

Nov.
2023

Vol.
23

Supl.
1

1-100

FUNDADA EN 2001
ISSN 1852-236



ramr

Revista Americana de Medicina Respiratoria
American Review of Respiratory Medicine



23 AL 26 DE NOVIEMBRE 2023
CENTRO DE CONVENCIONES BS. AS.

www.ramr.org
revista@ramr.org

Circulación pulmonar.....	1
Cirugía torácica	7
Endoscopía	9
Enfermedades infecciosas	18
Enfermedades intersticiales	32
Enfermedades obstructivas e inmunología	41
Enfermedades ocupacionales y ambientales.....	47
Fibrosis quística	48
Kinesiología.....	50
Laboratorio pulmonar y fisiopatología	54
Neumonología clínica	57
Neumonología crítica	66
Oncología.....	70
Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva	75
Rehabilitación respiratoria.....	82
Pediatría	82
Trasplante pulmonar.....	84
Tratamiento del tabaquismo	86
Tuberculosis	87

51° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria del 23 al 26 de noviembre 2023

CIRCULACIÓN PULMONAR

ID#7

HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA: PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES

Autores: Victoria Rosa Fernández Gómez | Silvia Luluaga¹ | Fabián González¹ | Diego Abdala¹ | Rafael Del Río¹ | Carolina Moreno¹ | Mónica Carrizo¹ | Jorge Alba¹ | Andrea Vaca Segovia¹ | Pablo Romero¹

Filiación: ¹HOSPITAL PADILLA TUCUMÁN

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HTPTEC) es la única causa potencialmente curable de hipertensión pulmonar. Prevalencia: 3,2 a 50 casos / millón/ Enfermedad grave, con alta mortalidad: sin tratamiento sobrevive 10% a los 5 años, con PAPm > 50 mmHg. Con la tromboendarterectomía pulmonar (TEA) la supervivencia a los 5 años es > 80%. Caso clínico: Paciente de sexo femenino. Edad: 36 años. Consulta el 7/2/23 por disnea CF 2-3. A. Patológicos: Artritis Reumatoidea. Tabaquista. Hipotiroidismo. Anticoncepción oral hasta el 2018. TEP en agosto del 2018. En 2019 embarazo, se le indica anticoagulación con enoxaparina. Durante el embarazo se le diagnostica TPSV, se le realiza procedimiento de ablación en junio del 2019, cursando 3^{er} mes de embarazo. Al 6^o mes de embarazo presenta bradicardia, se le diagnostica bloqueo A-V completo, y se coloca MPD DDD. Eco doppler venoso de miembros inferiores 29/3/2019: no se observan trombos. Suspende anticoagulación. Persiste disnea CF1. TAC con protocolo para TEP 21/8/2020: AP 32 mm, amputación y falta de realce en ambas arterias lóbulos inferiores. Imagen nodulillar 6 mm en LSD. Curso 2^{do} embarazo en 2022. Ecocardiograma 25/1/22: normal. Laboratorio 17/1/22: perfil de trombofilia negativo. TAC de tórax con protocolo para TEP: 27/1/23: AP 39 mm, ausencia de realce en ambas arterias lóbulos inferiores. Ecocardiograma doppler 27/1/23: Al levemente dilatada, FEY 57%, VD tamaño y función conservada, PSAP 42. Movimiento asincrónico del septum. Espirometría 2/2/23; Restricción leve. TM6M 2/2/23: Se detiene al 5 min, desaturación 73%, BORG 10, recorre 360 mts. Gammagrafía pulmonar V/Q: ausencia de perfusión campo izq., defectos de perfusión segmentarios campo derecho. Paciente con internación en UCO del 9 al 13/2/23: con diagnóstico de TEP. Ecocardiograma doppler 10/2/23: asincronía septal, VI Y VD normal, AI 31 mm, IT leve, PSAP 42 mmHg. Eco doppler venoso de miembros inferiores sin trombos. Se solicita CCD: 14/3/23: hipertensión pulmonar precapilar: pw 7 mmHg, Papm 25 mmHg, RVP 2,25, GC 8L/ min, IC 4l/min/ m². NT PRO BNP 9/3/23: 203 pg. / ml. Diagnóstico presuntivo: hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Se decide derivación a hospital EL CRUCE, para evaluación para TEA y/o angioplastia pulmonar. Ingres a hospital El Cruce el 24/4/23, donde coinciden en el diagnóstico de HTPTEC, y deciden programar TEA, la cual se realiza el 23/5/23. La paciente intercorre con edema de reperfusión en el posoperatorio, que responde favorablemente al balance hídrico negativo y VNI. Alta hospitalaria el 3/6/23. Discusión y Conclusiones: Tener en cuenta elementos clínicos e imagenológicos que permitan sospechar HTPTEC, sobre todo disnea de esfuerzo persistente post TEP y factores de riesgo para el desarrollo de la misma. Así mismo, y siguiendo el algoritmo SCAR (Sospechar –Confirmar-Analizar Riesgo) decidir el mejor tratamiento para el paciente, y tener en cuenta que, de no recibir tratamiento adecuado, es una patología de elevada morbimortalidad.

ID#8

HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A FÍSTULAS MÚLTIPLES CORONARIO-PULMONARES

Autores: Victoria Rosa Fernández Gómez¹ | Silvia Luluaga¹ | Fabián González¹ | Diego Abdala¹ | Rafael Del Río¹ | Carolina Moreno¹ | Mónica Carrizo¹ | Jorge Alba¹ | Andrea Vaca Segovia¹ | Pablo Romero¹

Filiación: ¹ HOSPITAL PADILLA TUCUMÁN

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: La fístula de la arteria coronaria (FAC) o fístula coronaria es una conexión anormal entre una arteria coronaria y cualquiera de las 4 cámaras del corazón o cualquiera de los grandes vasos (vena cava superior, arteria pulmonar, venas pulmonares o seno coronario). Estas comunicaciones suelen ser congénitas. Las fístulas coronarias también pueden ser adquiridas, tras traumatismo, infección o lesión iatrogénica. Pueden ocurrir como resultado de enfermedades intracardíacas, operaciones cardíacas congénitas, técnicas percutáneas (caterismos). Pueden estar presentes en el 0,002% de la población general y representa el 0,4% de todas las malformaciones congénitas. Las fístulas múltiples ocurren en el 10,7% al 16% de todos los casos. Pueden producir clínica de hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca e isquemia miocárdica, o ser asintomáticas. Caso clínico: Paciente sexo femenino. 39 años. Obesidad. Síndrome metabólico. Diagnóstico de Hipertensión Pulmonar Idiopática en 2019. Cateterismo cardíaco derecho (CCD) 5/9/19: PCP 12 mmHg. PAP 91/ 35 (56) mmHg. PVD 90/20 mmHg. PAD 14 mmHg. RVP 17 UW. RVS 29.97UW. GC 2,7 L/ min. IC 1,29 L/min/m². TVR negativo, medicación: Sildenafil 50 MG C/8 HS. Espironolactona 25 mg/día. Furosema 40 mg/día. Consulta el 10/6/22, por SÍNCOPE. Ecocardiograma 21/7/22: PSAP 75, TAPSE 22, FEY TM6M 22/7/22: 349 MTS, saturación inicial 94%, mínima 91%. NT PRO BNP 715 PG/ ML. HOLTER 9/9/22: arritmia supraventricular de baja densidad, tono simpático aumentado CCD y Cateterismo cardíaco izquierdo (CCI) 29/9/22: PCP 10 mmHg. PAP 72/27(42). PVD 77/10 mmHg. PAD 10 mmHg. GC 3,3 l/ min. IC 1,57 l/ min/ m². RVP 9,69 UW. Coronarias sin lesiones. Imagen compatible con fístula descendente anterior a arteria pulmonar de gran desarrollo, y otras dos fístulas menores. Se categoriza con score de riesgo intermedio alto. Se solicitan Tadalafilo, Ambrintan y Trepostinil inhalado por expediente. Inicia tratamiento con tadalafilo 20 mg/ día. TM6M 28/2/23 408 MTS. NT PRO BNP enero 2023 266 PG. Disnea CF 2. Ecocardiograma doppler 28/2/23: PSAP 77 mmHg. TAPSE 18. Inicia en marzo ambrintan 10 mg/ día. Se decide derivación a hospital El Cruce, donde ingresa el 27/3/23. Es evaluada en dicho centro, decidiéndose cierre percutáneo de la fístula de mayor tamaño el 28/3/23. Además ese mismo día se le hizo entrega del trepostinil inhalado, iniciando dicha medicación. Alta hospitalaria el 30/3/23. Paciente actualmente (julio 2023) con disnea cf 1, TM6M recorre 423 MTS, sin desaturación. Discusión y Conclusiones: Las fístulas coronario-pulmonares son una patología poco frecuente, existe poca bibliografía sobre su manejo. En este caso se diagnosticó al solicitar CCI por factores de riesgo coronario de la paciente, se dedujo origen congénito de la misma, y se pudo cerrar exitosamente por vía percutánea.

ID#20

MIOMAS E HIPERTENSIÓN PULMONAR (¿CAUSALIDAD O COMORBILIDAD?)

Autores: Ayelén Fernández¹ | Nicolás Lanfranco¹ | Julián Meres¹ | María Zorrilla¹ | Martín Berzucker² | Marcelo Nahin³ | Daniel Aimone¹

Filiación: ¹ Unidad Hipertensión Pulmonar Hospital El Cruce ² Ginecólogo Hospital El Cruce ³ Jefe Cirugía Cardiovascular Hospital El Cruce

Sección: Casos clínicos | **Póster | Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: Los Leiomiomas Uterinos son una neoplasia benigna de frecuente aparición en mujeres en edad reproductiva, relacionados con la enfermedad tromboembólica venosa, por el fenómeno compresivo generando estasis venoso pélvico, pero este pareciera no ser el único factor que lo relaciona con el desarrollo posterior de hipertensión pulmonar, si no que además su presencia es gatillo de fenómenos que influyen sobre la vasculatura a nivel sistémico. Serie de Casos Caso 1 DC 34 a Diag de mioma hace 4 años, embolización fallida de arteria uterina, 6 meses posteriores TEP y posteriores pérdida clase funcional, diagnóstico de HPTEC en marzo 2022. Cirugía de Mioma, 6/5/22 y TEA 28/6/22. Caso 2 SS 47 a Diag de Mioma 2018. Diag de Hipertensión pulmonar primaria noviembre 2019, internaciones, posterior a desc por anemia e insuf cardíaca derecha, cirugía mioma 30/6/20. Actualmente seguimiento con 2 drogas. Caso 3 FR 48 a Diag de mioma 2022, Hipertensión pulmonar primaria, se descartó HPTEC, fallece con severa insuf cardíaca derecha marzo 2023. Caso 4 MV 46 a Diag mioma noviembre 2021, 2 episodios de TEP en 2022, HPTEC, cirugía mioma 27/1/23, actualmente plan de TEA Caso 5 AE 46 a diag mioma marzo 2022, severa HPTEC, cirugía mioma 21/6/23 (leiomioma más endometriosis) en plan de TEA. Caso 6 SY 40 a diag mioma más quiste ovárico izq septiembre 2022, portadora de Leucemia Mielóide crónica (LMC), Hipertensión pulmonar atribuible a Inhibidores tirosin kinasa, cirugía 30/6/23 (histerectomía más ooforectomía izquierda, continúa con 2 drogas. Discusión y Conclusiones: Las seis pacientes de nuestra serie poseen distintos grupos de hipertensión pulmonar y tienen en común severos miomas uterinos, como comorbilidad determinante en su evolución clínica. Una variada combinación de estímulos hormonales y alteración de señalización están involucradas en el desarrollo y crecimiento de los miomas. Alteraciones de las células madre del músculo liso uterino (señalización de estrógeno, progesterona, como así también vías de señalización intracelular) comparten sustratos fisiopatológicos con diversos procesos afectados al endotelio. Esto conduce a la expansión de esta población celular seguido por el reclutamiento de células de músculo liso vascular y fibroblastos. Este estímulo inicial pareciera no limitarse a las células uterinas si no que los vasos pulmonares reciben también la señalización y factores de crecimiento modificando así su fisiología

ID#22

ANGIOTOMOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. AUDITANDO LA PRÁCTICA HABITUAL

Autores: Gonzalo Luis Santiago¹ | Enrique Barimboim¹

Filiación: ¹ Hospital Central de Mendoza

Sección: Trabajos de investigación | **Comunicación oral | Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: Se ha generalizado el uso de la Angiotomografía de tórax (ATC) ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar. La incidencia de esta patología ha aumentado, aunque con una ligera disminución en la mortalidad. Sin embargo, su sobreuso ha sido cuestionado en múltiples publicaciones. El enfoque actual sugerido por las principales sociedades internacionales recomienda un abordaje diferenciado según la probabilidad clínica inicial. Objetivo: Analizar la utilización actual de la ATC en nuestro nosocomio y los resultados obtenidos. Comparar los hallazgos con los reportes internacionales y otros datos locales. Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, basado en datos recopilados desde el 23/06/2022 hasta el 23/08/2022. Se evaluaron el servicio solicitante, la presencia o ausencia de tromboembolismo pulmonar en la ATC y el dímero D. Se valoró el uso de escalas de predicción de riesgo (Wells o Ginebra) en el departamento de urgencias y la aplicación de los algoritmos diagnósticos sugeridos. Los resultados se compararon con un análisis previo local realizado en 2018. Resultados: Durante los 60 días analizados, se realizaron 147 ATC (69 en el servicio de urgencias) y se tuvo acceso a 115 historias clínicas.

En el 16% de los estudios solicitados se diagnosticó tromboembolismo pulmonar. El dímero D fue positivo en 27 de los 33 casos, de los cuales 6 eran compatibles con tromboembolismo pulmonar. En el departamento de urgencias no se documentó el uso de escalas predictivas y en 33 pacientes no se registró ningún factor de riesgo. Discusión y Conclusiones: Se evidenció una baja adherencia a los algoritmos diagnósticos en el servicio de urgencias, lo que resultó en una solicitud inadecuada de ATC. La positividad total de las ATC fue del 16%, comparable a los hallazgos de reportes internacionales que oscilan entre el 14% y el 22%. Sin embargo, la positividad relativa en nuestro análisis previo realizado en 2018 fue mayor, del 36%. Otro punto relevante es el aumento en el número de solicitudes en la serie actual: se realizaron el doble de estudios en un tiempo cuatro veces menor. Nuestros hallazgos podrían relacionarse con la inercia postpandemia de COVID-19 y la facilidad para adquirir imágenes con un alto rendimiento diagnóstico. Este enfoque de atención tiene desventajas y aumenta injustificadamente los costos, lo que es especialmente relevante en países de bajos recursos.

ID#33

¿TERAPIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR GUIADA POR GRUPOS?

Autores: Alejo Ramos¹ | Josefina Pascua¹ | Manuel Ibarrola¹ | Silvia Quadrelli¹

Filiación: ¹ Sanatorio Guemes

Sección: Casos clínicos | **Póster | Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HTP) es una enfermedad vascular que desencadena el remodelado del árbol vascular pulmonar, determinando aumento de las resistencias pulmonares con el subsecuente incremento de la poscarga del ventrículo derecho y desarrollo, finalmente, de insuficiencia cardíaca. Es una enfermedad de mal pronóstico, con clínica insidiosa e inespecífica lo que determina que sea infradiagnosticada. Actualmente los esfuerzos están dirigidos hacia la sospecha y diagnóstico precoz, estudio de su causa, estimación de mortalidad y tratamiento dirigido. El diagnóstico de certeza de HTP es por hemodinamia con presión arterial pulmonar media (PAPm) en reposo >20 mmHg. Sus causas se dividen en 5 grupos, de los cuales los Grupos 2 y 3 son los más frecuentes. Caso clínico: Paciente mujer de 43 años de edad, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) a los 33 años que complica con Tromboembolismo Pulmonar (TEP) de arterias pulmonares (AP) principales a los 39 años, evidenciado por cateterismo e indicación de filtro de vena cava por trombocitopenia severa, trombólitos locales y posterior anticoagulación permanente. En su seguimiento, con sospecha de Síndrome Antifosfolípido (SAF) seronegativo, evoluciona con tos seca y disnea progresiva de 2 meses, destacando espirometría y volúmenes pulmonares normales, desaturación a los 115 metros en el test de marcha y DLCO corregida de 57%, asociado con ecocardiograma con signos directos de HTP (insuficiencia tricuspídea severa, aplanamiento sistólico del septum interventricular y estimación de presión sistólica de AP de 79 mmHg) y cateterismo con imágenes compatibles con TEP crónico bilateral (re canalización de principales y signos de TEP crónicos en segmentarias) con PAPm 51 mmHg y Presión Wood (PW) de 12. Con diagnóstico de HTP grupo 4 se indica Sildenafil 50 mg en ascenso y luego se rota a Riociguat 2,5 mg cada 12 h asociado a angioplastia con balón con controles posteriores de PAPm de 27 mmHg y test de marcha sin desaturación. Discusión y Conclusiones: La HTP es una patología que puede ser primaria secundaria a un grupo de enfermedades variadas. Presentamos caso de LES (HTP Grupo I) que complica con TEP bilateral (HTP Grupo IV). La mayor evidencia se encuentra sobre el Grupo I, siendo extrapolada a diferentes grupos. Una gran diferencia entre grupo I y IV es que en el primero se debe realizar test de vasorreactividad, donde 10-20% son positivos, y de ellos la mitad mantienen respuesta a largo plazo. Otra diferencia se encuentra en el tratamiento, donde en el grupo I hay evidencia de mejores resultados con terapia dual, mientras que en el grupo IV se inicia con tratamiento intervencionista, de elección la tromboendarterectomía pulmonar y de no ser posible, con monoterapia, preferentemente Riociguat,

asociado a angioplastia pulmonar con balón. Este caso permite dilucidar las dificultades que suele acarrear la terapéutica de aquellos pacientes que no pertenecen a un solo grupo, haciendo hincapié en el trabajo multidisciplinario para la toma de decisiones y su correcto diagnóstico.

ID#106

HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTE CON IMPLANTE DE MARCAPASOS

Autores: Gladys Carrasco¹ | Viviana Nazzo¹ | Nadya Bejarano¹ | Karen Ochoa¹ | Rosalía Ahumada¹ | Jorge Cáneva¹ | Juan Osseles¹ | Roberto Favalo¹

Filiación: ¹ Fundación Favalo

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas. Paciente femenino de 46 años derivada desde otro sanatorio internada desde 19/11/22 por ICAD con antecedente de disnea progresiva CF II-III Antecedentes mórbidos y epidemiológicos Extabaquista IPA 10, implante de MCP definitivo hace 18 años por BAV completo diagnosticado previo procedimiento (cesárea), HTA, (6/2022) TEP secundario a mal funcionamiento de MCP por desconexión del cable, (9/22) HTP severa (recambio de generador con permanencia de cables) APF: padre y prima muerte súbita MH: Rivaroxabán 20 mg/día; Valsartán 80mg/día. Hierro/Ac. fólico 1mg x día. Tadalafilo, AAS Examen físico TA 110/70mmHg FC 80 lpm Afebril Sat 98%. Auscultación VM conservado, desdoblamiento de R2, extremidades no edemas Tratamiento Extracción de múltiples cables de marcapasos. TEAP bilateral Evolución y/o resolución del caso Paciente con buena evolución. Mediciones hemodinámicas: preo/postTAM 71/57mmHg, PAP 38/45mmHg, AD 9/18mmHg, VM 3.1/5.4L/m², RVPT 1000/660DLCO 14.4 ml/mmHg/min (57%). PM6M: DR 105 m. (18% Predicho). Sat O₂ basal 95%; Sat O₂ min 92%. Borg 10 (muy, muy fuerte). Se suspende al minuto 3 por Borg 10 (Disnea). Discusión / Conclusiones: La incidencia de fenómenos tromboembólicos secundarios a la implantación de un marcapasos es del 5 y el 64%. La tromboembolia pulmonar sintomática tiene una incidencia menor a 4% y está relacionada con trombosis a nivel del cable de marcapasos. Estos fenómenos tromboembólicos pueden aparecer en cualquier momento tras la implantación del marcapasos. El tratamiento de la trombosis sobre electrodo de marcapasos es controvertido. El tamaño y localización de la trombosis, así como la repercusión clínica, suelen ser los determinantes del manejo terapéutico. Las opciones de tratamiento son manejo médico (antiagregación y anticoagulación), tratamiento fibrinolítico o embolectomía percutánea o quirúrgica.

ID#122

CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR: EVALUACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DE NUEVAS VARIABLES ECO-CARDIOGRÁFICAS

Autores: Paula Kaplan¹ | Nicolás D'amelio¹ | Germán Souto¹ | Andrés Dini¹ | Manuel Lago¹ | Martín Sivori¹ | Justo Carbajales¹

Filiación: ¹ Hospital Gral de Agudos JM Ramos Mejía

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Circulación pulmonar

Resumen: La prueba de consumo de oxígeno (TECP) en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) no quirúrgica permite obtener variables pronósticas como el consumo máximo de oxígeno (VO₂max) y el cociente entre ventilación y producción de dióxido de carbono (VE/VCO₂) y es un estudio sugerido por Guías de Práctica de Hipertensión Pulmonar (GPHP) para estratificación de riesgo. Lo mismo sucede con el cociente entre la distancia de excursión sistólica del plano tricuspídeo (TAPSE) y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) medidas por ecocardiograma transtorácico (ETT) parámetro incorporado por las GPHP ESC/ERS 2022 en la categorización de riesgo debido a su capacidad de discriminar mortalidad al año en diferentes puntos de corte. La asociación predictiva entre la relación TAPSE/PSAP y las variables del TECP mencionadas no está definida en esta población. Objetivo primario: determinar la asociación

entre TAPSE/PSAP y VO₂max, VE/VCO₂ en pacientes con HAP e HPTEC no quirúrgica. Objetivos secundarios: determinar la asociación entre VE/VCO₂ y variables ecocardiográficas como TAPSE, PSAP, cambio de área fraccional del VD(FAC) y área de aurícula derecha. Material y métodos: se evaluaron 7 pacientes en total, 6 con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar idiopática, asociada a VIH y a enfermedades del tejido conectivo y un paciente con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica no quirúrgica en seguimiento por el Programa de Hipertensión Pulmonar del Hospital Ramos Mejía. El diagnóstico de HP fue confirmado mediante cateterismo cardíaco derecho, teniendo en cuenta GPHP ESC/ERS 2022. El TECP y el ETT se realizaron con una diferencia no mayor a 15 días y por iguales operadores. Los pacientes se encontraban con medicación estable y en riesgo bajo según GPHP. Los TECP se realizaron con equipo portátil en cinta midiendo VO₂max, VE/VCO₂ y todos los parámetros ya establecidos en GP para el procedimiento. Los ecocardiogramas se realizaron con equipo General Electric VV7 tomando TAPSE, PSAP y el resto de los parámetros establecidos en GP para valoración del corazón derecho. El análisis estadístico se realizó mediante test de Student y de Wilcoxon para datos apareados considerando significativo un p valor < 0,05. Resultados: Entre las variables evaluadas, la única en la que se evidenció una asociación estadísticamente significativa con VO₂max fue el cociente TAPSE/PSAP (valor p = 0,0032). No se encontró asociación significativa entre otros parámetros de valor pronóstico del TECP como VE/VCO₂ y otras variables ecocardiográficas. Conclusión: el hallazgo de una asociación significativa entre TAPSE/PSAP y VO₂max en un escaso número de pacientes establece una hipótesis de trabajo a desarrollar en donde un estudio complementario fácil de realizar, ubicuo y con escasa variabilidad podría subrogar la información pronóstica de un estudio con escasa disponibilidad y más oneroso. Se deberá planificar un estudio prospectivo con mayor número de individuos incluidos.

ID#144

CHARACTERIZACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL GRUPO 3. DATOS DE UN REGISTRO LOCAL

Autores: Luciano Melatini¹ | Tulio Papucci² | Juan Via Alvarado² | Matías Colucci² | Silvana Benavidez²

Filiación: ¹ Instituto de Neumonología del Sur | ² Instituto de Neumonología del Sur

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HP) asociada a enfermedad respiratoria es una complicación relativamente frecuente en la evolución de las mismas. HP severa en este contexto es infrecuente y ensombrece el pronóstico. Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de distintas variables estudiadas en pacientes atendidos en la unidad de HP, con enfermedad respiratoria y alta posibilidad de HP, a los que se les decidió realizar un cateterismo de cavidades derechas (CCD). Se evaluaron variables demográficas, ecocardiograma, variables de laboratorio, asociadas a pruebas funcionales y tomografía de tórax. Todas en relación cercana al cateterismo cardíaco derecho. Diagnóstico y Resultados: se evaluaron 12 pacientes con enfermedad respiratoria, todos con probabilidad ecocardiográfica alta de HP, a los que se les realizó un CCD. uno de ellos fue excluido del análisis final ya que no presentaba características hemodinámicas de la misma. Tipo de Enfermedad Respiratoria: 83% EPID; 17% ENFISEMA/EPOC; de los pacientes con EPID 80% son ETC Y 20% IDIOPÁTICAS. Edad media: 64 años. CF: 75% III ; 25% CF II. TM6M: MEDIA 241 M. PRO.BNP MEDIA: 295 PG/ML. Ecocardiograma: VRT MEDIA: 3,89 M/S ; PSP MEDIA 63 MMHG.; AD MEDIA 21 CM2. CCD: PAM MEDIA: 41 MMHG.; RVP MEDIA 9,8 U WOOD; PSP CCD MEDIA: 61 MMHG; IC MEDIA 3.1 L/MIN; PCP MEDIA 7.1 MMHG. EFR: FVC MEDIA (1,87 L/ 64%) FEV1 MEDIA (1.6 L/71%) TLC MEDIA (3.1 L/62%) DLCO MEDIA (10.6/55%). Tratamientos: 83% fueron tratados con fármacos específicos. treprostnil inhalado: 58% de los casos (7); 25% IPDE5 (3); ningún tratamiento 17% (2) Conclusiones: en este estudio retrospectivo se analizaron solo pacientes que llegaron al cateterismo derecho. Se puede evidenciar que todos presentaban probabilidad ecocardiográfica alta de hipertensión

pulmonar al diagnóstico, la mayoría se encontraba en cf. avanzada y el test de marcha era pobre. Llamativamente el PRO BNP no era elevado. La valoración hemodinámica muestra que la RVP era muy elevada, configurando la severidad de la Hipertensión Pulmonar. El perfil hemodinámico fue mayoritario precapilar. El deterioro del funcional respiratorio era moderado con correlación entre el FVC y la DLCO. Un grupo importante de pacientes se decidió para iniciar tratamiento vasodilatador específico. Usando mayoritariamente treprostinil inhalado en el grupo EPID y IPDE5 en grupo ENFISEMA/EPOC. Como conclusión final se evidencia una clara tendencia a ser invasivos en pacientes con pre-test elevado de HP severa, y de indicar tratamiento específico en este sub-grupo de pacientes.

ID#148

TRANSFERENCIA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR HACIA CONSULTORIO DE ADULTOS: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

Autores: Nicolás Britos¹ | Paula Kaplan¹ | Nicolás D'Amelio² | Germán Souto² | Andrés Dini² | Dora Haag² | Mariana Cazales² | Martín Sívori¹ | Justo Carbajales²

Filiación: Hospital Ramos Mejía

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: Las cardiopatías congénitas (CC) y otras entidades que cursan con hipertensión arterial pulmonar (HAP) como HAP idiopática (HAPI) o hereditaria (HAPH) tienen alta mortalidad, pero la sobrevida ha aumentado desde la aparición del primer fármaco para tratamiento específico. Es por esto que un gran porcentaje de pacientes con HAPI o HAPH con inicio de enfermedad en la primera infancia y con CC viven hasta la edad adulta, requiriendo la transferencia hacia la atención en hospitales de adultos. Se define transferencia a los eventos a través de los cuales los adolescentes y adultos jóvenes con condiciones médicas crónicas trasladan su cuidado desde un ambiente de asistencia pediátrica hacia uno de adultos, escenario asociado con pérdida de seguimiento y aumento de desbalance emocional para los pacientes y sus familias. Existe evidencia sobre transferencia en CC pero en otros tipos de HAP es nula. Se presenta una serie de casos de pacientes derivados desde los servicios de cardiología de hospitales pediátricos de CABA entre 2018 y 2022, sus características clínicas y hemodinámicas al ingreso, su evolución y las acciones implementadas durante la transferencia hacia el Programa de Hipertensión Pulmonar (PHP) de un hospital general de agudos de gestión pública de CABA con atención exclusiva de adultos. Casos clínicos: 6 pacientes de entre 18 y 26 años. Cuatro eran mujeres. Una paciente era portadora de CC compleja, 3 pacientes con HAP idiopática, 1 con HAP asociada a LES (HAPAETC) y 1 con mutación BMPR2 (HAPH). Presentaron perfil hemodinámico severo, excepto la paciente con HAPAETC. Tres pacientes tenían complicaciones de HAP de larga data (2 aleteo auricular y 1 hemoptisis recurrente). Se realizó entrevista telefónica y/o presencial con el médico derivante el cual adjuntó resumen de historia clínica detallado del seguimiento hasta la transferencia. Durante el abordaje en el PHP de nuestro hospital se realizaron todos los procedimientos diagnósticos y controles basado en recomendaciones de Guías de Práctica de HP vigentes. Se instrumentó con los pacientes y sus familias un vínculo personalizado con posibilidades de contacto telefónico permanente, entrevistas con el hemodinamista previo a la realización de cateterismo, obtención de turnos para estudios complementarios dentro del hospital a través de personal del Programa, confección expedita de instrumentos administrativos para obtención de fármacos de alto costo y múltiples, consultas presenciales con el paciente y sus familiares, logrando adherencia plena hasta el desenlace final y hasta el seguimiento actual. Dos pacientes fallecieron, 3 reciben triple terapia con prostanoides parenterales de los cuales 1 se encuentra en lista de trasplante. Una paciente recibe monoterapia. Conclusión: los pacientes en seguimiento por HAP y CC que deben ser transferidos suelen tener patología de larga data con complicaciones severas. El acto de transferencia es complejo y requiere de gran compromiso del personal actuante para que el proceso sea exitoso. Se debe enmarcar en un proceso sistematizado y basado en evidencia.

ID#157

REHABILITACION EN HIPERTENSIÓN PULMONAR, ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN HOSPITAL A.C. PADILLA DE TUCUMÁN, ARGENTINA

Autores: Victoria Rosa Fernández Gómez¹ | Silvia Luluaga¹ | Fabián González¹ | Viviana Salas¹ | Diego Abdala¹ | Mercedes Diaz¹ | Cristina Du Plessis² | Eliana Molina³

Filiación: ¹ HOSPITAL PADILLA TUCUMAN ² PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD TUCUMAN ³ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA TUCUMAN

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: Los pacientes con hipertensión pulmonar presentan limitada tolerancia al ejercicio, atribuida a distintos mecanismos, lo que se refleja en la reducción del consumo pico de oxígeno (VO₂pico), así como en su desempeño funcional evaluado con el test de caminata de seis minutos (TM6M). Esta intolerancia al ejercicio ha sido tradicionalmente atribuida a disfunciones cardíacas y respiratorias. Sin embargo, como sucede con otras enfermedades pulmonares crónicas, las alteraciones de los músculos respiratorios y de los músculos de extremidades superiores e inferiores también están involucradas. Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad de la rehabilitación mediada por ejercicio en pacientes con Hipertensión Pulmonar. Objetivos primarios: Capacidad al ejercicio; Mejora de los resultados en el TM6M; Descenso de los valores del NT-Pro-BNP. Material y métodos: Se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Pulmonar grupo 1 (Idiopática, asociada a enfermedad reumática y asociada a cardiopatía congénita). El 100% de sexo femenino, edad media 47 años. Se encontraban en su mayoría en Clase Funcional II. Se evalúa disnea (NYHA), esfuerzo submaximo (TM6M), fuerza muscular con repeticiones múltiples (10 repeticiones máximas (RM), se comienza con un 70-75% de su RM), y de grandes grupos musculares con cargas libres hasta 1 kg. Programa de 6 meses de 2 sesiones semanales de 1 hora de duración, los componentes a desarrollar fueron entrenamiento aeróbico, entrenamiento de fuerza de miembros y tronco, además de entrenamiento de flexibilidad de cadenas musculares. Resultados: dos pacientes debieron suspender el programa de rehabilitación, en un caso por disnea severa y otro por cuadro pre sincopal. Los pacientes mostraron mejoría significativa en el resultado del Test de Marcha de 6 minutos, desde el 2,5% con respecto al basal pre entrenamiento al 43% en un caso con una media de 11,55%. Observamos una reducción en el valor del ProPéptido natriuretico con una media del 66,59% del valor basal con un máximo de reducción del 85% y un mínimo del 28%. Discusión y Conclusiones: En este trabajo podemos sugerir que la rehabilitación basada en ejercicio supervisado es segura para pacientes con hipertensión pulmonar que están estables con la medicación y que, a pesar del escaso número de pacientes presentados, mostro una mejoría en el Test de marcha y en el biomarcador considerado. Estos resultados aplican a pacientes con clases funcionales II-III de New York Heart Association (NYHA). El impacto de la rehabilitación en clases funcionales más avanzadas se desconoce. Tampoco se sabe la duración del beneficio de la rehabilitación a largo plazo. Es necesario, para poder determinar resultados estadísticamente significativos, aumentar el número de pacientes.

ID#158

HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRÓNICA SIN INDICACIÓN DE TROMBOENDARTERECTOMIA, EVALUACIÓN DE LA MEJOR OPCIÓN TERAPÉUTICA

Autores: Victoria Rosa Fernández Gómez¹ | Silvia Luluaga¹ | Fabián González¹ | Diego Abdala¹ | Rafael Del Rio¹ | Carolina Moreno¹ | Alba Jorge¹ | Mónica Carrizo | Andrea Segovia¹ | Pablo Romero¹

Filiación: 1 Hospital Padilla Tucuman

Sección: Casos clínicos | Póster | Área: Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: La Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HTPTEC) es la única causa potencialmente curable de Hipertensión Pulmonar. Prevalencia: 3,2 a 50 casos / millón/Enfermedad grave, con alta mortalidad: sin tratamiento sobrevida 10 % a los 5 años, con PAPm > 50 mmHg. con la Tromboendarterectomía Pulmonar (PEA) la sobrevida a los

5 años es > 80%. En el grupo de pacientes en los cuales no esta indicada la cirugía, existen otras opciones terapéuticas, de las cuales las que tienen indicación Clase 1 son la BPA (angioplastia pulmonar con balón) y el riociguat. Caso clínico: Paciente de sexo femenino. 62 años. Consulta el 8/5/23 por el Consultorio de Hipertensión Pulmonar derivada de otro centro hospitalario, por presentar diagnóstico ecocardiográfico de HTP. Disnea cf 3. Oxigenoterapia con mochila de O₂ líquido. Diagnóstico de «asma y EPOC» desde el 2019, en tto. con budesonide –formoterol 200 microg. c/ 12 h. TEP el 29/3/22, que requirió ingreso a UTI, y ARM. Al alta se le indicó acenocumarol y oxigenoterapia con mochila de oxígeno. Persiste con disnea cf 2 luego del alta. Internación por diagnóstico de nuevo episodio de TEP el 15/3/23: disnea cf 3, gammagrafía pulmonar Q del 9/3/23, con alta probabilidad de TEP, y que en comparación a la del 2022 algunos de los defectos perfusorios muestran mayor extensión. Ecocardiograma doppler 20/4/23: VI normal, FEY 60%, AI normal, AD 24 cm², VD dilatado, TAPSE 20 mm, Onda S 9,5 cm/seg, CAF 37%, TAPSE/PSAP 0.22 mm/mmHg, VRT 4.38m/seg, PSAP 92 mmHg, TAP 63 msec, VCI colapso < 50%, AP 39 mmLaboratorio: 18/5/23 Anticoagulante lúpico positivo, 1,67, NT PRO BNP 703 pg./ml. CCD 22/6/23: Papi 51 mmHg, PCP 12 mmHg, RVP 11UW. Angiografía pulmonar: arterias tortuosas y dilatadas, oclusión distal en rama segmentaria de I+obulo inferior derecho, resto de árbol arterial permeable, sin trombos. TM6M 12/7/23: recorre 320 MTS, BORG MAXIMO 7, requiere flujo A 2 LT/ MIN durante la marcha. Discusión y Conclusiones: El 12/7/23 se presentó caso de la paciente en ateneo virtual quincenal del Programa Nacional de Hipertensión Tromboembólica Crónica, del cual el Hospital Padilla forma parte, junto a 20 centros de todo el país y más de 80 médicos expertos en el tema. Se concluyó diagnóstico definitivo de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica, severa, con score de riesgo intermedio alto. Se acordó en el ateneo del programa nacional de CTEPH, que no tiene indicación de cirugía, ni BPA, por el tipo de lesiones en arterias pulmonares que presenta; y que requiere tratamiento médico con combinación de 2 drogas específicas: RIOCIQUAT y MACITENTAN. Se realiza expediente solicitando medicación a su obra social. Inicio por ahora TTO con Tadalafilo 10 mg / día el 13/7/23 más Espironolactona 25 mg/ día, y se aumentó dosis de Tadalafilo a 20 mg/ día el 21/7/23. A la fecha refiere mejoría de su disnea, pudiendo realizar tareas habituales en su casa (con oxigenoterapia a 2 L/ MIN).

ID#175

MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS PULMONARES

Autores: *Emiliano Lingua*¹ | *Ailín Weiss*¹ | *Walter Gardeñez*¹ | *Marcelo Morali*¹

Filiación: ¹ Hospital Centenario

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son conexiones anormales entre el sistema venoso y arterial sin desarrollo capilar. Habitualmente son congénitas, de etiología desconocida y más del 70% se relacionan con telangiectasia hemorrágica heredo familiar. Son una entidad subdiagnosticada que pueden ser asintomáticas (60%) o manifestarse por síntomas leves o complicaciones severas como hemoptisis masiva. Describimos tres casos clínicos con diversas formas de presentación. Caso 1: varón 24 años sin antecedentes concurre a consultorio con TC donde presenta lesión pulmonar única diagnosticada en estudio pre laboral. Al interrogatorio asintomático. TC: formación nodular poli lobulada heterogénea en segmento apico posterior del lóbulo superior izquierdo (LSI) de 39x24x27 mm, aumento de la atenuación del parénquima circundante y bullas subpleurales apicales. Se realiza angioTC que evidencia estructura vascular venosa con origen en LSI y drenaje en tronco venoso innominado braquiocefálico homolateral asociado a estructura tubular correspondiente a rama de la arteria pulmonar lobar segmentaria superior izquierda. Paciente se niega a realizar tratamiento. Continúa asintomático. Caso 2: varón 69 años, historia de hemoptisis ingresa a UCI por episodio amenazante, requerimiento de ARM y vasoactivos. AngioTC informa estructuras vasculares de trayecto tortuoso provenientes de rama arterial para el lóbulo inferior izquier-

do (LII), vasos intercostales y aorta abdominal y signos de conexión con vena pulmonar inferior izquierda (MAVP compleja). Se realiza arteriografía y embolización con éxito y sin nuevos eventos. Caso 3: mujer 26 años, antecedente de NAC complicada con decorticación pleural consulta por disnea y hemoptisis. TC evidencia ocupación total de LII y áreas con opacidades en vidrio esmerilado bilateral con sospecha de hemorragia alveolar difusa (HAD). Se descartan causas infecciosas e inmunológicas. AngioTC visualiza arteria bronquial izquierda dilatada con conexión venosa a nivel basal. Se realiza arteriografía que confirma MAV. Se emboliza con éxito. Continúa sin nuevos episodios. Discusión y Conclusión: en el caso 1 el diagnóstico se realiza en un estudio de rutina. En los otros 2 por complicaciones (hemoptisis amenazante y HAD). El diagnóstico de MAVP requiere de un alto nivel de sospecha debido a su baja incidencia y a sus diferentes formas clínicas de presentación. Entre los diagnósticos diferenciales podemos encontrar vasos sistémicos bronquial izquierda dilatada con conexión venosa a nivel basal. Se realiza arteriografía que confirma MAV. Se emboliza con éxito. Continúa sin nuevos episodios. Discusión y Conclusión: en el caso 1 el diagnóstico se realiza en un estudio de rutina. En los otros 2 por complicaciones (hemoptisis amenazante y HAD). El diagnóstico de MAVP requiere de un alto nivel de sospecha debido a su baja incidencia y a sus diferentes formas clínicas de presentación. Entre los diagnósticos diferenciales podemos encontrar vasos sistémicos anormales, masas parenquimatosas sospechosas de neoplasias, broncocele y patologías autoinmunes. En el caso 1 se pensó en patología tumoral, en el 2 en una MAV y en el 3 en una patología autoinmune o infecciosa. Es aquí donde recae la importancia de la angioTC y la arteriografía pulmonar (estándar de oro para el diagnóstico). La finalidad del tratamiento es la prevención de embolias y otras complicaciones severas.

ID#218

TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA. COMPROMISO PULMONAR

Autores: *Thiago Chabat*¹ | *María Florencia Artola*² | *Mariana Ksiazienicki*² | *Ana Musetti*²

Filiación: ¹ Cátedra de Neumología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: La telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH), conocida como síndrome de Rendú-Osler-Weber, es una displasia fibrovascular que produce telangiectasias mucocutáneas y malformaciones vasculares viscerales. Es un trastorno autosómico dominante. Su diagnóstico es clínico a través de los criterios de Curazao y eventualmente genético. El compromiso pulmonar es variado, pero es frecuente la asociación con malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAV) y de manera menos frecuente con la generación de Hipertensión Pulmonar (HP), postcapilar por hiperflujo y más raramente precapilar por afectación de la vasculatura pulmonar. Casos Clínicos: 1- Mujer, 48 años. THH diagnosticada en 2010. 9 gestas. 4 hijos con THH. Compromisos: Telangiectasias nasales, cutánea, mucosa oral e intestinales. Epistaxis frecuentes, anemia crónica. Absceso cerebral 2006 tratamiento antibiótico y drenaje neuroquirúrgico. Epilepsia secuellar. Cardiopulmonares: MAV pulmonares a derecha, embolización en 2015 (Fig. 1a) Neumonías a repetición al menos 1 al año por 9 años. HP por ecocardiograma transtorácico (ETT). Consulta por disnea II NYH. Nuevo ETT: Ventrículo izquierdo normal, FEVI 60%. Derecho normal, con función sistólica normal (TAPSE 20, onda S 11) Insuficiencia tricuspídea moderada, PSAP 90 mmHg. Cateterismo derecho con arteriografía: HP fenotipo precapilar. Gasto cardiaco aumentado, 3 MAV pulmonares izquierdas. Doppler y angiografía hepática: MAV hepáticas (como causa de hiperflujo a cavidades derechas). Equipo interdisciplinario decide: ● Embolizar MAV pulmonares. ● Inicio de tratamiento antiangiogénico: Bevacizumab. ● Evaluar trasplante Hepático. 2- Hombre, 66 años. THH. Compromisos: telangiectasias en piel y mucosas, gastrointestinales. Epistaxis a repetición y hemorragias digestivas que requieren electrofulguración con argón. Anemia severa, requiere reposición de hierro, multitransfundido. Shunt portosistémico. Esplenomegalia con aneurismas esplénicos. Ingresos por anemia severa. ETT con burbujas evidencia shunt intrapulmonar. AngioTC de tórax con diagnóstico de MAV pulmonares (Fig.1b) se plantea embolización. 3 y 4- Hermanas de 18 y 24 años. Madre fallecida de cáncer de colon. Probable THH. Ambas con diagnóstico de THH. Poliposis juvenil diagnosticada en la infancia con polipectomías reiteradas. Se realizó estudio genético. Ambas portadoras de la mutación en el gen SMAD4. Anemia ferropénica crónica, multitransfundidas, en tratamiento con hierro. Insuficiencia respiratoria crónica. Hermana menor con

hipocrecimiento. Se realizó diagnóstico de MAV pulmonares en ambos casos. (Fig 1c-d) Hasta 32 MAV. Está pendiente aún la embolización. Sin complicaciones. Discusiones y Conclusión: La THH es una enfermedad poco frecuente pero con importante impacto en la vasculatura pulmonar. La principal manifestación pulmonar son las MAV y su asociación con la formación de embolias sépticas y abscesos cerebrales como principal complicación de las mismas. Las guías internacionales apuntan a la identificación (diagnóstico) y la embolización de todas las MAV pulmonares, para prevenir complicaciones. Se recomienda ante procedimientos que generen bacteriemia, la profilaxis antibiótica. Se debe también pesquisar por ETT la presencia de HTP principalmente ante la coexistencia con MAV hepáticas; así como discutir caso a caso en equipos interdisciplinarios para un mejor seguimiento y tratamiento.

ID#234

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UN CENTRO ESPECIALIZADO

Autores: Milagros Baez¹ | Belen Ginetti¹ | Lorena Maldonado¹ | Julio Chertcoff¹ | Alejandro Salvado¹ | Federico Devetter¹ | Christian Smith¹ | Martín Bosio¹

Filiación: ¹ Hospital Británico de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Circulación pulmonar

Resumen: Introducción y objetivo: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad caracterizada por el aumento de la resistencia vascular pulmonar y tiene un pronóstico pobre. La estratificación de riesgo multidimensional se ha vuelto una parte integral en el manejo de los pacientes con HAP. Varias modalidades simplificadas para aplicar esta metodología de evaluación de riesgos han demostrado ser confiables. En la nueva guía 2022 de la ESC/ERS, se mantiene el modelo de tres estratos para la evaluación inicial y se recomienda el modelo de cuatro estratos como herramienta para el seguimiento, aunque se deben tener en cuenta las variables adicionales necesarias. Pocos parámetros ecocardiográficos están incluidos en las herramientas de evaluación de riesgos existentes. Los objetivos del siguiente trabajo son describir y estratificar el riesgo al diagnóstico y en el seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar, utilizando los criterios de la guía 2022 ESC/ERS. Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los registros obtenidos por la Unidad de Hipertensión Pulmonar desde 2015 hasta 2023 para recabar los datos de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar. Se registraron las variables propuestas en la guía de diagnóstico y tratamiento de hipertensión pulmonar 2022 ESC/ERS: signos de falla derecha, progresión de síntomas, presencia o no de síncope, clase funcional disnea WHO (CF WHO), test de caminata de 6 minutos (TM6M), valor de NT-proBNP, variables ecocardiográficas y valores de cateterismo cardiaco derecho. Las variables continuas se informarán como media±SD o mediana y RIQ según su distribución. Las variables cualitativas se informarán como porcentaje de frecuencias. Resultados: Se analizaron 61 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar diagnosticados desde enero 2015 a junio 2023. Al diagnóstico, el riesgo se distribuyó en: 21,31% bajo, 62,3% intermedio y 16,39% alto. En el seguimiento, el riesgo cambió: 23% bajo, 20% intermedio bajo, 36% intermedio alto y 21% alto. Se observaron cambios en la clasificación de riesgo para diferentes grupos. Se analizaron también variables ecocardiográficas en el seguimiento de los distintos grupos de riesgo. Discusión y Conclusiones: La estratificación de riesgo al diagnóstico en nuestra cohorte fue similar a la reportada por los grupos internacionales. Si bien no se puede establecer una correlación directa entre los parámetros ecocardiográficos evaluados y la estratificación de riesgo obtenida, se sabe que la combinación de parámetros permitiría una evaluación más precisa. Sin embargo, se necesita una mayor validación, sobre todo con estudios prospectivos, para respaldar esta afirmación.

ID#235

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO 3 EN UN CENTRO ESPECIALIZADO

Autores: Milagros Baez¹ | Julieta Franzoy¹ | Lorena Maldonado¹ | Julio Chertcoff¹ | Tamara Décima¹ | Silvia Quadrelli¹ | Alejandro Salvado¹ | Federico Devetter¹ | Christian Smith¹ | Martín Bosio¹

Filiación: ¹ Hospital Británico de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Circulación pulmonar

Resumen: Introducción y objetivo: La hipertensión pulmonar (HP) se observa con frecuencia en pacientes con EPOC y/o enfisema, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y enfisema combinados (CFPE). En estos pacientes, la HP se clasifica como no grave o grave, según los hallazgos hemodinámicos. Las guías actuales utilizan la resistencia vascular pulmonar (RVP) para distinguir entre HP no grave (RVP ≤5 UW) y HP grave (RVP >5 UW). Evaluar la sospecha de HP en enfermedades pulmonares implica integrar factores de riesgo, características clínicas, estudios de función pulmonar, marcadores sanguíneos e imágenes. El enfoque terapéutico consiste en optimizar la enfermedad pulmonar subyacente, así como también considerar medicamentos aprobados para hipertensión arterial pulmonar, sin embargo, la evidencia es limitada. El objetivo del estudio es describir la población con HP grupo 3, su etiología, tratamiento y evolución en un centro de referencia. Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los registros obtenidos por la unidad de hipertensión pulmonar desde enero 2015 hasta junio 2023 para recabar los datos de los pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar grupo 3. Las variables continuas se informarán como media±SD o mediana y RIQ según su distribución. Las variables cualitativas se informarán como porcentaje de frecuencias. Resultados: Se analizaron 98 pacientes con diagnóstico de HP desde enero 2015 a junio 2023. Se detectaron 14 pacientes con HP grupo 3. Dentro de las características basales, el 57% de la población era de género femenino, la media de edad fue 72 ± 8 años. La HP en nuestro registro se asoció en 72% EPID, 14% EPOC, 7% fibroenfisema. La mediana RVP fue de 5UW (IIC25-75: 3-7). El 62% presentaba HP grave. De estos pacientes el 50% había muerto al año del diagnóstico, mientras que del 38% con HP no grave, solo uno de los pacientes falleció a los 2 años del diagnóstico. Con respecto al tratamiento, 3 pacientes se encontraban con treprostín inhalado. Discusión y Conclusiones: En pacientes con enfermedad pulmonar, la HP se clasifica como no grave o grave, según los hallazgos hemodinámicos. Se ha demostrado que una RVP de 5 UW es una mejor variable para predecir un peor pronóstico en pacientes con HP asociada tanto a EPOC como a EPID. En nuestro registro, más de la mitad de los pacientes presentaba HP grave al diagnóstico. Si bien, algunos de ellos, se encuentran bajo tratamiento con treprostín inhalado, se necesitan más estudios con mayor cantidad de pacientes y seguimiento a largo plazo, que analicen mortalidad o RVP, más allá de mejoría sintomática. Dado el difícil manejo de estos pacientes, se recomienda remitirlos a un centro especializado en HP para una evaluación cuidadosa, facilitar su participación en ensayos clínicos controlados aleatorios y considerar terapias de HAP de manera individualizada.

ID#236

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA DIAGNOSTICADOS LUEGO DE LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE RESPUESTA RÁPIDA AL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN (PERT)

Autores: Milagros Baez¹ | Marcella Perri¹ | Lorena Maldonado¹ | Julio Chertcoff¹ | Alejandro Salvado¹ | Federico Devetter¹ | Christian Smith¹ | Martín Bosio¹

Filiación: ¹ Hospital Británico de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Circulación pulmonar

Resumen: Introducción y objetivo: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es una forma de hipertensión

pulmonar, clasificada como grupo 4. Según las distintas series publicadas, aproximadamente entre el 0,4% y el 9,1% de los pacientes con tromboembolismo de pulmón (TEP) agudo desarrollan esta condición a largo plazo. Existen múltiples factores de riesgo. A pesar del reconocimiento de la enfermedad, siguen existiendo desafíos en su comprensión, diagnóstico temprano y opciones de tratamiento. El objetivo del presente trabajo fue describir la población de pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica diagnosticados en el contexto del seguimiento por parte del grupo de respuesta rápida al tromboembolismo de pulmón (PERT). Material y método: Estudio descriptivo que analiza datos de los pacientes con diagnóstico de HPTEC en contexto del seguimiento del grupo PERT. El seguimiento incluyó control clínico, ecocardiograma, test de la marcha y examen funcional respiratorio. Se obtuvieron los datos de un registro de 150 pacientes diagnosticados con TEP desde octubre de 2021 hasta mayo de 2023. Resultados: Del registro de 150 pacientes, se realizó diagnóstico de HPTEC en el 2.6% (n: 4). Dentro de las características basales, el 50% de la población era de género femenino, la media de edad fue 58 ±31 años. Con respecto al tratamiento, además de anticoagulación y riociguat, dos de esos pacientes requirieron múltiples angioplastias con balón debido a características específicas de las lesiones, con resultados favorables. Discusión y Conclusiones: El presente registro representa la casuística de un centro que cuenta con un grupo de respuesta rápida al tromboembolismo de pulmón. Es importante destacar la necesidad de un equipo multidisciplinario y especializado para hacer diagnóstico temprano, seguimiento y ofrecer de esa forma, el mejor tratamiento disponible para cada uno de los pacientes.

ID#284

TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: María Belen Colantuono¹ | María Eugenia Perticone¹ | Mariano Mazzei¹ | Carolina Baroni¹ | Ana Putruele¹

Filiación: ¹ Hospital de Clínicas José de San Martín

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Tratamiento inmunosupresor en la hipertensión arterial pulmonar asociada a Introducción: la hipertensión arterial pulmonar (PH) es una enfermedad progresiva caracterizada por elevación de la presión media de la arteria pulmonar (PAPm) >20 mmHg en reposo, RVP > 2 UW y WP < 15 mmHg. El grupo I es muy heterogéneo: HAP idiopática, familiar, asociada a drogas y toxinas y asociadas a otras patologías. Este grupo incluye a los casos asociados a enfermedades del tejido conectivo (ETC). Aun dentro de este grupo hay diferentes pronósticos, ya que se incluyen a la esclerodermia, Lupus y enfermedad mixta del tejido conectivo. La patobiología de este grupo de pacientes se caracteriza por presentar vasoconstricción, proliferación celular, fibrosis y microtrombosis en las arteriolas pulmonares. La evidencia sugiere que los linfocitos B y la autoinmunidad se relacionan con la patogénesis, por lo que el tratamiento inmunosupresor podría atenuar la remodelación vascular, mejorando la hemodinamia y la clase funcional. Caso clínico: paciente femenina de 35 años con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico (LES) desde 2020 (FAN+ 1/1280 patrón moteado fino, anti-DNA+, antiLA+, antiRNP+), con compromiso articular, cutáneo, pulmonar y hematológico; artritis reumatoidea desde 2017 (AR) seropositiva (FR y anti-CCP+). En el año 2020 se realiza diagnóstico de hipertensión pulmonar (HTP) mediante cateterismo cardíaco derecho (PAPm 43 mmHg, WP 23 mmHg y RVP 6 UW). En tomografía de tórax presenta tronco de la arteria pulmonar dilatado, con signos de ectasia vascular, sin evidencia de compromiso parenquimatoso. Inició tratamiento inmunosupresor con 6 ciclos de ciclofosfamida (CYC), y continuó mantenimiento con CYC y corticoides sistémicos. Al año del inicio del tratamiento inmunosupresor se reevalúa hemodinámicamente, donde presentaba mejoría de parámetros hemodinámicos: PAPm 14 mmHg, WP 12 mmHg, PVR 0 UW. Presenta control reciente, evolución asintomática respiratoria con extenso compromiso articular. Discusión y Conclusiones: la hipótesis actual involucra a los linfocitos B y los autoanticuerpos en la

patogénesis de la HAP en las CTD. Algunos autores proponen que la inmunosupresión mejora los valores hemodinámicos y funcionales. Jais y colaboradores demostraron que los pacientes con HAP y LES o enfermedad mixta del tejido conectivo podrían responder a ciclofosfamida y glucocorticoides, con inicio temprano del tratamiento y sin compromiso pulmonar extenso. Además, se destaca un mejor pronóstico para pacientes con LES, sobre todo aquellos que presenten anticuerpos antiU1-RNP. Por otro lado, comienza a aparecer evidencia, débil aún, sugiriendo que el Rituximab mejoraría la PM6M, tolerancia al ejercicio y función pulmonar, en pacientes con esclerodermia limitada con Scl-70 negativo sin ILD.

ID#305

ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA PULMONAR, CAUSA RARA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Autores: Luis Rivera¹ | Fernanda Carrizo² | Néstor Bustamante³ | Néstor Medeo⁴

Filiación: ¹ Médico neumonólogo ² Médica Neumonóloga ³ Jefe de Servicio ⁴ Jefe de Departamento Hospital Córdoba

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Circulación pulmonar

Resumen: Introducción: La enfermedad veno-oclusiva pulmonar (EVOP) es una causa infrecuente de hipertensión pulmonar con mal pronóstico. Consiste en proliferación de la capa media y fibrosis de la capa íntima de los vasos pulmonares postcapilares, 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: Hombre de 28 años de edad que fue derivado de otro centro hospitalario por HTP, disnea de esfuerzo progresiva actualmente CF IV de 2 meses de evolución asociado a tos seca. Al examen físico presentaba acrocianosis e hipoxemia (saturación con oxígeno a 5 Lit/min 86%). En el laboratorio se evidenció un pro-BNP elevado y poliglobulia. El ECG demostró signos de sobrecarga e hipertrofia del ventrículo derecho. 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. Ecocardiograma que mostró un VI conservado y una PSAP 80 mmHg. Para confirmar el diagnóstico se realizó un cateterismo derecho: Hipertensión pulmonar severa. Ante el diagnóstico de EVOP ingresó en lista de trasplante pulmonar. Tratamiento con Sildenafil y Oxigenoterapia. 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.

CIRUGÍA TORÁCICA

ID#2

IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO ALGORITMO DE COAGULACIÓN EN CIRUGÍA CARDÍACA: SISTEMAS VISCOELÁSTICOS

Autores: Isabel Rodríguez Martín¹

Filiación: ¹ HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

Sección: Opción a premio | **Área:** Cirugía torácica

Resumen: Introducción: La cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático. En consecuencia, estos procesos se caracterizan por un alto consumo de productos hemoderivados, lo cual se traduce en un incremento de la morbilidad-mortalidad asociada a este tipo de procesos. Objetivo: Demostrar que la implantación de test viscoelásticos, como es el caso de ROTEM®, a la cabecera del paciente sometido a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea, permite una terapia transfusional más electiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud. Métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluye todos los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. El análisis incluye 675 pacientes, divididos en dos grupos. El primer grupo formado por 336 pacientes, se caracte-

riza por haber recibido una terapia transfusional perioperatoria basada en test clásicos de laboratorio. El segundo grupo incluye 339 pacientes, se caracteriza por haber recibido una terapia transfusional basada en un sistema ROTEM® y un algoritmo de transfusión. Resultados: Se observó una disminución, estadísticamente significativa, de la incidencia de transfusión durante el perioperatorio en el grupo 2 (58,6% vs 68,1%, $p=0,026$). Esta disminución fue especialmente significativa en el caso de concentrados de hematíes (31,3% vs 19,8%, $p=0,002$) y de plasma fresco congelado (9,8% vs 3,8%, $p=0,008$). En segundo lugar, se detectó una disminución de la incidencia de sangrado torácico (9,5% vs 5,3%, $p=0,037$) y de la necesidad de reintervención (6,0% vs 2,9%, $p=0,035$). Por último, también observamos una menor estancia en UCI en los pacientes del grupo 2 (6,0±7,4 días en el grupo 1 vs 5,1±3,1 días del grupo 2, $p=0,026$). Conclusiones: El empleo de ROTEM® en cirugías cardiovasculares permite un mejor manejo de la coagulopatía perioperatoria, lo cual se ha traducido en un uso más racional de los productos hemostáticos, en una menor incidencia de complicaciones clínicas postoperatorias y en una menor estancia en UCI, consiguiendo, por tanto, una mejora en los resultados en salud.

ID#5

BIOPSIA DE TUMORES PULMONARES DE DIFÍCIL ABORDAJE PARA SU DIAGNÓSTICO

Autores: Loreley Toresan¹ | Florencia Echazu¹ | Miguel Martínez¹ | Jorge Rosinvalle¹

Filiación: ¹ HOSPITAL A. ZUBIZARRETA

Sección: Opción a premio | **Área:** Cirugía torácica

Resumen: El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo. Suele asociarse al hábito tabáquico en la mayoría de los casos, pero puede ocurrir en pacientes no fumadores, en forma hereditaria con o sin exposición a agentes cancerígenos. Habitualmente en los estadios iniciales de la enfermedad no suelen presentarse síntomas muy notorios e incluso pueden confundirse con cuadros banales o transitorios que pueden llevar a otra sospecha diagnóstica. Para cuando los síntomas se vuelven más manifiestos y se cronifican, ya sea la tos, la disnea, la astenia, la pérdida de peso o la hemoptisis, entre los más frecuentes, para ese momento la enfermedad suele encontrarse en un estadio avanzado. En la actualidad existen múltiples métodos de diagnóstico que pueden ir desde los pocos invasivos, como una punción con aguja fina o aguja gruesa, hasta procedimientos más invasivos y complejos, como la endoscopia respiratoria o en algunos casos la cirugía por videotoracoscopia puede ser la única alternativa, y dentro de ella hay toda una gama de procedimientos que se pueden realizar. La elección del método de diagnóstico más efectivo puede, en algunos casos, representar todo un desafío para el profesional actuante. Inclusive el método más evidente de biopsia puede no ser concluyente o inclusive requerir una nueva biopsia. Es por eso que juega un papel fundamental la toma de decisiones en forma multidisciplinaria con neumonólogos, cirujanos, oncólogos, especialistas por imágenes, patólogos y endoscopistas. Se presenta un Caso clínico de difícil acceso para su biopsia.

ID#43

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RE ESTENOSIS TRAQUEAL POST CIRUGÍA RESECTIVA

Autores: Jorge Humberto Guerrero¹ | Florencia Belen Basile¹ | Liliana Vila¹ | Héctor Manuel Rivero¹ | Adolfo Manuel Rosales¹

Filiación: ¹ HOSPITAL MARÍA FERRER

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Cirugía torácica

Resumen: Introducción y objetivo: La estenosis traqueal benigna es una patología poco frecuente. Su etiopatogenia es multifactorial y se caracteriza por fibrosis excesiva en respuesta a una lesión de la vía aérea. La causa más común es la asistencia respiratoria mecánica prolongada (ARM) con una prevalencia que varía de 0,6 a 21%. La reestenosis traqueal se define como la disminución de la luz de la tráquea en el sitio quirúrgico que genera síntomas, con necesidad de realizar nuevos procedimientos sobre la misma. Su incidencia varía entre el 4 al 16% según las publicaciones actuales. Si bien la causa principal es

muy difícil de determinar, existen múltiples factores que pueden influir en el desarrollo. El enfoque multidisciplinario y un equipo quirúrgico entrenado resultan fundamentales para el abordaje terapéutico de esta patología. En la estenosis traqueal primaria el único tratamiento que ha demostrado ser exitoso es la resección de los cartílagos afectados y su reconstrucción. Aún no resulta claro el tratamiento en los casos de fallo de la cirugía inicial. La desobstrucción, ya sea con dilataciones traqueales, electro bisturí, láser, instilación de corticoides o mitomicina, es un tratamiento que se debe plantear cuando la cirugía esté contraindicada, o como puente a la misma. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de esta compleja patología como centro de referencia de cirugía traqueal a nivel nacional. Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Resultados: Se analizaron 7 varones y 4 mujeres. La mediana de edad fue 25 años (rango 18-64). La etiología de la estenosis inicial fue ARM prolongado en el 100% de los casos. El 72,7% de los pacientes fue operado en otro centro la primera vez y luego derivado al nuestro. En cuanto a comorbilidades, la más frecuente en nuestra serie fue obesidad en 5 pacientes (45,4%), seguida por diabetes en 3 pacientes (27,2%). La cirugía fue realizada con la técnica de Pearson en el 54,5% de los pacientes seguida de Split laríngeo en los restantes. La mediana de longitud traqueal resecada fue 4 centímetros (rango 3,5- 5). La estadía hospitalaria fue de 9,5 días. La complicación más frecuente fue infección de sitio quirúrgico en 4 pacientes (36%). El promedio de seguimiento fue de 18,5 meses. En 8 pacientes (72%) tuvimos un resultado bueno o satisfactorio. Discusión y Conclusiones: En casos de fracaso de cirugía de estenosis traqueal, mostramos que una segunda cirugía es factible y segura en manos de un equipo entrenado con una tasa de éxito de 72%. Creemos que nuestro trabajo es muy interesante, ya que podría contribuir con datos de interés para poder lograr a futuro la confección de guías para el manejo de estos pacientes tan complejos que, junto a un manejo multidisciplinario, podrían contribuir a aumentar la tasa de éxito en el tratamiento de esta patología.

ID#130

NUEVAS FORMAS DE CONTROL DE LA COAGULACIÓN PERIOPERATORIA: SISTEMAS POCT

Autores: Isabel Rodríguez Martín¹

Filiación: ¹ HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

Sección: Opción a premio | **Área:** Cirugía torácica

Resumen: Introducción: La cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático. En consecuencia, estos procesos se caracterizan por un alto consumo de productos hemoderivados, lo cual se traduce en un incremento de la morbilidad-mortalidad asociada a este tipo de procesos. Objetivo: Demostrar que la implantación de test viscoelásticos, como es el caso de ROTEM®, a la cabecera del paciente sometido a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea, permite una terapia transfusional más electiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud. Métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluye todos los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. El análisis incluye 675 pacientes, divididos en dos grupos. El primer grupo, formado por 336 pacientes, se caracteriza por haber recibido una terapia transfusional perioperatoria basada en test clásicos de laboratorio. El segundo grupo, incluye 339 pacientes, se caracteriza por haber recibido una terapia transfusional basada en un sistema ROTEM® y un algoritmo de transfusión. Resultados: Se observó una disminución, estadísticamente significativa, de la incidencia de transfusión durante el perioperatorio en el grupo 2 (58,6% vs 68,1%, $p=0,026$). Esta disminución fue especialmente significativa en el caso de concentrados de hematíes (31,3% vs 19,8%, $p=0,002$) y de plasma fresco congelado (9,8% vs 3,8%, $p=0,008$). En segundo lugar, se detectó una disminución de la incidencia de sangrado torácico (9,5% vs 5,3%, $p=0,037$) y de la necesidad de reintervención (6,0% vs 2,9%, $p=0,035$). Por último, también observamos una menor estancia en UCI en los pacientes del grupo 2 (6,0±7,4 días en el grupo 1 vs 5,1±3,1 días del grupo 2, $p=0,026$). Conclusiones: El empleo de ROTEM® en cirugías cardiovasculares permite un mejor manejo de la coagulopatía perioperatoria, lo

cual se ha traducido en un uso más racional de los productos hemostáticos, en una menor incidencia de complicaciones clínicas postoperatorias y en una menor estancia en UCI, consiguiendo, por tanto, una mejora en los resultados en salud.

ID#132

RESULTADOS HEMATOLÓGICOS EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: ¿EL SEXO FEMENINO ES UN FACTOR DE RIESGO?

Autores: Isabel Rodríguez Martín¹

Filiación: ¹ HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Cirugía torácica

Resumen: Introducción: La enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres. La mayoría de estudios publicados han sido realizados en hombres. El objetivo del estudio es analizar las principales complicaciones asociadas a cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea (CEC), con la finalidad de identificar si existen diferencias entre géneros y discutir cuáles podrían ser las posibles causas de las mismas. Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes intervenidos de cirugía cardiovascular durante un periodo de 3 años. El análisis incluye a 686 pacientes, los cuales han sido divididos en dos grupos en función del sexo. Resultados: Entre los factores de riesgo preoperatorios, observamos que las mujeres presentan menos factores de riesgo preoperatorios que los hombres. Durante la cirugía cardiovascular, un mayor porcentaje de mujeres requirió transfusión durante el perioperatorio ($p=0,000$). Esta diferencia fue mayor en el caso de concentrados de hematíes (16,0% vs 40,2%, $p=0,000$) y plasma fresco congelado (5,2% vs 10,0%, $p=0,047$). Después de la cirugía, se observó una mayor incidencia, estadísticamente significativa, de complicaciones en mujeres durante la estancia en UCI ($p=0,024$), especialmente de complicaciones cardíacas (insuficiencia cardíaca, arritmias y bradicardia), hematológicas (trombocitopenia) y una mayor estancia en UCI (5,59 días vs 5,16 días, $p=0,002$) y hospitalaria. No hubo diferencias en la mortalidad a corto plazo. Conclusión: Las mujeres sometidas a cirugía cardiovascular presentan una mayor necesidad de transfusión perioperatoria, una mayor incidencia de complicaciones cardíacas y hematológicas tras cirugía y una estancia en UCI más prolongada.

ENDOSCOPIA

ID#17

RÉDITO DIAGNÓSTICO EN FIBROBRONCOSCOPÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. HOSPITAL CENTRO DE SALUD -ZENÓN SANTILLÁN- (SAN MIGUEL DE TUCUMÁN- TUCUMÁN- ARGENTINA) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO 2022- JUNIO 2023

Autores: María Pía Rocchia Novillo¹ | Silvina Nélica Cáceres¹ | Andrea Agüero Turbatí¹ | Damiana Inés Martínez¹

Filiación: ¹ HOSPITAL CENTRO DE SALUD -ZENÓN SANTILLÁN- (SAN MIGUEL DE TUCUMÁN- TUCUMÁN- ARGENTINA)

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción y Objetivos: Analizar los resultados obtenidos de las fibrobronoscopias realizadas en el periodo febrero 2022- junio 2023 en un Hospital público de San Miguel de Tucumán. Material y métodos: En forma retrospectiva se estudiaron 140 fibrobronoscopias (FBC) llevadas a cabo en el Hospital Zenón Santillán, San Miguel de Tucumán, en un periodo de 16 meses, comprendido entre febrero 2022 - junio 2023, se incluyeron para el estudio aquellos pacientes con indicación de FBC y a los cuales se le realizó dicho procedimiento. Las variables de estudio fueron: el sexo, la edad, antecedentes patológicos, resultados y complicaciones. Resultados: La base de datos cuenta con 140 casos, de los cuales 69 (49,3%) fueron Mujeres y 71 (50,7%) fueron Hombres. El rango de edad de los pacientes fue de 15 a 89 años, con una mediana de 50 años y un rango intercuartílico entre 33 y 68 años, es decir, el 50% de los pacientes tenía entre 33 y 68 años. De los 140 casos en estudio, 81 (58%) dieron positivo a los procedimientos realizados. De los 140 casos en estudio, el 83% registraba antecedentes

patológicos siendo los más frecuentes: consolidaciones 19,8%, cavitaciones 19%, árbol en brote 13,8% y quemadura de vía aérea 13,8%. En cuanto a la patología infecciosa, Baar y Klebsiella Pneumonie fueron los principales agentes infecciosos identificadas en 33,8% y 15,6% de las muestras, respectivamente, legionella Pneumophila se identificó en un 6,5% de los casos, en cuanto a la patología no infecciosa (tumoral), se encontraron casos de carcinoma escamoso, adenocarcinoma, sarcoma y carcinoma de células pequeñas, contabilizando 9 (6,3%) casos, en cuanto a las complicaciones, 3 pacientes (2,3%) las tuvieron (broncoespasmo severo, epistaxis y desaturación severa) por lo que se suspendió dicho estudio. Discusión y Conclusiones: El lavado bronquial y el lavado broncoalveolar continúa siendo muy útil para el diagnóstico de patologías infecciosas. En nuestros casos la tuberculosis pulmonar y la legionelosis pulmonar representaron altos rendimientos diagnóstico a través de este método, como lo refiere British Thoracic Society Guideline for Diagnostic Flexible Bronchoscopy in Adults. En cuanto a los tumores endobronquiales, el rendimiento diagnóstico puede variar según las diferentes series del 70- 85% si el tumor es visible, dicho rédito aumenta si se le agrega cepillado y lavado bronquial. En nuestra serie de casos tuvimos un rendimiento del 50%. Debemos mencionar que no se realizó cepillado bronquial, herramienta que en el futuro debemos considerar para así aumentar dicho rendimiento.

ID#73

SARCOMA PRIMARIO DE LA ARTERIA PULMONAR DIAGNOSTICADO MEDIANTE ASPIRACIÓN TRANSBRONQUIAL CON AGUJA GUIADA POR ECOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL (EBUS-TBNA). REPORTE DE CASO

Autores: Jaime Barragan¹ | Pablo Oyhamburu¹ | Campos Jerónimo¹ | Renzo VillaGómez¹ | Álvarez Paola¹ | Martín Bosio¹ | Alejandro Salvado¹ | Artemio Garcia¹ | Pablo Dezano¹

Filiación: ¹ Hospital Británico de Buenos Aires

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Departamento de endoscopia servicio de neumonología del Hospital Británico, Buenos Aires Argentina. Introducción: El sarcoma primario de la arteria pulmonar (SPAP) es un tumor raro que se detecta en etapa avanzada, su presentación clínica e imagenológica son parecidos a la embolia pulmonar por lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento. Presentamos un caso con lesión tipo masa endoluminal en la rama derecha de la arteria pulmonar con diagnóstico de SPAP mediante el uso del EBUS-TBNA como método diagnóstico menos invasivo y seguro. Caso clínico: Paciente masculino de 43 años, no fumador, ingresa derivado para estudio de masa endoluminal de la rama de la arteria pulmonar derecha, con síntomas de tos, dolor torácico derecho y hemoptisis leve de 2 meses de evolución, empeorando en las últimas 72 horas. La angio-TAC de tórax informa formación endoluminal con extensión al ventrículo derecho y distalmente hacia las ramas del lóbulo superior derecho sin realce con el medio de contraste. RM con gadolinio: lesión sólida extensa que compromete la luz de la arteria pulmonar derecha con extensión a la rama lobar superior. Un ecocardiograma transtorácico y eco doppler de miembros inferiores sin hallazgos patológicos. Por sospecha de tromboembolia pulmonar recibe tratamiento anticoagulante. Para diferenciar entre embolia pulmonar y enfermedad maligna se realizó PET-TC que mostró captación en la lesión de SUV max de 16,1. El EBUS mostró una masa sólida hiperecogénica de 28 mm, se reconoce por ecografía doppler defectos de perfusión en arteria pulmonar derecha y elastografía grado 5, se realizó 6 punciones en presencia de patólogo, no se observó lesión endobronquial. No se produjo complicaciones intra o post procedimiento. Con el resultado de la biopsia se diagnosticó SPAP. Después de una discusión interdisciplinaria, se realizó neumonectomía derecha. Discusión: El SPAP es un tumor raro, dada las características clínico radiológicas con la embolia pulmonar o tromboembolia pulmonar crónica con hipertensión pulmonar retrasan el diagnóstico. El EBUS-TBNA se presenta como alternativa diagnóstica menos invasiva y sin complicaciones similar a lo reportado en otros centros. El tratamiento incluye resección quirúrgica, quimioterapia neoadyuvante o adyuvante y radioterapia, que podrían mejorar la supervivencia.

Conclusiones: EBUS-TBNA es un procedimiento mínimamente invasivo utilizado para el diagnóstico de ganglios linfáticos hilar-mediastínicos y lesiones intrapulmonares. Rara vez se ha descrito su papel en el diagnóstico de lesiones endovasculares, puede ser una opción segura y fácil para el diagnóstico temprano de la afección, las imágenes también ofrecen un abordaje seguro para el procedimiento.

ID#91

MICROTRAQUEA: CUÁNDO SOSPECHARLA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

Autores: Verónica Noemí Pérez¹ | Diego Fabricio Dal Maso¹ | David Maciel¹ | Mary Estela Nieto¹

Filiación: ¹ Hospital Garrahan

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: Dentro de las malformaciones congénitas de la vía aérea, las anomalías traqueales son infrecuentes. El 50% se asocia anomalías cardiovasculares. Los síntomas son inespecíficos y requieren una obstrucción de la luz del 50% para presentarse. Puede manifestarse con estridor bifásico, respiración ruidosa o distrés respiratorio. La respuesta a la medicación habitual es escasa o nula. Casos clínicos: Varón de 2 años. Sin antecedentes perinatales de relevancia. Obstrucción bronquial recurrente a pesar del uso de corticoides inhalados. Internación a los 6 meses por bronquiolitis con 10 días de oxigenoterapia por cánula de alto flujo. Derivado a endoscopia respiratoria por estridor bifásico. Se realizó una rinofibrolaringoscopia y radiografía de cuello perfil sin anomalías anatómicas. En la valoración de vía aérea bajo anestesia general (VVA) se evidenció tercio distal de tráquea de calibre disminuido y anillos completos. La traqueobroncografía (TBG), mostró una estenosis infundibular en tercio distal de tráquea y árbol bronquial con segmentación habitual. Con angio-tomografía de tórax (A-TC) se descartó anillo vascular. Se programó traqueoplastia por deslizamiento, sin nuevas interurrencias respiratorias. Varón de 2 años, antecedentes de ductus corregido a los 2 meses y comunicación interventricular perimembranosa. Presentó múltiples internaciones por obstrucción bronquial, 2 de ellas con asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Se deriva con dificultad respiratoria y estridor bifásico. En la radiografía de tórax frente se observó una disminución del calibre traqueal; con A-TC se evidenció una disminución de volumen pulmonar izquierdo y una microtráquea (MT) asociada a un Sling de la pulmonar. En la VVA se observó una pseudocarina constituida por bronquio fuente derecho permeable y un orificio izquierdo con anillos completos correspondiente a la MT; la TBG evidenció la pseudocarina, la MT y la verdadera carina. Buena evolución tras la resolución quirúrgica. Varón de 6 meses, con diagnóstico de agenesia pulmonar izquierda. Múltiples internaciones por interurrencias respiratorias con rescate virales sin AVM. Derivado por estridor bifásico. Se realiza VVA: se observa a nivel traqueal proximal membrana concéntrica que obstruye el 40% de la luz y tráquea distal disminuida de calibre en forma infundibular. Se solicita A-TC la cual confirma agenesia pulmonar izquierda y MT. Se evalúa con cirugía de tórax, sin posibilidad de conducta quirúrgica. Actualmente en seguimiento multidisciplinario con buena evolución. Discusión y Conclusiones: Ante cuadros de obstrucción bronquial recurrente de evolución tórpida a pesar de un tratamiento adecuadamente suministrado, tener en cuenta las causas extrapulmonares. La presencia de tos traqueal o estridor bifásico en *washing machine* deben hacer sospechar estenosis de la gran vía aérea. La endoscopia es el *gold standard* diagnóstico de la MT. La TBG y la A-TC permiten conocer la anatomía distal a la obstrucción y así tomar la conducta adecuada.

ID#93

INGESTIÓN DE PILA BOTÓN: COMO CAUSA DE SIBILANCIAS

Autores: Diego Fabricio Dal Maso¹ | Verónica Noemí Pérez¹ | David Maciel¹ | Mary Estela Nieto¹

Filiación: ¹ Hospital Garrahan

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: Las sibilancias (sibilare="silbar") son sonidos agudos al paso del aire por los conductos respiratorios, debido a un estrechamiento de la vía aérea (VA). Las mismas

pueden ser de causa infecciosa y no infecciosa (asma, cuerpos extraños, rge, anillos vasculares, tumores y otros). La ingestión de cuerpos extraños predomina en menores de 5 años, la pila botón (PB) representa el 8,5% de los casos. Factores como el voltaje, la composición (litio) y el diámetro, determinan la severidad de las lesiones. El mecanismo de lesión es licuefactivo (lado negativo), colicuativo (lado positivo) y térmico. La presentación clínica es inespecífica con marcado disconfort e inicialmente presentan disfagia y sialorrea. Ante la incapacidad de tragar pueden generarse microaspiraciones, sibilancias y tos. El compromiso de la mucosa digestiva genera una periesofagitis que puede comprimir la VA generando dificultad respiratoria. El diagnóstico es sencillo si existe el antecedente de ahogamiento, pero si ocurre ante ausencia de un adulto, la sospecha clínica, la radiografía (RX) de cuello perfil y tórax frente son la primera línea de abordaje. Un signo radiográfico distintivo de la PB es la imagen en doble halo. El tratamiento es la extracción endoscópica dentro de las 2 horas de realizado el diagnóstico para reducir complicaciones. Caso clínico: Paciente de 11 meses que consultó a la guardia por dificultad respiratoria de 72 horas de evolución. Al examen físico estaba febril con tiraje subcostal e intercostal, sibilancias bilaterales a predominio espiratorio e hipoxemia. Sin respuesta al suministro de agonistas B2 y corticoides en la últimas 48 h. Se solicitó Rx de tórax frente, donde se observó una imagen redondeada radiopaca en región cervical, se completó el par radiológico con Rx de cuello perfil, donde se evidenció doble contorno y periesofagitis que comprimía la VA. Por sospecha de ingestión de PB, se realizó endoscopia de urgencia y extracción de la misma del tercio esofágico superior, observándose mucosa con edema y necrosis. Se valoró la VA para descartar fistula traqueoesofágica. Se colocó en el mismo acto sonda nasogástrica, bajo visión radioscópica, para alimentación enteral. Se indicaron antibióticos, corticoides e inhibidores de bomba de protones. A los 15 días pos-extracción se realizó Tomografía de Torax con contraste y control endoscópico digestivo (VEDA) y de VA para descartar estenosis y/o fistula traqueoesofágica. Continúa en seguimiento clínico. Discusión y Conclusión: Los cuadros respiratorios bajos, en época invernal, son el motivo más frecuente de consulta en pediatría. Ante la presencia de un paciente con sibilancias y mala respuesta al tratamiento habitual, en los planteos diagnósticos debemos contemplar la existencia de patologías extrapulmonares que pueden causar síntomas respiratorios. La ingestión de PB es una urgencia médica, puede dar síntomas tanto digestivos como respiratorios y la intervención endoscópica no debe demorarse ya que puede generar secuelas graves en los pacientes.

ID#94

TUBERCULOSIS LARÍNGEA: CAUSA INUSUAL DE DISFONÍA EN PEDIATRÍA

Autores: Verónica Noemí Pérez¹ | Diego Fabricio Dal Maso¹ | David Maciel¹ | Mary Estela Nieto¹

Filiación: ¹ Hospital Garrahan

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: I. Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad endémica que cursa típicamente con compromiso pulmonar. Su incidencia ha aumentado en el transcurso de la pandemia SARS-CoV2, dado el aislamiento preventivo obligatorio. Esto trajo aparejado el advenimiento de patologías extrapulmonares que con la llegada de los antibióticos se habían tornado algo infrecuentes. La tuberculosis laríngea primaria, representa el 1% de los casos de TB extrapulmonar. 1 II. Caso clínico: Niño de 3 años, sin antecedentes de relevancias, que fue traído por su madre por laringitis recurrentes de 3 meses de evolución. Refirió consultas reiteradas a la guardia donde fue tratado con corticoides orales y nebulizados, con regular respuesta. Al examen físico presentaba estridor bifásico a predominio inspiratorio, disfonía, dificultad respiratoria moderada y dolor en región laríngea. Se solicitó una radiografía de cuello perfil que puso de manifiesto un engrosamiento de partes blandas a nivel supraglótico y una radiografía de tórax con infiltrado miliar. Se realizó una rinofibrolaringoscopia que mostró una epiglotis engrosada, con tejido de granulación a nivel de las cuerdas vocales y pliegues vestibulares. Se llevó a cabo una valoración de vía aérea bajo

anestesia general, con toma de biopsia y un lavado broncoalveolar. El informe anatomopatológico fue compatible con proceso granulomatoso y arrojó resultado positivo con Ziehl Neelsen para Bacilo ácido alcohol resistente. El paciente requirió ventilación mecánica, tratamiento tuberculostático empírico y corticoides durante una semana tras la cual fue extubado mostrando mejoría clínica y endoscópica. III. Discusión y Conclusiones: La TB laríngea primaria es una presentación inusual de la TB desde el advenimiento de los antibióticos. Los diagnósticos diferenciales incluyen, papilomatosis laríngea, pólipos o quiste de cuerdas vocales o epiglottitis aguda. El tratamiento con tuberculostáticos es el estándar de oro, y la cirugía y esteroides se reserva para aquellos casos con obstrucción de las vías respiratorias. Esta entidad altamente contagiosa debe tenerse en cuenta al estudiar la disfonía de aparición súbita con mala respuesta al tratamiento sintomático. Así se evitarán desenlaces adversos en el paciente, su familia y el equipo tratante.

ID#96

METÁSTASIS ENDOBRONQUIALES BILATERALES DE CAUSA POCO COMÚN

Autores: Julia Ferraris¹ | Mariana Cameno¹ | Hernán Basilo Vigil¹ | Matías Scafati¹ | Gustavo Canteros¹ | Gerardo Vilas¹ | Cecilia Besada¹ | Ramiro Rojas¹ | Graciela Faccioli¹

Filiación: ¹ Hospital de Agudos Dr. Enrique Tornú

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: Las metástasis endobronquiales constituyen la presentación inusual de algunos tumores sólidos, dentro de los más frecuentes se observa riñón, mama y colon. El linfoma no Hodgkin puede involucrar estructuras torácicas en alrededor del 43% de los casos, especialmente el mediastino y el parénquima pulmonar, en cualquier momento del curso de la enfermedad. Sin embargo, el linfoma que se presenta como un tumor endobronquial es una entidad rara. Caso clínico Paciente de 56 con antecedente de Neurofibromatosis tipo I consulta por disnea progresiva hasta grado 3 de 5 meses de evolución asociado a pérdida de peso. Tres meses antes consulta en dermatología por presentar lesiones nodulares sobrelevadas rojizas en antebrazo derecho con anatomía patología pendiente al momento de la evaluación. Se realiza tomografía de tórax donde observan adenomegalias mediastinales y en parénquima opacidades nodulares con compromiso del segmento apical del LID con extensión a segmento posterior del LSD que oblitera parcialmente la luz endobronquial. En FBC a nivel del árbol bronquial se evidencian mamelones blanco rosados blandos poco sangrantes que tapizan la mucosa del bronquio lobar medio a inferior derecho, lobar superior y en el lobar inferior izquierdo. La anatomía e inmunohistoquímica de las lesiones informe infiltración por linfoma de grandes células anaplasicas ALK negativo CD30 positivo. Discusión y Conclusión: El linfoma anaplásico de células grandes un linfoma de linaje de células T o nulas, que constituye aproximadamente el 2% de todos los linfomas no Hodgkin. Se clasifica en dos grupos según la expresión de la enzima quinasa del linfoma anaplásico (ALK). Cuando es positivo para ALK tiene un pronóstico más favorable y ocurre predominantemente en pacientes varones jóvenes en comparación con negativo para ALK, que se asocia con un peor pronóstico y generalmente ocurre en pacientes mayores, como en nuestro caso. Estos tumores tienen una tendencia a involucrar sitios extraganglionares, principalmente la piel, tejidos blandos y huesos. La incidencia de metástasis endobronquiales en estas neoplasias son una forma de presentación poco frecuente.

ID#97

TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO: UNA ENFERMEDAD RARA CON SÍNTOMAS FRECUENTES

Autores: Verónica Noemí Pérez¹ | Diego Fabricio Dal Maso¹ | David Maciel¹ | Mary Estela Nieto¹

Filiación: ¹ Hospital Garrahan

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI), es una neoplasia benigna infrecuente en la población pediátrica (2% de los tumores traqueales primarios). Presenta comportamiento intermedio por su capacidad de invadir estruc-

turas vecinas, recidivar en forma local (25-40% dentro del primer año) y muy excepcionalmente producir metástasis a distancia. Se relaciona con traumatismos, cirugías, procesos infecciosos y patologías autoinmunes. Presenta diferentes localizaciones, siendo el pulmón la más frecuente. Los síntomas son inespecíficos y requieren una alta sospecha diagnóstica, ya que muchos lo consideran un verdadero incidentaloma. CUADRO CLINICO: Paciente de 7 años que se presentó a la consulta con un cuadro de estridor bifásico de 7 meses de evolución y disnea progresiva hasta limitar la actividad del niño. Ante la sospecha diagnóstica de aspiración de cuerpo extraño se solicitó Radiografía (RX) de cuello perfil y tórax frente sin evidencia de afección anatómica. Se programó endoscopia bajo anestesia general, observándose estenosis en tercio inferior traqueal que comprometía el 90% de la luz. Para evaluar afección local, se realizó tomografía de cuello y tórax con contraste donde se visualizó engrosamiento concéntrico de la pared traqueal que disminuía su luz y engrosamiento de la pared esofágica en la misma zona con pérdida de la interfase grasa, ambas con realce leve homogéneo tras la administración de contraste endovenoso. En ateneo multidisciplinario se decidió realizar resección traqueal y anastomosis terminal. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica, arrojó como resultado tumor miofibroblástico inflamatorio sin márgenes libres. Se realizaron controles endoscópicos y tomográficos en forma seriada, observándose recidiva local, sin compromiso de la luz traqueal. Continúa en seguimiento sin progresión del cuadro clínico. Discusión y Conclusiones: Si bien los cuerpos extraños forman parte de los principales diagnósticos ante un paciente con estridor más disnea progresiva, no hay que perder la sospecha clínica de causas menos frecuentes, como ocurrió en nuestro caso. Ante pacientes, sin antecedentes respiratorios de relevancia que inician con síntomas de obstrucción respiratoria recurrentes y tienen mala respuesta a los tratamientos habituales, hay que ampliar los estudios diagnósticos y abordarlos de forma multidisciplinaria. Así las enfermedades raras, se vuelven frecuentes, los diagnósticos son más precoces y se logra disminuir la morbimortalidad de los pacientes. Los tumores traqueobronquiales en pediatría son poco habituales, siendo el TMI el más frecuente. Sus síntomas son inespecíficos lo que vuelve dificultoso el diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. En los casos en que la resección completa resulta imposible, se han postulado tratamiento con inhibidores de la COX-2, glucocorticoides y Anticuerpos Monoclonales (crizotinib).

ID#136

ESTENOSIS TRAQUEAL: ¿LA SOSPECHAMOS LO SUFICIENTE?

Autores: Geraldine De Souza¹ | Virginia Bourdin¹ | Federico Bonavita¹ | Ana Ines Gruss¹ | Nicolás Arechavaleta¹

Filiación: ¹ Cátedra de neumología, Hospital Maciel.

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: La estenosis traqueal se define como el estrechamiento de la luz de la vía aérea, desde el cartílago cricoides hasta la carina principal. Provoca síntomas como: disnea, tos, estridor, sibilancias. Dependen del grado de obstrucción de la luz, localización de la lesión y velocidad de progresión. Si el diámetro de la tráquea es menor a 8 mm produce disnea de esfuerzo, y menor a 5 mm disnea de reposo. Para diagnosticarla contamos con: fibrobroncoscopia (FBC), *Gold standard*, pruebas de función pulmonar e imagen (Tomografía computada con reconstrucción 3D) Caso clínico: Sexo femenino, 44 años, procedente de Montevideo, Uruguay. Antecedentes personales: Diabetes mellitus, Hipertensa. Niega antecedentes respiratorios previos, nunca COVID-19. Ingresó 19 días a CTI por infección respiratoria baja en contexto de cetoacidosis diabética severa. Se complica con una neumonía asociada al ventilador (NAV), aísla Estafilococo Aureus Meticilino Sensible, recibe Cefazidime-Cefalexina y luego Ceftriaxona endovenosas (ev). Extubación no exitosa a los 7 días del ingreso por estridor laríngeo FBC: tráquea de calibre normal, en tercio medio se observa mucosa con placas blanquecinas en laringe y tráquea, se envían a cultivo y desarrollan *Pseudomonas aeruginosa* multi sensible. Con diagnóstico de traqueitis se inicia tratamiento con Cefazidime (ev) asociado

a Amikacina nebulizada con PARI, otorgando alta a domicilio con controles ambulatorios de FBC y completar tratamiento. Al mes del egreso hospitalario se constata estridor intermitente que orienta traqueomalacia y estenosis dinámica, sin disnea. Ingres a sala de cuidados moderados para FBC con sedación. Se constata estenosis traqueal circunferencial, cicatrizal a 2 cm del cartílago cricoides, compromete 3 anillos traqueales, deja luz visible menor a 50%. Se controla en múltiples oportunidades realizando dilataciones mecánicas con broncoscopio rígido sin lograr un diámetro traqueal de seguridad dado colapso excesivo de pars membranosa asociado, se coloca stent (SET14-12 Stening) como puente a cirugía definitiva (imagen 1:A) Traqueitis, B) estenosis cicatrizal, C) TCTX con Reconstrucción 3D, D) Stent endotraqueal. Discusión y Conclusiones: Se presenta una estenosis traqueal post intubación compleja secundaria a isquemia de la mucosa a nivel del sitio del manguito. Como factores de riesgo identificamos: Sexo femenino, Obesidad, HTA, DM, NAV y Traqueitis. Se colocó un stent (figura 1, D) medida intermedia, y se realizará cirugía cuando se encuentre en oportunidad. La estenosis traqueal puede ser difícil de diagnosticar confundiendo sus síntomas con crisis de asma. Presenta incidencia de 10-22%, debe ser valorada por equipo multidisciplinario y correctamente clasificada para definir el tratamiento. De elección el tratamiento quirúrgico definitivo, siendo una alternativa en los casos que asocian traqueomalacia (como este) la colocación de un stent como puente hasta la oportunidad quirúrgica.

ID#145

CAUSA POCO FRECUENTE DE HIPERCAPNIA

Autores: *Ailin Weiss*¹ | Emiliano Lingua¹ | Walter Gardeñez¹

Filiación: ¹ Hospital Centenario

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: La lesión del nervio laríngeo recurrente en forma bilateral, que lleva a la parálisis de ambas cuerdas vocales luego de una tiroidectomía, es una complicación rara que suele presentarse con disnea y estridor tras la extubación. A menudo requiere de traqueostomía para asegurar la permeabilidad de la vía aérea. La cordopexia posterior es una opción terapéutica con excelentes resultados y afectación mínima de la fonación. Presentamos el caso de una paciente con episodios reiterados de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tipo II provocados por la parálisis bilateral de cuerdas vocales, producto de una cirugía de tiroides realizada muchos años atrás. Caso clínico. Mujer de 56 años con antecedente de tiroidectomía total hace 10 años debido a cáncer de tiroides, donde requirió de traqueostomía por 10 meses; e hipoparatiroidismo iatrogénico, en tratamiento con levotiroxina, calcio, vitamina D. Presenta desde hace 2 años cuadros repetidos de disnea de esfuerzo, fatiga muscular e hipersomnolencia que evolucionan a IRA hipercápnica, llegando incluso a sufrir paro respiratorio en una oportunidad. En todos los casos resolvió con ventilación mecánica. Ingres a UTI por nueva IRA tipo II. Al examen físico presenta disfonía, paresia cervical grado 3, murmullo vesicular conservado. Laboratorio: pH 7.27, pCO₂ 71 mmHg, pO₂ 55 mmHg, HCO₃ 27 meq/L, TSH 0.88 mUI/L, electrolitos normales, anticuerpos contra receptores de acetilcolina negativos. Electromiografía normal. TC de tórax: Sin anomalías. Polisomnografía: IAH 10/hora. Espirometría: FVC 1.98 L (60%), VEF1 1.52 L (59%), VEF1/ CVF 77, curva inspiratoria en meseta, sin cambios en decúbito, SVC 60%. Se realiza broncofibroscopia donde se observa parálisis bilateral de cuerdas vocales en aducción. Se interconsulta a ORL quienes realizan cordopexia derecha. Luego del procedimiento la paciente mejora los síntomas, normaliza la gasometría y no vuelve a presentar nuevos episodios de IRA. Discusión y Conclusiones: Las causas de IRA tipo II son múltiples y para llegar al diagnóstico correcto se requiere conocer los antecedentes del paciente. En el caso presentado se descartaron causas comunes de hipercapnia como síndrome de hipoventilación, trastornos neuromusculares, etc. Debido a la historia de tiroidectomía, la actual disfonía y la alteración de la curva flujo volumen, se decide evaluar la vía aérea pudiendo objetivar así la parálisis de cuerdas vocales en aducción. Esta es una complicación rara (0,4%) de la tiroidectomía (ya que lo más frecuente es que se produzca una parálisis unilateral) debido a lesión del nervio

laríngeo recurrente, que suele dar síntomas en la inmediatez. En este caso se manifiesta de forma atípica, dando un cuadro de hipercapnia de gravedad años después. La cordopexia posterior consiste en desplazar el 1/3 posterior de la cuerda vocal en aducción y adjuntarla al cartílago tiroideo, liberando la luz laríngea y respetando la porción fonatoria de las cuerdas. Esta técnica permite evitar una traqueostomía y dar una solución de bajo riesgo a esta patología.

ID#160

DOBLE INTUBACIÓN SIMULTÁNEA EN PROCEDIMIENTOS BRONCOSCÓPICOS DE ALTO RIESGO

Autores: *Sebastián Gando*¹ | Bibiana Vazquez¹ | María Angélica Saab¹ | Adriana Branda¹ | Damián Violi¹ | Alvaro Ortiz Naretto¹ | Ignacio Martín¹ | Desideria Quecaño Umiri¹ | Cecilia La Pietra¹ | Roberto Dure¹

Filiación: ¹ Hospital Francisco J Muñiz, CABA

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: La intubación con tubos de doble luz para cirugía torácica permite trabajar un pulmón aislado mientras se ventila el otro. El tratamiento endoscópico de lesiones bronquiales pone en riesgo ventilatorio al paciente ya sea por la imposibilidad de la ventilación adecuada con broncoscopio rígido, por requerir la reducción de Fio₂ en tratamientos térmicos, el riesgo de sangrado y asfixia o por patología pulmonar previa del paciente. El objetivo de esta comunicación es la descripción de la intubación selectiva con un tubo de luz simple (TLS) de un bronquio y su bloqueo para ventilación unipulmonar con intubación simultánea con broncoscopio rígido para tratamiento de la lesión bronquial contralateral y de la factibilidad y seguridad del método. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes incluidos de manera consecutiva. Análisis bajo intención de tratar. Adultos, con lesiones bronquiales con obstrucción parcial (>50% de la luz) o total de bronquio principal (atelectasia completa del pulmón) en el periodo febrero 2021 a julio 2023 (28 meses). Bajo anestesia general y guía de broncoscopia flexible se procede a la intubación del bronquio a ventilar con TLS N° 7.0. Corroborando la correcta ventilación y tolerancia se procede a la intubación en paralelo con broncoscopio Dumon N°10 hasta quedar frente al bronquio libre procediendo al tratamiento. Al finalizar se extuba el broncoscopio rígido y se desplaza el tubo flexible a traqueal hasta el momento de la extubación final. Resultados: 31 pacientes, 19 Masc. (61%), edad 58,5 años ± 15,8. Motivo: Tumoral 28, tuberculosis 1 hemoptisis masiva 2. Se lograron intubaciones simultáneas en 27 de 31 pacientes (87%). En los otros 4: dos con lesión e BFI y desaturación con conversión a procedimiento estándar y 2 suspendidos antes de iniciar. Bronquio afectado, Izquierdo 15/27 (55%). 5 pacientes con atelectasia pulmonar total. 4 pacientes en UTI bajo ARM. 1 paciente en UTI presento hemoptisis masiva (aprox. 2lts.), procedimiento exitoso. Desplazamiento del tubo de luz simple durante procedimiento que requirió reubicación en 5/27 (18%). Desaturaciones significativas que no requirieron cambio de estrategia 2/27 (7.4%). Sin complicaciones posteriores relacionadas con el procedimiento (0/27). Conclusiones: El método de doble intubación de manera simultánea con tubo flexible de una luz y broncoscopio rígido se mostró factible y seguro para el tratamiento de lesiones bronquiales de alto riesgo. Imagen: Esquema de intubación a la simultánea, vista del proceso de intubación en un paciente en UTI bajo ARM y vista desde el broncoscopio rígido en tráquea del tubo flexible con su balón insuflado.

ID#170

ROL DEL ESTUDIO ENDOSCÓPICO DE LA DEGLUCIÓN EN LA TERAPIA INTENSIVA

Autores: *Julieta González Anaya*¹ | Leiniker Alexander Navarro Rey¹ | Carolina Lockhart¹ | Ignacio Fernández Ceballos¹ | Indalecio Carboni Bisso¹ | Marcos Las Heras¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen. Introducción: La disfagia orofaríngea es una condición frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con una incidencia del 12% al 18% en pacientes sometidos a asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Se asocia con complicaciones

como neumonía aspirativa, retraso en la alimentación oral, desnutrición, disminución de la calidad de vida, mayor estancia hospitalaria y morbimortalidad. La evaluación fibroscópica de la deglución (FEES) se ha establecido como una técnica objetiva y confiable para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea, con una sensibilidad del 88% y una concordancia del 90% con la videofluoroscopia (Gold Standard). **Materiales y Métodos:** El objetivo fue describir las complicaciones asociadas con el FEES y determinar la prevalencia de la disfagia orofaríngea en nuestra población. Se llevó a cabo en la UCI de un hospital de la Capital Federal, durante el período 2019 a 2023. Se utilizó el protocolo del servicio para realizarlo. **Resultados:** Se incluyeron un total de 61 pacientes. El 20% de los pacientes requirió AVM, con una mediana de 20 días en ventilación mecánica (RIC 10-33). Además, el 40% de los pacientes requirió traqueostomía como parte del proceso de retirada de la ventilación mecánica. Las principales razones de ingreso a la UCI fueron enfermedades respiratorias (16%) y neurológicas (15%). Se determinó que el 63% de la población evaluada presentaba aspiración con alimentos de diferentes consistencias. En cuanto a las complicaciones reportadas, solo un paciente presentó un episodio aislado de desaturación, lo que representa el 1,63% de la población evaluada. **Conclusiones:** El FEES se mostró como una herramienta segura que puede ser realizada por médicos intensivistas al lado de la cama del paciente. La prevalencia en nuestra muestra fue alta, probablemente debido a la edad avanzada de los pacientes y a un puntaje APACHE elevado, asociado a enfermedades respiratorias o neurológicas que requirieron intervenciones en la vía aérea.

ID#171

INJURIA POR INHALACIÓN: SERIE DE CASOS SOBRE MANEJO BRONCOSCÓPICO

Autores: Julieta González Anaya¹ | Leiniker Alexander Navarro Rey¹ | Ignacio Fernández Ceballos¹ | Indalecio Carboni Bisso¹ | Hernán Aguilar¹ | Marcos Las Heras¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen. Introducción: La injuria pulmonar por inhalación de humo y productos de combustión constituye una entidad que agrega comorbilidad y mortalidad a las víctimas de incendios. El uso de la broncoscopia permite un diagnóstico preciso y la instauración del tratamiento adecuado. El objetivo del siguiente trabajo es describir las características clínicas, hallazgos broncoscópicos y resultados de los pacientes internados por injuria por inhalación. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional realizado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires, en el período comprendido entre enero de 2018 y octubre de 2022. Se incluyeron todos los pacientes quemados, con y sin sospecha de injuria por inhalación, internados en UTI durante el período de estudio. **Resultados:** Se evaluaron diez pacientes, 60% fueron sexo femenino, con una edad mediana de 40 años (rango intercuartílico (RIC 34-71) y un APACHE Score II de 8 (RIC 5-13). La mediana de superficie corporal quemada fue de 13% (RIC 6-23), con lesión de la vía aérea en el 80% de los casos, 50% localizada a nivel supra e infraglotica, predominantemente de grado I según la escala de Chou. Respecto al tratamiento farmacológico local, 80% recibió n-acetil cisteína y 40% heparina inhalada. La mediana de fibrobronoscopias realizadas fue de 4 (RIC 2-7), el 90% de los pacientes requirió asistencia ventilatoria mecánica (AVM), con una mediana de requerimiento de 21 días (RIC 3-31). Finalmente, 60% requirieron confección de traqueostomía como parte del proceso de desvinculación. La estancia en UCI fue de 37 días (RIC 13-46) con una mortalidad de 0%. **Conclusiones:** La mayor parte de la muestra fueron pacientes jóvenes, con APACHE Score II bajo, que presentaron casi en su totalidad lesiones de vía aérea mediante evaluación endoscópica localizadas a nivel supra e infragloticas de grado I, incluso con superficies corporales quemadas bajas. El requerimiento de AVM fue mandatorio en este grupo de pacientes, con indicación de traqueostomía en más de la mitad de los mismos. El tratamiento farmacológico local no presentó efectos adversos que fueran reportados. La injuria por inhalación desencadena una respuesta

inflamatoria sistémica, evidenciada por la presencia de shock cardiogénico, distributivo y síndrome de distrés respiratorio. La estancia en la UCI fue elevada, pero con una mortalidad nula. Consideramos que los resultados favorables reportados en esta serie de casos se atribuyen a la intubación orotraqueal precoz, el tratamiento farmacológico local, toilette bronquial seriada y el manejo interdisciplinario, aunque se requieren estudios con mayor número de pacientes para poder afirmarlo.

ID#188

FIBROBRONCOSCOPIA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV-2: NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: Nicolás Matías Usedo¹ | Ana María López¹ | Vanesa Abrate¹ | Marcos Elias¹ | Favio Cesaratto¹ | María Eugenia Olmos¹ | Juan Stechina¹ | Verónica Farieri¹ | Fiorella Ibañez¹ | Danilo Crescente²

Filiación: Hospital Privado Universitario de Córdoba

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Endoscopia

Resumen: Introducción y objetivo: Durante la pandemia por SARS COV 2, la realización de Fibrobroncoscopia (FBC) disminuyó considerablemente, limitándose a procedimientos imposterigables. La infección activa por Covid-19 se estimaba contraindicación relativa, indicada solamente cuando se consideraba que sus hallazgos implicarían cambios en la conducta y/o terapéutica. Nuestro objetivo, describir la población en estudio, las principales indicaciones y resultados de las FBC realizadas durante la pandemia en un hospital polivalente. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de Historias Clínicas electrónicas de FBC realizadas por el Servicio de Neumonología de nuestro hospital, durante pandemia COVID-19 desde 11/03/2020-31/03/2022. Se analizó la población en relación a: 1. Atención del paciente ambulatorio vs hospitalizado. 2. Tipo de huésped: Inmunocomprometido (HIC) vs no HIC. 3. Características de las imágenes (TACAR). 4. Resultados diagnósticos. **Resultados:** Población N183. Masculinos 51%. Edad promedio 50,4 ± 18,4 años (rango 18-83 años). Hospitalizados n:132 (72,1%). HIC n:122 (66,6%), Infiltrados difusos n:93 (76,2%), nódulos pulmonares n:26 (21,3%) y cavitación n:3 (2,4%). Enfermedad de base: Oncológicos n:80 (65,6%), mayor frecuencia: linfomas, leucemias y post TAMO. Trasplantados renales n:13 (10,6%); enfermedad autoinmune n:24 (19,6%) y VIH n:5 (4%). Aislamiento positivo n:80 (PCR 77,5%): CMV, Pneumocistis Jirovecii; Mcobacterias, aspergillus, TBC, Adenovirus, Histoplasma, Coccidioide, S Aereus, Serratia, Cándida, Pneumococo y Moraxella. No HIC, n: 61 (33,3%) Infiltrados difusos n:21 (34,4%), cavitación n:6 (9,8%) y nódulos n:17 (27,8%) y varias n:17 (27,8%). Hallazgos, microbiológico n 11 (n 18%), TBC n:6 (9,8%), OP n:5 (8,2%), aspergillus n:7 (11,4%), HAD 4 (6,5%), enfermedad oncologica n:7 (11,4%); eosinofilia n:2 (3,2%) y sin aislamiento/celularidad/biología molecular n 19 (31,1%). **Discusión:** Durante la pandemia, fue imprescindible evaluar el costo-beneficio de la FBC, minimizando el riesgo de transmisión de la infección por SARS COV 2. En este contexto, la realización de FBC representó un desafío, aún más en pacientes hospitalizados e inmunocomprometidos, en quienes es prioritario no demorar la toma de decisiones. La principal población en estudio correspondió a pacientes hospitalizados e inmunocomprometidos con infiltrados pulmonares difusos. En este grupo, los antecedentes patológicos más relevantes fueron oncológicos, con enfermedad autoinmune y trasplantados renales, detectándose un alto rédito diagnóstico de microorganismos patógenos en esta población. Es de destacar que, aplicando estrictamente los protocolos de recomendaciones específicas para la realización de la FBC, no se presentaron complicaciones en el personal de salud.

