI A¹; FAVALORO R²; CANEVA J²; OSSES J¹

¹Fundación Favaloro, ²FUNDACION FAVALORO

Introducción El síndrome linfoproliferativo postrasplante (SLPT) es una complicación infrecuente, de los trasplantes de órganos sólidos y de los trasplantes alogénicos de médula ósea, que incluye un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación de linfocitos B asociada a la infección por el virus de Epstein Barr (VEB) en el contexto de inmunosupresión post-trasplante, ocasionalmente puede no estar asociado al VEB. Los factores de riesgos que se han visto asociado son: seronegatividad al virus de VEB al momento del trasplante del receptor, menores de 18 años; intensidad y exposición acumulada de la inmunosupresión. Los trasplantes de mayor riesgo son pulmón, intestino y trasplantes múltiples.

Objetivo: Describir la prevalencia, presentación clínica, tratamiento y evolución de pacientes (ptes) trasplantados pulmonares (TP) con diagnóstico de SLPT.

Material y método: análisis retrospectivo, descriptivo, se incluyeron 7 pacientes con diagnóstico de SLPT, incluyendo las características demográficas, serologías para EVB, inmunosupresión, presentación clínica, histología, tiempo de TP al diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados: Desde febrero de 1993 hasta junio de 2017, 347 pacientes recibieron trasplante pulmonar. Se diagnosticó SLPT en 7 pacientes (2%), 6 hombres. La edad promedio fue de 49 años (14-63 años), las indicaciones para trasplante fueron: enfisema 2 ptes; fibrosis pulmonar idiopática 2 ptes, bronquiectasias 2 ptes, Histiocitosis X pulmonar 1 pte. 4 receptores y sus donantes tenían serologías negativas para EBV, en los tres casos restantes se desconoce esta información. 6 pacientes tenían serología positiva para CMV. Todos los pacientes recibieron triple esquema inmunosupresor: 3 ptes recibieron ciclosporina, Azatioprina y metprednisona; 2 ptes recibieron tacrolimus, azatioprina, metprednisona y dos 2 ptes tacrolimus, micofenolato y metprednisona. La presentación clínica fue: pulmonar en 3 ptes, gastrointestinal 3 ptes, compromiso pulmonar y gastrointestinal 1 pte. Histología: Polimorfos 3; Monomorfos de células B de alto grado 4, 6 pacientes con predominio de CD20. El tiempo promedio del TP hasta el diagnóstico fue de 35 meses (8-64 meses). En todos los pacientes se disminuyó la inmunosupresión. Dos pacientes recibieron rituximab 1 vez por semana durante 4 semanas. En 4 ptes tuvieron evolución torpida con un promedio de supervivencia de 20 días (8-30 días) Las causas del deceso fueron: shock séptico 3, Insuficiencia respiratoria 1. Dos ptes tuvieron evolución lenta con supervivencia promedio desde el diagnóstico 280 días. Un paciente tuvo buena evolución con remisión de la enfermedad a dos años del diagnóstico.

Conclusión: En nuestra casuística la prevalencia de SLPT fue de 2%, la histología predominante fue de linfocitos B, en 1 paciente se pudo determinar la presencia de EVB en tejido de biopsia pulmonar y elevada carga viral en sangre periférica. El compromiso extranodal estuvo presente en todos los pacientes y la mortalidad precoz por infecciones fue elevada

151- SOPORTE CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACÓRPOREA PROLONGADA EN PACIENTE EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

WAGNER G¹; CÁNEVA J¹; AHUMADA J¹; BERTOLOTTI A¹; PARRILLA G¹; ABSI D¹; FAVALORO R¹; CURBELO P²; MUSSETTI A³; RANERO F¹; VIRHUEZ SALGUERO Y¹; TOLEDO E¹; OSSES J¹

¹Hospital Universitario. Fundación Favaloro, ²Hospital Maciel. Montevideo, ³Hospital de Clínicas. Montevideo

Introducción: el sistema de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) es un dispositivo que permite conducir la sangre fuera del organismo hasta un oxigenador de membrana aportando soporte respiratorio y/o hemodinámico. El mismo puede utilizarse como puente al trasplante pulmonar en pacientes críticamente enfermos. Se presenta un paciente con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar que requirió soporte con ECMO prolongado como puente al trasplante pulmonar.

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 17 años de edad, que comienza en julio de 2015 con dolor precordial, disnea de esfuerzo progresiva hasta mínimos esfuerzos. Un ecocardiograma demostró la presencia de severa dilatación y deterioro de la función del ventrículo derecho (VD), con una presión sistólica (PSP) de 54 mmHg. Angiotomografía de tórax: sin signos de tromboembolismo agudo ni crónico. Cateterismo cardiaco derecho: PCP 12 AP 84/43/58mmHg. El Test de vasorreactividad fue negativo. Angiografía pulmonar: dilatación de tronco y arterias pulmonares principales, marcada disminución de vasculatura periférica. No se observan malformaciones vasculares. Retorno venoso normal

Fue internado en enero de 2017 en otro centro por deterioro de su clase funcional (IV), signos de bajo gasto cardíaco, requiriendo inotrópicos ingresando en emergencia para trasplante pulmonar, siendo derivado a nuestra institución. Evolucionó con refractariedad a drogas inotrópicas e hipoxemia severa por lo cual se decidió la colocación de ECMO veno arterial fémoro-femoral. Se mantuvo con estabilidad hemodinámica y por evolucionar con fiebre y ante la sospecha de foco endovascular a la tercer semana se decidió recambio del sistema y conversión a ECMO central.

El paciente permaneció lúcido, con soporte de ventilación no invasiva y realizando rehabilitación muscular. Luego de permanecer 51 días se realizó trasplante bipulmonar con retiro del ECMO. Extubado en las primeras horas, al tercer día postquirúrgico presentó mala mecánica ventilatoria, disnea, desaturación e infiltrados pulmonares requiriendo asistencia respiratoria mecánica por 20 días.

Evolucionó con mejoría clínica, se otorga alta institucional 30 días post trasplante sin requerimiento de oxígeno con rehabilitación muscular.

Conclusión: Se presenta un caso clínico con requerimiento prolongado de ECMO como puente al trasplante pulmonar, con buena evolución. La asistencia extracorpórea con ECMO representa una alternativa terapéutica aceptada para pacientes en emergencia para trasplante pulmonar que evolucionan a insuficiencia respiratoria aguda y/o falla cardíaca derecha refractaria

152- DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN EN TRASPLANTADO UNIPULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

TOMMASINO N¹; DIBARBURE P²; BERTOLOTTI A³; CHAO C¹; OSSÉS J³; MUSETTI A¹; CÁNEVA J³; CARRIQUIRI G²; CURBELO P¹

¹Trasplante Pulmonar FNR, ²Instituto del Tórax, ³Fundación Favaloro

Introducción: El cáncer es una complicación frecuente del trasplante de órganos sólidos, con riesgo aumentado respecto a la población general, vinculado principalmente al uso de inmunosupresores. En el trasplante pulmonar, el riesgo es aún mayor y representa la tercera causa de muerte en el post-trasplante alejado. Los principales factores de riesgo para cáncer broncopulmonar (CBP) son: el trasplante uni-pulmonar, el enfisema, la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), y la historia de tabaquismo del receptor.

Caso clínico. Sexo masculino, 49 años. Ex fumador, Índice paquete/año 50. Trasplante uni-pulmonar izquierdo por enfisema en 2010. Como complicaciones presentó: injuria de reperfusión, hidroneumotorax izquierdo, hiperinsuflación del pulmón nativo con neumocelo anterior, e infecciones respiratorias reiteradas.

TC de tórax al sexto año del trasplante mostró nódulo espiculado en pulmón nativo.

PET-TC: nódulo 15x15x15 mm en LSD, SUV 9.4; sin adenopatías mediastinales.

Valoración preoperatoria: obstrucción moderadamente severa; volúmenes pulmonares y DLCO normales; VO₂ max 26ml/k/min; sin contraindicaciones para la cirugía. Se realizó resección sublobar oncológica y linfadenectomía mediastinal por videotoracoscopia. La anatomía patológica confirmó adenocarcinoma invasivo moderadamente diferenciado T1b, N0. Estadío IA. Buena evolución postoperatoria, sin complicaciones. El manejo posterior incluyó el descenso de la inmunosupresión y seguimiento clínico-imagenológico. PET de control a los 3 meses sin alteraciones.

Discusión: El CBP es la neoplasia sólida más frecuente en trasplante pulmonar. Aún en estadios iniciales, esta neoplasia tiene peor evolución que en la población general, con mala respuesta a los tratamientos oncológicos. En cuanto a la estrategia de screening, tratamiento y seguimiento en trasplantados pulmonares la literatura publicada es escasa, basada en series de pocos pacientes y poco actualizada, sobre todo en unipulmonares, dado el aumento preferencial de trasplantes bipulmonares en las últimas 2 décadas. El screening tomográfico cobra relevancia en pacientes de mayor riesgo como: trasplante uni-pulmonar, alta carga tabáquica y enfisema o FPI.

Conclusiones: La población trasplantada tiene mayor riesgo de cáncer, el CBP es una neoplasia de alta mortalidad y puede presentarse con mayor frecuencia en el pulmón nativo de trasplantados unipulmonares. El tratamiento pretendidamente curativo requiere del diagnóstico precoz, en función de diversos factores de riesgo deberá plantearse una estrategia de seguimiento clínico e imagenológico.

153- ESTENOSIS BRONQUIAL COMO COMPLICACIÓN POST TRASPLANTE. REPORTE DE UN CASO.

RANERO M¹; VIRHUEZ Y¹; RODRIGUEZ T¹; DEL MORAL L¹; TOLEDO E¹; PEREZ I¹; BALCAZAR J¹; CÁNEVA J¹; OSSES J¹; FAVALORO R¹; AHUMADA R¹; WAGNER G¹

¹Fundación Favaloro

Introducción: Las complicaciones de la vía aérea relacionadas con el trasplante pulmonar están asociadas con una mortalidad del 2-4%, incluyendo estenosis bronquial, granuloma, broncomalacia, fístulas, infección endobronquial y dehiscencia de la anastomosis. A pesar del progreso en cuanto al manejo del posoperatorio, la técnica quirúrgica y la medicación inmunosupresora, el tratamiento de las complicaciones de la vía aérea aún no está bien definido.

Caso clínico: Mujer de 31 años con antecedente de bronquiectasias secundarias e insuficiencia respiratoria crónica con requerimiento de oxigenoterapia crónica domiciliar posterior a infección por TBC, trasplante bipulmonar en 8/2016 en ECMO V/A, intercurrió con neumonía bacteriémica por *Pseudomonas aeruginosa*, shock séptico en el postrasplante inmediato y estenosis difusa del bronquio intermedio con dilatación mediante balón. Evolucionó posteriormente con progresión de disnea hasta mMRCIII, se le realizó fibrobroncoscopía visualizándose estenosis completa del ostium del bronquio intermedio y TC de tórax con reconstrucción de vía aérea con evidencia de estenosis completa de extensión prolongada de bronquio intermedio, no pasible de colocación de stent, por lo que se programó resección bronquial y plástica bronquial derecha, procedimiento sin complicaciones. Evolucionó de manera estable, se le realizó fibrobroncoscopía de control en la que mostró estenosis concéntrica de la sutura bronquial izquierda (luz de 5 mm) y a nivel del bronquio fuente derecho anastomosis del bronquio del lóbulo superior e inferior, con indemnidad de la misma. Evolucionó en el posoperatorio de manera estable, sin presentar interurrencias. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, con buena evolución.

Conclusión: La estenosis bronquial es la complicación más frecuente de la vía aérea postrasplante (4-24%); un pequeño porcentaje de pacientes requieren intervención quirúrgica, los cuales incluyen reconstrucción de la anastomosis, resección en manguito, lobectomía y en casos raros, retrasplante.

154- REGISTRO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y GRATUITO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. JUAN A. FERNÁNDEZ”

CALEGARI E¹; LITEWKA D¹; ATAMAÑUK N¹; FERNÁNDEZ C¹; GONZALES C¹; ZAMBRANO J¹

¹Hospital Dr. J.A. Fernández

Objetivo: Número de casos diagnosticados de HP y elevados al Registro RECOPIAR como así de nuevos casos en el último año.

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) enfermedad de baja prevalencia y pronóstico grave. En los últimos 25 años, ha habido un avance importante en el conocimiento de la hipertensión pulmonar (HP) a través de diferentes registros internacionales.

De acuerdo a las tasas de prevalencia e incidencia aceptadas internacionalmente, para los 40.117.096 habitantes de la Argentina, deberíamos encontrar 636-2118 pacientes con HAP, con 95-317 casos nuevos por año

La Federación Argentina de Cardiología realizó un registro observacional multicéntrico HINPULSAR diseñado para tratar de responder a cuestiones relevantes de la HP en nuestro país.

El dato presentado incluyó a 422 sujetos con diagnóstico de HP, resultando fundamental integrar a diferentes instituciones científicas implicadas en su evaluación y tratamiento para concretar un registro colaborativo o RECOPIAR. Participaron la Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Cardiología, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Sociedad Argentina de Reumatología y Sociedad Argentina de Pediatría.

Material y Método: El Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández”, sistema de salud pública y gratuita en donde se ofrece junto a un grupo multidisciplinario de expertos y un avanzado equipamiento Hospitalario para el correcto diagnóstico, seguimiento y tratamiento en HP cuenta con una base de datos Microsoft Excel con un total de enero del 2013 hasta abril 2016 de 63 pacientes diagnosticados con HP del grupo 1 al 5.

Resultados: En la actualidad contamos con 73 pacientes (10 nuevos casos diagnosticados desde abril 2016 a Junio 2017). Grupo 1 o HAP: 58 pacientes (79,45%), de los cuales 25 pacientes (43,10%) son de origen Idiopático, 13 pacientes (22,41%) secundario a Cardiopatía Congénita, 12 pacientes (20,68%) secundario a Enfermedades del Tejido Conectivo y 8 pacientes (13,79%) secundario a HIV. Grupo 2 o secundaria a cardiopatía izquierda: 1 paciente (1,36%). Grupo 3 o secundaria a enfermedades pulmonares/hipoxia: 2 pacientes (2,77%). Grupo 4 o tromboembólica crónica y otras obstrucciones de arterias pulmonares: 11 paciente (15,06%). Grupo 5 o mecanismo desconocido y/o multifactorial: 1 paciente (1,35%). (Los mismos serán exhibidos en una tabla de gráficos)

Conclusiones y Resultados: El Hospital “Dr. Juan A. Fernández”, sistema de salud pública y gratuita ofrece junto a un grupo multidisciplinario de expertos un avanzado equipamiento Hospitalario para el correcto diagnóstico, seguimiento y tratamiento en HP cuenta con una base de datos de HP y participo del registro RECOPIAR con un total de 63 pacientes abril 2016. Desde abril 2016 a Junio 2017 contamos con 10 nuevos casos diagnosticados, otorgándonos un total de 73 pacientes con HP.

Como en Argentina no hay registro de casos de silicosis ni silicoTBC es interesante el conocimiento de la población de pacientes con estos diagnósticos que asistimos.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

155- HALLAZGOS ANGIOTOMOGRÁFICOS EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

FERNANDEZ A¹; AIMONE D¹; GREGORIETTI V¹; ZORRILLA M¹; WOLCAN J¹; POLLONO P¹

¹Hospital El Cruce

Introducción: Las técnicas de imagen son el pilar de diagnóstico en la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC).

La Angiotomografía es una herramienta eficaz en el estudio de la HPTEC, ya que demuestra la localización, extensión y características de los trombos arteriales centrales y periféricos. Permite valorar otros hallazgos que pueden condicionar el tratamiento médico o quirúrgico, como circulación sistémica colateral, patología parenquimatosa, patología coronaria o cardíaca. Es un método no invasivo y bien tolerado por los pacientes, por lo que puede emplearse en el seguimiento de la enfermedad o incluso para valorar resultados postquirúrgicos.

Existen signos vasculares y parenquimatosos que son de gran utilidad en la caracterización de la gravedad del paciente.

Describir los signos de mayor importancia y su utilidad clínica es el objetivo de este trabajo

Método y materiales: Se muestra en forma iconográfica, una serie de imágenes de Angiotomografía obtenidos en el grupo de pacientes con diagnóstico de HPTEC seguidos en nuestro centro. Destacando las imágenes más características relacionadas con la clínica y diagnósticos diferenciales

Conclusión y comentario: El estudio ofrece patrones característicos, que permite una adecuada valoración del paciente Vasculard, cardíaca pulmonar y posee un alto rendimiento para seguimiento y diagnóstico diferencial

156- PERFIL DE LA ENFERMEDAD TROMBOÉMBOLICA CRÓNICA

FERNANDEZ A¹; AIMONE D¹; GREGORIETTI V¹; ZORRILLA M¹; NAHIM M¹; MACHAÍN A¹; PERRONE S¹

¹Hospital El Cruce

La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC), es una enfermedad grave, de muy mal pronóstico en pacientes no tratados o solo tratados con anticoagulantes. No existen datos sólidos de su verdadera incidencia y prevalencia pero seguramente es infradiagnosticada. Están descritos factores de riesgo para el desarrollo de HPTEC y las condiciones clínicas son muy numerosas

El objetivo de este trabajo es evaluar las características de presentación y condición clínica de una serie de pacientes con diagnóstico de HPTEC tratados en nuestra institución y comparar con la literatura

Metodo y materiales: Se analizo en forma retrospectiva un N de 13 (trece) pacientes con diagnóstico de certeza de HPTEC evaluados en el Grupo de Hipertension pulmonar derivados para el programa de endarterectomia durante el periodo comprendido entre Febrero 2015 a mayo de 2017

Se analizan diversas variables (edad, sexo, antecedentes TVP, TEP , etiologia probable, Clase funcional , PROBNP , Datos positivos en AngioTAC , Cateterismo derecho Presion media de AP .)

Conclusiones. En la muestra de pacientes analizados se observaron algunas diferencias con lo publicado en relación al sexo y edad media de los pacientes, predominantemente hombres (8: 5), más jóvenes que los descritos en la literatura (entre 33 y 67 años) El antecedente de embolia pulmonar estuvo presente en la mayoría de los pacientes y el tiempo transcurrido entre ésta y la aparición de la sintomatología de CTEPH fue muy variable (entre 3 y 12 años) El remodelado vascular está influenciado por múltiples factores Individuales de cada paciente. La coexistencia de otros determinantes y co-morbilidades coincidió con los reportados en otras publicaciones la presencia de otros factores como historia de esplenectomía (1), hipotiroidismo (1) OSAS (1) NAC grave (1).

En el total de pacientes tuvo una correlación positiva entre Ecocardiograma Doppler y medición en el cateterismo derecho y fue la identificación de la trombosis en las ramas principales y de segundo orden Angio CT fue en el 90% de los pacientes, situación que se correlacionó con la gammagrafía pulmonar, pero no con la angiografía convencional lo que demuestra la necesidad de la integración de varios métodos de diagnóstico correlacionados con la clínica para la correcta caraterizacion dela CTPH

157- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

MALDONADO L¹; BOSIO M¹; SALVADO A¹; SOLOAGA E¹; BALLESTEROS F¹; RAÑA M¹; BLASCO M¹;
CHERTCOFF F¹

¹Hospital Británico

Introducción El Tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad frecuente responsable de mortalidad y morbilidad. Su incidencia se incrementa con la edad por lo que las escalas de riesgo la incluyen en la definición de pronóstico y gravedad. **Objetivos** Analizar las características de una cohorte de pacientes que ingresaron a una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con diagnóstico de TEP e identificar si existen diferencias en cuanto a la presentación, severidad y evolución en sujetos mayores y menores de 75 años. **Material y métodos** Prospectivamente se incluyeron los pacientes que ingresaron desde el 01/07/2011 al 31/05/2017 en una Unidad de Terapia Intensiva en un Hospital de comunidad. Se registró las siguientes variables demográficas; edad, sexo, factores de riesgo, síntomas y signos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución en UTI. Se analizó al ingreso los criterios de Wells y de Ginebra simplificado. Se calculó el riesgo a través del score de PESIs. Se analizaron dos grupos A (>de 75 años) y B (< o = de 75 años). El análisis estadístico se realizó con el programa Epi-info. **Resultados** Se incluyeron 114 pacientes 21 (18,42%) en grupo A y 93 (81,58%) en el B. La mortalidad total en la internación fue del 7.89% (9/114). Cuando analizamos la misma en el grupo A fue del 23.8% (5/21) y en el B del 4.3% (4/93) con una $P < 0.001$. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, presencia o antecedentes de neoplasias, TVP o TEP previos, inmovilidad, cirugía previa,

Hemoptisis, compromiso hemodinámico, tamaño de la embolia en la tomografía computada, utilización de filtros de vena cava. La única diferencia entre los dos grupos fue el antecedente de enfermedad cardiopulmonar previa ($P < 0.05$) **Conclusión** La mortalidad es alta en los sujetos mayores de 75 años y la comorbilidad expresada como riesgo cardiovascular previo (antecedente de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, y/o enfermedad pulmonar crónica previa) están fuertemente asociadas al pronóstico de estos pacientes. Edad y enfermedad cardiovascular están incluidos en el score de PESIs, como elementos marcadores de riesgo de mortalidad.

TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

158- DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR EN CUIDADOS INTENSIVOS

MALDONADO L¹; BOSIO M¹; SALVADO A¹; LASCAR F¹; DESCOTTE E¹; SOLOAGA E¹; BLASCO M¹; CHERTCOFF F¹

¹HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES

Introducción: La enfermedad tromboembólica venosa es la tercera causa de muerte por enfermedad cardiovascular. Conocer sus forma de presentación, métodos de diagnóstico, tratamiento y evolución contribuyen a un manejo más adecuado.

Objetivos: Analizar las características de una cohorte de pacientes que ingresaron a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) diagnóstico de embolia pulmonar (EP).

Material y Métodos: Prospectivamente se incluyeron los pacientes que ingresaron desde el 01/07/2011 al 31/05/2017.

Se registró las siguientes variables demográficas; edad, sexo, factores de riesgo, síntomas y signos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución en UTI, 6 meses y 2 años. Se analizó al ingreso los criterios de Wells y de Ginebra simplificado. Se calculó el riesgo a través del score de PESIs.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes, 57 hombres (50%). Edad media 62,1 años (DS: ±13,3). Tenían factores de riesgo embólico 96 (84,2%): reposo prolongado 42,1%, y neoplasia 38,6%. El 5,3% tuvo EP previa y el 71,9% no tenían otro diagnóstico alternativo.

La enfermedad cardiovascular previa se observó en el 42,1%. Los síntomas fueron: disnea súbita 64,9% y dolor torácico 20,2%. El compromiso hemodinámico se presentó en el 19,3%.

Al examen físico se halló, taquicardia > 100 l/m en 50,9%, signos de trombosis venosa profunda 36%.

Los scores de Ginebra y Wells simplificado fueron probable para el 49,1% y 78% respectivamente. La angiotomografía helicoidal método de elección para el diagnóstico en 95,6 %,el compromiso central fue del 21,1%.

En el ecocardiograma la dilatación de cavidades derechas se observó en el 36,8% y el NT-Probnp fue de 3347 pg/dl (DS: ±7600).

En la estratificación pronóstica el score de PESIs fue ≥1 en el 86,8% con una mortalidad a 30 días del 11,4%.

Se calcularon los grupos de riesgo sobre 92/114 (80,7%), siendo alto 7 (7,6%); intermedio alto 9 (9,8%), intermedio bajo 64 (69,6%) y bajo 12 (13%) con una mortalidad para cada grupo de 28,6%, 11,1%, 6,25% y 0% respectivamente.

El tratamiento anticoagulante se realizó con heparina de bajo peso molecular en 83 pacientes (84,7%), heparina no fraccionada en 12 (12,2%) y anticoagulantes directos 3 (3,1%). Se colocó filtro de vena cava inferior en 25 (21,9%) de los cuales en 13 fue el único tratamiento. 9 (7,9%) recibieron fibrinolíticos, 2 (1,7%) combinado con trombolisis mecánica y 1 paciente no recibió tratamiento. La mortalidad en UTI fue 7,9% (9/114), a seis meses 25,8% (15/97) y a 2 años 30% (24/80).

Conclusión: La mayoría de los pacientes presentó un factor de riesgo asociado, la comorbilidad cardiovascular estuvo presente en casi la mitad, la disnea y la taquicardia fueron el síntoma y signo más frecuente al diagnóstico; y la angiotomografía fue el método de elección para confirmar el mismo. La mayor parte de la población presentó criterios de riesgo intermedio bajo al ingreso, lo que explica el predominio del tratamiento con anticoagulantes y la baja mortalidad en comparación con lo habitualmente descripto.

159- EVALUACION DE MARCADORES POR IMÁGENES Y BIOMARCADORES COMO FACTORES PRONOSTICOS Y DE SEVERIDAD EN EMBOLIA PULMONAR AGUDA

GARCIA GONZALEZ J¹; DOMENICONI H¹; URIBE ECHEVARRÍA E¹; NEVADO A¹; VERGARA S¹; PIEDRA M¹; BENCHIMOL C¹; TROSSERO N¹

¹SANATORIO ALLENDE

INTRODUCCION: El tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA) es una emergencia pulmonar, cardiovascular y una importante causa de muerte. Es una enfermedad de difícil diagnóstico siendo un desafío identificar precozmente el riesgo de eventos adversos. Actualmente se plantea el uso de signos angio tomográficos (A-TAC) y biomarcadores cardiacos para la evaluación pronóstica del TEPA. Sin embargo la literatura muestra resultados variables con respecto a su utilidad. El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad de estos parámetros como factores pronósticos.

MATERIALES Y METODOS: trabajo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes mayores de 18 años de ambos géneros ingresados al Sanatorio Allende Nueva Córdoba con diagnóstico de TEPA basado en la clínica y angiotomografía. Los biomarcadores analizados fueron Troponina ultrasensible (TNT US) $< \text{o} \geq 14 \text{ ng/L}$ y Pro Bnp. Se realizó medición de cavidades ventriculares en A-TAC con la cual se determinó la relación del tamaño entre el ventrículo derecho y el ventrículo izquierdo (VD/VI), considerándose valores $< \text{o} \geq 1$, Se midió el diámetro de la arteria pulmonar (DAP) clasificandola $< \text{o} \geq 29 \text{ mm}$ y presencia o no de reflujo de vena cava inferior (RVCI). Se consideraron eventos adversos como consecuencia del TEPA al shock y/o hipotensión (uso de drogas vasopresoras); asistencia respiratoria mecánica; necesidad de trombolisis o embolectomía; reanimación cardiopulmonar y/o muerte dentro de los 30 días. Se excluyeron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de un evento previo de TEPA y/o de trombosis venosa profunda; insuficiencia renal; insuficiencia cardíaca, valvulopatía y historias clínicas con datos incompletos.

RESULTADOS: Se analizaron 74 pacientes; 52% fueron de género masculino; la media de edad fue de $55 \pm 19,04$. El 63% de los pacientes analizados tuvieron $\text{VD/VI} \geq 1$; de estos el 38% padeció eventos clínicos adversos, mientras que el 100% de los pacientes con esta relación El 67% de la muestra estudiada tenía un DAP menor a 29 mm, el 22% de estos pacientes presentó eventos clínicos adversos versus el 28% en el grupo con $\text{DAP} \geq 29 \text{ mm}$ ($p=0,6$). El 22% de los pacientes presento RVCI y su relación con la ocurrencias de eventos adversos fue estadísticamente significativo ($p=0,0001$). En la estratificación de riesgo con la relación VD/VI y biomarcadores, el 29% de los pacientes con $\text{VD/VI} \geq 1$ presentaron $\text{TNT US} \geq 14 \text{ ng/L}$, mientras que los que tenían una relación < 1 ningún paciente tenía TNT US elevadas. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa. En los pacientes con $\text{VD/VI} < 1$ el 20% tenían elevado el Pro BNP y los con $\text{VD/VI} \geq 1$ el Pro BNP estaba elevado en el 39% ($p=0,1396$).

CONCLUSION: Se demostró que una relación $\text{VD/VI} \geq 1$ al igual que la presencia de RVCI se asocian con una mayor tasa de eventos adversos. Una relación $\text{VD/VI} < 1$ es predictor negativo de eventos adversos. En consecuencia se cree que son parámetros que sirven como factores pronósticos y en la estratificación de riesgo en pacientes con TEPA.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

160- NOTIFICACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. PERIODO 2013-2017.

ROMANO M¹; ZARRA J¹; FALCONE C¹; ROTTLANT V¹; RODRIGUEZ N¹; MAMMANA L¹; CUSMANO L¹

¹HOSPITAL F. J. MUÑIZ

INTRODUCCIÓN: El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) tiene como principal propósito brindar información oportuna para el control de las enfermedades emergentes.

OBJETIVO: Es describir y comparar el perfil epidemiológico de las notificaciones de Enfermedad tipo influenza (ETI) de los pacientes asistidos durante el periodo postpandémico 2013-2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron las notificaciones de ETI por semanas epidemiológicas (SE) de los pacientes asistidos en la institución durante los años 2013-2017 (2017 SE1-26). Se tabularon los datos demográficos: como grupo etáreo y lugar de residencia. El diagnóstico virológico se realizó por IFD en muestras de hisopado nasofaríngeo para virus sincicial respiratorio, adenovirus, parainfluenza: 1, 2 y 3, influenza A y B, metapneumovirus y PCR (gen M 2 y gen H1) en tiempo real para influenza A pandémico (pdm).

RESULTADOS: Se notificaron a Promoción y Protección de la Salud, 1331 casos de ETI en el período en estudio. El grupo de edades más afectado fue el comprendido entre 25- 64 años, con el 73 % de los casos. El 48% de los pacientes residían en Ciudad de Buenos Aires. En el 2013, las SE de mayor notificación fueron las 24 y 25, con 31 casos (total anual: 406). Del total de los hisopados nasofaríngeos procesados durante 2013, hubo 48 muestras con aislamiento de virus pandémico. Se notificaron 497 casos de ETI en el año 2016 con mayor notificación en las SE 21 y 22. Los 93 Hisopados procesados nasofaríngeos presentaron 21 positivos para Influenza A pdm. En el año 2017 se notificaron 347 casos de ETI siendo la SE 24 de mayor notificación (n:56). La cepa circulante fue influenza A H3 estacional.

CONCLUSIONES: La población asistida en la institución con diagnóstico de ETI perteneció principalmente al grupo de adultos Jóvenes.

Las semanas epidemiológica de mayor notificación fueron variables en los distintos años postpandémicos. El SNVS permite obtener datos en forma oportuna para implementar estrategias de control de patologías emergentes con el SIVILA para la detección de cepas prevalentes.

161- INFECCIONES PULMONARES EN PACIENTES HIV EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PROVINCIA DE CORRIENTES

SUSSINI M¹; SUSSINI M¹; CARDOZO R¹; MARAN L¹; SOSA L¹

¹Hospital Escuela Jose Francisco de San Martin

El pulmón es uno de los órganos más afectados por los pacientes con SIDA, siendo 75% de causa infecciosa, con alta tasa de morbilidad. Esta afectación se debe al deterioro progresivo del sistema inmune, tanto a nivel celular como humoral.

OBJETIVOS. Describir las características epidemiológicas y bacteriológicas de infecciones pulmonares en pacientes HIV en Hospital Universitario de la provincia de Corrientes.

MATERIALES Y METODOS. Trabajo descriptivo, observacional, realizado en Hospital "José Francisco de San Martín" provincia de Corrientes, durante un año, desde mayo de 2016 a mayo de 2017. Incluyendo pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de HIV que ingresaron al Hospital con diagnóstico de neumopatía de causa infecciosa.

El diagnóstico se realizó mediante clínica y estudios por imágenes (Radiografía de tórax y TAC de tórax de alta resolución). Hemocultivos, examen bacteriológico y micológico (directo y cultivo) de esputo, líquido pleural o lavado bronquioloalveolar según correspondiera en cada caso.

En una planilla Excel, se registraron variables como edad, sexo, tiempo de diagnóstico, tratamiento, motivo de consulta, hallazgos radiológicos y tomográficos de tórax, aislamiento de gérmenes en muestras según corresponda.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes de entre 22 y 74 años con diagnóstico de HIV, 15% eran mujeres y 85% eran hombres. El 36.8% recibía TARGA y de ellos 57% no cumplía el tratamiento. El 63% presentó tos como motivo de consulta, y 31% disnea asociada. El resto trastornos del sensorio, fiebre y mareos.

En 21% se obtuvo radiografía de tórax normal, 26% consolidación pulmonar y 53% infiltrado intersticial bilateral reticulonodular. La TAC de tórax fue patológica en todos los pacientes incluidos aquellos con radiografía de tórax normal; siendo el hallazgo más frecuente el patrón de tipo intersticial.

En 21% se llegó al diagnóstico de germen causal mediante esputo. 50% fueron positivos para neumococo, 25% histoplasmosis y 25% TBC. En 79% se realizó lavado bronquioloalveolar: aislando 26.66% Histoplasmosis, 20% TBC, 13,3% Pneumocystis Jiroveci y 6,6% neumococo sensible. En 33% no se obtuvo aislamiento.

Conclusiones: En la era de la terapia antiretroviral, las infecciones bacterianas en pacientes con SIDA, sobrepasan a las oportunistas. En nuestra casuística la TBC e Histoplasmosis presentan alta prevalencia, probablemente debido a la baja tasa de adherencia al TARGA y a la alta incidencia de dichos gérmenes en nuestro medio.

La TAC de alta resolución, es imprescindible para el diagnóstico ya que la radiografía resulta normal en 10-40% de los casos en infecciones por Pneumocystis e Histoplasma.

En cuanto al diagnóstico etiológico, el lavado bronquioloalveolar ha sido eficaz para establecer el diagnóstico con sensibilidades de 80% siendo obtenido previo del inicio del antibiótico, lo que probablemente haya influido en la alta tasa de muestras sin aislamiento de germen en nuestra casuística.

162- ESTUDIO DE 7 AÑOS DE MICOBACTERIOSIS POR MYCOBACTERIUM KANSASII. PREVALENCIA EN UN LABORATORIO DE REFERENCIA.

MATTEO M¹; POGGI S²; LATINI M²; VESCOVO M¹; NEIRA L³; PAUL R⁴; CAPONE L²; GONZÁLEZ MONTANER P¹; PALMERO D¹

¹Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza (UBA), Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz (MCBA), ²Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza (UBA), ³Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz (MCBA), ⁴Administración Nacional de laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos Malbrán

Objetivos: La enfermedad causada por *Mycobacterium kansasii* (*Mk*) es, luego de la producida por el complejo MAC, la más frecuente de las enfermedades ocasionadas por micobacterias ambientales. Se estudiarán las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas, bacteriológicas, evolutivas y de respuesta al tratamiento en pacientes con micobacteriosis (MiBT) por *Mk*.

Materiales y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con MiBT por *Mk*, realizado en un laboratorio de referencia de la Ciudad de Buenos Aires, según los criterios de ATS, durante el período 2010-2016. Se realizó baciloscopía y la identificación microbiológica se hizo a partir de cepas aisladas en medios de Löwenstein Jensen y Stonebrink y Bactec MGIT 960, por inmunocromatografía con el test TBcID (BD), pruebas de fotocromogenicidad, de crecimiento y bioquímicas y el método molecular PRA (análisis de restricción del gen *hsp65* amplificado por PCR). Se realizó test de susceptibilidad a las drogas por el método de las proporciones.

Resultados: Se diagnosticaron 5027 tuberculosis (TB) y 75 MiBT (1,5%) en pacientes VIH (-) y 1133 TB y 115 MiBT (9,2%) en VIH (+). Se observaron 26 casos de MiBT por *Mk*. 16/75 (21%) en VIH (-) y 10/115 (8,7%) en VIH (+). Mediana de edad 41 años, 16/26 sexo masculino, 22/26 argentinos, 25/26 pacientes pulmonares, 17/26 con baciloscopía positiva. Los ATB realizados a drogas de 1ª línea (23/26) fueron todos sensibles a R, E y los realizados a drogas de 2ª línea (11/26) todos sensibles a Cs. 4/26 presentaron hepatotoxicidad, 15/26 curaron o permanecieron mejorados o estabilizados, 4/26 empeoraron 3/26 murieron (1 por hepatotoxicidad). 4/26 se desconoce el dato. 10/16 pacientes VIH (-) presentaban patología pulmonar previa, 9/16 asociaciones morbosas (4 cáncer, 2 anemia, 1 silicosis, 1 anorexia nerviosa con desnutrición grave, 1 artritis reumatoidea) y sólo 1 infección por VHC concomitante. Se observaron lesiones radiológicas en 14/16, 8 bilaterales. En pacientes VIH (+) 8/10 con CD4 menor a 100, 1 sólo con MiBT ganglionar y CD4 159. 8/10 adictos a drogas, 4/10 enolismo. 7/10 con 2 o más infecciones concomitantes (4 VHC, 3 *C. difficile*, 2 candidiasis, 2 PCP, 2 histoplasmosis diseminada, 1 criptococosis, 1 CMV, 1 strongyloidiasis), 8/10 con lesiones radiológicas bilaterales sin cavidades. 8/10 sin TARGA.

