

Resúmenes de trabajos presentados en el 43º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

PRESENTACIONES ORALES 1: TUBERCULOSIS

CO 075- EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS RESISTENTE EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN EL PERÍODO 2006 A 2014

Morcillo NS¹, Di Giulio AB², Impertale BF³

¹ Hospital Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina. ² Hospital Petrona V. de Cordero, Argentina. ³INTA CICV, Castelar, Argentina

Introducción: en la Argentina, la notificación de tuberculosis (TB) mantiene una tendencia descendente, siendo las formas resistentes (TB-R) las que complican el panorama epidemiológico lo que cuesta vidas y encarece significativamente los tratamientos. Por otra parte, la biología molecular ha sido una de las herramientas principales de este estudio y ha permitido analizar la transmisión de TB entre los contactos de pacientes con TB-R. **Objetivo:** describir la evolución de la TB-DR en la provincia de Buenos Aires, especialmente las formas multi y extensivamente resistente (TB M/XDR) en niños y adultos, analizando su relación con los retratamientos y la transmisión entre contactos. **Material y Método:** en el período comprendido entre los años 2006 y 2014, fue notificado un total 41.782 casos de TB de los cuales 35.862 (85,8%) eran pulmonares, 24.913 (69,5%) confirmados por bacteriología, y de estos, 21.842 (87,7%) por examen directo. Un total de 5.712 (13,7%) casos correspondió a menores de 15 años.

Los pacientes fueron diagnosticados por clínica, radiología y bacteriología. Las pruebas moleculares empleadas fueron diversas. Para demostrar la resistencia bacteriana a isoniacida (INH) y rifampicina (RIF) se utilizó el test comercial GenoType MTBDRplus (Hain, Alemania), y para analizar las relaciones filogenéticas entre los aislamientos se usaron dos pruebas caseras: spoligotyping y el análisis del polimorfismo de los fragmentos de restricción de la secuencia de inserción 6110 (RFLP IS6110). Las relaciones filogenéticas fueron estudiadas mediante el análisis de los patrones genéticos obtenidos con el Microsoft BioNumerics. El análisis estadístico de los resultados se efectuó con el Microsoft Medcalc versión 9.0 (ambos Microsoft de Applied Math, Mariakerke, Bélgica).

Resultados: en total, se registraron 636 casos de TB-DR distribuidos de la siguiente forma: 445 (70,0%) tuvieron TB MDR, de los cuales 13 (2,9%) fueron niños; 18 (2,6%) casos presentaron TB XDR y 109 (24,5%) eran MDR con resistencia extendida a una fluoroquinolona o un inyectable (amicacina, kanamicina, capreomicina). Además, 222 (34,9%) casos presentaban mono o poli resistencia distinta de MDR. El 27,3% (n: 174) de los pacientes con TB-DR presentaron una pre-MDR (resistencia a INH o RIF no simultánea). El 15,7% (70/445) de los casos M/XDR ocurrieron en pacientes coinfectados con el HIV.

Casi un cuarto de los pacientes con tratamiento previo desarrollaron una TB M/XDR. Asimismo, fueron hallados niños y adultos que cursaban su primer episodio de TB y esta se presentaba como TB M/XDR. Las pruebas moleculares permitieron trazar rutas de transmisión entre contactos convivientes en domicilios e instituciones cerradas en general.

Conclusiones: la aparición de TB M/XDR en niños y casos no tratados previamente demostró la transmisión activa de cepas que, a pesar de haber sufrido mutaciones que alteran vías metabólicas vitales, han conseguido mantener un considerable grado de virulencia para ser transmitidas activamente. Este hecho se vuelve importante a la hora de diseñar y aplicar tratamientos contra la TB latente entre contactos de estos pacientes.

El hallazgo de bacilos pre-MDR y con resistencia extendida mostró claramente el desarrollo paulatino y progresivo de la fármacoresistencia in vivo en la relación huésped-micobacteria.

Un número muy bajo de pacientes pudo acceder a un tratamiento supervisado (TDO), hecho que remarca la necesidad de revertir esta conducta, particularmente en pacientes con TB M/XDR, los cuales deberían recibir un tratamiento personalizado exclusivamente bajo la modalidad TDO.

La importancia del diagnóstico oportuno, bacteriológico y rápido de las resistencias bacterianas, la implementación de un tratamiento adecuado a cada caso y la adherencia a correctos esquemas terapéuticos continúan siendo los conceptos fundamentales para controlar y evitar la aparición de la TB-DR y su evolución hacia la TB M/XDR.

CO 079- TUBERCULOSIS EN ARGENTINA: SITUACIÓN ACTUAL, DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA 1980 - 2014

Arias SJ¹, Bossio JC¹, Beltrame S², Rodríguez L¹

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" - ANLIS Malbrán, Argentina. ²Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Introducción: la tuberculosis (TB) es un problema de salud en Argentina que aún hoy y desde hace años afecta a una importante cantidad de personas, principalmente entre los grupos vulnerables. Desde hace muchos años, se realizan esfuerzos por reducir la carga del problema, los cuales permitieron su reducción, aunque todavía falta para lograr el control de la TB. **Objetivos:** describir la situación actual de la TB en Argentina, sus características principales y distribución y la tendencia del problema desde 1980.

Material y Método: se realizó un estudio transversal para la descripción de la situación actual y las características y análisis de series de tiempo para la evaluación de la tendencia. Se utilizaron datos de la notificación de casos de TB y de resultados del tratamiento de Argentina, por provincias, del Sistema Nacional de Vigilancia de TB (SNVS-TB) con base en el INER Coni; y de mortalidad, de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Se calcularon tasas de notificación por provincia para la distribución y por características especiales de los casos, como sexo, edad, localización, tipo de caso y sensibilidad a drogas anti-tuberculosas, como también para los años. Para el cálculo de las tasas se utilizaron las estimaciones de población del INDEC. La descripción y distribución del problema se analizaron mostrando tasas y porcentajes de cada característica y lugar. El análisis de la tendencia se realizó mediante un modelo de regresión exponencial y se calculó la variación anual porcentual promedio de las tasas a partir del coeficiente de regresión y su intervalo de confianza del 95%.

La información se procesó y analizó con el apoyo de los software Excel 2010 y R project.

Resultados: en 2014 se informaron 9.222 casos nuevos de TB, lo que representa una tasa de 21,61 casos por cada 100.000 habitantes en Argentina. Se notificaron 114 casos más que en 2013, un aumento de 1,2%. En cuanto a mortalidad, en 2013 se registraron 705 muertes por TB, 26 muertes más que en 2012 (3,8% más).

Además de los 9.222 casos nuevos de TB, se informaron otros 1.114 casos con antecedentes de tratamiento en sus diferentes categorías. El porcentaje de casos con tratamiento anterior en Argentina fue el 11% del total de los casos informados.

En cuanto a los casos confirmados bacteriológicamente, en 2014 se notificaron 5.662 casos nuevos confirmados por laboratorio, 286 casos más que en 2013 (5,3% más).

La distribución de los casos en el país fue desigual y las tasas variaron de 2,76, 5,75 o 5,85 por 100.000 en La Rioja, San Luis y Catamarca, respectivamente, a 46,6 o 45,8 por 100.000 en las provincias de Salta y Jujuy.

La notificación fue mayor en varones que en mujeres (43% más elevada) y se concentró en la población de 20 a 54 años (60% de los casos), donde también se encontraron las tasas más altas, principalmente en los grupos de 20 a 24 años (32,5 por 100.000) y 25 a 29 (33,3 por 100.000).

Se notificaron 95 casos de TB multirresistente (TBMDR) por laboratorio en 2014. Las provincias de Buenos Aires y Santa Fe y la Ciudad de Buenos Aires concentraron el 71,6% de los casos notificados de TBMDR.

Respecto de la mortalidad, la provincia con la mayor mortalidad en 2013 fue Formosa, con una tasa de 7,33 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que en La Pampa la mortalidad apenas alcanzó un valor de 0,15 por cada 100.000 habitantes. Esto implica que Formosa tuvo una tasa de mortalidad casi 50 veces superior a la de La Pampa.

La tendencia de la notificación fue al descenso en el período 1980-2014; y la tasa se redujo -2,95% anual (-2,72; -3,18). En el último año, la notificación y la mortalidad aumentaron en relación con el año 2013. El ritmo de descenso se mantuvo estable en todo el período, aunque se observa un descenso más continuo desde 2003 en adelante.

Conclusiones: la TB es un problema importante que todavía afecta a casi 10.000 personas de nuestro país por año y mata a más de 500. Aunque el problema se reduce, no lo hace con la velocidad y el ritmo que nos permita contar con que será controlado en el corto plazo.

Adicionalmente emerge la TBMDR, lo que complica el manejo y control del problema, a la vez que los casos son más complejos y es más difícil lograr el éxito y la adherencia al tratamiento en estos pacientes.

Es muy importante continuar vigilando tanto la magnitud como la distribución y las características de los casos y muertes de TB para monitorear los logros de las acciones programáticas, así como la mejora global de las condiciones de vida de la población.

CO 087- TENDENCIA DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN MENORES DE 20 AÑOS EN ARGENTINA

Luque MG, Gomez L, Fernández HR, Armando GA, Arias SJ, Bossio JC
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Argentina.

Introducción: la tuberculosis continúa siendo una causa de enfermedad en la población pediátrica y adolescente del país, y conocer la evolución del problema en los últimos años resulta esencial para optimizar las acciones de prevención y control.

Objetivos: describir la tendencia de la notificación de casos de tuberculosis (TB) en menores de 20 años en Argentina en el período 1990-2013.

Población: casos de tuberculosis en menores de 20 años notificados en Argentina entre 1990 y 2013.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio descriptivo de serie temporal. Se estratificó la información por grupos quinquenales de edad de las bases de datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni". Se calcularon tasas por 100.000 habitantes empleando las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

La tendencia se analizó con un modelo exponencial. Se calculó el coeficiente de determinación (R^2) y el coeficiente de regresión, que se expresó como variación anual promedio (VAP) porcentual de la tasa, con su significancia estadística.

Se evaluó la existencia de puntos de quiebre que identifiquen diferencias de la tendencia en subperíodos con su significancia estadística.

Se utilizaron los programas Excel 2013 y Jointpoint Regression 4.1.1.

Resultados: en 2013, el número de casos de menores de 20 años notificados en Argentina fue 1.698, lo que representó una tasa de 11,86 casos por cada 100.000 habitantes. El 50,3% de los casos fueron de 15 a 19 años (854 casos, 23,95 por 100.000) y el menor número se registró de 5 a 9 años (211 casos, 5,99 por 100.000).

La notificación de casos de TB en menores de 20 años tuvo una tendencia al descenso continua: VAP=-3,83% anual (-4,31; -3,35; $R^2=0,92$; $p < 0,001$); y no se identificaron diferentes períodos ($p < 0,01$).

La tendencia al descenso fue mayor en los grupos de menores de 5 años y de 5 a 9 años que en los de 10 a 14 años y, especialmente, de 15 a 19 años, en los que el descenso fue el menor.

En menores de 5 años, la notificación de casos de TB se redujo en un -6,02% anual (-6,81; -5,22; $R^2=0,91$; $p < 0,001$) entre 1990 y 2013, pero el descenso se produjo a partir de 1996 y no antes de ese año ($p=0,002$). Entre 1990 y 1996 la tasa fue estable: VAP=-0,10% anual (-3,25; 3,15; $R^2=0,001$; $p=0,94$) y, a partir de 1996 la tasa se redujo: VAP=-7,27% anual (-8,29; -6,25; $R^2=0,93$; $p < 0,001$).

En los niños de 5 a 9 años, la tasa también disminuyó entre 1990 y 2013: VAP=-5,72% anual (-6,73; -4,71; $R^2=0,86$; $p < 0,001$) y también hubo un quiebre en la tendencia, en este caso, en 2004 ($p < 0,001$). Entre 1990 y 2004, el descenso fue menor: VAP=-2,57% anual (-3,85; -1,27; $R^2=0,58$; $p=0,001$) a comparación del período entre 2004 y 2013: VAP=-10,50% anual (-13,58; -7,31; $R^2=0,87$; $p < 0,001$).

La tendencia al descenso entre niños de 10 a 14 años fue menor que en los dos grupos anteriores, y fue continua, sin puntos de quiebre ($p=0,169$): VAP=-3,48% anual (-4,30; -2,65; $R^2=0,77$; $p < 0,001$).

Finalmente, entre los adolescentes de 15 a 19 años se registró la menor tendencia al descenso entre 1990 y 2013: VAP=-1,84% anual (-2,24; -1,43; $R^2=0,80$; $p < 0,001$) y esta menor tendencia tuvo un punto de quiebre en 1999 ($p=0,002$), año a partir del cual la tendencia fue más baja. Entre 1990 y 1999 la tasa tuvo una VAP=-3,53% anual (-5,01; -2,02; $R^2=0,78$; $p < 0,001$), mientras que entre 1999 y 2013 el descenso fue cinco veces más bajo: VAP=-0,76% anual (-1,30; -0,21; $R^2=0,40$; $p=0,011$).

Conclusiones: la ocurrencia de tuberculosis en edad pediátrica y adolescente se redujo, pero la tendencia fue desigual. La tendencia prácticamente estable de la notificación de casos en adolescentes de 15 a 19 años durante los últimos 14 años resulta preocupante y requiere fortalecer las acciones de control.

CO 052- TENDENCIA Y DESIGUALDAD DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN MENORES DE 65 AÑOS, PARA LA REPÚBLICA ARGENTINA, 1980-2013

Armando GA, Bossio JC, Arias SJ, Gomez LV
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Argentina.

Objetivos: describir la tendencia y evolución de la desigualdad de la mortalidad por tuberculosis en menores de 65 años en Argentina durante el período 1980-2013.

Material y Métodos: se realizó un estudio ecológico de series temporales. Se seleccionaron las muertes por tuberculosis de las bases de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Se calcularon tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes para el período 1980-2013, para el total del grupo de edad (<65), para <20 y para 20 a 64, utilizando como población de referencia la del Censo 2010. Se utilizaron los datos de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC).

Se utilizó el método de suavización exponencial para reducir la aleatoriedad de los datos aplicando el método que mejor se ajustó a los datos obtenidos; y se aplicó una regresión Jointpoint para encontrar puntos de quiebre en la tendencia según la velocidad de descenso, que se expresó como variación anual promedio (VAP).

Para el análisis de la desigualdad se calcularon tasas ajustadas por 100.000 habitantes para las 24 jurisdicciones del país para los años 1980 y 2013. Se calculó el índice de Gini (IG) y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Se utilizaron los programas Excel 2010, Joint Point Regression 4.1.1. y R-Project 3.1.

Resultados: se observó una tendencia al descenso y distintos puntos de quiebre para los grupos de edad analizados.

En <65, la tasa de mortalidad disminuyó 78,4%, de 5,51 en 1980 a 1,19 en 2013; y se encontraron 4 puntos de quiebre. En 1980-1988 se registró un descenso del 8,67% anual ($p < 0,001$), en 1988-1991 un descenso del 0,24% anual ($p=0,9$), en 1991-1996 un descenso del 6,52% anual ($p < 0,001$), en 1996-1999 un aumento del 4,67% ($p=0,4$) y en 1999-2013 un descenso de 5,75 ($p < 0,001$).

Se observó un aumento de la desigualdad en la distribución de la mortalidad en <65 años. El índice de Gini fue 1,4 veces mayor en 2013 (IG: 0,51; 0,63-0,38) que en 1980 (IG: 0,36; 0,44-0,29). En 1980, las cinco jurisdicciones con mayor tasa de mortalidad (Salta, Chaco, Jujuy, Corrientes y Chubut) concentraban el 20% de la población y aportaban el 44,61% de las muertes, mientras que en 2013 las 5 jurisdicciones con mayor tasa de mortalidad (Salta, Chaco, Jujuy, Corrientes y Formosa) concentraron el 23% de la población y el 62,63% de las muertes.

En <20, la tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó de 1,81 en 1980 a 0,24 en 2013, (86,74%); y se observaron 5 puntos de quiebre. En 1980-1986 se registró un descenso del 17,8% anual ($p < 0,001$), en 1986-1991 un aumento del 4,79% ($p = 0,9$), en 1991-1997 un descenso del 14,4% ($p < 0,001$), en 1997-2001 un aumento del 4,80% ($p < 0,5$), en 2001-2006 un descenso del 18,5% ($p < 0,001$) y en 2006-2013 un aumento del 2,98% ($p = 0,1$).

Se observó un aumento de la desigualdad en la distribución de la mortalidad en <20 años. El índice de Gini fue 1,08 veces mayor en 2013 (IG: 0,57; 0,76-0,38) que en 1980 (IG: 0,53; 0,65-0,41). En 1980, las tres jurisdicciones con mayor tasa de mortalidad (Salta, Chaco y Formosa) concentraban el 16% de la población y aportaban el 50,70% de las muertes, mientras que en 2013 esas jurisdicciones concentraron el 27% de la población y el 67,39% de las muertes. De 20 a 64 años, la tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó de 7,78 en 1980 a 2,76 en 2013, (65,52%), y se observaron 2 puntos de quiebre. En 1980-1995, hubo un descenso del 6,1% anual ($p < 0,001$), en 1995-1998, un aumento del 3,36% anual ($p = 0,7$), y en 1998-2013, un descenso del 5,4% anual ($p < 0,001$). Se observó un aumento de la desigualdad en la distribución de la mortalidad de 20 a 64. El índice de Gini fue 1,41 veces mayor en 2013 (IG: 0,488; 0,611-0,365) que en 1980 (IG: 0,34; 0,41-0,27). En 1980, las cinco jurisdicciones con mayor tasa de mortalidad (Salta, Chaco, Jujuy, Corrientes y Chubut) concentraban el 20% de la población y aportaban el 42,50% de las muertes, mientras que en 2013 las 5 jurisdicciones que concentraban el 23% de la población (Salta, Chaco, Jujuy, Corrientes y Formosa) aportaban el 60,63% de las muertes.

Conclusiones: la mortalidad por tuberculosis disminuyó entre 1980 y 2013, pero en los últimos 3 años la tendencia permaneció estable.

La desigualdad de la distribución de la mortalidad en las jurisdicciones aumentó. Se observó que Salta, Chaco, Jujuy, Corrientes y Formosa concentraron la mayor cantidad de muertes tanto en 1980 como en 2013.

CO 154- SCREENING DE TUBERCULOSIS LATENTE E INTRODUCCIÓN DE LA TERAPIA CON ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

Membriani E, Cuenca E, Zenón F, Rossi P, Limongi L, Putruele A
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Los pacientes con enfermedades autoinmunes presentan mayor riesgo de infecciones, incluida la tuberculosis (TBC). Este riesgo se relaciona con disturbios inmunológicos causados por la propia enfermedad, así como también los tratamientos, entre los que se destaca en los últimos años la introducción de la terapia con anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral, pudiendo constituir un rol en la reactivación de la tuberculosis latente (TBL). El screening y tratamiento de la TBL constituyen un pilar fundamental; sin embargo, en nuestro país no existen guías que evalúen el riesgo del inicio de tratamiento en este grupo de pacientes.

Se realizó un estudio prospectivo para registrar la incidencia de TBC en adultos que reciben tratamiento inmunosupresor con el objetivo de evaluar si recibir tratamiento con isoniacida en aquellos con TBL y antiTNF otorga un beneficio superior al riesgo de hepatotoxicidad.

Materiales y Métodos: se realizó un seguimiento longitudinal, descriptivo, observacional durante 18 meses en un hospital universitario. Fueron evaluados 119 pacientes, de los cuales 54 presentaban TBL y se encontraban en plan de iniciar tratamiento con antiTNF por diferentes causas. 32 pacientes iniciaron tratamiento con isoniacida (H), 22 pacientes no la recibieron por diferentes motivos.

Resultados: la población fue predominantemente femenina, con edad media de 49,5. La mayoría presentaba artritis reumatoidea. El grupo que recibió H recibía corticoides sistémicos asociados a metotrexate (MTX), fundamentalmente. Los tratamientos a iniciar fueron abatacept, etanercept y también adalimumab y rituximab. Los valores de PPD del grupo que no recibió H fueron menores. En el grupo tratado dos pacientes presentaron hepatotoxicidad, por lo cual se tuvo que suspender la medicación. Durante el período estudiado no se registraron pacientes con TBC en ninguno de los grupos.

Conclusión: si bien no se registraron casos de TBC, existe riesgo de hepatotoxicidad y puede verse aumentado ante la asociación de otras drogas potencialmente hepatotóxicas. El número de pacientes incluidos es bajo; se necesitan más estudios para poder establecer si el beneficio del tratamiento con Isoniacida en pacientes que reciben antiTNF supera el riesgo de hepatotoxicidad en nuestro país. Podrían estudiarse tratamientos con esquemas alternativos.

CO 221- CARACTERÍSTICAS DE LA NOTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PREVIAMENTE TRATADA EN ARGENTINA, 2010-2014

Fernández HR, Arias SJ

Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Argentina.

Introducción: los pacientes de tuberculosis (TB) notificados con antecedentes de tratamiento anterior tienen implicancias epidemiológicas y operacionales, ya que son más difíciles de tratar y son el principal grupo de riesgo de desarrollo de TB multirresistente.

Objetivos: describir las características y evaluación del tratamiento de los casos de tuberculosis con antecedentes de tratamiento notificados en Argentina entre 2010 y 2014.

Material y Método: se realizó un estudio transversal de los casos de tuberculosis notificados al Programa Nacional de Control de la TB por los programas de cada una de las 24 jurisdicciones del país durante el quinquenio 2010-2014. Se identificaron los casos clasificados como previamente tratados (no nuevos) y se analizaron las siguientes características: sexo, edad, localización de la enfermedad, condición radiológica, prueba de sensibilidad (PSD) y resistencia a las drogas antituberculosas, modalidad del tratamiento y resultado del tratamiento. Se calculó la proporción de casos según cada característica y se comparó con la de los casos nuevos mediante el cálculo de la diferencia de proporciones, su intervalo de confianza del 95% y el valor del p. Se utilizaron los programas Excel 2013 y R Project.

Resultados: entre 2010 y 2014 se notificaron 6872 casos no nuevos que representaron el 13,2% del total de casos notificados (51.940). Los casos no nuevos se clasificaron: 4,5% (2454) como reingreso de abandono, 4,2% (2192) correspondiente a recaídas, 1,8% (943) como traslados, 0,2% (82) como fracasos y 2,5% (1301) correspondiente a otros antecedentes de tratamientos (otros). Fueron varones el 61,8% de los casos no nuevos, y el 57,8% de los casos nuevos, $p < 0,001$. En el grupo de 20 a 54 años se encuentran el 70,1% de los casos no nuevos y el 60,6% para los casos nuevos, $p < 0,001$. Los casos con TB pulmonar fueron del 89,6% y 84,1% para casos no nuevos y nuevos, respectivamente, $p < 0,001$. Entre los casos no nuevos, la confirmación por examen directo fue del 72,6%, mayor a la confirmación en los casos nuevos, que fue del 65,2%, $p < 0,001$. En los casos no nuevos, las lesiones bilaterales con cavernas se presentaron en el 37,8% de los casos pulmonares, más que en los casos nuevos, que fueron del 26,5%, $p < 0,001$. Se notificó el resultado PSD de 566 (8,2%) casos no nuevos, y 389 tuvieron algún tipo de resistencia (68,7%). En ambos casos las diferencias fueron significativas en relación con los casos nuevos, 2,6% de PSD realizadas y 34,1% de resistentes, $p < 0,001$. El 26,3% de los casos no nuevos no tenían información del resultado del tratamiento, valor inferior a los casos nuevos que fue del 28,4%; la diferencia fue estadísticamente significativa, $p = 0,002$. La falta de información de evaluación del tratamiento fue diferente según la clasificación del caso: fracasos (37,7%), otros (32,3%) y reingreso de abandono (29,9%) fueron superiores al promedio del grupo, mientras que los traslados y las recaídas

fueron inferiores al promedio, 17,0% y 22,9%, respectivamente. El éxito en el tratamiento de los casos no nuevos (61,1%) fue inferior a los nuevos (74,3%), $p < 0,001$. Hay una diferencia en el abandono entre los no nuevos, 24,4%, y los nuevos, 13,3%, $p < 0,001$. También se observaron diferencias significativas entre no nuevos y nuevos en los casos evaluados como fracaso, 0,50% y 0,16%, y trasladado, 6,9% y 5,3%, $p < 0,001$. La tasa de fallecidos fue similar en ambos grupos: 7,0% y 6,9%, $p = 0,809$. En los casos no nuevos el mayor éxito se observó en las recaídas (71,0%) seguidas de los traslados (69,5%) y otros (62,6%); los fracasos (39,5%) y reingresos de abandono (47,4%) presentaron las tasas más bajas. El abandono en los reingresos de abandono alcanzó el 41,1%, y en los fracasos, el 31,6%. En los traslados el abandono fue más bajo (13,8%), seguido de las recaídas (14,5%) y otros (20,3%). La mortalidad fue mayor en las recaídas (9,1%) y otros (8,5%); en reingreso de abandono y traslados las proporciones fueron 5,6% y 4,7%.

Conclusiones: los casos no nuevos mostraron una mayor proporción de localizaciones pulmonares y casos infecciosos y una mayor extensión o gravedad de las lesiones pulmonares. La cobertura de PSD es baja, ya que solo el 8,2% tiene información. La baja cobertura de la supervisión del tratamiento y el peso mayor de pérdida del tratamiento (abandonos y falta de información sobre su resultado) implican un riesgo mayor de desarrollo de formas más severas de TB entre los casos no nuevos y también de desarrollo de formas resistentes de TB con menos chances de cura.

CO 097- TUBERCULOSIS Y PACO: ESTRATEGIA DE JUDICIALIZACIÓN "CUANDO EL SABER MÉDICO NO ALCANZA"

Natiello M¹, Vescovo M¹, Agüero S¹, Figueroa P¹, Barreiro G¹, Poliak J², García A³, Moracho L³, Poggi S³, Avendaño D⁴, Perella F¹, Huergo N¹, Souto G¹, Angueira L⁵, Latorraca M⁵, Beltrame S⁵, Inwentartz S⁵, Palmero D⁵, González Montaner P⁵

¹ Instituto Vaccarezza, Argentina. ² Hospital Penna, Argentina. ³ Hospital Muñiz, Argentina. ⁴ Anlis Malbrán, Argentina. ⁵ Programa Nacional de Tuberculosis, Argentina.

Introducción: en Argentina, según la organización no gubernamental (ONG) "Madres en lucha contra el Paco", al menos el 30% de los adictos al paco padecen tuberculosis. Debido a la abstinencia se escapan reiteradamente de los hospitales, se dificulta la reinternación y los pacientes vuelven a las calles, lo que hace que se agrave la desnutrición y el contagio permanente a terceros... En el Hospital Muñiz, una cuarta parte de los pacientes con TBC son adictos a las drogas. Los hospitales no están preparados para esta problemática y los centros de rehabilitación no admiten pacientes con tuberculosis.

Caso clínico: A.C., sexo femenino, 31 años, argentina, residente del área metropolitana de Buenos Aires, madre de 7 hijos, antecedente de inhalación de pasta base en situación de calle. Presenta múltiples abandonos de tratamiento antituberculoso desde 2011, año en que durante una internación en el Hospital Oñativia del conurbano se le diagnosticó tuberculosis pulmonar resistente a isoniazida y rifampicina. Posteriormente realizó una consulta en el Hospital Argerich de CABA y luego fue derivada al Hospital Muñiz, donde se constató tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR) (resistencia a HRSKnEtOfLevoCapreo). Después de una mejoría inicial presentó incontables internaciones y abandonos debido a su adicción. Una vez agotadas las instancias familiares se realizó tratamiento supervisado en calle instrumentado por integrantes del Hogar de Cristo y la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de PACO (instituciones nacidas en las parroquias de las villas de Buenos Aires cuyo objetivo es el acompañamiento integral de los usuarios de paco, es decir la población con más situaciones de exclusión de nuestra sociedad). La paciente presentó progresión lesional con positividad de la baciloscopia, deterioro de su estado general, diversas interurrencias respiratorias y sífilis. En mayo de 2015, al haberse agotado todas las posibilidades de contención, acompañamiento y estrategias sanitarias y debido a su condición de paciente adicta con baciloscopia positiva (lo cual la excluía de ingresar a cualquier centro terapéutico) más el riesgo de contagio a sus contactos en calle (incluyendo menores e inmunodeprimidos), los referentes del Hogar de

Cristo en forma conjunta con el equipo de salud deciden iniciar intervención judicial con el objeto de poder realizar en forma sostenida el tratamiento antituberculoso y de su adicción. Durante una nueva internación hospitalaria en el mes de junio, se constata embarazo de 4 meses y la paciente se fuga nuevamente por 12ava vez. En esta oportunidad, la paciente le pide al juez en forma escrita ayuda para ella y su bebé, ya que no puede dejar de consumir. Solicita ser internada en la Unidad 21 del Servicio Penitenciario Federal (una cárcel para personas con enfermedades infectocontagiosas). El juez accede al pedido y da la orden de internación, sin embargo, inicialmente es rechazada porque la paciente no había delinquido. A posteriori se constata una causa por robo de un celular del año 2012 de la cual había sido declarada en rebeldía por no haberse presentado en tiempo y forma. Este hecho fue suficiente para que el Tribunal Oral Criminal (TOC) 20 (entendiendo la gravedad de la situación) dictaminara una condena de 4 meses que le permitió ingresar a la Unidad (tiempo coincidente con la fecha de parto). En la actualidad continúa el tratamiento.

Conclusión: la adherencia al tratamiento es un proceso complejo y dinámico. Intervienen múltiples factores que abarcan aspectos socioeconómicos, del sistema de salud, de las características de la enfermedad y el tratamiento y también del paciente y su entorno familiar.

No existen en la actualidad establecimientos sanitarios adecuados para el tratamiento de ambas patologías. La tuberculosis asociada al paco excede el ámbito médico-hospitalario y se confunde en el marco legal vigente.

Esta problemática sociosanitaria debe ser abordada en forma interdisciplinaria utilizando todos los recursos existentes desde diversas áreas y apelando a la creatividad y a la revisión continua de nuestras prácticas si queremos encontrar nuevos caminos que nos ayuden a construir respuestas.

CO 170- CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS CONTRA LA TUBERCULOSIS EN PROVINCIAS SELECCIONADAS DE ARGENTINA EN 2013

Radosevich A¹, Wettstein M¹, Bidondo P², Cisneros M³, Estrada S⁴, Chirico C⁵, Arias S¹, Bossio JC¹

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Argentina. ² Programa de Control de Tuberculosis. Región Sanitaria VI. Buenos Aires, Argentina. ³ Programa de Control de Tuberculosis. Salta, Argentina. ⁴ Programa de Control de Tuberculosis. Jujuy, Argentina. ⁵ Programa de Control de Tuberculosis. Región Sanitaria V. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: en Argentina la Tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública que afecta a casi 10.000 personas cada año. Parte del problema es la falta de conocimientos sobre la sospecha de la enfermedad y lo que se debe o no se debe hacer cuando se está en presencia de un caso, lo que muchas veces conduce a consultas tardías o tratamientos inapropiados. Estudiar los conocimientos y percepciones que tiene la población sobre la TB es necesario para orientar las acciones de comunicación que pueden ser mejores para el control. Objetivos: describir y analizar conocimientos, percepciones y prácticas de la población respecto a la TBC.

Materiales y Métodos: se realizaron 336 encuestas autoadministradas de 20 minutos de duración aproximada en escuelas primarias seleccionadas mediante muestreo por conglomerados en octubre-noviembre de 2013 (Salta y Jujuy) y setiembre de 2014 (Buenos Aires). Los encuestados fueron padres de escolares de 1er grado seleccionados para evaluar el riesgo de infección tuberculosa y que fueron citados a participar en forma voluntaria. Para el análisis se agruparon de acuerdo al máximo nivel de escolaridad alcanzado, considerando como menor nivel de escolaridad tener la primaria o EGB completa o menos, y como mayor nivel el secundario o polimodal incompleto o más. Las respuestas a las preguntas de la encuesta se consideraron como correctas o incorrectas. Se calcularon estadísticas descriptivas, odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%. Se utilizó el programa R 3.2.1.

Resultados: la muestra estudiada se caracterizó por ser mayormente de sexo femenino (94,3%; 91,72-96,96), con una media de edad de 32,03 ± 6,93 años. El 86,76% (82,93-90,60) vivía en

casa o departamento, y el 94,60% (92,08-97,19) tenía baño, de los cuales el 26,73% (21,70-31,75) no tenía arrastre de agua ni desagüe. Respecto al conocimiento de la TB, en referencia a qué es la enfermedad, el 61,90% (56,56-67,24) no reconoce a la TB como una enfermedad que puede llevar a la muerte y el 51,19% (45,69-56,68) cree que no tiene cura. La menor escolaridad se asoció significativamente a una mayor chance de responder de forma incorrecta sobre qué es la TB (OR=2,19; 1,17-4,10) así como también a no reconocer los principales síntomas marcadores de TB (tos crónica y flema), aunque esto último no alcanzó significancia estadística (OR=1,74; 0,90-3,35). En cuanto a la cura de la TB, el 16,60% consideró erróneamente a la vacuna como la cura. La chance de una respuesta incorrecta sobre la cura de la enfermedad fue significativamente mayor en el grupo de baja escolaridad (OR=1,98; 1,25-3,14). Ante la pregunta “¿Qué haría si contrae TB?”, ninguna persona respondió que no haría nada, pero el 17,5% (13,34-21,77) no reconoció la importancia de realizar el tratamiento. Esta última característica se asoció más al grupo de menor escolaridad (OR= 2,03; 1,13-3,63) al igual que la chance de no reconocer la importancia de ayudar a una persona que contrajo TB a realizar el tratamiento (OR= 1,64; 1,01-2,67). Esto también se reflejó en una mayor posibilidad del grupo de menor escolaridad de no considerar ayudar a un niño con TB en la escuela a realizar el tratamiento (OR= 1,54; 0,94-2,52).

Conclusiones: las personas de mayor nivel educativo se caracterizaron por conocer de forma más acertada la enfermedad, lo que mejoraría sus chances de actuar de manera correcta sobre la misma. Continúan coexistiendo pensamientos erróneos e insuficientes sobre la TB, los cuales afectan principalmente a la población con menor instrucción. Revertir los problemas de conocimiento permitirá mejorar la alarma sobre la enfermedad y la atención en caso de tenerla. La comunicación en salud mediante herramientas de amplio alcance e impacto contribuirán a un mayor conocimiento de la TB por parte de la población.

CO 167- CARACTERÍSTICAS Y DESAFÍOS EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS PEDIÁTRICOS CONVIVIENTES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE/ EXTENSAMENTE RESISTENTE. INSTITUTO DE TISIONEUMONOLÓGIA “PROFESOR DR. RAÚL VACCAREZZA” FACULTAD DE MEDICINA, UBA

Lagrutta L, Natiello M, Medin MI, Alves L, Martínez DF, Viña JL, Estevan R, Palma IV, Capone EL, Vescovo M, Resguardo AI, Inwentarz SJ, Gonzalez Montaner PJ
 Instituto de Tisioneumonología Profesor Dr Raúl Vaccarezza-UBA, Argentina.

Introducción: la población pediátrica continúa siendo la más vulnerable con respecto al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, (TB), más aún de la tuberculosis multirresistente y extensamente resistente, (MR/pre XDR/XDR), debido a la dificultad en el hallazgo del germen y a la signo-sintomatología inespecífica. Según las últimas publicaciones, la TB pediátrica continúa representando el 10% de la TB del adulto, y esta proporción se mantendría en las TB resistentes a fármacos. Objetivo: evaluar las características de los niños contactos convivientes de pacientes con TB MR/XDR diagnosticados en nuestra institución.

Material y Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional, de 55 niños, convivientes de 42 pacientes adultos con TBMR/XDR diagnosticados en nuestra institución, que fueron derivados al Servicio de Neumonología Pediátrica para el estudio de contactos, durante el período 2011/1° semestre de 2015.

Población y muestra: 55 niños de 0 a 16 años evaluados según protocolo institucional, para estudio de contactos convivientes antituberculoso MR/XDR durante el período 2011/1° semestre de 2015, pertenecientes a la población pediátrica ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Resultados: de los 55 niños evaluados, iniciamos 8 tratamientos de TBMR/XDR. De estos, observamos escasa signosintomatología, solo 3 de ellos cursaron sintomatología de obstrucción respiratoria leve; las PPD 2Ut fueron en su mayoría negativas, sin viraje tuberculínico. Los resultados de los estudios de laboratorio fueron inespecíficos; los esputos, lavados gástricos

y estudio endoscópico efectuados fueron negativos, tanto las baciloscopías como los cultivos; radiológicamente no presentaban lesiones consideradas habitualmente características de TB, solo lesiones mínimas e inespecíficas que por el antecedente epidemiológico nos llevaron a solicitar TACAR. En la misma, los 8 pacientes presentaron lesiones pulmonares compatibles con enfermedad activa.

Conclusiones: la población infantil es la que presenta mayor vulnerabilidad respecto al diagnóstico y tratamiento de la TB, dadas las características propias de esta enfermedad. En nuestra población, encontramos pacientes oligosintomáticos, sin rescate bacteriológico y con mínimas lesiones parenquimatosas en los estudios de diagnóstico por imágenes, debido fundamentalmente al tipo de población que acude a nuestra institución: niños contactos convivientes de pacientes adultos con TB MR/XDR, confirmada bacteriológicamente. Creemos que este debería ser el objetivo futuro en el diagnóstico de la TB en la población infantil: hallazgos tempranos por exhaustivos estudios de contacto.

PRESENTACIONES ORALES 2: OXIGENOTERAPIA Y SUEÑO

CO 077- EFECTO AGUDO DE LA CPAP SOBRE LOS NIVELES DE MEDIADORES INFLAMATORIOS SISTÉMICOS Y METABÓLICOS EN PACIENTES CON SAHOS Y ARRITMIAS, ESTUDIO PILOTO

Ernst G, Campos J, Camargo B, Canzonieri R, Murvan A, Blanco M, Borsini E, Salvado A¹

¹ Hospital Británico, Argentina. ² Hospital Gutiérrez, Argentina.

Introducción: el síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHOS) está caracterizado por la obstrucción de la vía aérea asociada a una reducción en la saturación de oxígeno sanguíneo. Recientemente se ha demostrado que los pacientes con SAHOS presentan un incremento sistémico de mediadores inflamatorios, resistencia a la insulina y cambios metabólicos relacionados con eventos cardiovasculares.

Objetivo: determinar el efecto agudo del tratamiento con presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) sobre los niveles de mediadores inflamatorios sistémicos y metabólicos en pacientes con SAHOS y arritmias.

Materiales y Métodos: se reclutaron pacientes derivados de cardiología con arritmias ventriculares o supraventriculares determinadas mediante un Holter, que fueron sometidos a una poligrafía respiratoria (PR) para determinar la presencia de SAHOS con relevancia clínica, definidas por un índice de apneas/hipopneas (IAH) mayor a 15 eventos/hora. Se indicó la utilización del uso de CPAP durante una semana. Se tomaron muestras de sangre antes y después de la utilización de CPAP para dosajes de mediadores biológicos tales como glucosa, insulina y PCR. Se conservaron muestras de plasma a -70 °C para el dosaje de interleuquinas. Los resultados se analizaron mediante test no paramétrico utilizando el software Graph-Pad PRISM-5. Resultados: se incluyeron 13 pacientes con SAHOS y arritmias, de los cuales solo dos fueron mujeres. La edad media de los pacientes fue de 62,4 ± 2,3 años, con un índice de masa corporal (IMC) de 36,6 ± 1,9, perímetros de cuello, de cadera y de abdomen (cm) de 45,2 ± 0,9; 114,5 ± 2,8 y 113,2 ± 4,0, respectivamente. Todos los hombres fueron fumadores activos o exfumadores con 23,9 ± 2,9 paquetes/año y 5 de ellos enolistas con una media de 3,7 ± 1,9 gr de etanol/día. Cinco de ellos padecían cardiopatía isquémica; un paciente padecía angina de pecho y 4 de ellos infarto de miocardio. Además, 9 pacientes padecían hipertensión arterial y 5 eran diabéticos.

La PR mostró que el IAH promedio de los pacientes fue de 41,0 ± 6,1 ev/hora; el índice de desaturación (IDO) fue de 42,1 ± 6,9 ev/hora y el tiempo con saturación menor de 90% (T90) fue de 28,8 ± 7,3. Los pacientes utilizaron el CPAP durante una semana, con un tiempo promedio por noche de 4,9 ± 0,5 horas con una presión media de 9,4 ± 0,4 cm de H₂O.

Las determinaciones de mediadores séricos previos y posteriores a la utilización del CPAP mostraron una disminución en los niveles de marcadores inflamatorios: IL-6 (17,3 ± 4,5 vs 8,6 ± 3,2 pg/ml) y de PCR (1,8 ± 0,4 vs 1,4 ± 0,2 mg/dl). Sin embargo,

los niveles de glucosa y de insulina no modificaron después del uso del CPAP ($106,4 \pm 5,6$ mg/dl y $22,7 \pm 4,4$ uUI/ml vs $109,1 \pm 3,4$ mg/dl y $21,8 \pm 3,1$ uUI/ml), respectivamente.

Conclusiones: ha sido previamente demostrado que el SAHOS serían una condición que aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes y eventos cardiovasculares. Estos eventos podrían relacionarse con un aumento de mediadores inflamatorios sistémicos tales como IL-6 y PCR. Nuestros resultados preliminares forman parte de un estudio en curso, por lo que el tamaño de la muestra es la principal limitación para el análisis de los datos. Sin embargo, nosotros hipotetizamos que la utilización de la CPAP podría contribuir a la disminución de la inflamación sistémica aguda asociada al SAHOS.

Nuevos estudios son requeridos para confirmar nuestros hallazgos.

CO 078- STOP-BANG. UNA HERRAMIENTA SENCILLA EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEAS DEL SUEÑO

Guardia S, Baldini M, Fernández A

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: los trastornos respiratorios del sueño han ido generando un interés creciente en la comunidad médica. Se estima que el porcentaje de sujetos portadores del síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHOS) que aún se encuentran sin diagnosticar varía entre el 80 y 95%. Una de las causas del retraso en el diagnóstico es la falta de alguna herramienta sencilla y de fácil utilización que permita detectar pacientes potenciales de padecer SAHOS. Con tal objetivo, se han desarrollado diferentes modelos clínicos, escalas y cuestionarios. Uno de ellos es el cuestionario STOP-BANG, del acrónimo en inglés S snore (ronca), T tired (cansancio o somnolencia), O observed apneas (apneas observadas), P pressure (HTA), B BMI (índice de masa corporal >35 kg/m²), A age (edad > 50), N neck (circunferencia del cuello > 40 cm) y G gender (sexo masculino). Si el paciente suma 3 o más puntos, se considera que tiene una alta probabilidad de padecer SAHOS.

Objetivo: evaluar la capacidad del cuestionario STOP-BANG para detectar pacientes con SAHOS diagnosticados mediante polisomnografía (PSG) y compararla con la habilidad de un médico neumonólogo entrenado en sueño para determinar la probabilidad de tener SAHOS o no.

Material y Método: estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes derivados para la realización de PSG por sospecha de SAHOS que contaban con historia clínica completa realizada por el médico especialista quien asignó durante la consulta una probabilidad alta o baja de padecer SAHOS, y posteriormente se determinó la puntuación del STOP-BANG. Se calculó el área bajo la curva ROC (AUC), sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para cada punto de corte del índice de perturbación respiratoria (IPR) y para cada número de componentes presentes del cuestionario STOP-BANG. El mismo procedimiento se utilizó para evaluar el desempeño del médico para asignar una probabilidad alta o baja de SAHOS según su experiencia.

Resultados: se incluyeron 327 pacientes, sexo masculino 171 (52,3%), edad 49,83 años (37,9-61,7), índice de masa corporal (IMC) 38,7 (32,5-46) kg/m², circunferencia del cuello 44 (41-47,5) cm, roncaban 311 (95,1%), presentaban somnolencia o cansancio habitual 232 (70,9%), apneas observadas 206 (63%), HTA 169 (51,7%). PSG: normales 42 (12,9%), SAHOS leve 65 (19,9%), moderado 59 (18%) y severo 161 (49,2%). La sensibilidad y especificidad del STOP-BANG tomando como punto de corte un IPR ≥ 15 fue de 99% y 14%, AUC 0,755 (0,704-0,800), mientras que los valores para la habilidad del médico fueron del 89,1% y 58,9%, respectivamente, con AUC 0,550 (0,542-0,638). Al elevar el punto de corte del STOP-BANG para considerarlo de alta probabilidad, hallamos que para un valor ≥ 4 la sensibilidad descendió al 95% pero la especificidad se duplicó en un 29,9%, y para un valor ≥ 5 la sensibilidad y especificidad observadas fueron de 82,2% y 53,2%, respectivamente.

Conclusión: el STOP-BANG es una herramienta de fácil aplicación, conformado por 8 preguntas simples de respuesta "sí/no"

y que no requiere de ninguna capacitación previa o experiencia en patología del sueño por parte del médico que lo utilice.

La utilización e implementación del mismo para el especialista pero fundamentalmente para el médico de atención primaria como herramienta de *screening* facilitaría el acceso de pacientes con sospecha de SAHOS al estudio diagnóstico.

CO 111- DISCORDANCIA EN EL CÁLCULO DE LA PRESIÓN PREDICHA POR DOS ECUACIONES Y LA PRESIÓN EFECTIVA DE CPAP ADQUIRIDA POR TITULACIÓN AUTOAJUSTABLE DOMICILIARIA NO VIGILADA EN PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO

Borsini E, Ernst G, Meraldi A, Blanco M, Campos J, Di Tullio F, Decima T, Bosio M,

Blasco M, Salvado A

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la presión efectiva de CPAP es titulada tradicionalmente con polisomnografía (PSG), aunque se acepta el uso de equipos de auto-CPAP (APAP). La experiencia con fórmulas de titulación (FT) es limitada en nuestro medio, y no han sido comparadas contra APAP.