ID#193

EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON LÁSER EN ESTENOSIS BENIGNA DE LA VÍA AÉREA EN UN SANATORIO DE CABA

Autores: Fernando Julián Fernández¹ | Marcos Hernández¹ | Silvia Quadrelli¹

Filiación: ¹ SANATORIO GUEMES

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: La estenosis traqueal (ET) se refiere al estrechamiento de la luz de vía aérea desde el cartilago cricoides hasta la carina principal. Tiene múltiples causas: la traqueomalacia, enfermedades inflamatorias crónicas, infecciosas, enfermedades del colágeno, siendo la más frecuente las asociadas a la intubación orotraqueal y la traqueostomía. La estenosis de la vía aérea puede ser una emergencia médica y el tratamiento con láser permite la apertura rápida de la vía aérea. **DESARROLLO;** Caso 1: Varón de 21 años con antecedente de traumatismo craneoencefálico (TEC) grave, ARM prolongada con traqueostomía, evolución con estenosis subglótica asociado a granuloma a nivel de la unión laringotraqueal en hora 12. Presentado como síntomas cardinal estridor y disnea, espirometría: R 0,58 VEF1 3,18 lts (72%) FVC 5,45 lts (105%) (Obstrucción leve) curva con patrón en cajón. Endoscopia: granuloma por debajo de las cuerdas vocales, se fotocoagula con láser y se extrae. Mejoría de los síntomas. Espirometría control R 52 FEV1 2,33 lts 52% fvc 4,51 lts 85% patrón en cajón. Caso 2: Varón de 30 años, antecedente de TEC grave con intubación orotraqueal (IOT) prolongada, consulta por estridor y disnea en contexto de estenosis traqueal cicatrizal concéntrica una luz de 8 mm. Espirometría: relación: 0,48 FEV1: 2,77 (61%), FVC: 5,83 (106%) patrón obstructivo moderado con cajón. Endoscopia rígida: Cortes radiales con láser y dilatación mecánica con instrumental rígido, progresando broncoscopio N°12 logrando luz de 12 mm. Mejoría de los síntomas. Espirometría control: Relación: 82 100%, FVC: 5,42 (92%) FEV1: 4,47 (92%). Caso 3: Varón de 60 años con antecedente de paro cardíaco (PC) con IOT. Evolucionó con estenosis circunferencial del 1/3 medio de la tráquea a 70 mm de cuerdas vocales con una luz de 14,7 mm x 9,6 mm. PEF 35% curva en cajón. Se realizan cortes radiales con láser y se dilata progresivamente hasta 12 mm, se coloca prótesis traqueal. Caso 4: Mujer de 50 años, PC más IOT. Presenta disnea. Espirometría: R 77 VEF1 1,7 63% FVC 2,2 lts 65%. Endoscopia rígida: se observa extensa estenosis de la tráquea de 5 cm x 4 mm por lo que se realizan cortes con láser, se dilata y se coloca prótesis. Caso 5: Varón de 69 años, ACV isquémico con IOT, derivado por estenosis traqueal y colapso dinámico, PEF 48% R 74 FEV1 2,01 lts 70% FVC 3,33 lts 86%. Endoscopia rígida: estenosis concéntrica compleja en subglotis compuesta por 2 bandas fibróticas que dejan luz de 8 mm, se realizan incisiones radiales con laserterapia en hora 10 y 13. Dilatación mecánica quedando luz de 12 mm. PEF 75% post procedimiento. Resultados: Todos presentaron estenosis traqueal benigna secundaria a IOT, 1 presentó además granuloma. Todos presentaron como síntoma principal disnea y dos estridor. Cuatro 4 presentaron obstrucción, todos con patrón en cajón. A dos se le colocaron prótesis. Conclusión: En pacientes sometidos a IOT, que presentan disnea y/o estridor con patrón obstructivo en espirometría, debe sospecharse estenosis de la vía aérea. El tratamiento laser permite la mejoría sintomática.

ID#203

ESTENOSIS VÍA AÉREA CENTRAL BENIGNA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN PANDEMIA

Autores: Artemio García¹ | *Rodrigo Aguilar*¹ | Nancy Camara¹ | Sergio Iturry¹

Filiación: ¹ Hospital Dr. Prof. Alejandro Posadas

Sección: Trabajos de investigación | **Comunicación oral** | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: La estenosis de la vía aérea central (EVAC) benigna es un estrechamiento de las vías respiratorias que se manifiesta clínicamente por disnea, afectando la calidad de vida e incluso la muerte. Las causas más frecuentes son secundarias a intubación orotraqueal y traqueostomía, con una incidencia de entre 10 y 22%. El enfoque de tratamiento puede incluir médico, endoscópico o quirúrgico. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes con EVAC atendidos en el Hospital Posadas de enero de 2020 a diciembre de 2022 en pandemia. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó todos los pacientes mayores a 16 años con diagnóstico de EVAC admitidos en la unidad de broncoscopia de enero de 2020 a diciembre de 2022. Se excluyeron los

pacientes con patología tumoral. Los datos se obtuvieron del sistema informático de broncoscopia. Se analizaron las siguientes variables; edad, sexo, localización de la estenosis, grado de obstrucción, tipo de intervención y complicaciones. **Resultados:** De las 2436 endoscopías, se analizaron 859 broncoscopias correspondientes a 199 pacientes con diagnóstico de EVAC, se excluyeron 6 pacientes con EVAC secundario a patología tumoral, se encontró que la mediana de edad fue de 38 años, 66,12% de sexo masculino y 33,88% de sexo femenino. Del total de estudios, 47,9% fueron terapéuticas y un 52,05% diagnósticas; la localización más frecuente fue la estenosis subglótica, 36,82%, seguido de la estenosis de la unión laringotraqueal, 26,49%, y la estenosis traqueal, un 23,05%; en relación al grado de estenosis, el más frecuente fue la estenosis grado II con un 30,39% seguida de el grado I 28,03%. En cuanto al tratamiento endoscópico un 45,5% requirió dilatación con broncoscopia rígida, un 17,9% colocación de stent y en menor medida el tratamiento fue con electrocauterio y láser. La incidencia de complicaciones fue de 30 pacientes (3,52%) las más frecuentes fueron: insuficiencia respiratoria con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) (26,6%), desaturación (20%) y la traqueostomía de urgencia (16,67%). **Discusión:** Al igual que lo descrito en la bibliografía la localización subglótica fue la más frecuente, en nuestro centro la terapéutica más utilizada fue la dilatación con broncoscopia rígida. Comparado con otros estudios la incidencia de complicaciones es del 2-4%. **Conclusiones:** La EVAC benigna es una situación compleja que requiere diagnóstico precoz para realizar un tratamiento oportuno. El tratamiento depende de la localización, grado y extensión de la estenosis, además de la experiencia del operador e insumos hospitalarios, por lo que se debe individualizar a cada paciente.

ID#204

LA VIA LAXA

Autores: *Rodrigo A Bouzon*¹ | Natalia Garitta¹ | Neri Vernay¹ | Rodolfo Navarrete¹

Filiación: ¹ Hospital Centenario

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: el colapso de la vía aérea central espirométrica abarca 2 entidades fisiopatológicas distintas: colapso dinámico excesivo de la membrana posterior de la vía aérea (EDAC) y Traqueobroncomalacia (TBM). **Caso clínico:** varón de 42 años, IMC 32, exfumador de 40 p/y; escala de epworth 21 y stop-bang 4. Consulta por disnea mMRC II de 2 años y exacerbación de la misma en los últimos 2 meses. Al examen físico taquicárdico, taquipneico, SatO₂ 80% (0,21) e hipoventilación basal izquierda con rales aislados. Ingresado a UCIM por insuficiencia respiratoria tipo II, se vincula a VNI. Laboratorio: Hto 61 HB 16 PH7.29 pCo₂ 66 pO₂ 45 HCO₃-3 31. En TC consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo en LII y compresión traqueal a nivel de carina; BFC con colapso de vía aérea en espiración (aprox del 90% de la luz) a nivel de carina y espirometría con restricción moderada sin cambios. Actualmente a 10 meses del diagnóstico y tratamiento con Bi-PAP y medidas higienico-dietéticas la nueva BFC evidencia mejoría dinámica, como así lo expresa la sintomatología. **Discusión:** tanto EDAC como TBM presentan una prevalencia incierta; y poco se sabe respecto a su histología. Ambas entidades proponen diferentes sistemas de clasificación; según su apariencia traqueal, su distribución y su etiología. Los pacientes pueden presentarse de manera asintomática, tener manifestaciones inespecíficas, o presentar disnea, tos, imposibilidad de expectorar e incluso asfisia episódica, síntomas que son mayores, cuanto más grave sea la estrechez o cuando se presenta asociado a diferentes comorbilidades. En pruebas de función pulmonar estos pacientes no cuentan con un patrón característico, este puede ser obstructivo, restrictivo, mixto o incluso ser normal. El estándar diagnóstico es la BFC dinámica, porque permite el examen real de las vías respiratorias proporcionando una evaluación precisa de la morfología; también la TC dinámica permite el reconocimiento de esta patología, la evaluación de estructuras adyacentes y ayuda en la evaluación de otras causas potenciales, además de poder calcular el índice de colapso, IC = (AEI -DEA/AEI) x 100. Las ubicaciones estándares incluyen 1 cm por encima del arco

aórtico y 1 cm por encima de la carina, como también asegurar el sitio de estrechamiento máximo; concluyendo según esta, en leve (70-80%) moderada (81-90%) grave (>90%). El tratamiento es innecesario en individuos asintomáticos; el resto debe optimizar el tratamiento médico, así como el de las comorbilidades. El tratamiento invasivo se reserva para pacientes con enfermedad grave, entre ellos prueba de stent, tratamiento quirúrgico, y por último laser o stent biorreabsorbible. Conclusión: presentamos un paciente con alteración dinámica de la vía aérea sintomática y buena respuesta al tratamiento. Creemos que es importante recordar esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales de disnea, en muchas ocasiones subdiagnosticada.

ID#219

RÉDITO DIAGNÓSTICO CON EL USO DE CRIBIOPSIA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA PULMONAR : ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Autores: Juan Manuel Lucchelli¹ | Heily Lizbeth Cruz Urcia¹ | Héctor José Peroni¹ | Pedro Grynblat¹

Filiación: ¹ Htal. R. R. María Ferrer

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: Existen distintas herramientas diagnósticas dentro del campo de la broncoscopia para las lesiones sospechosas de malignidad. El uso de criosonda para la obtención de biopsias se inició en las enfermedades intersticiales pero, debido a las características de las muestras, cada vez es mayor su uso en las lesiones con sospecha de enfermedad oncológica. Objetivo: Describir la frecuencia diagnóstica de enfermedad pulmonar oncológica en pacientes con sospecha de enfermedad neoplásica en los que se realizó broncoscopia y se utilizó la criosonda como herramienta diagnóstica así como también las complicaciones asociadas. Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva conformada por pacientes adultos con sospecha de enfermedad oncológica que presentaban lesiones pulmonares periféricas (LPP), lesiones pulmonares centrales (LPC) y lesiones mediastinales (LM), a los que se les realizó biopsia endobronquial, transbronquial o transcarinal por criosonda en instituciones de salud estatales y privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), entre agosto de 2017 y junio de 2023 inclusive. Resultados: Se realizaron 54 procedimientos, 30 (51%) corresponden a LPC, 17 (31%) a LPP y 7 (13%) a LM. La mediana de edad fue de 64 (RIQ 16), 23 (42%) eran de sexo femenino. Se obtuvo diagnóstico en 41 (76%) de los pacientes de enfermedad neoplásica, siendo adenocarcinoma en 19 (35%) pacientes. Se observó neumotórax en 3 (6%) pacientes y sangrado grave en 4 pacientes (7%). En el grupo de LPC se obtuvo diagnóstico en 25 (83%) de los pacientes de enfermedad neoplásica, siendo adenocarcinoma en 8 (27%). En el grupo de LPP se obtuvo diagnóstico en 12 (71%) de los pacientes de enfermedad neoplásica, siendo adenocarcinoma en 12 (71%). En las LM se obtuvo diagnóstico en 4 (57%) de los pacientes de enfermedad neoplásica, siendo carcinoma de células pequeñas 2 (29%). Discusión: En nuestro estudio se obtuvo un diagnóstico del 83%, 71% y 57% en las LPC, LPP y LM respectivamente. Con respecto a los valores reportados para las LPC en la literatura, nuestro valores se encuentran levemente por debajo de los centros de países desarrollados. En las LPP los resultados obtenidos son similares a los reportados por la bibliografía mientras que en las LM es menor, es importante remarcar que varios de estos estudios utilizan la ecografía endobronquial (EBUS) como guía para la utilización de la criosonda. Además en las LM de nuestro estudio el N es bajo lo que también podría influenciar en el rédito diagnóstico. Este es un estudio retrospectivo y descriptivo, lo cual es una limitante para extrapolar los resultados. Sin embargo, comparando con datos propios de rendimiento diagnóstico con fórceps, hemos evidenciado mayor rendimiento diagnóstico con criobiopsia. Conclusión: En el 76% de los pacientes se obtuvo diagnóstico de enfermedad neoplásica, siendo el más común adenocarcinoma en el 35%.

ID#242

FIBROBRONCOSCOPIAS EN PACIENTES QUEMADOS DE LA VÍA AÉREA EN UN HOSPITAL DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN

Autores: María Pia Rocchia Novillo¹ | Silvina Nélica Cáceres¹ | Andrea Aguero Turbati¹ | Damiana Inés Martínez¹ | Betina Yolanda Dip²

Filiación: ¹ HOSPITAL CENTRO DE SALUD -ZENÓN SANTIALLÁN- (SAN MIGUEL DE TUCUMÁN- TUCUMÁN- ARGENTINA) ² HOSPITAL EVA PERÓN (Banda del río salí-TUCUMÁN)

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción y Objetivos: Analizar los resultados obtenidos de las fibrobroncoscopias realizadas a pacientes con quemaduras de vía aérea, en el periodo comprendido entre el 23 de marzo de 2022 y el 5 de junio de 2023 en un Hospital público de San Miguel de Tucumán. Material y métodos: En forma retrospectiva se estudiaron 18 fibrobroncoscopias (FBC) llevadas a cabo en el Hospital Zenón Santillán, San Miguel de Tucumán, en el periodo comprendido entre el 23 de marzo de 2022 y el 5 de junio de 2023, se incluyeron para el estudio aquellos pacientes con asistencia respiratoria mecánica con quemadura de vía aérea. Las variables de estudio fueron: el sexo, la edad, hallazgos endoscópicos, resultados microbiológicos y mortalidad. Resultados: Entre los días 23 de marzo de 2022 y 5 de junio de 2023 (434 días), ingresaron al Hospital Centro de Salud Zenón Santillán un total de 14 pacientes con quemaduras de las vías aéreas, realizando en conjunto 18 fibrobroncoscopias, de los cuales 11 (61%) fueron Mujeres y 7 (39%) fueron hombres. El rango de edad de los pacientes fue de 22 a 84 años, con una mediana de 38 años. De los 18 casos en estudio, 12 (67%) dieron negativo a los cultivos del lavado bronquial que se tomaron durante el procedimiento, 6 (33%) dieron resultados positivos, de los cuales el 32% presentó Klebsiella Pneumonie, 17% Acinetobacter Baumanni, 17% Staphylococcus aureus / klebsiella Pneumonie, 17% Staphylococcus aureus, 17% Haemophilus influenzae. De los 18 casos en estudio durante el procedimiento los hallazgos endoscópicos obtenidos fueron: el 44% registraba escasas secreciones no purulentas, el 17% abundantes secreciones purulentas, otro 17% sin particularidades, y un 22% abundantes secreciones con hollín. En promedio, transcurrieron 4 días entre la fecha de ingreso de los pacientes al hospital y la fecha en que se realizó el estudio, con valores mínimos y máximos de 0 y 18 días, respectivamente. Asimismo, al 75% de los pacientes se les realizó el estudio dentro de los 5 días desde el ingreso al Hospital, y al 50% dentro de los 3 días, a 4 pacientes se le repitió 2 veces la fibrobroncoscopia por la presencia de hollín y abundantes secreciones. La mortalidad fue del 57%, correspondiendo un 50% a mujeres y un 50% a hombres. Discusión y Conclusiones: Una de las indicaciones para la realización de fibrobroncoscopia es la evaluación de la vía aérea en pacientes quemados, es necesario según indican las guías realizarlo lo antes posible, siempre y cuando la estabilidad del paciente lo permita, la fibrobroncoscopia es el método a elección para certificar el diagnóstico de quemadura de la vía aérea, así también para el estudio microbiológico de la misma.

ID#244

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA TRANSESOFÁGICA GUIADA POR ECOGRAFÍA (EUS-TBNA) EN PATOLOGÍA MEDIASTINAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL

Autores: Lurdes Velásquez¹ | Luz Figueroa¹ | Pilar Rubado¹ | Jer Hwang Hui¹ | Yanina Mirabal¹ | Alejandro Martínez Fraga¹ | Victoria Avalos¹ | Horacio Renorm¹ | Pablo Jordan¹ | Andres Romera¹

Filiación: ¹ Hospital Chenuca Visca

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción y Objetivos: La evaluación mediastinal incluye métodos invasivos como mediastinoscopia y toracoscopia. En caso de necesitar evaluar mediastino medio, posterior y suprarrenal el uso de EUS-TBNA (Aspiración con aguja fina transesofágica guiada por ecografía) podría ser útil. El EUS

-TBNA es un procedimiento mínimamente invasivo, preciso, costo efectivo, ambulatorio, en tiempo real, con menor mortalidad y daños vasculares (Por el uso de doppler). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la utilidad diagnóstica del EUS-TBNA en patología mediastinal en caso de alto riesgo y contraindicaciones para estadificación quirúrgica. **Materiales y Métodos:** El estudio se llevó a cabo en nuestro centro. Se incorporó de forma retrospectiva a pacientes sometidos a EUS-TBNA por patología mediastinal, desde 2017-2023. Se incluyeron a mayores de 18 años, con patología mediastinal. Se evaluaron antecedentes y factores de riesgo que contraindicaron mediastinoscopia. Se recabaron datos de la historia clínica digital: Edad, sexo, datos de procedimiento EUS-TBNA y de estudios complementarios (tomografía de tórax y por emisión de positrones –PET– con FDG18.) **Resultado:** De 16 pacientes, un 75% fueron hombres, con edad promedio de 70 años. Los antecedentes fueron respiratorios y cardiológicos (ambos 42,86%): enfermedades obstructivas (44%); adherencias pleurales (11%); aneurisma de aorta (27%); arteriosclerosis (22%), cirugía de reemplazo miocardio, otras mediastínicas (ambos 16%) y radioterapia previa (66%). En TAC de tórax realizadas previamente hubo anomalías en grupo 7 (62%) seguidos en frecuencia por los grupos 3p, 4L y 4R, 5, 6, 8, 10 y glándula suprarrenal. En el 88% de los pacientes estudiados presentaron un PET TC previo al EUS con actividad metabólica aumentada a nivel mediastinal, siendo las estaciones más frecuentes: 7, 2R, 3P, 10 y suprarrenal. El TNM clínico para aquellos pacientes con sospecha clínica de cáncer de pulmón: 50% fue estadio IVA, seguida de IIIA y IIIB. En el 81% de los pacientes se obtuvo diagnóstico citopatológico: adenocarcinomas primarios, metastásico y linfoproliferativos en un 13% (N=2), seguidos de cáncer de células pequeñas, escamosos, linfoproliferativos, quiste broncogénico, timoma, inflamatorios, contaminante y sin patología, N=1 cada uno. Dos pacientes fueron a videotoroscopia, diagnosticándose, en uno de los pacientes quiste broncogénico, y en el otro que fue no patológico. La única complicación se evidenció en un paciente añoso en el post procedimiento. El TNM postquirúrgico muestra un aumento de estadio a IIIB y IVA (50% cada uno), en contraste con el TNM clínico. **Discusión y Conclusión:** La utilidad diagnóstica fue 81%, similar a la literatura. Pocas complicaciones y útil para estadificar. Se necesitan estudios prospectivos comparativos con el gold estándar, lo cual es una de las limitaciones de nuestro estudio.

ID#250

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS EN LOS QUE SE REALIZÓ LAVADO BRONQUIOALVEOLAR Y FACTORES ASOCIADOS A MAYOR RÉDITO DIAGNÓSTICO

Autores: Marcella Perri¹ | Fernando Di Tullio¹ | Martín Bosio¹ | Alejandro Salvado¹ | Glenda Ernst¹ | Belen Ginetti¹ | Julieta Franzoy¹ | Artemio Garcia¹ | Joséfina Pascua¹

Filiación: ¹ Hospital Británico de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: Las infecciones pulmonares son causa de morbimortalidad en pacientes inmunocomprometidos. El aislamiento microbiológico del agente etiológico permite realizar tratamientos dirigidos y reducir el espectro antibiótico. La fibrobroncoscopia (FBC) con lavado broncoalveolar (BAL) es un método con baja tasa de complicaciones, con mucha variabilidad en el rédito diagnóstico, encontrándose entre un 26 a 69%, probablemente relacionado con la alta heterogeneidad en los pacientes incluidos en cada serie y las diferentes técnicas empleadas. El objetivo de este estudio es describir nuestra población de pacientes inmunodeprimidos, en los que se realizó FBC por sospecha de infección respiratoria y evaluar las distintas variables que se asocian al rédito diagnóstico y al cambio de tratamiento. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las características de paciente inmunosuprimidos e internados en los que se realizó FBC en el período de agosto de 2022 a agosto de 2023. Se excluyeron pacientes con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. De las historias clínicas se obtuvieron el sexo, edad y enfermedad inmunosupresora. Se recolectaron datos sobre los síntomas previo al BAL, los días de internación hasta la realización de este y los días de antibióticos. Se evaluaron los hallazgos tomográficos y también se analizaron

los resultados en los del líquido del BAL. Se consideró como relevante el cambio en tratamiento antibiótico o suspensión del tratamiento según resultado microbiológico del BAL. Se describieron medias y medianas según la distribución de la muestra por medio del software Jamovi 2.3. **Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes en el periodo de 1 año, de los cuales 15 eran mujeres (43%) y 20 hombres (57%). La media de edad fue de 57 años (± 17). La mediana de tiempo en días desde la internación hasta la realización de la endoscopia fue de 4 (RIC 10), lo mismo que el día de tratamiento antibiótico (RIC 13,5). En lo que respecta al motivo de la inmunosupresión, 23 pacientes (64%), tenían patologías oncohematológicas, 3 (8%) eran trasplantados, 4 (11%) tenían HIV y 2 (6%) hipogammaglobulinemia. 24 pacientes se encontraban con drogas inmunosupresoras, 8% se encontraban con esteroides sistémicos, 33% con citotóxicos y 25% con inmunosupresores. El síntoma más frecuente fue la fiebre, presente en 28 pacientes (80%), seguido por tos en 10 pacientes (28,5%). Los pacientes con menor estancia hospitalaria hasta endoscopia, especialmente menores a 3 días previos al procedimiento, presentaron un rédito antibiótico superior. El rédito diagnóstico fue de 34,2% y generó cambios en el tratamiento de 14 pacientes. **Discusión y Conclusiones:** La fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar es una herramienta útil en la valoración de los pacientes con infecciones respiratorias, en especial en huéspedes inmunocomprometidos. Nuestro rédito diagnóstico en estos pacientes fue de 34,2%, valor que está en el punto medio a lo descrito en la literatura. Los días de internación, tiempo de antibióticos previo al estudio y de espectro más limitado se relacionaron con mayor rédito diagnóstico, y por lo tanto mayores cambios de conducta en el tratamiento antimicrobiano. La inmunosupresión con mayor tasa de rédito fue la secundaria a uso de inmunosupresores biológicos, en especial a Rituximab, ampliamente relacionado con hipogammaglobulinemia y predisposición a infecciones. Con esta descripción hacemos hincapié en la importancia de la valoración y realización temprana de la toma de muestra en los pacientes inmunocomprometidos para garantizar el mejor rédito diagnóstico.

ID#268

USO DE VÁLVULA ENDOBRONQUIAL EN PACIENTE CON BULLA ENFISEMATOSA

Autores: Eileen Achig¹ | Heily Lizbeth Cruz Urcia¹ | José Peroni¹ | Juan Lucchelli¹ | Pedro Grynblat¹

Filiación: ¹ Htal María Ferrer

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción. Las bullas se presentan como un espacio aéreo en pacientes con enfisema las cuales se comunican con el árbol bronquial simulando un mecanismo valvular el cual permite la entrada de aire con cada inspiración pero no la salida del mismo, y se denominan gigantes a aquellas que ocupan más de 1/3 del hemitórax. Existen varias opciones para su resolución, siendo la quirúrgica la de elección, pero en aquellos pacientes con morbimortalidad elevada se puede optar por tratamiento endoscópico con la colocación de válvulas endobronquiales buscando como objetivo así la deflación de la bulla y su atelectasia. Se realiza un reporte de caso en un hospital no valiente de tórax de un paciente con colocación de válvulas endobronquiales para tratamiento de bulla gigante. **Caso clínico.** Masculino de 47 años ex tabaquista de 25 PY, EPOC GOLD E, neumotórax (NTX) izquierdo en 2 ocasiones, tomografía (TC) de tórax con enfisema paraseptal y centrolobulillar en ambos lóbulos superiores bilaterales asociado a bullas, la más grande en lóbulo superior izquierdo (LSI) que genera atelectasia pasiva por compresión del parénquima adyacente y examen funcional respiratorio (EFR) RC: 63 FEV1 2,31 (54%) FVC 3,07 (57%) TLC 8,53 (106%) RV 5,10 (223%) y DLCO 24,51 (58%). Presenta empeoramiento de disnea habitual y del EFR que se atribuye al incremento del tamaño de la bulla. Por lo que se propone colocar válvulas endobronquiales en LSI, previamente se descarta ventilación colateral por medio de Sistema Chartis. TC control evidencia disminución de la bulla enfisematosa con atelectasia en LSI, expansión de Lóbulo inferior izquierdo (LII) y NTX residual grado I con mejoría sintomática. Al mes evoluciona con empeoramiento de disnea, con TC de tórax donde presenta NTX

grado III en LSI que requiere colocación de tubo de avenamiento pleural con disminución del mismo y mejoría sintomática. En los controles posteriores persiste con EFR que demuestra obstrucción leve, sin alteración de volúmenes pulmonares y DLCO de 72%, con mejoría de tamaño de la bulla observado en TC. Discusión y Conclusiones: El uso de válvulas endobronquiales fue descrito inicialmente como alternativa para el tratamiento de reducción volumétrica en los pacientes con enfisema avanzado y atrapamiento aéreo no aptos para el tratamiento quirúrgico. Además existen reportes de casos donde son consideradas una alternativa para el tratamiento de bullas enfisematosas, debido al mecanismo fisiopatológico de estas, en pacientes que no presentan criterio de resolución quirúrgica y cumplen con criterios de selección para la colocación de válvulas donde se evidenció, al igual que en nuestro paciente, mejoría del EFR, TM6M y calidad de vida. Si bien no existen estudios controlados y aleatorizados aún, se puede considerar el uso de válvulas endobronquiales en pacientes correctamente seleccionados teniendo en cuenta la alta efectividad terapéutica con menos complicaciones que las resoluciones quirúrgicas y asociándose con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

ID#291

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DEL COMPROMISO LARINGO-TRAQUEO- BRONQUIAL DE LA POLIANGEÍTIS CON GRANULOMATOSA. SERIE DE CASOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Autores: María Angélica Saab¹ | Adriana Branda¹ | Álvaro Ortiz Naretto¹ | Sebastián Gando¹ | Ignacio Martín¹ | Cecilia La Pietra¹ | Alejandra Briozzo¹ | Silvina Riva¹ | Bibiana Vazquez¹ | Roberto Dure²

Filiación: ¹ Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: La granulomatosis con poliangieítis (GP) es una enfermedad sistémica. El compromiso de vía aérea (VA) inferior se observa en 12–23% de los pacientes (pte.) e incluye la estenosis subglótica (ESG) y el compromiso distal a glotis que cobró mayor interés en los últimos años. Éste se presenta como traqueobronquitis (TB) con o sin pseudotumores inflamatorios y/o estenosis bronquial (EB). Pueden ser la primera manifestación, o aparecer durante el curso de la enfermedad. Parece ser independiente de su actividad. Objetivos: Describir características endoscópicas de lesiones en VA inferior por GP. Material y métodos: Análisis retrospectivo de informes e imágenes de broncoscopias en ptes. con GP. (2018 a 2023). Resultados: Se incluyeron 11 ptes. Edad mediana: 40 años, mujeres 8 (73%). Presentaban 10/11 sintomatología sistémica o de algún otro órgano. En tratamiento médico 10/11 ptes. Hallazgos endoscópicos: ESG inflamatoria: 1 pte. Estenosis traqueal (ET) inflamatoria: 1 pte. Compromiso bronquial aislado: 1 pte. bronquitis con mucosa irregular adoptando formas pseudotumoral. Compromiso TB: 1 pte. Traqueitis y bandas fibróticas bronquiales. Compromiso subglotis tráquea y bronquios: 7 ptes. De ellos 4 con TB ulcerosa, pérdida de arquitectura cartilaginosa, 3 con ESG Cotton 4 y traqueostomía. Un pte. con traqueítis de aspecto granulomatoso y bandas fibróticas y estenosis bronquiales. Dos ptes. con ESG y ET y bronquial fibrótica. Compromiso glótico 6 ptes.: 5 con ESG, ET y bronquial y 1 con ESG; compromiso severo con pérdida de estructura, 2 ptes.; inflamación y úlceras 2 ptes.; fibrosis: 1 pte. El 100% presentaron evidencia de inflamación en biopsia. Conclusión: Se destaca la importancia de reconocer las lesiones del árbol traqueobronquial por GP y la toma de biopsia oportuna para evidenciar actividad inflamatoria. Las lesiones inflamatorias pueden evolucionar a fibrosis o coexistir como en la serie presentada. Se asocian con morbilidad mortalidad significativa. Requieren una estrategia terapéutica endoscópica precoz.

ID#300

PAPILOMA BRONQUIAL ESCAMOSO

Autores: Nancy Camara Virreira¹ | Sergio Iturry¹ | Rodrigo Aguilar¹

Filiación: ¹ Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: El papiloma bronquial de células escamosas es un tumor benigno que se origina a partir de células epiteliales escamosas. Representa el 0,38% de todos los tumores del pulmón, con mayor incidencia a los 50 y 60 años, de predominio masculino de 6:1, tiende a extenderse a múltiples sitios dentro del árbol bronquial con posibilidad de transformación maligna. La clínica se asemeja mucho a la papilomatosis respiratoria recurrente, causada por el Virus del papiloma humano, incluye disnea, tos, sibilancias, e incluso hemoptisis. La etiología es desconocida, se cree que hay predisposición genética. No existe relación etiológica común con la papilomatosis múltiple laringotraqueobronquial, en la cual es de origen viral. Se trata de un crecimiento exofítico hacia la luz bronquial, con diferentes aspectos macroscópicos, en algunos casos penetra en la pared bronquial, el estudio histopatológico confirma el diagnóstico. El tratamiento estándar es la resección endoscópica (láser, electrocoagulación, criocoagulación, argón plasma) o quirúrgica, que hacen posible la extirpación de la mayoría de estos tumores, con mínimas molestias y bajo riesgo. Sin embargo en los papilomas que muestran signos de atipia y diseminación peribronquial, la recidiva suele ser frecuente, requiriendo así múltiples intervenciones. Caso clínico: Paciente femenina de 71 años con antecedentes de HTA, ex tabaquista, Epc severo. Consulta por cuadro de 3 meses de pérdida de peso de 10 kg, dolor epigástrico tipo cólico, agrega en la última semana tos productiva, rinorrea, disnea CF II-III y sibilancias percibidas Al examen físico; escasas sibilancias en hemitórax derecho, saturación 89%. Laboratorio con Leucocitosis, Radiografía de tórax con evidencia de hipo densidad en campo medio derecho, Tac de tórax con imagen hipodensa en contacto con la pleura en lóbulo superior derecho. Por sospecha neoplásica inicialmente se realizó Fibrobroncoscopia hallando obstrucción del bronquio fuente derecho, con lesión mamelonada, logrando permeabilizar con argón plasma, con recidiva en 4 oportunidades posteriormente, la biopsia fue compatible con papiloma escamoso con displasia severa. Discusión: Los papilomas escamosos están descritos en unas pocas y cortas series de casos, la mayoría de los pacientes son hombres. La disnea fue el síntoma predominante, los resultados histológicos fueron negativos para el papiloma de origen viral, haciendo así más singular caso de nuestra paciente. Hacen falta más ensayos que comparen la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento. Se utilizó la terapia de resección con argón plasma la cual resolvió óptimamente la obstrucción del bronquio fuente obstruido inicialmente en casi un 90%, con mejoría de la saturación. Sin embargo, el papiloma escamoso con atipia tiende a la reincidencia evidenciado en 4 intervenciones ya realizadas, sometiendo así a la paciente a fibrobroncoscopias a repetición. Conclusión: Los papilomas escamosos, endobronquiales son tumores raros, la mayoría descritos mediante reportes de caso, es común un diagnóstico erróneo y confundirlo con los papilomas relacionados con virus, sin embargo la clasificación histopatológica ha permitido recientemente un avance importante en la comprensión de la enfermedad, y la biopsia a sido un pilar fundamental en el diagnóstico y categorización. El tratamiento endoscópico (argón plasma y electrocauterización) ha permitido permeabilizar la vía aérea, en la mayor medida posible, y de esta forma mejorar la calidad de vida. Sin embargo, debido a las recidivas de la lesión, se ha tenido que recurrir a más de una intervención. Esperamos que en un futuro la suma de más reportes de casos como lo es el nuestro de pie a mayores investigaciones y por tanto, nuevas terapéuticas.

ID#301

INCIDENCIA DE LESIONES LARINGOTRAQUEALES EN PACIENTES ADULTOS DECANULADOS POST-COVID-19 AL AÑO DEL ALTA DE UN CENTRO DE DESVINCLACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Autores: Juan Manuel Carballo¹ | Ladislao Diaz Ballve² | Eliana Pérez Calvo³ | Antonella Vicente³ | Paula Pedace³ | Karen Torres³ | Pablo Tocalini³ | Darío Villalba³

Filiación: ¹ Clínica Basilea ² Universidad de La Matanza ³ Clínica Basilea

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Endoscopia

Resumen: Introducción: Durante la pandemia de neumonía relacionada por SARS-CoV-2 iniciada en 2019 (COVID 2019) aumentó el número de pacientes con intubación prolongada y traqueostomías tardías, lo cual podría predisponer al aumento de lesiones laringotraqueales. En un reporte previo se realizó un análisis por puntaje de propensión donde se seleccionaron mediante un emparejamiento 1:1 los pacientes post-COVID-19 traqueostomizados versus un control histórico de pacientes sin COVID-19. El análisis se emparejó por edad, días de intubación orotraqueal previo a la realización de la traqueostomía, días de vía aérea artificial hasta la realización de la fibrobroncoscopia y días de ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos, no se hallaron diferencias en la prevalencia de lesiones de vía aérea en pacientes traqueostomizados (TQT) post-COVID-19 en comparación con un control histórico emparejado sin dicha condición. Sin embargo, hasta la fecha se registran datos sobre la incidencia de lesiones laringotraqueales en esta población al año del alta al domicilio. Objetivo: evaluar la incidencia de lesiones traqueales en pacientes decanulados de un centro de desvinculación mecánica y rehabilitación (CDVMR) y dado de alta al domicilio un año posterior al alta. Materiales y método: se realizó un estudio observacional y transversal en un centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación. Se incluyeron pacientes adultos decanulados al que se les haya realizado una fibrobroncoscopia al ingreso a la institución y que hayan obtenido el alta al domicilio. El seguimiento para evaluar incidencia de lesiones se realizó por llamado telefónico al año donde se evaluaron: cambios en la voz, disnea y necesidad de estudio endoscópico y su resultado. Resultados: se realizó el llamado de 40 pacientes que obtuvieron el alta al domicilio de los cuales respondieron 31 (77,5%). La edad promedio fue de 61.3 años (+/- 11.6). La mediana de días de VM fue de 52.5 (RIQ 33.7-72.5), mediana de días de intubación endotraqueal pre traqueostomía 19 (RIQ 14.25-23), mediana de días de TQT hasta la decanulación 59 (RIQ 41-101.25) y mediana de días de vía aérea artificial 77 (RIQ 55-115). Trece pacientes (42%) manifestaron cambios en la voz, seis (19,4%) refirieron disnea y debieron consultar a la guardia. A cuatro pacientes (13%) se les debió realizar evaluación endoscópica durante el periodo de seguimiento donde solo un paciente presentaba una lesión de granuloma en cuerda vocal. Conclusiones: el seguimiento de pacientes decanulados posterior a SDRA por COVID-19 no demostró gran incidencia de lesiones traqueales observándose solo una endoscopia patológica.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

ID#29

STRONGYLOIDES STERCOLARIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Autores: Fiorella Evelyn Moreno¹ | Andres Rodolfo Zampar¹ | José Garay¹ | Hugo González¹ | María Cristina Reyes Armua¹ | María Monserrat Villalba Gallardo¹ | Viviana Aquino¹

Filiación: ¹ Hospital Dr. José Ramón Vidal. Provincia de Corrientes

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Strongyloides stercoralis, es un parásito humano transmitido por el suelo que pertenece a un grupo de nematodos. Es infrecuente la patología en paciente inmunocompetente, por lo que se presenta un Caso clínico de un paciente con eosinofilia pulmonar de origen parasitario. Paciente masculino de 50 años, sin antecedentes patológicos conocidos quien refiere haber iniciado un mes previo a la consulta con chuchos y escalofríos acompañado de cefalea holocraneana intensidad 5/10, dolor en epigastrio de tipo cólico, con irradiación a flanco izquierdo que cedía con posición antiálgica, para lo cual se automedicó con ibuprofeno 800 mg/día. Evoluciona con pérdida de peso de aproximadamente 7 kg con orexia conservada, por persistir con el dolor antes referido y cambios en el hábito evacuatorio; consulta el día 2/06 con médico gastroenterólogo quien indicó Rifaximina 1500 mg/día, solicito ecografía abdominal donde presentó cabeza y cuerpo de páncreas de ecoestructura ligeramente heterogénea y distensión de asas intestinales a predominio de hipogastrio con líquido laminar interasas a nivel

de fosa ilíaca izquierda. El día 05/06 el paciente es internado y se indica antibiótico. Durante internación el paciente evolucionó con tos no productiva, registros febriles (38°-39°C), se solicitó tomografía de tórax que en ventana de parénquima pulmonar se evidenciaba opacidades en vidrio esmerilado sub pleurales a predominio de LSD. Al examen físico se encuentra lucido, colaborador, SO₂ 97% fio2 0.21%, presentaba rales crepitantes infra escapalar derecho. En laboratorio se evidencia hipereosinofilia 58% para un valor absoluto de 13000/mm³, por estos hallazgos se indica coproparasitológico. Evoluciona con desmejoría del cuadro clínico luego de 5 días de tratamiento antibiótico por lo que se decide nueva imagen tomográfica donde se evidencian aumento de las imágenes antes mencionadas y nuevas imágenes de consolidación bilateral. Se recibe coproparasitológico en el cual se evidencia larvas de Strongyloides Stercoralis, comienza tratamiento y se decide la realización de fibrobroncoscopia diagnóstica, hallándose en BAL larvas antes mencionadas. Este parásito se encuentra con mayor frecuencia en áreas cálidas y húmedas con malas condiciones sanitarias. Se observa con mayor frecuencia en agricultores y mineros por lo que existe una predilección por el sexo masculino, por lo que se relaciona con nuestro paciente ya que el mismo es peón rural en constante manipulación de las tierras. Las infecciones crónicas se presentan con tos, roncus, disnea, dolor abdominal, anorexia, diarrea y estreñimiento, asociado a imágenes en vidrio esmerilado migratorias, como la que presenta nuestro paciente, y con hipereosinofilia que fue lo que motivo a la internación del paciente. Se debe continuar el tratamiento hasta que las larvas sean indetectables durante al menos 14 días. La prevención de la incidencia se lleva a cabo mediante saneamiento, acceso a agua limpia, lavado de manos e higiene general.

ID#44

REVERSIBILIDAD DE LOS PATRONES SIMIL FIBRÓTICO Y NO SIMIL FIBRÓTICO TOMOGRÁFICOS EN HRCT POST-COVID A UN AÑO: ESTUDIO SECUELAR-19

Autores: María Florencia Trullas¹ | Martín Sivori¹ | Mauro Andreu² | Alejandra González³ | Fernando Saldarini⁴ | Pamela Rossi⁴ | Alejandro Martínez Fraga⁵ | Matías Bertozzi² | Jaime Segovia-roca³

Filiación: ¹ HOSPITAL RAMOS MEJIA ² Universidad Nacional de La Matanza, Buenos Aires, Argentina ³ Hospital Nacional Alejandro Posadas ⁴ Hospital Donación Francisco Santojanni ⁵ Hospital Churrucá-Visca

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción La neumonía por COVID-19 es una de las principales manifestaciones de la enfermedad, todavía existe poca información sobre su evolución tomográfica a largo plazo. Han y col. (Radiology 2020-2021) han agrupado patrones tomográficos: simil fibrótico y no fibrótico para explicar la diferente evolución. Objetivo: Examinar evolución de los patrones tomográficos en pacientes con neumonía moderada y grave por COVID-19 a 1 año de seguimiento. Analizar si estos patrones fueron reversibles o no en el tiempo y si su evolución difiere si recibieron atención en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o no. Material y métodos: Se examinaron imágenes de 96 pacientes de la cohorte del estudio SECUELAR 19 (González y col. 2023) a los 3, 6 y 12 meses del inicio de la neumonía COVID19 moderada o grave en sala/ UTI, así como su evolución en pruebas funcionales (espirometría y PC6M), en distintos hospitales de la CABA, entre octubre de 2020 y marzo 2022. Las imágenes fueron realizadas con un tomógrafo con alta resolución de tórax (HRCT) y evaluadas por 2 observadores. Se los dividió en dos grupos: patrón simil fibrótico (FL) (bronquectasias por tracción, bandas parenquimatosas, reticulaciones y/o panal) y no simil fibrótico (NFL) (vidrio esmerilado (VE), crazy paving, consolidación). Resultados: Se evaluaron al año 96 pacientes con HRCT: 56 con patrón FL (58%) y 40 con NFL (42%). Del grupo FL (n=56), el 52% de los pacientes cursaron internación en UTI. Del grupo NFL (n=40), el 56.5% curso internación en sala. En patrones tomográficos aislados, el VE fue el único que presentó mejoría significativa en cada evaluación (3, 6 y 12 meses) (p<0.001). Las reticulaciones, el engrosamiento interlobulillar y el crazy

paving ($p < 0.001$) mejoraron comparando los 3 y 6 meses. Al año persisten el VE en 39,6% de los pacientes, engrosamiento septos interlobulillares (26%), bronquiectasias por tracción (14,6%) y bandas atelectásicas (10,6%). En comparación al inicio del seguimiento, a los 6 meses la evolución fue para patrón NSF y SF respectivamente: mejoría 90% y 94,6% ($p = NS$); igual 7,5% y 1,8% ($p = NS$) y empeoramiento 2,5% y 3,6% ($p = NS$). En comparación a los 6 meses, a los 12 meses la evolución fue para patrón NSF y SF respectivamente: mejoría 71,8% y 77,4% ($p = NS$); igual 28,2% y 20,8% ($p = NS$) y empeoramiento 0% y 1,9% ($p = NS$). Conclusiones: El VE es el hallazgo tomográfico que se asoció a mayor reversibilidad al año. No hubo diferencias significativas en la evolución de los patrones FL vs NFL en las HRTC a los 6 y 12 meses en comparación al basal, observándose mejoría en general temporal en ellos. No obstante, al año persisten anomalías tomográficas en ambos patrones en porcentajes importantes. Ya sea por secuelas pulmonares del SDRA, injuria asociada al ventilador o por activación de vías inflamatorias/autoinmunes (reportes de casos de COVID-19) en la evolución al año, el patrón FL no indica necesariamente irreversibilidad, así como el patrón NFL no se relaciona a reversibilidad, como ya había comentado A. Wells (Radiology 2021).

ID#65

NEUMONÍA POR CUTIBACTERIUM ACNES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE QUE CAUSA NEUMATOCELE

Autores: Vanesa Eliana Fuks¹ | Laura Elena Lamot¹ | Marcelo Córscico¹ | Jorge Bettini¹

Filiación: ¹ Hospital Municipal de Agudos Dr Leonidas Lucero

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: Las infecciones invasivas por cutibacterium acnes (antes llamado propionibacterium), están asociadas a infecciones del sitio quirúrgico, o asociadas a implantes ortopédicos y dispositivos invasivos de SNC o cardíacos. Se trata de una bacteria saprofita, que se suele encontrar en las pieles acnéicas, pero también puede encontrarse en pieles sanas. Las infecciones respiratorias por este germen son infrecuentes, y los pocos casos reportados son en pacientes con inmunocompromiso. Caso clínico: Se trata de una paciente de 41 años sin antecedentes de relevancia que consulta por guardia por fiebre de 38°C persistente, de 20 días de evolución, sin otros síntomas agregados. Se realiza en forma ambulatoria radiografía de tórax, laboratorio general y ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. Se toman 2 hemocultivos. Agrega posteriormente tos seca y odinofagia. Se informan hemocultivos positivos para bacilo gram positivo. Ingresó taquicárdica, examen físico sin hallazgos positivos. Laboratorio con PCR 66mg/L VSG 118mm/h GB10400/mcl Hb11,3g/dL. Tomografía de tórax: proceso de consolidación en lóbulo inferior izquierdo, con opacidades en vidrio esmerilado adyacentes. Discreto derrame pleural izquierdo. Algunas bullas y áreas de baja atenuación en ambos pulmones compatible con enfisema. Se inicia tratamiento empírico con Ampicilina + Clindamicina. Se recibe informe final de hemocultivos x 2: Propionibacterium (cutibacterium) acnes. Se realiza ecocardiograma: sin presencia de vegetaciones. Se realizan hemocultivos de control que resultan negativos. Evoluciona afebril por lo que se decide el alta hospitalaria y continúa control por consultorio externo. Se realiza nueva tomografía de control que informa: en lóbulo inferior izquierdo segmento basal compromiso alveolar asociado a bronquiectasias cilíndricas y quísticas. Se observa además infiltrado en vidrio esmerilado y tractos pleurodiafragmáticos. Cumple 21 días de tratamiento antibiótico, evoluciona asintomática. Se realiza control con examen funcional respiratorio y test de marcha de los 6 minutos, que arrojan resultados normales. Se solicita nueva tomografía de tórax que informa: se aprecia resolución prácticamente completa de la consolidación alveolar que comprometía la región basal del lóbulo inferior izquierdo actualmente visualizando bronquiectasias con ocupación endobronquiolar y trazos laminares secuales distales. La paciente continúa asintomática, en control del neumatocele secual por consultorio externo. Discusión y Conclusiones: Las infecciones invasivas por propionibacterium acnes en el sistema respiratorio son anecdóticas. Se dispone de pocos artículos

en la literatura que reportan casos de empiema o neumonías necrotizantes que evolucionan con neumatocele. El diagnóstico de este germen anaerobio no suele ser sencillo, y en ocasiones debe realizarse mediante biopsia pulmonar o cultivo de líquido pleural. Se desconocen datos fehacientes de la evolución clínica de la secuela pulmonar.

ID#75

REPORTE DE UN CASO: TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Autores: Eileen Achig¹ | Heily Lizbeth Cruz Urcia¹ | Estela Martínez Segovia¹ | María José Gallego¹ | Yamila Martín¹

Filiación: ¹ Htal María Ferrer

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción. La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que continúa siendo un importante problema de salud pública en Argentina. Se transmite por el contagio de Mycobacterium Tuberculosis a través de persona a persona a nivel respiratorio. Se presenta principalmente a nivel pulmonar en personas inmunocompetentes, pero también puede afectar otros órganos en un 15-20% de estas y en un 70% de personas inmunocomprometidas. Esto da lugar a diversas presentaciones clínicas que pueden dificultar su diagnóstico y tratamiento temprano. Se presenta un Caso clínico de TB diseminada en paciente inmunocompetente. Caso clínico. Paciente femenina de 21 años con derrame pleural en estudio sin hallazgos microbiológicos ni de Anatomía Patológica (AP) en punción biopsia pleural. Consulta por disnea progresiva, tos, registros febriles y pérdida de peso en los últimos 4 meses. Se constata taquipneica, en Insuficiencia Respiratoria Aguda tipo I. En TAC de tórax: presenta patrón miliar y adenomegalia cavitada en mediastino. Se realiza: hemocultivos, laboratorio inmunológico, test de HIV: negativo y dosaje de inmunoglobulinas: normales; también lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial sin arrojar resultados. Evolución con requerimiento de cánula de alto flujo. Se programa mediastinoscopia con biopsia de ganglio r4 descartándose proceso neoproliferativo por citometría de flujo y se observa en AP adenitis granulomatosa necrotizante con detección de Complejo M. tuberculosis a través de RT-PCR. En búsqueda de otros focos se realiza ecografía abdominal y examen de orina completa sin alteraciones. Se inicia 4 drogas antifímicas con buena tolerancia y buena evolución clínica. También se realiza dosaje de CD4 descartándose otra causa de inmunosupresión. Discusión. La TB diseminada se puede presentar en personas inmunocompetentes (15-20%) siendo más frecuente en pacientes inmunodeprimidos pudiendo presentarse como un cuadro clínico insidioso y crónico. Su evolución está determinada por edad, comorbilidades, extensión, estado inmunitario por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para evitar complicaciones como el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, debido a esto el énfasis en realizar diagnóstico temprano para el cual es necesario el estudio histológico y microbiológico de la muestra. Conclusión; Debido a la prevalencia en nuestro medio, es importante sospechar la TB diseminada independientemente del estado inmunológico del paciente y descartarla en pacientes con gran compromiso en su estado general. Las formas diseminadas tienen mayor mortalidad que las formas pulmonares por lo que el inicio temprano del tratamiento antifímico y la sensibilidad al mismo cambia el pronóstico de esta patología.

ID#82

NOCARDIOSIS Y NEOPLASIAS: UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

Autores: Rafaela Magali Reyes¹ | Marcelo Morali¹ | Marcelo Figueroa Casas¹ | Ana Elisabet Baez¹ | Jimena Martine²

Filiación: ¹ Hospital Intendente Gabriel Carrasco - ² Hospital Privado de Rosario. Rosario Santa Fe

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen. Introducción: La infección por nocardia ocurre típicamente en pacientes con afecciones inmunosupresoras. Su curso generalmente es crónico y con tendencia a la recaída, por lo que representa un desafío en el diagnóstico diferencial

con la progresión de enfermedades oncológicas subyacentes. El reconocimiento precoz y el tratamiento eficaz son imprescindibles para lograr resultados exitosos. **CASOS CLÍNICOS:** - Hombre, 46 años, fumador, adenocarcinoma de esófago estadio avanzado. Cuadro de 7 días fiebre, astenia, mialgias y lesiones en piel. Examen físico: lesiones cutáneas de tipo nodular < 1 cm, eritematosas, dolorosas, generalizadas, so2 99% 0,21. Laboratorio: plaquetopenia, reactantes de fase aguda y enzimas hepáticas elevadas. Tomografía: nuevas lesiones secundarias en pulmones, hígado, adenomegalias en mayor número, y derrame pleural bilateral leve. Se tomaron muestras para cultivos e inicia tratamiento empírico con cefepime y vancomicina. Hemocultivos y biopsia y cultivo de piel positivos: *Nocardia brasiliensis*. Se realiza 15 días de tratamiento con Ceftriaxona, Trimetoprima/Sulfametoxazol y Amikacina con mejoría clínica de lesiones cutáneas. Posteriormente presentó foco neurológico con sangrado de metástasis cerebral y aparición de imágenes embolicas en RMI de cráneo. Se diagnostica de TEP con contraindicación de anticoagulación. Mala evolución clínica y fallecimiento del paciente. - Hombre, 48 años, cáncer de parótida en remisión, fumador. Dolor torácico bilateral asociado a disnea mMMRC 2 y sensación febril. Ex físico: lesiones maculares amarronadas y eritematosas en tronco y extremidades. Hipoventilación generalizada, con rales crepitantes basales derecho. Laboratorio: leucopenia, plaquetopenia, reactantes de fase aguda elevados, enzimas hepáticas elevadas. TC de tórax: áreas focales de aspecto seudonodulares en lóbulo superior e inferior izquierdo, y lóbulo medio derecho, refuerzo tras el contraste e.v, con demarcación vascular en su interior, asociado a burbujas gaseosas. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con PTZ. Cultivo de partes blandas y examen de esputo: *Nocardia cyriacigorgica*. BFC normal. Se rota PTZ a imipenem + amikacina. Completo 21° días de imipenem, 14° días de amikacina, y al día de la fecha lleva 60° días de tratamiento con Trimetoprima/Sulfametoxazol. Continúa controles por consultorio externo con nuestro servicio con aceptable evolución, con persistencia de la tos. Discusión: La infección por *Nocardia* en pacientes neoplásicos, plantea un desafío en cuanto al diagnóstico diferencial con enfermedad metastásica pulmonar o de otro órgano y debe ser considerada al momento de observarse imágenes nodulares o pseudonodulares múltiples a nivel pulmonar en tomografía de tórax. Conclusión: Nuestros casos demuestran la necesidad de un alto grado de sospecha, focalizando en la investigación clínica y procedimientos diagnósticos apropiados. El hecho de diagnosticar esta infección constituye una diferencia significativa en cuanto a tratamiento y pronóstico.

ID#105

INFECCIONES POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: SERIE DE CASOS EN MÁS DE 40 AÑOS

Autores: Verónica Nataly Flores Maldonado¹ | Mariela Serrano Valeriano¹ | Monica Jajati¹ | Martín Sivori¹ | Claudio González-González¹

Filiación: ¹ Unidad Neumotisiología, Centro Universitario de Neumología Fac. Medicina UBA

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La infección causada por micobacterias no tuberculosas (MNT) es relativamente infrecuente y puede o no estar relacionada con inmunocompromiso. Su forma de presentación clínica es diversa. El número de especies validadas hasta la actualidad es de 142, debido a dificultades para individualizar las especies se engloban como complex. Objetivo: Conocer características demográficas, formas de presentación, relación de co-infección con VIH, tipos de especies aisladas, presencia de resistencia y evolución de enfermedad en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo de 1980 al 2022. Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de casos de MNT confirmados mediante cultivo, registrados en nuestra base de datos de micobacteriosis. Se utilizaron técnicas convencionales para el análisis estadístico. Resultados: De 4517 pacientes con infecciones micobacterianas, se registraron 24 casos de MNT (0,53%). La mediana de edad fue 40 años (IC

31,5 - 46,5), 58,33% mujeres, 37,50% varones y 4,17% transgénero. La asociación con VIH fue 54,1%, con mediana de 24,5 CD4 (IC 8.25 - 76). La MNT más aislada fue avium complex (MAC) 50%, seguidos por kansasii, bovis y fortuitum (12,5% cada una) y marinum (4,1%). Se registraron 2 casos (8,3%) con dos especies conjuntas correspondientes a terrae y fortuitum, y chelonae y fortuitum, ninguno en VIH. Veinte pacientes presentaron compromiso pulmonar (83,3%); de estos: 37,5% con compromiso bilateral sin cavidad (BSC), 29,1% unilateral sin cavidad (USC), 8,3% bilateral con cavidad (BCC). Otras formas clínicas fueron: implante mamario 8,3%, 4,1% cutánea y 4,1% diseminada. Se determinó 20,6% de resistencia: 8,3% a rifampicina e isoniacida, 4,1% a isoniacida, 4,1% a rifampicina y 4,1% a claritromicina. Y solo el 8,3 asociado a VIH. En pacientes HIV se aisló MAC en 83,3% (n=5) y solo 16,6% (n=1) tuvo resistencia (Claritromicina). El 33% (n=8) completó el tratamiento, 25% (n=6) falleció, 29% (n=7) abandonó, y el resto se derivó. De los fallecidos 83,3% eran HIV (n=5). Conclusiones: Se observó mayor número de mujeres en edad media, la mayoría de casos relacionados con VIH. La forma de presentación más común fue la pulmonar dentro de esta la BSC. La MNT más aislada fue MAC se obtuvo 20,6% de resistencia siendo la más frecuente resistencia a Rifampicina e Isoniacida. Un tercio de los pacientes completaron tratamiento con el esquema antibiótico adecuado, registrándose una alta tasa de abandono y óbito. El VIH se asoció a la mayoría de la mortalidad, sin embargo ninguno de estos presentaban alguna resistencia antibiótica.

ID#107

INFECCIÓN PULMONAR POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE TRASPLANTADO

Autores: Karen Ochoa¹ | Viviana Nazzo¹ | Carrasco Gladys¹ | Bejarano Nadya¹ | Ibañez Teresa¹ | Ahumada Rosalía¹ | Ossés Juan¹ | Cáneva Jorge¹ | Absi Daniel¹ | Roberto Favalaro¹

Filiación: ¹ Fundación Favalaro

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: Strongyloides stercoralis (SS) es un nemátodo endémico intestinal, difícil de detectar por ser asintomático, produciendo infección crónica. En inmunosuprimidos genera disminución drástica de la inmunidad celular por su rápida multiplicación, puede provocar desde eosinofilia aislada hasta síndrome diarreico asociado a broncoespasmos y hemoptisis con alta mortalidad. Presentamos el caso de un paciente con strongyloidosis diseminada con hemorragia alveolar. Caso clínico: Varón de 40 años, trasplante cardíaco por miocardiopatía dilatada (2022), consulta el 31 de enero 2023 por diarrea, vómitos y anorexia. Evaluado en emergencias con hemocultivos, urocultivos y coprocultivo recibiendo de este último rescate de *S. stercoralis* (SS) y laboratorio con anemia severa e insuficiencia renal aguda. A su ingreso presentó taquipnea con requerimiento de oxígeno por cánula nasal bajo flujo, se realizó radiografía de tórax con infiltrados bilaterales. Evolucionó con insuficiencia respiratoria, aumento del requerimiento de oxígeno alto flujo y ventilación mecánica no invasiva. Se realizó tomografía de tórax con opacidades difusas en vidrio esmerilado que comprometen todo el parénquima pulmonar bilateral, engrosamiento de los septos inter e intralobulillares. Ante evidencia de daño alveolar difuso se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar que evidenció: árbol bronquial bilateral con mucosa congestiva, eritematosa, con secreciones mucohemáticas que se aspiran, resto de árbol bronquial permeable sin lesiones, sin sangrado activo. Se aislaron larvas de SS, por lo que completó tratamiento con ivermectina por 14 días. Presentó mejoría de la saturación de oxígeno, con posterior suspensión del mismo, con rehabilitación kinésica. Discusión: SS es un parásito único que puede culminar su ciclo de vida completamente dentro del huésped humano, replicándose y dando como resultado un ciclo de autoinfección. En inmunocomprometidos puede producirse la diseminación masiva de la larva, provocando fallo multiorgánico con elevada mortalidad conocido como síndrome de hiperinfección. En pacientes trasplantados, esta infección puede ponerse de manifiesto con la terapia inmunosupresora, a partir de infecciones latentes presentes previa al trasplante, o primoinfección postrasplante,

sobre todo si el paciente vive en zona endémica. El diagnóstico puede ser complejo, por tal motivo, ante diarrea no autolimitada se deben descartar complicaciones farmacológicas, como micofenolato mofetil y tacrolimus. Conclusión: Aunque la infección por SS no es frecuente, ocasiona graves problemas para el paciente trasplantado, el diagnóstico diferencial de los síndromes diarreicos deberá incluir muestra de heces para la detección de parásitos, especialmente ante la sospecha clínica de infección por SS. El riesgo de recidiva de esta enfermedad es frecuente.

ID#110

ABSCESO PULMONAR: REPORTE DE CASOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE BUENOS AIRES

Autores: Johana Erazo¹ | Verónica Castro¹ | Silvia Besignor¹ | Emiliano Bastidas¹ | Julieta Garay¹ | Nicolás Casco¹ | Domingo Palmero¹

Filiación: ¹ Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción y Objetivo: Los abscesos pulmonares se caracterizan por ser cavidades en el parénquima pulmonar con contenido purulento o de material necrótico como consecuencia de una infección. Se destacan como factores predisponentes aquellos asociados a la broncoaspiración como alcoholismo, convulsiones, entre otros. El pronóstico ha mejorado con un adecuado tratamiento. Actualmente la mortalidad oscila entre 5 a 20%. Objetivo: Determinar las principales características clínicas y microbiológicas aisladas en los abscesos pulmonares diagnosticados en el Servicio de Neumonología del Hospital Muñiz, durante el periodo agosto 2022 a julio 2023. Material y método: Estudio retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas en pacientes con diagnóstico de absceso pulmonar. Se incluyeron todos los casos confirmados por tomografía de tórax, hemograma, análisis de bacteriología en muestras de esputo, lavado broncoalveolar, requerimiento del toilette, antecedentes de enfermedades previas, hábitos tóxicos y duración de antibioterapia. Resultados: En sala de neumonología de pacientes masculinos, durante el año de estudio, se hospitalizaron un total de 10 casos. La mediana de edad fue de 55 años. Se registró tabaquismo en el 40% de los pacientes, alcoholismo en un 20% como hábito tóxico. El 70% presentaba enfermedad previa concomitante, 30% Diabetes mellitus tipo 2, 30% hipertensión arterial, 10% convulsiones y 10% HIV. En el 100% de los casos la lesión tomográfica era única. El 60% correspondía a lóbulos inferiores (izquierdo 40%, derecho 20%) el 40% correspondió a lóbulos superiores (derecho 20% e izquierdo 20%). Se constató leucocitosis al ingreso en el 70%. La identificación de microorganismo fue en muestras de esputo en el 40%, en lavado broncoalveolar el 50% y no se identificó en el 10% de los casos. Las bacterias aisladas fueron: 30% Klebsiella (k.pneumoniae 20%, K.oxytoca 10%), Flora polimicrobiana 30%, Staphylococcus aureus 20% (con un único aislamiento de staphylococcus aureus resistente a la meticilina 10%), Haemophilus influenzae 10%, Pseudomona aeruginosa 10%. Solo el 30% requirió toilette bronquial endoscópica para la resolución del cuadro. El 100% recibió asistencia kinesiorespiratoria para drenaje postural. El total de los casos cumplió antibioterapia hasta resolución clínica y mejoría radiológica en un promedio de 23,2 días. Discusión y Conclusión: En nuestro estudio la localización predominante fue en lóbulo inferior izquierdo a diferencia de los hallazgos descritos en literatura, en la que es más frecuente en el pulmón derecho. Al analizar las características clínicas y microbiológicas que menciona la literatura con las de nuestro estudio concluimos que en su mayoría coinciden, entre ellas los hábitos tóxicos, enfermedades metabólicas, convulsiones, las cuales favorecen el desarrollo de infecciones respiratorias.

ID#112

KLEBSIELLA HIPERMUCOSA, MICROORGANISMO EMERGENTE

Autores: Lucía Trinidad Sosa¹ | Heily Lizbeth Cruz Urcia¹ | Juan Orozco¹ | Barbara Coco¹ | Yamila Martín¹

Filiación: ¹ Hospital María Ferrer

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción; Klebsiella pneumoniae: bacilo gram negativo, parte de la microbiota del colon y nasofaringe en individuos sanos, también responsable de infecciones adquiridas en la comunidad y ambiente intrahospitalario. Hay dos patotipos: K. pneumoniae clásica (cKp) y K. pneumoniae hiper mucosa (hMKp). Se presentan 4 casos clínicos de pacientes internados en hospital monovalente respiratorio, asociados a esta última. Caso clínico 1 Femenina, 47 años, ex tabaquista (ExTBQ), diabética (DBT) tipo II, internación previa por infección urinaria sin aislamiento en cultivos y tratada con Amoxicilina/Ácido Clavulánico (AMC), luego Levofloxacina (LEV). Al alta reconsulta por malestar general y se diagnostica neumonía intrahospitalaria con derrame pleural (DP), con desarrollo en cultivos de DP y esputo de hMKp sensible a ceftriaxona (CTX). Además se evidencia endocarditis infecciosa y múltiples abscesos hepáticos por lo que es derivada. Caso clínico 2 Masculino, 23 años, con bronquiectasias (BQT) post infecciosas y DBT tipo I. Hizo tratamiento (TTO) con AMC y luego LEV por BQT exacerbadas. Al no mejorar, reconsulta y se diagnostica absceso pulmonar con requerimiento de drenaje percutáneo y desarrollo en cultivos de hMKp sensible a CTX, cumple 23 días de TTO con buena evolución. Caso clínico 3 Femenina, 27 años, antecedentes de intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica (IOT/ARM) por intento autolítico, con estenosis traqueal post ARM y colocación de stent. Evoluciona con fístula traqueo esofágica que requiere intervención quirúrgica. Presenta infección asociada a catéter venoso central con bacteriemia persistente, impactos pulmonares durante el postoperatorio con desarrollo en hemocultivos, punta de catéter y aspirado traqueal de hMKp. Inicia TTO con Ampicilina/Sulbactam (AMS) que se rota a CTX. Posteriormente falleció. Caso clínico 4 Femenina, 48 años con asma e internación reciente por crisis asmática secundaria a neumonía de origen viral, sin rescates, realizó TTO empírico con AMS. Re ingresa con absceso pulmonar bilateral, con desarrollo en cultivos de hMKp en líquido pleural y esputo, sensible a CTX con lo que cumple TTO. Requiere Videotoracoscopia en dos oportunidades con necesidad de IOT/ARM y egreso hospitalario luego de estadía prolongada. Discusión: HMKp suele causar infecciones adquiridas en la comunidad. Afecta a individuos sanos de cualquier edad y desarrolla múltiples sitios de infección, y/o diseminación metastásica. La etnia asiática, DBT no controlada, masculinos, déficit de inmunoglobulinas y uso previo de amoxicilina o ampicilina son factores de riesgo. El drenaje adecuado del foco es fundamental para una buena evolución. Conclusión Los reportes de casos de aislamientos de hMKp son poco frecuentes, pero la incidencia está en aumento. La exposición previa a ATB es un factor de riesgo importante sobre todo en su uso indiscriminado. El laboratorio de microbiología debe alertar al equipo médico ante su aislamiento para impulsar la búsqueda de sitios de infección metastásicos que puedan requerir drenaje o una modificación ATB.

ID#113

ODINOFAGIA COMO MOTIVO DE CONSULTA A UN DEPARTAMENTO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. SUS CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS

Autores: Adolfo Savia¹ | Adriana Guzzetti¹ | Omar Ansil¹ | Miriam Medina¹ | Yanina D' onofrio¹ | Victoria De Siervi¹

Filiación: ¹ Hospital San Juan de Dios Ramos Mejía

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción y Objetivos: La odinofagia es un motivo de consulta frecuente en la demanda espontánea de los departamentos de urgencia (1.9% en USA) con un importante consumo de recursos profesionales y materiales destinados a su atención. Considerando los cambios epidemiológicos en el contexto de la Pandemia COVID-19 y un aumento reportado de infecciones por Streptococcus pyogenes (EGA) en 2023 en Argentina; se desea conocer la evolución de los aislamientos microbiológicos en cultivos de fauces de los pacientes que fueron evaluados por demanda espontánea en un centro ambulatorio de la Provincia de Buenos Aires. Material y Método: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo. Criterios de inclusión

y exclusión: Pacientes >1 año que consultaron de forma ambulatoria al departamento de urgencias con motivo de consulta "dolor de garganta" (odinofagia) en los periodos 1/1/2022-31/6/2022 (Per1) y 1/1/2023-31/6/2023 (Per2). Se excluyeron a menores de 1 año o que hubieran sido hisopados por otros síntomas o fuera de los periodos considerados. Se tomaron los datos del sistema de historia clínica digital Thinksoft y se analizaron las variables estadísticas con Microsoft Excel 2023. Resultados: Per1: Se registraron 52.072 consultas clínicas de las cuales 2496 presentaron criterio de inclusión (4.79%). En Per2: total 52.840. 3658 presentaron criterios de inclusión (6.9%). Per1 se solicitaron 1338 cultivos de fauces (53% de las consultas), de los cuales 88(7%) resultaron positivos para EGA y 36(3%) otros estreptococos beta no hemolíticos. En el Per2 se solicitaron 3125 cultivos (86% de las consultas). 652(21%) EGA y 124(4%) estreptococos beta no hemolíticos. No se registraron casos de enfermedad invasiva por EGA en ninguno de los dos periodos en nuestra muestra. Adicionalmente, en el Per1 la positividad promedio de pruebas COVID fue 36% en tanto que en el Per2 8%. Conclusiones y discusión: Pese a una cantidad similar de consultas por todos los motivos clínicos en ambos periodos, las consultas por odinofagia como motivo principal fueron mayores en el Per2 que en el Per1 (y en ambos periodos mayores a las reportadas en la literatura); así como la cantidad de cultivos de fauces. Existe un claro aumento en los aislamientos de EGA en el Per2 en consonancia con las condiciones epidemiológicas reportadas en Argentina, aunque no hemos tenido ningún caso de enfermedad invasiva identificado en ninguno de los dos periodos. Sin embargo, nuestro trabajo presenta las limitaciones propias de un trabajo retrospectivo unicéntrico, así como la influencia de la pandemia tanto en la definición de caso sospechoso en 2022 así como los cambios ecológicos ocurridos con la introducción del SARS-CoV-2, lo cual determinó probablemente la solicitud masiva de Ag/PCR SARS-CoV-2 en detrimento de los cultivos bacterianos, la baja tasa de positividad de estos y alta positividad de las pruebas para SARS-CoV-2. La institución cuenta con guías para la solicitud del cultivo bacteriano, sin embargo, su adherencia no ha podido ser evaluada en este estudio.

ID#114

ESTENOSIS TRAQUEAL, COMPROMISO LARINGEO Y MUCOCUTÁNEO POR LEISHMANIA

Autores: *Diego Alejandro Sousa Matías*¹ | Desideria Quecaño Umiri¹ | Alejandra Briozzo¹ | Ignacio Martín¹ | Sebastián Gando¹ | María Angélica Saab¹ | Adriana Branda¹ | Gustavo Martínez¹ | Roberto Duré¹

Filiación: ¹ Hospital Francisco Muñiz

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La leishmaniasis es una antropozoonosis causada por el protozoario del género *Leishmania*. Se describen tres formas clínicas: la cutánea, la mucocutánea y la visceral. Presentamos el Caso clínico de una estenosis traqueal severa con compromiso laríngeo y mucocutáneo secundario a *Leishmania*. Caso clínico: Paciente de 33 años de edad, oriundo de Santiago del Estero, con diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea desde hace dos años sin tratamiento, ni antecedentes previos de instrumentación de vía aérea. Consulta por disnea clase funcional 3 mMRC y pérdida de peso significativa. A su ingreso, en mal estado general, buena mecánica ventilatoria, con dificultad para la deglución y el habla. Presenta lesiones destructivas del tabique nasal, labio superior, encías y paladar blando. TC de tórax con aislados infiltrados intersticio alveolares a predominio de lóbulo medio y disminución de la luz a nivel subglótico y traqueal. Serologías para VIH, VDRL, histoplasma, paracoccidoides, ANCA negativa. Se interna e inicia tratamiento con anfotericina B liposomal. Se realiza fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y evaluación de la deglución observándose alteración de la arquitectura de la supraglotis con mucosa de aspecto granulomatoso, ausencia de senos piriformes, fusión de aritenoides, amputación de epiglotis, estenosis subglótica y traqueal severa con mucosa granulomatosa, con aspiración y penetración predeglutatoria. ZN y cultivo para Koch negativo. Se programa broncoscopia terapéutica, realizándose dilatación con

electrocauterio, broncoscopios rígidos y traqueostomía percutánea. Al mes de control se evidencia estenosis traqueal completa por encima de traqueostomía percutánea, con recuperación nutricional. Discusión: El compromiso laríngeo y traqueal con estenosis por leishmania es extremadamente infrecuente, con escasos reportes en la literatura, probablemente debido a la demora en el diagnóstico y/o tratamiento. En Latinoamérica, el 90% de los casos de leishmaniasis mucocutánea se produce en 4 países: Bolivia, Brasil, Perú y Ecuador, y se presentan como complicación en el 5 al 20% de las leishmaniasis cutáneas, ya sea por diseminación hematogena, linfática o por contigüidad de lesiones del rostro, las cuales pueden pasar desapercibidas o haber cicatrizado previamente. La mucosa mayormente afectada es la nasal, con compromiso del septum hasta en un 90% de los casos. Puede comprometer paladar, faringe, laringe y labio superior. La afección laríngea consiste en lesiones de aspecto granulomatoso, infiltrando mucosa y cuerdas vocales, pudiendo derivar en obstrucción de la vía aérea. Conclusión: Se presenta el Caso clínico por la infrecuencia de la localización laringotraqueal, representando un aporte a la literatura y un verdadero reto terapéutico.

ID#115

ROL DE LA BRONCOSCOPÍA EN LA HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO

Autores: *Desideria Quecaño Umiri*¹ | Diego Alejandro Sousa Matías¹ | Bibiana Vázquez¹ | Álvaro Ortiz Naretto¹ | Damián Violli¹ | Silvina Riva¹ | María Cecilia La Pietra¹ | Martín Korsunsky¹ | Roberto Duré¹

Filiación: ¹ Hospital Francisco Muñiz

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La hidatidosis pulmonar es una zoonosis causada por el estado larvario del *Echinococcus*. Las complicaciones más frecuentes a nivel pulmonar son rotura y la infección del quiste. Se plantea que la Fibrobroncoscopia podría aportar datos para su diagnóstico y planificación de tratamiento definitivo. Presentamos el Caso clínico de una hidatidosis pulmonar bilateral complicada. Caso clínico: Paciente femenina de 45 años de edad, oriunda de Bolivia de ocupación granjera, Hipertensa, presento Covid-19 en 2021, Neumonía leve por Covid-19 en el 2022, no tabaquista. Consulta en país de origen por dolor torácico de 2 años de evolución, tos no productiva, hemoptisis ocasional que se autolimita, fiebre un mes previo y vómita una semana antes de la consulta. TC Tórax: dos masas pulmonares sólidas, heterogéneas con área de necrosis en su interior, una en segmento medial de Lóbulo medio derecho de 42x40 mm y otra en segmento superior e inferior de lingula de 70x46 mm, bandas fibrosas de aspecto secuelear/residual que sugiere proceso neoplásico. Se realiza Fibrobroncoscopia donde se observan membranas blanquecinas que emergen de la lingula que se extrae y se aspira contenido. Se envía análisis directo de BAL con resultado positivo para Ganchos de *Echinococcus* sp, ZN y Koch negativo. Serologías HIV, Hepatitis B, C, Toxoplasmosis, Chagas negativo. Se descartan lesiones a nivel hepático y otros sitios. Inicia tratamiento con albendazol 600 mg día. Se programa toracotomía con excéresis de quiste hidatídico restante + colocación de TAVP izquierdo, complicándose con infección de sitio quirúrgico por *Pseudomonas* y *Serratia* y Neumonía Intrahospitalaria, cumple tratamiento con Amikacina - Piperacilina /tazobactam con mejoría del cuadro clínico. A los Tres meses se programa resección de quiste hidatídico pulmonar derecho sin complicaciones. Discusión: Los principales órganos afectados en la hidatidosis son el hígado (50-65%) y pulmón que representa en un 10-15%, bilateral 4-26%, complicándose en al menos un 50%. Hasta la fecha se reportaron 6268 casos hidatidosis pulmonar. El uso de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico de hidatidosis pulmonar complicada es una herramienta rentable de observación directa, con una especificidad del 100%, siendo beneficiosa para el seguimiento de la evolución de la enfermedad y toma de muestra ante hidatidosis pulmonar complicada con infecciones asociadas, no así en casos donde los quistes hidatídicos se encuentran a nivel de parénquima pulmonar no visible desde los bronquios. Los reportes de esta presentación

clínica se reducen a un número limitado de casos. El tratamiento definitivo y curativo se consigue con la remoción total; se recomienda siempre la técnica de intervención junto al tratamiento con albendazol en situación de hidatidosis pulmonar complicada. Conclusiones: Consideramos que ante el advenimiento y el fácil acceso de herramientas invasivas como la Fibrobroncoscopia se puede lograr un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico en esta patología.

ID#123**NOCARDIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE A PROPOSITO DE UN CASO**

Autores: María Antonela Merine¹ | Georgina Rojas Llanos¹ | Wilson Byron Manjarrez Coello¹ | Johanna González¹ | Carlos Tummino¹ | Alejandra González¹

Filiación: ¹ Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: Las especies que afectan mayoritariamente a los humanos son la Nocardia asteroides (80% de los casos) y Nocardia brasiliensis, Nocardia cyriacigeorgica (emergente) se ha implicado en infecciones pulmonares graves. La inhalación y la inoculación cutánea son las rutas más frecuentes de infección. La forma pulmonar es la más frecuente, puede ser localizada o diseminarse. Los factores de riesgo son inmunosupresión y patología pulmonar previa. Las formas diseminadas con afectación del sistema nervioso central (SNC) son poco frecuentes en pacientes inmunocompetentes. Presentamos un caso de nocardiosis diseminada con afectación pulmonar, pleural y del SNC en paciente inmunocompetente. Caso clínico: Masculino de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), plasmocitoma solitario (en remisión). Concorre por cuadro de 3 semanas de tos con expectoración mucopurulenta, astenia, adinamia, sudoración profusa y pérdida de peso. Al examen físico regular estado, saturación 93%, hipoventilación y matidez en campo pulmonar izquierdo. Radiografía de tórax: borramiento de seno costodiafragmático izquierdo e imagen radiopaca en campo pulmonar izquierdo. Laboratorio: Leucocitos 14400, hemoglobina 7.8, hematocrito 24% y plaquetas de 265000. Toracocentesis diagnóstica: macroscopía de empiema. Se coloca tubo de avenamiento pleural. Inicia tratamiento antibiótico (ATB) empírico con Ampicilina sulbactam (AMS). Tomografía (TC) de tórax: Hidroneumotórax izquierdo con tubo de drenaje pleural, derrame pleural derecho loculado de aspecto organizado y consolidaciones pulmonares bilaterales a predominio derecho. Cultivos de líquido pleural izquierdo: Nocardia cyriacigeorgica. Líquido pleural derecho: negativo. Se rota a imipenem + trimetoprima – sulfametoxazol (TMS). Resonancia magnética nuclear (RMN) de encéfalo: a nivel temporal subcortical izquierdo imagen nodular hiperintensa con realce en anillo de 10 mm de diámetro que presenta restricción de la difusión vinculable con absceso. Se interpreta cuadro como enfermedad por nocardia diseminada: afección de pleura, pulmón y SNC. Discusión y Conclusiones: Debe destacarse el impacto emergente de las infecciones por Nocardia cyriacigeorgica, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años en todo el mundo y se ha implicado cada vez más en infecciones pulmonares graves. La inhalación y la inoculación cutánea son las rutas más frecuentes de infección. Los factores de riesgo son inmunosupresión (alteración de la inmunidad celular) y a alteraciones broncopulmonares preexistentes. El patrón imagenológico más frecuente son los nódulos pulmonares bilaterales en un 50% e infiltrados en un 35% asociado a áreas de consolidación y cavitación y el derrame pleural loculado. Se recomienda que todos los pacientes con nocardiosis pulmonar deben tener un estudio de neuroimagen aun en ausencia de síntomas (tropismo SNC). La mortalidad se incrementa cuando se encuentran involucrados dos o más órganos contiguos o el sistema nervioso central, comorbilidad pulmonar crónica, neoplasia activa, corticoterapia previa, haber recibido antibioterapia empírica durante los 3 meses previos. El tratamiento de primera elección es TMS. En enfermos graves o inmunodeprimidos se aconseja triple terapia añadiendo Imipenem y Amikacina. El mismo es prolongado, para prevenir recidivas:

TMS de 4 a 6 meses en la enfermedad localizada pulmonar. 6 a 12 meses en la nocardiosis sistémica. Al menos un año si hay afectación del SNC.

ID#131**COAGULOPATÍA EN NEUMONÍA GRAVE POR SARS-COV-2: MONITORIZACIÓN DE COAGULACIÓN A TRAVÉS DE LABORATORIO POCT**

Autores: Isabel Rodríguez Martín¹

Filiación: ¹ HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: Además de los síntomas respiratorios típicos, COVID-19 se asocia con anomalías de la coagulación que conducen a complicaciones tromboembólicas. Aún estamos muy lejos de comprender de forma clara y detallada el mecanismo molecular involucrado en la coagulopatía mediada por SARS-CoV-2. Objetivo: Realizar un estudio retrospectivo que nos permita conocer las alteraciones hemostáticas desarrolladas en los casos graves de COVID-19, utilizando para ello test clásicos de coagulación y técnicas viscoelásticas como la tromboelastometría rotacional (ROTEM). Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 84 pacientes con neumonía grave ingresados en nuestro centro hospitalario, en un periodo de tiempo de 16 meses. Los pacientes han sido divididos en dos grupos. El grupo 1 está formado por los pacientes que presentaron neumonía grave por SARS-Cov-2, a los que se les realizó hemograma, pruebas clásicas de coagulación (a su ingreso y diez días después) y tromboelastometría rotacional como forma de evaluación de la coagulación. El grupo 2 está formado por pacientes que presentaron neumonía grave de diferente etiología, a quienes se les realizó hemograma y pruebas básicas de coagulación a su ingreso hospitalario. Nuestro estudio comparó los datos relacionados con la hemostasia (hemoglobina, recuento de plaquetas y test clásicos de coagulación) entre ambos grupos y también realizó un análisis comparativo de los cambios producidos en los parámetros de coagulación en los pacientes del grupo 1, a su ingreso (T0) y diez días después (T10), así como en los parámetros de tromboelastometría. Resultados: Participaron 84 pacientes en nuestro estudio. Los pacientes del grupo 1 y 2 presentaron resultados similares en test clásicos de coagulación, sin embargo, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el recuento de dímeros-D, muy elevados en los pacientes del grupo 1 (2442,11 ng/ml vs 370 ng/ml, p=0,03). Igualmente concluimos un aumento de los niveles de los mismo durante la estancia hospitalaria (T0= 2442,11 ng/ml vs T10= 8564.39 ng/ml, p=0,000). Por último, los pacientes con neumonía por SARS-Cov-2 exhibieron perfiles en tromboelastometría hipercogulantes, caracterizados principalmente por una máxima firmeza del coágulo elevada. Conclusiones: Los resultados observados en nuestro estudio apoyan la hipercogulabilidad en un estado inflamatorio severo, más que un estado de Coagulopatía por consumo (CID). Se necesitan más estudios que permitan un mejor conocimiento de la coagulopatía producida en pacientes con neumonía grave por la COVID-19.

ID#138**ASOCIACIÓN DE ACTINOMICOSIS Y ADENOCARCINOMA DE PULMÓN EN UN PACIENTE JOVEN: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

Autores: Mercedes Vergara¹ | María De Los Milagros Sussini¹ | Mario Sussini¹

Filiación: ¹ Hospital Escuela "Gral José Francisco de San Martín"

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La actinomicosis es una infección granulomatosa crónica causada por la especie bacteriana de Actinomyces, de la cual hay más de 30 especies identificadas que residen en el suelo y la microflora humana siendo en individuos sanos un comensal de la cavidad oral, el colon y la flora vaginal; sin embargo, estas se vuelven patógenas en pacientes inmunocomprometidos o cuando cruzan planos tisulares y se introducen en un nuevo entorno. Las manifestaciones clínicas e imagenológicas de esta infección comparten similitudes con

el cáncer de pulmón por lo que implica realizar diagnóstico diferencial. La coexistencia de ambas es poco frecuente, mas cuando se presenta en paciente joven no inmunocomprometido, lo que motivó la presentación de este caso. Caso clínico: Masculino, 43 años tabaquista de 30 p/y, consumidor de cannabis y trabajador en cultivo y procesamiento de cannabis medicinal. MC: tos, expectoración hemoptoica, poli artralgiás, sudoración nocturna, escalofríos, de 30 días de evolución. EF: saturación 96%, sin ruidos pulmonares agregados. Laboratorio: anemia, leucocitosis, VSG y PCR aumentada. Se solicita TC de tórax: formación espacio ocupante en LSD, densidad de partes blandas, de 40x41x36mm, asociado a opacidades en vidrio esmerilado difusas. Espudo x 3 (gram, baciloscopia y micológico negativo). FBC: No se observan lesiones endoscopías, ni cambios en mucosa. Se toma BAL. AP: negativo para malignidad; se observan acúmulos basófilos compatibles con colonias de actinomicos. Se inicia tratamiento con amoxicilina 2 gr/día y control clínico y tomográfico a los 30 días de tratamiento, con mejoría parcial de síntomas y persistencia de consolidación en LSD. Se decide realizar nueva FBC sin evidencia de lesión endobronquial y posterior biopsia por trucut que informa en el estudio anatomopatológico diferido: adenocarcinoma pobremente diferenciado y cultivo de tejido sin desarrollo bacteriológico ni micológico. Se inicia plan de estadificación para tratamiento. Discusión y Conclusiones: La actinomicosis es una infección infrecuente y difícil de confirmar debido a que su cultivo exige un adecuado y rápido transporte de muestras y condiciones anaerobias estrictas, pudiendo además arrojar resultados falsos negativos si en algún momento es expuesto a la anaerobiosis, tiempos de cultivos inadecuados, uso previo de antibióticos, o crecimiento polimicrobiano. Por otro parte la clínica y los hallazgos tomográficos generalmente orientan la búsqueda a procesos neoplásicos, donde el diagnóstico de actinomicosis pulmonar se obtiene por anatomía patológica con la identificación de colonias o los patognomónicos gránulos de azufre, como ocurrió inicialmente en la citología del BAL de este paciente, que, por su edad, antecedentes exposicionales, sintomatología, hallazgos de laboratorio e imágenes se decidió iniciar tratamiento. Según las guías publicadas, una vez instaurado el tratamiento adecuado se debe hacer un seguimiento clínico e imagenológico a las 4 semanas y de no hallarse resolución, como en este caso, se debe plantear cambiar a tratamiento antibiótico alternativo o considerar malignidad, siendo esto último lo que motivo la toma de biopsia por trucut donde se realizó el diagnóstico de Adenocarcinoma pobremente diferenciado. Esto nos plantea la importancia del plan de estudio y seguimiento ante los diferentes diagnósticos diferenciales planteados, principalmente ante la falta de respuesta al tratamiento inicial como en nuestro paciente, obligándonos a descartar proceso neoplásico. Como conclusión consideramos que existió una co asociación de neoplasia y actinomicosis, probablemente siendo esta última una infección agregada al cáncer de pulmonar primario, ya que se encontraron en la anatomía patológica otras aéreas de necrosis y abscesos por el tamaño tumoral.

ID#147

NEUMONÍA POR VIRUS DE INFLUENZA HOSPITALIZADA: ESTUDIO DE COSTOS DIRECTOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autores: *Martín Sivori*

Filiación: Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La cobertura en vacuna antigripal es escasa en nuestro país. No hay disponibles estudios de costos sobre el impacto de la hospitalización por influenza. Objetivos: Determinar la estructura de costos de los pacientes hospitalizados por neumonía por virus de la influenza en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2022. Métodos: Se evaluaron a los pacientes hospitalizados por neumonía por virus influenza durante el año 2022 en nuestro Hospital. El diagnóstico se hizo por PCR en especímenes respiratorios y SARS-CoV2 negativo. Se determinaron costos directos desde la perspectiva del financiador, según los costos de medicamentos y modulación de internación clínica y guardia del Gobierno de

la Ciudad de Buenos Aires a abril de 2023, cotización oficial venta, paridad peso/dólar 210,78. Resultados: Se internaron 7 pacientes. La edad fue 72 años mediana (RIQ 67,5-75); género masculino 57%; 85% tabaquistas (50% ex, 45 paq-años); con seguro social 42% (n=3). Tenían criterio de vacunación antigripal el 100% de los pacientes pero solo 28,5% (n=2) lo había hecho el año previo; vacunación antineumocócica completa 28,5% (n=2). Se determinó alta prevalencia de comorbilidades en todos los pacientes: índice Charlson 5 mediana (RIQ 4-7): 85% cardiovasculares, enolismo 28,5%, diabetes 28,5%, asma/EPOC 28,5% y neoplasia 14,8%). Gasometría de ingreso: pH 7,38 (RIQ 7,34-7,4), PaCO₂ 46 mmHg (37,5-51), PO₂ 54 mmHg mediana (50-67). La duración de la internación en guardia fue 1 día de mediana (RIQ 0,5-1), 7 días en piso (4,5-12). Ningún paciente fue derivado a UTI, Mortalidad: 14,8% (n=1). Todos los pacientes fueron tratados dentro 48 h inicio síntomas respiratorios con antibióticos, oseltamivir (75 mg c/12 h por 5 días), y oxigenoterapia. El costo final por paciente fue 2663,19 dólares (RIQ,1878,28-3974,54) y el costo total para los 7 pacientes de 21803,84 dólares. El costo directo no modulado fue del 26,76% del total (RIQ, 16,71-33,44). De ellos, el 25% fue por medicamentos y 75% por estudios. p<0.000001 Conclusión: Los pacientes hospitalizados por neumonía por virus de influenza son en su mayoría hombres mayores de 70 años con alta carga de comorbilidades. Todos tenían indicación de vacunación antigripal, aunque una minoría la realizó. El costo directo desde la perspectiva del financiador fue de 2663 dólares por paciente. La internación promedio en sala fue de 7 días. El total del costo directo de todos los pacientes fue de 21 803 dólares anuales. Una cuarta parte del costo no estuvo modulado especialmente por estudios realizados. Es el primer estudio de costos directos en nuestro país de neumonía por virus de influenza hospitalizada. Se deberán extremar las medidas para asegurar una mayor cobertura vacunal a la población de riesgo. Introducción: La vacunación antigripal está incluida en nuestro país para las poblaciones de riesgo en el Plan Nacional de Vacunación, sin embargo, la cobertura vacunal es escasa. La hospitalización por influenza es la consecuencia más grave de la infección por influenza. No hay disponibles estudios de costos sobre el impacto de la hospitalización por influenza. Objetivos: Determinar la estructura de costos de los pacientes hospitalizados por neumonía por virus de la influenza en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2022. Métodos: Se evaluaron a los pacientes hospitalizados por neumonía por virus influenza durante el año 2022 en nuestro Hospital. El diagnóstico se hizo por panel viral de PCR en especímenes respiratorios y con SARS-CoV2 negativo. Se determinaron los costos directos desde la perspectiva del financiador, teniendo en cuenta los costos de medicamentos y la modulación de internación clínica y guardia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a abril de 2023, a una cotización oficial venta con paridad peso/dólar de 210,78. Resultados: Se internaron 7 pacientes. La edad fue 72 años mediana (RIQ 67,5-75); masculino 57%; seguro social 42% (n=3). Tenían criterio de vacunación antigripal 100% de los pacientes pero sólo 28,5% lo había hecho el año previo. Se determinó alta prevalencia de comorbilidades en todos los pacientes: índice Charlson 5 mediana (RIQ 4-7). La duración de la internación en guardia fue 1 día de mediana (RIQ 0,5-1), 7 días en piso (4,5-12). Ningún paciente fue derivado a UTI, Mortalidad: 14,8% (n=1). Todos los pacientes fueron tratados dentro 48 h inicio síntomas respiratorios con antibióticos, oseltamivir (75 mg c/12 h por 5 días), y oxigenoterapia. El costo final por paciente fue 2663,19 dólares (RIQ,1878,28-3974,54) y el costo total para los 7 pacientes de 21803,84 dólares. El costo directo no modulado fue del 26,76% del total (RIQ, 16,71-33,44) (25% por medicamentos y 75% por estudios). Conclusión: Los pacientes hospitalizados por neumonía por virus de influenza son hombres > 70 años con alta carga de comorbilidades. Todos tenían indicación de vacunación antigripal, aunque una minoría la realizó. El costo directo desde la perspectiva del financiador fue de 2663 dólares por paciente. Es el primer estudio de costos directos en nuestro país de neumonía por virus de influenza hospitalizada. Se deberán extremar las medidas para asegurar una mayor cobertura vacunal a la población de riesgo.

ID#155**NOCARDIASIS PULMONAR EN PACIENTE CON BRONQUIECTASIAS**

Autores: *Gueiza Medina*¹ | Rolando Segel | Jesica Rios | María Laura Grodnitzky | Valeria Morandi | Xavier Bocca | G Tabaj | Patricia Malamud

Filiación: ¹ AAMR. Servicio de Neumonología Clínica – Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas.

Resumen: Introducción: La infección pulmonar por *Nocardia* es una enfermedad poco frecuente, afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos, sin embargo un 20% de los pacientes no presentan compromiso inmunológico previo, pero sí factores de riesgo predisponentes, como es el caso de bronquiectasias, EPOC o tuberculosis pulmonar. Su diagnóstico se basa en el aislamiento en esputo de *Nocardia* sp., siendo la clínica y la radiología inespecíficas. Caso clínico: Paciente masculino de 26 años de edad, con antecedentes patológicos de neumonía por adenovirus al año de edad que requirió manejo en UTI, diagnóstico de bronquiectasias, con cuadros de sobreinfección a repetición, sin rescate bacteriológico en cultivo de esputo. Ingresó por cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por astenia y adinamia, pérdida de peso, tos y expectoración con aumento en su volumen de características mucopurulentas y en ocasiones hemoptoica, disnea CF III. Laboratorio 11000 leucocitos (neutrófilos 80%), gasometría pH 7,44, pCO₂ 28 mmHg, pO₂ 88 mmHg, hCO₃ 26 mmol/l y saturación arterial de O₂ 95,7%. TCAR con alteración de la arquitectura pulmonar dado por presencia de bronquiectasias de aspecto quístico en ambos campos pulmonares a predominio de lóbulo, LM y ambos lóbulos inferiores algunas con nivel hidroaéreo y tapones mucosos. Con examen funcional respiratorio FVC 2,35 (47%), VEF 1 1,01 (24%), FVC/VEF 52%. Se instauró tratamiento antibiótico con Ceftriaxona, amikacina. Cultivo de esputo con rescate de FVAS, BAAR negativo. A pesar del tratamiento paciente evoluciona con registro febril, empeoramiento en las características del esputo, por lo que se envía nuevas muestras con cultivo de esputo positivo para *Nocardia* sp. Se agrega al esquema de tratamiento antibiótico, Trimetoprim-sulfametoxazol con evolución favorable. Discusión y Conclusiones: La *Nocardia* es una bacteria aerobia estricta grampositiva. Las rutas más frecuentes de infección son tanto la inhalación de los microorganismos como la inoculación cutánea. La nocardiosis pulmonar es una infección que debe considerarse en estados de inmunodepresión o en pacientes con patología pulmonar subyacente. Se han descrito casos aislados en la literatura en los que se demuestra la presencia de bronquiectasias sobreinfectadas por *Nocardia*. En nuestro paciente, la mala evolución a pesar de un tratamiento dirigido, nos obligó a la búsqueda exhaustiva del germen. Predomina en el género masculino y habitualmente se presenta con síntomas crónicos en tracto respiratorio tales como tos, expectoración purulenta, a veces con estrías de sangre, dolor pleurítico y diaforesis nocturna. La presencia de fiebre y leucocitosis es variable. Nuestro paciente evoluciona con aumento de la tos, fiebre, aumento en el volumen de las expectoraciones mucopurulentas. Los hallazgos radiológicos consisten en consolidaciones, nódulos o masas, únicos o múltiples, a veces cavitados, y engrosamiento pleural. En nuestro caso los hallazgos fueron bronquiectasias ya conocidas. El tratamiento se realiza con trimetoprim-sulfametoxazol. La duración del tratamiento sigue siendo desconocida recomendándose durante 6 semanas-12 meses.

ID#161**NOCARDIOSIS PULMONAR: A PROPÓSITO DE 4 CASOS**

Autores: *Valentina Echeagaray*¹ | Viviana Moyano¹ | María Elisa Uribe¹

Filiación: ¹ Servicio de Neumonología. HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La nocardiosis pulmonar es el sitio principal de infección en inmunocomprometidos. La sintomatología suele ser inespecífica dificultando el diagnóstico. Los

hallazgos tomográficos son nódulos y masas con o sin cavitación. El diagnóstico definitivo se basa en examen histopatológico o cultivos. Caso 1: Mujer 71 años, EPOC, desnutrición severa, consulta por tos, disnea CF III y fiebre. Laboratorio: gb: 28060/mm³, PCR: 25,99 mg/dl, VSG: 138 mm/h, Procalcitonina: 0,26 ng/ml. TC tórax: áreas de consolidación y múltiples imágenes nodulares. Panel serológico autoinmune, VIH, y hepatitis negativo, inmunoglobulinas normales. Se realiza punción de nódulo pulmonar guiada por TC. Hemocultivos, cultivo de esputo y biopsia pulmonar con desarrollo de *Nocardia* spp. Inicia imipenem y trimetoprima/sulfametoxazol. Al 10° día presenta reacción adversa a medicación, se rota a linezolid. Alta con tratamiento antibiótico prolongado. Caso 2: Mujer 62 años, AR, valvulopatía mitral, HTP, FA crónica, tratamiento con rivaroxaban, prednisona 5 mg cada 24 h y rituximab última dosis 9 meses atrás. Consulta por tos y fiebre. Laboratorio: gb: 20800/mm³, PCR: 44,11 mg/dl, VSG: 123 mm, procalcitonina: 0,63 ng/ml. TC tórax: opacidades nodulares con áreas en vidrio deslustrado bilaterales. Cultivos negativos. Inicia imipenem. Se realiza punción guiada por TC, biopsia con desarrollo de *Nocardia* spp, inicia trimetoprima/sulfametoxazol de manera prolongada. Caso 3: Mujer 53 años, rinosinusitis crónica e infecciones respiratorias a repetición, consulta por tos y hemoptisis. Laboratorio: gb: 10800/mm³, PCR: 40 mg/dl. TC tórax: imágenes nodulares cavitadas subpleurales. Panel serológico autoinmune, HIV, y hepatitis negativas, inmunoglobulinas normales. Cultivo de esputo seriado: *Nocardia* spp se inicia trimetoprima/sulfametoxazol, TC control a los 6 meses con desaparición de lesiones previamente descritas, finaliza tratamiento sin complicaciones. Caso 4: Hombre, 70 años, asma, EPOC, en tratamiento corticoideo crónico por 1 año, consulta por fiebre, disnea CF III y tos. Laboratorio: gb: 23080/mm³, PCR: 25 mg/dl, TC tórax: imágenes nodulares consolidativas bilaterales. Panel serológico autoinmune, HIV, y hepatitis negativas, IgE elevada. Hemocultivos negativos, se realiza FBC+BAL, con desarrollo de *Nocardia* spp en cultivo, tratamiento con trimetoprima/sulfametoxazol por 16 semanas. Conclusión: El uso de agentes inmunosupresores y las terapias con corticoides son los principales factores de riesgo para el desarrollo de nocardiosis pulmonar, se destaca predisposición en pacientes con EPOC o bronquiectasias. El punto en común en los 4 casos fueron nódulos pulmonares en imágenes de tórax. Se reporta solo un caso sin antecedentes patológicos, el resto se presentó en pacientes con EPOC, tratamiento corticoideo crónico o inmunosupresores. El espectro clínico puede variar de una enfermedad subclínica a una aguda o un proceso que se asemeja a otras infecciones como TB, vasculitis y neoplasia. Esto explica la dificultad diagnóstica y el inicio tardío del tratamiento dirigido aumentando la morbimortalidad.

ID#181**HISTOPLASMOSIS PULMONAR AGUDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

Autores: *Danilo Crescente Nieri*¹ | Ana María López¹ | Vanesa Abrate¹ | Marcos Elias¹ | María Eugenia Olmos¹ | Favio Cesaratto¹ | Nicolás Usedo¹ | Verónica Farieri¹ | Fiorella Ibañez² | Juan Stechina¹

Filiación: ¹ Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La histoplasmosis en el huésped inmunocompetente es subdiagnosticada, con una incidencia y prevalencia desconocida. Generalmente es oligosintomática o asintomática, ya sea por primoinfección o reactivación post infección previa. Se reconoce la diseminación en huéspedes inmunocomprometidos, reportándose en pacientes con HIV, trasplante de órganos sólidos y otras enfermedades asociadas con células T alteradas. Presentamos un paciente inmunocompetente, con histoplasmosis pulmonar aguda. Casos clínicos: Masculino 42 años, sano previo, oriundo de San Basilio, tabaquista 22 paq/año. Perito clasificador de cereales, calando vehículos de transporte a granel, utilizando sonda multiperforada sin protección. Consulta por anorexia, esputos hemoptoicos, disnea a medianos esfuerzos. Laboratorio: LDH 209, VSG 33, TC tórax: consolidaciones pulmonares bilaterales parcheadas

con adenopatías mediastinales. Examen: Sat Hb 92% aa. Estudios en hospitalización: HIV y HepB negativos. BAL: citología inflamatoria crónica inespecífica. Biopsia quirúrgica por VATS: enfermedad granulomatosa PAS + vinculable a Histoplasmosis. Tratamiento con itraconazol, con mejoría sintomática, de oxigenación y peso. Finaliza el esquema a los 6 meses. Controles anuales. Secuelas pulmonares fibro-retráctiles con bronquiectasias quísticas bilaterales, bullas y enfisema para-septal. Discusión y Conclusión: A pesar de que la mayoría de casos que se describen de histoplasmosis pulmonar aguda por *H. capsulatum*, se producen en enfermos inmunodeprimidos, se reportan casos aislados en individuos inmunocompetentes, ya que el hongo productor se considera un patógeno primario. En 2022 Argentina, la Histoplasmosis, fue incluida por ley N° 15.465 como enfermedad de notificación obligatoria. La histoplasmosis pulmonar es más frecuente en hombres con una relación 4:1 y la morbilidad es alta en la enfermedad severa y diseminada. El gold estándar para el diagnóstico, es el aislamiento de *H. capsulatum* en el cultivo o la identificación de sus levaduras en una muestra histopatológica. En el huésped inmunocompetente, la histoplasmosis pulmonar aguda se produce si el inóculo inhalado de esporas es abundante. El patrón miliar es infrecuente y suele indicar forma diseminada o exposición intensa. En casos graves, se administra Anfotericina B desoxicolato o asociada a liposomas. Atribuimos la Histoplasmosis pulmonar aguda en este paciente inmunocompetente a la constante y elevada exposición laboral a inóculos, sin protección adecuada. En este caso, al tratarse de una forma menos grave, fue suficiente administrar itraconazol por vía oral, en dosis elevadas y durante un período mínimo de 3 meses. Resaltamos el rol de la prevención y el cuidado de las personas en su ámbito laboral para lo que se requiere reconocer su extrema importancia.

ID#184

NOCARDIOSIS PULMONAR A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Sandra Arroyo¹ | Gladys Carrasco²

Filiación: ¹ Hospital Italiano ² Fundación Favalaro

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La nocardiosis es una patología rara infecciosa oportunista, es causada por bacterias gram positivas de un género de actinomicetos conocido como *Nocardia*. El riesgo de infección por *Nocardia* aumenta en pacientes inmunocomprometidos, particularmente en aquellos con defectos en la inmunidad mediada por células, además de VIH con CD4 < 100 células/mm³, malignidad o tratamiento inmunosupresor. La enfermedad pulmonar crónica y el alcoholismo son factores de riesgo adicionales. La nocardiosis pulmonar es una enfermedad esporádica, sin prevalencia de raza o edad. Existe una relación hombre/mujer de 2-3 a 1. Su incidencia varía del 0 al 20% en pacientes inmunocomprometidos, pudiendo ser aguda, subaguda o crónica, dado que la principal vía de ingreso es a través de la inhalación de pequeñas partículas. No se distingue por ningún signo o síntoma específico; la clínica de la nocardiosis pulmonar es atípica. Los síntomas suelen incluir tos (seca o productiva), disnea, fiebre, dolor torácico, hemoptisis, sudoración nocturna, astenia y pérdida de peso, la especificidad de la imagen es baja. Los hallazgos imagenológicos abarcan los siguientes: enfermedad focal o difusa, con nódulos, consolidaciones y masas, en algunos casos cavitados y derrame pleural hasta en un tercio de los casos. y el diagnóstico depende de la evidencia patogénica. Caso clínico Paciente femenina 69 años, extabaquista 86 p/y, sedentaria, antecedente de EPOC en tratamiento con budesonide/formoterol x 4 y glicopirronio x 1 desde hace 10 años, una internación hace 2 años por exacerbación de EPOC en otro centro, con seguimiento por nódulos pulmonares en otra institución desde hace 4 años, su único síntoma Disnea MmRC2, acude de forma ambulatoria por control. Examen físico: Auscultación pulmonar: hipofonosis global leve sin ruidos agregados, saturación 96%, Extremidades: no edemas. Tac se detalla a continuación enfisema centroacinar biapical, múltiples dilataciones bronquiolares y bronquiales que comprometen principalmente los lóbulos su-

periores, principalmente al segmento lingular el cual presenta reducción de volumen. Opacidades centroacinares distales en vidrio esmerilado en los lóbulos superiores y en menor medida en los inferiores, de aspecto infeccioso/inflamatorio en relación a compromiso de la pequeña vía aérea. Se asocian a aisladas formaciones nodulares solidas en relación a proceso descripto, probablemente secuelares y en relación a la enfermedad de base, funcional respiratorio: FVC 2.45 (75%), VEF1 1.37 (54%), relación 76 (obstrucción moderada sin respuesta al BD) Se decide realizar FBC mas BAL donde se aislo *Nocardia* SPP sensible a TMS Recibio tratamiento por 6 meses con TMS. Discusión y Conclusiones: La infección por *Nocardia* es una enfermedad poco frecuente que afecta generalmente a pacientes inmunodeprimidos y con patología pulmonar previa como es el caso de la paciente que presentamos. Por la inespecificidad de sus síntomas y hallazgos radiológicos, puede ser en muchos casos de difícil diagnóstico y confundida con otros procesos más frecuentes como cáncer de pulmón o Tuberculosis, lo que provoca un retraso en su tratamiento. La asociación entre bronquiectasias y nocardiosis ha sido referida de forma ocasional en la literatura.

ID#187

CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Autores: Luis Gutiérrez¹ | Manuel Ibarrola¹ | Silvia Quadrelli¹

Filiación: ¹ Sanatorio Güemes

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: La criptococosis es una enfermedad micótica invasiva, oportunista, de distribución mundial, que se adquiere a través de la inhalación de tierra contaminada con levaduras encapsuladas *Cryptococcus neoformans* o *Cryptococcus gattii*. Los individuos inmunodeprimidos como son VIH/sida, trasplante de órganos o quimioterapias, son los grupos más vulnerables. Caso 1: Varón de 32 años de edad, HIV con baja adherencia a tratamiento antirretroviral. Consulta por presentar cuadro de 1 mes, caracterizado por tos productiva, esputo hemoptoico, cefalea bifrontal y registros subfebriles de 2 semanas de evolución. Tomografía de tórax: Múltiples imágenes consolidativas, la mayor en LID con broncograma aéreo, múltiples masas que confluyen en LID. Otras imágenes consolidativas LII. Baciloscopia: Neg y Herpes y varicela neg / PCR toxo: neg / HMCx2: neg / VDRL liq (-) con antígeno en sangre para *cryptococcus neoformans* título 1/64: positivo, mismo que se aisló en BAL y LCR. Caso 2: Mujer de 28 años de edad, sin antecedentes relevantes, consulta por presentar cefalea frontal tipo punzante, intensidad 9/10, irradiado a región occipital, que cede con analgésicos comunes asociado a nauseas y vómitos de contenido alimenticio en múltiples ocasiones asociado a pérdida de peso de 10 kg en los últimos 4 meses y sudoración nocturna. Tomografía tórax 23/10: imágenes de aumento de atenuación, en lóbulos superiores, patrón vidrio esmerilado, parcheadas, asociadas a imagen quística/cavitada en LID de aproximadamente 1 cm de diámetro, ELISA HIV positivo, (CD4 11; carga viral indetectable), se realiza PL que informa tinta china positiva para *Criptococo neoformans*, iniciándose tratamiento con Anfotericina B y fluconazol, con posterior hmc 1/2 positivo para levaduras y antigenemia para *criptococo* positiva. Caso 3: Varón de 35 años, con diagnóstico de HIV en 2019, consulta por cuadro clínico de 2 semanas de evolución caracterizado por registros febriles diarios de 39^ª, asociado a sudoración profusa y pérdida de peso de 6 kg aproximadamente. Tomografía de tórax con imágenes de aumento de atenuación, patrón predominante micronodulillar, localizado en segmento apical y posterior de LSD, además de segmento posterobasal de LID. PL: Aspecto incoloro, Hematías 260 Proteínas 249 glucosa 43 cloruro 128 Ácido láctico 1.66 PCR en líquido < 0.2. Tinta china para *criptococo* positivo). Además antígeno en sangre para *cryptococcus neoformans*. Resultados: Se describieron una serie de casos, que corresponden a dos varones y una mujer con diagnóstico de criptococosis pulmonar y meníngea, siendo la media de edad 31,6 años. El síntoma predominante fue la cefalea, pérdida de peso y en menor proporción tos, con un caso aislado de hemoptisis. Para destacar la presentación fotográfica,

con imágenes que van desde imágenes consolidativas, algunas cavitadas y otras con un patrón micronodular. Conclusión: Es importante reconocer a la criptococosis no solo como una entidad que afecta el sistema nervioso central, sino que el compromiso pulmonar por *C. neoformans* en pacientes con VIH puede estar subdiagnosticado o enmascarado por otras patologías pulmonares. Por tanto, se requiere de una alta sospecha clínica, además del empleo de herramientas diagnósticas útiles que permitan plantear como diagnóstico definitivo y de esta forma direccionar un oportuno y apropiado tratamiento.