Conclusiones: La casi totalidad de aislamientos fueron pulmonares. Cuando se realizó test de sensibilidad a R, E y Cs éstas siempre fueron sensibles, esto posibilita realizar un buen tratamiento aún antes del resultado del ATB. En pacientes VIH (+) las MiBT se presentan mayormente en paciente sin TARGA, adictos, con CD4 menor de 100, lo que favorece las infecciones concomitantes. Las muertes se producen en general por una causa diferente a la .MiBT

163- INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) Y FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCION EN UNA GUARDIA DE PATOLOGIA RESPIRATORIA

SOLIS M¹; MAGGIO P¹; RODRÍGUEZ C¹; QUIAN R¹; SAAD R¹; CANDELINO M¹; VETRISANO E¹; NARDACCHIONE N¹; ZAMBRANA N¹; LAURA O¹; LOMBARDI D¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo y la tasa de vacunación de los pacientes con enfermedad tipo influenza, que asisten a la guardia externa del Hospital.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo y observacional, durante el periodo de invierno del año 2016 en la guardia externa del Hospital.

Se consideraron casos sospechosos de Influenza A H1N1, a los pacientes que presentaban al momento de la evaluación en guardia externa enfermedad tipo influenza (ETI), neumonía, infección respiratoria aguda con criterios de internación: insuficiencia respiratoria aguda grave (IRAG).

Se tomaron los datos de filiación, se completaron los datos clínicos de los pacientes en una base de datos, se realizó hisopado de fauces y panel viral sólo a los pacientes con criterios de IRAG y se indicó tratamiento.

Resultados: En total se reclutaron 82 pacientes durante el período de invierno (julio, agosto, septiembre) del año 2016, todos con registros febriles, 22 pacientes eran varones (26,8%) con una edad media de 43 años (+/- 16,83) y el 24,4% eran tabaquistas. Solo tres fueron hisopados, sin resultados positivos para influenza N1H1.

Se solicitó radiografía de tórax a 47 pacientes (57.3%), de los cuales 5 pacientes tenían radio-opacidad en un solo cuadrante y otros 5 pacientes con dos cuadrantes infiltrados. El 78.7% de los pacientes (37) que se hicieron una radiografía de tórax, no tenían infiltrados. De los 10 pacientes con radio-opacidades el 90% tenían asma, obesidad, HTA, ó EPOC.

Los síntomas prevalentes en la consulta además de la fiebre fueron: tos (93.9%), disnea (73,7%) y rinorrea (63,4%). Las comorbilidades más comunes fueron: asma (47,6%), obesidad (24,4%), hipertensión arterial (HTA) (20,7%), EPOC (15,9%), y solo 3 pacientes embarazadas (3,6%).

El 7,3% de los pacientes se internaron, 65 pacientes (79,26%) tenían indicación de vacuna antigripal pero solo 35 pacientes estaban vacunados contra la gripe (42,7%). De estos pacientes vacunados, 43,6% de ellos eran asmáticos, 41,2% tenían HTA, el 55% Obesidad y el 40% eran tabaquistas (TBQ).

Conclusión: La influenza es una infección viral que anualmente genera alta morbi-mortalidad en los pacientes que contraen la enfermedad y más aún cuando esta complica órganos vitales como los pulmones.

Todos los años la ETI es una patología prevalente estacional, creemos que hay que seguir trabajando anualmente en la prevención con la vacunación en la población de riesgo. Nuestra serie demuestra que la fiebre y la disnea son los síntomas prevalentes, que las comorbilidades más comunes en los pacientes fueron el asma y la obesidad, siendo factores de riesgo de mala evolución. Un dato importante fue que del total de pacientes con indicación de vacunación sólo el 53% la había recibido.

164- PREVALENCIA DE ENFERMEDAD BENIGNAS SIMULANDO CÁNCER DE PULMÓN: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SUR DEL BRASIL

ALVES DOS SANTOS J¹; PROENÇA NUNES B¹; LAVARDA FERREIRA V¹; AZOLIN CAMARGO M¹

¹Centro Universitário Franciscano

Objetivo: El cáncer de pulmón es el tipo de cáncer más letal del mundo. Varias enfermedades pulmonares benignas pueden simular el carcinoma pulmonar en su presentación clínica y radiológica, lo que hace el diagnóstico diferencial de enfermedades granulomatosas más relevante en regiones endémicas como Brasil. Este estudio fue diseñado para describir la prevalencia y el diagnóstico de enfermedades benignas que simulan cáncer de pulmón primario en pacientes Hospitalizados en un Hospital universitario del sur de Brasil.

Material y método: Este fue un estudio transversal, que evaluó los registros médicos de 1.057 pacientes Hospitalizados para tratamiento de cáncer de pulmón de septiembre de 2003 a septiembre de 2016 en el Hospital Universitario de Santa María.

Resultados: Los ochocientos y cinco pacientes se sometieron a procedimientos invasivos para sospechosos de carcinoma pulmonar primario. El cáncer de pulmón primario fue confirmado en el 77,3% de los pacientes. La enfermedad benigna fue confirmada en el 8% de todos los pacientes. La tuberculosis (n = 14) y la paracoccidioidomicosis (n = 9) fueron las enfermedades infecciosas más frecuentes. El diagnóstico de enfermedades benignas fue obtenido por broncoscopia flexible en un 55,6% de los casos y por toracotomía en un 33%.

Conclusiones: Las enfermedades infecciosas son las enfermedades benignas más frecuentes que simulan el cáncer de pulmón en la presentación inicial. Muchos de estos casos pueden ser diagnosticados por procedimientos mínimamente invasivos, como la broncoscopia flexible. Las enfermedades benignas deben incluirse en el diagnóstico diferencial durante la investigación del cáncer de pulmón primario, con el fin de evitar procedimientos de costo y morbilidad más elevados.

165- ASPERGILOSIS PULMONAR NECROTIZANTE CRÓNICA SEMI-INVASIVA: CUÁNDO SOSPECHARLA?

ELIAS M

Hospital Privado Universitario de Córdoba

El aspergillus es un hongo saprófito y sólo algunas especies son patológicas, dependiendo del estado inmunológico y/o enfermedad subyacente con alteraciones estructurales previas; pudiendo provocar aspergiloma y aspergilosis crónica necrotizante semiinvasiva (APCN).

Se presentan con diferentes imágenes: cavitación, nódulos y consolidación progresiva, con formación de abscesos e hifas visibles en el tejido pulmonar destruido o sugerido por investigaciones microbiológicas en un contexto clínico adecuado. Presentamos 2 pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, ambas con diagnóstico confirmado de **APNC**.

Caso 1: mujer 79 años, con lobectomía media hace 15 años por neumonías recurrentes secundarias a bronquiectasias quísticas. Sin recurrencias infecciosas en 10 años. Bronquitis bacterianas anuales, afebriles, requerían ATB. Múltiples esputos: flora mixta. TCAR hace 6 años: reducción volumétrica pulmonar derecha. Bronquiectasias periféricas, árbol en brote y BQ quística segmento posterior LSD. Espirometría: CVF 1.57 (67%), VEF1 1.13 (65%). Relación VEF1/CVF 72%, con mejoría al BD. Últimos 4 meses: astenia, febrícula vespertina, tos y pérdida de 4 Kg. No respondía a ATB. Laboratorio: GB 11.100 PNN 73%. VSG 79 mm. Rx tórax: pulmón derecho menor volumen, patrón nodulillar, elevación del hilio derecho y diafragma, sinequias pleurodiafragmáticas. TCAR: engrosamiento pleural en LSD, atelectasia lingular inferior, consolidación en parches bilateral, algunas pseudonodulares con halo de vidrio esmerilado. Dos cavidades de paredes gruesas (segmento post LSD y apical LID). BFC: mucosa congestiva, sangrante y secreciones purulentas. BAL: abundantes hifas. Cultivo: *Aspergillus Fumigatus*. Inicia Voriconazol. Evolución: afebril, disminución de la tos y mejor estado general. Continúa tratamiento.

Caso 2: mujer 63 años con Fibrosis Pulmonar Idiopática desde 2009. Meprednisona durante el año previo. Consulta por febrícula, astenia y aumento de la tos con abundantes secreciones. Examen: crepitantes velcro hasta tercio medio. Sat Hb 96% AA. TCAR: panal de abejas bibasal, múltiples nódulos cavitados bilaterales y cavidades basales posteriores de paredes gruesas. VSG 98 mm. Espirometría: CVF 47%, DLCO 46%. BFC: BAL: Galactomanano positivo y PCR positivo para *Aspergillus*. Comenzó con Itraconazol 400 mg/d y se redujo esteroides a 5 mg/día. Evolución 5 semanas post-tratamiento: afebril, menos tos y astenia. TAC a los 3 meses: reducción de cavidades bibasales. VSG 20 mm. Completó 9 meses de tratamiento, buen estado general. Fallece 6 meses después por enfermedad cerebro vascular.

Comentario: destacamos la importancia de considerar el diagnóstico **APNC**, cuando hay deterioro clínico y tomográfico en un huésped con factores predisponentes, como inmunosupresión y con alteraciones estructurales pulmonares. En este contexto clínico, enfatizamos que el aislamiento de *Aspergillus* en el BAL, que si bien tiene baja sensibilidad, es indicador de infección, permitiendo además, detectar el antígeno aspergilar galactomanano y el ADN de *Aspergillus* por PCR.

166- MAGNITUD Y DESIGUALDAD DE LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA DE 20 A 74 AÑOS EN ARGENTINA EN 2015

ARMANDO G¹; KRUGER A¹; BOSSIO J¹; FERNANDEZ H¹

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: La neumonía es una afección de las vías respiratorias que constituye un problema de gran relevancia para la salud pública por ser una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la edad adulta.

Objetivos: Describir la magnitud y la desigualdad de la mortalidad por Neumonía de 20 a 74 años en Argentina en 2015.

Materiales y métodos: Se realizó una descripción epidemiológica de las muertes por neumonía de 20 a 74 años en 2015. Los datos de mortalidad por neumonía (códigos J12-J18 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma revisión) se obtuvieron de Dirección de Estadísticas e Información en Salud y las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Se calcularon tasas ajustadas por 100.000 habitantes por edad y sexo. Se compararon las tasas por sexo, por grupo de edad y jurisdicción de residencia.

Se utilizó la razón de tasas para medir la brecha entre provincias, por sexo y por edad productiva (varones de 20 a 64 años y mujeres de 20 a 59) y en adultos mayores (varones de 65 a 74 años y mujeres de 60 a 74). El incremento de la tasa con la edad se calculó por el coeficiente de regresión de un modelo lineal. Para el cálculo de la desigualdad se utilizó el índice de Gini por provincia para el bienio 2014-2015 y se comparó con el índice de Gini de la mortalidad por todas las causas. Se calculó el intervalo de confianza del 95%. Se utilizaron los softwares Excel 2010, Jointpoint 4.3.1.0.

Resultados: En 2015 se registraron 7.292 muertes por neumonía entre 20 y 74 años de edad, lo que representó una tasa ajustada de 27,2 por 100.000 habitantes. La tasa se incrementó 9,4% (8,2; 10,6) por cada año de edad; y este incremento fue similar en los varones y en las mujeres: 9,8% (8,5; 11,0) y 9,0% (7,7; 10,3) respectivamente.

La brecha entre jurisdicciones fue mayor en mujeres que en varones. La tasa de mortalidad por Neumonía ajustada por edad en mujeres fue 8,4 veces mayor en Formosa (38,5 por 100.000) que en Río Negro (4,6 por 100.000). En varones, la tasa de mortalidad fue 5,2 veces mayor en Formosa (62,9 por 100.000) que en Río Negro (12,1 por 100.000).

La brecha también fue mayor en la población en edad productiva que en los adultos mayores. La tasa de mortalidad en la población de edad productiva, ajustada por edad y sexo, fue 7,2 veces mayor en Formosa (27,2 por 100.000) que en Río Negro (3,8 por 100.000). En los adultos mayores, la tasa ajustada por edad y sexo de Formosa (212,3 por 100.000) fue 5,5 veces mayor que la de Tucumán (38,5 por 100.000).

El índice de Gini fue de 0,199 (0,266 0,131) para ese bienio, cifra 3,7 veces superior al que registra la mortalidad total: 0,054 (0,037; 0,072).

Conclusión: En Argentina, la distribución de la mortalidad entre jurisdicciones fue desigual y afecta no sólo a la población de adultos mayores sino también a jóvenes y adultos en edad productiva. Analizar con mayor profundidad el problema contribuiría a conocer sus determinantes y establecer prioridades de acción para prevenir la mortalidad.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

167- COORDINACION Y ARTICULACION EN SERVICIO SOCIAL. NUESTRA EXPERIENCIA

MOSCATELLI S¹; VELAZQUEZ M¹

¹Hospital Maria Ferrer

Introducción: El Servicio Social (SS) brinda protección y resguardo de los derechos del paciente. Es fundamental coordinar y articular con los diferentes actores dentro y fuera de la institución.

Caso clínico: David, 21 años, argentino, soltero, empleado municipal en taller automotor. Convive con padres y 2 hermanos. Reside en Los Sauces. Salta. Cobertura social IPS, derivado al consultorio de EPID (12/15). SS recaba datos de vida: sin problemática vincular, necesidades básicas satisfechas (NBS), sin antecedentes de salud. Comienza con tos desde hace un año, IPS indica estudios y derivación al HRRMF. Es internado, deciden evaluación pre trasplante. Actuación profesional: interconsulta de medico tratante; solicitud de ración alimentaria (acompañante), conexión con IPS y Casa de provincia. Se activa red institucional. Articulación con IPS y con SS de Fundación Favaloro (FF). SS se entrevista: médico, paciente y padres orientando, asesorando, conteniendo y acompañando el proceso salud-enfermedad.

Discusión: Las barreras geográficas, económicas y culturales obstaculizan la accesibilidad a efectores de salud. Algunos integrantes del equipo desconocen el proceso de intervención del SS. Los pacientes deciden "autoderivarse" por incorrecta orientación. Incurriendo en el uso inadecuado de recursos institucionales y propios.

Conclusiones: Estamos convencidas que las acciones deben dirigirse a informar, orientar a pacientes y equipo de salud a fin de optimizar recursos y la oportuna derivación. Fomentar reuniones con SS de casas de provincias participando en la coordinación y articulación de los mismos.

168- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE PULMÓN ENCOGIDO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU RELACIÓN CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: REPORTE DE 5 CASOS

JIMÉNEZ J¹; BUFFARINI L¹; FERNÁNDEZ R¹; BARTH M¹; ZEOLLA M¹; IRIARTE J¹; FARALDO J¹; VELÁSQUEZ E¹; JAJATI M¹

¹Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía

El síndrome de pulmón encogido (SPE) es una manifestación rara y poco conocida del lupus eritematoso sistémico (LES). Se caracteriza por disnea progresiva, acompañada por dolor pleurítico, elevación diafragmática y un defecto ventilatorio restrictivo en las pruebas de función pulmonar, sin alteración parenquimatosa. En general, aparece años después del diagnóstico de LES y no implica que el LES esté en actividad.

Objetivo: Describir las características clínicas, inmunológicas, funcionales respiratorias e imagenológicas de 5 pacientes con SPE asociado a LES.

Material y método: Se recolectaron los datos de los pacientes al momento del diagnóstico del SPE: demográficos, clínicos (tiempo de evolución del LES, síntomas respiratorios, manifestaciones del LES concomitantes), serológicos, estudio por imágenes (radiografía anteroposterior de tórax y tomografía computada de tórax de alta resolución -TCAR-), pruebas funcionales respiratorias y capacidad de difusión de monóxido de carbono. Se evaluó además la actividad de la enfermedad de base mediante el índice de actividad de la enfermedad del LES (SLEDAI).

Resultados: 5 pacientes: 2 masculinos y 3 femeninos. Edad promedio: 31 años (rango 20-45 años). Tiempo de evolución del LES al momento del SPE: 6 años en el 60% y 1 año en el 40%. En ningún caso el SPE fue diagnosticado antes que el LES. Sólo 1 de los 5 pacientes era tabaquista. Síntomas respiratorios: disnea 100%, ortopnea 100%, dolor pleurítico 40%, tos 20%, opresión torácica 10%. Manifestaciones extrapulmonares del LES: artralgias 100%, artritis 60%, rash cutáneo 60%, proteinuria 40%, alopecia 20%, nefritis lúpica 20% y linfopenia 20%.

Pruebas serológicas: anti-DNA positivo en 80% de los casos. No se realizó dosaje de anti-RO y anti-LA. C3 de 111.4 (rango 82-144), C4 de 21.2 (rango 13-32). VSG de 46.8 (rango 25-71) y PCR elevada en el 80% de los casos.

Pruebas funcionales respiratorias: CFV de 48.8% (rango 33-71%), DLco corregida para la concentración de hemoglobina de 46.2% (rango 30-57%), DLco/VA de 89.6% (rango 75-101%).

Radiografías de tórax: diafragmas elevados en el 100%. TCAR: bandas atelectásicas bibasales en el 100%.

Actividad del LES: evaluado por el índice SLEDAI, fue de 13.6 (rango 10-19).

Conclusiones: El mecanismo fisiopatológico del SPE continúa siendo controversial. Se especula que puede ser una complicación inusual de la pleuritis que disminuiría la compliance del sistema tóracopulmonar. Por lo tanto, las pruebas de función pulmonar muestran un defecto ventilatorio restrictivo, con difusión pulmonar dentro de parámetros normales, si se corrige por la ventilación alveolar, lo que sugeriría la indemnidad del parénquima pulmonar. Si bien en la literatura se reporta que más de la mitad de los pacientes tienen inactividad del LES según SLEDAI al momento del diagnóstico del SPE, en nuestra serie encontramos que el 100% de los pacientes tenían actividad del LES.

169- LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS: SERIE DE CASOS.

BERMUDEZ A¹; PEREYRA B²; MUÑOZ M³; MOYANO V¹; GUENDULAIN S¹; CERVANTES MICHEL C¹; GAMARRA A¹; FARREL P¹; MARACINI M²; PONCE J²; CASAS J³; URIBE ECHEVARRIA M¹

¹Hospital Italiano de Cordoba, ²Hospital San Roque, ³Sanatorio Allende del Cerro

En esta serie describiremos 4 casos de mujeres con Linfangioleiomiomatosis , enfermedad rara y poco frecuente, con sus diferentes comportamientos clínicos y evolución.

Caso 1: 37 años; ex tabaquista 30 pack/year. 2015: Neumotórax espontáneo unilateral , disnea progresiva y estudios funcionales que mostraron obstrucción moderada , 6MWT con caída de la saturación de oxígeno y disminución de los metros recorridos(63%) . 2017: neumotoráx espontáneo unilateral con drenaje , decorticación y biopsia pulmonar compatible con LAM. Disminución de metros recorridos con respecto al estudio previo y caída de la función pulmonar.

Caso 2: 50 años; ex tabaquista severa 40 pack/year.1998: antecedentes de nefrectomía derecha (angiomiolipoma). 2005: Disnea de 3 años previo a la consulta. TAC de Tórax: neumotórax 2º y signos compatibles con LAM. 2011: episodio de neumotórax con decorticación. 2015: Deterioro de la función pulmonar con necesidad de oxigenoterapia. Se sospecha TEPA por caída de función pulmonar y DLCO. Desaturación en 6MWT, se anticoagula. Se inscribe en lista de trasplante pulmonar.

Caso 3: 33 años; 03/2017: Diabetes I, Esclerosis Tuberosa, que ingresa por shock hipovolémico hemorrágico secundario a angiomiolipomatosis renal (Síndrome de Wunderlich). Posteriormente se procede a embolización de polo inferior de riñón derecho. TAC de Tórax: formaciones quísticas bilaterales, que en el contexto del diagnóstico de Esclerosis Tuberosa se sospecha LAM. Estudios funcionales respiratorios normales. Se inicia tratamiento con Everolimus.

Caso 4: 32 años; 2017: con internación por neumotórax unilateral grado II con disnea residual clase funcional I-II, tos esporádica. TAC de Toráx con múltiples cavidades quísticas de mayor tamaño comparado con estudios previos. 03/2017: Se suspenden Anticonceptivos Orales con consejo estricto de anticoncepción. Empeoramiento de los síntomas, caída de la función pulmonar (DLCO: 27%) 06/2017: Embarazo. Clase funcional III. Se decide aborto terapéutico y derivación para trasplante.

Comentarios: Frente al hallazgo tomográfico de lesiones quísticas pulmonares en pacientes jóvenes se debería tener en cuenta el diagnóstico de LAM. Destacamos también que en la serie de casos descrita el neumotórax espontáneo fue la primera manifestación clínica objetivable. Tener en cuenta la derivación temprana a centros de trasplante pulmonar ya que hasta el momento los tratamientos disponibles no han demostrado ser eficaces.

170- ARTRITIS REUMATOIDEA Y ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR: CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS

FASSOLA L¹; ALBERTI M¹; CARO F¹; FERNANDEZ M¹; PAULIN F¹

¹Hospital María Ferrer

Objetivo: Describir las características tomográficas de pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea y enfermedad intersticial pulmonar, y analizar su asociación con variables clínicas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se evaluaron tomografías de tórax de alta resolución (TCARs) de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) según criterios ACR 2010, que concurrieron al consultorio especializado en EPI de nuestro centro entre enero de 2015 y febrero de 2017. Se consignaron datos demográficos, relacionados con la enfermedad articular y examen funcional respiratorio. Se cuantificó la extensión total de la EPI y la proporción de vidrio esmerilado/consolidación y reticulación según el score de Goh. Se clasificó el patrón tomográfico en Neumonía Intersticial Usual (NIU) típica, NIU posible e inconsistente con NIU según consenso ATS/ERS/ALAT 2011. Se estudiaron otras variables relacionadas con la TCAR: distribución predominante de la EPI, panalización, bronquiectasias, atrapamiento aéreo, compromiso pleural, diámetro de la arteria pulmonar, dilatación esofágica y adenomegalias mediastinales. Se describieron las variables categóricas según su frecuencia y las continuas con media y desvío estándar (DE), o mediana y rango intercuartil (RIC) dependiendo de su distribución. Para las comparaciones utilizamos test de Student, test de Mann Whitney y test de Chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, 13 (31,7%) de sexo masculino, 29 (70,7%) tabaquistas o ex tabaquistas. Presentaban Factor Reumatoideo positivo 32/33 (96,9%) pacientes y antiCCP positivo 33/36 (91,7%). Veintiséis (63,4%) recibieron tratamiento previo con Metotrexate y 18 (43,9%) con Leflunomida. La media de la capacidad vital forzada fue de 72,8% (DE 216,9). La edad al diagnóstico de EPI fue de 61,2 años (DE 11,1). Once pacientes presentaron un patrón de NIU típica (26,8%), 15 NIU posible (36,6%) y 15 (36,6%) inconsistente con NIU. La extensión total de la EPI tuvo una mediana de 22% (RIC 14-36) con predominio en lóbulos inferiores en la mayoría de los pacientes [37 (90,2%)]. Se observó enfisema en 12 (29,3%), panalización en 14 (34,1%) y bronquiectasias en 14 de las 41 TCARs analizadas (34,1%). Hallamos dilatación esofágica en 9 pacientes (21,9%), compromiso pleural en 3 (7,3%), adenomegalias mediastinales en 9 (22,5%), atrapamiento aéreo en 8 (19,5%) y una arteria pulmonar mayor a 29 mm en 9 pacientes (21,9%). La edad al debut de la EPI fue mayor en pacientes con NIU típica o NIU posible en comparación con aquellos con un patrón inconsistente con NIU [63,6 (9,08) vs 56,7 (13,2); p: 0.05] y los valores de eritrosedimentación menores [39 (RIC 31 a 55,5) vs 55 (RIC 38 a 95); p: 0.05].

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con AR y EPI hallamos una alta prevalencia de enfisema y panalización. Los pacientes con un patrón inconsistente con NIU en la TCAR presentaron una edad de debut de la EPI más temprana y mayores valores de eritrosedimentación.

171- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: CORRELACIÓN ENTRE COMPROMISO ARTICULAR Y PULMONAR EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA.

PAULIN F¹; CARO F¹; FERNÁNDEZ M¹; ALBERTI L¹; FASSOLA L¹

¹Hospital María Ferrer

Objetivo: Analizar la correlación entre variables relacionadas al compromiso pulmonar y aquellas relacionadas al compromiso articular en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea según criterios ACR 2010 y enfermedad pulmonar intersticial, que concurrieron al consultorio especializado en EPI de nuestro centro, en el período de enero 2015 a febrero 2017. Se consignaron datos demográficos, datos relacionados con la enfermedad articular (recuento articular, velocidad de eritrosedimentación, DAS28, tratamientos previos), examen funcional respiratorio (CVF%, DLCO%), score de Goh en tomografía computada de alta resolución (TCAR) (total, vidrio esmerilado y reticulación), laboratorio inmunológico (anti-CCP, factor reumatoideo). Se describieron las variables categóricas según frecuencia y las continuas con mediana y rango intercuartil, o media y desvío estándar según la distribución. Se realizó análisis de correlación entre variables que relacionadas al compromiso articular y variables que evalúan el compromiso pulmonar. Se utilizaron los tests de Spearman o Pearson dependiendo de la distribución. Entre las variables respiratorias incluimos CVF%, DLCO%, disnea mMRC, score de Goh de reticulación, vidrio esmerilado y total. Entre las variables relacionadas con el compromiso articular incluimos articulaciones tumefactas, dolorosas, escala visual análoga de actividad de la enfermedad, velocidad de eritrosedimentación (VES), y DAS28.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes, 30.4% hombres, media (DE) de edad 59,9 (11,8). Treinta y uno (67,4%) eran tabaquistas actuales o ex tabaquistas. En 9 casos (21.4%) se halló un patrón de TCAR típico de neumonía intersticial usual (NIU) y en 17 (40,4%) un patrón inconsistente con NIU. La media (DE) de CVF% fue de 71 (17,48). Doce casos (26%) presentaban remisión o actividad articular leve evaluada con DAS28. La prevalencia de anti-CCP positivo fue 37/40 (92,5%), mientras que de FR fue 36/37 (97,3%). Veintiocho (60,8%) de los pacientes habían recibido metotrexate previamente. Hallamos buena correlación entre VES y el vidrio esmerilado en la TACAR medido por el score de Goh (r 0,39; p 0,03). No hallamos correlación entre las demás variables articulares y respiratorias estudiadas. Se calculó un poder de 0,72 en el caso de la correlación con scores en TCAR ($N=39$), y de 0,8 para la correlación con examen funcional respiratorio ($N=47$), para un r esperado de 0,4.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con AR y EPI no hallamos correlación entre variables que reflejan el compromiso articular y aquellas que expresan el compromiso pulmonar. Si hallamos buena correlación entre VES y la presencia de vidrio esmerilado en la TACAR. Es posible que la AR se actúe en ambos sitios a través de diferentes mecanismos, lo cual podría explicar estos hallazgos.

172- TRATAMIENTO CON PIRFENIDONA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO DE VIDA REAL.

CARO F¹; ALBERTI M¹; CAMPINS F²; ENGHELMAYER J³; FERNÁNDEZ M¹; PAPUCCI T⁴; LANCELLOTTI D²; SEBASTIANI J⁵; PAULÍN F¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", CABA., ²Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata, ³Hospital de Clínicas "José de San Martín", CABA., ⁴Laboratorio de Función Pulmonar de Alta Complejidad, Bahía Blanca., ⁵Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata.

El objetivo principal de nuestro estudio fue estudiar la tolerancia de la pirfenidona y los objetivos secundarios, analizar la eficacia y motivos de suspensión.

Estudio observacional retrospectivo, multicéntrico realizado en 4 centros especializados. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de FPI según el consenso ATS/ERS/JRS/ALAT 2011 que recibieron pirfenidona por al menos 3 meses entre junio 2013 y setiembre 2016. Se analizaron todos los efectos secundarios reportados y las variables que pudiesen influir en dicho resultado. Se comparó la evolución de la Capacidad Vital forzada (CVF) entre periodos de tiempo similar antes (*período pre-pirfenidona*) y después de recibir pirfenidona (*período post-pirfenidona*). Las variables categóricas se describieron según frecuencia, y las continuas con media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC). Para el análisis univariado se utilizó el test del Chi², test exacto de Fisher, el test de Student o Wilcoxon según correspondiera en cada caso.

Se incluyeron 50 pacientes entre los 4 centros. La mayoría fueron hombres, 38 (76%) con una edad media (DE) de 67,8 (8,36) años. 1(2%) tenía FR (+) y 8 (16%) ANA (+), todos $\leq 1/160$ y patentes de IFI inespecíficas. 39 tenían anti-CCP, todos negativos. 12 pacientes (24%) realizaron biopsia pulmonar quirúrgica para llegar al diagnóstico. La CVF% media (DS) al diagnóstico fue 69,7% (14,22) y la DLCO% media (DS) 44,9 % (7,76). La media (DS) del tiempo de exposición a pirfenidona fue 645.68 (428.19) días. Del total, 26 pacientes recibieron pirfenidona ≥ 1 año y 14 ≥ 2 años. Se reportaron 19 eventos adversos (EAs) en 15 (30%) pacientes siendo las náuseas (14%), astenia (10%) y rash cutáneo fototóxico (8%) los más frecuentes. No encontramos diferencias significativas entre la subpoblación con y sin EAs. En total, 18 (36%) interrumpieron transitoriamente el tratamiento. El motivo más frecuente fue la falta de entrega del medicamento (18%). Sólo 3 suspendieron por EAs, uno de ellos definitivamente por reacción cutánea fototóxica. Para analizar la eficacia se incluyeron 28 pacientes. La mediana (RIC) de seguimiento funcional fue 173.5 días (127,5-265) en el periodo pre-pirfenidona y 172 días (144,5-270,5) en el post pirfenidona, ($p= 0.2478$). Observamos una declinación media (DS) en la CVF% de - 4,03% (7,63) en el periodo *pre-pirfenidona* y de -2,64 % (7,1) en el periodo *post pirfenidona*, ($p= 0,534$). 13 pacientes (26%) fallecieron y sólo 1 recibió un trasplante pulmonar.

Se observaron eventos adversos en 30% de nuestra población, la mayoría fueron leve a moderados. Evidenciamos una disminución en la declinación de la CVF en el periodo "post-pirfenidona", aunque no fue estadísticamente significativa. El motivo más frecuente de suspensión de la pirfenidona fue la falta de entrega por las obras sociales y/o prepagas sin justificativo médico. Nuestros resultados muestran una buena tolerancia al fármaco en la vida real, incluso durante periodos prolongados y reafirma los resultados sobre eficacia de los ensayos clínicos.

173- “SOBREVIDA EN PACIENTES CON NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD CRÓNICA Y FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA”

ALBERTI M¹; CARO F¹; FASSOLA L¹; FERNANDEZ M¹; PAULIN F¹

¹Hospital María Ferrer

Objetivo: Comparar la sobrevida entre una cohorte de pacientes con diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad crónica (NHCr) y fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

Materiales y Métodos: Estudio analítico retrospectivo, entre marzo 2012 y mayo 2017. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de NHCr y de FPI según criterios de guías ATS/ERS/JRS/ALAT 2011. Los criterios para el diagnóstico de NHCr fueron: hallazgos en tomografía de tórax [combinación de vidrio esmerilado (VE), nodulillos en VE y/o patrón en mosaico asociados a la presencia de bronquiectasias y bronquiolectasias por tracción, patrón reticular y/o panalización] junto a la exposición a un antígeno evaluado por interrogatorio y/o a la presencia de al menos uno de los siguientes: linfocitosis en lavado broncoalveolar ($\geq 20\%$), biopsia transbronquial diagnóstica y/o biopsia quirúrgica. Se analizaron las características de la población y la sobrevida. Las variables continuas se expresaron en media y desvío standar (DS), las categóricas en porcentajes. La comparación entre variables se realizó mediante test de Student y Chi cuadrado. Se comparó la sobrevida a 2 años entre ambos grupos utilizando el método de Kaplan Meier (KM), con los estimadores de sobrevida y sus intervalos de confianza del 95%. Se testeó la hipótesis nula de igualdad entre funciones de supervivencia entre ambos grupos mediante log-rank test. Se consideró diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes, 56 (38 %) con NHCr. Los pacientes con NHCr eran con mayor frecuencia de sexo femenino [34 (62.96) vs 22 (23.91); $p < 0.05$] y menos tabaquistas [20 (37.04) vs 74 (81.32); $p < 0.05$]. No se observaron diferencias estadísticamente significativas, al momento del diagnóstico, entre los pacientes con NHCr y FPI en cuanto a la edad [62.27 (10.15) vs 65.28 (9.28); $p: 0.07$], CVF% [59.98 (14.63) vs 62.90 (15.24); $p: 0.25$], DLCO % [44.24 (12.75) vs 43.80 (16.46); $p: 0.88$], tiempo de disnea en meses [25.19 (31.98) vs 19.53 (18.54); $p: 0.20$], presencia de disnea G3-4 mMRC [25 (48.08) vs 32 (35.56); $p: 0.14$], metros recorridos en el test de caminata de seis minutos (TC6M) [381 (78.67) vs 400.31 (106.00); $p: 0.32$], y saturación menor al 88% en TC6M [27 (65.85) vs 50 (74.63); $p: 0.33$] respectivamente. Se detectaron 42 muertes en el grupo FPI y 12 muertes en el grupo NHCr. El estimador de KM para sobrevida a 2 años fue 0,71 (IC95% 0,6 – 0,8) en el grupo FPI y 0,83 (IC95% 0,66 – 0,92) en el grupo NHCr. La diferencia encontrada entre ambas curvas fue estadísticamente significativa ($p 0,027$).

Conclusión: A pesar de que al momento del diagnóstico no se encontraron diferencias entre ambas cohortes, excepto por el sexo y la frecuencia de tabaquismo, los pacientes con NHCr presentaron mejor sobrevida que aquellos con FPI. Probablemente esto se deba a los diferentes mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

174- CONCORDANCIA ENTRE NEUMONÓLOGOS Y RADIÓLOGOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INTERSTICIALES EN ARGENTINA.

VARELA B¹; TABAJ G²; QUADRELLI S³; ENGHelmayer J⁴; OTAOLA M⁵; ROSSI S⁶; GUTIERREZ H⁶; GASER A⁷; ROSSINI S⁸; CRINITI J¹

¹Hospital Alemán, ²Hospital Cetrángolo, ³Fundación Sanatorio Güemes, ⁴Hospital de Clínicas JOSé de San Martín, ⁵Instituto de Rehabilitación Psicofísica de Buenos Aires, ⁶Centro de Diagnóstico Rossi, ⁷Diagnóstico Médico, ⁸Instituto Radiológico

Objetivo Primario. Evaluar el grado de concordancia que existe en el diagnóstico de las EPID por tomografía computada de alta resolución (TCAR) entre neumonólogos y radiólogos en Argentina.

Objetivo Secundario. Evaluar el grado de concordancia en la necesidad de biopsia quirúrgica y el tratamiento entre múltiples neumonólogos en Argentina.

Métodos. Se seleccionaron 20 pacientes con diagnóstico de EPID. Los casos clínicos fueron evaluados por 5 neumonólogos y 4 radiólogos con experiencia en la evaluación de patrones tomográficos relacionados a EPID. Cada caso fue evaluado con los datos clínicos más relevantes, estudios de laboratorio incluyendo autoanticuerpos, TACAR, lavado broncoalveolar (BAL), biopsia transbronquial y biopsia quirúrgica (en los pacientes que contaban con estos estudios).

La concordancia interobservador entre radiólogos y neumonólogos fue analizada de acuerdo con diferentes patrones tomográficos.

Se evaluó además, el grado de acuerdo entre neumólogos con respecto al diagnóstico definitivo, el tratamiento indicado y la necesidad de biopsia quirúrgica.

Se realizó estadística descriptiva y se calculó el kappa para observadores múltiples mediante el programa STATA (versión 14).

Resultados. En total, entre neumonólogos y radiólogos, se realizaron 180 observaciones. La edad media fue 63 ± 11.75 años. El 70% de eran o habían sido fumadores. La media de capacidad vital forzada (CVF) fue 2.86 ± 0.77 litros (y $73\% \pm 11.85$). La media de la difusión de monóxido de carbono (DLCO) fue $58\% \pm 18.31$.