Objetivo: establecer la relación entre la presión efectiva por APAP y las FT de Sèrié y Hoffteín. Evaluar si las presiones calculadas por dos fórmulas difieren de las del APAP.

Material y Métodos: estudio transversal en pacientes referidos para titulación autoajustable domiciliaria. Se incluyeron individuos con IAH > 15 /hora. La titulación se efectuó con equipos System One (Philips-Respironics) previa demostración de máscaras seleccionadas por especialistas. Los datos fueron procesados con software Encore Pro 2, mediante análisis visual de la curva presión tiempo en relación a fuga < 30 litros/minuto. Solo se aceptaron registros con uso medio > 4 horas/noche. Se constataron; fuga media, índice de apneas e hipopneas residual (IAHr) y presión efectiva de titulación. Se compararon con la fórmula de Hoffteín; $(0,16 \text{ índice de masa corporal}) + (0,13 \text{ circunferencia de cuello en cm}) + (0,04 \text{ IAH basal}) - 5,12 = \text{presión efectiva}$, y de Sèrié; $(\text{índice de masa corporal } 0,193) + (\text{circunferencia de cuello } 0,07) + (\text{IAH } 0,02) - 0,611$. Se ejecutaron; análisis de student para muestras relacionadas, Bland And Altman y regresión lineal ($R^2 = R$ cuadrado).

Resultados: entre marzo de 2014 y mayo de 2015 estudiamos a 212 pacientes; 64 mujeres (30,1%) y 148 hombres diagnosticados por PSG en el 23% o poligrafía respiratoria domiciliaria (PR), 77%, con las siguientes características (media y desvío estándar); edad: 57,48 años (SD: 11,48), índice de masa corporal, 33,18 kg/m² (SD: 6,28), escala de somnolencia de Epworth, 9,57 (SD: 3,73) puntos, circunferencia del cuello (en cm), 43,87 (SD: 3,27) e IAH basal (ev/hora); 37,68 (SD: 16,63). La media de uso de APAP fue de 5,35 horas/noche (SD: 0,65) o 321 minutos, con IAHr; 4,95 (SD: 3,67) ev/h, y las presiones efectivas tituladas (cm de H₂O) fueron; APAP (PresCPAP), 9,34 (SD: 1,88), Hoffteín (FormH), 7,36 (SD: 1,57) y Sèrié (FormS); 9,66 (SD: 1,51). Las diferencias medias (en cm de H₂O) con la presión definitivamente indicada desde la titulación autoajustable fueron: para FormH: - 1,98 (CI: 1,71-2,24) y FormS, + 0,32 (CI: -0,58-0,06). Solo el 25% de los pacientes tuvieron 1 (uno) cm de H₂O por encima o por debajo de la PresCPAP con FormH y el 31% con FormS. La correlación lineal fue (FormH vs FormS): R^2 ; 0,93, pendiente; 1,01 ($p < 0,00001$), (FormS vs PresCPAP): R^2 ; 0,14, pendiente; 0,46 ($p < 0,0001$) y (FormH vs PresCPAP): R^2 ; 0,15, pendiente; 0,47 ($p < 0,0003$).

Conclusión: las FT mostraron correlación entre sí (lineal), pero no con la PresCPAP, con gran dispersión y frecuente subestimación de la presión efectiva que podría representar corrección subóptima del trastorno con eventos residuales y mayor riesgo vascular remanente o sobrevaloración de la presión que podría incrementar los efectos adversos de la terapia.

CO 122- SAHOS MODERADO/SEVERO EN PACIENTES CON ARRITMIAS CARDÍACAS. ESTUDIO DE LA TASA DE RESPUESTA LUEGO DE 7 NOCHES CON CPAP

Campos J, Borsini E, Ernst G, Cassano A, Caceres Munie C, Estepo J, Tello I, Bosio M,

Decima T, Salvado A

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la terapia con presión positiva de la vía aérea (CPAP) en el síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHOS) puede mejorar la tasa de arritmias cardíacas.

Objetivo: evaluar la tasa de respuesta de arritmias y pausas luego del uso de 7 días de CPAP. Para esto se incluyeron pacientes con SAHOS + arritmias o pausas en Holter de 24 h reclutados desde marzo de 2015 hasta la fecha.

Métodos: se diseñó un estudio prospectivo. Los pacientes fueron evaluados mediante poligrafía respiratoria (PR) domiciliaria, Holter de 24 h y cuestionario de factores de riesgo que incluyó: la Escala de Somnolencia de Epworth, cuestionario de Berlín, grado de Malampati y antecedentes clínicos. Fueron incluidos con diagnóstico de SAHOS con IAH > 15/h y arritmias supraventriculares o pausas en Holter de 24 h. Para el análisis estadístico se utilizó el software GRAPH PAD PRISM-5.

Resultados: se reclutaron 15 pacientes; 2 fueron excluidos (por uso inapropiado del CPAP). Se analizaron 13 pacientes (2 mujeres). La edad media fue de $62,4 \pm 2,3$ años, con un índice de masa corporal (IMC) de $36,6 \pm 1,9$, perímetro de cuello, de cadera y de abdomen (cm) de $45,2 \pm 0,9$, $114,5 \pm 2,8$ y $113,2 \pm 4,0$, respectivamente. La PR mostró que el IAH medio de los pacientes fue de $41,0 \pm 6,1$ ev/hora; el índice de desaturación (IDO) fue de $42,1 \pm 6,9$ ev/hora y el tiempo con saturación menor de 90% (T90) fue de $28,8 \pm 7,3$. Todos los hombres fueron fumadores activos o exfumadores con $23,9 \pm 2,9$ paquetes/año y 5 de ellos además enolistas con una media de $3,7 \pm 1,9$ gr de etanol/día. Cinco pacientes tuvieron cardiopatía isquémica, 9 hipertensión arterial y 5 eran diabéticos. Los pacientes utilizaron el CPAP durante una semana, con un tiempo promedio por noche de $4,9 \pm 0,5$ horas con una presión media de $9,4 \pm 0,4$ cm de H₂O. La media del IAH residual fue de $4,42$ SD $2,69$. Luego del tratamiento con CPAP, el número absoluto de extrasístoles ventriculares disminuyó (2803 ± 1642 vs 1133 ± 753) y se observó una disminución de las pausas ($3,2 \pm 0,7$ vs $2,5 \pm 1,6$), sin embargo las ESV no se modificaron (2069 ± 952 vs 1950 ± 943) $p > 0,05$.

Conclusiones: en esta experiencia piloto, se ha encontrado una reducción significativa en el número de eventos ventriculares y pausas en el Holter de 24 h. Es de remarcar el efecto agudo encontrado en la terapia con CPAP en los eventos arrítmicos a los 7 días de tratamiento.

CO 031- VALIDACIÓN DE UN MÉTODO DE MEDICIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO DE REPOSO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA EN VOLUNTARIOS SANOS DURANTE VENTILACIÓN NO INVASIVA Y A DIFERENTES CONCENTRACIONES DE OXÍGENO: ESTUDIO DE CONCORDANCIA

Roux N, Guimarães P, Benito H, Gogniat E, Carignano MA, Midley A, Kecskes C, Giannasi S, San Román E
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la valoración del gasto energético de reposo (GER) a través de calorimetría indirecta (CI) a pacientes que requieren oxígeno o ventilación no invasiva (VNI) puede ser errónea debido a la inestabilidad de la mezcla gaseosa generada por el oxígeno suplementario y/o a las fugas de la VNI.

Objetivo: validar en un equipo de CI un método de evaluación del GER en sujetos con VNI a FiO_2 0,21 y 0,3 (nuevo método), comparándolos con la valoración del GER en ventilación espontánea a FiO_2 0,21 (Vesp) (método de referencia).

Materiales y Métodos: estudio observacional, prospectivo, de concordancia.

Se evaluó el GER con CI a voluntarios sanos en tres escenarios: a) Vesp- FiO_2 0,21, b) VNI- FiO_2 0,21 y c) VNI- FiO_2 0,3.

Se utilizó un calorímetro MedGraphics® ULTIMA CPX006, ventilador Maquet® SERVO S, pieza bucal MedGraphics®, clip nasal MedGraphics® (para la implementación del nuevo método con VNI) y una máscara de neoprene preVent Mask MedGraphics® (para Vesp).

En el calorímetro se seleccionaron los modos "Ventilator" para las mediciones con VNI- FiO_2 0,21 y VNI- FiO_2 0,3, y "Metabolic" para Vesp.

Resultados: se analizaron los datos de 56 voluntarios de los

cuales 29 eran mujeres (52%). Media de edad 31 años, e índice de masa corporal $24,2 \text{ Kg/m}^2$.

Se observó una adecuada concordancia entre las mediciones del GER con VNI- FiO_2 0,21, VNI FiO_2 0,3 y Vesp- FiO_2 0,21.

La diferencia media entre VNI- FiO_2 0,21 y VNI FiO_2 0,3 fue de 60 kcal (IC95% 15,9 a 104); entre VNI- FiO_2 0,21 y Vesp- FiO_2 0,21 fue 117 kcal (79-155); y entre VNI FiO_2 0,3 y Vesp- FiO_2 0,21 57 kcal (0,8 a 113).

Los errores de la medición fueron similares en los diferentes rangos de GER, con una tendencia mínima a la sobreestimación del GER sin relevancia clínica.

Conclusiones: la valoración del GER con CI, en sujetos con VNI y a diferentes FiO_2 fue concordante con la valoración del GER en sujetos con Vesp. Estos hallazgos, de gran importancia clínica, permitirían la valoración del GER a pacientes con necesidad de oxígeno suplementario y/o VNI.

CO 092- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO PRESTADO A PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO POR PARTE DE DIFERENTES PROVEEDORES DE CPAP

Nogueira JF^{1,2}, Giovini V², Borsini E³, Grosso A¹, Ernst G³, Nigro C⁴, Luna CM¹

¹ Hospital de Clínicas, Argentina. ² IADIN - Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Argentina. ³ Hospital Británico, Argentina. ⁴ Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: la utilización de CPAP constituye el tratamiento de elección en pacientes con síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) moderado a severo. El primer contacto y experiencia con el dispositivo resulta un factor determinante de la aceptación y adherencia a largo plazo. Por tal motivo, es fundamental que el equipamiento provisto se ajuste a las características y calibraciones determinadas mediante titulación de presión efectiva y a las necesidades del paciente. Esto incluye un buen estado integral de todos los componentes, la calibración correcta del dispositivo y la dispensación precisa de los elementos indicados. A su vez, la instrucción al momento de entrega del equipo y puesta en marcha del tratamiento resulta una intervención determinante de la experiencia inicial del paciente. En nuestro medio, dicha tarea es llevada a cabo por diferentes empresas proveedoras de equipos. El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la prestación de servicios de diferentes proveedores de CPAP en nuestra población de pacientes. **Métodos:** estudio multicéntrico, observacional. Pacientes adultos con SAHOS, a los que se les prescribió CPAP detallando características y calibración del equipo y la máscara requerida. Se les indicó a los pacientes que una vez que dispusieran del dispositivo lo comenzaran a utilizar siguiendo las instrucciones del proveedor y concurrirían a un primer control entre 7 y 15 días posteriores a la entrega. En dicha visita se controló el estado y calibración del equipo, la máscara, la instrucción brindada por el proveedor, la demora en disponer del tratamiento y el grado de cobertura. Se registraron además datos antropométricos y de filiación de los pacientes. El protocolo fue aprobado por los respectivos comités de ética institucionales.

Resultados: se evaluaron 195 pacientes. Edad: $60,7 \pm 13,1$ años; 66,7% hombres; IMC: $33,1 \pm 8,7$; IAH: $44,8 \pm 22,9$ ev/h. 48,7% afiliados a un sistema de medicina prepaga, 46,7% a una obra social y 4,6% sin cobertura. El 57,4% recibió el equipo sin cargo, mientras que el 3,1% pagó el 30%, el 34,4% la mitad y un 5,1% abonó la totalidad del costo. La provisión de equipos estuvo a cargo de 22 empresas. La demora en la gestión y entrega de los equipos fue de $42,1 \pm 60,7$ días.

El 66,7% de los pacientes recibieron instrucciones sobre la colocación de la máscara, aunque para el 13,3% no resultaron claras. En el 61,5% de los casos se les probó la interfase al momento de la entrega y al 45,6% se les permitió probar más de una máscara para elegir la más adecuada.

Al 64,6% de los pacientes se les explicó cómo se utiliza el equipo y el 81,7% consideró claras las instrucciones. El mismo fue probado al momento de la entrega en el 62,6% de los pacientes. Solo el 28,7% recibió indicaciones referidas a la limpieza y mantenimiento de materiales. El 91,8% de los equipos se encontraban en buenas condiciones, el resto (8,2%) estaban sucios, presentaban un funcionamiento defectuoso o eran modelos obsoletos.

El 91,7% de los dispositivos tenían algún sistema de memoria interna, el 71,5% tenía tarjeta extraíble, aunque el 18,9% de estos fueron entregados sin la tarjeta correspondiente.

La máscara fue provista adecuadamente conforme a la indicación médica en el 86,5% de los pacientes, y el equipo estaba correctamente programado en el 66,3% de los casos. El hallazgo más relevante fueron los errores en las presiones seteadas. La mitad de los pacientes se colocaba mal la máscara provista al momento de la evaluación.

Conclusiones: en un número significativo de pacientes, el equipamiento y las instrucciones brindadas al momento de la provisión resultaron inadecuados, lo cual podría repercutir negativamente en el tratamiento. Consideramos entonces que es necesario que los médicos tratantes supervisemos precozmente dicho proceso y que las empresas proveedoras ajusten sus protocolos en pos de incrementar la calidad del servicio dispensado, en función de lograr mayor eficiencia en el control de esta enfermedad.

PRESENTACIONES ORALES 3: INFECCIONES RESPIRATORIAS, EPIDEMIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA CRÍTICA

CO 120- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD TEMPRANA EN NEUMONÍA

Toranzo M, Ceccato A, Galperin M, Yustí G, Sanchez N, Cristaldo L, Gonzalez A, Monteverde A

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Argentina.

La neumonía en pacientes procedentes de la comunidad continúa siendo un importante problema de salud y es la principal causa de muerte entre las enfermedades infecciosas. Se han identificado factores de riesgo de mortalidad y algunos de estos pueden estar asociados con una mortalidad temprana, sin embargo el rol de estos predictores continúa siendo controversial. Objetivo: identificar predictores de mortalidad temprana en pacientes con neumonía de la comunidad.

Métodos: análisis retrospectivo de pacientes muertos por neumonía entre 2005 y 2012. Se excluyeron los pacientes que no cumplían con los criterios de neumonía, presentaban un diagnóstico alternativo, neumonía nosocomial, pacientes con infección por VIH/inmunosupresión severa. Se analizaron edad, sexo, comorbilidades, score de severidad, variables clínicas y de laboratorio. Se realizaron análisis univariable y multivariable.

Resultados: se analizaron 156 pacientes fallecidos por neumonías, 48 (30%) de ellos murieron en las primeras 48 horas. La edad promedio fue de 65,34 años de edad ($\pm 19,59$ DE) en el grupo de mortalidad temprana (MTE) y 65,49 años de edad ($\pm 19,34$ DE) en el grupo de mortalidad tardía (MTA). El 42% del grupo de MTE tenía criterios de neumonía asociados a los cuidados de la salud versus 36% en el grupo de MTA. El valor promedio de urea en el grupo de MTE fue de 0,97 ($\pm 0,93$ DE) y en el grupo de MTA, 0,77 ($\pm 0,66$ DE), la PaFi promedio en el grupo de MTE fue de 232 (± 152 DE) y en el grupo de MTA, 281 (± 136 DE). El 35% de los pacientes del grupo de MTE presentaba CURB65 grupo cuatro o cinco, en comparación con el 21% de los pacientes del grupo de MTA. Solo la presencia de hipotensión al ingreso y el sexo presentaban diferencias significativas en el análisis univariable; esta diferencia persistió en el análisis multivariado (tabla 1). Fue posible el aislamiento de gérmenes en el 19% de los pacientes, siendo el más frecuente *Streptococcus pneumoniae* (5%).

Conclusión: la mortalidad temprana en nuestra serie fue similar a lo reportado en la bibliografía. Los factores de mayor relevancia como predictores (CURB65, edad, alteración del sensorio, compromiso multilobar) no fueron significativos. Los factores de riesgo independientes para mortalidad temprana en neumonía fueron el antecedente de hipertensión arterial, sexo femenino y la hipotensión al ingreso.

Tabla 1. Análisis univariado y multivariado para mortalidad temprana en neumonía. *p-valor <0,05

	Odds ratio univariado	Odds Ratio multivariado
Mayores de 65 años	1 (0,5-1,97)	0,55 (0,21-1,43)
Sexo masculino	0,38 (0,19-0,78) *	0,37 (0,17-0,82)*
CURB65 4-5	2,02 (0,95-4,28)	1,77 (0,70-4,49)
NACS	1,26 (0,63-2,53)	1,27 (0,51-3,14)
EPOC	0,48 (0,13-1,79)	0,32 (0,07-1,46)
Enf Coronaria	2,39(0,66-8,66)	4,09 (0,96-17,29)
ICC	1,02(0,33-3,13)	1,75 (0,41-7,43)
IRC	1,13 (0,27-4,73)	1,89 (0,31-11,38)
HTA	1,69(0,83-3,44)	2,53 (1,125,71)*
Enf Cerebrovascular	0,53 (0,14-1,98)	0,27 (0,50-1,44)
Cancer	1,67 (0,50-5,58)	1,94 (0,448,48)
DBT	1,92 (0,77-4,75)	2,56 (0,778,48)
Tabaquismo	0,96 (0,48-1,91)	1,65 (0,70-3,88)
Uso ATB previos	1,06(0,44-2,57)	0,83 (0,23-2,92)
Hipertension	2,85 (1,40-5,81)*	3,09 (1,386,92)*
Taquipnea	1,8 (0,90-3,57)	1,31 (0,49-3,47)
Bilateral	1,24 (0,62-2,51)	1,17 (0,48-2,80)
Alt del estado mental	0,94 (0,47-1,87)	0,61 (0,23-1,62)

CO 225- CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD PREMATURA POR NEUMONÍA EN JÓVENES Y ADULTOS EN ARGENTINA EN EL BIENIO 2012-2013

Nilva GA, Armando GA, Bossio JC, Arias SJ

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Argentina.

Introducción: las enfermedades del sistema respiratorio son la tercera causa de muerte en pacientes de 20 a 84 años en Argentina, y la neumonía es la principal causa, responsable de una de cada tres defunciones.

Objetivo: describir la evolución y características de la mortalidad por neumonía en pacientes de 20 a 84 años en Argentina para el bienio 2012-2013.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio transversal con los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud de 2012 y 2013. Se extrajo el número de defunciones por neumonía (Códigos J12-J18 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma revisión) en pacientes de 20 a 84 años. Se calcularon las tasas de mortalidad por 100.000 con las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Se realizó un ajuste exponencial de las tasas versus la edad y se aplicó una regresión Joinpoint para modelar los datos y encontrar puntos de quiebre. Se calculó el coeficiente de determinación y regresión para la curva de cada grupo etario; y se definieron grupos a partir de los puntos de quiebre obtenidos, para el total, para varones y para mujeres.

Para cada grupo etario se analizaron las siguientes características del fallecido: si tuvo o no atención médica, lugar de la muerte (en un establecimiento de salud o fuera de él), cobertura de salud y máximo nivel de instrucción alcanzado (escolaridad primaria incompleta o menos y completa o más). Se determinó la asociación entre la mortalidad por edad y las primeras tres características mediante la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95%. Para el nivel de instrucción se compararon los valores de cada grupo de edad con el correspondiente a la población, según el Censo 2010, mediante el test de la comparación de las proporciones. Se utilizaron los programas Excel 2010, Epidat 3.1 y JoinPoint Regression 4.2.

Resultados: la tasa de mortalidad por neumonía aumentó en forma exponencial con la edad, tanto para la población total (R2: 0,98) como para varones (R2:0,98) y mujeres (R2:0,97).

Para la población total se encontraron 3 puntos de quiebre. De 20 a 34, se observó un aumento en la tasa del 5,38% (p=0,008) por cada año que aumenta la edad; de 35 a 49, el aumento fue del 8,83% (p=0,013), de 50 a 74, fue del 11,47% (p=0,002), y de 75 a 84, fue un aumento del 15,26% (p=0,004).

Para varones se encontraron 2 puntos de quiebre. De 20 a 34, se observó un aumento en la tasa del 4,75% (p=0,01); de 35 a

64, el aumento fue del 10,47% ($p < 0,01$), y de 65 a 84, fue del 14,39% ($p < 0,01$).

Para mujeres se encontraron 2 puntos de quiebre que dividieron la curva en 3 grupos etarios. De 20 a 44 años, se observó un aumento en la tasa del 6,47% ($p < 0,01$); de 45 a 64 hubo un aumento del 10,52% ($p < 0,01$), y de 65 a 84, el aumento fue del 15,44% ($p < 0,01$).

Se encontró para ambos sexos que los muertos por neumonía de 20 a 34 años tienen 2,7 veces más chance de no haber tenido atención médica que los de 70-84 (OR: 2,71; 1,24-3,80). Cuando se compararon los de 70-84 con los de 35-49 y 50-74, las OR no fueron estadísticamente significativas: OR=0,81 (0,43-3,80) y OR=1,0 (0,80-1,52), respectivamente.

La chance de morir por neumonía fuera de un establecimiento de salud fue 2,8 veces mayor para el grupo de 70-84 que para el grupo de 20-34: OR=2,85 (1,93-4,02). Cuando se comparó este grupo con los restantes, la asociación no fue estadísticamente significativa: OR=1,25 (0,79-1,98) y OR=0,91 (0,61-1,36), respectivamente.

La cobertura de salud fue mayor en el grupo de 70-84 que en el resto de los grupos y la diferencia fue estadísticamente significativa con todos ellos: OR=17,19 (13,81-21,4) con 20-34, OR=18,7 (15,97-21,98) con 35-49 y OR=6,89 (6,26-7,59) con 50-69.

Para el grupo de 20-34 años, el porcentaje con escolaridad primaria incompleta o menos (26,2%) fue 3,4 veces mayor que el de la población de esa edad según el censo 2010 (7,58%). Para el grupo de 35-49 años, ese porcentaje (16,2%) fue 1,7 veces mayor que en la población (9,4%); para el grupo de 50-69 años fue 1,12 veces mayor: 18,8% y 17,6%; y para el grupo de 70-84 años, fue 1,21 veces mayor: 28,8% y 23,6%. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$).

Conclusiones: la mortalidad por neumonía de 20 a 84 años en Argentina aumentó con la edad durante el bienio 2012-2013, tanto para la población total como para varones y mujeres; y este aumento fue distinto en grupos de edades determinados. Los muertos jóvenes tuvieron más chance de no haber tenido atención médica, no tener cobertura de salud y de tener bajo nivel de instrucción que las personas con más edad y que la población general.

CO 124- NEUMONÍAS BACTERIÉMICAS POR NEUMOCOCO

Ceccato A, Cristaldo L, Burgos J, Idoyaga P, Prado V, Toranzo M, Avila F, Guzman C, Fernández A, Santos A, Monteverde A, Gonzalez A
Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Argentina.

El neumococo continúa siendo el principal agente causal de neumonía en nuestro medio; el aislamiento en hemocultivos es de alrededor del 10%. La neumonía continúa presentando una elevada mortalidad a pesar de los últimos avances.

Objetivos: analizar las características de los pacientes que presentaron neumonías bacteriémicas por neumococo.

Métodos: análisis retrospectivos de los pacientes que presentaron aislamiento de *Streptococcus Pneumoniae* en hemocultivos y un cuadro clínico y radiológico compatible con neumonía entre el 2012 y el 2014. Se analizaron edad, sexo, comorbilidades, variables clínicas y de laboratorio.

Resultados: se analizaron 80 pacientes con aislamiento de *Streptococcus Pneumoniae* en hemocultivos y neumonía. La edad promedio fue 54 años (± 17 DE), el 54% fueron mujeres y el 35% se internó en UTI. El promedio de inicio de síntomas fue $5,95 \pm 6,56$ DE, días de internación: $11,36 \pm 10,64$ DE. El 22% presentaba criterios de neumonía asociada al cuidado de la salud, siendo la mortalidad en este grupo similar a la de la neumonía de la comunidad. Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo, etilismo, diabetes, HIV y cáncer. El compromiso radiológico de 2 o más lóbulos se observó en el 42%, y presencia de derrame en el 21%. En cuanto a variables de laboratorio las medias fueron: PAFI 277 ± 101 DE, urea $0,69 \pm 0,41$ DE, creatinina $1,76 \pm 1,18$ DE, sodio $133 \pm 5,8$ DE y la glucosa $134 \pm 7,7$. Todas las cepas aisladas fueron sensibles a levofloxacina; los pacientes que presentaban resistencia a oxacilina fueron intermedios y el 11% presentaba resistencia a macrólidos. La mortalidad fue del 38%, siendo elevada principalmente en pacientes con

CURB65 4 o 5 (80%). Encontramos diferencias significativas con respecto a la mortalidad en las siguientes variables: admisión en UTI, alteración del sensorio, CURB65 4 o 5 y compromiso radiológico de dos o más lóbulos.

Se realizó la curva ROC para el análisis del CURB65 para predecir mortalidad, siendo el área bajo la curva igual a 0,67 (0,55-0,79, 95% CI).

Conclusiones: la neumonía neumocócica continúa siendo un importante problema de salud, ya que presenta una elevada mortalidad. Los valores altos de CURB65 se asociaron a mayor mortalidad, sin embargo, el área bajo la curva es baja. En nuestra serie, los factores asociados a mayor mortalidad fueron admisión en UTI, alteración del sensorio, CURB65 4 o 5 y compromiso radiológico de dos o más lóbulos.

CO 023- ESTADO DE VACUNACIÓN ANTIGRIPE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Castillo V, Salomon M, Brescacin C, Tabaj G, Rando G, Rey S, Sánchez M, Farfán R, Roldán R, Robaina G, Malamud P

¹ Servicio de Neumonología Clínica. Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina. ² Servicio de Clínica Médica. Hospital Privado de Córdoba, Argentina.

Introducción: la enfermedad producida por el virus de influenza humana es un determinante de morbilidad asociada con un alto índice de ausentismo laboral, principalmente en sujetos con factores de riesgo. En Argentina, durante los meses de marzo y abril, se realiza anualmente la campaña de vacunación para gripe estacional indicada en pacientes mayores de 65 años y menores de 65 con comorbilidades asociadas, así como personal de salud en actividad como una forma de prevención de casos graves.

Objetivos: conocer el nivel de adherencia a la campaña de vacunación antigripal estacional 2015 del personal sanitario en un hospital especializado en patologías respiratorias.

Materiales y Métodos: se llevó a cabo un estudio transversal, observacional en el cual se confeccionó una encuesta anónima voluntaria suministrada a todo el personal de un hospital interzonal especializado en enfermedades respiratorias durante la campaña de vacunación antigripal 2015. Se consignaron: edad, sexo, antigüedad laboral, profesión, estatus tabáquico y patología respiratoria. Además se discriminó sobre el contacto o la falta de contacto con pacientes, indicación de la vacuna por facultativo, vacunación 2014 y centro en donde recibió la misma.

Resultados: del total de 354 empleados del hospital, 281 (79,37%) contestaron la encuesta. La media de edad de la población fue de $41 \pm$ años; 88 (31,3%) eran hombres y 193 (68,6%) eran mujeres. 92 de ellos (32,7%) presentaban una antigüedad laboral menor de 5 años; 43 (15,3%) referían alguna patología respiratoria y 151 (53,7%) eran no fumadores. De los encuestados, 212 (75,4%) recibieron la vacuna antigripal 2015. Los motivos más frecuentemente encontrados para no recibir la vacuna fueron: no considerarlo necesario, 20 (28,99%), temor, 10 (14,5%), falta de tiempo, 7 (10%), desconocimiento, 3 (4,3%) y otros, 22 (32%). En 28 sujetos (9,96%), la vacuna no había sido indicada por ningún facultativo. Del total de encuestados que están en contacto con pacientes, 45 (22%) no se vacunaron. Tanto los médicos como los enfermeros presentaban una frecuencia de vacunación mayor al 83%. Entre las actividades con menor adherencia estaban los psicólogos, técnicos de laboratorio, kinesiólogos y personal de mantenimiento. Solamente 29 sujetos (13,67%) recibieron la vacuna en centros privados. Con respecto al antecedente de vacunación previo, 247 (88%) recibieron la vacuna en la campaña 2014 y 32 (11,4%) se vacunaron en 2014 pero decidieron no hacerlo en el 2015.

Conclusiones: la adherencia a la campaña de vacunación antigripal del 2015 fue relativamente buena contabilizando un 75,4% de los encuestados. De todos modos, un porcentaje no menor de sujetos en contacto con pacientes no se vacunó a pesar de la indicación médica. Los principales motivos manifestados fueron considerar innecesaria su aplicación y temer a eventos adversos.

CO 172- INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

Rocco AP¹, Villalba D¹, Feld V¹, Leiva V¹, Scrigna M¹, Distefano E¹, Collins J¹, Matesa M¹, Rossi D¹, Areas L¹, Virgilio S¹, Golfarini N¹, Gil Rossetti G¹, Pini P¹, Hannun M¹, Diaz Ballve P², Buñirigo P², Noval D¹, Planells F¹

¹ Clínica Basilea, Argentina. ² Hospital Posadas, Argentina.

Objetivos: describir la incidencia de infecciones respiratorias (IR) en pacientes traqueostomizados (TQT) internados en un centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR). Identificar factores de riesgo para el desarrollo de IR.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio de casos y controles anidado en una cohorte, cuyos datos fueron recolectados en forma prospectiva. Las variables utilizadas para el apareamiento fueron la edad y el contenido de hemoglobina arterial en una relación 2 controles cada 1 caso. Este estudio se realizó en un CDVMR ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incluyeron todos los pacientes TQT internados durante el período de marzo de 2013 a marzo de 2015. Se registró la incidencia de IR en base al CDC/NHSN que incluye neumonías e infecciones del tracto respiratorio inferior. Las variables numéricas se expresaron en media \pm DS o mediana y RIQ según su distribución y las variables categóricas en frecuencia absoluta y su porcentaje. Las comparaciones entre variables continuas se realizaron a través del test de Mann-Whitney y las variables medidas en escala nominal con el test de Chi2 y el exacto de Fisher según corresponda. Se realizó un análisis de regresión logística con eliminación manual de las variables que no alcanzaban significación. Se estableció la significación estadística en un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: durante el período de estudio se incluyeron 167 pacientes, registrándose 73 eventos de IR en 46 pacientes (27,5%). La tasa de incidencia fue de 2,22 eventos/1000 días de estadía en el CDVMR.

El 53% de los pacientes que intercurrió con una IR se encontraba en asistencia ventilatoria mecánica (AVM), el 32% inició AVM a causa del evento y el 15% permaneció sin AVM.

Se obtuvieron rescates bacteriológicos en 50 de los 73 eventos registrados, en los que la *Pseudomona Aeruginosa* (34,3%) fue el microorganismo más prevalente.

Los valores más bajos de albúmina resultaron ser un factor de riesgo para el desarrollo de IR (p 0,001, OR 5,82, IC 2,08-16,2). Los valores más altos de hemoglobina de ingreso al CDVMR se comportaron como factor protector para el desarrollo de IR (p 0,048, OR 0,74, IC 0,55-0,99). Se establecieron como FR para el evento IR: ingresar con diagnóstico de ACV (p 0,025, OR 3,45 1,16-10,2), Parkinson (p 0,011, OR 18,9, IC 1,93-185) o ELA (p 0,013, OR 6,34, IC 1,47-27,2).

Conclusión: se logró determinar por primera vez en nuestro medio la incidencia de IR en pacientes TQT y los patógenos más comunes, aunque esto necesita contraste con otros CDVMR.

La asociación encontrada entre los valores de albúmina y hemoglobina al ingreso y el posterior desarrollo de IR sugieren un estudio minucioso del estado general en esta población particular de pacientes. Los pacientes con determinados diagnósticos de enfermedad neurológica presentan mayor riesgo de IR, posiblemente asociada a mayor incidencia de trastorno deglutatorio.

PRESENTACIONES ORALES 4: ENFERMEDADES INTERSTICIALES

CO 142- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL CON HALLAZGOS AUTOINMUNES

Tabaj G¹, Varela B², Gallardo MV¹, Salomon M¹, Gonzalez Ginestet CM¹, Gramblicka G¹, Malamud P¹

¹ Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina. ² Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: muchos pacientes con enfermedad difusa del parénquima pulmonar (EPD) presentan ciertos hallazgos clí-

nicos que sugieren un proceso autoinmune subyacente, pero no cumplen con los criterios establecidos para una enfermedad del tejido conectivo (ETC) específica. Diversos autores han propuesto diferentes términos y clasificaciones para englobar a este grupo de pacientes pero recientemente la European Respiratory Society en conjunto con la American Thoracic Society (ATS/ERS) han publicado un consenso que homogeneiza la nomenclatura y los criterios de clasificación para este subgrupo de pacientes con EPD y hallazgos autoinmunes. En primer lugar, proponen el término “neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes” (en inglés: “interstitial pneumonia with autoimmune features”, IPAF) y ofrecen criterios de clasificación organizados en función de la presencia de una combinación de hallazgos en tres dominios diferentes: uno clínico, uno serológico y otro morfológico.

Objetivos: conocer las características de los pacientes con IPAF que acudieron a un consultorio especializado en EPD en dos instituciones, una pública y otra privada.

Materiales y Métodos: se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo y transversal en donde se revisaron las historias clínicas de aquellos pacientes que se evaluaron en el consultorio de enfermedades intersticiales del Hospital Cetrángolo y del Hospital Alemán de Buenos Aires. Se seleccionaron todos los casos que cumplían con los criterios diagnósticos recientemente publicados por la European Respiratory Society/ American Thoracic Society (ATS/ERS) para enfermedad intersticial con hallazgos autoinmunes. Se recolectaron de las historias clínicas los siguientes parámetros: edad, sexo, valores de espirometría y difusión de monóxido de carbono, patrón en la tomografía computada de alta resolución y hallazgos en la biopsia en caso de contarse con la misma.

Resultados: en total se evaluaron 18 pacientes con enfermedad intersticial con hallazgos autoinmunes; 13 de ellos (72,2%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 60,83 años. 6 (33,33%) eran fumadores o exfumadores y el resto nunca había fumado. Las características de los pacientes se ilustran en las tablas 1, 2 y 3. Con respecto al diagnóstico, en 7 casos (38,88%) la herramienta fue la TCAR y en 11 casos (61,11%) la biopsia fue indicada para poder establecer el mismo. El autoanticuerpo más frecuentemente encontrado fue el ANA: el 55,55% de los pacientes presentaban ANA positivo, en la mitad de ellos el título fue mayor o igual a 1:320. Del total, solamente 2 (11,11%) pacientes presentaron autoanticuerpos negativos.

Conclusiones: en nuestra serie de 18 pacientes con IPAF el patrón tomográfico e histológico más frecuente fue el de NINE. La gran mayoría de los pacientes presentó algún autoanticuerpo positivo. El término IPAF debe ser utilizado para identificar a los pacientes con EPD u hallazgos sugestivos, pero no definitivos, de una ETC. Este grupo de pacientes no debería ser incluido dentro de los casos idiopáticos ya que podrían beneficiarse con un tratamiento inmunosupresor.

Características clínicas	n	%
Esteriores crepitantes "velcro"	15	83.33%
Artralgias	13	72.22%
Reflujo gastroesofágico	7	38.88%
Hipotiridismo	5	27.77%
Fenómeno de Raynaud *	4	22.22%
Síndrome sicca	4	22.22%
Fotosensibilidad	2	11.11%
Dedos "puffy"	1	5.55%
Hipocratismo digital	1	5.55%
Artritis *	1	5.55%
Manos de "mecánico" *	0	0%
Pitting *	0	0%

*: criterios de clasificación ERS/ATS neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes

CO 108- NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES

Alberti ML, Paulin F, Fernández M, Caro F
Hospital María Ferrer, Argentina.

Introducción: la neumonitis por hipersensibilidad (NH) es un síndrome causado por la inhalación reiterada de partículas antigénicas presentes en diferentes medios, en su mayoría orgánicas. En personas susceptibles causa una respuesta inmune exagerada que compromete las vías aéreas y el parénquima pulmonar.

Objetivo: describir las características de aquellos pacientes con diagnóstico de NH confirmada evaluados en un consultorio multidisciplinario de enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID).

Materiales y Métodos: estudio descriptivo. Se incluyeron los pacientes que asistieron a un consultorio especializado en EPID entre marzo 2012 y julio 2015 con enfermedad intersticial pulmonar y diagnóstico confirmado de NH mediante interrogatorio de exposición, hallazgos en tomografía de tórax (TACAR) compatible con dicha enfermedad junto al menos uno de los siguientes: presencia de linfocitosis en lavado bronquioalveolar (BAL) (valor de corte $\geq 20\%$), biopsia transbronquial (BTB) y/o biopsia quirúrgica. Se consideró para el diagnóstico de NH crónica (NHCr): el patrón tomográfico (combinación de vidrio esmerilado (VE), nodulillos en VE y/o patrón en mosaico junto a la presencia de bronquiectasias y bronquiolectasias por tracción, patrón reticular y panalización) y/o el diagnóstico anatomopatológico. Se consignaron datos demográficos (edad y sexo), clínicos (tabaquismo, disnea), de exposición, funcionales (FVC%, DLCO% y metros en test caminata) y tomográficos. Las TACAR se clasificaron según criterios ATS/ERS/JRS/ALAT 2011 en neumonía intersticial usual (NIU) típica, posible e inconsistente. Se analizaron las características de dicha población y su evolución.

Resultados: se encontraron 20 pacientes con diagnóstico confirmado, once de ellos con NHCr. Se observó predominio del sexo femenino (65%) con una mediana de edad al diagnóstico de 61 años (RIC 44-66). Solo 5 presentaban antecedentes de tabaquismo. Entre las probables fuentes causales se destacan la exposición a: aves (8), moho en el hogar (6), edredón y/o almohadas de plumas (4), granos/heno/silos (2), entre otros. La mediana de tiempo de disnea fue de 12 meses (RIC 6 - 12). Todos presentaron signos inconsistentes con NIU en la TACAR; observándose: patrón de mosaico en más de 3 lóbulos (17), VE (12), nodulillos en VE (8), bronquiectasias/bronquiolectasias (10) y panalización (2). Se efectuó BAL con recuento celular (10) con presencia de linfocitosis en 7 casos con una mediana de 23% (RIC: 19,5 - 35), BTB (15) diagnóstica en 5 casos y biopsia quirúrgica en 13. En el examen funcional respiratorio: mediana de FVC% = 60 (RIC 48 - 64), FEV1/FVC = 90 (RIC 85 -95) y de DLCO% = 42 (RIC 35 - 54,5). La mediana de metros recorridos en test de la caminata fue de 409 (RIC 396 -520) y diez presentaron saturación menor al 88% al final del test. En cuanto al tratamiento, se aconsejó alejamiento de la exposición y todos recibieron tratamiento con esteroides; en 8 casos se asoció azatioprina y en 2 micofenolato.

La mediana de seguimiento fue de 12 meses (RIC 9,5 - 16,5). Entre la primera y última determinación, a pesar del tratamiento, los pacientes con NHCr presentaron caída en el valor de FVC% siendo la mediana - 2% (RIC -12 - 2) a diferencia de los pacientes con NH subaguda 10,5% (RIC 3 - 24) ($p = 0,0531$); 3 de ellos con una caída mayor al 10%.

Conclusiones: actualmente en nuestro país carecemos de datos propios sobre NH y sobre cuáles son las fuentes causales más habituales. En esta cohorte de pacientes, la exposición al antígeno aviario a través del contacto con aves, con edredones y/o almohadas de plumas fue la más numerosa, similar a lo observado en otras series. La biopsia quirúrgica es, en nuestro ámbito, el método que permitió establecer el diagnóstico definitivo en más de la mitad de los casos. Por otra parte, los pacientes con NHCr presentaron mayor declinación funcional a pesar del alejamiento de la fuente y del tratamiento inmunosupresor.

CO 253- MORTALIDAD POR FIBROSIS PULMONAR EN ARGENTINA 1997-2013

Fernández HR

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "EMILIO CONI", Argentina.

Introducción: las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) representan un grupo de entidades heterogéneas de comportamiento variable, pero con características clínicas, funcionales y radiológicas muy semejantes. Aunque se consideran patologías poco frecuentes en la práctica clínica neumológica, pueden representar un porcentaje importante de la consulta. Dentro de este grupo de patologías, la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es la más frecuente. La evaluación de los datos del certificado de defunción ofrece la oportunidad de estudiar la FPI a gran escala y desde el punto de vista epidemiológico. **Objetivo:** describir la magnitud y tendencia de las muertes clasificadas como fibrosis pulmonar idiopática en Argentina en el período 1997-2013.

Metodología: se obtuvieron las muertes por FPI (código J84.1 del Capítulo X de la CIE-10) correspondientes al período 1997-2013 de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Se calcularon tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo por 100.000 habitantes para el período en estudio, utilizando estimaciones de población del INDEC. Para la variación anual promedio (VAP) de las tasas por edad y sexo se utilizó regresión lineal de los logaritmos con intervalo de confianza del 95%.

Resultados: en todo el período, 703.627 muertes fueron clasificadas por causas respiratorias (Capítulo X CIE-10) y 10.002 se incluyeron en el código J84.1, representando el 1,42%. En el grupo de 60 a 69 años, la proporción por FPI fue del 2,34% (1537 casos). La media de edad de fallecimiento para ambos sexos fue de 72,75 años (72,50, 73,00), siendo significativa la diferencia entre hombres, 71,52 (71,16; 71,87) y mujeres, 73,83 (73,48; 74,19), $p < 0,001$. El 53,3% de las muertes por FPI fueron mujeres, siendo las diferencias entre sexos estadísticamente significativas, $p < 0,001$. Se observó un aumento del 49,40% de la tasa de mortalidad por FPI ajustada por edad y sexo entre 1997 y 2013, de 1,19 a 1,78 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente. Este aumento representa una VAP del 2,2% (1,53; 2,96), $p < 0,001$. También se observó un aumento en ambos sexos pero con velocidades diferentes: en las mujeres el aumento fue del 2,61% (2,00; 3,21) anual promedio y en los hombres, 1,82% (0,84; 2,81); sin embargo, las diferencias de las pendientes no fueron estadísticamente significativas, $p = 0,159$. La mortalidad se incrementa con la edad, observándose un aumento de la tasa de un 58,7% (45,6; 73,1), en promedio a partir de los 55 años entre grupos quinquenales de edad para ambos sexos, 1,75 muertes por 100.000 para el grupo de 55 a 59 años a 29,53 por 100.000 para los mayores de 85 años para el trienio 2001-2013, razón de tasas 16,9 (16,6; 17,1). También se observó un aumento en todos los grupos de edad entre los trienios 1997-1999 y 2011-2013, registrándose el mayor aumento proporcional en el grupo de 70 a 74 años, razón de tasas 1,60 (1,42; 1,77). El riesgo de morir por FPI es diferente en las provincias; el 54% de las jurisdicciones tuvieron tasas por encima del promedio nacional (1,55 por 100.000), las tasas más altas fueron en Tierra del Fuego (2,39), Neuquén (2,46), Río Negro (2,49), Salta (2,91), Tucumán (3,20), Mendoza (3,25), San Juan (4,63) y Jujuy (10,16). La tasa de mortalidad ajustada por edad en Jujuy fue 15,7 veces más alta que Formosa, 10,16 y 0,95 muertes por 100.000 respectivamente y 6,6 veces superior al promedio nacional (1,55).

Conclusiones: hay pocos datos epidemiológicos de calidad sobre la enfermedad pulmonar intersticial en general y FPI en particular. Si bien la información analizada muestra concordancia con otros estudios con base en registro de estadísticas vitales: tendencia al aumento de la mortalidad por FPI y el patrón por edad con predominio de adultos mayores, no fueron concordantes los resultados según sexo ya que estos estudios evidencian un mayor predominio en varones. Las diferencias en el riesgo de morir por FPI entre jurisdicciones debe analizarse por edad y sexo con relación a la cobertura de atención, local de ocurrencia y establecimientos públicos, factores que pueden estar

asociados a una mayor mortalidad. Los estudios de mortalidad por estadísticas vitales pueden tener limitaciones por el bajo reconocimiento de la enfermedad (pacientes con FPI no diagnosticados) y por la clasificación errónea de diagnóstico, ya que la FPI puede ser causa subyacente de muerte como enfermedad isquémica del corazón, cáncer de pulmón, neumonía, etc.

CO 058- REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INTERSTICIALES DIFUSAS, EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Fernández M, Saadía Otero M, Steimberg J, Alberti ML, Caro F, Paulin F, Capparelli I Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Objetivos: describir los resultados del cuestionario de calidad de vida Saint George's (SGRQ) y tolerancia al ejercicio, obtenidos en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), antes y después de la rehabilitación respiratoria (RR), derivados del consultorio especializado en EPID de un hospital especializado de la ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con EPID derivados a RR desde el año 2012 al 2015. Ingresaron 93 pacientes (49,5% de hombres), de los cuales 42 sujetos (44,09%) completaron 4 meses de tratamiento. Se compararon características funcionales respiratorias, calidad de vida y tolerancia al ejercicio previo y posterior a RR. Edad promedio: 59,2 ± 14,6 años. Distribución diagnóstica al ingreso: fibrosis pulmonar idiopática (36%), neumonía intersticial no específica (13,98%), neumonitis por hipersensibilidad (11,83%), histiocitosis X (3,23%); otros (16,13%) y sin diagnóstico definitivo (16,13%).