ID#205

LEGIONELLA: REPORTE DE UN BROTE

Autores: *Andrea Carolina Agüero Turbati*¹ | María Pía Rocchia Novillo¹ | Damiana Inés Martínez¹ | Néilda Silvina Virginia Cáceres¹

Filiación: ¹ Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillan

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La Legionelosis es un importante problema de salud pública por su frecuente presentación en forma de brotes, tanto comunitarios como nosocomiales y su letalidad, especialmente en personas de edad avanzada o con comorbilidades. La enfermedad del legionario puede presentarse como brotes, luego de la exposición a una fuente común de infección, y se manifiesta como una neumonía con fiebre, tos, dolor torácico y dificultad respiratoria progresiva; síntomas que pueden empeorar rápidamente llevando a insuficiencia respiratoria, shock, daño multiorgánico y muerte. La tasa de mortalidad es del 10%, y en los casos asociados al cuidado de la salud del 25%. Caso clínico: El 29 de agosto de 2022 el Ministerio de salud de Tucumán notificó sobre la detección de casos de neumonía bilateral sin identificación etiológica, relacionados con un mismo centro de salud del sector privado, que involucraba personal de salud y pacientes. Se analizaron muestras en el Laboratorio de Salud Pública provincial para agentes respiratorios virales, bacterianos y micóticos, todas con resultados negativos. Ante la sospecha de brote de Legionella se dispuso el aislamiento preventivo de la institución. Hasta el 6 de septiembre se registraron, 22 casos probables, de los cuales 5 fueron asistidos en nuestro hospital por neumonía bilateral. Del total, 3 eran personal de salud y 2 pacientes de la clínica privada involucrada. El 80% era de sexo masculino. El rango de edad fue 30-81 años. El 100% presentaba al menos 1 factor de riesgo y/o comorbilidad. De los 5 internados, el 60% (3) requirió ARM. En cuanto a marcadores de laboratorio: el 80% presentó leucopenia con neutrofilia al momento del ingreso. Serología positiva para Legionella y antígeno urinario negativo en el 100% de los pacientes. Se realizó lavado broncoalveolar a todos siendo el 20% (1) positivo para Legionella. La mortalidad de los internados fue 40% (2). Mortalidad en la totalidad de pacientes del brote 27% (6) Discusión y Conclusiones: Las bacterias del género Legionella son integrantes naturales de la comunidad microbiana de agua dulce. Se encuentran en una gran variedad de ambientes acuáticos y en biofilms relacionados a ellos. Pueden sobrevivir en un amplio intervalo de condiciones físico-químicas. En Argentina existe poca información de la incidencia de Legionella; trabajos publicados sobre agentes etiológicos de neumonía adquirida en la comunidad describen pocos casos producidos por este patógeno, con una incidencia del 2%. Los estándares de calidad del agua destinada al consumo humano no consideran la potencial presencia de este microorganismo. Debido a la elevada mortalidad en este brote (27%), la vigilancia de Legionella en el agua de consumo humano representa el primer paso en el control de su propagación hacia huéspedes susceptibles.

ID#206

ABSCESO PULMONAR EN UN CENTRO RESPIRATORIO MONOVALENTE

Autores: *Astrid Caridad Vargas Ainagas*¹ | Heily Lizbeth Cruz Urcia¹ | Eileen Achig¹ | Yamila Martín¹ | Estela Martínez Segovia¹ | Bárbara Coco¹

Filiación: ¹ Hospital María Ferrer

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: El absceso pulmonar (AP) es una lesión pulmonar parenquimatosa cavitada única o múltiple. Su etiología, en la mayoría de los casos, es polimicrobiana entre bacterias anaerobias estrictas y anaerobias facultativas que colonizan la cavidad oral. El objetivo es describir características clínico-demográficas, comorbilidades, aislamientos microbiológicos y tratamiento realizado. Materiales y métodos: Retrospectivo descriptivo que incluyó adultos internados con diagnóstico de AP realizado por Tomografía (TC) de Tórax en un Hospital respiratorio monovalente, desde 1/2019 hasta 6/2023. Resultados: Se incluyeron 13 pacientes con una edad media de 43 años (23-59), 53% eran hombres. La localización más frecuente fue en lóbulo inferior izquierdo (69%) con un tamaño medio de 6,7 cm (3-14). Las antecedentes fueron: asma (5); neumonías a repetición(4); bronquiectasias (2); EPOC (2) y sin antecedentes (2). Todos presentaron esputo mucopurulento; 12 fiebre, disnea y toracodinia, y 3 tos hemoptoica. En 5 pacientes el rescate bacteriológico fue por cultivo de líquido por punción, en 4 fue por cultivo de esputo y en el resto no se obtuvo rescate. En 9 pacientes el aislamiento fue monomicrobiano; se aislaron *S. pneumoniae* (2), *K. pneumoniae* (2), *S. aureus* (1), *S. Viridans* (1), *S. Anginosus* (1), *S. Constellatus* (1), *E.coli* (1). En 9 pacientes se inició tratamiento (TTO) antibiótico (ATB) con Piperacilina-Tazobactam (PTZ), en 7 de estos se ajustó según sensibilidad, el resto inició TTO con Ampicilina-Sulbactam (AMS); la duración de TTO ATB fue de una media de 27 días (10-50). En 5 pacientes se realizó de manera temprana drenaje percutáneo (DP) guiado bajo TC, estos AP presentaban un tamaño mayor a 7 cm (7-14), en estos la media de TTO ATB fue de 31 días. De la población total, 5 presentaron mala evolución por lo que requirieron VATS con decorticación, la medida de estos AP fue ≥ 3 cm y ≤ 5 cm en 4 pacientes y 14 cm en el restante que no fue intervenido debido a patología de base, 3 de estos evolucionaron con shock séptico y 1 con neumotórax. La media de días de internación de pacientes que no se complicaron fue 11 días (10-12), los que requirieron DP 23, y los que se complicaron 28 días. Discusión: La incidencia de AP ha disminuido debido al TTO precoz, la prevención del riesgo de aspiración en pacientes críticos y mejor cuidado en la salud bucodental. Su formación se da por circunstancias que favorecen la aspiración. Los rescates bacteriológicos son de bajo rédito debido a su naturaleza etiológica, siendo la punción de líquido el método con mejor rentabilidad. Las complicaciones de los AP disminuyeron en el tiempo debido al TTO ATB temprano que puede ser monoterapia (AMS o clindamicina) o terapia combinada (fluoroquinolonas y AMS) con una duración de 3 a 4 semanas, siendo pocos los casos que requieren TTO quirúrgico: aquellos con mala evolución clínica, complicaciones asociadas, tamaño ≥ 3 cm o múltiples AP. Conclusión: Si bien nuestra población es pequeña, en ella se puede observar la importancia del tamaño para la elección del tratamiento.

ID#221

NEUMONÍA POR AEROMONAS, UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE

Autores: *Mariana Robles*¹ | Laura Rey¹ | Silvia Besignor¹ | Emiliano Bastidas¹ | Nicolás Casco¹ | Domingo Palmero¹

Filiación: ¹ Hospital Muñiz

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: El género *Aeromonas* spp. corresponde a un microorganismo ubicuo, se aísla en ambientes acuáticos, incluyendo ecosistemas marinos, agua dulce, efluentes hospitalarios, agua potable y en suelo. Las especies más importantes que producen infección en el hombre son: *A. complejo hydrophila*, *A. complejo caviae* y *A. complejo veronii* biotipo sobria. Caso clínico: Paciente de 43 años, habita en zona de inundación permanente en conurbano bonaerense. Como antecedentes personales: ex consumidor de drogas de abuso, tuberculosis pulmonar en 2010 con tratamiento completo, privación de la libertad (1999-2003) y hemotórax izquierdo traumático (2000). Presenta cuadro de diez días de evolución caracterizado por fiebre, pérdida de peso, epigastralgia y tos con expectoración purulenta. Examen físico: Lúcido, regular entrada de aire por hipoventilación generalizada. Abdomen doloroso. Se realiza tomografía de tórax: Extensa área

consolidativa asociada a cavidades de paredes gruesas en lóbulo superior y medio derecho, patrón en vidrio esmerilado y árbol en brote en lóbulo inferior derecho. Laboratorio: leucocitosis (glóbulos blancos 26 400), trombocitosis (552 000 plaquetas), eritrosedimentación elevada (47), hipoalbuminemia (albumina 3,4). Serología HIV no reactivo. Espudo con aislamiento de *Aeromonas punctata* (caviae) y *Enterobacter cloacae*. Realizó tratamiento antibiótico ajustado a sensibilidad con ciprofloxacina por 14 días y cefepime por 7 días con buena evolución clínica y radiológica. Discusión: Las infecciones del aparato respiratorio por *Aeromonas* son infrecuentes. La vía de transmisión de *Aeromonas* spp es a través de ingestión de alimentos contaminados, broncoaspiración en inundaciones, trauma y exposición a agua contaminada. Se asocia con mayor frecuencia a pacientes con cierto inmunocompromiso, en los cuales la vía de diseminación es bacteriémica principalmente. Es importante hacer énfasis en el hábitat del paciente, ya que este puede ser una herramienta fundamental a la hora de abordar el diagnóstico. Se hace evidente la necesidad de tener presente su búsqueda en el diagnóstico tanto clínico como microbiológico en pacientes adultos y con comorbilidades que los predisponen a adquirir la infección por esta bacteria. Dentro de las comorbilidades más frecuentes se encuentran neoplasias, diabetes y edad avanzada. Presenta una elevada mortalidad (en torno al 50%) en pacientes que presentan las neumonías por *Aeromonas* spp.

ID#226

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS ALOGÉNICAS 2017-2021

Autores: Karla Hernández Ruano¹ | Mónica Kierszenbaum¹ | Gabriel Borelli¹

Filiación: ¹ Hospital Maciel

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: Las infecciones respiratorias constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio causadas por diferentes microorganismos. Representan la complicación más frecuente y una de las principales causas de mortalidad en pacientes inmunodeprimidos. Este trabajo está centrado en el diagnóstico de las infecciones respiratorias y el rol de los diferentes métodos diagnósticos en pacientes trasplantados con células hematopoyéticas alogénicas (TCH). Este es un término general para una variedad de procedimientos en los que el paciente es tratado con quimioterapia y/o radiación, seguida de una infusión de células progenitoras hematopoyéticas. El presente estudio fue realizado en uno de los centros de experiencia para trasplante de células hematopoyéticas desde 1994, siendo Uruguay uno de los primeros países de Latinoamérica en incorporar el programa. Según las estadísticas del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos del 2016 a 2021 se realizaron un total de 572 trasplantes autólogos y 210 alogénicos a nivel nacional. Por centro de trasplante, el H. Maciel realizó 189 trasplantes autólogos y alogénicos. Objetivos: Estudiar la frecuencia, y rol de los diferentes métodos diagnósticos en las infecciones pulmonares de pacientes con trasplante de células hematopoyéticas alogénicas. Materiales y métodos: Estudio cohorte retrospectivo de 89 pacientes trasplantados hematopoyéticos alogénicos de los cuales se realizó el análisis del número total de eventos infecciosos. Población de estudio: Pacientes trasplantados con células hematopoyéticas alogénicas desde el día 0 al día 100 de seguimiento, mayores de 15 años, ambos sexos, en el período comprendido entre 2017-2021 en servicio de hemato oncología del Hospital Maciel (HM). Criterios de inclusión: Pacientes que cursaron evento infeccioso: pacientes trasplantados con células hematopoyéticas alogénicas con síntomas respiratorios más fiebre y/o infiltrados pulmonares en el periodo de estudio. Procesamiento de datos: Los datos fueron almacenados en una base de datos anonimizada que se elaboró en Microsoft Excel y posteriormente analizados en dicho programa. Resultados: Se obtuvieron 22% (n=20) de eventos infecciosos. La edad media de los pacientes fue de 35 ± 15,3 años. Predominaron los hombres 11 (57,8%). Las patologías previas la mayoría fueron Leucemia

mieloblástica aguda (LAM) 7 (36,8%), Leucemia linfoblástica aguda (LAL) 7 (36,8%). De las comorbilidades se encontró que 8 (42,1%) eran tabaquistas y un paciente diabético. La duración promedio de los días de neutropenia severa (< 500/ml) fue de 18 ± 8,08 días. El síntoma más frecuente fue la fiebre 16 (80%), luego la tos 8 (40%), expectoración mucosa o mucopurulenta 6 (30%), disnea 6 (30%), síndrome de impregnación viral (30%). De los estudios no invasivos, hemocultivos positivos 15% (3). PCR viral multiplex positivos (n=5) predominó rinovirus/enterovirus. Ningún caso de COVID positivo. PCR en sangre para CMV, positivos 8 (30%). Del Galactomanano (GM) en sangre 6 fueron positivos. Los estudios imagenológicos fueron 11 tomografías de tórax patológicas y 3 normales, de las radiografías de tórax, 5 fueron normales y 1 patológica. El patrón predominante fue el patrón nodular. De los estudios invasivos se realizaron solo 4 broncoscopias con lavado bronquioloalveolar (LBA), todas fueron realizadas después de los 5 días de inicio de los síntomas respiratorios y/o infecciosos. De los resultados microbiológicos, 2 pacientes tuvieron galactomanano positivo, y uno PCR positivo para CMV. Se aisló microorganismo en el 70% (14) de los eventos infecciosos, no se aisló en un 30% (6). La mayoría de los aislamientos fueron hongos en un 30% (6), luego virus respiratorios adquiridos en la comunidad 20% (4) en un 15% (3) de los pacientes presentaron etiología bacteriana, 1 paciente presentó carga viral de CMV, 1 paciente presentó coinfección en el mismo evento infeccioso con *enterococcus faecalis*/aspergillus. Con respecto al tratamiento la mayoría recibió tratamiento empírico desde primer episodio febril modificándose según aislamiento o persistencia de fiebre. La media de antibioticoterapia fue de 19 días, DE 8,46 días. Discusión y Conclusiones: Los pacientes trasplantados con células hematopoyéticas alogénicas están en un estado de inmunosupresión severa desde la etapa pretrasplante debido a los regímenes de acondicionamiento preparativo para suprimir la médula ósea, pudiendo llegar hasta el año cuando el sistema inmunitario adaptativo y celular se empiezan a recuperar, por lo que están predispuestos a las infecciones respiratorias en cualquier etapa del postrasplante. El diagnóstico es un desafío constante ya que pueden encontrarse múltiples microorganismos o coinfecciones, y además tener complicaciones no infecciosas (toxicidad pulmonar, vasculares, restrictivas) que pueden simular infecciones graves. En la mayoría de los pacientes inmunodeprimidos no se encuentra la causa etiológica, y la mayoría de los tratamientos son empíricos, por lo que es de importancia el rol de los diferentes métodos diagnósticos invasivos y no invasivos para poder encontrar la etiología específica, y así, tener un tratamiento dirigido, disminuyendo mortalidad y complicaciones causadas por el uso de los antibióticos prolongados. En el presente trabajo se encontró una baja frecuencia de síntomas respiratorios de gravedad que indicara una infección respiratoria, por lo que es trascendente un alto grado de sospecha clínica. La etiología más frecuente fue aspergilosis pulmonar invasiva. Fue baja la frecuencia de etiología bacteriana, pero los pacientes recibieron planes prolongados de antibióticos. No se aisló microorganismo responsable en un tercio de los pacientes a pesar de que se identificaron alteraciones en la Tomografía de tórax, y en la que se utilizaron métodos invasivos para diagnóstico, en un escaso porcentaje.

ID#257

ADECUADO RENDIMIENTO DE CHATGPT COMO ASISTENTE EN EL MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA GUARDIA

Autores: Alejandro Chirino¹ | Guillermo Cabral² | Stephen Furmanek³ | Thomas Chandler³ | Timothy Wiemken⁴ | Josue Prado³ | Julio Ramirez³

Filiación: ¹ Respira Salud. Clínica Integral, Mendoza, Argentina ² Hospital Rossi, La Plata, Argentina ³ Norton Infectious Diseases Institute, Norton Healthcare, Louisville, Estados Unidos ⁴ Department of Medicine, University of Louisville, Estados Unidos

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: El uso de grandes redes neuronales como modelos de lenguaje ampliado, disponibles al público ge-

neral, supone un desafío en cuanto a la utilidad, eficacia y sobre todo la seguridad, tanto en la educación como en la práctica médica. Diseñamos este estudio para evaluar el rendimiento potencial del uso de ChatGPT en la evaluación de casos de neumonía adquirida en la comunidad en la guardia. Materiales y métodos: Un grupo de expertos en infecciones respiratorias recreamos 10 casos ficticios de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) evaluados en la guardia. Los casos fueron evaluados y modificados para hacerlos lo más realistas posibles, incluyendo síntomas clave, historia médica, medicamentos utilizados, presentación clínica, estudios de laboratorio y hallazgos en imágenes pulmonares. Posteriormente los casos fueron presentados en idioma inglés, en chats separados, a ChatGPT versión 3,5 de accesibilidad gratuita. Se definió un "Prompt" general: "Actúe como un Médico de Medicina Interna o de Urgencias y proporcionar la evaluación, impresión diagnóstica, manejo y disposición del siguiente caso, responder de Médico a Médico, utilizando terminología médica. Haga preguntas si es necesario" De no contar con respuesta clara sobre el tipo de antibiótico sugerido o la marcha diagnóstica, se hicieron 2 preguntas adicionales: "¿Qué antibiótico recomendaría para tratamiento empírico en este caso?" y "¿Cuál sería la marcha diagnóstica para buscar la etiología en este caso?" (Ver Caso adjunto)- Las respuestas de ChatGPT fueron evaluadas individualmente por 3 expertos en infecciones pulmonares (ACH, GC y JR) graduando las respuestas utilizando una grilla de 1 a 10 puntos, definiendo 5 categorías: 1 a 2 Dañina (evaluación incorrecta y dañina para el paciente); 3 a. 4 Incorrecta; 5 a 6 Aceptable (al nivel de un estudiante de medicina) 7 a 8 Apropiaada (a nivel de un residente en formación) 9 a 10 Altamente apropiada (a nivel de un experto) (Tabla 1). Resultados: El promedio de respuestas para los 10 casos fue evaluado en 7,6 puntos (respuesta apropiada, a nivel de un médico residente en formación). No se identificó ninguna respuesta incorrecta o dañina en los 10 casos. En 2 casos ChatGPT "ignoró" un dato brindado correspondiente a resultados positivos de un panel viral, aunque dicha omisión no modificó la toma de una conducta correcta. Repreguntado específicamente sobre la omisión, brindó datos correctos. En un caso se identificó una respuesta que implicaba una posible "alucinación" en la cual asumió que la paciente había iniciado antibióticos en otro centro, aunque dicha respuesta no afectó la resolución del caso. Conclusion: ChatGPT 3,5 fue capaz de comprender y analizar en forma adecuada 10 casos ficticios y complejos de pacientes con NAC que son evaluados habitualmente en una guardia, a nivel de un médico residente en formación. No se identificó ninguna respuesta potencialmente dañina o incorrecta. Si bien hubo 2 omisiones y una posible alucinación, en las 3 respuestas la resolución del caso fue adecuada. Este estudio muestra una potencial utilidad de ChatGPT en asistir a médicos de urgencias la evaluación de pacientes que consultan con NAC. Además, representa un posible rol en la formación médica. Es necesario probar su utilidad en situaciones clínicas reales en el futuro.

ID#260

ACTINOMICOSIS, UNA ENFERMEDAD RARA Y POCO SOSPECHADA

Autores: *Deirdre Wendy Orosco Quiroga*¹ | Alejandra Berta González¹ | Mariano Hernán Fielli¹ | José Hanibal Parrado Serudo¹ | Johanna Alejandra González¹

Filiación: ¹ Hospital Nacional Alejandro Posadas

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La actinomicosis es una infección rara causada por la bacteria *Actinomyces* spp; es muy inespecífica y puede simular otras enfermedades infecciosas o malignas, lo que retrasa el diagnóstico. Describimos un caso de actinomicosis pulmonar, asociada a infección dental. Caso clínico: Paciente masculino de 17 años, con infección dental crónica sin tratamiento. Consulta por cuadro de 5 meses de toracodinia, fiebre, tos productiva y hemoptisis intermitente. Examen físico: sobreelevación en el hemitórax, edema y eritema de los molares inferiores. TC de tórax: en segmento anterior del LSI imagen densa sólida de bordes irregulares de 47x45 mm en contacto pleural; otra de tamaño similar en LSD en contacto mediastinal

que sugería topografía extrapulmonar. Ganglios mediastinales, algunos en rango adenomegálico. FBC: secreciones mucosas en lóbulo medio, donde se realizó el BAL y restos hemáticos provenientes del segmento apicoposterior. Se realizó una mediastinostomía y una punción guiada por TC con toma de biopsia y cultivos. Serologías virales negativas. Todos los cultivos fueron negativos. Las biopsias revelaron intenso proceso inflamatorio crónico activo, agregados bacterianos filamentosos radiados basófilos (gránulos de azufre) teñidos positivamente con Grocott, vinculable a Actinomicosis. Se realizó drenaje y curación de las piezas dentarias afectadas con toma de biopsia, la cual fue compatible con queratoquiste odontogénico. TC cervicofacial mostró una lesión en mandíbula derecha con expansión ósea y afección cortical, asociada a lesión de partes blandas. Cumplió 6 meses de antibiótico con TC de tórax control normal. Discusión y Conclusiones: La actinomicosis es una infección rara, para causar la enfermedad requiere la ruptura de la mucosa y la ayuda de otras bacterias, por lo que la infección suele ser polimicrobiana. Los factores de riesgo son la mala higiene bucal, caries, DBT, terapia inmunosupresora, VIH y alcoholismo. La presentación es muy inespecífica, la más común es la cervicofacial; la pulmonar que puede ser secundaria a aspiración de secreciones o a diseminación de una infección cervicofacial. Un rasgo común es la formación de abscesos y fístulas con secreción granulomatosa purulenta. Es muy invasiva y no respeta planos profundos; puede simular tumores malignos dificultando el diagnóstico. El diagnóstico definitivo es el cultivo. La histología muestra inflamación con gránulos de azufre. El tratamiento para casos leves es penicilina o amoxicilina VO. En casos severos iniciar con penicilina o ceftriaxona EV durante 4-6 semanas y continuar por VO. Se recomienda 6-12 meses de tratamiento, 18 meses en formas diseminadas. El manejo quirúrgico se justifica en casos más complicados. En conclusión, la actinomicosis es una enfermedad crónica, rara, muy invasiva; puede simular otras infecciones y tumores malignos. El diagnóstico es difícil y se necesitan muestras de tejido para cultivo o histología. Es importante tenerla en cuenta para brindar un tratamiento oportuno y evitar su extensión.

ID#261

DIAGNÓSTICO TARDÍO EN UN PACIENTE CON PARACOCIDIOIDOMICOSIS

Autores: *Lucía Fernández Siri*¹ | Jesús Augusto Padilla Rodríguez² | Lucrecia García¹ | Juliana Opel¹ | Milagros Burga Ponce¹ | Jhon Brandon Arnez Flores² | Juan Martín Kergaravat²

Filiación: Hospital San Juan de Dios de la Plata

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La paracoccidioidomicosis es una enfermedad fúngica sistémica, restringida a Latinoamérica con mayor incidencia en América del Sur, causada principalmente por *Paracoccidioides brasiliensis*, y se adquiere principalmente por la inhalación de esporas presentes en el suelo. Actualmente se divide según su tiempo de evolución en aguda, subaguda o crónica. Existe un promedio de 46,6 casos por año, mayormente reportados en el noreste argentino. Caso clínico: Enfermedad actual: paciente masculino de 34 años de edad con disnea progresiva mMRC4, tos con expectoración y síndrome de repercusión general. Antecedentes de enfermedad actual: disnea y tos de un año de evolución que motiva la consulta en otro centro de salud donde interpretan su cuadro como tuberculosis pulmonar e inician tratamiento antifúngico empírico, el paciente lo cumple de forma errática durante 6 meses. Antecedentes personales: tabaquista (21p/y) y abuso de alcohol. Examen físico: adelgazado, sin lesiones en piel y mucosas, taquipneico, con utilización de músculos respiratorios accesorios, regular entrada de aire bilateral, roncus y rales gruesos en campo pulmonar izquierdo con soplo tubario en tercio superior derecho. Exámenes complementarios: TC de tórax: árbol en brote en LSD con múltiples bronquiectasias bilaterales y cavidades de paredes gruesas en lóbulo superior izquierdo y segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. Serología para HIV, VDRL, HBV y HCV: negativas. Baciloscopias de esputo x3 y cultivo para TB: negativos Cultivo de esputo micológico: positivo para *paracoccidioides brasiliensis*.

Serologías de paracoccidioidomicosis: reacción de identidad frente a antígenos de referencia, positiva para paracoccidioides brasiliensis. Una vez descartado el diagnóstico tuberculosis, se decide suspender tratamiento antifúngico y se inicia Itraconazol 200mg / día. Debido a mala mecánica ventilatoria es derivado al servicio de terapia intensiva donde recibe ARM y tratamiento con anfotericina B liposomal, interpretándose el cuadro como una micosis diseminada, motivo por el cual el paciente fallece transcurrido 30 días. Conclusión y Discusión: Consideramos este caso relevante debido a que como producto de su baja prevalencia es necesario considerar su diagnóstico en pacientes como el descrito. Es importante destacar que una detección temprana y el tratamiento oportuno permitirá reducir la morbimortalidad asociada a esta enfermedad.

ID#262

NEUMONÍA POR VARICELA EN UN ADULTO INMUNOCOMPETENTE

Autores: Adriana Salas Florez¹ | Carolina Baroni¹ | Mariano E. Mazzei¹

Filiación: ¹ Hospital de Clínicas José de San Martín

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: La neumonía por el virus de la varicela zoster (VZV) se presenta de 1 a 6 días después del comienzo del rash y está asociada a disnea, tos, fiebre, ocasionalmente dolor pleurítico y hemoptisis. Embarazo, fumadores, inmunocomprometidos, sexo masculino, edad avanzada y tener enfermedad pulmonar crónica son los principales factores de riesgo. Los cambios radiológicos van desde infiltrado intersticial bilateral con nódulos de 2 a 10 mm a predominio basal o región perihiliar, patrón alveolar y está discutida su evolución hacia la neumonía intersticial usual. El diagnóstico habitual se realiza por criterios clínicoradiológicos en el curso de la varicela, siendo la serología, el cultivo, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y el frotis de Tzanck pruebas confirmatorias. El tratamiento de elección es Aciclovir endovenoso y se debe considerar los corticoides en pacientes graves. Caso clínico: Varón de 45 años consultó por tos y expectoración blanquecina. Tenía diagnóstico de varicela reciente por contacto con familiar que presentaba zoster cutáneo. Presentaba fiebre y lesiones en piel características. Al momento del diagnóstico presentaba radiografía de tórax normal. Evolucionó con empeoramiento de los síntomas respiratorios a las 48 horas por lo que volvió a consultar, al examen físico presentó: SatO₂ 89% al 0,21, estertores crepitantes en bases pulmonares, sin signos de dificultad respiratoria, la analítica mostró: pH de 7,45, pO₂: 54,6 mmHg, pCO₂ de 30 mmHg, HCO₃⁻: 21 mEq/l, LDH 1300 U/l, sin leucocitosis. La nueva radiografía de tórax mostraba infiltrados alveolointersticiales a predominio de los campos medios e inferiores, se observaba mayor compromiso pulmonar en la TACAR de Tórax con infiltrados en vidrio esmerilado y líneas intersticiales en ambos campos pulmonares, tanto centrales como periféricos, de vértices a base. Se trató con Aciclovir endovenoso, con buena respuesta y fue extirpado al sexto día de internación. Discusión y Conclusiones: La neumonía por VZV en adultos representan entre el 1% y el 5% de todas las varicelas reportadas, en este contexto, entre el 5 y el 50% de los casos pueden complicarse con neumonía, puede presentarse en individuos inmunocomprometidos e inmunocompetentes y progresar rápidamente a insuficiencia respiratoria. Se debe realizar radiografía de tórax a todo adulto con varicela, debido a la gran disociación clínicoradiológica. Si bien es más común la aparición de síntomas respiratorios luego de rash, estos pueden precederle en 24 horas. En el curso de la varicela en adulto se considera que la neumonía es la causa principal causa muerte, aunque no existen ensayos controlados que demuestren la eficacia del Aciclovir en la neumonía por el VZV, esta terapia se ha utilizado con cierto éxito en la mayoría de casos reportados.

ID#279

NÓDULO PULMONAR EN TABAQUISTA

Autores: Osvaldo Segurondo Tudela¹ | Juan Pérez Ávila² | Ricardo Alfonso Luengo² | Marcos Elias¹

Filiación: Clínica Privada Vélez Sarsfield. Córdoba Capital, Sede Centro

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Masculino de 58 años. Asintomático respiratorio. Sin APP relevantes ni Medicación. Tabaquista de 40 p/año. Nació y vivió en Monte Grande, Provincia de BS. As. hasta los 43 años. Lo actual: reside hace 15 años en Traslasierra. Provincia de Córdoba. Casado sin hijos. Trabajador en arenadora (en total 10 años), tareas rurales, transporte de cereales y mantenimiento de complejo de cabañas. EF: Peso 72 kg. Altura 174 cm. Tórax simétrico. Fr 16, MV escasos crepitantes en base derecha. Por chequeo, se realizó Rx y TC de tórax: Nódulo pulmón en Lóbulo Inferior Derecho (LID) con calcificaciones de 20 x 13 mm. PET CT: Ausencia de anomalías metabólicas a nivel de parénquima pulmonar. Enfisema centrolobulillar bilateral, infiltrado en árbol en brote en árbol en brote en LSD sin consumo patológico de FDG. múltiples adenopatías mediastino hipermetabólicas (SUV máx. 6.29). Se realiza Nodulescopia pulmonar en LID + linfadenectomía mediastinal. Anatomía patológica: Ganglio mediastinal: reemplazo de su tejido linfoide por numerosos histiocitos de aspecto epitelioides dispuestos en patrón difuso. Se aprecian sectores de fibrosis y la presencia de estructuras pseudogranulomatosas, con material eosinófilo amorfo a nivel central. Algunos histiocitos presentan pigmento antracótico y se aprecian focos de hemorragia reciente y antigua. Nódulo pulmonar: Lesión nodular constituida por tejido necrótico extensamente calcificado en el cual se identifican estructuras esferuloides, aisladas, agrupadas de aspecto micótico, vinculable a Coccidioidomicosis. Rodea dicha lesión parénquima pulmonar en el cual se advierten histiocitos, congestión y hemorragia. Nódulo pleural visceral: Los cortes muestran formaciones nodulares constituidas por tejido esclerohialino denso rodeado de infiltrados inflamatorio mononuclear, advirtiéndose algunos fibroblastos reactivos. Diagnóstico: Coccidioidomicosis por lesión histopatológica de pieza quirúrgica. Epidemiología positiva lugar de residencia y ambiente laboral. Linfadenitis con granulomas de tipo Silicótico vinculable a su trabajo de enarenador por 10 años. Recibió Fluconazol con buena respuesta clínica. Comentarios: La coccidioidomicosis es una micosis endémica cuyo microorganismo se multiplica en suelos secos, arenosos o arcillosos, alcalinos y con vegetación xerófila, es más frecuente en el sexo masculino, se presenta en forma asintomática hasta en el 60% de los infectados que puede evolucionar sin dejar secuelas detectables o bien generar fibrosis o producir nódulo pulmonar que puede incluir áreas calcificadas. Los nódulos calcificados pulmonares o ganglionares son parecidos a los ocasionados por la histoplasmosis, tuberculosis, y la silicosis con la cual coexisten en este caso.

ID#283

NEUMONÍA CAVITADA POR RHODOCOCCLUS HOAGII

Autores: José Anibal Parrado Serrudo¹

Filiación: ¹ Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Buenos Aires

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Introducción: El Rhodococcus es un coco bacilo gram (+), del género actinomicetosnocardiformes, patógeno oportunista. Se transmite por ingestión, inhalación de partículas, inoculación de mucosas. Afecta en un 20% a inmuno competentes y un 80% en inmunodeprimidos, presentando neumonías simples o cavitadas. Se presenta un caso de neumonía cavitada por Rhodococcus el cual fue de difícil diagnóstico y tratamiento. Caso clínico: Paciente masculino de 48 años con antecedentes de TBC Pulmonar el 2012, Criptococosis meningea el 2017, HIV desde el 2017, abandonó tratamiento el 2019. Presentó cuadro que comienza dos semanas previas con tos productiva, pérdida de peso, sudoración nocturna. Examen físico: muguet oral, lesiones descamativas en tronco y extremidades, adenopatías axilares e inguinales. Laboratorio: leucocitos 4000 /mm³, CD4: 3% (20 cel/mm³). TC de tórax: Infiltrado micronodular centro lobulillar, patrón en árbol en brote, imágenes cavitadas en lingula y lóbulo inferior izquierdo, consolidación con áreas con broncograma aéreo en lóbulo inferior izquierdo. Inició tratamiento con AMS y claritromicina a foco respiratorio y fluconazol por muguetoral. Hemocultivos, esputo y ZN negativos. Se realiza

BAL, con aislamiento de *Rhodococcus Hoagii* (Rto: 10000-100000 UFC/ml), se rota tratamiento antibiótico aciprofloxacina, claritromicina y meropenem. Evolucionan con registros febriles diarios (Día 23) se realizan, nuevos cultivos: sin aislamiento. TC de tórax (comparado con la previa) mayor cavilación a nivel del segmento superior de LII y lingula. Se realizó esputo (Día 36) que aísla *Rhodococcus Hoagii* (rto: 1000 UFC/ml), por persistencia del mismo germen, se rota esquema antibiótico, iniciando vancomicina, levofloxacina y antifúngicos, (tratamiento prolongado), posterior a esto paciente evoluciona afebril, con mejoría clínica. TC de tórax de control, con mejoría respecto a estudios previos. Paciente es dado de alta (Día 65), continuando en tratamiento con levofloxacina y antifúngicos (RHZE), se reinicia tratamiento TARV. Discusión: Esta entidad es de difícil diagnóstico, por ser poco frecuente, y de baja sospecha. El diagnóstico se realiza mediante estudio microbiológico de muestras de esputo o BAL, con pruebas de sensibilidad. No existe tratamiento estándar, suele ser resistente a los betalactámicos, y por lo general sensible a macrólidos, rifampicina, fluoroquinolonas, aminoglucósidos, carbapenem y vancomicina. Se recomienda un tratamiento combinado que incluya tres fármacos de los cuales uno tenga actividad intracelular como rifampicina o macrólidos. La duración del tratamiento en neumonía no complicada es de 10 a 14 días, en inmunodeprimidos con lesiones pulmonares cavitadas soafección del SNC puede prolongarse por varios meses. El estado inmunológico es el determinante del éxito de la terapia. Conclusión: Es importante sospechar esta entidad, realizar un diagnóstico oportuno y precoz, optar por un tratamiento combinado el cual se prolongará en caso de ser una neumonía cavitada, realizar seguimiento clínico y radiológico

ID#287**LINFOMA T CON COMPROMISO PULMONAR ENDOBRONQUIAL ASOCIADO A INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS EN PACIENTE VIH**

Autores: Ayelén Fernández¹ | Daniel Aimone¹ | Nicolás Lanfranco¹ | Julián Mereles¹ | Marilyn Cavallin² | Lautaro Sardú¹

Filiación: ¹ Hospital El Cruce, Florencio Varela ² Unidad Sanitaria N8, Municipalidad de Berazategui

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de infección por VIH estadio C3, diagnosticado en 2003, con abandono de medicación hace 5 años y reinició hace 7 meses con carga viral 48 960 copias y CD4 33 cel/cm3 3% y co-infección con virus Hepatitis C. Consulta por tos con expectoración y fiebre Tacar de tórax: múltiples nódulos de distribución al azar, asociadas a consolidaciones en LSI, LSD y LM. Imágenes poli-poides endobronquiales a nivel de tercio inferior de traquea y bronquios fuentes der e izq. Imágenes ganglionares en rango no adenomegálico. Presenta al examen físico lesión exofítica ulcerada de 25 cm x 40 cm en región posterior de hemitórax derecho, asociada a múltiples lesiones sobre elevadas de 1 a 3 cm en abdomen, región anterior de tórax y ambos miembros superiores. Se toma biopsia quirúrgica de la lesión mayor. Se realiza Directo y cultivo de esputo con resultado BAAR ++ (luego cultivo + para M. tuberculosis) y se inicia tratamiento con RHZE el 12/7/22 mejorando las lesiones cutáneas menores reduciendo su volumen, persistiendo la masa dorsal. 27/07/22 Se recibe biopsia cuadro histológico de compromiso cutáneo por linfoma. Inmunohistoquímica: CD30 + CD5 negativo, CD4 positivo, CD3 positivo. ALK: no reactivo. Perfil de IHQ sugiere Linfoma de células T. el 11/8/22, luego de 1 mes de tratamiento para TBC se realiza FBC, donde se observan lesiones endobronquiales, con reducción del tamaño en relación a TAC, se realiza biopsia de lesiones blanquecinas exofíticas a nivel de tercio inferior de tráquea, que informa mucosa bronquial con abundantes elementos linfohistiocitarios dispuestos de manera difusa sobre un estroma discretamente edematoso. Se envía BAL a citometría de flujo: Neutrófilos 45%. 50% de linfocitos T CD3+ compatibles con linfocitos T maduros patológicos. (7,7% de linfocitos T con fenotipo conservado). Bacteriológico del BAL negativo (directo y cultivo de GC, TBC, micológico y BAAR -). Se realizó CMF en LCR con resultado + para compromiso de SNC por linfoma T. 03/11/22

inicia tratamiento QT con CHOEP- ADMTX, continuando con terapia tuberculostática, cumpliendo 6 ciclos con múltiples complicaciones infecciosas y hematológicas, requiriendo en 1 internación ARM en el contexto de neutropenia profunda febril con neumonía, evolucionando favorablemente. 15/08/23 presenta resolución completa de las lesiones cutáneas, TAC lesiones fibrocatrizales en LSD y LM, Se decide suspender tratamiento para TBC. Discusión: La replicación vírica constante en los órganos linfoides producida por la infección por VIH, se traduce finalmente en una alteración de la inmunidad celular lo suficientemente grave como para posibilitar el desarrollo de infecciones oportunistas y/o tumores, que definen la situación de SIDA. El Linfoma no Hodgkin de células B es una de las enfermedades marcadoras de SIDA más frecuentes. Aunque los linfomas de células T, son infrecuentes, se observan más a menudo en pacientes HIV que en inmunocompetentes. Los linfomas de células T CD30 +, en general tienen mejor pronóstico que los CD30-. La infección por tuberculosis es una causa importante de morbimortalidad en pacientes VIH. Los linfomas de células T pueden afectar el parénquima pulmonar y el mediastino hasta en la mitad de los casos, siendo rara la afectación endobronquial. Presentamos este paciente con antecedentes de VIH en estadio C3 (SIDA) y co-infección con Hepatitis C no tratada, con diagnóstico simultáneo de tuberculosis pulmonar y linfoma T cutáneo con compromiso sistémico, compromiso endobronquial, que evolucionó favorablemente con tratamiento antituberculoso y quimioterapia con esquema CHOEP + ADMTX, evolucionando con la curación de ambas enfermedades

ID#288**LINFOMA T CON COMPROMISO PULMONAR ASOCIADO A INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS EN PACIENTE VIH**

Autores: Ayelén Fernández¹ | Daniel Aimone¹ | Nicolás Lanfranco¹ | Julián Mereles¹ | Marilyn Cavallin² | Lautaro Sardú¹ | María De Los Ángeles Zorrilla¹

Filiación: ¹ Hospital El Cruce, Florencio Varela ² Unidad Sanitaria N8, Municipalidad de Berazategui

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades infecciosas

Resumen: Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de infección por VIH estadio C3, diagnosticado en 2003, con abandono de medicación hace 5 años y reinició hace 7 meses con carga viral 48960 copias y CD4 33 cel/cm3 3% y co-infección con virus Hepatitis C. Consulta por tos con expectoración y fiebre Tacar de tórax: múltiples nódulos de distribución al azar, asociadas a consolidaciones en LSI, LSD y LM. Imágenes poli-poides endobronquiales a nivel de tercio inferior de traquea y bronquios fuentes der. e izq. Imágenes ganglionares en rango no adenomegálico. Presenta al examen físico lesión exofítica ulcerada de 25 cm x 40 cm en región posterior de hemitórax derecho, asociada a múltiples lesiones sobre elevadas de 1 a 3 cm en abdomen, región anterior de tórax y ambos miembros superiores. Se toma biopsia quirúrgica de la lesión mayor. Se realiza Directo y cultivo de esputo con resultado BAAR ++ (luego cultivo + para M. tuberculosis) y se inicia tratamiento con RHZE el 12/7/22 mejorando las lesiones cutáneas menores reduciendo su volumen, persistiendo la masa dorsal. 27/07/22 Se recibe biopsia cuadro histológico de compromiso cutáneo por linfoma. Inmunohistoquímica: CD30 + CD5 negativo, CD4 positivo, CD3 positivo. ALK: no reactivo. Perfil de IHQ sugiere Linfoma de células T. el 11/8/22, luego de 1 mes de tratamiento para TBC se realiza FBC, donde se observan lesiones endobronquiales, con reducción del tamaño en relación a TAC, se realiza biopsia de lesiones blanquecinas exofíticas a nivel de tercio inferior de tráquea, que informa mucosa bronquial con abundantes elementos linfohistiocitarios dispuestos de manera difusa sobre un estroma discretamente edematoso. se envía BAL a citometría de flujo: Neutrófilos 45%. 50% de linfocitos T CD3+ compatibles con linfocitos T maduros patológicos. (7,7% de linfocitos T con fenotipo conservado). Bacteriológico del BAL negativo (directo y cultivo de GC, TBC, micológico y BAAR -). Se realizó CMF en LCR con resultado + para compromiso de SNC por linfoma T. 03/11/22 inicia tratamiento QT con CHOEP- ADMTX, continuando con terapia tuberculostática, cumpliendo 6 ciclos con

múltiples complicaciones infecciosas y hematológicas, requiriendo en 1 internación ARM en el contexto de neutropenia profunda febril con neumonía, evolucionando favorablemente. 15/08/23 presenta resolución completa de las lesiones cutáneas, TAC lesiones fibrocatrízales en LSD y LM. Se decide suspender tratamiento para TBC. Discusión: La replicación vírica constante en los órganos linfoides producida por la infección por VIH, se traduce finalmente en una alteración de la inmunidad celular lo suficientemente grave como para posibilitar el desarrollo de infecciones oportunistas y/o tumores, que definen la situación de SIDA. El Linfoma no Hodgkin de células B es una de las enfermedades marcadoras de SIDA más frecuentes. Aunque los linfomas de células T, son infrecuentes, se observan más a menudo en pacientes HIV que en inmunocompetentes. Los linfomas de células T CD30+, en general tienen mejor pronóstico que los CD30-. La infección por tuberculosis es una causa importante de morbimortalidad en pacientes VIH. Los linfomas de células T pueden afectar el parénquima pulmonar y el mediastino hasta en la mitad de los casos, siendo rara la afectación endobronquial. Presentamos este paciente con antecedentes de VIH en estadio C3 (SIDA) y co-infección con Hepatitis C no tratada, con diagnóstico simultáneo de tuberculosis pulmonar y linfoma T cutáneo con compromiso sistémico, compromiso endobronquial, que evolucionó favorablemente con tratamiento antituberculoso y quimioterapia con esquema CHOEP + ADMTX, evolucionando con la curación de ambas enfermedades.

ENFERMEDADES INTERSTICIALES

ID#42

ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA: SEGUIMIENTO DE COHORTE RAMSES A 12 AÑOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autores: Pablo Szwarcstein¹ | Martín Pascansky¹ | Fabiana Montoya²

Filiación: ¹ Unidad Neumotisiología Hospital Ramos Mejía Caba ² División Reumatología Hospital Ramos Mejía. CABA

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La esclerosis sistémica progresiva (SS) es una enfermedad del tejido conectivo asociada con alta morbimortalidad que requiere seguimiento multidisciplinario a causa de la afección multisistémica. Desde el advenimiento del tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, el compromiso pulmonar ha pasado a ser la primera causa de mortalidad en esclerodermia seguida por las causas cardiológicas. Existe poca información de seguimiento a largo plazo en nuestro país. Objetivos: Determinar las características demográficas de una cohorte de pacientes con SS seguidos por 12 años en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, considerando la forma de presentación clínica, extensión y progresión pulmonar, presencia de hipertensión pulmonar, tratamiento y sobrevida. Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de una cohorte de pacientes con SS atendidos en el Hospital Ramos Mejía desde 2011 hasta la actualidad. Se realizaron pruebas funcionales, tomografía de alta resolución de tórax (HRCT), seguimiento clínico y examen físico. Se evaluó cualitativamente la extensión del compromiso pulmonar por HRCT y progresión funcional por espirometría y DLCO. Los pacientes fueron seguidos cada 3 meses. Se utilizó estadística convencional. Resultados: Desde el año 2011 al 2019 ingresaron 243 pacientes a seguimiento. Entre los años 2020 al 2023, 56 (total 299 pacientes). La mediana de edad fue 53 años (RIQ25-75% 44-62,75). El 93,98% eran mujeres. 206 pacientes presentaron forma limitada de SS 89,9% (n=206) y 31% (n=93) formas difusas. Tuvieron hipertensión pulmonar 13%. Funcionalmente, la mediana de FVC fue 2,55 L (RIQ 2,12-3,03), 88%pred. (RIQ 73-110), FEV1/FVC 0,85 (RIQ 80-95), DLCOcorr18,05 ml/min/mmHg (RIQ 14,1-21,36), DLCO 77,5%pred. (RIQ 60-102). El 40% tuvo patología intersticial. Las formas EPI en HRCT fueron: normal 35,8%, NSIP 33,7%, UIP 7% y enfisema 3,3%. La extensión tomográfica de los que tenían patología intersticial fue limitada en 51,2% y extensa en el resto. La progresión fue definida en 63 pacientes (21%). La mortalidad global fue de 5,34%. La mortalidad asociada a EPI

fue de 77% de la global. Los pacientes que recibieron tratamiento inmunosupresor fueron 65 (21,9% de la cohorte RAMSES), de los cuales 52 (80%) fueron tratados inicialmente con ciclofosfamida, micofenolato 11 (17%) y azatioprina 2 (3%). Conclusiones: Este estudio de la cohorte RAMSES de 299 pacientes con SS, ha demostrado un alto porcentaje con compromiso pulmonar que resulta en alto impacto en la mortalidad. El compromiso funcional es moderado y tomográficamente se observó en 2/3 de los pacientes alteración tomográfica. El tratamiento inmunosupresor fue indicado en menos de la cuarta parte de los pacientes. Este estudio demuestra la importancia del screening de EPI en SS y el abordaje multidisciplinario de esta patología. Se destaca el seguimiento a 12 años de una cohorte con importante número de pacientes con SS. Queremos remarcar el impacto de la pandemia sobre el seguimiento de estos pacientes que generó discontinuación de tratamientos

ID#50

SÍNDROME DEL PULMÓN ENCOGIDO (SHRINKING LUNG SYNDROME) ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autores: *Isabella Perrone*¹ | Lorena Buffarini¹ | Mariela Serrano¹ | Marina Micelli² | Pablo Szwarcstein¹ | Martín Sivori¹

Filiación: ¹ Unidad Neumotisiología, Centro Universitario de Neumonología, Fac. Medicina UBA ² División Reumatología, Hospital Ramos Mejía, CABA

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: El síndrome de pulmón encogido (SPE) es una manifestación rara y poco conocida del lupus eritematoso sistémico (LES). Se caracteriza por disnea progresiva, usualmente acompañada por dolor pleurítico, elevación diafragmática y un defecto ventilatorio restrictivo, sin alteración parenquimatosa. Es una presentación infrecuente y con pocos reportes en Argentina. Objetivo: Describir las características demográficas, manifestaciones clínicas, funcionales e imagenológicas, tratamiento recibido de una cohorte de pacientes diagnosticados con SPE. Material y Métodos: Se examinaron las historias clínicas de una cohorte de pacientes seguidos prospectivamente entre 2007 al 2023 conjuntamente de los Servicios de Reumatología y Neumotisiología con LES. Resultados: De 107 pacientes diagnosticados con LES, se halló 11 pacientes con SPE (10,28%), de los cuales 81,81% fueron mujeres y 18,18% varones. La mediana de edad fue 30 años (RIQ 25-75% 25,5-41,5). Presentaron disnea 72%, dolor pleurítico 36%, y asintomáticos 27,27% al momento del diagnóstico. Funcionalmente presentaron VEF1/FVC mediana 86% (RIQ 82-90), FVC 61% mediana (RIQ 38,5-71), DLCO mediana 65%(RIQ 48-69) y DLCO/VA mediana 95% (RIQ 89-106). Se observó en la tomografía de tórax de alta resolución, elevación de diafragma (27,27%) y atelectasias (54,54%), entre los más frecuentes. Recibieron tratamiento con corticoides sistémicos (100%), metotrexate (36%), micofenolato (27,27%), hidroxicloroquina (27,27%) y aziatropina (18,18%). Conclusiones: La prevalencia de SPE fue 10,28%, más alta que el promedio reportado en otras series de casos de LES. La disnea fue el síntoma principal de consulta. Los pacientes presentaron funcionalmente restricción moderada y leve caída de la DLCO. El tratamiento inmunosupresor fue indicado en todos los pacientes especialmente con corticoides sistémicos asociados en casi todos a otros inmunosupresores.

ID#59

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) EN MONTEVIDEO

Autores: *Martha Inés Rodríguez*¹ | Verónica Torres² | Agustina Torres³ | Santiago Weiner³ | Gabriel Suárez³ | Mariela Casal³

Filiación: ¹ Asistente Cátedra de Neumología. Facultad de Medicina. Univ.de la Republica ² Prof.Dr Clínica Médica 3. Neumólogo. Facultad de Medicina. Univ.de la Republica. ³ Centro de Atención Neumología. Médica Uruguaya. Montevideo

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: I. Introducción y objetivo. Las EPID son un grupo heterogéneo de patologías que resultan desafiantes en la práctica clínica. No contamos con un registro en Uruguay, lo cual sería importante para mejorar la calidad asistencial. Objetivo: caracterizar la población asistida en una consulta ambulatoria de EPID y valorar en el seguimiento criterios de progresión. II. Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes con diagnóstico de EPID en seguimiento en una clínica especializada de Montevideo durante el período 2018-2022. Se analizaron variables clínicas, funcionales, tomografía de tórax, aspectos terapéuticos, criterios de progresión y complicaciones durante el seguimiento. III. Resultados. Se incluyeron n=101. Mujeres n=52, edad media 66 años (rango: 26 -93). Exposición a tabaco: 57%. Etiologías más frecuentes: Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI): 27%, EPI asociada a enfermedad autoinmune sistémica (EPI-EAS): 26% (artritis reumatoidea n=11, esclerosis sistémica n=7, otras =8), Intersticial Pneumonia autoimmune features (IPAF): 5%, neumonitis por hipersensibilidad (NH): 5%, sarcoidosis con EPI: 5%, "working diagnosis": 21%, linfangioleiomiomatosis n=2, Fibroelastosis pulmonar n=1. Valoración inicial: 57% manifestaban disnea ≥ 2 mMRC. Función pulmonar al diagnóstico: CVF (%predicto): 75 ± 21 (media \pm SD), y DLCO (%predicto): 59 ± 21 (media \pm SD). Test de marcha 6 minutos: 32/65 pacientes tuvieron desaturación significativa. Hipertensión Pulmonar en 28%. Patrones tomográficos- Neumonía Intersticial Usual (NIU) definida o probable: 50%, Neumonía Intersticial No Específica (NINE): 27%, patrón indeterminado: 5%, patrón micronodular: 5%, quísticas: 2%. Cumplieron criterios de fibrosis pulmonar progresiva excluyendo FPI (Guía ATS/ERS/JRS/ALAT 2022): 27/74 (36%), siendo las etiologías: EPI-EAS n=12, "working diagnosis" n=7, NH n=2, IPAF n=2, otras n=4. Presentaron progresión el 50% de los pacientes con patrón de NIU- No FPI y 30% de aquellos con patrón de NINE. Durante el seguimiento 20% fueron hospitalizados por exacerbación de su EPI; se diagnosticó cáncer de pulmón en 4%. Cursaron COVID-19 22/88 pacientes (45% agudizó sus síntomas). Se registraron 32/101 fallecidos, 30% de los cuales tenían FPI. Aspectos terapéuticos: recibieron antifibróticos 25%, inmunosupresores 55% (micofenolato n=31, azatioprina n=9, rituximab n=6, tocilizumab n=2,). Indicación de trasplante pulmonar n=5. IV. Discusión y Conclusiones: La distribución de las etiologías fue similar a otras series destacándose un número importante de "working diagnosis". A pesar de que la mayoría de los pacientes inicialmente tuvo compromiso leve de la función pulmonar, la mayoría presentó criterios de progresión. Por todo lo anterior, es fundamental en el manejo de estos pacientes valorar en forma reiterada criterios diagnósticos y de progresión para no perder oportunidades terapéuticas.

ID#69

LAS MÚLTIPLES CARAS DE UNA MISMA PATOLOGÍA: HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Autores: Ramiro Mangione¹ | Javier Abdala¹ | Yasmín Riveros¹ | Gonzalo Santiago¹ | Laura González¹ | Enrique Barimboim¹

Filiación: Hospital Central de Mendoza

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: la Histiocitosis de Células de Langerhans (HCL) es un trastorno inflamatorio neoplásico mielóide raro. Puede afectar a un solo órgano o a varios, un único sitio o múltiples. El objetivo de nuestro trabajo fue evidenciar la gran variabilidad en las presentaciones de una patología de difícil diagnóstico y abordaje. Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se presentó una serie de 4 casos de pacientes con HCL, diagnosticados por el Servicio de Neumología del Hospital Central de Mendoza. Casos Clínicos: Caso 1: masculino, 40 años. Hospitalizado por deshidratación, con diagnóstico de diabetes insípida y tabaquismo. Tenía disnea de esfuerzo y tos seca de 6 meses de evolución. En TC de tórax se evidenciaron pequeños nódulos en hígado e imágenes quísticas en ambos campos pulmonares, compatibles con PLCH (Histiocitosis de Células de Langerhans Pulmonar). La RM cerebral mostró engrosamiento del tallo hipofisario. Presentó mejoría clínica tras cese tabáquico y tratamiento médico. Caso 2: enfermedad de Hand-Schüller-Christian desde la infancia, hipotiroidismo. Remi-

sión con tratamiento quimioterápico. En adolescencia, comenzó a fumar y desarrolló obstrucción severa en estudios funcionales e hipertensión pulmonar. A la espera de trasplante pulmonar. Caso 3: masculino, 29 años. Ex tabaquista. Antecedentes de polidipsia y tos crónica en estudio. Consultó por disnea mMRC 3. TCAR de tórax: lesiones quísticas compatibles con PLCH. Se confirmó diagnóstico mediante histopatología. Presentó hipertensión pulmonar severa. Caso 4: femenino, 31 años. Fumadora. Evaluada por neumotórax recurrente. En TCAR de tórax se constataron lesiones compatibles con PLCH. Se realizó una biopsia pulmonar quirúrgica, con confirmación histológica. A la espera de trasplante pulmonar. Discusión y Conclusión: patología de muy baja prevalencia en la población adulta y probablemente subdiagnosticada. El sello histológico de la PLCH es la acumulación de células CD1a+/CD207+ organizadas en granulomas laxos, que se localizan preferentemente en la pared de los bronquiolos distales, destruyéndolos. Su historia natural es impredecible: desde la resolución espontánea al desarrollo de insuficiencia respiratoria crónica e hipertensión pulmonar, pudiendo llegar al trasplante pulmonar o producir la muerte. Nuestros 4 casos compartieron diagnóstico, pero presentaron diferentes motivos de consulta, síntomas y evoluciones. Debido a esto revisamos datos sobresalientes sobre los distintos aspectos de esta entidad.

ID#74

NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOIDEA EN SÍNDROME SJÖGREN PRIMARIO

Autores: Laura Elena Lamot¹ | Jorge Enrique Bettini¹ | Mara Guinsburg² | Marcelo Corsico¹ | Vanesa Eliana Fuks¹

Filiación: ¹ Unidad de Neumología, Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero, Bahía Blanca ² Unidad de Reumatología, Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero, Bahía Blanca

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSP) es una enfermedad sistémica autoinmunitaria que se caracteriza por queratoconjuntivitis seca, xerostomía y un amplio espectro de signos y síntomas siendo una enfermedad heterogénea. Predomina en el sexo femenino, entre los 40 y 60 años, se caracteriza por la destrucción de las glándulas exocrinas; puede también presentar manifestaciones extra glandulares. La enfermedad pulmonar es una complicación potencialmente grave y subdiagnosticada, aproximadamente del 10% al 20% la presentan con aumento de mortalidad y compromiso de calidad de vida. La Neumonía Intersticial Linfoidea (NIL) se ha descrito hasta en el 15% de pacientes, se caracteriza por hiperplasia del tejido linfoide a nivel bronquial que ocasiona infiltración difusa de los septos alveolares por linfocitos policlonales; su historia natural es variable, con un comportamiento progresivo en una tercera parte de los pacientes. Caso clínico Paciente de 64 años que consulta por tos seca de 6 meses de evolución, disnea mMRC II. Se encontraba en tratamiento con broncodilatadores (ICS/LABA + Montelukast) por diagnóstico de asma. Al interrogatorio refería exposición a Isocianatos, no tabaquista, al menos 3 meses de xerostomía. Se solicitan estudios complementarios: -TACAR que evidencias múltiples quistes de tamaño variable, distribución aleatoria extensa con predominio lóbulos inferiores, patrón en mosaico/ atrapamiento aéreo en espiración. -Espirometría que sugiere restricción moderada sin respuesta broncodilatadora. Volúmenes pulmonares con TLC conservada y RV/TLC elevado. DLCO con deterioro moderado. -Test de marcha de 6 minutos: Recorrió una distancia 417 m (66% Teórico), desaturación significativa ($\downarrow 10$ pts) BORG máximo 4. -Anticuerpos: ANA + 1/160 Patrón nuclear moteado fino, Anti SSA/SSB + 3.17/2.15. PCR 3, VSG 15, Serologías retrovirus, hepatitis negativas, Alfa 1AT normal, Proteinograma, inmunoglobulinas y hemograma conservado. -TC abdomen y pelvis - Ecocardiograma conservado. Test Shimmer / Tinción fluoresceína Negativo -Ecografía Gl. salival contornos irregulares, eco respuesta baja en forma difusa, imagen hipoecoica de menos 2 mm. Se evalúa el caso en discusión multidisciplinaria, Interpretando el SSP con compromiso pulmonar moderado y progresivo, por lo que inicia primera línea de tratamiento con corticoides sistémicos (0.5

mg/K/día), hidroxicloroquina 200 /día, TMS-SMX profilaxis; continuando el tercer mes con Micofenolato (2gr/día) y pautas de descenso de corticoide. Se realizó seguimiento a los 3 y 6 meses presentando mejoría funcional y clínica. Actualmente en tratamiento de mantenimiento con estabilidad. Discusión y Conclusiones. La enfermedad pulmonar intersticial en el SSP tiene importancia pronóstica y requiere un equipo multidisciplinario. Las estrategias de manejo farmacológico presentan evidencia de baja calidad comparado a otras entidades, por ello la relevancia de estos casos clínicos y la importancia del tratamiento oportuno.

ID#80

CAÍDA DE LA CAPACIDAD VITAL FORZADA ANUAL EN PACIENTES CON ANTIFIBRÓTICOS, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL

Autores: Luz María Figueroa¹ | Lurdes Velasquez¹ | Pilar Rubado¹ | Andrés Romera¹ | Pablo Jordan¹ | Horacio Renom¹ | Victoria Avalos¹ | Regina Gullo¹

Filiación: ¹ Hospital Churrucua Visca

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción y objetivos: Enfermedad Intersticial usual afecta al intersticio pulmonar de manera progresiva reduciendo la capacidad para transferir O₂ desde los alvéolos a los capilares pulmonares. Progresa a un deterioro de la función pulmonar, reducción de la calidad de vida y finalmente la muerte. Pirfenidona y Nintedanib, demostraron frenar significativamente el deterioro de la FVC a los 12 meses a través de ensayos clínicos y obtuvieron la indicación para esta enfermedad. El ensayo clínico INBUILD, randomizado, doble ciego, con nintedanib, evaluó 663 pacientes con EPID fibrótica no-FPI, habían progresado dentro de los 24 meses anteriores a la inclusión. Los pacientes fueron estratificados en función de la existencia de patrón NIU, demostró una disminución significativa de la progresión a los 12 meses, de acuerdo a la tasa anual de reducción de la FVC, tanto en la población global (-80,8ml nintedanib vs-187,8ml placebo) como en el subgrupo con NIU radiológica (-82,9ml nintedanib vs-211,1ml placebo). La pirfenidona ha sido también investigada, un ensayo clínico fase II randomizado, incluyó 253 pacientes con EPID no clasificable progresiva, evaluó el efecto a los 6 meses. Objetivo principal, vio cambio de la FVC medida a través de un espirómetro domiciliario, no mostró diferencias significativas, tanto el deterioro de la FVC% como de la DLCO% medidos en hospital sí fueron significativamente menores en el grupo que recibió pirfenidona. Se realizó el estudio con el objetivo de evaluar la caída de FVC anual en pacientes con antifibróticos y su comparación con la literatura. Materiales y métodos: Estudio observacional y descriptivo, de cohorte entre el 2017 al 2023, en pacientes con indicación de tratamiento con Pirfenidona o Nintedanib durante un año en nuestro centro. Se utilizó estadística descriptiva no paramétrica (mediana y rango intercuartil) respecto de edad, sexo, FVC en Lt y porcentaje inicial, al año y cambio al año, además de tipo de intersticiopatía acorde a descripción tomográfica, tipo fibrosante progresivo y presencia de efectos adversos. Se usó SPSSv24 para el análisis estadístico. Resultados: 16 sujetos fueron incluidos, predominio de sexo masculino (62,5%) con mediana de edad al inicio del tratamiento de 70 años (rango intercuartil -RIQ- 64,5 a 74,5). El patrón tomográfico predominante fue de NIU (68,75%), seguido de probable NIU (31,25%). 3 pacientes (33,33%) fueron encasillados como fibrosante progresivo y 7 (46,67%) tenían enfisema fibrosis. La mayoría se encontraban en tratamiento con pirfenidona (66,67%) la mitad con nintedanib y en 2 pacientes recibieron una terapia siendo rotada a la otra, todos en contexto de efectos adversos. La mediana de FVC (L) al inicio del tratamiento fue de 2,59 L (RIQ 2 - 2,88) y 66% (RIQ 57 - 80,5%) con una disminución de - 0,03L (RIQ 0,05 a -0,31) y 3% (RIQ -1% a 7%) anual. No se incluyeron óbitos. Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes se registra una estabilización de la FVC al año de tratamiento (<150 mL que se considera clínicamente significativo).

ID#102

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL LINFOCITARIA GRANULOMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Ramiro Mangione¹ | Javier Abdal¹

Filiación: Hospital Central de Mendoza

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: la inmunodeficiencia común variable (IDCV) constituye la más frecuente de las inmunodeficiencias primarias. Esta se caracteriza principalmente por hipogammaglobulinemia y mayor riesgo de infección, también son comunes las complicaciones autoinflamatorias, autoinmunes y linfoproliferativas. Entre ellas se describe la enfermedad pulmonar intersticial linfocitaria granulomatosa (GLILD). Buscamos destacar ciertos aspectos de esta enfermedad, que, debido a su presentación infrecuente y escasa bibliografía disponible de alta calidad estadística, aún presenta numerosas incógnitas, sobre todo en lo que respecta a su tratamiento óptimo. Se describió el caso de un paciente con diagnóstico de GLILD y se revisó la literatura disponible. Resumen de caso: masculino de 37 años, antecedentes de IDCV desde la infancia. Fue hospitalizado en octubre de 2021 por presentar tos seca de 1 semana de evolución, fiebre, disnea y desaturación. En TCAR de tórax: infiltrado intersticial, reticular y lineal, asociado a imágenes quísticas, bronquiectasias, sectores de infiltrados en vidrio deslustrado de distribución parcheada y pequeñas imágenes nodulares. Volúmenes pulmonares: TLC 3,36 (44%), RV 1,36 (71%), RV/TLC:40 (160%); DLCO: 14,29 (39%). BAL que descartó proceso infeccioso respiratorio. La citometría de flujo arrojó: linfocitos 21%; linfocitos B: 0,4%; linfocitos T CD3+: 96%; CD3+ CD4+ CD8- : 15%; CD3+ CD4- CD8+: 83%; linfocitos Natural Killer: 2%. En biopsia quirúrgica de llingula y pleura se evidenciaron: infiltrados focales de conglomerados irregulares de linfocitos pequeños maduros. Ocasionales conglomerados irregulares linfoides; inmunohistoquímica: co-expresión de CD20 y CD3 en conglomerados linfoides. En uno de ellos se evidenció un centro germinal hiperplásico. Tratamiento realizado: gammaglobulinas y corticosteroides sistémicos. Al alta: necesidad de oxigenoterapia domiciliaria. Discusión y Conclusión: entre el 8% al 22% de pacientes con IDCV desarrollan una enfermedad pulmonar intersticial denominada "granulomatosa-linfocítica". Al no presentar hallazgos patognomónicos, tanto radiológicos como histopatológicos, debe realizarse diagnóstico diferencial con otras enfermedades intersticiales como: neumonía organizante, neumonía intersticial linfocítica y sarcoidosis. Debido a todo esto, el correcto diagnóstico y tratamiento constituye un verdadero desafío para todo el equipo de salud involucrado. Para mejorar los resultados obtenidos en este grupo de pacientes, es perentorio el abordaje integral y multidisciplinario de los mismos.

ID#120

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA Y VASCULITIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS

Autores: María Florencia Villarreal¹ | Daniela Camargo Parra¹ | Guillermina Rizzo² | Manuel Barrola³ | Silvia Quadrelli⁴

Filiación: Sanatorio Güemes

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción Las vasculitis sistémicas asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) corresponden a un grupo de enfermedades que afectan los vasos de pequeño calibre. El espectro clínico es amplio, sin embargo, existe una forma de presentación agresiva y de curso potencialmente fatal, denominada hemorragia alveolar difusa (HAD). Objetivo: Identificar las características clínicas, factores pronósticos, evolución y mortalidad intrahospitalaria y al año del evento, de pacientes con HAD inmunomediada secundaria a vasculitis ANCA que requirieron ingreso hospitalario. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo, en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de Buenos Aires, desde enero 2015 hasta mayo del 2023. Se analizaron las características de la población, hallazgos en el laboratorio, tomografía, tratamiento instaurado, evolución y mortalidad intrahospitalaria y al año del

evento. Resultados: Se realizó una revisión de 103 historias clínicas en formato digital, de las cuales 63 fueron excluidas por diversos motivos: falta de datos, pérdida de seguimiento, sin diagnóstico clínico ni hallazgos en fibrobroncoscopia de HAD. Se analizaron los datos de una cohorte de 40 pacientes, en la cual el 17% presentaba antecedente de vasculitis ANCA y el 5% de hemorragia alveolar difusa. En el 71% de los casos la hemorragia alveolar difusa fue el debut de la vasculitis ANCA, manifestándose como hemoptisis en un 85%, disnea 85% y tos 70%. El 88% de los pacientes presentaban sedimento urinario activo asociado en un 65% a insuficiencia renal aguda con requerimiento de hemodiálisis en 48%. En cuanto al tratamiento, realizaron pulsos de corticoides el 100% de los pacientes, ciclofosfamida en un 75%, plasmaféresis 45% y rituximab 18%. Del total de los pacientes analizados, el 38% requirió IOT/ARM y un 8% requirió ventilación mecánica por más de 10 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 23% y la mortalidad al año del evento fue de 7,5%. El odds ratio de hemodiálisis para mortalidad intrahospitalaria fue de 14,5 (IC 95% 1.60 - 131), $p < 0,001$. El odds ratio de ARM para mortalidad intrahospitalaria fue de 30 (IC 95% 29,21 - 217,87), $p < 0,001$. Discusión y Conclusión: Los principales signos clínicos fueron disnea, hemoptisis, anemia e infiltrados pulmonares. La tríada clásica (anemia, hemoptisis e infiltrados pulmonares) se observó en el 75% de los pacientes. Estos resultados son mayores que otras series reportadas. En el 71% de los casos la HAD fue la primera manifestación de su enfermedad sistémica. La mortalidad intrahospitalaria sigue siendo alta, y se ve afectada negativamente por la necesidad de diálisis y ventilación mecánica. El tratamiento se basa en dosis altas de corticoides en combinación con ciclofosfamida o rituximab. Sin embargo, estos regímenes de tratamiento se basan en series de casos y pequeñas cohortes con HAD inmune de gravedad heterogénea. La HAD de causa inmunomediada es el grupo etiológico más frecuente y se caracteriza por presentar peor pronóstico (Mortalidad 25-50%). La caracterización de la HAD inmune es esencial, ya que el tratamiento inmunosupresor temprano disminuye la mortalidad.

ID#124

NEUMOMEDIASTINO EN RELACIÓN A TOXICIDAD PULMONAR INDUCIDA POR BLEOMICINA. REPORTE DE DOS CASOS

Autores: *Julieta Suligoy*¹ | Carolina Bozиковich¹ | Octavio Fernández¹ | Rogelio Pendino¹

Filiación: ¹ SANATORIO PARQUE DE ROSARIO

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La bleomicina es un agente citotóxico utilizado en el tratamiento de múltiples cánceres. La principal limitación para su uso es el riesgo de toxicidad pulmonar inducida por bleomicina (BLT). Debido a la escasa bibliografía reportada presentamos dos casos de neumomediastino en relación a BLT. Caso 1: Paciente masculino de 62 años, ex tabaquista, con linfoma de Hodgkin (LH), que realizó 5 ciclos de ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina), ingresa por cuadro de tos seca, rinorrea, disnea mMRC 3 y fiebre. Examen físico: T 38°C, FR 30, SaO₂ 88%. Rales crepitantes bibasales. Laboratorio: leucocitosis, VES, PCR y procalcitonina elevadas e hipoxemia. ANGIOTAC de tórax: signos de enfisema paraseptal biapical a predominio derecho. Infiltrados reticulares bibasales asociado a bronquiectasias por tracción, áreas consolidativas y tenue infiltrado en vidrio esmerilado periférico bilateral. HC x2 negativos. BAL negativo. Biopsia pulmonar compatible con toxicidad por bleomicina. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y corticoides a dosis altas. TAC de control: mayor extensión en relación a imágenes previas y neumomediastino. Evoluciona con progresión de la insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM y posteriormente fallece. Caso 2: Paciente masculino de 65 años, ex tabaquista, con LH, que realizó 3 ciclos de ABVD, ingresa por tos seca, disnea mMRC 3 y fiebre. Examen físico: T 37,5°C, FR 22, y SaO₂ 93%. Rales crepitantes bibasales. Laboratorio: leucocitosis e hipoxemia. TAC de tórax: infiltrado reticular de aspecto intersticial retráctil y fibroso que compromete la periferia de ambos hemitórax a predominio bibasal con bronquioloectasias

por tracción. HC x 2 negativos. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y corticoides a dosis altas. TAC de tórax de control: sin cambios con respecto a la previa y se visualiza neumomediastino. Evoluciona con hipoxemia refractaria y deterioro del estado general y posterior vinculación a ARM luego de lo cual fallece. Discusión: La BLT se ha informado en el 10% de los pacientes. La muerte ocurre en aproximadamente el 2% de los pacientes. Factores de riesgo: edad > 70 años, tabaquismo, insuficiencia renal, dosis acumulada, tratamiento concomitante con radioterapia, quimioterápicos y el uso de factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF). Los síntomas son variables, incluyen tos seca, disnea, taquicardia, cianosis y fiebre. La TAC de tórax varía desde ausencia de anomalías hasta infiltrados intersticiales y alveolares difusos. El neumotórax con o sin neumomediastino se ha descrito en unos pocos casos. Se postula que esta complicación se produce en una etapa tardía de la enfermedad cuando la distorsión arquitectónica extensa conduce a la ruptura de los quistes subpleurales. Conclusiones: La presencia de neumomediastino se relacionó con la mala evolución y el desenlace fatal en ambos pacientes. Debido a la escasa evidencia bibliográfica reportada no podemos establecer implicancias pronósticas relacionadas a esta condición.

ID#127

NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA RECAÍDA

Autores: *Julieta Franzoy*¹ | Tamara Decima¹ | Fernando Di Tullio¹ | Alejandro Salvado¹

Filiación: ¹ Hospital Británico

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La neumonía organizada (OP) es la inflamación granulomatosa localizada en la pequeña vía aérea, conductos alveolares y alvéolos. Se denomina neumonía organizada criptogénica cuando no se conoce la etiología. Tiene buena respuesta al tratamiento con esteroides sistémicos, sin embargo, las recaídas pueden ocurrir especialmente al disminuir o suspenderlos. Presentamos un caso de una paciente con OP recaída al disminuir las dosis de tratamiento. Descripción del caso: Mujer de 50 años, sin antecedentes, consultó por dolor en cara dorsal del tórax de un mes de evolución y disnea progresiva. Al examen físico presentaba saturación de oxígeno de 87% al aire ambiente y crepitantes bibasales. Se realizó angiotomografía de tórax (TC) que evidenció la presencia de consolidaciones bilaterales con broncograma aéreo, en ambas bases pulmonares asociada a bandas de consolidación en lóbulo superior derecho y paralelas a la pleura en llingula sin evidencia de tromboembolismo pulmonar. El laboratorio presentó leucocitosis de 19.200/mm³, aumento de la VSG a 141 mm/h y proteína C reactiva de 4,4 mg/dl. Sin aislamientos microbiológicos ni virales, comenzó tratamiento antibiótico con ceftriaxona más claritromicina. La paciente persistió con hipoxemia pese a cumplir 10 días de tratamiento antibiótico por lo que se realizó broncoscopia rígida con criobiopsia y el análisis patológico fue compatible con neumonía organizada. Comenzó tratamiento con meprednisona 1 mg/kg/día con buena respuesta y lográndose la externación. Se descartó enfermedad del tejido conectivo y no presentaba antecedentes exposicionales de relevancia. Al mes de iniciado el tratamiento se realiza nueva TC de tórax observándose disminución de las consolidaciones presentes en tomografía previa. Se continuó con descenso gradual de esteroides llegando a 4 mg de meprednisona día y al cuarto mes de iniciado el tratamiento comienza nuevamente con dolor en cara dorsal del tórax por lo que se realizó nueva TC presentado consolidaciones bilaterales, principalmente en el lóbulo superior izquierdo conformando un halo invertido, por lo que se aumentó la dosis de esteroides nuevamente 1 mg/Kg/día. Se realizó descenso gradual más lento de esteroides y al quinto mes de tratamiento, al disminuir a 8 mg día de meprednisona, apareció nueva opacidad en lóbulo superior derecho. Se aumentó la dosis de meprednisona a 20 mg día y comenzó tratamiento con azatioprina. Presentó nueva recaída durante el descenso de esteroides por lo que se aumentó nuevamente a 20 mg día. Actualmente asintomática, sin evidencia de recaída de la enfermedad luego de 5 meses de tratamiento con azatioprina 150 mg/día y logró suspenderse

el tratamiento con esteroides. Conclusiones y discusión: La op presenta recaídas en más del 50% de los casos. Se han descrito algunos factores de riesgo asociado a mayor tasa de recaídas como la presencia de fiebre, aumento de la proteína C reactiva, capacidad de difusión de monóxido de carbono disminuido, compromiso pulmonar extenso en la tomografía de tórax y retraso en el inicio del tratamiento.

ID#133

USOS DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES

Autores: Isabel Rodríguez Martín¹

Filiación: ¹ HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: El diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), entre las que incluimos la sarcoidosis y la neumonitis por hipersensibilidad (NH), supone todo un reto para el personal clínico. Esto se debe a que estas enfermedades suelen presentar una clínica común e inespecífica. Ambas patologías presentan en común el lavado broncoalveolar (el 60% de las NH se manifiestan con granulomas), así como la existencia de manifestaciones pulmonares y extrapulmonares comunes, lo cual, dificulta enormemente el diagnóstico etiológico entre ambas. Objetivos: El objetivo del estudio ha sido realizar un análisis descriptivo retrospectivo del estudio citológico y de las subpoblaciones linfocitarias en el BAL efectuado a pacientes con sarcoidosis y neumonitis por hipersensibilidad en nuestra área hospitalaria. Se persigue demostrar que el lavado broncoalveolar puede presentar patrones celulares típicos de enfermedad, permitiendo discriminar entre diferentes EPID. Material y métodos: El estudio incluyó a 44 pacientes (N=44), los cuales fueron diagnosticados de NH (N=12) o sarcoidosis (N=32), entre los años 2015-2018. A estos pacientes se les realizó un BAL como parte del diagnóstico de EPID. Junto a BAL, se tomó una muestra de sangre periférica y ambas muestras fueron estudiadas por citometría de flujo (citómetro BD FACSCanto II), con el fin de realizar el estudio inmunológico. Este estudio incluyó la identificación y recuento de polimorfonucleares, monocitos y linfocitos (linfocitos T, linfocitos B y células NK; así como las subpoblaciones CD4+ y CD8+). Los resultados fueron relacionados con el diagnóstico de cada paciente. Resultados: Los resultados en lavado para pacientes con sarcoidosis fueron: 60,93% (\pm 20,20) linfocitos, 8,93% (\pm 19,00) monocitos y 30,14% (\pm 16,19) polimorfonucleares. En relación al cociente CD4+/CD8+, hubo un claro aumento de este en BAL. La media en sangre fue 1,08 (\pm 0,59), mientras que en BAL fue 5,34 (\pm 3,75). El 68,9% de los pacientes presentaron un CD4+/CD8+ superior a 3,5. Los resultados presentes en BAL para pacientes con NH fueron: 63,34% (\pm 10,40) linfocitos, 5,00% (\pm 0,00) monocitos, 31,66 (\pm 10,40) polimorfonucleares. Además el cociente estaba muy disminuido en BAL: la media CD4+/CD8+ en sangre fue de 2,08 (\pm 1,47), mientras que en BAL fue 0,3 (\pm 0,119). En ambas patologías puede observarse una alveolitis linfocitaria, pero presentan como diferencia el valor de subpoblaciones CD4+ y CD8+. Conclusiones: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) suponen, en la mayoría de los casos, todo un reto diagnóstico para el clínico. Sin embargo, en el contexto clínico y diagnóstico adecuado, el análisis del lavado broncoalveolar por citometría de flujo resulta útil en el estudio de la enfermedad pulmonar, presentando un alto valor diagnóstico en ciertas patologías como la sarcoidosis y la neumonitis por hipersensibilidad.

ID#142

EVALUACIÓN DEL ÁNGULO BETA COMO MEDIDA DE COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA EN NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD COMPARADA CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Autores: Jesica Núñez¹ | Joaquín Maritano Furcada¹ | Cesar Ignacio Rodríguez¹ | Horacio Matías Castro¹ | Clara Torres Cabreros²

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires ² Hospital Zonal de Trelew

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y la neumonitis por hipersensibilidad crónica (NHC) son enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) que pueden ser difíciles de diferenciar. Sus manifestaciones radiológicas pueden superponerse, lo que dificulta el diagnóstico no invasivo. El ángulo beta (AB) es una medición de parámetros gráficos de la curva espirométrica que permite detectar obstrucción de vía aérea pequeña. La misma ha sido utilizada en asma y EPOC pero no se ha aplicado a EPID. Objetivos: El objetivo primario fue comparar los valores del AB en una población de pacientes con NHC y pacientes con FPI. Como objetivo secundario se evaluó la asociación entre el nivel acumulado de atrapamiento tomográfico en NHC con el AB. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. Se utilizaron bases de datos hospitalarias para reclutar pacientes con diagnóstico de FPI y NHC evaluados por el equipo multidisciplinario de enfermedades intersticiales del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) entre los años 2018 y 2022. Criterios de selección: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FPI y NHC, de acuerdo a las definiciones de las guías ATS/ERS. Tener al menos una espirometría con una tomografía de alta resolución en un período de tiempo de 3 meses entre ambas. Técnica de Medición del Ángulo Beta. El ángulo Beta se midió mediante ecuaciones trigonométricas utilizando valores espirométricos presentes en los informes de espirometría. Se comparó el ángulo beta entre el grupo NHC y FPI utilizando el test de Wilcoxon para muestras no pareadas. Se evaluó la asociación entre el ángulo beta y el atrapamiento aéreo tomográfico mediante regresión logística. Resultados: Se reclutaron 136 pacientes, con un 41,9% de mujeres y una edad promedio de 70,3 años (SD 10,9). Del total de pacientes, 59 pertenecían al grupo con FPI, mientras que 77 tenían NHC. La media de FVC predicha de la población fue de 75,3% (SD 19,5) y de DLCO predicha corregida para hemoglobina fue de 52,3% (SD 17,4). En cuanto al ángulo beta, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos al analizar la población global. Sin embargo, al evaluar el subgrupo de pacientes con una Capacidad Vital Forzada (FVC) mayor o igual al 75%, se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p=0,04$). Además, se observó que un mayor nivel de atrapamiento, medido mediante una escala semicuantitativa, se asoció con un ángulo beta menor a 175 grados, con un Odds Ratio de 2,2 y un valor de $p=0,03$. Conclusiones. La medición del ángulo beta es una herramienta no invasiva útil para discriminar FPI y NHC en etapas iniciales (FVC \geq 75%). La misma mostró asociación con el nivel de atrapamiento aéreo medido por tomografía de tórax. Esta herramienta diagnóstica, aplicable en consultorio para discriminar entre estas dos entidades, tiene mayor utilidad al considerar la dificultad diagnóstica y los riesgos terapéuticos al efectuarse un error diagnóstico.

ID#152

MANEJO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS EN ARGENTINA: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Autores: Horacio Matías Castro¹ | Martín Masdeu² | Martín Fernández³ | Juan Enghelmayer⁴ | Sebastián Leiva Aguero⁵ | Magdalena Cáceres¹ | Beatriz Gil⁶

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires. ² Hospital Pirovano, Buenos Aires. ³ Hospital María Ferrer, Buenos Aires. ⁴ Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires. ⁵ Hospital Enrique Vera Barros, La Rioja. ⁶ Hospital Regional Concepción, Tucumán.

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: Los cuidados paliativos (CP) son una parte importante en el abordaje de los pacientes con Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas (EPID). No existen datos sobre el manejo de los CP en los pacientes con EPID por parte de los neumonólogos en la Argentina. El objetivo del estudio fue evaluar el manejo de los cuidados paliativos en los pacientes con EPID en Argentina. Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta de 42 preguntas a los Neumonólogos de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Se envió la encuesta por correo electrónico en dos oportunidades, mediante un formulario Google form. La encuesta fue voluntaria y sin incentivos.

Abarcó información de los cuidados paliativos en relación a la formación médica, organización, manejo de los síntomas y planificación de los cuidados en la etapa final de la vida. Se realizó un análisis preliminar. Las variables continuas se describieron con media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartil según la distribución observada. Se describieron las variables categóricas como proporciones. Resultados: Noventa y siete participantes respondieron a la encuesta, el 57% fueron mujeres. El 73% presentaba interés en EPID. El 97% consideraba que era importante trabajar con un profesional de CP pero el 42% no contaba con un equipo multidisciplinario (MD) de EPID. El 52% no tenía acceso a un equipo domiciliario de CP. El 92% tenía interés en CP en EPID, pero el 56% no recibió formación general en CP y el 88% no recibió formación específica de CP en EPID. Los principales motivos de la derivación a CP fueron control de síntomas y cuidados de fin de vida. El 56% realizó la derivación en la etapa final de la enfermedad. El 89% consensuaba con sus pacientes la limitación de esfuerzos terapéuticos en la fase final de la enfermedad y el 74% recomendaba sus pacientes realizar directivas anticipadas, pero solo el 52% consensuó el lugar de fallecimiento con el paciente. El 42% limitó información al paciente cuando la familia se lo solicitó. El 53% desconoce que contamos con una ley que asegura el acceso a los CP. El 78% considera que el nombre de CP asusta al paciente. Conclusiones: Aunque la mayoría de los médicos consideran importante los CP más de la mitad no recibió formación en CP, casi la mitad no dispone de un equipo multidisciplinario en CP y más de la mitad desconoce que existe una ley nacional de CP. Los CP son parte fundamental del manejo de los pacientes con EPID, existe la necesidad de cursos de formación en esta materia y brindar mayor acceso a equipos MD de CP.

ID#201

EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO DE NEUMONOLÓGIA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR FAMILIAR

Autores: María Elisa Uribe¹ | Viviana Moyano¹ | Anibal Bermudez¹ | Juliana Cravero¹ | Valentina Echegaray¹ | Roy Tang¹ | Marcos Javier Irueta¹

Filiación: ¹ HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: La serie de casos presentada describe la experiencia en nuestro servicio de neumonología en pacientes con fibrosis pulmonar familiar (FPF). Se realizó análisis retrospectivo desde enero de 2015 hasta junio de 2023 de historia clínica de pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). La FPF es un subgrupo único de pacientes en el que al menos otro pariente también está afectado. La predisposición genética a la fibrosis pulmonar ha sido confirmada por el descubrimiento de varias mutaciones de genes que causan fibrosis pulmonar. Estos presentan una amplia gama de fenotipos de fibrosis pulmonar, siendo la fibrosis pulmonar idiopática el subtipo más común. A pesar de las manifestaciones variables de la enfermedad, los pacientes experimentan una peor supervivencia en comparación con sus homólogos con la forma esporádica de la enfermedad. En el servicio se han atendido 10 pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar, y se ha registrado en la historia clínica la afección en 18 familiares. El promedio de edad del diagnóstico fue 61,75 años, por debajo del promedio de fibrosis pulmonar idiopática (FPI). El 80% eran hombres. El patrón tomográfico predominante fue neumonía intersticial usual (8 pacientes) uno probable y un caso de fibroenfisema. Ninguno tuvo criterios clínicos de sospecha de síndrome de telómero corto. Se observó una declinación más rápida de las pruebas funcionales (en los que tenían disponible). Otro rasgo hallado fue la canicie antes de los 40 años. El tabaquismo estuvo presente en el 40%. El 50% presentó comorbilidades como diabetes, hipotiroidismo y enfermedad celíaca. Todos tenían tratamiento antifibrótico y fueron valorados para trasplante pulmonar. De los 18 familiares, 16 eran familiares de primer o segundo grado, 17 con diagnóstico de FPI y uno con enfermedad fibrosante por esclerodermia, de los cuales 14 fallecieron por complicaciones de su fibrosis. En conclusión, la FPF se presentó en nuestra serie a

edades más tempranas con evoluciones más rápidas y severas por lo que es de suma importancia su referencia oportuna para evaluación a centros que cuenten con trasplante pulmonar. Los antecedentes heredo-familiares pulmonares deben investigarse en todos los pacientes con EPID/FPI, este dato es relevante para comprender y tratar a estos pacientes, independientemente de su edad. Esta descripción puede servir como base para una evaluación prospectiva y ayudar a comprender y tratar de manera más eficiente a estos pacientes.

ID#209

AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

Autores: Carla Estefanía Liguori¹ | Neri Vernay¹ | Melina Moscatelli² | Walter Gardeñez¹ | Mónica Campagna³ | Mariela Stur³ | Mariana Lagrutta²

Filiación: ¹ Servicio de Neumonología. Hospital Provincial del Centenario, Rosario. ² Servicio de Clínica Médica. Hospital Provincial del Centenario, Rosario. ³ Servicio de Diagnóstico por imágenes. Hospital Provincial del Centenario, Rosario.

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción y objetivos: Las enfermedades del tejido conectivo (ETC), son autoinmunes, tienden a la cronicidad y al compromiso de múltiples tejidos y órganos como el pulmón y pueden causar enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). El RDW (Red cell distribution width) se refiere a la amplitud del volumen de los glóbulos rojos que se encuentra en hemogramas automatizados. Escasos estudios han relacionado a este marcador con las EPID asociadas a ETC. Objetivo primario: evaluar relación entre el RDW sanguíneo y la severidad de la EPID según parámetros de función pulmonar; difusión de monóxido de carbono (DLCO), espirometría, test de la marcha de 6 minutos (TM6M) y tomografía de alta resolución (TACAR). Objetivos secundarios: describir cuáles son las enfermedades que con mayor frecuencia presentan EPID, mencionar patrones tomográficos, evaluar si la severidad de la EPID se relaciona con la clínica y observar si existe relación entre EPID y tabaco. Material y método: Estudio descriptivo, analítico, observacional, retrospectivo y transversal. 18 pacientes fueron evaluados interdisciplinariamente. Debían ser mayores de 18 años, presentar EPID por ETC. Se excluyeron aquellos con anemia severa, insuficiencia cardíaca y laboratorios realizados en interrecurrencia infecciosa. Se realizó laboratorio, DLCO, espirometría, TM6M, TACAR y ecocardiograma a todos los pacientes. Resultados: 72,3% eran mujeres con media de edad de 51,2 años. El 66,7% eran ex fumadores. 33,3% presentaban EPID por AR, 33,3% EPID por ES, 11,1% EPID por LES, 5,5% EPID secundario a SS, 5,5% presentaba polimiositis y 2 pacientes ES y SS asociados. El 61% refirió no tener tos y más del 70% refirieron disnea mMRC 0 y I. La mediana del RDW fue de 13,6%. Se encontró asociación negativa y estadísticamente significativa entre el RDW y la CVF y la DLCO. Se estableció el valor de RDW de 14% con una sensibilidad del 70% y especificidad del 100% para predecir valores disminuidos de DLCO. No hubo diferencias significativas entre RDW y TM6M ni con los síntomas referidos. La neumonía intersticial usual se presentó en el 50%. Discusión y Conclusión: El RDW, es un marcador simple, fácilmente disponible, que se comporta como una medida integradora de procesos patológicos y que es sensible para los fenómenos inflamatorios y oxidativos del organismo. Este trabajo demuestra que su valor por encima de 14% presenta una sensibilidad y una especificidad aceptable para predecir valores de DLCO disminuidos por debajo de lo normal en pacientes con EPID secundario a ETC y ser de guía para los médicos neumólogos al momento de tomar decisiones.

ID#214

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EVALUADOS EN EL CONSULTORIO ESPECIALIZADO

Autores: Tamara Decima¹ | Fernando Di Tullio¹ | Julieta Franzoy¹ | Belén Ginetti¹ | Marcela Perri¹ | Lorena Maldonado¹ | Alejandro Salvador¹ | Silvia Quadrelli¹

Filiación: ¹ Hospital Británico

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales (ILD) corresponden a grupos de patologías en las que se han identificado más de 200 entidades. Diferenciar los tipos de ILD es importante para lograr un adecuado manejo. El objetivo es describir las características de pacientes evaluados en consultorio especializado de enfermedades pulmonares intersticiales. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes evaluados en consultorio de enfermedades pulmonares intersticiales de marzo de 2022 a agosto de 2023. Se obtuvieron: edad, género, comorbilidades, antecedentes de exposición, tabaquismo, síntomas, examen físico y datos espirométricos. Se evaluaron patrones tomográficos y ecocardiograma doppler. Se clasificaron según etiología y se registraron datos del tratamiento. Se calcularon media, medianas, y valores de dispersión. Resultados: 93 pacientes con diagnóstico de ILD en 17 meses, media de edad 62 ($\pm 13,2$), 48 (51%) mujeres. 7 (8%) eran tabaquistas y 41 (47%) ex-tbq con una mediana de 27 P/Y (6-120). 18 (19%) tenían exposición en el ámbito laboral y 15 (16%) fuera del mismo. 4% tenía historia de ILD familiar. Los síntomas más frecuentes: disnea (55%), tos (19%); 2 pacientes (2%) debutaron con exacerbadión de ILD y 38% con síntomas extrapulmonares. Al examen 66% tenían velcro, 9% clubbing, 8% sibilancias y la media de saturación fue 95 ($\pm 2,5$). Los patrones tomográficos: Alternativo a UIP (47%), Indeterminado (39%), Definitiva (9%) y UIP Probable 5%. En 14 se realizó lavado broncoalveolar y en 2 se obtuvo diagnóstico. 5 biopsias trasbronquial (BTB) con 100% de rédito. A 5 pacientes criobiopsia con diagnóstico en 2. Biopsia quirúrgica en 5 con diagnóstico en 3. A 58 se les realizó ecocardiograma doppler: 3 con riesgo intermedio y 1 con riesgo alto. En la espirometría la media de FVC 74% ($\pm 15,5$) y DLco 63% ($\pm 25,5$). La etiología más frecuente fue asociada a enfermedad del tejido conectivo (ETC) en 26 (28%), idiopáticas en 25 (27%) y secundarias a exposición en 22 (24%). El diagnóstico más frecuente: HP fibrótica en 15 (16%), neumonías intersticiales inclasificables en 9 (10%) y FPI en 8 (9%). La ETC más común fue esclerodermia. 53 (62%) recibieron tratamiento. 13 pacientes recibieron antifibróticos: 7 pirfenidona y 6 nintedanib, 8 con diagnóstico de FPI y 5 de fibrosante progresiva no FPI. 9 (10%) tuvieron efectos adversos al tratamiento. El 10%, requirió oxígeno durante el seguimiento y 6% rehabilitación respiratoria. Conclusión: Las ILD corresponden al 15% de la consultas en neumonología. El 53% eran fumadores. El patrón alternativo fue el más frecuente. Se obtuvo diagnóstico definitivo en el 67% de las biopsias. La mayoría tenía leve deterioro funcional y esto podría deberse a la temprana derivación. Las causas más frecuentes de ILD fueron las asociadas a ETC, idiopáticas y la exposicionales. El diagnóstico más frecuente fue la HP fibrótica seguida de la inclasificable y la FPI. La mayoría requirió tratamiento farmacológico. Los corticoides fueron las drogas más empleadas. La indicación más frecuente de antifibróticos fue la FPI.

ID#222

ARTRITIS REUMATOIDEA Y NÓDULOS PULMONARES ¿REUMATOIDES??

Autores: Thiago Chabat¹ | Juan Pablo Flores¹ | María Florencia Artola¹ | Mariana Ksiazienicki¹ | Ana Musetti¹

Filiación: ¹ Cátedra de Neumología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica con compromiso principalmente articular. El compromiso pulmonar es frecuente y variado pudiendo comprometer parénquima, vía aérea, vasos y pleura. Los nódulos reumatoideos (NR) son una presentación poco frecuente y de evolución variable. La mayoría son asintomáticos pero pueden presentar complicaciones. El desafío y complejidad de esta manifestación, es realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras patologías nodulares con distintos pronósticos y tratamientos. El tipo de compromiso pulmonar guía a su vez el tratamiento (biológicos, modificadores de la enfermedad) Casos

Clinicos: 1- Sexo femenino (SF), 60 años. Ex tabaquista. AR en tratamiento con Leflunomida, compromiso articular. NR en seguimiento imagenológico, confirmados por anatomía patológica (AP) en 2019. TAC tórax: nódulos sólidos (2) calcificados en lóbulo medio. Enfermedad estable. TAC de control 2022: Masa cavitada de 32 mm en lóbulo inferior derecho (LID). Se discute en comité de tumores y se realiza biopsia por punción bajo TAC.AP definitiva: Adenocarcinoma. Bacteriológico y micológico: negativo. Estadificación preTNM: Estadio Ib. Se realiza lobectomía inferior derecha (tratamiento pretendidamente curativo). 2- SF, 60 años. AR compromiso articular severo, tratamiento con Leflunomida y biológico Anti TNF (Etanercept) desde 2014. Progresión bajo tratamiento. En 2014 se descarta infección tuberculosa latente. Último control: disnea de esfuerzo progresiva Grado 3 mMRC. Tos productiva no efectiva. Exámen: estertores subcrepitantes en tercio superior de hemitórax derecho. TAC evidencia 2 nódulos en lóbulo superior izquierdo (LSI), el de mayor tamaño cavitado. (Fig. 1b) Se realiza fibrobroncoscopia con lavado bronquioloalveolar (FBC-LBA), GeneXpert MBT-RIF: positivo trazas. Se suspende Etanercept, y se inicia tratamiento para tuberculosis pulmonar. 3- SF, 67 años. AR en tratamiento con leflunomida. Compromiso articular. Diagnóstico NR 2020 por TC, algunos cavitados. Diagnóstico AP en 2021 en contexto de aumento de número y tamaño de los mismos. En enero de 2022, disminución de tamaño de nódulos preexistentes y aparición de nuevo nódulo (4 mm) en LSI, en TC de control presenta aumento de tamaño y cavitación. Aumento de tamaño de nódulo subpleural. (Fig. 1c) 2023: Tomografía Emisión de Positrones (PET): Nódulo cavitado en LID SUV 3,4. Aumento de tamaño del nódulo LSI.FBC-LBA descarta patología infecciosa. Se decide biopsia de nuevo nódulo hipercaptante (pendiente) se decide inicio de Rituximab. Discusión y Conclusiones: Los tres casos expuestos ejemplifican la importancia del "working diagnosis" de la patología nodular en pacientes con AR. No todos los nódulos en la AR reumatoide se vinculan a ésta patología. La conjunción de los antecedentes personales, la clínica, la imagenología, tratamientos recibidos así como la confirmación AP son los pilares fundamentales. Existe una amplia gama de diagnósticos diferenciales que hacen de esta patología un desafío diagnóstico y terapéutico.

ID#228

FIBROELASTOSIS PLEUROPARENQUIMATOSA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: PREVALENCIA EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autores: Vicente Ramiro Castro¹ | Guillermina Rizzo² | Silvia Quadrelli² | Manuel Ibarrola¹

Filiación: Sanatorio Güemes

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción y Objetivo: La enfermedad pulmonar en la esclerosis sistémica (SSc) comprende principalmente la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y la hipertensión arterial pulmonar (HAP). La EPI ocurre temprano dentro del curso de la enfermedad y tiene una mayor prevalencia entre los pacientes con enfermedad difusa y que son anti-topoisomerasa positivos. El patrón de imagen más común en la TC de alta resolución del tórax es el de NSIP La fibroelastosis pleuroparenquimatosa (FEPP) fue descrita por primera vez en el año 1992 por Amitani et al. como una fibrosis pulmonar idiopática de campos superiores, y en 2004 fue reconocida por Frankel et al. como una nueva entidad clinicopatológica. Los hallazgos característicos en la TCAR son la presencia bilateral en forma de engrosamiento pleural irregular y cambios fibróticos en parénquima subpleural de campos superiores. Hasta el momento los datos recientemente publicados en ERJ por Athol U. Wells, Elisabetta A. Renzoni muestran una prevalencia general de FEPP en la población combinada de SSc del 18% (11% con PPFE extensa) y se vinculó a la coexistencia de FEPP con una peor supervivencia. El objetivo del presente trabajo radica en si la FEPP podría considerarse como un posible patrón adicional de EPI asociada a la SSc, estimar la prevalencia, evaluar su impacto potencial en la supervivencia y el deterioro funcional, y evaluar la correlación entre FEPP y características radiológicas/clínicas seleccionadas. Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se revisarán todas

las historias clínicas de pacientes con Esclerodermia (definido según los criterios EULAR) atendidos de forma ambulatoria en los consultorios de neumonología y reumatología del Sanatorio Güemes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se analizaron las características de la población: edad, sexo, antecedente de tabaquismo (TBQ), presencia de anticuerpos específicos, comorbilidades asociadas, función pulmonar medida por FVC y DLCO, la presencia de EPI asociada, su patrón y extensión por tomografía y tratamiento inmunosupresor o el uso de antifibrótico concomitante. Las tomografías computarizadas de alta resolución serán evaluadas de forma independiente por un radiólogo experimentado. La presencia de EPI limitada o extensa en SSC se define de acuerdo con el sistema de estadificación propuesto por Goh et al. Se evaluará la repercusión de presentar fibroelastosis pleuropulmonar en el desarrollo de exacerbaciones y/o muerte, espirometría (deterioro de FVC, DLCO) y/o cambio en el tratamiento. Resultados: Se analizaron 82 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Esclerodermia, de los cuales 18 no contaban con realización de TAC de tórax por lo cual fueron excluidos. El análisis de los 64 pacientes se encuentra en realización. Los resultados se comentaran en congreso una vez finalizado el análisis de datos. Conclusión: La conclusión se realizara en base al análisis de los resultados y será comentada en el congreso.

ID#240

LAS DIFERENTES CARAS DE LA SARCOIDOSIS

Autores: Fiorella Mariel Ibañez Ugozzoli¹ | Ana María López¹ | Vanesa Abrate¹ | Verónica María Farieri¹ | Marcos Elias¹ | Leonardo Ubal¹ | Danilo Crescente Nieri¹ | Nicolás Matías Usedo¹ | Favio Cesaratto¹ | María Eugenia Olmos¹

Filiación: ¹ Hospital Privado Universitario de Córdoba

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La Sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida, con un amplio espectro de presentaciones con granulomas epitelioides no caseificantes. Prevalencia de 50-160/100.000 habitantes, edad 20-60 años. Su presentación camaleónica y multiorgánica, resulta un desafío e involucra a diversas especialidades, variando desde asintomática (50%), progresiva (25%), hasta incapacitante (10%). Se ha demostrado asociación a enfermedades autoinmunes y neoplásicas, con mayor frecuencia que en la población general. Presentamos 3 casos desafiantes de Sarcoidosis. CASOS CLÍNICOS: Caso 1: Mujer, 54 años, con antecedentes de asma eosinofílica. Consulta por disnea mMRC III. Adenopatía supraclavicular palpable. TC de tórax: micronódulos y adenopatías mediastínicas. Mediastinoscopia: granulomas no caseificantes. Mejoría con esteroides orales y estabilidad por años. 10 años después, agrega síntomas sicca (+), laboratorio: Anti Ro (+), ANA (+) granular fino 1/160, VSG 48 mm/h. Biopsia glandular salival: Sialoadenitis grado IV, diagnóstico de Sjogren (SS), actualmente con corticoides a bajas dosis e Hidroxicloroquina. Normalización funcional pulmonar, sin progresión de enfermedad clínica y radiológica. Caso 2: Femenina, 77 años. Diagnóstico de Sarcoidosis en 2005 por biopsia ganglionar mediastinal. Esteroides orales solo en recaídas. 10 años post diagnóstico, presenta adenopatía axilar derecha voluminosa. Biopsia: Linfoma NH Follicular. Cumplió 6 ciclos de P-CHOP, luego Rituximab, con remisión completa. Por reactivación de Sarcoidosis, se indican corticoides orales y Azatioprina, logrando control de la enfermedad. Pruebas funcionales: espirometría normal, DLCO 66%, 6MWT, 313 mts (75%), con caída de saturación de 6 puntos (95% a 89%). Caso 3: Mujer, 49 años, consulta por disnea persistente post internación por NAC. TC de tórax: masas conglomeradas parahiliares, micronódulos, adenopatías mediastínicas e hiliares, estenosis de bronquio segmentario superior y medio derechos. Fibrobroncoscopia: biopsia transbronquial con granulomas no caseificantes. Espirometría: FVC 57% 2.31lt, FEV1 45% 1.46lt. FEV1/FVC 63. Progresión clínica, radiológica y funcional incorporando al tratamiento esteroideo con Metotrexate, Adalimumab (anti-TNF). Mejoría sintomática, persiste estable imagenológica y funcionalmente. Discusión y Conclusiones: En el caso 1, se presentó la asociación Sarcoidosis-Sjogren, reportada en un

1-2% y en el caso 2, Sarcoidosis con LNH, descrito en 1974 por Brincker y Wilbek con una frecuencia 11 veces mayor que en la población general. Se postula que la inflamación crónica y la disregulación inmunitaria están vinculadas con el desarrollo de estas asociaciones poco frecuentes. En el caso 3, es interesante destacar que se logró estabilidad al sumar al tratamiento con MTX y esteroides, un anti-TNF, esquema no evaluado formalmente en Sarcoidosis. En conclusión, podemos decir que la Sarcoidosis es una enfermedad polifacética, desafiante por sus manifestaciones múltiples, requiriendo evaluación multidisciplinaria y mayor investigación.

ID#248

NÓDULOS PULMONARES COMO DEBUT DE ENFERMEDAD ASOCIADA A IGG4

Autores: Agustina Altamirano¹ | Bima Guillermo¹ | Paula Gonzalo¹ | Ariel Ballina¹ | Martín Maillio¹ | Martín González Vara¹ | Rocío Menga¹ | Luciana Vegetti¹ | Sebastián Wustten¹ | Paula Di Rienzo¹

Filiación: ¹ Htal J.M Cullen

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) es una afección inmunomediada que puede causar lesiones fibroinflamatorias multiorgánicas. Típicamente dacrioadenitis, sialoadenitis esclerosante, pancreatitis autoinmune, colangitis esclerosante y fibrosis retroperitoneal. La afectación torácica puede detectarse en el 30% de los pacientes con enfermedad sistémica. Caso clínico: Mujer de 47 años, ama de casa, sin antecedentes patológicos, presenta síndrome constitucional de un mes de evolución y hemoptisis reciente. Al examen físico respiratorio, auscultación libre. En TC tórax se evidencia imágenes nodulares con vidrio esmerilado perilesional en vértices (1). Se realiza fibrobroncoscopia(FBC) con cultivos y citología negativos, angiografía pulmonar sin malformación arteriovenosa. Siete meses después reingresa por dolor y edema en tobillos, disnea de un mes de evolución y pérdida de peso. Agrega imágenes nodulares de similares características, difusas y bilaterales(2). Se realiza laboratorio inmunológico (Hb 9 g/dL VES 68 mm/1^oh FAN 1/320 mitótico anti huso. ENA 16. Gammapatía policlonal) y biopsia de nódulo pulmonar. Luego de tres meses presenta edema y sensación urente en párpados, fotofobia, hemoptisis y fiebre. TC de tórax y senos paranasales: aumento de tamaño de lesiones nodulares, áreas de vidrio esmerilado periférico; engrosamiento mucoso de senos maxilares(3). Laboratorio: Hb 7,9g/dL VSG 106mm/1^oh, PCR 48.39mg/l, FAN 1/160-anti huso mitótico, ENA 36U, ANCA P 1/40, Ac antiMPO 93.7U/ml, IgG 1177mg/dl, IgG4 47,4mg/dl. Proteinuria 24 horas negativa.FBC: cultivos y citología negativos, 20% de hemosiderofagos. Biopsia pulmonar: parénquima con área nodular, fibrosis estoriforme, infiltrados linfoplasmocitarios, eosinófilos y escasas células gigantes multinucleadas, áreas de neumonía en organización. Relación IgG4/IgG: 40. Recuento de células IgG4+/hpf: 90. Hallazgos compatibles con Enfermedad por IgG4.REVISIÓN Y DISCUSIÓN La prevalencia de la IgG4-RD es de 2,63-10,2 casos por millón de habitantes, con una incidencia de 336-1300.La afectación pulmonar es la manifestación exclusiva de la enfermedad en alrededor del 10% de los casos. Los síntomas respiratorios son inespecíficos y dependen de la localización de las lesiones.Se puede observar cualquier patrón radiológico: afectación parenquimatosa localizada o intersticial difusa, adenopatías, engrosamiento bronquial, pleural y nódulos pulmonares. Criterios de clasificación de IgG4-RD incluyen: 1-características clínicas/radiológicas antes descriptas, 2-serológicas (IgG4>135mg/dl), 3-histológicas: fibrosis estoriforme, infiltrado linfoplasmocitario, inmunohistoquímica positiva para IgG4 (≥ 10 células/campo), relación IgG4+/IgG+ >40%.El tratamiento de primera línea es glucocorticoides o Rituximab. En nuestro caso se presenta una mujer joven con biopsia pulmonar compatible con enfermedad por IgG4 que se expresa clínicamente con síntomas respiratorios y lesiones nodulares pulmonares como primera manifestación de esta patología.

ID#278

LO QUE SE HEREDA NO SE HURTA. SERIE DE CASOS DE FIBROSIS PULMONAR FAMILIAR

Autores: *Beatriz Liliana Gil*¹ | Verónica Bellomo² | Marco Méndez Avellaneda³ | Matías Corroto⁴ | Ana Lucía Barbaglia² | Marcela Usandivaras⁵ | Norma Naval⁵ | Alfonso Méndez Avellaneda³ | Luis Fajre³

Filiación: ¹ Hospital Regional Concepción - Tucumán ² Hospital Ángel C. Padilla - Tucumán ³ Centro Radiológico Méndez Collado - Tucumán ⁴ Corroto Diagnóstico por Imágenes ⁵ Sanatorio 9 de Julio - Tucumán

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: Fibrosis Pulmonar Familiar (FPF) se define como cualquier Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) fibrótica en al menos dos familiares consanguíneos de primer o segundo grado. Representa hasta el 20% de los casos de Fibrosis Pulmonar (FP), si bien una búsqueda activa puede aumentar esa prevalencia. Es un subgrupo único y heterogéneo de EPI con una amplia gama de fenotipos de FP, siendo el prevalente el de una EPI fibrótica y progresiva, el más frecuente es el de Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). La herencia es autosómica dominante con penetrancia reducida. Está asociada a mutaciones de los genes de Telomerasa y Surfactante, y a un polimorfismo en la variante MUC5B. Clínicamente son indistinguibles de la FP esporádica. Los pacientes son en su mayoría hombres, fumadores, más jóvenes y con peor pronóstico que la FP esporádica. La agregación familiar es el principal factor de riesgo de FP en parientes aún no afectados, por lo que es esencial determinar la Historia Familiar y pesquisar tempranamente enfermedad intersticial en familiares asintomáticos. Serie de Casos. Se presentan 21 pacientes con FPF pertenecientes a seis familias. Se realizaron los pedigrí de cada familia a partir del paciente de referencia (Fig. 1). La edad media de los pacientes de referencia al momento del diagnóstico fue de 55 años (rango 35 a 68); predominó el sexo femenino (13 mujeres). De los 21 pacientes, 14 presentaron antecedente de Tabaquismo con una historia de consumo de >40 p-y. Los diagnósticos fueron: 6 FPI, 4 asociadas a Artritis Reumatoidea (AR), 3 asociadas a Síndrome de Sjögren (SS), 3 Neumonía por Hipersensibilidad crónica (NHC), 3 secundarias a Tabaquismo (Síndrome Combinado Fibrosis Enfisema-SCFE), 1 asociada a miopatía inflamatoria y 1 paciente fallecido donde no se obtuvo la causa. Los patrones descriptos en las TCAR fueron: 12 Neumonía Intersticial Usual (NIU), 7 Indeterminados para NIU, 1 Neumonía Intersticial Inespecífica (NINE), 1 de patrón desconocido. Funcionalmente el patrón característico fue restrictivo (FVC promedio 60%) con una DLCO promedio de 50%. Comorbilidades presentes en 16 de los 21 pacientes, las más frecuentes HTA e Hipotiroidismo. Discusión. Se describen las características de las EPI en este subgrupo de 21 pacientes con FPF. Confirmamos la similitud clínica y funcional de la FPF con la FP esporádica. Asimismo, la anticipación genética. En todas las familias hubo variabilidad de patrones tomográficos y diagnósticos, aun hasta 3 patrones diferentes en una misma familia, características mencionadas en la literatura. Conclusión: La detección clínica y/o genética facilita identificar la FPF incluso subclínica, lo que permite considerar ante primeros síntomas o progresión, el inicio precoz de tratamiento antifibrótico. Reconocer tempranamente la enfermedad ofrece la oportunidad de retrasar la progresión y mejorar las expectativas en las familias con FP. Hasta que las pruebas genéticas estén ampliamente disponibles en nuestro medio y brinden resultados procesables, los antecedentes familiares deben determinarse cuidadosamente.