En lo que respecta al patrón tomográfico el grado de acuerdo entre todos los observadores (neumonólogos y radiólogos) fue de 0.58, siendo excelente en el diagnóstico de consolidaciones (kappa de 1) y moderado a sustancial (0.64) en el diagnóstico de nódulos. Cuando se dividió por especialidades, el grado de acuerdo entre los diferentes patrones por TCAR para neumonólogos fue de 0.58, siendo mayor entre los radiólogos 0.66. La concordancia en diagnóstico tomográfico de Neumonía Intersticial Usual (NIU) y posible NIU para neumonólogos fue de 0.60 y 0.68 vs 0.56 y 0.62 para radiólogos. Los radiólogos tuvieron un mayor kappa (0.68) para el diagnóstico de Neumonía Intersticial No Específica (NINE) comparado con 0.57 los neumonólogos.

Con respecto a la necesidad de biopsia quirúrgica, el acuerdo observado entre neumonólogos fue moderado (0.45). La concordancia observada en la indicación de antifibróticos fue muy buena (0.85) y fue buena para las drogas inmunosupresoras (0.68). Hubo menor grado de concordancia en la elección y la vía de administración entre los diferentes inmunosupresores.

Conclusiones. El grado de acuerdo entre neumonólogos y radiólogos en lo que respecta al patrón tomográfico de las EPID fue moderado. Entre los neumonólogos, el grado de acuerdo en lo que respecta a antifibróticos fue muy bueno y moderado para los inmunosupresores. La concordancia en la necesidad de realizar biopsia quirúrgica fue moderada.

175- PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: CORRELACION CON CALIDAD DE VIDA Y EVOLUCION FUNCIONAL

FERNANDEZ M¹; ALBERTI M¹; CALDERON P¹; CARO F¹; CASTELLANO T¹; KANBUROGLU G¹; MIRANDA A¹; IPUCHE F¹; PAULIN F¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Objetivo: Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en una cohorte de pacientes con EPID (Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa) y su correlación con calidad de vida y evolución funcional provenientes de un centro argentino.

Materiales y métodos: entre noviembre de 2016 y marzo de 2017 se incluyeron pacientes con diagnóstico de EPID que concurren a la consulta con su médico especialista. Se consignaron datos demográficos, escolaridad, grado de disnea (escala mMRC), tiempo de evolución de la enfermedad pulmonar, diagnóstico específico de EPID, capacidad vital forzada (CVF) al momento de la evaluación y 6 meses previa. Luego se realizó una entrevista con una licenciada en psicología en la que se administró el cuestionario HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) utilizada para evaluar el malestar emocional en pacientes con patologías crónicas, como herramienta para diagnóstico de ansiedad y depresión, y el cuestionario SGRQ-I (Saint George's específico para FPI) para evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Se excluyeron pacientes con empeoramiento de los síntomas respiratorios en la semana previa y bajo psicoterapia al momento de la evaluación. Se describieron las variables continuas con media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil, y las categóricas según su frecuencia. Se utilizó test de Student y test de Chi cuadrado para las comparaciones entre grupos. Se realizó análisis de correlación con test de Pearson o de Spearman dependiendo del tipo de variable.

Resultados: 61 pacientes, 32 (52,4%) mujeres, edad media: 64,2 años (DE 12,3). Diagnóstico: fibrosis pulmonar idiopática (FPI) 19 (31,1%), enfermedad autoinmune (EA) en 24 (39,3%), y otros 18 (29,5%). La CVF% media (DE): 65,4 (16,1), con una mediana (RIC) de cambio en los últimos 6 meses de 4,5 (-2 a 8). La media (DE) del valor total del SGRQ-I fue 53,5 (21,3). Obtuvimos una prevalencia de ansiedad de 9,8 % (6 casos), de depresión de 14,7% (9 casos) y de al menos uno de los dos trastornos de 21,3% (13 casos). La presencia de ansiedad o depresión se asoció con sexo femenino (34,3% vs 6,9%; $p < 0,01$), una CVF menor al 50% (55,5% vs 15,3%, $p < 0,01$) y a un diagnóstico diferente a FPI (28,5% vs 5,2%; $p = 0,04$). Al analizar la correlación entre el valor de HADS de ansiedad y HADS de depresión con el SGRQ-I total, CVF% y cambio de CVF% en los últimos 6 meses obtuvimos: $r = 0,58$ ($p < 0,01$); $r = 0,55$ ($p < 0,01$); $r = 0,01$ ($p = 0,93$); $r = -0,21$ ($p = 0,09$); $r = -0,02$ ($p = 0,83$); $r = 0,27$ ($p = 0,04$) respectivamente.

Conclusiones: En este estudio hallamos una alta prevalencia de ansiedad y/o depresión en una cohorte de pacientes con EPID. La presencia de al menos uno de estos trastornos se asoció a sexo femenino, peor CVF% y a un diagnóstico diferente de FPI. Los valores del cuestionario HADS presentaron buena correlación con los del SGRQ-I.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

176- EXPERIENCIA CLINICA CON OMALIZUMAB EN ASMA DE DIFICIL CONTROL

SALDARINI F

Hospital Santojanni

OBJETIVO: Informar la experiencia en pacientes con asma de difícil control, en donde se aplicó omalizumab según guías internacionales, en un contexto de datos de la vida real.

MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, observacional, transversal, clínico, donde se compararon datos de 12 pacientes en tratamiento con omalizumab desde el 2010 a marzo del 2017, se comparó FEV1, ACT, uso de corticoides sistémicos, seguridad y tolerancia del omalizumab.

RESULTADOS: Se estudiaron 12 pacientes, 9 mujeres y 3 hombres que presentaban asma de difícil de control según guías GINA, cuya edad promedio fue 51,5 años, inicio de la enfermedad de 17,41 años, IGE promedio 486,66. al inicio todos los pacientes presentaban mal manejo del asma, en la recopilación de datos se observó que 10 pacientes (83%) tenían control del asma y 2 pacientes con respuesta parcial (16%). ACT promedio al inicio 12,58 y luego como mínimo de un año de tratamiento 22,75, FEV1 promedio inicio 63,71, con tratamiento 65,33, el 60% de los pacientes requirieron tratamiento con corticoides sistémicos al menos 3 meses en el año previo a comenzar tratamiento con omalizumab, dos pacientes están actualmente con reemplazo hormonal por insuficiencia suprarrenal, con respecto a la seguridad solo 1 paciente presentó a las 24 horas de la aplicación urticaria generalizada con edemas en cara que requirió antihistamínicos, 4 pacientes refirieron cefalea en las primeras 24-48 horas, 2 pacientes, dolor en el sitio de aplicación, que no obligó a ninguno a suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES: En base a los resultados de nuestro estudio, se concluye que omalizumab es efectivo y seguro cuando se indica según guías y con el tratamiento recomendado con la terapia de pasos.

177- FACTORES PREDICTORES DE ALTERACIÓN EN LA ESPIROMETRÍA POSTERIOR A UNA INFECCIÓN PULMONAR POR TUBERCULOSIS

PALMA I¹; MARTINEZ D¹; ALVES L¹; ESTEVAN R¹; RESGUARDO A¹; VINA J¹; NATIELLO M¹; MEDIN M¹; LAGRUTTA L¹; GONZALEZ MONTANER P¹; MARTIN V¹; CAPONE L¹; SOFRA M¹; FERREYRA N¹; CASTRO ZORRILA L¹; INWENTARZ S¹; VIDELA A²; PALMERO D¹

¹Instituto de Tisiopneumología Prof. Dr Raul Vaccarezza, ²Hospital Universitario Austral

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) suele causar destrucción del parénquima pulmonar afectando la fisiología respiratoria y deteriorando la calidad de vida. En datos del Estudio PLATINO, la prevalencia de obstrucción al flujo aéreo en personas con antecedentes de tuberculosis pulmonar fue del 30,7%. Existe poca información en la literatura sobre los factores predictores de alteración funcional.

OBJETIVOS: evaluar factores predictores de desarrollo de alteración en la espirometría en pacientes no fumadores que completaron tratamiento para TB pulmonar.

MATERIALES Y METODOS: Estudio de cohorte prospectivo con dos años de seguimiento. Se ingresaron entre 2014 y 2017 sujetos mayores de 18 años con diagnóstico de TB pulmonar confirmado por baciloscopia y/o cultivo de esputo que cumplieron tratamiento completo por seis meses con 4 drogas HREZ y firmaron consentimiento informado. Se excluyeron casos con antecedentes de tabaquismo, drogadicción, enfermedades pulmonares previas, VIH, TB pleural o extrapulmonar sin compromiso pulmonar. Se recabaron datos demográficos y laborales, presencia de síntomas respiratorios y la última radiografía de tórax, que fue evaluada por dos médicos utilizando la clasificación radiológica de OMS (1960).

RESULTADOS: Fueron ingresados 194 pacientes tratados con 4 drogas HREZ. (Edad media 31 años \pm 12, a predominio femenino 54,7%). El 71% refirió síntomas respiratorios en los tres meses previos a la evaluación, siendo más frecuentes disnea (48%) y tos no productiva (41%). El 30,9% presentaron alteración en la espirometría, siendo el 19,5% obstructivas y el 11,3% restrictivas (confirmadas con medición de volúmenes pulmonares). Se realizó un modelo de regresión logística multivariable para detectar factores asociados a la presencia de espirometría anormal.

Variables	OR*	IC 95%	p valor
Sexo masculino	1,02	0,49-2,11	0,944
Presencia de síntomas respiratorios	1,65	0,66-4,10	0,275
Presencia de sibilancias	2,79	1,26-6,18	0,011
Comorbilidades diabetes	1,46	0,21-9,85	0,695
Infección previa con TB	0,32	0,03-3,73	0,368
Trabajo de riesgo	0,68	0,20-2,23	0,526
Extensión de lesión radiológica secuelar mayor al 25%	2,96	1,38-6,32	0,005
Cavitación residual	5,84	1,68-17,81	0,005

(*ajustado por todas las variables)

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados mostraron que las lesiones radiológicas significativas y el reporte de sibilancias se asocian fuertemente a la presencia de alteraciones en la función respiratoria. La presencia de lesión radiológica moderada a severa y el reporte de sibilancias previas al momento de la terminación del tratamiento por TB podrían servir como signos de alarma para impulsar la búsqueda de enfermedad pulmonar crónica a fin de instaurar un tratamiento adecuado y evitar futuras complicaciones.

178- CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EPOC Y SU RELACIÓN CON OXIGENOTERAPIA Y VNI CRÓNICAS

GAMARRA A¹; CERVANTES C¹; CUESTAS E¹; BERMUDEZ A¹; GUENDULAIN S¹; MOYANO V¹; URIBE ECHEVARRÍA M¹

¹italiano

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC), principal causa de morbimortalidad a nivel mundial; es una enfermedad prevenible, tratable, con impacto sistémico y distintos grados de severidad. Conocer las diferencias de nuestros pacientes EPOC permite un abordaje integral y un tratamiento personalizado.

Objetivos

- 1) Conocer número de pacientes EPOC con oxigenoterapia crónica (OC) y/o VNI.
- 2) Establecer que variables se relacionan con OC y/o VNI.
- 3) Describir características clínicas de pacientes EPOC.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional transversal desarrollado en el Hospital Italiano de Córdoba de noviembre 2016 a mayo 2017. Se reclutaron pacientes mayores de 18 años asistidos en consultorio externo y se registraron las siguientes variables: edad, sexo, IMC, presencia de tabaquismo, Pack/Year, VEF1 postBD en porcentaje, puntaje de CAT y presencia de oxígeno crónico (OC) y VNI.

Se aplicaron cálculos de estadística descriptiva según variables cualitativas o cuantitativas. Para la relación entre las variables categóricas el Test CHI cuadrado, (Test de Fisher en las de baja frecuencia) y para las cuantitativas la Prueba T de Student. Para conocer impacto de las variables en OC y en VNI se aplicó a las cuantitativas el índice de Cohen y para las cualitativas se calculó la Phi y la V de Cramer.

Resultados: Se reclutaron 74 pacientes: 56% de sexo femenino, 20% tabaquistas actuales y 80% ex tabaquistas. De nuestros pacientes 23 (31,08%) usan OC y 8 (10,81%) VNI. La media de edad fue de 68 años; el IMC 27,4; el CAT 12; VEF1 36%; P/Y 37,47. La media de IMC 27,4. Entre las variables cuantitativas es significativamente mayor el CAT promedio en los ptes con OC y el VEF1 promedio es significativamente menor. No hubo diferencias significativas para VNI.

En el análisis de las variables cualitativas es significativa la mayor proporción de varones con OC y la probabilidad de OC (ODDs ratio) es 3 veces mayor para este sexo.

Al relacionar CAT y VEF1 con cada sexo no hubo diferencias significativas.

Conclusiones

- 1) En la población estudiada predomina el sexo femenino y estadio GOLD III
- 2) Coincidente con la literatura a menor FEV1 (estadísticamente significativo), tienen mayor puntaje de CAT y reciben oxigenoterapia crónica. Esto no fue significativo en los pacientes tratados con VNI.
- 3) Un porcentaje de pacientes continúa fumando, aún bajo OC.
- 4) En forma independiente, los varones tienen 3 veces mayor probabilidad de usar OC.

179- EXPERIENCIA CON OMALIZUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL. HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA. 2011-2017

KOHN V¹; ARATO G¹; ARROYO F¹; BUJEDO E¹; MARQUÉS I¹; ANTONUCCI M¹; ANDRÉS I¹; MORENO L¹

¹Hospital de niños santísima trinidad

Introducción. El concepto de Asma de Difícil Control(ADC) aplica a pacientes con asma grave que no controlan su enfermedad aún tratadas las comorbilidades y recibiendo broncodilatadores y corticoides a dosis máximas. Omalizumab es un Ac monoclonal anti-IgE que ha demostrado eficacia y seguridad en asma alérgico. El Servicio de neumonología del HNC atiende 6000 consultas ambulatorias/año,35% corresponden a asma bronquial, aproximadamente 5% son ADC

Objetivo: describir la experiencia con Omalizumab aplicada a menores de 15 años con ADC en el HNC.

Material y métodos: total 11 pacientes con ADC recibieron tratamiento con Omalizumab (2011-2017). Se verificó adherencia y técnica de inhalación de corticoides inhalados/CI, se descartaron diagnósticos diferenciales y estudiaron comorbilidades y estado atópico mediante prick test. Se registró espirometría y nivel de control de asma mediante cuestionarios ACT (asthma control test) antes de iniciar tratamiento y durante el seguimiento. Se registró uso de medicación de rescate y crisis durante un año de tratamiento.

Resultados: 11 pacientes, 6/11 masculinos. Edad media 10,7 años (6-15).Todos con prick test(+) y recibiendo CI a dosis alta+montelukast+broncodilatadores de acción prolongada/LABA; 2 con corticoides orales. Espirometrías iniciales: VEF1 promedio de 80%.Un paciente VEF1<80% antes de iniciar tratamiento. Promedio IgE-total: 1168 UI/ml; 2/11 con IgE>1500 UI/ml. Comorbilidades: rinitis 5/11,RGE 5/11,urticaria crónica 1/11, toxocariasis 1/11. Duración de tratamiento 21 meses(6-40).Todos presentaron una disminución de crisis (5/11 no repitieron,6/11 reducción de las mismas).Sólo 2/11 volvieron a tener internaciones por asma. El único paciente con función pulmonar baja la normalizó luego de 2 dosis de Omalizumab. En 10/11 el ACT mostró ≥20 puntos(asma controlado) en la evolución; 7/11 disminuyeron dosis de CI;4/11 suspendieron montelukast,3/11 suspendieron LABA,1 sólo recibe Omalizumab. Eventos adversos serios 0, urticaria 2, cefalea 1, reacción leve en sitio de inyección 1

Conclusiones: el tratamiento concomitante con Omalizumab fue bien tolerado. Disminuyó las crisis, mejoró el control de síntomas y redujo las internaciones. Permitted disminuir medicación controladora y mejoró la función pulmonar cuando se encontró disminuida. No se observaron eventos adversos relevantes

180- TABAQUISMO Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

ARIAS S¹; WETTSTEIN M¹; WUSTTEN S²; CALABRESE C³

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni. ANLIS Carlos Malbrán. Ministerio de Salud de la Nación, ²Hospital San Martín. Paraná. Entre Ríos, ³Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas. Ministerio de Salud de la Nación.

Objetivos: Evaluar la magnitud y características asociadas al tabaquismo en pacientes con diagnóstico de EPOC en Argentina.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de los casos notificados en el Registro Nacional de EPOC del Ministerio de Salud de la Nación y la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR), seleccionando aquellos con espirometría compatible con EPOC (FEV1/FVC a 15 paquetes años) y número de cigarrillos/día (40) y registro de terapia de cesación tabáquica. El análisis de asociación entre características y condición de fumador (actual y anterior), se evaluó mediante Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95%. Se utilizaron los programas Excel 2010 y EpiDat 3.1.

Resultados: Se incluyeron 960 casos con espirometría compatible con EPOC del registro (84,6% del total). El 64,2% de los casos eran masculinos y el 72,1% tenía más 60 años. Según estadio GOLD, el 42,6% y 38,8% eran casos moderados y severos, respectivamente. El 94,5% de los casos tenían antecedentes de tabaco, 34,7% eran fumadores actuales y 60,3% anteriores. Las mujeres presentaron 1,56 veces más chances de ser fumadoras actuales frente a los hombres [OR: 1,56 (1,14-2,00)], y a medida que se reduce la edad aumentaban las chances de ser fumadores actuales en comparación a los mayores de 80 años [70-79 años: 1,7 (0,8-3,9); 60-69: 3,1 (1,4-6,8); 50-59: 4,7 (2,1-10,6); < 50: 6,5 (2,3-17,9)], manteniéndose este comportamiento al estratificarlo por sexo. Se observó asociación entre la ausencia de cobertura en salud y fumador actual (OR: 1,58; 1,15-2,17), y no la hubo con el nivel de instrucción. No se observó asociación significativa entre el número de paquetes/años y la condición de fumador, mientras que para número de cigarrillos/día a medida que se reduce la cantidad de cigarrillos/día aumenta la chance de fumar en la actualidad [20 a 40 cigarrillos: 1,42 (0,96-2,09); >20 cigarrillos: 2,19 (1,24-3,86)]. En cuanto al tratamiento, 57,3% de los fumadores actuales no tenían registro de terapia de cesación tabáquica y de ellos el 52,5% se encontraban en los estadios más graves de la enfermedad.

Conclusión: Existe una alta proporción de pacientes con diagnóstico de EPOC que eran fumadores actuales, a pesar de que el abandono del tabaco se considera la medida más eficaz para detener la progresión de la enfermedad. Las características que se encontraron asociadas al hábito tabáquico deben ser tenidas en cuenta para valorar las personas en riesgo de continuar fumando. La cantidad de casos con EPOC que se registran sin terapia de cesación es también un aspecto preocupante.

181- ROL DE LA EOSINOFILIA PERIFERICA EN LA EXACERBACION DEL PACIENTE EPOC

OLMOS M¹; BLUA A¹; ABRATE V¹; ELÍAS M¹; CUESTAS E¹; PERRONE V¹; CESARATTO F¹; LÓPEZ A¹

¹Hospital Privado Universitario de Córdoba

INTRODUCCION: La EPOC tiene alto impacto en morbimortalidad y costos de salud, por esto, un importante objetivo es prevenir las exacerbaciones (E-EPOC). En los últimos años, se incrementó el interés en identificar y validar biomarcadores con potencial uso clínico. La eosinofilia en sangre periférica es un biomarcador fácil de obtener y podría predecir riesgo de exacerbación y respuesta a corticoides inhalados (CI).

OBJETIVOS: 1. Evaluar la relación entre la frecuencia de las E-EPOC y el valor absoluto de eosinofilia en sangre periférica. 2. Determinar si existen variaciones en el recuento de Eosinófilos (Eo) periféricos en situación estable y en E-EPOC.

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con EPOC según criterios GOLD desde junio 2016 - mayo 2017. Información recolectada de HC electrónica. Datos registrados: leucocitos y un valor absoluto de eosinófilos séricos ≥ 300 células/mm³ basal, al año y durante E-EPOC severas (Hospitalizadas o guardia). Se excluyeron enfermedades pulmonares severas, enfermedades asociadas a eosinofilia, transfusiones de hemoderivados; inmunodeficiencias, parasitosis, inmunoterapia; fármacos relacionados a hipereosinofilia y tratamiento con corticoides sistémicos 48 hs previo a la venopunción. Análisis estadístico: IBM SPSS 19 Statistics Visor.

RESULTADOS: N 50: 56% mujeres, edad media 69 años. En un 70% fueron EPOC moderado y severo. 18% tenía antecedente de asma bronquial y 29% hiperreactividad bronquial en espirometría. El 65% se encontraba bajo tratamiento con CI asociado a broncodilatadores.

Del total el 8% tuvo eosinofilia periférica en control basal de los cuales todos se exacerbaron y entre ellos 75% son asmáticos ($p < 0,016$)

El 70% del total tuvo al menos una exacerbación anual (media: 1,14) y 30% eran exacerbadores frecuentes.

Entre los exacerbadores, 11% tenía eosinofilia basal y el 39% presentó incremento de Eosinófilos en el curso de algunas de las exacerbaciones. Por el contrario, en ninguno de los pacientes que no se exacerbaron se detectó eosinofilia sérica.

De toda la población, el 28% se Hospitalizó; de ellos ninguno tenía eosinofilia basal en estabilidad, pero se evidenció eosinofilia periférica en un 40% en alguna de las exacerbaciones. Todos los que se internaron eran exacerbadores frecuentes con 2 o más episodios/año.

No hubo diferencia significativa en número de E-EPOC en pacientes tratados con CI vs sin CI 72,7% y 76,47% respectivamente ($p 0,6$)

CONCLUSION: Se encontró relación entre la frecuencia de las E-EPOC y el valor absoluto de Eo en sangre periférica, requiriendo internación casi un tercio de ellos. En EPOC exacerbadores, aún sin eosinofilia basal, hubo un incremento de la eosinofilia durante la exacerbación. No se evidenció disminución de las exacerbaciones con un tratamiento regular de CI. Los niveles de eosinófilos séricos podrían utilizarse como un biomarcador en las exacerbaciones graves de la EPOC.

182- ASMA Y ESTADO NUTRICIONAL

ARIAS S¹; RODRÍGUEZ L¹; BOSSIO J¹

¹INER

Objetivo: Describir el estado nutricional de individuos con sibilancias en los últimos 12 meses y evaluar la asociación entre sibilancias y condición nutricional.

Material y método: Se utilizó la base de datos de la Encuesta de Prevalencia de Asma en población de 20 a 44 años de Argentina. Se seleccionaron casos con información completa sobre sibilancias y, se definió el estado nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC): Desnutrición=IMC<18,5Kg/m², Normopeso=18,5≥IMC<25Kg/m², Sobrepeso=25≥IMC<30Kg/m² y Obesidad=IMC≥30Kg/m². Se caracterizó a la población con frecuencias absolutas, relativas, y prueba de comparación de proporciones mediante el estadístico Z y valor p. Se realizó un análisis bivariado para evaluar la asociación entre condición nutricional y sibilancias, utilizando como medida de asociación el Odds Ratio (OR), con su intervalo de confianza (IC) del 95% y su significancia estadística (valor p). Luego, un análisis mediante regresión logística binaria en el cual la variable dependiente fue "Sibilancias en los últimos 12 meses" y la variable predictora "Estado Nutricional". En el ajuste del modelo se incluyeron: sexo, edad, consumo de cigarrillos y cobertura de salud. Se utilizaron los programas Microsoft Excel 2013, Epidat 3.1 y RStudio 3.3.3.

Resultados: Se seleccionaron 1521 encuestas de las cuales el 13,9% (212 casos) presentó sibilancias. De éstos, el 42,4% tenía normopeso, el 38,8% sobrepeso, el 17,5% obesidad y el 1,5% restante desnutrición. Los hombres tuvieron un mayor porcentaje de sobrepeso respecto de las mujeres (53,3 versus 32,9%, p=0,009). Las mujeres, en cambio, presentaron con más frecuencia peso normal (48,6 versus 26,7%, p=0,006). No se observaron diferencias de proporciones significativas entre la condición nutricional de individuos que fumaron al menos 100 cigarrillos en su vida respecto de los que no lo hicieron. Tampoco se hallaron diferencias con la cobertura de salud. En el análisis bivariado se observó asociación entre sibilancias y sexo masculino (OR=1,47; IC= 1,07-2,01; p=0,017), haber fumado al menos 100 cigarrillos (OR=1,86; IC= 1,39-2,49; p=0,0001) y no tener cobertura de salud (OR=1,39; IC=1,01-1,90; p=0,042). Respecto al estado nutricional la asociación fue significativa para obesidad (OR=1,68; IC: 1,10-2,57; p=0,017) y sobrepeso (OR=1,39; IC: 1,01-1,93; p=0,049). Al ajustar mediante regresión logística la fuerza de asociación entre sibilancias y sobrepeso aumentó un 9,2%, (OR=1,52; IC: 1,08-2,14; p=0,017) y se mantuvo similar para la obesidad (OR=1,69; IC: 1,09-2,62; p=0,02).

Conclusiones: Se concluye que existe asociación entre el estado nutricional y las sibilancias en los últimos 12 meses aunque existen diversas definiciones operativas de asma que muestran una fuerza y dirección de la asociación con el estado nutricional diferentes. Por lo cual la relación es discutible según la definición de asma utilizada.

183- EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE USO DE DISPOSITIVOS INHALATORIOS Y ADHERENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA.

CUESTAS E

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: asegurar la entrega eficiente de drogas inhalatorias es vital para el tratamiento exitoso de las enfermedades obstructivas como el asma bronquial y la EPOC. Por lo anteriormente expuesto resulta evidente la importancia de evaluar la técnica de uso de los dispositivos inhalatorios. A pesar de haber instruido al paciente inicialmente sobre el uso correcto del inhalador, hay errores que deben ser detectados posteriormente, ya que estos podrían impactar negativamente en la efectividad del tratamiento.

Objetivos: evaluar técnica de uso de los dispositivos inhalatorios y los errores más frecuentes en su utilización. Relacionar la técnica de los dispositivos con manifestaciones de la enfermedad (síntomas y exacerbaciones) en pacientes con asma y EPOC.

Materiales y Métodos: estudio de corte transversal. Pacientes con asma y EPOC asistidos en consultorios (neumonología y terapia respiratoria) del Hospital Privado Universitario de Córdoba entre 18/04 y 08/06 de 2017. Se relevaron características demográficas, tipo de patología, presencia o no de exacerbaciones (Ex) en el año previo, medicación, dispositivo inhalatorio utilizado y tiempo de tratamiento. Además se evaluó el control y síntomas de la enfermedad (ACT/CAT), adherencia al tratamiento mediante el test de Morisky Green y técnica de uso de los dispositivos inhalatorios (MDI con/sin aerocámara, DPI y Respimat), según una lista predeterminada de pasos.

Resultados: N 61, 69% asmáticos. Ex en año previo en el 29,5% de los pacientes (88% asmáticos). Dispositivos utilizados: DPI 77%, MDI S/A 20%, MDI C/A 8% y Respimat 7%. El 96% de estos indicados por neumonólogos. Adherencia al tratamiento en el 56% de los pacientes. Entre los no adherentes el 89% eran asmáticos. Técnica adecuada en el 55% de los pacientes, regular en el 32% e inadecuada en el 13%. Los errores más frecuentes (44%) se observaron en el paso 2 (exhalación completa previo a inhalación). **Los mayores de 60 años fueron más adherentes (p 0,04), los asmáticos menos adherentes que pacientes con EPOC (p 0,006).** Los pacientes menos sintomáticos eran menos adherentes, si bien esta relación no fue estadísticamente significativa (p 0,721 para ACT y p 0,595 para CAT). Mayor porcentaje de errores con MDI (100% en MDI C/A y 58% en MDI S/A). No se encontró relación directa entre técnica regular o inadecuada y Ex en año previo. El 70% de pacientes con CAT<10 tenían técnica adecuada. De los asmáticos con ACT >20, sólo el 46% tenía técnica adecuada.

Conclusiones: queremos destacar el alto porcentaje de pacientes con errores en la técnica de uso de los dispositivos inhalatorios a pesar de una correcta demostración al momento de su indicación. Este hallazgo pone en evidencia la necesidad de evaluar periódicamente la técnica y de enfatizar al paciente la importancia de una técnica adecuada como una parte esencial para lograr los beneficios del tratamiento. El elevado porcentaje de asmáticos entre los no adherentes al tratamiento, podría atribuirse a la naturaleza intermitente de los síntomas o a la subpercepción de los mismos.

184- COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ENTRE PACIENTES EPOC NO FUMADORES Y FUMADORES EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA

GARCIA A¹; QUADRELLI S¹; SOLIS M¹; IBARROLA M¹; FALCO J¹; HERNANDEZ M¹

¹Sanatorio Güemes

INTRODUCCION. Aunque el tabaquismo es un factor de riesgo conocido para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las pruebas emergentes sugieren que también deben considerarse otras condiciones. El diagnóstico de EPOC en los no fumadores no es bien reconocido a pesar de que alcanza tasas de hasta un 40% en diferentes estudios. Otros factores de riesgo que conducen a EPOC incluyen la exposición ocupacional o ambiental, la deficiencia de anti-tripsina, el asma y la contaminación atmosférica. En la actualidad hay poca evidencia que compara el deterioro de la función pulmonar, las características clínicas y las comorbilidades de la EPOC en no fumadores y fumadores. La mayor parte de la evidencia disponible proviene de estudios poblacionales destinados a analizar la epidemiología y los factores de riesgo para la EPOC.

OBJETIVO. Determinar la prevalencia de EPOC y analizar sus características clínicas en fumadores y no fumadores.

MÉTODOS. Se incluyeron 521 pacientes con EPOC mayores de 40 años en seguimiento durante un año. La definición y estadificación de la EPOC siguieron los criterios GOLD 2007 y 2016. Se consideró obstrucción significativa de las vía aérea si GOLD II o más. Los datos fueron recolectados por neumonólogos de acuerdo a un cuestionario pre-establecido. Se analizó la información demográfica, el examen físico, la duración de la EPOC, la historia de tabaquismo, el fenotipo COPD, las comorbilidades y las exacerbaciones en los últimos 12 meses. Definiciones: No fumadores: fumar <1 cigarrillo / día durante <1 año o que nunca hayan fumado. Ex fumadores: sin tabaquismo por lo menos 12 meses antes del estudio. Fumadores: fumadores actuales o ex fumadores. Los sujetos se estratificaron de acuerdo con la exposición a polvo orgánico o inorgánico, gas, vapor o humo.

RESULTADOS. Edad media 63,9 años, 74,0% hombres. Mayor proporción de mujeres con EPOC en no fumadores, aunque sin diferencia significativa. Los no fumadores representaron el 21,9% (n = 114). La EPOC leve (GOLD I) fue más prevalente en no fumadores que en fumadores (12,3% vs 4,6%, p = <0,001). 81,7% de no fumadores con obstrucción significativa de la vía aérea. Disnea mMRC ≥ 2 fue más frecuente en fumadores (60,0 vs 50,9%, p = 0,0502). No hubo diferencias significativas entre los no fumadores y los fumadores en la producción de esputo (59,6% vs 51,8%, p = 1,396), tos persistente (78,9 vs 81,1% p = 0,697), sibilancias recurrentes (51,7% vs 54,7% p = 0,565) y las exposiciones ambientales. Hospitalizaciones respiratorias más frecuentes en no fumadores (25,4 vs 15,2%, p = 0,010), sin diferencias en las exacerbaciones (45,7 vs 48,2%, p = 0,353) o exacerbaciones graves (27,2 vs 22,1%, p = 0,156). No se encontraron diferencias estadísticas en la exposición ambiental.

CONCLUSIÓN. Encontramos una proporción significativa de pacientes con EPOC sin exposición significativa al humo del tabaco, con elevada morbilidad y mayor historia de síntomas en la infancia o diagnóstico previo de asma. Sin embargo su historial ocupacional o perfil de síntomas no diferían de los fumadores.

185- PRIMER CONSULTA EN SUJETOS CON ASMA: ANALISIS DE LA MEDICACIÓN DE RESCATE.

NEUMAYER N¹; FLORES D¹; NANNINI L¹

¹Hospital E Perón de G Baigorria

La educación en asma siguen siendo una cuenta pendiente a nivel mundial y el exceso de confianza en los broncodilatadores de acción rápida (SABA) se asocia a peor pronóstico.

Objetivo: estudiar el comportamiento ante los síntomas en pacientes que consultaron por primera vez ambulatoriamente a Neumonología.

Material y métodos: Luego de una historia clínica, los pacientes se clasificaron en 2 grupos: 1 no usaban SABA y el otro sí. Completaron el cuestionario de control del asma (ACT) y por último se registró espirometría de acuerdo a ATS. Los datos se muestran como media±Desvío Standard. Se usó prueba Student t no apareado con test Kolmogorov Smirnov para asumir distribución normal; caso contrario se usó test Mann-Whitney. Para tabla contingencias se usó test de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 33 sujetos (15 hombres), edad 38,4±17,2 años; con 29,3±17,8 años de asma. El ACT dio: 13,45±5,33 y FEV1 % pred: 76,11±16,81 %. Ocho pacientes desconocían que tenían asma. Nueve eran fumadores de 2,1±2,5 paq-año y un exfumador. Hubo 6 sujetos que concurren para evaluación prequirúrgica. Solamente 2 de 33 sujetos distinguían el concepto de tratamiento controlador de la medicación de rescate. Ninguno tenía plan de acción, ninguno sabía que podía iniciar curso de corticoides orales, ninguno sabía que budesonide+formoterol podía usarse como rescate, aunque 2 sujetos lo aprovecharon. Un solo sujeto mostró control total del asma. Siete habían estado en Guardias y dos pacientes habían sido Hospitalizados en el último mes. El rango de dosis diarias de salbutamol era de 1 a 150 dosis. El subgrupo sin SABA como rescate usó: un paciente budesonide; 2 salmeterol+fluticasona, 2 budesonide+formoterol, 1 fluticasona, 1 salbutamol+beclometasona, 1 nebulizaciones con suero fisiológico, 1 llamaba a emergencias y otro nada. No hubo diferencias entre el subgrupo de 10 sujetos sin SABA versus el resto de los pacientes en: ACT 15,6±5.2 vs. 12.52±5.23; FEV1%pred= 78±15% vs 75.31±18.26%. El motivo de consulta por asma sintomática o sin control para el grupo sin SABA fue de 2 sujetos; significativamente menor (2/10 vs 17/23; Fisher exact test: p= 0.007) que en el resto. El grupo sin SABA usó dosis rescate 1±1 y el grupo SABA: 14,05±36 dosis; Mann-Whitney p=0,0003. El grupo sin SABA recibía budesonide o equivalente: 182±121 mcg vs 149±309 mcg; Mann-Whitney p=0,07. Más sujetos recibían mantenimiento en el grupo sin SABA 8/10 vs 15/23; Fisher, p=0,026. Grupo sin SABA uno solo estuvo en la guardia y en el grupo SABA 8; Fisher p=0,22.

En estos pacientes ambulatorios que consultaron por primera vez, el nivel de desconocimiento sobre la forma de actuar ante un aumento de síntomas supone un alto riesgo. El subgrupo sin SABA mostró una tendencia favorable a un mejor control del asma.

186- ENTRENAMIENTO EN CESACION TABAQUICA EN AMÉRICA LATINA PROGRAMA GLOBAL BRIDGES CAMBIOS CONOCIMIENTO PROCEDIMENTAL Y CONFIANZA EN COMPETENCIAS EN CORTO PLAZO

ZABERT G¹; CHAMPAGNE B²; ESTEBAN C³; BULJUBASICH D⁴; JIMENEZ RUIZ C⁵; SANSORES R⁶; ZABER I⁷; MARILUAN F⁷; KEMPER K³

¹Global Bridges- ALAT, ²FIC, ³Global Bridges, ⁴AAMR, ⁵SEPAR, ⁶ALAT, ⁷UNComahue

Introducción Global Bridges es una ONG que promueve la cesación tabáquica de acuerdo a las normativas del Art 14 del CMCT, comenzó a desarrollar sus acciones en 2011 en tres regiones del mundo con foco en la capacitación de los agentes de salud. En la reunión de Directorio en 2013 se acordó implementar una evaluación de conocimiento procedimental y de confianza en competencias.

Objetivos: evaluar los cambios de conocimiento declarativo en los entrenados por Global Bridges en cesacion tabaquica entre 2013 y 2016 en Latinoamérica

Material y Métodos Diseño pre test-pos test para medir el grado de cambio de conocimiento procedimental (nivel 3B del modelo de Moore) y de confianza en competencias (subrogante del nivel 4 según el mismo modelo) desarrolladas como resultado de la intervención educativa en cesación tabáquica. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 4 preguntas de opción múltiple y de 6 dimensiones de confianza con una escala de 5 puntos, antes y después de cada sesión de entrenamiento. El criterio de inclusión fue la entrega del cuestionario pos test con identificación para la acreditación del entrenamiento realizado. Las variables categóricas y continuas se expresan en porcentajes o medias (SD) y se compararon por Chi cuadrado (χ^2) o t de Student para dos muestras apareadas según corresponda a la variable analizada.