Características funcionales al ingreso; CVF(L) 2,33 ± 0,81, CVF(%) 66,47 ± 16,29; VEF1/CVF(%) 80,29 ± 15,57; PO₂ 74,56 ± 12,90; TM6M (m) 429,6 ± 69,46, SpO₂ (min) 83,76 ± 7,44. Los pacientes realizaron 4 meses de RR, basado en entrenamiento aeróbico y fortalecimiento muscular de extremidades y tronco y educación en salud. Concurrieron a RR 3 veces por semana, además de asistir a una reunión semanal de apoyo psicológico especializado en EPID.

Se evaluó la calidad de vida con el SGRQ, la tolerancia al ejercicio con el test de marcha de 6 minutos (TM6M), el test incremental (T. Inc.) en cinta deslizando y el test de carga constante (TCC) al 70%, 80% y 90% de la intensidad del T. Inc. El análisis estadístico se realizó con el software PAWS Statistics 18 ©.

Resultados: luego de la RR se evidenció en el SGRQ una disminución mayor a 4 puntos, considerada como diferencia clínicamente significativa (DCS), en los 4 tópicos (Tabla 1) con significación estadística.

	Pre RR	Post RR	Diferencia	p-Valor (test T)	IC 95%
Síntomas	43,6	33	-10,6	0,02	4,12-16,99
Actividades	54,9	44,2	-10,7	0,027	1,27-20,17
Impacto	29,9	22,5	-7,5	0,011	1,83-13,06
Total	39,7	31	-8,7	0,005	2,85-14,42

El T6M presentó los siguientes resultados: pre RR 429,60 ± 69,46 m vs post RR 443,67 ± 69,25 m observándose una mejoría media de 14,07 m (Δ 3,27%) sin alcanzar la DCS (+ 28 m). El T. Inc. mostró una mejoría de 0,2 km/h (pre RR 6,6 ± 1,24 km/h vs post RR 6,8 ± 1,22 km/h; Δ 3,03%). En cuanto al TCC, el cambio en el tiempo límite tolerado post RR fue de 7' 13" (pre RR 11,27 ± 7,33 min vs post RR 18,4 ± 10,99 min), lo que representa un aumento del 63,31%. Gráfico 1.

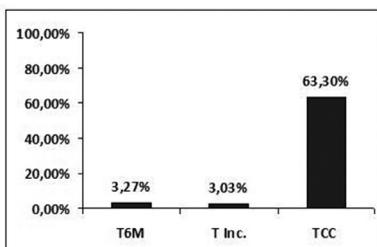


Gráfico 1 Diferencia pre y post RR en los test de tolerancia al ejercicio

Conclusiones: los pacientes con EPID que realizaron RR en el HRRMF mejoraron la calidad de vida relacionada con la

salud. Si bien se observaron mejorías en todos los parámetros de tolerancia al ejercicio, la más importante fue la del TCC.

CO 190- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDAD NO CARACTERIZADA DEL TEJIDO CONECTIVO: INTENTANDO DEFINIR PATRONES

Paulin F, Mateos HF, Alberti ML¹, Werbach A², Fernández ME¹, Caro FM¹, Mejía ME²

¹ Hospital María Ferrer, Argentina. ² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), México. ³ Hospital Cetrángolo, Argentina.

Introducción: los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a enfermedad no caracterizada del tejido conectivo (ENCTC) representan un grupo heterogéneo en cuanto a sus características y comportamiento. El objetivo de este estudio fue encontrar características que permitan agruparlos según patrones de comportamiento.

Métodos: estudio analítico, de cohortes retrospectivas. Se revisaron las historias clínicas de pacientes internados en el INER durante el período 2012-2014 y de pacientes ambulatorios que concurren al consultorio de EPI Hospital Ferrer (HF) en el período enero 2012 - junio 2015. Se incluyeron aquellos que cumplían con los criterios de Kinder para ENCTC. Se consignaron datos demográficos (edad, sexo), clínicos (tabaquismo, signos/síntomas respiratorios y asociados a enfermedad del tejido conectivo [ETC]), de laboratorio inmunológico (ANA, FR y ENAS), funcionales (CVF% y DLCO% al debut, CVF% en el seguimiento) y tomográficos (TACAR). Se clasificaron las TACAR según criterios ATS/ERS/JRS/ALAT 2011 en típica de neumonía intersticial usual (NIU), NIU posible, e inconsistente con NIU. Se consideraron manifestaciones asociadas a ETC "duras" raynaud, xerofthalmia y artritis. Se consideraron títulos altos de ANA >1/320 y patrones específicos del centromérico, citoplásmico y moteado grueso. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando test del Chi², test exacto de Fisher, test de Student o Mann Witney. Se evaluó la normalidad con test de Shapiro Wilk.

Resultados: se incluyeron 66 pacientes (45 INER, 21 HF). Ambas cohortes (INER y HF) mostraron ser similares en la mayoría de las características analizadas, excepto en la proporción de pacientes tabaquistas (33,3 vs 66,6%, p 0,01), pacientes con manifestaciones "duras" (31,11 vs 71,43%, p 0,002) y pacientes con TACAR inconsistente con NIU (34,09 vs 85%, p <0,001). Al analizar ambas cohortes en forma conjunta observamos que las mujeres presentaron más frecuentemente FAN "específico" (39,47 vs 5,56%, p 0,009) y manifestaciones "duras" (57,78 vs 14,29%, p 0,001), con una media de edad menor, aunque no estadísticamente significativa (55,88 vs 61,42 años, p 0,105). Los pacientes mayores de 60 años sin manifestaciones "duras" presentaron más frecuentemente TACAR con NIU típica (54,55 vs 10%, p 0,006), sexo masculino (60 vs 19,57%, p 0,001) y una mediana de caída en la CVF% mayor (1 vs -5%, p 0,052).

Conclusiones: en la población analizada los pacientes mayores de 60 años sin manifestaciones consideradas "duras" de ETC mostraron mayor proporción de sexo masculino y NIU típica en TACAR, junto a una mayor caída CVF% en la evolución, asemejándose a lo descrito clásicamente para la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). De confirmarse en estudios prospectivos con mayor tamaño muestral, la identificación de un subgrupo de pacientes con un fenotipo similar a la FPI podría tener implicancias terapéuticas.

CO 184- PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON SÍNDROME COMBINADO ENFISEMA-FIBROSIS DERIVADOS PARA EVALUACIÓN PRETRASPLANTE PULMONAR

Ahumada J, Cáneva J, Ossés J, Wagner G, Caponi G, Carloni L, Vargas M, Tomaszuk G, Bertolotti A, Favaloro R Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: el síndrome combinado enfisema-fibrosis (SCEF) es una condición clínica de creciente reconocimiento en los últimos años. Se caracteriza por disnea, enfisema de los lóbulos superiores y fibrosis en los lóbulos inferiores, frecuentemente asociado a fumadores masculinos y cursa con anomalías del intercambio gaseoso. Se complica con hipertensión pulmo-

nar (HP) y la mortalidad asociada a esta condición es elevada. Objetivo: determinar la prevalencia de HP en pacientes con diagnóstico de SCEF evaluados para trasplante pulmonar (TP) y la evolución en lista de espera.

Material y Método: análisis retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron en este estudio 40 pacientes (ptes) con diagnóstico de SCEF evaluados para TP durante el período comprendido entre enero de 2000 y junio de 2015, a quienes se les realizó de manera protocolizada cateterismo cardíaco derecho. Se analizaron edad, sexo, clase funcional (CF), pruebas de función pulmonar, hábito tabáquico, valor de la presión media de la arteria pulmonar (PAPm) y evolución en lista de espera para TP.

Resultado: de los 40 pacientes con SCEF, 33 eran varones (82,5%); la edad media era de 58 años (26-69 años); 37 pacientes (92,7%) eran exabajaquistas, índice tabáquico medio de 67 paq/año (22-214 paq/año). Al momento de la evaluación, 27 ptes (67,5%) se encontraban en clase funcional IV, 11 (27,5%) en CF III y 2 pacientes (5%) en CF II. El FEV1/FVC medio fue 76 (41-100); la FVC de 64% (23-134%); el FEV1 52% (30-89%); TLC media 72% (42-102%); DLCOc media 24% (10-53%); PaO₂ media 54 mmHg (38-89 mmHg). En 26 ptes (65%) se detectó HP con PAPm de 39 mmHg (25-63mmHg); 25 (62,5%) de ellos fallecieron en lista de espera para TP; de los fallecidos, 14 (58%) eran portadores de HP; 2 recibieron TP; 3 fueron excluidos: 2 por alto riesgo quirúrgico y 1 por aparición de nódulo pulmonar posterior a la evaluación; 2 ptes, abandonaron el seguimiento y 8 (20%) continúan en lista de TP; 4 de estos fueron evaluados durante el último semestre.

Conclusión: si bien el número de ptes con SCEF evaluado es bajo, la prevalencia de HP en este grupo de ptes fue del 65% y esta condición es de alta mortalidad en lista de espera. Coincidente con la literatura internacional, se observó predominio en varones con alto índice de tabaquismo, severa disminución de la DLCOc y de la PaO₂ y severa limitación de la CF al momento de la derivación.

CO 016- PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO OBSERVACIONAL DE VIDA REAL

Campins F, Alberti ML¹, Enghelmayr J², Fernández M¹, Lancellotti D², Papucci T⁴, Paulin F, Sebastiani J³, Caro F¹

¹ Hospital María Ferrer, Argentina. ² Hospital Privado de Comunidad, Argentina.

³ Hospital de Clínicas, Argentina. ⁴ Centro de Estudios Respiratorios de Alta Complejidad, Argentina.

Introducción: la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una forma específica de neumonía intersticial fibrosante de origen desconocido. La pirfenidona es uno de los fármacos específicos aprobados para FPI, aunque en la actualidad existen pocos estudios que evalúen su efecto y eventos adversos en la vida real. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio analítico retrospectivo observacional multicéntrico: 2 centros de Capital Federal y 2 de Buenos Aires. El diagnóstico de FPI se realizó en base a las guías 2011 ATS/ERS/JRS/ALAT. Se consignaron datos demográficos, clínicos, funcionales y tomográficos y se estratificaron los pacientes según los estadios de score de riesgo de mortalidad GAP. Para evaluar el efecto de la pirfenidona sobre la progresión de la enfermedad, se analizaron variables de función pulmonar: capacidad vital forzada (FVC), difusión de monóxido de carbono (DLCO) y metros recorridos en test de marcha de 6 minutos. Se compararon dichos parámetros y sus variaciones entre el período de pretratamiento y el período de tratamiento con pirfenidona. Se evaluó la incidencia de efectos adversos reportados. Finalmente, se compararon las características de nuestra población con el estudio ASCEND.

Resultados: se incluyeron 29 pacientes, de los cuales el 67% eran hombres con una edad media de 67,44 ± 8,3 años. La mayoría eran fumadores o exfumadores (72,4%).

Respecto al examen funcional respiratorio basal pretratamiento, los pacientes presentaban: FVC (%) de 66,45% ± 14,7 (media ± DS), FVC (ml) de 2382,72ml ± 722,29, DLCO (%) del 42,31% ± 14,10, metros recorridos en el test de marcha, 356,51m ± 143,92, donde el 59% presentó una caída de la saturación menor al 88% durante el mismo. La estratificación de pacientes según los estadios del score de GAP fue la siguiente:

10 pacientes (34,4%) en estadio 1, 15 pacientes (51,9%) en estadio 2 y solo 4 pacientes (13,7%) en estadio 3.

La media (DS) de caída de FVC (ml) fue de 127,5 (± 153,03), previa al tratamiento, y de 71,3 (± 184,68), luego de iniciado el tratamiento con pirfenidona (p:0,29). El tiempo de seguimiento en ambos períodos fue similar: 26,5 semanas (RIC 17,5 - 39) vs 25,5 semanas (RIC 21 - 35), (p=0,607). La potencia del estudio para esta comparación fue de 0,18. La media (DS) de caída de DLCO% fue 6,16 (± 10,3) antes y 6,8 (± 8) después del tratamiento con pirfenidona (p: 0,85).

Durante el período de tratamiento con pirfenidona se reportaron efectos adversos en 9/27 casos (33%); en su mayoría fueron leves y no requirieron suspensión del tratamiento.

Por último se realizó un análisis comparativo con el ensayo clínico ASCEND donde no encontramos diferencias significativas en la mayoría de las características clínicas y funcionales basales. A nivel tomográfico, nuestra población presentaba un patrón UIP "posible" en mayor proporción (34% vs 4,3%, p=0,01). Los pacientes de nuestro estudio presentaron con menor frecuencia náuseas y/o vómitos (8 vs 36%, p:0,002), diarrea (0 vs 22,3%, p:0,004) y fotosensibilidad (12 vs 28%, p:0,06), aunque la suspensión del tratamiento debido a efectos adversos fue similar en ambos estudios (3,4 vs 2,9, p: 0,88).

Conclusión: por primera vez en Argentina, se presenta un estudio retrospectivo observacional multicéntrico que evalúa el efecto y los eventos adversos de la pirfenidona en pacientes con FPI en la vida real. Encontramos que la media de declinación de FVC (ml) en el período de pirfenidona fue menor que la observada en un período similar previo al tratamiento. Dado que la potencia calculada para esta comparación fue baja (relacionada principalmente con el tamaño muestral), es posible que exista una diferencia que no hayamos podido demostrar. Resaltamos que, comparando nuestra población con la del ensayo clínico ASCEND, las características basales en general fueron similares. Nuestra población reportó menor frecuencia de efectos adversos, aunque con una tasa de abandono del tratamiento atribuible a esto similar en ambos estudios.

CO 060- REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INTERSTICIALES DIFUSAS; DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Capparelli I, Saadia Otero M, Steinberg J, Alberti ML, Caro F, Paulin F, Fernández M Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Objetivos: describir la diferencia en los resultados obtenidos luego de la rehabilitación respiratoria (RR) en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), de acuerdo con el diagnóstico de ingreso.

Materiales y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con EPID derivados a RR en un hospital especializado de la ciudad de Buenos Aires desde el año 2012 al 2015. Ingresaron 93 pacientes (49,5% hombres), de los cuales 42 (44,09%) completaron cuatro meses de tratamiento. Se compararon características funcionales, calidad de vida y tolerancia al ejercicio previo y posterior a RR entre los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) (36%) y otros diagnósticos del grupo EPID (Otros) (66%).

Los pacientes presentaron las siguientes características funcionales (tabla 1).

Tabla 1: Características de la población al ingreso a RR

	Edad (años)	CVF (L)	CVF (%)	VEF1 (L)	VEF1 (%)	VEF1/ CVF (%)	TM6M (m)	SO ₂ min (%)
FPI	72,5±7,3	2,08±0,8	68,08±17,5	1,76±0,6	63,70±17,3	85,73±8,2	417,93±73,22	79,33±6,24
Otros	68,8±12,1	2,32±0,7	66,26±19,4	1,90±0,6	68,81±20,5	82,70±9,8	431,19±73,43	85,78±7,32

(media ± 1 desvío estándar)

Los pacientes realizaron cuatro meses de RR, basado en entrenamiento aeróbico y fortalecimiento muscular de extremidades y tronco y educación en salud. Concurrieron a RR 3 veces por semana, además de asistir a una reunión semanal de apoyo psicológico especializado en EPID.

Se evaluó la calidad de vida con el cuestionario Saint George's (SGRQ) y la tolerancia al ejercicio con el test de marcha de 6 minutos (TM6M).

Resultados: luego de la RR se evidenció en ambos grupos una disminución mayor a 4 puntos en los cuatro tópicos del SGRQ,

considerada como diferencia clínicamente significativa (DCS) (Gráfico 1). Los pacientes con FPI presentaron una peor calidad de vida al inicio. Los cambios entre FPI vs Otros fueron similares (S: -9,6 vs -11,1; A: -9,2 vs -11,6; I: -9,1 vs -6,5; T: -8,8 vs -8,6), aunque levemente menores en FPI.

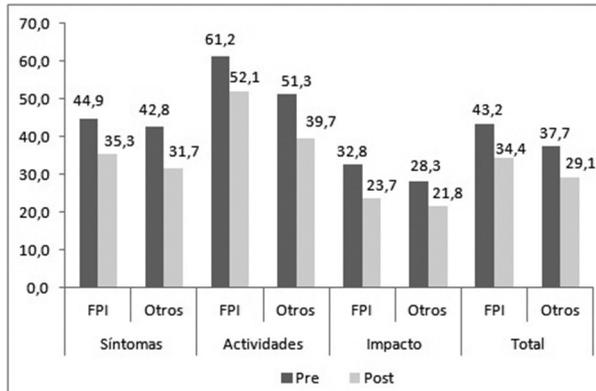


Gráfico 1: Diferencia pre y post RR en SGRQ

El TM6M también mejoró en ambos grupos, aunque ninguno alcanzó la DCS (+ 28 m). La diferencia en metros luego de la RR fue menor en el subgrupo de FPI (T6M_Pre vs T6M_Post; FPI: 417,93 m vs 431,18 m; Δ 8,07 m; Otros: 426 m vs 454 m; Δ 22,82 m). En todos los casos se aplicaron test no paramétricos para comparar ambos grupos, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas (valores p no informados).

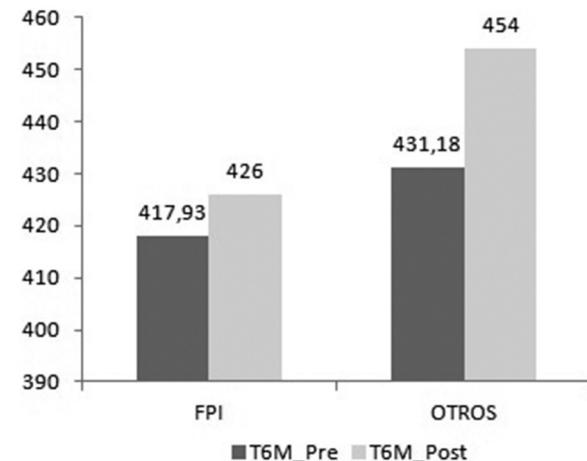


Gráfico 2: Diferencia pre y post RR en TM6M

Conclusiones: este análisis demuestra que tanto los pacientes con FPI, como el resto de los pacientes con EPID que realizaron RR, presentaron un cambio en la calidad de vida muy superior a la DCS establecida para el SGRQ.

En relación al TM6M, ambos grupos aumentaron los metros caminados y el subgrupo de pacientes con FPI presentó una mejoría inferior que el grupo de pacientes con otros diagnósticos de EPID.

PRESENTACIONES ORALES 5: CIRUGÍA Y ENDOSCOPIA

CO 176- PROCEDIMIENTOS BRONCOPLÁSTICOS POR TUMORES ENDOBRONQUIALES

Cejas C, Portas T, Aguirre M, Arribalzaga E
Hospital de Clínicas UBA, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: mostrar nuestra experiencia y análisis de resultados en estos procedimientos.

Introducción: las técnicas broncoplasticas son alternativas de resección pulmonar en pacientes con tumores endobronquiales. Inicialmente utilizadas en pacientes con deterioro de la función pulmonar, actualmente son electivas en casos muy seleccionados. El objetivo es la preservación de parénquima evitando resecciones mayores como las neumectomías, obteniendo una adecuada función pulmonar y mejor calidad de vida.

Una prolija evaluación endoscópica y locoregional permite planear la técnica; en casos con neumonía postobstructiva es conveniente realizar la desobstrucción previamente.

Los fundamentos de la resección oncológica deben respetarse en cuanto a los márgenes bronquiales y la exploración mediastinal intraoperatoria.

Material y Métodos: entre 2002 y 2012 fueron operados 14 pacientes, 9 hombres y 5 mujeres, con rango etario entre 19 y 78 años.

Fueron todos sintomáticos, predominando la hemoptisis y neumonía postobstructiva (85%).

Se evaluaron por imágenes y fibrobronoscopías; en los casos de neumonías secundarias al tumor se efectuó desobstrucción con rígido. La cirugía fue realizada luego de resuelto el proceso infeccioso.

La mediastinoscopia se realizó en todos los pacientes con carcinomas y en uno solo portador de carcinóide por presencia de adenomegalias.

Se operaron con intubación selectiva y fue de elección el tubo derecho en las plásticas sobre el árbol izquierdo. Los márgenes de resección y los hallazgos vinculados a la exploración mediastinal se controlaron con patología intraoperatoria.

Las anastomosis bronquiales se realizaron con puntos separados de material reabsorbible evitando tensión y manteniendo adecuada vascularización de las bocas. No se efectuó protección perianastomótica.

Los pacientes recibieron controles seriados con imágenes y endoscopías al mes y cada 4 meses los primeros dos años; luego cada 6 meses y cada año luego de los 5.

Resultados: prevaleció el lado derecho con 8; en lóbulo superior 5, tronco intermedio 2 y en bronquio fuente uno. A la izquierda fueron 3 en bronquio fuente, 2 en lóbulo inferior y el restante en el superior.

A 7 pacientes se les realizó desobstrucción endoscópica y cirugía a los dos meses. Se efectuaron 4 mediastinoscopias que fueron negativas.

Un paciente con carcinoma escamoso del lóbulo superior derecho localmente avanzado recibió quimioterapia con intención "neoadyuvante". Con respuesta favorable y reestadificado fue operado con buen resultado.

Sobre el árbol derecho se efectuaron 5 lobectomías superiores con anastomosis entre tronco intermedio y bronquio fuente; 2 bilobectomías con reimplante del lóbulo superior al bronquio fuente y una resección local en bronquio fuente.

A la izquierda se realizaron 3 resecciones segmentarias de bronquio fuente, uno de ellos con neocarina bronquial; 2 lobectomías inferiores con reimplante del lóbulo superior en bronquio fuente y una lobectomía superior con anastomosis entre lóbulo inferior y bronquio fuente.

No hubo mortalidad. Observamos una atelectasia que resolvió con broncoscopia, una falla de reexpansión y una estenosis cicatricial que requirió dilataciones.

La patología determinó 9 carcinoides, en uno de ellos con N1; hubo 3 pacientes con carcinomas escamosos con N1 en uno; un adenocarcinoma con N1 y carcinoma mucoepidermoide en el restante. Dos pacientes recibieron quimioterapia y uno radioterapia.

No hubo recidivas ni muertes vinculadas a la neoplasia. Un paciente operado del lado derecho presentó a los 2 años un segundo tumor en el bronquio fuente izquierdo y falleció al año por dicha enfermedad.

La supervivencia mayor observada es de 13 años y la menor de 2 en un caso reciente.

Conclusiones: las broncoplastias son procedimientos ampliamente aceptados como alternativas a las resecciones mayores como las neumectomías.

En centros quirúrgicos de alto volumen quirúrgico representan el 10% de las resecciones por neoplasias.

Al igual que la literatura, en nuestro grupo hubo mayoría de tumores carcinoides y prevalencia del árbol bronquial derecho. Observamos ausencia de mortalidad y bajo índice de complicaciones que fueron resueltas con procedimientos sencillos. Las cifras mencionadas para estas técnicas no deben superar el 2% de mortalidad y el 5% de morbilidad.

No hubo recidivas ni muertes relacionadas con la enfermedad. Aconsejamos estos procedimientos que preservan parénquima pulmonar y brindan mejor calidad de vida.

CO 029- BIOPSIA PULMONAR TRANSBRONQUIAL CON CRIOSONDA EN ENFERMEDADES INTERSTICIALES, "NUESTROS PRIMEROS PASOS"

Pigliacampo F¹, Vazquez B², Gando S², Violi D², Rodriguez J², Lattante R⁴, Duré RM⁵

¹ Servicio de Neumología, Grupo Gamma, Rosario, Argentina. ² Unidad de Broncoscopia, Hospital Muñoz, C.A.B.A., Argentina. ³ Hospital Municipal Julio Menéndez, C.A.B.A., Argentina. ⁴ Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.R., Rosario, Argentina.

Introducción: la utilización de la criosonda en la práctica de la biopsia pulmonar transbronquial (BPTB) permite obtener muestras tisulares de mayor tamaño y de mejor calidad que el método con pinzas de biopsias habituales, lo que se encuentra avalado por múltiples estudios internacionales desde el año 2009 hasta la actualidad.

Objetivo: comunicar nuestra experiencia en biopsias transbronquiales con criosonda durante 2014 y 2015 en la Ciudad de Buenos Aires tanto en el ámbito público como privado.

Material y Métodos: se incluyen 13 pacientes con criterio de biopsia pulmonar transbronquial para el estudio de la enfermedad pulmonar difusa. La técnica se basa en el método clásico de la BPTB, pero en reemplazo de la pinza de biopsia convencional se utiliza equipo con criosonda (Erbecrio CA) de 1,9 mm de diámetro y de 900 mm de largo que se introduce en el broncoscopio flexible (Pentax, 2,2 mm de canal de trabajo) y bajo control fluoroscópico se dirige hacia las regiones pulmonares periféricas previamente seleccionadas por tomografía de tórax de alta resolución. Se realiza con el paciente sedado, con respiración espontánea e intubado con tubo orotraqueal (Rush n.º 8) o endoscopio rígido (Chevallier-Jackson n.º 8-9) para poder entrar y salir con el broncofibroscopio y la sonda las veces que sean necesarias. El equipo transforma gas óxido nítrico en frío a -89 °C que se aplica durante 3 a 5 segundos en el tejido pulmonar, y se retiran juntos el broncoscopio y la sonda con el fragmento de pulmón adherido por congelamiento. Variables a considerar: complicaciones como neumotórax (si requiere tratamiento de drenaje pleural), grado de sangrado (leve: se autolimitan en forma espontánea, moderado: requiere la utilización de solución fisiológica fría o adrenalina, severo: maniobras de índole quirúrgicas) y calidad de las muestras: cantidad de alvéolos, tamaño, parénquima representativo.

Resultados: se realizaron criobiopsias a 13 pacientes, 9 mujeres y 4 varones de entre 24 y 79 años. Se obtuvieron entre 2 y 3 muestras pulmonares por cada uno, con un total de 29 muestras que generaron 36 biopsias totales, que tuvieron un área media de 26 mm² (rango: 12 - 72 mm²) y un diámetro medio de 4,6 mm (rango: 3 - 12 mm). El número medio de espacios alveolares fue de 33 (rango: 14 - 60). Solo 4 biopsias no fueron representativas por tener menos de 20 alvéolos y artefactos, mientras que 32 biopsias (89%) presentaron parénquima viable para el estudio histológico. De los 13 pacientes pudo hacerse diagnóstico histológico en 10: 2 enfisema, 3 sarcoidosis, 2 fibrosis pulmonares usuales, 1 histiocitosis X, 1 proteinosis alveolar y 1 neumonía intersticial no específica. Dentro de las complicaciones se registraron sangrado leve en 5 pacientes y moderado en 7, con alta domiciliaria luego del estudio. Solo 1 caso de neumotórax leve (en paciente internado que fallece por enfermedad de base a los 15 días del estudio).

Conclusión: en nuestra serie de casos la utilización de la criosonda para el estudio de la enfermedad pulmonar intersticial nos brinda muestras representativas que permiten con escasas complicaciones un alto rédito diagnóstico, suponiendo una mejora en la BPTB. Este resultado nos alienta a continuar y profundizar el análisis de esta práctica novedosa en nuestro medio.

PRESENTACIONES ORALES 6: OBSTRUCTIVAS

CO 014- EXPANSIÓN DE CÉLULAS MIELOIDES SUPRESORAS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y CÁNCER DE PULMÓN: POTENCIAL VÍNCULO ENTRE INFLAMACIÓN Y CÁNCER

Scrimini S¹, Pons J¹, Agustí A^{1,2}, Clemente A³, Crespi Sallán M⁴, Bauçà JM⁵, Soriano JB⁴, Cosío B¹, Lopez M¹, Crespi C⁴, Sauleda J¹

¹ Servicio de Neumología, Hospital Universitario Son Espases - CIBERES, España. ² Institut Clínic del Tòrax, Hospital Clínic, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, España. ³ Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Son Espases - Instituto de Investigación Sanitaria de Palma, España. ⁴ Hospital Universitario Son Espases, Instituto de Investigación Sanitaria de Palma, España. ⁵ Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Son Espases - Instituto de Investigación Sanitaria de Palma, España.

Objetivo: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un factor de riesgo de cáncer de pulmón (CP). Las células mieloides supresoras (MDSC) reducen la expresión de la subunidad ζ del receptor de linfocito T (TCR ζ) mediante la disminución de L-arginina y producen disfunción del linfocito T y alteración de la inmunidad antitumoral.

Hipótesis: niveles anormalmente elevados de MDSC en pacientes con EPOC pueden alterar la inmunovigilancia tumoral.

Material y Métodos: se comparó la proporción de MDSC circulantes (Lin-HLA-DR-CD33+CD11b+) (por citometría de flujo), niveles séricos de arginasa 1 (ARG 1) (por ELISA) y la expresión de TCR ζ en linfocitos circulantes (por citometría de flujo), en 28 pacientes con CP, 62 sujetos con EPOC, 41 pacientes con EPOC y CP, 40 fumadores con espirometría normal y 33 controles no fumadores. En un subgrupo de participantes se realizó test de proliferación de linfocitos T (protocolo de dilución de CFSE). **Resultados:** los principales hallazgos fueron: 1) la proporción de MDSC circulantes fue mayor en pacientes con EPOC y CP (con y sin EPOC); 2) la expansión de las MDSC se asoció a la reducción de la expresión de TCR ζ en los tres grupos; 3) en pacientes con CP estos hallazgos fueron independientes de la EPOC y la exposición a humo de tabaco; 4) la reducción del TCR ζ se asoció a disfunción de linfocitos T.

Conclusiones: estos hallazgos sugieren que la inmunovigilancia tumoral puede estar alterada en la EPOC y podría contribuir al incremento del riesgo de desarrollar CP reportado en estos pacientes.

CO 063- DETECCIÓN DE DEFICIENCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

Fernández M¹, R. Moncalvo J¹, Sáez M², Sorroche P², Sureda E¹, Menga G¹

¹ Hospital María Ferrer, Argentina. ² Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: estimar la prevalencia de pacientes con déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) entre los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un Hospital Neumológico de la Ciudad de Buenos Aires

Materiales y Métodos: se realizó un estudio trasversal entre 2013 y 2015. Se incluyeron 557 pacientes con EPOC (según criterios Guías Gold) de entre 30 y 70 años. Se evaluaron datos demográficos, antecedentes de tabaquismo, antecedentes familiares de enfermedad respiratoria, y se determinó la concentración de alfa 1 antitripsina (AAT) en muestras en DBS (dry blood spot) por nefelometría (Immage, Beckman Coulter). A aquellos pacientes que presentaban una concentración proteica menor al valor de corte se les realizó genotipificado. Se validó un valor de corte de 1,80 mg/dL en DBS que corresponde a 100 mg/dL de AAT sérica. El método utilizado para el genotipado fue PCR real time con primers y sondas de hibridación específicos para la detección de las mutaciones S y Z, y consecuente análisis de curva de melting.

El procesamiento de los datos se realizó con el software PASW Statistics 18 ©.

Resultados: en el análisis general se encontró un predominio de sexo masculino (63,7%), con un 29,2% de tabaquistas activos, y una mediana de carga tabáquica de 63,33 paq-año. El 39,5% de ellos presentaba antecedentes familiares de enfermedad respiratoria. La mediana de alfa-1 antitripsina fue de 1,98 mg/

dL y a aquellos pacientes con dosajes menores a 1,8 g/dL (32,3% del total) se les realizó genotipo. Se halló una prevalencia de genotipo patológico en 7,18% de los pacientes con EPOC. Los genotipos hallados fueron PiZZ: 1,4%, PiSZ: 0,17%, PiSS: 0,7%, PiMZ: 1,6% y PiMS: 3,2%.

Conclusiones: el déficit de AAT es una enfermedad subdiagnosticada en Argentina. La detección temprana es importante, porque existen medidas preventivas y de tratamiento que podrían reducir la pérdida de función pulmonar. De acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales, todo paciente con diagnóstico de EPOC se debe realizar un dosaje de alfa-1 antitripsina. De la muestra analizada en nuestro hospital se obtuvo una prevalencia de la enfermedad en más de un 7%, correspondiendo a genotipos severos PiZZ: 1,4% y PiSZ: 0,17%.

CO 143- HETEROGENEIDAD EN LOS FENOTIPOS INFLAMATORIOS DE LOS PACIENTES CON EPOC: ROL DEL RECUESTO CELULAR DIFERENCIAL EN ESPUTO

Ernst G¹, Camargo B², Di Tullio F¹, Borsini E¹, Bosio M¹, Reynoso C¹, Iotti A¹, Chertcoff F¹, Salvado A¹

¹ Hospital Británico, Argentina. ² Hospital Gutiérrez, Argentina.

Introducción: la principal causa del EPOC es el tabaquismo, sin embargo algunos factores como la edad, historia previa de asma, predisposición genética, entre otros, influyen en el desarrollo de la enfermedad. Esto podría relacionarse con diferentes fenotipos de pacientes con EPOC. Recientemente, se ha propuesto que los pacientes con EPOC podrían tener diferente respuesta a los corticoides inhalados, dependiendo de la presencia de eosinofilia en las vías respiratorias. Algunos estudios indicarían que los niveles de eosinofilia periférica podrían ser utilizados como biomarcadores que contribuyan a determinar su respuesta. Nosotros hipotetizamos que la presencia de eosinófilos en esputo podría constituir otra estrategia para diferenciar diferentes fenotipos de pacientes con EPOC. Objetivo: evaluar los diferentes perfiles celulares inflamatorios en muestras de esputo inducido en pacientes con EPOC no exacerbados y comparar las diferencias clínicas entre los pacientes eosinofílicos con los demás.

Metodología: pacientes: se reclutaron pacientes con EPOC moderado a severo que concurren al gimnasio de rehabilitación pulmonar a quienes se les realizó una prueba de esputo inducido para evaluar el perfil celular inflamatorio. Solo se incluyeron pacientes que no hubieran exacerbado en el último mes.

Inducción del esputo: se realizaron hasta 3 nebulizaciones con solución salina hipertónica durante 5 minutos, controlando que el FEV1 no descendiera más del 20%. Se utilizó solución salina hipertónica que varió en el rango de 0,9 a 3,5%, según el valor del FEV1 de cada paciente. Las muestras se procesaron con dithiotreitol (DTT) al 0,1% y se centrifugaron para realizar el recuento diferencial. Los sobrenadantes fueron conservados a -70 °C para la determinación de mediadores inflamatorios. Se descartaron las muestras que presentaron más del 5% de células epiteliales.

Dosaje de IL-5: se realizó mediante la utilización de kits comerciales, ajustando las curvas estándar con la misma concentración de DTT que las muestras biológicas.

Análisis de los datos: los resultados se analizaron mediante test no paramétricos utilizando el software Graph-Pad PRISM-5. Resultados: se reclutaron 20 pacientes, de los cuales 15 fueron hombres, con una edad media de 69,5 ± 1,7 años, un índice de masa corporal de 27,5 ± 1,7 kg/m² y un porcentaje de masa musculoesquelética de 37,8 ± 1,8. Dos pacientes son fumadoras activas y el resto son exfumadores, con una carga tabáquica de 68,6 ± 10,7 paquetes/año.

El recuento diferencial en las muestras de esputo inducido reveló que 7 de ellos resultaron eosinofílicos (macrófagos: 24,5 ± 9,5; neutrófilos: 53,6 ± 12,1; eosinófilos: 18,8 ± 8,8; linfocitos: 0,1 ± 0,1 y células epiteliales: 3,2 ± 1,4), mientras que los otros 10 fueron neutrofilicos (14,4 ± 5,3; 81,8 ± 5,1; 1,1 ± 0,2; 0,6 ± 0,4 y 1,0 ± 0,3, respectivamente). Se descartaron 3 muestras ya que no fueron representativas.

Se observó que los pacientes eosinofílicos presentaron mayor reversibilidad en la espirometría postbroncodilatador que el

grupo neutrofilico (VEF1 previo: 45,6 ± 5,6; VEF1 post: 51,1 ± 5,2 vs 42,4 ± 5 vs 45,0 ± 3,9, respectivamente). Más aún, los antecedentes del grupo de pacientes eosinofílicos revelaron que todos ellos tenían rinitis y 4 además tuvieron historia de asma. Dado que se ha demostrado que el FeNO sería un marcador de inflamación eosinofílica, se determinaron sus valores en los pacientes eosinofílicos. Además se dosaron los niveles de IL-5, la principal citoquina que participa en el reclutamiento y la proliferación de eosinófilos. Nuestros resultados preliminares mostraron que estos pacientes tuvieron un FeNO de 39,7 ± 20,1 ppb y 62,3 ± 6,7 pg/ml de IL-5 en los sobrenadantes de esputo. Nuestros hallazgos mostraron mejor correlación entre el porcentaje de eosinófilos en esputo y los niveles de IL-5 (Spearman r:0,6) que la correlación entre el porcentaje de eosinófilos y el FeNO (r:0,06). Sin embargo, estos resultados son preliminares y se requieren nuevos estudios para confirmar nuestros hallazgos.

Discusión: el esputo inducido es una técnica no invasiva, económica, que podría representar una herramienta útil para conocer los diferentes fenotipos inflamatorios en pacientes con EPOC.

CO 211- EFECTO DE LA SIMVASTATINA EN UNA LÍNEA DE EPITELIO RESPIRATORIO ACTIVADA Y ESTIMULADA CON UN CONCENTRADO DE HUMO DE CIGARRILLO

Dugour AV, Figueroa JM

Fundación P. Cassará, Argentina.

Introducción: la simvastatina es un fármaco ampliamente utilizado por su acción hipolipemiente. Hace unos años se describió además un efecto antiinflamatorio y antioxidante, y en los últimos años se ha postulado una potencial utilidad para el tratamiento del asma y, sobre todo, de la EPOC. Esto está siendo evaluado en diferentes modelos experimentales “in vivo” e “in vitro”. Las células CALU-3 son una línea de células epiteliales respiratorias de origen humano que, cultivadas en monocapa en interface líquido-aire, remedan el epitelio bronquial in vivo. La estimulación con IL-1β, con humo de cigarrillo o con la combinación de ambos induce la liberación de citocinas proinflamatorias por estas células.

Objetivos: evaluar el efecto de la simvastatina en un cultivo de células Calu-3 estimuladas con IL-1β y con humo de cigarrillo. Material y Métodos: se cultivaron células CALU-3 en monocapa. A las 24 h se dividieron en grupos. Un grupo recibió nuevo medio de cultivo (células control) y los grupos experimentales recibieron IL-1β 50 ng/ml y H₂O₂ 100 μM o IL-1β 50 ng/ml y H₂O₂ 100 μM más un concentrado de humo de cigarrillo de 100 μg/ml durante 4 h. Luego el medio fue renovado por medio fresco. A las 24 h se cuantificó en el sobrenadante de cultivo la IL-8 liberada por las células por la técnica de ELISA de captura. Para evaluar el efecto de la simvastatina se repitió lo descrito anteriormente pero con el agregado de simvastatina en simultáneo a los estímulos.

Resultados: la estimulación con IL-1β-H₂O₂ produjo un aumento significativo de la liberación de IL-8, que fue aún mayor al adicionar el concentrado de humo de cigarrillo. El agregado de simvastatina durante el estímulo disminuyó la liberación de IL-8 a valores basales.

Conclusiones: el presente modelo podría ser útil en la evaluación de la actividad de la simvastatina en estrategias terapéuticas destinadas al tratamiento del daño producido por el humo de cigarrillo.

CO 055- INTERRELACIÓN ENTRE ENFISEMA Y DISFUNCIÓN DIASTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE CÓRDOBA

Cuestas EI, Blua EI, Guzmán AP, Abrate VV, Elias MA, Perrone VE, Pérez SA, Toledo G, Orozco SE, Beacon E, Contreras A, López AM
Hospital Privado, Argentina.

Las consecuencias hemodinámicas de la hiperinflación y el enfiseма se producen por compresión cardíaca debido a elevadas presiones intratorácicas, lo que produciría Disfunción Diastólica Ventricular Izquierda (DDVI) subclínica, que limita la capacidad de ejercicio en la EPOC.

Objetivos: correlacionar el porcentaje de enfisema con parámetros de función pulmonar (severidad de la obstrucción, tolerancia al ejercicio e hiperinflación) y con el tamaño de cámaras cardíacas, función sistólica ventricular global y función diastólica ventricular izquierda en pacientes con EPOC.

Materiales y Métodos: pacientes con EPOC moderada y severa asistidos en el Servicio de Neumonología del Hospital Privado de Córdoba desde el 01 de enero al 31 de octubre de 2014. Se cuantificó el volumen y porcentaje de enfisema por TACAR, se evaluó función pulmonar por espirometría, determinación de volúmenes pulmonares y 6MWT; además se midió por ecocardiograma el tamaño de cámaras cardíacas, la función sistólica ventricular global y la función diastólica ventricular izquierda. **Resultados:** población de 56 pacientes, mayoría hombres, extabacistas. Entre ambos sexos hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad (mujeres más jóvenes, $p=0,028$), en la relación VEF1/CVF PBD (hombres con mayor obstrucción espirométrica, $p=0,01$) y en el volumen de enfisema (mayor en hombres, $p=0,002$). Se encontró correlación negativa (inversa) y significativa entre porcentaje de enfisema con VEF1 PBD% del teórico ($p=0,005$) y VEF1/CVF PBD ($p=0,004$), y además entre VEF1/CVF PBD y volumen de enfisema en cm^3 ($p=0,000$).

En base a la calidad del estudio ecocardiográfico, se excluyeron 36/56 pacientes por ventana acústica subóptima y presencia de cardiopatías. De este subgrupo de 20 pacientes, 7 (35%) presentaron diagnóstico de DDVI, que fue de grado I. Se encontraron correlaciones negativas pero no significativas entre el porcentaje de enfisema con función sistólica ventricular global y el tamaño de las cámaras cardíacas. Con respecto a la función pulmonar y las variables de estructura y función cardíaca, se encontraron correlaciones positivas (directas) pero no significativas entre obstrucción al flujo aéreo, 6MWT y relación CI/CPT con tamaño de cámaras cardíacas, función sistólica ventricular global y función diastólica ventricular izquierda.

Conclusiones: las mediciones de enfisema se correlacionaron significativamente con la obstrucción al flujo aéreo, por lo que la TACAR proporcionaría un método cuantitativo que podría utilizarse para la caracterización fenotípica. Queremos destacar la utilidad del ecocardiograma para reducir el subdiagnóstico de DDVI, que se presentó en un tercio de los participantes. Se destaca la importancia que tendría la hiperinflación y el enfisema en el deterioro del patrón de llenado diastólico ventricular izquierdo y en la reducción del tamaño de las cámaras cardíacas con disminución de la tolerancia al ejercicio.

PRESENTACIONES ORALES 7: CIRCULACIÓN PULMONAR

CO 072- REVERSIÓN DEL REMODELADO VENTRICULAR DERECHO Y NORMALIZACIÓN DE LA HEMODINAMIA PULMONAR, POSTERIOR AL TRASPLANTE BILATERAL DE PULMÓN EN HIPERTENSIÓN PULMONAR

García A, Cánave JO, Osses JM, Favaloro L, Bertolotti A, Ahumada JR, Wagner GR, Favaloro R
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: el ventrículo derecho (VD) sufre, en presencia de hipertensión pulmonar (HP), adaptación y remodelado por incremento de la poscarga impuesta por el aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP). La persistencia y progresión de esta situación pueden conducir al fallo cardíaco derecho y muerte.

Objetivo: demostrar la reversión del remodelado del VD y el impacto hemodinámico posterior al trasplante bipulmonar (TxBP) en HP.

Materiales y Métodos: se evaluaron los resultados de 11 pacientes sometidos a TxBP entre 12/2009 y 1/2015, realizados de manera secuencial, por toracotomía transversa y bajo asistencia circulatoria extracorpórea. Fueron 7 mujeres y 4 hombres con edad promedio de 38 años (22 – 54 años); todos en CF III o IV. Siete pacientes tenían diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (HAP) idiopática (HAPI), 3 HAP asociada (HAPA) a cardiopatía congénita y 1 paciente con HP tromboembólica

crónica (HPTEC). Todos los pacientes recibían anticoagulación y diuréticos y, como mínimo, 2 fármacos específicos para HP. Dos pacientes requirieron membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) por injuria de reperusión del injerto. Se consideraron para el análisis, las mediciones ecocardiográficas en situación pre-TxBP y dentro de los 30 días posteriores al mismo, y los parámetros hemodinámicos pre-TxBP y dentro las 48 h del postoperatorio.

Resultados:

MEDICIONES HEMODINÁMICAS

MEDICION	PRE-TxBP (rango)	POS-TxBP (rango)	Cambio(%)
PMAP (mmHg)	64.2 (43-96)	16.8 (9-23)	- 47.4 (73%)
PAD (mmHg)	16.8 (5-30)	9 (3-16)	- 7.8 (46.4%)
PCP (mmHg)	13 (10-16)	9 (6-15)	- 2 (15.4%)
RVP (dyn.cm.seg-5)	1277 (355-2833)	108 (41-163)	- 1169 (91.5%)
IC (l/min/m ²)	1.98 (1.5-2.97)	2.97 (2.4-4.3)	+ 0.99 (33%)
GC (l/min)	3.94 (2.4-5.7)	5.20 (3.5-6.3)	+ 1.26 (24.2%)

PMAP: presión media de arteria pulmonar. AD: presión de aurícula derecha. PCP: presión capilar pulmonar. RVP: resistencia vascular pulmonar. IC: índice cardíaco. GC: gasto cardíaco.