ID#295

NEUMONITIS POR PEMBROLIZUMAB

Autores: *Jhon Brandon Arnez Flores*¹ | Daniel Orlando Luna Bautista¹ | Isabel Satama² | Laura Clivio¹ | Federico José Jáuregui¹

Filiación: Hospital San Juan de Dios de la Patria

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La Neumonitis es una complicación poco común pero potencialmente grave del tratamiento con in-

munoterapia. Estos fármacos pueden provocar efectos adversos graves relacionados con el sistema inmunitario. Pembrolizumab es un inhibidor de PD1 y PDL1. En el 1 al 10% de los pacientes tratados con Pembrolizumab pueden presentar neumonitis como efecto adverso. Caso clínico: Enfermedad actual: Masculino de 65 años, consulta por disnea mMRC 4, progresiva de 1 mes de evolución, asociado a tos no productiva, astenia, adinamia y pérdida de peso. Antecedentes de enfermedad actual: Diagnosticado en Junio de 2022 con Ca de pulmón de células gigantes, realizó tratamiento con Pembrolizumab 8 sesiones con buena respuesta al mismo. La última realizada en febrero del 2023. Hábitos: Extabaquista 50 Paq/año. Examen físico: En regular estado general, vigil, orientado en tiempo, espacio y persona, hemodinámicamente estable. SatO₂: 90% (0,21), FR: 22 rpm, con regular mecánica ventilatoria, regular entrada de aire bilateral, roncus en ambos campos pulmonares e hipoventilación generalizada. TC de tórax: Extenso compromiso parenquimatoso difuso, bilateral, con reticulaciones, bronquiectasias por tracción y vidrio esmerilado de predominio subpleural, basal posterior. Lesión apical izquierda cavitada con imagen redondeada en su interior. FIG. C). Laboratorio: Hto 40%, Hb 13,5 g/dl, GB: 8970 e/mm³ (Neutrófilos 91%, Linfocitos 6%, eosinófilos 0%), pH: 7,37, pCO₂: 50 mmHg, pO₂: 57 mmHg, HCO₃: 25 mmol/L, EB: 3,7 mmol/L, SO₂: 87%, Lact 1,04 mmol/L, FIO₂: 0,21% Serología: HIV, VHB, VHC, VDRL negativas. Virología: HNF PCR para COVID 19: Negativo Microbiología: Hemocultivos negativos. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina/Tazobactam, sin resultados microbiológicos, persiste con requerimientos altos de oxígeno. Se descarta la realización de FBC por estatus y performance del paciente. Se realiza una evaluación comparativa con tomografías previas, donde no se observa correlación con las imágenes actuales y en conjunto con servicio de Oncología se decide iniciar corticoides a 2 mg/kg/día, interpretándose el cuadro como toxicidad pulmonar por fármacos, cumple los días de antibiótico, continúa con tratamiento corticoideo por 45 días, sin respuesta al mismo, con deterioro gasométrico y finalmente óbito. Discusión y Conclusión: Presentamos un caso de Neumonitis por inmunoterapia, debido a que su diagnóstico es de exclusión, es de suma importancia descartar diagnósticos diferenciales, intentando no retrasar el abordaje terapéutico. El tiempo entre la exposición al fármaco y el desarrollo de neumonitis es variable. El diagnóstico requiere la valoración multidisciplinaria para definir conductas. Al no haber criterios diagnósticos bien establecidos y ser una entidad meramente de exclusión, continúa siendo un desafío su abordaje.

ID#302

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A MIOSITIS INFLAMATORIA AGUDA: LAS DOS CARAS DE LA MONEDA

Autores: *Sergio Iturry*¹ | Nancy Camara¹ | Fielli Mariano¹ | Mariela Godoy¹

Filiación: ¹ Hospital Nac. Prof. A. Posadas

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: Las miopatías inflamatorias autoinmunes (MIA) son una serie de entidades clínicas que se caracterizan por presentar miositis con o sin afección cutánea y que pueden cursar con compromiso pulmonar en hasta un 75% de los pacientes. El subtipo más común es la dermatomiositis. Se considera que la afección pulmonar es la causa más importante de mortalidad y habitualmente se presenta como enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Para una adecuada caracterización se debe determinar la presencia de autoanticuerpos. Existe una gran variedad asociados a EPI, los más frecuentes son el Ac anti-MDA-5, Ac anti-NXP2 y los llamados anticuerpos anti sintetasa (Jo-1, PL-7 PL-12). Los patrones tomográficos más frecuentes son la neumonía organizada (NO) y la neumonía intersticial no específica (NSIP). En algunos casos la enfermedad pulmonar puede ser rápidamente progresiva (EPRP) y la inmunosupresión inmediata es mandatoria. Caso 1: Paciente masculino de 68 años con antecedentes de tabaquista, hipertensión arterial (HTA), arritmia no filiada, hipotiroidismo y EPI de diagnóstico reciente con patrón tomográfico de NSIP. Concurrió a la guardia por cuadro

de 72 h de evolución caracterizado por progresión de la disnea habitual. A su ingreso presentaba insuficiencia respiratoria (IRA) que mejoraba parcialmente con oxígeno. La tomografía (TC) de tórax evidenció progresión con extenso vidrio esmerilado y el laboratorio CPK elevada, Ac anti Jo1 (+) y Anti Ro (+). Se realizó el diagnóstico de síndrome antisintetasa. Pasó a UTI, donde fue tratado con cánula nasal de alto flujo (CAFO), interpretándose el cuadro como SDRA en el marco de EPRP por lo que se decidió realizar pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con buena respuesta. Caso 2: Paciente masculino de 51 años con antecedentes de HTA y MIA con compromiso pulmonar en seguimiento (había recibido tratamiento con corticoides y metrotrexato). Acudió por cuadro de 7 días de evolución de tos y disnea. A su ingreso se constató IRA, leucocitosis, PCR elevada y CPK elevada. En la TC de tórax se evidenció vidrio esmerilado asociado a consolidaciones bilaterales. Se interpretó como EPRP y evolucionó con requerimiento de ventilación mecánica decidiéndose tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida y mantenimiento con ciclosporina. Por hipoxemia severa y respuesta parcial al tratamiento se decidió iniciar plasmaféresis con mejoría transitoria de la oxigenación. Posteriormente intercurrió con neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV), shock séptico y falleció. Caso 3: Paciente femenina de 32 años con antecedentes de hipotiroidismo y dermatomiositis con trastorno deglutitorio (tratada anteriormente con ciclofosfamida) y varios episodios de neumonía aspirativa, el último 15 días antes de la consulta. Acudió por cuadro de 24 h de evolución caracterizado por disnea e IRA con hipercapnia. Se indicó antibioticoterapia. En la TC de tórax existía consolidación en lóbulo medio y ambos lóbulos inferiores. Se indicó antibioticoterapia y se realizó espirometría que mostraba severa caída de la FVC (12%), con PIMAX y PeMAX muy disminuidas. Se interpretó el cuadro como neumonía e hipoventilación alveolar por compromiso de los músculos respiratorios. Requiere ventilación mecánica. La RMI de la musculatura pélvica y escapular mostró edema muscular interpretándose como reactivación de su enfermedad por lo que se indicó metilprednisolona, ciclofosfamida y gammaglobulina. Evolucionó con mejoría progresiva de la fuerza muscular. Discusión: Las MIA pueden ser causa de IRA por 2 mecanismos: el compromiso intersticio alveolar rápido y progresivo (EPRP) y disfunción de la bomba muscular e hipoventilación alveolar. Cuando la EPI es agresiva y progresa a SDRA siempre se debe sospechar de la presencia de Ac antiMDA-5 más aún cuando existe compromiso dermatológico extenso y el perfil antisintetasa es negativo (Ac anti-Jo1 PL-7 y PL-12), como en el caso detallado anteriormente. Algunos pacientes con dermatomiositis atípica y varias exacerbaciones de la enfermedad pueden tener atrofia muscular por lo que las enzimas musculares pueden permanecer bajas y dejan de ser criterio de evaluación de la actividad de la enfermedad. En esos casos es crucial la RNM que puede mostrar edema muscular y guiar el tratamiento, como en el último caso descrito. En pacientes cuya enfermedad progresa a IRA se debe realizar el ingreso precoz a la UTI a fin de definir el momento oportuno de la ARM en caso de que el paciente lo requiera. Los pacientes con MIA son pacientes complejos que deben ser abordados de forma multidisciplinaria para un diagnóstico precoz y preciso y un tratamiento adecuado.

ID#307

COMPROMISO PULMONAR QUÍSTICO: HIV Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE

Autores: Betiana Lorena Pereyra¹

Filiación: Hospital San Roque de Córdoba

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Enfermedades intersticiales

Resumen: Introducción: La neumonía intersticial linfoidea (NIL) es una entidad poco frecuente caracterizada por la infiltración del intersticio y los espacios alveolares por linfocitos, células plasmáticas y otros elementos linfocitulares. Su etiología es desconocida, se asocia a factores autoinmunitarios e infecciosos. En relación al SIDA es más frecuente en niños. La NIL asociada síndrome de Sjögren se caracteriza por infiltración de las glándulas exócrinas por linfocitos y células plasmáticas. Las manifestaciones extraglandulares ocurren en más del 50% de los pacientes y las pulmonares ocurren en un 10%. Caso clínico:

Femenino 45 años, Oriunda Perú. Empleada doméstica. App: HIV (TARV), Neumotórax traumático. MC: Control post neumotórax traumático AEA: neumotórax traumático por accidente de tránsito con hallazgos tomográficos de múltiples quistes bilaterales. Asintomática respiratoria. SatO₂ 98% aa, sibilancias aisladas. DX PRESUNTIVOS: NIL, LAM, HISTIOSITIS X.CONDUCTA: TC TÓRAX: múltiples imágenes de aspecto quístico de paredes finas, distribuidas en forma homogénea bilaterales, la mayor de 40 mm, el resto de menor tamaño. ESPIROMETRÍA: defecto ventilatorio obstructivo moderado. DLCO: normal. TM6: Recorre 370 mts (59% del predicho), desaturación sostenida. BIOPSIA QUIRÚRGICA: Microscopia: áreas focales de enfisema con tabiques interalveolares rotos y focalmente infiltración intersticial por linfocitos, no conforman folículos linfoides con centros germinales. Macrófagos intralveolares e hiperplasia de neumocitos tipo 2. Infiltrados linfoides en áreas peribronquiolares y bronquiolos respiratorios.No se objetivan granulomas epiteloideas, células gigantes intersticiales intralveolares ni focos fibroblásticos..Diagnóstico: discreta neumonitis a predominio linfoide, áreas focales de enfisema. Laboratorio: VSG 58 PCR 2,6 mg/l,76 mg/dl,Alfa 1 Antitripsina 1,3 g/l,VIT D 18,72 ng/ml ANCA (-),C3 120 mg/dl,C4 27 mg/dl,FR 28 UI/ml, Anti-CCP (-)ANA (+) 1/640, Patrón Granular fino. Ac. Anticitooplasmático (+) 1/640 Ac. AntiDNA (-)Ac. Anti-Ro52 (+) Ac. Anti- Ro60 (+),Ac. anti- Beta 2- Glicoproteína 1(-) Carga viral indetectable.CD4 normales. Biopsia glándula salival: escaso infiltrado inflamatorio mononuclear periductal. No se observa sialoadenitis ni procesos linfoproliferativos.Reumatología: LES+ artritis vs SSJ.TTO:Hidroxicloroquina 200, Meprednisona 8 mg, Calcio + vit d3. Evolución: Disnea progresiva a esfuerzos moderados y poliartralgias. Diagnóstico: NIL asociado a SSJ/HIV + ENFISEMA asociado a HIV. Comentarios: presentamos este Caso clínico con enfermedad pulmonar quística por la complejidad para llegar a un diagnóstico definitivo y su probable etiología ya que las múltiples patologías que presenta podrían ser causales de Neumonía intersticial linfocítica, lo que genera también un dilema a la hora de abordar el tratamiento.

ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS E INMUNOLOGÍA

ID#28

APPARENT 2: PERSPECTIVAS DE MÉDICOS Y PACIENTES SOBRE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD Y EL MANEJO DEL ASMA. SUBANÁLISIS DE LA COHORTE ARGENTINA: CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Autores: Gabriel García¹ | Ailín Vallejos² | Adrián Lijavetzky²

Filiación: ¹ Servicio de Neumonología, Hospital Rossi, La Plata, Argentina ² GSK Argentina

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: El asma es una enfermedad prevalente y representa una carga económica, social y sanitaria significativa en todo el mundo. El control del asma es crucial al tomar decisiones terapéuticas en países como Argentina. Objetivo: Evaluar las perspectivas de la vida real tanto de médicos como de pacientes sobre el control y manejo del asma. Materiales y métodos: Subanálisis de la cohorte argentina del estudio Apparent 2 (un estudio multinacional basado en encuestas en línea a médicos y pacientes realizadas entre agosto y noviembre de 2021). Se abordaron el nivel de gravedad, el control de los síntomas y las estrategias de tratamiento. Resultados: Se encuestaron trescientos treinta médicos (internistas, médicos de atención primaria y neumólogos, con al menos 3 años de experiencia y que tratan al menos a 4 pacientes asmáticos al mes) y doscientos dieciséis pacientes (mayores de 18 años, con un diagnóstico médico de asma y que han recibido tratamiento en los últimos 6 meses). Percepción de la carga de la enfermedad por gravedad del asma: hubo una desconexión entre la gravedad del asma reportada por los médicos y los pacientes (Figura 1), pero ambos coinciden en que el objetivo terapéutico más importante es el control (44% y 46%, respectivamente). En cuanto a los síntomas, el 90% de los pacientes informó que su asma estaba algo/bien controlada,

aunque la puntuación de ACT era de 16 puntos. La combinación regular de ICS/LABA (con o sin SABA de rescate) fue la opción preferida por los médicos (63%) en comparación con otras opciones (37%). A pesar de que el 63% de los médicos afirmó que dieron un plan de acción a sus pacientes, confirmaron que solo el 5% de sus pacientes lo cumplió. El 78% de los médicos afirmó que el autoinforme del paciente es la mejor forma de evaluar la adherencia, mientras que los pacientes respondieron que la herramienta más útil para este propósito es el contador de dosis en el dispositivo. **Figura 1** **Conclusión:** Aunque los objetivos para médicos y pacientes son similares (lograr controlar el asma y evitar exacerbaciones), existen graves deficiencias en cuanto al control y la adherencia. Como lecciones para la práctica clínica, todavía hay margen de mejora en la indicación de un plan de acción para las exacerbaciones, en las formas de monitorear la adherencia y en la percepción de la carga de la enfermedad. **Declaración de financiamiento:** Este estudio fue financiado por GSK (ID del estudio: 214325).

ID#45

PREVALENCIA DE HIPOGONADISMO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y SU ASOCIACIÓN CON LA GRAVEDAD: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Autores: Horacio Matías Castro¹ | Joaquín Maritano Furcada¹ | Pablo René Costanzo² | Pablo Knoblovits² | Sebastián Matías Suárez² | Eduardo Luis De Vito³

Filiación: ¹ Sección de Neumonología, Hospital Italiano de Buenos Aires. ² Servicio de Endocrinología, Hospital Italiano de Buenos Aires. ³ Servicio de Neumonología, Instituto Lanari.

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: el hipogonadismo se observa comúnmente en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, la prevalencia del hipogonadismo en la EPOC varía entre los estudios y se ha asociado con varias manifestaciones sistémicas que incluyen osteoporosis, depresión, disfunción sexual y debilidad muscular. El objetivo de este estudio fue determinar y comparar la prevalencia de hipogonadismo en hombres con y sin EPOC. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal en 134 pacientes con EPOC estable y 70 hombres de la misma edad sin EPOC. El hipogonadismo se definió por la presencia de síntomas según el cuestionario Androgen Deficiency in Aging Males, junto con la deficiencia total de testosterona (< 300 ng/ml). **Resultados:** Los pacientes tenían una edad media de 68 años (DE 6), un índice de masa corporal de 28 kg/m² (DE 6) y el 17% eran fumadores activos. La prevalencia de hipogonadismo fue del 41,8% en hombres con EPOC (N=56, IC95% 33-51) y del 10,0% en hombres sin EPOC (N=7, IC95% 4-20), con una razón de prevalencia de 4,2 (IC95% 2,0-8,7, p<0,001). Las concentraciones bajas de testosterona total fueron significativamente más altas en los pacientes con EPOC que en el grupo de control (47,0% frente a 15,7%, p= < 0,001). En el grupo EPOC, el 89,3% de los pacientes tenían hipogonadismo central. **Conclusiones:** La prevalencia de hipogonadismo fue alta y mayor en hombres con EPOC que en hombres sin EPOC. Este estudio sugiere que los pacientes con EPOC deben ser valorados para detectar hipogonadismo.

ID#46

ASOCIACIÓN ENTRE EL HIPOGONADISMO Y LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Autores: Horacio Matías Castro¹ | Joaquín Maritano Furcada¹ | Pablo René Costanzo² | Sebastián Matías Suárez² | Pablo Knoblovits² | Eduardo Luis De Vito³

Filiación: ¹ Sección de Neumonología, Hospital Italiano de Buenos Aires. ² Servicio de Endocrinología, Hospital Italiano de Buenos Aires. ³ Servicio de Neumonología, Instituto Lanari.

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) frecuentemente coexiste con otras comorbilidades, una de ellas es el hipogonadismo. La asociación entre la

gravedad de la EPOC y el hipogonadismo es controvertida. El objetivo primario fue evaluar la asociación entre la gravedad de la EPOC y el hipogonadismo. El objetivo secundario fue comparar las características clínicas de los pacientes EPOC hipogonádicos y eugonádicos. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó 134 pacientes con EPOC estable. Se definió el hipogonadismo por la presencia de síntomas, según el cuestionario Androgen Deficiency in Aging Males, y un déficit de testosterona total (<300 ng/ml). Los pacientes con EPOC se clasificaron en graves y leves según la clasificación de riesgo de la guía española del EPOC. En un análisis de regresión logística multivariado se evaluó la relación entre la gravedad de la EPOC y el hipogonadismo. **Resultados:** La prevalencia de hipogonadismo fue mayor en las EPOC graves que en los leves, con una razón de prevalencia de 1,8 (p=0,007). La EPOC grave se asoció a un incremento del odds del hipogonadismo (OR 2,60 IC 95% 1,23-5,48, p=0,012) independientemente de la edad, el índice de masa corporal, la enfermedad cardiovascular y la insuficiencia renal crónica. Los pacientes con EPOC hipogonádicos tuvieron menores niveles porcentuales de FVC y FEV1 y mayor grado de disnea que los eugonádicos. **Conclusión:** La prevalencia de hipogonadismo fue mayor en los pacientes con EPOC grave que los leves y se asoció con su gravedad. Dada su elevada prevalencia, el hipogonadismo debería ser evaluado en los pacientes con EPOC, especialmente en los EPOC graves.

ID#134

CRISIS ASMÁTICA, ANÁLISIS POBLACIONAL EN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autores: Leonardo Lefanti Aeraki | Rocio Ruiz¹ | Turk Romina¹ | Hely Cruz Urcia¹ | Laura Alberti¹ | Veronica Lawrinskyj¹

Filiación: ¹ Hospital de Rehabilitación Respiratoria Ferrer, Buenos Aires, C.A.B.A

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: El asma es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación de la vía respiratoria y limitación variable al flujo aéreo espiratorio. De acuerdo con el Global Asthma Report 2022 de la OMS se estima que en todo el mundo el asma afecta a aproximadamente el 6,6% de adultos. La crisis asmática (CA) es el empeoramiento clínico y funcional agudo o subagudo, que puede requerir internación y si no recibe el tratamiento adecuado, llevar a la muerte del paciente. El impacto de la economía sobre el acceso a la salud, principalmente en países en desarrollo, llevan a un control inadecuado de la enfermedad, generando aumento de la morbimortalidad. **Objetivo:** Describir las características clínico demográficas a nivel local de pacientes con CA, los factores de riesgo y las causas de internación en un hospital monovalente respiratorio. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo y descriptivo en el que se incluyó pacientes internados con CA en el Hospital María Ferrer desde enero del 2021 a diciembre del 2022. Se analizaron datos demográficos y clínicos. Las variables categóricas se expresaron como número absoluto de presentación y porcentaje. Se analizó la normalidad de las variables continuas con el test de Kolmogorov-Smirnov, representando las que asumieron una distribución normal con media y desvío estándar (\pm), y las que asumieron una distribución anormal como mediana y rango intercuartílico 25-75. Se consideró un valor de significancia estadística de p<0,05. **Resultados:** De un total de 1668 pacientes internados en este periodo en el hospital, 103 (6,1%) fueron por CA. Con una media de días de hospitalización de 7,88. La edad promedio fue de 46 años. Con obesidad (O) 42 (40,8%), Rinitis (R) 47 (45,6) y Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) 32 (31,1) no tratados. 23 (22,3) pacientes tuvieron asma casi fatal (NFA) Del total, 57 (55,3%) se encontraban sin realizar tratamiento de mantenimiento y 85 (82,5%) usando Salbutamol (SABA) como única medicación. 44 (80%) pacientes ingresaron con IRA Tipo I, definida como pO₂ menor a 60 mmHg con pCO₂ menos a 45 mmHg, y 65 (63,1%) requirieron oxígeno suplementario cánula nasal; y 4 (3,9%) IOT/ARM. El principal motivo de exacerbación fue por falta de acceso económico a la medicación (58,3%), 30

(29,1%) fueron CA secundarias a infección, y de estos 18 (60%) de causa viral, positivo para influenza en 12 (66,6%). 66 (64,1%) pacientes se atendieron por guardia en los 6 meses previos a la consulta y 27 (26,2%) presentaron una internación previa en este periodo. De la población analizada 88 (85,4%) escalaron en el tratamiento de mantenimiento. Y un 64% acudió a controles de salud posteriores al alta. Discusión: Existe mayor riesgo de exacerbación en pacientes con comorbilidades no tratadas, principalmente R, O y ERGE; principalmente en aquellos que no tienen acceso a tratamiento de mantenimiento y con al menos una consulta en los últimos 6 meses previos a la internación. Otras características que aumentan el riesgo de hospitalización fueron el antecedente de NFA y la internación previa dentro del periodo analizado. Conclusión: En base a lo analizado, es de suma importancia garantizar la educación del paciente asmático, a fines de mejorar su literacia con su enfermedad. Y tener como principal pilar de prevención y control, el acceso a la medicación de mantenimiento y controles de salud.

ID#149

¿CÓMO LLEGA EL PACIENTE ASMÁTICO AL SERVICIO DE EMERGENCIAS? DATOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES (AMBA) SABINA EMERGENCIAS

Autores: Martín Pascansky | V. Brichetti¹ | P. Csipka¹ | E. Franchi² | L. Laborde² | M. Orazi³ | H. Benito³ | C. Oliva⁴ | A. Blua⁴

Filiación: ¹ Hospital Donación Francisco Santojanni, Buenos Aires, ² Hospital Universitario Austral, Pilar, Pcia. Buenos Aires, ³ Hospital Italiano, Buenos Aires, ⁴ Departamento Médico, Astrazeneca

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: Los objetivos del control del asma son prevenir la aparición de síntomas, reducir el riesgo de exacerbaciones y disminuir el riesgo de mortalidad. Para ello han sido fundamentales, más allá de la utilización de los corticoides inhalados, la educación médica, la evaluación de técnica inhalatoria, la adherencia a la medicación controladora y la indicación de planes de acción. Aun así, los pacientes enfrentan exacerbaciones de diversa gravedad. Objetivos: El estudio SABINA EMERGENCIAS investigó como objetivo primario la forma en que los pacientes concurren al servicio de emergencias (SE), en términos de la frecuencia y el uso de la medicación de rescate. Los objetivos secundarios incluyeron cantidad de consultas al SE; uso de corticoides sistémicos (CS); uso de agonistas beta-2 de acción corta (SABA), tratamiento controlador y disponibilidad de un plan de acción. Material y métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo, en cuatro hospitales polivalentes de alta complejidad del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en pacientes adultos con asma. Se obtuvo de cada historia clínica los datos requeridos en los objetivos del estudio. Se usó estadística convencional. Resultados Se enrolaron 323 pacientes (edad: 43,7±16,8 años; mujeres: 66,6%). El 61,3% no estaban en seguimiento con el especialista. El 90,1% utilizaban SABA como rescate (mediana: 10 inhalaciones; rango intercuartil [RIQ] 4-20) durante la semana previa. El 75,9% habían tenido ≥1 consulta al SE en el año previo (mediana: 2; RIQ 1-3), el 29,4% habían sido hospitalizados y el 59,1% habían recibido ≥1 ciclo de CS. La mediana de consumo de SABA era de 3 envases/año (RIQ 1-5); el 51,7% habían utilizado ≥3 envases. El 53% no empleaban tratamiento de mantenimiento y de estos el 23% usaba SABA con ese fin. El 75,9% de los participantes señaló que no efectuaba el tratamiento de mantenimiento con regularidad. Por último, el 77,1% no contaba con plan de acción. Conclusión: En una muestra de pacientes adultos con asma atendidos en hospitales polivalentes del AMBA, se observó bajo seguimiento por especialistas, con alto consumo de medicación de rescate y baja adherencia a tratamiento controlador. Se remarca la necesidad de optimizar el manejo de estos pacientes, con énfasis en las tasas de derivación al especialista, acceso y adherencia al tratamiento controlador y prescripción de planes de acción.

ID#169

MORTALIDAD POR ASMA EN MAYORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA. MAGNITUD EN 2021 Y TENDENCIA 1980-2021

Autores: Laura Corti¹ | Yamila Diaz¹ | Pamela Meinardi¹ | Sergio Arias¹ | Carina A Calabrese¹

Filiación: ¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación.

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: El asma es una enfermedad crónica de las vías aéreas inferiores que puede provocar exacerbaciones y resultar en la muerte, aunque existen en la actualidad medidas eficaces para controlarla y evitar la muerte. En Argentina sigue siendo un problema de importancia tanto en la cantidad de casos como en la mortalidad. Objetivos: Describir la situación de la mortalidad por Asma en mayores de 5 años en Argentina entre 1980 y 2021. Materiales y métodos: Se realizó un análisis descriptivo de las defunciones por asma (CIE10, J45-46) en mayores de 5 años en base a los registros de la DEIS. Para la evaluación de la magnitud se utilizó información de 2020-2021 y la tendencia se analizó en el periodo 1980-2021. Se calcularon porcentajes y tasas ajustadas por edad y sexo cada 100 000 habitantes para comparación entre jurisdicciones y para evaluación de la tendencia del total del país. Se evaluó la tendencia mediante un modelo lineal, expresado como Variación Anual Promedio porcentual (VAP), con su IC de 95%. La información poblacional se obtuvo del INDEC. Resultados: En Argentina en el año 2021 se registraron 302 muertes por asma en mayores de 5 años, lo que representó una tasa ajustada por edad y sexo de 0,55 cada 100 000 habitantes. Este número de muertes fue un 12% menos que en 2020 (343), lo que representó una reducción de 0,16 puntos en la tasa ajustada (0,71). En el bienio 2020-2021 la mortalidad se distribuyó de manera desigual entre las jurisdicciones: San Juan (1,49), Santa Cruz (1,38) y Misiones (1,38) registraron las tasas por 100 000 habitantes ajustadas por edad y sexo más altas, mientras que Neuquén (0,07), Santa Fe (0,25) y Santiago del Estero (0,41) registraron las tasas más bajas. La Rioja y Tierra del Fuego no registraron muertes; Neuquén registró una muerte en 2020 y ninguna en 2021. La distribución porcentual de los casos del año 2021 por grupo de edad muestra un incremento a medida que aumenta la edad: 2,3% entre 5 y 19; 10,6% entre 20 y 39; 13,2% entre 40 y 59; y 73,8% en mayores de 60 años. Si bien la mayoría de las muertes ocurren arriba de los 60 años, todavía se producen muertes en edades menores: en menores de 40 años, en el bienio ocurrieron 39 muertes. En el año 2021 las mujeres representaron el 58,5% del total. La tasa en mujeres fue de 0,75 por 100 000 habitantes, mientras que en varones fue de 0,56, lo cual se reflejó en un índice de masculinidad de 0,71. El análisis de la mortalidad por asma a partir de 1980 evidencia una tendencia al descenso (-4,78). Este comportamiento fue similar para ambos sexos, pero se acentuó en el grupo de varones, el cual presentó una VAP de -5,63 (IC: -4,38; -3,68) en comparación con la VAP de -4,03 (IC: -4,38; -3,68) en mujeres. Conclusiones: La mortalidad por asma se concentra en los grupos de mujeres y de personas de 60 y más años, pero se producen todavía muertes en menores de esa edad. Si bien la mortalidad se encuentra en descenso desde 1980 en forma constante, sigue siendo importante incrementar el diagnóstico y tratamientos adecuados para prevenir defunciones por esta causa.

ID#174

SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EPOC EN ARGENTINA. 1980-2021

Autores: Lucía Ghio¹ | Rosana Dalla Fontana¹ | Sergio Arias¹ | Carina Calabrese¹

Filiación: ¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni".

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción y objetivo: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) constituye un desafío en el ámbito de la salud pública debido a su creciente prevalencia y su impacto en la calidad de vida de las personas. Describir la magnitud, evo-

lución y características de la mortalidad por EPOC en población mayor de 40 años, en Argentina para el período 1980-2021. Materiales y Métodos: Se analizaron defunciones notificadas por EPOC (Códigos 490-92, 494-96 de la CIE-9; y J40-J44 y J47 de la CIE-10) en población argentina de 40 años y más de las bases de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud para el período 1980-2021. Se calcularon tasas anuales de mortalidad por 100 000 habitantes ajustadas por edad y sexo, utilizando las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Se analizó la magnitud del bienio 2020-2021 por jurisdicciones y por grupos de edad y sexo. La evolución de la tasa de mortalidad para el total y con la edad a lo largo del tiempo se analizó aplicando un modelo lineal simple del logaritmo de las tasas, y su porcentaje de variación mediante el cálculo de la Variación Anual Promedio (VAP) calculada con Jointpoint. Se utilizó un nivel de confianza del 95%. Resultados: En 2021 se registraron 5030 muertes por EPOC en la población de mayores de 40 años en Argentina, 317 (6,3%) muertes más que en 2020 con una tasa de mortalidad ajustada de 22,5 por 100 000 habitantes, 1 punto por debajo de la tasa registrada en 2020. La mortalidad aumentó con la edad: la tasa aumenta de forma variable por cada año de edad. El 56,4% de las muertes por EPOC se producen por encima de los 74 años. En varones, la tasa fue 2,1 veces mayor que en mujeres, 31,5 vs 15,2 muertes por 100 000 habitantes, respectivamente. En 2020-2021, la tasa de mortalidad varió entre 7,5 en Tucumán y 61,0 en Santa Cruz, cifra 8 veces superior. Las jurisdicciones con las tasas más elevadas fueron Santa Cruz, Neuquén (41,5) y San Juan (40,4). Un total de 17 jurisdicciones superaron la tasa del nivel nacional. Por el contrario, las más bajas tasas ajustadas para el bienio se observan en Tucumán, Jujuy (10,3) y La Rioja (13,5). En el periodo 1980-2021 se produjo un aumento de 0,98% (IC: 0,6 a 1,4) anual promedio de la tasa de mortalidad. Durante este periodo la VAP en mujeres fue de 2,88 (IC: 2,5; 3,3) y en varones 0,36 (IC: -0,1; 0,8), siendo este último no significativo. Conclusiones: La mortalidad por EPOC en Argentina sigue siendo un problema importante. Existe desigualdad en la mortalidad entre jurisdicciones y se produce casi la mitad de las muertes por debajo de la esperanza de vida (75 años). La tendencia general de la mortalidad fue al aumento. La importancia de la mortalidad por EPOC y su evolución desfavorable al aumento, indican la necesidad de estudiar sus características, a fin de identificar grupos que deben ser tenidos en cuenta para brindar acceso al diagnóstico y tratamiento, además de acciones de promoción, destinadas a reducir los factores de riesgo.

ID#176

EXACERBACIÓN SEVERA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC). ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE MONTEVIDEO, URUGUAY

Autores: *Federico Bonavita*¹ | *Cecilia Acosta*¹ | *Romina Aguilera*¹ | *Geraldine De Souza*¹ | *Martha Inés Rodríguez*¹ | *Juan Pablo Soto*¹

Filiación: ¹ Catedra Neumología, Universidad de la República, UdelaR.

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: I. Introducción. La EPOC constituye la tercera causa de muerte a nivel mundial y es una causa mayor de morbimortalidad. Las exacerbaciones tienen valor pronóstico y se relacionan con la mortalidad, especialmente si requieren ingreso a UCI. II. Objetivo: Describir características clínicas y epidemiológicas de pacientes EPOC que ingresan a UCI en contexto de exacerbación, en un hospital público de Montevideo. III. Material y método. Estudio retrospectivo, descriptivo. Pacientes ingresados a UCI con diagnóstico de EPOC exacerbado, entre enero 2020 - junio 2023. Se analizaron variables clínicas, funcionales y radiológicas en situación basal y durante el ingreso a UCI. IV. Resultados. Se analizaron 87 pacientes que ingresaron a UCI en el periodo estudiado. Hombres: n=50 (57%). Edad media 62 años (rango: 40-87); 60% eran exacerbadores frecuentes. Presentaban disnea mMRC \geq 2 basal: n=65 (75%). Tabaquismo activo 52%. IPA=65 (media). Contaban con espirometría n = 48(55%), con

un VEF1(%teórico): 44 \pm 20%(media \pm SD). Contaban con TC de tórax previa 29/87 (43% enfisema, 5% bronquiectasias). Ingreso previo a UCI: 18%, ingreso previo a cuidados moderados: 43%. Comorbilidades: Hipertensión 31%, alcoholismo 16%, patología psiquiátrica 13%, diabetes mellitus 6%, obesidad mórbida 5%. 65% de los ingresos a UCI fueron en otoño/invierno. La principal causa de exacerbación fue infecciosa en 67/87 (77%). Hallazgos microbiológicos: H. Influenzae n=7, S. Pneumoniae n=5, P.Aeruginosa n=5; virus respiratorios n=3; otros= 8; coinfección n=8. En 31/87 no se identificó microorganismo causal. Presentaron 61/87 insuficiencia respiratoria tipo II. El 53% requirió ventilación invasiva, con promedio en asistencia respiratoria mecánica (ARM) de 5,8 días (rango: 1-39); y ventilación no invasiva el 41% del total. De los hallazgos radiológicos: 38 pacientes tenían foco de consolidación y 3 neumotórax. Ingresaron desde el servicio de emergencia 64/87; mayoritariamente en las primeras 24 h de admisión. La estadía media fue de 8 días (rango: 1-43). Score SAPS 3 fue 55 \pm 12 (media \pm SD). Fallecieron en UCI: 20/87. V. Discusión y Conclusiones: Se trató de una población de pacientes EPOC con elementos de severidad en fase estable: sintomáticos, obstrucción bronquial severa, exacerbadores, presentando casi el 20% un ingreso previo a UCI. La mitad de los pacientes al momento del ingreso mantenían tabaquismo activo. La principal causa de exacerbación fue infecciosa; con predominio de ingresos en los meses de otoño-invierno. Si bien la mitad requirió ARM, la extubación fue antes de los 6 días en promedio. Se destaca una mortalidad en UCI de 23%, algo menor a lo registrado en otras series. Reconocer esta población de pacientes con EPOC nos obliga a plantear medidas de prevención para evitar exacerbaciones severas y poder disminuir la morbi-mortalidad en este subgrupo de pacientes.

ID#190

IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA BASADO EN ENDOTIPOS INFLAMATORIOS DE ESPUTO. RESPUESTA AL ENIGMÁTICO SUB GRUPO B

Autores: *Andrea Verónica Bertolín*¹ | *Loli Uribe Echevarría*¹ | *Gabriela Hidalgo*¹ | *Gonzalo Alberto Cadamuro*¹ | *Alberto Jorge Nevado*¹ | *Ruth Nimsi Álvarez*¹ | *Analia González*¹

Filiación: ¹ Sanatorio Allende

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: a pesar de los avances fisiopatológicos, el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aún es impreciso. Las terapias se guían por la gravedad de la obstrucción, los síntomas y las exacerbaciones. Actualmente, los tratamientos apuntan a la medicina de precisión, sería útil considerar la heterogeneidad de los mecanismos fisiopatológicos, reflejados en los endotipos inflamatorios de esputo inducido (EI), como herramienta para guiar el tratamiento. Objetivos: comparar en grupos paralelos de pacientes con EPOC, la utilidad de dos estrategias de tratamiento con el fin de reducir exacerbaciones, síntomas y el avance de la enfermedad. Una estrategia basada en pautas de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), y la otra, innovamos añadiendo a pautas GOLD el endotipo inflamatorio celular del EI. Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo, seguimiento a un año. Se tomaron datos de historias clínicas de > 18 años con EPOC, tabaquistas o ex-tabaquistas, que hayan recibido tratamiento según GOLD (estrategia estándar -EE-) vs combinación de esta con endotipo celular de EI (EEI). Se excluyeron pacientes con asma, neumonía, bronquiectasias, bronquiolitis, enfermedades reumatológicas, no adherentes al tratamiento. Se consignaron: estrategia de tratamiento, fenotipo inflamatorio del EI1, exacerbaciones (número, gravedad, tiempo libre de las mismas), síntomas cotidianos (disnea, tos, expectoración, opresión torácica), pérdida de la función pulmonar (FEV1 \geq 60 ml). En la EEI el patrón eosinofílico, recibió corticoides inhalados y el patrón neutrofílico, antibiótico (según recuento celular total). Resultados: se incluyeron 50 pacientes (17 tratados con EEI, 33 con EE); 55% pertenecían a la categoría B. Encontramos diferencia estadísticamente significativa a favor de la EEI al analizar tiempo libre de exacerbaciones en días (p 0,04) y

número de exacerbaciones (0,008), y casi significativa con los síntomas ($p < 0,07$). No encontramos diferencias con gravedad de exacerbaciones ($p < 0,64$), ni pérdida de la función pulmonar ($p > 1$). Se analizó el perfil inflamatorio local y sistémico. El 30,5% tuvo ≥ 300 eosinófilos (Eo) en sangre correlacionando con fenotipo eosinofílico en EI en todos los casos; sin embargo, de los casos con patrón eosinofílico en EI solo 63% tenían eosinofilia periférica. La sensibilidad (S) de Eo en sangre para detectar Eo en EI fue de 38% y especificidad (E) de 100% (VPP 100%, VPN 38%). En EPOC B la celularidad en EI que predominó fue eosinofílica. En este subgrupo, la S y E de eosinofilia en sangre fue 20% y 100% respectivamente. Conclusiones: la estrategia terapéutica basada en EEI, redujo el número de exacerbaciones, y prolongó el tiempo libre de estas, que podría ser beneficioso al reducir la pérdida de función pulmonar y morbimortalidad. Este estudio sugiere implementar una medicina de precisión analizando el endotipo celular bronquial como herramienta adicional al manejo estándar de la EPOC especialmente en el subgrupo B con valores normales de eosinófilos en sangre. Referencia: 1(Dasgupta A, Neighbour H, Nair P. Targeted therapy of bronchitis in obstructive airway diseases. *Pharmacol Ther.* 140(3):213–22; 2013)

ID#192

LA EPOC ES PREVENIBLE Y SE JUSTIFICA EL TAMIZAJE

Autores: Andrea Verónica Bertolin¹ | Loli Uribe Echevarría¹ | Gabriela Hidalgo¹ | Gonzalo Alberto Cadamuro¹ | Alberto Jorge Nevado¹ | Ruth Nimsi Álvarez¹ | Analía González¹

Filiación: ¹ Sanatorio Allende

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevalente, con elevada morbimortalidad. Su diagnóstico se realiza con espirometría, un método accesible pero poco sensible. Una problemática actual radica en la limitación de marcadores disponibles para identificar fumadores sanos en riesgo de desarrollarla. La identificación de este grupo de personas en riesgo nos brinda una ventana de oportunidad para establecer y reforzar las estrategias de prevención primaria de EPOC que puedan ser efectivas para impedir el desarrollo de la misma. Objetivos: el objetivo de este estudio fue realizar un seguimiento clínico y espirométrico a un año en fumadores jóvenes sanos, y asociarlo a la inflamometría según celularidad en sangre y esputo. Material y métodos: se invitó a participar a fumadores sanos ≥ 10 P/A, de 30 a 45 años, de ambos sexos, con espirometría normal. Se excluyó cualquier comorbilidad, asmáticos, atopia personal y familiar, exposición ocupacional y obesidad. En la primera visita se registraron síntomas (tos, expectoración, mMRC), FEV1, FEV1/CVF, IgE sérica, citología en sangre y esputo. El control clínico fue cada 3 meses, se repitió la espirometría y esputo al año. La disminución rápida del FEV1 se definió como una diferencia de ≥ 30 ml y se identificaron dos grupos: riesgo de EPOC (R-COPD) y sin riesgo de EPOC (NR-COPD). Resultados: se atendieron 83 voluntarios de los cuales 18 completaron el estudio. El grupo R-EPOC (10) y NR-EPOC (8) fueron similares excepto en P/Y 21 vs 15 $p = 0,009$ y disminución del FEV1 mayor en R-EPOC (-509 ml por año (± 615) vs 450 ml $p = 0,0001$) pero incluso sin criterios de EPOC. La IgE y los eosinófilos en sangre fueron mayores en el grupo R-EPOC, pero no estadísticamente significativos; mostró mayor proporción de patrón linfocitario en esputo (36% vs 13% de los pacientes, respectivamente) y progresó con el tiempo a un perfil inflamatorio eosinofílico. Dos individuos con R-EPOC empeoraron la puntuación de disnea. Conclusiones: identificamos fumadores jóvenes sanos con descenso rápido del FEV1 al año de seguimiento con patrón linfocitario en la citología bronquial y empeoramiento clínico. Estos resultados sugieren la utilidad de marcadores biológicos en la detección temprana de la EPOC que justifica el tamizaje en fumadores jóvenes.

ID#200

PREVALENCIA DE SOBREDIAGNÓSTICO DE EPOC EN ATENCIÓN AMBULATORIA Y FACTORES ASOCIADOS: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Autores: Martín Fullana¹ | Matías Castro¹ | Joaquín Maritano¹ | Graciela Svetliza¹ | Juan Precerutti¹ | Hernán Benito¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: En la Argentina la prevalencia de EPOC es del 14.5%, y su diagnóstico requiere la presencia de síntomas respiratorios y de una obstrucción fija al flujo aéreo. La prevalencia reportada de sobrediagnóstico de EPOC a nivel global es variable con un rango que va del 5 al 65%. El objetivo primario fue analizar la prevalencia de sobrediagnóstico de EPOC en los pacientes de la consulta ambulatoria y el objetivo secundario, evaluar los factores asociados. Métodos: Estudio observacional de corte transversal llevado a cabo en un hospital de tercer nivel de la Argentina. Se incluyó a pacientes de la consulta ambulatoria entre el 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2019. Se recabaron datos demográficos, clínicos y complementarios de los pacientes y características demográficas y profesionales de los médicos que realizaron el diagnóstico. Se consideró sobrediagnóstico de EPOC, a pacientes con ausencia de una espirometría, ausencia de medición post broncodilatadora o cuando la espirometría post broncodilatadora presentó una relación VEF1/CVF mayor o igual a 0,7 al momento del diagnóstico. El estudio fue aprobado por el comité de ética hospitalario. Se estimó la prevalencia de sobrediagnóstico con su intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se realizó un análisis bivariado y multivariado para establecer posibles factores asociados al sobrediagnóstico. Se utilizó odds ratio (OR) como medida de asociación, con su IC95%. Se utilizó el programa STATA ver. 13.0 (Tx, USA) para realizar el análisis estadístico. Resultados: Se incluyeron 380 pacientes. El 51,1% (N=194) fueron mujeres y la edad media al momento del diagnóstico fue de 71,1 años (SD 8,7). La prevalencia de sobrediagnóstico de EPOC fue de 32,9% (N=125) (IC95% 28.2%-37,6%), de los cuales el 35,2% (N=44) no tenían espirometría realizada previa al diagnóstico, el 29,6% (N=37) tenían espirometrías no aceptables (sin medición post broncodilatador) y el 35,2% (N=44) tenían espirometrías con error en su interpretación. Los pacientes con diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca tenían 2,4 y 3,9 veces más riesgo de sobrediagnóstico respectivamente. Cuando el diagnóstico fue realizado por un médico no neumonólogo el riesgo fue 9,5 veces mayor. Por cada consulta ambulatoria de causa respiratoria en el año previo al diagnóstico el riesgo de sobrediagnóstico fue un 20% menor. Discusión: La prevalencia de sobrediagnóstico de EPOC fue del 32,9% la cual fue más baja que la informada en algunos de los estudios reportados. Las principales causas fueron la falta de realización de una espirometría y su interpretación equivocada. El diagnóstico realizado por un médico especialista en neumonología se asoció en forma independiente a un menor riesgo de sobrediagnóstico. El sobrediagnóstico de EPOC es un problema muchas veces no tenido en cuenta al evaluar a un paciente, con todas las implicancias que genera un diagnóstico erróneo como son: la carga emocional, gastos en salud, efectos adversos de la medicación y la pérdida de una oportunidad diagnóstica correcta.

ID#216

INDICADORES CLÍNICOS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE CONTROL DEL ASMA, EN UNA SERIE DE PACIENTES ASISTIDOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

Autores: Lucas Costa¹ | Hugo Neffen²

Filiación: ¹ Facultad de Medicina - Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe - Argentina ² Centro de Alergia e Inmunología, Santa Fe - Argentina

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: El grado de control del asma influye en la calidad de vida y es un indicador del estado clínico actual, pudiendo incidir en el riesgo futuro de estos pacientes. Siendo, poco conocido en nuestro medio, el grado de control de la enfermedad y las variables que puedan influir en el mismo, aun en pacientes referenciados para un manejo especializado. En este proyecto, investigamos las características clínicas que puedan influir en el control del asma, en una serie de pacientes asistidos en una Unidad Especializada en Asma de un hospital público argentino. Material y Método: Estudio de sección cruzada, de

pacientes ambulatorios, consecutivos con diagnóstico médico de asma, asistidos en consulta programada, desde enero de 2021 a enero de 2023. Resultados: De los 388 sujetos, 76% (n=294) fueron mujeres. La media de edad fue 37 ±15 años, con un IMC medio de 30,5 ±7,8. El 73,20% (284), recibían un tratamiento preventivo a dosis fijas y preventivo/rescate en el 10,3% (40). La media de canisters de salbutamol/año utilizadas, fue de 7,82 (0-32). Antecedente de tabaquismo en el 27,32% (102), con una media de 14,43 paq/yr. La IgE promedio fue de 560,5 UI/l (2,1-6895) y la media eosinófilos absolutos (Eo) fue de 403,6 cel/ml (10-2070). La media de valor del cuestionario ACT, fue 16,3 ±5,3 donde 256 pacientes (66%) mostraron valores inferiores a los 20 puntos. En los pacientes no controlados, la disnea fue el síntoma más referido (92%), seguido de la tos (76%), opresión torácica (75%) y expectoración (59%). En el análisis univariado, se asoció como factor de riesgo para el asma no controlado los escalones 3, 4 y 5 de GINA (p=0,0001) y la utilización de tratamientos de rescate (p=0,0001; OR=2,6, 95%CI=1,5-4,6). No se demostró relación con la VEF1 basal (p=0,97), IgE (p=0,07), Eo (p=0,08), antecedente de exacerbaciones (p=0,23), internaciones (p=0,22), tabaquismo (p=0,75), comorbilidades (p=0,06), entre otros. En el análisis multivariado, los pacientes de sexo masculino presentaron menor riesgo de presentar el asma "no controlado" (OR=0,45, 95%CI=0,27-0,76, p=0,003) y en oposición, la utilización de medicación de rescate, fue predictor de "mal control" del asma (OR=2,9, 95%CI=1,6-5,3, p=0,0001). Conclusiones: A pesar de que la mayoría de los pacientes evaluados, recibían tratamiento por asma, una alta proporción de ellos no logran controlar la enfermedad. Identificando en esta serie, al uso de rescatadores como indicador de riesgo de mal control del asma.

ID#223

¿Y SI LOS PACIENTES EPOC GOLD B NO SON UN SOLO GRUPO DE PACIENTES?: SOBREVIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE SEGUIDA VEINTE AÑOS

Autores: Soledad Prigioni¹ | Martín Sivori¹ | Javier Toibaro¹

Filiación: ¹ Hospital Dr. J. M. Ramos Mejía

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: Entre los pacientes con EPOC, el grupo B tiene morbimortalidad elevada. Sin embargo, para este grupo existe una misma indicación terapéutica farmacológica. En los últimos años hay alguna evidencia científica (Rothnie AJRCCM 2018 y col., Whittaker y col. Int J COPD 2022) que demostraría que existen diferentes subgrupos evolutivos dentro de él. Objetivos: determinar la mortalidad en una cohorte de pacientes con EPOC B (GOLD 2023) diferenciando subgrupos según grado de obstrucción bronquial, presencia o no de una exacerbación moderada y comorbilidades. Métodos: Se incluyeron pacientes con EPOC de una cohorte de 354 pacientes, se eligieron aquellos pertenecientes al grupo B (GOLD 2023) con seguimiento de sobrevivencia de 1996 a diciembre de 2016. Se constató la presencia o no de exacerbaciones moderadas, comorbilidades (índice de Charlson) y evaluaciones funcionales. Se agrupó a los pacientes según tuvieron (B1) o no (B0) una exacerbación moderada en el año previo, y por GOLD 1-2-3. Para este último ítem no se analizó el GOLD 4 debido al bajo número de pacientes. Se usaron estadísticas convencionales para el análisis en cada subgrupo y Log-Rank (Mantel-Cox) para el de sobrevivencia. Resultados: Se analizaron 155 pacientes con EPOC grupo B: edad 66,3 ± 9,1, hombres 66%, ex fumadores 70,1% (50 paq-año), seguimiento 23 meses (12-38) (mediana, IC 25-75%). La sobrevivencia de los pacientes GOLD 1 fue 100%, GOLD 2,56% y 17% para GOLD 3. Dentro del subgrupo B0 la sobrevivencia global fue 89,7% en comparación con 69,4% de B1 (p<0,000001). Se observó diferencias en la curva de sobrevivencia a 18 meses entre el subgrupo B1 y B0 (Log-Rank, p=0,048). En cuanto a las comorbilidades, a mismo grado GOLD (2 y 3), se observó mayor índice de Charlson en quienes fallecieron tanto dentro de B0 (Charlson en vivos G2=3,9±1,7 vs fallecidos 4,2±1,6) como de B1 (vivos G3=3,3±1,9 vs fallecidos 4±1). Se determinó mayor mortalidad cardiovascular en el subgrupo B1 (69,45%) vs B0 (30,55%) (p=0,005). Se encontró diferencias en carga de comorbilidades en el subgrupo

GOLD 1 (p=0,049), GOLD 2 (p=0,053) y GOLD 3 (p<0,000001) comparando cada grupo B0 y B1. Conclusión: En una cohorte de pacientes con EPOC grupo B seguida por veinte años, se observó mayor mortalidad a medida que aumentó el grado de obstrucción bronquial, así como en aquellos que tuvieron una exacerbación moderada (B1) en el año previo. Se halló mayor mortalidad cardiovascular en el subgrupo B1. Se determinó diferencias significativas en carga de comorbilidad en subgrupo GOLD 123 comparando al grupo B0 con B1.

ID#233

PERFIL ESPIROMÉTRICO DE PACIENTES ASMÁTICOS DEL PRONATERC EN EL HOSPITAL DISTRITAL SAN ESTANISLAO

Autores: Luis Sánchez¹ | Mabel Rodríguez¹ | Zunilda Palacios¹ | Noelia Cañete¹

Filiación: ¹ HOSPITAL DISTRITAL SAN ESTANISLAO, PARAGUAY

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: En consultorio de PRONATERC del Hospital Distrital de San Estanislao. 5 de cada 10 pacientes que acuden por dificultad respiratoria es portador de Asma Bronquial. Estadificar y clasificar los niveles de gravedad del Asma Bronquial por espirometría con prueba beta 2 facilita al paciente y al médico pactar un esquema de tratamiento adecuado y oportuno. Objetivos: Clasificar la gravedad de los pacientes asmáticos por espirometría con prueba beta 2 en consultorio de PRONATERC del HDSE. Periodo junio de 2022 a marzo de 2023. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional con componente analítico, a través de revisión de fichas médicas del PRONATERC del HDSE. *PRONATERC: Programa Nacional del control de Tabaquismo y Enfermedades respiratorias crónicas. *HDSE: Hospital Distrital San Estanislao. RESULTADOS: Se incluyeron 202 pacientes con diagnóstico de Asma Bronquial entre junio de 2022 y marzo de 2023. El sexo femenino representó el 42% (85) y 58% (117) masculino. Edad promedio: 25 años. Solo 59 (29%) de los pacientes utilizan aerocámaras; 35 (17%) conocían la diferencia entre medicaciones de rescate y mantenimiento. El 100% de los pacientes se realizaron espirometría con prueba beta 2 por primera vez y todos ingresaron al programa de PRONATERC. Solo 22 (11%) reconoce que podría un tratamiento inadecuado podría llegar a ser potencialmente mortal, 2 (1%) de los pacientes con asma bronquial muy grave llegaron a requerir intubación orotraqueal en unidad intensiva. Discusión y conclusión: Los datos epidemiológicos, clasificación y estaficación son fundamentales para ofrecer una esquema de tratamiento óptimo e individualizado a cada paciente. Disminuir número de exacerbaciones e internaciones mejora exponencialmente la calidad de vida de los pacientes.

ID#238

DUPILUMAB INDUCE LA REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ASMA INFLAMATORIA TIPO 2 MODERADA A GRAVE NO CONTROLADA

Autores: Ian D. Pavord¹ | Jorge F. Maspero² | Elliot Israel³ | Stanley Szeffler⁴ | Guy Brusselle⁵ | Klaus F. Rabe⁶ | Ivana Blazevic⁷ | Amr Radwan⁸ | Nami Pandit-abid⁷ | William W. Busse⁹

Filiación: ¹ NIHR Oxford Biomedical Research Centre ² Fundación CIDEA ³ Escuela de Medicina Harvard ⁴ University of Colorado School of Medicine ⁵ Ghent University Hospital ⁶ LungenClinic Grosshansdorf (miembro del German Center for Lung Research [DZL]) ⁷ Sanofi ⁸ Regeneron Pharmaceuticals ⁹ University of Wisconsin School of Medicine and Public Health

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Rational: Exacerbations, the use of Steroids, symptom control and lung function have become in fundamental criteria to define clinical remission in cases of asthma grave. In this post hoc analysis, an endpoint of Several components to assess the percentage of patients with asthma moderate to severe inflammatory type 2 (initial eosinophilia of ≥150 cells/μL or exhaled nitric oxide fraction of ≥20 ppb) achieving remission Clinic after treatment with dupilumab in the phase 3 study QUEST

(NCT02414854) and the open-label extension TRAVERSE study (NCT02134028). Methods: Patients with moderate to severe asthma do not controlled, not dependent on oral corticosteroids (OCS), received Additional 200 mg or 300 mg dupilumab every 2 weeks (Q2W) or an equivalent placebo for 52 weeks in QUEST, followed by dupilumab additional 300 mg q2w for up to 96 weeks in TRAVERSE (groups of dupilumab/dupilumab and placebo/dupilumab, respectively). Clinical remission of asthma was defined based on the following four criteria: absence of exacerbations, non-use of OCS, the total score of the Questionnaire of 5-element Asthma Control <1.5 and improvement in Forced Expiratory Volume in 1 second before bronchodilator (BD) (FEV1) of ≥ 100 ml (TRAVERSE), or improvement in FEV1 before the BD of ≥ 100 ml or the expected percentage of FEV1 post-BD in a $\geq 80\%$ (QUEST). The endpoints are evaluated at baseline and at years 1, 1, 5 and 2 (weeks 0 and 52 of QUEST and 24 and 48 of TRAVERSE, respectively). Results: This post hoc analysis included 1584 QUEST patients (dupilumab: n=1040; placebo: n=544) and 1279 QUEST patients who enrolled in TRAVERSE (dupilumab/dupilumab: n=842; placebo/dupilumab: n=437). At the start of QUEST, the 68.8% of patients did not meet any of the criteria of clinical remission, and 30.9% had only one meeting. In year 1, the 35.0% of patients treated with dupilumab met all 4 criteria of clinical remission of asthma, compared with 20.4% of patients receiving placebo. In years 1,5 and 2, 38.4% and 36.1% of patients treated with dupilumab met the 4 criteria, respectively. 90.1%, 94.9% and 92.6% of patients met ≥ 1 clinical remission criterion in years 1, 1.5 and 2 of treatment with dupilumab, respectively. The clinical remission of asthma was maintained with dupilumab; 70.2% of patients who met all 4 criteria in year 1 followed fulfilling them in year 2. Conclusions: 35.0% of the QUEST patients with moderate to severe inflammatory asthma type 2 not controlled met an endpoint of several remission components Asthma clinic after 1 year of treatment with dupilumab, an effect which remained in 70.2% of these patients in year 2.

ID#298**RELEVAMIENTO DE UNIDADES DE ASMA GRAVE EN ARGENTINA**

Autores: Martín Maillo¹ | Ana Stock¹ | María Eugenia Franchi¹ | María Laura Orazi¹ | Marcos Hernández¹ | Ignacio Zabert¹

Filiación: ¹ Sección Enfermedades Inmunológicas y Obstructivas - AAMR

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción y Objetivos: El manejo de los pacientes con asma grave requiere en muchos casos, de profesionales altamente especializados, acompañados de métodos de diagnóstico acordes, con la posibilidad de lograr interactuar con otras especialidades afines, junto a la disponibilidad y experiencia en la utilización de enfoques terapéuticos complejos, incluyendo el uso de biológicos. A nivel mundial y aun en nuestro medio, vienen desarrollándose estructuras especializadas para el manejo del asma grave, denominadas Unidades de Asma Grave (UAG). Las cuales, tiene como objetivo mejorar el control de la enfermedad, sin aumentar los costes y disminuyendo el gasto por paciente. Siendo aún desconocido en nuestro medio, el número de UAG funcionantes y su nivel de conformación y capacidad de trabajo. El objetivo del presente estudio, es el de relevar las UAG existentes en Argentina para descubrir las características de las mismas. Material y método: Se comunicó una encuesta on-line, a partir de un cuestionario especialmente diseñado, entre neumonólogos y alergistas del país. Donde se consultó sobre las características de las UAG, incluyendo: estructura de funcionamiento, recursos técnicos, características asistenciales, composición del recurso humano y capacidad de educación sobre asma grave. Resultados Se respondieron 109 encuestas, 59 de ellas (54,13%) mencionaron contar con una UAG en su lugar de trabajo. Se pudieron analizar 42 cuestionarios completos, donde 6 (14,29%) fueron estructuras independientes. En CABA y provincia de Buenos Aires se encuentra el 50% de las UAG (21). Hallando 5 de asistencia pediátrica exclusiva (11,9%). 38 (90,48%) podían asistir exacerbaciones, y 32 (76,19%) podían internar pacientes con asma. El 80,95% (34) contaban con la

posibilidad de interconsulta con Alergia o Neumonología, si esta no era la especialidad del respondiente. En el 98,48% de los casos (38), contaban con laboratorio de función pulmonar y en 33 casos (78,57%), contaban con servicio de imágenes. 10 centros (23,81%) refirieron poseer FeNO, 24 (57,14%) realizan pruebas de provocación bronquial inespecífica y 9 (21,43%) esputo inducido. En 35 UAG (83,33%), se realiza algún tipo de actividad docente y en 40 de ellos (95,23%) se realiza investigación. Conclusiones: Es sorprendente la cantidad de UAG estructuradas funcionantes en el país, como así también el nivel recursos técnicos y especializados que lo conforman. Demostrando la necesidad de continuar estudiando otros aspectos de las mismas, con el fin de lograr el mayor nivel de formación de las mismas, como favorecer el acceso de los pacientes a estas.

ID#308**EPOC TEMPRANO**

Autores: Betiana Lorena Pereyra¹

Filiación: ¹ Nuevo Hospital San Roque - Servicio de Neumología - Córdoba Capital

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Enfermedades obstructivas e inmunología

Resumen: Introducción: La EPOC es una enfermedad frecuente subdiagnosticada, representa un importante desafío para la salud pública que se puede prevenir y tratar. La prevalencia se estima en 2,3 millones de personas en nuestro país que representa el 14%, con un sub diagnóstico de 77,4%. Se define cuando el paciente tiene el antecedente de haber fumado >10 paquetes/años, menor de 50 años y presenta cualquiera de estas anomalías: VEF1/CVF < LIN TAC (Enfisema, atrapamiento aéreo, engrosamiento bronquial) Declinación acelerada del VEF1 > 60 ML/AÑO. Objetivo: Reportar casos de EPOC temprano en pacientes menores de 50 años que acudieron al consultorio de Neumología. Materiales y Métodos: Se realizó la búsqueda retrospectiva en la base de datos espirométrica realizada desde junio del 2017 hasta 1 junio 2023 y se buscó pacientes que cumplieran con las variables edad, antecedentes de haber fumado y defecto en VEF1/CVF < LIN. Resultados: De una base de datos de 1750 se seleccionaron 51 espirometrías que cumplieron con los criterios de edad y antecedentes de haber fumado > 10 paquetes/años, en las cuales un total de 32 presentaron patrón de obstrucción (17 fueron mujeres y 15 hombres) y 2 de restricción. Discusión: Se analizaron las espirometrías, de los 51 pacientes seleccionados según variables de edad y antecedentes tabaquismo, 32 de ellos presentaron obstrucción espirométrica que representaron el 62,7%. Conclusiones: *Enfatizar el valor de interrogar a todo paciente su condición de fumador. *Para entender la EPOC temprana es necesario superar el paradigma de que los fumadores con espirometría normal son sujetos sanos. *Realizar estrategia de búsqueda de casos oportunistas en centros de atención primaria y derivarlos oportunamente. *El mayor desafío y el objetivo principal es lograr reducir el sub diagnóstico e identificar a los pacientes con EPOC temprana. *Debemos alertar a la comunidad médica de la posibilidad de la EPOC temprana, en pacientes de riesgo.

ENFERMEDADES OCUPACIONALES Y AMBIENTALES

ID#126**ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN PACIENTES EXPUESTOS AL ASBESTO: MANIFESTACIONES E INCIDENCIA**

Autores: Alejandro Salvado¹ | Lilian Capone¹ | Ariel Rossi² | Paula Zamorano¹ | Mayra Samudio¹ | Adriana García² | Teresa Dávila¹ | Glenda Ernst¹

Filiación: ¹ Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina - ² Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Argentina. Patología

Sección: Opción a premio | **Área:** Enfermedades ocupacionales y ambientales

Resumen: Introducción: El asbesto es un conjunto de silicatos minerales utilizados en diversas industrias debido a sus propiedades estructurales y resistencia al fuego. Se clasifica en fibras serpentinas y anfíboles, con diferentes características físicas y químicas. La inhalación de fibras de asbesto puede causar enfer-

medades como la asbestosis, placas pleurales, cáncer de pulmón y mesotelioma maligno. En Argentina, se han implementado resoluciones y leyes para regular el uso, manipulación y disposición del asbesto, así como su prohibición en diversas variedades. A pesar de estas medidas, las enfermedades relacionadas con el asbesto siguen siendo un problema de salud pública en el país. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo de cohorte en trabajadores del subterráneo de la ciudad de Buenos Aires, con seguimiento desde marzo de 2018 hasta marzo de 2023. Se realizaron exámenes médicos para detectar signos y síntomas relacionados con la exposición al asbesto. **Resultados:** Se incluyeron 2709 sujetos, se encontró que el 2,8% (n:77) de los trabajadores tenían enfermedad laboral por asbesto, y un 0,22% (n:6) desarrolló cáncer de pulmón. Se observó que una exposición laboral de más de 20 años aumentaba significativamente el riesgo de tener enfermedad por asbesto independientemente del tabaquismo. **Discusión:** El estudio destaca la importancia de la detección temprana y la vigilancia de las enfermedades relacionadas con el asbesto entre los trabajadores expuestos. Se recomienda la implementación de: programas de vigilancia médica (de por vida) dado el periodo de latencia, consejos anti-tabaco y el screening de cáncer en pacientes que cumplan ciertos criterios. Además, se enfatiza la importancia de la prevención primaria, la regulación y la colaboración entre diferentes entidades gubernamentales, actores sociales, para abordar el peligro de la exposición al asbesto y sus consecuencias para la salud.

ID#154

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR COVID-19 EN TRABAJADORES DE DIFERENTES ÁREAS

Autores: María Antonella Gamarra¹ | Raquel Pendito¹

Filiación: ¹ ART

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Enfermedades ocupacionales y ambientales

Resumen: Introducción: El 11 de marzo de 2020 la OMS determina que COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia. Las personas infectadas experimentaron una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperan sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo numerosos pacientes con COVID-19 leve o grave no tienen una recuperación completa y presentan una gran variedad de síntomas crónicos. El siguiente trabajo tiene como objetivo evaluar el impacto negativo de la infección por COVID-19 en trabajadores. **Objetivos:** 1-Determinar la cantidad de días que los trabajadores estuvieron ausentes por la enfermedad. 2-Relación de la cantidad de días ausentes con comorbilidades. 3 - Relación de cantidad de días con tipo de trabajo realizado. 4- Persistencia de síntomas al momento del alta. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, transversal, descriptivo realizado a pacientes asistidos en aseguradora de riesgos de trabajo. Se incluyeron adultos que acudieron a control neumonológico por haber padecido COVID-19. Se registraron: datos filiatorios, tabaquismo, IMC, ocupación, tiempo transcurrido hasta la primera consulta post COVID-19, síntomas, días de internación, espirometría post COVID-19. **Resultados:** Se reclutaron 32 pacientes. La mayoría era de sexo masculino. La edad media de los mismos fue 47,3 años, comprendidos entre 31 y 64 a. El índice de masa corporal (IMC) indicó que 40,6% presentaba obesidad de Grado I. En cuanto a la ocupación: 31,3% eran administrativos, y 12,5% eran empleados de fábrica, oficios/peones o profesionales de la salud. El 34,4% ex tabaquistas y el 3,1% tabaquistas activos. La carga fue de 25,8 P-Y. El tiempo promedio desde el diagnóstico hasta la primera consulta por persistencia de síntomas, fue de 5,3 meses, rango de 1 a 24 meses. En cuanto a síntomas: el más frecuente fue disnea, en el 65,6% del total. Tos tuvo una representación del 15,6% y dolor torácico en el 9,4%. El 53,1% estuvo internado, dos requirieron ARM (6,3%). El promedio de internación fue 18,1 días (rango 3 y 60 días). La espirometría en la primera consulta indicó que la mitad tuvieron una función pulmonar normal, mientras que el 46,9% sugiere restricción. La mitad tuvo una TAC normal y la otra mitad patológica. El 46,9% se presentaron a un control por persistencia de los síntomas. El 65,6% de los pacientes no trabaja, 3,1% renunció al trabajo y el 18,8% continúa trabajando. Al correlacionar IMC con internación, en el grupo de pacientes obesos 57,9% fue internado, y

en el caso de sobrepeso, la mitad de ellos. La persistencia de síntomas fue mayor en tabaquistas actuales (100%), mientras que en los no fumadores y ex tabaquistas el porcentaje fue de 47,4% y 36,4% respectivamente. La persistencia de síntomas según el IMC en obesos 63,2%. **Conclusión:** La pandemia por el Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) generó efectos negativos en toda la población. En este grupo de trabajadores de igual forma impactó negativamente produciendo que la mayoría aún no se reincorporara a su trabajo al momento de la consulta. También un gran número quedó con síntomas persistentes lo que afecta el cumplimiento de sus tareas.

FIBROSIS QUÍSTICA

ID#38

DISMINUCIÓN DE REQUERIMIENTO DE ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA Y ORAL CON LA INCORPORACIÓN DE TERAPIA MODULADORA ELEXACAFOR-TEZACAFOR-IVACAFOR EN PACIENTES ADULTOS DE UNA UNIDAD DE FIBROSIS QUÍSTICA EN BUENOS AIRES

Autores: Lillian Mariel Cano

Filiación: Hospital especializado de Agudos y Crónicos Dr. Antonio Cetrángolo

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Fibrosis Quística

Resumen: Introducción: Elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor (ETI) es un régimen modulador del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que ha demostrado ser eficaz en pacientes con al menos un alelo Phe508del. En julio de 2020, el Poder Legislativo Nacional aprobó la ley de cobertura integral para la fibrosis quística (FQ) y un año después fue aprobado el medicamento de fabricación nacional. Nuestro objetivo es comparar la diferencia de días de antibioticoterapia endovenosa (EV) y oral (VO) en dos períodos anuales diferentes pre y post ETI. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional descriptivo de pacientes adultos FQ del Hospital Especializado de Agudos y Crónicos "Dr. Antonio A. Cetrángolo". **Período:** enero a diciembre 2018 y 2022. **Análisis comparativo de días de antibioticoterapia EV y VO requerida en dos períodos de 12 meses pre ETI durante el 2018 y post ETI del 2022.** Se consideran: número de ciclos y días totales de antibioticoterapia EV y VO, tiempo desde inicio de ETI, último Índice de Masa Corporal (IMC) y último porcentaje de predicho de volumen espiratorio forzado 1 segundo (FEV1) de cada uno de los períodos evaluados. **Resultados:** En el período analizado completaron el seguimiento en unidad de FQ 33 pacientes adultos; mediana de edad 28 años (20-48 años); 57% género masculino. Mutación del CFTR 33%, F508del homocigoto, 58% F508del heterocigoto y 9% otras. Los patógenos predominantes son: *Staphylococcus aureus*: SAMS en 18 pacientes (54%), SAMR 7 (21%) y *Pseudomonas aeruginosa* en 22 (67%), *Stenotrophomonas maltophilia* y Complejo *Burkholderia cepacia* en 6 (18%) respectivamente. Durante el 2018 el 67% de los pacientes requirieron un ciclo de 14 días de tratamiento EV (22 pacientes) de los cuales 5 tratados con tezacaftor/lumacaftor-ivacaftor con 279 días de tiempo medio de tratamiento (92-365 días). 2 pacientes (6%) no requirieron antibioticoterapia VO, el resto recibió de 1 a 4 ciclos de 14 días (1 ciclo: 6-18%, 2 ciclos: 15- 45%, 3 ciclos: 8-24% y 4 ciclos: 2-6%). Al final del periodo se registró FEV1 % 54±25,14 SD: 24% compromiso severo y 42% leve. La media de IMC 20,9±2,49 SD kg/m², 70% bajo peso. Durante el 2022 el 76% no requirió antibioticoterapia EV, 7 pacientes requirieron un ciclo de 14 días de tratamiento EV (21%) y uno requirió 2 ciclos (3%), todos recibían ETI con 546 días de tiempo medio de tratamiento (82-1075 días) 10 pacientes (30%) no requirieron antibioticoterapia VO, el resto recibió de 1 a 3 ciclos de 14 días (1 ciclo: 13-39%, 2 ciclos: 9-27% y uno 3 ciclos (3%). Encontramos una relación inversa entre los ciclos EV y el tiempo de tratamiento con ETI estadísticamente significativo (p 0,003980). Al final del periodo se registró FEV1 % 62±25,72 SD: 27,27% compromiso severo y 33% leve. La media de IMC 22,6±2,54 SD kg/m² con bajo peso 42%. **Conclusión:** La triple terapia disminuye significativamente los requerimientos de antibioticoterapia EV y VO y mejora significativamente la condición clínica y funcional

de pacientes adultos. El acceso al tratamiento es fundamental y modifica el pronóstico de la enfermedad.

ID#67

INHALADOR DE POLVO SECO CON MICROPARTÍCULAS DE AZTREONAM PARA FIBROSIS QUÍSTICA

Autores: *María Paula Caldarola*¹ | Verónica Bucalá² | María Verónica Ramírez Rigo³

Filiación: ¹ Planta Piloto de Ingeniería Química (PLAPIQUI-CONICET-UNS). Bahía Blanca; Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca. ² Planta Piloto de Ingeniería Química (PLAPIQUI-CONICET-UNS). Bahía Blanca; Departamento de Ingeniería Química. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca. ³ Planta Piloto de Ingeniería Química (PLAPIQUI-CONICET-UNS). Bahía Blanca; Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Fibrosis Quística

Resumen: Introducción y objetivo: Aztreonam (AZ) es un antibiótico empleado en Fibrosis Quística (FQ) para el tratamiento de infecciones pulmonares crónicas por *Pseudomonas aeruginosa* multiresistentes. Su sal de lisina (LIS) se encuentra aprobada por la FDA para administración inhalatoria por nebulizaciones. Sin embargo, en Argentina se dispone únicamente de arginato de AZ para administración endovenosa, que provoca irritación de las vías aéreas. El objetivo del presente trabajo fue, empleando la tecnología de secado por atomización (SA), producir y caracterizar micropartículas de lisinato de AZ (AZLI) que puedan ser aplicables al desarrollo de un inhalador de polvo seco (IPS) para FQ. Material y método: Materiales: AZ; LIS; hidróxido de sodio 1N y agua tridestilada. Métodos: Se prepararon soluciones acuosas conteniendo AZ y LIS (0,42% p/p), con relación molar (RM) 1:2. Se ajustó el pH con NaOH y se alimentaron en un equipo de SA escala laboratorio (parámetros operativos: temperatura del aire de entrada: 135°C; caudal (Q) de aire (a) de secado: 35 m³/min; Q de alimentación líquida: 5,8 mL/min; Qa de atomización: 742 L/h). Se obtuvieron 2 sistemas particulados, denominados productos (P) A y B, correspondientes a soluciones de formulación (SF) de pH 3 y 6, respectivamente. Estos se caracterizaron empleando espectrometría infrarroja con transformada de Fourier (FT-IR) y análisis térmico (AT), por calorimetría diferencial de barrido (DSC) y termogravimetría (TGA). Además, se realizó microscopía electrónica de barrido (SEM) a PB. Las materias primas (MP) fueron caracterizadas con fines comparativos. Resultados: Los rendimientos obtenidos para el SA se ubicaron entre 35 y 43%, valores que pueden ser optimizados; y las temperaturas de salida (Tout) entre 64 y 66°C. En el espectro FT-IR, se observó que las bandas correspondientes a una amina protonada (2104 cm⁻¹) de LIS y a un carbonilo (1780 cm⁻¹) de AZ no están presentes en los productos; y que estos exhiben, además, una banda de anión carboxilato (1300 cm⁻¹). Las curvas de DSC de PA y PB exhibieron un pico exotérmico a 190 y 201°C respectivamente, relativo a la descomposición del fármaco; valores ampliamente superiores a Tout. Las curvas de TGA revelaron una pérdida de masa menor al 2% en ambos casos, a temperaturas cercanas a 100°C. El análisis morfológico (AM) por SEM mostró micropartículas esféricas con superficie con concavidades en PB; y morfología no esférica, con superficie corrugada en las MP (Figura 1). Discusión y conclusiones: El análisis molecular evidencia una modificación química debida a la síntesis de AZLI, mediada por los grupos -NH₂ de LIS y -COOH de AZ. El AT refleja que el secado del material fue adecuado; y el AM, que la interacción entre las MP altera sus propiedades. Considerando que el pH de la formulación es relevante para su seguridad y tolerabilidad, se concluye que el mejor sistema es PB. Este se asemeja a la formulación comercial para nebulizar en la RMAZ:LIS y el pH de la SF. Por ende, se selecciona para iniciar la etapa de evaluación del diámetro aerodinámico como IPS.

ID#104

IMPACTO DEL VOLUMEN INSPIRATORIO SIMULADO DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN EL DESEMPEÑO AERODINÁMICO DE MICROPARTÍCULAS DE LEVOFLOXACINO

Autores: Nazareth Ceschan¹ | Naiara Genovali² | *María Paula Caldarola*¹ | María Verónica Ramírez Rigo³

Filiación: ¹ Planta Piloto de Ingeniería Química (PLAPIQUI-CONICET-UNS). Bahía Blanca; Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca. ² Planta Piloto de Ingeniería Química (PLAPIQUI-CONICET-UNS). Bahía Blanca; Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca. ³ Planta Piloto de Ingeniería Química (PLAPIQUI-CONICET-UNS). Bahía Blanca; Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Fibrosis Quística

Resumen: Introducción y objetivo: Las infecciones del tracto respiratorio inferior constituyen la principal causa de morbimortalidad en pacientes con fibrosis quística. El antibiótico levofloxacino (LV), como formulación para nebulizar, se emplea como parte de la estrategia terapéutica. Sin embargo, la tecnología presenta problemas de adherencia, relacionados con largos tiempos de administración y limpieza del nebulizador. Alternativamente, se diseñó un inhalador de polvo seco (IPS) conteniendo micropartículas de LV obtenidas mediante secado por atomización, con ventajas competitivas en términos de tiempos de uso. Su desempeño aerodinámico simulado se evaluó utilizando diferentes caudales inspiratorios (20, 25 y 40 L/min) y un volumen de 4 L, que representa la capacidad pulmonar de un individuo sano. Se encontró que, a dicho volumen de ensayo, la performance aerodinámica del IPS presenta una clara mejoría al aumentar el caudal inspiratorio. Sin embargo, se ha demostrado que pacientes con fibrosis quística alcanzan volúmenes inspiratorios (VI) marcadamente inferiores (0,5-2 L). El objetivo del presente trabajo fue evaluar el comportamiento aerodinámico del IPS y determinar la dosis de LV que accedería al pulmón en pacientes con capacidad inspiratoria limitada. Material y método: Se utilizó un inhalador de media/alta resistencia RS01 para aerosolizar la formulación, dosificada en cápsulas de gelatina rígida. Se evaluó la distribución de diámetros aerodinámicos in vitro en un equipo de impacto en cascada. El caudal de aire se fijó en 40 L/min y los VI que se simularon fueron 0,5, 1 y 2 L. El fármaco se cuantificó en las distintas partes del impactador e inhalador empleando espectroscopía UV-Visible. Con estos resultados, se calcularon los siguientes parámetros: fracción emitida (FE); fracción respirable (FR) y fracción de partículas finas (FPF) para partículas con diámetro aerodinámico menor a 5µm (<5µm); mediana en masa del diámetro aerodinámico (MMDA) y distribución geométrica estándar (DGS). Los resultados se compararon con los obtenidos anteriormente simulando VI de pacientes sanos. Resultados: La FE se ubicó entre 75-78%. La FR<5µm se ubicó entre 20-34%, lo que implica que podría ingresar al pulmón entre el 20 y 34% de la formulación cargada en la cápsula. La FPF<5µm y FR<5µm aumentaron al incrementar el VI simulado. El MMDA fue menor a 5 µm en todos los casos y adecuado para la aplicación propuesta. El DGS menor a 3 indicó que todas las distribuciones de tamaño aerodinámico resultaron angostas. Empleando la FR<5µm se estimó que, a menores VI, la cantidad de LV que se deposita en el pulmón es 12 a 45% menor en relación a un individuo sano. Discusión y conclusiones: Se confirmó que diferentes perfiles inhalatorios afectan los parámetros del IPS desarrollado. Estos resultados serían de utilidad en la adecuación de la dosificación en función de la capacidad inspiratoria del paciente. A esto debería sumarse la educación del paciente en relación a una correcta técnica inhalatoria para maximizar la eficacia y mejorar la adherencia terapéutica.

ID#166

IMPACTO DE OPTIMIZACIÓN DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y RESULTADOS CLÍNICOS DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN MENDOZA

Autores: *Martín Cestari*¹ | Laura Arce¹ | Paula Guayama¹ | Andrés Tolle¹ | Samira Sleiman¹ | Héctor Gutierrez² | Luis Parra¹

Filiación: ¹ Hospital Humberto Notti, Mendoza, Argentina ² University of Alabama at Birmingham, Alabama, EEUU.

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Fibrosis Quística

Resumen: Introducción. Está establecida la importancia de un manejo integral y multidisciplinario de enfermedades crónicas, como fibrosis quística (FQ). La supervivencia de pacientes con FQ ha aumentado significativamente como resultado de tratamientos más efectivos, y la atención bajo la estructura de cuidado multidisciplinario especializado (Centros de FQ). Así se ha logrado mejores resultados clínicos que aquellos pacientes que no asisten a centros FQ. En Argentina los resultados clínicos están por debajo de los de países desarrollados, a pesar de tener recursos adecuados. Aquí describimos la mejora de procesos de atención y de resultados clínicos del Centro FQ del Hospital Notti, luego de recibir formación y tutoría en gestión de calidad para mejorar la eficiencia del trabajo y los resultados clínicos. Métodos: Observacional, prospectivo y descriptivo. La Cystic Fibrosis Foundation (USA) ha apoyado y proporcionado formación en gestión de calidad a los equipos de la red de Centros FQ en EE UU. Basado en esto la Univ. de Alabama en Birmingham (UAB), EEUU, desarrolló el programa CFTN-LA (Red de Entrenamiento en FQ-Latino America), destinado específicamente a entrenar centros de FQ en países en desarrollo. En 2019, el Equipo FQ H. Notti comenzó su entrenamiento en CFTN-LA. A partir del armado del equipo multidisciplinario, se desarrollaron más 20 procesos, los cuales fueron estudiados, mejorados o modificados según necesidad. Los mismos permitieron mayor organización y funcionamiento del equipo. Entre los procesos realizados se encuentran la consulta ambulatoria, manejo del seguimiento de los cultivos, medidas para el control de infecciones, recolección de datos, reuniones semanales pre y post a la consulta del paciente. Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes seguidos en el centro y atendidos entre 2018 y 2023 usando información introducida en una herramienta de manejo de datos y registro desarrollada por UAB basado en la plataforma REDCap. Financiado por la CF Foundation. Resultados. Al comparar valores previos al entrenamiento en CFTN (≤ 2018) con aquellos del ≥ 2019 hubo mejoras significativas tanto en mejoras de procesos como resultados clínicos. Los mismos se muestran en TABLA 1. Conclusión: Un programa de entrenamiento de trabajo multidisciplinario eficaz y adaptable puede implementarse rápidamente en un centro de FQ de países en desarrollo y llevar a una mejora significativa de los procesos y resultados clínicos similares a los obtenidos en centros de excelencia de países desarrollados.

ID#227

TRATAMIENTO CON MEROPENEM INHALADO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA E INFECCIÓN POR COMPLEJO BURKHOLDERIA CEPACIA

Autores: Gimena Machaca Huayllani¹ | Heily Lizbeth Cruz Urcia¹ | Romina Turk¹ | Oscar Rizzo¹ | Juan Orozco¹ | María José Gallego¹

Filiación: ¹ Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Fibrosis Quística

Resumen: Introducción: La Fibrosis Quística (FQ), es una enfermedad autosómica recesiva con más de 2000 mutaciones descritas en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la Fibrosis Quística (CFTR), la más común es la (F508del). El CFTR codifica un canal de iones de Cloro que se expresa en varios tejidos, el compromiso pulmonar es el de mayor morbilidad - mortalidad ya que el mal funcionamiento provoca la producción de secreciones viscosas generando así predisposición a infecciones oportunistas entre otros el complejo Burkholderia cepacia (BCC). Se presentan dos casos clínicos de pacientes con FQ colonizados por BCC. CASO 1: Hombre, 24 años con antecedentes de FQ (F508del homocigota), múltiples internaciones por bronquiectasias (BQT) sobreinfectadas, colonizado por BCC, espirometría con patrón obstructivo severo (FEV1 37%), uso de oxígeno crónico domiciliario e insuficiencia pancreática. Se interna por BQT exacerbadas, ya que realizó tratamiento (TTO) antibiótico (ATB) oral sin mejoría, inicia empíricamente Piperacilina Tazobactam (PTZ), se rota a colistín + ceftazidima/avibactam (CAZ/AVI) por rescate de BCC multirresistente (MR) en esputo, a las 72 horas se rota a PTZ + CAZ/AVI. Presenta mala evolución, requerimiento de CAFO, persiste febril por lo que se agrega meropenem (MEM) inhalado

mejorando parámetros clínicos, inflamatorios y curva febril. Cumple TTO por 21 días, buena evolución. CASO 2: Masculino de 42 años con antecedentes de DBT insulino requeriente, FQ (F508del), colonizado con BCC MR, con uso de MEM inhalado desde 2018 y modulador del CFTR desde 2022 con una sola exacerbación en 2021 por Staphylococcus aureus meticilino sensible y BCC multirresistente que no requirió internación. Discusión: BCC: grupo de más de 20 especies de bacterias Gram negativas extendidas en el medio ambiente, fenotípicamente similares. Las especies que lo forman presentan usualmente altos niveles de resistencia intrínseca a una amplia variedad de ATB, entre los que se incluyen las aminopenicilinas, las cefalosporinas, los aminoglicosidos, imipenem y las polimixinas. Algunas especies además presentan excepcional transmisibilidad por lo que son significativamente importantes como patógenos de humanos. Por esto es un desafío la erradicación de BCC en pacientes con FQ. El TTO combinado MEM inhalado y endovenoso prolongado ha mostrado resultados positivos en la infección pulmonar persistente con mejoría de síntomas y negativización de cultivos, otorgando así una mejor calidad de vida. Conclusión. El BCC afecta la calidad de vida, aumenta las exacerbaciones, deteriora severamente la función pulmonar en las FQ por lo que si bien existen pocos informes publicados sobre su manejo hay evidencia que realizar TTO con MEM inhalado puede ser una alternativa al TTO de BCC MR en las exacerbaciones y también como TTO supresivo crónico siendo posible que contribuya a la disminución de la morbilidad en casos en que no se obtiene una respuesta adecuada al TTO de los pacientes con FQ, aunque no existe un protocolo estandarizado para el uso de esta droga como monodruga o combinado.

KINESIOLOGÍA

ID#4

EFICACIA DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES ADULTOS COVID POSITIVO EN EL HOSPITAL DR. RAMÓN CARRILLO DE MENDOZA

Autores: Marcos Spoliansky¹ | Cecilia Reyes² | Noelia Sánchez¹

Filiación: ¹ No ² Si

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Kinesiología

Resumen: Introducción: El objetivo de esta investigación es determinar la eficacia y el impacto positivo del uso de la cánula nasal de alto flujo (CNAF) para los pacientes contagiados con el virus SARS-CoV-2 al evitar la intubación orotraqueal, entendida esta como un factor de mayor complejidad si se tienen en cuenta las enfermedades de base que posee cada uno. Métodos: Para recolectar la información de la investigación se utilizó la base de datos del Servicio de Kinesiología, con datos registrados en las Historias Clínicas durante la aplicación del tratamiento con CNAF a la población analizada. Tasa de intubación, prevalencia de enfermedades preexistentes, escalas utilizadas como punto de corte para éxito y fracaso, edad y género son aspectos centrales en este trabajo. Muestra: No probabilística por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión. El estudio se realiza sobre una muestra (n) = 60, con una población (N) = 66, compuesta por 23 individuos femeninos y 38 masculinos. El promedio de edad es de 48,6 años, con una desviación estándar de aproximadamente 11,65 años, y con una máxima de 77 años y una mínima de 27 años. Otro dato a tener en cuenta fueron las enfermedades preexistentes, teniendo mayor prevalencia la obesidad, seguida por la hipertensión arterial y la diabetes. Resultados: El 73,8% de los pacientes que recibieron tratamiento con CNAF no fueron intubados, y el 26,2% restante fue intubado. Los resultados muestran que la aplicación de CNAF evitó la intubación en más del 50% de los pacientes, entre otras conclusiones. Se detectó que el IROX (SpO₂/FiO₂/FR) de inicio promedio en la población analizada fue de 6,49. Discusión: Los resultados de esta investigación pueden verse favorecidos debido a que la población estudiada contaba con una o más dosis de vacuna contra el SARS-COV-2. Conclusión: Como conclusión podemos determinar la eficacia de la CNAF en pacientes COVID-19 positivo para prevenir la intubación. Obesidad, hipertensión arterial y diabetes son las enfermedades más prevalentes.

ID#76**VENTILACIÓN PERCUSIVA INTRAPULMONAR PARA RESOLUCIÓN DE ATELECTASIA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO POST QUIRÚRGICO DE LOBECTOMÍA CON BRONCOPLASTIA - REPORTE DE UN CASO**

Autores: *Eugenia Giselle Farias¹ | Marina Anabela Méndez¹ | Juan María Pailhe¹ | Fernanda Testoni¹*

Filiación: ¹ Hospital de Pediatría Juan Pedro Garrahan

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Kinesiología

Resumen: Introducción: La lobectomía pulmonar con broncoplastia es una técnica quirúrgica cuyo objetivo es reseca la parte afectada del parénquima y del bronquio. Dentro de las complicaciones postoperatorias más frecuentes encontramos a las atelectasias, resultado de las secreciones retenidas y falta de aireación de las partes del parénquima restante. Está descrito que la fisioterapia respiratoria (FTR) postoperatoria reduce las complicaciones en pacientes adultos tras la resección pulmonar. En pediatría la información es limitada. La ventilación percusiva intrapulmonar (IPV) está dentro de las técnicas instrumentales de FTR. Consiste en un dispositivo que administra ventilación a alta frecuencia, alto flujo y baja presión en forma de percusiones intrapulmonares; superpuestas al patrón ventilatorio del paciente. Su objetivo es movilizar secreciones bronquiales, reclutar alvéolos y/o mejorar el intercambio gaseoso. En la literatura se mencionan beneficios significativos en la resolución de atelectasias con el uso de IPV en niños con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neuromusculares, aunque no se encontró experiencia en postquirúrgico de tórax. Ante la falta de evidencia, el objetivo de este trabajo es describir el uso de IPV en un paciente pediátrico con atelectasia en el campo pulmonar izquierdo (CPI) luego de una lobectomía superior izquierda con broncoplastia por tumor carcinoide. Caso clínico: Niño de sexo masculino de 12 años de edad, con diagnóstico de carcinoma bronquial de lóbulo superior izquierdo, que ingresa a un Hospital Pediátrico Nacional de Argentina para realizarse lobectomía superior izquierda con broncoplastia. Durante los tres primeros días se realizaron ejercicios de expansión pulmonar, técnicas de respiración forzada, tos dirigida y movilización temprana 3 veces al día. Al cuarto día por persistir hipoventilación en CPI se realiza una radiografía de tórax y se observa atelectasia sin hipoxemia, por lo que se inicia tratamiento exclusivo con IPV. Se realizó con una frecuencia de 3 sesiones diarias de 20 minutos cada una, mediante una máscara oronasal. Se utilizó modo HARD, con presión de trabajo de 2 bares, presión en vía aérea menor a 30 cmH₂O, con relación I:E 1/1 durante 15 minutos y modo EASY con mismas presiones y relación I:E durante 5 min. Se resolvió dicho cuadro con 3 días de IPV y el niño obtuvo el egreso hospitalario a los siete días de la cirugía. Discusión y Conclusiones: Fue la primera experiencia en nuestro hospital en la aplicación de IPV como único tratamiento en un paciente con cirugía de tórax. La terapéutica aplicada mostró buenos resultados en 3 días, siendo bien tolerada por el niño. Resultados similares se pueden encontrar en un trabajo japonés donde se logra la extirpación de pacientes a los cinco días de tratamiento con IPV. El uso de IPV en un paciente pediátrico con atelectasia en CPI luego de una lobectomía superior izquierda con broncoplastia, resultó ser seguro y eficaz. No hubo efectos adversos y la atelectasia mejoró clínica y radiológicamente.

ID#263**CARACTERÍSTICAS Y REQUERIMIENTOS VENTILATORIOS DE SUJETOS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN**

Autores: *Aldo Ruiz¹ | Maximiliano Ayraudo¹ | Pablo Bellón¹ | Guillermo Bataglia¹ | Julieta Russo¹ | Mauro Bosso¹*

Filiación: ¹ Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Kinesiología

Resumen: Introducción y Objetivo: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta las motoneuronas de la corteza, tronco y médula espinal. La principal causa de muerte es la insuficiencia respiratoria debido a la debilidad muscular ventilatoria. Ante este escenario, los pacientes requieren ventilación mecánica, la cual al principio

puede ser no invasiva pero conforme progresa la enfermedad requiere de una cánula de traqueostomía (TQT). El objetivo del estudio fue describir las características clínico-demográficas y la evolución de los requerimientos ventilatorios en los pacientes ingresados con ELA en un centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR). Secundariamente, analizar el tiempo de sobrevida dentro del CDVMR y describir la condición de egreso. Material y método: Estudio observacional, transversal, retrospectivo. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años que ingresaron a un CDVMR con diagnóstico previo de ELA entre el 1 enero de 2016 y el 30 de marzo de 2023. Se describieron las características utilizando mediana y cuartil 25-75 o frecuencia y porcentaje, según correspondiera. Se realizó un análisis de la sobrevida en función del tiempo, determinando la mediana de probabilidad de sobrevida. Se comparó la estadía y sobrevida entre los sujetos que ingresaron con asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMi) y ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Resultados: Se incluyeron 33 sujetos con edad de 59 (11,5) años, de los cuales 16 eran hombres (48,5%). Previo al ingreso a UTI, el 67,7 % (n=21) se encontraban postrados y el 12,9 % (n=4) refería independencia en el hogar. Al ingreso al CDVMR, el 84,8% tenía TQT y AVMi, mientras que 4 utilizaban VMNI. Presentaban una presión máxima inspiratoria y espiratoria de -20 (16 - 24,25) y 20 (15,50 - 30) cm H₂O, respectivamente. En cuanto a la evolución desde el punto de vista del weaning, 4 sujetos lograron desvinculación parcial, 1 desvinculación total de la AVMi y ningún paciente con VMNI requirió vía aérea artificial. Por otra parte, 12 sujetos (41,4%) lograron fonación a fuga con AVMi y 9 (27,3%) recibieron alimentación terapéutica vía oral luego de presentar blue test modificado negativo. La estadía fue de 174 (57-319) días y la mediana de tiempo de sobrevida se halló a los 254 días (IC 95% 89-344). Al cierre del estudio, 10 pacientes continuaban internados, 12 (36,4%) murieron en el CDVMR y 11 egresaron, 6 con alta institucional y 5 derivados a centros de mayor complejidad. Al comparar la estadía en el CDVMR entre los sujetos que ingresaron con AVMi y VMNI observamos que los segundos presentaron estadía más corta (205 [65,75-328.25] vs 45 [31,5-60.25] días; p Valor = 0,03) y una sobrevida menor al comparar sus curvas de Kaplan-Meier (p Valor = 0,04). Discusión y conclusiones: La mayoría de los sujetos con ELA ingresaron al CDVMR con AVMi y menos del 20% logró el alta domiciliaria. Los pacientes que ingresaron con VMNI fueron los que presentaron menor sobrevida y estadía en nuestro centro.

ID#266**ENFERMEDAD DE POMPE DE INICIO TARDÍO. REPORTE DE CASO CLÍNICO EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN**

Autores: *Isidro Gamarra¹ | Pablo Bellón¹ | Paula Uldani¹ | Federico Sarrazin¹ | Guillermo Bataglia¹ | Julieta Russo¹ | Mauro Bosso¹*

Filiación: ¹ Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Kinesiología

Resumen: Introducción: La enfermedad de Pompe (EP) es un desorden infrecuente producido por deficiencia de la enzima lisosomal alfa-glucosidasa ácida. Puede presentarse en adultos como enfermedad de inicio tardío (EPIT). La aparición de la debilidad muscular puede afectar los músculos respiratorios y su evaluación funcional tendrá como objetivos determinar el trastorno restrictivo por disfunción diafragmática, la tos, el centro respiratorio y el sueño. Presentación del caso: Paciente femenina de 72 años con diagnóstico previo de polimiositis en 2006. En mayo de 2022 presenta insuficiencia ventilatoria aguda con requerimiento de intubación orotraqueal, asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y posterior traqueostomía (TQT) por AVM prolongada. En junio de 2022 realizan diagnóstico de EPIT con la solicitud de POMPE lisosomal (Ac FAN – JO 1). El 29 de agosto de 2022 ingresa al centro de desvinculación de ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR) ventilando por TQT con AVM continua. Presenta presión máxima inspiratoria (PiMáx) -20 cm H₂O y espiratoria (PeMáx) 20 cm H₂O, sin tolerancia a la prueba de respiración espontánea (PRE), por lo que realiza entrenamiento de sus músculos ventilatorios en PC-CSV y fonación con ventilación a fuga. El 15 de diciembre de 2022 comienza

a recibir la terapia de reemplazo enzimático con α glucosidasa ácida humana en dosis de 20 mg/kg cada 14 días. Entre enero y marzo de 2023, su evaluación de la fuerza muscular con el medical research council (MRC) aumentó de 25 a 45 puntos y su medida de independencia funcional (FIM) de 26 a 51 puntos. Recién en marzo aumentó la PIMáx (-28cm H₂O) con capacidad vital (CV) de 730 ml (15,8 ml/kg). Comienza entrenamiento con ventilación no invasiva (VNI) con interfaz de pieza bucal (MPB). En abril su MRC aumentó a 50 puntos y comenzó a impulsarse su propia silla de ruedas. En mayo alcanzó sus mejores valores de PIMáx -44 cm H₂O y CV 1320 ml (28,7 ml/kg). Sin embargo, su tolerancia a la PRE era breve, evolucionando con cuadros de hipoxemia y reconexión a AVM. Se evaluó la CV en decúbito dorsal (1220 ml) y sedestación (880 ml) con diferencia del 38%, sugestiva de disfunción diafragmática grave. Se evaluó la posibilidad de que realice VNI con máscara nasal y oronasal en la siesta y el descanso nocturno, pero la paciente no logró adaptarse a la misma. Actualmente, se encuentra planificando su alta sanatorial a pedido de la paciente y su familia. **Discusión y Conclusiones:** La EP del adulto tiene características propias dentro del manejo ventilatorio de las patologías neuromusculares. La mejoría del funcional ventilatorio no pudo observarse hasta los 3 meses del comienzo de la terapia de reemplazo enzimático. Su evolución alcanzó un techo con valores aceptables (CV 1320, 28,7 ml/kg) pero nunca logró superar la PRE, posiblemente debido a una afección del centro respiratorio, debida a que la α glucosidasa ácida humana no penetra en el sistema nervioso central. Actualmente, la paciente logra desenvolverse de manera autónoma con MPB diurno y silla de ruedas, conectándose de manera invasiva por TQT durante el sueño.

ID#274

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y LA MORTALIDAD DENTRO DE UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

Autores: Gonzalo Guardia¹ | Pablo Bellón¹ | David Lugin¹ | Francisco Esperón¹ | Guillermo Bataglia¹ | Julieta Russo¹ | Mauro Bosso¹

Filiación: ¹ Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica

Sección: Opción a premio | **Área:** Kinesiología

Resumen: Introducción y objetivo: En la última década aumentó la sobrevida de los pacientes en unidades de terapia intensiva (UTI). Entre 5 y 10% de los pacientes con asistencia ventilatoria mecánica (AVM) requerirán derivación a centros de desvinculación de ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR). Conocer la probabilidad de sobrevida de ellos permitirá mejorar comunicación y adecuar las necesidades de rehabilitación. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre el score de charlson previo a la UTI y la mortalidad en pacientes traqueotomizados en un CDVMR. Secundariamente, describir la probabilidad de muerte, derivación y alta en base a un punto de corte del score de charlson de 3 puntos. Material y Método: Estudio observacional, transversal, retrospectivo. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años que ingresaron a un CDVMR con TQT entre el 1 enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2020. Se realizaron 3 modelos utilizando regresión de cox con las siguientes variables explicativas: Score de charlson, sexo, tipo de vía aérea previo a la internación en UTI, semanas de internación en UTI y motivo de ingreso a la UTI. Score de Charlson y aquellas variables con valor $p < 0,10$ en el análisis de cox simple sobre las variables evaluadas al ingreso. Se seleccionó el mejor modelo a través del criterio de información de Akaike (AIC). Por último, se analizó la probabilidad de muerte, derivación y alta a través de curvas de Kaplan-Meier en base a un punto de corte del score de charlson de 3 puntos. Resultados: Se incluyeron 658 sujetos de 60,3 (19) años de edad, mayoría de sexo masculino (64,5%) y con mediana de score de Charlson de 4 (2-6) puntos. La mediana de días de internación en el CDVMR fue de 76 (27-186,75). El score de Charlson presentó una asociación significativa con la mortalidad en los tres modelos (modelo I: HR 1,05, IC 95% 1,02-1,08; modelo II: HR 1,06, IC 95% 1,02-1,10; modelo III: HR 1,08, IC 95% 1,03-1,13). En el modelo II también se mostraron significativas las semanas de AVM en UTI (HR 0,98, IC 95%

0,97-0,99) y en el modelo III, las semanas de AVM en UTI (HR 0,98, IC 95% 0,97-0,99) y el motivo de ingreso a UTI de origen cardiovascular (HR 1,53, IC 95% 1,11-2,10). Las medianas de las curvas de sobrevida de Kaplan-meier en el CDVMR para mortalidad, derivación a centro de mayor complejidad y alta se hallaron a los 97 (IC 95% 83-109) días, 149 (IC 95% 115-177) días y 239 (IC 95% 155-288) días, respectivamente. Solo se observaron diferencias significativas en el punto de corte del score de charlson de 3 puntos para la derivación a centro de mayor complejidad (294 vs 112 días, p Valor $< 0,001$). **Discusión y Conclusiones:** Por cada punto que se incrementa el score de Charlson previo a la UTI, el riesgo de morir en el CDVMR aumenta al menos un 5%. Más aún, pareciera ser una variable explicativa de que el paciente presentará complicaciones por las cuáles requerirá una derivación a centros de mayor complejidad. Por lo tanto, consideramos que es una variable de gran utilidad que podría ser la base de un futuro score predictor de mortalidad en CDVMR.

ID#282

USO DE CÁNULA DE ALTO FLUJO DE OXIGENO EN PACIENTES EPOC REAGUDIZADOS CON FALLA HIPERCÁPNICA

Autores: José Robles¹ | Emiliana Vasulka¹ | Noelia Ferrari¹ | Natalia Zamora¹ | Ezequiel Diana¹ | Agustín Mastronardi¹ | Nazarena Diaz¹ | Juliana Anastasini¹ | Gustavo Bonabbita¹ | Eleonora Crivelli¹

Filiación: ¹ HIGA SAN JOSÉ PERGAMINO

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Kinesiología

Resumen: Introducción: La cánula nasal de alto flujo de oxígeno (CNAFO₂) es un dispositivo de soporte no invasivo que se ha incrementado su uso en los últimos años. Los pacientes con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reagudizados con falla hipercápnica podrían beneficiarse con dicha terapia debido a la sumatoria de diversos efectos fisiológicos, dentro de los cuales el lavado del dióxido de carbono (CO₂), la disminución de la frecuencia respiratoria (FR), el efecto presión positiva de fin de espiración (PEEP), la humidificación del gas inspirado y el confort tienen un rol fundamental. Si bien el tratamiento de primera línea para la falla hipercápnica fue durante muchos años la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), en la actualidad existen diversos trabajos que incluyen y comparan ambas terapias como tratamiento de primera línea en dicha población. Lee et al, en pacientes con falla hipercápnica moderada no reportaron diferencias en la tasa de intubación orotraqueal (IOT) y mortalidad a los 30 días. Por su parte, no encontraron diferencias significativas en valores de pH, presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO₂) y presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO₂). Sun et al. estudiaron pacientes con insuficiencia respiratoria hipercápnica moderada y compararon los resultados de los pacientes tratados con CNAFO₂ y VMNI, no encontrando diferencia significativa en la tasa de fracaso y mortalidad. Objetivos: Describir las características de los pacientes con reagudización de EPOC con falla hipercápnica que utilizaron CNAFO₂ como primera línea de tratamiento no invasivo e identificar si existen cambios en variables clínicas y gasométricas. Material y métodos: Se incluyeron prospectivamente individuos con reagudización de EPOC con falla hipercápnica tratados con CNAFO₂ como tratamiento de primera línea en la sala de Clínica Médica entre el 17 de mayo del 2023 al 17 de julio 2023. Se incluyeron pacientes EPOC moderados a muy graves (GOLD 2 a 4), mayores de 18 años, acidosis respiratoria (pH $\geq 7,25$ y PaCO₂ ≥ 45 mmHg) con o sin hipoxemia y sin uso previo de VMNI. Se excluyeron pacientes EPOC leve, ausencia de hipercapnia, inestabilidad hemodinámica y necesidad inminente de VMNI o IOT. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, las variables continuas debido a la baja N de pacientes se reportaron como mediana [RIC] y las variables categóricas como porcentajes. Para evaluar la significancia estadística entre variables analizadas al inicio y al final de tratamiento se utilizará prueba de T. El fracaso de la CNAFO₂ se consideró como la necesidad de VMNI o IOT. Los pacientes fueron seguidos hasta el alta hospitalaria o la muerte. Los datos de los pacientes fueron codificados y cargados a una planilla de Microsoft Excel, para luego se exportados y analizados con el programa estadístico

STATA Resultados: Se incluyeron 6 pacientes con una edad media de 72 años de los cuales el 66,6% eran mayores de 65 años y el 83 % sexo femenino. La media de score SAPS II fue de 28,16. El 83,33 % presentaban infiltrados bilaterales al inicio de la terapia. El 50% de los pacientes tenía neumonía. La frecuencia respiratoria (FR) al inicio fue de 30,33 [RIC 24-40] y al final de 18. El pH al inicio fue de 7,29 [7,25-7,31] y al final fue de 7,41 [7,40-7,48] y la PaCO₂ al inicio fue de 64,95 mmHg [60-65] y al final 50 mmHg [45,4-48]. El índice de ROX a la hora fue de 13,20 [8,8-15,6] y a las 24 horas fue de 17,13 [8,9-21]. En la comparación de algunas variables clínicas y gasométricas la mediana de la FR al inicio fue de 30,33 y al final 18 (p: <0,012). El pH al inicio fue de 7,29 y al final 7,41 (p: < 0,001). Por último, la PaCO₂ al inicio fue de 64,95 mmHg y al final 50 mmHg (p:0,046). La duración de la terapia fue de 72 [41-120] horas, la necesidad de VMNI fue de 16,67%. Ningún paciente refirió disconfort. El éxito de la CNAFO₂ fue del 83,3%. Discusión y conclusiones: Si bien la VMNI es un pilar importante en el tratamiento de la falla hiperclórica en pacientes EPOC reagudizados con falla hiperclórica, la CNAFO₂ ha logrado en estos últimos años un nuevo espacio para dicha población, permitiendo abordar al paciente fuera de áreas cerradas con un monitoreo estricto de variables clínicas y gasométricas. El uso de la CNAFO₂ fue un tratamiento efectivo de primera línea para pacientes EPOC exacerbados con falla hiperclórica aplicada en la sala de internación general. El descenso de la frecuencia respiratoria y el comportamiento de la PaCO₂ en las primeras horas podrían predecir el éxito o fracaso de dicha terapia.

ID#290

VARIABLES DE MECÁNICA RESPIRATORIA EN SUJETOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR COVID-19

Autores: Marco Bezzi¹ | Silvana Borello¹ | Matías Bertozzi¹ | Romina Mattei¹ | Antonio Pilipec¹ | Ahmad Sabra¹

Filiación: ¹ Hospital Donación Francisco Santojanni, CABA, Argentina

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Kinesiología

Resumen: Introducción y objetivo: El poder mecánico (PM) es uno de los conceptos de relevancia para monitorear la mecánica respiratoria, se refiere a la energía transferida desde el ventilador al sistema respiratorio. Se ha evidenciado que sus componentes (resistivo, estático y dinámico) podrían tener influencia en el resultado clínico de los sujetos con Síndrome de Destrés Respiratorio Agudo (SDRA). En nuestro país, durante la pandemia de COVID-19, se reportó que la mortalidad de los sujetos que recibieron ventilación mecánica (VM) debido a SDRA por COVID-19 fue de 57,7%, pero hay escasa evidencia que establezca una relación entre la mecánica respiratoria y el desenlace. El objetivo fue evaluar la asociación entre las variables ventilatorias que conforman el PM y las variables de intercambio gaseoso de los sujetos en términos de mortalidad. Material y Método: Estudio analítico, retrospectivo y observacional. Se incluyeron a los sujetos registrados en la base de datos de un hospital público, que recibieron VM debido a SDRA por COVID-19 entre abril de 2020 y agosto de 2021. La comparación entre grupos vivos y muertos se realizó mediante T-test para varianzas similares o diferentes según corresponda o mediante el test de Mann - Whitney, según la distribución de las variables. Resultados: Fueron analizados 184 sujetos, discriminando entre vivos y fallecidos. En cuanto a las variables asociadas al PM, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al día 1, 3 o 7 de VM. En función a las variables de intercambio gaseoso se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con varianzas según el día de registro. Discusión y conclusiones: La VM provoca un incremento en el stress y daño potencial, aumentando el riesgo de VILI. Un estudio de Costa y colaboradores encontró que el tamaño del efecto de cada aumento de 1 cmH₂O de ΔP fue 4 veces mayor que el de cada aumento de 1 respiración/min en FR, por lo que crearon una variable que se calculó como (4 × ΔP) + FR. Concluyeron que, aunque el componente dinámico de PM se asoció con la mortalidad, esta nueva variable fue igualmente informativa y más fácil de evaluar. Un estudio de Gonzales J y colaboradores en un análisis retrospectivo de sujetos con VM

por SDRA con COVID-19, encontraron como factores de riesgo predictivo de DLCO > 60%, el tiempo de VM, la edad, ΔP del primer día de VM y decúbito prono. Nuestros resultados, se enfocaron en 1, 3 y 7 días de VM y debido a que los sujetos estudiados presentaron un tiempo de VM superior a los registrados en otras patologías, la mecánica respiratoria en los días sucesivos fue obviada y puede tener influencia en el desenlace. El estudio de Papoutsis y colaboradores analiza sujetos con SDRA a los días 7, 14 y 21 de VM, encontrando pérdida en la asociación de ΔP y mortalidad con el paso del tiempo, quizás representa lo sucedido en nuestra población. Como conclusión, no encontramos asociación entre las variables que componen el PM y el desenlace. Sin embargo, observamos asociación significativa entre variables de intercambio gaseoso y mortalidad.