Resultados Se entrenaron 1968 individuos entre 2011 y 2016. Los individuos entrenados antes de la reunión central no recibieron este instrumento (n 1384), de los 584 restantes contamos con 555 cuestionarios validos con este análisis pos test y 355 cuestionarios validos pre test. La media de edad de la muestra fue de 41,6 años (SD 11,6 años) y se observó un predominio del género femenino 68% y de médicos (63,6% y 67,8% de las muestras pre y pos test). El promedio de aciertos en las preguntas de opción múltiple en el pre test fue de 70,9% y de pos test de 80,9% (Grafico 1) con una media de incremento de aciertos del 16,5% (rango 6,6% a 30,3%) y una diferencia estadísticamente significativa para todas las variables analizadas

Conclusiones: El programa de entrenamiento en Cesación Tabáquica instituido entre 2013 y 2016 por Global Bridges en América Latina exhibió efectividad en términos de conocimiento procedimental y desarrollo de confianza en las competencias para ayudar a dejar de fumar en los entrenados



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

187- CESACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES INTERNADOS

FABIO S¹; AMAYA R¹; GIANFRANCISCO V¹; NAVAL N¹; FERNANDEZ GOMEZ V¹; GONZALEZ F¹; DEL RIO R¹; CARRIZO M¹; MORENO C¹; FUENTES N¹; MORGANTE S¹; GALLO C¹; LATAPIE F¹

¹HOSPITAL ANGEL C PADILLA

Introducción: el tabaquismo es una enfermedad de adicción crónica y es la principal causa de muerte prevenible. Según la tercera encuesta Nacional de factores de riesgo 2013, el consumo de tabaco en Argentina es del 25,1%; con una mortalidad de mas de 40000 personas por año.

La prevalencia de tabaquismo en pacientes internados de acuerdo a distintos estudios es de 11,5 a 22,6%, y si se considera solo los ingresados por patología respiratoria puede llegar al 30%. El porcentaje que fuma durante su internación es del 24 al 29,5%

La internación constituye una gran oportunidad para iniciar un tratamiento que permita lograr la cesación tabáquica.

Desarrollo: teniendo en cuenta estos datos estadísticos, nuestro Servicio entendió que la internación de pacientes con patología respiratoria o no es una gran oportunidad para indagar sobre el status de fumador y proceder a una intervención intensiva, con o sin tratamiento farmacológico. En este sentido se creó un programa de cesación tabáquica en pacientes internados, para lo cual desarrollo una ficha que contempla distintos ítems como datos personales, antecedentes laborales, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos donde incluimos otras adicciones, examen físico y funcional, status tabáquico, síntomas y signos de abstinencia, tratamiento indicado, efectos adversos, observaciones y seguimientos.

Conclusión: el ingreso Hospitalario tiene una gran influencia motivacional sobre los pacientes, hay un aumento de la percepción del riesgo por parte de los mismo, el centro Hospitalario es un espacio libre de Humo, y existe contacto estrecho con el personal de salud. Debe constituir una prioridad la detección, registro y tratamiento de esta enfermedad; no tratarla es una negligencia medica. La intervención intensiva con seguimiento de al menos un mes posterior al alta y el tratamiento con terapia de reemplazo nicotínico son medidas que han demostrado eficacia.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

188- CIGARRILLO ELECTRÓNICO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

BORRAJO C¹; SENATORE G²; ROJAS R¹

¹AAMR, ²ASAT

Introducción: Debido a la popularidad del cigarrillo electrónico (CE) en los últimos años, las preguntas sobre el uso y sus resultados forman parte de la consulta diaria. Hemos observado que la mayoría de los sujetos que concurren para dejar de fumar han tenido contacto con el CE ya sea por consumo personal o por sugerencia de un amigo o familiar.

Objetivo: Percibir el grado de conocimiento que los profesionales que asisten fumadores tienen sobre el CE
Metodología: Encuesta anónima por vía electrónica (Plataforma de SurveyMonkey) que se envió a profesionales involucrados en tabaquismo y cesación. Las preguntas fueron de respuesta binaria. Y se incluyeron 10 preguntas: 1- ¿Conoce Ud. el CE?, 2- Sabe para qué lo usan los fumadores?, 3- ¿Cómo funciona?, 4- ¿Con- ¿e el modo de uso?, 5- ¿Que sustancias contiene?, 6- ¿Que sustancias libera al usuario?, 7- ¿Y al medio ambiente?, 8- El uso de CE por los jóvenes promueve una nueva generación de adictos a la nicotina. ¿Está de acuerdo con esta afirmación, 9- ¿Sus pacientes lo consultan sobre el CE?, 10- ¿Indica Ud. el CE para dejar de fumar?

Resultados: La encuesta fue respondida por 157 profesionales. En las dos primeras preguntas casi el 100% de los encuestados respondieron afirmativamente. Pero en las preguntas elaboradas para cuantificar el conocimiento del CE 17.2% desconoce su funcionamiento y uno de cada 4 no sabe las sustancias que contiene el CE. El 40% de los profesionales encuestados desconoce las sustancias liberadas al usuario y al medio ambiente. El 14% no cree que sea una puerta de entrada al tabaquismo y un 3% lo indican para dejar de fumar. El 94.2% admite ser consultado sobre el CE

Conclusiones: Es prioritario que los profesionales de la salud unifiquemos conocimientos para informar correctamente a nuestros pacientes

189- ENTRENAMIENTO EN CESACION TABAQUICA PARA AGENTES DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA: PROGRAMA GLOBAL BRIDGES CONFIANZA EN COMPETENCIAS Y ESTIMACION DEL IMPACTO A MEDIANO PLAZO

ZABERT G¹; CHAMPAGNE B²; CRUZ E³; ESTEVEZ E⁴; SANSORES R⁵; CORTEZ P⁶; ZABERT I⁷; ZABERT F⁸; KEMPER K³

¹Global Bridges-ALAT, ²FIC, ³Global Bridges, ⁴FNR, ⁵ALAT, ⁶FIC Bolivia, ⁷UNComahue, ⁸CET

Introducción: Global Bridges es una ONG que promueve la cesación tabáquica de acuerdo a las normativas del Art 14 del CMCT. Entre 2011 y 2016 desarrolló un programa entrenamiento de los agentes de salud en cesacion tabaquica en Latinoamerica con efectividad en conocimiento declarativo, procedimental y confianza en competencias en el post entrenamiento inmediato. Sin embargo un estudio que exploró impacto en la tasa de intervencion reportada por los pacientes fallo en evidenciar impacto (Nivel 6)

Objetivos: estimar la confianza en las competencias a mediano plazo (mayor a 6 meses) y el autoreporte de intervencion en la práctica asistencial por los entrenados por Global Bridges en cesacion tabaquica entre 2011 y 2016 en Latinoamérica

Material y Métodos Estudio de corte transversal entre todos los individuos entrenados entre 2011 y 2016. La encuesta se realizó por vía electrónica (Survey Monkey) con 26 preguntas que exploraron demografía, confianza en competencias y prácticas en cesación tabáquica. Se estimó un tamaño muestral de 400 individuos que debían reclutarse en un máximo de 3 rondas de 1 semana. El criterio de inclusión fue haber asistido al menos a una sesion y contar con email valido. Se desarrollo un modelo matemático de estimacion del impacto por el autoreporte de las practicas como subrogante del nivel 5 del marco conceptual propuesto por Moore y col. Se estimaron tasas de abstinencia de consejo breve de 2,5% y para intervencion intensiva de 12% (Cochrane).

Resultados: De 1915 entrenados entre 2011 y 2016 con e-mail validos, se obtuvieron 402 encuestas en 2 tandas de reclutamiento. La tasa de respuesta fue diferente para los dos periodos 2011-2014 (17%) y 2014-2016 (56%). Entre las respuestas predominaron las mujeres (64,7%), los entrenados en Argentina, Uruguay y Mexico (28%, 20% y 17% respectivamente) y los medicos (61%) y psicologos (18%). El 79,4% expresó que el entrenamiento fue extremadamente o muy util y mas del 80% refirió estar muy confiado o confiado en sus competencias para brindar cesacion tabaquica. Los encuestados refirieron asistir 2,1 fumadores por dia (IC 1,6-2,6), ofrecer consejo breve en el 80% de las veces y consejo intensivo, con o sin farmacos, en el 69% de los casos. El modelo estimó que los 1.564 entrenados hasta el momento de la encuesta hubieran logrado en el peor escenario (nivel inferior de los IC) 12.012 abstinencias por consejo breve y 38,788 abstinencias por intervencion intensiva en el año calendario siguiente de haber sido entrenados.

Conclusiones: El programa de entrenamiento en Cesación Tabáquica instituido entre 2011 y 2016 por Global Bridges en América Latina exhibió mantener la confianza en las competencias desarrolladas a mediano plazo y al menos 50.800 abstinencias en el año calendario siguiente de la intervencion educativa

190- INTERVENCIÓN EN TRABAJADORES DEL ESTADO EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO

WAGNER G¹; MEDIN M¹; OSSÉS J¹; AHUMADA J¹; DI LORETTO M¹; GIMENEZ K¹; CÁNEVA J¹

¹Hospital Universitario. Fundación Favaloro

Introducción: la prevención en salud son todas las medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o comportamientos nocivos como el tabaco producen para la salud. Por este motivo el Servicio de Neumonología de Fundación Favaloro a solicitud de una empresa de trabajo a fin de generar conciencia en sus empleados que el humo del tabaco afecta a la salud del fumador y de quienes lo rodean realizó una intervención.

Objetivo: establecer la prevalencia de tabaquismo, factores de riesgo y motivación de cesación en una población de empresa laboral.

Materiales y Métodos: por el Día Mundial sin Tabaco el Servicio de Neumonología realizó una intervención en una población de empresa con una charla motivacional, dando a conocer tóxicos del tabaco, enfermedades relacionadas al mismo, alternativas de tratamientos, se entregó una encuesta anónima y se realizaron mediciones de monóxido de carbono a quienes estaban interesados. Además se realizaron intervenciones mínimas a los participantes motivados a dejar de fumar y posterior seguimiento por consultorio de tabaquismo. 40 empleados participaron de la actividad educativa. 29 varones (72,5%) y 11 (27,5%) mujeres. Edad promedio 39 años (rango 22 a52).

Resultados: 21 asistentes eran fumadores (52,5%), 12 ex fumadores (30%) y no tabaquistas 7 (17,5%). De los tabaquistas 8 fumaban en el trabajo y solo 4 manifestaron conocer que los lugares cerrados son ámbitos libres de humo de tabaco. 33 asistentes (82,5%) con historia de familiares tabaquistas. De los ex tabaquistas 10 abandonaron por su cuenta sin tratamiento. En relación a factores de riesgo solo tres informaron dislipemia y HTA. El ítem de intentos de cesación no fue contestado por la mayoría. El personal presente se mostró interesado con la información brindada de los daños del tabaquismo pasivo que lo desconocían.

Conclusiones: la actividad en una muestra de trabajo pone en evidencia que el porcentaje de fumadores es importante, los mismos se mostraron interesados en comenzar un tratamiento para dejar de fumar. Es importante la historia de fumadores en la familia



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

191- QUIÉNES QUIEREN DEJAR DE FUMAR EN ARGENTINA. ANÁLISIS DE GATS

CASSETTA B¹; KONFINO J²; VIDELA A¹

¹MINISTERIO DE SALUD NACION, ²Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

Introducción: La reducción de la morbimortalidad vinculada al consumo de tabaco a corto plazo, depende de la cesación. A partir de los 40 años de edad, por cada año que se retrase la cesación se pierden tres meses de esperanza de vida. Sin embargo, no todos los fumadores están dispuestos a dejar. En Argentina fallecen cerca de 45 mil personas al año a pesar del descenso en la prevalencia del tabaquismo en adultos (39,8% en 1999 y 25,1% actual). En 2012 se realizó en Argentina la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (en inglés GATS) de la Organización Mundial de la Salud, diseñada para monitorear las políticas de control del tabaco que nos permite profundizar en las características de los fumadores.

Objetivo: Analizar la asociación entre características sociodemográficas, ambientales, actitudinales y de adicción, entre adultos fumadores dispuestos a dejar o no (precontempladores).

Metodología: Análisis secundario preplanificado de GATS Argentina 2012, ponderado poblacionalmente. Reporte de medidas centrales e intervalos de confianza del 95% (IC95%), análisis bivariado y multivariable de las características asociadas a etapa de cambio favorable (=1). Fumador: fuma en forma regular algún tipo de tabaco (cigarrillos, cigarros, pipa, etc.) diariamente o algunos días. Etapa de cambio: Favorable a dejar: "dejaré dentro del próximo mes", "pensando en dejar en los próximos 12 meses", haber realizado (o estar realizando) un intento de al menos 24 hs en el último año. No favorable a dejar: "dejaré algún día pero no en los próximos 12 meses" o "no me interesa dejar de fumar". Variables de exposición: sociodemográficas, ambientales y actitudinales (aceptación de leyes de ambientes libres de humo (ALH) laborales, públicos y salas de juegos, aumento de impuestos y otros), y de adicción.

Se realizaron dos modelos de regresión logística múltiple: 1. Modelo de advertencias sanitarias: PP p=0,852 y Hosmer-Lemeshow p=0,384; 2. Modelo de consejo médico: PP p=0,165 y Hosmer-Lemeshow p=0,83, sin diferencias significativas entre lo esperado y lo observado, resultando en buen ajuste.

Resultados: Se asoció a hallarse en una etapa favorable de querer dejar: la edad (OR 1,10 IC95% 1,01-1,26 cada 5 años) y el haber reflexionado sobre las advertencias sanitarias (OR 4,64 IC95% 2,28-9,41), independientemente del género, del nivel educativo e ingresos. En cambio, el nivel medio de ingresos del hogar, se asoció negativamente respecto a querer dejar (OR 0,44 IC95% 0,20-0,97).

Entre quienes asistieron a algún centro de atención de la salud y fueron identificados como fumadores, el consejo médico se asoció fuertemente a propiciar una etapa de cambio favorable (OR 6,25 IC95% 2,91-13,42).

Conclusiones: Advertir a través de los atados del cigarrillo permite llegar directamente al fumador y se relacionó claramente con pensar en dejar. El consejo del equipo de salud sigue siendo efectivo para el objetivo de promover el abandono en Argentina.

192- QUIÉNES DEJARON DE FUMAR EN ARGENTINA. ANÁLISIS DE GATS

CASSETTA B¹; KONFINO J²; VIDELA A¹

¹MINISTERIO DE SALUD NACION, ²cedes

Introducción: A partir de los 40 años de edad, por cada año que se retrase la cesación se pierden tres meses de esperanza de vida. Algunos factores han sido asociados al abandono, como: el género, no tener conviviente fumador, la cuarta década de la vida, edad de inicio tardío, baja dependencia física a la nicotina, bajo nivel socioeconómico y educativo, entre otros. Sin embargo los escenarios son heterogéneos y no resulta sencillo sistematizarlos ni adecuado generalizar. En Argentina fallecen cerca de 45 mil personas al año a pesar del descenso en la prevalencia del tabaquismo en adultos (39,8% en 1999 y 25,1% actual). En 2012 se realizó en Argentina la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (en inglés GATS) de la Organización Mundial de la Salud, diseñada para monitorear las políticas de control del tabaco y nos permite profundizar en las características de quienes ya dejaron de fumar

Objetivo: análisis de la asociación entre características sociodemográficas, ambientales, actitudinales y de adicción, de adultos exfumadores respecto a fumadores.

Metodología: análisis secundario preplanificado de GATS con ponderación poblacional. Reporte de medidas centrales e intervalos de confianza del 95% (IC95%), análisis bivariado y multivariable de las características asociadas a ser exfumador (=1). Exfumador: fumó en el pasado y ahora no fuma. Fumador: fuma en forma regular algún tipo de tabaco (cigarrillos, cigarros, pipa, etc.) diariamente o algunos días.

Modelo de regresión logística con evaluación de la adecuación global por decilo de probabilidad: PP p=0,61 y Hosmer-Lemeshow p=0,116; sin diferencias significativas entre lo esperado y lo observado, resultando en buen ajuste. Calibración por ROC (Receiver-Operating Curve): 0,76 (IC95% 0,74-0,78).

Resultados: las características fuertemente asociadas a ser exfumador fueron la edad (OR 1,11 IC95% 1,02-1,2 cada 5 años), el no permitir que se fume en el hogar (OR 2,92 IC95% 1,78-4,78), el estar a favor del aumento de los impuestos al tabaco (OR 2,32 IC95% 1,52-3,56), el género femenino (OR 1,53 IC95% 1,06-2,19) y el patrón de consumo no diario (OR 2,06 IC95% 1,25-3,39), independientemente entre sí y del nivel educativo y de ingresos.

Conclusiones: Se destaca la importancia de promover los hogares como ambientes libre de humo y de trabajar para lograr el aumento del precio del tabaco. Estas medidas fueron mejor implementadas y comprendidas por quienes ya dejaron de fumar.

Las mujeres en Argentina lo han logrado más a pesar de la resistencia al aumento de peso y a usar la nicotina para el afrontamiento de los afectos negativos o depresión. Nuestros resultados sugieren una mayor concientización de las mujeres ante el daño de la salud propia y familiar, como también mayor sensibilidad ante la presión familiar y social.

El devenir de la edad es una asociación importante del haber dejado de fumar, aunque se requiere seguir trabajando para que se logre este objetivo a edades más tempranas donde el beneficio es aún mayor.

193- PERFIL DE LA ESPIROMETRÍA EN LA EVALUACIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EVALUADOS PARA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN FORMA URGENTE.

PINCAY YEPES J¹; CASTRO H¹; SVETLIZA G¹; MARITANO FURCADA J¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivos: Actualmente, se recomienda no realizar espirometrías en pacientes con angina inestable o infarto de miocardio sin elevación del segmento ST reciente. Sin embargo, existen pacientes de riesgo que requieren una evaluación neumonológica en este tipo de cuadro para realizar cirugía de revascularización miocárdica (CRM) urgente. Nos proponemos el evaluar el riesgo de eventos cardiológicos o clínicos posteriores a la espirometría en pacientes en plan de CRM urgente.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en pacientes adultos internados en forma consecutiva en la unidad coronaria de un Hospital universitario de tercer nivel. Se utilizaron bases secundarias ancladas en la historia clínica electrónica para el registro de datos. Los pacientes incluidos presentaban síndrome coronario agudo, habiéndose constatado en ellos una indicación de CRM por hemodinamia en el episodio, que no requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) o inotrópicos al ingreso. Se comparó con una cohorte de pacientes evaluados por neumonología sin espirometría. Se definió como evento a la reaparición (luego de la espirometría) de precordialgia, taquiarritmias o bradiarritmias, requerimiento de nitratos de novo o aumento de su dosis, síncope, requerimiento de inotrópicos o muerte. Se registró el tiempo desde la espirometría hasta el evento. Análisis de riesgo comparativo de eventos entre grupos por odds ratio significancia por test de χ^2 . Descripción de hallazgos clínicos y complicaciones respiratorias post-CRM y su asociación con el diagnóstico de EPOC test de odds ratio y test de χ^2 .

Resultados: 252 pacientes evaluados, inclusión de 95 pacientes (motivos de exclusión 153 sin SCA, 1 inestabilidad hemodinámica y 2 otras indicaciones). Media de edad de 67,47 años (DS=11,65) y porcentaje sexo masculino 72,6% (n=69). Un 54,74% (n=52) eran ex-tabaquistas con una carga tabáquica media de 27,11 (DS=27,76) y un 9,47% (n=9) eran tabaquistas en la actualidad. Se detectaron 7 (7,26%) casos de EPOC no conocidos previamente, uno de SAHOS y un nódulo pulmonar solitario. 55,7% (n=53) de los pacientes tuvieron espirometría. El odds ratio de eventos entre grupos fue de 0,78 ($p=0,81$). El evento más cercano a la espirometría fue 12 horas posterior. La incidencia de complicaciones respiratorias (post CRM) fue de 14,7%, con un OR de 3.71 ($p=0,064$) en pacientes EPOC.

Discusión: No se observó un mayor riesgo de eventos en pacientes con espirometría. El número de pacientes es pequeño, pero puede inferirse que el riesgo de complicaciones inmediatas es muy bajo. El riesgo del estudio debería balancearse en referencia al riesgo de la posible patología evaluada. El diseño retrospectivo conlleva la pérdida de datos que puedan ser relevantes. Como estrategia para evitarlo, se relevaron eventos significativos que tradujeron necesariamente en un registro médico o indicación de un fármaco. Por otra parte, posibles diferencias no medidas entre los entre los grupos (ej: posible mayor riesgo en el grupo sin espirometría) quizá confundan los resultados del estudio.

194- RELACION BRAZADA- ALTURA EN PACIENTES REFERIDOS A PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR

FERREYRA M¹; ARRILLAGA N¹; CRESPO G¹; GALLEGOS GARCIA G¹; PEREYRA B¹; MOYANO V¹; CASAS J¹

¹Sanatorio allende cerro

La interpretación de las pruebas de función pulmonar se basa en valores de referencia corregidos por edad, sexo y altura. La medición de altura puede ser dificultosa en pacientes con deformidades de la caja torácica y/o miembros inferiores. Algunos trabajos sugieren estimarla a partir de la longitud de brazada, diferencias que han sido observadas según el origen étnico.

Objetivos: En pacientes referidos para pruebas de función pulmonar, se determinó la brazada y la altura medida. Dichas mediciones se correlacionaron entre sí.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, realizado en pacientes de ambos sexos, mayores a 16 años, que no presentaban deformidades visibles relevantes en tórax, columna vertebral ni miembros inferiores, referidos para pruebas de función pulmonar en el Servicio de Neumonología del Sanatorio Allende Cerro. Se incluyeron 714 pacientes entre enero a diciembre 2014, 384 (53.8%) fueron hombres y 330 (46.2%) fueron mujeres. Se tomaron medidas de altura y brazada, se correlacionaron entre ellas y tomando como variable el sexo. Fueron confeccionadas tablas de análisis de Bland-Altman..

Resultados: La altura medida del paciente se correlacionó significativamente con la brazada (r^2 de 0.90 con una pendiente de 0.92 (p

Conclusión: El estudio mostró, en pacientes mayores de 16 años masculinos y femeninos, una adecuada correlación entre la altura de pie y la brazada.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

195- EL TEST DE FUNCIÓN PULMONAR INESPECÍFICO COMO MANIFESTACIÓN DE COMPROMISO RESTRICTIVO INTERSTICIAL

BREA FOLCO J¹; LEGARRETA C¹; ONOFRE G¹

¹Hospital de Clínicas - UBA

Introducción: El test de función pulmonar inespecífico (TIFP) se caracteriza por un descenso de la FVC, el FEV₁, o ambos; con relación FEV₁/FVC normal y una TLC normal. Según ATS/ERS este tipo de patrón debe ser interpretado como obstrucción; sin embargo el TIFP también ha sido observado en enfermedades restrictivas. Nuestro objetivo fue determinar su frecuencia de aparición y manifestación en este tipo de enfermedades.

Métodos: Se analizaron todos los estudios con espirometría, volúmenes y difusión pulmonar entre octubre 2006 y julio 2015. Se registró también hábito tabáquico, índice de masa corporal, enfermedad respiratoria de referencia e imágenes radiológicas. Estudiamos la asociación de estas variables con el TIFP.

Resultados: De 2554 tests, 544 (21.3%) presentaban TIFP y 19.7% correspondieron a enfermedades intersticiales; siendo las principales categorías restantes enfermedades obstructivas (27.9%), obesidad (20.8%) y valores normales bajos en personas sanas (12,1%). De los pacientes con enfermedad intersticial y seguimiento prolongado, 50.7% evolucionó a la restricción, 31.9% continuó inespecífico y un 17.4% normalizó la función pulmonar.

Conclusiones: 19.7% de los TIFP correspondieron a pacientes con patología intersticial. Las guías mencionan que los TIFP deben considerarse una obstrucción subyacente, lo que es discordante con nuestros hallazgos y con los observados por otros autores. En estos tests, cuando el compromiso intersticial es leve, el volumen residual frecuentemente se encuentra menos reducido que la capacidad vital (VC), ocasionando que la TLC se encuentre conservada aún con VC disminuida; pudiéndose observar entonces un TIFP. Una revisión del algoritmo diagnóstico de las pruebas funcionales sería recomendable.

196- FACTORES PREDICTIVOS DE MORBIMORTALIDAD TEMPRANA LUEGO DE LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE PULMÓN.

FORLENZA PARRAO R¹; MALET RUÍZ J¹; RODRIGUEZ MONCALVO J¹; DEL OLMO R¹

¹María Ferrer

La evaluación de la condición funcional respiratoria (CFR) previa a la resección del cáncer de pulmón (RCP) resulta esencial para estimar el riesgo de complicaciones postoperatorias (CPO). Además de las comorbilidades clínicas y los factores de riesgo vinculados al acto quirúrgico, el cálculo del valor postoperatorio (ppo), de parámetros funcionales tales como FEV1ppo y DLCOppo, permite valorar el riesgo potencial de CPO. En este estudio se examinó el valor predictivo de la CFR prequirúrgica y de otros parámetros clínicos sobre la morbilidad temprana de los pacientes sometidos a RCP.

Objetivos: Identificar los parámetros predictores de CPO y mortalidad en pacientes sometidos a RCP en nuestro Hospital.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes admitidos para la RCP en el período comprendido entre 01/01/2015 y 01/04/2017. Se registraron sexo, edad, carga tabáquica, comorbilidades, parámetros fisiológicos respiratorios, y procedimiento quirúrgico, para relacionarlos con la presencia de CPO durante la internación y la mortalidad postquirúrgica a 30 días. Las CPO fueron definidas de acuerdo al Consenso de la Sociedad Europea de Cirugía Torácica y la Sociedad de Cirujanos Torácicos. Se realizó prueba t de student o Mann Whitney, para comparar variables continuas y Chi2 para analizar proporciones.

Resultados: Se estudiaron 19 pacientes; 13 (68%) eran hombres, edad (X±DS) 66 ± 6 años; 90% eran tabaquistas o ex-tabaquistas (45 ± 33 PY), y 47% tenían EPOC. El FEV1ppo fue 64% ± 17% y DLCOppo fue 59% ± 14%. Siete pacientes realizaron prueba de ejercicio cardiopulmonar, con VO2max 19 mL/kg/min ± 4 mL/kg/min. Trece pacientes (68%) presentaron CPO; la estadía Hospitalaria fue de 8 días (IQR 4 – 20 días). No se registraron defunciones en los 30 días posteriores al procedimiento.

Entre los pacientes que presentaron CPO, se observó que los % teóricos preoperatorios de FEV1 y DLCO, y de FEV1ppo resultaron significativamente menores que en aquellos que no sufrieron CPO (p= 0.028, p=0.006, p=0.038, respectivamente). Se observó tendencia a la significancia estadística entre CPO y menor %DLCOppo (p = 0.082). La mediana de días de internación fue significativamente mayor en los pacientes con CPO (p= 0.029). Se encontró relación estadísticamente significativa entre CPO y FEV1ppo < 60 % del teórico (OR 9.6, p = 0,012), y DLCOppo < 60% del teórico (OR 7.0, p = 0.024). No se halló correlación entre las características del procedimiento quirúrgico y la presencia de CPO.

Conclusiones:

La evaluación de la CFR prequirúrgica en pacientes sometidos a RCP permite identificar aquellos sujetos con mayor riesgo de presentar CPO, resultando especialmente útiles % teórico FEV1 y %DLCO, y %FEV1ppo. En este estudio se observan resultados similares a los hallados en la literatura, con mayor incidencia de CPO en pacientes con valores bajos de %FEV1ppo o %DLCOppo, especialmente cuando eran menores del 60% del teórico. Pese a la elevada tasa de CPO no se observó mortalidad luego de 30 días de la RCP.

197- UTILIDAD DE LA DLCO PARA LA EVALUACION DEL ASMA Y LA EPOC

GIRBAL M¹; KORNIEJCZUK E¹; ELIAS C¹; MALET RUIZ J¹; DEL OLMO R¹; RODRIGUEZ MONCALVO J¹

¹Hospital Maria Ferrer

La capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) suele ser normal en el asma mientras que a menudo está disminuida en la EPOC, considerándose por este motivo un examen apropiado para diferenciar ambas entidades. Sin embargo, los estudios realizados han hallado una considerable superposición en los valores de DLCO en estas enfermedades, evidenciando una utilidad clínica limitada para poder distinguirlas. De acuerdo a ello, estudiamos la frecuencia de indicación y utilidad de la DLCO para la evaluación funcional de los pacientes con asma y EPOC en nuestro Hospital.

OBJETIVOS: Estudiar la frecuencia de utilización de la DLCO para la evaluación funcional de los pacientes con diagnóstico de asma o de EPOC, y examinar comparativamente los resultados obtenidos en ambas poblaciones.

MÉTODOS. De manera retrospectiva se estudiaron los exámenes funcionales realizados entre 2010 y 2016 en pacientes con asma o EPOC derivados al Laboratorio Pulmonar para estudiar la mecánica respiratoria, determinando la frecuencia de indicación de la medición de DLCO y sus resultados. Los valores teóricos normales considerados fueron NHANES y Crapo para espirometría y DLCO, respectivamente. Se realizó test de Mann-Whitney para comparar variables continuas y Chi² para analizar proporciones.

RESULTADOS. Se estudiaron 1069 pacientes con diagnóstico de EPOC, edad (P50±DS) 62.0±9.3 años, 62% eran hombres y 87% fumadores (41.0±39.9 p/y). Se estudiaron 576 asmáticos, edad 47.0±18.7 años, 68% eran mujeres y 21% fumadores (10.0±20.8 p/y). Se indicó estudiar DLCO en 285 (26,7%) de los pacientes con EPOC y en 85 (14,7%) de los pacientes con asma. El % del teórico FEV₁ y el cociente FEV₁/FVC resultaron significativamente inferiores en los pacientes con EPOC respecto de aquellos con asma (49.9% vs. 72.3% y 0.53 vs 0.70, respectivamente; p<0.001). El % teórico DLCO resultó significativamente menor en los pacientes con EPOC respecto de aquellos con asma (59,5% vs. 83.0%; p<0.0001). Se clasificó a la población en cuartiles de distribución acorde al % teórico de DLCO. El 21.4% de los pacientes con EPOC y el 57.6% de los pacientes con asma presentaron DLCO ≥ 80% teórico, mientras que el 27.4% de los enfermos con EPOC y el 27.1% de los pacientes con asma presentaron DLCO <80 y ≥60% del teórico. En ambos cuartiles de distribución no se hallaron diferencias significativas de DLCO entre EPOC y asma (P50=96.4, (IC95%=80.0-144.5) para DLCO ≥ 80%; y P50=70.4 (IC95%=60.2-79.9) para el DLCO <80 y ≥60%. El 51% de los pacientes con EPOC se distribuyó en valores de DLCO de cuartiles <60 y ≥40% y <40% del teórico, mientras que ello ocurrió sólo en el 14% de los pacientes con asma.

CONCLUSIONES. La DLCO es más frecuentemente investigada por los médicos en los pacientes con EPOC que en los pacientes con asma. Aun cuando la mediana de DLCO fue significativamente diferente entre asma y EPOC, el 49% de los pacientes con EPOC en los que se midió DLCO presentaron un valor mayor al LIN o ≥ 60% del teórico, no pudiendo diferenciarse de los pacientes con asma en base a este examen funcional.

198- IMPACTO DEL RETRASO EN LA INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA EN NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD

CÁNEPA A¹; GIOVINNI V¹; BARANKIEWICS D¹; PULIDO L¹; FURMANEK S²; PEYRANI P²; RAMÍREZ J²; LUNA C¹

¹Departamento de Medicina Interna, División Neumonología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina, ²Division of Infectious Diseases, University of Louisville, Louisville, Kentucky, Estados Unidos

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) que se presenta con evidencias de gravedad tal que obligan a la internación en terapia intensiva (tal como necesidad de asistencia ventilatoria mecánica invasiva o shock séptico), es conocida como neumonía comunitaria grave (NCG) y se asocia a una mortalidad de entre el 20 y el 40%. Algunos autores en estudios retrospectivos han encontrado una tendencia hacia mayor mortalidad en aquellos pacientes que se internan en terapia intensiva tardíamente.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo internacional de adultos Hospitalizados con NAC. Los datos se recopilaron de 80 Hospitales en 17 países, entre el 1 de junio de 2001 y el 31 de marzo de 2017. Se seleccionó a los Hospitalizados con el diagnóstico de NAC en cada institución. La selección de los casos difiere según la disponibilidad de recursos de revisión de datos en cada institución. Los regímenes antibióticos fueron indicados por los médicos asistentes a su criterio, no fueron dictados por la aleatorización, ni fueron registrados prospectivamente. Los investigadores completaron un formulario de informe de caso que fue transferido a un sitio web seguro a la sede de estudio. Se renunció al consentimiento informado debido al diseño observacional retrospectivo del estudio. Se compararon los datos clínicos y la mortalidad de los pacientes separados según el momento de internación en la UTI en derivado directamente al ingreso, derivado dentro de las primeras 24 horas, derivado entre las primeras 24 a 48 horas y derivado entre 49 y 72 horas.

Resultados y Discusión: Los datos clínicos y demás determinaciones de los pacientes al momento de su internación en la UTI se muestran en la **tabla 1**. Después de ajustar la clasificación de riesgo de neumonía (PSI) y la EPOC (ya que no es parte del cálculo del PSI), los pacientes que fueron cambiados a la UTI en forma tardía Entre las 0 hs y las 72 hs después de internarse, no mostraron un aumento significativo en el riesgo de mortalidad Hospitalaria (**tabla 2**). Evaluando la mortalidad de los distintos grupos de pacientes se apreció un aumento significativo de la mortalidad usando el test de tendencias ($p = 0.029$) (**figura 1**).

Conclusiones: El retraso en el ingreso de los pacientes con NCG a la UTI produce una tendencia al incremento de la mortalidad, esto podría estar relacionado al efecto deletéreo del deficiente manejo de la insuficiencia respiratoria, la sepsis grave y el shock séptico.

199- SÍNDROME DE PRADER WILLI (SPW) - COMPROMISO RESPIRATORIO - CASO CLINICO

LOZADA C¹; PEREZ S¹; VAZQUEZ B¹; PANETTA E¹; PEÑA GODOY L¹; MELLINO M¹; POLLINI V¹; VENTIERI A¹; BRAVO S¹; QUINTAS L¹

¹Hospital Municipal de Moron

INTRODUCCION. El SPW es un desorden neuroconductual complejo de origen genético, causado por una alteración del cromosoma 15, que cursa con disfunción hipotalámica. Tiene una prevalencia estimada 1/12.000 a 1/15.000, se da por igual en ambos sexos y todas las razas. Se caracteriza por hipotonía muscular, retraso del desarrollo psicomotor, hipogonadismo hipogonadotrófico, hiperfagia, obesidad mórbida y dismorfias craneofaciales características tales como diámetro biparietal disminuido, ojos almendrados y boca triangular, entre otros elementos fenotípicos. Los problemas respiratorios del sueño son frecuentes. Pueden manifestarse como apnea (obstruktiva, central o mixta) o hipoventilación con hipoxia. También son frecuentes las interrupciones en la arquitectura del sueño (retraso en el inicio e interrupciones). Los trastornos obstructivos severos son potencialmente letales y en la cronicidad conllevan al aumento de las presiones pulmonares, con repercusión en cavidades derechas. La obesidad se debe a ausencia de saciedad, ingesta compulsiva de alimentos y metabolismo basal con necesidades energéticas bajas para edad y estatura. Junto con la hipotonía tienen un rol fundamental en la fisiopatogenia de los trastornos respiratorios, predisponiendo a la obstrucción que se suma a los trastornos centrales.