MEDICIONES ECOCARDIOGRÁFICAS

MEDICION	PRE-TxBP (rango)	POS-TxBP (rango)	Cambio(%)
FVSD/TAPSE (mm)	Severo/13 (9-19)	Conservada/21 (16-23)	+ 9 (49%)
DDVD (mm)	Severo/53 (40-72)	Normal/35 (28-38)	- 18 (33%)
AD (cm ²)	39 (20-85)	22 (13-36)	- 17 (43%)
PSAPe (mmHg)	101 (60-121)	36 (30-40)	- 65 (64%)
FEVI (%)	58 (55-60)	60 (55-65)	NS

FVSD: función sistólica del VD. TAPSE: desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo. DDVD: diámetro diastólico del VD. AD: área de aurícula derecha. PSAP: presión sistólica de arteria pulmonar estimada. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusión: el TxBP en HP ha demostrado mejoría ecocardiográfica del VD y hemodinámica del circuito pulmonar, poniendo en evidencia tanto la capacidad de reversión del remodelado del VD dentro de los 30 días pos-TxBP, como la normalización temprana de los parámetros hemodinámicos de la circulación pulmonar.

CO 248- RESULTADOS PRELIMINARES DEL I REGISTRO COLABORATIVO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ARGENTINA (RECOPILAR)

Cánave J¹, Favaloro L², Echazarreta D³, Diez M⁴, Mazzei J¹, Haag D¹, Nitsche A⁵, Lescano A⁵, Coronel M⁵, Perna E⁵

¹ Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Argentina. ² Federación Argentina de Cardiología, Argentina. ³ Sociedad Argentina de Cardiología, Argentina. ⁴ Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina. ⁵ Sociedad Argentina de Reumatología, Argentina.

Introducción: la hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad de baja prevalencia y pobre pronóstico. La información proveniente de registros internacionales, por diferentes razones, puede no ser aplicable a nuestro país.

Objetivos: evaluar características clínicas, estrategias de diagnóstico, estratificación de riesgo y manejo terapéutico de pacientes con hipertensión pulmonar diagnosticada por cateeterismo derecho en Argentina.

Materiales y Métodos: entre oct-14/abr-15, se incluyeron 219 pacientes (42 investigadores, 18 provincias argentinas), reclutados a través de cinco sociedades científicas vinculadas al manejo de pacientes con HP (AAMR, FAC, SAC, SAP, SAR), con los siguientes criterios: ≥ 3 meses de edad, con presión arterial pulmonar media (PAPM) ≥ 25 mm Hg por cateeterismo cardíaco derecho realizado en un contexto de estabilidad clínica. **Resultados:** la edad media fue 49 ± 17 años y el 80% fueron mujeres. El 45% fue referido de otro centro y el 19% no tenía cobertura social. Los casos incidentes representaron el 30% de la población. La clasificación de la HP de Niza en grupos 1 a 5 fue la siguiente: 78,6%; 7,3%; 5,7%; 6,3% y 2,1%. Las manifestaciones clínicas fueron: disnea, 95%, fatiga, 69%, síncope, 14%, dolor de pecho, 21%, palpitaciones, 31% e insuficiencia cardíaca, 16%, con hospitalización previa en un 32%. El 3% de los pacientes tenían un síndrome genético. La clase funcional

fue III-IV al momento del diagnóstico en el 65%, y al momento actual, en el 30%. La evaluación incluyó ECG (86%), Rx de tórax (79%), ecocardiograma (89%), prueba de caminata de 6 minutos (83%), centellografía pulmonar V/Q (75%), funcional respiratorio (59%), angioTC (57%) y test de vasoreactividad (58%) con iloprost en la mayoría de los casos (49%). El tratamiento incluyó diuréticos (48%), digoxina (27%), anticoagulantes (52%), El uso de terapia específica fue sildenafil en 80%, bosentán 38%, ambrisotán 15%, iloprost 9%, tresprostín 7%, macitentan 5% y selexipag 1,2%.

Conclusión: los pacientes con HP en este registro fueron predominantemente del grupo 1 y mujeres jóvenes. La evaluación diagnóstica estuvo acorde a las recomendaciones actuales de las guías. La intervención terapéutica incluyó una elevada proporción de terapia específica. Estos datos sugieren que es necesario el manejo multidisciplinario de la HP en centros de referencia.

CO 074- EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL SOPORTE VITAL EXTRACORPÓREO COMO PUENTE AL TRASPLANTE PULMONAR

Gilberto M, Gómez C, Absi D, Peradejordi M, Candioti M, Ahumada R, Wagner G, Cáneva J, Ossés J, Favaloro R, Bertolotti A
Hospital Universitario Fundación Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: diversos estudios han demostrado que el soporte vital extracorpóreo (SVEC) mejora la evolución de pacientes en situación crítica.

Objetivo: evaluar la experiencia preliminar con SVEC como puente al trasplante pulmonar en pacientes (p) refractarios al tratamiento médico convencional en un centro único.

Material y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes que recibieron SVEC como puente al trasplante pulmonar entre agosto de 2010 y julio de 2015. El SVEC se implementó a través de la modalidad arterio-venoso (AV) o veno-venoso (VV) en pacientes con hipoxemia severa y/o hipercapnia refractaria a terapias convencionales; y, en aquellos con inestabilidad hemodinámica, se emplearon las modalidades veno-arterial (VA) o veno-arterio-venoso (VAV). Los resultados fueron expresados en media, desviación estándar y porcentajes. Se analizó la mortalidad y el número de trasplantes realizados. Resultados: se incluyeron 23 p, edad media de 36 ± 17 años, 39% hombres. El SVEC se realizó con modo VV en 14 pacientes (61%), VA en 4 pacientes (17%), AV en 3 pacientes (13%) y VAV en 2 pacientes (9%). Los diagnósticos fueron: fibrosis quística (n=8, 35%), fibrosis pulmonar idiopática (n=7, 30%), bronquiolitis obliterante posttrasplante pulmonar (n=3, 13%), fibrosis pulmonar secundaria (n=2, 9%), hipertensión pulmonar grupo 1 (n=2, 9%) y bronquiectasia (n=1, 4%). El tiempo medio con SVEC fue de $14,4 \pm 11,7$ días. Durante el SVEC, el 35% (n=8) de los pacientes no calificaron como candidatos al trasplante. Las principales causas de muerte fueron: sepsis (n=11), decanulación accidental (n=3) y sangrado por coagulopatía (n=2). El 47% (n=7) de los pacientes tuvieron un puente exitoso al trasplante, 6 de los cuales sobrevivieron al mismo con un seguimiento de 43 - 694 días.

Conclusión: el uso de SVEC permitió el trasplante en el 47% de los pacientes, quienes, sin asistencia, presentaban una mortalidad del 100%. La implementación de un programa de SVEC efectivo requiere de la conjunción entre los avances tecnológicos y el desarrollo de experiencia del Centro.

PRESENTACIONES ORALES 8: LABORATORIO PULMONAR, PEDIATRÍA Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

CO 247- EXACTITUD Y PRECISIÓN DE EQUIPOS EN LABORATORIOS DE FUNCIÓN PULMONAR DE LA ARGENTINA

Arce SC, De Vito EL

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

Introducción: el laboratorio de función pulmonar (LFP) constituye el ámbito de ejecución de estudios funcionales respiratorios. El avance tecnológico ha permitido el desarrollo de metodologías que miden variables funcionales cada vez más

complejas. Una mayor complejidad se acompaña de mayores posibilidades de error, que puede llevar a variabilidad en los valores hallados, con implicancias diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. Por ello se deben establecer mecanismos tendientes a controlar y homogeneizar los resultados reportados entre diferentes centros y equipos mediante la existencia de controles externos de calidad.

Objetivos: 1) diseñar un programa de controles de calidad externos para LFP y evaluar su factibilidad a largo plazo, 2) evaluar la exactitud y precisión de cada variable medida en LFP de Argentina.

Materiales y Métodos: si bien existe instrumental específico para los controles propuestos, este es de muy alto costo, complejo de operar, difícil de trasladar y no está disponible en Argentina. Se optó por generar diseños propios que fueron desarrollados por un colegio industrial; luego fue validado y se redactó un manual de procedimientos. Se invitó a participar a una muestra de LFP y se realizaron estudios al instrumental de validación según técnica estándar. Estadística: descriptiva, prueba t de Student, Kruskal-Wallis One-Way Anova on ranks (pruebas de Dunn y Holm-Sidak).

Resultados: se visitaron 10 centros (11 tallímetros, 20 espirómetros, 8 equipos de volúmenes pulmonares, 11 equipos de DLCO y 2 cintas rodantes). Respecto a los espirómetros, se hallaron diferencias significativas entre mediciones efectuadas a alto y a bajo flujo, y 3 equipos sobrestimaron el estándar. Se observó gran dispersión en las mediciones efectuadas con equipos de volúmenes pulmonares, en tanto solo uno de los equipos de DLCO demostró mediciones alejadas del estándar. Las cintas rodantes concordaron con el estándar en todo el rango de medición evaluado.

Conclusiones: se observaron diferencias intra e inter LFP. Se optó por el uso de instrumental mecánico y una metodología altamente estandarizada y homogénea. El uso de instrumental mecánico en lugar de controles biológicos permite reducir la variabilidad del sujeto-control. Esto cobra importancia por el hecho de que es imposible controlar muchos laboratorios en un mismo día. El uso de instrumental mecánico agrega complejidad en la ejecución por la necesidad de contar con simuladores específicos para cada prueba.

Las diferencias halladas entre los equipos evaluados deben ser interpretadas dentro de un contexto clínico-asistencial, en el que un mismo sujeto puede ser sometido a mediciones seriadas con la finalidad de establecer oportunidades terapéuticas. Si las variaciones detectadas entre uno y otro estudio se deben a error analítico y no a la evolución de la patología, se puede sobrestimar la necesidad de prescribir tratamientos, que en algunos casos pueden tener efectos adversos o costos significativos, o bien infraestimar dicha necesidad, retrasando el comienzo de una terapéutica adecuada.

CO 004- CORRELACIÓN ENTRE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL AÉREA Y SALUD RESPIRATORIA INFANTIL EN LA PROVINCIA DE CHUBUT

Busi LE^{1,2}, Torre L¹, Tourres R¹, Flores R³, Sly PD^{4,5,6}

¹ Hospital de Trelew, Argentina. ² Comité de Neumonología de la Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina. ³ Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de Chubut, Argentina. ⁴ World Health Organization Collaborating Centre for Research on Children's Environmental Health, Australia. ⁵ Queensland Children's Medical Research Institute, Brisbane, Australia, Australia. ⁶ Children's Health and Environment Program, The University of Queensland, Brisbane, Australia, Australia.

Objetivo: correlacionar diferentes contaminantes ambientales aéreos con indicadores de salud respiratoria infantil (clínicos y espirométricos) en la provincia de Chubut.

Material y Métodos: se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se seleccionaron en forma aleatoria niños de primer grado (5-6 años de edad) de escuelas de las ciudades de Trelew y Puerto Madryn. Criterios de exclusión: enfermedades respiratorias crónicas diferentes al asma, displasia broncopulmonar, enfermedad cardíaca, reflujo gastroesofágico que requiera tratamiento o que haya recibido corticosteroides en el último mes. Se distribuyeron cuestionarios a los padres de los niños que han sido tomados y modificados del International Study on Asthma and Allergies in Children (ISAAC).

Se incluyeron otros datos adicionales, como por ejemplo: historia médica previa, incluyendo diagnóstico previo de asma y severidad, estructura familiar y otros datos demográficos, como nivel de instrucción de la madre, exposición potencial a contaminantes (calefacción y cocina con leña, humo de tabaco, etc.), presencia de cucarachas y mascotas con pelo en domicilio, tiempo de residencia en la ciudad, distancia de la vivienda a zona industrial, basurales y calle principal. De los niños reclutados, se seleccionó una muestra aleatoria para la realización de espirometría con respuesta a salbutamol. Se realizó un muestreo de material particulado (MP) e ion flúor (IF) durante un período de 4 semanas con un colector de alto volumen. Se utilizó el Mann-Whitney U test para la comparación de los valores de polución entre las diferentes áreas y el test de chi-cuadrado en el análisis de comparación de variables dependientes cualitativas frente a variables independientes cualitativas. Se calcularon odds ratio e intervalos de confianza. Se utilizó el test de ANOVA para evaluar diferentes variables dependientes cuantitativas frente a variables independientes cualitativas. Se utilizó la correlación de Pearson para relacionar variables cuantitativas dependientes y cuantitativas independientes. Se utilizaron como métodos multivariados: análisis de la varianza multivariante, regresión lineal múltiple, análisis discriminante de la varianza y regresión logística.

Los padres de los niños firmaron un consentimiento informado para la participación en el estudio. El protocolo de investigación ha sido aprobado por los Comités de Docencia e Investigación y Bioética del Hospital de Trelew, Chubut. Se utilizó el software SPSS versión 20.0, NY, EE. UU.

Resultados: tanto los niveles de MP (0,82 vs. 1,48 mg/cm²) como de IF (0,25 x 10⁻³ vs. 2,9 x 10⁻³ mg/cm²) fueron significativamente mayores en Puerto Madryn que en Trelew (p<0,001). No hubo diferencias significativas en las características demográficas entre los niños de las dos ciudades. La ciudad de Puerto Madryn presentó significativamente peores resultados en las variables respiratorias clínicas y espirométricas con respecto a Trelew: prevalencia de asma (14,11% vs 12,02%), exacerbaciones asmáticas en último año (3,8 vs. 2,7), sibilancias (15,4% vs. 13,2%), disnea (15,1% vs. 12,3%), tos nocturna (18,1% vs. 14,3%), rinitis (19,6% vs. 12,6%), VEF1 (95,3% vs. 106,2%), VEF1/CVF (86,1% vs. 91,6%), FEF25-75% (99,3% vs. 114,0%), RBD VEF1 (5,4% vs. 3,1%), RBD FEF25-75% (11,0% vs. 7,2%). Encontramos una correlación inversamente significativa (p<0,05) entre los niveles de MP e IF y las distintas variables espirométricas (VEF1, VEF1/CVF, FEF25-75), así como también una asociación positiva entre estos contaminantes y la respuesta broncodilatadora de VEF1 y FEF25-75. Se encontró una correlación positiva entre la distancia de la vivienda a zona industrial y las variables espirométricas VEF1, VEF1/CVF y FEF25-75 solo en la ciudad de Puerto Madryn. No encontramos una relación estadísticamente significativa entre variables clínicas y espirométricas y: edad, sexo, índice de masa corporal, proximidad de la vivienda a una calle principal, presencia de mascotas o cucarachas en la vivienda, tiempo de lactancia exclusiva, exposición a humo de tabaco por anamnesis, otras características sociodemográficas tales como el nivel de instrucción de la madre.

Conclusiones: en nuestra muestra de niños demostramos que los mayores niveles aéreos de MP e IF en la ciudad de Puerto Madryn se asociaron a resultados adversos en variables respiratorias clínicas y espirométricas.

CO 168- TUBERCULOSIS OCUPACIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD

Capone L¹, Poggi S², Alves L¹, Costa N¹, Estevan R¹, Lagrutta L¹, Martin V¹, Martínez D¹, Matteo M¹, Medin M¹, Natiello M¹, Palma P¹, Resguardo A¹, Vescovo M¹, Viña J¹, Mosca C¹, Palmero D², Inwentarz S¹, Gonzalez Montaner P¹

¹ Instituto Tisioneumonología Prof Dr. Raúl Vaccarezza, Argentina. ² Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: en nuestro país existe un marco normativo que obliga a los empleadores a tutelar la salud de sus trabajadores, sea en el ámbito público como en el privado.

El personal de salud está contemplado en la Ley de Riesgos del

Trabajo N° 24557; tal es así que la tuberculosis es considerada enfermedad profesional. En la actualidad existen condiciones de bioseguridad que no se cumplen como lo plantea el marco legal específico, evidenciado en los casos detectados.

Objetivo: relevar los casos de tuberculosis diagnosticadas en el personal de salud a fin de explicitar la ausencia o ineficacia de las normativas de bioseguridad en el ámbito laboral sanitario. Material y Método: se realiza un trabajo retrospectivo, longitudinal y descriptivo, desde el Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, el Hospital Muñiz y el Laboratorio Bacteriológico Prof. Dr. Cetrángolo, especializado en la detección biológica del Bacilo de Koch.

Se define realizar un relevamiento de los casos de tuberculosis relacionados con la ocupación sanitaria desde el año 2010 al 2014.

Resultados: luego de una búsqueda activa en los archivos bacteriológicos y en historias clínicas, se relevaron 26 casos que corresponden a 13 enfermeros, 9 médicos, 1 psicólogo, 1 administrativo, 1 instrumentadora y 1 miembro del personal de maestría. La prueba de sensibilidad arrojó 17 casos sensibles, 4 multirresistentes, 2 resistentes a una droga, 2 extremadamente resistentes y solo un caso con cultivo negativo y sin sensibilidad.

Los casos detectados provienen de hospitales del conurbano, del interior de la Provincia de Buenos Aires y de la Capital Federal. Fueron tratados por el Instituto Vaccarezza o por el equipo de salud del Hospital Muñiz, con el esquema según sensibilidad, y solo un tratamiento fue empírico.

Conclusiones: la tuberculosis en el personal de salud sigue siendo un problema laboral y sanitario. Es una situación paradójica que aquellos trabajadores que deben detectar, cuidar y tratar a la población enferma se encuentren en situación de vulnerabilidad.

Es necesario que los actores responsables planifiquen estrategias coherentes para que se implementen políticas preventivas que incluyan medidas de bioseguridad en los lugares de trabajo, programas de capacitación específica y controles sanitarios acorde a las condiciones de trabajo del personal sanitario.

Se propone implementar un registro nacional de los casos de tuberculosis en el personal de salud con el propósito de revalorizar la situación del riesgo biológico y su consecuente evento dañoso para implementar estrategias de prevención.

PÓSTERS DE TRABAJOS PRESENTADOS EN EL 43° CONGRESO

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 01: LABORATORIO PULMONAR – KINESIOLOGÍA – REHABILITACIÓN

PP 249- INFORMES DE ESTUDIOS EN LABORATORIOS DE FUNCIÓN PULMONAR DE LA ARGENTINA

Arce SC, De Vito EL

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

Introducción: los consensos recomiendan incluir ciertos datos en los estudios de función pulmonar. Ello permite trazar su calidad y puede tener implicancias médico-legales. Se presume variabilidad en los formatos y contenidos de los informes entre diferentes laboratorios de función pulmonar (LFP) en Argentina.

Objetivo: identificar diferencias en informes de pruebas funcionales emitidos en LFP de Argentina.

Materiales y Métodos: en el contexto de un Programa de Controles Externos, se recogieron informes impresos de los controles efectuados. Sus contenidos fueron tabulados y analizados mediante variables de tendencia central y proporciones. Resultados: encabezado: 18/20 informes tenían el nombre del centro. El domicilio y el teléfono de contacto estaban presentes en 16 y 12 informes respectivamente. El nombre del responsable estaba consignado en 7/20 casos. Identificadores: un informe tenía únicamente el nombre del paciente para identificar el estudio. En 14 informes había 2 identificadores (nombre y

DNI/ID), en tanto los 5 restantes tenían triple identificador. *Variables:* en espirometría su cantidad fue muy dispar, entre 6 y 16 (media 9,9). Para volúmenes pulmonares y DLCO, la cantidad se vio limitada a las indispensables (4 a 7). *Gráficos:* la cantidad de gráficos exhibidos fue de 2 a 8 (mediana 3). En todos los casos, menos uno, estaban presentes ambos gráficos de espirometría, en tanto la presencia de los correspondientes a otras pruebas fue variable. *Estándares de comparación:* 14 informes tenían consignado el límite inferior de la normalidad (LIN), mientras que 5 contenían el límite superior (LSN). En 4 casos, figuraba el desvío estándar de la media calculada. Seis informes no contenían información sobre límites de normalidad. *Conclusiones:* identificar el origen del estudio puede tener implicaciones médico-legales. Las guías recomiendan el uso de triple identificador con la finalidad de facilitar la clasificación del informe en archivos de historias clínicas y de garantizar la concordancia entre el paciente y el informe. Sus discrepancias son fuente de error habitual y han motivado recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La multiplicidad de análisis aumenta el error interpretativo. El uso de LIN y LSN en la interpretación y clasificación de estudios funcionales constituye una de las más enfáticas recomendaciones emitidas por las sociedades científicas. El uso de otros estándares de comparación, como porcentajes fijos, clasifica erróneamente hasta el 20% de los estudios. La disponibilidad de los gráficos de los estudios realizados permite al receptor del informe tener una aproximación a la calidad técnica y aumenta la confiabilidad. Algunos de los informes provienen de equipos de mayor antigüedad. Sería de esperar que la progresiva renovación del mercado dé paso a estas características, pero será importante estandarizar un conjunto de información básica presente en todos los informes.

PP 140- VALOR PREDICTIVO DE LA ESPIROMETRÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES RESPIRATORIOS RESTRICTIVOS

Rodríguez Moncalvo JJ¹, Sureda E², Arce S³, Rodríguez PO⁴

¹ Hospital María Ferrer y CEMIC, Argentina. ² Hospital María Ferrer, Argentina. ³ Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Argentina. ⁴ CEMIC, Argentina.

Introducción: el valor de la espirometría para diagnosticar un trastorno funcional respiratorio restrictivo (TFRR) ha sido estudiado siguiendo criterios de evaluación diferentes y obteniendo resultados disímiles.

Objetivo: determinar el valor de la espirometría con patrón restrictivo, definida en nuestro estudio con una CVF < al límite inferior de la normalidad para un IC del 95% (LIN) junto a un valor de VEF1/CVF ≥ LIN, para diagnosticar un TFRR en pacientes ambulatorios derivados a dos laboratorios de exámenes funcionales respiratorios (EFR).

Métodos: se estudiaron retrospectivamente los EFR realizados entre 2009 y 2015. Para el diagnóstico de certeza de un TFRR se consideró el LIN de la capacidad pulmonar total (CPT) medida en un pletismógrafo. Los valores teóricos normales de los exámenes funcionales fueron obtenidos del estudio NHANES. **Resultados:** se evaluaron 6379 estudios luego de excluir estudios duplicados. En 3509 casos, tanto la CVF como la CPT resultaron ≥LIN, excluyendo la existencia de un TFRR. Se observó CVF <LIN y VEF1/CVF ≥LIN en 2697 pacientes, de los cuales 1032 tenían restricción por CPT. 173 pacientes con CVF ≥LIN tenían restricción por CPT. En 1136 pacientes se observó un trastorno funcional obstructivo (FEV1/FVC <LIN) pese a tener una CVF <LIN, y 104 pacientes presentaron una alteración funcional mixta (obstructiva y restrictiva). El área bajo la curva (ABC) ROC (receiver operating characteristic) de la CVF como predictor de restricción fue de 0,846. La definición de restricción espirométrica por el LIN de CVF y FEV1/CVF mostró un valor predictivo (VP) positivo de 38,26% (36,43-40,13) y un VP negativo de 95,3% (94,57-95,96). Al excluir los pacientes con obstrucción, el ABC-ROC de la CVF mejoró significativamente (0,905, P <= 0,001) observándose un VP positivo de 59,85% (57,36-62,29) y un VP negativo de 93,4% (92,37-94,34).

Conclusiones: la ausencia del criterio espirométrico de restricción utilizado en este estudio permitió excluir razonablemente la existencia de un TFRR. Sin embargo, el VP positivo resultó bajo en la población general. La predicción mejoró significativamente con un ABC-ROC >0,9 al excluir los pacientes obstructivos.

PP 298- GRADO DE CALIDAD DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN UN LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Farfan Gómez R, Csipka P, Simon K, Virgilio C, López Jové O, Hsueh E, Schaffer B, Wu A, Bocca Pereira X, Malamud P
Hospital Antonio A Cetrángolo, Argentina.

Resumen: la espirometría es una de las principales pruebas de función pulmonar, y constituye una herramienta imprescindible en la evaluación y el seguimiento de las enfermedades del aparato respiratorio. Por ello, es fundamental contar con la más alta calidad de la prueba, debiendo en todos los casos cumplir con los criterios de aceptabilidad y repetibilidad.

Los criterios de aceptabilidad consistían en un inicio rápido y sin vacilaciones, volumen extrapolado menor de 0,15L o del 15% de la capacidad vital forzada, transcurso continuo sin artefactos ni tos en el primer segundo, finalización sin interrupción temprana ni abrupta de la espiración. Además, la maniobra no debe durar menos de 6 segundos y para que cumpla los criterios de repetibilidad, la diferencia entre los dos mejores VEF1, FVC debe ser menor a 0,15L, mínimo de 3 maniobras con un máximo de 8,4

Se consideró la calidad de la espirometría, clasificándola en grado AB de buena calidad, C calidad aceptable y D, E, F no válidas. Los grados de calidad A, 3 maniobras aceptables y entre los 2 mejores FVC y VEF1, una diferencia menor o igual a 0,15L. Grado B, 3 maniobras aceptables y entre las 2 mejores FVC y VEF1, una diferencia menor o igual a 0,2L. Grado C, 2 maniobras aceptables y entre las 2 mejores FVC y VEF1, una diferencia menor o igual a 0,2L. Grado D, 2 o 3 maniobras aceptables y entre las 2 mejores FVC y VEF1, una diferencia menor o igual a 0,25L. Grado E, 1 maniobra aceptable. Grado F, ninguna maniobra aceptable.

Objetivos: conocer el porcentaje del total de las espirometrías realizadas en un laboratorio de función pulmonar que cumplieron con los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad, para considerarse de buena calidad y calidad aceptable y, según su informe, cuántas de ellas fueron normales, obstructivas y no obstructivas.

Materiales y Métodos: se analizaron de manera retrospectiva, todas las espirometrías computarizadas que fueron realizadas en el laboratorio de función pulmonar de un hospital especializado en enfermedades respiratorias durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015 en personas mayores de 18 años, independientemente del motivo por el cual el estudio había sido solicitado.

Resultados: en total, se analizaron 505 espirometrías. De ellas, 221 (43,8%) fueron hechas en hombres y 284 (56,2%) fueron mujeres. La edad media de los pacientes fue 51,9 años (± 16,31). Del total de las espirometrías, 295 (58,4%) calificaban como de buena calidad espirométrica, 109 (21,6%) de calidad suficiente y 101 (20%) eran estudios no válidos. De 404 espirometrías válidas y de acuerdo con el informe de estas, 184 (45,5%) se encontraban dentro de los parámetros normales, 177 (43,8%) presentaban un defecto ventilatorio obstructivo y 43 (10,7%) presentaban un defecto ventilatorio no obstructivo.

De las 101 (20%) espirometrías no válidas, 55,5 (55%) no cumplían con los criterios de aceptabilidad y 45,5 (45%) no cumplían con criterios de repetibilidad.

Conclusiones: en el laboratorio de función pulmonar, el 80% de las espirometrías presentaban buena calidad y calidad aceptable; las maniobras no válidas se debieron en mayor parte por no cumplir los criterios de aceptabilidad, no tanto así con los criterios de repetibilidad.

A pesar de todo esto, creemos que el resultado es satisfactorio con respecto a todas las espirometrías realizadas durante el período analizado; en un hospital donde la realización de

dicha prueba es un elemento fundamental para el estudio y seguimiento en los pacientes.

PP 133- EVOLUCIÓN DEL EXAMEN FUNCIONAL RESPIRATORIO EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA SIN USO DE BOMBA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Gallardo A

Clínica Modelo de Morón, Argentina.

Introducción: la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) es una práctica de uso frecuente. La mortalidad y el pronóstico de estos pacientes han mejorado ostensiblemente en los últimos años, sin embargo, la función pulmonar se encuentra alterada como consecuencia del dolor, la vía de acceso quirúrgico, la aparición de atelectasias y derrames pleurales y la caída de la capacidad residual funcional postanestésica.

Objetivo: conocer la evolución de la función respiratoria postquirúrgica en pacientes sometidos a CRM dentro de los primeros 30 días postoperatorios

Materiales y Métodos: estudio descriptivo y observacional que incluyó a todos los pacientes sometidos a CRM y que requirieron asistencia respiratoria mecánica no mayor a 24 h postoperatorias, desde el 01/06/13 hasta el 01/12/14. Las variables registradas fueron edad, sexo, capacidad vital forzada (CVF), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) e índice de Tiffeneau (VEF1/CVF) previos a la cirugía y a los 2, 5, 10 y 30 días postquirúrgicos. Los datos se expresan como media y DS, mediana y %.

Resultados: durante el período computado se reclutaron 23 pacientes, de los cuales se excluyeron 3 por presentar patología pulmonar previa (EPOC) y requerir más de 24 h de ARM. La edad fue de $63,2 \pm 8,23$, cuatro mujeres (20%) y 16 varones (80%). Los valores de CVF, VEF1 y CVF/VEF1 previos a la cirugía fueron $72,5 \pm 8,26\%$, $72,4 \pm 8,04\%$ y $100 \pm 6,12\%$, respectivamente. La mediana de dichos valores fue 74, 71 y 101. Para los valores postoperatorios de las variables estudiadas se observaron: a las 48 h, $40,35 \pm 8,95\%$ (42), $38,9 \pm 12,54\%$ (36,5) y $94,3 \pm 18,11\%$ (95); a los 5 días, $49,5 \pm 7,2\%$ (50), $47,05 \pm 10,56\%$ (46) y $93,5 \pm 11,62\%$ (91); a los 10 días, $57,25 \pm 8,43\%$ (58,5), $54,85 \pm 11,78\%$ (56,5) y $94,45 \pm 13,52\%$ (95,5); a los 30 días, $65,75 \pm 7,31\%$ (67), $65,65 \pm 9,72\%$ (67) y $99,9 \pm 7,17\%$ (99,5).

Conclusión: el grupo de pacientes estudiados alcanzó el $90,95 \pm 6,5\%$ (CVF), $90,76 \pm 10,05\%$ (VEF1) y $100,13 \pm 7,97\%$ (VEF1/CVF) de los valores funcionales respiratorios previos a la cirugía a los 30 días postoperatorios. El trabajo posibilitó conocer la evolución de los pacientes en términos de función pulmonar y aplicar las herramientas necesarias dentro del primer mes luego de la intervención.

PP 212- IMPLEMENTACIÓN DE ENTRENAMIENTO FUNCIONAL DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

Resguardo A, Estevan R, Shunck A, Sosa P, Lagrutta L, Natiello M, Medin M, Alves L, Martínez D, Viña J, Palma I, Capone L, Inwenrtaz S, Gonzalez Montaner P
Instituto Vaccarezza, Argentina.

Introducción: los pacientes con patologías crónicas pulmonares se benefician con programas de rehabilitación pulmonar independientemente del grado de severidad. La rehabilitación funcional es una herramienta que se basa en utilizar movimientos de la vida cotidiana tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, mental y social.

Objetivos: cuantificar el beneficio en la transferencia de los ejercicios de fortalecimiento muscular a las actividades de la vida diaria, incorporando clases de entrenamiento funcional al programa de rehabilitación pulmonar en una población ambulatoria adulta del Instituto Profesor Dr. Raúl Vaccarezza, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires.

Material y Métodos: se realizó un estudio comparativo y retrospectivo sobre dos grupos de pacientes, uno que realizó un programa de rehabilitación trisemanal en el cual se incluyeron una vez por semana 2 horas de entrenamiento funcional y otro que realizó el programa trisemanal según consenso. El período de

trabajo abarcó desde 1^{er} semestre del año 2010 al 1^{er} semestre de 2015 en la población adulta ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vaccarezza, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires. Se excluyeron aquellos pacientes que por abandono o fallecimiento no pudieron ser evaluados comparativamente.

Población y muestra: 54 pacientes de 18 a 78 años en tratamiento de rehabilitación pulmonar durante un período mínimo de 8 semanas, pertenecientes al grupo de pacientes ambulatorios con patología respiratoria crónica del Instituto Profesor Dr. Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Los adultos de ambos grupos contestaron el cuestionario autoadministrado St. George, al inicio y al final del tratamiento (fase inicial y entrenamiento). Realizaron el entrenamiento funcional 33 pacientes (54%) con una mediana de edad de 59 años y una mediana de FEV1 de 1,63; y 21 pacientes no fueron incluidos en este programa (46%) con una mediana de edad de 63 años y de FEV1 de 1,26.

Resultados: se tomó el bloque de actividad del cuestionario Saint George, hallándose una mediana de mejoría de $-6,3$ vs $-11,87$ entre quienes no realizaron entrenamiento funcional con respecto a quienes lo hicieron (p 0,47).

Conclusiones: la inclusión de ejercicios específicos de entrenamiento funcional dentro de un programa de rehabilitación pulmonar evidencia una mejoría en la transferencia de los ejercicios de fortalecimiento muscular a las actividades de la vida diaria. Si bien la diferencia no es significativa, dado el tamaño de la muestra, esta parece una técnica prometedora, y con una muestra mayor se podría discriminar por patologías. Además, representa un cambio en la rutina de entrenamiento que permite compartir un momento lúdico en equipo, lo que genera lazos interpersonales y mejora la adherencia.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 02: PEDIATRÍA

PP 229- HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA- HEMOPTISIS

Bernado E, Quintas S, Palmisciano V, Monaldi G, Lampon S

Hospital Materno Infantil Mar del Plata- Servicio de Neumología, Argentina.

Introducción: la hidatidosis pulmonar es la parasitación de este órgano por la forma larvaria del cestodo *Equinococcus granulosus*. La localización pulmonar es superada en frecuencia por la hepática. En torno a un 20-40%, lo constituyen en formas asociadas.

Caso clínico: se presenta un niño de 4 años de edad, sin antecedentes personales de interés que consulta por hipertermia, tos con expectoración hemoptoica y síndrome de dificultad respiratoria progresiva. Imágenes radiográficas y tomográficas compatibles con hidatidosis pulmonar múltiple; prueba serológica específica (ELISA) positiva para la patología. Se efectuó tratamiento médico (albendazol vía oral) y quirúrgico (quistectomía con capitonaje).

Conclusión: la hidatidosis es una afección endémica en zonas rurales, agrícolas y ganaderas con una amplia distribución en el mundo. En Argentina existe una incidencia de 6.2/100.000 habitantes, siendo una condición de importante impacto en la salud pública.

PP 045- ESCOLIOSIS-ASMA BRONQUIAL-ATAIXIA-SÍNDROME EHLERS DANLOS EN NIÑA DE 8 AÑOS

Escotorín S

Sanatorio El Carmen, Argentina.

Introducción: la ataxia es un signo clínico definido por la incapacidad de coordinar los movimientos. Se clasifica como cerebelloso, sensitiva o vestibular y forma parte de un gran número de enfermedades, algunas hereditarias y con debilidad muscular. La importancia de caracterizar la ataxia e identificar su etiología es de vital importancia para su tratamiento farmacológico, no farmacológico y pronóstico.

No siempre es posible lograr un diagnóstico preciso sobre la ataxia a pesar de las investigaciones y los estudios, lo cual ensombrece la situación.

La asociación entre asma bronquial y ataxia es muy rara.

El síndrome de Ehlers Danlos es una afección hereditaria

del tejido conectivo, con heterogeneidad clínica y genética que abarca varios órganos y sistemas con su triada clásica de hiperlaxitud articular, extensibilidad dérmica y cicatrización cutánea. Asma bronquial, atopia, escoliosis dorsal y otros trastornos respiratorios se han encontrado en este síndrome posiblemente secundario a defectos en ligamientos genéticos o funcionales del tejido conectivo y en la mecánica pulmonar produciendo alteraciones funcionales obstructivas y restrictivas. Caso clínico: niña de 8 años de edad, raza blanca, con diagnóstico de ataxia y Ehlers Danlos desde el primer año de vida. Refiere disnea, sibilancias, tos seca y rinorrea mucosa de más de 2 años de evolución.

Examen físico: rinorrea acuosa, escoliosis dorsal, expansión torácica y murmullo vesicular disminuidos; sibilancias dispersas. Altura: 123 cm. Peso: 28 kg.

Pre B2: CVF 43%- FEV1 28% FEV1-CVF 58,7. MVV: 37%. Pimax y Pemax muy disminuidas de acuerdo a escala chilena. PostB2 FEV1 36%. Ig E 655.

El informe genético nunca fue presentado por la madre.

Rx de tórax con escoliosis columna dorsal y disminución de volúmenes pulmonares. (Foto 1)

Foto 1: RNM cerebral y cerebelosa sin lesiones focales ni difusas. (Foto 2)

Foto 2: ECG Y Ecodoppler cardíacos normales.

Oftalmología: normal.

Se indica formoterol-budesonide, BIPAP, cambios en rehabilitación respiratoria y general, y, a elección de la paciente, equinoterapia, con mejoría a los 2 meses de su emotividad, fuerza muscular y coordinación para pequeños movimientos, tales como subir a la camilla. Dieta hiperproteica hipercalórica. Conclusión: la ataxia no siempre puede atribuirse con precisión para actuar con contundencia o información precisa pronóstica respecto a su influencia respiratoria. La asociación de asma bronquial, ataxia no diagnóstica, síndrome de E-D, no es común. El uso de BIPAP no figura entre las indicaciones médicas de estas nosologías. Un equipo médico integrado por pediatra, genetista, neurólogo, neumonólogo, nutricionista y fisioterapeuta debe intervenir activamente. El mal pronóstico exige el empleo de toda medida que pueda beneficiar a estos pacientes. Palabras clave: Ataxia-Asma-Ehlers Danlos

PP 008- TUBERCULOSIS MILIAR EN PEDIATRÍA

Kuhár MF¹, Squassí IR¹, Alvarez D², Escurrea J¹, Caratozzolo A¹, Martínez Burkett A¹, Cerqueiro MC¹

¹ Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina. ² Hospital Virgen del Carmen de Zárate, Argentina.

La miliar (TM) es la forma pulmonar más grave de tuberculosis (TB) en niños. Resulta de la diseminación hematogena del bacilo, usualmente en la infección 1^a. El patrón radiográfico es opacidades de < 3 mm, difusas bilaterales simétricas hasta el manto.

Objetivo: describir epidemiología, clínica, radiología y laboratorio de la TM.

Materiales: estudio retrospectivo descriptivo de pacientes (ptes) asistidos por TM en el HNRG en 15 años (2000-14).

Resultados: ingresaron 57 ptes con TM de 1486 con TB (3,8%). Edad promedio, (μ) 6 años (r:0,06 a 18), la mitad < de 5 años, procedentes del conurbano, 53%, varones, 65% y de mayor edad (7vs 4 años de las niñas p<0,03). Comorbilidades en el 65%: desnutrición grave 16, enfermedad genética 11, respiratoria 5, VIH 5, inmunodeficiencia primaria 2, cáncer 2, AIJ 1. Los 28 ptes con algún grado de inmunocompromiso fueron mayores (4 vs 7 años p<0,03) que los inmunocompetentes. No había recibido BCG un solo pte. Antecedente de contacto con foco bacilífero, 61%, conviviente, 74%; 6 ptes recibieron QMP incompleta. La PPD fue inicialmente positiva en solo 8 ptes. El tiempo de evolución de los síntomas al comienzo del tratamiento (Tto) fue de μ 44 días (r:3-161). Signos y síntomas más frecuentes: hipertermia en 46 ptes, tos en 43, pérdida de peso en 40, dificultad respiratoria en 34, síndrome de impregnación en 30 y hepatomegalia en 16. El 25% de los ptes no ingresaron con síntomas respiratorios, a pesar del compromiso pulmonar, mientras que otro 46% presentó hipoxia. Imágenes: solo miliar,

26 ptes, con cavidades, 14, condensación, 9, ensanchamiento mediastinal, 14 y derrame pleural, 2. Diseminación solo pulmonar, 34 ptes, sistémica, 23: meningoencefalitis, 22, ganglio, 6, ótica, 6, abdominal, 5 y ósea, pleural, en piel o renal, 2 en cada uno. Compromiso perinatal en 9 ptes (1 congénito). Se detectó por cultivo y/o PCR *Mycobacterium tuberculosis* en el 84% de los casos (75% de 57 cultivos y 60% de 47 PCR), (10 solo cultivo, 4 solo PCR, 24 en ambos), 70% de rescate en muestras respiratorias (35% BAAR+) y 52% en otros materiales, 8 confirmaciones solo en material extrapulmonar. Recibieron ATB previos un 77% y junto con el Tto, un 57%; casi la mitad de los ptes requirieron corticoides (47%) y/u oxígeno (46%); ARM 21% (μ 25 d), tiempo μ de internación 45d (r:6-205). Presentaron toxicidad por el Tto de 4 drogas antiTB el 40% de los pacientes. Letalidad, 7%, secuelas, 47%, reinternación, 21%, abandono del Tto, 3,5%.

Conclusiones: el alto contacto con foco bacilífero evidencia oportunidades perdidas de prevención. La prolongada sintomatología en una enfermedad de patrón radiológico característico y de alta morbimortalidad alerta sobre la necesidad de mayor índice de sospecha, aún con PPD negativa y BCG aplicada. La elevada diseminación sistémica demanda buscar siempre focos profundos, aún sin manifestaciones locales. La alta confirmación etiológica indica el aislamiento de los ptes y la adecuada QMP de sus contactos.

PP 155- REGISTRO NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA "RENAFQ" - ARGENTINA 2012-2015

Garcilazo DA^{1,3}, Pereyra S^{2,3}, Rentería F^{2,3}

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Argentina. ² Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina. ³ Registro Nacional de Fibrosis Quística, Argentina.

Introducción: desde hace varios años en el país, no se disponía de datos epidemiológicos de pacientes con fibrosis quística (FQ). En el RENAFQ/SAP-INNER iniciado en 2012, se notifican voluntariamente pacientes asistidos en instituciones públicas y privadas. Objetivo: describir aspectos demográficos y de diagnóstico de pacientes con FQ notificados al registro.

Material y Métodos: los datos se obtuvieron del RENAFQ para el período comprendido entre enero de 2012 y julio de 2015. Se incluyeron los casos confirmados según consenso de la Sociedad Argentina de Pediatría (2014) y se describió la distribución por sexo, provincia de residencia, test del sudor, estudio genético molecular y compromiso pancreático; porcentaje de sospechas por pesquisa neonatal (PN) y mediana de edad por año entre los casos nuevos.

Resultados: se registraron 1.006 casos al RENAFQ durante el período en estudio; 83,5% (841) tenían criterios diagnósticos de FQ. De los casos confirmados, el 48% (402) correspondía al sexo femenino. Casos por provincia: CABA 7,8% y Buenos Aires 48,9%, Catamarca 0,0%; Chaco 2,1%, Chubut 0,4%, Córdoba 10,6%, Corrientes 3,4%, Entre Ríos 2,1%, Formosa 0,4%, Jujuy 0,4%, La Pampa 0,5%, La Rioja 0,2%, Mendoza 0,4%, Misiones 2,3%, Neuquén 1,2%, Río Negro 1,9%, Salta 0,4%, San Juan 0,8%, San Luis 1,4%, Santa Cruz 0,4%, Santa Fe 12,5%, Santiago del Estero 0,4%, Tierra del Fuego 0,4%, Tucumán 1,1% y 0,2% sin información. Se sospechó el diagnóstico por PN en 2012 en el 47% (26/55), en 2013, en el 49% (23/47) y en 2014, en el 63% (33/52). La mediana de edad al diagnóstico fue de 3 meses tanto para el 2012 como para el 2013 y de 2 meses para el 2014. El 87,6% (737) de los casos confirmados tenían test de sudor y en el 85,6% (720) se determinaron mutaciones específicas. La mutación F508 se encontró en al menos un alelo en el 79,7% (574) de los casos, de los cuales el 45,1% (259) fue homocigota, G542X, 10,4% (75), N1303K, 3,4% (25), R334W, 2,2% (16), G85E, 2% (15), W1282X, 1,5% (11) y el resto menor al 1%. Se determinó la función pancreática exócrina en el 98,1% (825) de los casos; el 83,3% (687/825) presentó insuficiencia pancreática. Conclusiones: el registro cuenta con un número importante de casos confirmados. En 2014 se observó un aumento en la sospecha por PN y una menor mediana de edad con respecto a los 2 años previos. La identificación de mutaciones es alta y la distribución es similar a lo observado en publicaciones internacionales. La mayoría de los casos presentaron insuficiencia pancreática exócrina.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 03: CIRUGÍA

PP 178- PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN TUMOR TRAQUEAL A TRES AÑOS DE UN TUMOR PULMONAR RESECADO

Rivero H, Patané AK, Rosales A, Avellaneda M, Reginatto A, Guma G, Rayá M, Rojas O
Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Introducción: los tumores primitivos traqueales representan el 0,01% del total de la patología maligna de las vías aéreas. El antecedente de tabaquismo aumenta la incidencia de patologías en otros órganos. Reportamos el caso de un paciente con un tumor de tráquea como segundo primario luego de la resección pulmonar.

Caso clínico: paciente masculino de 59 años de edad, tabaquista de 60 p/y, con antecedentes de HTA, enfermedad coronaria con requerimiento de stent y anticoagulación, intervenido quirúrgicamente en 2012 por un carcinoma epidermoide de lóbulo inferior derecho de pulmón, estadio IIB. No realiza adyuvancia por intolerancia. Continúa con controles periódicos y el 8/4/2015 en PET/TC se detecta en tercio superior de la tráquea, engrosamiento de la pared lateral derecha (SUV max: 2,8) y en mediastino ganglio paratraqueal bajo de 8,9 mm sin captación patológica de SUV. FBC (29/94/2915) a nivel de tráquea media, a 4 cm de la carina lesión sobrelevada sobre cara derecha que ocupa un 30% de la luz. Se toman biopsias con diagnóstico de carcinoma escamoso. Asumiendo un segundo primitivo traqueal, se decide resolución quirúrgica con resección traqueal de tres cm, con márgenes libres de enfermedad confirmados por estudios de congelación intraoperatoria. Estudio anatomopatológico diferido: carcinoma escamoso con áreas de carcinoma in situ. El paciente evolucionó con un postoperatorio favorable. **Conclusión:** el antecedente de tabaquismo está fuertemente asociado con tumores de la vía aérea, principalmente de etiología escamosa. El diagnóstico se confirma por FBC y si la lesión no es extensa y es menor a los 6 cm, la resolución es quirúrgica.