ID#294

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SEGUIMIENTO A 90 DÍAS DE SUJETOS TRAQUEOSTOMIZADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO TRABAR

Autores: Agustín García¹ | Federico Luis Chelli² | Pablo Bellón³ | Santiago Benítez² | Sebastián Barreiro González⁴ | Ignacio Martín Giacobbe⁵ | Matías Nicolás Sosaya⁶ | Santiago Gallo⁷ | María Cecilia Perrone⁸

Filiación: ¹ Centro del Parque ² HIGA Petrona Villegas de Cordeiro ³ Santa Catalina ⁴ HZGA Mariano y Luciano de la Vega ⁵ HIGA Eva Perón, Gral San Martín ⁶ HGA Dr. Teodoro Álvarez ⁷ HGA Dr. Juan Antonio Fernández ⁸ HIGA Evita, Lanús

Sección: Opción a premio | **Área:** Kinesiología

Resumen: Introducción y objetivo: La traqueostomía (TQT) es una de las intervenciones más frecuentemente realizadas en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM), optimizando su manejo terapéutico. Hasta nuestro conocimiento, no contamos con datos epidemiológicos ni la evolución de los pacientes con TQT en UCI de hospitales públicos de agudos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Nos propusimos describir las características epidemiológicas y el seguimiento a 90 días de los sujetos traqueostomizados en terapias intensivas de hospitales públicos del AMBA, analizar los factores asociados a la mortalidad hospitalaria y determinar la incidencia de decanulación en el sistema público de salud. Material y método: Estudio observacional, analítico, prospectivo, longitudinal y multicéntrico. Se incluyeron consecutivamente pacientes mayores de 18 años cursando internación en UCI, con requerimiento de AVM a los cuales se les haya realizado una TQT entre el 1 de octubre de 2022 y el 31 de marzo de 2023. Se recolectaron las características clínicas al ingreso, evolución durante la internación y variables de resultado a 90 días. Resultados: Veinte hospitales públicos del AMBA aportaron pacientes. Se incluyeron al análisis 388 sujetos, cuya evolución puede observarse en el diagrama de flujo. La media de edad fue 54,3 años (DE 16,8), la mayoría hombres (65,7%). La tasa de TQT sobre cantidad de ingresos a UCI y requerimiento de AVM fue del 10,3% y 19,1%, respectivamente, predominando la técnica percutánea (68%). La mediana de días de tubo endotraqueal (TET) hasta la realización de la TQT fue de 17 (13-20) días. Los sujetos requirieron 32 (25-45) días de AVM, 40 (29-57) días de UCI y 56 (36- 89) días de internación hospitalaria. Al cabo de 90 días, la mortalidad fue de 57,0% y una incidencia de decanulación del 29.1%. En el análisis multivariado de regresión de Cox para la sobrevida, la edad (HR 1,02; IC 95% 1,001-1,03) y los días de TET (HR 1,04; IC 95% 1,01-1,06) mostraron resultados significativos. La probabilidad de que la mitad de los pacientes falleciera se observó al día 47 desde que fueron traqueostomizados (IC 95% 30-53 días). Al finalizar el seguimiento, el 49% de los sobrevivientes se encontraba en su hogar y el 42% continuaba internado en el mismo centro. Discusión y Conclusiones: Uno de cada 10 sujetos admitidos a la UCI de hospitales públicos del AMBA es intervenido con una TQT, y la mitad de estos habrá fallecido al día 47. La mortalidad duplica lo reportado por la literatura y la incidencia de decanulación es baja. El presente estudio visibiliza la demanda que generan los sujetos con TQT, quienes cursan con internaciones prolongadas.

ID#309

UTILIZACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPERCAPNICA. REPORTE DE CASO

Autores: Julieta Paula Gómez¹ | Federico Puzzo¹ | Sabrina Cagide¹ | Gerardo Poggioli¹ | José García Urrutia¹

Filiación: Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta Nestor Kirchner (SAMIC). Ciudad de Cañuelas

Sección: Casos clínicos | Póster | Área: Kinesiología

Resumen: Introducción: La ventilación no invasiva (VNI) es una terapia estándar de tratamiento para los pacientes que presentan exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con hipercapnia, respaldada por las guías de práctica clínica. Aunque se ha demostrado que la VNI es extremadamente útil en esta situación, un 30% de los pacientes con exacerbación aguda hipercápnica no toleran la VNI por varias razones. En esta situación la cánula nasal de alto flujo (CNAF) suele ser útil. La terapia de oxígeno a través de la CNAF es un sistema de suministro de gas que proporciona aire calentado y humidificado a través de una cánula nasal, con oxígeno suplementario, según sea necesario. Modalidad de apoyo respiratorio que ha surgido para su uso en pacientes adultos con insuficiencia respiratoria aguda durante la última década y ha demostrado que tiene varias ventajas fisiológicas notables. Estudio en pacientes EPOC estables y con exacerbaciones agudas encontraron que la aplicación de CNAF disminuyó efectivamente la presión arterial de dióxido de carbono (PCO_2) (en un 4%-12%), reducir el espacio muerto fisiológico, el trabajo respiratorio, y mejorar la eliminación de secreciones. Presentación del caso: Paciente de 48 años con antecedentes de tabaquista, EPOC GOLD 3 (VEF 34%), múltiples internaciones por reagudizaciones y neumonía, última internación en unidad de terapia intensiva de esta institución en marzo 2022, con requerimiento de intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica, decanulada en mayo del mismo año. Medicación habitual: Fluroato de fluticasona / umeclidino / vilanterol. Ingreso el 1/06/2023 a la guardia del hospital de alta complejidad Cuenca Alta Néstor Kirchner por presentar cuadro de 72 horas de evolución de fiebre y malestar general, asociado a tos y disnea clase funcional III – IV. Al ingreso se constata lucida, colaboradora, taquipneica, desaturación (81% aire ambiente), se inicia oxigenoterapia a 3 litros de flujo, se realiza hemocultivos, laboratorio y tomografía de tórax que evidencia: enfisema centrolobulillar y paraseptal con bullas subpleurales, la mayor basal derecha de 47 mm. Atelectasia apical derecha asociada a bronquiectasias por tracción y varicosas condicionando múltiples imágenes cavitadas, la mayor de 60 mm, de aspecto secular. Se visualiza adenomegalia de 11 mm de eje corto máximo a nivel retrocavo-pretraqueal. No se detecta derrame pleural ni pericárdico. Se realizó un análisis de gases en sangre que evidencia pH de 7,23; PCO_2 96,9 mmHg, presión arterial de oxígeno 67 mmHg, por lo que se procede a iniciar VNI, pero por intolerancia se decide colocar CNAF con flujo de 45lts (flujo limitado por tolerancia del paciente) y FiO_2 35%. Posterior a 1 hora y media de utilización se muestra una mejoría del pH, PCO_2 , y mejoría de la disnea. El día 3/6 se realiza PCR tiempo real con resultado de Haemophilus influenzae - Influenzae A - Virus sincitial respiratorio - Estreptococo pneumoniae. Se interpreta cuadro como reagudización más infección respiratoria por influenza A. Al soporte por CNAF se asoció la utilización de un sistema de aerosol terapia por malla vibratoria para aportar los broncodilatadores. El día 4/6 se aumenta el flujo a 60 litros por persistir con acidosis respiratoria, mejor tolerancia al aumento del flujo, y con posterior mejoría gasométrica. Mantiene este soporte y los mismos parámetros por 4 días y el día 8/6 por mejoría clínica se desciende flujo a 40 litros sin cambios clínicos ni gasométricos, cumplida 6 horas con esto parámetros se retira CNAF y se pasa a un sistema de oxígeno terapia de bajo flujo a 1 litro, que posteriormente se retira por mantener objetivo de saturación aire ambiente. Progresión gasométrica se muestra en la Tabla 1. Finalmente después de 12 días de internación la paciente es dada de alta hospitalaria al domicilio con independencia en actividades diarias. Discusión: Los efectos de la administración de CNAF en pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica genera cambios tempranos y sostenidos en los parámetros clínicos y gasométricos. La PCO_2 , el pH y la fre-

cuencia respiratoria parecen ser factores pronósticos tempranos de éxito del tratamiento. Por otro lado la persistencia de acidosis a 1 hora del inicio de CNAF se asoció al fracaso del tratamiento. En nuestro reporte pudimos corroborar los efectos generados, factores pronósticos, como así la comodidad y tolerancia en comparación al uso de VNI. La duración de la estancia hospitalaria en este reporte de caso fue de 12 días, que se compara con la reportada por Plotnikow et al. en pacientes EPOC con hipercapnia tratados con CNAF. Conclusión: La CNAF puede ser una herramienta valiosa para mejorar la oxigenación, el trabajo respiratorio y reducir la PCO_2 en pacientes que presentan exacerbación de la EPOC.

LABORATORIO PULMONAR Y FISIOPATOLOGÍA

ID#14

IMPACTO DE NUEVAS REFERENCIAS TEÓRICAS Y RECOMENDACIONES EN LA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO POR RESPIRACIÓN ÚNICA

Autores: José María Malet Ruiz¹ | Eileen Achig¹ | María Cristina Burgos¹ | Elizabeth María Sangiovanni¹

Filiación: ¹ Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Sección: Opción a premio | Área: Laboratorio pulmonar y fisiopatología

Resumen: Introducción y objetivo: la medición de difusión de monóxido de carbono por respiración única (DLCO) es un parámetro utilizado en la evaluación de la función pulmonar de diversas enfermedades respiratorias. Existen múltiples valores predictivos que intentan dar un marco de referencia a los resultados obtenidos. En 2017, la Global Lung Function Initiative (GLI) publicó valores teóricos en un estudio multicéntrico internacional con más de 12000 mediciones. Tras su incorporación y aplicación en un laboratorio pulmonar, se observó discrepancia, respecto a resultados previos usando otros teóricos, en la interpretación de las mediciones. Se llevó a cabo este análisis con el fin de evaluar si la proporción de resultados anormales de DLCO era igual entre GLI y otros valores predictivos. Material y método: Estudio observacional retrospectivo en pacientes >18 años derivados por patología pulmonar entre octubre 2022 y marzo 2023. Se analizó y comparó límite inferior de la normalidad (LIN) de dlco, y proporción de pacientes con medición inferior a este valor, usando teóricos de GLI, CRAPO y European Community of Coal and Steel (ECCS). Variables continuas expresadas en media y desvío estándar o mediana con rango intercuartilo, y proporciones, en porcentaje. Análisis de Wilcoxon o McNemar, Según corresponda, coeficiente de Kappa de Cohen para concordancia, $p < 0.05$ estadísticamente significativa. Resultados: de 291 estudios, se excluyeron 91 mediciones de dlco sin criterios de aceptabilidad y/o repetibilidad. 58,5% mujeres, 63 años (53-71), 56,5% extabaquistas o tabaquistas activos. 20 PY (6-40), 81,5% con diagnóstico de EPID, DLCO medida 16.59 ml/min/mmHg \pm 7.36. Diferencia de medianas estadísticamente significativa entre LIN GLI y LIN CRAPO (15,11 (13,5-17,25) vs. (16,74 (14,34-19,68), $P < 0,0001$), y LIN GLI y LIN ECCS (15,11 (13,5-17,25) vs. 14,64 (12,71-17,13), $P < 0,0001$). Diferencia estadísticamente significativa en la proporción de pacientes con DLCO anormal al comparar CRAPO con GLI (43,4% vs. 26,5% SI DLCO $< 60\%$, $P < 0,001$, y 63,8% vs. 47,4% SI Z score DLCO $< -1,645$, $p < 0,001$, respectivamente), y ECCS con GLI (34,2% vs. 26,5% SI DLCO $< 60\%$, $p < 0,001$, y 52,6% vs. 47,4% SI Z Score DLCO $< -1,645$, $p 0,013$) por coeficiente de Kappa, concordancia entre CRAPO y GLI de 0,64 y 0,68 SI DLCO $< 60\%$ O Z Score $< -1,645$, respectivamente, y entre ECCS y GLI de 0,82 y 0,86, SI DLCO $< 60\%$ O Z Score $< -1,645$, respectivamente. Discusión y conclusiones: Los nuevos valores de referencia GLI presentan LIN diferente al de ecuaciones previas. Esto afecta la proporción de pacientes considerados anormales) lo cual puede incidir en el manejo de los mismos. Esta diferencia debería ser tenida en cuentas al momento de comparar estudios previos y actuales con diferentes teóricos. Si bien las poblaciones no caucásicas se encuentran sub-representadas en este teórico, esto también sucede para las otras ecuaciones utilizadas. La creación de teóricos locales podría ser de utilidad en nuestra población.

ID#15**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON PATRÓN FUNCIONAL NO ESPECÍFICO****Autores:** *Fernando Di Tullio*¹ | Tamara Decima¹ | Soledad Sosa² | Alejandro Salvado¹**Filiación:** ¹ Hospital Británico ² Hospital de Clínicas José de San Martín**Sección:** Trabajos de investigación | Comunicación oral**Área:** Laboratorio pulmonar y fisiopatología

Resumen: Prevalencia y características de pacientes con patrón funcional no específico. **Introducción:** El patrón funcional no específico (PNE) se define como una relación volumen espirado en el primer segundo (VEF1) sobre capacidad vital forzada (FVC) normal, con reducción tanto de la FVC como del VEF1 pero con capacidad pulmonar total (TLC) medido por pletismografía dentro de valores normales. El objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de este patrón, determinar en qué patologías se encuentra y si existen datos del funcional respiratorio que pueden discriminar su etiología. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo en el que se analizaron funcionares respiratorio realizados de enero a diciembre de 2019. Se seleccionaron aquellos estudios que cumplían criterios de PNE, se verificaron las historias clínicas, se obtuvieron datos antropométricos, peso, talla e índice de masa corporal (IMC), estatus tabáquico y antecedentes patológicos. De los pacientes seleccionados se los clasifico en dos grupos según si presentaban enfermedades obstructivas u otros diagnósticos. A su vez, de los pacientes obstructivos se seleccionó a los asmático y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se compararon variables funcionales como VEF1, FVC, relación VEF1/FVC, TLC, volumen residual, (RV), relación RV/TLC y relación volumen alveolar (VA) sobre TLC entre los diferentes grupos. **Análisis estadístico,** se calcularon medianas de la variables y para comparación entre grupos se utilizó el test Wilcoxon. **Resultados:** En el año 2019 se realizaron 5687 estudios de los cuales 1608 tenían medición de TLC, de estos 269 (17%) tenían PNE. Se descartaron 29 por no encontrarse datos en la historia clínica. 120 (50%) pacientes tenían enfermedad obstructiva, 56 tenían diagnóstico de asma, 52 EPOC y 6 cumplían criterios de superposición asma-EPOC (ACO) y el resto otras enfermedades de la vía aérea. De la mitad restante, 79 pacientes (66%) eran fumadores activos o habían fumado con una media de 35 paquetes-año, (P-Y), 50 pacientes (42%) no tenían patologías documentadas sin embargo, 36 (72%) eran tabaquistas o habían fumado con una media de 32 P-Y. De los 70 pacientes restantes la patología intersticial fue la más frecuente con 37 pacientes (31%), seguidos de la enfermedad neuromuscular, 10 (8%) y el 20% restantes presentaban otras patologías. Los pacientes con patologías obstructivas tuvieron menor VEF1, mayor TLC, RV, RV/TLC y menor VA/TLC, datos sugestivos de compromiso de la vía aérea. Los asmáticos, en comparación con EPOC, tuvieron relación VEF1/FVC mayores y relación RV/TLC menores. **Discusión:** Si bien la mitad de los pacientes con PNE presentaban patología obstructiva, la mayoría de los pacientes sin enfermedad obstructiva y sanos eran fumadores por lo que se sugiere que el mecanismo de reducción de la FVC sea por causa de enfermedad de la vía aérea. Se podrían distinguir aquellos paciente con enfermedad obstructiva y PNE por presentar datos sugestivos de compromiso de la vía a área y en los pacientes con EPOC por presentar mayor atrapamiento aéreo.

ID#26**EL ANÁLISIS VISUAL DE LA CURVA FLUJO-VOLUMEN ESPIROMÉTRICA. ¿ES UNA PRÁCTICA CONFIABLE?****Autores:** *Gonzalo Luis Santiago*¹ | Enrique Barimboim¹**Filiación:** ¹ Hospital Central de Mendoza**Sección:** Opción a premio | **Área:** Laboratorio pulmonar y fisiopatología

Resumen: introducción: La concavidad de la curva flujo-volumen (FV) espirométrica, puede representar obstrucción al flujo de aire en forma temprana y los estándares internacionales apoyan tal hipótesis. Sin embargo, normalmente parte de una valoración subjetiva. **Objetivo:** Evaluar la concordancia entre diferentes profesionales al analizar visualmente la curva FV en pacientes

con una relación VEF1/CVF cercana al límite inferior de la normalidad (LIN). **Material y Método:** Se realizó una encuesta virtual y anónima dirigida a miembros de la AAMR y AMRM. La encuesta incluyó 12 imágenes de curvas FV (además de 2 duplicados) que debían ser caracterizadas de manera dicotómica como "obstructivas" o "no obstructivas" basándose en el análisis visual. Las curvas se extrajeron de la base de datos de nuestra institución y se seleccionaron aquellas que presentaban la menor diferencia entre VEF1/CVF y su LIN. También se evaluaron los años de experiencia y el número de espirometrías semanales informadas por los encuestados. Posteriormente, se realizó un análisis de concordancia kappa de Fleiss, con IC del 95% (jackknife) y valor p, tanto en general como estratificado según las variables evaluadas. **Resultados:** Se analizaron 124 encuestas. El valor kappa global fue de 0,293 (IC del 95%: 0,15 a 0,43; p: <0,0001). Al evaluar la concordancia individual, se realizaron pruebas repetidas, donde el análisis kappa mostró un valor de 0,002 (IC del 95%: -0,10 a 0,08; valor p: 0,784). Según los años de ejercicio, se obtuvieron los siguientes resultados: <5 años: 0,286 (IC del 95%: 0,16 a 0,40; p: <0,0001); 5 a 10 años: 0,423 (IC del 95%: 0,26 a 0,58; p: <0,0001); >10 años: 0,239 (IC del 95%: 0,09 a 0,38; p: <0,0001). Conforme al volumen de informes espirométricos semanales (ES): <10 ES: 0,381 (IC del 95%: 0,23 a 0,53; p: <0,0001); 10 a 30 ES: 0,266 (IC del 95%: 0,13 a 0,40; p: <0,0001); >30 ES: 0,227 (IC del 95%: 0,08 a 0,37; p: <0,0001). **Discusión y Conclusiones:** Intentamos reproducir el escenario clínico en el cual sospechamos una obstrucción al flujo de aire, pero los valores son cercanos al LIN, donde la curva podría orientarnos hacia una patología temprana. Los valores de kappa encontrados mostraron una concordancia mínima entre los profesionales en la evaluación visual de la curva FV, sin mostrar diferencias significativas al discriminarlos por experiencia y, por lo tanto, no son precisos. La concordancia individual de cada observador no alcanzó significancia estadística. Nuestros hallazgos señalan la necesidad de adoptar medidas objetivas para unificar la interpretación de la curva y fomentar el estudio de variables alternativas con el objetivo de detectar una obstrucción temprana en el flujo de aire.

ID#173**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES QUE REALIZARON DLCO 2019-2022****Autores:** *Nicolás Negro Montiel*¹ | Juliana Opel¹ | Jesus Padilla¹ | Veronica Outon¹ | Yesica Correa¹**Filiación:** ¹ H.I.E.A. y C. San Juan de Dios de La Plata**Sección:** Trabajos de investigación | Comunicación oral**Área:** Laboratorio pulmonar y fisiopatología

Resumen: **Introducción:** Se sabe que la prueba de difusión de monóxido de carbono (DLCO), es un método complementario subutilizado en la práctica diaria del neumonólogo, a pesar de que este es el segundo método con mayor utilidad clínica. Cuenta con la ventaja de no ser invasivo y aportar datos útiles para mejorar el enfoque y el seguimiento de los pacientes. Entre las causas más frecuentes para su indicación se encuentran: patologías obstructivas de las vías aéreas, intersticiopatías (EPI), evaluaciones prequirúrgicas, entre otros. No obstante, esta prueba presenta algunas limitaciones en el acceso del mismo, por parte de médicos y pacientes. En este contexto, el objetivo de este trabajo es aportar una visión descriptiva del análisis de una cohorte de pacientes que realizaron una prueba de DLCO en nuestro hospital. **Material y Método:** Se evaluó una cohorte de estudios de DLCO llevados a cabo en la Sala de Exploración Funcional Respiratoria del Hospital San Juan de Dios de La Plata, durante el periodo comprendido entre el 01/01/2019 al 31/12/2022. Se realizó un estudio descriptivo, que abarcó edades entre ≥ 15 y ≤ 100 años. Obteniéndose 2268 estudios. En aquellos casos donde el paciente tenía más de un estudio realizado, se optó por el más antiguo. Se obtuvieron en total 1921 pruebas. Se las clasificó de acuerdo al diagnóstico remitido en: enfermedades obstructivas de las vías aéreas, EPI, enfermedades post-infecciosas, evaluaciones prequirúrgicas, "otras causas" y un último grupo para aquellas sin diagnóstico consignado. **Resultados:** De 1921 estudios, 608 (32%) correspondieron a patologías obstructivas, 390 (20%) post-infecciosas,

373 (19%) EPI, 210 (11%) evaluaciones prequirúrgicas, 191 (10%) otras causas y 149 (8%) sin diagnóstico remitido. Sin embargo, desglosado por año y causas más frecuentes, las obstructivas representaron un 39% 2019, 30% 2020, 20% 2021 y 34% 2022 vs post-infecciosas 3% 2019, 20% 2020, 54% 2021 y 16% 2022. En las EPI la variación fue: 25% 2019, 22% 2020, 11% 2021 para retomar el 18% en 2022. Analizando por subgrupos, en las causas obstructivas, EPOC representó 463 (82%) de los estudios, seguido de asma 105 (17%) y bronquiectasias 40 (7%). En las post-infecciosas, COVID 19 abarcó 350 (90%) de las mismas, seguido por secuelas por TB 38 (10%). Con respecto a las EPI, las causas filiadas le correspondieron 198 (53%) y 175 (47%) EPI en estudio. Entre las causas prequirúrgicas predominaron los nódulos pulmonares en estudio/lobectomías con 146 (69%) pruebas. Discusión y Conclusiones: Acorde a lo descrito previamente, las patologías más frecuentes halladas fueron las obstructivas y las intersticiopatías. Es importante mencionar que tras la pandemia de SARS CoV 2, hubo un aumento de solicitudes de DLCO por causas post-infecciosas, como refleja nuestro estudio. Esto refuerza la necesidad de contar con dicha prueba y que la misma sea accesible en todo nuestro territorio, pues forman parte del enfoque multidisciplinario que se requiere para tratar estas enfermedades.

ID#276

EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS POR GRUPO ETARIO Y DE LA PRUEBA BRONCODILATADORA UTILIZANDO LOS NUEVOS CRITERIOS ATS/ERS

Autores: Franco Daniel Intelisano¹ | Yesica Belén Correa¹ | Silvia Carina Alegre¹ | Miriam Ester Sainz¹ | Andrés Luis Echazarreta¹ | Gastón Pellegrino¹

Filiación: ¹ Hospital San Juan de Dios de La Plata

Sección: Opción a premio | **Área:** Laboratorio pulmonar y fisiopatología

Resumen: introducción y Objetivo: De acuerdo a la nueva normativa de la ATS/ERS, para evaluar la gravedad del deterioro de la función pulmonar debe utilizarse puntuación z, esta es más consistente ya que considera la variación de la función pulmonar a lo largo del tiempo y los datos antropométricos de la población. Además, se correlaciona mejor con el riesgo de mortalidad. Por otra parte, la respuesta broncodilatadora (RBD) debe expresarse como el cambio porcentual en relación con el valor predicho del individuo. El objetivo es evaluar los cambios en la severidad de la obstrucción de las vías aéreas utilizando la puntuación z por grupo etario y la respuesta broncodilatadora según la nueva fórmula. Material y Métodos: Se evaluaron espirometrías realizadas en la Sala de Exploración Funcional Respiratoria de nuestro hospital. Se utilizó un Espirómetro Spirobank Mir, se interpretaron los resultados utilizando valores de referencia GLI 2012. Teniendo en cuenta la edad de los pacientes, se estudiaron los siguientes grupos etarios: <40/40-59/60-79 y >80. La evaluación de la severidad se analizó de acuerdo al porcentaje del predictivo del VEF1 y con el Z-Score. La RBD se consideró positiva según definición de la guía ATS/ERS 2019 y con la nueva definición propuesta. Resultados: De un total de 401 espirometrías, 163 eran de sexo femenino y 238 de sexo masculino; las edades oscilaron entre 15 y 92 años con una media de 56,6±16 años; las características antropométricas fueron las siguientes: altura 164,3±9.5 cm, peso 73,7±18.7 kg, IMC 27±5.8. El VEF1 fue 1,68±0.75 lts y 57,3±18,7%, z score -2,76±1,1. De acuerdo a la severidad, teniendo en cuenta el porcentaje del predictivo de VEF1 fueron consideradas con patrón obstructivo leve 117 (29%), moderadas 74 (19%), moderadamente severas 72 (18%), severas 81 (20%) y muy severas 57 (14%). De acuerdo a la severidad por z-score se identificaron: leves 109 (27%), moderadas 177 (44%), severas 51 (13%) y variantes fisiológicas 64 (16%). En la evaluación por grupo etario: En los <40 años hubo un aumento a casi el doble del número de moderados, además la mitad de los leves pasaron a variantes fisiológicas. Lo mismo se observó en el grupo de 40-59 años. De 60-79 años: hubo un 10 % más de leves, un 30% más de moderados y un 13% pasaron a ser variante fisiológica. El grupo de severos y muy severos que representaban el 41.1% se redujo al 7%. En los

>80 años: Hubo un aumento del 30 % de los moderados, con un 33% de variante fisiológica. A diferencia de los otros grupos, no hubo severos. Con RBD tuvimos un total de 181 (45%) que se consideraron positivas. Utilizando el nuevo criterio resultaron positivas 127 espirometrías (32%). Discusión y Conclusiones: Estos nuevos cambios podrían optimizar el tratamiento de nuestros pacientes al tener un mejor ajuste, pero a la vez podríamos subdiagnosticar o infratratarse a la población reclasificada como variante fisiológica así como también a los de edad avanzada, quienes presentaron mayores diferencias, lo que pondrá bajo la lupa la evolución clínica y funcional.

ID#292

RESPUESTA AL EJERCICIO INCREMENTAL EN LA HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR CENTRAL

Autores: Santiago C. Arce¹ | Sergio G. Monteiro¹ | Silvia N. Civale¹ | Eduardo L. De Vito¹

Filiación: ¹ Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Sección: Opción a premio | **Área:** Laboratorio pulmonar y fisiopatología

Resumen: Introducción y objetivo: la hipoventilación alveolar central (HAC) es una condición en la que se encuentra alterado el control involuntario de la ventilación y la quimiosensibilidad al CO₂. Puede ser primaria o secundaria a lesiones del tronco encefálico y a enfermedades neuromusculares. No hay trabajos describiendo la respuesta al ejercicio en adultos con HAC. Su entendimiento puede ser relevante en la valoración de riesgo y la prescripción de ejercicio en estos pacientes. El objetivo fue evaluar la respuesta al ejercicio en adultos con HAC, y compararlos con un grupo de pacientes con enfermedad neuromuscular (ENM) sin HAC y otro de controles sanos (N). Material y método: se estudiaron pacientes HAC y ENM con estudio de la quimiosensibilidad al CO₂ mediante P0.1/PetCO₂ efectuado previamente. Se definió HAC a partir de un valor de slope P0.1/PetCO₂ <0.1 cmH₂O/mmHg. Se realizó prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP) incremental (protocolo Balke modificado). Análisis: para la PECP se compararon las medias en cada minuto, nivel de VO₂ y PetCO₂ (t-test de Student o Wilcoxon). Se relacionó la respuesta de diversos parámetros a la PetCO₂ y se realizó correlación lineal de las variables marcadoras de hipoventilación con parámetros respiratorios durante el ejercicio. Resultados: HAC (n=15), ENM (n=5) y N (n=11). En el ejercicio, se observaron mayores niveles de PetCO₂ en el grupo HAC. La pendiente de Ve/VCO₂ fue de 24.6±8.1; 33.1±5.3 y 30.1±4.1 para los HAC, ENM y N respectivamente (p=NS). No se observó correlación entre la slope P0.1/PetCO₂ en reposo y la slope Ve/VCO₂ en ejercicio (R=0,318). No se observó correlación entre ninguna de las variables marcadoras de alteración del control central de la ventilación (slope P0.1/PetCO₂, tiempo de apnea) o de hipoventilación (PaCO₂, HCO₃⁻) con ninguna de las variables en esfuerzo máximo. En HAC se reconocieron 2 subgrupos, normocápnico (n=7; PCO₂max 35,9±3.3 mmHg) e hipercápnico (n=8; PCO₂max 54.9±4.9 mmHg) en respuesta al ejercicio, p<0,001. Este último tenía mayor VO₂ y VCO₂ y menor Ve/VCO₂. La pendiente Ve/VCO₂ fue 31,9±4,8 y 18,4±3,4, respectivamente (p<0.001). Discusión y conclusiones: el grupo HAC presentó mayor CO₂ y respuesta ventilatoria inapropiada al ejercicio. Esto fue claramente diferente de los grupos ENM y N. La identificación de 2 subgrupos de respuesta al ejercicio en HAC confirma su heterogeneidad fenotípica. Esta variabilidad enfatiza la necesidad de una evaluación estructurada de estos pacientes a efectos de prescribir sobre bases racionales un programa de rehabilitación/ejercicio.

ID#296

PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR EN PACIENTES POST-COVID-19

Autores: Luciano Melatini¹ | Lucas Gonzalo Duran² | Tulio Pappucci¹ | Juan Manuel Via Alvarado¹ | Matías Colucci¹

Filiación: ¹ Instituto Neumológico del Sur de Bahía Blanca ² Universidad Nacional del Sur

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Laboratorio pulmonar y fisiopatología

Resumen: Introducción y objetivo: La práctica médica durante la pandemia COVID-19 se ha visto fuertemente demandada por sintomatología asociada a dicha enfermedad. En muchos de los casos estos síntomas no se correlacionaron con anomalías evidentes en estudios diagnósticos habituales. Es ampliamente conocida la predilección del daño pulmonar asociado a esta infección viral, reconociéndose la lesión vascular pulmonar (que incluye fenómenos como lesión endotelial, desregulación del tono vascular pulmonar y microtrombosis in situ) como una entidad a considerar. Recientemente se ha documentado que un notable número de pacientes recuperados presenta una persistencia de síntomas tras el periodo de infección. Esta entidad clínica, denominada "síndrome pos-COVID-19" y su prevalencia se sitúa en un rango del 40% al 90% entre aquellos individuos que han recibido el alta hospitalaria. El objetivo del presente trabajo fue comparar los resultados de la prueba de ejercicio cardiopulmonar en pacientes con y sin síndrome pos-COVID-19. **Material y Métodos:** Estudio de corte transversal, analítico, realizado en pacientes pos-COVID-19 estudiados en el Instituto Neumológico del Sur de Bahía Blanca durante 6 meses. **Criterios de inclusión:** Pacientes mayores a 16 años, COVID documentado por PCR/antígeno, que realizaron la prueba de ejercicio cardiopulmonar. Se clasificaron los pacientes en dos grupos, aquellos con criterio positivo para síndrome post-COVID-19 y aquellos sin criterios (sin disnea). Se utilizó la prueba de T de student previa verificación de los supuestos para comparar las medias de las variables continuas en cada grupo. Se utilizó el software SPSS 23 y se considero significativo un valor $P < 0,05$. **Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes pos-COVID-19. De esos 47 pacientes, el 53,2% (25/47) era parte del grupo con síndrome post-COVID-19, mientras que el 46,8% (22/47) conformo el grupo sin síndrome post-COVID-19. La media de edad y peso y porcentaje de sexo femenino fue de 44,52 (DS 14,52), 80,06 (DS 20,19), 52% para el grupo con el síndrome y 41,86 (DS 11,76), 64,04 (DS 17,72), 90,9% para el otro grupo, respectivamente. Al comparar las medias del RR (AT) una diferencia de medias de -8,009 (IC 95% de -11,69; -4,48) con un valor $p < 0,001$. Analizando la reserva respiratoria se obtuvo un promedio para la diferencia de 8,4% (IC 95% 1,8% - 15%) con un valor p de 0,013. **Discusión y Conclusiones:** Los resultados de este estudio de prueba de ejercicio cardiopulmonar revelan diferencias significativas en las variables de interés entre los grupos evaluados. Estos hallazgos sugieren una clara disociación en la capacidad de adaptación al esfuerzo cardiovascular entre los dos grupos examinados. Además, la reserva respiratoria, un indicador crucial de la eficiencia pulmonar durante el ejercicio, mostró un promedio de diferencia del 8,4%. Sin bien contamos con un N limitado, resulta interesante jerarquizar este estudio en el síndrome planteado por la prevalencia que implica esta entidad.

NEUMONOLÓGICA CLÍNICA

ID#25

UTILIDAD DEL PET-SCAN EN EL DIAGNOSTICO DE SARCOIDOSIS: REPORTE DE CASO

Autores: Jorge Nicolás Adrián Britos¹ | Pablo Szwarsztajn²

Filiación: Hospital Ramos Mejía

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes especialmente en pulmones, ganglios linfáticos, hígado, ojos y piel y el sistema linfático. El diagnóstico puede ser un desafío como resultado de la variación en las presentaciones clínicas tanto en la localización de la enfermedad como en la sintomatología. En sarcoidosis comprobada por biopsia el PET/TC con FDG demostró una sensibilidad que osciló entre el 89 y el 100% para detectar la inflamación activa de la sarcoidosis. **Caso clínico:** Paciente masculino de 56 años, sin antecedentes de relevancia, consulta por cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal posprandial, agregando hace 2 meses astenia, adinamia, registros subfebriles y disnea clase funcional 2. Refiere además pérdida de peso de 4 kilos en 2 meses. Presenta laboratorio

sin particularidades y estudios previos realizados: - TC de tórax que informa "múltiples imágenes nodulillares en lóbulo inferior izquierdo y llingula, múltiples adenopatías en conglomerados mediastinales, la mayor a nivel paratraqueal inferior derecho de 60 x 38 mm". Mediastinoscopia que informa "muestra de tejido fibroadiposo con leve-moderada infiltrado inflamatorio crónico". Se solicita PET SCAN que informa: "imágenes adenopáticas, hipermetabólicas, a nivel de la cadena yugulocarotídea derecha y submaxilar homolateral, siendo esta última de 20 mm (SUV 16,2). Se observan otras imágenes adenopáticas, hipermetabólicas, a nivel del mediastino, ubicándose la dominante a nivel retrocavopetraqueal de 22 mm (SUV 10,6). Se identifican imágenes nodulares, hipermetabólicas, em ambos campos pulmonares (SUV 1.5)". Por situación anatómica de fácil acceso y por la menor complejidad de procedimiento se realizó biopsia submaxilar derecha: - Citometría de flujo: "sin evidencia fenotípica de proceso linfoproliferativo" - Anatomía patológica: "Ganglio linfático con marcada reacción granulomatosa inflamatoria sin necrosis con células gigantes multinucleadas ocasionales. Lesión granulomatosa vinculable a sarcoidosis". Se realizó valoración por oftalmología por presentar disminución de la agudeza visual, informada como uveítis intermedia. se arriba al diagnóstico de sarcoidosis nodular estadio 2 por lo que se inicia corticoterapia 40 mg/día. Tras 4 meses de corticoterapia, por presentar efectos adversos gastrointestinales se disminuye dosis de corticoides a 20 mg/día y se agrega azatioprina 50 mg/día, con mejoría sintomática. TC control con disminución de tamaño ganglios mediastinales y desaparición de algunos nódulos pulmonares. **Discusión/Conclusión:** Si bien la anatomía patológica ofrece el diagnóstico de certeza, la utilidad del PET-TC en este caso no solo nos permitió realizar la elección del mejor sitio para realizar la toma de muestra, sino que además permitió observar la actividad inflamatoria de los nódulos pulmonares, teniendo en cuenta que la sarcoidosis nodular es infrecuente (4-5%).

ID#49

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA INDUCIDA POR USO DE AMIODARONA

Autores: Jimmy Cedeño¹ | Guillermina Rizzo | Silvia Quadrelli | Manuel Ibarrola

Filiación: Fundacion Sanatorio Güemes

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La amiodarona es un antiarrítmico ampliamente utilizado. Su uso continuo y la dosis acumulada aumentan la posibilidad de aparición de efectos adversos. Las principales afectaciones son tiroideas, hepatitis tóxica aguda y la toxicidad pulmonar. La afectación pulmonar por amiodarona se observa hasta en un 5-10% de los pacientes con dosis superiores a 400 mg/día por más de dos meses, siendo la forma más común de afectación la neumonía intersticial. Ante un paciente que se presenta con tos, disnea o dolor pleurítico o alteraciones radiográficas y deterioro de la función pulmonar, tras el inicio o cambio de dosis de amiodarona, esta entidad debe sospecharse. **Caso Clínico:** Varón de 68 años de edad, con antecedentes de Fibrilación Auricular en tratamiento con amiodarona hace 6 meses, anticoagulado con acenocumarol, previa ablación sin éxito. Consulta por disnea progresiva mMrc III - IV, asociado a registros subfebriles y tos no productiva. Al examen físico se constata desaturación de 88% con requerimiento de oxigenoterapia máscara de reservorio 10 ITS. Laboratorio con leucocitosis y anemia con Hb 11 g/dl, PCR 65 mg/l y eritrosedimentación de 106 mm/h, PCR COVID-19 Negativo, EAB Ph 7,42 Pco2 43 PO2 61 Hco3 27 Sat 92%. Se realiza Tc de Tórax presenta imágenes en vidrio esmerilado bilateral de distribución peribroncovascular con tendencia a la consolidación a predominio basal, asociado a engrosamiento de septos inter e intralobulillares. En primera instancia se interpretó como proceso infeccioso iniciándose tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina/Tazobactam, con hemocultivos y cultivo de esputo negativo. Evolucionó con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. Ante la falta de respuesta al tratamiento instaurado y sospecha de enfermedad intersticial por amiodarona se inició pulso de 250 mg de Metilprednisolona durante 3 días, con mejoría clínica con weaning exitoso. Se realiza Tc de control a los 2 meses con re-

solución parcial del compromiso intersticial pulmonar. Discusión: La amiodarona es un agente antiarrítmico de uso frecuente en la práctica médica para el tratamiento de taquiarritmias tanto ventriculares como supraventriculares, a pesar de sus efectos adversos relativamente comunes. La amiodarona se incluye en la lista de agentes que en mayor frecuencia producen afectación pulmonar intersticial. La amiodarona puede producir daño a nivel pulmonar de forma directa, por su propio efecto citotóxico sobre el tejido pulmonar. O bien indirectamente, ocasionando reacción inmunológica, afirmación que se apoya en los hallazgos obtenidos en el LBA de algunos pacientes donde se observan células T citotóxicas. La toxicidad pulmonar es uno de los efectos adversos más graves, con una incidencia estimada del 1-5%, siendo el efecto tóxico responsable de la mayoría de las muertes asociadas al uso de amiodarona. El tratamiento consiste principalmente en suspender la amiodarona siempre que sea posible desde la parte cardiológica, los corticoides en dosis de prednisona 40-60 mg/día son una opción terapéutica que pueden salvar la vida en casos graves. Conclusión: La afectación pulmonar por amiodarona es infrecuente, aunque puede llegar a ser severa. El diagnóstico es de exclusión, basado en hallazgos clínicos, de laboratorio y radiográficos. Debemos considerarlo entre los diagnósticos diferenciales en pacientes que se encuentran bajo tratamiento con amiodarona, que se presentan con síntomas respiratorios progresivos o agudos asociado a alteraciones radiológicas, incluso en ausencia de síntomas.

ID#70

CUANDO LA CUENTA NO ES CLARA: NEUMONÍA OBSTRUCTIVA CRIPTOGENICA (COP), SERIE DE CASOS (3)

Autores: Dante Rossi¹ | Lisandro Churin¹ | Manuel Ibarrola¹ | Silvia Quadrelli¹

Filiación: ¹ Sanatorio Güemes

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción: La Neumonía Organizada Criptogénica (COP siglas en inglés), es una enfermedad pulmonar intersticial difusa idiopática por lo general reversible al tratamiento con corticoides sistémico, que puede llevar a la fibrosis. El término COP debe solo utilizarse después de la exclusión de cualquier otra etiología posible. Casos Clínicos: Caso1: Varón de 66 años, ex tbq. Ingresó 1 mes de tos productiva, disnea progresiva Mmrc II, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso. EF: Sat 96%, sin semiología respiratoria. Lab: GB 10800x mm3 (neu:87% eos:2%) ESD 38 mm/hr y PCR 182 mg/l, cultivos negativos. TC tórax: múltiples imágenes nodulares confluyente en LLII. Se interpretó Sme constitucional con sospecha de neoplasia pulmonar vs infecciosa, cumplió tratamiento antibiótico sin mejoría clínica. FBC con BAL, bacteriológico y citología negativa. Segmentectomía atípica en LII por VATS con AP: áreas de infiltrado mononuclear, tejido conectivo de matriz laxa y depósitos de fibrina compatible de neumonía en organización. Caso2: Mujer 84 años ex tbq, EPOC, insuficiencia cardíaca. Múltiples internaciones por Neumonía en otro centro no aporta imágenes previas. Ingresó por fiebre, astenia y adinamia, tos seca de 1 mes. EF: hipoventilación generalizada. Lab: GB 13200 x mm3 (neu:92% eos:0%).TC: enfisema centrolobulillar en LLSS engrosamiento septal interlobulillares, en LSI consolidación lobar y vidrio esmerilados subpleural. Cumple múltiples esquemas antibióticos sin mejoría clínica ni radiológica. FBC+BAL+BTB sin rescate bacteriológicos. Fallece por insuficiencia respiratoria. Resultados de AP: parénquima pulmonar con espacios alveolares ocupados con tejido fibrinoide, células inflamatorias nucleares y polinucleares, ausencia de granulomas y células atípicas. Caso 3: Varón 57 años de edad. Asma, cardiopatía isquémica. Ingresó por cuadro de 20 días de tos productiva, fiebre y disnea hasta mMrc III. EF: taquipnea superficial, satO2 90% aire ambiente. Lab: Leu:17170 xmm3 (neu:84% eos: 0%), PCR:90 mg/l. Tc de Tórax: imágenes retículo nodulillares con tendencia a consolidación extensas en LID. Inicia antibiótico. Resultados de HMCx2 neg. Sin mejoría cuadro inicial. Se realiza FBC+BTB+BAL sin rescate bacteriológico y AP: Tejido de granulación, fibrosis y aéreas de material fibrinoleucocitarios sin células atípicas. Discusión: se presenta serie de tres casos (2 varones 1 mujer) con

probable diagnóstico de COP. Iniciaron con cuadro de 1 mes de evolución con tos, disnea, fiebre. Laboratorio y patrones tomográficos inespecíficos. Realizaron tratamiento antibiótico sin mejoría. Estudios bacteriológico negativos, con anatomía patológica compatible con neumonía en organización tanto en VATS y BTB. Dos de ellos realizaron tratamiento con corticoides con evolución favorable; uno tuvo desenlace fatal durante la internación. Conclusión: En proceso respiratorio de evolución subaguda, con patrón nodular o consolidación en TC, sin respuesta a terapéutica con tratamiento antibiótico se debe pensar en este tipo de afección e instaurar el tratamiento específico para evitar su progresión.

ID#86

HEMORRAGIA ALVEOLAR DE PROBABLE ORIGEN MULTIFACTORIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Marcela Wegscheider¹ | Cindy Samira Vallejo Quiñonez¹ | Soledad Quiroz¹ | Diego Baena Quesada¹ | Laura Rey¹ | Julieta Garay¹ | Emiliano Bastidas¹ | Silvia Besignor¹ | Nicolás Casco¹ | Domingo Palmero¹

Filiación: ¹ Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es un sangrado originado en la microcirculación pulmonar, sus posibles causas son vasculitis, exposición a drogas e infecciones. La HAD por inhalación de tóxicos es una patología infrecuente y grave. Caso clínico: Paciente masculino de 38 años, nacionalidad venezolano. Antecedentes de consumo de marihuana, heroína aspirada, anabólicos esteroides (creatina monohidrato, metandrostenolona, enantato de testosterona, decanoato de nandrolona), ginseng y "Maca peruana". Consulta a guardia por cuadro de tos con expectoración sanguinolenta de dos semanas de evolución. Al examen físico de ingreso: evidencia hipoventilación en base pulmonar derecha, saturación de O₂ 98%. Se solicita laboratorio de rutina sin valores alterados, hisopado con panel viral con resultado negativo. Se realiza tomografía de tórax de alta resolución que evidencia vidrio esmerilado bilateral. Durante su internación presentó 2 episodios de hemoptisis amenazante, taquipnea y caída de la saturación de O₂. Se realiza fibrobroncoscopia con BAL compatible con hemorragia alveolar. Se toma laboratorio con serologías, perfil inmunológico cultivos de muestras respiratorias y hemocultivos sin rescate microbiológico. En ambos episodios, el paciente pasa a unidad de terapia intensiva por insuficiencia respiratoria. Se realiza 1 ciclo de solumedrol de 3 días, antibiótico terapia empírica con piperacilina tazobactam por 7 días. Por buena evolución pasa a sala de neumología general. Se realizan interconsultas con reumatología e inmunología sin conducta. Toxicología solicita muestra de cannabis para analizar, pero la misma no es aportada por el paciente. Se realizó seguimiento con servicio de salud mental por sospecha de síndrome de abstinencia. Durante la semana posterior no presentó nuevos episodios de hemoptisis con mejoría imagenológica. Se decide alta hospitalaria con corticoides en descenso. Tomografía de tórax control normal, por lo que se concluye diagnóstico de HAD de probable causa toxicológica. Discusión y Conclusiones: La HAD es una entidad que requiere atención inmediata. Clínicamente, sus causas son indistinguibles. Se destaca la importancia de una correcta anamnesis a fin de conocer los antecedentes de farmacodependencia. Con respecto al tratamiento se debe iniciar antes de determinar el diagnóstico específico. En nuestro caso, se sospecha un origen multifactorial en la etiología desencadenante de la HAD con especial énfasis en el hábito tóxico, que con el cese de exposición y el tratamiento con corticoides sistémicos el paciente presentó una solución completa.

ID#95

NEUMOTÓRAX, CONSECUENCIA DE UNA RARA ENFERMEDAD PULMONAR: REPORTE DE CASO

Autores: Daiana Florencia Anci Álvarez¹ | MaríaLaura Baez Pannocchia² | Lucas Di Giorgi³ | David Gatica³ | Roberto Gatica⁴ | Sebastián Jaliff³ | German Lisanti³ | Gustavo Perone⁴ | Marcelo Sosa⁴ | Diego Villa³

Filiación: Hospital el Carmen de Mendoza

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción La histiocitosis de células de Langerhans es una rara enfermedad pulmonar quística difusa caracterizada por el desarrollo de lesiones centrolobulillares compuestas por células dendríticas CD1a+. Actualmente se clasifica como una neoplasia mieloides inflamatoria. Fuerte asociación con la exposición al humo del cigarrillo. La mayoría presentan una enfermedad pulmonar aislada; sin embargo, la afectación extrapulmonar puede verse en un 15 a 20% de los casos. Existe una amplia gama de presentaciones; el neumotórax espontáneo ocurre en el 10 a 20% de los pacientes. El diagnóstico definitivo de la enfermedad requiere confirmación histopatológica. Caso clínico: Paciente masculino de 35 años, administrativo, oriundo de Mendoza. Antecedentes de tabaquismo actual (IPA 7), tabaquismo pasivo no actual, obesidad. Consultó por dolor torácico en puntada de costado en hemitórax izquierdo de intensidad moderada, que aumenta con la respiración, acompañado por disnea progresiva y tos seca. Examen físico: SO_2 91% FiO_2 0,21, FC 75, expansión de bases izquierda disminuida, ausencia de vibraciones vocales, hipersonoridad de campo pulmonar izquierdo y columna, abolición del murmullo vesicular. TC de Tórax: Neumotórax izquierdo grado 2. Múltiples lesiones quísticas de diferente morfología, algunas de paredes algo engrosadas en ambos campos pulmonares, a predominio de lóbulos superiores. Se coloca tubo de avenamiento pleural izquierdo con presencia de fuga persistente, por lo que se decide realizar VATS y segmentectomía apical y posterior de LSD. Evolución favorable con alta hospitalaria. Discusión: La Histiocitosis de células de Langerhans plantea un desafío, tanto diagnóstico como terapéutico, dada su baja frecuencia y las distintas manifestaciones clínicas. Se presenta paciente con neumotórax espontáneo que tras el examen histopatológico se llega al diagnóstico de histiocitosis de Células de Langerhans. El neumotórax espontáneo es una complicación pulmonar de esta enfermedad, con prevalencia de entre 16 y 32%. En un subgrupo de pacientes, el neumotórax espontáneo puede ser la manifestación de presentación de PLCH, y es importante mantener sospecha clínica de causas secundarias subyacentes al evaluar pacientes con un neumotórax espontáneo primario aparente. Tiende a recurrir con frecuencia, si se maneja de manera conservadora, con recurrencias cercanas al 60%. La pleurodesis quirúrgica puede reducir el riesgo de recurrencia de 0 a 20% y debe considerarse después del primer episodio de neumotórax espontáneo en lugar de esperar un episodio recurrente. Conclusión: La histiocitosis de células de Langerhans es una rara enfermedad pulmonar quística difusa con complicaciones como neumotórax espontáneo. En nuestro caso presentamos un paciente joven con clínica de neumotórax espontáneo que, tras la colocación de tubo de avenamiento pleural, persiste fuga, por lo que se realiza bullectomía con expansión total. Luego del alta, presenta recidiva del neumotórax por lo que se realiza VATS con segmentectomía y pleurodesis, con buena evolución.

ID#109

HIPEREOSINOFILIA PULMONAR IDIOPÁTICA EN PACIENTE MASCULINO JOVEN DE 34 AÑOS

Autores: María Monserrat Villalba Gallardo¹

Filiación: ¹ Hospital J.R. Vidal

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción: La eosinofilia pulmonar agrupa un conjunto de entidades muy variado que comparten la presencia de infiltrados pulmonares y un incremento del número de eosinófilos en sangre periférica o tejido pulmonar, entre ellos se encuentra la hipereosinofilia pulmonar idiopática (HPI). CASO CLÍNICO: Presentamos el caso clínico de paciente masculino de 34 años sin antecedentes patológicos conocidos, que consulta por fiebre, disnea y tos con test positivo para Influenza B, recibiendo tratamiento antiviral por 5 días en internación. Se realizó TACAR evidenciándose de vértices a bases vidrio esmerilado asociado a áreas de opacidades heterogéneas de bordes mal definidos con broncograma aéreo. Se realizó laboratorio donde presentó leucocitosis con eosinofilia de 52% por lo que se tomó coproparasitológico seriado y perfil autoinmune con resultados

negativos, e IgE de 882UI/ml. Persistiendo sintomático consultó a nuestro servicio. Se realizó laboratorios que informaron persistencia de Eosinófilos de 56 y 61%, gasometría arterial con hipoxemia para la edad. Se realizaron hemocultivos periféricos x2 y recolección de esputo de resultados microbiológicos negativos, además de BAL que como positivo presentó citológico el cual informó Eosinófilos de 30%. Con dichos resultados y por mala evolución clínica se realizó bolos con Metilprednisolona durante 3 días. Evolucionó favorablemente, con TACAR control donde se evidenció disminución de imágenes en vidrio esmerilado. Se continuó posteriormente con descenso escalonado de corticoterapia por 6 meses con controles posteriores, con resolución imagenológica y de laboratorio (Eosinófilos 3%). Discusión y Conclusión: La HPI es una entidad clínica rara, caracterizada por infiltrado alveolar e intersticial Eosinofílico de etiología desconocida y puede ocurrir a cualquier edad, siendo más frecuente entre la 4ª y 5ª década de la vida, cercano al grupo etáreo de nuestro paciente, en la raza caucásica, no así siendo más frecuente en el sexo femenino. Los pacientes pueden experimentar síntomas meses antes del diagnóstico, con disnea progresiva, tos, fiebre, fatiga, sudores nocturnos y pérdida de peso, síntomas que se presentaron en este caso. La eosinofilia periférica y la IgE sérica elevada están presentes en la mayoría de los casos, esta no es la excepción; la eosinofilia en esputo y LBA es infrecuente, pero si obtenemos un valor por encima de 25% se considera positivo para HPI, valor por encima de este fue el obtenido entre nuestros resultados. La TACAR de tórax es útil ante sospecha del diagnóstico. Suele presentar áreas en vidrio deslustrado y engrosamiento septal, presentándose con adenopatías mediastínicas en cerca del 50% de los pacientes. La remisión espontánea es rara, pudiendo progresar a fibrosis pulmonar. Los corticoides constituyen la base del tratamiento, con excelente respuesta y completa recuperación clínica, como sucedió en el presente caso.

ID#116

HEMORRAGIA ALVEOLAR: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Nolkelys Nemer¹ | Agustín Andini¹ | María Laura Grodnitzky² | Valeria Morandi² | Xavier Bocca² | Gabriela Tabaj³ | Patricia Malamud⁴ | Yamila Hayek¹

Filiación: ¹ residente ² médico de planta ³ Jefa de docencia ⁴ Jefa de servicio. Servicio de Neumonología Clínica – Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Caso Clínico: Paciente masculino de 20 años de edad, con antecedentes de ex consumidor de sustancias de abuso, reconstrucción quirúrgica de labio leporino. Refiere cuadro clínico de aproximadamente 2 años de hemoptisis concomitantemente síndrome anémico y en Tomografía de tórax imagen en vidrio esmerilado que impresiona hemorragia alveolar en LID. A su ingreso con temperatura 37,6°C, hipertenso, taquicárdico, sat: 96% (0,21), palidez, cutáneo mucosa y sensación de fatiga, tos con escasas estrías de sangre, se realizó laboratorios que como positivo informa Hto:22 hb 5.7 Plaquetas 580000, Tc de tórax donde se evidencia imagen en vidrio esmerilado de vértice a base de distribución parcheada a predominio subpleural, engrosamientos de los septos interlobulares conformando patrón crazy paving (LSD), y enfisema paraseptal. Se interpreta cuadro como probable hemorragia alveolar más síndrome anémico por lo que se decide internación, se realizó Fibrobroncoscopia que informa con ABD Y ABI permeable con espolones finos y sin lesiones endoluminales, sin signos de sangrado activo, mucosa congestiva y edematizada, BAL: que informa abundante hematíes, hemosiderofagos, linfocitos y plasmocitos. No se observan células neoplásicas. La técnica de perls evidencia un 100% de hemosiderofagos, por lo que se solicita biopsia pulmonar en LSD y LID, que reporta Macroscópica: Superficie pleural con áreas pardas, al corte parénquima pardo oscuro, difuso con pérdida de crepitaciones. Microscopía: Marcada congestión vascular pleural, el parénquima pulmonar presenta colapso alveolar con presencia de luces ocupadas con material hemático que incluye numerosos siderofagos, tabiques alveolares ligeramente engrosados con fibrosis. Se observa depósito de

hierro a nivel de capa elástica de arteriolas septales. Coexisten acúmulos linfoides intersticiales peribronquiales y perivasculares. No se observa capilaritis, no se observa vasculitis, no se observa daño alveolar difuso, no se observa necrosis. Parénquima vecino con enfisema. Interpretándose el cuadro como Hemosiderosis pulmonar idiopática, se inicia tratamiento con Meprednisona con buena tolerancia, y cese de hemoptisis; actualmente en plan de trasplante pulmonar. Resumen bibliográfico: La hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI) es una enfermedad rara de etiología desconocida, caracterizada por episodios recurrentes de hemorragia alveolar difusa. La HPI es un diagnóstico de exclusión que se utiliza para describir los casos de HAD en los que no se encuentra una condición asociada, requiriendo así de una biopsia pulmonar que descarte la presencia de capilaritis, vasculitis, inflamación granulomatosa o depósito de inmunoglobulinas o inmunocomplejos.

ID#151

DERRAME PLEURAL DE ETIOLOGIA INESPERADA

Autores: *Cindy Samira Vallejo Quiñone*

Filiación: Hospital Muñiz

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción: El textiloma o gossypiboma es una patología estrictamente iatrogénica resultante de un tratamiento médico o quirúrgico definida por la inserción accidental de un cuerpo extraño (compresa o gasa) a nivel intraabdominal en mayor frecuencia o en la cavidad torácica, cuyo hallazgo suele ser anecdótico. La incidencia es de 1 caso en 700 a 3000 operaciones. Caso clínico: Paciente masculino de 21 años, argentino, ocupación ayudante de albañil. Antecedentes patológicos: TBC pulmonar en el 2018 con abandono de tratamiento e internación posterior en otro nosocomio en 2020 en contexto de hidroneumotorax que requirió decorticación pleural y tratamiento antifímico por 1 año. Evoluciona con empiema crónico y fístula pleurocutánea con drenaje purulento espontáneo de 3 años de evolución al cual se agrega en los últimos meses disnea mMRC 2 y astenia, por lo que acude en reiteradas oportunidades a consulta y por mala progresión evolutiva realiza nueva consulta por guardia en este hospital. A su ingreso el paciente se constata hemodinámicamente estable con buena mecánica ventilatoria y semiología de derrame pleural derecho asociado a fístula pleurocutánea homolateral con débito purulento. Se observa anemia en laboratorio. En tomografía de tórax se evidencia lesión pleural de características redondeadas con densidad de partes blandas y con contenido aéreo en forma de burbujas y cavidad en LSD con contenido y signo de la semiluna. Por ecografía a nivel de lesiones de pared torácica se visualizan tres trayectos fistulosos que se extienden desde pleura a parénquima. Espirometría con patrón ventilatorio no obstructivo sugerente de restricción severa. Se realizó VATS con requerimiento de 2 tubos para avenamiento pleural y toma de biopsia y líquido para cultivos. Durante el procedimiento se observan y retiran cuerpos extraños de cavidad pleural (Gasas). Se obtiene desarrollo de streptococcus Anginosus en líquido pleural y cultivo de esputo positivo para aspergillus. El paciente recibe tratamiento con vancomicina, piperacilina tazobactam e itraconazol ajustado a sensibilidad. Es dado de alta hospitalaria en condiciones estables y con colocación de válvula de Heimlich con reservorio. Discusión y Conclusión: El textiloma o gossypiboma, definido como la retención de material quirúrgico puede confundirse con una lesión intrapulmonar en el postoperatorio precoz. Debe plantearse el diagnóstico diferencial con absceso, empiema loculado, hematoma complicado, seroma postoperatorio tardío, proceso granulomatoso crónico y neoplasias. En TAC de tórax se presenta como una masa redondeada, bien definida con alta atenuación central y pared con realce, puede presentar un patrón arremolinado. Las características imagenológicas y el antecedente quirúrgico deben hacernos sospechar esta patología infrecuente debido a que como se observa en el caso presentado el diagnóstico tardío a pesar de las múltiples consultas previas deja como consecuencia secuelas funcionales graves con alteración de la calidad de vida.

ID#153

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LA DISCINESIA CILIAR PRIMARIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA ARGENTINA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Autores: *Juan Emilio Balinotti¹ | Martín Medin¹ | Silvia Scilletta¹ | Ángela Lacera Rincón¹ | Alejandro Teper¹*

Filiación: ¹ Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Sección: Opción a premio | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: La Discinesia Ciliar Primaria (DCP) es una enfermedad que se caracteriza por anomalías en la frecuencia y/o en la coordinación del movimiento ciliar. Se comprometen aquellos órganos que contienen cilias, siendo el pulmón el responsable de la mayor morbimortalidad. Lamentablemente no existen datos en nuestro país acerca de la edad al diagnóstico ni de las características clínicas al momento del mismo. Actualmente, el diagnóstico es un desafío dado que no existe una prueba "gold standard" para confirmarlo. Para ello, es necesario combinar las distintas pruebas diagnósticas. El objetivo del estudio fue implementar un programa para el diagnóstico de DCP con un algoritmo que combine los distintos métodos diagnósticos disponibles. El objetivo secundario fue determinar la edad al diagnóstico y describir las características clínicas y tomográficas al momento del mismo. Población y Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Población: pacientes con sospecha clínica de DCP atendidos en el Hospital entre el 1ro Enero de 2022 y el 30 de julio de 2023. Pruebas diagnósticas: óxido nítrico nasal, videomicroscopía de alta velocidad y estudio genético. Se utilizaron dos cuestionarios clínicos para la pesquisa de DCP. Resultados: Se evaluaron 52 pacientes con sospecha de DCP: 22 casos se confirmó el diagnóstico, 22 se descartó y 8 casos permanecen indefinidos. La mediana de edad al diagnóstico fue a los 6 años, y en aquellos individuos sin situs inversus a los 9 años. Ningún paciente presentó una tomografía de pulmón normal. Los hallazgos más frecuentes fueron: bronquiectasias y atelectasias. Los pacientes con DCP presentaron flujos de óxido nítrico nasal extremadamente bajos comparado con los sujetos donde se excluyó la enfermedad. La videomicroscopía fue patológica en todos los casos con DCP. Los resultados se confirmaron en una segunda determinación. El estudio genético se realizó en 8 pacientes. Todos los pacientes con DCP presentaron entre 3 y 4, de los cuatro criterios del cuestionario clínico de pesquisa. Más del 90% de los pacientes con DCP presentaron un distrés respiratorio neonatal, rinitis y tos húmeda persistentes y el 59% presentaron trastornos de lateralidad. El germen más frecuentemente aislado fue el *Haemophilus influenzae*. El 13% de los individuos con DCP se encuentra colonizado con *Pseudomonas aeruginosa*. Un tercio de los pacientes con DCP, presentó otitis media recurrente. Conclusión: El diagnóstico de DCP en nuestro país es tardío en pacientes sin alteraciones en la lateralidad de los órganos y todos presentan alteraciones tomográficas al momento del diagnóstico. Los sujetos con DCP suelen manifestar características clínicas típicas. Es necesario la difusión e implementación de cuestionarios de pesquisa para identificar de manera precoz a individuos con alta probabilidad de presentar DCP. Proponemos un abordaje diagnóstico basado en la determinación del óxido nítrico nasal y la evaluación de la frecuencia y patrón de movimiento ciliar, utilizando el estudio genético en aquellos casos dudosos o indefinidos.

ID#159

SÍNDROME DE VEXAS: DE LA GENÉTICA AL PULMÓN

Autores: *Valentina Echegaray¹ | Viviana Moyano¹ | María Elisa Uribe¹*

Filiación: ¹ Servicio de Neumonología. HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción: El síndrome de VEXAS es causado por una mutación en el codón 41 del gen UBA1 que conduce a una reducción de la degradación de proteínas y respuesta inflamatoria incontrolable. Las manifestaciones clínicas son: condritis, fiebre, compromiso pulmonar, cutáneo, ocular, musculoesquelético, tromboembolismo recurrente, anemia macrocítica, citopenias, niveles elevados de marcadores inflamatorios. Simula múltiples

enfermedades reumatológicas y cumple criterios para muchas de ellas. En cuanto al compromiso pulmonar los hallazgos tomográficos más frecuentes son el derrame pleural e infiltrados en vidrio esmerilado. El diagnóstico se realiza mediante punción de médula ósea que evidencia vacuolas citoplasmáticas en precursores mieloides y eritroides y se confirma mediante estudio genético. El tratamiento se basa en dosis elevadas de corticoides, fármacos anti-IL1, anti IL-6, inhibidores JAK y trasplante alogénico. Caso clínico: Hombre, 73 años, HTA, ERC, TEP, TVP en 3 oportunidades, ex tabaquista severo, internaciones previas por neumonías a repetición, miositis de músculo recto interno ocular. En tratamiento con rivaroxabán y prednisona 5 mg cada 24 h. En estudio por foco hipermetabólico en PET-TC en colon ascendente con VCC normal. Consulta por astenia, debilidad muscular generalizada, pérdida de peso, disnea CF III, y fiebre. Laboratorio: gb:2680/mm³, hb:6,3g/dl, hto:19,5%, VCM:111fl, HCM:36pg, PCR:21mg/dl, VSG:138mm. TC de tórax, abdomen y pelvis: vidrio esmerilado difuso, bilateral, derrame pleural y hepatoesplenomegalia. ETT: dilatación de cavidades derechas, función sistólica del ventrículo derecho disminuida, derrame pericárdico leve, PSAP: 63 mm hg. AngioTC de tórax sin TEP. Cultivos sin desarrollo. Se inicia antibioticoterapia empírica con ceftriaxona 10 días. Panel serológico autoinmune, HIV, hepatitis negativos, hormonas tiroideas, vitamina B12 y folato normales, IgA e IgE total elevadas, B2 microglobulina elevada, pXc con patrón policlonal. Inmunofijación en suero y orina normal. Se realiza punción y biopsia de médula ósea. Evolucionó con fiebre, insuficiencia respiratoria hipoxémica y lesiones maculopapulares en rostro, tronco, y extremidades. Se inicia tratamiento con meprednisona 40 mg y oxigenoterapia con cánula nasal alto flujo. Biopsia de médula ósea: hipoplasia eritroide y serie mieloide con vacuolas en citoplasma, 10% de células plasmáticas, fenotipo y cariotipo normales. Se realiza reunión interdisciplinaria, y se solicita análisis genético por sospecha de síndrome de VEXAS detectando la variante p.Met 41 Val en el gen UBA1, llegando al diagnóstico definitivo. Alta con corticoterapia y ruxolitinib. DISCUSIÓN: Se destaca la importancia del manejo interdisciplinario por su gran variedad de manifestaciones clínicas, con compromiso que puede extenderse a cualquier órgano como el pulmón. Llevando a insuficiencia respiratoria, neumonías a repetición, derrame pleural de etiología inexplicada, con cultivos negativos y fiebre recurrente. El hallazgo de la variante genética p.Met 41 Val se asocia con una alta tasa de mortalidad.

ID#164

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LAS SECUELAS RESPIRATORIAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y TOMOGRÁFICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Autores: Alejandra González¹ | Jaime Segovia¹ | Martín Sivori² | Florencia Trullas¹ | Fernando Saldarini² | Alejandro Martínez Fraga² | Matías Bertozzi³ | Pamela Rossi¹ | Mauro Andreu⁴

Filiación: ¹ Hospital Posadas | ² Hospital Santojanni | ³ Hospital Ramos Mejía | ⁴ Universidad de la Matanza

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Objetivos: Determinar el impacto clínico, funcional respiratorio y tomográfico en los pacientes con obesidad seguidos a 3,6 y 12 meses. Comparar las variables entre pacientes obesos (O) y no obesos (NO) y su asociación con la presencia de patrón símil fibrótico. Metodología: Se incluyeron pacientes internados por COVID-19 con seguimiento ambulatorio después del alta hospitalaria. Se registraron datos demográficos (edad, sexo), antecedentes de comorbilidades, resultados de la función pulmonar (FVC), desaturación (PD) y presencia de patrón símil fibrótico (SF) en la TC a los 3,6 y 12 meses. Los pacientes se dividieron en dos grupos, fibrosis si y fibrosis no. Se definirán obesos (O) y no obesos (NO), según su índice de masa corporal (IMC > 30) Análisis estadístico: Se calcularán medidas de tendencia central y dispersión para describir las características de la población de estudio. Se utilizarán pruebas estadísticas adecuadas para comparar las características demográficas y clínicas entre los grupos de pacientes obesos y no obesos. Se realizará un análisis de regresión logística para comparar la función pulmonar y la desaturación entre los dos grupos de pacientes y determinar la asociación entre

la obesidad y la presencia de patrón símil fibrótico, ajustando por función pulmonar, desaturación y patrón símil fibrótico. Se considerará un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Resultados: Características de los participantes al inicio del estudio (3 meses): Total (n=78), Obesos (n=46), No Obesos (n=32). En el análisis multivariado, las variables significativas asociadas a patrón SF fueron: sexo femenino ($p=0.03$), IMC ($p < 0.001$), HTA ($p 0.016$). En la evolución del patrón SF: a los 3 meses: NO=19 (59,4%) / O=24 (52,2%), a los 6 meses NO=13 (40,6%) / O=14 (30,4%), a los 12 meses NO=11 (34,4%) / O=(28,3%) con una p de 0,53, 0,35 y 0,56 respectivamente. Los factores asociados a Obesidad y patrón símil fibrótico (regresión logística) se detallan en Tabla 2. Tabla 2. Factores asociados a patrón símil fibrótico Coeficiente OR (IC 95%) valor p Edad 0,057 1,058 (1,016 - 1,102) 0,006 Sexo masculino -0,052 0,949 (0,415 - 2,171) 0,902 Obesidad -0,349 0,705 (0,338 - 1,470) 0,351 Neumonía Grave 0,383 1,467 (0,718 - 2,997) 0,293 FVC predicha <80% (3 meses) 1,354 3,873 (1,732 - 8,661) 0,001 Desaturación PC6m (3 meses) 0,186 1,205 (0,531 - 2,734) 0,656 Seguimiento (3 meses como referencia) ref. 1 6 meses -0,969 0,379. (0,210 - 0,686) 0,001 12 meses -1,170 0,310 (0,165 - 0,584) <0,001 Discusión: Diversos trabajos han analizado la evolución del COVID-19 en personas obesas en comparación con las no obesas, demostrando un mayor riesgo de hospitalización, ingreso en UTI, requerimiento de ARM y muerte. Sin embargo no hay publicaciones de secuelas en pacientes con obesidad posterior a COVID. En nuestro trabajo no se observó asociación entre patrón símil fibrótico y obesidad ajustando por edad, sexo, neumonía grave, FVC < 80 y desaturación (para obesidad: OR 0,705 (0,338 - 1,470), $p=0,351$).

ID#165

ENFERMEDAD DE POMPE EN EL ADULTO

Autores: Maura Andrea Vaca Segovia¹ | Diego Abdala¹ | Fabián González¹ | Rafael Del Rio¹ | Jorge Alba¹ | Mónica Carrizo¹ | Carolina Moreno¹ | Pablo Leandro Romero¹

Filiación: ¹ HOSPITAL ANGEL C PADILLA

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La enfermedad de Pompe (EP) es un desorden metabólico autosómico recesivo infrecuente, producido por la ausencia o deficiencia de la enzima lisosomal alfa-glucosidasa ácida en los tejidos. La insuficiencia respiratoria es habitual en el curso de la enfermedad, y puede ser de comienzo agudo o insidioso. El compromiso de los músculos respiratorios constituye la causa más común de muerte prematura en estos enfermos. La Enfermedad de Pompe tiene registrado 19 pacientes en Argentina de los cuales 4 pertenecen al norte argentino, Tucumán reporta 2 casos, salta 1, Santiago del estero 1. Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 48 años, trabajadora de comercio en terminal de ómnibus sin hábitos tóxicos. Antecedentes patológicos: HTA (medicada con enalapril) Consulta en 21/04/2023 alteración de la marcha, debilidad muscular y disnea esfuerzo evaluado por servicio de Neurología con diagnóstico de distrofia muscular. Le realiza estudio genético: La actividad de la fracción ácida de Alfa - Glucosidasa liposomal disminuida. Ingresó en fecha 29/04/2023 por Servicio de Neumología Paciente con sintomatología de aprox. 3 mese de evolución, con disnea progresiva de esfuerzo CF III mMRC 3, alteración en la marcha (marcha distrofica), debilidad muscular acompañado de tos seca sin expectoración. A su ingreso paciente con parámetros vitales TA 120/70 FC 75 FR 19 STO2 96% 0,21 FR 18 T 36,5 al examen físico GCS 15/15 Examen cardiovascular R1 R2 normofonéticos no se auscultan soplos, sin ingurgitación yugular. Examen respiratorio Tórax simétrico, mecánica respiratoria conservada, reducción de intensidad de murmullo vesicular en forma generalizada no se auscultan ruidos agregados. Se realiza los siguientes estudios: Gasometría arterial: Ph 7.41 Pco2 44 pO2 88 BE 3.0 HCO3 28 SO2 97% TAC DE TORAX: Sin lesión parenquimatosa aguda. RNM: Disminución de masa muscular y aumento de tejido adiposo. Espirimetría en decúbito supino FVC 1,27 38% 0,57 17% FEV11,27 45% 0,46 16% FVC/FEV1 100 101 PEF 55% 48%. Se realiza poligrafía cardiorespiratoria en la cual se constata eventos respiratorios de apnea con marcada desaturación, realizando luego titulación de BPAP mostrando franca mejoría de los eventos respiratorios

nocturnos. Comenzó en manera conjunta con el tratamiento. Tratamiento: Con infusiones de alglucosidase Alfa 50 mg cada 15 días, Uso de BPAP, Kinesioterapia respiratoria y motora. Posterior a 3 meses de tratamiento se realiza espirometría de control con franca mejoría. Conclusiones: La Enfermedad de Pompe inicio tardío, progresiva es una enfermedad rara, de baja sospecha, que puede pasar desapercibida si no se tiene en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de las miopatías inflamatorias y con tiempo puede llevar a una mayor discapacidad y muerte prematura. Su detección temprana es de importancia para iniciar una TRE que permita detener el deterioro clínico y evitar las complicaciones derivadas mejorando la calidad de vida de los pacientes por lo cual es importante el diagnóstico y tratamiento de manera multidisciplinaria resultan claves en el manejo óptimo de la enfermedad.

ID#180

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS EN ANGIOTOMOGRAFÍAS (ANGIOTC) CON PROTOCOLO PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

Autores: Alejandra Benavides¹ | Héctor Varas¹ | Daniela Cabral¹ | Yesica Amarilla¹ | Ángel Sanchez¹ | Artemio García¹ | Noelia Varas¹ | Leandro Meiners¹ | Rubén González¹

Filiación: ¹ HAC

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Neumonología clínica

Resumen: Objetivos: Investigar y analizar hallazgos tomográficos en AngioTC con protocolo para TEP. Comparar resultados con diversos estudios multicéntricos de otras instituciones. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo en los que se analizaron informes de TC de pacientes sometidos a AngioTC por sospecha de TEP durante enero 2020 a diciembre de 2022 realizadas en el HAC. Se tuvieron en cuenta datos como edad, género, presencia o no de TEP, cronicidad y extensión del mismo; asociación a COVID19. Así como hallazgos incidentales y la frecuencia de ellos. Resultados: Se analizaron 276 AngioTC con protocolo para TEP. El análisis mostró un aumento significativo en el año 2021, asociado a la frecuencia de embolia pulmonar (EP) en pacientes con infección por COVID19. Se demostró que el rango etario predominante fue de 60 a 79 años. Hubo ligera predominancia en el género masculino con respecto al femenino. En 98% de los estudios, se encontraron hallazgos patológicos de diversas índoles, lo que respalda la indicación de la AngioTC en estos pacientes. Entre los más comunes se hallan el derrame pleural, atelectasias, y el patrón de vidrio esmerilado. La mayoría se llevaron a cabo en pacientes internados en sala general, seguido por UCI. Esto sugiere que la AngioTC es una herramienta de diagnóstico importante en estos pacientes, especialmente en aquellos con riesgo de EP. La confirmación de la EP se obtuvo en el 24,6% de los casos. Se demostró que la mayoría de los casos presentaron unilateralidad de las lesiones. Además, la mayoría fueron de carácter agudo. Discusión: Los estudios presentados revelaron resultados similares a investigaciones previas sobre AngioTC para el diagnóstico de TEP y hallazgos incidentales. El primer estudio mostró una prevalencia del 13,6% de TEP y hallazgos incidentales en el 13,1% de los pacientes. El segundo estudio, en 1025 pacientes, encontró una prevalencia del 10% de TEP y destacó la relevancia de considerar otros diagnósticos en pacientes con sospecha de TEP. El tercer estudio identificó TEP en el 9% de 589 pacientes y reveló que el 33% tenía diagnósticos alternativos, mientras que el 24% presentó nuevos hallazgos incidentales. Es importante tener en cuenta que la cantidad de pacientes evaluados en estos estudios comparados fue menor y se realizaron en un año, en contraste con tres años en el HAC. En general, los resultados reafirman la importancia de evaluar y seguir los hallazgos incidentales durante la interpretación de las AngioTC para el diagnóstico de TEP. Conclusiones: En resumen, los resultados de este estudio demuestran que la AngioTC con protocolo para TEP es una herramienta diagnóstica valiosa en pacientes con sospecha de EP. La alta prevalencia de demostración patológica y la confirmación del diagnóstico en una proporción significativa de los casos respaldan su utilidad clínica en el abordaje de esta condición médica potencialmente grave. Sin embargo, es importante tener en cuenta las limitaciones del

estudio y la necesidad de investigaciones adicionales para una mejor comprensión y aplicación clínica de estas conclusiones.

ID#182

IMAGEN ATÍPICA DE LINFOMA PRIMARIO TIPO MALT EN ESCLERODERMIA

Autores: Danilo Crescente Nieri¹ | Ana María López¹ | Vanesa Abrate¹ | María Eugenia Olmos¹ | Marcos Elias¹ | Favio Cesaratto¹ | Fiorella Ibañez¹ | Verónica Farieri¹ | Nicolás Usedo¹ | Leonardo Ubal¹

Filiación: ¹ Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción: Existe asociación entre enfermedades autoinmunes y neoplasias, postulándose un mecanismo bidireccional entre ambas. En neoplasias, la respuesta inmunitaria antitumoral favorece la aparición de autoinmunidad, y en enfermedades autoinmunes la reacción inmunitaria aberrante a autoantígenos facilita el desarrollo de neoplasias, sumándose a cambios genéticos, epigenéticos y tratamiento inmunosupresor. Son más frecuentes las neoplasias hematológicas en AR, Sjögren primario, Esclerodermia y LES, apareciendo en primeros años del diagnóstico. La asociación temporal plantea la posibilidad de esclerodermia como síndrome paraneoplásico. 1,6 a 5,4% de pacientes con esclerodermia pueden desarrollar linfomas, especialmente no Hodgkin (LNH), y en caso de otras neoplasias, primero cáncer de pulmón, luego de mama. Caso clínico: Masculino, 71 años, ingeniero químico de planta nuclear en Río 3°. Esclerosis sistémica limitada y Reynaud diagnosticado hace 34 años, tratado con Azatioprina tres años, suspendiendo hace 13 años. Medicado con Sildenafil por Reynaud y esclerodactilia. Disnea 10 días previos y tos en los últimos meses. TC de tórax: placas de calcificaciones pleurales y obstrucción completa del lóbulo superior izquierdo con broncocele lobar. Dilatación esofágica proximal y medial. Adenopatías infracentimétricas mediastinales e hiliares bilaterales. Patrón reticular con engrosamiento de septos interlobulillares basales laterales y posteriores de lóbulos inferiores, con bronquiectasias. Pruebas funcionales: CVF 60% TLC 72% DLCO 51%, caída del 21% en dos años. FBC: obstrucción total infranqueable por tejido de granulación en bronquio LSI. Biopsia: Linfoma de células grandes MALT de alto grado. CD20 + difuso. BCL2 BCL6 +. Sin otros hallazgos en PET SCAN. Se derivó a oncología. Discusión y Comentarios: Los linfomas MALT (tejido linfoide asociado a mucosas) son LNH de linfocitos B, representa el 0.5% de neoplasias malignas de pulmón y menos del 1% de linfomas malignos. Son primarios cuando afectan a bronquios, parénquima pulmonar sin evidencia de enfermedad extratorácica 3 meses posterior al diagnóstico. El LNH primario de pulmón de células B de bajo grado es más frecuente y el de alto grado representa el 11 al 19%, pre existiendo enfermedades autoinmunes en 30-40%. Un 50% tiene tos, pérdida de peso y fiebre. Las imágenes del MALT son consolidación focal, infiltración intersticial difusa, atelectasia segmentaria, lobar o nodular. El pronóstico de LNH de bajo grado es favorable, con progresión lenta. La combinación CHOP con rituximab es el tratamiento con mayor tasa de respuestas. Se debe considerar asociación bidireccional entre neoplasias y enfermedades autoinmunes. Destacamos además características poco frecuentes en el paciente, por el alto grado de LNH MALT, su presentación tardía a los 34 años del diagnóstico de Esclerodermia y por la imagen tomográfica, no reportada en la literatura, de broncocele lobar secundario a la obstrucción bronquial completa del LSD

ID#199

BRONQUIECTASIAS NO FIBROQUÍSTICAS: ETIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIÓN PULMONAR

Autores: Gabriela Robaina¹ | María Elena Urdapilleta¹ | Miguel Penizzotto¹

Filiación: ¹ Sanatorio San Roque Curuzú Cuatía

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Neumonología clínica

Resumen: Introducción: Las bronquiectasias son una enfermedad pulmonar crónica caracterizada por la dilatación irreversible de la vía aérea e injuria de la pared bronquial. Las bronquiectasias no fibroquísticas (no FQ) representan una

patología heterogénea con múltiples etiologías. El objetivo de este estudio es analizar las características de pacientes con bronquiectasias no FQ en seguimiento por un servicio de neumonología. Material y método: Estudio observacional, descriptivo, que incluyó pacientes de 18 años o más con diagnóstico de bronquiectasias no FQ por tomografía de tórax de alta resolución (TACAR), que asistieron al servicio de neumonología de un centro de salud privado entre enero 2020 y julio 2023. Se excluyeron bronquioloectasias por tracción asociadas a otras patologías, dilataciones bronquiales transitorias y pacientes que no completaron estudios diagnósticos. Se analizaron variables demográficas, etiológicas, compromiso pulmonar por TACAR, función pulmonar y tratamiento. Resultados: Se incluyeron 163 pacientes con predominio de sexo femenino (58,9%). La edad media fue de $64,4 \pm 14,8$ años. Treinta y nueve pacientes tenían antecedente de asma y siete de EPOC (23,9% y 4,3% respectivamente). Las etiologías más frecuentes fueron secuela de tuberculosis (30,1%), post infecciosa (23,3%), asma (14,1%) y enfermedad del tejido conectivo (8,6%). Ver Figura 1. Los síntomas más prevalentes fueron disnea (61,7%) y tos (51%). Treinta y cuatro pacientes (20,9%) no manifestaron síntomas. El compromiso predominante se vio en lóbulos superiores. El 39,3% de los pacientes tenía compromiso bilobar y el 27% de tres o más lóbulos. Con respecto a la función pulmonar, el 31,5% de los pacientes presentaban obstrucción en la espirometría, con un VEF1 de $1,33 \pm 0,5$ litros ($56,4 \pm 19,1$ en porcentaje del teórico). Mientras que el 37,1% tenían espirometría normal. El 58% de los pacientes presentaba disminución en la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), con una media de $76,2 \pm 18,5$ en porcentaje del teórico. Trece presentaron atrapamiento aéreo, de noventa y seis a los cuales se le realizó medición de volúmenes pulmonares (13,5%). La mayoría de los pacientes estaban bajo tratamiento inhalado (58%), siendo la triple terapia la combinación más frecuente (30,6%). El 8,3% de los pacientes recibían profilaxis con azitromicina. Discusión: En nuestra serie la etiología más frecuente fue tuberculosis a diferencia de series publicadas de otras regiones. A su vez, la localización más común fue en lóbulos superiores. En este estudio, la medición de DLCO y volúmenes pulmonares evidenció compromiso de la función pulmonar aun en pacientes con espirometría normal. La mayor parte de los pacientes recibían tratamiento con corticoides inhalados, lo que puede deberse a la prevalencia de asma en esta población. Si bien nuestro estudio tiene limitaciones, refleja la heterogeneidad de los pacientes con bronquiectasias no FQ destacándose como etiología la tuberculosis. Son necesarios estudios locales para ratificar estos datos.

ID#202

DETRÁS DE LAS RECETAS: UN VISTAZO A LA PRÁCTICA MÉDICA Y LOS ANTIBIÓTICOS

Autores: *Ailin Weiss*¹ | *Walter Gardeñez*¹ | *Neri Vernay*¹ | *Marcelo Morali*¹ | *Carla E. Liguori*¹ | *Natalia Garitta*¹ | *Emiliano Lingua*¹ | *Rodrigo Bouzon*¹ | *Rodolfo Navarrete*¹

Filiación: ¹ Hospital Centenario

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Neumonología clínica

Resumen: Introducción y objetivo: El desarrollo de resistencia antibiótica es un proceso natural de los microorganismos que en las últimas décadas se ha visto acelerado debido al mal uso y abuso de los antibióticos (ATB) por los profesionales de la salud y la comunidad. Hasta el 50% de los ATB prescritos son innecesarios o inadecuados. El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son las prácticas ambulatorias habituales en cuanto al uso de antibióticos en infecciones respiratorias. Material y método: Se diseñó un estudio descriptivo y transversal. Se realizó una encuesta que fue enviada de forma virtual a médicos de diferentes especialidades del sector público y privado. Las respuestas fueron anónimas y se podía elegir más de una opción. Resultados Participaron 306 profesionales. El 26% neumólogos, 40% clínicos, 23% otras especialidades y 11% no contaban con especialidad. El 26% pertenecía al sector público. Ante un caso de enfermedad tipo influenza (ETI) el 19% indica antibióticos siempre. Los médicos en el sector público indican ATB con más frecuencia si no disponen de exámenes

complementarios (29% vs 14%, $p=0,03$). Los neumólogos indicaron con menor frecuencia ATB en mayores de 65 años en comparación con el resto de profesionales (5 vs 13% $p=0,04$) en cambio prescribían más si el esputo era purulento (38 vs 16% $p=0,001$). Ante una exacerbación de EPOC (exEPOC) el 16% de los médicos indicó antibióticos siempre, independientemente de la clínica del paciente. El 73% respondió que los prescribe según lo recomendado por las guías, conducta más frecuente en neumólogos (84% vs 69% $p=0,01$). Los antibióticos más indicados en una exEPOC fueron amoxicilina ácido clavulánico (75%) y levofloxacina (55%). Frente a una crisis asmática el 41% indicó ATB ante la presencia de fiebre y esputo purulento, conducta más frecuente en neumólogos (57% vs. 35%, $p < 0,001$). Ante la pregunta de cuáles creían que eran las causas más frecuentes de uso inadecuado de ATB el 64% respondió que era por temor a complicaciones, el 60% por presión del paciente o familiar y el 25% por disponer de poco tiempo en la consulta. Discusión: Los resultados de la encuesta reflejan una variabilidad en las prácticas de prescripción de ATB entre médicos de diferentes especialidades y sectores. Aunque la mayoría sigue las guías, se destaca la prescripción innecesaria en casos de enfermedades virales como la ETI y la excesiva prescripción en exacerbaciones de EPOC y crisis asmáticas. También se observa en muchos casos una elección inadecuada del ATB. La educación continua y la conciencia sobre las pautas de manejo pueden mitigar estas tendencias. Conclusión: Este estudio subraya la importancia de la educación médica en el uso adecuado de ATB. La necesidad de combatir la presión del paciente y mejorar la comunicación médico-paciente es evidente. Abordar estas áreas puede reducir la prescripción innecesaria y contribuir a la lucha contra la resistencia antibiótica.

ID#207

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DURANTE PANDEMIA COVID-19

Autores: *Eduardo Luis De Vito*¹ | *Romina Fernández*² | *Martín Sívori*²

Filiación: ¹ Centro del Parque Cuidados Respiratorios, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ² Centro Universitario de Neumología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Unidad de Neumotisiología, Hospital General de Agudos "José María Ramos Mejía", Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Neumonología clínica

Resumen: Introducción: El impacto de la pandemia COVID-19 sobre la atención de los pacientes crónicos ha sido investigado en diversos escenarios. No se dispone de información referida a la evolución de pacientes con enfermedades neuromusculares (ENM). Objetivo: Evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 sobre una muestra de pacientes con ENM asistidos en dos centros especializados en la atención de estos pacientes, valorando la utilización de recursos de salud, el estado de vacunación y la evolución de quienes tuvieron COVID-19 (formas clínicas y mortalidad). Material y Métodos: Se envió una encuesta por formulario de Google anónima a la dirección de correo electrónico de las bases de datos de los programas de atención de pacientes adultos con ENM del Centro del Parque Cuidados Respiratorios y de la Unidad de Neumotisiología del Hospital Dr. Ramos Mejía, ambos en Ciudad de Buenos Aires. La encuesta se realizó de entre julio y diciembre de 2022. Fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hosp. Ramos Mejía. El paciente debía firmar un consentimiento informado electrónico para realizar la encuesta. Resultados: Respondieron 82 pacientes o familiares de pacientes (50% género femenino). El rango etario fue de 71% <50 años (18% del total < 30 años). El índice peso/talla fue de $25,1 \pm 7,1$. Las enfermedades más prevalentes fueron ELA (24%), distrofias de cinturas (18%), miastenia gravis (17%) y Duchenne (16%). En cuanto al impacto clínico de enfermedad de base, usaba silla de ruedas el 50% y el 936% se alimentaba por boca solamente. En cuanto a la asistencia ventilatoria, 45% no la usaban, ventilación no invasiva >6 h 23%, no invasiva más asistencia de la tos 19%, solo asistencia de la tos 5% e invasiva por traqueostomía 5% y asistencia ventilatoria por traqueostomía 2%.

Otras comorbilidades se encontraron en 217% de los pacientes (cardiovasculares 65%, respiratorias 35% y diabetes 29%, entre las frecuentes). En cuanto a consultas por COVID-19, se realizaron como número de hisopados 1,25 mediana (RIQ25%-75%, 1-2) y tests rápidos 0,5 (RIQ 0-1). Más de 10 consultas hicieron el 17% de los pacientes, (mediana 3 y RIQ 1-4). COVID-19 tuvo 35% (n=29) de los pacientes. La evolución fue: asintomática (10%), síndrome gripal (76%) y hospitalizados en UTI (14%:3 ventilados no invasivamente y 1 por traqueostomía). No hubo óbitos. En cuanto a la vacunación, se vacunaron 97,5% (dos dosis 10%, tres dosis 32,5% y cuatro dosis 57,5%): esquemas de vacunas: un tipo solo 16,2% y el resto combinado. Se aplicaron 53,7% de Astrazeneca, 43,7% Pfizer, 42,5% Moderna, 37,5% Sputnik y 16,2% Sinopharm, entre las principales. Conclusión: La mayoría de quienes tuvieron COVID-19 cursaron con formas asintomáticas o leves. No hubo muertes. El aislamiento social y las medidas de protección respiratorio probablemente contribuyeron a la escasa infección, En una población de riesgo se destaca la muy alta cobertura vacunal con más de tres dosis en esquemas combinados.

ID#213

ESTUDIO EN LA VIDA REAL CON UNA FORMULACIÓN GENÉRICA DE ELEXACAFOR-TEZACAFOR-IVACAFTOR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA

Autores: Giohyna Orellana¹

Filiación: Hospital Italiano de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La FQ es causada por mutaciones que resultan en una función deficiente o defectuosa del CFTR, un canal aniónico presente en las membranas epiteliales. Los estudios pivotales han demostrado que la combinación de Elexacafor/Tezacafor/Ivacaftor (ETI) incrementa significativamente la función pulmonar, el estado nutricional, la calidad de vida y disminuye significativamente el cloro en el sudor, y las exacerbaciones respiratorias en pacientes homocigotas o heterocigotas pF508del. Objetivos: Evaluar la efectividad en la vida real del uso de una formulación genérica de ETI (Trixacar, Gador, Argentina), en pacientes con diagnóstico confirmado de FQ de 6 años o más, homocigotas o heterocigotas para la mutación pF508del, sin tratamiento previo con moduladores del CFTR. Metodología: Estudio retrospectivo, de cohorte, cuasi-experimental sin grupo control antes y después de iniciar tratamiento de triple terapia moduladora. Se incluyeron todos los pacientes FQ mayores de 6 años, seguidos en el Hospital Italiano Central, durante el año 2022, que iniciaron tratamiento con formulación genérica de ETI, que no habían recibido un tratamiento previo con moduladores del CFTR. Se registraron los valores de función pulmonar (VEF1), IMC, cloro en sudor, exacerbaciones respiratorias previo al inicio y a los 12 meses de tratamiento. Cada 3 meses se citaron a los pacientes para controles clínicos y de laboratorio y para evaluar efectos adversos. Se realizó el Test de Wilcoxon y el test de McNemar's para datos pareados. Resultados: se reclutaron 18 pacientes: 12 adultos y 6 pediátricos. La media de edad de los adultos fue de 30 años (DE ± 9.9 años) y de los niños 13 años (DE ± 4.1 años). La mediana de edad al diagnóstico de FQ en adultos fue de 7.5 años (RI 28.2 – 198 meses) y en niños de un mes (RI 0 - 2.75 meses). El 61% fueron varones. 39% eran pF508del homocigota. El 89 % tenía compromiso pancreático exocrino y el 50% de adultos diabetes. Hubo tres pacientes con trasplante hepático. La mediana del VEF1 entre basal y a los 12 meses mostró una mejoría del 66% (RI 42-79) al 73% (RI 41-88) (p<0,0059). La mediana del IMC de 21 a 22 kg/m² (p<0,011). El 75% de los adultos tuvo infección bronquial crónica al inicio de ETI con Pseudomonas aeruginosa que disminuyó al 42% (p< 0,025) y en los niños fue a predominio de Staphylococcus aureus meticilino sensible del 66% que disminuyó al 16% (p<0.001). La tasa de exacerbación anual previa al inicio ETI en adultos fue de 0,5% y post ETI: 0,01% y en niños de 0,3% a 0%. La mediana del valor de Cloro fue de 80 mEq/Lt (RI 70-94) y a los tres meses se redujo a 55 mEq/Lt. (RI 35-60) (p<0,01). Dos pacientes adultos (17%) en lista de trasplante pulmonar salieron de lista activa. La ETI fue bien tolerada, con solo un

paciente interrumpiendo el tratamiento debido al aumento de enzimas hepáticas. En un paciente pediátrico trasplantado hepático hubo que disminuir la dosis del inmunosupresor por interacción con el modulador. Conclusiones: el tratamiento con ETI mostró una mejoría significativa en la función pulmonar y en el estado nutricional, como así también una disminución en los niveles de cloro en el sudor. Se documentó una disminución en el aislamiento de microorganismos y exacerbaciones anuales a los 12 meses de tratamiento con ETI. La respuesta a mediano plazo en las variables analizadas de seguimiento demuestra la efectividad de la terapia con una formulación genérica de ETI en pacientes con FQ siendo un fármaco seguro y bien tolerado.

ID#225

REPORTE DE CASO, LEOMIOMATOSIS PULMONAR METASTATIZANTE BENIGNA

Autores: Jouseline Colquehuanca¹ | Gastón Larrea¹ | Heily Cruz¹ | Juan Schottlender¹

Filiación: ¹ Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La leiomiomatosis pulmonar metastatizante benigna (LPMB) es un trastorno infrecuente, donde tumores de músculo liso histológicamente benignos se diseminan a distancia, principalmente a pulmón. Presentamos el caso de una paciente con LPMB, a quien se diagnosticó y sigue a 30 años del diagnóstico inicial en un hospital monovalente respiratorio. Caso clínico: Femenina de 67 años, G6P3A3 con antecedentes de miomectomía en 1985, fibrilación auricular anticoagulada, ACV isquémico, SAHOS y LPMB diagnosticada en 1992. Durante su sexto embarazo presentó neumotórax bilateral espontáneo que requirió colocación de tubo de avenamiento pleural. En ese contexto, se realizó tomografía de tórax (TC) donde se evidenciaron radioopacidades nodulares bilaterales de distribuciones aleatoria y quistes de paredes finas. La espirometría y DLCO no presentaban alteraciones. Se realizó fibrobroncoscopia y biopsia transbronquial, la anatomía patológica informó células fusiformes de citoplasma fibrilar, con escasa atipia y sin mitosis, compatibles con tejido muscular liso, no disponiendo en ese momento de todos los marcadores inmunofenotípicos correspondientes. Dados estos hallazgos y los antecedentes, se diagnosticó LPMB y realizó tratamiento con progestágenos durante 2 años. Posteriormente, por persistencia de síntomas se decidió realizar anexo-histerectomía completa, con mejoría clínica posterior. Hoy, a 30 años del diagnóstico la paciente está asintomática a nivel respiratorio, presenta una FVC: 2.6L (85%), VEF1: 2.12L (99%), DLCO: 99%, y persistencia de las mismas lesiones en la TC. Discusión: La LPMB afecta a mujeres de edad reproductiva o pre-menopáusicas, con antecedentes de miomas uterinos tratados quirúrgicamente. Puede afectar a distintos órganos, como hígado, músculos, corazón y cavidad pélvica. Cuando afecta el pulmón, en la TC se observan nódulos pulmonares bilaterales de distribución aleatoria, que pueden cavitarse o formar quistes. Los principales diagnósticos diferenciales son metastasis pulmonares de tumores a distancia y linfangioleiomiomatosis (LAM), siendo fundamental para esto la anatomía patológica, donde la LPMB es positiva para actina, desmina, tiene baja expresión de Ki-67 (< 5%) y es HMB-45 negativo. No existe consenso respecto al tratamiento, sugieren desde la conducta expectante, terapia hormonal, hasta la anexo-histerectomía bilateral, como en este caso. El pronóstico reportado es bueno, aunque hay escasos datos bibliográficos respecto al seguimiento a largo plazo. Conclusiones: Existen menos de 200 casos publicados de LPMB hasta la fecha, para diagnosticarlo se requiere alta sospecha, por epidemiología y antecedentes clínicos. Al no existir un estándar de tratamiento, creemos importante comunicar este caso, en el que reportamos un seguimiento a más de 30 años del diagnóstico inicial.

ID#229

USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES INTERNADOS CON EXACERBACIÓN DE EPOC

Autores: Gastón Larrea¹ | Eileen Achig¹ | Lucía Trinidad Sosa¹ | Heily Lizbeth Cruz Urcia¹ | Martín Fernández¹ | Verónica Lawriwskyj¹

Filiación: ¹ Hospital María Ferrer

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología heterogénea caracterizada por obstrucción persistente al flujo aéreo. La exacerbación de EPOC (eEPOC) se define como un empeoramiento de los síntomas que requiere un tratamiento adicional, siendo frecuente la causa infecciosa. La indicación de antibióticos (ATB) en la eEPOC es controvertida. Objetivo: Analizar el uso de ATB en pacientes con eEPOC internados en un hospital monovalente respiratorio. Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 56 pacientes hospitalizados por eEPOC, desde enero 2020 hasta marzo 2023, se excluyeron aquellos que tenían radiopacidades en radiografía de tórax. Se analizaron parámetros clínicos (criterios de Anthonisen y fiebre) y de laboratorio (procalcitonina, leucocitos y PCR) al ingreso, comorbilidades, grado de obstrucción al flujo aéreo según la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), uso de ATB e internaciones previas, rescates microbiológicos y retrospectivo. Resultados: El 56,1% eran masculinos con una mediana de edad de 66 años (61-74), cuyas comorbilidades más frecuentes fueron: 53% hipertensión arterial, 18,2% insuficiencia cardíaca, 15,2% hipertensión pulmonar, 15,2% diabéticos. El 75,8% recibió ATB, 38% ampicilina sulbactam (AMS), 26% piperacilina/tazobactam, 22% AMS/ ciprofloxacina, 4% cefepime, 4% levofloxacina, 4% ceftriaxona y 2% vancomicina e imipenem. Aquellos que recibieron ATB de amplio espectro, el 41,9% tenía un grado de obstrucción severa/muy severa, y el 41,9% no contaba con espirometría previa, el 25,8% recibió ATB previo, y el 38,7% tuvo una internación en el último año por eEPOC. De los pacientes que recibieron ATB, el 56% cumplía criterios de Anthonisen, 36% tuvo fiebre, 56% tenía leucocitosis, 26% tenía procalcitonina positiva y 12% tenía PCR > 20 mg/dL. El 74,2% no tuvo desarrollo en cultivos, y en el 9,2% se desarrolló *Pseudomona aeruginosa*. Discusión. La mayor parte de los pacientes que recibieron ATB presentaban criterios clínicos o de laboratorio, principalmente leucocitosis. El uso ATB de amplio espectro fue del 62%, y si bien es importante en exacerbaciones severas para cubrir infecciones por BGN, gran parte no contaba con espirometría previa; además, el porcentaje de internaciones y uso de ATB previo fue bajo y no se disponen datos sobre el uso de corticoides orales previos. Siendo que la etiología viral es frecuente, no encontramos un uso sistematizado del panel viral (PV) para diferenciar entre la etiología viral y bacteriana. Conclusión: La clínica sigue siendo fundamental para el inicio de ATB en la eEPOC. Su elección está determinada no solo por la gravedad de la exacerbación, sino también por factores de riesgo para infección por BGN, aunque muchas veces no se cuenta con estos datos. Es importante enfatizar el uso rutinario de PV para descartar la etiología viral y evitar el sobreuso de ATB

ID#253

SIGNO DE LA GALAXIA EN AMILOIDOSIS PULMONAR. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autores: Daniela Noemí Cabral | Yesica Amarilla¹ | Alejandra Benavides¹ | Héctor Varas¹ | Ángel Sánchez¹ | Artemio García¹

Filiación: ¹ HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD JUAN DOMINGO PERON, FORMOSA

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La amiloidosis se define por depósito extracelular de fibrillas insolubles compuestas por proteínas agrupadas irregularmente, que pueden acumularse en un área o comprometer varios órganos. Puede ser secundaria, la cual rara vez afecta el pulmón y la forma primaria respiratoria es aun mas infrecuente, por lo que a continuación presentamos este caso clínico. Caso Clínico: Paciente femenina de 50 años de edad, índice de masa corporal 38, abandono de hábito tabáquico hace 12 años, exposición leve a biomasa, se realiza controles anuales en donde constatan radiografía de tórax patológica, por no correlacionarse con síntomas no profundiza en estudios. Al año, agrega disnea Mmrc 1 y tos, por lo que decide retomar estudios, no presenta otros síntomas acompañantes, se realiza Tomografía axial computada (TAC) de tórax que evidencia signo

de la galaxia, en búsqueda de enfermedades granulomatosas se solicita Enzima Convertidora de Angiotensina con dosaje elevado, se solicita espirometría, volúmenes pulmonares y difusión de dióxido de carbono que confirman restricción y se programa videofibrobroncoscopia para lavado broncoalveolar y criobiopsia. Cultivos bacteriológicos, micológico, BAAR, genexpert negativos. Se obtiene anatomía patológica: polarización positiva para tinción rojo Congo, se inicia protocolo de estudios para filiar causa, perfil inmunológico, serologías, marcadores tumorales, perfil tiroideo, negativos, Resonancia nuclear Magnética con gadolinio cardiaca normal, TAC cerebro, abdomen y pelvis sin hallazgos patológicos, se recibe inmunofijación de cadenas livianas: que informa muy tenue banda homogénea lambda, sobre perfil policlonal. Kappa policlonal. Se asume como amiloidosis pulmonar. Se instaura tratamiento con corticoides en plan de inicio de ciclofosfamida. Discusión: El signo de la galaxia, se describió por primera vez en la sarcoidosis pulmonar, actualmente se considera poco específico como elemento único, ya que están descritas en la literatura otras enfermedades granulomatosas que lo presentan. Es innegable que inicialmente se sospechó sarcoidosis en esta paciente como principal diagnóstico, hasta que se obtuvo el sorpresivo resultado histológico. Por ello queremos destacar a esta enfermedad huérfana ya que su precoz sospecha y diagnóstico mejoraría la morbilidad. Conclusión: En la amiloidosis pulmonar, el amiloide se deposita de manera difusa y multicéntrica en el alveolo septal, ocasionando disnea progresiva y que se exprese en imagen como un infiltrado intersticial reticulonodular. La edad de presentación oscila en torno a los 55 años sin diferencias respecto al sexo. En el diagnóstico diferencial hay que incluir las neoplasias primarias y metastásicas, y las enfermedades granulomatosas. El manejo de la amiloidosis pulmonar dependerá de la severidad de los síntomas, además se destaca que no hay protocolo farmacológico establecido que dé respuestas lo suficientemente satisfactorias, aunque dependerá del tipo de amiloidosis

ID#258

LA PROTEINOSIS ALVEOLAR QUE NO FUE

Autores: Lucía Fernández Siri¹ | Jesus Augusto Padilla Rodríguez² | Lucrecia García¹ | Juliana Opel¹ | Milagros Burga Ponce¹ | Jhon Brandon Arnez Flores² | Juan Martín Kergaravá²

Filiación: Hospital San Juan de Dios de la Plata

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumología clínica

Resumen: Introducción: La proteinosis alveolar se caracteriza por acumulación anormal de factor surfactante, impidiendo el intercambio gaseoso; esta puede ser primaria, secundaria y congénita. En el siguiente caso clínico se describe la sospecha inicial de una proteinosis alveolar, planteándose distintos diagnósticos diferenciales a fin de llegar a la confirmación de la misma y a la causa de la enfermedad. Caso Clínico: Enfermedad actual: paciente femenina de 56 años oriunda de La Plata, inicia con disnea mMRC 2 que en un año progresa a 4, asociada a tos con expectoración blanquecina lo que motiva la consulta. Antecedentes personales: psoriasis cutánea. Exposición ambiental: productos clorados, lavandinas y excremento de roedores. Antecedentes familiares: 2 hermanos fallecidos por cáncer (sin especificación de qué tipo). Examen físico: presentaba lesiones de psoriasis en ambos codos, telangiectasias en torso, giba dorsocervical, aceptable entrada de aire bilateral y rales tipo velcro en campo pulmonar derecho y base del izquierdo, saturando 89% (FiO₂: 0.21) Exámenes complementarios: TC tórax: patrón en crazy paving de vértice a base en pulmón derecho y tercio medio de pulmón izquierdo, acompañado de consolidación bien definida con broncograma aéreo en segmento apical del lóbulo superior derecho. Broncoscopia: tráquea repleta de secreciones blanquecinas, ambos árboles bronquiales sin particularidades. Anatomía patológica de biopsia transbronquial (BTB): hiperplasia de neumocitos. Anatomía patológica de lavado broncoalveolar: macrófagos 97% sin acumulación de material lipoproteínico. Pruebas funcionales respiratorias: Pre-BD: VEF1/CVF: 90,9%, VEF1:1,40 l (55%), CVF: 1,54 l (47%), post-BD: VEF1/CVF: 91,2%, VEF1: 1,46 l (57%), CVF: 1,60 l (49%), DLCO corregida por Hb: 39%. Panel inmunológico ANA, FR, Complemento 3 y 4, ANCA CyP, Anti CCP, Anti Ro y La, Anti Sm, Anti SCL70: Negati-

vos. Serología VIH: negativa. Proteinograma electroforético: leve aumento de fracción 2 globulina. Ante resultados negativos de BTB, se realizó videotoracoscopia con toma de biopsia de lóbulo superior derecho y se llegó al diagnóstico de adenocarcinoma con patrón predominantemente lepidico con sectores de patrón acinar, EGFR y ALK no mutado y PD-L1 negativo. La paciente realizó 4 ciclos de carboplatino y pemetrexed se realizó tomografía luego de dos ciclos y se evidencia aumento de consolidación de las lesiones. Conclusión y Discusión: Consideramos interesante este caso clínico ya que, teniendo en cuenta la clínica de la paciente y el patrón tomográfico, nos condujo a plantearnos distintos diagnósticos diferenciales, partiendo de una proteinosis alveolar para arribar a un adenocarcinoma, que si bien es una patología frecuente, en este caso, tuvo una presentación atípica (predominantemente lepidico y sintomatología compatible con proteinosis alveolar). La discusión en el caso radica en determinar si es o no prudente, dada la complejidad de su diagnóstico, descartar sin más la proteinosis alveolar y la conducta terapéutica respectiva, frente al diagnóstico final determinado

ID#277

COMPROMISO TRAQUEOBRONQUIAL EN POLICONDRIITIS RECIDIVANTE

Autores: Andrea Verónica Bertolin¹ | Viviana Moyano¹ | José Lugones¹ | Juan Alejandro Albiero¹ | Juan Pablo Casas¹

Filiación: ¹ Sanatorio Allende

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología clínica

Resumen: Introducción: La policondritis recidivante (PR), es una enfermedad sistémica, poco frecuente, que cursa de forma episódica (con recaídas), con una prevalencia estimada de 4,5-20 por millón de habitantes. Afecta más frecuentemente a adultos de edad media, con predominio femenino. Compromete las estructuras cartilagosas, principalmente orejas, nariz, articulaciones y en un 21 a 56% de los casos cartílagos laringotraqueobronquiales que conlleva peor pronóstico, ya que puede provocar malacia o estenosis. Caso Clínico: Mujer, 46 años, con antecedentes de insulinoresistencia y tiroiditis de Hashimoto, consultó por tos crónica de predominio nocturna, hormigueo laríngeo, disnea episódica, y carraspeo de un año de evolución. Relató comenzar dos años antes con episodios de dolor y dificultad ventilatoria nasal, sumando luego dolor en pabellón auricular y déficit auditivo derecho. Examen respiratorio normal, SpO₂ 98%, presentaba dolor a la palpación nasal y del pabellón auricular derecho, sin alteraciones visibles. Laboratorio con trombocitosis (611 mil/ml³), elevación de velocidad de eritrosedimentación (63 mm) y proteína C reactiva (7,8 mg/dl), resto normal. Se solicitó laboratorio para enfermedades autoinmunes con resultados negativos. Espirometría y DLCO sin alteraciones. La tomografía de tórax mostró engrosamiento difuso de la tráquea y bronquios que respeta la pared posterior membranosa. Se derivó a otorrinolaringología que constata hipoacusia neurosensorial bilateral. Se diagnosticó policondritis recidivante. Inició tratamiento con corticoides orales y metotrexato con respuesta incompleta debido a mejoría parcial de los síntomas y a continuar con engrosamiento traqueal por lo que se cambia el metotrexato a azatioprina presentando remisión total de los síntomas. Discusión Y Conclusión: El diagnóstico de la PR es clínico y requiere la exclusión de otras causas. Los criterios más utilizados son los de Michet, que permiten clasificar al paciente si cumplen dos criterios mayores o uno mayor y dos menores. Nuestra paciente presentó condritis auricular, condritis traqueobronquial e hipoacusia neurosensorial que nos orienta a éste diagnóstico. La afección exclusiva de la pared cartilaginosa traqueal es sugestiva de condritis. Consideramos importante tener en cuenta esta patología debido a que su detección y tratamiento temprano evita el desarrollo de lesiones traqueobronquiales irreversibles.