CASO CLINICO. Femenina, 17 años, SPW diagnóstico perinatal, consulta por disnea progresiva clase funcional III 3 meses de evolución, probable relación a incremento del peso. Últimas 72 horas cianosis y desaturación. Adiposidad centrípeta, peso 170kg, hipotonía generalizada, dismorfismos craneofaciales, afebril, normotensa, taquicárdica, ruidos cardiacos hipofonéticos, taquipneica, respiración superficial, hipoventilación global, roncus, hipoxemia 76%. Leucocitosis. Acidosis respiratoria/alcalosis metabólica. Radiografía sin consolidación. ECG sinusal onda P pulmonar. Se interna por Insuficiencia Respiratoria tipo II con Infección Respiratoria Aguda, requerimiento de oxigenoterapia, antibióticos, corticoides sistémicos, buena evolución clínica del cuadro agudo. Persiste con hipoxemia e hipercapnia, disnea CF III. Gasometría 7.38/61/77/94/34/6. Ecocardiograma: dilatación leve de cavidades derechas, Espirometría: mala técnica, sin Test de caminata por hipoxemia. Se realizó Polisomnografía (PSG) para confirmar Síndrome de Apnea Hipopnea Obstruktiva del Sueño (SAHOS) partiendo de estudio previo realizado en el año 2008 - peso 72kg que concluyó patrón de hipoventilación nocturna, sin apneas-hipopneas centrales/obstruktivas.

DISCUSIÓN. El objetivo es la revisión de una patología poco prevalente en adulto joven, a partir de un caso clínico. Sin historia de interurrencias infecciosas, obesidad mórbida acentuada en el último tiempo, historia de ronquidos, apneas presenciadas, despertares nocturnos y somnolencia diurna (Escala de Epworth 16), siendo síntoma cardinal del SAHOS, acompañado de circunferencia cervical 48 cm. La reevaluación con PSG permitiría identificar progresión de la enfermedad a patrón obstructivo y seteo de tratamiento con ventilación no invasiva.

200- DETECCIÓN DE EPOC MEDIANTE DISPOSITIVO PORTATIL VITALOGRAPH – COPD6 Y CODE EN UNA SUBPOBLACIÓN DE FUMADORES Y EX FUMADORES EN UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO Y DETECCIÓN DE EPOC

FERNANDEZ J¹; KEVORKOF G¹; YAPUR BASSANI N¹; UBAL L¹; OVIEDO E¹; GRANADO R¹; PEYRANI C¹; ACOSTA A¹

¹Hospital Transito Caceres de Allende

Introducción: El Tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva, principal causa de muerte evitable. La EPOC está ligada al tabaquismo, muchas veces subdiagnosticada. Se manifiesta después de los 40 años, su prevalencia se ha reportado por encima del 14% en algunas ciudades de Latinoamérica. En Argentina los datos epidemiológicos actuales pueden estar sesgados y con tendencia al subregistro. Es de suma importancia considerar el avance de esta patología a partir del mayor consumo de tabaco, dando como resultado aumento mortalidad por EPOC. La campaña se realizó con el fin de alertar sobre el daño provocado por el uso de tabaco, promover acciones para estimular la cesación tabáquica y crear ambientes libres de humo.

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de EPOC en > 40 años fumadores y ex fumadores ambos sexos. 2. Establecer la sensibilidad y especificidad del CODE y el COPD 6. 3. Establecer Grado de Tabaquismo por Cooximetría y la cantidad de paquetes años. 4. Evaluar la fase de abandono con el modelo de Prochaska y Diclemente

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional de corte transversal utilizando cuestionarios validados: a todos los encuestados se les realizó el cuestionario para detección de EPOC (CODE), y el dispositivo portátil Vitalograph-COPD 6, Espirometría solo a los que tenían ≥ 4 y < 70 % respectivamente, test de Prochaska y Diclemente, cantidad de paquetes año consumidos y Cooximetría.

Resultados: Se realizaron 410 encuestas, 192 varones (46,8%) y 218 mujeres (53,2 %), edad promedio de 55 +/- 2 años. Paq/año 26 +/- 10 (24,6 %), Cooximetría: fumadores activos 206 personas, 113 obtuvieron > 10 ppm, 53 entre 6-10 ppm y 42 < 6 ppm.

Test de Prochaska y Diclemente: pre contemplación 14,9 % (n= 61), contemplación 22,2 % (n=91), preparación 13,9 % (n=57), acción 2,5 % (n=10), mantenimiento 32,9 % (n= 135), no fuman 13,4% (n=55) Grado de Tabaquismo: leve: 20,87 % (n= 43), moderado: 25,24 % (n=52), severo 53,88 % (n=111) COPD 6 (S 0.92 E 0.96): 63 obtuvieron < 70 %. CODE (S 0.72 E 0.97) 152 obtuvieron ≥ 4 . Se detectaron 16 personas con EPOC 10 hombres y 6 mujeres (10,45 %), 1 con CODE, 10 personas con CODE >4 y COPD 6 Se calculó el coeficiente de correlación R de Pearson obteniendo correlaciones significativas entre CODE y espirometría (r = ,483 p = < .01). Asimismo, se obtuvo una correlación significativa entre las variables COPD6 y espirometría (r = ,442 p < .01)

Conclusión: CODE y COPD6 demostraron alta sensibilidad y especificidad en el cribado de EPOC, siendo la sensibilidad del COPD6 mayor que el CODE. Un importante número de la población estudiada arrojó un grado de tabaquismo severo. La disponibilidad COPD6 es indispensable en programas de prevención y para nuestra diaria labor a fin de evitar la sobreutilización de espirometría, no siempre al alcance. La deshabitación tabáquica a través de campañas de prevención y concientización continúa siendo un gran desafío a futuro.

201- BRONQUIECTASIAS NO FQ: CARACTERIZANDO PACIENTES

GUENDULAIN S¹; GAMARRA A¹; CERVANTES MICHEL C¹; BERMUDEZ A¹; MOYANO V¹; URIBE ECHEVARRIA M¹

¹Hospital Italiano

INTRODUCCION: LAS BRONQUIECTASIAS CONSTITUYEN UNA ENFERMEDAD MULTI CAUSAL, HETEROGENEA EN SU PRESENTACION Y CURSO CLINICO, CON COMPONENTES MULTIDIMENSIONALES EN SU PRONOSTICO. EXISTE UN INCREMENTO EN LA PREVALENCIA ASOCIADO A LA LONGEVIDAD DE LA POBLACION, Y LA MAYOR DISPONIBILIDAD DE TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUCION, INDISPENSABLE PARA SU DIAGNOSTICO. ESTA PATOLOGIA, ES CAUSA O CONSECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIOS, CON GRAN MORBILIDAD, INGRESOS HOSPITALARIOS, PERDIDA DE CALIDAD DE VIDA, DECLINACION FUNCIONAL Y ALTO COSTO SANITARIO.

OBJETIVOS: DESCRIBIR CARACTERISTICAS DE LA POBLACION CON BRONQUIECTASIAS, IDENTIFICAR LAS CAUSAS Y VALORAR GRAVEDAD, CON INDICE FACED

MATERIALES Y METODOS: ESTUDIO RESTROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, DESCRPTIVO, TRANSVERSAL. SE REVISARON LAS HISTORIAS CLINICAS DE CONSULTORIO DE PACIENTES, CON DIAGNOSTICO DE BRONQUIECTASIAS NO FQ, MAYORES DE 18 AÑOS, EVALUADOS ENTRE MARZO 2015 Y AGOSTO 2016 EN EL HOSPITAL ITALIANO DE CORDOBA

SE REGISTRO: EDAD , SEXO, TABAQUISMO, INDICE DE MASA CORPORAL, ETIOLOGIA, PRESENCIA ESPUTO DIARIO, DISNEA (mMRC), ESPIROMETRIA (FEV1) ,TEST MARCHA (mts recorridos), ANTIBIOTICOTERAPIA CRONICA, INHALADOS U ORALES, AISLAMIENTO CRONICO DE GERMENES, OXIGENOTERAPIA , VNI. SE REGISTRARON EXACERBACIONES EN EL ULTIMO AÑO Y NECESIDAD INTERNACION. LA EXTENSION DE LA ENFERMEDAD FUE EVALUADA POR EL NUMERO DE LOBULOS AFECTADOS EN TAC, CONSIDERANDO LINGULA, COMO LOBULO INDEPENDIENTE. LA VALORACION MULTIDIMENSIONAL FUE POR LA ESCALA FACED, COMPUESTA POR CINCO VARIABLES: VEF1, EDAD, COLONIZACION CRONICA POR PSEUDOMONA, EXTENSION RADIOLOGICA.

RESULTADOS: LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES FUERON: EN PRMIER LUGAR INFECCIOSA 26%, DE LOS CUALES EL 60 % PADECIO TUBERCULOSIS; EN SEGUNDO LUGAR IDIOPATICA 22,5%, Y LA EPOC EN EL TERCER LUGAR 21,25%. LA POBLACION MAS NUMEROSA TENIA ENTRE 62 Y 74 AÑOS Y EL 67.5% DE SEXO FEMENINO. EL 32.5% ERA EX TABAQUISTA, Y UN 10% FUMADORES ACTIVOS. EL 60,76% PRESENTO ESPUTO DIARIO. EL 86% PRESENTO EXACERBACION Y HOSPITALIZACION EL 21,52%. RECIBIA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA EL 10%, Y VNI EL 3,75%. RECORRIERON MÁS DE 350MTS EN TEST DE MARCHA EL 66,23 % DE LOS EVALUADOS. LA COLONIZACION BACTERIANA ESTA PRESENTE EN EL 26,25 % Y EL 48% RECIBIA ANTIBIOTICOS A LARGO PLAZO, EL 50% MACROLIDOS Y EL 6,25% INHALADOS. COMPONENTES DE FACED: 59,49% CON VEF1 MAYOR A 50%, PSEUDOMONA FUE ENCONTRADA EN 16%. EL 81% DE LAS TAC PRESENTABAN AFECCION MAYOR A DOS LOBULOS. DISNEA EN RANGO DE 0 A II. EL 45% PRESENTO FACED BAJO 0-II. AL ANALIZAR FACED POR ETIOLOGIA SE OBSERVA: EN POSTINFECCIOSA EL PORCETAJES DE PACIENTES FUE IGUAL PARA FACED 0-II QUE PARA V-VII; EN LA IDEOPATICA EL 64,71 % FUE FACED 0-II Y EN EPOC EL 61,54% FACED III-IV.

CONCLUSIONES

1. ETIOLOGIAS MAS IMPORTANTES: POSINFECCIOSA E IDIOPATICA. OCUPANDO EPOC EL TERCER LUGAR. NUMERO ELEVADO DE PACIENTES CON EXPECTORACION DIARIA Y EXACERBACIONES. EL USO DE MACROLIDOS A LARGO PLAZO FUE DESCRITO EN UN ALTO PORCENTAJE. LA MAYORIA DE LOS PACIENTES PRESENTO FACED BAJO.

202- CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROQUÍSTICAS HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN MEDICINA RESPIRATORIA

SULPRIZIO J¹; SORIN M¹; TERRÓN F¹; CSIPKA P¹; FARFÁN GÓMEZ R¹; MALAMUD P¹; TABAJ G¹; GRAMBLICKA G¹

¹Hospital Cetrángolo

INTRODUCCIÓN: Se denomina bronquiectasias a las dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios de mediano calibre, con destrucción de los componentes elástico y muscular de su pared. Globalmente se pueden clasificar según su distribución anatómica en localizadas o difusas, y según un criterio etiológico en secundarias a Fibrosis Quística y no relacionadas a Fibrosis Quística. Es en base a dicha información que hemos decidido realizar una casuística de los pacientes internados en sala general de nuestra institución con diagnóstico de bronquiectasias no fibroquísticas (BNFQ).

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas, funcionales y microbiológicas de los pacientes internados en sala general por exacerbación de BNFQ en un Hospital especializado en medicina respiratoria.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de corte transversal en donde se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes Hospitalizados en sala general por exacerbación de BNFQ desde el 1° de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2016. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de FQ.

RESULTADOS: En total se documentaron 3964 Hospitalizaciones en sala general, de ellas 147 (3.70%) correspondían a BNFQ en 94 pacientes. Veintiuno (22.34%) eran hombres. La edad media al diagnóstico fue de 56.51 ± 14.71 años y el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) medio fue de 1.06 ± 0.6 litros y 44 ± 19 expresado en porcentaje del valor predictivo. La frecuencia de etiologías de las BNFQ fue 52.87% post-infecciosa, 10.34% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 9.19% enfermedades del tejido conectivo, 8.04% asma, 6.90% tanto en enfermedades inmunológicas como en patología intersticial, 1.15% tanto en déficit de Alfa 1 antitripsina como en discinesia ciliar primaria y en 3.45% de los casos la etiología permaneció sin ser esclarecida. El valor medio del número de Hospitalizaciones por paciente fue de 1.56 ± 1.15 . Con respecto a la microbiología, en el 53.19% se aisló algún germen en el esputo y en el 6.38% de los casos se recató más de un microorganismo. El aislamiento más frecuente fue el de *Pseudomona Aeruginosa* en un 37.23% del total de los pacientes y en 3 pacientes se aisló *Micobacterium Tuberculosis* (3.19%).

CONCLUSIONES: En total se registraron 147 internaciones por BNFQ en 94 pacientes. La etiología más frecuente fue la post-infecciosa en más del 50% de los pacientes. En 53.19% de los casos se obtuvo rescate microbiológico siendo el germen más frecuente la *Pseudomona Aeruginosa* en el 70% de los desarrollos obtenidos.

203- VARIACIÓN ANUAL DE LA CONSULTA EXTERNA EN EL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE MENDOZA EN EL PERIODO 2016-2017.

DI GIORGI R¹; LISANTI R¹; GATICA D¹; GONZALEZ L¹; VILLA D¹; JALIFF S¹; GRAÑANA M¹; FLORES L¹; ZARATE G¹; ARAYA C¹

¹Hospital del Carmen

Objetivo

1-Conocer la distribución de la consulta externa Neumonológica en las distintas épocas del año en el período mayo-mayo 2016-2017.

2-Conocer la distribución de la patología respiratoria durante las distintas épocas del año.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo con muestreo estratificado de los pacientes que concurren al Consultorio Externo de Neumonología del Hospital Nuestra Señora del Carmen de la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza durante la primera semana de cada mes durante un año (mayo a mayo 2016-2017). La recolección de datos se realizó de manera directa por el profesional a cargo del consultorio con volcado posterior en una plantilla de Excel y análisis posterior.

Resultados: Durante el período en estudio se atendieron 2897 consultas externas que representa el 7,34% de la consulta externa total del Hospital del Carmen, siendo el promedio mensual de 241 consultas (IC 95% 202,2095 to 287,6438 DS 48,8773). El mes del año con menos consultas fue el mes de febrero con 159 consultas y el mes con mayor número de consultas fue el mes de septiembre con 319 consultas.

Se observó una variación en la consulta anual de tipo bimodal siendo el primer pico de consulta en mayo y el segundo en el mes de septiembre. El muestreo incluyó 652 consultas correspondientes al 22,5% de la consulta externa Neumonológica. Las principales morbilidades durante el año fueron las patologías obstructivas (45%), enfermedades infecciosas (24%), tabaquismo (11%) y otras enfermedades (20%). Con respecto a la consulta por patología obstructiva se mantuvo elevada durante todo el año con cifras superiores al 40% del total de consultas, siendo el momento con mayor demanda la transición de verano otoño. El Asma bronquial se presentó con mayor demanda en los meses de otoño y primavera y la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los meses de invierno y verano. Con respecto a la patología infecciosa se presentó la mayor demanda en los meses de invierno superando la consulta por enfermedades obstructivas.

Conclusiones: En nuestro trabajo observamos que la mayor demanda externa de consultorio ocurre en la época de otoño y primavera, siendo las principales enfermedades respiratorias responsables la patología obstructiva y la infecciosa con más del 70% de la consulta. Conocer esta distribución nos ayuda en la toma de decisiones para fortalecer la atención durante esa época del año incrementando el número de consultorios, creando consultorios de patología específica y trabajando en la educación médica continua de la enfermedad respiratoria entre los profesionales de la salud.

204- IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA PLEURAL A CIEGAS

MANSELLA M¹; ANDERSSON R¹; CAPUA J¹; CORREA Y¹; DOMANCICH N¹; GRANDI VEGA R¹; OUTON V¹; PELLEGRINO G¹; SANCHEZ A¹

¹San Juan de Dios. La Plata.

Objetivo: Determinar el rendimiento diagnóstico de las biopsias pleurales a ciegas (BCPB) realizadas en la práctica clínica del Servicio de Neumonología del Hospital San Juan de Dios, en el período comprendido entre el 1º de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2016.

Material y método: Se realizará un estudio descriptivo. La población en estudio estará constituida por todos los pacientes internados por derrame pleural en la Sala de Neumonología, en el período comprendido entre el 1º de enero del 2014 y el 31 de diciembre del 2016. Se recogerán los datos de los registros de las historias clínicas de todos los pacientes que se internan para estudio de derrame pleural. Se evaluará el rédito diagnóstico de aquellos pacientes a quienes se les realizó una BCPB. La realización de la técnica se considera correcta si se extraen 4 fragmentos en una única intervención. Serán excluidos aquellos pacientes que presentan derrames compatibles con trasudados y derrames paraneumónicos y/o empiemas. También los que se les realizaron biopsias pleurales por técnicas de imágenes y aquellos que no aceptaron firmar el consentimiento informado. El algoritmo de diagnóstico utilizado es el recomendado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Los derrames pleurales son considerados como tuberculosos si hay registros de granulomas en muestras de tejido, o cultivos positivos en Ziehl-Neelsen o Lowenstein de las muestras de derrame o biopsias, o PCR positiva para Koch en líquido pleural o pleura. El líquido pleural es considerado como maligno cuando en los registros de la biopsia pleural o la citología del líquido constan resultados positivos para malignidad.

Resultados: Se examinaron un total de 89 historias clínicas de enfermos internados por derrame pleural. Un total de 61 pacientes cumplían con los criterios de inclusión del estudio, de los cuales a 45 pacientes se le realizó biopsia pleural, de éstos 42 BCPB y 15 fueron sometidos además a biopsia quirúrgica. De las BCPB, se obtuvo diagnóstico en 25 muestras (59,52%), confirmando tuberculosis en 15 (60%), Neoplásico 5 (20%) y pleuritis crónica inespecífica (PCI) 5 (20%).

Conclusiones: En nuestro Hospital la BCPB es un procedimiento diagnóstico habitual realizado por neumólogos o residentes en formación. Es una técnica de bajo costo, poco invasiva y no requiere de gran experiencia. Hoy en día es considerada por muchas instituciones como una práctica obsoleta. No obstante, es interesante destacar que es de gran ayuda a la hora de definir un diagnóstico, sin necesidad de recurrir a procedimientos más invasivos, por lo que la defendemos su uso actual.

205- MOTIVOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE MENDOZA EN EL PERÍODO 2016-2017.

DI GIORGI R¹; LISANTI R¹; GATICA D¹; GONZALEZ L¹; GRAÑANA M¹; VILLA D¹; JALIFF S¹; ARAYA C¹; ZARATE G¹; FLORES L¹

¹Hospital del Carmen

Objetivos

- 1-Describir los motivos de consulta más frecuentes en el consultorio de Neumonología.
- 2-Describir las características epidemiológicas y clínicas de la población en estudio.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo con muestreo estratificado de los pacientes que concurren al Consultorio Externo de Neumonología del Hospital Nuestra Señora del Carmen de la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza durante la primera semana de cada mes durante un año (mayo a mayo 2016-2017). La recolección de datos se realizó de manera directa por el profesional a cargo del consultorio con volcado posterior en una plantilla de Excel y análisis posterior.

Resultados: Durante el período en estudio se atendieron 2897 consultas externas. El muestreo realizado incluyó 652 consultas, correspondiente al 22,5% de la consulta externa total. De éstos pacientes 53% (343) era de sexo femenino y 47% (309) masculino; con rango de edad de 15 a 94 años, edad promedio de 56,79 años (IC 95% 55,4-58,1 DS 17,5). Del total de pacientes atendidos 64 % (410) tenían antecedentes de tabaquismo de los cuales el 34% (140) eran fumadores actuales y el 66 % (270) ex fumadores. El 39% (274) de todos los pacientes refería tabaquismo pasivo siendo la casa el lugar de exposición más frecuente con el 60% (166), seguido por el trabajo con el 30% (83) y ambos lugares con un 10% (25). Del total de pacientes el 26% (171) refería exposición a combustión a biomasa durante más de 10 años. El 70% (458) de los pacientes presentaba comórbidas siendo las cinco patologías más frecuentes la hipertensión arterial, patología tiroidea, insuficiencia cardiaca, depresión y diabetes.

Diagnósticos en orden de frecuencia.

Las enfermedades obstructivas fueron el 45% (316) de las consultas, siendo el asma bronquial el 49% (169), la EPOC 46% (156) y las bronquiectasias no FQ el 5% (18).

Las infecciones representaron el 24% (172) de las consultas, siendo los cuadros de vía aérea superior los más frecuentes de este grupo con un 47%, seguido por los cuadros de vía aérea inferior con el 45% y TBC 8% (16).

Tabaquismo correspondió al 11% (75) de las consultas.

Otros motivos correspondieron al 20% de las consultas.

Conclusiones: En nuestro trabajo observamos que los motivos de consulta más frecuentes fueron las enfermedades obstructivas y las enfermedades infecciosas representando casi el 70% de la consulta ambulatoria. Cabe destacar el importante número de pacientes con TBC pulmonar declarados en este periodo de tiempo que representa aproximadamente el 6 % declarado de la provincia de Mendoza. Por otro lado, existe un elevado número de consultas en materia de tabaquismo lo que representa un punto muy positivo en todo el movimiento de promoción de salud anti tabáquico de la población mendocina. Conocer nuestra situación asistencial nos motiva a reforzar consultorios (crear consultorios su especializados) y enfatizar temas en la educación médica continua-Programa de Residencia.

206- MORTALIDAD Y MORBILIDAD DE NEUMOCOCCEMIAS INTERNADAS EN TERAPIA INTENSIVA EN UN POLICLINICO DE OBRA SOCIAL

VILLA R

OSPLAD

Objetivos: caracterizar clínicamente, determinar la morbilidad y la mortalidad, y factores pronósticos de las neumococcemias internadas en Terapia Intensiva

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

Resultados: se incluyeron dentro del estudio 107 neumococcemias, con una edad media de $60 \pm 12,2$ años, siendo mayor la presencia en varones de 59,81 %. La media de internación fue de 15 días ($\pm 1 - 40$), la adquisición intraHospitalaria fue de 12 casos (11,21%). En 100 casos (93,45%) el foco infeccioso fue conocido, siendo el más significativo el pulmonar en el 85 %, seguido por el abdominal y el neurológico. Se encontraron 2 neumococos resistentes a la penicilina provenientes de la comunidad. Las comorbilidades más frecuentes fueron: alcoholismo crónico (29,9 %), diabetes mellitus (23,36%), EPOC (18,6 %), neoplasia activa (14,01%), insuficiencia renal crónica (6,54%) y neutropenia (4,67%). Desarrollaron complicaciones infecciosas sobreagregadas el 87 %, de las cuales el 80 % cumplieron criterios de sepsis, el 24 % shock séptico y el 22,4 % falla orgánica múltiple (FOM). La mortalidad global Hospitalaria fue de 30 pacientes (28,03 %). Encontramos como predictores independientes de mortalidad al ingreso: la leucopenia ($\leq 4000 / \text{mm}^3$) OR 13,36 (2.44 - 73.11); alteración del sensorio OR 11,58 (3.27 - 40.9); la adquisición intraHospitalaria OR 5,13 (1.32 - 19.83); hipotensión OR 4,36 (1.34 - 14.16) y la presencia de oliguria OR 3,51 (1.04 - 11.84). El SOFA presentó un ABC 0.75 (0.67 - 0.81), tener más de tres variables positivas del modelo propuesto un ABC de 0.81 (0.73 - 0.86), encontramos una diferencia de áreas de 0.059 con $p < 0.007$. El SOFA tuvo un LHR+ 2.56 (1.74 - 3.2) para una prevalencia del 25 % aumentando la probabilidad de muerte a 45 %. La presencia de más de tres variable del modelo propuesto mostró un LHR+ 11.3 aumentando la probabilidad de muerte a un 80 %. Durante su evolución, los pacientes que presentaron FOM tuvieron de forma independiente mayor mortalidad OR 50.1 (16 - 160.8).

Conclusiones: la neumococemia en nuestra población se caracteriza por prevalecer en hombres, con foco pulmonar y baja resistencia a la penicilina. La presencia al ingreso de leucopenia, oliguria, hipotensión o encefalopatía, y la adquisición nosocomial conforman un modelo pronóstico que con 3 o más variables presentes supera al SOFA como predictor de mortalidad.

207- VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE STRESS EN PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE SIN PATOLOGÍA PULMONAR

GALLARDO A¹; BALLESTEROS A¹; MARCUZZI M¹; PATRINOS A¹

¹CLINICA MODELO de MORON

Introducción: muchos pacientes admitidos en las unidades de terapia intensiva requieren asistencia respiratoria mecánica (ARM). La ARM modifica el normal ingreso y egreso del aire al pulmón. Los parámetros ventilatorios deben ser controlados para asegurar un correcto intercambio gaseoso, mejorar la impedancia del sistema respiratorio y evitar las lesiones inducidas por el respirador. El índice de stress (SI) es de importancia para conocer el comportamiento del sistema en su conjunto ante la admisión de un volumen de gas y evitar el colapso como la sobredistensión de las unidades respiratorias.

Objetivo: Estudiar la variación del índice de stress en pacientes con asistencia respiratoria mecánica en diferentes angulaciones del decúbito supino

Materiales y métodos: estudio prospectivo y descriptivo que incluyó pacientes mayores de 18 años, con ARM ≤ 48 hs y sin patología pulmonar, desde 1/6/16 a 1/6/17. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, talla, peso predicho (PBW), peso real (RBW) registrado de de la historia clínica, volumen tidal (VT), PEEP, fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) y SI para decúbito supino a 0°, 10°, 20°, 30°, 40°, 50° y 60°; la evaluación se realizó con ascenso y descenso de la cabecera de la cama (0° a 60° y vuelta a 0°). Las variables se computaron para cada posición cada 5 minutos, sin modificar seteo ventilatorio. Se tituló PEEP previamente según curva PEEP/compliance. El SI se midió con monitor FluxMed®. La distintas angulaciones se realizaron con camas Muka® HC1100, Stryker (Miramar, Florida, EEUU). Los resultados se expresan como %, media, mediana, DS.

Resultados: se incluyeron 11 pacientes con ARM ≤ 48 hs y sin patología pulmonar. La edad promedio fue 56.64 \pm 25.57 (mediana, 55). Hombres 54.54%, mujeres 45.45%. Talla: 167.2 \pm 8.36cm (167cm). PBW: 61.25 \pm 9.46kg (60.6kg). RBW: 73.63 \pm 12.86kg (80kg). VT: 464.5 \pm 58.71ml (480ml). PEEP: 7.09 \pm 2.98cmH₂O (6 cmH₂O). FiO₂: 0.47 \pm 0.047 (0.5). Los SI para las distintas posiciones fueron: 0°: 0.947 \pm 0.098 (0.968), 10°: 0.966 \pm 0.082 (0.980), 20°: 0.986 \pm 0.097 (0.990), 30°: 0.994 \pm 0.095 (0.995), 40°: 1.013 \pm 0.110 (1.018), 50°: 1.017 \pm 0.083 (1.012), 60°: 1.014 \pm 0.087 (1.004), 50°: 1.024 \pm 0.078 (1.025), 40°: 1.027 \pm 0.080 (1.050), 30°: 1.020 \pm 0.083 (1.024), 20°: 1.001 \pm 0.066 (1.010), 10°: 0.991 \pm 0.083 (1.022), 0°: 0.976 \pm 0.076 (0.998).

Conclusión: la cohorte de pacientes fue reducida y con leve exceso de peso corporal, el cual podría jugar un papel importante al aumentar la elastancia de la caja abdómino-torácica. Los valores de SI mostraron un comportamiento gráfico similar a la curva de histéresis, sugiriendo un patrón de reclutamiento. La correcta selección de PEEP, VT y demás parámetros respiratorios debe cuidarse a fin de evitar variaciones desmedidas del SI que muestren colapso o sobredistensión. Los valores más seguros de SI se encontraron en angulaciones entre 30° y 40°, coincidente con la posición sugerida para mejorar las propiedades mecánicas del sistema respiratorio

Palabras clave: variación, SI, angulaciones decúbito supino, PEEP

208- PREVALENCIA DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA, INVASIVA Y NO INVASIVA, EN PACIENTES CON H1N1 ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

GALLARDO A¹; BALLESTEROS A¹; PATRINOS A¹

¹CLINICA MODELO de MORON

Introducción: La asistencia respiratoria mecánica invasiva (ARM) se ha convertido en una herramienta de amplio uso en el tratamiento de pacientes admitidos en las unidades de terapia intensiva (UTI). La mortalidad asociada a su empleo es alta. La ventilación mecánica no invasiva (VNI) se ha desarrollado sustancialmente durante la última década, sobretudo en situaciones clínicas postextubación o para evitar la ARM.

Objetivo: Conocer la prevalencia de la ARM, VNI y mortalidad de los pacientes con H1N1 admitidos en nuestra UTI.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional que incluyó todos los pacientes admitidos en la UTI desde 01/03/14 al 01/06/17 con diagnóstico de H1N1 y que requirieron ARM o VNI por más de 24hs. Se registraron edad, sexo, días de ARM, requerimientos de VNI pre y postextubación (VNIpre - VNIpost), estadía y mortalidad. Los datos se expresan en rango de días, rango etéreo y %.

Resultados: durante el periodo de tiempo estudiado se internaron 14 pacientes con diagnóstico de H1N1. El 64.28% (9 casos) fueron varones y el 35.71% (5 casos), mujeres. El 78.57% (11 casos) mayores de 55 años (2 casos >65) y el 21.43% (3 casos) menores de 35 años. En todos los casos el motivo de internación fue insuficiencia respiratoria. Un solo paciente no tuvo requerimiento de ARM; requirió VNI durante 8 días. El 92.85% (13 casos) restante requirieron ARM >16 días 6 casos (46.15%) y 53.84% (7 casos) ≤10 días. De estos pacientes, 7 (53.84%) requirieron VNIpost; 6 casos (46.15%) sólo utilizaron oxigenoterapia convencional. La VNIpre fue de 5 casos (35.71%) pero no logró evitar la instauración de la ARM. La estadía fue: 1 caso (7.14%) 28 días. La mortalidad a los 28 días fue del 50% (7 casos).

Conclusión: el grupo de pacientes incluidos fue añoso. El uso de ARM invasiva pudo evitarse sólo en un caso, mientras el resto de los pacientes requirieron esta terapéutica. De estos pacientes, la mitad de ellos mostró una mortalidad alta a los 28 días de su ingreso. La utilización de la VNIpre no resulta suficientemente efectiva para evitar la ARM, mientras que la VNIpost mostró ser de utilidad. El trabajo nos permite conocer la prevalencia de ARM y VNI en nuestra unidad, como así también los índices de mortalidad ligados a la patología. Representa el inicio del trabajo para implementar protocolos de acción frente a estos pacientes.

Palabras clave: H1N1, prevalencia, ARM, VNI, mortalidad

209- EVALUACIÓN DE LA FUERZA PRENSIL Y SU RELACIÓN CON LAS PRESIONES BUCALES MÁXIMAS EN PACIENTES SANOS

GALLARDO A¹; BALLESTEROS A¹; PATRINOS A¹

¹CLINICA MODELO de MORON

Introducción: durante el destete de la asistencia respiratoria mecánica se realizan evaluaciones para conocer la situación clínica del paciente e intentar predecir el éxito de la extubación. La evaluación de las presiones bucales máximas (PIMax - PEMax) y el delirio son evaluaciones frecuentes. Sin embargo, muchas veces se dificultan por mala ejecución técnica. Facilitar las evaluaciones y obtener resultados confiables es de importancia para lograr mejores resultados. Presentamos evaluaciones en sujetos sanos como estudio preliminar para trasladarlo, posteriormente a pacientes con ARM en plan de destete

Objetivo: Estudiar la relación de las presiones bucales máximas con la fuerza prensil, la talla y el índice de masa corporal

Materiales y métodos: estudio prospectivo, descriptivo y correlacional que incluyó sujetos voluntarios sanos mayores de 18 años, sin patología pulmonar, desde 1/10/15 a 1/3/17. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, talla, PIMax, PEMax, fuerza prensil (HGT), peso predicho (PBW), peso real (RBW) e índice de masa corporal (BMI). El HGT se evaluó en ambas manos (HGTd y HG Ti) con dinamómetro Jamar®, según protocolo validado y establecido por el fabricante. PIMax - PEMax se evaluó con manovacuómetro Rocimex®, previa espiración completa hasta aproximarse la máximo posible a volumen residual (PIMax) o inspiración completa hasta capacidad pulmonar total (PEMax); para ambas pruebas se consideró un tiempo máximo de ejecución de 1 segundo. En los tests se consideró el mejor valor de 3 intentos. Los resultados se expresan como %, media, mediana, DS y correlación (r de Pearson).

Resultados: se incluyeron 131 sujetos, voluntarios, sin patología pulmonar. La edad promedio fue 32.76 ± 9.34 (mediana, 31). Hombres 74.81%, mujeres 25.19%. Talla: 171.8 ± 0.07 cm (mediana, 172cm). RBW: 80.19 ± 15.4 kg (80kg). PBW: 66.54 ± 8.56 kg (67.83kg). BMI: 27.04 ± 4.25 (27.04). PIMax: 97.76 ± 22.47 cmH₂O (100cmH₂O). PEMax: 102.83 ± 20.04 cmH₂O (104cmH₂O). HGTd: 46.45 ± 10.66 kg (48kg). HG Ti: 43.71 ± 11.09 kg (44kg). Los índices de correlación de Pearson para las variables estudiadas fueron: PIMax/PBW: 0.29, PIMax/BMI: 0.22, PIMax/RBW: 0.28, PIMax/HGTd: 0.599, PIMax/HG Ti: 0.49, PEMax/PBW: 0.36, PEMax/BMI: 0.14, PEMax/RBW: 0.24, PEMax/HGTd: 0.53, PEMax/HG Ti: 0.39, RBW/HGTd: 0.48, PBW/HGTd: 0.67, BMI/HGTd: 0.25, Talla/PIMax: 0.22, Talla/PEMax: 0.28

Conclusión: los pacientes incluidos fueron jóvenes y sanos. Los valores obtenidos de presiones bucales y prensiles se aproximan a la media para cada edad, sexo y talla en particular. Se observó buena correlación entre PIMax/HGTd, PIMax/HG Ti, PEMax/HGTd y PBW/HGTd. El resto de los parámetros mostraron correlaciones positivas pero con menor relevancia. Las evaluaciones de fuerza prensil podrían tener lugar dentro del proceso de destete ya que mostraron correlación con los valores de presiones bucales máximas en sujetos sanos y aportan datos de significancia para la toma de decisiones clínicas

Palabras clave: HGT, PIMax, PEMax, BMI, correlación

210- ESTUDIO DE CASOS EN SERIE DE PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DE SUEÑO

FRANCESCHINI C¹; RODRIGUEZ J¹; CUETO G¹; FERRUFINO R¹; CAMPOAMOR A¹; NIEVAS S¹; BERA V¹

¹Hospital Cosme Argerich GCBA

INTRODUCCION: Los trastornos respiratorios vinculados al sueño se asocian con varias comorbilidades y generan mala calidad de vida con alta morbimortalidad, en el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño SAHOS, donde el IAH es >5 y tiene las funciones neurocognitivas alteradas como somnolencia diurna excesiva, cansancio diurno, falta de concentración, de atención y de memoria; tiene una asociación con la HTA, la obesidad, la diabetes, la insuficiencia cardiaca, las arritmias cardiacas y la enfermedad coronaria.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, prospectivo de una serie de casos atendidos en pacientes adultos en el laboratorio de sueño y respiración, que intenta describir las características generales y específicas de pacientes con trastornos respiratorios del sueño, en el período de marzo 2015-2017, en base a los datos recogidos en Dreamapp plus, programa de registro exclusivo para sueño. Los datos categóricos se presentan como frecuencias absolutas y relativas, los datos numéricos como media y desvío standart.

RESULTADOS: La población es de n=343 pacientes F: 139 (40.5%) y M: 204 (59.4%), con una edad media M: 45.1 H: 48.7, Escala de somnolencia de Epworth ESE F: 10.8 y M: 11.1, un índice de masa corporal IMC F: 31.9 y M: 31.4 Los pacientes con despertar nocturno con ahogo 44.9%, apneas observadas por compañero de cama 46.9%, cansancio diurno excesivo 40.2%, somnolencia diurna excesiva 59%, trastorno de concentración 68.7%, dificultad de la memoria 52.7%, trastorno de la atención 64.5%, quedarse dormido conduciendo 38.3%, cefalea matinal 39.1%. Se registro hipercolesterolemia 175 pacientes (51%), Diabetes DBT 147 (42.1%), Angor 45 (13.1%), enfermedad coronaria 43 (12.5%), infarto agudo de miocardio IAM 40 (11.7%), hipertensión arterial HTA 205 (59.8 %), arritmias cardiacas 38 (11.1%), accidente cerebrovascular ACV 39 (11.4%), hipotiroidismo 41 (12.4%). Se diagnostico SAHOS 236 pacientes (68.3%), SAHOS leve 28 (11.8%), SAHOS moderado 61 (25.8%) y SAHOS severo 147 (62.4%) Obesidad 184 pacientes (58.6%), la asociación de obesidad e hipercolesterolemia 138 pacientes (40.2%) y la asociación de SAHOS 236 (68.3%) e hipercolesterolemia 175 (51%) es de 202 (58.8%). Se realizo estadística binaria con test de chi cuadrado y no se encontró asociación significativa del SAHOS respecto a las comorbilidades, pero con la HTA estuvo en el mínimo de diferencia.