PP 144- TUMOR DE ASKIN, PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL DE UN TUMOR POCO FRECUENTE DE LA PARED TORÁCICA

Di Giorgi L, Abal J, Gatica D, Villa D, Moreno G, Perone G, Fornoni D, Lisanti R
Hospital Nuestra Señora del Carmen- OSEP- Mendoza, Argentina.

Introducción: los tumores de la pared torácica son entidades poco frecuentes (menos del 1% de los tumores del tórax), entre los que se incluyen lesiones osteocartilaginosas y de partes blandas; pueden ser primarios o secundarios, incluyendo también tumores de estructuras adyacentes al tórax como mama, pulmón, pleura y mediastino. Se presenta un Caso clínico que consulta por fiebre y dolor costal, planteándose el diagnóstico presuntivo de neumonía complicada con compromiso pleural. Finalmente se obtiene el diagnóstico de un tumor costal infectado, tratado con exéresis. La evolución postoperatoria fue satisfactoria; las biopsias y los exámenes complementarios demostraron un tumor de Askin.

Caso clínico: paciente masculino de 17 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos, consulta por síndrome febril, tos de 48 horas de evolución y dolor torácico tipo puntada de costado en hemitórax izquierdo de 15 días. Al examen físico presenta regular estado general, fiebre (38 °C), no se palpa tumoración en parrilla costal, matidez y abolición de vibraciones vocales en base izquierda, y la auscultación muestra disminución de murmullo vesicular a dicho nivel. La radiografía de tórax muestra infiltrado intersticioalveolar en proyección a lóbulo inferior izquierdo con presencia de opacidad adyacente periférica, que borra receso costodiafragmático izquierdo. Laboratorio: leucocitosis sin insuficiencia respiratoria. Se indica cobertura antibiótica y se realiza toracocentesis izquierda, con la cual se obtiene escaso material serohemático (exudado sin criterios de empiema con cultivo negativo). TAC de tórax: formación expansiva con densidad heterogénea, proyectada en topografía de segmento lingular y segmentos anterior y lateral del lóbulo inferior izquierdo, de 79 x 74 x 55 mm en amplio contacto con la pared torácica, leve derrame pleural homolateral y colapso pasivo del parénquima pulmonar contiguo. Se decide la realización de toracotomía exploradora con resección en

bloque de formación tumoral encapsulada (87 x 74 x 59 mm), rodeada de tejido muscular irregular, adherida a 6° y 7° arco costal, compuesta por tejido grisáceo de consistencia blanda, con áreas friables, material purulento, extensos focos hemorrágicos y de necrosis. La microscopía muestra una neoplasia poco diferenciada de células redondas, pequeñas y azules, con caracteres de neoplasia neuroectodérmica. El estudio inmunohistoquímico (CD99, Synaptofisina y S100 +) y citogenético [t (11;22) (q24;q12)] confirma el diagnóstico de Tumor de Askin. **Conclusión:** los tumores de la pared torácica son poco frecuentes (menos del 1% de los tumores del tórax), siendo la prevalencia del Tumor de Askin, según algunos reportes de la literatura, menos de 0,2 casos por millón. En nuestro caso el tumor de Askin se presenta con una manifestación clínica inusual de tumor infectado simulando una neumonía complicada, siendo la forma más frecuente de presentación el dolor torácico. Cabe destacar la importancia de los estudios por imágenes, los cuales tomaron un rol trascendente a la hora de la decisión de realizar una toracotomía exploradora diagnóstica terapéutica.

PP 239- HIPERPLASIA DIFUSA IDIOPÁTICA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS PULMONARES/TUMORLETS. REPORTE DE TRES CASOS

Patané AK, Lucchelli J, Fernández M, Morero J, Reginatto A, Guman G, Rayá M, Martín C, Rojas O
Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Introducción: la hiperplasia difusa idiopática de células neuroendócrinas es una entidad extremadamente infrecuente incluida por primera vez en la clasificación de la OMS en 1999. Describe una hiperplasia generalizada de células neuroendócrinas en la vía aérea, sin proceso primario que lo justifique, y es considerada una precursora del tumor carcinóide. Suele ser sintomática en la mayoría de los casos, aunque también están descriptas formas asintomáticas. Radiológicamente se caracteriza por la presencia de nódulos pulmonares múltiples. Presentamos tres casos clínicos, dos de ellos diagnosticados en nuestra institución y un tercero en el Hospital Italiano, aunque todos tratados y seguidos en nuestro hospital.

Casos clínicos: 2 mujeres y un hombre, promedio de edad 63 años (rango 57-71), se presentan a la consulta derivados de otras instituciones por presentar nodulillos pulmonares bilaterales. Promedio de seguimiento, 1 año y tres meses (rango 1 mes-3 años). Dos de ellos presentaban tos, disnea clase funcional II (mMRC) y obstrucción al flujo aéreo en el estudio espirométrico y fueron tratados por asma y EPOC, respectivamente, con poco alivio de los síntomas. El paciente restante consulta en forma asintomática para diagnóstico de nódulos pulmonares no filiados bajo la sospecha de enfermedad metastásica. En sendas biopsias se diagnosticaron: hiperplasia neuroendócrina difusa – tumorlets; tumor carcinóide típico e hiperplasia neuroendócrina difusa y en el tercer caso hiperplasia neuroendócrina difusa idiopática. IHQ: cromogranina +, sinaptofisina+, CD 56+, AE1/AE3 + en todos ellos. Una de las pacientes sintomáticas fue tratada con octeotride durante dos años posteriores a la biopsia, con octeoscan previo negativo, sin mejoría de los síntomas, los cuales se controlaron con tratamiento broncodilatador máximo hallándose actualmente asintomática. La segunda paciente presentó en el postoperatorio inmediato broncoespasmo severo e insuficiencia respiratoria que requirió ARM, asociado a fibrilación auricular con alta respuesta ventricular, interpretados ambos signos como síndromes paraneoplásicos, que respondieron favorablemente a la administración empírica de octeotride, tratamiento que continúa hasta la fecha. El tercer paciente se halla asintomático y en control.

Conclusión: la hiperplasia difusa de células neuroendócrinas representa un desafío diagnóstico, debido a la rareza de esta condición. La biopsia pulmonar en pacientes con nodulillos pulmonares múltiples, bilaterales e historia clínica de tos y disnea progresiva debe ser considerada para confirmar esta entidad, de la cual hay pocos casos publicados. Ante la presencia de un Octeoscan negativo, la utilidad de la somatostatina como opción terapéutica parecería limitada. Solo en un caso que presentó exacerbación de los síntomas en el postoperatorio

sin dosaje de cromogranina ni mediación de estudios de rastreo previos, el tratamiento empírico con octeotride logró mejorar el cuadro clínico.

PP 123- RESOLUCIÓN TORACOSCÓPICA DE UN QUISTE MEDIASTINAL GIGANTE DE SEIS AÑOS DE EVOLUCIÓN

Patané AK, Rivero H, Otero S, Rosales A, Reginato A, Gurma G, Rayá M, Rojas O
Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Introducción: los quistes mediastinales simples son extremadamente infrecuentes. Su resolución por vía toracoscópica es indiscutida en aquellos de pequeño tamaño, con el objetivo de evitar complicaciones tales como hemorragia e infección intraquística. Presentamos el caso de un paciente con un quiste mediastinal de gran tamaño y seis años de evolución conocida resuelto por vía toracoscópica.

Caso clínico: paciente masculino de 69 años de edad, no tabaquista, con antecedentes de HTA, que consulta por masa paramediastinal izquierda de gran tamaño. Se hallaba presente en un control radiológico seis años atrás habiendo aumentado de tamaño desde esa fecha. No presenta antecedentes de exposición a sitios de carneado de animales y se desempeña como pintor de automóviles. En la tomografía de tórax de enero de 2015 se observa masa paramediastinal izquierda que contacta íntimamente la arteria pulmonar homolateral y la ventana aortopulmonar, de contenido heterogéneo. Se realiza ecografía torácica para evaluar las características de su contenido, observándose un contenido particulado denso, sin signo del nevado característico del quiste hidatídico. Espirometría: VEF1 2,59l (08%), FVC 3,45 (96%).

Se decide iniciar la exploración por toracoscopia, visualizándose una masa sólido-quística de 10 cm de diámetro mayor que invade pulmón y mediastino, la cual accidentalmente se abre durante la disección y permite la salida de material achocolado, lo cual favorece las maniobras quirúrgicas. Con una sola incisión axilar accesoria se lo separa de la vena pulmonar superior, la arteria pulmonar homolateral y los vasos del cuello, utilizando tres disparos de sutura mecánica para lograr, finalmente, su separación del parénquima pulmonar, siendo extirpado en su totalidad. El paciente evoluciona favorablemente, con paresia recurrencial izquierda y ligera pérdida aérea por el drenaje. Es externado a los siete días. Informe anatomopatológico: quiste simple unilocular de 10 cm de diámetro, con hemorragia reciente y antigua intraquística. Pared fibrótica con focos de calcificación. No se evidencia epitelio de revestimiento. Contenido de la lesión: material hemático.

Conclusión: la presencia de un quiste mediastinal plantea múltiples hipótesis diagnósticas. Es extremadamente infrecuente el diagnóstico de quiste simple, y el hallazgo de hemorragia intraquística debe actualizar la discusión acerca de la resolución de estos casos tempranamente, previo a cualquier complicación que dificulte su tratamiento posterior. Por otro lado, desde el punto de vista técnico, la cirugía toracoscópica con un solo puerto de trabajo presenta también un desafío técnico.

PP 214- BULLA GIGANTE

Fabio S, Esquivu M, Amaya R, Gianfrancisco V, Naval N, Márquez O, Fernández Gómez V, González F, Carrizo M, Del Río R, Moreno C, Usandivaras M, Fuentes N, Morgante S
Hospital Ángel C. Padilla, Argentina.

Introducción: la bulla es el espacio aéreo mayor de 1 cm de diámetro sin pared epitelial que puede verse en parénquima pulmonar enfisematoso un 80% y en un 20% en parénquima pulmonar sano. Hablamos de bulla gigante cuando ocupa más de 1/3 del hemitórax, lo que provoca colapso del parénquima pulmonar adyacente a ellas. La presentación clínica varía desde asintomáticos hasta disnea severa y complicaciones. La decisión quirúrgica debe contemplar parámetros anatómico-funcionales y clínico para el éxito terapéutico.

Caso clínico: paciente de 40 años de edad, sexo masculino, extabaquista severo (60 paquetes por año), con diagnóstico de enfisema bulloso en el año 2011.

Primer contacto con nuestro servicio en mayo de 2014, quedando internado por presentar Bulla complicada por infección. Se realiza fibrobroncoscopia sin lesión endoluminal ingresando muestras para bacteriología y anatomía patológica sin aislamiento de gérmenes comunes, negativo para BAAR y células neoplásicas. Se inicia tratamiento empírico con buena respuesta clínica y resolución de imágenes. Se solicita además serología para VIH, que resulta negativa, y determinación de alfa 1 antitripsina, la cual es normal.

El paciente es externado y se le solicita que complete el estudio funcional (DLCO) y rehabilitación, lo cual no fue realizado.

Consulta nuevamente después de un año con disnea mMRC ° 3, dolor a predominio de hemitórax derecho sin otro sintoma asociado. Se solicita laboratorio, el cual presenta valores dentro de lo normal. En esta oportunidad, se actualizan y completan los estudios para una correcta evaluación funcional del paciente: TM6M recorre 380 mts no desatura, espirometría: FER 74, FVC 55%, FEV1 50% con prueba pos B2 negativa, gasometría arterial: ph 7,39 PCO₂ 34, PO₂ 79, BICA 20, EB -4, SAT O₂ 97%, DLCOc: 34,91 (52%).

Gammagrafía de ventilación perfusión.

Teniendo en cuenta el performance status del paciente, su función respiratoria, la edad, la perspectiva laboral y posible recuperación integral, junto con el Servicio de Cirugía de Tórax se decide realizar bullectomía.

Conclusión: la resección de bullas no complicadas debe ser reservada para casos justificados como este y deben ser discutidas multidisciplinariamente. Las complicaciones mayores y aerorragia prolongada son las más frecuentes en el postoperatorio. En nuestro paciente esas complicaciones no se vieron.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 04: ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS 1

PP 044- PERCEPCIÓN DE LA BRONCODILATACIÓN POR SALBUTAMOL EN NIÑOS ASMÁTICOS

Andrada G¹, Roque M¹, Primrose D¹, Oliva C¹, Kruger A¹, Donth G¹, Bocos M^{1,2}, Velasco Suárez C², Figueroa JM²

¹ Hospital de Clínicas-UBA, Argentina. ² Fundación P.Cassará, Argentina.

Introducción: las guías actuales de manejo del asma se basan principalmente en lo referido por los pacientes en cuanto a sintomatología, uso de broncodilatadores, etc. Sin embargo, desde hace décadas se ha propuesto que muchos pacientes asmáticos tienen defectos en la percepción de la obstrucción bronquial, y que esto podría repercutir en su conducta con respecto a la patología (fundamentalmente falta de consultas o consultas tardías). La mayoría de los trabajos han evaluado la percepción de la obstrucción en pacientes con crisis asmáticas o durante pruebas de provocación.

Objetivo: evaluar la percepción de la broncodilatación en respuesta al salbutamol en niños asmáticos asintomáticos.

Material y Métodos: se reclutaron niños asmáticos seguidos en nuestra sección, que concurrían para su visita de control programado, asintomáticos el día del estudio. Antes y después de realizar espirometría con evaluación de respuesta al salbutamol, se les solicitó completar dos escalas de evaluación de la disnea: una analógico-visual (línea continua), y otra gráfica (expresiones faciales en dibujos). Se compararon los cambios entre las escalas basales y las obtenidas con la espirometría postsalbutamol, y se estimaron las diferencias entre respondedores y no respondedores al broncodilatador.

Resultados: un tercio de los pacientes mostraron aumento del VEF mayor al 12% postsalbutamol. En los niños respondedores, se observó mayor coherencia en los cambios entre las dos diferentes escalas de disnea que en los no respondedores. La respuesta positiva al broncodilatador se asoció con mayor OR para disminución de la puntuación en las escalas de disnea.

PP 250- BRONQUIECTASIAS E INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

Herrero M, Dave ME, Ponce JJ, Goñi M, Maracini MJ, Alvarez RN, Pereyra B
Hospital Nuevo San Roque, Argentina.

Introducción: la inmunodeficiencia común variable (ICV) es un trastorno caracterizado por niveles bajos de inmunoglobulinas y mayor susceptibilidad a infecciones. Etiología desconocida. Solo un 10% asociado a trastorno genético. Incidencia 1/50000. Sin predominio de edad o sexo. El propósito del tratamiento con IGIV más antibióticos es mantener al paciente libre de infecciones y prevenir las manifestaciones de enfermedad pulmonar crónica. El pronóstico depende del compromiso orgánico que exista antes del diagnóstico.

Caso clínico: paciente femenina de 26 años, de La Rioja. Ama de casa. APP: infecciones sinusopulmonares recurrentes desde la infancia, ERGE y diarrea intermitente. MC: tos con expectoración mucopurulenta, equivalentes febriles y pérdida de peso. EF: hipocratismo digital, hipoventilación global a predominio de base izquierda, soplo tubario en 1/3 inferior de campo pulmonar izquierdo, rales crepitantes en base pulmonar derecha, movilización de secreciones, FC: 122 lat/min, SatO₂: 96% aa, IMC: 14. Rx SPN: velamiento de ambos senos maxilares. Rx tórax: hiperclaridad pulmonar bilateral, infiltrado alveolar para cardíaco derecho, borramiento del seno costofrénico izquierdo, elevación del hemidiafragma homolateral. Laboratorio: GB: 10.600/mm³ (NS 71%, EO 1%, LINF 23%, MON 5%), Ph: 7,44, Pco₂: 33, Po₂: 70, Sat O₂: 94,8%. Conducta: recolección de esputo y tratamiento con amoxicilina/Ac. clavulánico.

Esputo: BAAR (-), *Staphylococcus aureus* (+++), *Haemophilus influenzae* (+++), *Escherichia coli* (+++). Serología HIV (-)

Coproparasitológico: quistes de *Giardias Duodenalis*

Se ajusta tratamiento: cloranfenicol y metronidazol, broncodilatadores, N-acetilcisteína, budesonide nasal.

Al mes: mejoría parcial de síntomas, afebril. GB: 8.200/mm³. Proteínas totales: 4,9%, Albúmina: 3,9%, Globulina: 1%, Rel A/G: 3,9. α1AT: 299mg%, AC antitransglutaminasa.

(-), AC antiendomisio (-), esteatocrito (normal), test del sudor (normal). Colagenograma (normal).

Espirometría: defecto ventilatorio obstructivo muy severo sin respuesta significativa a BDI. FVC: 1,64L (43%), FEV1: 0,92L (28%), FEV1/FVC: 56,1% (64%)

TCAR: bronquiectasias bilaterales. Condensación con componente atelectásico en sector postero-basal del LII. Imágenes de árbol en brote en LSD y apical del LID.

A los 6 meses: nueva internación por NAC en La Rioja. Cursa 4^o mes de embarazo sin complicaciones. Presenta tos con expectoración mucopurulenta y disnea CF II. Laboratorio inmunológico: IgG 200, IgA 10, IgM 12, linfocitos T CD3+ 83,3%, linfocitos T CD4+ 22,1%, linfocitos T CD8+ 53,4%, relación CD4/CD8 0,4%, linfocitos B CD19+ 12,1%, células NK 2,2%. Respuesta vacunal insuficiente.

Diagnóstico: trastorno inmunológico primario. Inmunodeficiencia humoral. Inmunodeficiencia común variable (probable) Conducta: tratamiento específico con IGIV luego del parto.

Al año: muerte fetal al 7^o mes de embarazo y procesos respiratorios infecciosos recurrentes.

Se inicia tratamiento específico previo dosaje de IgG 200mg%, con 20 gr de IGIV con buena tolerancia. Dosaje de control post tto. Inmediato: IgG 973mg%. Dosaje al mes: IgG 550mg%.

Conclusiones: en pacientes con BQ sin causa conocida, deben investigarse los trastornos de la inmunidad como etiología.

Las IDP deben considerarse un diagnóstico posible en adultos. El retraso en el diagnóstico y el inicio del tratamiento aumenta la morbilidad y ensombrece el pronóstico.

PP 098- PROGRAMA DE CRIBADO PARA EL DÉFICIT DE ALFA 1-ANTITRIPSINA

Kevoorkof GV^{1,2}, Tellechea PE¹, Acosta MA¹, Fernandez SG¹, Balbo NA¹, Najo M¹, Peyrani C¹, Granado R¹, Oviedo EE¹

¹ Hospital de Tránsito Cáceres de Allende, Argentina. ² Cátedra de Clínica Médica 2. UHMI N°5.FCM.U.N.C., Argentina.

Introducción: la alfa 1-antitripsina (AAT) es el inhibidor de proteasas más abundante en el organismo humano, con valores en plasma que oscilan entre 103-200 mg/dL en condiciones normales. Su producción está codificada por el gen SERPINA 1, localizado en el brazo largo del cromosoma 14 en la región

q31-32,3. Este gen se transmite mediante herencia autosómica codominante. Se considera déficit grave y es a lo que habitualmente se refiere la literatura científica al hablar del déficit de alfa 1-antitripsina (DAAT) a los siguientes fenotipos: SZ, ZZ y Null. Clínicamente puede asociarse con enfisema pulmonar, cirrosis hepática y menos frecuentemente con paniculitis y vasculitis sistémicas, especialmente ANCA C+. Se ha descrito y validado un método sencillo y específico de cribado mediante el cual se cuantifica el valor de AAT por inmunonefelometría en muestras de gota de sangre en papel secante y se realiza genotipificación rápida de las variantes Z y S.

Objetivos

- Caracterizar a los pacientes con niveles <1,8 mg/dL
- Identificar y caracterizar pacientes con déficit de AAT.
- Determinar la prevalencia de pacientes con déficit de AAT.

Materiales y Métodos: se analizaron todos los casos que concurren de forma espontánea o por derivación al Servicio de Neumonología del Hospital Tránsito Cáceres de Allende desde enero 2014 a enero 2015, Córdoba, Argentina. Se les realizó dosaje de alfa 1-antitripsina mediante gota de sangre en papel secante a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión; se les solicitó espirometría, tomografía computada de tórax de alta resolución y genotipificación rápida solo a aquellos pacientes con valores de alfa 1-antitripsina <1,8 mg/dL.

Resultados: en el presente trabajo se estudió un total de 62 pacientes, 28 (45,15%) de sexo femenino y 34 (54,83%) de sexo masculino; 37 (59,6%) tuvieron valores de alfa 1-antitripsina ≥1,8 mg/dL y 25 (40,3%) presentaron valores <1,8 mg/dL. La obtención del genotipo por técnica de gota seca a los 25 pacientes (40,3%) con valores <1,8 mg/dL mostró que: 22 (35%) fueron NoS NoZ, 2 (3,22%) heterocigoto para Z y 1 (1,61%) heterocigoto para S. De los pacientes con dosaje <1,8 mg/dL, el 60% (n=15) eran mujeres y el 40% (n=10) hombres. La media de edad fue de 56,1 ± 14,27; 7 (28%) de ellos eran fumadores activos; 3 (12%) no fumadores y 15 (60%) exfumadores. El promedio de paquetes/año (p/y) fue de 34,9 ± 28,76. El patrón espirométrico predominante fue el obstructivo (88%). El total de pacientes con EPOC fue de 13 (52%): 2 (15,4%) GOLD 1, 7 (53,8%) GOLD 2, 1 (7,7%) GOLD 3, 3 (23,1%) GOLD 4. Los pacientes con bronquiectasias fueron 2 (8%), 1 (4%) con asma, 1 (4%) tenía antecedentes familiares de DAAT y 8 (32%) presentaban sintomáticos.

El patrón en TCAR fue de enfisema en 18 pacientes (72%): 7 (38,9%) con enfisema centrolobulillar, 4 (22,2%) enfisema paraseptal, 7 (38,9%) panlobulillar. Hubo 2 pacientes (8%) con bronquiectasias, 3 (12%) con bullas, y 2 (8%) fueron normales. De los 2 casos hallados con el alelo Z, uno era de sexo masculino, de 30 años, con un valor de AAT de 1,15 mg/dL, y su motivo de inclusión fue antecedentes familiares de DAAT; asintomático; la espirometría estaba dentro de los límites normales con respuesta broncodilatadora negativa; la TCAR de tórax fue normal. El caso restante era de sexo femenino, de 61 años, valor AAT de 1,31 mg/dL; se incluyó en el estudio por antecedente de EPOC; edad de inicio de síntomas, 19 años; la espirometría mostró un patrón obstructivo ligero (GOLD 1) con respuesta broncodilatadora negativa; la TCAR evidenció enfisema centrolobulillar bilateral en lóbulos superiores.

El único caso de con alelo S fue de sexo femenino de 61 años de edad con un valor de AAT de 0,57 mg/dL; se incluyó por síntomas respiratorios; la edad de comienzo de síntomas fue a los 30 años; la espirometría mostraba un patrón obstructivo ligero con respuesta broncodilatadora negativa; la TCAR demostró enfisema paraseptal en ambos vértices.

Cabe destacar que los 3 eran exfumadores de 20 p/y, 10 p/y, 2 p/y, respectivamente.

La prevalencia de los genotipos heterocigotos fue de 1 cada 20 individuos (4,83%).

Conclusión: el DAAT en su expresión grave es poco frecuente en la Argentina, siendo superiores los portadores heterocigotos. La prevalencia hallada de heterocigotos PIS y PIZ es menor a lo esperado en la Argentina. Es difícil establecer conclusiones sobre el grupo de alfa 1-antitripsina <1,8 mg/dL sin DAAT en relación con las variables estudiadas por la escasez de estudios y bibliografías hallados sobre el tema.

PP 252- EXACERBACIONES EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Calabrese CA¹, Arias SJ², Bossio JC², Wustten CS³

¹ Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas² Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud. CABA., Argentina. ² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias –INER “Dr. Emilio Coni”. ANLIS “Carlos G Malbran”. Santa Fe, Argentina. ³ Hospital San Martín de Paraná. Entre Ríos., Argentina.

La enfermedad pulmonar crónica (EPOC) es un problema de salud pública debido a la discapacidad y mortalidad que produce tanto a nivel mundial como en nuestro país, con un impacto socioeconómico importante. La exacerbación de la EPOC constituye una causa frecuente de consulta, e influye negativamente en la progresión de la EPOC y aumenta el riesgo de hospitalizaciones y mortalidad.

Objetivo: describir y comparar las características y frecuencia de las exacerbaciones en personas con EPOC.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en un registro especialmente diseñado. Los casos que presentaron exacerbaciones frecuentes (2 o más) y no frecuentes (menos de 2) fueron las variables dependientes. Como principales variables independientes, se cuantificaron las comorbilidades, la presencia de sibilancias, disnea por mMRC, el estadio obstructivo según GOLD (FEV1), así como la edad y el sexo y los antecedentes por asma. La asociación se evaluó mediante un modelo bivariado en el que se calcularon los Odds Ratio (OR) de asociación y su intervalo de confianza al 95%. Se utilizaron los programas MS Excel 2010 y SPSS Statistics versión 20.

Resultados: se registraron 932 personas con EPOC confirmado en el período comprendido entre julio de 2013 y agosto de 2014; 692 casos con menos de 2 exacerbaciones (poco frecuentes) y 290 con 2 o más exacerbaciones (frecuentes). Se observó que 597 casos eran de sexo masculino (64,1%) y los 335 restantes eran de sexo femenino (35,9%).

Se encontró una importante asociación entre exacerbación frecuente por EPOC (respecto a exacerbación poco frecuente) y comorbilidades, como depresión, con un OR= 2,24 (IC: 1,67-3,01), diabetes, con un OR= 1,64 (IC: 1,20-2,25), y enfermedades cardiovasculares, con un OR= 1,61 (IC: 1,21-2,16). En cuanto a los antecedentes, la variable más predictiva de las analizadas fue asma bronquial, con un OR= 1,98 (IC: 1,31-3,00). La asociación fue importante con respecto a las exacerbaciones frecuentes en cuanto a presencia de sibilancias OR= 2,65 (IC: 1,97-3,57); disnea por mMRC y estadio GOLD (FEV1), encontrándose mayor asociación en los estadios de mayor gravedad. Ninguna de las categorías de IMC, edad, sexo ni nivel de instrucción tuvieron significación estadística como predictor del riesgo de exacerbación frecuente.

Conclusiones: en este estudio se revela que las exacerbaciones por EPOC son frecuentes en quienes presentan comorbilidades, antecedentes de asma bronquial, sibilancias, mayor grado de disnea y menor FEV1.

Es por ello que sería importante identificar a aquellos predictores de exacerbaciones en nuestra población que permitan diseñar estrategias de abordaje y manejo.

PP 213- EFECTO DE LA INHALACIÓN DE LIPOPOLISACÁRIDO BACTERIANO EN RATONES CON ALERGIA INDUCIDA POR OVALBÚMINA

Eliás F, Licausi M, Figueroa JM
Fundación P. Cassará, Argentina.

Introducción: el nocimiento de la relación entre contacto con bacterias y asma ha pasado por diferentes visiones y no está aún claro; se ha pasado por la propuesta de una acción protectora (hipótesis de la higiene) hasta una acción inductora y relacionada con una mayor severidad. El lipopolisacárido de las gram negativas es una sustancia ampliamente diseminada en el ambiente y que tiene una acción activa sobre los receptores TLR. Hay evidencias dispares sobre su acción en la modulación de la atopía. Objetivo: evaluar el efecto de la inhalación de LPS en la alergia recientemente inducida por ovoalbúmina.

Material y Métodos: se alergizaron ratones inyectándoles ovoalbúmina los días 0, 7 y 14 del experimento seguido de aplicación de la misma por vía intranasal. Se dividieron estos animales en dos grupos: uno fue posteriormente estimulado con 4 dosis de LPS intranasal y el otro con sol.fisiol. Finalmente, cada uno de estos grupos se dividió en 2: uno fue tratado con budesonide (aerosol-espaciador) y el otro con aerosol placebo. En todos los animales se valoró la IgG específica antiovalbúmina, el perfil de respuesta inmune (Th1 o Th2), hemograma, proteínas en el lavado broncoalveolar y celularidad pulmonar.

Resultados: el título de anticuerpos antiovalbúmina fue significativamente superior en los animales estimulados con LPS (3.150.000 vs 921.600), con un marcado desvío a la respuesta Th2. Tanto los animales estimulados con LPS como con placebo mostraron inflamación bronquial similar; el budesonide disminuyó la inflamación bronquial en todos los animales tratados. Conclusiones: la inhalación de LPS en ratones alergizados a la ovoalbúmina incrementó la respuesta inmune sistémica, pero esto no afectó la acción antiinflamatoria del budesonide.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 17: ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS 2

PP 284- FENOTIPO MIXTO EPOC-ASMA. TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB

Bermúdez A¹, Moyano V¹, Pereyra B², Guendulain S¹, Cervantes C¹, Uribe Echevarría M¹, Pedito R³

¹ Hospital Italiano de Córdoba, Argentina. ² Hospital San Roque, Argentina. ³ Centro Clínico Privado San Andrés, Argentina.

Introducción: el asma y la EPOC son 2 enfermedades con patrón obstructivo. Su patogénesis es distinta en cuanto al origen, tienen rasgos fisiológicos similares y pueden llegar a coexistir como el llamado fenotipo mixto EPOC-asma, representando un 15-25% de las enfermedades obstructivas. Tienen un deterioro más rápido en la función pulmonar, exacerbaciones frecuentes, puntuaciones más bajas en las pruebas de calidad de vida y requieren mayores recursos médicos en comparación con los pacientes con solo asma o EPOC.

Omalizumab está indicado para el tratamiento de asma severa de acuerdo con las guías GINA.

Describiremos 3 casos clínicos de asma-EPOC medicados con omalizumab, sumado a la terapia indicada previamente de acuerdo a consensos.

Conceptos: la EPOC según las guías GOLD (1), relación FEV1/CVF menor al 70% después del broncodilatador.

El asma se estableció según las guías GINA (2), 2014: antecedentes de síntomas respiratorios variables y evidencia indicativa de una limitación del flujo aéreo espiratorio variable. Fenotipo mixto EPOC-asma en la EPOC (3,4); a través de la presencia de criterios mayores y menores para la identificación del fenotipo mixto EPOC/asma.

Caso 1: paciente de sexo masculino de 61 años de edad con EPOC/asma, pólipos nasales, extabaquista, 40 paq/año. AqX: polipsectomía 2008/2010. Espirometría: defecto obstructivo muy severo con respuesta significativa al BD. Test de la marcha: sin desaturación. TAC de tórax; enfisema centrilobulillar en LLSS. IgE:5518 UI/ml. Tto: fluticasona/salmeterol 500-50mcg, Br Tiotropium 18 mcg. Síntomas persistentes de rinitis, sinusitis purulentas reiteradas, recibiendo tratamiento con antibióticos y tópicos nasales. Tto: furoato de fluticasona 27,5 mcg, montelukast 10 mgr, desloratadina 5 mg y/o fexofenadina 60 mg y pseudofedrina 120 mg, con ciclos cortos de betametasona 0,60. Rinitis persistente, fracaso de los tratamientos, empeoramiento de su situación pulmonar. Se comienza tto. de omalizumab: 1200 mg mensuales, con respuesta clínica favorable, sin complicaciones. Mejoría de pruebas funcionales.

Caso 2: paciente de 65 años de edad con diagnóstico de asma y rinitis desde los 18 años y EPOC hace 3 años, extabaquista de 78 paq/año. Tuvo 5 internaciones en sala común por exacerbación asmática y una internación en UTI en la juventud. Internación en UTI en el año 2013 con diagnóstico de exacerbación, más de 3 exacerbaciones en el último año

con uso de corticoides sistémicos. Procesos de rinitis estacionales. Tto: budesonida /formoterol 640 mcg/18 mcg día, glicopirronio 50 mcg día, roflumilast 0,5 por día. Continúa con exacerbaciones frecuentes, mal control de la enfermedad. Se solicita laboratorio IgE: 327 UI/ml. Comienza tratamiento con omalizumab 300 mg mensuales. Paciente estable. Mejoría clínica y funcional.

Caso 3: paciente masculino de 75 años, jubilado, con diagnóstico de EPOC/asma, extabaquista de 20 paq/año, rinosinusitis alérgica crónica, tratamientos con inmunoterapia, asma en la infancia. Paciente con exacerbaciones frecuentes, múltiples consultas por guardia con requerimiento de ciclos de corticoides sistémicos a pesar de su terapia inhalada con corticoides, LABA y LAMA a altas dosis.

Espirometría: defecto ventilatorio obstructivo severo con respuesta significativa post BD.

Tac de tórax: enfisema centrolobulillar bilateral.

IgE: 2500. Se agrega omalizumab 300mg.

Buena respuesta clínica y funcional.

Conclusiones: en los casos descriptos observamos la dificultad en el manejo de la patología obstructiva, en la cual el componente asmático tiene un rol significativo en la gravedad de esta. Destacamos la respuesta positiva, estabilidad funcional, ausencia de exacerbaciones, hospitalizaciones y suspensión de esteroides sistémicos; con mejoría en la calidad de vida a partir del tratamiento con omalizumab, siendo este utilizado una vez establecido el máximo de tratamiento para su enfermedad pulmonar y ante las repetidas exacerbaciones. Debemos tener en cuenta que la prescripción de este medicamento no está descripta en las actuales guías.

PP 012- TERMOPLASTÍA EN ASMA, SELECCIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A 6 MESES

Gando S, Martínez GE, Alonso AS, Ciapponi GP

Sanatorios Trinidad y Las Lomas, San Isidro, Bs.As., Argentina.

Objetivo: comunicar el proceso de selección, tratamiento, certificación y seguimiento a 6 meses, cambios en control de síntomas, espirometría y pletismografía.

Materiales y Métodos: reporte de 2 casos, 3 sesiones de termoplastia bronquial (TB) separadas por 21 días en cada paciente, controles de espirometría, pletismografía y ACT desde selección, preprocedimiento, alta, 7 días y 3-6 meses de tratamiento. La TB es un nuevo tratamiento para el asma de difícil control a través de la energía de radiofrecuencia con reducción del músculo bronquial y de la broncoconstricción. Como resultado, se disminuyen las exacerbaciones y mejoran los síntomas.

Criterios de selección: enfermedad de asma no controlada en síntomas con medicación disponible en mercado, a menos CI + LABA. Adultos, ex tbq > 1 año. VEF1 > 59%.

5 pacientes, 2 con exacerbación al momento del reclutamiento, 1 rehusó y 2 incluidos.

Protocolo, 3 sesiones de TB separadas por 21 días en lóbulo inferior derecho (LID), izquierdo (LII) y superiores (LSS), respectivamente. Meprednisona 40 mg vo/día 3 días previos, salbutamol nebulizado y antiasmático antes TB, internación según necesidad. Alta VEF1 > 79% del preTB.

Paciente 1) Fem. 62 años, tratamiento con budesonide 640 mcg/ formoterol 18mcg. Montelukast 10 mg. Glicopirronio 50 mcg. ACT 19. CVF 84%, VEF1 62%, VEF1 65%, TLC 128%, RV 215%. 3 exacerbaciones en 12 meses. TB LID 88 disparos, LII 68 y LSS 119.

Espirometría; caída inicial de los valores post TB, recuperación previa a nueva TB y mejoría a 6 meses. ACT mejoría luego de 1er.TB a 24 y mantenimiento en 24-25 a 6 meses s/ exacerbaciones.

Pletismografía: mejoría progresiva a 6 meses, TLC a 110% y RV a 130%.

Paciente 2) Fem 32 años, tratamiento con budesonide 640 mcg/ formoterol 18 mcg. Tiotropio 18 mcg. Intolerancia al montelukast. ACT 19. CVF 67%, VEF1 62% VEF1 66%. TLC 101%, RV 185%. 4 exacerbaciones con requerimiento de corticoides sistémicos en 12 meses.TB LID 86 disparos, LII 100 y LSS 166. Espirometría: caída inicial de los valores post TB, recuperación

previa a nueva TB y mejoría a 6 meses. ACT mejoría a 24 a partir de la 2da sesión y mantenida en 24-25 a 6 meses- pletismografía mejoría progresiva a 6 meses TLC a 80%, RV a 110%. Conclusiones: la termoplastia bronquial es una opción de tratamiento para pacientes con asma de difícil control. Los trabajos publicados muestran mejoría de los síntomas, disminución de las exacerbaciones y de la utilización de los recursos de salud. Desde 2010 posee la aprobación de FDA y desde 2014, con la aprobación de ANMAT, se encuentra disponible en nuestro país. Las 6 sesiones en las dos pacientes nos permitieron certificar ante el proveedor del catéter de TB para poder realizar el procedimiento sin requerir supervisión y a su vez certificar a nuevos broncoscopistas.

Se comunica la experiencia inicial de 2 pacientes los cuales presentaron resultados favorables similares a lo publicado. Se comunica disminución en el atrapamiento aéreo medido con pletismografía, hallazgo no evaluado en los trabajos de investigación previos.

PP 099- PACIENTE CON SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN EPOC- ASMA DETECTADO POR EOSINOFILIA EN ESPUTO

Camargo B¹, Ernst G², Bosio M², Borsini E², Iotti A², Salvado A²

¹ Hospital Gutiérrez, Argentina. ² Hospital Británico, Argentina.

Introducción: las guías de estrategia global para manejo del asma (GINA) y manejo de la enfermedad pulmonar crónica (GOLD) han definido el síndrome de superposición asma-epoc (ACOS) como una enfermedad caracterizada por la limitación persistente del flujo aéreo con características clínicas de asma y EPOC. Recientemente se ha descripto que este síndrome tendría una prevalencia del 2% en la población adulta y del 20% en los pacientes con EPOC.

Tanto el asma como el EPOC pueden presentar diferentes perfiles inflamatorios de la vía aérea; esta heterogeneidad puede manifestarse también en el síndrome de superposición de ambas.

El diagnóstico de ACOS es fundamental, ya que estos pacientes tienen más exacerbaciones y más graves que los sujetos que padecen solo asma o EPOC.

Presentamos a un paciente con EPOC, sin historia de asma, que fue diagnosticado de ACOS debido a eosinofilia en esputo, altos niveles de IgE y reversibilidad de la obstrucción bronquial luego de la administración de broncodilatadores.

Caso clínico: presentamos a un paciente, hombre de 70 años con índice de masa corporal 24,9 e historia de tabaquismo (116 paquetes/año). El mismo realiza rehabilitación pulmonar 2 veces por semana, con diagnóstico de EPOC (GOLD-1) y enfisema, asociado a disnea clase funcional II, baja capacidad de difusión de monóxido de carbono (29%) y un test de marcha de 6 minutos en el que camina 352 metros con desaturación (94-90%, Borg; 0-1). Como antecedentes, tuvo una neumonía con empiema basal derecho hace 6 años y rinitis alérgica tratada con mometasona nasal. Él refería tos, silbido y sensación de falta de aire en las noches en los últimos 2 años. Su tratamiento era budesonide/ formoterol, glicopirronio, indacaterol e ipratropio.

Se tomó una muestra de esputo inducido que mostró marcada eosinofilia, con recuento diferencial: 12,8% de macrófagos, 49,7% de neutrófilos, 35% de eosinófilos, 2,5% de células epiteliales. Durante el procedimiento, el paciente mostró una incapacidad ventilatoria obstructiva leve con respuesta broncodilatadora positiva (+240ml). El hemograma mostró además una eosinofilia periférica (11%; 990 mm³). Se determinó el FeNO, que resultó de 120 ppb; y el dosaje de IgE total fue de 248 UI. Se descartaron otros diagnósticos asociados a eosinofilia tales como parasitosis, aspergilosis broncopulmonar alérgica y síndrome de Churg Strauss.

Los hallazgos se interpretaron como un síndrome de ACOS, por lo que se cambió el tratamiento a glicopirronio, indacaterol y mometasona inhalada a 800 mcg/ día por 2 semanas y luego a 400 mcg/día.

Seis semanas después del tratamiento, se encontró que los niveles de FeNO descendieron a 40 ppb y el porcentaje de eosinófilos en esputo disminuyó al 7,6%. El paciente refirió una mejoría de los síntomas nocturnos. Actualmente sigue con el mismo esquema farmacológico y permanece clínicamente estable.

Conclusiones: recientemente, ha sido propuesto un nuevo algoritmo diagnóstico, basado la suma de un criterio mayor y dos menores. El paciente presentado tenía como criterio mayor la eosinofilia en esputo y como criterios menores la IgE elevada, el antecedente de atopía y la prueba broncodilatadora positiva.

El esputo inducido constituye una técnica no invasiva con alta sensibilidad y especificidad, cuya utilidad para la detección del perfil eosinofílico ha sido poco estudiada; sin embargo, nosotros mostramos a través de este caso que la misma contribuiría al diagnóstico del síndrome de superposición asma-EPOC.

PP 185- CARACTERÍSTICA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ASMA EN EL GRUPO DE EDAD DE 5 A 44 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE SANTA FE EN 2013

Andrés DJ, Armando GA, Bossio JC, Landra FO
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Argentina.

Objetivos: describir las características de los pacientes hospitalizados por asma en el grupo de edad de 5 a 44 años, en la provincia de Santa Fe, en 2013.

Material y Métodos: se realizó un estudio transversal con la base de egresos de los Hospitales Públicos de Dirección de Estadísticas de Salud de la provincia de Santa Fe, correspondientes a 2013.

Se seleccionaron los pacientes que se hospitalizaron con asma (códigos J45-J46, de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma revisión) de 5 a 44 años y se analizaron las siguientes características: sexo, edad, clasificación de la enfermedad ("asma", código J45; o "asma grave", código J46), motivo de egreso (alta médica o defunción) y días de internación. Se calculó el porcentaje de cada una de las características y se analizaron diferencias por sexo.

Para la edad, se analizó la distribución de las hospitalizaciones, para varones y para mujeres, utilizando medidas de tendencia no centrales (cuartiles) y centrales (mediana), y se compararon estas últimas con el test de Mann Whitney para determinar la significancia estadística al 95%.

Para la clasificación de la enfermedad, las diferencias por sexo se analizaron utilizando el test de Fisher con su significancia estadística al 95%.

Las hospitalizaciones por asma grave (J46) se agruparon por edad (de 5 a 19 y de 20 a 44 años), y se analizaron diferencias entre varones y mujeres utilizando el test de Fisher con su significancia estadística al 95%.

Para los días de estada se calculó la mediana para las dos clasificaciones de la enfermedad, y se compararon con el test de Mann Whitney para determinar la significancia estadística al 95%. Se utilizaron los programas Excel 2010 y Epidat 3.1.

Resultados: en el año 2013 se hospitalizaron 586 personas con asma en hospitales públicos de la provincia de Santa Fe, de las cuales 50,5% (296) fueron mujeres y 49,5% (290), varones. El 75% de los varones internados con asma correspondían a un rango etario entre 5 y 14 años, mientras que para las mujeres, ese porcentaje correspondió al rango de 5 a 34 años.

Cuando se analizó la distribución por grupo de edad y sexo se observó que el 50% (167) de los internados varones tenía menos de 10 años, mientras que en mujeres, el 50% correspondía a menores de 14 años (151), y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Cuando se estratificó por motivo de internación (asma leve o grave), se encontró que el 45,5% (267) de las hospitalizaciones fueron clasificadas como asma grave y el 54,5% (319) como asma leve. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre asma leve y grave, entre varones y mujeres.

Para ambos sexos, la internación por asma grave fue 1,6 veces mayor para los menores de 20 años que para el grupo de 20-44 años, y esta diferencia fue estadísticamente significativa tanto para varones ($p = 0,007$) como para mujeres ($p < 0,01$).

La mediana de los días de estada fue de 2 días tanto para internación por asma leve como grave.

En el 94,9% (557) de los casos, el motivo de egreso fue por alta médica; no se registraron egresos por defunciones por esta causa en el grupo de edad analizado.

Conclusiones: el porcentaje de hospitalizaciones entre varones y mujeres fue similar pero las hospitalizaciones en varones fueron a edades más jóvenes que en mujeres. La mayoría de los internados con asma grave fueron menores de 20 años, y la mediana de los días de internación fue de 2 días. La mayor hospitalización de jóvenes, especialmente en varones, debiera ser motivo de estudios adicionales para identificar su posible asociación con un pobre control de la enfermedad.

PP 259- UNA SOCIEDAD EN CONSTANTE CRECIMIENTO: EPOC Y OBESIDAD

Martín V, Villa J, Difilippo H, Guillén J, Karlen H, Medinacelli E, Solís M, Quadrelli S
Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: la EPOC y la obesidad son las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo y, según las estimaciones actuales, la carga mundial de estas condiciones se incrementará aún más. Los datos disponibles sugieren que la obesidad es más frecuente en pacientes con EPOC que en la población general, dependiendo de la gravedad de la limitación crónica del flujo aéreo.

Objetivo: evaluar la prevalencia de la obesidad en pacientes con EPOC en una muestra hospitalaria y comparar dicho grupo con el de los individuos con normopeso y sobrepeso en términos de severidad, disnea habitual y VEF1% predicho postbroncodilatador y CVF.