NEUMONOLOGÍA CRÍTICA

ID#36

SOSTEN DE POTENCIAL DONANTE CON HIPOXEMIA REFRACTARIA EN POSICIÓN PRONO

Autores: Fabricio Arancibia¹ | Brenda Fernández¹ | Alex Tamayo¹ | Cinthia Claros¹ | Antonio Montes De Oca¹ | Walter Videtta¹ | Sergio Quintana¹ | Darwin Romero¹ | Delina Barrientos¹ | Adhemar Rodríguez¹

Filiación: ¹ Hospital Municipal Eva Perón de Merlo

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología crítica

Resumen: Introducción: Se reporta caso clínico de politraumatismo, SDRA y muerte cerebral, cuya hipoxemia refractaria demanda el decúbito prono incluso para su traslado hasta quirófano. Objetivo: Destacar la utilización del estudio PROSEVA y demás metas del ARDS network para sostener potencial donante con hipoxemia refractaria generadora de FOMS. Caso Clínico: Masculino de 20 años que ingresa por politraumatismo por accidente vehicular, bicicleta sin casco/autobús, con deterioro de conciencia y convulsión tónica clónica generalizada. Se realiza estabilización, IOT y AVM. TC de ecéfalograma: hemorragia subdural laminar izquierda en región de la tienda del cerebelo, contusión frontal sin desviación de la línea media, múltiples focos contusivos puntiformes frontales, en núcleo lenticular y cápsula interna. Fractura de los huesos propios de la nariz, cuerpo maxilar inferior derecho y ángulo del maxilar inferior izquierdo. TC de columna cervical sin alteraciones. TC de tórax fractura de primero y segundo arcos costales derechos, contusión pulmonar bilateral. Neumotorax laminar izquierdo. RX: fractura de fémur izquierdo. Neurocirugía con conducta expectante. Traumatología: colocación de férula de yeso en miembro inferior izquierdo para estabilización. Cirugía sin conducta. Ingresa a UTI con TC de control sin cambios. Intercurre con hipoxemia refractaria que requiere analgesia sedación polimodal y BNM. Se prueban vacaciones de sedación con mala respuesta. Se optimiza analgesia sedación y BNM. Se efectúa primer ciclo de prono por 48 horas sin respuesta, se supina con PAFI 146. Por caída de PAFI y mala mecánica ventilatoria, se decide segundo ciclo de prono por 24 horas con PAFI de 198. Presenta diabetes insípida, se indicó Desmopresina. Posteriormente se torna midriático bilateral. Conserva drive respiratorio. TC de control con edema cerebral difuso con hipodensidad a nivel del tronco encefálico. En Tórax: consolidación bibasal más broncograma aéreo. Presenta SDRA refractario, midriasis bilateral areactiva, reflejos corneal y tusígenos negativos. CUCAIBA diagnóstica muerte encefálica y certifica el fallecimiento. Con inestabilidad hemodinámica, un nuevo ciclo de prono y mantenimiento a corto plazo de la función orgánica, finalmente ingresa a quirófano para ablación de órganos: hígado, riñones y corneas. sin complicaciones. Conclusiones: No se encontró ningún reporte similar pudiendo sentarse un precedente de un procedimiento para otro grupo de profesionales.

ID#37

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE LA TRAQUEOSTOMIA PERCUTÁNEA GUIADA POR FIBROBRONCOSCOPÍA VS LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Autores: Darwin Romero¹ | Alex Tamayo¹ | María Elder González² | Adhemar Rodríguez¹ | Fabricio Arancibia¹ | Cinthia Claros¹ | Antonio Montes De Oca¹ | Walter Videtta¹ | Delina Barrientos¹ | Darwin Albarrán³ | Wilfredo Llanos¹

Filiación: ¹ Hospital Municipal Eva Perón de Merlo ² Hospital Provincial de Moreno ³ Hospital Provincial de Moreno

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumonología crítica

Resumen: Introducción: La Fibrobroncoscopia (FBC) como guía de la Traqueostomía Percutánea (TP) tiene ventajas al compararla con la Cirugía abierta, con un menor número de complicaciones. Objetivo: Evaluar las complicaciones mayores y menores de la TP por médicos de UTI versus la quirúrgica. Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo descriptivo, de pacientes internados en 2 UTI de los Hospitales Municipal Eva Perón de Merlo y Provincial de Moreno de enero 2019 a diciembre 2022, 4 años. Criterios de inclusión: Edad mayor de 18 años, indicación de TP guiada por FBC, firma de consentimiento informado. Complicaciones inmediatas, durante el procedimiento o con presentación después de la inserción de la cánula de traqueotomía, Tempranas (< 7 días) y tardías (> 7 días). Se registraron variables clínica-demográficas y complicaciones

presentes. Resultados: Registramos 84 pacientes a quienes se les practicaron traqueostomía, 48 (57,1%) convencional y 36 (42,9%) TP, 52 (61,9%) hombres. La diferencia de edad entre los grupos fue de 60 a 75 años para la TQT con técnica abierta y menos de 45 años TP. Las indicaciones de la TP fueron AVM prolongada 84 % vs 62 % de la abierta, lesión neurológica 32,2% vs 22,2%. Existieron 2 complicaciones menores inmediatas en el grupo de la TP guiada por FBC, Arritmia cardiaca (taquicardia en 6 pacientes y bradicardia sinusal en 2) y sangrado moderado en 2. Dos tipos de complicaciones mayores tardías (fístula traqueoesofágica en 2 pacientes y una fístula traqueocutánea) y 6 menores inmediatas (sangrado moderado, desaturación leve, hipotensión transitoria y taquicardia sinusal) en el grupo de Cirugía tradicional, sin reporte de mortalidad en ambos grupos. Conclusiones: La TP guiada por FBC es una técnica segura cuando se efectúa por personal entrenado con seguimiento de Protocolos, sin presentación de complicaciones mayores, con mayor eficacia al tener un tiempo más corto de realización, sin necesidad de conversión a una técnica abierta y con mortalidad 0 (cero)

ID#156

PESADILLA: HEMORRAGIA ALVEOLAR Y ESTENOSIS DE VENA PULMONAR LUEGO DE UN PROCEDIMIENTO

Autores: *Federico Sarrazin*¹ | Leandro Tomás²

Filiación: ¹ HOSPITAL CETRÁNGOLO ² SANATORIO SAN LUCAS

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Neumonología crítica

Resumen: Introducción: Se presenta un caso clínico de notable excepcionalidad, como la hemorragia alveolar difusa (HAD) y la estenosis de las venas pulmonares (VP), que destaca las complicaciones de terapéuticas invasivas cardiológicas en nuestro medio y su abordaje por el neumonólogo. La ablación auricular y de VP, con balón de crioterapia y radiofrecuencia, con tiempos operatorios prolongados, anticoagulación continua y necesidad de reversión postprocedimiento, aumenta el riesgo de hemorragias. Además, la ablación de las VP origina una respuesta inflamatoria de las mismas con complicaciones severas como la estenosis de las mismas. Caso Clínico: Hombre de 47 años con historia de tabaquismo, arritmia sintomática, sin cardiopatía estructural. En 2017, fue sometido a una ablación auricular para tratar un aleteo auricular típico, lo que resultó en la resolución de la arritmia. Pasados 2 años, desarrolló fibrilación auricular paroxística (FAP), resistente a amiodarona, bisoprolol, flecainida y sotalol. Nueva ablación en 2019, con aislamiento de VP, dejando como secuela una estenosis de la vena pulmonar inferior izquierda. Debido a la persistencia de la FAP sintomática, se decidió realizar una ablación re-do y aislamiento de VP nuevamente. En las 24 horas posteriores al procedimiento el paciente sufre deterioro respiratorio. Con insuficiencia respiratoria tipo I, sin descompensación hemodinámica. En el laboratorio, el hematocrito cayó 18%. La tomografía de tórax con contraste reveló la presencia de consolidaciones y ocupación del espacio alveolar en segmento apico posterior de lóbulo superior y llingula y se identifica obstrucción trombotica de VP superior e inferior izquierda. Se le realizó una centellografía V/Q que confirmó la trombosis de las VP. El lavado bronquioalveolar confirmó el diagnóstico de HAD. El paciente mostró una evolución favorable y fue dado de alta en el transcurso de una semana. Conclusiones: La HAD se describe como asociada a síndromes clínicos reumatológicos y no a procedimientos endovasculares como la ablación cardiaca. Por otro lado, esta la estenosis de las VP, que es una complicación grave, que puede generar síntomas. Chen y colaboradores en una serie de casos, encontraron una prevalencia cercana al 42 % de estenosis de VP luego de las ablaciones, con aumento de las presiones en las VP en el seguimiento a 3 meses con requerimiento de dilación por balón colocación de stent y cirugía en casos aislados y también mortalidad asociada. El caso en cuestión nos obliga a indagar cuales son las opciones endoscópicas, endovasculares y quirúrgicas de las complicaciones pulmonares asociadas a las intervenciones cardiopulmonares de los procedimientos invasivos de electrofisiología, y generar un foco de discusión en cuanto a los procedimientos asociados a las ablaciones en electrofisiología en el pre, durante y en el post quirúrgico derivado en complicaciones, teniendo en cuenta la dificultad de la adquisición de los insumos en nuestro medio

ID#217

DAÑO HISTOLÓGICO MIOCÁRDICO ORIGINADO POR LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Autores: Jorge Potito¹ | Enrique Correger² | Pablo Stringa³ | Graciela Laguens⁴

Filiación: ¹ HOSPITAL DE CLÍNICAS CABA ² HOSPITAL EL CRUCE ³ CONICET-HOSPITAL CUENCA ALTA CAÑUELAS ⁴ UNLP CATEDRA ANATOMIA PATOLOGICA

Sección: Opción a premio | **Área:** Neumonología crítica

Resumen: Introducción: La ventilación mecánica con volúmenes corrientes elevados genera daño pulmonar (VILI), siendo una verdadera incógnita el daño miocárdico inducido por la ventilación mecánica. Considerando que la mayoría de los trabajos describen las afecciones a nivel cardiovascular ocasionadas por la interacción de las cavidades cardiacas y los niveles de Presión al final de la espiración (PEEP), centrados puramente en parámetros hemodinámicos y no se describe el potencial daño a nivel miocárdico ocasionados por la respuesta inflamatoria producida por injuria asociada a la ventilación mecánica (VILI). Objetivo: Es un trabajo de investigación básica, basado en un modelo agudo de VILI (3 horas), donde se realiza ventilación mecánica con volúmenes corrientes (VT) elevados en ratas. El presente trabajo pretende caracterizar el patrón y objetivar el patrón histológico a nivel miocárdico derivado de la ventilación mecánica injuriente. Métodos: Se utilizaron ratas machos Wistar ventiladas mecánicamente durante un periodo de estabilización inicial de 20 min (VT 8 ML/KG PEEP PEEP 5 FIO2 0,40) seguido de un VT 25 ML/KG y PEEP 0 (ZEEP) durante 3 horas y un grupo shan (grupo control) durante 3 horas. Se midieron en ambos grupos gases arteriales, presión arterial media, ganancia de peso pulmonar y se analizó histológicamente el corazón. Los datos se analizaron mediante test Anova (P < 0,05) (ver tabla). Resultados: No se observaron cambios estadísticamente significativos en el comportamiento hemodinámico en los 2 grupos. El grupo alto VT (25 ML/KG) se mostró edema pulmonar y lesión histológica del miocardio (ver foto)

ID#243

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES ENTRE BRONCOSCOPISTAS EXPERTOS Y EN FORMACIÓN

Autores: *Leiniker Navarro Rey*¹ | Julieta González Anaya¹ | Indalecio Carboni¹ | Ignacio Fernández¹ | Micaela Raices¹ | Juan Montagne¹ | Agustín Dietrich¹ | David Smith¹ | Marcos Las Heras¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumonología crítica

Resumen: Introducción: Se ha observado que la broncoscopia en pacientes críticos tiene una baja tasa de complicaciones cuando es realizada por personal entrenado. Sin embargo, la incidencia de complicaciones en médicos en formación aún no está claramente establecida. Método: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Italiano de Buenos Aires, durante el período de junio de 2018 a julio de 2023. El estudio incluyó bronoscopias realizadas en pacientes mayores de 18 años en la Unidad de Terapia Intensiva. Estos procedimientos fueron realizados por especialistas en neumología intervencionista o por médicos en formación bajo supervisión de un experto bronoscopista. Se compararon los resultados de estos dos grupos. Resultados: Se llevaron a cabo un total de 884 bronoscopias, de las cuales 226 fueron realizadas por especialistas y 658 por médicos en formación. El 58% de los pacientes eran hombres, con una mediana de edad de 61 años y una puntuación APACHE II de 14. El 85% de los pacientes se encontraban bajo ventilación mecánica al momento del procedimiento. El procedimiento más común fue la confección de traqueostomía, representando el 33% de los casos, seguido de la evaluación de la vía aérea con un 26%. Los especialistas tuvieron una tasa de complicaciones del 17%, siendo la hipoxemia la más frecuente. Los médicos en formación presentaron una tasa de complicaciones del 9,6% en un total de 658 procedimientos, y también la hipoxemia fue la complicación más común en este grupo. La mortalidad asociada a los procedimientos fue de 0,11%. Conclusión: En conclusión, la broncoscopia se utiliza principalmente para la confección de traqueostomías. La tasa

de complicaciones fue baja, siendo la hipoxemia la más común, seguida de sangrado menor e hipotensión arterial, con una tasa de mortalidad similar a la reportada en la literatura. Se observaron más complicaciones en el grupo de especialistas, posiblemente debido a que realizan procedimientos de mayor riesgo

ID#246

IMPACTO DEL POSICIONAMIENTO DE LA CABECERA EN LAS VARIACIONES DE LOS VOLÚMENES PULMONARES DURANTE EL LAVADO BRONCOALVEOLAR

Autores: *Leiniker Navarro Rey*¹ | Julieta González Anaya¹ | Indalecio Carboni Bisso¹ | Ignacio Fernández Ceballos¹ | Juan Nuñez Silveira¹ | Rodrigo Cornejo¹ | Emilio Steimberg¹ | Marcos Las Heras¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumología crítica

Resumen: Introducción: El lavado broncoalveolar es frecuentemente utilizado en el diagnóstico de neumonía en pacientes en AVIM (asistencia ventilatoria mecánica). Su realización implica la instilación de solución fisiológica, que se encuentra asociado a colapso pulmonar y probabilidad de empeorar la hipoxemia. El posicionamiento de la cabecera del paciente a 0° podría aumentar la pérdida del volumen pulmonar e incrementar la caída en la oxigenación. Una opción terapéutica para mitigar ese efecto podría ser la realización de dicho procedimiento con la elevación de la cabecera a 30°. El objetivo del estudio fue valorar los cambios en los volúmenes pulmonares a través de la tomografía por impedancia eléctrica en relación a la posición de la cabecera del paciente previo y posterior a la realización del lavado broncoalveolar. **Materiales y Métodos:** Serie de casos de 3 pacientes. Se realizaron mediciones de volumen de fin de espiración (EEV) con el equipo pulmivista V500 en las siguientes situaciones: Cabecera a 30° previa realización de BAL, 0° previa realización de BAL, 0° posterior al BAL y 30° posterior al BAL. **RESULTADOS:** En los pacientes 1 y 2 el cambio de cabecera de 30° a 0° previa realización de BAL se tradujo en disminución global del EEV (Paciente 1: 83,1% - Paciente 2: 20,2%). La realización del BAL incrementó la caída global del EEV, con mayor expresión en las regiones donde se realizó el BAL. Luego de realizar el BAL, en ambos pacientes, el reposicionamiento de la cabecera a 30° produjo un aumento del EEV global sin alcanzar los valores obtenidos en 30° pre-bal (Paciente 1: 80,5% - Paciente 2: 52,9%). En el paciente 3 el cambio de posición de la cabecera de 30° a 0° pre-BAL presentó una disminución del 12,5% del EEV. La realización del BAL profundizó la caída del EEV global (-44,4%), al igual que el reposicionamiento de la cabecera a 30° (-70%) posterior a la realización del BAL. **Conclusión:** Los cambios en el posicionamiento de la cabecera previo a la realización del BAL provocaron una reducción del EEV en los 3 pacientes. El reposicionamiento de la cabecera luego de la realización del BAL tuvo un comportamiento heterogéneo, aumentado el EEV en los pacientes 1 y 2, y disminuyendo en el paciente 3.

ID#270

SOBREVIDA, CALIDAD DE VIDA, FRAGILIDAD, INDEPENDENCIA FUNCIONAL, UTILIZACIÓN DE RECURSOS EN SALUD, NECESIDAD DE CUIDADOS Y REINSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES POST COVID-19 EGRESADOS DE CENTROS DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO EN ARGENTINA

Autores: *Darío Villalba*¹ | Emiliano Navarro² | Amelia Matesa¹ | Mauro Javier Bosso³ | Silvana De Paoli⁴ | Gabriel Musso⁵ | Andrés Brusco⁶ | María Eugenia Vallory⁷ | Carlos Duarte⁸ | Eduardo Luis De Vito¹

Filiación: ¹ Clínica Basilea ² Centro del Parque ³ Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica ⁴ CIAREC ⁵ APREPA ⁶ ALCLA ⁷ CAICE ⁸ ULME

Sección: Opción a premio | **Área:** Neumología crítica

Resumen: Introducción: La pandemia por COVID-19 generó un número importante de pacientes que debieron ser derivados a centros de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilita-

ción (CDVMR). Muchos de estos pacientes lograron recuperarse y obtener el alta domiciliaria. Nuestro objetivo fue describir la sobrevida, calidad de vida, funcionalidad, uso de recursos de salud y reinserción laboral en los pacientes post COVID-19 que requirieron traqueostomía en UCI, ingresaron en los CDVMR y obtuvieron el alta domiciliaria. **Métodos:** Este estudio es la continuidad del estudio prospectivo, multicéntrico, observacional desarrollado entre 2020 y 2021, en CDVMR de Argentina. En esta etapa se incluyeron los pacientes que obtuvieron alta domiciliaria de los CDVMR. El seguimiento se realizó a través de llamadas telefónicas entre los 12 y 18 meses posteriores al alta. Se registró calidad de vida, fragilidad clínica, necesidad de consultas a urgencias e internaciones, vuelta a ocupaciones previas a la internación, recuperación de peso, cambios en el humor y debilidad percibida. **Resultados:** Se realizaron 296 llamadas telefónicas de los cuales el 72,3% respondieron. El 5,1% fallecieron durante el periodo de seguimiento. El 76,8% fueron hombres. La media de edad fue de 58 años (+/-11). La mediana de estadía de UCI y CDVMR fue de 43 (32-54,7) y 59 (40,4-89,5), respectivamente. La totalidad de los pacientes egresaron desvinculados de la VM y el 88,8% lograron decanularse antes del alta. Del total de llamadas, el 64,5% de pacientes reportaron problemas en, al menos, un dominio del EQ5D. La mediana de EQ5D-index fue de 0,964 (0,140-1) y la mediana del VAS-index fue de 80 (70-90). Todos los dominios del EQ5D se encontraban por debajo de los valores de referencia para la población argentina ($p < 0,001$). La mediana del índice de Barthel fue 100 (6-100). La fragilidad pre-UCI y al llamado de seguimiento no tuvo diferencia significativa [p .634; pre UCI: 3 (2-4), al llamado 3 (2-4)]. El 33% debió concurrir a la guardia, el 15% requirió estar internado, al menos, una vez. El 9,7% aún necesita de cuidador. De los 203 llamados, el 53,4% pudo volver a su mismo trabajo previo a UCI, el 13,4% no pudo volver a su trabajo, el 11,3% solo pudo trabajar en una labor de menor carga y remuneración, 1% obtuvo trabajo en una labor de mayor carga y remuneración. 18,4% eran jubilados. Eran desocupados y continúan siendo el 1,5% y el 1% obtuvo certificado de discapacidad. Con respecto a su estado pre UCI el 65,5% de los pacientes respondieron que lograron recuperar su peso, el 33,5% manifestó tener cambios en el humor y el 45,3% se sentía débil. **Conclusiones:** Hemos observado una baja mortalidad en el seguimiento luego del alta de los CDVMR de pacientes que cursaron su etapa aguda de COVID en UCI, con requerimientos de ventilación mecánica prolongada y traqueostomía. Esta sobrevida se acompañó de una buena recuperación en su calidad de vida y funcionalidad y sin cambios en la fragilidad. A pesar de esta recuperación solo la mitad pudo regresar a su puesto de trabajo

ID#285

TOMOGRAFÍA DE IMPEDANCIA ELÉCTRICA DURANTE LA TEST DE APNEA: CPAP VS DESCONEXIÓN TOTAL DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REPORTE DE CASO

Autores: Ignacio Fernández¹ | *Leiniker Navarro Rey*¹ | Julieta González Anaya¹ | Emilio Steimberg¹ | Juan Martín Nuñez¹ | Nicolás Ciarrocchi¹ | Carlos Videla¹ | Micaela Hornos¹ | Indalecio Carboni Bisso¹ | Marcos Las Heras¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumología crítica

Resumen: Introducción: El test de apnea (TA) es una práctica común en el diagnóstico de muerte cerebral. Consiste en desconectar al paciente de la ventilación mecánica para demostrar la ausencia del drive respiratorio. Dado que esta maniobra puede inducir colapso pulmonar e hipoxemia, su realización en posibles donantes de pulmón es controvertida. Se ha demostrado que realizar la TA en modo CPAP mejora la oxigenación, pero su impacto en los volúmenes pulmonares sigue siendo incierto. Describimos un caso clínico donde se utilizó la Tomografía de Impedancia Eléctrica (TIE) para monitorear los volúmenes pulmonares durante el TA. **Objetivos:** El objetivo del estudio fue comparar los efectos de la impedancia pulmonar al final de la espiración (EELI) y la variación tidal (Vt) durante el TA en modo CPAP vs desconexión de la ventilación mecánica. **Métodos:** Reporte de caso. Se utilizó el equipo de TIE Pulmovista 500 para monitorear

la variación de la impedancia pulmonar. Resultados: Antes del TA, se implementó una estrategia ventilatoria con un volumen tidal de 8 ml/kg, PEEP de 10 cmH₂O y una frecuencia respiratoria necesaria para obtener una PCO₂ de 40 mmHg (+/- 2). El TA en modo CPAP (TAcap) se realizó con PEEP de 10 cmH₂O y FIO₂ de 1, y tuvo una duración de 10 minutos. El TIE mostró una variación tidal y EELI de acuerdo con el VT y PEEP establecidos durante el período previo a la TAcap. Una vez iniciado el TAcap, se documentó la ausencia de la impedancia tidal, evidenciando la ausencia de movimientos ventilatorios. El EELI se mantuvo sin cambios. Cuando se realizó el TA con desconexión total de la VM, la variación de la impedancia tidal cesó y los valores de EELI se acercaron a 0. Posteriormente, se realizó una maniobra de reclutamiento alveolar, obteniendo valores de EELI más altos que los iniciales. Conclusión: El uso de TIE en este paciente demostró el beneficio de realizar el TAcap, al prevenir el colapso pulmonar generado durante la desconexión total de la VM. La TIE también nos permitió documentar la ausencia de variación tidal durante ambos procedimientos

ID#286

IMPACTO DE LA HUMIDIFICACIÓN PASIVA Y SU COMPENSACIÓN EN LA VENTILACIÓN Y ESPACIO ALVEOLAR. SERIE DE CASOS

Autores: Ignacio Fernández¹ | Julieta González Anaya¹ | Leiniker Navarro Rey¹ | Emilio Steimberg¹ | Lucas Bujan¹ | Gerardo Tusman¹ | Indalecio Carboni Bisso¹ | Marcos Las Heras¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumología crítica

Resumen: Introducción: La humidificación pasiva en pacientes en ventilación mecánica invasiva (VMI) tiene como objetivo otorgar un gas con una temperatura y humedad relativa de forma similar al generado durante la respiración normal. Esto implica la utilización sistemas de humidificación (HME) que aumenta el espacio muerto (VD) instrumental, el cual podría generar hipoventilación alveolar. La compensación con volumen o frecuencia respiratoria (FR) del mismo es controversial. Método: Serie de casos de 5 pacientes. Se realizaron mediciones de capnografía volumétrica (Vcap), mecánica ventilatoria y gasometría arterial en pacientes en VMI y sedación profunda. Se realizaron mediciones en 4 escenarios: Sin HME, con HME, compensado el VD con volumen, y compensación con FR. Resultado: La utilización de HME (50 ml de VD instrumental) produjo una disminución del volumen tidal alveolar (VTalv) de 49,5 ml, secundario a un aumento de 34,6 ml del VD de la vía aérea (VDaw). Esto se tradujo en disminución del 8,6% de la eliminación de CO₂ (VCO₂min) y aumento de la PCO₂ arterial (2,62 mmhg), evidenciando hipoventilación alveolar. Al compensar el VD instrumental con volumen y frecuencia se tradujo en aumento del VTalv (55,1 y 29,5 ml respectivamente), VCO₂min (12,8 y 17,5% respectivamente) y disminución de la PCO₂ (2,3 y 1,1 mmhg respectivamente) como consecuencia de aumento de la ventilación alveolar, sin cambios relevantes en el VDaw. La PO₂ disminuyó 4,76 mmhg al colocar el HME, mientras que el aumentar el VT y FR aumentó 5 y 10,8 mmhg la misma. La estrategia de compensar el VD instrumental con VT aumentó 0,64 puntos el deltaP y 1,3 el mechanical power (MP), mientras que el incremento de la FR aumentó 0,52 puntos el DP y aumentó 1,4 el MP. Conclusión: La utilización de HME pasivo se traduce en una hipoventilación alveolar a expensas de aumento del espacio muerto instrumental, sin impacto relevante en la PCO₂ y PO₂ arterial. Su compensación con volumen o FR se asocia a un leve aumento del delta P y MP.

ID#306

IMPACTO DEL USO DE PROTOCOLO Y ESCALAS DE SEDOANALGESIA PARA SU ADMINISTRACIÓN EN LOS OUTCOMES DE PACIENTES COVID-19 CON VENTILACION MECANICA INVASIVA

Autores: Delina Barrientos | Alex Tamayo¹ | Soledad Jerez² | Darwin Romero³ | Leydi Montaño⁴ | Walter Videtta² | Hugo Collazos² | Noemi Montaño² | Sergio Quintana² | Fabricio Arancibia² | Jimena Cardozo²

Filiación: ¹ HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO ² HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO ³ HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO ⁴ HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Neumología crítica

Resumen: Introducción: Durante la pandemia por COVID-19, los pacientes con requerimiento de ventilación mecánica recibían mayores dosis de sedación y analgesia que en otra neumonías virales incluida la H1N1 y las de origen bacteriano cursando SDRA y con una limitada información sobre este coronavirus y su manejo. El objetivo de este estudio es determinar la variación de los requerimientos de uso de sedación y analgesia en pacientes críticos con y sin COVID-19 en ventilación mecánica invasiva (VMI) por insuficiencia respiratoria grave. Material y Métodos. Estudio de cohorte retrospectivo, con población solo pacientes en AVM > 24 horas (n: 30; 20,7%), Obito 20866,7%), mayor de 18 años, y consentimiento aprobado por el Comité de Ética, Docencia e Investigación del H.M. Eva Perón de Merlo entre el 2/7/2020 a 12/11/2020 (133 días) Se comparó las dosis acumuladas y dosis diarias ajustada por peso de fármacos sedantes y analgésicos utilizados (fentanilo, midazolam, propofol y dexmedetomidina), así como los eventos adversos relacionados con el uso de propofol, desenlaces clínicos (estadía hospitalaria, delirium, días de VMI y días UCI) y factores asociados al requerimiento de sedación profunda, en ambos grupos de pacientes. La muestra de estudio consistió en 145 pacientes con COVID-19 y 74 pacientes para el grupo sin COVID-19. Resultados: Las características demográficas de los pacientes fueron similares en cuanto a edad y sexo, y tenían diferencias significativas en cuanto al peso y al porcentaje de obesidad (media de 29,32). APACHE: 32 (Media), SOFA: 6,4 (Media), días de AVM 10, días de UTI 14,5. Se evidenció una mayor proporción de uso de midazolam en pacientes ventilados por COVID-19, fármaco asociado a mayor producción de delirium. Para lograr niveles similares de sedación, los pacientes con COVID-19 requirieron dosis acumuladas de fentanilo significativamente mayores (935,42 mcg/kg; rango intercuartílico [RIC] 486,51-1302,36), en comparación con el grupo sin COVID (210,66 mcg/kg [101,57-328,10]) (p <0,001). Los pacientes con COVID-19 también recibieron dosis acumuladas ajustada por peso significativamente mayores de midazolam que los pacientes sin COVID (144,96 mg/kg [51,67-2668,28 vs 20,16 mg/kg [9,42-45,77]) (p <0,001), respectivamente. En las dosis diarias programadas en BIC, se observó mayores requerimientos para propofol y fentanilo los días 5 y 8. Propofol requirió ser reemplazado debido a efectos adversos como hipertrigliciridemia en mayor proporción en pacientes COVID-19 que en aquellos sin COVID-19. Los pacientes COVID-19 presentaron más días de VMI y UTI, y mayor incidencia de delirium e infecciones asociadas al cuidado de la salud. Discusión: Utilizamos las Guías PADIS 2018 y el Bundle ABCDEF, aunque algo restringidas las 2 últimas al inicio de la Pandemia, se resumió el concepto eCASH como paradigma propuesto por Vincet et al, se separaron las escalas para analgesia Multimodal (CIPOT) y Sedación con mínima dosis efectiva (RASS), también se evaluó y trató la presentación del Delirium (CAM ICU) pese a las medidas de Prevención No farmacológicas, y solo disponíamos de Monitoreo Clínico (Mecánica ventilatoria y Disincronías) para titulación de BNM especialmente en paciente en posición Prono (PAFIO₂ < 150 y Drive Pressure >15 y demás metas del ARDS NETWORK. Conclusiones: La utilización de sedantes y analgésicos resultó mayor en pacientes críticos con infección por COVID-19 en comparación con pacientes con otras causas de insuficiencia respiratoria. Este hallazgo puede ser importante para la planificación de recursos en la actual y en eventuales futuras pandemias. Se requieren más estudios para explorar los mecanismos subyacentes para los requisitos sedantes y analgésicos potencialmente más altos en esta población de pacientes con neumonía por este virus pandémico.

ONCOLOGÍA

ID#40

PARAGANGLIOMA MADIASTINAL: LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE UN TUMOR INFRECUENTE

Autores: *Marcella Perri*¹ | Fernando Di Tullio¹ | Martín Bosio¹ | Alejandro Salvado¹ | Belen Ginetti¹ | Julieta Franzoy¹ | Gustavo Lyons¹ | Soledad Olivera López¹ | Agustín Buelo¹

Filiación: ¹ Hospital Británico

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: Los paragangliomas son tumores raros de origen neuroendócrino, ubicados fuera de la glándula suprarrenal. Pueden ser no funcionantes o pueden secretar catecolaminas. Por ser tumores muy vascularizados representan un desafío en su resección quirúrgica. Su ubicación en el mediastino es aún menos frecuente. Presentamos un caso de paraganglioma localizado en el mediastino medio. Caso Clínico: Paciente mujer de 76 años y antecedente de hipertensión arterial. Derivada por el hallazgo de en tomografía (TC) con contraste endovenoso. Se describió una masa sólida y heterogénea de 5 x 4 x 6 cm de bordes definidos e hipervascularizada localizada en mediastino medio. Presentaba íntimo contacto a la pared posterior de la vena cava superior y de la aorta ascendente, cayado y el margen superior a la rama derecha de la arteria pulmonar. Desplazaba a la vena cava superior y vena ácigos hacia lateral y a la tráquea y carina hacia posterior. Presentaba múltiples vasos tortuosos provenientes de la vena cava, arteria pulmonar, aorta, pericardiográficas y un vaso que se comunicaba con la aurícula izquierda. Por sospecha de paraganglioma se realizó tomografía con emisión de positrones (PET-TC) con galio que informa formación de partes blandas de 69 mm con intenso realce heterogéneo, standardized uptake value (S.U.V) 29,9, sin otra localización. La medición de catecolaminas, estaban dentro de los valores de referencia, por lo que el tumor no era funcionante. Se procedió a resección por toracotomía esternal por cirugía de tórax en conjunto con cirugía cardiovascular previo bloqueo alfa adrenérgico con doxazosina. La paciente evolucionó con shock hipovolémico secundario a sangrado abundante que requirió soporte transfusional. En la anatomía patológica se informó proliferación neoplásica compatible con paraganglioma, con inmunomarcación positiva para cromogranina, sinaptofisina, S10, ki-67 de 2-3%. Discusión y Conclusión: Los paragangliomas tumores infrecuentes, de origen neuroendócrino derivados de células de la cresta neural en ganglios simpáticos o parasimpáticos. Pueden ser funcionales al sintetizar y liberar catecolaminas, continuas o paroxístico produciendo hipertensión arterial, taquicardia, cefaleas y episodios de sudoración, sin embargo, en más de la mitad de los casos son no funcionantes y los síntomas son secundarios a compresión de estructuras vecinas o son diagnosticados en forma asintomática como hallazgo en estudios de imágenes. El 1-2% se localizan en el mediastino, derivados de los ganglios simpáticos paraarótricos y paravertebrales y componen menos de 0,3% de todos los tumores mediastínicos. Se manifiestan entre 30 y 60 años con predominio en mujeres. En la tomografía se describen como lesiones vascularizadas, heterogéneas, con áreas de degeneración quística, hemorragia y necrosis que realzan con contraste y en general se localizan en la bifurcación de los grandes vasos. El PET-TC con 68Ga-somatostatina ayuda al diagnóstico ya que los tumores son hipercaptantes por su sobreexpresión de receptores de somatostatina. La clasificación entre lesiones benignas y malignas se basa por la presencia de metástasis a distancia y no por sus características anatomopatológicas por lo cual el seguimiento a largo plazo es esencial. La recurrencia es de aproximadamente de 15% y las metástasis se dan en el 26,6%. El único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica. Como conclusión, el conocimiento de las características tomográficas del tumor permitió orientar al diagnóstico.

ID#41

CARACTERÍSTICAS DE CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES AGRUPADOS POR SEXO Y GÉNERO

Autores: *Glenda Ernst*¹ | Agustín Buelo¹ | Rodolfo Auvieux¹ | Alejandro Salvado¹

Filiación: ¹ Hospital Británico

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: El cáncer de pulmón es uno de los más frecuentes en todo el mundo y el tercero en Argentina. Se han informado diferencias específicas por sexo. Las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar adenocarcinoma que carcinoma de células escamosas, mientras que, en los hombres, el carcinoma de células escamosas es el subtipo más frecuente. También se ha demostrado que, en las mujeres, en comparación con los hombres, presentan un mayor riesgo a menor carga tabáquica y que la edad al diagnóstico es menor. El objetivo de este estudio es describir las características de pacientes con cáncer de pulmón, agrupados por sexo. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con más de 18 años, sometidos a cirugía de resección pulmonar, lobectomía, en el Hospital Británico de Buenos Aires correspondientes al período 2016-2022. Este estudio cuenta con la autorización del Comité de revisión institucional. Los pacientes fueron agrupados por sexo y género. Se describieron las características continuas como media y desvío estándar y las cualitativas como porcentaje. Se utilizaron T test y Test de Fisher. Resultados: Se incluyeron 52 mujeres y 59 hombres. No se observaron diferencias en la edad de diagnóstico (61,9±8,8 vs 63,7±9,8 años; p:0,3 respectivamente). Un 15,4% (n:8) de las mujeres no eran tabaquistas y un 6,7% (n:4) de los hombres tampoco; p:0,22. Tampoco se observaron diferencias respecto de la carga tabáquica (44,7±27,6 vs 43,1±22,9 pack/years; p: 0,8 respectivamente). En las mujeres se observó mayor proporción de adenocarcinomas respecto de los tumores escamosos (29/1) en mujeres que en hombres (37/7), p:0,13. Discusión: En esta serie de pacientes, las distribuciones de los fenotipos histológicos agrupados por sexo son similar a las reportadas por la literatura. Sin embargo, no se observaron diferencias en la edad del diagnóstico ni en la edad de diagnóstico.

ID#92

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

Autores: *Eugenia Bertino*¹ | Matías Scafati¹ | Hernán Basilo Vigil¹ | Cecilia Besada¹ | Gustavo Canteros¹ | Ramiro Rojas¹ | Gerardo Vilas¹ | Mariana Cameno¹ | Graciela Faccioli¹

Filiación: Hospital Tornú

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Oncología

Resumen: , Introducción: El mesotelioma pleural maligno es una neoplasia rara y agresiva originada en las células mesoteliales. Corresponde al 80% de todos los mesoteliomas malignos. Se asocia generalmente con la exposición a asbesto, es localmente invasivo y se disemina a lo largo de la pleura generando metástasis loco-regionales. Caso Clínico: Paciente de 70 años oriundo de Bolivia, con antecedentes de exposición a polución de minas de zeolita entre los 23 y 35 años, colecistitis crónica litiasica, covid-19 leve en marzo 2021. Refiere comenzar 2 semanas previas a la consulta con disnea de esfuerzo y dolor torácico, fue evaluado en un Centro médico en Cochabamba, Bolivia, donde se indicó tratamiento antibiótico. Por persistir con disnea y dolor torácico izquierdo decide viajar a Argentina y concurrir a nuestro hospital. A su ingreso presentaba buena mecánica ventilatoria, murmullo vesicular abolido en campo inferior izquierdo, dolor pleurítico izquierdo de intensidad 6/10, saturando 92% (0.21). Tomografía de tórax con hidroneumotórax izquierdo y atelectasia pasiva. Se realiza toracocentesis con resultado de exudado no complicado, ADA de 27,8, fibrobroncoscopia sin lesiones, BAL con BAAR, micológico y citológico negativos. Cirugía de tórax realiza biopsia pleural por videotoracoscopia resultando un mesotelioma epitelioide con patrón predominantemente sólido (WT1 positivo, Calretinina positivo, CK5/6 positiva focal, TTF-1 negativo, CEA negativo). Evolucionó favorablemente con re expansión pulmonar y se deriva a Oncología para tratamiento. Discusión: El mesotelioma maligno rara vez se presenta con neumotórax espontáneo. Según la literatura esta forma de presentación es anecdótica. El mecanismo del neumotórax en el mesotelioma pleural maligno, con o sin derrame pleural, no está claro, pero se sugiere que puede ser causado por la ruptura de nódulos tumorales necróticos. El mesotelioma es un cáncer poco frecuente. Se asocia en un 80% a exposición previa al asbesto. La latencia para desarrollar esta neoplasia desde la exposición

es de 25 a 30 años. La incidencia va de 2 a 13 casos por millón de habitantes, más frecuente en hombres 5:1. La edad promedio de presentación es entre los 60 y 64 años. Puede producir nódulos, masas, derrame y engrosamiento pleural unilateral, además de invasión pulmonar. La sobrevida es de 4 a 18 meses. Conclusión: El neumotórax espontáneo es una posible presentación para pacientes con mesotelioma pleural maligno, aunque poco frecuente. Se debe sospechar en pacientes mayores con exposición ambiental. El examen histopatológico pleural es la principal herramienta para arribar al diagnóstico.

ID#98

TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES PRIMARIO DE MEDIAS-TINO. REPORTE DE CASO

Autores: Susana Mamani González¹ | Matías Scafati¹ | Hernán Basilo Vigil¹ | Cecilia Besada¹ | Gustavo Canteros¹ | Ramiro Rojas¹ | Gerardo Vilas¹ | Mariana Cameno¹ | Graciela Faccioli¹

Filiación: Hospital Enrique Tornú

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: Los tumores de células germinales son un grupo de neoplasias que suelen surgir en las gónadas. Son los tumores más frecuentemente diagnosticados en adolescentes y adultos jóvenes. Los mismos se localizan muy raramente fuera de las gónadas, principalmente en el retroperitoneo y en otras localizaciones como el mediastino anterior, la glándula pineal o el cóccix. Los tumores primarios de células germinales de mediastino representan el 15 % de los cánceres de mediastino anterior en adultos. Caso Clínico: Paciente de 30 años que comienza 2 meses previos con pérdida de peso de 10 kg asociado a disnea de esfuerzo, y por agregarse edema facial y en ambos miembros superiores consulta en nuestro hospital. Se diagnostica síndrome de vena cava superior, se realiza tomografía de tórax que evidencia voluminosa masa mediastinal anterior que envuelve la arteria pulmonar derecha y su rama lobar superior. En FBC se observa compresión extrínseca con mucosa hipervascularizada sobre la pared posterior de la tráquea y el bronquio fuente derecho que genera reducción de la luz en un 50%. LDH 1515 subunidad beta HCG 148 alfafetoproteína 1.4. Se realiza punción de masa mediastínica guiada bajo tomografía cuyo resultado histopatológico resulta un tumor germinal con extensa necrosis. La ecografía testicular no reveló lesiones. Se deriva a oncología e inicia tratamiento quimioterápico con cisplatino, etopósido y bleomicina. Discusión y conclusión: Los tumores de células germinales extragonadales son un grupo de neoplasias que derivan de células germinales primitivas que fallaron en la migración hacia las gónadas durante el desarrollo embrionario, representan el 1-2.5% de los tumores de células germinales, siendo el mediastino la segunda localización en frecuencia, luego del retroperitoneo. A nivel de mediastino anterior representan el 15% de los tumores en adultos. El diagnóstico diferencial incluye la consideración de otros tumores de mediastino anterior, principalmente linfomas y timoma.

ID#118

LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS CON COMPROMISO PLEURAL: UN CASO CLÍNICO INFRECUENTE

Autores: Silvia Quadrelli¹ | Marcela Heres¹ | Agustín Patrone¹

Filiación: ¹ Sanatorio Güemes

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: La leucemia de células plasmáticas es una forma infrecuente de Linfoma B. La edad media de aparición es 65 años y entre sus manifestaciones se encuentran el derrame pleural y placas pleurales, que pueden presentarse en un 6% y 3% respectivamente. Esta entidad presenta mal pronóstico y una sobrevida entre 12 a 46 meses. Caso clínico: Paciente varón de 45 años, tabaquista de 15 paquetes/año, consulta por dolor lumbar crónico. En estudios complementarios se observa anemia con macrocitos asociado a plaquetopenia e hipercalemia (Calcio total 11.74 mg-dl, Hto 28%, Hb 10.1 g-dl, plaquetas 64000 u/mL). Se diagnostica Leucemia de células plasmáticas por PAMO y citometría de flujo de sangre periférica con resultado citogenético de 56,2% y 51,9% de células plasmáticas respectivamente. Realiza tratamiento con pamidronato, pulso de corticoides e inicia quimioterapia con bortezomib,

lenalidomida y dexametasona. Evolucionan con disnea y dolor pleurítico. Se realiza TC tórax donde se evidencian lesiones líticas en arcos costales y derrame pleural con engrosamiento pleural bilateral. Se realiza toracocentesis, se obtiene líquido hemático con criterios para exudado, sin recuento celular por estar coagulado. Se realiza fibrobroncoscopia solicitando ag para aspergillus y se inicia piperacilina-tazobactam y voriconazol de manera empírica, por indicación de infectología. Evolucionan con fiebre y leucocitosis. Se repite TC de tórax donde se observan nuevas áreas de vidrio esmerilado periférico, aleatorio, bilateral y nódulo en LID 16 x 10 mm. Se reciben cultivos de BAL siendo negativo para ag aspergillus y se aísla Moraxella Catarrhalis. Se suspende voriconazol. Se recibe Citometría de flujo líquido pleural: infiltración por células plasmáticas (96%) con fenotipo de proliferación clonal de tipo mielomatosa. Cultivo negativo. Se concluye derrame pleural por patología de base y neumonía intrahospitalaria por Moraxella catarrhalis. Discusión y conclusiones: Se arriba al diagnóstico por presentar células plasmáticas clonales de MO >10% y eventos definitorios de mieloma: daño en órganos diana por trastorno proliferativo (hipercalcemia, anemia, lesiones osteolíticas evidenciada en imágenes) y >5% de células plasmáticas clonales en sangre periférica. El origen mielomatoso del derrame pleural se estableció por presentar células plasmáticas en el examen citológico. Presentamos un varón joven con leucemia de células plasmáticas que presentó tempranamente derrame pleural y placas pleurales por infiltración mielomatosa. Su aparición es un hallazgo poco común que debe tenerse en cuenta por su mal pronóstico y resistencia a las terapias convencionales. En contexto de un paciente inmunodeprimido los diagnósticos más probables son los de origen infeccioso, y se utilizan antibióticos de manera empírica. No obstante, estos fármacos no están exentos de efectos adversos y un diagnóstico oportuno permite evitar morbilidad al paciente. El trabajo interdisciplinario permitió realizar un diagnóstico preciso y ajustar el tratamiento de manera oportuna

ID#183

MASAS PULMONARES, PRESENTACIÓN TARDÍA DE UN CÁNCER DE ENDOMETRIO

Autores: Micaela Godoy Bader¹ | Pablo Simkin¹ | Diego Litewka¹ | Eliana Calegari¹ | Camila Zalazar Khairallah¹

Filiación: ¹ Hospital Juan A. Fernández

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: El cáncer endometrial representa el tumor ginecológico más prevalente. La mayoría son mujeres postmenopáusicas entre 50-65 años. Se relaciona con exposición estrogénica, obesidad, nuliparidad, menopausia tardía, HTA, DBT e hiperplasia adenomatosa atípica. La baja mortalidad se debe a manifestaciones clínicas precoces (80% metrorragias) y la mayoría logran la curación con una terapia combinada (cirugía-radioterapia) La diseminación ocurre a través de vía linfática, a ganglios pélvicos y paraaórticos. Menos frecuente es la diseminación hemática a pulmones, hígado, hueso y cerebro. Caso Clínico: Mujer 61 años, no tabaquista, asmática con antecedente de cáncer de endometrio bien diferenciado (FIGO IB) en el 2013, con histerectomía y anexectomía derecha. Recibió 4 ciclos de braquiterapia ginecológica con buena respuesta. Acude al Servicio derivada de Clínica Médica por tos crónica. La misma es seca sin predominio temporal, de 2 años de evolución, disnea mMRC I, niega síntomas constitucionales. Adjunta 2 tomografías. TAC TX 2021 Formaciones sólidas en LSD, LID y LII. Realzan con contraste EV. La de mayor tamaño en segmento superior del LII, diámetro de 55 mm. Otra de similares características en segmento apical del LSD. Imagen nodular de 4 mm en segmento superior del LID. TAC TX 2023 Estudio comparativo. Marcado incremento de la lesión del LSD 14 x 10 cm y de la región anterior del LII 61 x 53 mm. Dada las características imagenológicas se realiza FBC con biopsia directa en el LSD. Anatomía patológica: MTS de Adenocarcinoma de endometrio. Dados los antecedentes oncológicos, imágenes pulmonares y EFR normal (FVC 2.27 98% FEV1 1.75 84% REL 77) se plantea caso en comité de tumores y se decide lobectomía superior derecha y en segundo tiempo lobectomía inferior izquierda para mantener a la paciente libre de enfermedad ya que sus

controles ginecológicos no muestran recidiva tumoral. discusión y conclusiones: El caso que hemos descrito presenta un interés especial, por lo llamativo del comportamiento evolutivo del tumor primario. El pronóstico va ligado a la estadificación del tumor, de forma que estadios iniciales (en este caso IB) tienen índices de supervivencia del 80-90%. Las recidivas en carcinomas de endometrio de bajo riesgo son excepcionales, observándose el 80% en los 2 primeros años de completar el tratamiento. El hecho de detectar 8 años después masas pulmonares nos planteaba una primera opción diagnóstica diferente a la encontrada. El intervalo libre de enfermedad era lo suficientemente largo, como para pensar en una recaída a distancia, a pesar de ser el pulmón uno de los lugares de asiento de diseminación hematológica del cáncer de endometrio. Las recidivas locales o las MTS a distancia se producen en la mayoría de los casos en los primeros 2 años postratamiento. Las MTS pulmonares pueden ser únicas o múltiples, uni o bilaterales. El diagnóstico en ocasiones es por sospecha clínica y en otras mediante control imagenológico. La supervivencia es menor cuando son bilaterales y se tratan mediante exéresis quirúrgica

ID#211

SCREENING DE CÁNCER DE PULMÓN CON TOMOGRAFÍA DE TÓRAX DE BAJA DOSIS MEDIANTE SISTEMA LUNG RADS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Autores: Cecilia Cervantes Michel¹ | Viviana Moyano¹ | María Elisa Uribe Echevarría¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Córdoba

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: En 2011 la publicación del National Lung Screening Trial (NLST) estableció que la tomografía de tórax de baja dosis (TCBD) es el método de elección para el screening de cáncer de pulmón en pacientes de alto riesgo. El Colegio Americano de Radiología desarrolló un sistema de clasificación de nódulos pulmonares observados en TCBD: Lung-RADS. Objetivos: Describir características de los pacientes incluidos en el programa de screening de cáncer de pulmón en el Servicio de Neumología del Hospital Italiano de Córdoba y los hallazgos tomográficos mediante el sistema de clasificación Lung-RADS. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. Criterios de inclusión: pacientes de entre 55 y 80 años de edad, ambos sexos, tabaquistas de 20 o más paq/año o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, sin síntomas respiratorios que pudieran hacer sospechar de enfermedad neoplásica actual. Pacientes que no tengan otra comorbilidad asociada que aumente el riesgo de mortalidad por otras causas. Pacientes que tengan acceso por cobertura médica que permita continuidad en los seguimientos. Criterios de exclusión: aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión. Pacientes con antecedente de enfermedad neoplásica previa conocida. Se utilizó tomógrafo TCMD 16 canales, General Electric®, modelo Brivo CT385, con técnica de baja dosis (CTDI vol <3mGy). Reporte realizado en base a Lung CT Screening Reporting and Data System (Lung-RADS) Versión 1.1. (ver figura 1). Las TCBD e informes se realizaron en el mismo centro. Se comenzó seguimiento tomográfico desde marzo del 2019 y se realiza primer corte para análisis de datos en marzo del 2023. Las variables incluyen: sexo y edad (años), situación tabáquica, carga tabáquica (índice paq/año), grado de obstrucción bronquial (VEF1), hallazgos tomográficos y características de nódulos pulmonares según sistema de clasificación Lung-RADS. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias relativas y absolutas, media y desvío estándar. El valor $P < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Resultados: Se incluyeron 153 pacientes: 73 (47,7%) son del sexo masculino y 80 (52,3%) del sexo femenino. La edad media es de 69 años; 102 (66,7%) son ex tabaquistas y 51 (33,3%) tabaquistas con una media de índice paq/año de 47. Media de VEF1 de 72,4%. Cuando se analizaron las imágenes de tórax: 104 (74,5%) tienen enfisema y 39 (25,5%) no. Otros hallazgos: reticulación subpleural, bronquiectasias, bronquioloectasias y en 1 paciente reticulación subpleural y panalización. Se clasificó a los pacientes según las categorías Lung-RADS, para la primera TCBD: 108 pacientes grupo 1 (70,6%), 25 pacientes grupo 2 (16,3%), 14 pacientes

grupo 3 (9,2%), 4 pacientes grupo 4A (2,6%), 1 paciente grupo 4B (0,7%) y 1 paciente grupo 4X (0,7%). Para la TCBD del primer control fueron 109 pacientes grupo 1 (71,2%), 27 pacientes grupo 2 (17,6%), 8 pacientes grupo 3 (5,2%), 4 pacientes grupo 4A (2,6%), 3 pacientes grupo 4B (2%) y 2 pacientes grupo 4X (1,3%). Se analizó la evolución de las imágenes: 129 pacientes (84,3%) se mantuvieron en su categoría inicial, 11 mostraron retroceso (7,2%) y 13 un empeoramiento (8,5%). Esto fue más notorio para los grupos Lung-RADS 3 y 4, quienes tienen mayor proporción de deterioro en su evolución y la relación en las variables es estadísticamente significativa y presentan 5,21 veces más probabilidad de empeorar en comparación con los grupos 1 y 2 (IC95%:1,5-18,0). Los grupos 4 presentan en promedio 178,75 veces más de probabilidad de empeorar que los otros grupos (IC95%:16,78-1904,13). Las conductas adoptadas: categorías 4A, 4B y 4X se propuso biopsia de los cuales 6 pacientes aceptaron, 1 paciente se negó a dicho procedimiento (categoría 4B) y 2 pacientes (categorías 4A y 4B) por alto riesgo de complicación al procedimiento se les solicitó PET-TC siendo negativos en ambos. Los resultados de anatomía patológica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado (categoría 4A), reacción inflamatoria inespecífica (categoría 4B), linfocitosis reactiva (categoría 4X), adenocarcinoma en 2 pacientes (categoría 4X) y epidermoide moderadamente queratinizado invasor (categoría 4B). Se analizaron las variables de edad, índice paq/año y VEF1 para cada uno de los grupos: Los pacientes Lung-RADS 1 y 2 presentan menor edad e índice paq/año promedio que los grupos 3 y 4, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa, pero presentan un promedio de VEF1 mayor y esta diferencia sí es estadísticamente significativa. Discusión: El hallazgo de nódulos pulmonares en la TCBD representa un motivo de consulta frecuente en la práctica diaria y la forma en que se controla su evolución no había sido estandarizada y existían diferencias entre las distintas sociedades, hasta la introducción del sistema de categorización Lung-RADS. Esto nos permite optimizar los recursos materiales y humanos. En nuestro caso, se nos presentó como problema la falta de continuidad en los seguimientos, ya sea por decisión propia del paciente o por falta de cobertura médica. Es de amplio conocimiento que la pandemia por SARS COV2 retrasó las consultas y esto trajo aparejado que se retrasaran los controles. Como aspecto a destacar la correlación entre probabilidad de malignidad y resultados obtenidos en la anatomía patológica, nos permitió conductas y decisiones terapéuticas oportunas. Conclusión: La utilización de TCBD así como el sistema Lung-RADS como herramientas para la detección de cáncer de pulmón, han demostrado ser útiles en la práctica médica y esto nos permite tomar conductas diagnósticas y terapéuticas oportunas.

ID#230

GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE PULMONAR GRADO 3 Y MIOSITIS INFLAMATORIA, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Verónica Nataly Flores Maldonado¹ | Romina Fernández¹ | Pablo Szwarcstein¹ | Vanesa Oreskovic²

Filiación: ¹ Unidad Neumotisiología Htal Jm Ramos Mejia Caba Centro Universitario Neumología ² Sanatorio Anchorena Itoiz, Avellaneda. Servicio de Medicina Interna

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: La granulomatosis linfomatoide es un proceso linfoproliferativo angiocéntrico y angiodestructivo poco frecuente que afecta principalmente regiones extranodales. Se presenta el caso de un paciente que consulta por sintomatología muscular y nódulo pulmonar al que se le diagnostica esta patología. Caso clínico: Paciente masculino de 50 años que consulta por cuadro de polimialgias a predominio en miembros inferiores que luego se generaliza. Examen físico: movilidad limitada por dolor y disminución de la fuerza de miembros inferiores a predominio proximal con reflejos disminuidos, sin signos de foco neurológico agudo. Refiere cefalea matinal sin ortopnea. Datos positivos del laboratorio: GB 3400 (linfocitos 510) PCR 7.6 VSG 20 LDH 334 CPK 541 y aldolasa neuronal específica 29.3. Se solicita colagenograma, con panel para esclerodermia/miositis: negativos. Se realiza espirometría sentado y acostado, con caída de la CVF con el decúbito del 12% y poligrafía respiratoria que

evidencia caída de la saturación durante la noche, sin eventos obstructivos, por lo que se interpreta debilidad diafragmática. TC de tórax: nodulillos de distribución aleatoria y nódulo dominante en LII de 18 mm. Ante la sospecha de patología neoplásica pulmonar con posible compromiso muscular paraneoplásico, se solicita PET TC: captación del nódulo pulmonar (SUV 4,1) y múltiples grupos musculares bilaterales en forma difusa (SUV 9.6). Se decide realizar biopsia muscular y se inician pulsos de metilprednisolona, con respuesta parcial. Se recibe resultado de biopsia: compatible con miopatía inflamatoria y EMG: signos denervatorios en cuádriceps derecho. Cambios miopáticos asociados a P.U.M neurogénicos crónicos. Se progresa tratamiento a inmunoglobulina (dosis total: 200 gr) y luego continua con azatioprina y descenso de corticoides, lográndose solo mejoría de la debilidad muscular respiratoria. Se realiza VATS con resección segmentaria. La biopsia informa: dos lesiones constituidas por infiltrado linfoide (linfocitos, centroblastos, algunos inmunoblastos y células linfoides atípicas que expresan en forma variable CD20, CD79a, PAX5, MUM1, BCL.2, CD30 y LPM1) que borra la arquitectura, con necrosis extensa y compromiso de vasos de mediano calibre. Por técnica de CISH se detectan >400 células EBER positivas/mm². Diagnóstico: granulomatosis linfomatoide pulmonar grado 3. Discusión y conclusiones: La granulomatosis linfomatoide es un tipo poco frecuente de linfoma de células B grandes, con afectación extranodal casi exclusiva, siendo el pulmón el sitio más frecuente de presentación. El tratamiento oncohematológico permite la resolución del síndrome aunque en algunos casos es necesario realizar tratamiento inmunosupresor. En este caso, la inmunosupresión mejoró la debilidad muscular respiratoria pero no la debilidad en cintura pelviana. Si bien es posible encontrar síndromes paraneoplásicos en esta patología, sólo hay 2 casos reportados de miositis asociada en la literatura

ID#231

TUMOR FIBROSO SOLITARIO MEDIASTÍNICO: UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

Autores: Verónica María Farieri¹ | Fiorella Ibañez Ugozoli¹ | Danilo Crescente Nieri¹ | Nicolás Usedo¹ | Leonardo Ubal¹ | Favio Cesaratto¹ | Marcos Elías¹ | María Eugenia Olmos¹ | Ana María López¹ | Vanesa Abrate¹

Filiación: ¹ Hospital Privado Universitario de Córdoba

Sección: Casos clínicos | Póster | Área: Oncología

Resumen: Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es una rara neoplasia mesenquimatosa de diferenciación fibroblástica. Representa el 3.7% de todos los sarcomas, antiguamente clasificados como hemangiopericitomas. Se estima una incidencia anual de 0,35 por cada 100 000 personas. Usualmente son benignos, presentándose malignidad en un 12 % de los casos. Respecto a la localización, habitualmente es pleural entre un 50 a 70%, mientras que la ubicación mediastinal sólo representa entre el 1 a 8%. En general, se trata de tumores asintomáticos y suelen ser hallazgos incidentales al realizar una radiografía de tórax. Dada su rareza y similitud con otras neoplasias, el diagnóstico definitivo se obtiene mediante el análisis histopatológico e inmunohistoquímico. Presentamos un paciente con TFS gigante maligno en mediastino anterior. Caso Clínico: Femenina de 76 años. Antecedentes: hipertensión arterial, asma bronquial, obesidad grado I (IMC 30.3) e hipotiroidismo, no tabaquista. Consulta por disnea progresiva y ortopnea. TC de tórax 2021: masa de 56 x 66 mm mediastinal anterosuperior de bordes lobulados, sólida y de densidad homogénea. No adenopatías, calcificaciones ni afectación pleural. Reducción pulmonar volumétrica izquierda y elevación del hemidiafragma homolateral. Abril 2023: Resección tumoral, con disección del tronco braquiocéfálico venoso izquierdo, el cual presenta, vaso aberrante que drena el tumor mediastinal. Anatomía patológica: Masa tumoral de 120x105x93 mm, polilobulada. Histología: neoplasia con células fusiformes y ovoideas, con pequeños núcleos que se disponen sobre un estroma hialinizado, con vasculatura delicada, y en partes dilatada, ramificada, similar a asta de ciervo. Abundantes células mitóticas de más de 4 por 10 campos, áreas anaplásicas y sarcomatosas. Biomarcadores: ki67 (40%), inmunohistoquímica: CD34 y STAT6 positivas. Complicaciones postquirúrgicas: broncoespasmo severo con

requerimiento de ARM, weaning dificultoso, atribuible a progresión de la parálisis hemidiafragmática por plejía del nervio frénico diseado al extirpar el tumor. Por este motivo, fue posteriormente necesario el soporte ventilatorio no invasivo (BiPAP). Fallece 2 meses después por sepsis a partir de una infección del tracto urinario. DISCUSIÓN: Destacamos lo inusual de esta presentación por varios hallazgos: en primer lugar, su localización mediastinal, el rápido crecimiento con compromiso frénico, en consecuencia parálisis hemidiafragmática manifestada clínicamente por disnea y ortopnea con necesidad de soporte ventilatorio invasivo en postoperatorio inmediato y posteriormente ventilación no invasiva. Por último, pero no menos importante las características de malignidad confirmada mediante la histología. En conclusión, los TFS son lesiones en general benignas y asintomáticas; sin embargo, como se ha mencionado, su evolución puede ser impredecible, por lo que se recomienda realizar siempre la resección completa y el seguimiento a largo plazo, independientemente de la histología.

D#239

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN INSTITUCIONAL DE UN PROGRAMA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE PULMÓN EN ARGENTINA: RESULTADOS DEL PRIMER CORTE DE TCBD

Autores: María Cecilia Ferrario¹ | Sofía Gambetta Seguí¹ | María Sol Fernández Castillo Odena¹ | Carla Vega¹ | Nicolás Alberini¹ | Alejandro José Videla¹

Filiación: ¹ Hospital Universitario Austral

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Oncología

Resumen: Introducción y objetivo: Tras años de implementación de la tomografía computada de baja dosis (TCBD) para la detección temprana del cáncer de pulmón en regiones como EE.UU. y países de Europa, existe escasa evidencia de su implementación y resultados en nuestro país. Un grupo de profesionales de distintas especialidades de nuestra institución comenzamos en 2020 un proyecto de detección temprana de cáncer de pulmón (DTCP) con TCBD. El objetivo de esta presentación es describir nuestra población y resultados así como también compararlos con la literatura. II. Material y método: Se presentan los resultados del programa de DTCP de nuestra institución durante el periodo comprendido entre septiembre 2020 y agosto 2022. Los pacientes candidatos a ser incluidos en el programa fueron identificados con la utilización de un CPT (current procedural terminology) específico que describe la solicitud de TCBD por parte de los profesionales del Hospital. Los datos anonimizados se cargaron en una base de datos de Google Sheets®. Se analizaron retrospectivamente la demografía y la prevalencia de los estadios acorde a la herramienta Lung CT Screening Reporting & Data System (Lung-RADS®), desarrollada por el Colegio Americano de Radiología (ACR) para estandarizar las recomendaciones de manejo y los informes. Se incluyeron pacientes que cumplieran los criterios de US Preventive Services Task Force (USPSTF): 50 a 80 años de edad, y tabaquismo actual o previo de 20 paquetes/año. En el caso de los ex tabaquistas debían haber suspendido dentro de los últimos 15 años. III. Resultados: En el periodo estudiado se identificaron 176 pacientes con TCBD inicial. La edad promedio fue 61 años, 52% mujeres, 69% tabaquistas actuales, 31% ex-tabaquistas. El ICAT promedio fue de 61 paquetes/año. Se detalla la distribución acorde al estadio Lung-RADS de la TCBD inicial. Categoría N pacientes Porcentaje Lung Rads 15130% Lung Rads 28952% Lung Rads 32012% Lung Rads 4A85% Lung Rads 4B42% Características (n=172) Sexo Femenino 80 (47%) Masculino 90 (52%) Tabaquista TBQ Actual 118 (69%) Ex TBQ 54 (31%) EDAD Promedio 61IV. Discusión y conclusiones: Estos resultados demuestran la factibilidad de un programa de cribado de cáncer pulmonar con TCBD. En nuestra población predominaron las mujeres, población subevaluada en la literatura previa. Resulta crítica la articulación con programas de cesación tabáquica ante la alta frecuencia de tabaquistas activos. En el corte inicial el estadio 2 del Lung Rads fue el más frecuente, con lo que un porcentaje considerable de la población se excluye de seguimiento posterior por tratarse de hallazgo benignos.

ID#255

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO ¿TIENE IMPACTO EN LOS TIEMPOS DE DEMORA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN CÁNCER DE PULMÓN?

Autores: Daniela Noemí Cabral | Yésica Amarilla¹ | Héctor Varas¹ | Ángel Sánchez¹ | Artemio García¹ | Alejandra Benavides¹ | Pablo Companys¹

Filiación: ¹ HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD JUAN DOMINGO PERÓN, FORMOSA

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: El menor tiempo empleado para diagnosticar y tratar el cáncer de pulmón incide en la sobrevida y el bienestar del paciente como en la calidad asistencial. En diciembre 2019 nuestra institución aplicó un cambio de paradigma en la atención con la creación de la Unidad de Tumores Torácicos y el Banco de agujas de Punción, cambiando a un enfoque asistencial multidisciplinario. El objetivo del trabajo es examinar la demora diagnóstica y terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón avanzado, comparando datos de un enfoque asistencial multidisciplinario (EAM) con otro enfoque asistencial unipersonal (EAU) y analizar el comportamiento de variables asociadas al cáncer de pulmón como edad, sexo, tipo histológico y presencia de obra social. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico, descriptivo. Se analizaron 145 historias clínicas de pacientes con cáncer de pulmón seleccionando 41 pacientes que recibieron tratamiento EAU versus 43 pacientes que recibieron EAM. Se midieron los tiempos de demora al diagnóstico (TDD) y al tratamiento (TDT). Se compararon variables en ambos grupos. **Resultados:** Los 41 pacientes tratados con EAU, presentaron una mediana de retraso de 67 días de TDD, 55 días de TDT y total de 122 días (TDD + TDT) vs. el grupo de 43 pacientes EAM, 35 días de TDD, 38 días de TDT y total de 73 días (TDD + TDT). De las variables analizadas se destacan que los tiempos al diagnóstico y terapéutico relacionados al tipo histológico Adenocarcinoma (TDD 77,4 días vs 47,55 días p: 0,04 y TDT 64,53 días vs 38,77 días p: 0,05, total de 141,17 días vs 86,32 días), y para Epidermoide el TDD 69,3 días vs 26 días p: 0,004. No tener obra social retrasaba más aun el tiempo diagnóstico en el enfoque asistencial unipersonal además existió una diferencia estadísticamente significativa (p: 0,003) en pacientes menores de 65 años. **Conclusiones:** La aplicación del enfoque multidisciplinario redujo el TDD en una mediana de 32 días y para el TDT de 17 días. Logrando una disminución total de mediana de tiempos en cáncer de pulmón de 48 días. Estos resultados muestran la efectividad del enfoque multidisciplinario. Las variables analizadas mostraron que una correcta sincronización multidisciplinaria, permite una deflación de los tiempos necesarios para la correcta atención de los pacientes.

ID#259

ADENOCARCINOMA DE PULMÓN DE PRESENTACIÓN NO HABITUAL

Autores: Santiago Beroldi¹ | Nicolás Ballieu² | Osvaldo Peralta²

Filiación: ¹ Instituto Penovi ² Clínica 25 de Mayo

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Oncología

Resumen: El cáncer de pulmón es el tercer cáncer más frecuente, tanto en varones como mujeres, según estadísticas del año 2020, del Instituto Nacional del Cáncer, del Ministerio de Salud de la Nación. Paciente de sexo femenino, de 50 años de edad, no tabaquista, sin antecedentes respiratorios previos, que en el mes de marzo del 2022, concurre al consultorio, por disnea de aproximadamente 30 días de evolución, de rápida evolución, alcanzando la CF III/IV, inicialmente interpretado como secuela de neumonía por COVID-19, la cual había sido confirmada en enero de dicho año. Tras el cuadro clínico y las imágenes tomográficas (áreas parcheadas en vidrio esmerilado, con tendencia a la confluencia y algunos broncogramas aéreos), se realiza estudio funcional respiratorio (FEV1/FVC 82 - FVC 2.01 69% - DLCO 62%), planteándose conducta expectante. A los 3 meses, consulta nuevamente, por persistencia de la disnea. Al examen físico, se constata presencia de rales velcro bibasales y una saturación de 93%

(aire ambiente). Se solicitó TACAR de Tx (mayor extensión de las lesiones parenquimatosas) y EFR (FEV1/FVC 85 - FVC 1.87 64% - DLCO 52%), indicándose Meprednisona 40 mg/día, por 30 días, con empeoramiento de la disnea. Ante la mala evolución, se plantea discusión multidisciplinaria y se decide, inicialmente realizar una FBC (Cultivo negativo para GC y hongos, citología negativa y citometría de flujo donde se observó Macrófagos 35%, Linfocitos 10% y Eosinófilos 3.5%) y posterior biopsia de pulmón. Ante resultado patológico inespecífico, se sugiere realizar consulta con Patóloga especialista en Pulmón, quien finalmente, tras previa derivación de muestra a otro servicio para InmunoHistoquímica (TTF1, Napsina y Keratina positivos), confirma el diagnóstico de Adenocarcinoma de Pulmón infiltrante no mucoscretante, tipo lepidico. Inició tratamiento quimioterápico, tras realización de Biología Molecular del tejido biopsiado, con resultados para K-ras, EGFR y ALK negativos, PDL-1 menor 1%, con un esquema de Cisplatino, Pemetrexed y Pembrolizumab. **Discusión:** Según el consenso de la IASLC/ATS/ERS, la clasificación histológica del Adenocarcinoma, va desde lesiones pre invasivas, mínimamente invasivas e invasivas, cuya manifestación radiológica varía entre lesiones, generalmente periféricas y localizadas en lóbulos superiores, nodulares subsólidas a lesiones sólidas, lo cual difiere completamente con la presentación de la paciente evaluada, reforzando el concepto y la necesidad de contemplar a los pacientes de manera multidisciplinaria.

ID#267

ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EN ADOLESCENTE: UN DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO

Autores: Verónica María Farieri¹ | Juan Rodrigo Stechina¹ | Fiorella Ibañez Ugozzoli¹ | Danilo Crescente Nieri¹ | Nicolás Usedo¹ | Marcos Elías¹ | Leonardo Ubal¹ | Favio Cesaratto¹ | Ana María López¹ | Vanesa Del Valle Abrate¹

Filiación: ¹ Hospital Privado Universitario de Córdoba

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: El adenocarcinoma es el tipo más común de cáncer de pulmón entre la sexta y octava década. El subtipo más infrecuente es el adenocarcinoma mucinoso, entre un 2 a 10%, ya sea in situ, microinvasivo, invasor (IMA) y coloidal. La presentación clínica e imagenológica es variable e inespecífica como: pequeño nódulo solitario, nódulos, patrón miliar extenso o parches de vidrio esmerilado difusos, similares en apariencia a procesos infecciosos especialmente en pacientes más jóvenes. Debido a estas características, a menudo se le llama "enmascarador", el diagnóstico diferencial incluye neumonía infecciosa, lipoidea u organizada, sarcoidosis, linfoma y proteinosis alveolar. **Caso clínico:** Femenina 17 años, sana previa. Infección por SARS-CoV2 en 2022, persiste con tos seca. Derivada por hiperreactividad bronquial. Laboratorio normal, TC de tórax: opacidades alveolares, peribroncovasculares en segmento interno del lóbulo medio de 20 mm, llingula y subpleural paravertebral en LID, con vidrio esmerilado periférico. Sin orientación diagnóstica específica por estos hallazgos. Recibe esteroides, control al mes con persistencia de infiltrados. Se realiza FBC + BAL, sin hallazgos ni aislamiento relevantes. Nuevo control TC: progresión. Ante sospecha de malignidad se realiza segmentectomía del lóbulo medio de 30 mm e inferior derecho de 37 mm. Biopsia: ambos segmentos con lesiones mucoides compatibles con adenocarcinoma mucinoso invasor, bien diferenciado, STAS +++. Márgenes libres. IHQ: CK7 + CK20 - TTF1 - Napsina A - CDX2 - ER -. Concluye: la negatividad de TTF1 y Napsina en mucinosos de pulmón es esperable, por lo que a través de estos marcadores no se puede distinguir primario vs secundarismo. Se descarta primario de aparato ginecológico y digestivo. A los 4 meses segmentectomía izquierda: adenocarcinoma mucinoso invasor de 13 mm, márgenes libres. Todos los ganglios libres de tumor. pT1bN0. No se puede distinguir entre lesión primaria sincrónica o secundaria. IHQ: MLH1+, MSH2+, MSH6+, PMS2+, ALK - PDL1- ROS1 -. 2 meses después lobectomía inferior y media, con linfadenectomía mediastinal ninguno con metástasis. Actualmente realizando adyuvancia 4 ciclos de quimioterapia: Cisplatino + Pemetrexed. **Conclusión:** La edad

tan temprana de presentación de adenocarcinoma mucinoso invasivo, retarda la sospecha y los procedimientos diagnósticos invasivos. Desde el punto de vista imagenológico se debe considerar sospechosa la presencia de opacidades en parches de vidrio esmerilado multifocales, sobre todo ante la no resolución con tratamiento esteroideo y/o antibióticos; en esta paciente los infiltrados pulmonares se atribuyeron a post COVID-19 en primera instancia y/o neumonía organizada. En este contexto los hallazgos radiológicos desempeñan un rol diagnóstico importante que deben confirmarse con la anatomía patológica. En la actualidad existe un patrón emergente de mayor incidencia de cáncer de pulmón entre las mujeres jóvenes, lo que subraya la necesidad de profundizar estudios etiológicos.

ID#269

LEIOMIOSARCOMA PULMONAR PRIMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: *Jesus Augusto Padilla Rodríguez*¹ | *Ana Luz Sánchez*² | *Lucia Fernández Siri*² | *Franco Daniel Intelisano*¹ | *Nicolás Maximiliano Negro Montiel*¹

Filiación: Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de la Plata

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Oncología

Resumen: Introducción: El sarcoma pulmonar primario es una enfermedad poco común que representa el 0,5% de los casos de CA pulmonar y se origina en las células musculares lisas del tejido pulmonar. Debido a su baja frecuencia, el leiomiomasarcoma pulmonar puede ser difícil de diagnosticar y tratar adecuadamente lo que retrasa su diagnóstico temprano. Caso clínico: Enfermedad actual: paciente masculino de 37 años de edad quien consulta por toracodinia de 2 meses de evolución y disnea mMRC 4. Examen físico: regular estado general, SatO₂: 95% (Fio2: 0,24), FR: 30 rpm, TA: 140/80 mmHg FC: 114 lpm, T: 36°C. Ap. Respiratorio: hipoventilación en 2/3 inferiores de hemitórax izquierdo. Laboratorio: Hto: 29% HB: 8.9 g/dl Leu: 40.8 103/ul PLT: 383.000 Glu: 116 mg/dl Ur: 0.43 mg/dL Creat: 0.48 mg/dl GOT: 69 UI/l GPT: 111 UI/l FAL: 273 UI/L BT: 0.70 mg/dL BD: 0.34 mg/dL LDH: 1915 UI/l. Serologías: HIV, VDRL, VHB, VHC: Negativo TC tórax, abdomen, pelvis y encéfalo con doble contraste: Formación en LSI y mediastino posterior 11x7,5 cm, en íntima relación con estructuras vasculares adyacentes, conglomerados ganglionares paraaórticos e hiliares el de mayor tamaño de 3 cm. Arteriolistesis grado I de L5-S1 Centellograma óseo: Sin alteraciones Biopsia con Aguja TRU-CUT: Anatomía patológica: Fragmentos de tejido fibroconectivo y muscular, con infiltración por proliferación neoplásica, conformada por cordones anastomosados de células con núcleos pleomórficos. Numerosas figuras mitóticas atípicas y extensas áreas de necrosis. Inmunohistoquímica: CKAE1AE3: positivo débil focal, Vimentina: Positivo difuso, actina músculo liso: Positivo difuso, se interpreta como sarcoma con diferenciación a músculo liso. Paciente intercorre con insuficiencia respiratoria y hemitórax velado, por lo que se realiza ecografía pleural evidenciándose derrame pleural izquierdo abundante, se realiza toracocentesis evacuadora con colocación de drenaje, físico químico presenta exudado complicado que se interpreta secundario a su proceso pulmonar primario. Dada la edad del paciente y el compromiso de estructuras adyacentes se decide iniciar tratamiento quimioterápico, luego de la primera dosis intercorre con insuficiencia respiratoria por lo que se priorizan las medidas de confort. Discusión y conclusiones: Nos pareció importante este caso ya que el paciente se presentó en una etapa avanzada de la enfermedad lo que limitó las opciones de tratamiento. La supervivencia a largo plazo es de aproximadamente 48 meses, con una tasa a 5 años que oscila entre el 38 y 48%, porcentaje que disminuye cuando la enfermedad es diagnosticada en forma temprana, por lo tanto la detección temprana del sarcoma pulmonar es un factor crítico no sólo para prolongar la supervivencia de los pacientes sino que también brinda la oportunidad de definir tratamientos curativos.

OXIGENOTERAPIA, SUEÑO Y VENTILACIÓN NO INVASIVA

ID#23

DESEMPEÑO DE UNA FÓRMULA DE PREDICCIÓN DE PRESIÓN TERAPÉUTICA DE CPAP Y SU CORRELACIÓN CON LA TITULACIÓN MEDIANTE EQUIPOS AUTOMÁTICOS EN DOMICILIO. PAPEL DEL SEXO Y DE LA MÁSCARA.

Autores: *Eduardo Borsini*¹ | *Magalí Blanco*¹ | *Glenda Ernst*¹ | *Martín Bosio*¹ | *Belén Ginetti*¹ | *Julietta Franzoy*¹ | *Marcella Perri*¹ | *Alejandro Salvado*¹ | *Carlos Nigro*²

Filiación: ¹ Hospital Británico de Buenos Aires ² Hospital Alemán. Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: Para determinar la presión terapéutica (CPAPT), la titulación autoajutable (APAP) y las fórmulas de titulación son aceptadas. Miljeteig-Hoffstein (1993), relacionaron el índice de apneas e hipopneas (IAH), el perímetro del cuello e índice de masa corporal (IMC) usando polisomnografía. El desempeño de esta fórmula, para estimar la CPAPT con APAP no se comprende completamente. Objetivo: Comparar la precisión de coeficientes de Miljeteig-Hoffstein (M-MH-C) para estimar la CPAPT en múltiples noches con APAP en domicilio. Material y Métodos: Estudio retrospectivo de único centro, basado en titulaciones de APAP (2015 a 2022) en adultos con AOS. Se incluyeron pacientes sin experiencia (naive) con CPAP. Utilizamos APAP S10 Air Sense (ResMed®) entre 4 y 15 cm de H₂O y la información se analizó (ResScan®) incluyendo; cumplimiento, fuga e IAH residual (IAHr) en ev/h. La CPAPT se obtuvo por análisis visual de la curva de presión/tiempo (múltiples noches). Se excluyeron periodos de fugas >25 litros/minuto. Cuando existió variabilidad, se interpretó la mejor noche. Se establecieron comparaciones entre CPAPT determinada por expertos vs. CPAP estimada (CPAPE) por M-MH-C. Resultados: Incluimos 450 pacientes, edad: 57 (47-66) años, 77% hombres, IMC: 33 (29-38) kg/m², Epworth; 8 (5-13) puntos, IAH 34 (23-48) ev/h, 96% con IAH > 15 ev/h. La prueba de APAP alcanzó; 3 (3-4) días, con cumplimiento; 376 (322-437) min/noche. La CPAPT observada mediante APAP fue de 9 (8-10) con IAHr; 1.4 (0,7-2,8). El IAH, la circunferencia del cuello (CC) y el IMC explicaron el 21% de la CPAPT (R² ajustado = 0,21), modelo 1 (M1). La CPAPT aumentó cuando IAH y CC fueron mayores, en mujeres y con máscara oronasal (modelo 2: M2). Este modelo explica el 28% de la CPAPT (R² ajustado = 0,28). Aquellos con interfaces oronales tuvieron mayor presión de tratamiento [(CPAPE: 10,7, P25- 75: 10-11,2 vs. 9,2, P25-75: 8,7 - 9,8 cm H₂O, p < 0,01) y (CPAPT: 10, P25-75: 9-12 vs 9, P25-75: 8-10 cm H₂O, p < 0,01)]. El error sistemático de las ecuaciones fue mayor cuando CPAPT fue ≤ 8 cm H₂O o ≥ 12 cm H₂O (M2: ≤ 8 cm H₂O: + 1,5 [95% IC +1,3 a +1,6], ≥ 12 cm H₂O: -2,6 [95% IC -2,8 a -2,3], > 8 < 12 cm H₂O: -0,4 [95% IC -0,5 a -0,3]; M2: ≤ 8 cm H₂O: +1,4 [95% IC +1,2 a +1,5], ≥ 12 cm H₂O: -2,2 [95% IC -4,5 a +0,02], > 8 < 12 cm H₂O: -0,4 [95% CI -0,5 a -0,3], p: < 0,05. La CPAPE con M-MH mostró una concordancia baja con la CPAPT (error absoluto: -1,7 cm H₂O, ± 1,96 SD: +1,8 a -5,2). El coeficiente de correlación intraclase entre CPAPE y CPAPT fue mayor con M2 y M-MH (CCI medidas únicas/medias: M2 0,45 [IC95% 0,37-0,52] / 0,62 [IC95% 0,54-0,68]; M1 0,36 [IC95% 0,28-0,44]/0,53 [IC95% 0,43-0,61], M-MH 0,31 [IC95% -0,02-0,54]/0,47 [IC95% -0,03-0,7] p < 0,05). El 56%, 81% y 84% de la población tuvieron diferencias medias entre la CPAPE por M-MH/M1/M2 y la CPAPT: ± 2 cm H₂O (p < 0,05) Conclusiones: Un modelo que consideró el género y máscara además de las variables de Miljeteig-Hoffstein, mejoró la predicción de la presión terapéutica.

ID#24

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON HIPOXEMIA RESIDUAL EN LA TITULACIÓN CON PRESIÓN

POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA RESPIRATORIA AUTOAJUSTABLE EN DOMICILIO EN PACIENTES SIN ADAPTACIÓN

Autores: Magali Blanco¹ | Josefina Pascua¹ | Belén Ginetti¹ | Marcella Perri¹ | Eduardo Borsini¹ | Julieta Franzoy¹

Filiación: ¹ Hospital Británico

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: La titulación de presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP) autoajustable (APAP) en domicilio es aceptada por las normativas de la disciplina (American Academy of Sleep Medicine / AAMR). Las variables vinculadas con hipoxemia residual (HR) no han sido descriptas durante la titulación con APAP. Objetivo: Identificar las variables relacionadas con hipoxemia residual (HR) en los estudios de titulación con APAP no vigilados en el domicilio. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo basado en titulaciones de APAP recopiladas sistemáticamente (2016 a 2022) en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). Se recopiló información de comorbilidades, gases en sangre arterial y espirometría. Los estudios se clasificaron de acuerdo a la oximetría nocturna (tiempo de desaturación por debajo de 90%) $T90 > 0 < de 10\%$ de la noche. Resultados: Fueron titulados 686 pacientes, de los cuales finalmente fueron incluidos en el análisis 116 casos correspondiendo a 77 hombres (66,3%), edad: $62,4 \pm 12,3$ años, IMC: $36,8 \pm 7,3$ kg/m², IAH basal: $43,5 \pm 23,3$ ev/h. El periodo de titulación alcanzó $3,6 \pm 1$ noches con adherencia: $374 \pm 88,4$ minutos/noche; CPAPT (cm de H₂O): $9,4 \pm 1,8$, IAHr: $3,1 \pm 3,2$ ev/h y fugas (Litros/min): $19,7 \pm 11,2$. Los pacientes con HR ($> 10\%$) tuvieron mayor edad ($66,7$ vs. $59,6$ años, $p: 0,02$), menor VEF1 absoluto ($2,17$ vs. $2,57$ litros, $p: 0,06$), menor CVF absoluta ($2,9$ vs. $3,3$ litros, $p: 0,02$) y menor PO₂ basal ($77,3$ vs. $84,2$ mmHg, $p: 0,04$). La gasometría identificó 10 pacientes con hipercapnia; media de $50,9 \pm 7,8$ mmHg (7 de ellos en el grupo HR). Todos ellos mostraban un valor de HCO₃ > 27 mEq/l. En el análisis bivariado fueron predictores de HR; la PO₂ < 78 mmHg, la saturación $< 94\%$ y la edad $> a 66$ años (OR 2,83, IC 95% 1,31 - 6,13, $p 0,001$ / OR 3,44, CI 95% 1,43-8,26, $p 0,001$ / OR 3,88, CI 95% 1,77 - 8,54, $p 0,0002$). Esas variables se ingresaron en un modelo de regresión logística múltiple, resultando significativa la edad > 66 años (OR 3,7, IC 95% 1,57 - 8,85) Conclusiones Una significativa proporción de pacientes que titulan con APAP y comorbilidades presentan hipoxemia residual. La edad mayor de 66 años se correlacionó con hipoxemia residual.

ID#27

MIRADA FONOAUDIOLÓGICA DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS): ESTUDIO SOBRE LAS ALTERACIONES MIOFUNCIONALES OROFACIALES EN PACIENTES CON APNEAS MODERADAS- SEVERAS SIN TRATAMIENTO Y TRATADOS CON CPAP

Autores: Candela Mafferra¹

Filiación: ¹ Hospital Español de Mendoza

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivo: El colapso de las estructuras orofaciales y los disturbios durante el sueño, han llevado a que se planteen diversos tratamientos para la AOS, uno de ellos, es la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), el más efectivo para tratar apneas moderadas-severas. Si bien, lo que hace este dispositivo es despejar la vía aérea superior, se considera que aún persisten alteraciones orofaciales, que el paciente no ha podido resolver con el uso del mismo. Y que, además, en aquellas personas que no se adhieren a ningún tipo de tratamiento, también podemos encontrar modificaciones en el sistema estomatognático. Las alteraciones orofaciales más frecuentes en esta patología son: respiración mixta; deglución con dificultad; patrón masticatorio rápido; aumento de la altura del dorso lingual; estiramiento del paladar blando; flacidez de la pared lateral faríngea; flacidez del buccinador; flacidez en la musculatura supra-hioidea; úvula flácida y larga. Debido a la relación que tienen los desajustes musculares y funcionales con la AOS, es que se considera pertinente describir cuáles son las alteraciones miofuncionales orofaciales de los pacientes que utilizan el CPAP y de aquellos que no reciben tratamiento. Material y

métodos: Se seleccionaron 80 pacientes (dos grupos), uno con diagnóstico de AOS moderado-severo tratados con CPAP (40 sujetos), y otro integrado por pacientes con diagnóstico de AOS moderado-severo sin tratamiento (40 sujetos). Como método de recolección de datos se utilizó el Protocolo de Evaluación Norma Chiavaro (PENCH), el cual evalúa el campo sensitivo y sensorial, reflejos orales, unidades funcionales neuromusculares y funciones estomatognáticas (respiración, deglución, masticación, sorbición). Resultados: Si bien se observaron alteraciones miofuncionales orofaciales en todas las variables y diferencias de muestreo en algunas, las variables en las que se demuestra diferencias estadísticas son componente esquelético y unidad linguo-hioidea. Se pudo observar mayor porcentaje disfuncional en el grupo CPAP en comparación del grupo sin tratamiento en componentes como biotipo, perfil ortognático y unidad linguo-hioidea en reposo. Discusión y conclusiones: Estudios mencionan alteraciones orofaciales en ciertos aspectos del componente esquelético (mordida, biotipo, perfil ortognático) y en la unidad linguo-hioidea, de un paciente con AOS, sin tener en cuenta si utilizan tratamiento o no. En este estudio se pudo observar que las alteraciones miofuncionales orofaciales, se observan en todas las variables, en ambos grupos evaluados. Sólo en algunos casos, cuando se comparan los grupos, las variables son estadísticamente significativas, como en la variable del componente esquelético y en la unidad linguo-hioidea.

ID#47

VALIDACIÓN DEL OXÍMETRO CHECKME O2® PARA EL DIAGNÓSTICO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: HALLAZGOS PRELIMINARES

Autores: Carlos Alberto Nigro¹ | María Cecilia Zicari¹ | Berenice Reynoso¹ | Fabricio Reino¹ | Gonzalo Castaño¹ | Eduardo Dibur¹ | Ignacio Bledel¹ | Silvana Malnis¹ | María Paz Menéndez¹ | Eduardo Borsini²

Filiación: ¹ Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina ² Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivo: No hay publicaciones sobre el desempeño diagnóstico del oxímetro Checkme O₂® para la detección de la apnea obstructiva del sueño (AOS) del adulto. El objetivo del estudio fue evaluar la exactitud de un novedoso oxímetro de pulso de muñeca (Checkme O₂®-CmO₂) para diagnosticar la AOS del adulto. Material y método: Estudio observacional y prospectivo de un centro. Se incluyeron pacientes adultos consecutivos que se hicieron una polisomnografía (PSG) en el laboratorio de sueño y simultáneamente usaron el oxímetro CmO₂. Se excluyeron las PSGs con un tiempo total de sueño menor a 180 min., titulaciones con CPAP, tiempo total de registro del CmO₂ menor a 240 min y más del 5% de artefactos en la saturación pulsada de oxígeno (SpO₂) en cualquiera de los oxímetros. AOS se definió como un índice apnea/hipopnea (IAH) ≥ 5 eventos/h. Las variables del CmO₂ analizadas mediante un programa de computación fueron el índice de desaturaciones de O₂ $\geq 2, 3, 4\%$ (IDO2/3/4) y el indicador multiparamétrico de SpO₂ (Imp-SpO₂) que incluyó el IDO2/3/4 promedio de toda la noche, IDO2/3/4 en ventanas móviles de 5 a 60 min. y el percentil 95% del desvío estándar de la SpO₂. Se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E) y razones de probabilidad positiva (RP+) y negativa (RP-) del IDO3 e Imp-SpO₂. Resultados: 71 sujetos fueron seleccionados (29 mujeres); edad, IMC e IAH medianos fueron de 56 años, $28,1$ kg/m² y 17 eventos/h, respectivamente. La S, E, RP+ y RP- fueron: IDO3 (> 6.5 eventos/h): 87,8% (IC95% 76-95), 92,9% (IC95% 66-100), 12,3 y 0,13; IM-SpO₂ presente: 91,2% (IC95% 81-97), 92,9% (IC95% 66-100), 12,8 y 0,09. Discusión y conclusiones: El Imp-SpO₂ calculado mediante un programa propietario con los datos almacenados en el CmO₂ mostró una exactitud mayor al 90% para diagnosticar AOS del adulto.

ID#53

MARCADORES DE HIPOXEMIA DURANTE EL SUEÑO EVALUADA CON DOS MODELOS DE OXÍMETROS DE PULSO: ESTUDIO PILOTO

Autores: Berenice Reynoso¹ | Fabricio Reino¹ | Ignacio Bledel¹ |

Silvana Malnis¹ | Brenda Varela¹ | Carlos Alberto Nigro¹

Filiación: ¹ Hospital Alemán

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivo: Hay poca información que haya comparado métricas de hipoxemia con diferentes marcas de oxímetros de pulso. El objetivo del estudio fue comparar indicadores de hipoxemia durante el sueño medidos con dos modelos de oxímetros de pulso (OP). Material y método: Estudio observacional y prospectivo de un centro. Se incluyeron sujetos adultos que hicieron una polisomnografía con OP (Nonin®-OX1) y además llevaron en la mano contraria un segundo OP (Checkme O₂®-OX2). Se excluyeron las PSGs con CPAP, VNI u oxígeno, tiempo total de sueño menor a 180 min., tiempo total de registro del OX2 < a 240 min y artefactos en más del 5% de la señal de saturación pulsada de oxígeno (SpO₂) en OX1 y OX2. Las variables analizadas fueron: SpO₂ media/mínima, IDO3/4 (Índice de desaturaciones de O₂ ≥ 3 y 4%) y T90% (% tiempo con una SO₂ < 90%). Hipoxemia de definió como un T90% ≥ 30%. Resultados: 71 sujetos fueron seleccionados (29 mujeres); edad, IMC e IAH medianos fueron de 56 años, 28.1 kg/m² y 17 eventos/h, respectivamente. La SpO₂ media y el T90% fueron más bajas con OX1 que OX2 (93 vs 94%, 5,1 vs 2%, p < 0,05). El IDO3 fue similar con ambos modelos de oxímetros (15,2 vs 17,8, p NS). La diferencia media y los límites de acuerdo (± 1,96 desvío estándar) entre T90% de OX1 y OX2 fueron -6,8%, +30,7 a -17,2%. Hubo 11 casos de hipoxemia (15.5%) con OX1 y 5 con OX2 (7%) (p < 0,01). Discusión y conclusiones: El diagnóstico de hipoxemia durante el sueño mediante el T90% puede variar según el modelo de OP usado. Estas observaciones deberían ser tenidas en cuenta en la toma de decisiones en la práctica rutinaria.

ID#55

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO PARA DIAGNOSTICAR APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: ESTUDIO PILOTO

Autores: Fabricio Reino¹ | Berenice Reynoso¹ | Eduardo Borini² | Magali Blanco² | María Paz Menéndez¹ | Alan López¹ | Ezequiel Valls¹ | Carlos Alberto Nigro¹

Filiación: ¹ Hospital Alemán ² Hospital Británico de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Buenos Introducción y objetivo: No hay información sobre si el agregado de otros signos o síntomas al cuestionario STOPBANG (SB) podría mejorar su desempeño para la pesquisa de la apnea obstructiva del sueño (AOS) en adultos. El objetivo del estudio fue evaluar la exactitud de un cuestionario autoadministrado (CA) para el diagnóstico de la AOS y compararlo con SB. Material y método: El CA incluyó comorbilidades (enfermedad coronaria o cerebrovascular, arritmias cardíacas, diabetes), datos del examen físico (Mallampati, retrognatia, hipertrofia amigdalina) y síntomas nocturnos (insomnio, nocturia, sudoración, cefalea) no contemplados por el SB. La puntuación máxima del CA fue 22. Los pacientes consecutivos que realizaron una polisomnografía (PSG) o una poligrafía respiratoria (PR) se les envió por mail un link para que completen el CA. AOS se definió como un índice apnea/hipopnea (IAH) ≥ 5 eventos/h. Se calculó sensibilidad (S), especificidad (E) y área bajo la curva ROC (ABC-ROC) del CA. Resultados: 99 pacientes (30 mujeres), edad, IMC e IAH medianos: 59 años, 28,8 kg/m², 12,2 (PR) y 13,9 (PSG) eventos/h. IAH < 5: 26,3%, AOS leve (IAH ≥ 5 - < 15): 34,3% y moderado-severo (IAH ≥ 15): 39,4%. Las AUCs-ROC de CA y SB fueron similares (0,758 vs 0,731, p NS). La S/E más altas del CA y SB fueron de 87,7/54% (> 7 puntos) y 64,4/73,1% (> 4 puntos) (p < 0,05). Los mejores puntos de cortes del CA como prueba de cribado para la detección de enfermos fueron de > 5 para el CA (S/E: 100/35%) y > 2 para SB (94,5/38,5%) (p < 0,05). Discusión y conclusiones: En una población clínica de pacientes, el CA mostró una sensibilidad levemente superior que el SB para el cribado de AOS del adulto.

ID#77

USO DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO-FLUJO EN LÍNEA CON NEBULIZADOR DE MALLA VIBRANTE EN SUJETOS ADULTOS CON EXACERBACION DE ASMA ADMITIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

Autores: Nicolás Colaianni-Alfonso¹ | Guillermo Montiel¹ | Ada Toledo¹ | Diego Flores¹ | Mauro Castro-sayat¹

Filiación: Hospital General Agudos Juan A Fernández.

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivo: La exacerbación del asma sigue siendo una causa frecuente de admisión hospitalaria y se asocia a una morbilidad y mortalidad elevada. El impacto de la Cánula Nasal de Alto-Flujo (CNAF) en línea con los nebulizadores malla vibrante (NMV) en este escenario aún es desconocido. Las intervenciones tempranas buscan revertir la obstrucción al flujo aéreo y corregir la hipoxemia. El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la respuesta broncodilatadora mediante pico flujo espiratorio (PFE) y como objetivos secundarios, evaluar el impacto clínico de la CNAF durante la exacerbación asmática (EA). Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado durante el periodo mayo 2022 hasta mayo 2023. Los criterios de inclusión fueron: EA definida por un PFE <50% del predicho, PaO₂/FiO₂ (P/F) ≤ 300 mmHg, requerimiento de oxígeno suplementario para SpO₂ > 90%, frecuencia respiratoria (FR) ≥ 25 rpm. Se excluyeron pacientes con historia de EPOC o incapacidad para reproducir PFE. Los pacientes recibieron CNAF a través del sistema AIRVO₂ (Fisher & Paykel, New Zealand) y NMV (Aerogen Solo, Ireland). La CNAF se configuró a 30 L/m, temperatura 34°C y FiO₂ para una SpO₂ 92%-96%. La NMV se administró con salbutamol (2,5 mg). Al finalizar la NMV se aumentó el flujo de la CNAF según tolerancia del sujeto, y la medicación broncodilatadora quedó indicada cada 6 h según indicación médica. El PFE se midió al ingreso y a los 60 minutos post-broncodilatación. Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar (±). Las variables categóricas se describieron como tasas de frecuencia y porcentajes. Las medias de las variables continuas se compararon mediante pruebas t-pareadas. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Resultados: Se registraron un total de veinticinco sujetos con EA, dieciséis eran mujeres (64%). La mediana (±) de edad fue de 44±16 años, y presentaron un índice de masa corporal de 33±9 kg/m². Al momento de la admisión se tomaron puntuaciones SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment) 3±1, APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) 8±5 y gasometría arterial para el cálculo de la relación P/F= 238±49 mmHg. Observamos un aumento significativo del PFE [148±33L/m a 226±45 L/m, p < 0,001] post-broncodilatación. Se realizó una monitorización estricta de variables clínicas arrojando una mejoría significativa de la FR [29±4 a 20±6 rpm, p < 0,001], de la SpO₂ [91±5% a 95±2%, p < 0,001] y en la disnea [6±1 a 2±1 puntos, p < 0,001]. No hubo cambios significativos en la FC. La CNAF se utilizó durante 3±1 días, y la estadía hospitalaria fue de 6±2 días. No se registraron casos de intubación. Discusión y conclusiones: Este es el primer trabajo que reporta la seguridad y fiabilidad de aplicar CNAF en línea con NMV para el tratamiento combinado de los sujetos con EA. Según estos resultados parece una intervención prometedora que brinda beneficios clínicos tangibles al aliviar rápidamente los síntomas evitando escalar el soporte respiratorio

ID#117

DIAGNÓSTICO DE AOS, PRESCRIPCIÓN DE CPAP Y UTILIDAD DE LOS SCORE STOP BANG Y EPWORTH EN EL EXAMEN PREQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES DEL SANATORIO GÜEMES

Autores: Silvia Quadrelli¹ | Carlos Manuel Ibarrola Ortega¹ | Patricia Del Valle Maggio Rodríguez¹ | Agustín Patrone¹

Filiación: ¹ Sanatorio Güemes

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: La prevalencia de obesidad en Argentina es del 32%. La cirugía bariátrica (CB) es una opción de

tratamiento para el descenso de peso en aquellos con IMC>35 con o sin comorbilidades; IMC 30-34,9 con DBT II, que no logran pérdida de peso sostenida o mejorar comorbilidades con otros métodos. La Apnea obstructiva del sueño (AOS) es la patología del sueño más frecuente en obesos. Su diagnóstico se realiza con poligrafía (PG) o polisomnografía (PSG) con Índice de Apnea hipopnea (IAH)>5 eventos-hora (ev/h) asociado a síntomas o >15 ev/h, clasificándose en leve (5-14,9 ev/h), moderado (15-29,9 ev/h) y severo (>30 ev/h). Dada la baja especificidad de los Scores utilizados para AOS en el perioperatorio, es mandatorio la realización de PG o PSG dadas las ventajas de su tratamiento en el perioperatorio. **Objetivo general:** Describir resultados de pacientes del sanatorio Güemes candidatos a CB evaluados con PG o PSG, score STOP BANG (SB) y escala de somnolencia de Epworth (ESE). **Objetivos Específicos:** Número de indicaciones de CPAP previo a CB. Número de pacientes con AOS preoperatoria, sin somnolencia diurna. Comparar el resultado del cuestionario SB con PG o PSG. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo de historias clínicas del consultorio de cirugía bariátrica del sanatorio Güemes, desde enero 2022 a julio 2023. La obesidad se definió en grados según IMC, I de 30-35; II de 35-39.4 y III>40. Se utilizó el punto de corte para ESE>12 para somnolencia diurna y SB>5 para alto riesgo de AOS. **Criterios de inclusión:** >18 años en los que se realizó Score SB, ESE y PG o PSG. **Criterios de exclusión:** aquellos sin scores, PG o PSG. Se utilizó el programa Jamovi versión 2.3.28 para analizar datos. Se calcularon las medianas de las variables con distribución normal. Se realizaron curvas ROC para evaluar la sensibilidad y especificidad de SB y ESE. **Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes con edad media de 45 años (SD 12.49) y el 63% eran mujeres. El IMC medio fue 46 (SD 10.54) teniendo 81% obesidad grado 3. Del total, 30 tenían SB>5, 9 ESE>12 y 29 diagnóstico de AOS (Leve:14%, Moderado 25% y Severo 42%). Se indicó CPAP a 27 pacientes de los 29 diagnosticados con AOS; de ellos 20 con ESE<12. El score SB>5 obtuvo una S de 93% y E de 57% (AUC 0.81) y la ESE>12 una S31% y E100% (AUC 0.83) con p<0.05 para el diagnóstico de AOS. Las comorbilidades más asociadas fueron la HTA (52%) y el Asma (22%). Sólo el 19% de las espirometrías presentaron patrón sugestivo de restricción. **Discusión y conclusiones:** La AOS tiene una prevalencia del 60% en candidatos a CB, similar a nuestra muestra. Los test de pesquisa tienen valor en contexto de alto riesgo. El SB tiene S de 93-100% y E de 43%, con alto VPN. El ESE que investiga somnolencia diurna, tiene S de 47% y E del 62% en población general. En la muestra observamos que el SB tuvo mejores resultados que ESE (S96%-E57%; S31%-E100% respectivamente) no reemplazando la realización de PG o PSG. Es necesario ampliar la base de datos para mayores precisiones

ID#139

EXPERIENCIA DEL USO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) Y CPAP EN SALA GENERAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autores: Martín Uriel Pascansky¹ | Martín Sivori¹ | Romina Fernández¹ | Luciano Capelli¹ | Oscar Baloco¹ | Mariela Serrano Valeriano¹ | María Florencia Trullas¹

Filiación: ¹ Hospital Ramos Mejía

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: El uso de la ventilación no invasiva (VNI) y de presión positiva continua (CPAP) en sala general supone un beneficio para el paciente y para el sistema de salud, con una intervención precoz que disminuye el riesgo de enfermedades intrahospitalarias y complicaciones propias de la internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI), liberándose camas y disminuyendo costos al sistema de salud. Sin embargo, su uso no está extendido. **Objetivo del estudio:** Describir la población y la evolución de pacientes que ingresaron por IRA hipercápnica y recibieron VNI/CPAP en salas generales de un hospital de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Materiales y métodos:** Se evaluaron pacientes en forma prospectiva desde enero de 2010. Las variables fueron fichadas protocolizadamente por el personal médico a cargo de la VNI de la Unidad.

Los pacientes ingresados a sala general con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica que cumplían con los criterios gasométricos de pH entre 7,25 a 7,46 eran evaluados para VNI/CPAP. La indicación de CPAP estaba orientada a pacientes con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (SAOS que por alguna razón clínica entran en IRA). Las contraindicaciones son las normatizadas internacionalmente. Se describieron datos demográficos y comorbilidades y se analizaron las siguientes variables: Días de internación, días de uso de la VNI, éxito o fracaso (se considera éxito: alta de internación, fracaso: óbito o necesidad de intubación orotraqueal), complicaciones asociadas al uso de la VNI. **Resultados:** Se trataron 52 pacientes en salas generales en 64 oportunidades entre los años 2010 y 2023. La edad media fue 57 años (DS 13.44) de los cuales 55,8% fueron mujeres y 44,2% varones. Entre las comorbilidades más frecuentes de los pacientes asistidos fueron tabaquismo un 46,1% (24), EPOC 20,6% (14), obesidad 25% (13) y enfermedad neuromuscular 23,1% (12). Los motivos de indicación de VNI y CPAP fueron enfermedad neuromuscular 18,75% (12), enfermedad de caja torácica 18,75% (12), exacerbación de EPOC 12,5% (8), insuficiencia cardíaca descompensada 12,5% (8), crisis miasténica 10,9% (7), SAOS 10,5% (6), otros 17,2% (11). (Variables gasométricas de ingreso y egreso en Tabla en Anexo 1) La mediana de uso de la VNI fue 6 días (RIQ 3-11,75), la mediana de días de internación fue 10 días (RIQ 5,5-16). No se determinó infecciones intrahospitalarias entre los pacientes asistidos. El éxito terapéutico (considerando al alta hospitalaria como tal) fue 87,5% mientras que el fracaso (considerando al óbito o la intubación orotraqueal) fue 12,5%, de los cuales un 50 % de los mismos (4) fueron óbitos. **Conclusiones:** La realización de VNI y CPAP en salas generales permitió atender con una alta tasa de éxito pacientes a IRA con hipercapnia, liberando camas de UTI, y evitando las complicaciones de prolongación de hospitalización y vinculadas a la internación de UTI. Deben promoverse fuertemente el equipamiento necesario a las salas generales de hospitales de agudos y el entrenamiento al personal de salud para su uso.

ID#150

APLICACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO-FLUJO EN PACIENTES EPOC EXACERBADO Y BRONQUIECTASIAS

Autores: Nicolás Colaianni-Alfonso¹ | Ada Toledo¹ | Guillermo Montiel¹ | Catalina Siroti¹

Filiación: ¹ Hospital Agudos Juan A. Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivos: Las bronquiectasias son frecuentes en enfermedades respiratorias crónicas, en el contexto de EPOC impactan empeorando las exacerbaciones. Esta situación produce retención de secreciones por aumento de la viscosidad, empeorando el trabajo respiratorio de los pacientes. Se propone que la Cánula Nasal Alto-Flujo (CNAF) podría mejorar el intercambio gaseoso, el trabajo respiratorio, la eliminación de secreciones y evitar la ventilación no invasiva (VMNi) o invasiva. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional (mayo 2022 a mayo 2023), unicéntrico. **Criterios de inclusión:** FR≥25 respiraciones/min (rpm), pH<7,35 y PaCO₂>45 mmHg, GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ≥B y MRC (Medical Research Council) disnea≥2; historia de bronquiectasias documentadas por tomografía de tórax <1 año. **Criterios de exclusión:** pacientes que recibieron VMNi al ingreso o domiciliaria, criterios de intubación inmediata o pH<7,20 o PaCO₂>80 mmHg o KMS (Kelly-Mathay Score) >3 puntos. La CNAF se configuró a 60 L/m, temperatura 37°C y FiO₂ para SpO₂ 88-92%. Luego se ajustaron según tolerancia y confort. Se tomó gasometría arterial a las 2-h y realizamos un monitoreo estricto del tratamiento a las 2, 6, 12 y 24-h. Los criterios para finalizar el tratamiento fueron FR≥35 rpm, pH<7,30 o un incremento del 20% en la PaCO₂, PaO₂<60 mmHg o KMS >3. El requerimiento de VMNi o invasiva se consideró como fallo. Se recolectó durante 3 días consecutivos las secreciones y se evaluó la facilidad en la expectoración antes y después del tratamiento vía escala visual analógica (EVA) (0=muy fácil, 10=muy difícil; “¿Qué tan fácil

les resultó expectorar?”). Los datos se expresan como media, desviación estándar (\pm) o como mediana y rango intercuartil, cuando corresponda. Se llevó a cabo una ANOVA de medidas repetidas. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó utilizando R Studio (Versión 1.3.1093, R Foundation, Viena, Austria). Resultados: Un total de 15 pacientes cumplieron nuestros criterios, la media de edad fue de 71 ± 7 años, mayormente hombres (66%), el índice masa corporal fue 22 kg/m^2 . La mayoría de los pacientes eran GOLD D (87%, $n=13$). La FR basal disminuyó luego de 2-h con CNAF ($29 \pm 3 \text{ rpm}$ a $21 \pm 3 \text{ rpm}$; $p < 0,001$) y se mantuvo por 24-h, además se observó una disminución significativa de la PaCO₂ ($54 \pm 7 \text{ mmHg}$ vs $46 \pm 7 \text{ mmHg}$; $p = 0,013$) y un aumento significativo del pH ($7,32 \pm 0,04$ vs $7,37 \pm 0,02$; $p < 0,001$). Luego de 3 días de tratamiento el volumen de secreciones expectoradas aumentó de $10 \pm 12 \text{ mL}$ a $78 \pm 10 \text{ mL}$; $p < 0,001$ y la EVA para calificar la expectoración fue de 6 ± 1 vs 3 ± 1 puntos; $p < 0,001$. Ningún paciente requirió VMNi o invasiva. Discusión y conclusiones: Nuestros principales hallazgos demostraron que la CNAF fue eficiente mejorando el intercambio gaseoso y en la disminución de la FR. Además permitió aumentar las secreciones y eliminarlas con facilidad, estos resultados van de la mano con los efectos fisiológicos producidos por la CNAF. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos preliminares.