CONCLUSION: Es una población con trastornos de sueño caracterizada por compromiso neurocognitivo, metabólico e impacto cardiovascular, la descripción de los grupos de SAHOS marca el predominio de tipo severo y cuando cruzamos este con las comorbilidades, no hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa, pero hay valores muy cercanos en la estadística binaria de predicción del SAHOS para la HTA y la hipercolesterolemia. Es necesario aumentar la población de estudio para evaluar las tendencias y encontrar asociaciones significativas.

211- INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

NIGRO C¹; DIBUR E¹; MALNIS S¹; BLEDEL I¹; GONZÁLEZ S¹; ARCE A¹; BORSINI E²; NOGUEIRA F³

¹Hospital Alemán, Buenos Aires., ²Hospital Británico, Buenos Aires., ³Hospital Clínicas, Buenos Aires.

Objetivo: Se ha reportado que las manifestaciones clínicas de la apnea obstructiva del sueño (AOS) son diferentes en mujeres y varones. El objetivo del presente estudio fue evaluar la influencia del género sobre el reporte de síntomas asociados con AOS.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo de un centro terciario. Se examinó la base de datos del laboratorio de sueño de un Hospital de comunidad. Los pacientes adultos (> 17 años) quienes habían realizado una polisomnografía diagnóstica y completaron el cuestionario de Berlín, un cuestionario de sueño y la escala de somnolencia de Epworth (ESE) fueron seleccionados. Se realizó análisis de regresión logística múltiple para evaluar la asociación entre los síntomas de AOS y diferentes variables predictoras o explicativas potenciales.

Resultados: Después de ajustar por edad, índice de masa corporal e índice de perturbación respiratoria, los varones tuvieron más probabilidad de reportar ronquidos (R), ronquidos habituales (RH) e intensos (RI) y apneas (A) que las mujeres (OR-IC95%: R 4.06, 2.59-6.35, $p < 0.001$; RH 2.34, 1.76-3.1, $p < 0.001$; RI 2.14, 1.63-2.8, $p < 0.001$; A 2.44, 1.8-3.3, $p < 0.001$). Después de controlar por variables múltiples, ser mujer fue un factor predictivo independiente para el reporte de cansancio (C), insomnio de inicio (li) y cefalea matinal (CM) (OR-IC95%: C 0.57, 0.44-0.75, $p < 0.001$; li 0.59, 0.41-0.84, $p < 0.0035$; CM 0.32, 0.20-0.50, $p < 0.001$). El reporte de somnolencia diurna excesiva, nocturia, insomnio de mantenimiento y síntomas neurocognitivos subjetivos (pérdida de memoria, dificultad en la concentración o atención) no fueron significativamente asociadas con el género.

Conclusiones: Las mujeres con AOS tuvieron más probabilidad de referir cansancio, insomnio inicial y cefalea matinal, y menos probable que se quejen de los síntomas típicos del AOS (ronquidos, apneas) que los varones. Estas diferencias en los síntomas reportados pueden tener importancia tanto para el diagnóstico y tratamiento del AOS.

212- DIFERENCIAS CLÍNICAS SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SAHOS SEVERO

ROJAS MENDIOLA R¹; FACCIOLI G¹; SMURRA M¹

¹Hospital E. Tornú

Objetivo: Evaluar las diferencias clínicas según sexo en los pacientes que fueron diagnosticados con SAHOS severo en el laboratorio de sueño del Hospital Tornú entre enero 2012 y octubre 2016.

Material y métodos: Se utilizó un cuestionario autoadministrado en la primera consulta con preguntas sobre síntomas y comorbilidades asociadas al SAHOS y durante la misma se tomaron medidas antropométricas. Se seleccionaron solamente a los pacientes con diagnóstico definitivo, ya sea por Polisomnografía o Poligrafía y se agruparon por sexo aquellos pacientes con IPR>30 eventos/hora. Se analizaron las diferencias entre estos grupos y su validez estadística.

Resultados: Sobre un total de 467 pacientes que consultaron por primera vez en el periodo de estudio, completaron procedimientos diagnósticos 391 pacientes. De los cuales, 163 (41.6%) fueron SAHOS severo, con la siguiente distribución: Varones: 108(66.2%) y Mujeres: 55 (33.7%).

Los resultados significativos fueron los siguientes: Edad: Hombres: 53 años($\pm 14,5$), Mujeres: 61 años($\pm 13,9$). Circunferencia de cuello: Hombres: 44 cm.($\pm 4,2$), Mujeres: 39 cm.($\pm 3,7$). Apneas presenciadas frecuentemente: Hombres: 72,6%, Mujeres: 51,9%. Quedarse dormido manejando: Hombres: 31,5%, Mujeres: 8%. Cefalea matutina: Hombres: 34,6%, Mujeres: 57,3%. Disminución de la memoria: Hombres: 49,1%, Mujeres: 70,4%. Hipotiroidismo: Hombres: 6,7%, Mujeres: 30,9%. Tabaquismo: Hombres: 55,1%, Mujeres: 34,50%.

No se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a las características del ronquido, sensación de ahogo, somnolencia diurna, movimientos anormales, cansancio y dificultades en la atención y concentración. Tampoco se encontraron diferencias en la frecuencia de comorbilidades dislipidemia, diabetes, enfermedad coronaria, HTA, arritmias y patología cerebrovascular.

Conclusiones: Las mujeres son mayores y post-menopáusicas. De los datos antropométricos, la circunferencia de cuello es mayor en hombres. La referencia de apneas por la pareja ocurre con mayor frecuencia en el sexo masculino. Los hombres refieren dormitarse manejando y fumar con más frecuencia que las mujeres; mientras que en ellas son más frecuentes la cefalea matinal, trastornos de memoria y el hipotiroidismo.

213- RELACIÓN DE LA CIRCUNFERENCIA DEL CUELLO Y EL ÍNDICE CIRCUNFERENCIA DE CUELLO/ALTURA CON SEVERIDAD DEL SAHOS EN ADULTOS.

ROJAS MENDIOLA R¹; FACCIOLI G¹; SMURRA M¹

¹Hospital E. Tornú

Objetivo: Combinar datos antropométricos con mejor fiabilidad para identificar severidad de SAHOS en pacientes adultos que fueron diagnosticados con SAHOS en el laboratorio de sueño del Hospital Tornú entre enero 2012 y octubre 2016.

Material y métodos: Se tomaron medidas antropométricas a todos los pacientes que consultaron por primera vez durante el periodo de estudio. Se seleccionaron solamente a los pacientes con diagnóstico definitivo, ya sea por Polisomnografía o Poligrafía. Se agruparon los datos por severidad del Índice de Perturbación Respiratorio (IPR) en sanos: IPR <5, SAHOS leves: IPR 5-15 y SAHOS moderado-severo: IPR de 15 o más.

Resultados: Sobre un total de 467 pacientes que consultaron por primera vez en el periodo de estudio, se excluyeron aquellos en los que no se tomaron datos antropométricos completos y aquellos que no pudieron completar los procedimientos diagnósticos. Quedaron un total de 334 pacientes, de los cuales, 101 (30,2%) fueron sanos y SAHOS leve, y 233 (69,7%) fueron SAHOS moderado-severo. En hombres el corte fue de 41 cm (S: 77,24%-E: 46,67%). En mujeres el corte fue: 36 cm (S: 73,86%-E: 51,79%). Se analizó la relación entre circunferencia de cuello y el índice cuello/altura, con los niveles de severidad de SAHOS, estratificado según sexo; se obtuvo que un índice >0,24 en hombres tiene una sensibilidad de 73,1% y una especificidad de 40%; mientras que en mujeres el índice >0.23 tiene un 72.4% y un 42.8% de sensibilidad y especificidad respectivamente.

Se analizó la relación de las variables mediante gráficos de dispersión y regresión lineal, encontrándose una relación nula entre el IPR y la circunferencia de cuello, mientras que existe una relación positiva entre el IPR y el índice cuello/altura. Esta relación es independiente del sexo.

Conclusiones: La circunferencia del cuello en nuestra población muestra un punto de corte similar a otras publicaciones, pero con una menor especificidad. El índice cuello/altura tiene correlación con la severidad del SAHOS.

214- ADHERENCIA DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA SECUNDARIA A ENFERMEDAD PULMONAR. CORTE TRANSVERSAL.

LOPEZ J¹; CASTRO M¹; SVETLIZA G¹; BENITO H¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) es una terapia con oxígeno a largo plazo, que ha demostrado mejorar la sobrevida y la calidad de vida en un determinado subgrupo de pacientes. Reduce la mortalidad en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que presentan una hipoxemia grave, pero el uso diario debe ser de > 15 horas diarias. Además ha demostrado mejorar la calidad de vida en aquellos con desaturación en la marcha. Pero es un tratamiento de alto costo para el sistema de salud. Estudios en otros países reportan una adherencia o cumplimiento a la OCD entre el 40% al 70%. No existen datos locales sobre la adherencia a la OCD. La falta de adherencia genera falta de beneficios y gastos de salud innecesarios. El objetivo primario del estudio fue evaluar la adherencia a la OCD en los pacientes pertenecientes a un sistema prepago de Salud de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Los objetivos secundarios fueron evaluar si los controles médicos de la OCD eran adecuados y el control de los equipos de oxigenoterapia por partes de las empresas proveedoras.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en un Hospital Universitario de la ciudad autónoma de Buenos Aires. A través de una encuesta por vía telefónica en los pacientes mayores de 17 años, con insuficiencia respiratoria crónica que tienen indicación de OCD mediante el registro institucional del Comité de Control de Equipo de Oxígeno de la prepaga del Hospital. Mediante la encuesta telefónica se evaluó la adherencia a la OCD, la existencia de controles médicos y control por parte de las empresas proveedoras de oxígeno.

Resultados: Se encuestaron 103 pacientes. La edad promedio fue de 78 años (DE 10), el 71 % (n 73) fueron mujeres. Las enfermedades pulmonares crónicas más frecuentes fueron 58.3 % EPOC, 23.3% la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, 3.9% otras patologías (Hipertensión Arterial Pulmonar, Alteraciones de la caja torácica) y un 14.6% desconocía la enfermedad pulmonar de base. El 61.3% (IC 95% 51-71%) reportaron que cumplían con las 15 o más horas de utilización del oxígeno al día según la indicación médica. El 74% (IC 95% 64-82%) de los pacientes mostró tener controles médicos adecuados de la OCD. Las empresas proveedoras de Oxígeno mostraron un control de los equipos de oxigenoterapia en un 83% (IC 95% 75-90%). El 15% de la población se negó a participar por factores de condiciones de vida, limitaciones funcionales, no se encontraban familiares, o de seguridad.

Conclusiones: La OCD en los pacientes encuestados no llega a un valor óptimo ($\geq 80\%$) de adherencia, alcanzando en este estudio 61.2%. Tampoco lo alcanzan los controles médicos dirigidos a esta terapia que son del 74%. Los pacientes que se encuentran con OCD deberían ser evaluados periódicamente con respecto a la adherencia a esta terapéutica a la vez que se deberían mejorar los controles médicos para tratar de evitar una utilización inadecuada de la OCD al ser una terapia con un beneficio comprobado y de alto costo.

215- ANÁLISIS COMPARATIVO DE PACIENTES EPOC CON VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA (2013-2017): IMPACTO DE LA VNI DE ALTA INTENSIDAD EN LA PCO₂

MIRABAL Y¹; MONTOYA R¹; MARTÍNEZ FRAGA A¹; PATTIN A¹

¹Hospital Churrucá Visca

Introducción: En la actualidad no hay consenso sobre la indicación de equipos de ventilación no invasiva con doble nivel de presión positiva en pacientes con EPOC en fase estable.

En los últimos años se han publicado estudios que demuestran beneficios en sobrevida utilizando VNI de alta intensidad. (1-2)

Objetivo: Comparar características clínicas, funcionales y aspectos vinculados a la ventilación entre los pacientes EPOC de la base de datos de VNI domiciliaria y aquellos EPOC incluidos 4 años atrás.

Materiales y Métodos: A partir de la base de datos de ventilación no invasiva domiciliaria se localizaron aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de EPOC como única patología respiratoria. Se los contactó telefónicamente para coordinar una cita en el Hospital con el equipo de VNI. Se actualizaron datos demográficos (peso, altura, edad), estudios complementarios (EAB, espirometría), aspectos relacionados con el ventilador (horas de uso, interfase, controles programados en último año), y parámetros del equipo (modo ventilatorio, IPAP, EPAP). En caso de acceder a tarjeta de memoria, se obtuvieron datos sobre uso y fugas.

Los datos fueron comparados con los de los pacientes EPOC con VNI domiciliario del estudio publicado por nuestro grupo en el año 2013 (3)

Resultados: De la actual base de datos de pacientes con VNI domiciliario (n=91) se localizaron 11 pacientes con EPOC (12.08 %). 7 acudieron a control en el Hospital (2 se excluyeron por traqueostomía, 1 óbito, 1 ausente). El análisis comparativo se realizó con los 7 pacientes EPOC descriptos en el 2013. La edad de inicio de la VNI fue similar en ambos grupos (61±6 años en 2017 y 63± 2.53 años en 2013). El índice de masa corporal (IMC) fue de 32.15±8 kg/m² en 2017 y de 30.5±3.45 kg/m² en 2013 (p=0.6). En 2017 los pacientes presentaron mayor FVC (2.53 ±0.8ml vs 1.69±0.63ml p=0.009) y similar FEV₁ (1.00±0.38 ml vs 0.82±0.42 ml p=0.428). El 71% utilizaba interfase oronasal y el 71.43% oxigenoterapia en 2017 frente al 42.86% y 57.14% en el 2013. La media de horas de uso fue de 8.57± 1.62hs vs 5.38±4.55hs (p=0.14). Ningún paciente abandonó la ventilación y el 57.14% se controló en 2017 vs. 2 abandonos (29%) y 42.86% de controles en el 2013. Los valores de IPAP utilizados en 2017 fueron mayores (19±3.65 mmHg vs 14.71±1.6mmHg p=0.029) y la pCO₂ menor (45.2±7.46 vs 51.1±7.15 p=0.215)

Conclusión: Los pacientes con EPOC que requieren VNI domiciliario en 2017 presentaron un IMC y una FVC mayores al grupo del 2013. Hemos objetivado mejoras en los controles programados, en las horas de uso y en disminuir abandonos. Actualmente los pacientes con EPOC se ventilan con niveles de IPAP más altos y los valores obtenidos de pCo₂ son menores a los hallados 4 años atrás.

216- ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES INTERNADOS EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN, EN UN CORTE TRANSVERSAL, DICIEMBRE DE 2016.

DI GIORGI R¹; LISANTI R¹; VILLA D¹; JALIFF S¹; GATICA D¹

¹Hospital del Carmen

Objetivos: Conocer si el Personal Médico cumple con las pautas de prescripción adecuadas para la oxigenoterapia en la internación de clínica médica y guardia externa del Hospital Nuestra Señora del Carmen, en un corte transversal, diciembre de 2016.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal de todos los pacientes internados en clínica médica, cirugía y pre-internación de guardia externa del Hospital Nuestra Señora del Carmen, con revisión de indicaciones médicas, historias clínicas, recolección de datos en una plantilla de Excel y análisis posterior.

Resultados: Fueron evaluados la totalidad de pacientes internados en un corte transversal el día 29 de diciembre de 2016; incluyó un total de 75 pacientes, 48% (36) de sexo femenino y 52% (39) masculino, con una ocupación cama de 80,64% (75/93). El rango de edad de los pacientes internados incluyó de 15 a 96 años, con una edad promedio de 64,5 (IC 95% 60,1-68,9 DS 19,02). Del total de pacientes 11 (14,7%) se encontraba en oxigenoterapia de los cuales sólo 10 tenían indicación médica. Los pacientes que se encontraban en oxigenoterapia (5 hombres y 5 mujeres) tenían como diagnóstico principal de internación Neumonía (9) y Accidente cerebro-vascular (1). El 70% de los mismos tenía antecedente de tabaquismo (extabaquistas). Todas las habitaciones de los pacientes contaban con fuente de oxígeno central con flujímetros y humidificadores. Los pacientes utilizaban como interfase cánulas nasal (3) y máscara de Campbell con sistema Venturi (7).

Con respecto a las prescripciones médica se observó que 18 pacientes tenían indicación de oxigenoterapia y sólo 10 pacientes la recibían (55,55% [10/18]). En relación con la forma de administrar el oxígeno la mayoría de los pacientes recibían el gas por máscara de Campbell con sistema de Venturi (7/10) siendo prescripto en las indicaciones máscaras nasobucal simple. La totalidad de los pacientes con máscara de Campbell con sistema de Venturi recibían flujo de oxígeno menor al recomendado de acuerdo al color del adaptador que utilizaban. Todas las prescripciones médicas tenían indicación de interfase de administración y flujo de oxígeno, pero no se aclaraba las horas de uso.

Conclusiones: La oxigenoterapia es un recurso terapéutico que debe ser indicado siguiendo pautas claras de administración, utilizando interfaces adecuadas, dosificando el oxígeno y utilizando este medicamento las horas que necesitan nuestros paciente. En nuestro trabajo observamos que hay un uso inadecuado de la oxigenoterapia en la internación, lo que estimula a seguir realizando la educación médica continua a los médicos de nuestro Hospital, la que se realiza hace varios años y se incluye además en el programa académico de los alumnos de medicina de la Universidad Nacional de Cuyo en los últimos años. A partir de este trabajo se realiza una capacitación a todo el personal de enfermería del Hospital.

217- VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA PRESCRIBIR CPAP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

MALNIS S¹; NIGRO C¹; BORSINI E²; DIBUR E¹; BLEDEL I¹; VARELA B¹; BLANCO M²; CASTAÑO G¹; GIACOBINO P²

¹HOSPITAL ALEMÁN, ²HOSPITAL BRITÁNICO

Objetivo: Evaluar la exactitud diagnóstica de criterios clínicos previamente publicados para prescribir CPAP en pacientes con sospecha de apnea obstructiva del sueño (AOS).

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, en dos centros. Se incluyeron adultos con sospecha de AOS que estuvieron de acuerdo en participar del estudio. Se excluyeron pacientes psiquiátricos, con enfermedades neuromusculares, hepáticas o renales avanzadas, insuficiencia cardíaca, tratamiento actual por enfermedad oncológica, uso de oxígeno o ventilación no invasiva, CPAP o dispositivo de avance mandibular. Mediciones: 1) Cuestionario de sueño para indicación de CPAP 2) Poligrafía respiratoria-PR o polisomnografía-PSG. La indicación de CPAP se basó en pautas publicadas (SEPAR). Se realizó análisis de sensibilidad (S), especificidad (E) y razón de probabilidad positiva/negativa (RPP/RPN) (prueba diagnóstica: cuestionario; método de referencia: cuestionario más estudio de sueño).

Resultados: Se evaluaron 75 pacientes (23 mujeres), edad 50 ± 13 años, índice de masa corporal-IMC 30.1 Kg/m² (percentil 25-75: 26-35) e índice de perturbación respiratoria-IPR 17.8 (percentil 25-75: 7.7-31). La S, E y RPN fueron respectivamente: 27.3% (IC95% 16-41), 100% (IC95% 83-100) y 0.73 (IC95% 0.6-0.9).

Conclusiones: Estos hallazgos preliminares indicarían que se podría indicar CPAP casi en un tercio de pacientes con sospecha de AOS basándose solamente en criterios clínicos. Esto permitiría iniciar tratamiento con CPAP en situaciones tales como pacientes muy somnolientos en peligro de accidentes de tráfico o en aquellos que han padecido accidentes o tuvieron eventos cardiovasculares serios o en el perioperatorio de pacientes de alto riesgo para AOS.

218- ¿TIENEN MÁS RIESGO LOS VARONES QUE LAS MUJERES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO DE REPORTAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL O UN EVENTO CARDIOVASCULAR?

NIGRO C¹; DIBUR E¹; MALNIS S¹; BLEDEL I¹; GONZALEZ S¹; ARCE A¹; NOGUEIRA F²; ERNST G³; BORSINI E³

¹Hospital Alemán, Buenos Aires, ²Hospital Clínicas, Buenos Aires, ³Hospital Británico, Buenos Aires

Objetivo: Evaluar la influencia del género en el reporte de hipertensión arterial (HTA) o de eventos cardiovasculares (ECV) en sujetos con sospecha de apnea obstructiva del sueño (AOS).

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de un Hospital de comunidad. Se revisó una base de datos de un laboratorio de sueño. Se incluyeron pacientes adultos que tuvieron una polisomnografía diagnóstica y completaron un cuestionario de sueño. Definiciones: a) AOS: Índice de Perturbación Respiratoria (IPR) ≥ 5 ; b) HTA y ECV (eventos coronarios, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca): Se consideró cuando los pacientes reportaron la condición o tomaron medicación específica, o tuvieron algún procedimiento terapéutico invasivo; c) Comorbilidad cardiovascular (CCV): HTA + ECV. Se realizó análisis de regresión logística múltiple (variable dependiente: CCV; variables independientes o predictoras: Edad, sexo, índice de masa corporal-IMC, IPR, tiempo debajo de 90% de SO₂-T90%, diabetes-DBT, uso de estatinas).

Resultados: Se evaluaron 1066 pacientes, 493 mujeres (46%), edad, IMC e IPR medianos de 53 años (percentiles 25-75, 40-62), 27.7 kg/m² (percentiles 25-75, 24.4-31) y 13 (percentiles 25-75, 4-29) respectivamente. Hubo 336 reportes de HTA (142 mujeres) y 82 de ECV (31 mujeres). Las variables predictoras de CCV fueron: edad (OR 3.6, IC95% 2.7-4.8, $p < 0.001$), IPR (OR 1.6, IC95% 1.1-2.3, $p < 0.02$), IMC (OR 2.1, IC95% 1.6-3, $p < 0.001$), DBT (OR 1.5, IC95% 1-2.3, $p < 0.049$), uso de estatinas (OR 3.2, IC95% 2.2-4.7, $p < 0.001$) y T90 (OR 1.4, IC95% 1.01-1.9).

Conclusiones: Nuestros datos indicarían que en una población clínica con alta prevalencia de AOS, el género no constituyó un factor de riesgo para el reporte de hipertensión arterial y eventos cardiovasculares.

219- APNEAS CENTRALES DEL SUEÑO: A PROPOSITO DE UN CASO

CASTRO P¹; TOLEDO A¹; MAGGIO P¹; GROSS P¹; GARCÍA M¹; LEBUS J¹; CERVANTES V¹; SANDOVAL C¹; RODRÍGUEZ M¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

INTRODUCCION: Las apneas centrales del sueño, se caracterizan por episodios transitorios de cese o disminución del al menos el 90% del flujo aéreo, como consecuencia de una ausencia o reducción del esfuerzo inspiratorio generado por el centro respiratorio. En una poligrafía o polisomnografía esto se define por la ausencia o disminución del 90% del flujo buco nasal, sin evidencia de esfuerzo inspiratorio en la banda torácica y abdominal. Sujetos normales pueden presentar episodios de apneas centrales aisladas durante la transición sueño-vigila, en las reacciones de despertar y también en el sueño REM.

Se identifican en forma internacional seis tipos de apneas centrales, sobre la base de criterios clínicos y polisomnográficos (ICSM III)

-Apneas centrales del sueño (AC), con respiración periódica de Cheine.Stokes (RPCHS). asociadas a condiciones médicas sin RPCHS. asociadas a respiración periódica en gran altitud, a medicamentos o drogas, idiopáticas o primitivas y AC que aparecen durante el tratamiento de SAOS.

La AC con RPCHS, se caracteriza por la alternancia de periodos de apneas hipopneas con periodo de hiperventilación siguiendo un modelo crescendo-decrescendo, asociado en su gran mayoría a la disfunción del ventrículo izquierdo.

CASO CLINICO: Hombre de 83 años de edad, con antecedentes de miocardiopatía isquémica con colocación de stent(2008), anticoagulado por FAARV, insuficiencia cardíaca en tratamiento, ecocardiograma doppler con hipoquinesia global del VI, con Fracción de Eyección de Ventrículo Izquierdo (FEY) de 47%. En el 2005 presenta excesiva somnolencia diurna (ESD), se diagnostica SAOS y comienza uso de CPAP. En el 2015 se deriva a nuestro servicio por intolerancia al CPAP y por continuar con ESD.

DISCUSION: Mostramos los hallazgos con una poligrafía ambulatoria y diferentes tipos de tratamiento.

Poligrafía año 2015: Se observa SAOS severo con un Índice de Apnea Hipopnea (IAH) de 59 ev/h a predominio de AC, que toman la forma de RPCHS. Siguiendo las recomendaciones de diferentes autores que bregan por el uso de CPAP y en caso de fallo uso de equipos binivelados, comentamos nuestra experiencia.

Con el tratamiento con autocpap a pesar de las variaciones de presión no se logra establecer un patrón respiratorio cercano al normal. Debido a esto intentamos con equipo binivelado con un sistema de ventilación dual, persistiendo la RPCHS. Al no lograr una mejoría con los equipos anteriores y persistiendo los síntomas, se empieza con un dispositivo servo asistido auto.

CONCLUSION: En el año 2015 la revista "The New England Journal of Medicine" publicó un trabajo sobre este grupo de pacientes alertando que aquellos que tenían una FEY \leq 45 % y predominio de AC tenían aumento en la mortalidad con el uso de ventilación servoasistida. Por tener el paciente una FEY $>$ a 45% decidimos probar el dispositivo, logrando la estabilización del patrón respiratorio, cambiando la estructura de sueño y logrando la mejoría clínica.

220- ANOMALÍAS DEL DESARROLLO PULMONAR DIAGNOSTICADOS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA EN UN AÑO

BENITEZ A¹; ANDREIS M¹; VARESE C¹

¹HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: Las Malformaciones Pulmonares Congénitas (MPC) son poco frecuentes comparadas con las enfermedades respiratorias adquiridas, constituyendo entre el 8-18% de todas las malformaciones. La incidencia de malformación Adenomatosa Quística (MAQ) es de 1:25000-1:35000 embarazos y de Enfisema Lobar Congénito (ELC) es de 1:20000-1:30000 embarazos. Los actuales avances en el control ecográfico prenatal han incrementado el diagnóstico a edades tempranas. Se presentan 3 Casos Clínicos diagnosticados desde enero 2016 a marzo 2017; dos de ellos son de diagnóstico prenatal.

Casos Clínicos:

Primer caso: Lactante femenino con diagnóstico por ecografía prenatal de MPC en Lóbulo inferior izquierdo (LII). TAC de tórax masa compatible con MAQ. Paciente no desarrolló sintomatología respiratoria. Se realiza Exéresis quirúrgica a los 6 meses de vida. Anatomía patológica: MAQ tipo II.

Segundo caso: Lactante masculino con diagnóstico prenatal de MPC en LII. Se confirma por TAC de tórax con contraste anomalía del drenaje venoso. RNM: irrigación anómala sistémica, compatible con Secuestro Pulmonar Izquierdo. Paciente con síntomas respiratorios desde el nacimiento. Exéresis quirúrgica los 6 meses de vida. Anatomía patológica: Secuestro pulmonar intralobar. MAQ tipo II (lesión híbrida).

Tercer caso: 2º Gemelar, femenino. Internado a los 45 días de vida por Bronquiolitis, VRS+. Rx de tórax: imagen aérea en lóbulo superior izquierdo (LSI) que desplaza y colapsa LII y mediastino hacia el lado derecho. Se sospecha y confirma por TAC de tórax ELC de LSI. Paciente sintomático respiratorio con dos internaciones posteriores con dificultad respiratoria e hipoxemia. Lobectomía a los tres meses de vida. Anatomía patológica ELC.

Discusión: El advenimiento de la terapia fetal hace que infantes con casos severos de MPC puedan ahora sobrevivir. Algunos pacientes pueden permanecer asintomáticos y diagnosticarse por hallazgos de imágenes. Otros producen infecciones recurrentes (20-86%) e incluso malignizarse en edades posteriores. Existen controversias sobre la indicación quirúrgica en los casos asintomáticos por desconocimiento de la historia natural de las MPC.

Conclusión: Las MPC varían en su presentación clínica y gravedad en función al grado de afectación pulmonar y de su ubicación en el tórax. Los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar síntomas respiratorios desde el nacimiento. Por ello es importante resaltar la importancia del diagnóstico prenatal de MPC para un seguimiento y tratamiento adecuados.

221- VALIDACIÓN DE LAS ECUACIONES ESPIROMÉTRICAS GLI (GLOBAL LUNG INDEX)-2013 EN NIÑOS ARGENTINOS

BUSI L¹; SLY P²

¹HOSPITAL DE TRELEW, ²Children's Health and Environment Program, Child Health Research Centre, The University of Queensland, Brisbane, Australia

Introducción: La publicación reciente de valores de referencia para espirometría para todas las edades y diferentes razas representa potencialmente un gran avance. Sin embargo, estas ecuaciones de referencia requieren validación local, especialmente en poblaciones no incluidas en el estudio original. Según nuestro conocimiento, no existen en Argentina valores de referencia espirométricos pediátricos, y muy pocos estudios se han realizado en Latinoamérica.

Objetivo: Comparar los valores espirométricos pediátricos de nuestra población en Chubut, Argentina con los valores de Global Lung Index (GLI)-2013.

Población: Niños reclutados de jardines de infantes y escuelas seleccionadas al azar en Trelew.

Material y métodos: Los padres completaron un consentimiento informado. El protocolo fue aprobado por los comités de Bioética y Docencia e Investigación del Hospital de Trelew. Las espirometrías fueron realizadas siguiendo normas de la American Thoracic Society. Se utilizó el método LMS (Lambda-Mu-Sigma) en el software R 3.3.2 para definir nuestras ecuaciones. Utilizamos el test de t en el programa SPSS 23.0 para comparar con las ecuaciones GLI. **Resultados:** Se reclutaron un total de 2072 niños sanos (50,92% varones, edad de 3,01 a 12,43 años). En la tabla 1 se comparan los valores de nuestra población con los predichos por GLI, estratificados por sexo y por ecuación. No encontramos diferencias estadísticamente significativas excepto por el VEF1 en niñas utilizando la ecuación "otros/mixta". **Conclusión:** Este estudio demuestra que la ecuación GLI-2013 para caucásicos es apropiada para usarse en nuestra población, mientras que la ecuación "otros/mixta" frecuentemente usada en nuestro país puede no ser apropiada.

Tabla 1.		CVF	VEF1	VEF0,75	FEF25-75%
GLI, ecuación "otros/mixta"	Masculino	-0,05 ± 0,02	-0,05 ± 0,02	No disponible	-0,05 ± 0,06
	Femenino	-0,07 ± 0,03	-0,06 ± 0,02*	No disponible	-0,07 ± 0,05
GLI, ecuación "caucásicos"	Masculino	0,06 ± 0,02	0,04 ± 0,02	0,03 ± 0,02	0,03 ± 0,05
	Femenino	0,04 ± 0,02	0,03 ± 0,01	0,02 ± 0,02	0,02 ± 0,04

Valores presentados como la diferencia (predicho-medido) ± desvío estándar. *p < 0,05

TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

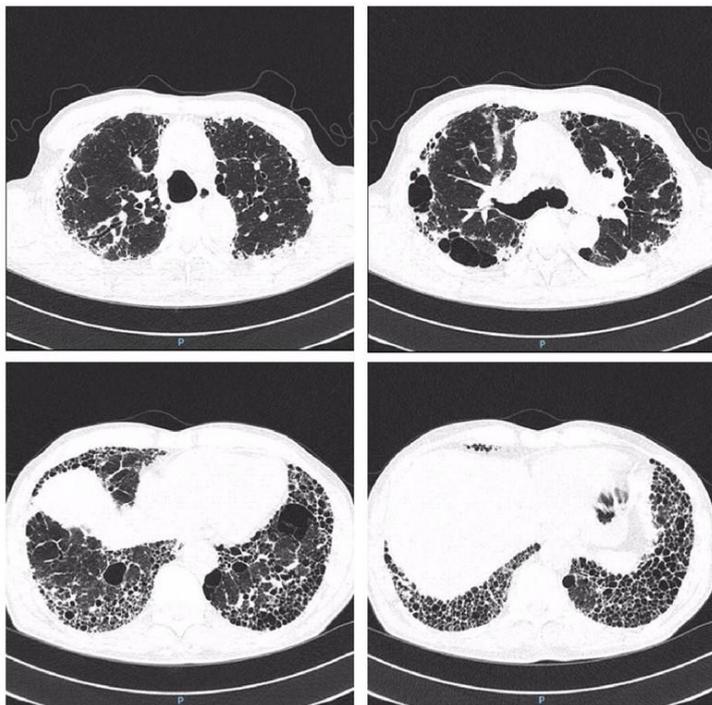
222- PACIENTE CON BRONQUITIS PLÁSTICA ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL INSTITUTO PROFESOR DR RAÚL VACCAREZZA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES Y SANATORIO TRINIDAD MITRE.

LAGRUTTA L¹; PARIAS NUCCI R²; BOAILCHUK I²; NATIELLO M³; VESCOVO M³; VIÑA J³; ALVES L³; PALMA I³; MARTÍNEZ D³; ESTEVAN R³; MEDIN M³; RESGUARDO A³; MARTÍN V³; CAPONE L³; CASTRO ZORRILLA L³; GONZÁLEZ MONTANER P³; INWENTARZ S³; PALMERO D³

¹Instituto Profesor Dr Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Trinidad Mitre, ²Trinidad Mitre, ³Instituto Profesor Dr Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Introducción: La bronquitis plástica (BP) es una rara enfermedad caracterizada por la producción de moldes bronquiales (MB) de origen linfático, que provocan obstrucción, a veces fatal, de la vía respiratoria. Se la conoce también como bronquitis fibrinosa o moldes bronquiales. Los moldes bronquiales de la BP suelen contener abundante mucina, pero a diferencia de los polímeros de mucina del mucus normal, unidos linealmente éstos están entrecruzados. La mayoría de los MB contienen sólo una pequeña cantidad de fibrina. Tampoco son abundantes los polímeros de ADN. El diagnóstico se confirma por la historia de expectoración de MB o por la remoción de estos por fibrobroncoscopia.

Caso clínico: Paciente de 11 años. Sin antecedentes de relevancia en el aspecto respiratorio. Atopía en piel. Se interna en febrero 2016 con diagnóstico de neumonía derecha con hipoxemia. Durante la internación expulsó un MB con el siguiente aspecto



Laboratorio normal. Endoscopia respiratoria: extracción de nuevo MB en bronquio fuente izquierdo con lavado bronquial. Espudo para gérmenes habituales, micobacterias, micológico y virológico: negativos. Evaluación cardiológica dentro de límites normales. Inició tratamiento con Fluticasona inhalada, N Acetil Cisteína por 3 meses. 6 meses después el paciente se reitera episodio de disnea y expectora un nuevo MB. Se interna: recibe antibióticos y se realiza kinesioterapia sin mejoría clínica. Endoscopia: se extrae un nuevo MB.

Discusión: La BP se ha descrito como complicación de diferentes enfermedades como asma, fibrosis quística, aspergilosis broncopulmonar, malformaciones linfáticas pulmonares y posoperatorios de cardiopatías congénitas. Estos MB podrían formarse por estasis linfática pulmonar. En la bibliografía se describen también casos asociados a cardiopatías por presentar dificultad en el retorno linfático debido al aumento en la presión



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

venosa o por lesión de linfáticos secundario a la cirugía cardiovascular. La pérdida de la linfa al árbol bronquial tiene como consecuencia la obstrucción de la vía respiratoria, en algunas ocasiones muy severa.

Conclusiones: La BP es una patología infrecuente y heterogénea caracterizada por la formación de MB que ocluyen parcial o totalmente la luz bronquial. Las manifestaciones clínicas son variadas e inespecíficas, como así también los hallazgos radiológicos. Su tratamiento es controvertido. El motivo de esta presentación es el MB como única manifestación de la enfermedad en pacientes sin antecedentes.