Material y Métodos: se analizaron las pruebas espirométricas realizadas en adultos en el laboratorio de función pulmonar durante los años 2012 y 2013, seleccionando aquellas con diagnóstico de EPOC referido por el médico solicitante y con valor de VEF1/CVF $< 0,70$. De las mismas se registró la edad, el sexo, el IMC, los datos de función pulmonar postbroncodilatador VEF1% predicho, CVF (litros) y VEF1/CVF y se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes para obtener el nivel de disnea habitual según el score mMRC. Se clasificó la severidad según estadios GOLD. Los pacientes fueron categorizados en 4 grupos según el IMC: bajo peso ($IMC \leq 21$), normopeso ($IMC > 21$ y < 25), sobrepeso ($IMC \geq 25$ y < 30) y obesidad ($IMC \geq 30$). Resultados: la tabla 1 muestra las características de la población EPOC estudiada ($n = 780$). Por categoría de IMC, el 38% eran obesos. La edad de este grupo fue $62,1 \pm 9,5$, y el 67,3% fueron hombres. Al evaluar la severidad encontramos que la prevalencia de obesidad fue significativamente más baja en los estadios GOLD 3 y 4, hallazgo que se repite en el grupo de sobrepeso. La CVF fue 250 ml más baja en obesos comparada con pacientes con normopeso y sobrepeso; no se encontró asociación entre obesidad y VEF1% predicho postbroncodilatador, pero la obesidad se asoció con scores más altos de mMRC (OR 2,02, IC 95% 1,44-2,85).

Conclusiones: la prevalencia de obesidad en nuestra población EPOC es mayor que en la población general. Está descripto que la obesidad parece transmitir una ventaja de supervivencia en la EPOC (paradoja de la obesidad) en pacientes con sobrepeso y obesos en estadio GOLD 3-4, sin embargo, los efectos nocivos

Tabla 1.

TOTAL 780 PACIENTES EPOC	BAJO PESO BMI ≤ 21 n=40	NORMOPESO BMI 21.01-24.99 n= 150	SOBREPESO BMI 25-29.99 n=292	OBESIDAD BMI ≥ 30 n=297 (38%)
CARACTERÍSTICAS				
Edad	61.3 \pm 11.3	63.4 \pm 10.9	63.8 \pm 9.6	62.1 \pm 9.5
Género (M)	22 (55.0 %)	87 (58.0 %)	192 (65.7 %)	200 (67.3 %)
Severidad				
GOLD 1	10 (25.0 %)	52 (34.7 %)	106 (36.3 %)	92 (31.0 %)
GOLD 2	17 (42.5 %)	59 (39.3 %)	144 (49.3 %)	153 (51.5 %)
GOLD 3 Y 4	13 (32.5 %)	39 (26.0 %)	42 (14.4 %)	52 (17.5 %)
Función pulmonar Post BD				
VEF1 % pred	64.8 \pm 23.5	68.5 \pm 24.0	72.4 \pm 20.9	68.3 \pm 19.3
CVF (litros)	3.08 \pm 1.0	3.22 \pm 0.9	3.22 \pm 1.0	2.97 \pm 0.9
VEF1/CVF	0.57 \pm 0.1	0.58 \pm 0.1	0.61 \pm 0.1	0.65 \pm 0.3
Score mMRC				
0	11 (27.5 %)	54 (36.0 %)	94 (32.2 %)	35 (11.8 %)
1	16 (40.0 %)	60 (40.0 %)	113 (38.7 %)	127 (42.8 %)
2-4	13 (32.5 %)	36 (24.0 %)	85 (29.1 %)	135 (45.4 %)

a largo plazo de las condiciones relacionadas con la obesidad, como la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico, pueden dar lugar a un aumento de la mortalidad cardiovascular y por todas las causas.

Dada la prevalencia encontrada y el más alto nivel de disnea, es importante el conocimiento de las comorbilidades asociadas y las consecuencias de la obesidad para el manejo farmacológico y extrapulmonar de los pacientes con EPOC, resaltando la importancia de la inclusión de estos pacientes en un programa de rehabilitación respiratoria.

PP 084- LA RESPUESTA A BRONCODILADORES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ¿ES UN NUEVO FENOTIPO?

García M, Chao C, Gutiérrez M, Kierszenbaum M, Curbelo P, Gruss A
Hospital Maciel. Cátedra Neumología. Facultad de Medicina, Uruguay.

Introducción: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza según las guías GOLD/ATS/ERS por limitación al flujo aéreo parcialmente reversible. La respuesta aguda a los broncodilatadores ha sido largamente estudiada y está influida por factores fisiológicos y metodológicos. Los datos acerca de su prevalencia e importancia varían en la literatura; algunos postulan como posible fenotipo a aquellos pacientes respondedores, pudiendo determinar diferencias en la terapéutica y el pronóstico.

Objetivos

- 1) Describir la prevalencia de reactividad bronquial en una población de pacientes con EPOC.
- 2) Relacionar la respuesta significativa a los broncodilatadores con los grupos GOLD 2015.
- 3) Determinar las características fenotípicas de los pacientes respondedores.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico y espirométrico de EPOC asistidos en consulta ambulatoria de neumología de un hospital de tercer nivel, durante el período de marzo a junio de 2015. Se excluyeron pacientes asmáticos. Consideramos respuesta significativa a broncodilatadores según ATS como mejoría ≥ 200 ml y 12% en la CVF y/o el VEF1.

Resultados: se incluyeron 64 pacientes. La prevalencia encontrada de respuesta a broncodilatadores fue del 39%. La distribución según grupos GOLD fue: grupo A 4%, grupo B 42%, grupo D 54%, sin pacientes catalogados como grupo C. En la Tabla 1 se muestran las características de la población de pacientes respondedores comparada con aquellos sin respuesta broncodilatadora. **Conclusiones:** la población analizada muestra una proporción de pacientes respondedores a los broncodilatadores del 39%; valor intermedio entre los datos de prevalencia aportados por los estudios ECLIPSE¹ y UPLIFT² (24% y 52%, respectivamente). La distribución de estos pacientes por grupos GOLD concentra la mayoría de los mismos en los grupos B y D.

Las variables analizadas en cuanto a sexo, edad, IMC, tabaquismo activo, severidad de la obstrucción, índice paquetes año (IPA) y BODE de nuestros pacientes no permiten agruparlos en un fenotipo respondedor.

No pudimos establecer diferencias con implicancias pronósticas y terapéuticas significativas en este grupo de pacientes.

Sabemos que una limitación del estudio es el bajo número de pacientes enrolados.

	Con respuesta significativa (n=24)	Sin respuesta significativa (n=38)	Valor p
Hombres n (%)	16 (67)	16 (42)	0.059
Edad	65 ± 7	66 ± 11	0.716
IMC	27 ± 5	26 ± 5	0.262
IPA	70 ± 30	70 ± 36	0.919
VEF1 post BD (%)	53 ± 18	56 ± 21	0.897
Bronquítico crónico n (%)	15 (63)	28 (74)	0.352
Exacerbador frecuente n (%)	12 (50)	15 (40)	0.416
Tabaquismo activo n (%)	7 (29)	15 (39)	0.476
BODE	3 ± 2	3 ± 2	0.846

PP 015- SÍNDROME DE GOOD: PARA NADA BUENO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Welker G, Pigliacampo F, Rocaspana A, Villarreal N, Milano S
Sanatorio Los Arroyos de Rosario, Argentina.

Introducción: el síndrome de good es una entidad caracterizada por la existencia de hipogammaglobulinemia asociada a un timoma y constituye una causa rara de inmunodeficiencia combinada de células B y T en el adulto. Los pacientes presentan susceptibilidad a infecciones respiratorias altas y bajas por bacterias encapsuladas, diarrea crónica, infecciones por otros agentes oportunistas y manifestaciones autoinmunes, en especial a nivel hematológico. La fisiopatología de la inmunodeficiencia asociada al timoma es pobremente comprendida y probablemente multifactorial. La timectomía no resuelve las alteraciones inmunológicas, siendo necesaria como terapéutica la infusión endovenosa mensual de gammaglobulinas para mantener niveles protectores de IgG sérica en pacientes con infecciones recurrentes.

Caso clínico: mujer de 68 años, que se deriva a nuestra institución en abril del 2014 para tratamiento quirúrgico de tumoración tímica. La anatomía patológica revela: "Timoma tipo AB de la Clasificación de la OMS (Organización Mundial de la Salud), de 7 cm de diámetro mayor, encapsulado, con resección completa tumoral".

Antecedentes: anemia hemolítica en el año 2012, que responde al tratamiento esteroideo. Durante el mismo año, presenta tos persistente y bronquitis agudas recurrentes con respuesta parcial a la medicación habitual. En el año 2013, por continuar con clínica respiratoria, se realiza tomografía axial computada de tórax de alta resolución (TACAR) con evidencia de masa tímica y adenomegalias mediastínicas, por lo que se efectúa punción biopsica condigno sospechoso pero no confirmatorio de timoma. Se indica PETscan que muestra lesiones hipercaptantes, por lo cual se interpreta que podría tratarse de un carcinoma tímico y se decide realizar quimioterapia, evolucionando con diarreas y persistencia del cuadro respiratorio. Por no presentar respuesta al tratamiento oncológico, se adopta la conducta quirúrgica. Tres meses posteriores a la cirugía presenta episodio de neumonía aguda de la comunidad de lenta resolución, y para control de la misma se realiza TACAR sin evidencia de recidivas a nivel mediastinal y con presencia de bronquiectasias en ambos lóbulos pulmonares inferiores. Junto con los Servicios de Clínica Médica y Hematología se le solicitan estudios inmunológicos más específicos que dan como resultado hipogammaglobulinemia severa y linfopenia en serie B. Laboratorio inmunológico: hipogammaglobulinemia, 0,13 gr% (VR 0,70-1,30 gr%), IgA < 10mg% (VR 80-398 mg%), IgM < 5mg% (VR 63-251), IgG < 86mg% (VR 736-1656). Citometría de flujo: linfocitos B, 0,0% y linfocitos T, 44% (CD4/CD8 conservada).

Por realizarse diagnóstico de síndrome de good, comienza con infusión mensual de gammaglobulinas endovenosas y actualmente presenta mejoría clínica y aumento del valor de IgG, que se encuentra en 480 mg%.

Conclusión: teniendo en cuenta este caso clínico en primer lugar, en pacientes que presentan infecciones respiratorias a repetición de causas no claras, pedir entre sus análisis de rutina un laboratorio inmunológico, ya que es de gran utilidad y de bajo costo.

En segundo lugar, deseamos enfatizar la búsqueda sistemática de inmunodeficiencias en pacientes con historia de timoma y, si estas no se presentan concomitantemente, estar alertas al desarrollo de las mismas, ya que en ocasiones pueden ponerse recién en evidencia meses o años después de la timectomía.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 05: MISCELÁNEAS – IMÁGENES DEL TÓRAX

PP 286- SÍNDROME DE PULMÓN ENCOGIDO-LES-ASMA BRONQUIAL ALÉRGICA CONTROLADA. OBESIDAD

Escobarin S

Sanatorio El Carmen, Argentina.

Introducción: LES es una enfermedad sistémica autoinmune que puede comprometer todo el aparato respiratorio, vía aérea, lecho vascular, parénquima, pleura, músculos respiratorios.

El síndrome de pulmón encogido es una infrecuente complicación del LES. Sus características clínicas son: disnea, ortopnea, dolor pleurítico, disminución de la fuerza muscular respiratoria, pruebas funcionales respiratorias de tipo restrictivo, rx de tx con disminución de volúmenes, radioscopia diafragmática con disminución de su excursión, tacar tx sin alteraciones.

Tampoco se destaca su asociación con asma bronquial alérgica crónica persistente.

Palabra clave: pulmón encogido, LES, asma bronquial controlada, obesidad.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 43 años de edad residente en Tartagal, Salta interior, con diagnóstico de LES, año 2010, tratado con deflazacort a 30 mg por día. Antecedente de asma bronquial crónica persistente controlada desde 2008 asociada a rinitis alérgica e IG E sérica de 780. IMC: 47,2.

Año 2008: espirometría. PreB2 CVF 76%. VEF1 67%. PostB2 CVF 81%. FEV1 83%. Franca respuesta a B2 adrenérgicos. Tratada con salmeterol 50, fluticasona 500 a 2 dosis por día y fluticasona nasal en aerosol. Episodios de exacerbación aguda en 2013 atendidos en su localidad y sin referencia de reiteración durante 2014, realizando tareas laborales docentes y domésticas habituales sin disnea.

Controlada por reumatología y neumonología de tres a cuatro veces por año durante el 2014; no presentó al interrogatorio disnea, tos, sibilancias persistentes, internaciones ni infecciones respiratorias bajas. Su examen físico reveló peso estable, fosas nasales permeables, tórax y pulmones con expansión leve a moderada, disminución de expansión y murmullo vesicular presente sin ruidos agregados. Espirometría Pre B2 CVF 80%. FEV1 83% FEV1FCV 80. postB2. CVF 80%. FEV1 97%. Franca respuesta a B2. Continuando con salmeterol, fluticasona, deflazacort a 30 mg por día, omeprazol. Radiografía de tx sin particularidades.

Año 2015: concurre por disnea CF II-III de inicio 60 días antes, sin tos. Examen físico, sin cianosis, disnea C F II III. Tórax y pulmones con expansión y murmullo vesicular muy disminuidos universalmente y sin ruidos agregados.

Espirometría. PreB2. decúbito dorsal CVF 56%. FEV1. 54%. PreB2. sentada CVF 64%. FEV1 60%. postB2 CVF 65%. FEV1 65%.

Se sospecha ante estos síntomas y nuevos resultados espirométricos la aparición de síndrome de pulmón encogido. Se solicitan estudios.

Rx de tx con disminución de volúmenes pulmonares. (foto1) Radioscopia diafragma: "ambos hemidiafragmas elevados a predominio derecho con disminución del volumen pulmonar. Disminución de la excursión y movilidad de ambos diafragmas en axima inspiración y espiración a predominio derecho". Ecografía diafragma: disminución de la excursión bilateral apredo inio derecho.

Tacar tx. Bronquiectasias cilíndricas en ambos lóbulos inferiores, patrón en mosaico en campos superiores y edios. atrapamiento aéreo? (foto 2)

Ecodoppler cardíaco normal.

Se inicia tratamiento con meprednisona a 60 mg por día y ciclofosfamida. De acuerdo con reumatología, se diagnostica síndrome de pulmón encogido y se atribuyen los nuevos síntomas, signos y estudios al mismo.

Se mantiene tratamiento para asma y rinitis alérgica sin cambios. La paciente no ha regresado a control.

Conclusión: el síndrome de pulmón encogido mantiene aún contronversias a causa de su pobre notificación. Debe sospecharse siempre en un paciente con diagnóstico de LES y disnea no explicable. Su pronóstico puede ser muy favorable con tratamiento oportuno.

Su asociación con asma bronquial puede enmascarar su existencia por superposición sintomática, debiendo diferenciarse adecuadamente.

PP 291- EVALUACIÓN DE ALERGIA EN EL ULTRAMARATÓN ACONCAGUA

Ortiz Naretto AE², Donato S², Duplessis R², Figueroa JM², Der Parsehian S⁴, Bertone Uña AL⁴, Vilaríño MF, Pereiro MP^{4,5}

¹ Hospital Muñiz, Argentina. ² Asociación Andina de Medicina para la Altura, Argentina. ³ CIRES, Argentina. ⁴ HMIR Sardá, Argentina. ⁵ HIGA P. Fiorito, Argentina.

Introducción: las enfermedades alérgicas son reportadas con mayor frecuencia en atletas que en la población general, alcanzando valores mayores al 54,8% en disciplinas de resistencia, como el esquí de fondo y los maratones. Estas características deberían ser comunes a los participantes de ultramaratones de altura como la que se desarrolló en noviembre de 2014 en el cerro Aconcagua (Mendoza, Argentina) (UMA). En el UMA se recorrieron 25 o 50 km, partiendo desde Puente del Inca (3200 msnm) con un desnivel de 1590 m.

Objetivo: evaluar la presencia de alergia en un grupo de atletas que participaron en el UMA.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio de prevalencia de alergia en un grupo de participantes del UMA, atletas de elite, que para su participación requerían un examen previo de buena salud y demostrar experiencia en montañismo. La evaluación se realizó a través del test Aqua[®]: cuestionario de 25 preguntas validadas por expertos que proporciona una herramienta fiable para evaluar la prevalencia de alergia en atletas (Bonini M et al. Med. Sci.Sports Excer., (41)5,1034-41,2009) y extracciones de sangre previas a la competencia para: recuento de eosinófilos y medición de IgE total y, cuando correspondiera, la específica in vitro por medio de un test de cribaje cualitativo (Stallertest[®]-Biomerieux[®]) que utiliza diez pneumoalergenos y los evalúa simultáneamente: Abedul, Olivo, Dactilo, Parietaria, Artemisa, Gato, Perro, Dermatophagoides pteronyssinu, Alternaria y Cucaracha. Los resultados se expresan como promedio y rango. Se consideró significativo: p < 0,05.

Resultados: el grupo evaluado fue de 31 atletas, entre ellos, 14 mujeres; edad: 41 años (28-62); presentaron un test de Aqua[®] mayor a 5 en 6 participantes (18,8%) con un rango entre 5 y 11. Ninguno manifestó haber sido diagnosticado como asmático previamente ni haber tomado antihistamínicos. En 13 de 31 (42%) de los corredores se observaron valores de IgE mayores a 30, que justificaban la realización de test in vitro específicos para alergia, siendo positivo en un caso con test Aqua[®] de 4. En ningún caso hubo un valor absoluto aumentado de eosinófilos en sangre. El valor promedio de IgE en los participantes con test Aqua positivo fue de: 50 (7-104), y en los negativos: 40 (2-219) p:ns.

Discusión: en el Maratón de Londres de 2010, realizado a nivel del mar, se evaluó el test Aqua[®] observándose un 66% de los participantes con un test alto, mayor a 5 (Robson-Ansley P et al. Med. Sci. Sports Excer.,(44),6,999-1004,2012), datos que no concuerdan con los nuestros (18,8%). La alta performance que requieren los participantes de este tipo de eventos no se asocia con la menor incidencia de patología respiratoria, pero el perfil de alérgenos es diferente en la altura que a nivel del mar, siendo por esta razón un tratamiento recomendable en algunos pacientes alérgicos.

Conclusión: a pesar del bajo número de ultra-maratonistas evaluados, sorprendentemente, encontramos un bajo porcentaje de posibles pacientes alérgicos tanto desde la aplicación del test de Aqua[®], como por la medición de IgE o el recuento de eosinófilos.

PP 226- TRAQUEOBRONCOMEGALIA - SÍNDROME DE MOUNIER KUHN: REPORTE DE UN CASO EN LA INFANCIA

Monaldi G, Bernado E, Lampón S, Palmisciano V, Quintas S
HIEMI Mar del Plata, Argentina.

Introducción: la traqueobroncomegalia es una malformación poco frecuente del tracto respiratorio inferior, descrita por primera vez por Mounier Kuhn en 1932. Se trata de una dilatación excesiva de la tráquea y los bronquios principales hasta la cuarta generación.

Histológicamente se describe por atrofia o ausencia de fibras elásticas del músculo liso del árbol bronquial, lo que origina

insuficiencia en la porción membranosa y dilatación de su pared posterior.

Caso clínico: se presenta el caso de un paciente de 13 años con diagnóstico de vasculitis de Wegener con compromiso renal y pulmonar. En Rx y TAC de tórax se observa aumento de calibre traqueal y bronquios principales por >2 DS para la edad (Griscom) y áreas parenquimatosas de menor atenuación, atrapamiento aéreo y bronquiectasias difusas. La fibrobroncoscopia es la exploración de referencia en el diagnóstico (estructura y dinámica traqueal)

Conclusión: el interés del caso radica en su aparición en la adolescencia, ya que su presentación es en la 4ta -5ta década de la vida.

Si bien esta entidad no tiene tratamiento específico, un diagnóstico temprano previene o retrasa la aparición de las complicaciones. El tratamiento debe ser conservador mediante fisioterapia respiratoria y antibioticoterapia en infecciones, reservándose la cirugía para casos graves de mala evolución.

PP 107- NÓDULOS PULMONARES TRANSITORIOS

Meraldi A, Di Tullio F, Décima T, Grassi F, Salvado A, Chertcoff F
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: las etiologías de los granulomas pulmonares son múltiples. Para su diagnóstico, se requiere correlacionar datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos e histopatológicos. En la mayoría de las series, la causa más frecuente es la infección micobacteriana, y dentro de las no infecciosas, sarcoidosis. Cerca del 10% de los granulomas pulmonares permanecen sin diagnóstico etiológico.

Descripción del caso: paciente femenina de 42 años, tabaquista, con antecedente de trastornos de ansiedad, medicada con sertralina y clonazepam. Presenta registros febriles diarios asociados a astenia; realiza tratamiento antibiótico en forma ambulatoria, interpretándose el cuadro como neumonía adquirida en la comunidad, sin respuesta al mismo, por lo se decide su internación. A su ingreso se constata paciente hemodinámicamente estable, afebril. Examen físico sin hallazgos de relevancia. Se realiza laboratorio que evidencia anemia, leucocitosis 10700 glóbulos/mm³ con fórmula conservada, aumento de VSG 42 mm/h y de PCR 5,5 mg/dl. Función renal conservada, hematuria microscópica 30-40 hematíes por campo, proteinuria 0,42 g/24 h. En TAC de tórax se observan múltiples nódulos bilaterales, algunos con tendencia a cavitación.

Por sospecha de neumonía bilateral se toman hemocultivos que resultan negativos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, vancomicina y claritromicina. Por persistencia de registros febriles diarios, se realiza fibrobroncoscopia que no evidencia lesiones endobronquiales, BAL sin aislamientos microbiológicos, citológico negativo para células neoplásicas, BTB con escaso infiltrado inflamatorio crónico; hallazgos incharacterísticos.

La paciente persiste febril; se realiza ecocardiograma transesofágico sin evidencia de vegetaciones, serologías para HIV, hepatitis C y B negativas, VDRL y PPD no reactivas. Serología de histoplasmosis negativa.

Se solicita perfil inmunológico por presunción de vasculitis, que resulta negativo.

Por continuidad de registros febriles, se realiza tomografía de tórax, abdomen y pelvis luego de 5 días de realizada la primera. Se observa aumento del número y tamaño de nódulos y cavitaciones.

Se repite sedimento urinario con desaparición de hematuria y normalización de proteinuria de 24 h.

Se realiza toracoscopia video asistida en hemitórax derecho para toma de biopsia pulmonar: se observan lesiones nodulares en los tres lóbulos y se realiza biopsia del lóbulo superior e inferior sin hallazgos microbiológicos para gérmenes comunes, micobacterias y hongos; PCR para TBC negativa y anatomía patológica que informa granulomas necrotizantes con células gigantes, tinción BAAR negativa.

Por diagnóstico presuntivo de TBC, se decide iniciar tratamiento específico, que no se instaura por desarrollo de hepatitis agu-

da de causa no aclarada. Luego de normalizar el hepatograma, la paciente evoluciona afebril.

Se realiza nueva tomografía de tórax 15 días posteriores al ingreso.

Se observa reducción del número y tamaño de las lesiones. Por evolución favorable, se decide egreso hospitalario.

Conclusión: los granulomas son la causa de la mayoría de los nódulos pulmonares benignos, aunque entre un 25 y un 10% permanecen sin diagnóstico. Las causas más frecuentes son las infecciones micobacterianas, por hongos, y la sarcoidosis. En el caso presentado, no se obtuvo diagnóstico de los granulomas y estos se resolvieron espontáneamente. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática, con resolución tomográfica de las lesiones y en seguimiento ambulatorio.

PP 202- DIVERTÍCULOS TRAQUEALES Y BRONQUIALES. SERIE DE CASOS

Quintero Hoyos C, Villarreal JC, Castro HM, Orazi L, Precerutti JA
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: los divertículos traqueales son quistes de aire paratraqueales, de etiología y fisiopatología aún desconocida. La localización más frecuente es la pared posterolateral derecha de la tráquea en el cruce cervicodorsal. Debido a su ubicación predecible y apariencia, deben distinguirse fácilmente de las lesiones patológicas como neumomediastino.

Hay 2 tipos: congénitos y adquiridos. La prevalencia estimada es de alrededor de 0,5% - 2,38% de acuerdo con la serie analizada. Los divertículos bronquiales pueden ocurrir por debilidad de la pared bronquial causada por agentes infecciosos o por fumar. El objetivo es analizar las características clínicas, radiológicas y el examen funcional respiratorio en 4 pacientes candidatos a trasplante pulmonar que presentaban divertículos bronquiales.

Caso 1: paciente de 39 años, de sexo femenino, no tabaquista. Candidata a trasplante pulmonar por bronquiectasias adquiridas no asociadas a fibrosis quística.

Cuadro clínico: disnea progresiva hasta clase funcional II en los últimos 3 años, asociada a infecciones respiratorias a repetición. Espirometría: FVC: 1,51 (36%), VEF1: 0,93 (27%), IT:61 (71%). Patrón mixto con obstrucción muy severa y FVC disminuida en forma severa.

Test caminata: 344 metros, Borg: 6, Sat: basal 90% y disminuyó a 85%.

Tc tórax: dilataciones bronquiales en lóbulo superior izquierdo, múltiples formaciones diverticulares en ambos bronquios fuente, ramos lobares y en sector posterior lateral de la tráquea derecha.

Caso 2: paciente de 24 años, de sexo femenino, no tabaquista. Candidata a trasplante pulmonar por bronquiectasias bilaterales adquiridas no asociadas a fibrosis quística.

Cuadro clínico: inicia a los 12 años con infecciones respiratorias, progresión de disnea hasta clase funcional IV; utiliza oxigenoterapia domiciliaria hace 1 año.

Espirometría: FVC: 1,66 (46%), VEF1: 0,86 (28%), IT: (71%). Patrón mixto con obstrucción muy severa y disminución de la FVC en forma severa.

Test de caminata: 380 metros, Borg 7. Sat basal 89%, disminuye a 78%.

Tc tórax: dilataciones bronquiales bilaterales a predominio en lóbulos medios e inferiores, múltiples dilataciones diverticulares en los ramos bronquiales lobares derechos, en menor proporción izquierdo y a nivel subcarinal.

Caso 3: paciente de 37 años, de sexo masculino, extabaquista (15 paquetes/año). Candidato a trasplante pulmonar por bronquiectasias adquiridas no asociadas a fibrosis quística.

Cuadro clínico: neumonías desde la infancia, progresión de disnea hasta clase funcional III, utiliza oxigenoterapia domiciliaria hace 2 años.

Espirometría: FVC: (51%), VEF1: 0,86 (33%), IT: 0,64. Patrón mixto, con obstrucción muy severa y FVC disminuida en forma moderada.

Test de caminata: 300 metros, Borg: 6, sat basal: 90%, disminuye a 84%.

Tc tórax: bronquiectasias bilaterales y enfisema. Y en la reconstrucción virtual, múltiples imágenes saculares en ambos bronquios fuente.

Caso 4. Paciente de 37 años, de sexo masculino, no tabaquista. Candidato a trasplante pulmonar por fibrosis quística.

Cuadros obstructivos recurrentes desde los primeros años de vida, asociados a diarrea crónica que alterna con constipación. Requerimiento de oxígeno nocturno hace 7 años.

Espirometría: FVC: 1,65 (36%), VEF1: 1,20 (32%), IT: 69%. Patrón mixto. Obstrucción muy severa, con FVC disminuida en forma severa.

Test de caminata: 288 metros, Borg: 0-1. Sat basal 92%, disminuye a 84%.

Tc tórax: divertículo traqueal derecho de aproximadamente 54 mm de la carina, con un cuello de 5 y saco de 15 mm.

Conclusión: los divertículos se diagnosticaron en forma incidental en las tomografías torácicas de evaluación pretrasplante pulmonar. Todos los pacientes tenían en común como patología de base bronquiectasias, lo que sugiere una asociación con esta entidad. Probablemente por las infecciones respiratorias a repetición. Si bien el desarrollo de los divertículos se ha asociado al hábito del tabaco y al EPOC, en nuestra serie solo uno de los pacientes presentaba esta condición.

Solamente en dos de los casos presentados se evidenció por medio de broncoscopia la comunicación entre el divertículo y la luz traqueal; por lo que una broncoscopia normal no excluye el diagnóstico de divertículo traqueal.

PP 064- TRAQUEOMALACIA ADQUIRIDA SEVERA. UNA ENFERMEDAD INUSUAL

Sanchez A, Abdala J, Álvarez S, Barimboim E, González Fabrega J, Aporta L
Hospital Central de Mendoza, Argentina.

Introducción: la traqueomalacia es una enfermedad de la vía aérea central, en la que se desarrolla un ablandamiento o destrucción de los cartílagos de soporte, que se puede acompañar o no de alteración de las fibras elásticas de la pared posterior, las que se aproximan estrechamente, en especial durante la espiración. Causa disminución de por lo menos el 50% del área transversal de la luz de la tráquea. Se presenta un caso con este diagnóstico de nuestro hospital.

Caso clínico: paciente masculino de 60 años de edad, trabajador de la construcción, tabaquista (80 p/y), con criterios de bronquitis crónica, que consultó por disnea, tos productiva y fiebre. El cuadro tenía 20 días de evolución. La disnea fue progresiva hasta mMRC 3 (mínimos esfuerzos), tos con expectoración mucopurulenta y 38,5° de temperatura. La Rx de tórax no evidenció lesiones y la TC de tórax informó colapso de tráquea media-inferior. Por sospecha de traqueomalacia se realizó fibrobroncoscopia que la confirmó. La espirometría mostró limitación restrictiva de grado leve con curva flujo volumen normal.

Resultados: se presenta una enfermedad con una incidencia reportada de 12,7%, cuyo único factor causal detectado sería el tabaco y la bronquitis crónica. Según la clasificación de Murgu y Colt² (FEMOS), sería clase funcional III, secundaria, grave, en forma de creciente y localizada en la tráquea.

Conclusiones: se presenta una patología de vía aérea inusual con diagnóstico por imágenes, no sospechado clínicamente; se discuten opciones de tratamiento.

PP 151- PET-TC EN TOXICIDAD PULMONAR POR BLEOMICINA

Karlen H, Difiippo H, Guillén J, Medinacelli E, Hernández M, Solís Aramayo M, Quadrelli S
Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: la bleomicina es un agente citotóxico empleado en el tratamiento de linfomas y carcinomas. La toxicidad pulmonar ocurre entre el 4% y el 46%, con una tasa de mortalidad de hasta el 27% según la serie analizada. Las principales manifestaciones incluyen el daño alveolar difuso con insuficiencia respiratoria, neumonitis crónica con fibrosis, neumonía en organización y neumonía por hipersensibilidad. El diagnóstico es de exclusión, basado en hallazgos clínicos, radiológicos y pruebas de función

pulmonar. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de la afectación pulmonar se encuentran la dosis acumulada del fármaco, radiación reciente, oxigenoterapia, edad avanzada, insuficiencia renal, historia de tabaquismo, enfermedad pulmonar subyacente, el uso de factores estimulantes de colonias granulocíticas y la presencia de hipoalbuminemia.

Caso clínico: paciente masculino de 63 años, comerciante, consulta por disnea mMRC 2 y tos seca de 15 días de evolución. No refiere fiebre, ni expectoración. Extabaquista de 60 paq/año. Antecedente de linfoma de Hodking en tratamiento con bleomicina, doxorubicina, vinblasina y dacarbazine (ABVD). Se realizó quinto ciclo dos semanas previas a la consulta. En el examen físico presenta rales crepitantes secos bilaterales, predominio basal. Sat. O₂ 94% (0,21). En el PET-TC realizado para control de su enfermedad se evidencia aumento de la captación de 18-FDG en ambas bases pulmonares, con un índice de SUV máximo en 5,2. Dicho hallazgo se correlaciona con patrón en vidrio esmerilado bilateral de predominio basal e imágenes reticulares periféricas en la TC de tórax de AR (TCAR). El examen funcional respiratorio muestra un patrón restrictivo moderado con disminución de la DLCO (FVC 2,45L, 54%; FEV1 1,98L, 58%; FEV1/FVC 81; TLC 3,94L, 58%; DLCO 32%). Se realiza cultivo de esputo para gérmenes comunes y BAAR y hemocultivos negativos. En el análisis de laboratorio no presenta datos relevantes. Ante sospecha de toxicidad pulmonar, suspende el esquema terapéutico con bleomicina e inicia tratamiento con meprednisona 1 mg/kg, con mejoría del cuadro clínico. En el control a los 3 meses se observa en el PET-TC disminución del tamaño y la captación (SUV máx 2,4) del radiofármaco a nivel de ambas bases pulmonares y mejoría de los parámetros respiratorios (TLC 5,03L, 75%; DLCO 4,77L, 44%). El cuadro se interpretó como neumonitis por bleomicina. Conclusión: la toxicidad pulmonar por bleomicina (TPB) no es infrecuente en pacientes que reciben quimioterapia. El tratamiento se basa en suspender la droga y corticoides a altas dosis. No existe un protocolo diagnóstico, siendo de exclusión. Los métodos utilizados principalmente son la TCAR y la DLCO, en pacientes que presentan síntomas respiratorios. Por lo tanto, la sospecha clínica favorece el diagnóstico y tratamiento oportuno. El uso del PET-TC representa un método que favorece la detección temprana de la TPB, aún en pacientes asintomáticos.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 06: ENFERMEDADES INFECCIOSAS 1

PP 295- PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL MISERICORDIA

Cervio V, Cadamuro G, Feyen X, Sarquis J, Garat R, Repetti J
Hospital Misericordia Nuevo Siglo, Argentina.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis*. La presencia de este bacilo es una condición necesaria pero no suficiente para que ocurra la infección en una persona. Por lo general intervienen otros determinantes, como el estado nutricional e inmunitario, las condiciones de hacinamiento, la escasa ventilación, entre otros; estos contribuyen a incrementar la probabilidad de que, en presencia del bacilo, ocurra la infección y, posteriormente, la enfermedad.

Es importante remarcar que existen diversos factores predisponentes de la tuberculosis, como lo es el hacinamiento, la malnutrición, el SIDA, los trastornos respiratorios crónicos, la DBT, el abuso de alcohol, el tabaquismo y las malas condiciones de vida. Todos estos alteran la homeostasis del sistema inmunitario lo que posibilita la aparición de la enfermedad.

A pesar del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, la tuberculosis en la actualidad sigue siendo un importante problema de salud pública, por el daño que provoca como causa de morbilidad y en menor medida de mortalidad.

El motivo de la realización de este trabajo fue conocer la prevalencia de TBC y los factores de riesgo asociados en pacientes internados en sala de clínica médica del Hospital Misericordia

Nuevo Siglo en el período de enero 2012 hasta enero 2015. Para ello se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en donde se utilizaron las frecuencias de cada uno de los eventos y se calcularon las estadísticas que permitieron las escalas de las variables en estudio.

La población bajo estudio estuvo constituida por todos los pacientes mayores de 18 años ingresados al servicio de clínica médica en el período citado anteriormente. En dicho lapso de tiempo hubo 924 ingresos a la sala y 27 de ellos presentaron diagnóstico de TBC. El grupo etario más afectado estuvo comprendido entre la segunda y la sexta década de la vida, con una edad media de 38 años y un franco predominio en varones.

Solo el 20% de los casos se presentaron en pacientes extranjeros; los mismos eran oriundos de Perú y Bolivia.

Además, más del 50% de los enfermos se encontraban desocupados y solo un 19% eran analfabetos.

Si bien solo el 44% de los enfermos presentaron baciloscopia positiva, el 83% de estos tenían antecedentes epidemiológicos de contacto directo o hacinamiento.

En nuestro estudio se observó que el 52% eran fumadores y el 44% alcoholistas.

De la totalidad de los casos de TBC; 7 padecían HIV, 3 DBT y 12 bajo peso.

El 56% presentó la forma clínica pulmonar y en los pacientes con HIV la presentación más frecuente fue la extrapulmonar.

PP 272- ÚLCERA CRÓNICA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO DE ORIGEN NO VASCULAR

Difillippo H, Guillen J, Karlen H, Villa J, Martín V, Hernández M, Solís M, Quadrelli S
Fundación Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: la tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica de la piel poco habitual. Actualmente se encuentra en aumento por la epidemia del HIV. Hay diferentes formas clínicas de aparición que dependen de cómo llega el bacilo a la piel y del estado inmunológico del individuo; puede ser exógena por inoculación del bacilo de una fuente externa o endógena, a partir de otro órgano a través de los ganglios linfáticos regionales. La forma ulcerosa se asocia a la tuberculosis pulmonar extensa y se trata de una reinfección endógena. El diagnóstico se realiza por la detección de un alto número de organismos ácido-alcohol resistentes en la biopsia cutánea y por el cultivo de las micobacterias que confirman el diagnóstico.

Caso clínico: masculino de 20 años de edad, estudiante de informática, HIV negativo, sin antecedentes patológicos, consulta por úlcera en cara externa de tobillo derecho, de bordes no definidos, con secreción serosa, de dos meses de evolución. Recibió múltiples esquemas antibióticos sin mejoría. Se asocia astenia y adinamia. Laboratorio sin leucocitosis, VSG 130, PCR 93,7, anemia microcítica e hipocrómica, resto sin particularidades. Rx de tórax con infiltrado alveolar en vértice izquierdo; TC tórax evidencia área con atenuación en vidrio esmerilado, infiltrados con patrón de árbol en brote en vértice izquierdo, sin adenomegalias mediastínicas. RNM de miembro inferior derecho en STIR, hiperintensidad de señal en maléolo externo, compromiso cortical y aumento de la señal de partes blandas adyacente, en T1 realce con contraste del maléolo peroneo y partes blandas adyacentes, correspondientes a tejido infeccioso inflamatorio.

FBC con BAL, gérmenes comunes y koch negativos, anatomía patológica mucosa bronquial de arquitectura preservada, leve edema, no presencia de granulomas ni células atípicas.

Se realiza toilette quirúrgica; anatomía patológica de hueso y partes blandas evidencia inflamación granulomatosa necrotizante de tipo tuberculoide, necrosis caseosa, ZIEHL NEELZEN no detecta microorganismos. Se interpreta cuadro como TBC cutánea con compromiso óseo; inicia tratamiento con 4 drogas, seguimiento ambulatorio con mejoría clínica e inicio de la cicatrización.

Conclusión: ante la presencia de infiltrados patológicos y úlcera de larga data que no responden a tratamientos antibióticos habitualmente indicados, debe sospecharse la posibilidad de etiología tuberculosa debido a la epidemiología regional. Sa-

biendo que la necrosis caseosa es una forma típica de necrosis en la tuberculosis y la mejoría clínica significativa ante la instauración del tratamiento antifímico, interpretamos la posible etiología de la misma.

PP 047- EQUINOCOCOSIS PULMONAR Y PARAVERTEBRAL FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD OLVIDADA

Chao C, García M, Gruss A, Gutiérrez M, Kierszenbaum M
Hospital Maciel, Cátedra de Neumología, Facultad de Medicina, Uruguay.

Introducción: la equinocosis continúa siendo de las zoonosis más frecuentes en países agrícola-ganaderos como el nuestro. La larva del *Echinococcus granulosus* es el parásito responsable de la misma. Si bien la topografía hepática seguida por la pulmonar son las más frecuentes, puede aparecer en variadas localizaciones que pueden coexistir. Se muestran 2 casos clínicos de similar presentación que combinan la afectación pulmonar y paravertebral.

Caso clínico 1: SF, 76 años. Procedente de zona urbana. Antecedentes de HTA, hipotiroidismo y artritis reumatoide. Lobectomía inferior derecha por equinocosis pulmonar en 2009. Cursando postoperatorio de prótesis coxofemoral izquierda, instala disnea progresiva, fiebre y dolor en hemitórax izquierdo. Dolor en columna toraco-lumbar de meses de evolución sin componente radicular. Al examen físico: eupneica, SpO₂ 96% respirando al aire, hipoventilación y submatidez en mitad inferior hemitórax izquierdo. Paraparesia flácida simétrica con reflejos osteotendinosos disminuidos y nivel sensitivo T9. Dolor exquisito a la palpación vertebral torácica y arcos costales izquierdos.

TC: múltiples nódulos pulmonares izquierdos polilobulados, algunos subpleurales, de densidad heterogénea. A nivel de columna torácica, proceso paravertebral con destrucción ósea y que invade el canal a nivel de T9. RM columna: proceso multiquístico paravertebral izquierdo a nivel de T9 con invasión del canal y el espacio peridural.

Caso clínico 2: SM, 50 años. Residente en zona suburbana hasta hace 25 años. Extabaquista, IPA 60. Enviado por radiología con masa pulmonar derecha. Asintomático en la esfera respiratoria. Dolor lumbar de 2 meses de evolución, progresivo, con características orgánicas e irradiación a miembro inferior izquierdo que impiden la deambulacion. Agrega incontinencia urinaria. Al examen paresia e hipoestesia de miembro inferior izquierdo, dolor intenso a la palpación L4-L5 y sacro. Sin hallazgos patológicos en lo pleuropulmonar.

TC: masa en lóbulo medio de márgenes bien definidos y contornos polilobulados, densidad heterogénea entre -40 y 20 UH de 29x53x59 mm. Nódulo de densidad partes blandas de 7 mm en lóbulo superior derecho. Extensa destrucción ósea a nivel de L5, sacro e iliaco. Fractura de hueso iliaco a derecha. El canal se encuentra ocupado por imagen de densidad partes blandas a nivel L5 y S1.

RM: extensas imágenes quísticas paravertebrales que ocupan forámenes con compromiso intracanal extradural desde el espacio intervertebral L3-L4 hacia caudal que comprimen el saco dural y las raíces de la cauda equina.

En ambos casos, con planteo de equinocosis pulmonar y paravertebral se realiza cirugía de decompresión medular con laminectomía y extracción de vesículas intracanal. Se asoció tratamiento médico con albendazol antes y después del procedimiento.

Conclusión: en las 2 situaciones, los hallazgos imagenológicos pulmonares motivaron la consulta con neumólogo. Ambos planteos diagnósticos iniciales se orientaron a una enfermedad neoplásica diseminada, siendo la RM quien develó el diagnóstico.

La baja frecuencia actual de la enfermedad impidió reconocer sus imágenes características, pero debemos estar familiarizados, ya que en países de América Latina no se ha erradicado aún y sus recurrencias son frecuentes.

La afectación pulmonar pasa a un segundo plano, siendo prioritario por su impacto pronóstico el tratamiento quirúrgico decompresivo medular. Es fundamental el tratamiento médico con azoles para disminuir los riesgos perioperatorios.

PP 093- DISEMINACIÓN BRONQUIALVEOLAR INFECCIOSA POR *KLEBSIELLA BLEE* DE LA COMUNIDAD

Medinacelli E, Guillen J, DiFilippo H, Karlen H, García A, Quadrelli S
Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: las infecciones por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido son un problema emergente en la comunidad y un alto porcentaje de estos aislamientos son causa de infección urinaria. El perfil de multirresistencia que expresan estas cepas limita las alternativas para el tratamiento oral de las infecciones comunitarias. Existen factores predisponentes en pacientes con enfermedad crónica, metabólica, renal, hepatopatía o EPOC.

Caso clínico: mujer de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquista, epidemiología con TBC.

Comienza con fiebre, tos seca, sudoración nocturna, disnea; de aproximadamente una semana de evolución.

TAC de tórax con el signo del árbol en brote

Laboratorio: hto: 39%, g. blancos: 6900, glucemia: 158, P02:66 mmHg, VSG: 80, HIV: negativo.

Inicia tratamiento con AMS/claritromicina.

Baciloscopia/lavado bronquial y bronquioalveolar: negativo; BAAR; hemocultivos negativos.

Cultivo para gérmenes comunes: *klebsiella pneumoniae* blec + R/C: >100.000

Con buena evolución clínica y radiológica.

Se decide el alta sanatorial y seguimiento por consultorios externos.

Conclusión: en los últimos años se ha producido un incremento de los aislamientos de cepas de *Klebsiella pneumoniae* productoras de betalactamasas de espectro extendido, posiblemente en relación con el uso generalizado de cefalosporinas. Además se ha sugerido que la presión antibiótica global o la que ejercen, por ejemplo, las quinolonas, podrían justificar la diseminación de estas cepas. Desde su aparición en 1983, las cepas productoras de BLEE se han considerado como patógenos nosocomiales, sin embargo, actualmente, las infecciones por enterobacterias productoras de BLEE son un problema emergente en la comunidad. El cuadro clínico en cuestión nos debe llevar a concluir que es necesario interpretar con suma cautela los resultados del examen clínico y que la única forma de diagnosticar con certeza es la suma de exámenes complementarios.

Para concluir se puede decir que si bien los síndromes de neumonías atípicas existen y pueden separarse en grandes grupos de pacientes, ellos tienen un importante grado de superposición en cuanto a etiologías, lo que impide que puedan ser empleados con seguridad para tomar decisiones terapéuticas.

PP 204- ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD: UNA AMENAZA CRECIENTE

Caddeo G, Huseby C, Mercado S, Cobresi E, Douglas Nazareno NG
Hospital Vera Barros, Argentina.

Introducción: la identificación del Estafilococo aureus meticilino resistente (SAMR) es cada vez más frecuente en neumonías asociadas a cuidados de la salud, aunque recientemente ha sido encontrado también en neumonías de la comunidad en pacientes previamente sanos y sin factores de riesgo. Este germen suele producir cuadros graves, con afectación pulmonar necrotizante, cavitaria, eventualmente con derrame pleural, hemoptisis y muchas veces con desenlace fatal. La alta morbilidad y mortalidad de esta infección está mediada por una exotoxina generada por el microorganismo. Puede haber coexistencia con cuadros influenza y puede presentarse junto con infecciones de la piel o dar manifestaciones cutáneas (rash eritematoso o pústulas).

Caso: paciente de sexo femenino de 62 años no fumadora, que no reconocía otros hábitos tóxicos.