ID#163

RELACION ENTRE LA CONDICIÓN DE PÁRPADO LAXO Y LA APNEA OBSTRUCTIVA DE SUEÑO EN PACIENTES ADULTOS

Autores: Andrea Verónica Bertolín¹ | Silvana Guendulain¹ | Vanesa Estefanía Perrone¹ | Juan Pablo Casas¹ | Erica Ivana Cuestas¹

Filiación: ¹ Sanatorio Allende

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) constituye la patología más frecuente dentro de los trastornos respiratorios del sueño. Las alteraciones oftalmológicas que se cree que están fuertemente asociadas son la condición del párpado laxo (LEC, por sus siglas en inglés) y el síndrome de párpado flácido (FES). La LEC se refiere a la presencia de un párpado superior fácilmente evertible, delgado, y laxo. Dentro de esta condición se incluye el subgrupo de FES, que presenta además inflamación conjuntival, y conlleva mayor morbilidad por la asociación con patologías oftalmológicas graves. En distintos estudios estas entidades LEC/FES no han sido bien diferenciadas por lo que la prevalencia descrita es muy variable. En este contexto, planteamos valorar la presencia de LEC en pacientes con diagnóstico de AOS. Objetivos: Evaluar la presencia de la LEC en una población adulta con diagnóstico de AOS. Valorar la relación entre la presencia de LEC y la gravedad de AOS según IAH, T90, IMC. Determinar comorbilidades en pacientes con AOS. Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AOS, atendidos en un plazo de seis meses, que fueron valorados por especialistas en oftalmología para diagnóstico de LEC. La presencia y la gravedad de la AOS se determinaron a partir de la polisomnografía o poligrafía. La laxitud de los párpados se evaluó mediante técnicas de distracción vertical y horizontal del párpado superior. La presencia de LEC se expresó de forma porcentual. Mediante test Chi² se estableció la relación entre LEC con la gravedad de AOS y con los grados de obesidad. Finalmente, para establecer la asociación entre IAH, T90, y LEC se utilizaron pruebas de Mann Whitney. Resultados: Fueron evaluadas 84 historias clínicas, 25 cumplían los criterios de inclusión. La edad media fue de 47,68 años (DE 11,39), 56% eran hombres. El 88% (22/25) de los pacientes presentó LEC. No se observó asociación entre la presencia de LEC y gravedad de AOS ($p = 0,25$), ni con el IAH ($p = 0,28$), T90 ($p = 0,23$). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la LEC y obesidad mórbida ($p = 0,01$). Las comorbilidades más reportadas fueron obesidad, HTA, dislipemia y diabetes. Discusión y conclusiones: Nuestro estudio denota una elevada frecuencia de LEC en pacientes con AOS, mayor a otros estudios publicados. La obesidad mórbida se relacionó

significativamente con la presencia de LEC; que, si bien no es una condición asociada a esta entidad en sí, se encontró relación en el subgrupo de pacientes con FES y AOS, posiblemente por un mecanismo subyacente común. No pudimos demostrar asociación estadística entre la gravedad de AOS, el T90 y la presencia de LEC posiblemente por el tamaño muestral. En conclusión, la valoración de la LEC podría convertirse en una herramienta simple, económica y práctica que nos permita sospechar la presencia de AOS.

ID#185

VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS. SERIE DE CASOS

Autores: Romina Fernández¹ | Verónica Flores Maldonado¹ | Martín Sívori¹

Filiación: ¹ Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía
Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivo: La miastenia gravis (MG) es una patología autoinmune que afecta la unión neuromuscular generando debilidad muscular fatigable. La enfermedad es fluctuante, cursando con episodios de empeoramiento que pueden derivar en exacerbación o crisis miasténica. El fallo ventilatorio es una característica de la crisis y la ventilación mecánica (invasiva o no invasiva) es parte de su tratamiento. En los períodos intercrisis, no suele ser necesario el uso de ventilación no invasiva domiciliaria (VNI_d) a diferencia de otras enfermedades neuromusculares. Nuestro hospital es centro de derivación de MG y desde 2014, los servicios de neurología y neumonología evalúan en conjunto a esos pacientes. Se presentan 5 casos de MG con requerimiento de VNI_d, sus características y motivos por los que se indicó esta modalidad de tratamiento. Material y método: Se evaluaron las historias clínicas de todos los pacientes con MG e indicación de VNI_d desde 2014 a la actualidad. Se analizaron datos demográficos, características clínicas, tratamiento médico, motivos de indicación y su tolerancia. Resultados: Desde 2014, se evaluaron 155 pacientes con MG, de ellos sólo a 5 (3,2%) se ha indicado VNI_d. Características: sexo masculino 1 (20%), femenino 4 (80%). Mediana edad: 50 años (27-59). Mediana IMC: $37,6 \text{ kg/m}^2$. Anticuerpos: ACRA 60%, doble negativo 40%. Timoma: 40% (cirugía en 1). Tratamiento: piridostigmina 100%, corticoides 60%, azatioprina 40%, gammaglobulina subcutánea 20%, biológicos 20%. Mediana de pCO₂ 48 mmHg (46-53). Mediana de FVC 1550 ml (60%), FVC en decúbito 1160 ml (-46%) y Pimáx -29 cmH₂O (33%). Síntomas: cefalea matinal 100%, hipersomnolencia diurna 60% y ortopnea 80%. Motivo de indicación: Caso 1: eventración diafragmática gigante, Caso 2 y 4: hipoventilación asociada a obesidad, Caso 3: MG refractaria con probable hipoventilación central y Caso 5: MG refractaria y obesidad. Tolerancia (según horas diarias de uso): malo 40% (<4 h/diarias) y buena 60% (>4 h/diarias). Modalidad ventilatoria: ST 80% e iVAPS 20%. Mediana de uso: 26 meses (3-65). Un paciente discontinuó a los 3 meses, uno falleció a los 26 meses y los otros 3 continúan su uso. Discusión y conclusiones: En períodos intercrisis, con tratamiento médico se controla la enfermedad, pero debe tenerse en cuenta que comorbilidades como: trastornos respiratorios del sueño (TRS), obesidad, eventraciones o parálisis diafragmáticas post quirúrgicas, influyen en la evolución de la enfermedad o, en una minoría de casos, la MG refractaria al tratamiento con severa debilidad muscular, llevan al desarrollo de hipoventilación alveolar con requerimiento de VNI_d. En la bibliografía solo hay reporte de un caso y se trata de un paciente con MG refractaria. Si bien en nuestra serie de casos la indicación de VNI_d es por diferentes motivos, siempre se debe indagar sobre sintomatología que indique TRS e hipercapnia diurna y nocturna. Si la sospecha es alta, aun en pacientes con función pulmonar relativamente preservada, realizar EAB matinal en busca de hipercapnia, e indicar VNI_d como parte del tratamiento.

ID#186

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE DIAGNÓSTICO EN EL ADULTO Y VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA SEGUIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Autores: Romina Fernández¹ | Martín Sivori¹

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

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

| **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivo: Las enfermedades neuromusculares (ENM) son un grupo heterogéneo de patologías que afectan primera y segunda motoneurona, placa neuromuscular y músculo. Muchas de ellas tienen compromiso de la musculatura respiratoria y pueden requerir de ventilación no invasiva domiciliar (VNI). En nuestro hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, todos los pacientes que tengan alguna ENM que pueda comprometer la musculatura respiratoria son evaluados y seguidos por neumonología. Se presentan las características clínicas de pacientes con ENM de inicio en el adulto desde 2015 a la actualidad. Material y método: Estudio retrospectivo. Se seleccionaron las historias clínicas de todos los pacientes con ENM de inicio en el adulto con VNI desde 2015 a la actualidad. Se analizaron datos demográficos, tipo de ENM, presencia de hipercapnia diurna, tolerancia y adaptación a la VNI y tiempo de uso hasta la actualidad o muerte. Se utilizó estadística convencional. Resultados: De los 394 pacientes evaluados durante 8 años, 50 pacientes (12,7%) usaban VNI. 56% de sexo masculino, con media de edad 56 años (27-78) y media de IMC 27,6 kg/m². Domicilio: en CABA, 74% Bs As y 6% en otras provincias. El 78% tenía algún tipo de cobertura, predominando PAMI con el 38,5%. Diagnóstico: ELA 66%, miastenia gravis 10%, distrofia miotónica 8%, distrofia de cinturas 4%, ENM en estudio 8% y otras miopatías 4%. Media de FVC 1669 ml (45%), media de FVC en decúbito 1493 (-32%) y media de Pímax -34 cmH₂O (33%). Media de pCO₂ 49,1 mmHg (34-69), 26% no tenía hipercapnia diurna. Con respecto a la VNI: buena tolerancia y adaptación (uso > 4 h/diarias) 82%, el 18% no logró un uso > 4 h. El 22% utilizaba la VNI > 16 h diarias. Uso medio en meses (hasta la actualidad u óbito): 16 (1-65). Ámbito de titulación y adaptación: 14% en internación (5 pacientes con ELA, 1 paciente con miastenia gravis refractaria y 1 paciente embarazada con ENM en estudio) y 86% en forma ambulatoria. El 56% de la población falleció, de los cuales el 85,7% fueron pacientes con ELA. Discusión y conclusiones: En nuestra heterogénea población de pacientes con ENM y VNI, la ELA fue la patología más frecuente, con una alta mortalidad como es esperable. Se logró una buena tolerancia y adaptación en el 82% de los pacientes, de los cuales sólo 7 requirieron de internación para la puesta en marcha de la VNI. La adaptación y titulación de la VNI es posible en el ámbito ambulatorio, siempre y cuando los pacientes puedan asistir a los controles para monitoreo. Los pacientes con ENM pueden requerir de VNI ya sea por debilidad de la musculatura respiratoria, por trastornos respiratorios del sueño asociados a hipoventilación nocturna o trastornos del centro respiratorio con hipoventilación de causa central. Dependiendo del tipo de ENM, pueden no ser evidentes los síntomas de debilidad muscular o hipercapnia por lo que es fundamental el trabajo multidisciplinario entre neurología y neumonología para detectar en forma temprana la necesidad de iniciar VNI.

ID#189

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA NASAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA/HIPOAPNEA DEL SUEÑO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PÚBLICO DE BUENOS AIRES

Autores: Javier Marcelo Iriarte Vázquez¹ | Isabella Perrone² | Nicolás Britos¹ | Martín Sivori¹

Filiación: Hospital J.M Ramos Mejía, CABA

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

| **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: Las apneas del sueño constituyen uno de los trastornos respiratorios crónicos de mayor relevancia en la población general, por su prevalencia, los efectos que produce en los pacientes que las padecen y su impacto en la salud pública. La adherencia al tratamiento con CPAP (Presión Positiva Continua en las Vías Aéreas) es un factor crucial en el manejo de los pacientes con síndrome de apnea del sueño (AOS). Objetivos: Evaluar la adherencia, seguimiento médico y tasa de

adquisición de CPAP entre pacientes con AOS con indicación de dicho tratamiento en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en una muestra de pacientes con diagnóstico de AOS por poligrafía a quienes se indicó CPAP en el servicio de Neumología del hospital Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre 2019 y 2022. La encuesta telefónica fue realizada por 3 entrevistadores en julio de 2023. Se leyó un texto introductorio explicativo a los candidatos que se ofrecieron a participar en la encuesta de forma voluntaria y anónima. Los pacientes dieron su consentimiento oral expreso para participar. Se seleccionaron para el análisis los que se diagnosticó AOS moderado y severo (IAH > 15 eventos/h). Se consideró adherencia el uso nocturno > 4 hr. Se usó estadística descriptiva convencional, Prueba de T de Student y chi cuadrado, considerando el valor de p < 0.05 como significativa. Resultados: De un total de 93 pacientes evaluados con poligrafía nocturna se diagnosticaron 69 pacientes con AOS de los cuales fueron: leves (IAH > 5 eventos/h) 23,7% (n=22), moderados (IAH > 15 eventos/h) 12,9% (n=12) y severos (IAH > 30 eventos/h) 37,6% (n=35). De los cuales se seleccionaron para la encuesta a moderados y severos total de 47 pacientes. De los 47 encuestados se negaron a participar 6 (12,8%), no contestan al llamado 4 (8,5%) y participaron 37 pacientes (78,7%). De los pacientes encuestados 30 eran hombres (81%) y 7 mujeres (19%), IMC: 35,6±15 (kg/m²), escala de ESS basal: 12±5,7 puntos y Stop Bang 5±3, IAH basal: 55±30 eventos/hora y una proporción de obesidad del 95,7%. De los 37 pacientes (78,7%) se indicó tratamiento CPAP a 30 (81%), pérdida de peso a 5 (13,5%) y otros a 2 (5,4%), de los cuales consiguieron el CPAP 17 pacientes (45,9%). La adherencia del uso del CPAP fue 94,1% (n=17) al momento de la encuesta. De los pacientes encuestados 62,1% (n=26) continuaban en seguimiento médico por AOS. En el caso de los pacientes que no lograron conseguir CPAP fueron 13 (35,1%). Conclusiones: Se concluye en el presente estudio un alto grado de adherencia al uso de CPAP por parte de los pacientes con indicación médica con diagnóstico de AOS, con más del 50% de los pacientes persisten en seguimiento médico por la patología al momento de la encuesta.

ID#191

TELEMEDICINA Y TITULACIÓN CON AUTOCPAP, ESTUDIO PROSPECTIVO QUE COMPARA TITULACIÓN CON TELEMEDICINA VERSUS TITULACIÓN CONVENCIONAL

Autores: María Manuela Garro¹ | Magdalena Romiti¹ | Rossana Magali Santillan¹ | Patricia Del Valle Maggio¹ | Silvia Quadrelli²

Filiación: ¹ Sanatorio Guemes ² Sanatorio Güemes

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: Las apneas obstructivas del sueño, se caracterizan por episodios recurrentes de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño. Los pacientes AOS moderado y grave tienen indicación de tratamiento con presión positiva continua de las vías respiratorias ya que corrige los eventos obstructivos durante el sueño y la hipoxemia intermitente. Durante la pandemia, el uso de telemedicina en pacientes con AOS y CPAP aumentó. La telemedicina podría utilizarse para la titulación con AutoCPAP, con el fin de disminuir la repetición de estudios por fallas en la adherencia hasta la correcta titulación. Estudio cuantitativo analítico longitudinal prospectivo de comparación randomizado abierto en grupos paralelos. Outcomes: Primario: Evaluar la adherencia durante la titulación con telemedicina: mediante breve intervención luego de la primera y/o segunda noche, comparado con el grupo control. Secundarios: evaluar factibilidad de la titulación con AutoCPAP a través de telemedicina, el confort del paciente con respecto a la máscara, las fugas en la titulación entre ambos grupos, la necesidad de repetir la titulación. Participantes: Adultos ≥18 años con diagnóstico de AOS derivados para titulación con AutoCPAP. Grupo de intervención pacientes con seguimiento por telemedicina. Grupo control pacientes con seguimiento estándar. A ambos se les entrega el equipo con los parámetros de presión establecidos. El teleseguimiento se implementó con AirView. Análisis del estudio: Los pacientes estudiados entre el 08/07 al 04/11 del 2022 fueron 47,22 pacientes en el grupo de intervención, 20 con seguimiento

convencional y 5 fueron excluidos. La edad promedio fue similar en ambos grupos: 46 años en los de telemedicina y de 47 en seguimiento convencional. En ambos la mayoría fueron de sexo masculino: 59% y 75% respectivamente. El promedio de IAH basal en el grupo de telemedicina fue de 38 eventos/H, y en el grupo convencional fue de 40 eventos / H. En el grupo de telemedicina, no adherieron 5 pacientes (23%) la primera noche y 7 (33%) en la tercera noche. En el grupo control 1 paciente (5%) lo usó menos de 4 horas la 1er noche, 4 pacientes (21%) la 3er noche. En telemedicina el 59% presentaron fugas durante la primera noche y en la tercera noche fue 45,5%. En los de seguimiento convencional fue del 45% y 60% respectivamente. La fuga 70, en el grupo de telemedicina fue de 50% la primera y 22% la tercera noche. En el de seguimiento convencional fue de 30% la primera y 40% la tercera noche. El número de estudios repetidos fueron 10. El 13,6% de pacientes con teleseguimiento y 35% del grupo convencional. Conclusión: Nuestro estudio demostró una disminución de la repetición de estudios en el grupo de telemedicina con respecto al grupo convencional. La telemedicina disminuye las fugas entre la primera y tercera noche con la intervención. Es notable la mejoría en el total de fugas, si se analiza manualmente la fuga 70. No se puede analizar la adherencia por el bajo número de pacientes.

ID#220

DETECCIÓN DE SAHOS EN EL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR RAMÓN MADARIAGA

Autores: *Araceli Michlovsky*¹ | Adrián Cabrera¹ | Jéssica Cruz¹ | María Azcona¹ | Elsa Ibarra¹ | Gabriel Román¹

Filiación: ¹ Hospital Escuela Agudos Dr Ramon Madariaga

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción: El síndrome de Apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) se define por la presencia recurrente de colapso parcial o total de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño, generando saturación y microdespertares, que producen una respuesta inflamatoria sistémica, cardiovascular, neurocognitiva y metabólica, e incrementan la morbimortalidad de los pacientes. Los factores de riesgo asociado son la obesidad, sexo masculino, edad avanzada, menopausia, alteraciones craneofaciales y del cuello (congenitas y/o adquiridas), hipotiroidismo, antecedentes familiares, uso de sedantes, alcohol, tabaquismo. Presenta una prevalencia de 3-7% en hombres y 1-5% en mujeres. El tratamiento en general consiste en medidas higiénico-dietéticas, y ventilación no invasiva, según gravedad. Objetivos: General: Describir epidemiología, comorbilidades, gravedad y necesidad de tratamiento en pacientes con diagnóstico SAHOS mediante poligrafía respiratoria en el servicio de neumonología durante el periodo 01/06/2021 hasta el 31/05/2022. Específicos: Determinar el número de pacientes con diagnóstico de SAHOS. Analizar características epidemiológicas y las comorbilidades asociadas. Estratificar la gravedad según IAH, y contabilizar aquellos que requirieron CPAP. Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes que consultaron al servicio de Neumonología para la realización de poligrafía respiratoria, durante el periodo descrito. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional. Criterios de Inclusión: Pacientes adultos mayores derivados de las especialidades: Neumología, Programa de Obesidad, Servicio de nutrición Cardiología, Otorrinolaringología, Clínica Médica, Neurología, para realización de estudio. Se clasificó gravedad de SAHOS según el índice de apnea-hipopnea siendo leve de 5-14, moderado de 15-29 y severo >30. Resultados: Se analizaron estudios de poligrafía nocturna realizados a 110 pacientes siendo 73 mujeres y 37 varones. Se detectó SAHOS en 52 mujeres y 33 varones de la muestra. Las principales comorbilidades halladas fueron Obesidad 45,2%, HTA 29,5%, DBT 13,3%, IC 4%, EPOC 3% e Hipotiroidismo 4,2%. El rango de edad donde se observó mayor número de SAHOS fue entre 55 y 64 años. Se detectó SAHOS Leve 40%, Moderado 28,8% y Severo 31,8%. El 60% de los pacientes con diagnóstico de SAHOS requirieron tratamiento con CPAP. DISCUSIÓN Y Conclusión: La predominancia de la muestra fue femenina sin embargo la prevalencia de SAHOS

coincide con la bibliografía revisada. Se detectó SAHOS en 77,3% del total de estudios, resultando una prevalencia del 89% en la población masculina. La comorbilidad más frecuente fue Obesidad. Las edades en donde se observaron mayor número de casos de SAHOS fue 55-64 años. El 60% de los pacientes con diagnóstico de SAHOS requirieron tratamiento con CPAP correspondiendo a la estratificación SAHOS moderada a severa.

ID#251

IMPACTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO A ALTO FLUJO A TRAVÉS DE CÁNULA NASAL SOBRE LA PRESIÓN DE LA VÍA AÉREA DE CONDUCCIÓN EN SERES HUMANOS

Autores: *Dario Villalba*¹ | Sabrina Boni¹ | Amelia Matesa¹ | Facundo Gutierrez² | Gustavo Plotnikow²

Filiación: ¹ Clínica Basilea ² Hospital Británico

Sección: Opción a premio | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Introducción y objetivo: Se ha demostrado que la CNAFO₂ posee un impacto positivo tanto en términos de la capacidad del dispositivo de generar presión positiva a nivel naso-faríngeo, como en la de generar ganancia de volumen de fin de espiración y mejoría de la oxigenación. Si bien se conoce que la fuga bucal modifica la presión faríngea (PF), poco se conoce de esto en relación a la presión traqueal (PT) y menos aún en un escenario real con seres humanos. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto de la administración de CNAFO₂ en términos de presión medida con la boca abierta (Ba) y cerrada (Bc) a nivel traqueal con diferentes niveles de flujo en pacientes traqueostomizados en proceso de decanulación. Secundariamente, se evaluó el comportamiento de la PF y de la frecuencia respiratoria (FR). Material y métodos: Estudio de cohorte observacional prospectivo comparativo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años traqueostomizados en proceso de decanulación, que toleraran balón de neumotaponamiento desinflado y oclusión de la cánula de traqueostomía. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedente de patología pulmonar crónica, con fugas peristoma a través del dispositivo de medición, con intolerancia al procedimiento y aquellos que no firmaran el consentimiento informado. Se realizaron cuatro mediciones aleatorizadas con diferentes flujos (40 y 60l/min tanto con Ba y Bc) de 5 minutos de duración en cada condición, en las cuales se registraron la FR, la presión traqueal y faríngea durante el último minuto de medición. Se compararon las variables entre Bc y Ba a distintos flujos con el Wilcoxon Rank Sum Test. Para comparar la FR, y las PT y PF, a distintos flujos se usó el test de Kruskal-Wallis y el análisis Post Hoc de Dunn. Se consideró significativo un p-valor < 0,05. Para el análisis de los datos se utilizó el software Stata 13. Resultados: Se evaluaron 9 pacientes. La PT fue significativamente más elevada que la basal (p<0.05) tanto con la Ba como con la Bc. La PT con la Ba con 60 L/m fue significativamente más elevada que con 40L/m (p<0.05). La mediana de PF fue significativamente mayor con la Bc que con la Ba tanto con la implementación de CNAFO₂ a 40 como a 60 L/m (p<0.05 respectivamente). La PF Ba con 60 L/m fue significativamente más elevada que la PF Ba basal y que con 40 L/m (p<0.05). Sin embargo la PF Bc fue significativamente más elevada tanto con flujos de 40 L/m como de 60 L/m que la PF Ba (p<0.05). En relación a la frecuencia respiratoria no se encontraron diferencias significativas entre ninguna de las condiciones evaluadas. Conclusiones: La implementación de oxigenoterapia a alto flujo modifica las presiones de la vía aérea alta con valores que impactan a nivel traqueal conforme aumenta el flujo utilizado. Esto podría exponer al parénquima pulmonar a efectos tanto positivos como negativos resultantes de la interrelación existente entre ganancia de volumen y sobredistensión.

ID#299

DESCRIPCIÓN DE LAS DERIVACIONES AL LABORATORIO DE SUEÑO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Autores: *María Marta Perin*¹ | María Eugenia Peticone¹ | María Mercedes Garelo² | Ana María Putruele¹ | Juan Facundo Nogueira³

Filiación: Hospital de Clínicas José de San Martín, División Neumonología

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

Resumen: Objetivo: describir qué especialidades médicas derivan pacientes al laboratorio de sueño, qué sintoma motivó la derivación, y la tasa de diagnóstico de apneas obstructivas de sueño (AOS). Población y Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se recabaron datos de las historias clínicas (HC) de los pacientes evaluados en el Laboratorio de Sueño del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre junio 2021 y julio 2023. Se recuperaron los siguientes datos: edad, sexo, domicilio, cobertura médica, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro del cuello, score de Mallampati, especialista que derivó al paciente, sintoma que motivó la derivación, presencia de ronquidos, apneas constatadas por terceros, despertares por ahogos, cefalea, somnolencia diurna, estudio de sueño (poligrafía respiratoria o polisomnografía), y el índice de apnea hipopnea (IAH). Se tomó un valor de IAH >5 eventos por hora (ev/h) como patológico. Resultados: Se evaluaron 432 HC de las cuales 231 correspondían a pacientes de sexo masculino, con una media de 58,8 años. El 28,7% de los pacientes fueron derivados por neumonología, seguido por neurología (17,8%) y cardiología (10,9%). El ronquido fue el síntoma principal de derivación (37,5%), seguido de la presencia de somnolencia diurna (32,9%), siendo el 70% de grado moderado. Se recabaron los datos de los estudios de sueño en el 84,9% de las HC; obteniendo un diagnóstico de AOS en el 92% de los pacientes, siendo la mayoría de grado moderado y severo. Conclusión: los neumonólogos fueron los médicos que principalmente derivaron a los pacientes con sospecha de AOS, seguido por los neurólogos y los cardiólogos. El ronquido fue el principal síntoma de derivación por neumonología, otorrinolaringología y clínica. Los cardiólogos, neurólogos y otras especialidades evaluaron como sintoma principal y motivo de derivación a la somnolencia. El 84,9% de los pacientes contaron con los datos de los estudios de sueño, de los cuales al 92% se le diagnosticó AOS. Se destaca la importancia de la sospecha clínica, el interrogatorio dirigido y la búsqueda de síntomas específicos durante la consulta médica, y la derivación oportuna al especialista en sueño, principalmente en los pacientes que presentan comorbilidades con alta prevalencia de AOS.

PEDIATRÍA

ID#78

CUANDO LA TOS, DISNEA Y SIBILANCIAS RECURRENTES NO SON ASMA: BRONQUITIS BACTERIANA PROLONGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Federico Razquin¹ | Carolina Molina¹ | Luis Parra¹ | Eugenia Geraci¹

Filiación: ¹ HOSPITAL PEDIATRICO DR. HUMBERTO NOTTI

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Pediatría

Resumen: Se denomina BBP a la infección crónica de las vías respiratorias inferiores manifestada como tos húmeda o productiva de más de 4 semanas de duración que se resuelve con tratamiento antibiótico, con aislamiento de germen (*Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*) y en ausencia de otro diagnóstico. Aunque puede aparecer a cualquier edad, su incidencia es mayor en niños menores de 6 años. La clínica suele confundirse con asma, y hasta el 30% son pacientes con diagnóstico de asma que no mejorarán hasta tratar adecuadamente la infección. Se presenta el caso de una paciente de 4 años, sibilante recurrente con antecedente de internaciones por crisis obstructivas y regular a mala respuesta al tratamiento con altas dosis de corticoides inhalados asociados a LABA (long action B-agonist); sintomatología intercrisis persistente con hipoxemia. Ingresó para evaluación y seguimiento al Programa de Asma Grave de Difícil Control. Se realizan estudios complementarios e intervención kinésica enfocada en detectar causas del mal control del asma, optimizar el aclaramiento mucociliar y normalizar saturometría; notando un fenotipo indicativo de enfermedad pulmonar supurativa y en imágenes de tórax evidencia de síndrome del lóbulo medio

(SLM). Se aísla en cultivo de esputo *Haemophilus Influenzae* (+). Cumple esquema antibiótico con amoxicilina-clavulánico por 2 meses, presentando mejoría clínica, normalización de saturación, disminución de uso de corticoides inhalados y remisión de su tos. Ante un paciente con ASMA GRAVE NO CONTROLADO se debe realizar un seguimiento interdisciplinario corroborando el diagnóstico de asma y la exclusión de patologías simuladoras de la enfermedad o rasgos tratables. La tos sospecha de una enfermedad supurativa crónica se debe realizar toma de muestra de esputo y antibioticoterapia de amplio espectro, con reevaluación de la resolución sintomática. La tos crónica asociada con expectoración purulenta sugiere descartar enfermedades tales como bronquiectasias, enfermedad supurativa pulmonar o fibrosis quística.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

ID#10

VALORES DE REFERENCIA DE LA PRUEBA DE SENTARSE Y LEVANTARSE DE 1 MINUTO PARA LA POBLACIÓN ARGENTINA

Autores: Santiago Larrateguy¹ | Santiago Burgos² | Rocío Iglesias³ | Laura Carrizo⁴ | Martín Cestarí⁵ | Santiago Saavedra⁶ | Luis Larrateguy⁷ | Matías Otto-yañez⁸ | Guillermo Mazzucco⁹ | Rodrigo Torres-castro¹⁰

Filiación: ¹ Centro Privado de Medicina Respiratoria. Universidad Adventista del Plata ² Hospital Regional Ushuaia ³ Centro Privado de Rehabilitación Tandil ⁴ Consultorio Privado Rehabilitación Respiratoria ⁵ Hospital Dr. H. Notti ⁶ Hospital Alemán ⁷ Centro Privado de Medicina Respiratoria ⁸ Universidad Autónoma de Chile ⁹ Universidad de Deusto ¹⁰ Universidad de Chile

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Rehabilitación Respiratoria

Resumen: Introducción: La prueba de 1 minuto de estar sentado y de pie (1min-STST) es una prueba de campo para evaluar la capacidad física, generalmente cuando no es posible realizar la prueba de caminata de 6 minutos de caminata (TC6M). Sin embargo, se carece de valores normales para la población argentina. Por ello, nuestro objetivo fue establecer valores de referencia para la población argentina de 1min-STST. Materiales y Métodos: Realizamos un estudio transversal multicéntrico. Adultos sanos entre 18 y 80 años de seis ciudades de Argentina (Paraná, Ushuaia, Tandil, Catamarca, Mendoza y Capital Federal) completaron el 1min-STST. La prueba se realizó con una silla de altura estándar (46 cm) sin apoyabrazos colocada contra una pared. El resultado primario fue el número de repeticiones. Además, se registraron variables demográficas, antropométricas y fisiológicas durante la prueba. Resultados: Se incluyeron 304 sujetos sanos, 154/150 mujeres/hombres, edad media de 48±15 años, altura media de 169±9 cm y peso medio de 75±15 Kg. La mediana de repeticiones fue de 37 (P25-P75, 29-46), y 35 (P25-P75, 28-44) para hombres y mujeres, respectivamente. Los valores específicos por sexo y rango de edad se muestran en la Tabla 1. La única variable que correlacionó significativamente con el número de repeticiones fue la edad ($r = -0.494$, $p < 0.001$). Conclusión: En este estudio, determinamos valores de referencia para el 1min-STST en adultos sanos en Argentina. Hubo una correlación entre 1min-STST y la edad.

ID#11

FIABILIDAD DE LA PRUEBA DE SENTARSE Y LEVANTARSE REMOTA DE 1 MINUTO PARA MEDIR LA CAPACIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

Autores: Santiago Larrateguy¹ | Matías Otto-yañez² | Juan Bogado³ | Luis Larrateguy³ | Isabel Blanco⁴ | Elena Gimeno-santos⁵ | Rodrigo Torres-castro⁶

Filiación: ¹ Centro Privado de Medicina Respiratoria. Universidad Adventista del Plata ² Universidad Autónoma de Chile ³ Centro Privado de Medicina Respiratoria ⁴ Hospital Clinic-Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (INDIBAPS) ⁵ Barcelona Institute for Global Health ⁶ Universidad de Chile

Sección: Opción a premio | **Área:** Rehabilitación Respiratoria

Resumen: Introducción La prueba de sentarse y levantarse de 1 minuto (1min-STST) es una prueba de campo rápida y fácil de usar para medir la capacidad funcional. Durante la pandemia se ha recomendado esta prueba en situaciones remotas; sin embargo, su confiabilidad en este escenario no ha sido medida en enfermedades respiratorias crónicas (ERC). Por lo tanto, nuestro objetivo fue evaluar la confiabilidad de 1min-STST en entornos remotos en ERC. Métodos Se realizó un estudio transversal en pacientes con ERC (> 18 años). En orden aleatorio, el 1min-STST se realizó físicamente en el hospital (G1) y a través de una plataforma web (G2) Entre los test existió descanso suficiente. Comparamos las repeticiones, las señales biológicas (saturación de oxígeno (SpO₂) y frecuencia cardíaca (FC)), la disnea y la fatiga de miembros inferiores percibidas, pre y postest, y la recuperación de la FC al minuto posterior a la prueba. Utilizamos Mann-Whitney o la prueba t según la distribución de datos. Se utilizó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para evaluar la fiabilidad entre las dos pruebas. Resultados Se analizaron datos de 32 pacientes con una mediana de edad de 63 (P25-P75 44-71) años. Los diagnósticos más frecuentes fueron EPOC (n=16), asma (n=6) y fibrosis pulmonar (n=4). Más detalles en la Tabla 1. Las pruebas de confiabilidad no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las repeticiones (G1: 25,1 ± 7,8 y G2: 25,0 ± 8,0, p=0,844). SpO₂, FC, disnea y fatiga no difirieron entre las dos pruebas. Se encontró una fuerte confiabilidad para ambas pruebas (ICC = 0.97) Conclusiones El STST de 1 minuto realizado de forma remota es una herramienta confiable para evaluar la capacidad funcional en pacientes con ERC. Por lo tanto, esta prueba podría ser una buena estrategia si no existe la posibilidad de evaluar la capacidad funcional en persona.

ID#12

EXACTITUD DE LA BANDA DE ACTIVIDAD FÍSICA XIAOMI MI BAND 4 PARA CONTABILIZAR PASOS EN ADULTOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS, ESTUDIO DE CONCORDANCIA

Autores: *Silvina Dell'era*¹ | Elena Gimeno Santos² | Nahir Fiad Chain¹ | María Florencia Castellano Barneche¹ | Gonzalo Turón¹ | Ilona Bykhovsky¹ | María Carolina Balestrieri¹ | Guadalupe García¹ | Sergio Adrián Terrasa¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires ² Hospital Clínic

Sección: Opción a premio | **Área:** Rehabilitación Respiratoria

Resumen: Introducción: Los instrumentos de medición de actividad física diaria que han demostrado mayor exactitud en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (ERC) no han sido diseñados para realizar monitoreo continuo y tienen un alto costo. El Xíaoimi Mi Band 4 (XMB4) -un reloj de bajo costo-, demostró ser exacto para medir pasos en sujetos sanos, pero no ha sido estudiado en pacientes con ERC. Nuestro objetivo principal fue evaluar la exactitud del XMB4 para cuantificar los pasos caminados en pacientes con ERC, y secundariamente evaluar su viabilidad y usabilidad. Materiales y métodos Diseño: estudio de concordancia donde se contrastaron los datos aportados por el XMB4 con los de una prueba de referencia (video-filmación). Población y criterios de selección: fueron incluidos pacientes mayores de 18 años con ERC diversas que participaban del programa de rehabilitación pulmonar de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y excluidos aquellos con deterioro cognitivo, limitaciones osteoarticulares y/o cardiovasculares que impedirían la marcha. Realizamos un muestreo por conveniencia. Variables de resultado: número de pasos, distancia y tiempo caminado, velocidad de la marcha, viabilidad y usabilidad (Cuestionario System Usability Scale -SUS-). Procedimientos del estudio: cada participante realizó cinco caminatas (5, 10 y 30 metros, y 5 minutos a un ritmo lento y rápido) utilizando el XMB4 y una cámara de filmación deportiva. Consideraciones estadísticas: Para testear la equivalencia estadística entre los pasos registrados por el XMB4 y los contabilizados en

la video filmación fue necesario incluir 33 pacientes, utilizamos el método de intervalo de confianza para testearla seleccionando una zona de equivalencia de ±15%. Calculamos indicadores de validación del acuerdo a nivel grupal e individual y utilizamos diagramas de Bland y Altman para mostrar la distribución de las diferencias. Resultados: Entre septiembre y noviembre de 2021 fueron incluidos al estudio 33 pacientes, 64% mujeres, con una mediana (P25-75) de edad de 64,9 (55,8 a 70,2) años. El conteo de pasos registrado por el XMB4 fue equivalente a los contabilizados en la video-filmación en las diferentes caminatas evaluadas, excepto en la de menor distancia (5 metros). La cantidad de pasos fue subestimada por el XMB4, con un error de medición menor al 15% en la mayoría de las caminatas. La mediana (P25-75) de tiempo necesario para instruir a los pacientes sobre el uso del XMB4 y la App fue de 8,1 (7,6 - 9) minutos y el Cuestionario SUS de 91,3 (82,5 - 97,5). Conclusiones: el XMB4 tiene una exactitud aceptable para medir pasos en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas excepto en caminatas muy cortas, es viable y fácil de usar. Palabras clave: ejercicio, rastreadores de actividad física, dispositivos electrónicos portátiles, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades pulmonares, exactitud.

ID#61

CORRECAMINATA + AIRE

Autores: *Sandra Gabriela Moreno* | Sandra Gabriela Chiervo¹ | Cynthia Paola Moreno¹

Filiación: ¹ Hospital del Agudos y Crónicos Antonio A. Cetrángolo

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Rehabilitación Respiratoria

Resumen: Introducción: El 19 de noviembre del 2022 la unidad de rehabilitación respiratoria organizó la primer Correcaminata + Aire en un predio al aire libre con el objetivo de recorrer 2 km. Se trazó un circuito de 500 m de ida y 500 m de vuelta; se colocaron sillas cada 30 m con postas de enfermería y servicio médico. Los pacientes oxígeno dependientes portaban sus mochilas y se contó además con 5 tubos de oxígeno colocados cada 100 m. Objetivos: Mostrar los resultados de la primera correcaminata desarrollada por la Unidad de Rehabilitación Respiratoria de un Hospital Especializado en Enfermedades Torácicas. Resultados: Participaron 175 personas de los cuales, 64 eran pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (50% EPOC, 42% fibrosis pulmonar, 4% bronquiectasias, 2% asma y 2% hipertensión pulmonar) y 15 utilizaban oxígeno crónico domiciliario. Ciento once personas eran familiares y/o miembros de la comunidad hospitalaria. Todos los participantes completaron de manera satisfactoria el recorrido trazado. Los pacientes alcanzaron los objetivos individuales establecidos según su condición, los mismos fueron obtenidos mediante la educación y entrenamiento físico planificado. Pudieron además ser compartidos con la comunidad. Conclusión: Gracias a la realización de esta actividad saludable tras muro, logramos fomentar y visibilizar el trabajo que efectuamos desde salud pública provincial hacia la comunidad. Contribuyendo con nuestra experiencia a otros servicios de salud. Mediante esta experiencia observamos un incremento significativo en la motivación de nuestros pacientes. Dejamos bases para la continuidad de esta actividad hospitalaria abierta a la comunidad.

ID#167

INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA PEDIÁTRICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS EN MENDOZA

Autores: *Martín Cestari*¹ | Carolina Molina¹ | Renzo Orué¹ | Erica Barata¹ | Federico Razquin¹ | Julieta Ríos¹

Filiación: ¹ Hospital Humberto Notti, Mendoza, Argentina

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Rehabilitación Respiratoria

Resumen: Introducción. La rehabilitación respiratoria pediátrica (RRP) es una intervención interdisciplinaria, basada en la evidencia, que se realiza con protocolos personalizados en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (ERC) y disminución de

las actividades de la vida diaria. Su objetivo es reducir síntomas, optimizar el estado funcional, aumentar la participación social y reducir gastos en salud. El desarrollo tecnológico y terapéutico que han tenido tanto las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas como Neonatales, contribuyendo al egreso exitoso de pacientes prematuros extremos o portadores de daño pulmonar severos, sumado a los nuevos y exitosos esquemas terapéuticos, y al manejo ambulatorio de la patología respiratoria aguda, han conducido a que neumonología y kinesiología asuman el control integral de las ERC complejas, entre las que destacan la fibrosis. Las guías internacionales señalan que la RR debería ser accesible a todo paciente con ERC independientemente de la edad o el grado de enfermedad, siendo fundamental adaptar el programa a cada paciente de manera individualizada. **Objetivo.** 1° Evaluar cambios sobre la capacidad aeróbica y la calidad de movimiento antes y después de la implementación de un programa de rehabilitación respiratoria en pediatría. 2° Observar adherencia a este tipo de programas. **Métodos.** Observacional, prospectivo y descriptivo. A partir de Abril de 2022 se desarrolla el programa de rehabilitación respiratoria pediátrica en el Hospital Dr. H. Notti. Es llevado a cabo por Equipo de RRP (2 kinesiólogos respiratorios, kinesiólogo deportivo, kinesiólogo postural, médico neumólogo, nutricionista). Desde el inicio del programa hasta agosto 2023, ingresaron 11 pacientes, de los cuáles 4 finalizaron el programa, otros 4 abandonaron por diferentes motivos y 3 están participando en la actualidad. **Criterios de inclusión:** pacientes mayores de 10 años con diagnóstico de ERC que presentaban disnea, intolerancia al ejercicio y/o descondicionamiento físico. Por otro lado, tenían capacidad de comprender y seguir consignas; y compromiso por parte del niño/a y padres para asistir a las sesiones programadas. El programa de RRP tuvo una duración de al menos 20 semanas, 3 veces por semana, durante 60/75 minutos cada día. Tanto al comienzo como al final se evaluó test de marcha de 6 minutos (TM6M), test incremental (TI), test de carga constante (TCC), porcentaje del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1), Funcional Movement Screen (FMS). Cómo métodos de entrenamiento aeróbico se utilizó el intermitente en Treadmill. Para entrenamiento de fuerza y coordinación se realizaron ejercicios funcionales y patrones de movimiento. Para flexibilidad se trabajó con posturas de cadena anterior, posterior de método de Reeducción Postural Global (RPG). **Resultados.** Luego de comparar valores en las diferentes evaluaciones tanto antes como después de que los pacientes ingresen al programa de RRP se observaron mejoras. Las mismas se muestran en TABLA 1. **Conclusión.** Un programa de RR multidisciplinario puede implementarse en pediatría. Si bien al igual que en adultos es difícil la adherencia por diferentes razones, lleva a mejoras en las evaluaciones establecidas en el programa.

TRASPLANTE PULMONAR

ID#48

COMPLICACIONES DEL USO DE ECMO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE PULMONAR

Autores: Victoria Ruiz¹ | Indalecio Carboni Bisso¹ | Julieta González Anaya¹ | Foda Rosciani¹ | Esteban Wainstein¹ | Sonia Villarreal¹ | Marcos Las Heras¹ | David Smith¹ | Agustín Dietrich¹ | Trinidad Bergoglio¹

Filiación: ¹ Hospital Italiano de Buenos Aires

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Trasplante Pulmonar

Resumen: Objetivo: Evaluar las complicaciones asociadas al uso de ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) en postoperatorio de trasplante pulmonar. **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, realizado entre los años 2012 y 2022. Se incluyeron todos los pacientes adultos que requirieron ECMO en postoperatorio de trasplante unipulmonar y bipulmonar. Se registraron las complicaciones post-quirúrgicas asociadas al uso del dispositivo, según las definiciones de la ELSO (Extracorporeal Life Support Organization). **Resultados:** Durante el período de estudio se analizaron los resultados de 51 pacientes que recibieron ECMO en postoperatorio de trasplante pulmonar. El 53% (27)

eran del sexo femenino con una mediana de edad de 36 años (RIC 26-49), siendo mayoritariamente trasplantes bipulmonares 70% (37). En la mayoría de los casos se colocó el dispositivo en pacientes con factores de riesgo para presentar falla primaria del injerto (84.3%). A su vez, en un 11% (6) de los casos, se inició ECMO no programado por complicaciones intraquirúrgicas como hipertensión pulmonar con falla cardíaca asociada. El 37.3% (19) de los pacientes presentaron complicaciones asociadas a ECMO. Las principales complicaciones mayores fueron paro cardiorrespiratorio y muerte cerebral, en un 6% y 2%, respectivamente. Las complicaciones más frecuentes fueron trombos en la membrana 17.6% (9) y hemorragia pulmonar 13.7% (7). En esta cohorte de pacientes, la mortalidad hospitalaria fue del 29.4% (15); requirieron la realización de traqueostomía un 66% (34) y hemodiálisis 23.5% (12). **Conclusión:** El uso de ECMO en postoperatorio de trasplante pulmonar podría ser útil para evitar complicaciones como falla primaria del injerto en pacientes con factores de riesgo y en quienes presenten complicaciones graves intraquirúrgicas. Sin embargo, la tasa de complicaciones asociadas al dispositivo es alta, por lo tanto, consideramos que, por un lado es necesaria la adecuada selección del paciente candidato al uso del dispositivo y por otro lado, se deben conocer las complicaciones más frecuentes para lograr una mejor prevención de las mismas.

ID#84

TRASPLANTE CARDIOPULMONAR EN SARCOMA DE LA ARTERIA PULMONAR EN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL: CASO CLÍNICO

Autores: Juan Carlos Calderón¹ | Viviana Nazzo² | Gladys Carrasco² | Nadya Bejarano² | Karen Ochoa² | Rosalía Ahumada² | Jorge Cánave² | Alejandro Bertolotti² | Liliana Favalaro² | Juan Ossés²

Filiación: ¹ Respiralab Research Group, Respiralab, Guayaquil-EC ² Hospital Universitario Fundación Favalaro, CABA-AR

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Trasplante Pulmonar

Resumen: Introducción: La prevalencia de sarcoma de la arteria pulmonar es baja (<0,1%), con una supervivencia promedio de 1,5 meses sin exéresis quirúrgica y de 10 meses con exéresis. En los casos de enfermedad irsecable y localizada, el trasplante cardiopulmonar puede ser considerada una opción terapéutica. **Caso clínico:** Femenina 33 años, tabaquista social. Eosinofilia: estudio genético para LMC (-). Debuta con disnea CFI, dolor punta de costado derecho (2018), múltiples eventos agudos respiratorios interpretados como neumonías en LID con resolución parcial con antibioticoterapia, 2019 presenta nódulos pulmonares múltiples (FBC + BAL sin rescate). 07/19 COVID 19 asintomático. 11/20 COVID 19 sintomático e internada en sala con aporte de oxígeno suplementario. 06/21 AngioTC, TEP bilateral, tractos secuelares bilaterales. PET-CT corporal total, captación en ambas arterias pulmonares (APs) (SUV 3,8). AngioRMN de tórax, tejidos intrapulmonares APs probable origen neoplásico. 07/21 FVC 2,62L (74%) PBD delta 0%; FEV1 2,05 L (67%) PBD delta +3%; FEV1/FVC 78%. RV 0,60L (43%) TLC 3.25L (66%) RV/TLC 18 (28). DLCO 26,1 (40%) Pimax -57 cmH₂O (65%) Pemax 34 cmH₂O (22%) EABa 7,41/33,7/101/21,1/-2.7/97% 07/21 CCD + angiografía pulmonar: AD: 4,7 mmHg; PAOP: 7,3 mmHg; VD: 57/2 mmHg; PAP: 57/11 (26,3) mmHg; IC: 4.09 L/min/m²; RVP: 3,07 UW. Oclusión AP derecha (APD) en su segmento proximal. AP izquierda (API) con defecto de relleno segmento proximal, estenosis severa. Centellograma: ausencia de perfusión del pulmón derecho. El 08/21 se realizó tromboendarterectomía pulmonar y resección de sarcoma de arterias pulmonares derecha e izquierda, con márgenes de seguridad oncológica (Figura 1). Alta en CF I, con warfarina, hidrocortisona 15 mg/día en tapering hasta su suspensión y rehabilitación. AngioTC + perfusión con iodo: reperfusión APD derecha en su origen y de arteria segmentaria lateral LM, resto ocluido irrigación proveniente de arterias intercostales, bronquiales e infradiaphragmática derecha (iodo); la reperfusión API y sus ramas fue completa. Posteriormente, el 01/22 dolor punta de costado base pulmonar izquierda, disnea CF II-III. AngioRMN con recidiva de sarcoma y TEP API. Se rota a rivaroxabán. 02/22 PET TC recaída en AP (SUV 6.5), API lobar inferior (SUV 16.3) ambas sugestivas de

componente tumoral.09/22 Trasplante cardiopulmonar en condición de emergencia por vía de excepción (08/22). Salida de quirófano sin ECMO y alta en 30 días. Ecocardiograma Doppler sin signos de HP, sin rechazo agudo, realizando rehabilitación cardiopulmonar. Actualmente en seguimiento estricto para detección oportuna de recidiva de enfermedad o metástasis. Conclusiones: El diagnóstico de sarcoma de la arteria pulmonar constituye un desafío por los síntomas inespecíficos y similitudes con el TEP. En ausencia de metástasis intratorácica o metástasis a distancia, pueden ser sometidos a trasplante cardiopulmonar como estrategia terapéutica en centros de alta complejidad. A la fecha <10 casos han sido reportados a nivel mundial.

ID#87**CRISPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE TRASPLANTADO**

Autores: Nadya Bejarano¹ | Viviana Nazzo¹ | Gladys Carrasco¹ | Karen Ochoa¹ | Juan Osses¹ | Rosalia Ahumada¹ | Mariano Candiotti¹ | Teresa Ibañez¹ | Roberto Favaloro¹

Filiación: ¹ Fundacion Favaloro

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Trasplante Pulmonar

Resumen: Introducción: El *Cryptococcus* es un agente fúngico frecuente para el desarrollo de infecciones pulmonares invasivas. La inmunosupresión es el principal factor de riesgo independiente para su desarrollo, el pulmón es el órgano mayormente afectado en trasplante de órgano sólido (TOS). Presentamos un paciente trasplantado bipulmonar (TxbP) por fibrosis quística (FQ) que desarrollo criptococosis pulmonar (CP) a los 11 años pos trasplante. Caso clínico: masculino de 36 años con FQ DF508 con compromiso pancreático, TxbP en el 2012, colonizado por *Pseudomonas aeruginosa* y complicado con estenosis del ostium de lóbulo superior izquierdo tratado endoscópicamente mediante dilataciones con balón, en tratamiento inmunosupresor con sirolimus y micofenolato. Refiere 1 mes de evolución con aumento de expectoración mucopurulenta, febrícula intermitente y expectoración hemoptoica en 3 ocasiones auto limitada. Al examen físico la auscultación respiratoria revela rales crepitantes en campo pulmonar inferior derecho, saturación de oxígeno al aire ambiente 95% con estabilidad hemodinámica y ventilatoria. La tomografía de tórax mostró consolidación en lóbulo inferior derecho (LID) [Imagen]. Se realizó fibrobroncoscopia encontrándose mucosa de bronquio intermedio congestiva y eritematosa tapizada por secreciones mucohemáticas adherentes y tapones mucosos provenientes de LID. El lavado broncoalveolar reporto hifas encapsuladas compatibles con *Cryptococcus neoformans* sensible a anfotericina. Se realizó tomografía de cerebro que no mostro patología estructural; y punción lumbar con antígeno y tinción negativa pero con líquido inflamatorio a predominio mononuclear, glucorraquia y proteinorraquia. Inició tratamiento endovenoso con anfotericina B liposomal con adecuada tolerancia. Discusión: La criptococosis es la tercera causa de infección fúngica más común en TOS. Su prevalencia es de varía entre 0.2-8%, siendo más frecuente en trasplante renal. Al ser un microorganismo ubicuo, la infección latente podría tomarse invasiva al enfrentar escenarios de inmunosupresión, particularmente en trasplantados unipulmonares y FQ; sin embargo, su aparición es más común en los primeros dos años pos trasplante y con el uso de terapia depresora de linfocitos T CD4; también puede ocurrir primo infección. Es llamativo en el caso presentado su aparición en tratamiento inmunosupresor de larga data. El 30% de los pacientes pueden presentarse asintomáticos. Los hallazgos radiográficos pulmonares no son específicos y es mandatorio descartar el compromiso del sistema nervioso central. Conclusión: La CP es una etiología infrecuente en este programa de trasplante. Su elevada mortalidad sin tratamiento precoz, requiere un alto índice de sospecha y el uso de métodos diagnósticos invasivos para su confirmación.

ID#162**COMPLICACIONES DE VÍA AÉREA POSTRASPLANTE PULMONAR, RESULTADOS LUEGO DE TRATAMIENTO CON STENT**

Autores: María Nazzo¹ | Juan Calderon¹ | Gladys Carrasco¹ | Nadya Bejarano¹ | Karen Ochoa¹ | Teresa Ibañez¹ | Rosalia Ahumada¹ | Mariano Candiotti¹ | Juan Ossés¹ | Jorge Cáneva¹

Filiación: ¹ Fundación Favaloro

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Trasplante Pulmonar

Resumen: Introducción: El trasplante pulmonar (TP) es el tratamiento final para patologías pulmonares crónicas avanzadas, mejora calidad y supervivencia. Las complicaciones de vía aérea (CVA) está ligada con morbimortalidad, y se desconoce su tasa real. Objetivos: establecer características de CVA posTP Materiales y métodos: Estudio de corte transversal, descriptivo, unicéntrico, incluyendo a TP realizados entre 2012-2022. Criterios de inclusión: receptores con CVA: estenosis (E), malacia (Ma), dehiscencia (D), evaluados por fibrobroncoscopia (FBC) de vigilancia, síntomas en controles médicos (CM), caída espirométrica resuelta con FBC, dilatación con balón (DB) e implante de stent (St). Se realizó análisis descriptivo de como factores de riesgo (FR): colonizaciones previas (CP), sexo, edad, soporte hemodinámico (SH), causa y tipo de TP: unipulmonar, bipulmonar (BP), cardiopulmonar, retrasplante, condición en lista. Se realizó chi cuadrado y ANOVA para comparaciones, además de Kaplan-Meier para análisis de supervivencia (S). $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Resultados: $n = 273$ pacientes, 30 (10%) desarrollaron CVA. La edad media fue 46 años, predominio masculino 21 (70%). Más frecuente fue BP y en condición de emergencia (53%), siendo más frecuente fibrosis quística 10 (33.3%), fibrosis pulmonar 9 (30%), hipertensión pulmonar 4 (13.3%), y <10%: enfermedad intersticial y EPOC. El 43% no requirió SH. La CVA más vista fue E 15 (50%), localizada mayormente en bronquio intermedio. 90% se detectaron por CM con caída espirométrica. 18 pacientes (66%) requirieron DB previo implante de St. La media de S fue 60,8 meses (IC 95% 40,97-80,60) posTP. Respecto a FR para CVA, menor edad se relacionó con presentación de E ($p < 0.05$). La E no se asoció con óbito ($p > 0.05$) Discusión: Las CVA se presentan en 2 a 18%, con una M de 2 al 4%. Ocurren antes de los 3 meses (temprana) del TP: la necrosis por isquemia (I) o D de sutura, y posterior a 3 meses (tardía): E, granulomas o Ma. Las CVA se dan por I de sutura, la revascularización de vía aérea del injerto se completa de 2 a 4 semanas, empeora en situaciones que reducen el flujo sanguíneo o aumentan la resistencia vascular pulmonar. Las CVA son causas benignas de E, por lo que se beneficiarían con implante de St siliconado, pero dificultan el mecanismo mucociliar o migran, siendo desventajas para nuestra población. Los St metálicos autoexpansibles (AE) se aplican por FBC flexible, la Cleveland Clinic demostró que son útiles para E y D complicadas postTxP. Conclusión: El tratamiento de CVA posTP se beneficiaría con colocación de St metálico AE de forma permanente ya que no migra, se adhiere a mucosa, permite clearance de secreciones. Los CM demostraron la eficacia del tratamiento, al no reportar complicaciones. Es importante remarcar el éxito del procedimiento y resultados, se debe al equipo médico experimentado, selección adecuada del paciente y momento oportuno.

ID#179**COMPARACIÓN DE LA INSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR - 2017-2023**

Autores: Teresa Ibañez¹ | Juan Manuel Osses¹ | Juana Rosalia Ahumada¹ | Liliana Martínez¹

Filiación: ¹ HUFF

Sección: Trabajos de investigación | **Comunicación oral** | **Área:** Trasplante Pulmonar

Resumen: 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 y comparar los datos de dos poblaciones distintas de pacientes trasplantados encuestados en el año 2017 y 2023. Materiales y Métodos: Se encuestaron a 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%. 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 están a cargo de un familiar, no desean trabajar en forma remunerativa o bien se han jubilado. Resultados: La Tabla 1 2027 Mujeres: 42 ptes. Y 2023 mujeres : 34 ptes. Tabla 1 estudio trabajo informal trabajo formal sin ocupación/ jubilado total inserción laboral 2017 Total (n:110) 7 33 22 49 50 % 2023 TOTAL (n: 80) 10 13 21 36 42,5% Conclusiones: En relación al trabajo realizado en el 2017, la inserción laboral bajo 7,5% Se observa una diferencia en relación al tipo de inserción laboral, mientras que en el año 2017 la mayoría lo hacía en el mercado informal, observamos que en el año 2023 la mayoría lo hace en el mercado formal. No observamos diferencia en la inserción formal. 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.

ID#194

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y OXIGENACIÓN EN POTENCIALES DONANTES DE PULMÓN AL DÍA DE LA ABLACIÓN

Autores: Evelyn Brizuela¹ | Guillermo Brunetti¹ | Juan Manuel Villagrasa¹ | Daniel Rodríguez¹ | Danilo Salas¹ | Gisella Blanco¹ | Camila Miranda¹ | Mauricio Petre¹ | Pablo Centeno¹ | Natalia Leales¹

Filiación: ¹ Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Trasplante Pulmonar

Resumen: Objetivo: Describir variables de mecánica ventilatoria y oxigenación en pacientes potenciales donantes de pulmón al día de la ablación de órganos. Secundariamente, se buscó analizar la tasa de donación de pulmón dentro de la muestra en estudio. Métodos: Estudio de diseño retrospectivo, transversal y observacional. Se incluyeron pacientes potenciales donantes de pulmón con certificación de muerte encefálica internados en un hospital de la provincia de Buenos Aires desde enero de 2021 hasta diciembre de 2022. Variables ventilatorias: modo ventilatorio, volumen tidal, frecuencia respiratoria, presión positiva al final de la espiración total, flujo, presión plateau, presión pico, compliance estática, resistencia, driving pressure, mechanical power y ratio ventilatorio. variables de oxigenación: relación presión arterial de oxígeno/ fracción inspirada de oxígeno (PaO₂/ FiO₂) y cociente arterio alveolar (a/A) Resultados: La muestra se compuso de 30 pacientes potenciales donantes de pulmón internados en la unidad de terapia intensiva, conformada por 21 sujetos (70%) de sexo masculino y el restante femenino. La media de la edad fue de 38,3 años (DS 12,46). En cuanto a las variables de ventilación mecánica se observó que los PD fueron ventilados entre 6 y 8 ml/kg con una media de 6,93 (DS 0,96), FR 19,13 (DS 3,31), Ppl 17,13 (DS 2,43), DP 9,07 (DS 1,96); con respecto a los días de AVm se observó una mediana de 2 (RIQ 2-3). Las variables de oxigenación presentaron una media de PaO₂/FiO₂ de 372,38 (DS 66,73) y a/A de 0,64 (DS 0,13). La tasa de donación de órganos reportada fue del 100% (n=30), mientras que el 20% (n=6) fue donante efectivo de pulmón, de los cuales cinco corresponden a donantes ideales y uno a donante marginal. Conclusión: Se logró describir las variables de mecánica ventilatoria y oxigenación en sujetos potenciales donantes de pulmón al día de la ablación de órganos. A pesar de cumplir con las recomendaciones de soporte ventilatorio establecidas para esta población y de cumplir con los criterios de donante ideal o marginal, sólo un 20% de los PD fueron considerados aptos para la ablación de pulmón. Palabras clave: procuración, pulmón, ventilación mecánica

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

ID#89

EPOCAR, 6 AÑOS DESPUÉS. INICIATIVA PARA PREVENIR LA EPOC

Autores: Juan D'Aloisio | JAV Bertolin | R Álvarez | G Cadamuro | A. González | A Nevado | L Uribe Echevarría

Filiación: ¹ Sanatorio Allende Córdoba

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Tratamiento del tabaquismo

Resumen: Introducción y Objetivo. La EPOC es una enfermedad prevenible tal lo define GOLD e intervenir en etapas tempranas, pre- EPOC y en fumadores jóvenes podría evitar el desarrollo de la enfermedad. Nuestro objetivo es evaluar la evolución de síntomas y función pulmonar de los pacientes jóvenes fumadores y ex fumadores sanos que participaron en el estudio EPOC.AR en el año 2016 del aglomerado de la Ciudad de Córdoba (EPOC.AR-CBA 2016) y motivar la cesación tabáquica en aquellos pacientes fumadores actuales. Materiales y Métodos: Se seleccionaron desde la base de datos del estudio EPOC.AR-CBA 2016 a los voluntarios que en el momento actual tuvieran 40 a 60 años de edad, figuren como fumadores y ex fumadores sin diagnóstico de EPOC. Se les llamó telefónicamente a participar del trabajo. A los que accedieron se les consignó una historia clínica, espirometría y motivación a cesación tabáquica. Se analizaron y compararon las variables del 2016 con las actuales 2022: edad, género, condición de tabaquismo, disnea según escala mMRC, tos y expectoración según CAT, parámetros espirométricos post broncodilatador. Se calculó la caída anual del FEV1 en ml/año (considerando caída anormal > 30ml/año). Proyecto aprobado por el Comité de Ética de la Institución. Los voluntarios firmaron un consentimiento informado por escrito. Resultados: De las 499 personas incluidas en el estudio EPOC.AR-CBA 2016, 88 cumplían con los criterios de inclusión; en 50 voluntarios se logró el contacto telefónico y solo 17 completaron el estudio. La edad media fue 52.41 años (46-59 años) 30% varones. Permanecieron 14 pacientes (82.35%) con valores espirométricos normales y 3 (17.64%) con patrón restrictivo. Comparando las espirometrías de los años 2016 y 2022, se observó una caída media del VEF1 de 173 ml (DE 0.29) y 5 (29.4%) presentaron una caída significativa anual de 39.2 ml/año sin llegar a criterios espirométricos de EPOC. El promedio de diferencia de puntaje en la escala CAT fue de -0.35. Cinco pacientes (29.4%) subieron un punto en la escala de CAT. Eran fumadores 16 pacientes en 2016, 4 (25%) de ellos dejaron de fumar luego de la intervención de EPOCAR 2016. De los 12 fumadores actuales, 11 (91.66%) expresaron la intención de dejar de fumar, pero sólo 1 paciente concretó la visita al consultorio de cesación tabáquica. Conclusiones: Hubo mejoría significativa en sintomatología y parámetros funcionales espirométricos en quienes abandonaron la adicción tabáquica contra aquellos que continuaron fumando, predominando el patrón restrictivo. Los fumadores actuales la mayoría con intención de abandonar el hábito tabáquico, sin embargo, baja motivación en concretar las acciones de cesación. Los resultados sugieren que una intervención temprana de cesación tabáquica es esencial en la prevención de la EPOC debiendo optimizarse las estrategias en jóvenes fumadores.

ID#241

INCREMENTO DEL TABAQUISMO EN MUJERES, UN PROBLEMA EMERGENTE

Autores: Julieta Franzoy¹ | Belén Ginetti¹ | Marcella Perri¹ | Alejandro Salvado¹ | Glenda Ernst¹

Filiación: ¹ Hospital Británico

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Tratamiento del tabaquismo

Resumen: Introducción: En la última década, la prevalencia del tabaquismo en las mujeres ha ido en aumento. Las características del tabaquismo femenino son diferentes aspectos tales como edad de inicio, carga tabáquica y abandono del hábito. Resulta relevante conocer las características del tabaquismo en mujeres

de la población Argentina para desarrollar estrategias preventivas y políticas sanitarias. **Objetivo:** Describir la prevalencia de tabaquismo y sus características agrupado por sexo. **Materiales y métodos:** Se utilizaron los datos de la Encuesta Mundial de tabaquismo en sujetos argentinos mayores de 15 años realizada por INDEC y Ministerio de Salud en el año 2012. Se realizó un análisis de la población agrupada por género de acuerdo a las recomendaciones http://genderinnovations.stanford.edu/methods/health_med_checklist.html. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o como frecuencia y cantidad para las variables cualitativas. Se utilizaron test de T y Fisher para estimar las diferencias entre grupos. **Resultados:** Se incluyeron 6645 sujetos entrevistados de los cuales 3650 fueron mujeres y 2995 hombres, con una media de edad similar (51.1±17.1 vs 49.9±16.4 años, respectivamente). La prevalencia de tabaquismo fue menor en mujeres que en hombres (18.8% (n: 687) vs 30.7% (n:919)). La edad de inicio tabáquico fue significativamente mayor en las mujeres (19±7.9 vs 17.2±6.8; p < 0.0001); por otra parte, esta población de mujeres presentó una carga tabáquica menor que los hombres (11.2±7.9 vs 15.0±11.9 cigarrillos/día). En ambos grupos la consulta médica en el último año, fue baja (mujeres: 1.36% (n:50), hombres 0.9% (n:27)). **Discusión:** Los datos analizados muestran que las mujeres mayores de 15 años, presentaron en 2012, menos prevalencia del consumo de tabaco. Sin embargo, 8 años más tarde, los resultados publicados de la encuesta mundial de tabaquismo en adolescentes, mostró que entre 13 y 15 años, un 20.2% eran fumadores, con una mayor proporción de mujeres que hombres (21.4% vs 18.7%). Es de fundamental importancia, comprender estos datos que muestran un incremento del hábito tabáquico en mujeres cada vez más jóvenes.

TUBERCULOSIS

ID#9

ACTIVIDAD DE LA FLUOROQUINOLONA DC-159A EN LA INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS

Autores: Belén Rocío Imperiale¹ | María Belén Mancino² | Roberto Damián Moyano³ | Silvia De La Barrera¹ | Nora Morcillo²
Filiación: ¹ IMEX-CONICET, Academia Nacional de Medicina ² Hospital Dr. Antonio A. Cetrángolo ³ IABIMO-CONICET, INTA CiCVyA

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral
Área: Tuberculosis

Resumen: Introducción. Durante el año 2019 la OMS estimó casi 5 millones de muertes en el mundo asociadas a la resistencia a antibióticos. En el mismo período se reportaron alrededor de medio millón de casos de tuberculosis (TB) multidrogo-resistente (MDR). Por otra parte, las micobacterias no tuberculosas (MNT), en general resistentes a varios antimicrobianos de uso clínico, son agentes potencialmente patógenos de micobacteriosis. Las fluoroquinolonas (FQs) se utilizan en el tratamiento de la TB-MDR y de las micobacteriosis, sin embargo, el tratamiento de éstas no está totalmente estandarizado alcanzando tasas de éxito variable. Además, la emergencia de cepas de *M. tuberculosis* (Mtb) resistentes a FQs, como la pre- y XDR-TB, es también una preocupación mundial, siendo necesarios fármacos bactericidas alternativos para ser utilizados con buena tolerancia en regímenes terapéuticos combinados. **Objetivos.** Evaluar la actividad de la DC-159a en aislamientos de Mtb, MNT y cepas de referencia (Mtb H37Rv, *M. bovis* BCG y *M. avium* D4) y explorar el grado de resistencia cruzada con otras FQs de uso clínico, moxifloxacina (MOX) y levofloxacina (LX). **Materiales y Métodos.** Se evaluó la actividad in vitro de DC-159a, MOX y LX en aislamientos micobacterianos mediante la determinación de la concentración inhibitoria (CIM) y bactericida mínimas (CBM) usando un método colorimétrico en placa. Se incluyeron 36 cepas de Mtb sensibles a las drogas anti-tuberculosas, 12 cepas pre-XDR, 2 XDR-TB y 41 de *M. avium*. Además, se determinó la actividad ex vivo de la DC-159a en cepas de referencia utilizando macrófagos (M?) y la línea celular alveolar A-549. **Resultados.** Los valores de CIM_DC-159a fueron menores para H37Rv y BCG (CIM: 0,03 µg/mL), que para *M. avium* D4 (CIM: 0,13 µg/mL). La CIM50_DC-159a en aislamientos de *M. avium* fue 0,06 µg/mL,

2 a 8 veces menor que la CIM50_LX/MOX. En los aislamientos pre-XDR/XDR-TB la CIM50_DC-159a fue 0,03 µg/mL, 4 a 8 veces menor que la CIM50_MOX/LX. Todos los aislamientos resistentes a MOX/LX (CIM: 8,00-1,00µg/mL) tuvieron valores de CIM_DC-159a entre 0,03-0,06 µg/mL. Las cepas de referencia, el 70,7% de los aislamientos de *M. avium* y 9/14 de los de Mtb mostraron idénticos valores de CIM/CBM_DC-159a. Para D4 en M? la CIM_DC-159a fue 0,50 µg/mL y la CBM de 2,00 µg/mL. Para D4 en A-549 la CIM_DC-159a fue 0,13 µg/mL y la CBM, 1,00 µg/mL. Para BCG, la CIM_DC-159a fue 0,25 µg/mL y la CBM 1,00 µg/mL, en M? y en A-549 la CIM_DC-159a fue 0,06 µg/mL y la CBM 1,00 µg/mL. **Discusión y conclusiones.** La actividad de DC-159a frente a MNT y Mtb fue mayor que la de MOX y LX, siendo aquellas bacterias más susceptibles a DC-159a que a las FQs de uso clínico. En la mayoría de los aislamientos los valores de CIM y CBM coincidieron, lo que sugiere una actividad bactericida de la droga. Además, no se evidenció resistencia cruzada entre DC-159a y MOX/LX. Por lo tanto, DC-159a podría ser un candidato a evaluar en nuevos esquemas terapéuticos para casos de TB-MDR/pre-XDR/XDR y micobacteriosis.

ID#13

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN LATENTE DE TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores: Guillermo Besteiro¹ | Camilo Meza Padilla¹ | Carolina Baroni¹ | Evangelina Membriani¹ | Leticia Limongi¹

Filiación: ¹ HOSPITAL DE CLINICAS

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes tienen un mayor riesgo de contraer infecciones, incluida la tuberculosis (TB). Este riesgo está relacionado con alteraciones inmunológicas provocadas por la propia enfermedad, así como por tratamientos que pueden desempeñar un papel importante en la reactivación de la TB latente (TBL). El screening y tratamiento de la TBL es un pilar fundamental en áreas endémicas como lo es nuestro país. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la pandemia por Covid 19 en el seguimiento de pacientes con TBL que recibieron terapia inmunosupresora y el riesgo de hepatotoxicidad por isoniazida (H) como outcome secundario. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 2 grupos de pacientes con TBL. El grupo 1 incluyó pacientes notificados en una base de datos previa al inicio de la pandemia (n: 34) y el grupo 2 los que se inscribieron durante el transcurso de la pandemia (n: 37). Ambos grupos se encontraban en tratamiento con inmunosupresores y recibieron H 300 mg/día como profilaxis. **Resultados:** La población fue predominantemente femenina con una mediana de edad de 54.6 años. La tasa de abandono de H fue mayor luego del inicio de la pandemia (Grupo 1: 5.88 % vs Grupo 2: 37.83 %) con un valor de p significativo (p=0.000078). Por otra parte el segundo grupo presentó niveles más altos de hepatotoxicidad (13.51% vs 2.94% en el grupo 1) aunque con un valor de p no estadísticamente significativo. **Conclusión:** La detección y el tratamiento de la TBL se vieron afectados por la pandemia de Covid 19 debido a la interrupción en el seguimiento de pacientes y la falta de prevención para el desarrollo de TB en nuestro hospital. Se pone así de manifiesto la necesidad de un sistema de salud que brinde acompañamiento continuo para este tipo de pacientes. La profilaxis adecuada, por otra parte, evitará mayores costos en tratamientos futuros ante el desarrollo de una posible enfermedad activa. Si bien los niveles de hepatotoxicidad fueron mayores en el grupo evaluado durante la pandemia, el valor no fue significativo, lo cual puede tener relación con otros factores que no han sido contemplados en este estudio. Por tal motivo se necesita un mayor análisis para cuantificar mejor este resultado.

ID#16

UN PROBLEMA EMERGENTE: LA HETERORRESISTENCIA EN MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Autores: Ana María Gamberale¹ | Bruno Bartoletti¹ | Víctor Cruz¹ | Mario Matteo² | Cecilia Latini² | Roxana Pauli³ | Federico Lorenzo³ | Norberto Simboli⁴ | Domingo Palmero²

Filiación: ¹ Hospital Muñiz ² Instituto Vaccarezza ³ INEI-ANLIS Malbrán ⁴ IINEI-ANLIS Malbrán

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Se considera infección mixta por *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) a la coexistencia en un mismo paciente de 2 cepas diferentes de Mtb o 2 variantes distintas de la misma cepa. Cuando una de las variantes de la cepa presenta mutaciones de resistencia, o ambas la presentan pero con un patrón diferente, se denomina heterorresistencia (HTR) monoclonal, en el caso que sean 2 cepas diferentes, es una HTR policlonal. Se presentan 3 pacientes con HIV/sida avanzado, todos con reiterados problemas de adherencia al tratamiento, en los cuales, a través de la secuenciación genómica completa del Mtb se diagnosticó HTR monoclonal, coexistiendo 2 variantes de la misma cepa aisladas de muestras de diferentes órganos (pulmón y ganglios linfáticos), con diferentes perfiles de sensibilidad/resistencia. En la Tabla, se presentan los resultados bacteriológicos (fenotípicos y genotípicos) de cada paciente. Uno de ellos terminó el tratamiento con criterio de curación, otro aún continúa en tratamiento, y el tercero falleció. En los 3 casos, se modificó el esquema terapéutico teniendo en cuenta el patrón de la cepa con HTR. TABLA (en archivo adjunto) La HTR es un fenómeno preocupante, cuya incidencia global es desconocida. Hay reportes de una frecuencia desde 1 hasta 20%. Es importante considerar la posibilidad de HTR, en pacientes con múltiples intentos terapéuticos previos y poblaciones bacilares altas, como en el sida avanzado, ya que esta situación potencialmente compromete los resultados del tratamiento al coexistir variantes (o cepas diferentes) de cepas sensibles y resistentes o con variaciones en el perfil de resistencia, lo que hace necesario considerar la modificación de los esquemas terapéuticos.

ID#18

FÍSTULA BRONCOPLEURO CUTÁNEA EN TUBERCULOSIS

Autores: María Luján Noguera¹

Filiación: ¹ Hospital F. J. Muñiz

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La fistula broncopulmonocutánea es una comunicación patológica entre el bronquio, espacio pleural y la piel. Generalmente se produce luego de una cirugía pulmonar, trauma torácico, empiema o absceso pulmonar. Esta complicación, infrecuente en la tuberculosis, se observa en la falta o demora del tratamiento antifímico. Caso clínico Mujer de 31 años, consultó en octubre de 2019 por presentar una tumoración subescapular derecha, en cuya TAC se observó una colección subcutánea, asociado a una masa pulmonar en lóbulo superior derecho. Se realizó punción de ambas lesiones y drenaje percutáneo con colocación de tubo en la lesión pulmonar. Se enviaron muestras para baciloscopia las cuales fueron negativas, quedando pendientes los cultivos. Fue externada, para continuar su diagnóstico en forma ambulatoria. Dos años después, la paciente reingresa con un cuadro clínico caracterizado por sudoración nocturna, pérdida de peso de 10 kg, tos productiva, disnea mMRC 3 y odinofagia. En el examen físico se constata mal estado general, taquipnea, taquicardia, insuficiencia respiratoria, desnutrición, palidez cutáneo-mucosa y tumoración en región subescapular derecha con orificio y drenaje de secreción purulenta. Presenta anemia grave con requerimiento de transfusión, leucocitosis e hipoproteinemia. Se realiza TAC de tórax con compromiso bilateral, con cavidades en ambos lóbulos superiores y árbol en brote en lóbulos inferiores, fenómeno lítico a nivel de la raíz de la tercera y cuarta costilla y en apófisis transversa de D4, y trayecto de la fistula broncopulmonocutánea. Baciloscopia de esputo más de 10 bacilos por campo. Se transfundieron dos unidades de glóbulos rojos, se inició reposición de albúmina y alimentación enteral. Serologías para HIV, HBV, HCV negativas. Se obtuvieron los resultados de los cultivos tomados en la internación anterior que fueron positivos para *M. tuberculosis* sensible a drogas de primera línea. Iniciándose tratamiento con antifímico según peso. Se realiza el diagnóstico de tuberculosis diseminada con presencia de fistula broncopulmonocutánea. Permaneció internada durante cincuenta días evolucionando favorablemente, se otorga el alta hospitalaria, continuando tratamiento ambulatorio. Cumplió tres meses de fase de ataque y un mes de fase de consolida-

ción luego abandonó el tratamiento. Consultando nuevamente después de tres meses, la paciente se encontraba asintomática y con el orificio de la fistula cicatrizado, en dicha consulta se reinicia nuevamente el tratamiento con drogas de primera línea. Se vuelve a perder el seguimiento de la paciente. Discusión y conclusiones La paciente presenta un absceso frío de la pared torácica en el contexto de una tuberculosis extensa sin tratamiento, con formación de una fistula broncopulmonocutánea. La asociación entre *M. tuberculosis* y fistula broncopulmonocutánea en ausencia de empiema es poco frecuente por lo que no hay recomendaciones en cuanto a su tratamiento. La misma es una complicación rara y requiere un tratamiento oportuno para lograr una evolución favorable.

ID#34

LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO TRAS EL DIAGNÓSTICO. DRESS POR ANTIFÍMICOS

Autores: Alejo Ramos¹ | Jimena Falco¹ | Manuel Ibarrola¹ | Silvia Quadrelli¹

Filiación: ¹ Sanatorio Güemes

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La tuberculosis en Argentina tiene una incidencia de 26,5 cada 100.000 habitantes. Su tratamiento incluye fármacos que pueden desarrollar eventos adversos graves como el síndrome de sensibilidad a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS). El DRESS es una reacción cutánea extensa con afectación de órganos viscerales, linfadenopatía y eosinofilia; representando del 10-20% de todas las reacciones adversas cutáneas a medicamentos, con una mortalidad de 2-10%. Suele presentarse de 2 a 8 semanas desde la ingesta del fármaco. La presentación es heterogénea y el curso puede ser prolongado, con brotes a pesar de la suspensión del causante. Los principales fármacos asociados son los anticonvulsivos, el alopurinol y los antibióticos. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran las toxicodermias, vasculitis, síndrome hipe-reosinofílico, síndrome Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica, entre otras. Se presenta caso de tuberculosis pulmonar y síndrome DRESS secundario al tratamiento, exponiendo su manejo y terapéutica en una institución privada. Caso Clínico: Mujer de 24 años, sin antecedentes, quien acudió al nosocomio sintomática respiratoria asociada a astenia, sudores nocturnos y pérdida de 2 kg en un mes. Al examen físico, buen estado general, taquipnea, ruidos respiratorios disminuidos en hemitórax izquierdo y adenopatías cervicales palpables. Laboratorio: leucocitosis 13.700/mm³ - Plaquetas: 355.000/mm³; PCR: 4.8 mg/L - Hepatograma normal, HIV no reactivo. Tomografía de tórax: imagen cavitada en Lóbulo superior e inferior izquierdo asociada imágenes nodulilares centrolobulilares con patrón de árbol en brote en Lóbulo Superior derecho, Lóbulo medio y Lingula. Se solicitaron baciloscopia y cultivo de esputo obteniéndose resultados positivos para *Mycobacterium tuberculosis*, sensible a isoniácida y rifampicina. Inició tratamiento con isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol ajustado a peso, y se otorgó el alta. A los 28 días de tratamiento, reingresa febril con exantema cutáneo pruriginoso, eritematoso y maculopapular con afección del 70-80% de la superficie corporal total, con compromiso hepático y poliadenopatías. Laboratorio eosinofilia periférica de 15% (1.800 células/μl) y elevación de enzimas hepáticas (ALT 720 U/l y AST 650 U/l). Los antifímicos se suspendieron y se administró corticoides (1 mg/kg). Se realizaron controles periódicos y corticoterapia hasta resolución completa al cabo de 3 semanas. Se inició tratamiento no hepatotóxico a dosis crecientes semanales hasta Estreptomina 15 mg/kg/día (825 mg/día), Levofloxacina 750 mg/día y Linezolid 600 mg/día obteniéndose buenos resultados con normalización de parámetros clínicos y de laboratorio. Se otorgó el alta médica con control ambulatorio. Discusión y conclusión: El DRESS es una reacción adversa severa, potencialmente mortal, que puede presentarse por antifímicos, siendo primordial su sospecha y tratamiento precoz.

ID#35

REACCIÓN ADVERSA POTENCIALMENTE MORTAL TRAS EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO. SERIE DE CASOS DE DRESS

Autores: Alejo Ramos¹ | Jimena Falco¹ | Manuel Ibarrola¹ | Silvia Quadrelli¹

Filiación: ¹ Sanatorio Guemes

Resumen: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: El síndrome de sensibilidad a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) es un cuadro potencialmente grave que cursa con reacción cutánea extensa con afectación de órganos viscerales, linfadenopatía y eosinofilia, presentando una incidencia de 1/1.000 y 10.000 exposiciones y su mortalidad es de 10% -20%. Los principales fármacos asociados son los antibióticos, anticonvulsivos y el alopurinol. La presentación es heterogénea y el curso puede ser prolongado, con brotes a pesar del retiro del fármaco. La identificación del síndrome de DRESS constituye un reto diagnóstico debido a la diversidad de manifestaciones clínicas en relación al número de órganos afectados. El tratamiento se basa, a pesar de no haber consenso, en esteroides y suspensión del fármaco sospechoso. Se presentan a continuación 3 casos de síndrome DRESS secundario al tratamiento antituberculosis en un centro privado de Buenos Aires. Casos Clínicos: Caso 1: mujer de 24 años, sin antecedentes, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar por BAAR y cultivo de esputo en contexto sintomática respiratoria e imagen cavitada pulmonar. Inicia cuádruple asociación y a los 28 días reingresa por rash maculopapular pruriginoso, eritematoso con afectación del 70-80% de la superficie corporal total (SCT), con compromiso hepático, poliadenopatías y fiebre. Laboratorio: eosinofilia 1.800 células/μl; GOT 720 U/l y GPT 650 U/l. Se suspendió antifímico y se administró corticoides (1mg/kg). Mejoró clínicamente a las 3 semanas; se continuó corticoterapia hasta resolución completa. Se inició tratamiento antifímico no hepatotóxico a dosis crecientes semanales (Estreptomycin, Levofloxacin y Linezolid). Caso 2: mujer de 47 años de edad sin antecedentes, con diagnóstico de tuberculosis por BAAR positivo en esputo en contexto de lesión pulmonar cavitada. Acude tras 15 días de tratamiento antifímico con rash generalizado pruriginoso de tipo máculo vesicular con compromiso del 70% de SCT asociada con lesiones ampollares en piernas e ictericia generalizada. Laboratorio: eosinófilos 15% (5700 células/ul), RIN 2.35, Albúmina 1.7 g/dl, Glucemia 29 mg/dl; Bilirrubinemia 8.1 mg/dL; GOT 859 U/l y GPT 536 U/l. Se retiró antifímico, se inició corticoides a 1 mg/kg, ingresó a terapia intensiva, que por evolución tórpida se trasladó para posible trasplante hepático. Caso 3: hombre de 17 años de edad, sin antecedentes, con diagnóstico de tuberculosis pleural por biopsia, en contexto de síndrome febril prolongado y dolor pleurítico. Se inició tratamiento antifímico y reingresó a los 21 días con rash maculopapular generalizada con afectación del 50% de SCT. Laboratorio: eosinofilia periférica 19% (5098 células/ul), GOT 125 U/l y GPT 151 U/l. Se suspendió antifímicos e inició corticoides 1mg/kg con buena respuesta. Se inició tratamiento con Levofloxacin, Etambutol y Estreptomycin, el cual toleró y completó. Discusión y conclusión: El DRESS es una reacción adversa severa, de presentación variada que puede ser secundaria al tratamiento anti tuberculosis, siendo primordial su sospecha y tratamiento precoz.

ID#51

TUBERCULOSIS PULMONAR GRAVE EN JÓVENES NO INMUNOCOMPROMETIDOS - REPORTE DE CASOS

Autores: Cecilia Acosta¹ | Romina Aguilera¹ | Federico Bonavita¹ | Geraldine De Souza¹ | Martha Rodríguez¹ | Juan Pablo Soto¹ | Pablo Curbelo¹

Filiación: ¹ Cátedra de Neumología, Facultad de Medicina. UDELAR

Resumen: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: La incidencia de tuberculosis (TB) en Uruguay viene en ascenso, ubicándose por encima del promedio de las Américas (31,7/100.000 hab en 2022). Esto se acompaña de un aumento de casos graves que requieren hospitalización. Se presentan cuatro pacientes asistidos en un hospital público de Montevideo, en un mes de 2023. Caso 1. Mujer, 21 años. Tabaquista leve. Ingresó por Síndrome toxibacilar de 1 mes y disnea. Adelgazada, mal estado general. Múltiples consultas ambulatorias previas, recibe antibiótico empírico sin mejoría. RxTórax: infiltrado micronodular extenso, bilateral, múltiples

cavidades. Ingresó a Unidad cuidados intensivos (UCI) por insuficiencia respiratoria (IR), requiere oxígeno de alto flujo (OAF). GeneXpert positivo en lavado broncoalveolar (LBA). Se inicia tratamiento antiTB, persiste con fiebre, IR y SIRS (Systemic inflammatory response syndrome), recibe corticoides sistémicos. En la evolución: hemoptisis amenazante; arteriografía: aneurisma de Rasmussen que se emboliza, buena evolución. Caso 2. Varón, 26 años. Tabaquista, consumidor marihuana y cocaína. Ingresó por repercusión general de dos meses, fiebre y disnea. Caquexia. Polipnea, spO₂ 84% al aire. TC: cavidades múltiples, micronódulos difusos. Baciloscopias positivas, inicia tratamiento antiTB. Ingresó a UCI para asistencia respiratoria mecánica invasiva. Agrega disfunción orgánica múltiple. IR severa progresiva. Fallece. Caso 3. Adolescente, 15 años. Sin antecedentes previos. Ingresó por hemoptisis y repercusión general de 15 días. Adelgazada, sin IR. TC: micro nódulos centrolobulillares y consolidación con cavitación en lóbulo superior derecho. Por alta sospecha clínica se inicia tratamiento antiTB empírico. Ingresó a UCI por hemoptisis amenazante; embolización de arterias bronquiales, deteniendo hemoptisis. En diferido, LBA con GeneXpert positivo. Caso 4. Mujer, 21 años. Sin antecedentes previos. Múltiples consultas por tos productiva, disnea y fiebre 2 meses previos, recibe antibióticos sin mejoría. Ingresó a UCI por IR severa. TC: neumotórax con derrame pleural derecho y micronódulos centrolobulillares bilaterales. Baciloscopias positivas. Pionemotórax tuberculoso con fístula broncopleural que se drena, inicia tratamiento antiTB y se coloca válvula de Heimlich con mejoría. Se adjunta imagen los 4 casos. Discusión y Conclusiones: Se trata de pacientes jóvenes con TB pulmonar grave que requirieron ingreso a UCI. Todos con confirmación bacteriológica, sin resistencia a fármacos; se descartó coinfección VIH y sin evidencia de otro inmunocompromiso. Negaban contacto previo con casos de TB. Como variables de riesgo todos presentaron desnutrición y bajo nivel socioeconómico. Se plantea como factor asociado a gravedad la demora en el diagnóstico, con retraso en el inicio del tratamiento llevando a formas de TB avanzada, con extensa destrucción anatómica y repercusión funcional. Estos casos son una alerta y obligan a revisar los procesos asistenciales, jerarquizando la sospecha clínica en el primer nivel de atención y fortaleciendo los procedimientos diagnósticos oportunos.

ID#60

TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR GRAVE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE REPORTE DE UN CASO

Autores: Ana Luz Ale Taborda¹ | Julieta Del Valle Garay¹ | Laura Rey¹ | Luciana Lombardo¹ | Lorena Ciallella¹ | Mabel Visca¹ | Rosa Musella¹ | Domingo Palermo¹

Filiación: ¹ Hospital Muñiz

Resumen: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La tuberculosis es una enfermedad transmisible, una de las principales causas de enfermedad y muerte en todo el mundo. Se define tuberculosis extrapulmonar a la afectación de cualquier órgano que no sea el pulmón, la incidencia en inmunocompetentes es de 15-20%. Caso Clínico: Paciente masculino 49 años, sin antecedentes conocidos. Comenzó 3 meses previos al ingreso hospitalario con pérdida de peso y colecciones en piel. Agrega confusión mental, dolor dorsolumbar y 72 h previas al ingreso hospitalario, fiebre, tos con expectoración purulenta. Examen físico: estable hemodinámicamente, rales crepitantes en base pulmonar izquierda, tumoraciones fluctuantes en miembros superiores, inferiores y región testicular. El laboratorio presentaba como relevante, leucocitosis de 12600 y natremia 133. TAC de cerebro sin hallazgos patológicos. TAC de tórax y abdomen: volumen pulmonar izquierdo reducido, derrame pleural izquierdo leve y engrosamiento pleural derecho, nodulillos centrolobulillares bilaterales, consolidación lóbulo superior izquierdo y adenopatías mediastinales. Fractura y colapso en D9-10, compromiso partes blandas adyacente, retrolistesis L2-3. Colecciones prostáticas. Hemocultivos, serologías para HIV, virus de hepatitis B, C, A y sífilis fueron negativos. Las muestras de esputo, líquido articular, secreción testicular y de colecciones de piel: baciloscopia positiva

y cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Urocultivo: BAAR negativo con cultivo positivo para tuberculosis. Líquido cefalorraquídeo: hipoglucoorraquia, 57 células con 10% de PMN 90% de MN. BAAR negativo, cultivo: M tuberculosis. La ecografía testicular informó colección en testículo izquierdo e inflamación en epidídimo. El paciente comenzó tratamiento antituberculosis, corticoides e inmovilización con corsé. RMN: tuberculomas cerebrales, patrón miliar y compromiso meníngeo, signos de inflamación en T9, T10, L2 y L3, fractura T10, sin compromiso medular. Hígado: imágenes focales inflamatorias. Al mes de tratamiento complicó con síndrome medular agudo. El paciente fue intervenido de urgencia para drenaje y descompresión medular. En la muestra quirúrgica se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. El paciente continúa en internación domiciliar con rehabilitación motora y tratamiento antituberculosis. Discusión y conclusión Se describe un caso de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar con compromiso meníngeo, cerebral, vertebral, piel, articular, pleural, ganglionar mediastínico, hepático, renal, prostático, testicular y epidídimo. El rendimiento de la baciloscopia en tuberculosis extrapulmonar es más elevado en muestras obtenidas de tejidos por biopsia que en aquellas muestras de líquidos biológicos (5-20%). En nuestro caso, el 88% de las muestras presentó baciloscopias positivas y todas ellas cultivo positivo. Consideramos que es importante tener un alto índice de sospecha de tuberculosis extrapulmonar, debido a que de esta forma podemos disminuir la morbimortalidad.

ID#63

NÓDULO PULMONAR PERSISTENTE E HIPERCAPTANTE EN PET-TC POSTERIOR AL TRATAMIENTO EFECTIVO CONTRA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Autores: Luis Lafont¹ | Guillermo Besteiro¹ | Carolina Baroni¹ | Adriana Salas¹ | Leticia Limongi¹

Filiación: ¹ HOSPITAL DE CLINICAS

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La tomografía de emisión de positrones (PET-TC) es un método no invasivo y poco utilizado para el seguimiento de pacientes que han cumplido tratamiento contra *M. tuberculosis*. Las lesiones secuenciales con alto índice de captación posterior a la enfermedad por tuberculosis, pueden hacer sospechar de recaídas o enfermedades concomitantes del parénquima pulmonar como, por ejemplo, las neoplasias. Su implementación debe ser cuidadosa ya que puede llevar a resultados falsos positivos, por lo que su utilidad sigue siendo discutida. Caso clínico: paciente femenina de 31 años de edad, bióloga, sin hábito tabáquico, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar mediante lavado bronquioalveolar (BAL), tratada con esquema antituberculoso de primera línea (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) durante 6 meses y con buena respuesta. Al finalizar el esquema presenta tomografía de tórax (TACAR) con mejoría de las lesiones pulmonares cavitadas en lóbulo superior derecho (LSD) y persistencia de una imagen nodular a nivel de lóbulo superior izquierdo (LSI). Año posterior al alta, consulta por traumatismo costal. Nueva TACAR sin evidencia de alteraciones óseas, pero con persistencia y aumento de tamaño de la imagen nodular a nivel de LSI. Se indica PET-TC, evidenciando un nódulo sólido, espiculado, de contornos irregulares de 18 x 22 mm en región subpleural del segmento anterior del LSI en contacto con la pleura y SUV de 6,1. Laboratorio completo sin alteraciones. Serologías negativas. Se realiza nuevo BAL sin evidencia de lesiones macroscópicas. Genexpert, directo y cultivos negativos. La citología no mostró hallazgos de relevancia. Evaluada por servicio de Cirugía torácica quien decide reseca la lesión mediante videotoroscopia. El resultado de biopsia informó caseum, granulomas y Ziehl Neelsen positivo (+). En contexto de encontrarse la paciente asintomática y habiéndose realizado exéresis de la lesión, se decide conducta expectante respecto al inicio de un nuevo tratamiento antituberculoso. Luego de 35 días se recibe resultado de cultivo de biopsia negativo para *M. tuberculosis*. Discusión: Las lesiones secuenciales por *M. tuberculosis* pueden presentar hipercaptación en PET-TC posterior a concluir el tratamiento dirigido. Si bien no se ha establecido un valor de corte de SUV, éste no parece estar relacionado con actividad de la infección si no con fenómenos de inflamación local

persistente. Conclusión: a pesar de no haber grandes estudios sobre la utilización de PET-TC en el seguimiento de pacientes que han finalizado el tratamiento antituberculoso, podemos concluir que las lesiones hipercaptantes pueden no ser sinónimo de actividad. Pese a esto, cabe destacar la necesidad de realizar una interpretación adecuada de las imágenes y la clínica a fin de no subestimar otras enfermedades inflamatorias o infecciosas del parénquima pulmonar.

ID#64

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR CON IMPACTO FEMORAL Y ESPLÉNICO EN UNA PACIENTE EMBARAZADA

Autores: Lucía García¹ | Guillermo Besteiro¹ | Carolina Baroni¹ | Luis Lafont¹ | Leticia Limongi¹ | Ana Putruele¹

Filiación: ¹ HOSPITAL DE CLINICAS

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La tuberculosis (TB) extrapulmonar es la infección producida por *Mycobacterium tuberculosis* que afecta a tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar, secundario a diseminación por vía hematogena y/o linfática del bacilo de Koch. A nivel mundial, supone el 15% del total de casos de tuberculosis y su desarrollo durante el embarazo es poco común. Caso clínico: paciente femenina de 20 años de edad sin antecedentes de relevancia, en puerperio inmediato (embarazo interrumpido por oligoamnios al séptimo mes), cursando cuadro clínico de gonalgia, pérdida de peso no cuantificada y sudoración nocturna de cuatro meses de evolución. Laboratorio sanguíneo que evidencia anemia normocítica normocrómica, eritrosedimentación y FAL elevadas, con serologías negativas. La resonancia nuclear magnética evidencia una lesión endomedular en región metafiso-epifisaria distal del fémur izquierdo. Se realiza punción femoral con reporte anatomopatológico de granulomas con necrosis central y técnicas de PAS, Ziehl Neelsen y Kinyoun negativas. El cultivo en medio de Lowenstein - Jensen de líquido sinovial y secreción endomedular positivo para *M. tuberculosis* (+), sensible a isoniácida y rifampicina. Tomografía de tórax y abdomen sin hallazgos de compromiso pulmonar, pero con afectación esplénica extensa. Se realiza punción aspiración de la colección esplénica guiada por ecografía, que evidencia material purulento que resulta negativo en las pruebas de detección directas de bacilos ácido-alcohol resistentes y Genexpert detectado bajo. El cultivo de absceso esplénico desarrolla *Streptococcus Anginosus*. Se interpreta TB extrapulmonar (con impacto esplénico y óseo) por lo que se inicia tratamiento antituberculoso con isoniácida, rifampicina, etambutol y pirazinamida con adecuada tolerancia. La paciente evoluciona con mejoría clínica, tanto de los síntomas constitucionales como del dolor. Discusión: La TB extrapulmonar puede impactar a nivel de la pleura, los ganglios linfáticos, las vías urinarias, el sistema osteoarticular, el sistema nervioso central y el abdomen. El compromiso osteoarticular representa el 11% de las formas extrapulmonares. Dentro de esta forma, la espondilitis (Mal de Pott), se describe en un 50% de los casos. Cuando la afectación es a nivel de fémur, la prevalencia es mayor sobre la articulación coxofemoral. Por otra parte, la TB hepatoesplénica es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, mientras que la afectación únicamente esplénica es rara. En el embarazo la prevalencia de tuberculosis extrapulmonar es baja. Conclusión: En este reporte de caso se presenta una forma infrecuente de presentación de la TB extrapulmonar en una paciente embarazada. La sospecha clínica de TB dentro de los diagnósticos diferenciales es crucial para un diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad, poniendo aún mayor énfasis en este tipo de pacientes, donde la detección tardía puede llevar a graves complicaciones tanto para la madre como para el feto.

ID#81

RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES. NUESTRA EXPERIENCIA EN MÁS DE 40 AÑOS

Autores: Oscar David Baloco Espitia

Filiación: Centro Universitario Hospital J.M Ramos Mejía, CABA

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país. Se puede prevenir y curar con antibióticos adecuados; si son administrados de forma incorrecta o se interrumpen en forma precoz, entre otras, pueden generar diferentes tipos de resistencia a las drogas (TBR) aumentando el riesgo de mala evolución llevando a opciones más limitadas de tratamiento. Objetivo: Conocer la incidencia, características demográficas, comorbilidades, formas de presentación clínica, evolución e identificación del tipo de resistencia en pacientes con diagnóstico de TBR, registrados en un hospital público durante el periodo 1979–2023. Material y métodos: Análisis retrospectivo de casos con diagnóstico de TBR confirmados a través de cultivos o pruebas moleculares (GENE XPERT) que fueron registrados en nuestra base de datos. Resultados: De un total de 4555 casos de TB, registramos 94 con TBR (2.06%), incidencia de 2.06/100.000 casos de TB, edad 36 años (mediana, RIQ 28 - 45.5), 76.5% varones, nacionalidad argentina 53.1%, peruana 30.8% y otras 16.9%. Requiere internación 92.5% de ellas y 27.6% referían tratamiento previo. Se asoció a VIH 41.4%, consumo de alcohol, drogas y codependencia de ambas 34.04%, 31.9% tabaquismo, 18% desnutrición, 6.3% DBT y sin factores de riesgo identificado 12.7%. Las formas clínicas más frecuentes fueron pulmonar 68%, ganglionar pulmonar 6.3%, pleuro-pulmonar, ganglionar y diseminada 5.3% cada una y otras 5.3%; presentó hepatotoxicidad al tratamiento 3.1%. Se registró 14.8% de mortalidad n=14, de ellos 10 pacientes (71.4%) con VIH. Se encontró mono-resistencia en 34% pacientes: de ellos a isoniacida (H) 50% (la mitad peruanos), estreptomycin (S) 43.7%, etambutol (E) 6.2%; rifampicina (R) 3.1%. Se determinó poli-resistencia en 18% de los pacientes: HS 70.5%; HE 17.6%; SE 5.8%; RE 5.8%. TB multidrogoresistente (TBMDR) en 42.5% de los pacientes y pre-extremadamente resistente (PREXDR) 2.1%. No se encontraron casos extensamente resistente. La evolución fue: abandono de tratamiento 25.5%, completó 28.7%, derivados 27.6%, sin datos 5.3%; todos con tratamiento supervisado al inicio. Temporalmente la ocurrencia fue en la década de '80 4.2%, '90's 9.5%, 2000-2009 el 48.9%, 2010-2019 con 32.9% y 2020-2023 el 4.2%. La TBR se asoció a las variables nacionalidad peruana, tratamiento previo, VIH, adicciones y mortalidad (todas p< 0.0001). Conclusión: Se encontró resistencia en 2.06% del total de nuestras TB, predominante en varones de mediana edad; la procedencia peruana, VIH, tratamiento previo, adicciones y mayor mortalidad fueron asociados a TBR. La TBMDR fue la más común seguida de mono resistencia a H. La mortalidad fue de 14.8%, 71.4% con co-infección VIH, ninguno de ellos con tratamiento antituberculoso previo, siendo el VIH la variable asociada a peor pronóstico. A pesar de iniciar tratamiento supervisado en internación, 1 de cada 4 casos lo abandonaron y solo 28.7% finalizaron, pudiendo estar relacionado a la dependencia de sustancias y falta de vivienda, población característica de nuestro hospital

ID#83

CASO CLINICO: NEUMONIA AGUDA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Autores: Guillermo Bima¹ | Ariel Ballina¹ | Martín Maillor¹ | Martín González Vara¹ | Sebastián Wustten¹ | Luciana Vegetti² | Paula Gonzalo² | Paula Di Rienzo² | Agustina Altamirano² | Rocío Menga²

Filiación: Hospital Cullen

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: introducción: La Neumonía aguda de la comunidad (NAC) es causa frecuente de morbimortalidad. Los principales agentes etiológicos son bacterias y virus respiratorios. La neumonía aguda por *Mycobacterium Tuberculosis* (NATB) se presenta de forma infrecuente, se debe tener en cuenta en poblaciones con alta prevalencia de tuberculosis, sobre todo en aquellos casos que requieren hospitalización y no responden a la antibioterapia empírica adecuada. Caso Clínico: Paciente masculino de 53 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos conocidos, trabaja en la construcción. Presenta cuadro de 15 días de evolución, caracterizado por tos, fiebre, hiporexia y pérdida de peso de 5 kg. Se realiza Rx de tórax (Imagen) e inicia tratamiento antibiótico empírico con Amoxicilina/Clavulánico por 7 días, con

diagnóstico de NAC. Al finalizar el tratamiento, continúa con tos seca, fiebre persistente y disnea mMRC 2. Examen físico S. vitales normales, IMC: 20. Regular estado general. Rales crepitantes en hemitórax izquierdo. Laboratorio: Hto: 35%, Gb: 6050 K/uL (N: 68%, L: 22%), VSG: 80 mm/1^oh, PCR: 97.9 mg/l, Ph: 7.38, pCO₂: 38.3 mmHg, pO₂: 67 mmHg, SO₂: 94% TC de tórax (Imagen) consolidación extensa en lóbulo superior izquierdo, con broncograma aéreo. Áreas de patrón de árbol en brote en campo pulmonar izquierdo y en lóbulo superior derecho. Por no presentar expectoración, se realiza fibrobroncoscopia con BAL. Se visualizan secreciones mucohemáticas escasas desde tráquea y en ambos bronquios fuentes. Examen directo y cultivo positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*. Inicia HRZE. Luego de 10 días de iniciado el tratamiento presenta mejoría sintomática y clínica, siendo externado al día 14 con antifímicos. Revisión y Discusión: La tuberculosis es considerada la segunda enfermedad infecciosa de mayor mortalidad a nivel global. La NATB es una presentación infrecuente de esta enfermedad. Se estima una prevalencia global de NATB en todos los casos de NAC es de 0.39%. En Argentina se reportó en un 2,8%, en pacientes hospitalizados por NAC moderada. Es característico en la Rx de tórax, la consolidación segmentaria homogénea, en lóbulos superiores a predominio derecho. La tasa de mortalidad global en pacientes hospitalizados con NATB e insuficiencia respiratoria aguda que requieren ventilación mecánica invasiva oscila entre el 66-81%. En nuestro caso se presenta un cuadro respiratorio agudo con fiebre, y presencia de consolidación extensa en campo pulmonar izquierdo en la Rx de tórax, simulando un cuadro típico de NAC. La tuberculosis debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes con factores de riesgo. El diagnóstico confirmatorio de NATB se realiza mediante la identificación de *M. tuberculosis* de muestras respiratorias. En nuestro caso se obtuvo desarrollo en cultivo de muestra de BAL, por no disponer de esputo. El caso presentado ilustra las características de esta infrecuente forma de presentación de TB pulmonar que debe sospecharse y detectarse precozmente, para instituir un tratamiento temprano y evitar la alta morbimortalidad.

ID#90

HIDRONEUMOTÓRAX COMO COMPLICACIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Autores: Lizet Veliz¹ | Matías Scafati¹ | Hernán Basilo Vigíl¹ | Cecilia Besada¹ | Gustavo Canteros¹ | Ramiro Rojas¹ | Gerardo Vilas¹ | Graciela Faccioli¹ | Mariana Cameno¹

Filiación: Hospital Tornú

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: El hidroneumotórax es la presencia de aire y líquido en la cavidad pleural. Su etiología puede estar relacionada a causas infecciosas y no infecciosas. En pacientes con tuberculosis pulmonar es una complicación posible pero poco frecuente. Considerar e identificar oportunamente esta complicación en pacientes con tuberculosis pulmonar es de suma importancia, ya que ésta constituye una emergencia debido al riesgo potencialmente mortal. Caso clínico: Paciente de 15 años con antecedentes de contacto con conviviente con tuberculosis en 2022, que en abril del 2023 se diagnostica tuberculosis pulmonar bilateral con cavidades, baciloscopia positiva, geneXpert detecta *Mycobacterium tuberculosis* sensible a Rifampicina por lo que inició tratamiento con HERZ. A los 21 días comienza con dolor torácico y disnea de esfuerzo, por lo que se realiza radiografía de tórax que evidencia hidroneumotorax. Es evaluado por cirugía de tórax y se coloca tubo de avenamiento pleural. Evoluciona con mejoría clínica y radiológica. Continúa tratamiento sin otras complicaciones. Discusión y Conclusión: La tuberculosis continúa siendo un flagelo para la salud pública. El hidroneumotorax es una complicación poco frecuente de la tuberculosis pulmonar. Con mayor frecuencia se puede presentar en la etapa de curación, siendo el mecanismo más probable la rotura de ampollas subpleurales, en fase de infección activa generalmente se debe a la necrosis del parénquima o por una caverna que se abre a la cavidad pleural. Típicamente se presenta con disnea repentina y dolor torácico unilateral asociado con desaturación taquipnea y taquicardia. La frecuencia de esta complicación no está establecida con certeza, en reportes de casos se encontró hasta en

1%, siendo más frecuente en varones jóvenes, con afectación predominante derecho. En general los pacientes mejoran con la colocación de un tubo de avenamiento pleural, pero algunos persisten con fístulas broncopleurales crónicas de difícil resolución.

ID#100

TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Victoria Rossi Ríos¹ | Paula Gonzalo¹ | Virginia Larivey¹

Filiación: ¹ Sanatorio Santa Fe

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La tuberculosis (TBC) diseminada es una entidad grave y potencialmente mortal. En pacientes sin evidencia de inmunocompromiso suele ser una presentación infrecuente. Las manifestaciones clínicas suelen ser confusas, un tanto inespecíficas, motivo por el cual la sospecha clínica es importante. Caso Clínico: Paciente masculino, 33 años, tabaquista de jerarquía (20 paquetes/año). Consulta a urgencias por cuadro de una semana de evolución caracterizado por odinofagia, náuseas, vómitos, dolor abdominal difuso. Al interrogatorio dirigido refiere sudoración nocturna, pérdida de peso estimada de 8 kg y fiebre de un mes de evolución. Niega síntomas respiratorios crónicos. De profesión guardia cárcel. Al Examen físico: S. Vitales normales. Impresiona enfermo. Palidez cutáneo mucosa generalizada. Se palpan adenopatías submaxilares y latero cervicales bilaterales, duras, móviles, dolorosas, no adheridas a planos profundos. Aparato Respiratorio: sin particularidades. Abdomen: doloroso a la palpación peri umbilical y en fosa ilíaca derecha. Sin defensa ni despegue. Ruidos hidroaéreos positivos. Laboratorio: GB: 16920/mm³, VSG: 65mm/hora, PCR +++, Creatinina: 1.37 mg/dL, FAL: 688 U/L. Hemocultivos: Negativos HIV/VHB/VHC: Negativos. Tomografía de tórax y abdomen: lesiones cavitadas en vértices y campos medios pulmonares, infiltrado de patrón miliar bilateral, adenomegalias cervicales y abdominales, engrosamiento parietal difuso de colon sigmoideo. Lavado broncoalveolar: Baciloscopia positiva +++, más de 10 bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) por campo en 20 observados. GeneXpert: confirmó M. tuberculosis sensible a Rifampicina. Biopsia de ganglio cervical informa TBC ganglionar. Se inicia tratamiento con cuádruple asociación (HRZE). Intercurre con hemorragia digestiva alta con descompensación hemodinámica, ingresa a unidad de terapia intensiva (UTI) con requerimiento transfusional. Video endoscopia digestiva alta y video colonoscopia: lesión ileocecal atípica, la biopsia informa colitis activa con tejido de granulación. Ziehl Neelsen se observan BAAR. Evoluciona con intolerancia oral. Se realiza yeyunostomía para nutrición enteral y administración de antifímicos. Intercurre con abdomen agudo perforativo, cirugía de urgencia constatando perforaciones en intestino delgado, con resección intestinal e ileostomía. Evoluciona con shock séptico, requerimiento de inotrópicos y ARM. Luego de estadía prolongada en UTI el paciente se externa con administración de cuádruple asociación por ileostomía por persistir con intolerancia oral. Discusión y conclusión: Hay pocos casos reportados de TBC diseminada en el mundo, motivo por el que es importante la sospecha clínica para evitar subdiagnósticos, contagios y muertes. Consideramos importante compartir este caso por la inusual forma de presentación en nuestro medio. En este caso, el único factor de riesgo del paciente fue su actividad laboral, donde la prevalencia de TBC es hasta 100 veces mayor que en la población general, sumándose la problemática de la multirresistencia.