223- INCIDENCIA DE TBC EN HOSPITAL DE AGUDOS DE MENDOZA

MATAR M¹; ALCHAPAR E¹; VARAS H¹; PERALTA G¹; GONZALEZ A¹; ABALLAY G¹; MANGANIELLO K¹; GIL E¹; HAUILLE E¹

¹Hospital L. Lagomaggiore

Objetivo: determinar la casos nuevos de tuberculosis en Hospital L Lagomaggiore, localización de la misma, reacciones adversas secundarias al tratamiento y comórbidas que la puedan influenciar.

Material: Estudio descriptivo retrospectivo, en Hospital de agudos, desde 01 de Enero 2014 a 30 de Junio 2017. Incluyeron pacientes internados y ambulatorios de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de tuberculosis.

Métodos: Se realizó revisión de historias clínicas.

Resultados: se evaluaron 31 historias clínicas desde 1 de enero de 2014 hasta 30 junio de 2017, 10 (32,3%) mujeres y 21 hombres (67,7%) con predominio de edad entre 18 y 35 años (51,6%). 15 pacientes fueron diagnosticados en 2014 (48,4%), 9 2015 (29%), 4 en 2016 (12,9%) y 3 2017 (9,7%). 17 pacientes (54,8%) son Argentinos y 14 (45,2%) de otra nacionalidad, 23 del total de pacientes (74,2%) viven en Gran Mendoza, 6 (19,4%) en zona Este y 1 (3,2%) Valle de Uco. Las comórbidas fueron HIV 1, diabetes mellitus 1, desnutrición calórico proteica 1 y enolismo crónico actual 3 pacientes; además de 1 embarazo, todas causas de inmunosupresión. Teniendo en cuenta la localización, 20 pacientes (64,5 %) pulmonar, 9 (29%) pleural, 2 ganglionar (6,5%) y 3 diseminada (9,7%). 10 (32,3%) pacientes tenían PPD positiva. El diagnostico se realizó a 26 pacientes con baciloscopia positiva en 19 esputos con p 0,09, de los cuales 17 tenían infiltrado en radiografía de tórax p 0,005 solo 1 miliar; 4 en BAL y 3 en liquido pleural p 0,009; los pacientes con cultivo positivo fueron 16 (51,6%); solo una de 9 biopsias pleurales fue positivo p 0,003. Se derivaron 15 pacientes (48,4%). Solo 1 ingreso a UTI y 3 tuvieron insuficiencia respiratoria aguda. No se registraron muertes en el periodo evaluado. Fueron 28 (90,3%) casos nuevos, de los que se realizó seguimiento 8 abandonaron tratamiento y 1 presento recaída. A 29 pacientes se les realizo tratamiento estándar, 12 durante 6 meses, 4 más de 6 meses y el resto fue derivado. Se observaron los siguientes efectos adversos; hepatopatía en 1 pacientes, Dress en 2, eosinofilia en 5 y neuropatía periférica en 1. Los pacientes que presentaron Dress fueron derivados al centro de referencia de Tuberculosis de la provincia para realizar tratamiento de segunda línea, una de ellos requirió evaluación para trasplante hepático.

Conclusiones: En 2014 en Argentina hubieron 10525 casos lo que representa una incidencia de 24,7%, en la provincia de Mendoza 175 casos en 2014, lo que representa incidencia de 9,4%. Observamos que en nuestro Hospital hubieron 8,8 casos por año, aunque este dato presenta un sesgo ya que los pacientes HIV son diagnosticados, tratados y denunciados por servicio de infectología. Si bien en nuestro Hospital no realizamos tratamiento directamente observado, se derivaron 15 pacientes, 14 de ellos para tratamiento supervisado, el resto de los pacientes tratados a pesar de no recibir la terapéutica la modalidad DOT/TAES no presentó diferencias en cuanto a dicha modalidad.

224- MAL DE POTT

BOCCIA C¹; AMARILLA Y¹; MARTIN I¹; CASCO N¹; ABAD S¹; DE STÉFANO G¹; CUFRE M¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

Introducción: La tuberculosis (TB) osteo-articular ocupa en nuestro medio el 4° lugar entre las TB extrapulmonares. La afección de la columna vertebral o mal de Pott, representa el 50% de las TB osteo-articulares. Es una entidad infrecuente de gran relevancia porque es incapacitante cuando se diagnostica de forma tardía. Presentamos un caso de un paciente no HIV.

Caso clínico: Paciente masculino de 43 años argentino, con antecedentes de TB pulmonar con varios abandonos de tratamientos previos y enolismo crónico. Ingresó con tos productiva, debilidad en miembros inferiores y dolor dorsolumbar de dos meses de evolución. En la radiografía de tórax se evidencia opacidad heterogénea en vértice derecho e imagen cavitaria en campo medio y superior izquierdo. Se realizaron baciloscopías (BAAR) de esputo con resultados negativos. Se inició tratamiento antibacilar. Durante la internación presentó paraparesia moderada, con rápida evolución a paraplejía. Se realizó RMN de columna que informó compresión medular a nivel dorsal con mayor compromiso de D7 por lo que se decidió tomar conducta quirúrgica de urgencia. Se realizó laminectomía descompresiva, y se programó en servicio de neurocirugía de otro centro la artrodesis quirúrgica definitiva de la columna. Las muestras bacteriológicas e histopatológicas fueron negativas para neoplasias, TB, y gérmenes comunes. El parte quirúrgico informó caseum.

Discusión: El mal de Pott es el resultado de la diseminación hemática de un foco pulmonar que afecta con mayor frecuencia las últimas vértebras dorsales y las primeras lumbares. La 1° estructura de la articulación que se compromete es la sinovial, desde donde progresa al cartílago y luego al hueso. Es una espondilo-discitis que afecta 2 vértebras contiguas y el disco interpuesto, como sucedió en nuestro caso, y los destruye respetando la pared posterior de los cuerpos vertebrales. La osteólisis de la cara anterior produce el derrumbe en flexión y la cifosis angular. El diagnóstico en general es tardío, exponiendo al paciente a complicaciones graves como el compromiso neurológico y deformidad cifótica 2ra.a la fractura. El tratamiento antifímico se administra por lo menos durante 12 meses; nosotros agregamos a este corticoideoterapia, aunque está en discusión cuando no hay compromiso neurológico; se ha pregonado la inmovilización con corset durante periodos prolongados, dependiendo de la extensión de la lesión y el riesgo de desmoronamiento; la cirugía está indicada cuando la enfermedad invade el arco posterior o existen signos compresivos. El manejo interdisciplinario entre neumotisiología y neurocirugía es indispensable tanto al momento del diagnóstico como en el seguimiento.

Conclusión: Siendo el mal de Pott una entidad infrecuente y de curso insidioso en el cual los síntomas iniciales son locales, debe ser tenida en cuenta siempre en pacientes con dorsolumbalgia crónica y epidemiología para TBC, con el fin de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento médico que anticipe la necesidad de una resolución quirúrgica.

225- CARBAPENEMES-CLAVULANATO EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE

VESCOVO M¹; GARCÍA A²; MORACHO L²; CUFRE M²; NATIELLO M³; GAMBERALE A²; BARTOLETTI B²; AIDAR O²; POGGI S³; MATTEO M³; GONZALEZ MONTANER P²; PALMERO D¹

¹Htal de E Infecciosas F. J. Muñiz, Instituto Prof. Dr. Raúl Vaccaresza (UBA), ²Htal de E Infecciosas F. J. Muñiz, ³Instituto Prof. Dr. Raúl Vaccaresza (UBA)

Se define Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) a la provocada por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes al menos a isoniacida, rifampicina (TB-MDR), una fluoroquinolona anti-TB (FQ) y un inyectable de segunda línea (ISL). En la TB pre-extremadamente resistente (pre-XDR), situación previa a TB-XDR, existe resistencia a una FQ o a un ISL. El éxito terapéutico de estas formas de TB es bajo debido a las limitadas opciones terapéuticas y al retraso diagnóstico. En la espera de nuevas drogas disponibles, los carbapenemes representan un grupo de fármacos "repropuestos" cada vez más utilizados a nivel mundial.

OBJETIVO: Describir la evolución de los pacientes con TB pre-XDR y XDR que recibieron carbapenemes en el esquema terapéutico, así como la seguridad y el perfil de tolerancia a éstos fármacos, en un centro de referencia nacional.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo entre enero de 2012 y junio 2017 de pacientes VIH negativos, con TB XDR y pre XDR, según test de sensibilidad, que recibieron tratamiento que incluía en su fase inicial (6 meses) carbapenemes (meropenem, imipenem o ertapenem) más clavulanato asociado a linezolid. La evolución del tratamiento fue definida de acuerdo a los criterios de OMS de 2014.

RESULTADOS: Se incluyeron 22 pacientes, con una edad promedio de 35,8 años. 16 eran argentinos y 6 extranjeros (4 peruanos). 8 cumplían criterios de TB XDR y 13 de TB pre-XDR; una TB polirresistente (H, E, PAS, Cs) recibió este esquema por interacción medicamentosa y toxicidad. 19 presentaron resistencia al menos a 6 fármacos. 18 pacientes habían realizado al menos un esquema previo. Todos cumplieron como mínimo 6 meses de carbapenemes más clavulanato (2 realizaron 18 meses de tratamiento con Ertapenem por esquema terapéutico subóptimo, completándolo en forma ambulatoria). La conversión bacteriológica del cultivo al 6° mes se observó en 18 pacientes. El compromiso radiológico predominante fue bilateral cavitado. Tratamiento completo en 10 pacientes, aún en tratamiento 7 y un abandono. Fallecidos durante el tratamiento 4. La Diabetes Mellitus fue la comorbilidad más frecuente (4 casos). Las reacciones adversas fueron intolerancia digestiva (4 casos), polineuritis (1), hepatitis (1), anemia (1) y alucinaciones (2). Un paciente presentó diarrea por *C. Difficile*.

CONCLUSIONES: La evolución con el tratamiento fue favorable en 77,2% de los pacientes (10 finalizaron y 7 aún en tratamiento). La conversión del cultivo al 6° mes fue 81,8%. 3 de los pacientes que fallecieron presentaron baciloscopía de esputo persistentemente positiva, debido a falta de adherencia. La tolerancia fue buena, con muy baja proporción de efectos adversos atribuibles a los carbapenemes. El Ertapenem, en forma ambulatoria, es una opción atractiva de tratamiento, ya que su vida media más larga permite utilizarlo una vez por día. Los carbapenemes y el linezolid son drogas pilares en el esquema terapéutico de pacientes tuberculosos con amplia resistencia a fármacos.

226- MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS MONORRESISTENTE A ISONIAZIDA. APORTE DE MÉTODOS FENO Y GENOTÍPICOS AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

LATINI M¹; MATTEO M¹; PAUL R²; NEIRA L³; MONTESERIN J²; POGGI S¹

¹Instituto de Tisiopneumología, ²ANLIS Instituto, ³Hospital de Infecciosas

Objetivos: La tuberculosis resistente a fármacos es un grave problema a nivel mundial y su control representa un desafío para la salud pública. La isoniacida (INH) es una de las principales drogas de primera línea para el tratamiento de la TB, utilizándose además para quimioprofilaxis. Diagnosticar la resistencia a esta droga tiene implicancias epidemiológicas y terapéuticas, ya que no detectarla oportunamente lleva a la monoterapia con Rifampicina (RIF) en la fase de consolidación de tratamiento con la ulterior selección de cepas multirresistentes.

El objetivo de este trabajo es analizar la frecuencia de aislamientos de *Mycobacterium tuberculosis* monorresistentes a INH en concentración utilizada de rutina y en alta concentración y la correspondencia con las mutaciones más frecuentes en el gen *katG* y el promotor de *inhA*.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de aislamientos de pacientes con tuberculosis monorresistente a INH en un laboratorio de referencia durante 2014-2015. La resistencia a INH se evaluó mediante MGIT960 (0,1ug/mL) y/o el método de las proporciones en Löwenstein-Jensen (0,2ug/mL). En los casos de resistencia confirmada se probó una concentración más elevada (1ug/mL) por el método TBeXIST. En 11 aislamientos se analizó la presencia de las mutaciones más frecuentemente asociadas a resistencia a INH (*katG315* e *inhAP-15*) mediante MAS-PCR (multiplex allelic specific-PCR).

Resultados: De los 1491 pacientes con TB confirmada por cultivo en el período de estudio, 30 presentaron aislamientos inicialmente resistentes a INH por alguno de los métodos probados. De estos 30, seis fueron descartados por presentar discordancias (resistentes por MGIT960, sensibles por el método de las proporciones). De las 24 (1.61%) cepas restantes con monorresistencia confirmada a INH, 20 tuvieron resultados concordantes por ambos métodos, tres sólo fueron analizadas por el método de las proporciones y uno resultó resistente por MGIT960 y confirmado por el mismo método. En 21/24 aislamientos resistentes a concentración estándar de INH, se estudió sensibilidad a alta concentración (INH-1): 13/21 (62%) resultaron resistentes y 8/21 (38%) resultaron sensibles. De los 11/24 aislamientos investigados por MAS-PCR, 5 presentaron mutaciones en *inhAP-15* (4 sensibles a INH-1 y sólo 1 de ellos resistente); 1 presentó mutación en *katG315* (resistente a INH-1) y los 5 restantes no evidenciaron mutaciones (4 de ellos resistentes a INH-1).

Conclusiones: El hallazgo que alrededor de un tercio de nuestros pacientes fueran sensibles a INH-1 brinda una herramienta más al médico tratante. Es llamativo que casi la mitad de los aislamientos analizados por MAS-PCR carezcan de mutación en los sitios más frecuentes según describe la literatura y fueran resistentes a alta concentración de INH. Si bien MGIT960 es confiable y rápido en la detección de resistencia a INH y RIF, ante la presencia de discordancias en la monorresistencia a INH, es recomendable la verificación de los resultados.

227- PRUEBA UNIVERSAL DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN TUBERCULOSIS COMO HERRAMIENTA PARA DETECCIÓN DE RESISTENCIAS IMPREVISTAS

MATTEO M¹; LATINI M²; NEIRA L³; NATIELLO M²; POGGI S²; GONZÁLEZ MONTANER P¹

¹Hospital de Infecciosas F. J. Muñoz (MCBA), Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza (UBA), ² Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza (UBA), ³Hospital de Infecciosas F. J. Muñoz (MCBA)

Objetivo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento “Fin a la Tuberculosis” establece las estrategias del 2015 al 2035 para la lucha contra esta enfermedad. Dentro de los objetivos enunciados, se señala la necesidad de implementar pruebas de susceptibilidad antimicrobiana de manera universal. Si bien las indicaciones del Programa Nacional de Lucha Antituberculosa (PNLA) establecen la realización de antibiograma (ATB) en casos especiales (aislamientos correspondientes a individuos con antecedentes de tratamiento previo, baciloscopia positiva al finalizar el segundo mes de tratamiento, HIV (+), diabéticos, contacto con tuberculosis resistente a drogas, personal de salud, niños y pacientes provenientes de países con alto nivel de resistencia); nuestro laboratorio históricamente realiza ATB de rutina en una gran mayoría de pacientes, siguiendo de alguna manera los criterios indicados por la OMS actualmente. El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de resistencia a los fármacos antituberculosos de primera línea durante el año 2014 en aislamientos de complejo *Mycobacterium tuberculosis* provenientes de pacientes que no se encuentran dentro de los criterios indicados por el PNLA.

Materiales y métodos: Total de pacientes 3820. Se hizo diagnóstico de tuberculosis en 774 casos (595 HIV (-)). Se realizaron 714 ATB de los cuales 312 (43%) fueron de pacientes que no cumplían los criterios de PNLA. Los ATB se realizaron adrogas de primera línea: estreptomina (S), isoniazida (H), rifampicina (R) y etambutol (E). En casos de resistencia, se agregaron kanamicina (K), PAS y cicloserina (Cs). En pacientes ambulatorios, los ATB se hicieron por el método de las proporciones en medio sólido y en internados en medio líquido de Middlebrook usando el método automatizado BactecMGIT-960.

Resultados: 34/312 (11%) ATB detectaron resistencia a algunas de las drogas. La más frecuente fue la monoresistencia a S en 21/34 aislamientos, 7 tuvieron resistencia a H (uno fue polirresistente a SH) y 6 multirresistentes (MR). De ellos, cuatro fueron resistentes a SHRE, uno a SHR, uno a HR. Uno fue clasificado como pre-XDR.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de resistencia permite corregir rápidamente el tratamiento; evita el uso prolongado e inconveniente de drogas no útiles que pueden producir toxicidad y disminuye la posibilidad de nuevos contagios. El número importante de aislamientos resistentes en pacientes no incluidos en los criterios del PNLA remarca la necesidad de realizar al menos prueba universal de susceptibilidad antimicrobiana a rifampicina siguiendo las indicaciones actuales de la OMS.

228- TUBERCULOSIS EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA

LISANTI R¹; JALIFF M¹; GATICA D¹; DI GIORGI L¹; VILLA D¹; GONZALEZ L¹

¹Hospital Nuestra señora del Carmen

Objetivo: Conocer características epidemiológicas y clínicas de pacientes con Tuberculosis (TBC), diagnosticados en Servicio de Neumología del Hospital Nuestra señora del Carmen, Mendoza.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, comparativo. Se revisaron historias clínicas de los pacientes con Tuberculosis durante el periodo de enero del 2016 a mayo del 2017.

Resultados: 10 pacientes con Tuberculosis (9 primoinfección y 1 recaída). 50% hombres con edad promedio 55 años y mujeres 69. 1 paciente con contacto de TBC previo. *Nivel educativo:* 70% solo lograron educación primaria. *Lugar de residencia:* 40% de Godoy Cruz. *Condición social:* 90% vivienda propia, 100% agua potable, red cloacal e índice de hacinamiento menor de 2.4. *Condición económica:* 5 pacientes con ingresos 5.000-10.000, 3 > 10.000 y 2 < 5-000 pesos. *Índice de masa corporal:* 60% normal y 20% bajo peso. *Comórbidas:* hipertensión arterial 50%, Diabetes, EPOC y desnutrición 20 % cada una. 2 trabajadores de la salud y 1 paciente con diagnóstico previo hace 30 años. *Condición tabáquica:* 3 fumadores actuales, 3 ex tabaquistas y 4 nunca fumaron. *Motivo de consulta:* astenia en el 100% de los casos, fiebre 40%, sudoración 80%, pérdida de peso 70%, tos con expectoración 60% (2 hemoptisis) y tos seca 40%. *Método diagnóstico utilizado:* 6 pacientes baciloscopia de BAL por fibrobroncoscopia y 4 baciloscopia de esputo. *Localización pulmonar* en 100% de los casos, unilateral 8 pacientes y bilateral en 2. *Lóbulos pulmonares mas afectados:* lóbulo superior derecho y lóbulo medio 60%, lóbulo superior izquierdo 50% y lóbulo inferior derecho (10%). *Lesión radiológica:* cavitación 70%, patrón intersticial 40% y consolidación 30%, estas podían combinarse. 100% con tratamiento de triple asociación más etambutol, en 80% de 6 meses de duración. *Cumplimiento:* 4 completaron tratamiento, 3 actualmente en tratamiento, 1 abandono, 1 fallecido intra tratamiento, 1 fallecido antes de iniciar tratamiento. *Efectos adversos:* hiperuricemia 60%, hepatotoxicidad 30%, manifestaciones musculo-esqueléticas 20%, alteraciones cutáneas y gastrointestinales 10% cada una.

Conclusión: En informe mundial de TBC de año 2016 hubo 10.4 millones de nuevos casos. Argentina no escapa a este panorama, desde año 2016 hasta mayo del 2017 se registraron 10.537 casos, con tasa de 24.2 cada 100.000 habitantes. En Mendoza se registraron 172 casos en dicho periodo (tasa= 9/100.000), representando el 1,6% del país. En nuestro servicio se diagnosticaron 10 pacientes. Las características a destacar de los pacientes son edad promedio alta, provenientes todos del gran Mendoza, sin hacinamiento y solo un 20% con desnutrición. Se diagnosticaron 2 trabajadores de la salud. Todos los casos fueron de afectación pulmonar, principalmente unilateral. Los síntomas generales fueron los más frecuentes, tos seca estaba en el 40% y hemoptisis en el 20%. Al igual que lo reportado en la bibliografía la hiperuricemia fue el efecto adverso más frecuente del tratamiento. Tuvimos alta adherencia al tratamiento con seguimiento personalizado.

229- FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO HASTA EL FALLECIMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, 2014-2015

MORDINI N¹; RADOSEVICH A¹; ARIAS S¹; BOSSIO J¹; FERNANDEZ H¹

¹INER Dr. Emilio Coni

Objetivo: Estudiar el comportamiento del tiempo hasta el fallecimiento por tuberculosis y sus factores asociados.

Material y método: Se realizó un análisis de sobrevida utilizando el método de Kaplan Meier de los casos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud durante 2014-2015. El evento se definió como el fallecimiento por Tuberculosis (TB), según evaluación del tratamiento. El tiempo hasta el evento resulta de la diferencia entre la fecha de inicio del tratamiento y la ocurrencia del evento. Se excluyeron casos sin información sobre resultado de tratamiento y/o sin fecha de fin de tratamiento. Se calculó la supervivencia acumulada (SA) a los 6, 9 y 12 meses de tratamiento. Se estudió diferencia en el tiempo según sexo, grupo de edad, jurisdicción de residencia según tasa específica de mortalidad por TB para el bienio 2014-2015, localización, antecedente de tratamiento, resistencia a algún medicamento, coinfección TB-HIV, tratamiento anti retroviral, evaluadas mediante Test de Long Rank ($p < 0,05$).

Resultados: En el bienio 2014-2015 se notificaron 21454 casos de TB. Tras la aplicación de criterios de exclusión fueron objeto del presente análisis 13686 casos. La SA global de la muerte a los 6, 9 y 12 meses de iniciado el tratamiento fue de 0,93, 0,92 y 0,90, respectivamente. El menor tiempo hasta la muerte se asoció al sexo masculino ($p < 0,001$), con una SA 12 meses de 0,89 frente a 0,92 para las mujeres; a la edad mayor o igual a 65 años ($p < 0,001$), con una SA 12 meses de 0,75 frente a 0,97 en 0-14 años, 0,98 para 15-19 años, 0,91 en 20-64 años; a jurisdicciones de residencia con tasas específicas más altas de mortalidad por TB ($p < 0,001$), con una SA 12 meses de 0,82 frente a 0,91 en las jurisdicciones con tasas más bajas; a la localización extrapulmonar meníngea, miliar o diseminada ($p < 0,001$), con una SA 12 meses de 0,67 frente a 0,92 en pulmonares con confirmación bacilosκόpica y 0,89 en localización pulmonar sin confirmación bacilosκόpica; a la resistencia a algún medicamento del tratamiento contra TB ($p < 0,001$), con una SA 12 meses de 0,85 frente a 0,90 en los sensibles a medicamentos; y a la coinfección TB-HIV ($p < 0,001$), con un SA a los 12 meses de 0,70 frente a 0,94 en casos sin coinfección HIV. No se encontró diferencias en el tiempo hasta el fallecimiento según antecedente de tratamiento ($p = 0,158$), o tratamiento anti retroviral en pacientes con coinfección HIV ($p = 0,726$).

Conclusiones: La muerte por TB de un paciente en tratamiento es un resultado de alto impacto para la salud pública de nuestro país. Su ocurrencia indica dificultades operativas para el control de una enfermedad tratable y curable, especialmente en aquellas jurisdicciones donde no solo la muerte es más frecuente sino que además, más temprana. Las diferencias halladas de acuerdo a determinadas características, como sexo, grupos de edad, condición HIV, localización, reafirman la necesidad de ahondar esfuerzos en grupos más vulnerables para alcanzar resultados positivos.

230- ASOCIACIÓN TUBERCULOSIS Y DIABETES EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO EXTERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

VIÑA J¹; ALVES L¹; NATIELLO M¹; PALMA I¹; MARTÍNEZ D¹; ESTEVAN R¹; MEDIN M¹; RESGUARDO A¹; LAGRUTTA L¹; MARTÍN V¹; VESCOVO M¹; CAPONE L¹; CASTRO ZORRILLA L¹; GONZÁLEZ MONTANER P¹; INWENTARZ S¹; PALMERO D¹

¹Instituto de Tisioneumonología

Introducción. La tuberculosis (TBC) y la diabetes (DBT) son enfermedades de marcada prevalencia en nuestro país, asociadas se potencian provocando deterioro en la salud. *Objetivo:* Describir las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de la asociación TBC-DBT.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional mediante análisis de historias clínicas del consultorio externo del Instituto Prof. Dr. Raúl Vaccarezza en pacientes adultos, en el periodo 2008-2013.

Resultados: Se atendieron 3451 pacientes con TBC de los cuales 106 presentaron diagnóstico de DBT asociado, esto representó un 3,07%. El 57,5% correspondió al sexo masculino y 42,5% femenino. Se encontraron en mayor porcentaje los grupos etarios de 30 a 40 y 40 a 50 años (30,2% y 31,1% respectivamente). El 62,2% presentó DBT tipo II (tratamiento con hipoglucemiantes orales o sin tratamiento farmacológico) y el 37,7% DBT tipo I (insulino-dependiente). Presentaron baciloscopía positiva el 73,6% y negativa en el 20%; del resto no se obtuvo información. El 61,3% de los cultivos fue positivo y el 9,4% negativo; 29,2% sin información. El 85,8% de los casos fueron sensibles y tratados con drogas de primera línea, el 7,5% fueron multiresistentes y 2 monoresistentes, tratados con esquemas según antibiograma. 5 presentaron toxicidad diversa: hepática, farmacodermia y un caso de síndrome de Dress y recibieron tratamiento con drogas alternativas según tolerancia. La presentación pulmonar fue del 90,6%, la extrapulmonar del 4,7%, 1 caso mixto y 4 sin información. Se evaluó el control evolutivo de la diabetes, con registros de glucemias al comienzo y al final del tratamiento. En DBT tipo I la glucemia fue en promedio de 232mg/dl al comienzo del tratamiento y de 206mg/dl al final y para el tipo II de 152 y de 206mg/dl respectivamente. Desde el punto de vista radiológico, se hallaron los siguientes resultados: Unilateral Sin Cavidad 39,6%, Unilateral Con Cavidad 14,6%, Bilateral Sin Cavidad 21% y Bilateral Con Cavidad 24% y 4 se presentaron como pleuresías. Los campos radiológicos más comprometidos fueron los inferiores (40,7% izquierdo; 36,7% derecho) seguidos por los medios y los superiores. Las complicaciones se presentaron en 4 pacientes: 1 intervenido con cirugía abdominal (peritonitis) y 3 con compromiso pleural. Con respecto al tratamiento el 67% lo completó, el 22,6% lo abandonó y no se registraron datos en el 10,4%. La duración del tratamiento osciló entre 9 y 12 meses.

Conclusiones: La asociación TBC-DBT se presentó mayormente entre los 40 y 60 años y en el sexo masculino. Se observó mejor evolución clínica y de laboratorio en aquellos pacientes tratados con insulina. Mejores resultados podrían obtenerse con un equipo multidisciplinario integrado por neumonólogo, diabetólogo, nutricionista y la realización de controles que brinden mayor eficacia y eviten las complicaciones. Este trabajo preliminar propone mejoras en el registro y seguimiento de los pacientes a efectos de optimizar resultados y disminuir su impacto en la Salud Pública.

231- DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN TUBERCULOSIS DISEMINADA

RODRIGUEZ MIERES A¹; ABAD S¹; DE STÉFANO G¹; BOCCIA C¹; CASCO N¹; CUFRE M¹; PALMERO D¹

¹Hospital Muñiz

Introducción: El diagnóstico de tuberculosis (TB) se establece por la identificación del Mycobacterium Tuberculosis. Sin embargo, pacientes con evidencia clínica y radiológica de TB, se presentan con resultados persistentemente negativos de las muestras obtenidas.

Caso clínico: Paciente masculino, 45 años, oriundo de Bolivia, trabajador de taller de costura, con antecedentes de úlcera péptica. Consultó por presentar síndrome de impregnación de varios meses de evolución y tos con expectoración mucosa, asociado a dolor espontáneo en región dorsal. Fue evaluado en forma ambulatoria, donde se constató en tomografía (TC), una imagen cavitada en lóbulo superior izquierdo, motivo por el cual se tomaron muestras seriadas de esputo y lavado bronco alveolar (LBA) sin rédito alguno. Se internó en sala para su estudio. Al examen físico el paciente estaba adelgazado, presentaba palidez cutáneo-mucosa, tos productiva, crepitantes aislados bilaterales, hipoxemia persistente y dolor espontáneo en región dorsal. Se realizó una nueva TC de tórax y columna, donde se evidenciaron múltiples imágenes nodulares de distribución aleatoria, cavidades en ambos lóbulos superiores, y fractura y aplastamiento de D8 con desplazamiento del muro posterior hacia el canal medular, asociado a absceso paravertebral, afectando el músculo psoas ilíaco derecho. La ecografía reveló una imagen compatible con colección de músculo psoas ilíaco derecho de 60 cm³. El caso fue interpretado como presunta TB diseminada, iniciándose tratamiento empírico con antifímicos de primera línea. Se solicitaron estudios: esputos seriados para BAAR y hongos, directos y cultivos negativos, serologías para micosis profundas y VIH. Ante los resultados negativos obtenidos, se decidió realizar una nueva fibrobroncoscopia diagnóstica con LBA y esputo post-LBA, arrojando este último la confirmación diagnóstica. Fue evaluado por cirugía que indicó conducta expectante con respecto a la colección. Neurocirugía indicó inmovilización del raquis para posterior intervención quirúrgica programada.

Discusión: En nuestro país, la prevalencia de formas extra pulmonares de TB ronda entre 15-20%, la cual se incrementa notablemente en inmunodeficiencias, pudiendo llegar a 60% en pacientes con sida. Del número estimado por la OMS de casos nuevos de tuberculosis, aproximadamente 50% cursa con baciloscopia negativa. La sensibilidad de la broncoscopia en TB se encuentra entre 60-80%, ésta puede elevarse con una muestra de esputo 24-48 horas después del procedimiento, agregando aproximadamente 11% de sensibilidad.

Conclusión: A pesar de las extensas lesiones a nivel pulmonar, la mayoría de las muestras del paciente resultaron negativas. Cuando se tiene certeza epidemiológica, clínica y radiológica de estar frente a un paciente con TB, deben tomarse (adecuadamente) las muestras que sean necesarias para confirmar el diagnóstico. Lo cual adquiere especial relevancia, dado el riesgo potencial de efectos adversos ante un paciente con TB diseminada, quien recibirá un tratamiento prolongado.

232- FIBROSIS QUÍSTICA Y TRASPLANTE PULMONAR EN FUNDACIÓN FAVALORO

MAZZUCCO M¹; OSSES J¹; MARINUCCI F¹; WAGNER G¹; AHUMADA R¹

¹Hospital Universitario Fundación Favaloro

Objetivo: Dar a conocer la experiencia de Fundación Favaloro en cuanto a trasplante pulmonar en pacientes con fibrosis quística desde hace 21 años, así como, su evolución y complicaciones.

Materiales y métodos: Se procedió a revisar las historias clínicas y hallazgos tomográficos en 67 pacientes trasplantados pulmonares por FQ desde el año 1996 y se las comparó con la bibliografía.

Resultados: De 67 trasplantes pulmonares realizados a pacientes fibroquísticos desde 1996 a Enero del 2017 actualmente sobreviven 51, lo que representa una mortalidad total del 22,8 %, siendo el paciente más longevo trasplantado hace 18 años. La sobrevida a los 1, 5, 10 y 15 años fue respectivamente de 83,6%, 80,6%, 79,1,5% y 77,7%. La bibliografía reporta sobrevidas de 87,8%, 66,7%, 50,2% y 25% para los mismos periodos.

La edad media de trasplante de estos pacientes fue de 27,5 años.

Las complicaciones infecciosas son la principal causa de mortalidad en los pacientes trasplantados con FQ sobre todo dentro del primer año post trasplante. El agente etiológico más frecuentemente causal es la *Pseudomona Aurioginosa* la cual estuvo presente en algún momento de las reagudizaciones infecciosas de estos pacientes.

Las neumonías virales causadas por la familia de herpes virus y citomegalovirus no son frecuentes en pacientes con FQ trasplantados pulmonares. En nuestra experiencia solo se registraron 3 casos. La infección pulmonar por hongos está dada prácticamente por el *Aspergillus*, dado que estos pacientes tienen 4 veces más riesgo de infección que los trasplantados por otras causas.

Solo uno de nuestros pacientes trasplantados presentó infección por este hongo. Las complicaciones de la vía aérea en el caso de nuestros pacientes FQ esta se presentó en 11 pacientes lo que representa un 16,4 %.

La estenosis bronquial se presentó en 9 pacientes, siendo el bronquio intermedio y el bronquio fuente izquierdo los más afectados.

La dehiscencia bronquial se presentó en 2 pacientes, siendo el bronquio fuente izquierdo el comprometido.

El rechazo agudo es actualmente muy infrecuente debido al avance de la terapia inmunosupresora.

El rechazo crónico se presenta en el 50 – 55 % de los pacientes a los 5 años del trasplante.

El SBO representa el 70% de las causas de DPCI irreversibles, siendo la más frecuente, presente en 3 pacientes.

El SRE representa el otro 30% de las causas irreversibles de DPCI con una presentación más precoz que el SBO y una peor evolución con sobrevida media de 8 meses. Solo 1 paciente lo presento.

Conclusion: Debido al aumento de la sobrevida de los pacientes FQ y el mayor número de trasplantes pulmonares realizados consideramos importante que médicos de todas las especialidades conozcan de esta terapéutica, como así también, sus complicaciones a fin de actuar en tiempo y forma en caso de presentarse. Mencionamos además, la vital importancia de la tomografía computada multidetector para el diagnóstico precoz de las mismas.

233- EVALUACIÓN PRETRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

ORAZI M¹; KAHL G¹; DUBRA C¹; LUBOVICH S¹; TALAMONI H¹; SVETLIZA G¹; SMITH D¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN: La Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad hereditaria autosómica recesiva con una incidencia de 1/7.000 niños nacidos en Argentina. La supervivencia mejoró gracias al diagnóstico oportuno y avances en el tratamiento. El trasplante pulmonar es uno de los tratamientos de elección en la etapa más avanzada de la enfermedad.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas, demográficas, genéticas, antropométricas, microbiológicas y funcionales de los pacientes con diagnóstico de FQ derivados al Hospital Italiano de Buenos Aires para evaluación de trasplante pulmonar desde junio 2012 a 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de FQ al momento de la evaluación de trasplante pulmonar mediante la revisión de historia clínica electrónica. Se registraron edad, sexo, lugar de procedencia, edad al momento del diagnóstico, estudio de mutaciones genéticas, tipo de compromiso orgánico, índice de masa corporal (BMI), características clínicas y funcionales respiratorias, resultados de cultivos de esputo, número de Hospitalizaciones durante el año previo y presencia de complicaciones asociadas a FQ.

RESULTADOS: Se evaluaron 145 pacientes para trasplante pulmonar entre 2012 y 2017, 22 (15%) con FQ. La media de edad fue de 23.5 años, 59% eran varones, diagnóstico precoz en el 50% con estudio genético en 68%, la mutación más común p.F508 del heterocigota. El 59% procedentes de Bs. As. El 77 % tenían compromiso pancreático y 23% diabetes. El 86% tenía oxigenoterapia, el 59 % usaba BIPAP. La CVF fue de 1600 ± 603 ml (38 ±13%) y VEF1 de 841 ± 300 ml (24 ±7%). El 77 % tenían un VEF1 < 30%. El 81% tuvo un 6MWT menor a 400 mts, promedio 299 (±128). El 100% con colonización crónica por *Pseudomonas aeruginosa*, 18 tenían *Staphylococcus aureus*; 9 *Burkholderia cepacia* (5 con infección crónica) 7 *Aspergillus*, 4 *Achromobacter xylosoxidans*, 4 *Scedosporium apiospermum*, y 3 *Stenotrophomonas maltophilia*. Hospitalizaciones 2.3 ±1 anual. El BMI fue de 18.1 ±2.6 kg/m², el 72% tenía desnutrición y el 36% gastrostomía. Complicaciones asociadas a FQ: 4 neumotórax grave (1 recurrente), 3 hemoptisis con embolización bronquial y 2 hipertensión pulmonar. Ingresaron a lista de trasplante pulmonar el 86% de los pacientes. Cuatro no ingresaron, 2 por infección por *Burkholderia cepacia*, 1 por decisión personal y otro fallecido por sepsis postevaluación. No se registraron fallecimientos durante el tiempo de espera.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes evaluados ingresaron a lista de trasplante pulmonar con deterioro significativo de la función pulmonar y de su estado nutricional. Todos estaban colonizados crónicamente por *Pseudomonas aeruginosa* y tuvieron asociación de dos ó más microorganismos. Ningún fallecido en lista hasta el momento del estudio.

234- INSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR

MARTINEZ L¹; MOSCOLONI S¹; IBÁÑEZ T¹; OSSES J¹; AHUMADA R¹; WAGNER G¹; FAVALORO R¹; BERTOLOTTI A¹

¹Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El trasplante es un hecho disruptivo que impacta sobre el paciente, su familia y sus relaciones sociales. Permite eliminar las barreras físicas que la enfermedad ocasionaba y habilita al paciente a reintegrarse al mundo laboral. Las diferentes patologías producen incapacidades durante el pre- trasplante. La inserción laboral depende de su recuperación física, psíquica y social, como así también de las posibilidades que brinda el mercado laboral de un país. El trabajo representa una variable objetiva para evaluar la calidad de vida.

Objetivo: Observar la inserción laboral post trasplante.

Materiales y Métodos: Se encuestaron a 110 pacientes trasplantados de pulmón, mayores de 18 años, con más de 6 meses de seguimiento post- trasplante. Se utilizó un cuestionario cerrado. El mismo obtuvo una aceptación del 100%.

Cuestionario:

Fecha de trasplante

Edad

Sexo

Ud. trabaja actualmente

Si su respuesta es afirmativa, ¿ lo hace en relación de dependencia? (con recibo de haberes y aportes a una obra social y jubilatorios)

Si su respuesta fue negativa, indique los motivos.

Definimos trabajo informal como la población ocupada asalariada que no tiene descuento jubilatorio como atributo del puesto de trabajo.

Definimos trabajo formal como el conjunto de personas que tiene por lo menos una ocupación con descuentos de cargas sociales (obra social- aporte jubilatorio).

Definimos pacientes que no tienen ocupación y/o jubilados como aquellos que estan a cargo de un familiar, no desean trabajar en forma remunerativa o bien se han jubilado

Resultados: La Tabla 1 describe los resultados hallados.

Conclusiones: Si bien se observa una adecuada inserción laboral la mayoría lo hizo en condiciones informales.

El desconocimiento por parte de los empleadores, la escasa oferta laboral y el temor de los pacientes de perder su cobertura médica operan como variables importantes en la inserción laboral del paciente.

La tarea de educación e información a nivel comunitario es imprescindible para mejorar esta situación.



TRABAJOS CIENTÍFICOS 45° CONGRESO

235- EL TRABAJO GRUPAL CON PACIENTES EN SITUACION DE TRASPLANTE

MOSCOLONI S¹; MARTINEZ L¹; AHUMADA R¹; WAGNER G¹; OSSES J¹; BERLOTTI A¹

¹Hospital Universitario Fundación Favaloro

INTRODUCCION: Los pacientes (P) con enfermedades crónicas requieren de un abordaje interdisciplinario en función de optimizar el tratamiento y mejorar su calidad de vida.

La evaluación y asistencia psicológica y social durante el período pre y post trasplante permiten detectar, prevenir, e intervenir en diversas situaciones y problemáticas que pueden interferir en el desarrollo, evolución, seguimiento y resultado del tratamiento. Asimismo el abordaje psicosocial colabora optimizando la calidad de la asistencia integral

OBJETIVO: Desarrollar un programa de atención grupal destinado a P y familiares en lista de espera y trasplantados, con el objetivo de poder asistir a mayor cantidad de P en menos tiempo contener y canalizar la situación que implica la espera y la adherencia a un programa complejo de tratamiento.

MATERIAL Y METODO: Durante el pre trasplante se realizan tres grupos, 1) P: agrupados por edad y situación psicosocial, con frecuencia mensual y duración de 1 año; 2) familiares y P: con reuniones informativas brindadas por diferentes miembros del equipo durante dos veces al año y 3) familiares de P que esperan en situación de emergencia o urgencia internados, con una frecuencia semanal.

Los objetivos fueron: favorecer los vínculos, estimular la expresión de contenidos emocionales, generar una red social de acompañamiento y fortalecer la relación con el equipo de trasplante.

En el post- trasplante se realizan los siguientes grupos: 1) P: agrupados por edad, con frecuencia mensual; 2) P y familiares: con igual desarrollo que en el pre- trasplante y 3) familias; con dos encuentros pre y post- alta.

Los objetivos fueron: fortalecer la adherencia y el compromiso familiar, brindar información, orientación y favorecer la reinserción social y la expresión de temores

Se implementaron técnicas participativas que generen un espacio común de reflexión y discusión, y coetivizar y crear conocimientos

RESULTADOS: En la etapa pre- trasplante no se registraron dificultades en la dinámica ni en la asistencia. En el post- trasplante se observó falta de asistencia y compromiso con el grupo, falta de derivación del equipo, falta de conciencia de la significación del trasplante y falta de compromiso con el seg. Psicosocial.

En relación a los beneficios pudimos observar que se armaron redes de acompañamiento que favorecieron la espera tanto a pacientes como familiares y Se observó mejor evolución entre los pacientes que asisten al grupo como así también una mejor relación con el equipo.

CONCLUSION: Es importante la asistencia psicosocial grupal para P y familiares en situación de trasplante, en equipos con alto número de pacientes y poco personal en el área psicosocial.

236- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y COMPLICACIONES DE PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA POR BRONCOSCOPIA EN PACIENTES PERI TRASPLANTE INTRA TORÁCICO

RODRÍGUEZ T¹; OSSES J¹; BERTOLOTTI A¹; CANEVA J¹; ABSI D¹; AHUMADA J¹; KNIZ C¹; GREGORIETTI A¹; VARGAS M¹; VIRHUEZ Y¹; RANERO M¹; BALCAZAR J¹; PEREZ-PAEZ M¹

¹Hospital Universitario Fundación Favaloro

OBJETIVO: La traqueostomía percutánea (TP) es, actualmente la forma estándar de mantener la vía aérea en pacientes que requieren de ventilación mecánica prolongada. Sin embargo, en pacientes peri trasplante intratorácico, la literatura existente es limitada a estudios retrospectivos y series de casos. El objetivo del estudio es demostrar de forma prospectiva, la efectividad y seguridad de este procedimiento en pacientes en lista de espera y post trasplante; población con mayor riesgo de infección y sangrado que el resto de pacientes críticos.

MÉTODOS: Se están analizando de forma seriada y prospectiva, las TP realizadas por el equipo de trasplante intratorácico a partir de mayo del 2015. Utilizando sets Portex Ultraperc White Rhino con dilatadores de un paso y por técnica de Seldinger, guiado por fibrobroncoscopia.

RESULTADOS: En un período de 25 meses, se han realizado 30 TP. De estas, 6 fueron realizadas en el período pre trasplante, 20 en el post trasplante (17 pulmonares, 2 cardiacos, 1 cardiorrenal). La edad promedio de los pacientes es de 41 años, 19 (63%) son hombres y 11 (37%) son mujeres. Durante el procedimiento, 8 pacientes se encontraban asistidos con ECMO, y un paciente en hemodiálisis intermitente. El tiempo promedio de días de ventilación mecánica a la realización de la TP es de 9 días.

En 13 pacientes, el trasplante se realizó durante la misma internación, en un lapso de 6 a 62 días. En 10 pacientes que se transplantaron durante la internación, se realizó la TP posterior al trasplante.

Las principales indicaciones para la realización del procedimiento fueron: ventilación mecánica prolongada, insuficiencia respiratoria, rechazo agudo o crónico del injerto, falla en el destete, injuria, neumonía, estenosis traqueal y/o ventilación espontánea en ECMO. No hemos tenido complicaciones inmediatas y no se ha requerido transformación a traqueostomía quirúrgica en ninguno de los casos. Hasta el momento, no se han presentado complicaciones mayores ni menores durante seguimiento. 13 de los 20 pacientes (65%) que han egresado vivos, fueron decanulados exitosamente durante la internación.

CONCLUSIONES: Así como se reportó en el estudio retrospectivo de Pilarczyk en 2016, la TP puede ser realizada de forma segura para manejo prolongado de la vía aérea en pacientes en espera y en post quirúrgico de trasplante intratorácico, aún en casos de insuficiencia respiratoria aguda. Lo cual conlleva a la recomendación de esta técnica por encima de la quirúrgica. En nuestro estudio, se demuestra además y de forma prospectiva, que los riesgos de hemorragia e infección en estos pacientes son hasta el momento inexistentes, a pesar de encontrarse en ECMO y/o recibiendo inmunosupresión post trasplante.

237- RESULTADOS DEL PROGRAMA URUGUAYO DE TRASPLANTE PULMONAR

CHAO C¹; MUsETTI A¹; TOMMASINO N¹; REY N²; CENÁNDEZ A²; OSSES J³; CÁNEVA J³; BERTOLOTTI A³; CURBELO P¹

¹Hospital Maciel, ²Fondo Nacional de Recursos, ³Fundación Favaloro

Objetivo: Mostrar el registro de los datos demográficos y el análisis de los resultados de nuestra población desde el inicio del programa.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre las características de los pacientes incluidos en el Programa Uruguayo de Trasplante Pulmonar entre el año 2003 y Mayo 2017. Se realizó la recopilación de información desde la base de datos informática del programa.

Resultados: En el período analizado, ingresaron a lista de espera 63 pacientes.

La edad media al momento del ingreso fue de 39,5 años (+/-16) y el tiempo medio de espera en lista fue de 15,4 meses. El enfisema y la fibrosis quística fueron las patologías más frecuentes. La mortalidad en lista fue elevada (25%) y las patologías con mayor mortalidad en lista fueron la fibrosis pulmonar idiopática y la hipertensión pulmonar.

De los pacientes ingresados a lista, se trasplantaron 25 (39,6%). La edad media al momento del TxP fue de 38 años (9 – 64).

Las patologías trasplantadas más frecuentes fueron el enfisema y la fibrosis quística.

Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones y las complicaciones de la vía aérea.

La mortalidad de los pacientes trasplantados fue de 30,4%. La supervivencia media global condicionada fue de 6,5 años, y la causa más común de muerte fueron las infecciones.

En cuanto a aspectos psicosociales 95% de los pacientes trasplantados lograron reinserción total a tareas laborales y/o educativas. Utilizando la escala Likert para la autovaloración de la calidad de vida (rango de 0 a 10), la media antes del trasplante se sitúa en 3,13 contrastando con una media de 9 post-trasplante.

Conclusión: El trasplante pulmonar es una modalidad terapéutica en continuo crecimiento a nivel mundial. La cuidadosa selección de los pacientes, el seguimiento en el pre-trasplante, el desarrollo de nuevos inmunosupresores, los avances en las técnicas quirúrgicas y el estricto control post trasplante son factores que han determinado la mejoría observada en la supervivencia.

En nuestro medio, el trasplante pulmonar con la Fundación Favaloro como centro de referencia, ha logrado grandes avances desde su inicio, constituyendo actualmente una opción terapéutica válida para nuestros pacientes, con resultados similares a los publicados en los registros internacionales y con fuerte impacto positivo en aspectos psicosociales.

238- INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL PROGRAMA URUGUAYO DE TRASPLANTE PULMONAR

CHAO C¹; MUSETTI A¹; TOMMASINO N¹; OSSES J²; CÁNEVA J²; CURBELO P¹

¹Hospital Maciel, ²Fundación Favaloro

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo y retrospectivo de las infecciones respiratorias ocurridas en pacientes trasplantados pulmonares del Programa Uruguayo de Trasplante Pulmonar.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes trasplantados y re-trasplantados desde el inicio del programa, entre enero 2003 y mayo 2017. Se registraron todos los eventos infecciosos respiratorios post-trasplante ocurridos y sus características de presentación, etiología y severidad mediante recopilación de datos de la historia clínica informática.

Resultados: En los 25 trasplantes realizados entre el 2004 y Mayo 2017 se registraron 167 eventos infecciosos. 60% de los pacientes presentaron entre 0 y 4 eventos; 12% presentaron entre 4 y 9 eventos; el restante 28% más de 9 eventos.

La distribución por tipo de infección fue: 56% traqueobronquitis, 31% neumonía, 6,5% sinusitis y otras (pleural, síndrome influenza like, etc) el restante 6,5%. Se logró aislamiento microbiológico en 65% de los casos; liderando los microorganismos bacterianos (85 aislamientos), seguidas de las micosis (21) y los virus (10).

La distribución según infección precoz, intermedia y tardía fue 9% (15 eventos), 13% (22) y 78% (130) respectivamente. En los 3 grupos los microorganismos más frecuentes fueron los Bacilos Gram Negativos (BGN), destacándose *Pseudomonas Auriginosa* y *Klebsiella Neumoniae*. Dentro de las micosis predominaron *Aspergillus* y *Pscedosporium*; en tanto que el Citomegalovirus fue el agente viral más aislado.

En cuanto a la severidad de los eventos el 55% recibió asistencia ambulatoria, 35% requirió internación en sala o domicilio; y el 10% ingresó a terapia intensiva.

Excluyendo 2 pacientes fallecidos en el post-operatorio inmediato, 4 de las 5 muertes ocurridas hasta el momento (80%) fueron de causa infecciosa.

Conclusiones: Las infecciones respiratorias afectan al injerto pulmonar en cualquier momento posterior al trasplante. Factores vinculados al receptor y al trasplante hacen que el pulmón sea más susceptible a las infecciones respecto al resto de los Trasplantes de Órganos Sólidos. El microorganismo causal varía según el tiempo al trasplante y el nivel de inmunosupresión. En nuestra serie los BGN fueron los agentes más frecuentes, seguidos por las micosis . En nuestra población han sido eventos de alto impacto, no solo por su alta frecuencia, sino también por haber sido la principal causa de muerte. El diagnóstico y tratamiento precoz, así como las medidas profilácticas son fundamentales para el control de esta complicación.

239- RECHAZO CRÓNICO DEL INJERTO PULMONAR: EXPERIENCIA EN FUNDACIÓN FAVALORO

MAZZUCCO M¹; OSSES J¹; MARINUCCI F¹; WAGNER G¹; AHUMADA R¹

¹Fundación Favaloro

Introducción: El trasplante pulmonar es una opción terapéutica válida para enfermedades pulmonares en estadio terminal. La sobrevida se encuentra relacionada al desarrollo de rechazo crónico el cual se presenta en el 50 – 55 % de los pacientes a los 5 años del trasplante.

Los fenotipos de disfunción pulmonar crónica del injerto pulmonar (DPCI) son el síndrome de bronquiolitis obliterante y el síndrome restrictivo.

Objetivo principal: Demostrar nuestra experiencia en pacientes con diferentes fenotipos de rechazo pulmonar crónico.

Objetivo secundario: Dar a conocer las diferencias clínicas y hallazgos tomográficos que diferencian los diferentes fenotipos DPCI.

Materiales y Métodos: Se procedió a revisar las historias clínicas de todos los pacientes trasplantados pulmonares con sospecha clínica o diagnóstico histológico de DPCI y se las analizó. Dicha sospecha se estableció en base a la espirometría. Para el síndrome de bronquiolitis obliterante una caída de VEF1 mayor o igual al 20% del valor máximo, registrado en 2 tomas separadas por al menos 3 semanas. Para el síndrome restrictivo una caída persistente de a CVF mayor o igual al 10% asociado o no a caída de VEF1, registrado en 2 tomas separadas por al menos 3 semanas.

Resultados: De 359 trasplantes pulmonares realizados en 21 años se estableció el diagnóstico de DPCI en 59 pacientes (16,4%).

Se identificó gran predominio del síndrome de bronquiolitis obliterante 93% de los pacientes **IMAGEN**; el restante 7% correspondió al síndrome restrictivo.

Pudimos establecer que el mayor porcentaje de pacientes trasplantados pulmonares desarrollan DPCI a los 3 años post cirugía (31%) y el tiempo medio de mortalidad desde el diagnóstico fue de 2 años.

Ninguno de nuestros pacientes presento reversibilidad del SBO con el tratamiento con azitromicina

De los 59 pacientes con DPCI, 7 de ellos fueron re trasplantados lo que representa el 12% de los casos

Conclusión: El conocimiento de los diferentes fenotipos de DPCI, así como su manera de distinguirlos es de fundamental importancia debido a que conllevan a diferentes tiempos evolutivos y pronósticos de sobrevida.

Así también, es necesario conocer los hallazgos tomográficos que permiten diferencia uno de otro ya que es el método no invasivo por excelencia para este fin.

240- TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR: EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

WAGNER G¹; CÁNEVA J¹; AHUMADA J¹; BERTOLOTTI A¹; PARRILLA G¹; FAVALORO R¹; OSSÉS J¹

¹Hospital Universitario. Fundación Favaloro

Introducción: la hipertensión pulmonar (HP) es la elevación anormal de la presión arterial pulmonar media definida como aumento igual o mayor de 25mmHg en condiciones de reposo. El trasplante de pulmón (TXP) es una opción terapéutica válida para los pacientes cuando se agotan las medidas médicas y la sobrevida se encuentra comprometida, siendo las técnicas quirúrgicas de elección el trasplante bipulmonar (TXBP) y cardiopulmonar. Las tasas de supervivencia son similares entre ambos procedimientos, y debido a la escasa disponibilidad de donantes en nuestro país, que condiciona una elevada mortalidad en lista de espera determina que el trasplante pulmonar sea la opción más adecuada.

Objetivos: describir las características clínicas y la evolución de los pacientes con HP receptores de trasplante pulmonar.

Material y Métodos: estudio retrospectivo, se evaluaron todos los pacientes con HP receptores de TP entre diciembre de 2009 y mayo de 2017. Fueron analizados datos demográficos, etiología, hemodinamia pulmonar, función del ventrículo derecho, Clase Funcional (CF) al momento del trasplante, requerimiento de asistencia extracorpórea mecánica (ECMO), complicaciones post trasplante y evolución.

Resultados: durante el período de estudio analizado se trasplantaron 183 pacientes, de los cuales 16 pacientes (8,7%) recibieron trasplante bipulmonar por HP. 10 pacientes del sexo masculino (62,5%); la edad media de 33,3 años (13-54). Las etiologías fueron: HPI 11 pacientes (68,5%), 4 pacientes por Cardiopatía Congénita (25%) y un paciente (6,25%) por HP Tromboembólica Crónica. La CF al momento del trasplante fue III en 6 pacientes (37,5%) y IV en 10 pacientes (62,5%). Todos los pacientes con PAPm severa (media de 64,8 mmHg, rango entre 47-83) y el ventrículo derecho (FS VD) con deterioro moderado a severo de la función sistólica. 10 pacientes se trasplantaron en condición de emergencia, 5 pacientes en urgencia B y un paciente en situación de electivo. Las complicaciones que presentaron en el post operatorio inmediato fueron: injuria de reperfusión en 7 pacientes (43,7%), 3 pacientes (18,3%) sangrado con reexploración quirúrgica, 2 pacientes (12,3%) complicaciones infecciosas (neumonía, infección de la herida quirúrgica), un paciente (6,25%) paresia diafragmática bilateral y un paciente (6,25%) deshiscencia de la sutura bronquial. Un paciente requirió ECMO en el pretrasplante y tres pacientes en el post trasplante inmediato. Un paciente falleció a los 12 días post trasplante por shock séptico secundario a deshiscencia de la sutura bronquial. El resto de los pacientes evolucionaron con mejoría clínica, sin requerimiento de oxígeno y con ecocardiograma de control con mejoría de la función ventricular derecha, sin objetivarse hipertensión pulmonar.

Conclusiones: el trasplante bipulmonar representa una opción válida para los pacientes con HP cuando se han agotado los tratamientos médicos, con mínimas complicaciones posterior al mismo y buena evolución de los pacientes.

241- PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES EVALUADOS PARA TRASPLANTE PULMONAR

AHUMADA J¹; OSSES J¹; WAGNER G¹; CANEVA J¹; RANERO F¹; VIRUHEZ Y¹; DEL MORAL L¹; PARRILLA G¹; BERTOLOTTI A²; FAVALORO R²; CAPONI G²; ZAMBRANO C²

¹Fundación Favaloro, ²fundacion Favaloro

Introducción: El objetivo del trasplante pulmonar (TP) es mejorar la supervivencia y calidad de la de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar avanzada. La selección del receptor es uno de los aspectos importantes para un resultado exitoso. Durante el proceso de selección se realizan diversos estudios incluyendo inmunoserologías, screening de infección y neoplasias, función pulmonar y cardiaca en reposo y esfuerzo a fin de diagnosticar patologías pasibles de resolución antes del trasplante o que puedan ser causas de exclusión al mismo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de enfermedad coronaria en pacientes con enfermedad pulmonar avanzada, evaluados para trasplante pulmonar y su rol como causa de contraindicación para el mismo.

Material y Método: Análisis descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los pacientes evaluados para TP durante el periodo comprendido entre enero de 2000 y junio de 2017 a quienes se les realizó de manera protocolizada cinecoronariografía (CCG). Se analizaron edad, sexo, tabaquismo, etiología de la enfermedad pulmonar, condición clínica al momento de la evaluación, resultados de la CCG y evolución.

Resultados: Durante el período de estudio se evaluaron para TP 1003 pacientes; fueron estudiados mediante CCG 646 pacientes (64%), con edad ≥ 45 años. Se detectó en 148 ptes (22%) lesiones coronarias que requirieron intervenciones; 124 masculinos (84%), la edad promedio fue de 58 años (rango 45-69 años), 127 ptes (86%) tenían antecedentes de tabaquismo (55 paquetes/año). Las indicaciones de evaluación pre TP fueron: Fibrosis pulmonar (FP) 71 ptes (48%), 55 ptes (37%) enfisema pulmonar, 18 ptes (12%) síndrome combinado enfisema-fibrosis y 3 ptes bronquiectasias (2%). Al momento de la evaluación 90 ptes (62%) se encontraban en clase Funcional (CF) III y 58 ptes (38%) en CF IV. Se indicó tratamiento médico a 93 ptes (62%), cateterismo con angioplastia e implante de stent en 56 ptes (38%), cirugía de revascularización miocárdica en 3 ptes (2%). 4 pacientes con severo deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo no fueron aceptados para TP. 18 ptes (12%) fueron trasplantados. Fallecieron en lista 98 pacientes, 4% de los decesos fueron secundario a enfermedad coronaria.

Conclusión: La evaluación pre TP permite detectar patología coronaria no diagnosticada, pudiendo resolverse la misma mediante diversas opciones terapéuticas. La enfermedad coronaria en nuestro programa de trasplante pulmonar no es una causa frecuente de exclusión, a diferencia de lo publicado por la literatura internacional.

242- GUÍA EDUCATIVA PARA PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMÓN.

IBAÑEZ T¹; YAKOBAS N¹; GARDERES M¹; DI LORETTO M¹; AHUMADA R¹; WAGNER G¹; BERLOTTI A¹; OSSES J¹

¹Fundacion Favaloro

Introducción: El trasplante pulmonar es una alternativa terapéutica para los pacientes portadores de patologías crónicas respiratorias, la educación para el alta es una función de enfermería que permite guiar al paciente y a su familia en los cuidados, haciéndolo protagonista de su autocuidado que es fundamental para lograr una pronta recuperación y mejor calidad de vida.

Objetivo: brindar al paciente y su familia los conocimientos necesarios para el autocuidado mediante una guía diseñada por el equipo de trasplante pulmonar.

Desarrollo: Durante el 2016-2017, se transplantaron 37 pacientes de los cuales solo un paciente abandonó la medicación por falta de adherencia al tratamiento y un porcentaje mínimo se reinternó por otros motivos no vinculado a la educación. En el proceso de educación para el alta, se realizan charlas planificadas con el paciente y su familia, a través de entrevistas presenciales y se utiliza como herramienta educativa la "guía para pacientes trasplantados pulmonares". La misma contiene los siguientes temas: pautas vinculadas a los cambios que pueden observar en relación con el funcionamiento de los pulmones, cómo manejar la inmunosupresión, estudios de seguimiento que debe realizarse, cuidados generales y prevención sobre infecciones, ejercicios físicos para su rehabilitación, sexualidad y todo lo referente a la legislación vigentes sobre trasplantes y datos de contacto con su coordinador de enfermería. Cada paciente trasplantado recibe su guía al alta en formato digital. <http://www.fundacionFavaloro.org/wp-content/uploads/2016/05/Guia-Pulmonares-F.pdf>

Resultados: Una de las dificultades que enfrenta el equipo es la mala adherencia de los pacientes al tratamiento. En la medida en que los pacientes logran adherirse al tratamiento, logran también una mejor calidad de vida. Desde la implementación de la guía en formato digital (30/5/17) los pacientes manifiestan estar mejor informados, consultar la misma ante cualquier duda y la consideran una herramienta fundamental para sus controles.

Conclusiones: La herramienta diseñada por enfermería que se utiliza como parte del Programa Educativo pretende mantener una estructura que facilite el proceso de aprendizaje y permita al paciente adquirir destrezas para la toma de decisiones acertadas y seguras durante su cuidado.

243- INTERVENCIÓN SOBRE EL HABITO TABAQUICO A FAMILIARES DE NIÑOS INTERNADOS EN UN ÁREA CRÍTICA

GONZALEZ L¹; FERRENTINO M¹; DI LORETTO M¹; TRENTADUE J¹

¹Fundacion Favaloro

Introducción. El tabaquismo resulta perjudicial no solo para los fumadores sino también para los no fumadores, siendo la principal causa de muerte prevenible. Se llevó a cabo encuestas individualizadas a los padres y/o tutores que tuvieron a sus niños internados en la UCIP y en Trasplante de Médula Ósea Pediátrico (TMOP). Las intervenciones por parte de enfermería además de las encuestas, fue transmisión de conceptos de prevención para generar concientización sobre el consumo y exposición pasiva y sobre los daños posibles generados por este consumo. Se brindó educación a aquellos que evidenciaban desconocimiento.

Objetivos. Determinar la prevalencia de consumo de tabaco en los familiares que acompañaban al paciente durante su internación. Evaluar el nivel de conocimiento sobre los tóxicos y enfermedades que produce el consumo de tabaco tanto al fumador activo como al pasivo. Brindar educación incidental ante la detección de desconocimiento.

Material y método. Entre los meses de junio a diciembre del 2016, se realizaron encuestas a todos los padres y/o tutores que tuvieron a sus niños internados en la UCIP y TMOP en el HUFF. Se incluyeron preguntas sobre su hábito tabáquico, efectos nocivos del tabaco en la salud y se realizaron mediciones de monóxido de carbono en aire espirado (CO).

Resultados. Se encuestaron a 72 personas: 40 mujeres y 32 hombres; rango de edad 20 a 58 años. El 28 % correspondía a fumadores, 72 % no fumadores de los cuales el 54% fumó en su pasado. En relación al conocimiento de los daños provocados por el consumo de tabaco, el 58 % desconocían el riesgo de muerte al nacer, 56% mayor problema de fertilidad, 55% aborto espontáneo, 55% muerte súbita del lactante, 50 % mayor dificultad a quedar embarazada, 44 % disminución eréctil y el 33 % mayor riesgo a malformación congénita. El 20 % de las mediciones de CO (n° 14) correspondían a valores superiores a las 6 ppm (rango 6-22). El 93% de los padres expresó la importancia de recibir la información brindada.

Conclusión. Los resultados de las encuestas evidenciaron los temas que los padres desconocían. La encuesta fue un instrumento informativo y educativo para ellos, por esta razón, todos los profesionales de enfermería que tenemos contacto con el paciente y familia podremos realizar intervenciones más efectivas ya que la información brindada por nosotros produciría un impacto positivo antitabaco en el marco asistencial diario.

244- EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO INHALATORIO

RAMOS P¹; DI LORETTO M¹; GIMENEZ K¹; BLENGINI L¹; CENTURION M¹; FINES C¹; VELAZQUEZ N¹;
SANCHEZ LAIME J²; CANEVA J¹

¹fundacion Favaloro, ²FUNDACION FAVALARO

Introducción: Las enfermedades obstructivas de las vías aéreas inferiores, concretamente el asma, el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica obstructiva, son enfermedades frecuentes que pueden presentarse a toda edad. La educación para pacientes con dichas enfermedades en relación a la terapia inhalatoria, brinda la posibilidad de mejorar la calidad de vida de ellos. Mediante diferentes dispositivos se permite la administración de fármacos que actúan específicamente en las vías respiratorias inferiores a fin broncodilatar y por ende aliviar así los síntomas de estas enfermedades. Sin embargo, aunque la medicación sea adecuada, ésta puede fallar si no se aplica correctamente. Por eso se considera fundamental que el paciente conozca y cumpla la metodología de aplicación de la terapia inhalatoria. Enfermería diseñó herramientas útiles para favorecer el aprendizaje en la utilización de estos dispositivos.

Objetivo: Educar a los pacientes en el correcto uso de los distintos dispositivos inhalatorios, promoviendo el autocuidado a fines de lograr la eficacia terapéutica deseable.

Material y métodos: Personal de enfermería del Servicio de Neumonología del Hospital Universitario Fundación Favaloro, implementó un taller de educación en pacientes con enfermedades obstructivas desde el año 2005. La educación se encuentra a cargo de enfermeros del Laboratorio de Función Pulmonar. A cada paciente que ingresa al taller, se realiza instrucción, control de la técnica y se refuerzan los pasos del proceso. En el año 2011, personal de enfermería confeccionó herramientas (video educativo, presentación en Power Point (PP), y folletos didácticos y explicativos) que les permite a los pacientes reforzar el proceso de aprendizaje. También se realiza un seguimiento personalizado, a través de fichas que contienen datos como sus antecedentes respiratorios y el tipo de dispositivo que utiliza.

Resultados: Desde octubre del 2016 a junio de 2017 se educaron a 157 pacientes, donde de manera sencilla y clara se explicó paso a paso el correcto uso del dispositivo indicado por su médico utilizando el video o la presentación en PP. Luego se observó que la realización de la técnica fuera la correcta, y finalmente se les entregó un folleto para reforzar lo aprendido. EL 100% de los pacientes agradecieron la educación brindada; 37% no había recibido educación, el 63% había sido educado en algún momento y esta educación sirvió como refuerzo del uso correcto.

Conclusiones: La falta de destreza en el manejo de los inhaladores es responsable de los fracasos terapéuticos. Es por ello que la educación de enfermería, como proceso progresivo y continuo, en el correcto uso de los distintos dispositivos de la terapia inhalatoria contribuye a mejorar el cumplimiento y la eficacia del tratamiento.

245- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RECEPCIÓN Y CUIDADOS INMEDIATOS DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMÓN DENTRO DE LA ESTADÍA DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

GONZALEZ L¹; WAGNER G¹; TRENTADUE J¹; AHUMADA J¹; BERLOTTI A¹; PARRILLA G¹; CANEVA J¹; FAVALORO R¹; OSSES J¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO. FUNDACION FAVALORO

Introducción: la atención del post quirúrgico inmediato de los pacientes trasplantados pulmonares pediátricos está conformado por un equipo multidisciplinario, debiendo el plantel de enfermería permanecer las 24 horas al lado del paciente, sus funciones son múltiples, está encargado de detectar signos anormales y actuar en consecuencia; nuestros objetivos son la satisfacción de las 14 necesidades de Virginia Henderson, desde la necesidad de oxigenación hasta lograr la autonomía del paciente.

Objetivo: establecer los cuidados realizados por los profesionales de enfermería dentro de las 48 horas post trasplante en la sala de cuidados intensivos pediátrica

Metodología: los cuidados en las primeras 12 horas del posquirúrgico son: permeabilidad de la vía aérea, valoración de la adaptación al respirador, capnógrafo, reducción del aporte FI02 de acuerdo a los resultados del estado ácido base; monitorización de ECG; FR; saturimetría de oxígeno; medición de PVC y, dependiendo el diagnóstico puede necesitar colocación de catéter de Swan Ganz; accesos centrales y arterial permeables; administración de medicación según indicación médica: antibióticos, inmunosupresores; asegurar un buen aporte de glucosa; medir glucemia; protección ocular; higiene bucal; fijación y cuantificación de los drenajes, valoración de los mismos; balance de ingreso y egreso horario, valorar el aporte de líquidos según necesidad hemodinámica del paciente; cuidados en el sondaje vesical. Observación de los estudios diagnósticos, laboratorios y radiografía de tórax. Comunicación con el equipo interdisciplinario: terapeuta, neumonólogos, kinesiólogos, cirujanos, anestesista, nutricionista. Comunicación con la familia, y que esté la misma el mayor tiempo posible con el paciente. Detección de complicaciones propias del trasplante o que se relacionen con la enfermedad previa del paciente.

Resultados: desde enero de 2007 a junio de 2017 se trasplantaron 13 pacientes pediátricos, de los cuales 11 se recibieron en el post quirúrgico inmediato en la terapia intensiva de pediatría (UCIP). Todos los pacientes fueron trasplantados bipulmonares, dos pacientes con trasplante bilobar y un paciente re trasplantado por rechazo crónico del injerto. Las etiologías fueron Fibrosis Quística 6 pacientes (54,4%), bronquiectasias adquiridas 2 pacientes (18,1%), hipertensión arterial pulmonar un paciente (9%), pulmón secuelar un paciente (9%) y rechazo crónico del injerto un paciente (9%). La edad media de los pacientes 14,7 años (12-17 años). Las complicaciones fueron injuria de reperfusión tres pacientes, neumonía dos pacientes, un paciente falleció por shock séptico. La estadía media en la UCIP fue 14,9 días (rango 4 a 49 días).

Conclusión: la actuación del personal de enfermería es importante en el manejo inicial de pacientes sometidos a trasplante pulmonar, ya que es el profesional que se encuentra más cercano al paciente en forma permanente y puede percibir alteraciones de las funciones vitales, hemodinámicas, respiratorias que son informadas al médico.

246- ROL DEL ENFERMERO EN EL POST OPERATORIO DE PACIENTE RE TRASPLANTADO BIPULMONAR QUE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

GONZALEZ L¹; WAGNER G¹; TRENTADUE J¹; CÁNEVA J¹; AHUMADA J¹; BERTOLOTTI A¹; PARRILLA G¹; FAVALORO R¹; OSSÉS J¹

¹Hospital Universitario. Fundación Favaloro

Introducción: el rol de enfermería en la atención de un paciente de alta complejidad necesita de personal idóneo que pueda detectar complicaciones de manera precoz e intervenir en consecuencia y colaborar en su recuperación con la mayor rapidez posible. Se seleccionó el caso por no ser habitual en el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP); es un paciente re trasplantado bipulmonar, que requirió Asistencia de Membrana de Oxigenación Extracorpórea (ECMO). La importancia de los cuidados de enfermería son oxigenación, nutrición, movilización, sueño, temperatura, higiene e integridad de la piel, seguridad, comunicación y recreación.

Caso clínico: sexo masculino, 15 años de edad, trasplantado bilobar en junio de 2012 por Hipertensión Arterial Pulmonar que evolucionó con rechazo crónico del injerto, siendo evaluado para retrasplante pulmonar. Junio de 2015 fue re trasplantado bipulmonar. Complicaciones inmediatas fueron falla primaria del órgano, disfunción cardíaca severa, con colocación de ECMO veno-arterial y posterior conversión a VAV. En las primeras doce horas persistió con sangrado por lo cual fue intervenido quirúrgicamente en la UTIP. Requirió ECMO por 12 días. Permaneció en ARM prolongada, siendo traqueostomizado. Los cuidados de enfermería según las necesidades: **Oxigenación:** mantener las vías aéreas permeables, análisis de los resultados de laboratorio sobre los parámetros del ECMO y respirador; manejo de medicación inotrópica, con su respectiva monitorización continua, transfusiones según necesidad. **Nutrición:** alimentación sonda transpilórica, avanzando la mejoría comienza alimentación por SNG. **Movilización** se realizó al principio para evitar lesiones en la piel, y luego de la salida del ECMO para que recupere la tonicidad muscular. **Seguridad:** valoración de riesgo neurológico, ver las tubuladuras de ECMO, pre y post membrana, observación de fibrinas, valoración de pupilas, sedación adecuada al paciente por el riesgo a extracción accidental de las cánulas, cuidados en la manipulación de todos los accesos que presente el paciente, respetando las normas de bioseguridad y protocolo institucional, observar sangrados, verificar que el goteo de heparina sea el indicado y anotar los resultados de laboratorio ante cualquier cambio. **Comunicación** esta necesidad es primordial con el equipo interdisciplinario, enfermería es el nexo de todas las profesiones, participa activamente de cada actividad, con la familia, se le permite al familiar estar el mayor tiempo posible, aún con el paciente sedado, se realiza educación y contención. La recreación fue fundamental el paciente al despertarse tuvo regresión de la edad, ansiedad, angustia que requirió medicación. Presentó debilidad muscular generalizada, recibió kinesioterapia motora, logrando caminar con ayuda.

Conclusiones: presentamos un paciente trasplantado bipulmonar con múltiples complicaciones en el post operatorio inmediato. El rol del profesional de enfermería como miembro del equipo multidisciplinario es importante. Alta institucional a los 74 días con asistencia de enfermería y rehabilitación motora