Refería antecedentes de HTA y asma pobremente controlada por lo que recibía frecuentes ciclos de corticoides sistémicos.

Consulta por disnea (mMRC II-III, en ese momento), tos con expectoración mucopurulenta y fiebre de aproximadamente una semana de evolución.

Al examen físico estaba lúcida y orientada, con una frecuencia respiratoria de 26 x', cardíaca de 106 x' y T° de 37°. En la auscultación respiratoria presentaba roncus y sibilancias bilaterales con crepitantes y subcrepitantes bibasales.

Se realizó Rx. de tórax que mostraba opacidades de aspecto alveolar bilaterales en tercio inferior de ambos campos pulmonares.

En el laboratorio básico tenía un hto de 28%, hb 8,6, GB: 20.000, VSG 65 mm, urea: 62 y creatinina: 0,73. Los gases en sangre arterial indicaban PH: 7.34, PO₂: 68, PCO₂: 34 y BIC: 27.

Con diagnóstico de NAC se interna en sala común y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y claritromicina, además de terapia para exacerbación de asma con corticoides EV y nebulizaciones con broncodilatadores.

Se extrajeron muestras de esputo para BAAR, hongos y gérmenes comunes y se recolectó también material para hemocultivo.

Al tercer día de tratamiento, todavía sin evolución favorable por persistencia de la fiebre y la disnea, se realiza TAC de tórax que evidenciaba múltiples imágenes cavitarias bilaterales. No se observaba derrame pleural ni adenopatías mediastinales.

Se rota tratamiento antibiótico a ceftazidima, amikacina y clindamicina.

Posteriormente se recibe resultado del análisis de esputo que informaba BAAR (-) y cocos gran (+) identificado como *Estafilococo aureus* meticilino resistente.

Tras recibir dicho resultado, en función de la condición delicada de la paciente, se decide la derivación a un centro de mayor complejidad donde fallece a los 7 días de ingresada.

Conclusión: sería importante que el médico identifique a pacientes que tienen factores de riesgo para que un proceso neumónico de la comunidad pueda ser causado por gérmenes multirresistentes y coloque en consecuencia el tratamiento empírico adecuado. Es conocido que el retardo de la terapéutica apropiada se asocia con un incremento de la mortalidad.

Sin embargo, los criterios para instaurar de inicio una terapia de amplio espectro siguen siendo motivo de controversia.

Las neumonías extrahospitalarias por SAMR constituyen una condición que emerge cada vez con mayor frecuencia y genera un problema de salud importante debido a su gravedad y mortalidad

PP 238- TUBERCULOSIS EN TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS ALOGÉNICAS

Buffarini L, Jiménez Salazar J, Faraldo J, Fernández RN, Quiroga JR, Busaniche MA, Pascansky VD, Sáenz CB
Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, C.A.B.A, Argentina.

Introducción: a pesar de los avances en el manejo de los pacientes sometidos a trasplante de células hematopoyéticas (TCH), las infecciones son aún la primera causa de muerte en el 20% de los trasplantes alogénicos. Estas dependen de diferentes factores: el tipo de trasplante, el tiempo transcurrido y la presencia de complicaciones tales como la enfermedad de injerto contra huésped (EICH).

Caso clínico: paciente masculino, de 35 años, con diagnóstico de leucemia mieloide crónica, presenta como antecedentes crisis blástica, por lo que recibe TCH autólogo y tratamiento inmunomodulador; reactivación de infección por citomegalovirus (CMV), recibiendo valganciclovir por 14 días; y EICH leve, sin requerimiento de tratamiento en el postrasplante inmediato. En día +83 postrasplante, es internado por sepsis a foco respiratorio. Al examen físico, se presenta febril, con regular mecánica ventilatoria e hipoventilación en campo superior derecho, saturando a aire ambiente al 99%.

TACAR de tórax: consolidación en segmentos BR1 y 2.

Laboratorio: bicitopenia (anemia y plaquetopenia).

Se toman hemocultivos para gérmenes comunes y hongos y se inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam.

Evoluciona persistentemente febril, con mala mecánica ventilatoria y requerimiento de oxígeno con FIO₂ al 50%.

Ante la negatividad de los cultivos, se decide realizar fibrobroncoscopia (FBC) con LBA, rotar antibiótico a imipenem e iniciar caspofungina.

En día +106, sin rescates bacteriológicos al momento, se recibe resultado de carga viral en sangre para CMV por PCR de 1.800.000 copias, por lo que se agrega ganciclovir al esquema de tratamiento (imipenem, posaconazol y anfotericina liposomal). Evoluciona con tricitemia, persistiendo febril y en insuficiencia respiratoria tipo 1.

Nueva TACAR de tórax: persistencia de la consolidación en segmentos BR1 y 2. Opacidad en vidrio esmerilado con broncograma aéreo en todo el LII y en segmento BR 10.

Por progresión radiológica, en día + 116 se decide realizar nueva FBC con LBA y BTB, obteniéndose en LBA 1.150.000 copias de CMV.

Se interpreta infección respiratoria por CMV resistente a ganciclovir, por lo que se rota antiviral a foscarnet.

Evoluciona favorablemente, con descenso de la carga viral a 23.000 copias en día +125 postrasplante y +13 de foscarnet.

En día +140, comienza nuevamente con registros febriles. Se reevalúa y en TCAR de tórax se observa: disminución de la consolidación en LSD y progresión de las imágenes en LII y LID, recibiendo ese mismo día informe del cultivo del LBA positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Conclusión: la tuberculosis es poco común en el TCH, su incidencia es diez veces inferior a la que ocurre luego del trasplante de órgano sólido. En Argentina, en 2010, se confirmó tuberculosis en el 0,1% de los pacientes con TCH alogénicos. Esta infección se manifiesta tardíamente, a partir de los 90 días postrasplante. Se ha observado una mayor predisposición en pacientes con: TCH alogénicos, EICH crónica con más de 100 días de trasplante, irradiación corporal total y tratamiento con corticoides.

PP 241- TRICHODERMA SPP. CAUSA POCO FRECUENTE DE MICETOMA PULMONAR

Jiménez JJ, Buffarini L, Faraldo J, Fernández RN, Quiroga JR, Busaniche MA, Bravo MA, González CD, Vitale R, Afeltra J, Sáenz CB

Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, C.A.B.A, Argentina.

Introducción: los micetomas pulmonares consisten en masas compuestas por micelios, células inflamatorias, fibrina, mucus y detritos celulares, que se desarrollan en cavidades preformadas. Si bien el *Aspergillus spp.* es el agente etiológico más común, otras especies pueden colonizar estas cavidades y formar bolas fúngicas.

Caso clínico: se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 61 años, oriundo de Perú, con antecedentes de tuberculosis pulmonar con tratamiento completo en 1998 y secuelas biapicales. Consulta al servicio por episodios de hemoptisis intermitente. Al examen físico presenta buena mecánica ventilatoria, disminución de la expansión de base izquierda, soplo apical derecho y saturación de oxígeno al aire ambiente de 98%. Niega signos sintomatología acompañante como fiebre, equivalentes febriles, sudoración nocturna o pérdida de peso. En la radiografía de tórax se observa pérdida de volumen y retracción en ambos campos superiores, con una opacidad homogénea en campo superior izquierdo de bordes poco definidos. Como hallazgo positivo de laboratorio, se menciona aumento de la eritrosedimentación (VSG: 71 mm). Tanto las baciloscopías seriadas como el cultivo de esputo para BAAR resultan negativos. Se solicita TACAR de tórax, donde se observa destrucción de ambos lóbulos superiores y una masa homogénea alojada dentro de una cavidad en el lóbulo superior izquierdo (LSI), compatible con bola fúngica.

Se realiza fibrobroncoscopia con LBA, obteniéndose en el directo hifas compatibles con *Aspergillus spp.*, por lo que se inicia tratamiento con itraconazol. A los 30 días se recibe resultado final de cultivo micológico positivo para *Trichoderma spp.* Se plantea en ateneo la realización de embolización y posterior lobectomía superior izquierda.

Conclusión: *Trichoderma spp.* es un hongo filamentoso que raramente resulta patógeno para el hombre. Las infecciones reportadas se han relacionado con tratamiento inmunosupresor y a diálisis peritoneal. No se han encontrado reportes de bola fúngica por *Trichoderma spp.* descriptos en pacientes inmunocompetentes. Palabras clave: Trichoderma, micetoma.

PP 243- MORTALIDAD DE LA NEUMONÍA CAVITADA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NACC) EN UN HOSPITAL GENERAL

Karlen H, Guillén J, Di Filippo H, Medinacelli E, Heres M, Hernández M, Solís Aramayo M, Quadrelli S

Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: las NACC son entidades graves que se presentan más frecuentemente en pacientes añosos o con comorbilidades. El absceso de pulmón y la neumonía necrotizante representan diferentes fases de un mismo proceso. Distintas instituciones asisten diferentes tipos de pacientes que pueden tener un perfil de enfermedad y gravedad diferentes.

Objetivo: identificar factores pronóstico en pacientes internados por NACC en un Hospital General.

Material y Métodos: se analizaron en forma consecutiva y prospectiva todos los pacientes mayores de 18 años admitidos desde febrero de 2013 a abril 2015 con sospecha de neumonía aguda infecciosa de la comunidad (NAC) (fiebre, leucocitosis, dolor torácico) y lesiones cavitarias pulmonares con datos clínicos y bacteriológicos completos, que tuvieran BAAR negativo.

Resultados: se incluyeron 28 pacientes (53,8 ± 20,1, rango 24-84 años). Un 57,1% de los pacientes eran varones, 46,6% habían perdido peso y 46,1% eran tabaquistas activos. Las comorbilidades más frecuentes fueron: neoplasias (25%), diabetes (17,8%) y EPOC (21,4%). Solo el 7,1% presentaban deterioro cognitivo y 3,1% eran HIV positivo al momento del diagnóstico. Un 14,7% consumían más de 70gr/d de alcohol y 7,1% reconocían el uso de drogas ilícitas. El rescate diagnóstico del esputo fue en el 2%, de 21 muestras obtenidas. Se realizó FBC con BAL en 57,1% de los pacientes pero la misma obtuvo rescate bacteriológico en solamente 7,1%. El promedio de días de internación fue 27,4 días (rango 9 a 116) y la mortalidad hospitalaria fue del 25%. En el laboratorio, el 75% tenía leucocitosis, el 25%, anemia y el 28,6%, trombocitosis. En un modelo de regresión logística ni la edad (p=0,205) ni la presencia de deterioro cognitivo (p=0,999), pérdida de peso previo (p=0,991), neoplasia asociada (p=0,299), EPOC (p=0,780), VIH + (p = 0,999) o consumo de drogas ilícitas (p= 1,000) predijeron la mortalidad.

Conclusiones: la NACC es una entidad grave en cualquier grupo etario y con cualquier factor predisponente y está asociada a una elevada mortalidad intrahospitalaria. El uso de FBC no aumentó significativamente el rescate de microorganismos.

PP 269- DE 1998 A 2015, DIFERENCIAS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) DURANTE UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Burgos D¹, Casey A¹, Perín MM¹, Pulido L¹, Membriani E¹, García S², Famiglietti A², Vay C², Gallo L³, Entrocassi C³, Rodríguez Fernepin M⁴, Yarrayor C⁴, Irrazábal C⁵, Capdevila AA⁵, Luna CM⁵

¹ Departamento de Medicina, División Neumología, Hospital de Clínicas, UBA, Argentina. ² Departamento de Bioquímica Clínica, División Bacteriología, Hospital de Clínicas, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA., Argentina. ³ Departamento de Bioquímica Clínica, División Inmunoserología, Hospital de Clínicas, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA., Argentina. ⁴ División Urgencias, Hospital de Clínicas, UBA, Argentina. ⁵ División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas, UBA, Argentina.

Introducción: hay pocos estudios sistemáticos y comprehensivos de la etiología de NAC, de la población que la sufre y los patógenos predominantes respecto del pasado. Analizamos parte de los datos obtenidos en 6 meses en un estudio prospectivo en NAC investigando la etiología. Se compararon algunos hallazgos con hallazgos de 1998.

Métodos: se estudiaron mayores con NAC ambulatorios o internados, atendidos en la guardia, que presentaban un infiltrado radiográfico y los criterios confirmatorios: un "criterio mayor" (tos, expectoración o fiebre >37,8 °C) o 2 "criterios menores" (dolor pleurítico, disnea, confusión, consolidación o leucocitosis >12.000/mm3). Se obtuvieron: historia clínica; directo y cultivo de especímenes respiratorios, sangre y otros sitios y muestras para investigación de antígenos virales por anticuerpos monoclonales y/o estudios moleculares. Se reservaron sueros y orina para estudios serológicos, moleculares e inmunocromatográficos.

Resultados: comparando las NAC el primer semestre de 1998 vs 2015:

Pacientes: 163 (0,90 ptes/día) (75 varones, 46,0%); edad: 63,1 \pm 2 3,1; vs 87 pacientes (0,48 ptes/día) (46 varones, 52,9%); edad: 70,6 \pm 20,2 (p=0,009) respectivamente;

43 ambulatorios y 120 internados (100 en sala y 20 en UTI); 39 recibieron antibióticos previos VS. 18 ambulatorios y 69 internados (63 en sala y 6 en UTI) (p:NS); 17 recibieron antibióticos previos (p:NS).

Tenían comorbilidades: 73 (44,7%); (35 cardíaca; 40 respiratoria; 10 diabetes; 13 cáncer, 9 renal; 5 hepática) vs. 51 (53,1%) tuvieron comorbilidades (p=0,015) (21 cardíaca; 16 respiratoria; 12 diabetes; 11 cáncer, 5 renal; 4 hepática)

90 (55,2%) eran > 65 años; se detectó etiología en 71 (43,5%); 30 (14,1%) pacientes tenían vacuna antigripal y 7 (4,3%) antineumocócica, vs. 59 (67,8%) eran > 65 años (p=0,05). Se detectó etiología en 34 (40,0%) (p:NS); 27 (31,0%) (p=0,05) tenían vacuna antigripal y 16 (18,4%) anti-neumocócica (p<0,001).

Pacientes por día atendidos en la guardia: 102, vs. 68.

UTI: camas: 20 internados/mes: 71,8, edad: 65,2, APACHEII: 15,0, mortalidad 23,4%, vs. camas: 12 internados/mes: 51, edad: 70,8, APACHEII: 17,3, mortalidad 22,2%.

Conclusiones: se redujeron en un 46,6% el n.º de NAC atendidas en el hospital, un 35% el n.º de pacientes atendidos por día en la guardia y el 40% de las camas disponibles en UTI. La autogestión que adoptó el hospital que implica el cobro de aranceles a quienes no tienen cobertura, llevó a la reducción del número de camas de UTI y de pacientes atendidos en la guardia, lo que redujo el número de pacientes con NAC. La vacunación antigripal y antineumocócica en internados por NAC mejoró, pero sigue siendo deficiente. Los cambios en la etiología se deben al uso de estudios bacteriológicos más sensibles.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 15: ENFERMEDADES INFECCIOSAS 2

PP 100- EMBOLIAS SÉPTICAS PULMONARES POR FOCO ODONTÓGENO. REPORTE DE UN CASO

Malet Ruiz JM, Alberti ML, Lucchelli JM, Lombardi D
Hospital María Ferrer, Argentina.

Introducción: las embolias sépticas pulmonares (ESP) se deben a trombos sépticos transportados por el sistema venoso que se implantan en la vasculatura pulmonar. Aquellas secundarias a focos periodontales son de presentación infrecuente o, al menos, subdiagnosticadas. Se presenta



una paciente con ESP luego de una extracción molar. Caso clínico: se trata de una paciente de 39 años de edad, docente, no tabaquista. Consultó en la guardia de nuestro hospital por cuadro caracterizado por fiebre, dolor torácico y disnea de 8 días de evolución. Se solicitó radiografía de tórax que evidenció radioopacidades de tipo algodonoso, bilaterales y difusas. Como datos positivos al examen físico, se encontraba febril y presentaba disminución de vibraciones vocales en base derecha. En el laboratorio presentaba leucocitosis y aumento de la proteína C reactiva (PCR). Se decidió su internación en sala general. Al interrogatorio refirió haber sido sometida a una extracción molar programada, sin profilaxis antibiótica, 10 días antes de su consulta; y haber recibido tratamiento con ciprofloxacina por sospecha de infección del tracto urinario al presentar fiebre y dolor dorsolumbar bilateral.

Se tomaron hemocultivos (x4) y urocultivo, los cuales fueron negativos a posteriori, e inició antibioticoterapia empírica con vancomicina, clindamicina y ceftazidima. Se

realizó ecografía transtorácica (ETT), la cual fue compatible con la normalidad. Se solicitó TCAR de tórax en la que se evidenciaron múltiples imágenes de aumento de la atenuación, de distribución bilateral y difusa, predominando en la periferia, algunas con cavitaciones centrales. Dados los hallazgos tomográficos y el antecedente de extracción dental, se interpretó el caso como ESP secundarias a enfermedad periodontal.

Luego de 10 días de tratamiento antibiótico, la paciente evolucionó con franca mejoría clínica, descenso de glóbulos blancos y PCR; y TCAR de tórax control con disminución del tamaño de las lesiones antes descriptas. Se otorgó su egreso hospitalario con antibioticoterapia por 20 días.

Conclusión: las ESP secundarias a enfermedad periodontal se caracterizan por síntomas inespecíficos dentro de los 60 días posteriores a un procedimiento dental, hemocultivos negativos, ausencia de vegetaciones en la ETT y diversos signos tomográficos, indistinguibles de ESP por otros focos. El tratamiento debe orientarse a la remoción del foco y a antibioticoterapia sistémica por 2 a 6 semanas. Los antibióticos utilizados deben cubrir la flora bucal y la respuesta suele ser favorable.

PP 117- TUBERCULOSIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Rocchia Novillo MP, Bragado LA, Baldasarra RA, Martinez Delcaldo SV, Vega NV, Figueroa SB, Altieri HH
Hospital Centro de Salud "Zenón Santillán" Tucumán, Argentina.

Varón de 31 años. Antecedentes personales: con diagnóstico de sida sin TARV, candidiasis orofaríngea, pérdida de peso (15 kg en 2 meses), extabaquista, viajes frecuentes a Brasil. Derivado en agosto/2014 por neumonía adquirida en la comunidad (síndrome febril, tos seca) y gastroenteritis, de 1 semana de evolución. Al examen físico: regular estado general, desnutrido, febril (38 °C), subcrepitantes en base hemitórax derecho. Sat. 98% (FIO₂ 0,21). Lesiones erosivas en región interglútea y perianal.

Exámenes complementarios: GB: 20400 (N 90%, L 4%), LT CD4 2,9% (21 cél.) CV: 990000 copias.



Hemocultivo, urocultivo y coprocultivo: negativos. Cultivo de lesión de piel: negativo para hongos. Serología hepatitis B y C: no reactivos. Fibrobroncoscopia: no se observan lesiones endoscópicas. BAL: BAAR positivo y paracoccidiodioses brasiliensis positivo. Por lo cual, inicia tratamiento con 2HRZE/4HR e itraconazol. Evolución favorable.

Comentario: la paracoccidiodomycosis (PCM) o blastomycosis sudamericana es una micosis profunda que afecta a pacientes con inmunocompromiso, con mayor frecuencia HIV. Puede confundirse con otros procesos infecciosos, retrasando el diagnóstico y tratamiento, y aumentando la posibilidad de complicaciones tardías de la enfermedad. La combinación de PCM y TBC ha sido documentada; pueden ocurrir simultáneamente o en forma secuencial en un 5,5 a 19% de los casos.

PP 232- NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECHII Y VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS

Avila A, Cristaldo L, Burgos J, Heres M, Bigot M, García A, Gonzalez A, Fielli M, Zapata A, Capece P
Hosp. Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Introducción: la infección respiratoria oportunista más común en pacientes con diagnóstico de infección por el virus de la

inmunodeficiencia humana (VIH) es la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJ). El rendimiento diagnóstico del lavado broncoalveolar (BAL) obtenido mediante fibrobroncoscopia (FBC) es cercano al 100%.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características clínicas, radiológicas y evolutivas en pacientes con VIH y confirmación bacteriológica de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* a través del BAL.

Material y Método: se analizaron en forma retrospectiva 107 pacientes con diagnóstico de VIH y rescate en el BAL de PJ, desde enero de 2005 hasta junio de 2015

Se analizó: edad, tiempo desde el diagnóstico de VIH, terapia antirretroviral previa, antecedente de neumonía por PJ y profilaxis, tiempo de evolución de los síntomas, características radiológicas, coinfección, PAFI y mortalidad.

Resultados: la edad media de los pacientes fue de 38,66 años; el tiempo promedio desde el diagnóstico de VIH hasta la internación fue de 6,57 años; en 47 (45,6%) pacientes el diagnóstico de VIH se realizó durante la internación; solo 18 (17,1%) pacientes se encontraban recibiendo terapia antirretroviral; 9,7% habían cursado previamente una neumonía por PJ; solo el 5,8% de los pacientes se hallaban en tratamiento profiláctico para PJ; el inicio del cuadro precedió en promedio 27,7 días a la internación; la mayoría de los pacientes (94,2%) presentaban compromiso bilateral en la radiografía del tórax; 24 (22,4%) pacientes presentaron coinfección (siendo el *M. tuberculosis* el primer germen); la media de la PAFI fue de 293,26; 18 (17,3%) pacientes fallecieron durante la internación.

Conclusiones: en un gran porcentaje de pacientes se diagnosticó VIH durante el curso de una neumonía por PJ que requirió internación. La FBC fue un procedimiento valioso, no solo para confirmar la presencia de PJ sino para diagnosticar coinfección y ajustar el tratamiento.

PP 181- COINFECCIÓN POR CRIPTOCOCO Y TUBERCULOSIS EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

Guzman C, Yusti G, Galperin A, Avila A, Idoyaga P, Asquineyer Y, Godoy M
Hospital Posadas, Argentina.

Introducción: en pacientes inmunocomprometidos, las infecciones pulmonares son comunes y han aumentado como resultado de mayor inmunosupresión, prolongada sobrevida, emergencia de patógenos resistentes y mejoría en las herramientas de diagnóstico.

Caso clínico: paciente masculino de 49 años con antecedentes de extabaquista, linfoma difuso de células B grandes amigdalino, estadio IV (diagnosticado en 2013), en tratamiento quimioterápico con R-DA-EPOCH (rituximab, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina), el cual interrumpe por regresar a su país de origen sin seguimiento médico.

Consultó a nuestro hospital, meses después, en mal estado general, por presentar cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por odinofagia asociado a disfagia a sólidos; se evidencia extensión de enfermedad de base, por lo que se realizó traqueostomía de urgencia.

Se realizó radiografía y tomografía de tórax: infiltrado alveolar en lóbulo inferior derecho con imagen cavitada en su interior. Se interpretó como infección por gérmenes comunes. Inició tratamiento antibiótico.



Se efectuó fibrobroncoscopia diagnóstica: sin lesión endoluminal, con aislamiento en el BAL de *Cryptococco neoformans*, se inició tratamiento con anfotericina, se rotó a fluconazol por presentar insuficiencia renal; con antigenemia negativa. Más tarde se obtiene cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, iniciándose tratamiento antifímico con cuatro drogas. Buena evolución clínica. Posteriormente realizó quimioterapia, con varias intercurencias de neutropenia y fiebre.

Conclusión: en pacientes inmunocomprometidos la coinfección por hongos y tuberculosis es poco frecuente, más aún como en el caso que presentamos, con una forma radiológica atípica y localizada. La realización de tomografía y métodos diagnósticos invasivos es necesaria para establecer un diagnóstico correcto.

PP 065- SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO E INFILTRADO PULMONAR

Cervantes Michel C, Guendulain S, Bermudez RA, Moyano V, Uribe Echevarría ME
Hospital Italiano de Córdoba, Argentina.

Paciente de sexo masculino de 63 de años de edad

APP: HTA- hipercolesterolemia

A. tóxicos: negativos.

A. quirúrgicos: negativos.

A. medicamentosos: enalapril 10 mg

A. epidemiológicos: viaje a Cancún (Méjico)

MC: fiebre, tos seca y astenia.

Paciente que comienza con fiebre, luego de permanecer 7 días en Cancún y 20 días previos a la consulta, acompañada de rinitis acuosa, tos seca y astenia; se diagnostica síndrome gripal e inicia tratamiento sintomático (descongestivos y antipiréticos). Febril persistente consulta nuevamente en centro de salud donde se realizan Rx de tórax y laboratorios y es internado con diagnóstico de NAC, tratado con teicoplanina y moxifloxacina (EV) durante 72 h y dado de alta con levofloxacina y sanamivir. Paciente con registros subfebriles regresa al país.

Laboratorio de internación (en Cancún): Hb 14 Hto 44 GB 13100 (linf 10/ mono 3/ Eo 2/ seg 81) plaq 212000 urea 42 creatinina 1,48 Ac anti dengue IgG e IgM negativos. Ac antitífico O y H negativos, paratíficos A y B negativos, Brucella y Proteus negativos, virus gripe A y B negativo (muestra nasal).

Al consultar en servicio de neumonología, paciente lúcido, vigil, O.T.E, normotenso, FC 80 lat.x', sat. de oxígeno 97%, T° de 37,8 °C. Se decide internación y se realiza:

RX de tórax: consolidación en LSD.

Laboratorio: Hb 12,5 Hto 36,2 GB 4420 CR 1,05 glucemia 106 ionograma 133/3,9/102 VSG 28 PCR 1,55 PCT 0,12 FAL 247 GGT 64 GOT 29 GPT 17 BT 0,25 BD 0,10 BI 0,15 LDH 557 EAB 7,49/29,3/-0,2/22/96/ 72,5

ANA y ANCA negativos. HIV negativo. Antígeno temprano para CMV: positivo 133/100000.

Hemocultivo y urocultivo: negativos

TACAR de tórax: opacidades alvéolo intersticiales a nivel del segmento posterior del lóbulo superior derecho y en ambas bases pulmonares. Hígado de forma y tamaño conservado; múltiples imágenes quísticas simples distribuidas de manera difusa. Ecografía abdominal: hígado de tamaño superior al normal, contornos regulares y ecogenicidad difusamente disminuida, inhomogénea con acentuación del brillo de las triadas portales "manguitos periportales", hallazgos compatibles con hepatitis. Bazo de dimensiones y ecoestructura normal.

Ecocardiograma: dilatación de cavidades cardíacas, hipertrofia excéntrica de ventrículo izquierdo.

BFC: secreciones mucosas en tráquea y bronquios, resto sin particularidades.

Biopsia transbronquial: parénquima pulmonar con áreas conservadas y otras con proliferación de fibroblastos jóvenes inmersos en un estroma laxa, a modo de cuerpos de Manson en la vía aérea distal y luces alveolares. A nivel septal se observa un discreto infiltrado inflamatorio mononuclear, con escasos polimorfonucleares neutrófilos y eosinófilos, macrófagos intraalveolares. No se observa granuloma, agentes biológicos, ni proliferación neoplásica. Biopsia trasbronquial con signos de neumonía organizada.

Interpretándose como “neumonía organizada por CMV”, no recibiendo tratamiento antiviral debido a que no presentaba enfermedad severa y después de permanecer 5 días internado asintomático y afebril, el paciente es dado de alta.

Regresa a control a los 15 días, asintomático; se observa persistencia de imagen radiológica, por lo que se decide tratamiento con metilprednisona a 40 mg/día (VO) durante 15 días. Se repite Rx de tórax a los 20 días con resolución de imagen.

Discusión: la neumonía por CMV es causa de morbilidad y mortalidad en pacientes inmunocomprometidos.

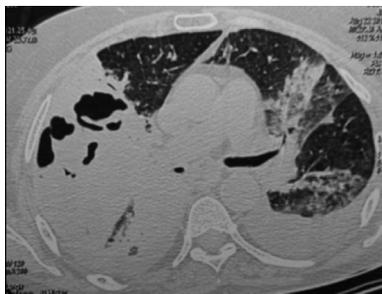
Este caso demuestra la importancia de considerar patógenos atípicos en pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad; a pesar de que el compromiso pulmonar no es frecuente.

No está especificado el tratamiento a realizar, solo se reserva para los casos graves y en relación con el costo-beneficio de su aplicación.

PP 102- ESPOROTRICOSIS PULMONAR, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL. REPORTE DE UN CASO

Malet Ruiz JM¹, Vetrivano ME¹, Lucchelli JM¹, Lombardi D¹, Rojas F², Giusiano G², Alberti ML¹

¹ Hospital María Ferrer, Argentina. ² Instituto de Medicina Regional, UNNE, Argentina.



Introducción: la esporotricosis es una micosis causada por el complejo dimórfico *Sporothrix schenckii*, que se caracteriza por lesiones cutáneas y subcutáneas, aunque existen casos con compromiso de otros órganos. Se presenta un caso de esporotricosis pulmonar en

una paciente inmunocompetente.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 65 años, oriunda de Resistencia, Chaco, ama de casa, extabaquista de 37 paq./año. Consulta a la guardia por cuadro de 3 días de odinofagia, tos con expectoración mucopurulenta y disnea. Se constata paciente hemodinámicamente inestable e hipoxémica. En la radiografía de tórax se observa radiopacidad en lóbulos medio (LM) y superior derecho (LSD) con broncograma aéreo. Evolucionó con shock séptico a foco respiratorio con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. Se realiza endoscopia con BAL para estudio microbiológico.

Por lenta resolución clinicorradiológica se decide derivación a nuestra institución.

Ingresa a terapia intensiva estable con saturación de 95% con oxígeno suplementario y con traqueostomía, respirando espontáneamente.

Se efectúa TACAR que evidencia derrame pleural bilateral; cavidad de paredes gruesas en LSD y LM; y consolidación asociada en lóbulo superior izquierdo.

Se solicita: serología HIV (negativa), proteinograma electroforético y dosaje de inmunoglobulinas, con resultados normales. Se recibe informe microbiológico de cultivo de BAL realizado en Chaco, donde se constata el desarrollo de colonias levaduriformes a 37 °C y de colonias color gris pálido a 28 °C, identificadas micromorfológicamente como *S. schenckii sensu lato*.

Se interpreta como esporotricosis pulmonar e inicia tratamiento con anfotericina, y continúa con itraconazol vía oral.

Luego de 50 días, por buena evolución clínica y radiológica, se le otorga egreso hospitalario, continuando tratamiento por vía oral de forma ambulatoria.

Conclusión: el complejo *S. schenckii* se encuentra en diversos tipos de vegetación y en el suelo. La esporotricosis es una micosis subcutánea cuya presentación más habitual es de localización linfocutánea, especialmente en sujetos que desempeñan tareas al aire libre. El compromiso pulmonar es muy poco frecuente en pacientes sin factores de riesgo claros como el expuesto en este caso; de ahí la importancia de tener en cuenta este diagnóstico en pacientes con neumonía de lenta resolución.

PP 069- NOVEL TRATAMIENTO PARA LA FIBROSIS QUIÍSTICA

Rizzo O, Mercuri Guillelmi M

Hospital María Ferrer, Argentina.

Introducción: FQ es una enfermedad hereditaria que afecta aproximadamente a 1 de cada 5.000 nacimientos, en la cual hay una deficiencia en la síntesis o el funcionamiento del regulador de conductancia de transmembrana (CFTR). Se trata de proteínas localizadas en la superficie de la membrana epitelial que actúan como canales reguladores de CL⁻ y Na⁺, aumentando la reabsorción de agua extracelular y modificando la viscosidad del moco. La mutación G551D pertenece a la clase III de las mutaciones del CFTR en las que se encuentra alterado el funcionamiento del CFTR en la superficie celular. Solo del 4 al 5% de los pacientes con FQ tienen esta mutación en uno de sus alelos.

Actualmente se encuentran en desarrollo nuevas terapias que apuntan a corregir la deficiencia en el funcionamiento del CFTR. Este es el ejemplo del Ivacaftor, esta nueva droga que ha demostrado en un reciente estudio normalizar el funcionamiento del canal.

Caso clínico: se trata de un paciente de 33 años con diagnóstico de FQ a los 17 años de edad y mutación heterocigota del gen CFTR, ΔF508- G551D. En cuanto a las manifestaciones pulmonares, presenta un extenso compromiso con bronquiectasias difusas bilaterales, aislamientos persistentes de *Pseudomonas aeruginosa* cepa mucoide y SAMR en los cultivos de esputo. Funcional respiratorio con FEV1 de 25% (1080 ml), y desaturación en el test de marcha de 6 min.

En cuanto al compromiso pancreático, presenta moderada insuficiencia pancreática exocrina.

Se encuentra en tratamiento con: budesonide-formoterol (>1600 ug de budesonide/día); azitromicina trisemanal; terapia de higiene bronquial; DNAsa; antibioticoterapia inhalada; enzimas pancreáticas y rehabilitación respiratoria.

Se inició tratamiento con ivacaftor a 150 mg cada 12 h por vía oral. Luego de 10 semanas, se realizó un nuevo test del sudor que informa un valor de 59 mEq.cl./l. para un valor previo al inicio del tratamiento de 130 mEq.cl./l. Al interrogatorio refiere presentar menor tos y expectoración más fluida. Aunque el funcional respiratorio no mostró mejoría, presentó leve mejoría en el test de marcha de 6 min.

Conclusión: se observó la normalización el test del sudor luego de 10 semanas de iniciado el tratamiento, con poca respuesta evaluada en el examen funcional respiratorio, pero con mejoría objetivable en el test de marcha 6 minutos y en la calidad de vida del paciente.

En resumen, el tratamiento con ivacaftor aparece como una promesa en el tratamiento de la FQ en pacientes con mutación heterocigota G551D, incluso en aquellos con severo compromiso de la función pulmonar, evitando el progresivo deterioro.

PP 137- MICOBACTERIAS ATÍPICAS, AÚN UN PROBLEMA EN SALUD PÚBLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Stivala B, Sale H, Diaz O, Collante M, Rovarini A, Espeche M, Triguero F, Albertus S, Solá E

Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda de Tucumán, Argentina.

Introducción: resulta de importancia tener en cuenta la existencia de las micobacterias ambientales, ante pacientes de riesgo y secuelas de enfermedades infecciosas, a la hora de no responder en forma adecuada ante la administración de un tratamiento antituberculoso.

Su creciente incidencia está relacionada con mayor exposición a estos microorganismos, aumento de sensibilidad de las técnicas diagnósticas y factores predisponentes del huésped. De todas ellas, *M simiae* es considerada de crecimiento lento y con pobre respuesta terapéutica. En nuestro país no existe un registro de pacientes con esta patología.

Caso clínico: paciente de 39 años, de sexo femenino, inmunocompetente, no tabaquista, enfermera. Consulta por síndrome febril intermitente de 2 meses de evolución, con sudoraciones nocturnas, tos con expectoración hemoptoica escasa y pérdida de peso. Antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada durante 9 meses, según relato de la enferma, 15 años previos a la consulta.

Resultados: Rx de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales con cavernas.

Laboratorio: hto. 28%, GB: 8200, VGS: 70 mm, baciloscopia de esputo: directo (-), muestra salivosa. Hemocultivos y urocultivo negativos. Ecocardiograma normal.

Fibrobroncoscopia: mucosa congestiva en todo el árbol bronquial. BAAR directo: (+ +). Se inicia retratamiento categoría II (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina. Se envía a cultivo.

Completa la primera fase de tratamiento. Se recibe cultivo (+). Va a tipificación.

Un mes después nos informan resultado: Mycobacterium no tuberculosis. Se suspende la terapia antituberculosa y se inicia ciprofloxacina + etambutol + claritromicina. La enferma continúa con fiebre intermitente, sudoraciones nocturnas y expectoración hemoptoica.

30 días posteriores, llega resultado de la identificación en el que se aísla *Mycobacterium simiae*, con resistencia a isoniacida y rifampicina. El antibiograma confirma resistencia ampliada a ciprofloxacina y etambutol.

Se modifica tratamiento: claritromicina + trimetoprima/sulfametoxazol + estreptomina + moxifloxacina.

Al mes del nuevo esquema, la enferma remitió completamente el síndrome febril, mejorando su estado general y sin hemoptisis. Se suspende la estreptomina luego de 40 dosis por síndrome vertiginoso.

Laboratorio: hto: 31%, Gb: 9100, VGS: 30 mm con hepatograma normal.

Al 6° mes: BAAR directo (-) y posterior cultivo (-) de lavado bronquial. Micológico y serología para hongos, negativos.

Continúa con tres drogas, asintomática. Al 12° mes: BAAR directo y cultivo negativos (-). Buen estado general, asintomática, continúa 18 a 24 meses de tratamiento, con controles.

Conclusiones: nos pareció importante mostrar este caso, que luego de haber sido identificado como una Micobacteria no tuberculosa, a través de las pruebas bioquímicas, presentó muy buena evolución clínica y bacteriológica, a diferencia de lo escasamente publicado en la literatura, donde la mayoría de los casos presentados tuvieron una pobre respuesta terapéutica y mala evolución.

PP 162- MICOBACTERIOSIS EN PACIENTES VIH NEGATIVOS ¿UNA ENFERMEDAD INSOSPECHADA?

Vescovo M¹, Poggi S¹, Mateo M², Costa N³, Lattini MC², Paul R⁴, Garcia A³, Moracho L³, Inwentarz S², Gonzalez Montaner P¹, Palmero D³

¹ Instituto de Tisiología Dr Raúl Vaccarezza. Hospital de Infecciosas F.J. Muñoz, Argentina. ² Instituto de Tisiología Dr Raúl Vaccarezza, Argentina. ³ Hospital de Infecciosas Dr. F.J. Muñoz, Argentina. ⁴ Instituto Malbrán-Anlis, Argentina.

Introducción: el hallazgo de baciloscopia positiva en esputo, líquidos biológicos y materiales de biopsias orientan a la presencia de una micobacteria. En los países en desarrollo, la tuberculosis (TB) es el primer diagnóstico a descartar. Según reportes recientes, la incidencia de enfermedad por micobacterias no tuberculosas (MNT) está aumentando debido fundamentalmente a mayor sensibilidad de los métodos diagnósticos e incremento de pacientes con factores predisponentes. La patogenia e implicancia epidemiológica son totalmente diferentes. Mientras la TB es producida por un patógeno obligado de transmisión interhumana que continúa representando un gran desafío a nivel del Sistema de Salud, las MNT son patógenos oportunistas ambientales que comprometen solo al individuo que la padece pero aumentan el riesgo de extensión y morbimortalidad si no es diagnosticada y tratada precozmente.

Objetivos: describir las características epidemiológicas, los factores predisponentes, la radiología, el espectro microbiológico y la forma de presentación de las enfermedades por MNT en pacientes VIH negativos diagnosticados en un laboratorio de referencia de micobacterias durante los años 2010- 2014.

Materiales y Métodos: estudio de tipo observacional, retrospectivo y descriptivo que evaluó los datos consignados en las historias clínicas de los pacientes con enfermedad por MNT de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Sociedad Torácica Americana (ATS) del año 2007.

Resultados: se obtuvo material en 14.551 pacientes VIH negativos, 3.766 de ellos presentaron diagnóstico de tuberculosis (25,88%). Entre los restantes 10.785 se encontraron micobacterias productoras de enfermedad en 51 casos (0,47%), pudiendo obtenerse las HC solo en 28 pacientes. La mediana de edad fue de 56 años, con 16 pacientes (57,1%) del sexo femenino y 19 (67,8%) de nacionalidad argentina. Se aislaron 6 *M. avium*, 5 *M. kansasii*, 4 *M. intracellulare*, 4 *M. abscessus*, 2 *M. marinum*, 2 *M. chelonae*, 2 *M. fortuitum*, 1 *M. simiae* y 2 no pudieron tipificarse. Presentaron localización pulmonar 25 pacientes (89,2%). Entre las comorbilidades se constató un tratamiento inmunosupresor; una DBT mellitus y un cáncer de pulmón, y entre los factores predisponentes, 13 pacientes (46,4%) con enfermedad pulmonar secular (12 TB y 1 paracoccidioidomicosis), 1 caso con silicosis, 5 (17,8%) con EPOC, 4 (14,2%) con reflujo gastroesofágico y en 2 casos asma bronquial bajo tratamiento inhalatorio. La radiología reveló compromiso cavitario en 14 pacientes (50%); opacidades alveolares con "árbol en brote" en 7 (25%) (6 no tenían el antecedente de pulmón secular); bronquiectasias en lóbulos y/o lóbulo medio en 2 casos (7,1%) y compromiso mixto en 5 (17,8%). En los 3 casos de localización en piel y partes blandas existió el antecedente del contacto con peceras. En 17 pacientes (66,7%), la evolución fue desconocida, en 7 (25%), favorable (3 pacientes curados), 3 presentaron infección persistente y un óbito por hepatotoxicidad.

Conclusiones: en Argentina, la secuela pulmonar tuberculosa continúa siendo el factor de riesgo más frecuente para la producción de micobacteriosis. El hecho de que pueda ser difícil diferenciar la infección de la colonización determina demora diagnóstica, con pérdida en el seguimiento de pacientes principalmente con edad avanzada, favoreciendo una mayor extensión lesional y evolución desfavorable. Esto se agrava en aquellos ámbitos en que solo se solicitan cultivos en situaciones particulares, siguiendo normas preestablecidas.

PP 234- FIBROSIS QUÍSTICA (FQ) EN PACIENTES ADULTOS DEL REGISTRO NACIONAL (RENAFQ). PERÍODO: 2012-2014

Rentería F¹, Garcilazo DA¹, Pereyro S², Renafq G³

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Argentina. ² Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina. ³ Varias instituciones, Argentina.

Introducción: los pacientes adultos con FQ requieren evaluaciones regulares para detectar el grado de afectación de la enfermedad. La evaluación del compromiso nutricional y pulmonar, entre otros, constituye aspectos fundamentales para la detección de complicaciones.

Objetivo: describir indicadores del estado nutricional, de la función pulmonar, la frecuencia de microorganismos identificados y complicaciones en pacientes de 18 años y más notificados al RENAFQ durante el período 2012-2014.

Materiales y Métodos: se incluyeron los pacientes confirmados de FQ según criterios de diagnóstico. En los pacientes con 18 años y más, al momento del control, se obtuvo el número de casos con seguimiento clínico anual y aquellos que informaron los valores de peso y talla, espirometría y saturación de O₂ diurna mediante de la oximetría de pulso. Como indicador del estado nutricional se analizó la mediana del índice de masa corporal (IMC) por sexo; para valorar función pulmonar se utilizó la mediana del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) por edad al momento del estudio y año de realización; se calculó el porcentaje de pacientes con saturación de oxígeno mayor al 94%. Se analizó el porcentaje de microorganismos identificados según el año de detección en muestra de esputo. Se obtuvo la frecuencia de complicaciones notificadas durante el período.

Resultados: hasta el 2014 se habían incorporado al RENAFQ más de 800 casos confirmados. El 20% de los controles ingresados durante el período tenían 18 años y más. De estos, los que tenían seguimiento clínico anual fueron: 88 (43,0% mujeres) en 2012, 88 (47,7% mujeres) en 2013 y 72 (50,7% mujeres) en 2014. En el sexo femenino, la mediana del IMC fue 20,4 en 2012, 19,9 en 2013 y 21,1 en 2014. En varones, 21,2 en 2012; 21,1 en 2013 y 21,2 en 2014. El número de casos con al menos una espirometría en el año fue de 45 (51,1%) en 2012, 51 (58%) en 2013 y 32 (44,4%) en 2014. La mediana del VEF1 fue: 58% al

2012, 61% al 2013 y 62% al 2014; la saturación de O₂ diurna mayor al 94% fue en el 78% de los pacientes en 2012, 91% de los ptes en 2013 y 94% de los ptes en 2014. Se informó la búsqueda bacteriológica en el 96,6%(85) en el 2012; 92,0% (81) en el 2013 y 91,7% (66) en el 2014. Se identificaron los siguientes microorganismos por año 2012, 2013 y 2014: H. influenzae 4,7%, 1,2% y 3%; S. aureus meticilino sensible [SAMS]: 41,2%, 38,3% y 36,4%; S. aureus meticilino resistente [SAMR]: 31,8%, 39,5% y 34,8%; Pseudomona aeruginosa en 70,6%, 72,8% y 60,6%; P. aeruginosa (crónica) en 54,1%, 63% y 45,5%; complejo Burkholderia cepacia: 14,1%, 18,5% y 12,1%; S. maltophilia: 9,4%, 3,7% y 7,6%; A. xylooxidans en 2,4%, 6,2% y 6,1%; Aspergillus spp. en 9,4%, 9,9% y 12,1%; Mycobacterium spp. en 2,4%, 1,2% y 0%. Tabla: complicaciones notificadas por año:

Complicaciones	2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%
Atelectasia Lobar	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Azoospermia	4	4,5	3	3,4	3	4,2
Cirrosis	3	3,4	2	2,3	3	4,2
Diabetes	10	11,4	11	12,5	12	16,7
Hipertensión Pulmonar	1	1,1	2	2,3	0	0,0
Insuf. R. Hipercápnica	1	1,1	3	3,4	1	1,4
Litiasis Renal	1	1,1	3	3,4	1	1,4
Litiasis Vesicular	2	2,3	8	9,1	3	4,2
Neumotórax	3	3,4	1	1,1	3	4,2
Osteoporosis	6	6,8	6	6,8	1	1,4
Pancreatitis	1	1,1	1	1,1	0	0,0
Pólipos	7	8,0	3	3,4	5	6,9
Prolapso	1	1,1	0	0,0	0	0,0
S. obst. intestinal Distal	1	1,1	1	1,1	0	0,0
Várices esofágicas	1	1,1	0	0,0	0	0,0

Conclusiones: la población adulta notificada al RENAFQ presenta buenos indicadores nutricionales. El grado de compromiso pulmonar es moderado, teniendo en cuenta el VEF1 y un compromiso leve según la saturación de O₂. La identificación bacteriana es similar a lo observado en otros registros internacionales. La complicación más frecuente en este grupo de edad fue la diabetes.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 19: ENFERMEDADES INFECCIOSAS 3

PP 073- HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA POR LEPTOSPIROSIS

Ponce JJ, Pereyra B, Alvarez RN, Maracini MJ, Herrero M, Dave E, Goñi M
Nuevo Hospital San Roque, Argentina.