ID#101

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE TUBERCULOSIS PLEURAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: VALOR DE LA BIOPSIA PLEURAL

Autores: María Inés Urteneche¹ | Norma E. González² | Edith Macha Marín² | Eugenia Ginestet² | Rosana O. Pereda¹ | Pablo Martín Cassanelli¹

Filiación: ¹ División Laboratorio Central - Hospital General de Niños Pedro de Elizalde ² Unidad Neumotisiología - Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: La tuberculosis pleural es una de las formas más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar. La confirmación microbiológica se obtiene investigando la presencia del bacilo en muestras de líquido pleural, biopsia de pleura o muestras respiratorias asociadas. En las últimas décadas, han surgido nuevos medios de cultivo y métodos moleculares que han tenido gran impacto en los rendimientos diagnósticos de los estudios microbiológicos. El objetivo de este trabajo es caracterizar el desempeño de los métodos microbiológicos disponibles y de las muestras de líquido y biopsia pleural en un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires. Se realizó un trabajo retrospectivo descriptivo. Se incluyeron los casos de tuberculosis pleural estudiados por bacteriología para la búsqueda de M. tuberculosis en el período enero 2013 a diciembre 2022. Se registraron edad, sexo, diagnóstico, tipo de muestra y los resultados de los estudios bacteriológicos, incluyendo las muestras respiratorias asociadas. Los materiales fueron estudiados por baciloscopia y cultivo en medio MGIT. Se realizó Xpert MTB/RIF según disponibilidad. Las proporciones se expresaron con intervalo de confianza del 95% (IC95%) según el método de razón de máxima verosimilitud. La asociación entre variables categóricas se estudió mediante la prueba de chi cuadrado. Los tiempos de cultivo se expresaron como mediana y rango intercuartil (RIC). Los tiempos de cultivo de líquido y biopsia pleural se compararon utilizando la prueba de Wilcoxon. En el período analizado se diagnosticaron 94 casos de tuberculosis pleural, con un promedio anual de 9,4 casos. 67% de sexo masculino (IC95%:57-76%), y 83% mayores de 5 años (IC95%:74-90%). Se estudiaron líquidos pleurales de 80 pacientes y biopsias de pleura de 29. La confirmación microbiológica global, incluyendo confirmados por muestras respiratorias fue del 66% (IC95%:61-79%), siendo mayor en el período 2018-2022, cuando se tomaron mayor cantidad de biopsias por toracoscopia, respecto de 2013-2017: 80% (IC95%: 68-89 %) vs. 58% (IC95%: 42-72 %), prueba de chi cuadrado, p<0,05. Se estudiaron otras muestras respiratorias en 84 pacientes, sólo 19% (IC95%: 12-28 %) fueron positivas por algún método microbiológico, a pesar de que en el 82% (IC95%: 73-89 %) se observó compromiso pulmonar. No hubo muestras pleurales con baciloscopia positiva. El rendimiento del cultivo de biopsia fue superior al del líquido pleural (97% (IC95%:86-100%) vs. 55% (IC95%:44-66%)) y los tiempos de cultivo más cortos: 11 días (RIC: 9-15 días) vs. 18 días (RIC: 13-27,5 días), diferencia estimada de 6 días (IC95%: 3-9 días), prueba de Wilcoxon, p < 0,001. Cuando se realizó Xpert MTB/RIF, el desempeño también fue mejor para la biopsia de pleura: 85% (IC95%: 68-95 %) vs. 50% (IC95%: 24-76 %), acortando los tiempos de la confirmación y aportando datos sobre la sensibilidad a rifampicina de forma rápida. Nuestros resultados muestran el valor de la biopsia de pleura como muestra para el diagnóstico de tuberculosis pleural en pediatría, utilizando una combinación de Xpert MTB/RIF y cultivo.

ID#128

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA

Autores: Gustavo Guevara¹ | María Lujan Noguera¹ | Laura Rey² | Analía Morales² | Adrian López² | Xavier Aragonés Bastos² | Graciela Cragnolini De Casado² | Palermo Domingo²

Filiación: ¹ hospital muñiz ² hospital muñiz

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: El neumotórax (Ntx) espontáneo secundario a tuberculosis (TB) pulmonar activa es una complicación muy rara, observándose más en la etapa de fibrosis de la TB por rotura de bullas subpleurales. Objetivos: 1) Analizar las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de los pacientes HIV negativos con TB pulmonar que presentaron neumotórax entre octubre del 2021 y mayo del 2023 asistidos en el pabellón Koch del Hospital Muñiz. Material y Métodos: Estudio de cohorte entre octubre de 2021 y mayo de 2023. Se evaluaron 20 pacientes con diagnóstico de neumotórax y TBC activa confirmada por baciloscopia de esputo directo y/o cultivo. Resultados: 20 pacientes: 13 Mujeres (65%) y 7 Hombres (35%) Edad: mediana 26.5 años. En 11 pacientes se diagnosticó Ntx durante el tratamiento de TB (9 en fase de ataque y 2 en fase de consolidación. En 9 pacientes el diagnóstico fue simultáneo al

de TB. La comorbilidad mas frecuente fue la diabetes en el 30% de los casos . La hipoalbuminemia y desnutrición se presentó solo en mujeres 8/20 (69%). Según la severidad del Ntx:20 % fue grado I ,70% grado 2 y un 10% grado 3. Ninguno presentó Ntx. hipertensivo. Respecto al patrón radiológico de la TB: se observó patrón destructivo en el 65% de los pacientes (12/20).El antecedente de tratamiento se observó en 10/20 (50 %), siendo en 7 /10 del sexo femenino. Requiritieron tubo de avenamiento pleural 17/20 (85%). Los pacientes con neumotórax de grado leve no requirieron TAP. El 85% (17 /20) de los pacientes tenían TB sensible y 3 /20 (15%) tenían TB drogo resistente siendo estas últimas todas mujeres. La mortalidad fue de un 15%, as cuales fueron de sexo femenino con una edad entre 18 y 28 años y multiresistentes. Discusión y Conclusiones: Se observó la presencia de neumotórax espontáneo asociado a lesiones extensas de TB, ya sea al inicio de la enfermedad o durante el tratamiento. Más frecuente en mujeres con desnutrición y en diabéticos sin diferencia entre géneros. La asociación TB y neumotórax presentó una mortalidad del 15% siendo todas las pacientes del sexo femenino y multiresistentes.

ID#135

PSEUDOANEURISMA DE RASMUSSEN: INFRECUENTE PERO IMPORTANTE CAUSA DE HEMOPTISIS AMENAZANTE EN TUBERCULOSIS PULMONAR . A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Juan Durán¹ | Geraldine De Souza¹ | Romina Aguilera¹ | Martha Rodríguez² | Juan Soto³

Filiación: ¹ Postgrado. Cátedra de Neumología. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo, Uruguay. ² Asistente. Cátedra de Neumología. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo, Uruguay. ³ Prof. Adjunto. Cátedra de Neumología. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción.La tuberculosis (TB) es una de las principales causas de muerte por enfermedades transmisibles a nivel mundial. Existe un aumento de la incidencia de TB a nivel nacional y regional. En Uruguay la tasa de incidencia es de 32/100.000 habitantes. El compromiso pulmonar es el más frecuente (89%), siendo la hemoptisis una forma de presentación habitual. Se presenta un caso de TB grave con una complicación infrecuente.Caso Clínico. Sexo femenino, 21 años. Consumo de tabaco y marihuana ocasional. Cuadro de 2 meses de evolución de tos y expectoración. Se acompaña de fiebre y repercusión general. Múltiples consultas recibiendo antibiótico empírico sin mejoría. Examen físico lúcida, polipneica, taquicárdica, febril. Análítica sanguínea: leucocitosis y proteína C reactiva elevadas. Gasometría arterial con insuficiencia respiratoria tipo 1 severa. VIH negativo.Ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI) para sostén respiratorio con oxígeno de alto flujo.Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar: PCR panel neumonía negativo y GeneXpert confirmatorio para TB, sin resistencia a rifampicina. Se inicia tratamiento antiTB estándar.Luego de 14 días de tratamiento persiste febril y con leucocitosis en ascenso. Sin coinfecciones. Como complicación presentó hemoptisis amenazante y reingresa a UCI para embolización. Angio TC: lesiones cavitadas extensas bilaterales. Destaca lesión redondeada, hiperdensa que realza con contraste de probable origen vascular a nivel basal derecho. Se completa valoración con arteriografía que confirma lesión pseudo aneurismática a nivel basal posterior derecha. Se emboliza en forma supraselectiva con coils. Discusión y conclusiones.El pseudoaneurisma de Rasmussen consiste en una lesión vascular a nivel de la adventicia por efecto directo de la MT, afecta a las ramas de las arterias pulmonares. Se trata de una complicación poco frecuente ya que la mayoría de las hemoptisis en la TB se deben a sangrado arterias bronquicas, pero no debemos olvidarnos de esta causa ya que generalmente se presenta como una hemoptisis masiva que pone en riesgo la vida del paciente. El abordaje implica estudios imagenológicos y sobre todo resaltar la importancia de la AngioTC para su diagnóstico y topografía. El tratamiento será endovascular a través de la embolización y en algunos casos es necesario el manejo quirúrgico abierto.

ID#140

EFFECTOS ADVERSOS A FÁRMACOS ANTIFÍMICOS, ¿EXISTE SUBREPORTE? ANALISIS DE 24 MESES EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN TORAX

Autores: Milagros Adriana Burga Ponce¹ | Ana Medina¹ | Raúl Grandi² | Micaela Mansella¹ | Ayelén Lardizabal¹ | Silvana Marquez¹

Filiación: Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La Tuberculosis (TB) en el 2022 presentó una tasa notificada de 25,9 casos/ 100.000 habitantes, la frecuencia real de efectos adversos (EA) atribuibles al tratamiento de la misma se desconoce debido a que con frecuencia no son notificados y, por ende, no se reportan.Objetivo: analizar la presentación de EA a drogas antifímicos en una cohorte de pacientes durante un período de 24 meses .Material y Método: estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se realizó la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TB, que iniciaron tratamiento antifímico en seguimiento por el Servicio de Neumología e Infectología desde el 02/01/2021 al 29/12/2022. Se registró: edad, sexo, comorbilidades, internación, forma de presentación y EA (pesquisados según Consenso de Tuberculosis AAMR 2015). Resultados: 257 pacientes, de ellos 27 (10.5%) reportó EA. El grupo que presentó EA presentó una mediana de edad de 37 años, con un DS ±14.6, 74% eran de sexo masculino, el 37%, la comorbilidad más frecuente OMS B24 (45.5%), requirió internación por EA 7.4%, en el 70,4% se observó EA durante su internación y fue motivo de prolongación de la misma. Presentaron enfermedad pulmonar 66.6%, extrapulmonar 14.8% y mixta 18.5%. En cuanto al esquema de tratamiento, el 99.6% de los pacientes iniciaron con drogas de primera línea (HRZE) y un 18.5% (5) fue rotado a segunda línea, de éstos sólo 1 debido a EA. Los EA reportados fueron: Hepatotoxicidad 77.8%, Farmacodermia 7.4%, Neuropatía/Diplopía 3.7,Hepatotoxicidad/Nefrotoxicidad 3.7%, Hepatotoxicidad/Farmacodermia 3.7% (Tabla 3). El 81% de los pacientes que presentaron EA, por medio del tratamiento escalonado, pudieron continuar su tratamiento de primera línea.Discusión y Conclusión: Los datos obtenidos en nuestro estudio acerca de la presencia de comorbilidades, enfermedad extrapulmonar y requerimiento de internación, presentan una incidencia similar con respecto a la escasa bibliografía publicada latinoamericana en la actualidad.Debido a la inconsistencia de datos observados no se reportan EA dirigidos a cada una de las drogas de primera línea de tratamiento, por lo que concluimos que existe un subreporte de EA, asociados a antifímicos, en cualquiera de sus presentaciones. El subregistro de EA por medio de los trabajadores de la salud, culmina impactando en la morbi-mortalidad, incrementando los costos sanitarios y las tasa de abandono al tratamiento, lo cual demuestra la importancia de aplicar protocolos, involucrar y formar a las diferentes instituciones en salud, motivar la publicación de sus resultados, la elaboración y participación activa de trabajos científicos prospectivos, y de esa forma evitar el subreporte de EA de forma que se puedan clasificar según su gravedad, monitorizar y tratar.

ID#143

ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO EN TUBERCULOSIS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Autores: Leonardo German Ubal¹ | María Alejandra Acosta² | Alejandra Appiolaza² | Marcelo Lerda³ | Jorge David³ | Nora Brnich³ | Silvana Trucchia⁴ | Laura Lagrutta⁵ | Gregorio Varujan Kevorko⁶

Filiación: ¹ • Cátedra de Clínica Médica II, U.H.M.I. N° 5 HTCA. FCM. UNC/Servicio de Neumonología. HTCA / ² • Servicio de Neumonología. HTCA ³ • Cátedra de Clínica Médica II, U.H.M.I. N° 5 HTCA. FCM. UNC ⁴ • Cátedra de Medicina Antropológica. FCM.UNC ⁵ • Instituto Raul Vacarezza. FCM. UBA. Hospital Muñiz. (CABA) ⁶ • Servicio de Neumonología. HTCA/Cátedra de Clínica Médica II, U.H.M.I. N° 5 HTCA. FCM. UNC

Sección: Trabajos de investigación | Póster | **Área:** Tuberculosis **Resumen:** Introducción y Objetivo: La Tuberculosis (TB), aunque prevenible y tratable, sigue siendo la principal causa de muerte

en el mundo por un agente infeccioso. En los últimos años se ha incrementado el número de casos y la consulta por TB es cada vez más frecuente. Estudios previos han demostrado que los médicos requieren mayor capacitación en el control de esta patología. El conocimiento de TB entre estudiantes universitarios de salud es particularmente importante, ya que representan futuros profesionales o líderes en la lucha contra la TB, por lo que es imperativo que sepan controlar adecuadamente la enfermedad. Varias publicaciones han informado el escaso conocimiento de los estudiantes de medicina sobre TB. Las facultades juegan un papel importante en la formación de futuras generaciones de médicos para la atención de las patologías prevalentes. Un informe publicado por la OMS enfatizó la importancia de la formación de grado en TB y describió una estrategia educativa integral para garantizar que los estudiantes se gradúen con conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para su manejo eficaz. Encuestamos estudiantes de medicina de la UNC con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento sobre esta patología. **Material y Métodos:** Estudio transversal realizado en el ciclo lectivo 2022. Se incluyeron estudiantes de medicina que cursaban las materias Medicina Antropológica y Clínica Médica II de la carrera de medicina, FCM, UNC. Se realizó encuesta voluntaria y anónima. Se solicitó que completaran por plataforma Google Forms, cuestionario con 8 preguntas de tipo cerradas sobre conocimiento general de la TB. El mismo fue elaborado por la Sección TB de la AAMR. Contestadas las preguntas, las respuestas fueron explicadas de manera presencial. En cuanto estadística, los datos se presentan como porcentajes. Programa InfoStat. Resultados: Se encuestaron 359 alumnos. La mayoría de las respuestas fueron correctas y las preguntas 6, 7 y 8 son las que más variación de respuesta tuvieron (ver Tabla1). **Discusión y Conclusiones:** Destacamos como fortaleza que el número de respuestas en esta población fue grande; lo que nos puede dar una buena aproximación del estado de conocimiento del tema. Además, con respecto a los alumnos, se obtuvieron buenas devoluciones de los mismos en cuanto a que les pareció interesante la actividad y hubo gran predisposición para participar. A los docentes les permitió tener un disparador para iniciar la charla sobre TB y evaluar los conocimientos básicos del grupo de alumnos que estaban en la cursada. Como limitación, consideramos que para alumnos que iniciaron una carrera universitaria las preguntas no presentaron demasiada dificultad y se podrían modificar. Finalmente pensamos que puede ser una herramienta útil para alumnos de escuela secundaria, ya que permite brindar información sobre el tema. Como conclusión, la mayoría de los alumnos de la carrera de medicina tienen un conocimiento básico de TB. Es decir, no hay un total desconocimiento como se pensaba, por lo menos en la población encuestada.

ID#178

PRIMEROS CASOS DE RESISTENCIA A BEDAQUILINA DETECTADOS EN ARGENTINA

Autores: Ana M. Gamberale¹ | Bruno Bartoletti¹ | Víctor Cruz¹ | Pablo Furcinitto¹ | Cecilia Latini² | Mario Matteo² | Roxana Paul³ | Federico Lorenzo³ | Norberto Símboli³ | Domingo Palmero²

Filiación: ¹ Hospital Muñiz ² Instituto Vaccarezza ³ INEI-ANLIS Malbrán

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Tuberculosis

Resumen: La aparición de fármacos nuevos y reprobados ha permitido tratamientos acortados de la TB multidrogorresistente (TBMDR). La bedaquilina (Bdq) es una diarilquinolina de actividad bactericida descubierta como droga antiTB en 2005 y, junto con pretomanid, linezolid (Lzd) y fluoroquinolonas (FQ) son recomendados por OMS para el tratamiento oral acortado (6-9 meses) de la TBMDR (BPAL y BPalMoxi). La emergencia de resistencia a Bdq es una amenaza para estos esquemas. In vitro, las mutaciones en atpE o pepQ se asociaron con resistencia a Bdq. En aislamientos clínicos se halló un nuevo mecanismo de resistencia, las mutaciones en el gen mmpR (Rv0678), que codifica la proteína represora de una bomba de flujo; sus mutaciones generan una hiperactividad de la bomba y la expulsión masiva de la Bdq del citoplasma bacilar. Esta mutación puede generar resistencia cruzada a clofazimina (Cfz). Se describen los

2 primeros casos detectados en Argentina de pacientes TBMDR con resistencia a Bdq, fármaco en uso desde 2018. **Caso 1:** mujer cis, 41 años, residente en AMBA, VIH+ con CV indetectable, linfocitos T CD4>200, TB pulmonar BCC y múltiples abandonos de tratamiento desde 2014. Ese año surge la resistencia a RMP y en 2015 se asoció resistencia a INH y moxifloxacina (Mfx) baja. En 2019 agrega resistencia a Lzd. Fue medicada con Bdq, Cfz, Mfx doble dosis, INH doble dosis, cicloserina (Cs), capreomicina y pirazinamida (Z). Negativizó el cultivo del esputo al 5° mes de tratamiento con la paciente internada; luego del alta es perdida al seguimiento. En 2022, el antibiograma fenotípico MGIT mostró resistencia a Bdq y la secuenciación del genoma completo (SGC) detectó la mutación Rv0678_c.139dupG. En relación con la resistencia a RMP, INH y FQ, presentó mutaciones rpoB_S450L, katG_M176T-katG_K153Q y gyrA_D94A, respectivamente. En 2023 se detectaron subpoblaciones con diferentes mutaciones en el gen asociado a resistencia a Bdq (Rv0678_c.139dupG y Rv0678_c.144dupC). Con respecto a resistencia a etionamida (Eto) y Lzd, se detectaron subpoblaciones con las mutaciones inhA_121T y rplC-C154R, respectivamente. Los aislamientos de 2021 y 2023 pertenecieron al mismo genotipo; las diferencias en su perfil de sensibilidad fueron por selección de subpoblaciones resistentes. Actualmente, internada con tratamiento de rescate: Cs, Eto, Lzd, PAS, Z, Mfx (alta dosis), amikacina e imipenem/clav. **Caso 2:** mujer cis, 31 años, HIV (neg), residente de ciudad del interior, con TB pulmonar desde 2014 y múltiples abandonos de tratamiento. Rx BCC y patrón destructivo izquierdo. Los primeros aislamientos fueron sensibles a DPL, se detectó resistencia a INH en 2019 y suma RMP en 2020 (mutaciones katG_C315T y rpoB_S441K, respectivamente). En 2022 se agregó resistencia de bajo nivel a FQ (gyrA_D94A). A fines de 2022 se indicó Bdq, Lzd, Cfz, Mfx, EMB y Z sin conversión bacteriológica. En 2023 se testeó por métodos feno y genotípicos, sumando resistencia a Bdq y Cfz. La SGC mostró subpoblaciones con diferentes mutaciones (Rv0678_6667insT [70%] y RV0678-424-425dupCT [30%]). Se deriva a Htal. de referencia donde, con directo 3+ reinicia tratamiento según antibiograma: Mfx doble dosis, Eto, Cs, Lzd, Z y amikacina. El esputo del 1er. mes de tratamiento mostró disminución de la carga bacilar. Se externó para continuar tratamiento en su ciudad. **Discusión y conclusiones:** no hubo nexo epidemiológico entre ambas pacientes; ambas presentaron mala adherencia al tratamiento. La SGC determinó que las cepas que las afectaron son distintos genotipos del linaje 4, predominante en aislamientos de Argentina. Destacamos que no pertenecen a los 4 genotipos de TBMDR más frecuentes en el país. En ambos casos el pronóstico es sombrío por el alto perfil de resistencia y la mala adherencia al tratamiento. En ambas pacientes convivieron subpoblaciones sensibles y resistentes, que se expresan según el tratamiento indicado y la adherencia al mismo. La Bdq es la única nueva droga anti-TB per se descubierta desde la RMP, debemos extremar los recaudos para evitar seleccionar resistencias, fomentando la adherencia a través del TDO, los incentivos (económicos u otros) y la intervención de un equipo multidisciplinario que apoye y contenga al paciente.

ID#197

TROMBOCITOSIS Y TUBERCULOSIS, ASOCIACIÓN CON IMPLICANCIAS CLÍNICO TERAPÉUTICAS

Autores: Carla Gabriela González¹ | Laura Diana Rey¹ | Marco Antonio Ayllon¹ | Adrián Casanello¹ | Rodrigo Failde¹ | Adriana Rodríguez¹ | Marisa Vescovo¹ | Graciela Cragolini De Casado¹ | Domingo Palmero¹

Filiación: ¹ Hospital J. F. Muñiz

Sección: Trabajos de investigación | **Comunicación oral** | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción y objetivo. La tuberculosis (TB) es una enfermedad transmisible que representa una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. En pacientes con TB activa aumentan las concentraciones plasmáticas de IL-6 y GM-CSF, citoquinas involucradas en la producción de plaquetas. Numerosos estudios sugieren que las plaquetas modulan la respuesta inmune, induciendo la expresión de Metaloproteinasas de matriz (MMP) que conlleva a la producción de cavidades

pulmonares. La presencia de cavidades se asocia con fracaso en el tratamiento, resistencia a los medicamentos y posteriores secuelas. También se han observado asociaciones con eventos tromboembólicos por ej tromboembolismo de pulmón (TEP). En nuestro estudio analizamos la asociación entre la presencia de trombocitosis y formas graves de TB.II. Material y método. Estudio de cohortes, retrospectivo, con pacientes de sexo femenino internadas en el pabellón Koch del hospital de infecciosas "Dr. F. J. Muñiz" durante el período comprendido entre el 1 enero del 2019 al 31 de diciembre del 2021. Se incluyeron 274 pacientes internadas con diagnóstico de TB sensible. Los datos del estudio fueron recopilados a través de la revisión de todas las epícrisis en formato digital y de las historias clínicas archivadas en papel. Se compararon 2 cohortes independientes: pacientes que presentaron trombocitosis y pacientes que no presentaron trombocitosis durante el inicio y/o seguimiento y se comparó las diferencias de compromiso tanto a nivel pulmonar como extrapulmonar, como así también las diferencias en los parámetros hematológicos como el hematocrito, hemoglobina, leucocitos y eritrosedimentación (VSG).III. Resultados Durante el período estudiado se internaron 274 pacientes con diagnóstico de TB pulmonar, de las cuales 122 (44,5%) presentaron trombocitosis. Otras alteraciones hematológicas halladas fueron anemia en 211 pacientes (77,01%), leucocitosis en 79 pacientes (28,83%) y VSG elevada en 180 pacientes (81,45% de los casos en los que se estudió este parámetro). El grupo de pacientes que presentó trombocitosis, se asoció mayormente con anemia, leucocitosis y VSG elevada, con resultados estadísticamente significativos. Además, la presencia de trombocitosis se asoció mayormente a formas pulmonares bilateral con cavidad (BCC) y formas graves de TB (compromiso pulmonar miliar o BCC y/o formas extrapulmonares) (P valor < 0,05). Asimismo, las pacientes sin trombocitosis presentaron formas limitadas sólo a pulmón (P = 0,01). Solo 3 pacientes presentaron TEP, las cuales se encontraban dentro del grupo de trombocitosis.IV. Discusión y conclusiones. En nuestro estudio se observó que la trombocitosis se asoció a formas graves de TB y otras alteraciones de laboratorio como leucocitosis, anemia y VSG elevada. Esta situación sugiere, que en estos pacientes sería prudente, un estudio y seguimiento más intensivo, buscando formas extrapulmonares e instaurando el tratamiento adecuado de forma temprana, que incluye los fármacos antiagregantes plaquetarios, evitando así las complicaciones tromboembólicas y las secuelas que la enfermedad grave conlleva.

ID#198

TUBERCULOSIS DISEMINADA: CUÁNDO SOSPECHAR TUBERCULOMAS EN SNC

Autores: Javier Torres Batán¹ | Rodrigo Failde¹ | Adriana Rodríguez Mieres¹ | Julieta Garay¹ | Laura Rey¹ | Marisa Vescovo¹ | Graciela Cragolini De Casado¹ | Domingo Palmero²

Filiación: ¹ Hospital Francisco Javier Muñiz

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La afectación del SNC por parte del *Mycobacterium tuberculosis*, se produce por diseminación hematológica. Es una forma severa con una morbimortalidad elevada. Los pacientes con afectación del SNC, pueden fallecer a pesar del tratamiento adecuado. La afectación más frecuente es la meningitis, aunque puede presentarse como abscesos, tuberculomas, trombos con infartos y aracnoiditis proliferativa, que puede provocar hidrocefalia obstructiva e hipertensión intracraneal. Caso Clínico: Femenina de 48 años, oriunda de Bolivia, antecedentes de poliomielitis con secuela motora, enfermedad renal crónica, infecciones urinarias a repetición sin aislamiento, quistes en riñón izquierdo y litiasis en riñón derecho, shock séptico a foco urinario, con colocación de catéter doble jeta 12/2022. Consultó en 02/2023, en otro nosocomio por astenia, adinamia, fiebre, desorientación temporoespacial, discurso incoherente, rigidez de nuca, Brudzinski y Kerning positivos, adenopatías inguinales duroelásticas adheridas a planos profundos. Se realiza Tomografía (TC) de encéfalo sin particularidades, y tórax con nodulillos con distribución al azar, probable diseminación hematológica (Miliar). Punción Lumbar(PL): LCR hipoglucoorraquia, hiperproteorraquia, GB 28cel/mm³ (98% de linfocitos).

Aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* sensible a R e H en cultivo de orina del 21/12/2023. Se interpretó como tuberculosis pulmonar/meningea/renal, iniciando HRZE + corticoides. Alta el 12/02/2023 con seguimiento ambulatorio. En marzo ingresa al Hospital Muñiz por vómitos, cefalea y aumento de transaminasas, se rotó HRZE a Linezolid/Levofloxacina/Etambutol por hepatotoxicidad y se decidió internación. Por persistir deterioro neurológico, se realiza TC encéfalo con hipodensidades frontoparietales bilaterales interpretadas como edema vasogénico y colapso ventricular, por lo que se contraindicó PL, y se traslada a UCI. A las 72 h reingresa a la sala, con mejoría sintomática. Por normalización del hepatograma se logra reintroducir R e H. Y es dada de alta. En 05/2023 se realiza Resonancia Magnética Nuclear de encéfalo con contraste que informa: Múltiples lesiones focales con refuerzo puntiforme y en anillo, afectando el parénquima de ambos hemisferios cerebrales, tronco encefálico y cerebelo, tenues signos de gliosis/edema. Las lesiones rondan los 2-4mm. No restringe en difusión. Sistema ventricular conservado. Conclusión: Tuberculomas en SNC. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Se presenta el caso de una paciente con tuberculosis diseminada con afectación renal, pulmonar miliar y meningea. De los cultivos realizados, sólo se aisló el *Mycobacterium tuberculosis* en muestra de orina, en el contexto de una paciente con ITU a repetición sin aislamiento. Este caso nos permite evidenciar la dificultad del aislamiento en muestras paucibacilares como la de LCR. En nuestro caso la identificación, de imágenes nodulares (Tuberculomas), en la RMN de Encéfalo, nos permitió certificar, en el contexto clínico de la paciente, el compromiso del SNC por el *Mycobacterium tuberculosis*.

ID#215

NEUMONÍA ASPIRATIVA Y TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON ACALASIA DE TIPO I

Autores: Telma María Galarza Camacho¹ | Rodrigo Failde¹ | Adriana Rodríguez Mieres¹ | Marcela Patricia Wegscheider¹ | Laura Rey¹ | Julieta Garay¹ | Marisa Vescovo¹ | Graciela Cragolini De Casado¹ | Domingo Palmero²

Filiación: ¹ HOSPITAL MUÑIZ ² HOSPITAL MUÑIZ

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Neumonía aspirativa y tuberculosis pulmonar en paciente con acalasia de tipo I. Introducción: La acalasia esofágica es un trastorno de la motilidad, caracterizada por cambios en la manometría, ausencia de peristaltismo y alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior en respuesta a la deglución. Esta patología conlleva a una alteración del tránsito del bolo alimenticio generando patologías como: Neumonía por aspiración, la neumonitis química y bronquiolitis respiratoria por aspiración (DAB) que implican una inflamación pulmonar causada por la inhalación de sustancias irritantes y/o sobreinfección pulmonar. Resumen Paciente femenina de 28 años con antecedente de síndrome de impregnación de meses de evolución y disfagia progresiva, con diagnóstico de acalasia de tipo I en enero 2023 en plan quirúrgico, con requerimiento alimentación enteral, en tratamiento empírico para tuberculosis pulmonar cavitada en LSD diagnosticada hace 4 meses. Refiere cuadro clínico de 3 semanas caracterizado por disnea mMRC II/III asociada a episodios febriles y taquicardia. Se realiza TC de tórax evidenciando progresión de lesiones cavitadas con nivel hidroaéreo rodeado de áreas de consolidación. Se interpreta como neumonía aspirativa y se inicia tratamiento con Amoxicilina-Ac clavulánico y clindamicina. Se realiza BAL con rescate de secreciones purulentas con cultivo negativo para gérmenes comunes y genexpert positivo para MTB: Trazas, perfil inmunológico con resultado negativo, en plan de realizar toilette bronquial y cumplir antibioticoterapia por 45 días. La paciente presenta mejoría clínica y tomográfica, solicita su alta voluntaria para completar de forma ambulatoria el tratamiento. Discusión y conclusiones La acalasia actúa como factor de riesgo para el desarrollo tanto de neumonías aspirativas, neumonitis químicas como de bronquiolitis aspirativa difusa que se diferencia por tener un patrón imagenológico distinto y curso evolutivo insidioso. La sobreinfección suele ocurrir en el 50% de los casos y aumenta la mortalidad. Suele estar producida por anaerobios, y el principal agente aislado es el estreptococo viridans, presentándose como una neumonía necrosante

y/o absceso de pulmón, con o sin empiema. La bronquiolitis aspirativa difusa presenta áreas con patrón de árbol en brote, nódulos centrolobulillares, áreas de atrapamiento aéreo, siendo la consolidación un hallazgo infrecuente. En cambio, la neumonía aspirativa inicialmente se caracteriza por infiltrados difusos que evolucionan a infiltrados neumónicos, localizados a predominio de lóbulo medio e inferior derecho y en formas graves puede presentar un infiltrado bilateral característico de SDRA. En este caso la tomografía de tórax presentaba consolidación cavitada en LSD asociada a patrón de árbol en brote observándose los patrones característicos de neumonía necrotizante asociado a signos de bronquiolitis difusa aspirativa.

ID#237

TUBERCULOSIS MILIAR Y NEUMOMEDIASTINO. UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

Autores: *Marcela Wegscheider*¹ | Telma María Galarza Camacho² | Adriana Rodríguez Mieres¹ | Marisa Vescovo¹ | Rodrigo Failde¹ | Laura Rey¹ | Graciela Cragnohini De Casado¹ | Domingo Palmero¹ | Julieta Garay¹

Filiación: ¹ Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: El neumomediastino espontáneo corresponde a la presencia de aire en el mediastino sin relación con patología traumática o iatrogénica. Esta entidad no es frecuente en tuberculosis, siendo un hallazgo en las enfermedades intersticiales. Caso Clínico: Paciente de 17 años inició cuadro caracterizado por síndrome de impregnación bacilar asociado a registros febriles de 21 días de evolución. Consultó en otro nosocomio, se diagnostica Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva y radiografía de tórax compatible con diseminación hematogena. Se internó para inicio de antitubercos. Ante la toma conjunta de los fármacos presentó acceso de tos y reacción anafiláctica grave (edema de glotis) con requerimiento de corticoides y adrenalina. Suspende tratamiento y se deriva al Hospital Muñiz, con diagnóstico de tuberculosis diseminada y reacción anafiláctica a drogas para reinicio de tratamiento antitubercos. Al examen físico: tejido celular subcutáneo de región cervical se palpa crepitación. Buena mecánica respiratoria, entrada de aire bilateral conservada con rales subcrepitantes bibasales. Saturación de oxígeno 95%. Resto del examen físico sin particularidades. Los estudios por imagen revelaron patrón intersticial mliar, enfisema subcutáneo y neumomediastino. Discusión y conclusiones: La mayoría de los casos de neumomediastino de origen intratorácicos espontáneos son resultado de la ruptura alveolar con propagación centrípeta del aire a lo largo del espacio peribroncovascular, conocido como efecto Macklin. La ruptura alveolar puede ocurrir como resultado de un marcado aumento de la presión intraalveolar secundaria a episodios de tos violenta, especialmente con glotis cerrada, crisis asmática, maniobras de valsalva, vómitos que permiten que el aire se filtre a lo largo del haz broncovascular hacia el mediastino. Este mecanismo se reportó en neumonía, carcinoma broncogénico y como neumomediastino espontáneo primario en ausencia de trauma, enfermedades o sin factor predisponente conocido En la mayoría de los casos el tratamiento es no invasivo ya que la absorción espontánea del aire se da entre los 2 a 15 días. Se presenta un caso de una paciente con diagnóstico de tuberculosis miliar y neumomediastino secundario a tos y edema de glotis, que presentó buena evolución con el tratamiento de sostén. Es necesario tener en cuenta esta complicación poco frecuente en pacientes diagnosticados y que intercurrentes con un cuadro respiratorio agudo.

ID#249

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA CON ISONIACIDA + RIFAPENTINA SEMANAL DURANTE 3 MESES. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD 2022

Autores: *Gabriela Amaya*¹ | Mónica Hernández¹ | Andrea Tort¹ | Mariela Contrera¹

Filiación: ¹ Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP)

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Tuberculosis

Resumen: Introducción: La OMS recomienda esquemas acortados con rifamicinas para tratamiento de infección tuberculosa (TITB) por la mejor adherencia sin aumento de efectos adversos. En 2022, el Programa Nacional de Tuberculosis incorpora el esquema supervisado isoniacida + rifapentina dosis semanal por 3 meses (3HP). Se implementó un plan piloto en 11 Centros Especializados (CE) en tuberculosis (TB) para evaluar la factibilidad del esquema en términos de aceptabilidad, seguridad y adherencia. Objetivo general: Evaluar la factibilidad técnica y operativa del esquema acortado 3HP. Objetivos específicos: 1. Estimar incidencia y severidad de reacciones adversas a medicamentos (RAM). 2. Evaluar adherencia al tratamiento. 3. Comparar RAM y adherencia de los esquemas 3HP y esquema clásico 6 meses de isoniacida (6H) 4. Conocer la opinión del personal de salud que implementó el plan piloto Metodología: Investigación operativa a nivel programático, con diseño metodológico mixto de enfoque cuantitativo y cualitativo. Enfoque cuantitativo: ensayo clínico no aleatorizado de dos brazos: piloto 3HP supervisado (cohorte 3HP) y esquema clásico autoadministrado 6H (cohorte 6H). Ingreso: contactos de casos de TB. Reclutamiento: Cohorte 3HP: 1/4/2022 - 31/12/2022. Cohorte 6H: 1/1/2022 - 30/8/2022. Seguimiento hasta 4/2023 ambas cohortes. Fuente de datos: Registro Nacional de Tuberculosis y formularios del plan piloto. Datos: edad y sexo; dosis HP e Isoniacida; registro de tomas; RAM y evaluación del tratamiento (finalizado, abandono, fallecido, suspendido). Enfoque cualitativo: encuesta estructurada semi abierta a funcionarios de los CE del plan piloto; y entrevistas a encargados de estos CE. Análisis: Estadística descriptiva Open Epi v3 Resultados: Cohorte 3HP: 256. Cohorte 6H: 474. Media de edad: 3HP 19,5 años (DS 13,5); 6H 26,8 años (DS 21,1). Menores de 15 años: 49% (3HP) y 51% (6H). Sexo femenino: 57% ambas cohortes. Tasa de incidencia de RAM: 3HP 1.6/100 tratamientos; 6H 1.3/ 100 tratamientos. Resultado de tratamiento: 3HP/6H - finalizado 62%/39% (3HP finalizado: adultos: 75% - niños 49%); abandono 16%/43%. Resultados de la encuesta y entrevistas: aceptación del tratamiento: 83% buena y muy buena. Dificultades en la implementación: 1. Adquisición de los alimentos para ingesta de rifapentina; 2. Acceso a exámenes paraclínicos. Ventajas del esquema 3HP: 1. Tratamiento corto y frecuencia semanal, 2. Posibilidad de seguimiento al ser supervisado. Desventajas: 1. En niños: número de comprimidos en comparación con 6H; 2. No contar con formulaciones dispersables. Conclusiones: La incorporación del esquema 3HP supervisado, es factible de realizar en todo el territorio nacional, mostrando una disminución significativa de abandono de tratamiento. La principal desventaja es la falta de formulaciones pediátricas. Es preciso planificar acciones focalizadas para prevenir los abandonos, mejorando el soporte social de los pacientes y disminuyendo los gastos asociados al tratamiento

ID#252

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, 1980-2022

Autores: *Hugo Fernández*¹ | Natalia Mordini¹ | Rosana Dalla Fontana¹ | Pamela Meinardi¹ | Juan Carlos Bossio¹ | Sergio Arias¹

Filiación: ¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación

Sección: Trabajos de investigación | Comunicación oral

Área: Tuberculosis

Resumen: Introducción y objetivo: La tuberculosis (TB) constituye una enfermedad con alta morbimortalidad en el mundo. El objetivo del presente trabajo es describir la situación de la TB en Argentina en el período 1980-2022. Material y método: Se realizó un análisis descriptivo de los casos y defunciones por TB notificados en el país. Para el análisis según edad, sexo, jurisdicción y sub jurisdicción de residencia, se calcularon tasas específicas por 100.000 habitantes. La tendencia se evaluó mediante el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de la tasa de notificación de casos nuevos y recaídas, y se expresó como Variación Anual Promedio (VAP), junto con su intervalo de confianza del 95%. Los datos de notificación se obtuvieron del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0) y los

de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Para el cálculo de las tasas se utilizaron las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Resultados: En el año 2022 se notificaron 13.708 casos de TB (tasa 29,65 por 100.000 habitantes), siendo 12.959 casos incidentes (28,01 por 100.000), de los cuales 10.815 fueron pulmonares (23,4 por 100.000), con una confirmación bacteriológica del 80,59% (8.710 casos). La tasa de notificación en varones fue de 32,7 por 100.000, y de 23,2 por 100.000 en mujeres, con una razón de tasas hombre:mujer de 1,4. Las jurisdicciones con tasas por encima de la nacional fueron Jujuy, Salta, CABA, Chaco, Buenos Aires y Formosa. Un total de 20 sub jurisdicciones presentaron tasas sobre el percentil 95 con (promedio de 95,3 por 100.000), 34,2 veces superior a la correspondiente a los departamentos por debajo del percentil 5, (2,8 por 100.000). En los últimos 10 años, la VAP de la tasa de notificación fue del 2,21% (0,9; 3,53). En 2022 la tasa de notificación fue un 5,1% más alta que la registrada en 2019 (28,2 por 100.000), que se toma como referencia para evaluar la recuperación de la notificación de TB luego de la pandemia por COVID-19. En 2021 se registraron 734 muertes por TB, lo que representó un aumento del 11,4% y 9,5% en relación a 2020 y 2019 respectivamente, presentando los varones una tasa de 2,2 por 100.000 y las mujeres de 1,0 por 100.000. Ocho jurisdicciones presentaron tasas de mortalidad ajustadas por edad superiores al promedio nacional de 1,5 por 100.000 habitantes, siendo en cuatro de ellas más de dos veces superiores a dicho promedio (Salta, Formosa, Chaco y Jujuy). Estas jurisdicciones, que concentran el 8,8% de la población nacional, aportaron el 22,9% de las muertes por TB de todo el país. De los casos notificados en 2021, el 34,1% no tuvo información respecto al resultado del tratamiento. De los casos con información, el 75% fueron éxitos, 14,2% pérdida de seguimiento, 10,6% muertes y 0,2% fracasos. Discusión y conclusiones: La TB sigue constituyendo un importante problema de salud pública, manifestado en el aumento de casos durante los últimos años, y el alto porcentaje de casos en que se desconoce el resultado del tratamiento.

ID#254

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR ABDOMINAL POR MYCOBACTERIUM BOVIS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Autores: Ayelén Tomasetti¹ | Edith Macha Marín¹ | Norma E. González¹

Filiación: ¹ División Neumotisiología, Hospital General de Niños Pedro Elizalde

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La tuberculosis (TB) causada por *M. bovis* tiene un cuadro clínico, imágenes e histología indistinguibles de la infección por *M. tuberculosis*; sin embargo, existen diferencias en los mecanismos de transmisión, sitios predominantemente afectados y tratamiento; el bacilo bovino es resistente natural a la pirazinamida (Z). Caso 1: Paciente masculino de 15 años, consultó por pérdida de peso, sudoración nocturna y dolor torácico de un mes de evolución, sin medio epidemiológico para TB. PPD negativa, laboratorio con anemia microcítica y normocromica y reactantes de fase aguda elevados, radiografía de tórax normal y ecografía abdominal con imagen de colección tabicada en hipogastrio y ascitis moderada. TAC de abdomen con múltiples imágenes ganglionares homogéneas mesentéricas, engrosamiento irregular del mesenterio y del peritoneo parietal anterior, asas intestinales engrosadas en forma difusa y moderada ascitis. TC de tórax con lesiones mínimas centrolobulillares en ambos lóbulos superiores. Se tomaron biopsias de peritoneo por laparoscopia y muestras de líquido ascítico, resultando detectable el Complejo MTB en GeneXpert de la biopsia y resistencia a rifampicina (R) indeterminada. Cultivo de biopsia de peritoneo: *M. bovis* sensible a isoniacida (H) y R. Al interrogatorio dirigido, había surgido el antecedente de ingesta de queso casero varios meses antes, por lo que se indicó esquema sin Z desde el inicio. Caso 2: Paciente femenina de 12 años, consultó por dolor abdominal de 3 días de evolución asociado a deposiciones blandas y distensión abdominal, sin medio epidemiológico para TB. Ecografía abdominal con líquido libre en cavidad, y TC con líquido libre multi compartimental, área irregular heterogénea,

que comprometía el omento mayor y realizaba con contraste EV a nivel mesentérico, asociada a conglomerado ganglionar con centro hipodenso que generaba ingurgitación de los vasos mesentéricos adyacentes; retroperitoneo con imágenes ganglionares periaórticas, discreto derrame pericárdico y derrame pleural laminar derecho. En paracentesis evacuadora laparoscópica se extrajeron 5.3 litros de líquido peritoneal, se remitieron a microbiología muestras de líquido y biopsia de peritoneo y epiplón, resultando detectable el Complejo MTB en GeneXpert de la biopsia, sin resistencia a R. Cultivo de biopsia de peritoneo: *M. bovis*, sensible a H y R. Discusión El *M. bovis* es una causa vigente de TB y su detección permite desarrollar medidas de control adecuadas. Los signos y síntomas generales de la TB extrapulmonar son similares a los de la pulmonar, agregándose los específicos de cada localización, como distensión abdominal con ascitis en el caso de la TB abdominal. Debido al escaso número de bacilos presentes en las lesiones, se obtiene menor confirmación bacteriológica que en las formas pulmonares; sin embargo, aún cuando su rendimiento sea bajo, siempre debe realizarse el examen microbiológico. La anamnesis dirigida para detectar ingesta de productos lácteos no pasteurizados puede orientar la elección terapéutica.

ID#264

SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: CASO DE TUBERCULOSIS GANGLIONAR CON MÚLTIPLES COMPLICACIONES

Autores: Jesús Augusto Padilla Rodríguez¹ | Ana Luz Sánchez² | Lucía Fernández Siri² | Franco Daniel Intelisano¹ | Nicolás Maximiliano Negro Montiel¹

Filiación: Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de la Plata

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: El síndrome de reconstitución inmune en respuesta al tratamiento tuberculostático es un síndrome infrecuente caracterizado por desarrollo de lesiones tuberculosas no existentes antes de la terapia o bien por empeoramiento de las iniciales. Caso clínico: Enfermedad actual: Paciente consulta por fiebre vespertina de 20 días de evolución, acompañado de síntomas B. Examen físico: regular estado general, adelgazado. SatO₂: 98%(0,21), FR:24 rpm, TA: 110/80 mmHg, FC: 110 lpm, T: 37.5° Sin otros datos positivos. Exámenes complementarios: Laboratorio: Hto: 39% Hb: 13 g/dl Gb 6000/mm³ TGO: 49 UI/L TGP: 52 UI/L FAL 352 UI/L BT 0,37 mg/dl PCR: 29.7mg/l ERS: 62 mm/h. Serologías: HIV, VDRL, VHB, VHC: Negativo PET-CT: Adenopatías mediastinales y abdominales, conformando conglomerados. El de mayor tamaño situado en el hilio hepático de 22 x 41 mm de diámetro (SUVmax: 9.2). Mediastinoscopia: Se obtienen muestras ganglionares para baciloscopia, PCR TB y micología: negativos. Cultivo para TB: positivo 1 colonia, mycobacterium spp. Anatomía patológica: inflamación crónica granulomatosa caseificante. Inicia HRZE, 30 días después consulta por dolor abdominal, vómitos e intolerancia a la vía oral, se decide internación para estudio. TC torax y abdomen: adenopatías mediastinales inferiores a los 10mm de diámetro menor de distribución pretraqueal y precarinal con extensión hilar derecha. Conglomerados ganglionares en hilio hepático, las de mayor tamaño 45 x 29 mm. Otras retroperitoneales de 26 x 17mm. Se planifica biopsia del conglomerado ganglionar en hilio hepático. Ecoendoscopia: se toma muestra para baciloscopia, cultivo para TB y cultivo micológico: negativos. PCR para mycobacterium tuberculosis: positivo. Anatomía patológica: inflamación crónica necrotizante tipo granulomatosa. Sin presencia de células atípicas. Se decide alta médica con naproxeno, prednisona y antifímicos. 30 días después de la externación, presenta aumento de volumen en región cervical izquierda y aparición de linfadenitis con trayecto fistuloso en zona de incisión quirúrgica. Se realiza drenaje y toma de muestras de la misma. Anatomía patológica: proceso inflamatorio crónico necrotizante tipo granulomatoso, geneXpert: positivo bajo sensible a R. Baciloscopia, cultivo PCR TB: negativo Paciente consulta nuevamente por presentar fístula cutánea en el posoperatorio temprano. Discusión y conclusiones: nos pareció interesante presentar este caso ya que el síndrome de reconstitución inmune en inmunocompetentes asociado al tratamiento tuberculostático es una complicación de la Tb gan-

glionar que se manifiesta en un 15% de los casos, representó un reto diagnóstico y terapéutico dadas las múltiples complicaciones que no mostraban tendencia a resolverse, requirió un manejo interdisciplinario, donde se decidió que el paciente recibiera un año de tratamiento tuberculostático, y en controles posteriores de TC mostraron resolución de todas las lesiones ganglionares, es importante recordar que cada caso es único lo que requiere una evaluación individualizada para definir la mejor terapéutica.

ID#273

REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS. INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO. ESTUDIO PAÍS, 2018-2019

Autores: Gabriela Amaya¹ | Mónica Hernández¹ | Macarena García¹ | Mariela Contrera¹

Filiación: ¹ Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP)

Sección: Opción a premio | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: La frecuencia, gravedad y tipo de reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) siempre han sido motivo de preocupación. Las repercusiones incluyen interrupción, prolongación o abandono del tratamiento, hospitalización o resistencia adquirida. Objetivos: 1. Estimar la incidencia de RAFA en la cohorte de casos incidentes de tuberculosis (TB) en el país. 2. Describir las RAFA identificadas de acuerdo a características sociodemográficas de los pacientes, esquema de tratamiento, momento de aparición, tipo de RAFA, gravedad y conducta. 3. Determinar la imputabilidad de la RAFA en términos de causalidad. 4. Identificar factores demográficos, socio-conductuales y clínicos asociados a las RAFA Metodología: estudio observacional analítico, de cohorte única prospectiva. Ingreso: Casos incidentes de TB en el país años 2018 y 2019. Exclusión: TB resistente a drogas. Se describió momento de aparición, tipo, gravedad y causalidad de RAFA, según Centro de Monitoreo Mundial de Uppsala-OMS. Para identificación de factores de riesgo: estudio caso-control anidado. Muestra: 432 pacientes (87 casos y 345 controles). Se identificaron variables demográficas, socio-conductuales y clínicas asociadas a RAFA. Estadística descriptiva. Se calculó Odds Ratio con intervalo de confianza (IC) 95% y chi cuadrado o test exacto de Fisher. Resultados: Se incluyeron 2054 pacientes. 70% varones. Media edad 42 años. TB pulmonar 89%. Se notificaron 143 RAFA - tasa de incidencia 7%. Media edad 47 años. Entre 35-54 años (38% - incidencia 7,5%), > 55 años incidencia 10%. Varones 54% (Incidencia 5,3%), mujeres 46% (Incidencia 11%). TB pulmonar 69%, extrapulmonar 15% y diseminada 14%. Momento aparición RAFA: promedio 32 días, en TB diseminada 20 días. 90% de RAFA en tratamiento con dosis fijas combinadas (DFC) de fase intensiva. Conducta: 76% suspensión transitoria de tratamiento. RAFA más frecuentes: hepáticas 68%, cutáneas 13%, digestivas 11%. Moderadas 66%, graves 11% (hepáticas 63%). Ningún caso falleció por la RAFA. Causalidad: Definitiva 5%; Probable 71%; Posible 23%. Factores asociados a RAFA con significancia estadística: >50 años (OR 1.76 p 0.01), sexo femenino (OR 2.16 p 0.001), infección VIH (OR 3.07 p 0.0001) e inmunosupresión no VIH (OR 3.28 p 0.002). Discusión: incidencia de RAFA similar a la literatura. En nuestro país, el uso casi universal de DFC hace difícil investigar el fármaco individual involucrado. Mayor incidencia en sexo femenino y edad avanzada. RAFA más frecuentes y de mayor gravedad las hepáticas, sobre todo, hepatotoxicidad. Factores de riesgo de RAFA variables según los estudios: infección VIH, sexo femenino, TB extrapulmonar, desnutrición, enfermedad hepática subyacente, son algunos de ellos. Conclusiones: importancia de las RAFA por la frecuencia y morbilidad. Los resultados obtenidos permitirán a los médicos ajustar el tratamiento antituberculoso. Las actividades de farmacovigilancia deben ser priorizadas en los programas de tuberculosis en vistas a aportar información para brindar tratamientos efectivos y seguros a los pacientes

ID#275

TUBERCULOSIS EN PACIENTES AMBULATORIOS: EXPERIENCIA DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN UN HOSPITAL MONOVALENTE DE ENFERMEDADES RESPI-

RATORIAS

Autores: Sandra Arroyo Orozco¹ | María José Gallego² | Estela Martínez Segovia² | Laura Benzal² | Helga Celina Samudio Cocheres² | Sandra Emilia Moscatelli² | Mariela Velásquez² | Paola Olmos Vargas² | Yamila Martín² | Patricia Maggio²

Filiación: ¹ Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer ² Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Sección: Trabajos de investigación | **Póster** | **Área:** Tuberculosis
Resumen: I. Introducción y objetivo: La tuberculosis (TB) en Argentina es un problema de salud pública a pesar de que puede prevenirse y curarse. Nuestro objetivo es describir el diagnóstico (dx), tratamiento (tto) y seguimiento de pacientes, realizado por un equipo multidisciplinario compuesto por enfermeros, bioquímicos, microbiólogos, farmacéuticos, asistentes sociales y médicos que asisten a pacientes adultos en un hospital monovalente de patologías respiratorias. II Material y método: Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS de las historias clínicas de pacientes adultos diagnosticados de TB, desde agosto 2022 a julio 2023. III Resultados: Se diagnosticaron 106 casos de TB. En su mayoría hombres, 59%; con predominio de 17 a 26 años (25%); procedentes de AMBA 57% y CABA 41%; 81% no tenían cobertura de salud. Desde el aspecto clínico: 92,5% fueron casos incidentes: 85% casos nuevos, 7,5% recaídas y 7,5% reingreso de pérdida de seguimiento. Predominó la forma pulmonar 77%, seguida de la pleural 16%, mixta 4%, miliar 2%, ganglionar 1%. Las comorbilidades más frecuentes fueron: tabaquismo 41%, diabetes 11%, alcoholismo y consumo de otras sustancias psicoactivas 10%, HIV 6%, asma y EPOC 4%. La serología para HIV fue negativa en el 67% y sin datos en el 26%. El dx se realizó con el estudio de esputo directo a través de la técnica de Ziehl-Neelsen (ZN) 72%, biopsia (bp) pleural 18%, lavado broncoalveolar 8%, bp ganglio cervical 1% y de ganglio mediastinal 1%. Se realizó cultivo en todas las muestras procesadas, siendo positivo el 88% (n=93). En cuanto a las pruebas de sensibilidad a drogas: fueron sensibles (S) a HR 67%, resistente a H 4%, sin datos 29%. Las reacciones adversas a los medicamentos fueron: hepatotoxicidad 9%, hiperuricemia 4%, disminución agudeza visual 2%, intolerancia digestiva 2%, rash cutáneo 2%. En el seguimiento: 18% finalizaron tratamiento, 38% lo continúan, 24% fueron derivados a otro centro por cercanía a zona de residencia; mientras que 18% abandonaron y hubo 2% de fracaso de tratamiento. IV Discusión y conclusiones: La epidemiología en nuestro centro es similar a la reportada a nivel nacional: predominio de hombres, adultos jóvenes, sin cobertura de salud y provenientes principalmente de AMBA. El dx fue realizado en la mayoría con ZN (72%), 4 muestras fueron resistentes a H, remarcando la importancia de la vigilancia de la resistencia en la comunidad. Podría existir una subestimación de la coinfección con el virus de HIV debido a que la serología faltaba en un 26% de los pacientes. El equipo interdisciplinario realiza un seguimiento intensivo desde el dx, la notificación en SNVS, la localización del paciente para seguimiento por consultorio, asistencia social, y dispensa de la medicación, realizando un contacto personalizado en cada caso. Aun así, la tasa de abandono es elevada 18% (n=19). Es importante en un futuro detectar fallos en la adherencia y en la accesibilidad al hospital en forma temprana para elaborar estrategias capaces de lograr una disminución en la tasa de abandono.

ID#280

TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE: IMPACTO DE LA ADHERENCIA SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Autores: Pablo Furcinitto¹ | Ana Gamberale¹ | Bruno Bartoletti¹ | Laura Rey¹ | Victor Cruz¹ | Mario Mateo² | Domingo Palmero³

Filiación: ¹ Hospital F.J Muñiz ² Instituto Vaccarezza ³ Hospital F.J Muñiz/Instituto Vaccarezza

Sección: Trabajos de investigación | **Comunicación oral** | **Área:** Tuberculosis

Resumen: En pleno siglo XXI, la tuberculosis (TB) sigue considerándose una de las enfermedades infecciosas humanas más relevantes. En Argentina, durante el año 2021 se notificaron 12.569 casos de tuberculosis; 154 de estos presentaron resistencia a rifampicina. Los regímenes terapéuticos para TB MDR (multirresistente) distan de ser satisfactorios. Estos requieren un

curso más largo de tratamiento y una carga elevada de pastillas, con un mayor perfil de toxicidad. En el año 2020, la OMS modificó las definiciones de tuberculosis pre XDR (pre-extremadamente resistente) y XDR (extremadamente resistente). Los fármacos fueron reorganizados en tres grupos, y se definieron nuevos esquemas acortados, totalmente orales. No ha sido analizado en la literatura el efecto que tiene la adherencia al tratamiento sobre este tipo de pacientes. Los objetivos de este estudio fueron determinar el impacto que de la misma sobre la conversión bacteriológica y los resultados del tratamiento. **Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 99 pacientes, con diagnóstico de TB-MDR y Pre-XDR, que realizaron seguimiento en el consultorio externo de sala 19, del hospital F.J. Muñiz, CABA. Para la elaboración de la base de datos y el análisis estadístico fue utilizado el software Epi Info. **Resultados:** Fueron evaluados 99 pacientes; 67 varones y 32 mujeres. El promedio de edad fue 37 años. Nacionalidad: 64% argentina, 20% peruana, 13% boliviana y 2% paraguaya. El 33% de ellos son HIV positivos. El 46% no presentó nexo epidemiológico con otros pacientes drogoresistentes. Radiológicamente, la mitad de los pacientes presentó un patrón bilateral cavitado. La resistencia antimicrobiana, acorde a la última notificación de la OMS 2021, fue en el 90.9% de los casos MR y 9.1% restante Pre-XDR. La adherencia fue buena en 62 pacientes, e insatisfactoria en los 37 restantes. El 65% de los pacientes recibió inyectables, en promedio durante 5 meses. El 55% presentó reacciones adversas. El tiempo de tratamiento promedio alcanzó los 16.5 meses. La evolución fue favorable en el 76% de los casos, manteniéndose en la actualidad con cultivo negativo. El tiempo promedio de conversión bacteriológica fue de 191 días. Dentro de las variables previamente descritas, ninguna se relaciona con una disminución en tiempo de conversión que sea estadísticamente significativo. La buena adherencia, definida como una asistencia mayor al 80% de las consultas de seguimiento, se asoció de forma significativa a buenos resultados ($p: 0.019$). **Discusión:** El contexto socioeconómico desfavorable, la falta de acceso a drogas de segunda línea, y la deficiente articulación entre centros de referencia y contrarreferencia, sumado a las características desfavorables de los esquemas actuales, impactan de forma negativa sobre la adherencia al tratamiento. Esto podría afectar seriamente los resultados, y aumentar el riesgo de ampliar la resistencia. Es imprescindible encontrar métodos para mejorar la adherencia al tratamiento, ya que interpretamos que es un factor clave para la curación del paciente.

ID#293

TUBERCULOMAS CEREBRALES EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

Autores: Ariel Aaron Choque López¹ | Norma E González² | Edith M Macha Marin² | Pablo Fronti² | Victor Pawluk²

Filiación: Hospital general de niños "Dr. Pedro de Elizalde"

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Tuberculomas cerebrales en pediatría. A propósito de 4 casos. La tuberculosis (TB) del sistema nervioso central en pediatría constituye una de las localizaciones extrapulmonares más severas y con mayor potencial de morbimortalidad y secuelas. Presentamos 4 casos de neurotuberculosis con diferentes manifestaciones clínicas. Caso 1: Niño de 9 años se presentó con cefalea y vómitos asociados a hiponatremia. Refería antecedentes familiares de TB. Tomografía (TC) cerebral con dilatación ventricular (hidrocefalia). Xpert positivo para TB en líquido cefalorraquídeo (LCR) Tratado con 4 drogas antiTB y corticoides. Al mes y medio de tratamiento presentó episodio convulsivo y alteración de la conducta al descender la corticoterapia. Se realizó resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral mostrando nueva lesión compatible con tuberculoma a nivel del atrio ventricular derecho con compromiso del plexo coroideo. Se reinició tratamiento con corticoides y se descendieron progresivamente, completando un año de tratamiento antiTB bajo seguimiento neurológico y pediátrico con buena evolución clínica. Caso 2: Paciente masculino de 16 años, con hermano diagnosticado con TB. Presentó pérdida de peso, tos, dolor abdominal y fiebre intermitente de 7 meses de evolución. PPD positiva, radiografía de tórax (Rx Tx) con múltiples cavidades e imagen micronodular

diseminada (TB miliar). Espustos y orina con baciloscopia y cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. En imágenes de TC se detectó compromiso hepático, renal y cerebral con tuberculoma frontal izquierdo. Sin síntomas neurológicos. VIH negativo. Completó 12 meses de tratamiento antiTB con buena evolución clínica. Caso 3: Niño de 2 años y 7 meses, presentó fiebre, falta de apetito y parálisis facioabduciocrural derecha de 48 horas de evolución. Glasgow de 10/15. Rx Tx con imagen miliar. RMN con múltiples lesiones en ambos hemisferios compatibles con tuberculomas asociados a lesiones isquémicas. Citoquímico de LCR compatible con TB, microbiología negativa. Hermana con TB pleuropulmonar detectada en el estudio de contactos. Cumplió 12 meses de tratamiento antiTB. Caso 4: Paciente masculino de 14 años, presentó fiebre, inestabilidad en la marcha, pérdida de peso, abulia y anorexia de 2 semanas de evolución. Padre con antecedente de TB pulmonar. Se realizó punción lumbar con XpertMTB positivo en LCR. RMN cerebral sin alteraciones. Realizó 35 días de tratamiento antiTB y corticoides, y presentó convulsión tónico clónica generalizada. Se realizó nueva RNM mostrando lesiones nodulares con realce anular (tuberculomas), y edema en diferentes áreas del cerebro. Recibió nuevo curso de corticoides con buena respuesta. Se encuentra en segunda fase de tratamiento antiTB actualmente. **Discusión:** Para reducir las secuelas y mejorar el pronóstico de los pacientes con TB del sistema nervioso central, es esencial mantener un alto nivel de sospecha y llevar a cabo un diagnóstico rápido y preciso. Los casos presentados ejemplifican diferente forma de presentación y evolución de la enfermedad, y reflejan la importancia de las imágenes en la valoración del compromiso cerebral en casos de TB miliar.

ID#297

TUBERCULOSIS EN PERIODO NEONATAL, A PROPOSITO DE DOS CASOS

Autores: Florencia Rearte¹ | Andrea Di Giorgi¹ | Verónica Vazquez¹ | Andrea Bonacina¹ | Cecilia Lasserre¹ | Graciela Ozon¹ | Pablo Bodas¹

Filiación: ¹ Hospital Materno Infantil de San Isidro, Buenos Aires, San Isidro

Sección: Casos clínicos | Póster | **Área:** Tuberculosis

Resumen: Introducción: Destacar la importancia del abordaje de la tuberculosis en el período neonatal teniendo en cuenta las dificultades diagnósticas que involucra al binomio madre-hijo. Las características del sistema inmune en la gestante y el recién nacido impactan en la presentación clínica. El tratamiento debe ser oportuno y supervisado. Casos clínicos. Caso 1 femenino de 3 meses de edad, RNT/BPEG, derivada por mal progreso de peso, regular estado general, palidez generalizada, abdomen distendido, tenso, doloroso, febril. Estudios: Rx de tórax patológica (Opacidades difusas bilaterales de aspecto nodulillar), ecografía abdominal (ascitis), Laboratorio (anemia, PCR 104). Se inicia tto con ceftriaxona. Por mala evolución clínica se inicia estudios para TBC y FQ. Test del sudor normal, cultivo LCR gémenes comunes y BAAR (neg), Genexpert LCR y LG detectable M. Tuberculosis. PPD 0 mmTAC Tórax: parénquima pulmonar con opacidades nodulillo-alveolares bilaterales y difusas. TAC de cerebro y abdomen sin particularidadesInicio tto con 4 drogas de primera línea.Evolución: requirió O₂ 21días, cumplió tto con ceftriaxona 9 días, y CTC 21 días, internada 47 días para recuperó nutricional. Completo 12 meses de tto con antifímicos con buena evolución. Estudios maternos: Rx Tórax patológica, PPD 0 mm, punción biopsia pleural para BAAR (neg), esputo materno (BK neg), lesión en mama derecha. Ecografía mamaria: patológica, cultivo para BAAR positivo, anatomía patológica lesión granulomatosa. Antecedente de TB a los 3 años por foco materno. Realizó tto con 4 drogas.Caso 2: femenino de 17 días de vida, RNPT/PAEG (EG 35 sem), permaneció en Neo 11 días por recuperó nutricional. Al Ingreso en regular estado general, rechazo alimentario, hipotermia, sensorio alternante y dificultad respiratoria.Rx hemitórax opaco derecho, requirió ARM (5 días) y VAFO (6 días). Por sospecha de sepsis se policultiva. Se medica con diferentes esquemas antibióticos. Durante la internación la mamá inicia con cuadro de Infección respiratoria aguda, ingresa a UTI con NMN con derrame y sospecha de TB. Se completan

estudios de la paciente: B. Pertusis (neg), COVID19 (neg), VSNF (neg), genexpert en LCR y LG detectable para M. tuberculosis. Inicia tto con 4 drogas de primera línea y meprednisona. Regular adherencia al mismo, se reinternar a los 5 meses, con intercur-rencia por VSR, se realiza TAC Tórax patológica. Requirió 63 días de O₂ x cánula nasal. Directo y cultivo de LG (neg). Completo tratamiento supervisado 12 meses. Conclusiones: La tuberculosis congénita o perinatal requiere un alto grado de sospecha al ser difícil su diagnóstico por presentar signos clínicos inespecíficos. Son importantes los controles de la embarazada y el recién nacido, realizar un interrogatorio detallado, y tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes lactantes con compromiso pulmonar que no responden a los antibióticos convencionales. Es importante la búsqueda de focos profundos y el tratamiento temprano con el fin de evitar formas diseminada, fatales o secuelas.

ID#303

SINDROME DE LÓBULO MEDIO POR TUBERCULOSIS

Autores: Luis Alberto Tancara Condori¹

Filiación: ¹ RESIDENTE DE NEUMOLOGIA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - CAJA NACIONAL DE SALUD

Sección: Casos clínicos | **Póster** | **Área:** Tuberculosis

Resumen: 1. Introducción: EL Síndrome de lóbulo medio es una entidad clínico radiológica que se caracteriza por el colapso recurrente o crónico del lóbulo medio del pulmón derecho. En 1937, Brock 2 lo describió por primera vez como un fenómeno obstructivo por nodos linfáticos peribronquiales que comprimen el bronquio del lóbulo medio en pacientes con tuberculosis. su presentación clínica es la tos crónica o recurrente. Caso clínico: Paciente masculino de 56 años, procedente de la ciudad de La Paz y Residente actualmente en Chulumani, casado, ocupación técnico radiólogo. No antecedentes alérgicos ni transfusiones. Diagnosticado de linfoma no Hodgkin hace 6 años, sometido a 6 sesiones de quimioterapia, última sesión en 2017 en seguimiento por oncohematología. Paciente refiere cuadro clínico de aproximadamente 3 meses de evolución caracterizado por

accesos de tos seca que posteriormente presentaron escasa expectoración mucosa de color blanquecino motivo por el cual acude a policlínico donde recibe antibioticoterapia, sin embargo cuadro clínico persiste, mismo se asocia a astenia adinamia, hiporexia. ingresa en regular estado general, PA: 120/70 mmHg, FC: 80 lpm FR: 20 rpm Talla: 1.62 cm, Peso: 74 kg, IMC: 28, SATO₂: 90% al aire ambiente. A nivel Pulmonar: A: murmullo vesicular disminuido, estertor crepitante en región subescapular de hemitórax derecho. Corazón: ruidos cardíacos rítmicos normofonéticos sin soplos, resto sin particularidades. ANALITICA: Hemogramay Bioquímica sanguínea: Dentro de parámetros, prueba rápida de VIH: Negativa placa de rayos x: lateral imagen compatible con atelectasia de lóbulo medio, TC de torax: atelectasia de lobulo medio, Baciloscopias seriadas negativas, Fibrobroncoscopia: resultado Genexpert Tuberculosis Detectado.3. Discusión y Conclusiones: ingresa en el contexto de tuberculosis debido a que cumple con criterio epidemiológico por que vive en Chulumani Yungas el cual es una zona endémica de tuberculosis, segundo la presentación clínica atípica asociada a los hallazgos de la placa de rayos y la tomografía sugerente de atelectasia de lóbulo medio, contamos con baciloscopias negativas sin embargo no descartamos tuberculosis por lo que solicitamos fibrobroncoscopia para enviar a BAL el genxpert el cual resulta con prueba de tuberculosis detectado, por lo que iniciamos tratamiento específico y se logra que el paciente en control espor consulta externa se encuentre como curado de tuberculosis. En nuestro medio la tuberculosis es una causa importante de síndrome de lóbulo medio, se llega a confundir con neumonía adquirida en la comunidad, se requieren estudios que corroboren cuantos casos de síndrome de lóbulo medio se diagnostican y cuantos son secundarios a tuberculosis y a que otras etiologías. El síndrome de lóbulo medio no solo es una patología pediátrica, puede llegar a presentarse en la edad adulta, de una forma poco típica por lo que es importante que desde primer nivel de atención se llegue adecuadamente a este síndrome y no confundirlo con una neumonía.

Por orden alfabético

(Apellido, Nombre, nro. de página, nro. de ID)

- Abdala, D. 1 (7), 1 (8), 4 (157), 4 (158), 61 (165)
Abdala, J. 33 (69), 34 (102)
Abrate, V. 13 (188), 25 (181), 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267)
Absi, D. 20 (107)
Achig, E. 54 (14), 16 (268), 19 (75), 27(206), 64 (229)
Acosta, C. 44 (176), 51 (89)
Acosta, M.A. 93 (143)
Aguero Turbatí, A. 9 (17), 15 (242), 27 (205)
Aguilar, H. 13 (171)
Aguilar, R. 14 (203), 17 (300)
Aguilera, R. 44 (176), 89 (51), 93 (135)
Ahumada, R. 3 (106), 20 (107), 84 (84), 85 (87), 85 (162), 85 (179)
Aimone, D. 1 (20), 31 (287), 31 (288)
Alba, J. 1 (7), 1 (8), 157 (158), 61 (165)
Albarrán, D. 66 (37)
Alberini, N. 73 (239)
Alberti, L. 42 (134)
Albiero, J. 66 (277)
Ale Taborda, A.L. 89 (60)
Alegre, S.C. 56 (276)
Altamirano, A. 39 (248) 91 (83)
Álvarez, P. 9 (73)
Álvarez, R.N. 44 (190), 45 (192)
Amarilla, Y. 62 (180), 65 (253), 74 (255)
Amaya, G. 96 (249), 98 (273)
Anastasini, J. 52 (282)
Anci Álvarez, D.F. 58 (95)
Andini, A. 59 (116)
Andreu, M. 18 (44), 61 (164)
Ansil, O. 21 (113)
Appiolaza, A. 93 (143)
Aquino, V. 18 (29)
Aragones Bastos, X. 92 (128)
Arancibia, F. 66 (36), 66 (37), 69 (306)
Arce, L. 49 (166)
Arce, S. 56 (292)
Arechavaleta, N. 11 (136)
Arias, S. 43 (169), 43 (174), 96 (252)
Arnez Flores, J.B. 29 (261), 40 (295), 65 (258)
Arroyo Orozco, S. 26 (184), 98 (275)
Artola, M.F. 5 (218), 38 (222)
Auvieux, R. 70 (41)
Avalos, V. 15 (244), 34 (80)
Ayllon, M.A. 94 (197)
Ayraudo, M. 51 (263)
Azcona, M. 81 (220)
Baena Quesada, D. 58 (86)
Baez Pannocchia, M.L. 58 (95)
Baez, A.E. 19 (82)
Baez, M. 6 (234), 6 (235), 6 (236)
Balestrieri, M.C. 83 (12)
Balinotti, J.E. 60 (153)
Ballieau, N. 74 (259)
Ballina, A. 39 (248), 91 (83)
Baloco, O. 78 (139), 90 (81)
Barata, E. 83 (167)
Barbaglia, A.L. 40 (278)
Barimboim, E. 2 (22), 33 (69), 55 (26)
Baroni, C. 7 (284), (262), 87(13), (63), 90 (64)
Barragan, J. 9 (73)
Barreiro González, S. 53 (294)
Barrientos, D. 66 (36), 66 (37), 69 (306)
Bartoletti, B. 87 (16), 94 (178), 98 (280)
Basile, F.B. 8 (43)
Basilo Vigil, H. 11 (96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
Bastidas, E. 21 (110), 27 (221), 58 (86)
Bataglia G. 51 (263), 51 (266), 52 (274)
Bejarano, N. 3 (106), 20 (107), 84 (84), 85 (87), 85 (162)
Bellomío, V. 40 (278)
Bellón, P. 51 (263), 51 (266), 52 (274), 53 (294)
Benavides, A. 62 (180), 65 (253), 74 (255)
Benavidez, S. 3 (144)
Benitez, S. 53 (294)
Benito, H. 43 (149), 45 (200)
Bensignor, S. 21 (110), 27 (221), 58 (86)
Benzal, L. 98 (275)
Bergoglio, T. 84 (48)
Bermúdez, A. 37 (201)
Beroldi, S. 74 (259)
Bertino, E. 70 (92)
Bertolín, A.V. 86 (89), 44 (190), 45 (192), 66 (277), 79 (163)
Bertolotti, A. 84 (84)
Bertozzi, M. 53 (290), 18 (44), 61 (164)
Berzucker, M. 1 (20)
Besada, G. 11 (96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
Besteiro, G. 87 (13), 90 (63), 90 (64)
Bettini, J. 19 (65), 33 (74)
Bezzi, M. 53 (290)
Bima, G. 39 (248), 91 (83)
Blanco, G. 86 (194)
Blanco, I. 82 (11)
Blanco, M. 75 (23), 77 (55), 75 (24)
Blazevic, I. 46 (238)
Bledel, I. 76 (47), 76 (53)
Blua, A. 43 (149)
Bocca, X. 25 (155), 59 (116),
Bodas, P. 99 (297)
Bogado, J. 82 (11)
Bonabbita, G. 52 (282)
Bonacina, A. 99 (297)
Bonavita, F. 11 (136), 44 (176), 89 (51)
Boni, S. 81 (251)
Borelli, G. 28 (226)
Borello, S. 53 (290)

Borsini, E. 75 (23), 75 (24), 76 (47), 77 (55)
 Bosio, M. 6 (234), 6 (235), 6 (236), 9 (73), 16 (250), 70 (40)
 75 (23)
 Bossio, J.C. 96 (252)
 Bosso, M. 51 (266), 51 (263), 51 (266), 52 (274), 68 (270),
 Bourdin, V. 11 (136)
 Bouzon, R.A. 14 (204), 63 (202)
 Bozikovich, C. 35 (124)
 Branda, A. 22 (114), 12 (160), 17 (291)
 Brichetti, V. 43 (149)
 Briozzo, A. 22 (114), 17 (291)
 Britos, J.N. 4 (148), 57 (25), 80 (189)
 Brizuela, E. 86 (194)
 Brnich, N. 93 (143)
 Brunetti, G.M. 86 (194)
 Brusco, A. 68 (270)
 Brusselle, G. 46 (238)
 Bucalá, V. (67)
 Buero, A. 70 (40), 70 (41)
 Buffarini, L. 32 (50)
 Bujan, L. 69 (286)
 Burga Ponce, M. 29 (261), 65 (258), 93 (140)
 Burgos, M.C. 54 (14)
 Burgos, S. 82 (10)
 Busse, W.W. 46 (238)
 Bustamante, N. 7 (305)
 Bykhovskiy, I. 83 (12)
 Cabral, D. 62 (180), 65 (253), 74 (255)
 Cabral, G. 28 (257)
 Cabrera, A. 81 (220)
 Cáceres, M. 36 (152)
 Cáceres, S.N. 9 (17), 15 (242), 27 (205)
 Cadamuro, G.A. 44 (190), 45 (192)
 Cagide, S. 54 (309)
 Calabrese, C.A. 43 (169), 43 (174)
 Caldarola, M.P. 49 (67), 49 (104)
 Calderón, J. 84 (84), 85 (162)
 Calegari, E. 71 (183)
 Camara Virreira, N. 14 (203), 17 (300), 40 (302)
 Camargo Parra, D. 34 (120)
 Cameno, M. 70 (96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
 Campagna, M. 37 (209)
 Campos, J. 71 (73)
 Candiotti, M. 85 (87), 85 (162)
 Cánova, J. 3 (106), 20 (107), 84 (84), 85 (162)
 Cano, L.M. 48 (38)
 Canteros, G. 70 (96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
 Cañete, N. 46 (233)
 Capelli, L. 78 (139)
 Capone, L. 47 (126)
 Carbajales, J. 3 (122), 4 (148)
 Carballo, J.M. 17 (301)
 Carboni Bisso, I., 12 (170), 13 (171), 84 (48), 67 (243), 68 (246),
 68 (285), 69 (286)
 Cardozo, J. 69 (306)
 Carrasco, G. 3 (106), 20 (107), 26 (184), 84 (84), 85 (87), 85 (162)
 Carrizo, F. 7 (305)
 Carrizo, M. 1 (7), 1 (8), 4 (158), (165)
 Casal, M. 32 (59)
 Casanello, A. 94 (197)
 Casas, J.P. 66 (277), 79 (163)
 Casas, M.F. 20 (82)
 Casco, N. 21 (110), 27 (221), 58 (86)
 Cassanelli, P.M. 92 (101)
 Castaño, G. 76 (47)
 Castellano Barneche, M.F. 83 (12)
 Castro, H.M. 36 (142), 36 (152), 42 (45), (46), 45 (200)
 Castro, V. 21 (110), 38 (228)
 Castro-sayat, M. 77 (77)
 Cavallin, M. (287), 38 (288)
 Cazales, M. 4 (148)
 Cedeño, J. 57 (49)
 Centeno, P. 86 (194)
 Cervantes Michel, C. 72 (211)
 Cesaratto, F. 13 (188), 25 (181), 39 (240), 62 (182), 73 (231),
 74 (267)
 Ceschan, N. 49 (104)
 Cestari, M. 49 (166), 82 (10), 83 (167)
 Chabat, T. 38 (222), 5 (218)
 Chandler, T. 28 (257)
 Chelli, F.L. 53 (294)
 Chertcoff, J. 6 (234), 6 (235), 6 (236)
 Chiervo, S.G. 83 (61)
 Chirino, A. 28 (257)
 Choque López, A.A. 99 (293)
 Churin, L. 58 (70)
 Ciallella, L. 89 (60)
 Ciarrocchi, N. 68 (285)
 Civale, S.N. 56 (292)
 Claros, C. 66 (36), 66 (37)
 Clivio, L. 40 (295)
 Coco, B. 21 (112), 27 (206)
 Colaianni-alfonso, N. 77 (77), 78 (150)
 Colantuono, M.B. 7 (284)
 Collazos, H. 69 (306)
 Colquehuanca, J. 64 (225)
 Colucci, M. 3 (144), 56 (296)
 Companys, P. 74 (255)
 Contrera, M. 96 (249), 98 (273)
 Cornejo, R. 68 (246)
 Correa, Y. 55 (173), 56 (276)
 Correger, E. 67 (217)
 Corroto, M. 40 (278)
 Córscico, M. 19 (65), 33 (74)
 Corti, L. 43 (169)
 Costa, L. 45 (216)
 Costanzo, P.R. 42 (45), 42 (46)
 Cragnolini De Casado, G. 92 (128), 94 (197), 95 (198), 95
 (215), 96 (237)
 Craverro, J. 37 (201)
 Crescente, D. 13 (188), 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267)
 Crivelli, E. 52 (282)
 Cruz Urcia, H.L. (134), 15 (219), 16 (268), 19 (75), 21 (112), 27
 (206), 50 (227), 64 (229)
 Cruz, H. 64 (225)
 Cruz, J. 81 (220)
 Cruz, V. 87 (16), 94 (178), 98 (280)
 Csipka, P. 43 (149)
 Cuestas, E.I. 79 (163)
 Curbelo, P. 89 (51)
 Dalla Fontana, R. 43 (174), 96 (252)
 D'aloisio, J.I. 86 (89)

David, J. 93 (143)
 Dávila, T 47 (126)
 De la Barrera, S. 87 (9)
 De Paoli, S 68 (270)
 De Souza, G. 44 (176), 89 (51), 93 (135)
 De Vito, EL. 42 (45), 42 (46), 56 (292), 63 (207), 68 (270)
 Decima, T. 6 (235), 35 (127), 37 (214), 55 (15)
 Del Rio, R. 1 (7), 1 (8), 4 (158), 61 (165)
 Del Valle Garay, J. 89 (60)
 Del Valle Maggio Rodríguez, P. 78 (117), 80 (191)
 Dell'era, S. 83 (12)
 Devetter, F. 6 (234), 6 (235), 6 (236)
 Dezano, P. 9 (73)
 Di Giorgi, A. 99 (297)
 Di Giorgi, L. 58 (95)
 Di Rienzo, P. 39 (248), 91 (83)
 Di Tullio, F. 16 (250), 35 (127), 37 (214), 55 (15), 70 (40)
 Diana, E. 52 (282)
 Díaz Ballve, L. 17 (301)
 Díaz, M. 4 (157)
 Díaz, N. 52 (282)
 Díaz, Y. 43 (169)
 Dibur, E. 76 (47)
 Dietrich, A. 67 (243), 84 (48)
 Dini, A. 4 (148), 3 (122)
 Dip, B.Y. 15 (242)
 Du Plessis, C. 4 (157)
 Duarte, C. 68 (270)
 Durán, J. 93 (135)
 Durán, L.G. 56 (296)
 Duré, R. 12 (160), 17 (291), 22 (114), 22 (115)
 Echazarreta, A.L. 56 (276)
 Echazu, F. 8 (5)
 Echegaray, V. 60 (159), 25 (161), 37 (201)
 Elder González, M. 66 (37)
 Elías, M. 13 (188), 25 (181), 30 (279), 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267)
 Enghelmayer, J. 36 (152)
 Erazo, J. 21 (110)
 Ernst, G. 16 (250), 47 (126), 70 (41), 75 (23), 86 (241)
 Esperón, F. 52 (274)
 Faccioli, G. 11(96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
 Failde, R. 94 (197), 95 (198), 95 (215), 96 (237)
 Fajre, L. 40 (278)
 Falco, J. 88 (34), 89 (35)
 Farias, E.G. 51 (76)
 Farieri, V. 13 (188), 25 (181), 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267)
 Favaloro, L. 84 (84)
 Favaloro, R. 3 (106), 20 (107), 85 (87)
 Fernández Castillo Odena, M.S. 73 (239)
 Fernández Ceballos, I. 12 (170), 13 (171), 68 (246)
 Fernández Gómez, V.R. 1 (7), 1 (8), 4 (157), 4 (158)
 Fernández Siri, L. 29 (261), 65 (258), 75 (269), 97 (264)
 Fernández, A. 2 (20), 31 (287), 31 (288)
 Fernández, B. 66 (36)
 Fernández, F.J. 14 (193)
 Fernández, H. 96 (252)
 Fernández, I. 67 (243), 68 (285), 69 (286)
 Fernández, M. 36 (152) 64 (229)
 Fernández, O. 35 (124)
 Fernández, R. 63 (207), 72 (230), 78 (139), 79 (185), 79 (186)
 Ferrari, N. .52 (282)
 Ferrario, M.C. 73 (239)
 Ferraris, J. 11 (96)
 Fiad Chain, N. 83 (12)
 Fielli, M.H. 29 (260), 40 (302)
 Figueroa Casas, M. 19 (82)
 Figueroa, L. 15 (244), 34 (80)
 Flores Maldonado, V.N. 20 (105), 72 (230), 79(185)
 Flores, D. 77 (77)
 Flores, J.P. 38 (222)
 Franchi, E. 43 (149), 47 (298)
 Franzoy, J. 70 (40), 75 (23), 6 (235), 16 (250), 35 (127), 37 (214), 39 (240), 75 (24), 86 (241)
 Fronti, P. 99 (293)
 Fuks, V.E. 19 (65), 33 (74)
 Fullana, M. 45 (200)
 Furcinitto, P. 94 (178), 98 (280)
 Furmanek, S. 28 (257)
 Galarza Camacho, T.M. 95 (215), 96 (237)
 Gallego, M.J. 19 (75), 50 (227), 99 (275)
 Gallo, S. 53 (294)
 Gamarra, I. 51 (266)
 Gamarra, M.A. 48 (154)
 Gamberale, A.M. 87 (16), 94 (178), 98 (280)
 Gambetta Segui, S. 73 (239)
 Gando S. 12 (160), 17 (291), 22 (114)
 Garay, José 18 (29)
 Garay, Julieta. 21 (110), 58 (86), 95 (198), 95 (215), 96 (237)
 García Artemio 9 (73), 14 (203), 16 (250), 62 (180), 74 (255)
 García Urrutia, J. 54 (309)
 García, Adriana 47 (1), 47 (126), 53 (294)
 García, G. 41 (28),
 García, L. 65 (258), 29 (261), 90 (64)
 García, M. 98 (273)
 Gardeñez, W. 5 (218), 12 (145), 37 (209), 63 (202)
 Garello, M.M. 81 (299)
 Garitta, N. 14 (204), 63 (202)
 Garro, M.M. 80 (191)
 Gatica, D. 58 (95)
 Genovali, N. 49 (104)
 Geraci, E. 82 (78)
 Ghio, L. 43 (174)
 Giacobbe, I.M. 53 (294)
 Gil, B. 36 (152), 40 (278)
 Gimeno Santos, E. 82 (11), 83 (12)
 Ginestet, E. 92 (101)
 Ginetti, B. 6 (234), 16 (250), 37 (214), 75 (23), 75 (24), 86 (241)
 Godoy Bader, M. 40 (302), 71 (183)
 Gómez, J.P. 54 (309)
 González Anaya, J. 12 (170), 13 (171), 67 (243), 68 (246), 68 (285), 69 (286)
 González Vara, M. 39 (248) 91 (83)
 González, A. B. 29 (260)
 González, Alejandra 18 (44) 23 (123) 61 (164)
 González, Analía 44 (190), 45 (192)
 González, C. 20 (105)
 González, C.G. 94 (197)
 González, F. 1 (7), 1 (8), 4 (157), 4 (158), 61 (165)
 González, H. 18 (29)
 González, J. 23 (123), 68 (285)

González, J.A. 29 (260)
 González, L. 33 (69)
 González, N.E. 92 (101), 97 (254), 99 (293)
 González, R. 62 (180)
 González, S.B. 53 (294)
 Gonzalo, P. 39 (248), 91 (83), 92 (100)
 Grandy, R. 93 (140)
 Grodnitzky, M.L. 59 (116)
 Gruss, A.I. 11 (136)
 Grynblat, P. 15 (219), 16 (268)
 Guardia, G. 52 (274)
 Guayama, P. 49 (166)
 Guendulain, S. 79 (163)
 Guerrero, J.H. 8 (43)
 Guevara, G. 92 (128)
 Guinsburg, M. 33 (74)
 Gullo, R. 34 (80)
 Gutiérrez, F. 81 (251)
 Gutiérrez, H. 50 (166)
 Gutiérrez, L. 26 (187)
 Guzzetti, A. 21 (113)
 Haag, D. 4 (148)
 Hayek, Y. 59 (116)
 Heres, M. 71 (118)
 Hernández Ruano, K. 28 (226)
 Hernández, M. 13 (193), 47 (298), 96 (249), 98 (273)
 Hidalgo, G. 44 (190), 45 (192)
 Hornos, M. 68 (285)
 Hwang Hui, J. 15 (244)
 Ibañez Ugozzoli, F. 13 (188), 25 (181), 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267)
 Ibañez, T. 20 (107), 85 (87), 85 (162), 85 (179)
 Ibarra, E. 81 (220)
 Ibarrola, M. 2 (33), 88 (34), 88 (35), 26 (187), 38 (228), 34 (120), 57 (49), 58 (70), 77 (117)
 Iglesias, R. 82 (10)
 Imperiale, B.R. 87 (9)
 Intelisano, F.D. 56 (276), 75 (269), 97 (264)
 Iriarte Vázquez, J.M. 80 (189)
 Irusta, M.J. 37 (201)
 Israel, E. 46 (238)
 Iturry, S. 14 (203), 17 (300), 40 (302)
 Jajati, M. 20 (105)
 Jaliff, S. 58 (95)
 Jáuregui, F.J. 40 (295)
 Jerez, S. 69 (306)
 Jordan, P. 15 (244), 34 (80)
 Kaplan, P. 3 (122), 4 (148)
 Kergaravat, J.M. 29 (261), 65 (258)
 Kierszenbaum, M. 28 (226)
 Knoblovits, P. 42 (45), 42 (46)
 Korsunsky, M. 22 (115)
 Ksiazienicki, M. 5 (218), 38 (222)
 La Pietra, C. 12 (160), 17 (291), 22 (115)
 Laborde, L. 43 (149)
 Lacera Rincón, A. 60 (153)
 Lafont, L. 90 (63), 90 (64)
 Lago, M. 3 (122)
 Lagrutta, M. 37 (209), 93 (143)
 Laguens, G. 67 (217)
 Lamot, L.E. 19 (65), 33 (74)
 Lanfranco, N. 2 (20), 31 (287), 31 (288)
 Lardizabal, A. 93 (140)
 Larivey, V. 92 (100)
 Larrateguy, L. 82 (10), 82 (11)
 Larrateguy, S. 82 (10), 82 (11)
 Larrea, G. 64 (225), 64 (229)
 Las Heras, M. 12 (170), 13 (171), 67 (243), 68 (246), 68 (285), 69 (286) 84 (48)
 Lasserre, C. 99 (297)
 Latini, C. 87 (16), 94 (178)
 Lawrinskyj, V. 42 (134), 64 (229)
 Leales, N. 86 (194)
 Lefanti Aeraki, L. 42 (134)
 Leiva Agüero, S. 36 (152)
 Lerda, M. 93 (143)
 Liguori, C.E. 37 (209), 63 (202)
 Lijavetzky, A. 41 (28)
 Limongi, L. 87 (13), 90 (63), 90 (64)
 Lingua, E. 5 (175), 12 (145), 63 (202)
 Lisanti, G. 58 (95)
 Litewka, D. 71 (183)
 Llanos, W. 66 (37)
 Lockhart, C. 12 (170)
 Lombardo, L. 89 (60)
 López, A. 77 (55) (128)
 López, A.M. 13 (188), 25 (181), 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267)
 Lorenzo, F. 87 (16), 94 (178)
 Lucchelli, J.M. 15 (219), 16 (268)
 Luengo, R.A. 30 (279)
 Lugones, J. 66 (277)
 Lugin, D. 52 (274)
 Luluaga, S. 1 (7), 1 (8), 4 (157), 4 (158)
 Luna Bautista, D.O. 40 (295)
 Lyons, G. 70 (40)
 Macha Marín, E. 92 (101), 97 (254), 99 (293)
 Machaca Huayllani, G. 50 (227)
 Maciel, D. 10 (91), 10 (93), 10 (94), 11 (97)
 Mafferra, C. 76 (27)
 Maggio, P. 98 (275)
 Mailló, M. 39 (248), 47 (298), 91 (83)
 Malamud, P. 59 (116)
 Maldonado, L. 6 (234), 6 (235), 6 (236), 37 (214)
 Malet Ruiz, J.M. 54 (14)
 Malnis, S. 76 (47), 76 (53)
 Mamani González, S. 71 (98)
 Mancino, M.B. 87 (9)
 Mangione, R. 33 (69), 34 (102)
 Manjarrez Coello, M.B. 23 (123)
 Mansella, M. 93 (140)
 Maritano Furcada, J. 36 (142), 42 (45), 42 (46), 45 (200)
 Márquez, S. 93 (140)
 Martín, I. 22 (114) 12 (160), 17 (291)
 Martín, Y. 21 (112), 19 (75), 28 (206), 98 (275)
 Martinel, J. 19 (82)
 Martínez Fraga, A. 15 (244), 18 (44), 61 (164)
 Martínez Segovia, E. 19 (75), 27 (206), 98 (275)
 Martínez, D.I. 9 (17), 15 (242), 27 (205)
 Martínez, G. 22 (114)
 Martínez, L. 85 (179)
 Martínez, M. 8 (5)

Masdeu, M. 36 (152)
Máspero, J.F. 46 (238)
Mastronardi, A. 52 (282)
Mateo, M. 98 (280)
Matesa, A. 69 (270), 81 (251)
Mattei, R. 53 (290)
Matteo, M. 87 (16), 94 (178)
Mazzei, M. 7 (284), 30 (262)
Mazzucco, G. 82 (10)
Medeot, N. 7 (305)
Medin, M. 60 (153)
Medina, A. 93 (140)
Medina, G. 25 (155)
Medina, M. 21 (113)
Meinardi, P. 43 (169), 96 (252)
Meiners, L. 62 (180)
Melatini, L. 3 (144), 56 (296)
Membriani, E. 87 (13)
Méndez Avellaneda, A. 40 (278)
Mendez, M.A. 51 (76)
Menéndez, M.P. 76 (47), 77 (55)
Menga, R. 39 (248), 91 (83)
Mereles, J. 1 (20), 31 (287), 31 (288)
Merine, M.A. 23 (123)
Meza Padilla, C. 87 (13)
Micelli, M. 32 (50)
Michlovsky, A. 81 (220)
Mirabal, Y. 15 (244)
Miranda, C. 86 (194)
Molina, C. 82 (78), 83 (167)
Molina, E. 4 (157)
Montagne, J. 67 (243)
Montaño, L. 69 (306)
Montaño, N. 69 (306)
Monteiro, S.G. 56 (292)
Montes de Oca, A. 66 (36), 66 (37)
Montiel, G. 77 (77), 78 (150)
Montoya, F. 32 (42)
Morales, A. 92 (128)
Morali, M. 5 (175), 19 (82), 63 (202)
Morandi, V. 155 (116)
Morcillo, N. 87 (9)
Mordini, N. 96 (252)
Moreno, C. 1 (7), 1 (8), 4 (158), 61 (165)
Moreno, C.P. 83 (61)
Moreno, F.E. 18 (29)
Moreno, S.G. 83 (61)
Moscatelli, M. 37 (209)
Moscatelli, S.E. 98 (275)
Moyano, R.D. 87 (9)
Moyano, V. 25 (161), 37 (201), 66 (277), 60 (159), 72 (211)
Musella, R. 89 (60)
Musetti, A. 5 (218), 38 (222)
Musso, G. 68 (270)
Nahin, M. 2 (20)
Naretto, A.O. 160 (291), 17 (115)
Naval, N. 40 (278)
Navarrete, R. 14 (204), 63 (202)
Navarro Rey, L.A. 12 (170), 13 (171), 67 (243), 68 (246), 68 (285), 69 (286)
Navarro, E. 68 (270)
Nazzo, M. 85 (162)
Nazzo, V. 3 (106), 20 (107), 84 (84), 85 (87)
Neffen, H. 45 (216)
Negro Montiel, N.M. 55 (173), 75 (269), 97 (264)
Nemer, N. 59 (116)
Nevado, A.J. 86 (89), 44 (190), 45 (192)
Nieto, M.E. 10 (91), 10 (93), 10 (94), 11 (97)
Nigro, C. 75 (23), 76 (47), 76 (53), 77 (55)
Nogueira, J.F. 81 (299)
Noguera, M.L. 88 (18), 92 (128)
Nuñez, J. 36 (142), 68 (246), 68 (285)
Ochoa, K. 3 (106), 20 (107), 84 (84), 85 (87), 85 (162)
Oliva, C. 43 (149)
Olivera López, S. 70 (40)
Olmos Vargas, P. 98 (275)
Olmos, M.E. 13 (188), 25 (181), 39 (240), 62 (182), 73 (231)
Opel, J. 55 (173), 65 (268), 29 (261)
Orazi, M. 43 (149), 47 (298)
Orellana, G. 64 (213)
Oreskovic, V. 72 (230)
Orosco Quiroga, D.W. 29 (260)
Orozco, J. 21 (112), 50 (227)
Ortiz Naretto, A. 12 (160)
Orué, R. 83 (167)
Osses, J. 3 (106), 20 (107), 84 (84), 85 (87), 85 (162), 85 (179)
Otto Yañes, M. 82 (10), 82 (11)
Outon, V. 55 (173)
Oyhamburu, P. 9 (73)
Ozon, G. 99 (297)
Padilla Rodríguez, J.A. 29 (261), 65 (258), 74 (267), 75 (269), 97 (264)
Padilla, J. 55 (173)
Pailhe, J. M. 51 (76)
Palacios, Z. 46 (233)
Palmero, D. 21 (110), 27 (221), 58 (86), 87 (16), 89 (60), 92 (128), 94 (178), 94 (197), 95 (198), 95 (215), 96 (237), 98 (280)
Panditabid, N. 46 (238)
Papucci, T. 3 (144), 57 (296)
Parra, L. 49 (166), 82 (78)
Parrado Serrudo, J.H. 29 (260), 30 (283)
Pascua, J. 75 (24), 2 (33), 16 (250)
Paskansky, M. 32 (42), 43 (149), 78 (139)
Patrone, A. 71 (118), 77 (117)
Patrone, G. 71 (118)
Paul, R. 87 (16), 94 (178)
Pavord, I.D. 46 (238)
Pawluk, V. 99 (293)
Pedace, P. 17 (301)
Pellegrino, G. 56 (276)
Pendino, R. 35 (124)
Pendito, R. 48 (154)
Penizzotto, M. 62 (199)
Peralta, O. 74 (259)
Pereda, R.O. 92 (101)
Pereyra, B.L. 41 (307), 47 (308)
Pérez Ávila, J. 30 (279)
Pérez Calvo, E. 17 (301)
Pérez, V.N. 10 (91), 10 (93), 10 (94), 11 (97)
Perín, M.M. 81 (299)
Perone, G. 58 (95)

Peroni, H.J. 15 (219), 16 (268)
 Perri, M. (236), 16 (250), 37 (214), 70 (40), 75 (23), 76 (24), 86 (241)
 Perrone, I. 32 (50), 79 (163), 80 (189)
 Perrone, M.C. 53 (294)
 Perticone, M.E. 81 (284), 81 (299)
 Petre, M. 86 (194)
 Pilipec, A. 53 (290)
 Plotnikow, G. 81 (251)
 Poggioli, G. 54 (309)
 Potito, J. 67 (217)
 Prado, J. 28 (257)
 Precerutti, J. 45 (200)
 Prigioni, S. 46 (223)
 Putruele, A. 7 (284), 81 (299), 90 (64)
 Puzzo, F. 54 (309)
 Quadrelli, S. 2 (33), 6 (235) 13 (193), 26 (187), 34 (120), 37 (214), 38 (228), 57 (49) 58 (70), 71 (118) 77 (117), 80 (191), 88 (34), 89 (35)
 Quecaño Umiri, D. 22 (114), 12 (160), 22 (115)
 Quintana, S. 69 (306), 66 (36)
 Quiroz, S. 58 (86)
 Rabe, K.F. 46 (238)
 Radwan, A. 46 (238)
 Raíces, M. 67 (243)
 Ramírez Rigo, M.V. 49 (67), 49 (104)
 Ramirez, J. 28 (257)
 Ramos, A. 2 (33), 88 (34), 88 (35)
 Razquin, F. 82 (78), 83 (167)
 Rearte, F. 99 (297)
 Reino, F. 76 (47), 76 (53), 77 (55)
 Renom, H. 15 (244), 34 (80)
 Rey, L. 27 (221), 58 (86), 89 (60), 92 (128), 94 (197), 95 (198), 95 (215), 96 (237), 98 (280)
 Reyes Armua, M.C. 18 (29)
 Reyes, C. 50 (4)
 Reyes, R.M. 19 (82)
 Reynoso, B. 76 (47), 76 (53), 77 (55)
 Ríos, J. 83 (167)
 Riva, S. 17 (291), 22 (115)
 Rivera, L. 7 (305)
 Rivero, H.M. 8 (43)
 Riveros, Y. 33 (69)
 Rizzo, G. 34 (120), 38 (228), 57 (49)
 Rizzo, O. 50 (227)
 Robaina, G. 62 (199)
 Robles, J. 52 (282)
 Robles, M. 27 (221)
 Rocchia Novillo, M.P. 9 (17), 15 (242), 27 (205)
 Rodríguez Mieres, A. 95 (198), 95 (215), 96 (237)
 Rodríguez, A. (36), 66 (37), 94 (197), 94 (198)
 Rodríguez, C.I. 36 (142)
 Rodríguez, D. 86 (194)
 Rodríguez, M.I. 7 (2) 8 (130), 9 (132), 23 (131), 32 (59), 36 (133), 44 (176)
 Rodríguez, M. (233), 89 (51), 93 (135)
 Rojas Llanos, G. 23 (123)
 Rojas, R. 11 (96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
 Román, G. 81 (220)
 Romera, A. 16 (244), 34 (80)
 Romero, D. 69 (306), 66 (36), 66 (37)
 Romero, P. 1 (7), 1 (8) 4 (158) 61 (165)
 Romiti, M. 80 (191)
 Rosales, A.M. 8 (43)
 Rosciani, F. 84 (48)
 Rosinvalle, J. 8 (5)
 Rossi Ríos, V. 92 (100)
 Rossi, A. 47 (126)
 Rossi, D. 58 (70)
 Rossi, P. 18 (44), 61 (164)
 Rubado, P. 15 (244), 34 (80)
 Ruíz, A. 51 (263)
 Ruíz, R. 42 (134)
 Ruíz, V. 84 (48)
 Russo, J. 51 (263), 51 (266), (274)
 Saab, M.A. 22 (114), 12 (160), 17 (291)
 Saavedra, S. 82 (10)
 Sabra, A. 53 (290)
 Sainz, M.E. 56 (276)
 Salas Flores, A. 30 (262)
 Salas, A. 90 (63)
 Salas, D. 86 (194)
 Salas, V. 4 (157)
 Saldarini, F. 18 (44), 61 (164)
 Salvado, A. 97 (234), 6 (235), 6 (236), 9 (73), 16 (250), 35 (127), 37 (214), 47 (126), 55 (15), 70 (40), 70 (41), 75 (23), 86 (241)
 Samudio Coceres, H.C. 98 (275)
 Samudio, M. 47 (126)
 Sánchez, A. 62 (180), 65 (253), 74 (255), 75 (269)
 Sánchez, A.L. 97 (264)
 Sánchez, L. 46 (233)
 Sánchez, N. 50 (4)
 Sangiovanni, E.M. 54 (14)
 Santiago, G.L. 2 (22), 33(69), 55 (26)
 Santillán, R.M. 80 (191)
 Sardú, L. 31 (287) 31 (288)
 Sarrazín, F. 51 (266), 67 (156)
 Satama, I. 40 (295)
 Savia, A. 21 (113)
 Scafati, M. 11 (96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
 Schottlender, J. 64 (225)
 Scilletta, S. 60 (153)
 Segovia, J. 61 (164)
 Segovia-roca, J. 18 (44)
 Segurondo Tudela, O. 30 (279)
 Serrano Valeriano, M. 32 (50), 20 (105), 78 (139)
 Símboli, N. 87 (16), 94 (178)
 Simkin, P. 71 (183)
 Siroti, C. 78 (150)
 Sivorí, M., 4 (148), 3 (122), 18 (44), 20 (105), 24 (147), 32 (50), 46 (223), 61 (164), 63 (207), 78 (139) (183), 79 (185), 79 (186), 80 (189)
 Sleiman, S. 49 (166)
 Smith, C. (234) (235) (236)
 Smith, D. 67 (243), 84 (48)
 Sosa, L.T. 21 (112), 64 (229)
 Sosa, M. 58 (95)
 Sosa, S. 55 (15)
 Sosaya, M.N. 56 (294)
 Soto, J.P. 44 (176), 89 (51), 93 (135)
 Sousa Matías, D.A. 22 (114), 22 (115)
 Souto, G. 4 (148), 3 (122)

Spoliansky, M. 50 (4)
Stechina, J. 13 (188), 25 (181), 74 (267)
Steimberg, E. 68 (246), 68 (285), 69 (286)
Stock, A. 47 (298)
Stringa, G. 67 (217)
Stur, M. 37 (209)
Suárez, G. 32 (59)
Suárez, S.M. 42 (45), 42 (46)
Sulligoy, J. 35 (124)
Sussini, M. 23 (138)
Sussini, Ma .M. 23 (138)
Svetliza, G. 45 (200)
Szeffler, S. 46 (238)
Szwarcstein, P. 32 (42), 32 (50) 72 (230)
Tabaj, G. 59 (116)
Tamayo, A. 66 (36), 66 (37), 69 (306)
Tancara Condori, L.A. 100 (303)
Tang, R. 37 (201)
Teper, A. 60 (153)
Terrasa, S.A. 83 (12)
Testoni, F. 51 (76)
Tocalini, P. 17 (301)
Toibaro, J. 46 (223)
Toledo, A. 77 (77), 78 (150)
Tolli, A. 49 (166)
Tomás, L. 67 (156)
Tomasetti, A. 97 (254)
Toresan, L. 8 (5)
Torres Batán, J 95 (198)
Torres Cabrereros, C. (142)
Torres Castro, R. 82 (10), 82 (11)
Torres, A. 32 (59)
Torres, K. 17 (301)
Torres, V. 32 (59)
Tort, A. 96 (249)
Trucchia, S. 93 (143)
Trullas, M.F. 18 (44), 61(164), 78 (139)
Tummino, C. 23 (123)
Turk, R. 42 (134), 50 (227)
Turón, G. 83 (12)
Tusman, G. 69 (286)
Ubal, L. 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267), 93 (143)
Uldani, P. 51 (266)
Urdapilleta, M.E. 62 (199)
Uribe, E. 25 (161), 44 (190), 45 (192), 37 (201), 60 (159), 72 (211), 86 (89)
Urteneche, M.I 92 (101)
Usandivaras, M. 40 (278)
Usedo, M.N. 73 (188), 25 (181), 39 (240), 62 (182), 73 (231), 74 (267)
Vaca Segovia, A. 1 (7), 1 (8), 4 (158), 61 (165)
Vallejo Quiñonez, C.S. 58 (86), 60 (151)
Vallejos, A. 41 (28)
Vallori, M.E. 68 (270)
Valls, E. 77 (55)
Varas, H. 62 (180), 65 (253), 74 (255)
Varas, N. 62 (180)
Varela, B. 76 (53)
Vargas Ainagas, A.C. 27 (206)
Varujan Kevorkof, G. 93 (143)
Vasulka, E. 52 (282)
Vázquez, B. 12 (160), 17 (291), 22 (115), 99 (297)
Vega, C. 73 (239)
Vegetti, L. 39 (248), 91 (83)
Velásquez, L. (244) (80)
Velásquez, M. 98 (275)
Veliz, L. 91 (90)
Vergara, M. 23 (138)
Vernay, N. 14 (204), 37 (209), 63 (202)
Vescovo, M. 94 (197), 95 (198), 95 (215), 96 (237)
Via Alvarado, J. 3 (144), 56 (296)
Vicente, A. 17 (301)
Videla, A.J. 73 (239)
Videla, C. 68 (285)
Videtta, W. 69 (306), 66 (36), 66 (37)
Vila, L. 8 (43)
Vilas, G. 11 (96), 70 (92), 71 (98), 91 (90)
Villa, D. 58 (95)
VillaGómez, R. 9 (73)
Villagrasa, J.M. 86 (194)
Villalba Gallardo, M.M. 18 (29), 59 (109)
Villalba, D. 17 (301), 68 (270), 81 (251)
Villarroel, M.F., 34 (120)
Villarroel, S. 84 (48)
Violi, D. 12 (160), 22 (115)
Visca, M. 89 (60)
Wainstein, E. 84 (48)
Wegscheider, M. 58 (86), 95 (215), 96 (237)
Weiner, S. 32 (59)
Weiss, A. 5 (175), 12 (145), 63 (202)
Wiemken, T. 28 (257)
Wustten, S. 39 (248), 91 (83)
Zabert, I. 47 (298)
Zalazar Khairallah 71 (183)
Zamora, N. 52 (282)
Zamorano, P. 47 (126)
Zampar, A.R. 18 (29)
Zicari, M.C. 76 (47)
Zorrilla, M.A. 1 (20), 31 (288)