Introducción: la leptospirosis es una zoonosis que afecta a personas en contacto con animales infectados o ambientes contaminados. Tiene un amplio espectro, desde formas asintomáticas a graves. La afectación pulmonar varía entre el 20 y 70%. La patogenia no está clara, aunque se ha demostrado la implicancia de un mecanismo inmunológico en que la toxina actuaría como antígeno. Una disrupción del endotelio vascular provocaría un aumento de la permeabilidad con la consiguiente hemorragia alveolar. El diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha, ya que la clínica y la radiología son inespecíficas. Caso clínico: paciente masculino, 21 años, de Córdoba capital, electricista.

APP: no refiere.

A.tóxicos: tabaquista 3 paquetes/año.

MC: disnea súbita, fiebre y tos seca de 3 días de evolución. 5 días previos, episodios de diarrea acuosa que se autolimitaron.

A. epidemiológicos: estadia en camping.

Examen físico: T°: 38,4 °C TA: 120/70 FC: 132 ppm Sat O₂: 66% aa FR: 30

Mala mecánica ventilatoria, uso de músculos accesorios, respiración paradójica, crepitantes húmedos en campo pulmonar izquierdo, hipoventilación en campo derecho.

Complementarios: laboratorio: GB18900/mm³; neutrófilos 84%; linfocitos 10%; hematocrito 34%; urea 66 mg/dL; creatinina 1,5 mg/dL; PH 7,41; Po₂ 40; Pco₂ 33; HCO₃ 20,5; SatO₂ 75,8
Rx tórax: patrón alveolar bilateral, difuso, heterogéneo.

Hemocultivos: negativos

Conducta y evolución: diagnóstico presuntivo: insuficiencia respiratoria secundaria a NAC; inicia tratamiento con ceftriaxona y claritromicina EV. A las 24 h requerimiento de ARM y drogas inotrópicas.

Se rota ATB a vancomicina, amikacina y claritromicina.

Nuevos estudios complementarios: laboratorio: GB: 14390/mm³; hematocrito 25%; hemoglobina 8,3 mg/dL; urea 38 mg/dL; creatinina 0,9 mg/dL; orina: frecuentes leucocitos aislados, abundantes hematías, algunos cilindros hialinos granulados, escasos cilindros mixtos cereo/leucocitarios, frecuentes hematías crenados.

Test HIV (-)

Coombs (-)

Rx tórax: aumento del patrón alveolar bilateral.

TC tórax: patrón difuso en vidrio esmerilado bilateral con áreas de consolidación.

Sospecha de enfermedades anticuerpo antimembrana basal, vasculitis por ANCA, y/o enfermedad del tejido conectivo. Se solicita laboratorio inmunológico y serología para leptospirosis. Se inicia tratamiento inmunosupresor con pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida y plasmáferesis.

Buena evolución, extubación al octavo día, con alta médica a los 16 días del ingreso.

Controles periódicos por reumatología, nefrología y neumonología.

Laboratorio reumatológico: PCR 1/20; prueba de aglutinación para leptospira positiva con ELISA IgM (+).

Segunda muestra para confirmación informa aglutinación (+) e IgM ELISA (+).

Diagnóstico definitivo: hemorragia alveolar difusa con compromiso renal glomerular por leptospira.

Conclusión: recalcar la importancia del dato epidemiológico para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, pudiendo modificar así el curso ominoso de una patología fácilmente controlable con el tratamiento indicado.

PP 194- FÍSTULA ESOFAGO- PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Müller C, Trinidad M, Saad R, Gaitan C, Morales R, Franco P
Higa Presidente Perón de Avellaneda, Argentina.

Introducción: las fístulas esofagorespiratorias pueden ser secundarias a causas infecciosas, traumáticas o neoplásicas, siendo estas últimas las más frecuentes. Las localizaciones de la fístula en el aparato respiratorio son, por orden de frecuencia: tráquea, bronquio principal izquierdo, bronquio principal derecho y parénquima pulmonar. Se presenta el caso clínico, por ser un hallazgo en un paciente con absceso de pulmón que no resolvió con tratamiento médico.

Caso clínico: mujer de 67 años, tabaquista 30p/y. Con trastorno bipolar, ACV hace 4 años sin secuela motora. Presenta dificultad respiratoria, tos productiva, fiebre de una semana de evolución. Examen físico: piezas dentarias faltantes, en mal estado. Taquipneica, REAB, rales crepitantes en campo medio inferior izquierdo. Laboratorio: GB: 11,6; GR: 3,74; hto: 32,7; hgb: 10,5; plaq: 293. Glu: 121; U: 80; Na+: 145; K+: 3,9; VSG: 152; PH: 7,43; PCO₂: 35,5; PO₂: 68,4; HCO₃: 23,9; AcL: 1; Sat: 92% (0,21). ECG:s/p. Rx tórax: radiopacidad difusa sin límites precisos en campo medio e inferior izquierdo. Con sospecha de neumonía se inicia AMS 1,5 cada 6 h. Se toman HC x 2, negativos y esputos seriados negativos. Persiste febril intratratamiento, se realiza TC tórax, se observa cavidad con nivel hidroaéreo que compromete lóbulo superior e inferior izquierdo. Se agrega clindamicina a 600 mg cada 6 h. Se realiza FBC/BAL/CE: *Klebsiella Neumoniae* del BAL, y *Enterococcus Faecalis* del cepillado endobronquial. Se rota linezolid/imipenem, con mejoría clínica radiológica, y alta. A 10 días, reingresa, presentando iguales síntomas que al comienzo, nueva TC tórax: absceso pulmonar izquierdo, y solución de continuidad hacia el esófago. VEDA: esófago: calibre conservado, a 25 cm de ADS, hacia la izquierda

orificio fistuloso, con mucosa conservada. Cambio mucoso a los 36 cm de la ADS. Biopsia negativa para células atípicas. Esofagograma con bario: a nivel del tercio medio inferior infracarinal, pasaje de sustancia contrastada hacia tejido parenquimatoso de pulmón izquierdo. Se decide colocación de prótesis esofágica. Actualmente en seguimiento por gastroenterología y neumonología con mejoría clínica.

Conclusión: ante un absceso pulmonar que no mejora a pesar del correcto tratamiento, pensar la posibilidad de una fístula esofagorrespiratoria pese a que no se evidencie en estudios previos, dado su difícil diagnóstico cuando es pequeña, y descartada la etiología neoplásica. Destacamos la rareza del caso, por ser una fístula esofagoparenquimatosa.

PP 081- PARACOCIDIOIDOMICOSIS JUVENIL DISEMINADA E HIPEREOSINOFILIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sussini MM, Sussini MA, Cardozo RP, Salazar ML, Capara ML, Gomez Capara LG, Belligio JP, Gimenez A
Hospital Escuela José Francisco de San Martín, Argentina.



Introducción: la paracoccidioidomycosis (PMC) es una micosis sistémica, granulomatosa, causada por un hongo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Endémica en zonas tropicales y subtropicales de Latinoamérica. Las formas clínicas son la PMC infección, PMC enfermedad (aguda tipo juvenil y crónica del adulto) y PMC late

trante postratamiento. Dentro de los hallazgos de laboratorio, la hipereosinofilia leve a moderada se encuentra en muchos pacientes con PCM aguda-subaguda, atribuido a los altos niveles de citoquinas,

Caso clínico: paciente masculino, 24 años, trabajador rural, que inicia 15 días previos a la consulta dolor lumbar izquierdo, fiebre de 39 °C, siendo internado en el hospital de su localidad donde recibe tratamiento antibiótico y analgésico sin mejoría, agregando disnea CF II y tos seca, por lo que se lo deriva a nuestro hospital. Examen físico: febril, taquicárdico, taquipneico. Adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia, disminución del murmullo vesicular generalizado. Saturación 98%. Laboratorios: GB 18000 (20N 16L 2M 60E), HTO 37%, VSG 102 mm, U 0,20 mg/dl, GOT 34 GOT 11 FAL 588, PCR 96UI, serología HIV negativa. Radiografía (RX) de tórax: infiltrado intersticial bilateral. TAC de tórax: infiltrado reticulomicronodulillar bilateral difuso. FBC: sin lesiones endobronquiales, BAL y BTB en lóbulos superiores y medio. Recuento celular (2% de eosinófilos), citología, baciloscopia y micológico negativo.

Evoluciona con lesiones cutáneas tipo pústulas luego pápulas con umbilicación central, en región frontal, miembros superiores e inferiores. Examen microbiológico directo donde se observa paracoccidioidomycosis en fresco y tinción de Giemsa. Serología positiva para PMC y desarrollo del mismo en cultivo de sangre. Se inicia tratamiento con anfotericina B, con mejoría de la sintomatología. Discusión: la infección por PCM es adquirida en las primeras décadas de la vida por inhalación de esporas. El principal factor de riesgo son aquellos pacientes en contacto con suelo de zonas de humedad, como son los trabajadores rurales. Más frecuente entre los 30 y 50 años y sexo masculino.

Se puede presentar aguda tipo juvenil, subaguda o crónica del adulto, diseminada, mucocutánea o pulmonar. Este caso se trataría de una forma aguda tipo juvenil diseminada, que se presenta en niños o adultos jóvenes, representando el 3 a 5% de todos los casos. Se caracteriza por curso rápido, gran compromiso del sistema reticuloendotelial, pérdida de peso, fiebre y anorexia y los síntomas respiratorios suelen ser inespecíficos, como en este paciente.

Dentro de los hallazgos de laboratorio, la hipereosinofilia se encuentra presente en niños y adultos jóvenes en el 61% y 76% de los casos, respectivamente.

La presencia de hipereosinofilia y compromiso pulmonar nos haría pensar en neumonía eosinofílica de distintas etiologías como infecciones parasitarias, fúngicas y bacterianas, enfermedades de hipersensibilidad, sarcoidosis y otras menos comunes. En el caso descrito, no fue posible evaluar la participación de los eosinófilos en la lesión pulmonar o para caracterizar el caso como neumonía eosinofílica, pero los eosinófilos disminuyeron antes del tratamiento con antifúngicos.

El patrón radiológico es variable, con hipertrofia ganglionar hilar e infiltrados predominantemente basales, patrón intersticial retículo nodular, en alas de mariposa e imágenes cavitarias múltiples. En este paciente, el patrón intersticial retículo micronodulillar nos obliga a descartar otras causas como la tuberculosis. La visualización directa del hongo es caracterizar por tener múltiples gemaciones (timón de barco o Mickey Mouse).

La droga de elección es el itraconazol 200 mg/día por 6 a 9 meses en los casos leves y 12 a 18 meses en casos moderados. En caso graves, como en este caso, está indicado iniciar con anfotericina B en dosis de 0,7-1 mg/kg/día.

PP 222- SEPSIS CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA Y SÍNDROME DE IMPREGNACIÓN

Kneeteman G, Bravo S, Ruschioni Martin C, Clavero C, Quintas L, Pollini V
Hospital Municipal de Morón, Argentina.

Introducción: le presentamos el caso clínico de un paciente que padece un claro síndrome de impregnación con una rx de tórax sugestiva de atipia, que ha sido evaluado en servicios de emergencia de distintos nosocomios sin confirmación diagnóstica.

Caso clínico: 15/04/2105. Hugo T, paciente masculino de 71 años de edad con antecedentes de TBQ 55 paq/año, Epoc severo en tto con indacaterol 150 mcg día, tiotropio 18 mcg día y budesonide 160/formoterol 4,5. Padece hace 2 semanas aproximadamente una exacerbación de Epoc (realizó tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico durante 1 semana), y al momento de la consulta cursaba infección del tracto urinario por klebsiella en tratamiento con ciprofloxacina a 500 mg cada 12 h vía oral. Concorre al consultorio de neumonología por mal estado general progresivo, pérdida de peso (15 kg en los últimos 2 meses), astenia muscular, adinamia, anorexia, palidez cutáneo-mucosa. Trae una Rx de tórax con imagen de consolidación, redondeada, de bordes irregulares, de aspecto infiltrante en campo medio posterior de hemitórax derecho, conservando el resto de las estructuras. Un laboratorio de guardia con leucocitos 11.900, hematócrito 33%, sin otros datos.

Al examen físico: adecuada mecánica ventilatoria, regular entrada de aire bilateral, murmullo vesicular disminuido, roncus diseminados en ambos campos pulmonares con expectoración mucosa clara habitual, según refiere el paciente, afebril.

Se interpreta como Sme de impregnación por probable lesión primaria de pulmón, por lo que se solicita:

TACAR de tórax con y sin contraste endovenoso;

FBC con broncoaspiración, BAL y eventual toma de muestra para biopsia;

Laboratorio de rutina con marcadores tumorales. 06/05/2015 TACAR de tórax: infiltrado parenquimatoso basal posterior derecho con mínimo derrame pleural.

No adenomegalias mediastinales. No nódulos pulmonares, signos de enfisema.

Se solicita PAAF guiada por TAC, que no se consigue realizar.

El paciente presenta leve mejoría clínica y ganancia de peso.

Pendiente FBC.

Se realiza nueva TACAR de tórax y conducta expectante.

17/06/2015

FBC:

LB: micológico negativo.

BAL: baciloscopia negativa, Zeill Nielsen no BAAR (cultiva para Koch), Gérmenes comunes: *Klebsiella* sp.

Sensible a: Amica, ampi, caftazidima, imipenem.

Resistente a: AMS, cefotaxima, ceftriaxona, cipro, genta, norflox, TMS, tazob, levofloxacina.

Laboratorio de rutina dentro de parámetros conservados. Marcadores tumorales negativos.

El paciente continúa con mejoría progresiva del estado general, ganancia de peso.

Al ex físico: AMV, REAB, MVC, aislados, secreciones al toser, sin expectoración, satO₂ amb 99%, afebril.

Se solicita: Nueva Rx de tórax: sin lesión aparente

Nueva TACAR de tórax: disminución de consolidación posterior basal derecho. No derrame pleural; no nódulos pulmonares; no adenomegalias mediastinales; signos de enfisema.

Conclusión: se interpreta como sepsis por *Klebsiella* sp con afectación multiorgánica (pulmón y vías urinarias) y síndrome de impregnación consecuente.

Se cita al paciente para control evolutivo y estudios complementarios.

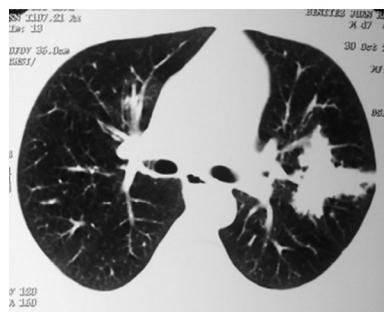
PP 080- CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sussini MM¹, Sussini MA¹, Capara ML¹, Sosa MA², Soler Puy ML³, Sarli D¹, Cardozo RP¹, Arnica G¹, Salazan M¹

¹ Hospital Escuela José Francisco de San Martín, Argentina.

² Laboratorio Central de Redes y Programas, Argentina.

³ Instituto de Cardiología de Corrientes, Argentina.



Introducción: la criptococosis es una enfermedad causada por levaduras capsuladas del complejo *Cryptococcus neoformans/gattii*. Es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, siendo infrecuente en inmunocompetentes, por lo que el grado de evidencia

sobre el mejor abordaje diagnóstico y terapéutico en estos casos dista de ser uniforme debido a la escasez de casos, lo que motiva dicha presentación.

Caso clínico: paciente masculino, 47 años, domiciliado en zona suburbana, rodeada de eucaliptus, chofer de colectivo. Consulta por presentar radiografía de tórax (RX) de examen prelaboral patológica. Examen físico: buen estado general, signos vitales conservados. Disminución murmullo vesicular y rales en campo medio de hemitórax izquierdo. Saturación 98%. RX de tórax: imagen pseudonodular de contornos difusos rodeados de áreas densas mal definidas en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo y llingula. EFR: disminución de CVF sugestivo de restricción de grado moderado, broncodilatación no significativa. Tomografía de tórax (TAC): consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. Engrosamiento pleural leve. Mediastino sin adenomegalias. Laboratorios: GB 9400 (23%L 68%N 8%E) HTO 44%, VSG 18 mm, gl 82 mg/dl, U 40 mg/dl, GOT 26 GPT 23 FAL 244. Serología HIV negativa. Población linfocitaria normal. FBC: no se evidencian lesiones endobronquiales, realizándose BAL en segmento apical del LII y llingula. Citológico y examen directo de bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) y micológico negativo, desarrollando en el cultivo micológico *C. neoformans*. Como diagnóstico diferencial se plantea neoplasia pulmonar, por lo que se realiza punción transtorácica guiada por TAC, la cual informa negativo para malignidad y hallazgos compatibles con criptococos en la coloración de ácido peryódico de Schiff (PAS) y cultivo micológico nuevamente. Esta cepa se envió al Instituto de Medicina Regional, donde se realizó la identificación *C. gattii* genotipo VGII. Se inicia fluconazol 200 mg/día.

Conclusión: actualmente se reconocen 8 genotipos principales de este complejo. El *C. neoformans* var. *grubii* VNI es el genotipo asociado a pacientes inmunosuprimidos y el más prevalente en todo el mundo. Los genotipos VGI y VGII (*C. gattii*) causan criptococosis en huéspedes sanos y refieren menor sensibilidad a los antifúngicos, especialmente al fluconazol.

Las levaduras de *C. neoformans* se han aislado principalmente en las deyecciones de palomas y otras aves, y el *C. gattii* está fuertemente asociado a la corteza, huecos y detritos de árboles de eucaliptus en zonas de clima tropical y subtropical, como en este caso.

El tracto respiratorio es la puerta de entrada más común y las manifestaciones pulmonares van desde hallazgos radiológicos asintomáticos (30%), como en este caso, hasta trastornos respiratorios agudos y síntomas inespecíficos como tos, dolor torácico, pérdida de peso, fiebre y hemoptisis.

En los estudios por imágenes se pueden observar infiltrados, nódulos y consolidaciones asociados o no a adenopatía hilar y derrame pleural. Se cree que la presentación en forma de nódulo o masa única tendría relación con la calidad de la respuesta inmunitaria, como en el caso de este paciente.

El diagnóstico con antígenos por aglutinación en látex en muestra directa de lesiones tiene una S de 100% y E de 97%, por lo que es recomendable el diagnóstico en las muestras directas, como en el caso reportado.

Para inmunocompetentes con infección pulmonar asintomático sugieren la observación, y en casos sintomáticos, tratamiento con fluconazol de 200 a 400 mg/ día por 3 a 6 meses.

La criptococosis pulmonar en inmunocompetentes tiene una evolución benigna, en especial en los pacientes asintomáticos. La evolución desfavorable ha sido descrita en un 18% de los casos cuando se presentan con síntomas. El tratamiento quirúrgico se propone en aquellos pacientes con grandes masas, con riesgo de diseminación de la infección.

PP 240- HIDATIDOSIS PULMONAR POLIQUÍSTICA

Demarchi JP, Outon V, Correa Y, Chirino M, Andersson R, Pellegrino G
Servicio de Neumonología - HIEA y C San Juan de Dios de La Plata, Argentina.

Introducción: la hidatidosis es una enfermedad endémica en nuestro país que afecta a la glándula hepática en la mayoría de los casos. El compromiso pulmonar se estima en alrededor del 15%, siendo la presentación más frecuente el quiste único. La presencia de masas pulmonares bilaterales representa un hallazgo infrecuente.

Caso clínico: mujer de 72 años de nacionalidad boliviana sin antecedentes de relevancia que refiere presentar tos con expectoración hemoptoica y equivalentes febriles de una semana de evolución. No refiere disnea ni dolor torácico acompañante. Al examen físico: afebril, taquicárdica, euquipneica. Aparato respiratorio: hipoventilación generalizada en ambos campos pulmonares, rales crepitantes bibasales escasas a predominio derecho y roncus dispersos. En el laboratorio de ingreso presenta: HTO 32%, GB 8400, urea 0,17 g/l, cr 0,51 mg/dl, TGO 17 UI/l TGP 11 UI/l, gasometría PH 7,47, PCO2 40 mmHg, PO2 83 mmHg, HCO3 30 mmol/l, sat. 95%, Na 139 mmol/l, K 3,8 mmol/l; hemostasia: CP 79%. Plaquetas 470000. Esputo para GC y Koch negativos en 3 muestras. Radiografía de tórax: se evidencian múltiples masas pulmonares bilaterales cavitadas acompañadas de infiltrados alveolares en 1/3 inferior de hemitórax derecho. TC de tórax: múltiples formaciones cavitadas en ambos campos pulmonares de paredes gruesas y con áreas sólidas internas. No se evidencian adenomegalias mediastinales, derrame pleural ni pericárdico. Lesión focal hepática derecha sólida de 47 mm. Se solicita broncoscopia, visualizándose ambos árboles bronquiales sin lesiones endoluminales. Se realiza BAL y se envían muestras para koch, micología y citología donde se informan ganchos de *E. granulosus*. Se solicita determinación de arco 5 sin posibilidad de realizarlo por falta de reactivos en nuestro nosocomio. Se inicia terapéutica con albendazol 400 mg c/12 h e interconsulta con servicio de cirugía torácica que sugiere quistectomía bipulmonar en 2 tiempos. Debido a la negativa de la paciente al procedimiento quirúrgico, se decide tratamiento médico y alta hospitalaria con seguimiento por consultorios externos.

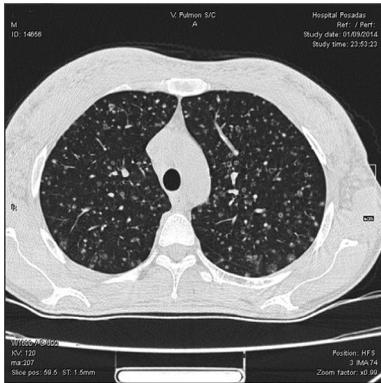
Conclusión: la presencia de masas pulmonares bilaterales representa un diagnóstico infrecuente de hidatidosis pulmonar. Los datos epidemiológicos y la aparición de una lesión hepática acompañante nos debe sugerir dicha patología. El tratamiento médico, las posibilidades curativas mediante cirugía y la pre-

sencia de complicaciones de la enfermedad en su libre evolución resaltan la importancia de su diagnóstico temprano.

PP 036- HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN PACIENTE HIV

Toranzo M, Ceccato A, Galperin MA, Tummino C, Prado V, Cristaldo L, Capece P, Segovia J

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Argentina.



Introducción: la histoplasmosis es causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. Constituye la micosis endémica más frecuente en individuos con sida. En huéspedes inmunocompetentes, la infección suele ser asintomática y afecta principalmente a los pulmones; distinto es en individuos con infección VIH con bajo

recuento de CD4, menor a 150 cel/mm³, quienes desarrollan histoplasmosis diseminada con mal pronóstico sin tratamiento. **Caso clínico:** paciente de 33 años con antecedentes de: tabaquista activo (10 cg/día), enolista, sífilis con tratamiento completo, transgénero, promiscuo, inyección de sustancias siliconadas desde hace 12 años, (última vez hace 4 años, sin intervención médica). Consultó a la guardia por cuadro clínico de 6 meses de evolución de síndrome de impregnación, asociado en el último mes con tos con expectoración blanquecina, disnea en CF II-III, sudoración nocturna y fiebre, acompañado de lesiones cutáneas localizadas en mamas y glúteos de características eritematosas y ulcerosas con secreción serosa. **Examen físico:** TA 100/60, FC 100/min, FR 18/min, T° 37,5, Saturación 96% (0,21). En ambas mamas, caderas y glúteos lesiones eritematosas, hiperpigmentadas, ulceradas con leve secreción serosa. **Laboratorio:** Hto 25%, Hb 8,6 g/l, leucocitos 3400/mm³. EAB: 7,55/26/82/21,9/1,2/97,6 (0,21%). Se confirma serología positiva para VIH, CD4 13/mm³. **RX tórax:** infiltrado reticulonodular bilateral. Se realizaron hemocultivos sin aislamiento, esputo para gérmenes comunes y ZN negativos. Se interpreta al ingreso como TBC miliar e infección de partes blandas, comienza tratamiento desde su ingreso con antifímicos y vancomicina. Se realizó TC de tórax que informa: múltiples imágenes nodulares bilaterales de aspecto miliar, algunas muestran cavitación, bandas lineales subpleurales de predominio derecho. Múltiples ganglios patológicos axilares y mediastínicos. Infiltración edematosa de partes blandas que abarca región mamaria y glútea bilateral; derrame pleural bilateral, esplenomegalia homogénea. Se realizó FBC: laringe, cuerdas vocales s/p, tráquea con mucosa congestiva, carina engrosada con mucosa irregular con placas blanquecinas sobre elevadas en ambos bronquios fuente, a nivel de bronquios segmentarios mucosa de aspecto normal, se realiza BAL y biopsia bronquial (resultado). Se aisló del BAL: *Histoplasma Capsulatum*; inició tratamiento con anfotericina B, luego se rotó a itraconazol. Se interpretó como histoplasmosis localizada pulmonar. Se planteó como diagnóstico diferencial TBC miliar y embolias por siliconas. Evolucionó en forma favorable. **Conclusión:** la histoplasmosis diseminada debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de los pacientes infectados por el VIH con bajo nivel de linfocitos CD4 y con síntomas constitucionales. Reportamos este caso por ser una forma localizada en paciente severamente inmunocomprometido y las características de las imágenes.

PP 050- NIVELES DE PROCALCITONINA EN EXACERBACIÓN DE EPOC

Guendulain S, Cervantes C, Bermudez A, Moyano V, Uribe Echevarría ME
Servicio de Neumonología del Hospital Italiano de Córdoba, Argentina.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) evoluciona con episodios transitorios de aumento de síntomas,

definidos como exacerbaciones. Las causas más frecuentes son las infecciones virales o bacterianas y la polución ambiental. La procalcitonina (PCT), biomarcador útil en la determinación del origen bacteriano de las infecciones, permite disminuir el uso de antimicrobianos donde no son requeridos y su indicación precoz en casos de dificultad diagnóstica.

Objetivos: determinar la prevalencia de PCT positiva (> 0,25 ng/dl) en pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC y confrontar con niveles de PCR, tipo de antibiótico y duración del tratamiento.

Materiales y Métodos: estudio prospectivo, observacional, descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Italiano de Córdoba desde junio de 2012 a junio de 2014. Registramos datos filiatorios (sexo, edad), comorbilidades asociadas y niveles de procalcitonina, PCR y VSG de pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC cursando exacerbación con criterio de internación en sala común o en UTI.

Resultados: un total de 31 pacientes fueron reclutados. El 36% eran del sexo femenino y el 64% del sexo masculino; 4 pacientes presentaron PCT positiva, todos del sexo masculino, con una media de PCT de 3,89 ng/dl; edad promedio de 79 años y FEV1 de 29%. En este grupo, 2 pacientes necesitaron soporte ventilatorio; 1 VM y 1 VNI. En cuanto a las características del esputo, 1 desarrolló diplococo, 1 flora mixta y 2 no mostraron desarrollo. Al confrontar el grupo de PCT positiva con los valores de PCR, la media de PCR de 3,48 y de VSG de 11 mm/h; siendo ambos valores menores a los encontrados en el grupo de PCT negativa. Se utilizó ampicilina-sulbactam en 3 pacientes con PCT > 0,25 ng/ml y solo uno requirió tazobactam-piperacilina. La duración del tratamiento antibiótico fue de 7 y 10 días en este grupo. **Sexo N Femenino Masculino 1120** edad media Femenino Masculino 68 (58-80)69 (51-86) **IMC Media Femenino Masculino 26,73 (21-35) 27,05 (20-38)** **VEF1 Media Femenino Masculino 35% 32%** **Síntomas Tos Expecto- ración mucosa Mucopurulenta Disnea IIIIIIV 29 10133226** **Comorbilidades CIICHTAERCDBT Gastritis Osteoporosis REG7122915138 PACK/YEAR Media Femenino Masculino 3837 asistencia ventilatoria NVMIVNI510.**

Conclusiones: se detectó baja prevalencia de PCT positiva en los pacientes EPOC exacerbados; así como escasa relación con los otros mediadores inflamatorios: PCR y VSG. La duración del tratamiento antibiótico fue prolongada en los dos grupos. La PCT debe servir de guía para indicar o suspender el tratamiento antibiótico; pero nunca anular el juicio clínico en la toma de decisiones. Utilizar la PCT de modo seriado sería beneficioso para reducir el tiempo total de tratamiento antibiótico. **Limitaciones:** estudio realizado en un solo centro hospitalario; con un tamaño de muestra reducido para generalizar resultados. Debido a limitantes económicas no se pudo realizar screening viral ni serología para micobacterias y chlamydias, por lo cual no se descartan estas infecciones como causa de exacerbación. Otra de las dificultades es la presencia de patógenos en el esputo que generalmente colonizan la vía aérea de los pacientes con EPOC, lo que imposibilita el diagnóstico de infección. Por último, debería destacar que en la realidad de nuestro sistema de salud, llevar a cabo estudios de esta índole es problemático ya que el personal de salud se encuentra saturado de tareas, lo que predispone a que se pierdan muestras y posibles candidatos al desarrollo de investigaciones.

PP 136- PARACOCCIDIOMICOSIS PULMONAR. REPORTE DE UN CASO DE MICOSIS PULMONAR EN UN ÁREA NO ENDÉMICA

Sivalta B, Sale H, Diaz O, Tomás G, Rovarini A, Espeche M, Collante M, Triguero F, Albertus S, Gorostiaga J

Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda de Tucumán, Argentina.

Introducción: la paracoccidioidomycosis es una micosis sistémica, crónica, granulomatosa, provocada por el *Paracoccidioides brasiliensis*, un hongo dimórfico, endémico en zonas tropicales y húmedas.

Caso clínico: paciente masculino de 51 años, consulta por disnea de esfuerzos progresiva, mMRC II-III, tos seca irritativa, síndrome febril prolongado intermitente, sudoraciones nocturnas, astenia de 2 meses de evolución y pérdida de 6 kg de peso.

Tabaquista 39 pack/years y etilista ocasional. Chofer de larga distancia. Cursó neumonía de la comunidad 30 días previos a la consulta, con reiteradas visitas a servicios de emergencias. Examen físico: adelgazamiento general, nódulos subcutáneos en dorso de tórax y región inframamaria derecha. Tórax hiperinsuflado con hipoventilación en ambos campos pulmonares y rales crepitantes agregados bibasales. Sat. basal del 95%. FC 100 por minuto. Se niega a ser internado.

Resultados: Rx de tórax: infiltrados intersticio-alveolares bilaterales basales.

Laboratorio: hematocrito 30%, glóbulos blancos 4900, eritrosedimentación 48 mm, resto normal. Hemocultivos y urocultivo negativos. Ecocardiograma: normal. Gasometría normal.

Serología para chagas, toxo, hepatitis B y C (-). HIV positivo. CD4: 25 Carga viral: 3.620.000 copias/ml. VDRL positiva se trata. Aparecen lesiones correspondientes a un herpes genital, se agrega aciclovir.

TAC de tórax: nódulos pulmonares bilaterales de tamaño variable, con densidad de partes blandas y adenomegalias mediastinales. TAC de abdomen: esplenomegalia, resto sin particularidades. Biopsia de los nódulos subcutáneos: negativa para células neoplásicas.

Fibrobroncoscopia: mucosa congestiva en todo el árbol bronquial. Sin lesiones endoluminales. Lavado bronquial: micológico directo y cultivo (+). Se aísla *Paracoccidioides brasiliensis* con serología positiva.

Inicia Itraconazol 400 mg/día una semana y luego 200 mg/día asociado al tratamiento antirretroviral. Diez días posteriores, remite la fiebre con franca disminución de la disnea.

45 días después se hace control tomográfico, visualizándose la persistencia de los nódulos, con cavitación de algunos de ellos y compromiso intersticial perinodulares.

A los 6 meses: mejoría clínica, pero sin cambios tomográficos. Se solicita biopsia por videotoracoscopia que resulta negativa para células neoplásicas, lo que confirma Paracoccidioidomicosis. Nuevos controles: CD4 110, carga viral 34. Se hace interconsulta con Infectología, resolviéndose incrementar dosis del itraconazol a 400 mg/día.

Conclusión: resulta de gran importancia a tener en cuenta los datos epidemiológicos, ya que a pesar de no ser Tucumán una zona endémica de esta micosis, el enfermo tenía el antecedente de haber realizado años anteriores múltiples viajes al litoral. Este caso fue uno de los 3 casos de Paracoccidioidomicosis reportados en nuestra provincia en los últimos 14 años.

PP 235- MASA PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN DE PAPILOMATOSIS PULMONAR DIFUSA

Casas JP, Moyano V, Pereyra B
Sanatorio Allende Cerro, Argentina.

La papilomatosis respiratoria recurrente es una enfermedad que afecta la vía aérea superior, secundaria a virus papiloma humano (HPV), contagiado generalmente por aspiración en el canal de parto (madre HPV positiva). La papilomatosis pulmonar difusa es una enfermedad poco común dada por la presencia de papilomas en la vía aérea pulmonar, con formación de nódulos y masas pulmonares.

Caso: paciente de 17 años, con antecedentes de tres cirugías de laringe entre los 2 y 4 años de edad por papilomatosis de cuerdas vocales, es controlada en preoperatorio por recurrencia de papiloma en laringe. Refería desde hacía 6 meses tos y esputo hemoptoico. Rx y TAC de tórax que evidencian masa pulmonar heterogénea con cavitaciones pequeñas en su interior, localizada en lóbulo inferior izquierdo, con lesiones mamelonadas que se extienden al hilio izquierdo. Sospecha de malformación congénita, se realiza neumonectomía izquierda. Anatomía patológica: estructuras alveolares bronquiales y bronquiolares ocupadas por formaciones papilomatosas revestidas por epitelio escamoso cuyas células muestran alteraciones citopáticas tipo virales. Diagnóstico patológico: papilomatosis pulmonar diseminada que compromete todo el lóbulo inferior.

Comentario: la papilomatosis pulmonar difusa es una rara enfermedad a tener en cuenta en pacientes con antecedentes de papilomatosis respiratoria recurrente en vía aérea superior.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 07: ENFERMEDADES INTERSTICIALES 1

PP 287- EXACERBACIÓN AGUDA FIP-CICLOFOSFAMIDA-PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS-TACAR TX

Escotorin S
Sanatorio El Carmen, Argentina.

Introducción: la exacerbación aguda de FIP es una complicación de alta morbimortalidad y se presenta alrededor del 10%. Agravamiento de la disnea en alrededor de 30 días, tos, disminución de los valores de las pruebas funcionales, nuevas imágenes en la tacar de tx con diagnóstico preexistente de FIP son los indicios de una exacerbación aguda. Exige exclusión de causa conocida o identificable de la injuria pulmonar cumpliendo con los requisitos del Consenso Multidisciplinario de Neumonías Intersticiales Idiopáticas ATS ERS 2.001, 2.013.

Se trata con corticoides y/o inmunosupresores, obteniéndose respuesta variable.

Caso clínico: paciente sexo femenino de 63 años de edad con diagnóstico de FIP desde el año 2013. Disnea CF II, rales crepitantes tipo velcro bibasales, CVF 76%, test de la marcha de los 6 minutos, 312 metros. No hay en Salta DLCO. Tacar de tórax con panalización en bases. Antecedente de diabetes mellitus no insulinodependiente. Cursa sintomáticamente estable su patología intersticial durante 18 meses con controles periódicos. Última visita en julio de 2014, se encuentra leve incremento de sus rales bibasales y descenso de su CVF a 69%. Ausencia de la paciente durante 6 meses hasta que en febrero de 2015 se presenta con disnea CF III de rápida evolución, tos seca frecuente, incremento significativo de rales velcro que son abundantes en bases y campos medios pulmonares. Se interna.

Pruebas funcionales respiratorias. CFV 38%. Test de la marcha de los 6 minutos: 156 metros. PaO₂ 63 mmHg.

Tacar tx. imágenes en vidrio esmerilado superpuestas y en parche a la panalización. Fotos 1-2.

Ecocardiograma doppler PAPS 30. Dímero D negativo. FBC con BAL negativo para BAAR, gérmenes gram positivos y negativos y hongos. Citología negativa para atipia. No se recibió recuento celular del mismo. Laboratorio GB 5.600. Plaquetas 260.000. Glucemia 93. Uremia 45 Hepatograma normal.

Sin documentación histológica; con los elementos encontrados se interpreta el cuadro como exacerbación aguda de FIP y se inicia tratamiento con ciclofosfamida pulso de 2 gr no llegando a 3 por intercurencia de sinusitis aguda. Alta domiciliaria.

Se controla clínicamente y se repiten estudios. A los 30 días de inicio de pulsos con ciclofosfamida se encuentra: 1- disminución de disnea a CF II III, de tos seca, mejoría subjetiva de estado general. 2- disminución en la cantidad y distribución de rales velcro en campos medios y bases. 3- CVF 51%, test de la marcha de los 6 minutos, 180 metros. 4- tacar de tx sin cambios significativos respecto a la de 30 días atrás. 5- laboratorio a los 15 y 30 días GB 4.500 y 5.600. Plaquetas 210.000. Hepatograma normal. Ecocardiograma doppler con PAPS 30.

Se inicia tratamiento con pirfenidona.

Conclusión: la respuesta terapéutica en este caso ha sido demostrada con pruebas funcionales respiratorias, pero con ausencia de cambios significativos en la imagenología a 30 días de tratamiento. Ante la carencia de histología, la exclusión de otra etiología y la preexistencia de FIP, se valora este episodio como exacerbación aguda de FIP, y se considera positiva la respuesta a ciclofosfamida basada en sus funcionales a pesar de la inamovilidad de las imágenes sincrónicamente, lo cual puede valorarse como respuesta parcial o incompleta pero realza enormemente los indicadores funcionales como seguimiento, sobre todo en situaciones y/o lugares limitados con ausencia de marcadores moleculares y en tiempos en que la biopsia quirúrgica ha sido cuestionada al incrementar la morbimortalidad de esta patología.

Palabras clave. Exacerbación aguda FIP. Ciclofosfamida. Pruebas funcionales respiratorias. Tacar tx.

PP 281- SÍNDROME ANTISINTETASA - POLIMIOSITIS Y DAÑO ALVEOLAR DIFUSO - RESPUESTA A RITUXIMAB

De Paul N, Vargas JM, Fernández Cánepa M

Centro de Medicina Integral del Comahue, Argentina.

Introducción: el síndrome antisintetasa (SA) se considera una variante de enfermedad inflamatoria muscular. Suele presentarse la asociación de miopatía inflamatoria idiopática, afección intersticial pulmonar, artritis no erosiva con anticuerpos antisintetasa positivos en suero. La etiología suele ser desconocida. Los anticuerpos antisintetasas son anticuerpos IgG dirigidos contra la enzima citoplásmica aminoacidil-ARNt sintetasa, presentes en el 25-35% de los pacientes con polimiositis. El más común es el antihistidil-ARNt (Jo-1), que está en el 20-30% de los casos. **Caso clínico:** paciente de sexo masculino de 57 años, extabacista, con antecedentes de colocación de 2 stents en 2013 por coronariopatía. Ingresó por disnea de esfuerzo progresiva de 2 meses de evolución asociado a episodios de tos productiva con expectoración mucopurulenta.

Al examen físico presentaba adecuada mecánica ventilatoria, con hipoventilación en ambas bases pulmonares, rales crepitantes bibasales y matidez en columna a partir de T9-T10.

Laboratorio mostró hematocrito, 39%, Hb 13 g%, Leucocitos 5770/mm³, Plaquetas 187000/mm³ Uremia 0,38mg/dl, Creatinina 0,76mg/dl, Na 140mEq/l, K 3,6mEq/l, Glucemia 1,36mg/dl, GOT 94, GPT 107, FAL 79, BT 0,16, CPK 1865. Eritrosedimentación 50 mm. PCR 42,22

TAC de tórax mostró engrosamiento difuso de las paredes bronquiales, bronquiectasias cilíndricas a nivel de ambos lóbulos inferiores, cambios enfisematosos con compromiso centrolobulillar y paraseptal bilateral a predominio de los lóbulos inferiores, áreas de consolidación subsegmentaria en segmentos basales de ambos lóbulos inferiores y segmento posterior del lóbulo superior del lado derecho. Atelectasias laminares y compromiso alveolar tipo consolidativo subsegmentario, con marcado engrosamiento peri-bronco-vascular en las áreas mencionadas. Intercurrió con insuficiencia respiratoria, por lo que pasa a UTI. Evolucionó con SDRA y requerimiento de AVM y vasoactivos. Se rescató Pseudomona Meticilino-resistente en miniBAL, por lo que se cubrió con piperacilina-tazobactam.

Punción pleural informó líquido pleural de aspecto y color límpido amarillo pH 8 Glucemia 1,2 Proteínas 12,6 LDH 437 Células 100/mm³ crenados 2% conservados 98%.

Se solicita laboratorio que evidencia CPK 1998, +Anti-JO+, antiRo+, anti SSA+, ANA + moteado fino. IgE 3000. Aldolasa: 22,8 U/l. Ferritina: 762 ng/ml.

Biopsia muscular compatible con miositis sin compromiso de piel.

Se decidió iniciar pulsos con corticoesteroides con adecuada respuesta a los mismos.

En sala de clínica médica se realizó espirometría que informó patrón obstructivo moderado a severo mixto, con CVF 2,3, VEF1 2,02 con resultados postbroncodilatador que mostró CVF 2,9, CEF1 2,23. Examen de difusión pulmonar (DLCO) compatible con enfermedad pulmonar intersticial.

Se realizó diagnóstico de síndrome antisintetasa, decidiéndose realizar tratamiento con ciclofosfamida y rituximab.

Conclusión: la determinación de los anticuerpos antisintetasa permite definir un subgrupo dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas en que la afección pulmonar es un factor pronóstico determinante. Ante la presencia de un cuadro clínico de miositis con compromiso pulmonar intersticial, es importante la búsqueda de anticuerpos antisintetasa para establecer un diagnóstico y realizar un tratamiento oportuno que mejore el pronóstico de esta patología.

PP 227- LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO. EL APOORTE DE LA PSICOLOGÍA EN LAS ENFERMEDADES INTERSTICIALES

Castellano T, Kanburoglu G, Calderón P, Miranda A, Ipuche F

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Introducción: nuestro propósito es compartir el trabajo que realizamos desde el Servicio de Salud Mental del Hospital, en

el abordaje y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID).

Ante la complejidad de esta patología, proponemos el trabajo interdisciplinario no solo como una opción sino como esencial para ubicarnos adecuadamente frente a las necesidades, tanto del paciente y su familia, como las del equipo tratante, acompañándonos todos, en las distintas etapas de la enfermedad. Se trata de un trabajo grupal, sostenido y constante de cooperación recurrente. Los problemas del padecimiento humano no pueden ser abordados desde un único campo disciplinario, por el contrario, es necesario un trabajo en forma mancomunada. La interdisciplinariedad hace referencia al "conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas, a fin de que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa o fragmentada sino en términos de totalidad del ser humano; además requiere renunciar a considerar el saber de la propia disciplina suficiente para dar cuenta del problema" (Falcón, 2004).

Material y Métodos: nuestro equipo está integrado por:

- Médicos
- Asistente Social
- Kinesiólogos
- Psicólogos

Nuestra participación como psicólogas la desarrollamos a través de:

- Psicoterapia grupal
- Psicoterapia individual
- Reuniones multifamiliares
- Reuniones de equipo
- Ateneos clínicos

Nuestro objetivo como psicólogas dentro del equipo consiste en:

- Promover la comunicación
- Trabajar la relación médico-paciente
- Asesorar en el manejo de la información
- Asesorar cómo comunicar malas noticias
- Trabajar aspectos transferenciales y contratransferenciales
- Promover la elaboración de los duelos ante el fallecimiento de los pacientes
- Programación de actividades científicas

Teniendo en cuenta que algunas de las características psicológicas de nuestros pacientes son:

- Carencias afectivas tempranas
- Fallas en la elaboración de los duelos
- Prejuicios frente al tratamiento psicológico
- Sobreadaptación con alto nivel de autoexigencia
- Baja tolerancia a la frustración

Manifestación en el cuerpo de los conflictos psíquicos

Nuestros principales objetivos en el tratamiento son:

- Promover y facilitar el desarrollo y aprovechamiento de capacidades resilientes
- Trabajar con los pacientes y familiares la aceptación de los cambios producto del avance de la enfermedad
- Conciencia de enfermedad
- Mejor adherencia al tratamiento
- Elaboración de situaciones de duelo
- Manejo de la ansiedad
- Contención
- Detección de la necesidad de intervenciones especiales.

Resultados:

Resultados entre diciembre 2012 y julio 2015 inclusive:

Sesiones grupales con los pacientes: 234

Reuniones con los familiares: 10

Ateneos: 6

Reuniones de equipo: 4

Conclusiones: el trabajo interdisciplinario beneficia tanto al paciente y a su entorno familiar como a los profesionales tratantes. Por un lado, el paciente y sus familiares se sienten contenidos por un grupo de profesionales que permanentemente los asisten en las distintas vicisitudes de la enfermedad. Como así, los profesionales que intervenimos podemos compartir el fuerte impacto que estas enfermedades producen, repartir las demandas masivas, no poco frecuentes de nuestros pacientes y también trabajar en forma conjunta ansiedades, dudas, preocupaciones y un sinnúmero de emociones que experimentamos en nuestra práctica diaria.

Sin embargo, no podemos perder de vista que tanto la vorágine del trabajo diario, la sobrecarga de actividades, la falta de tiempo, como así también los aspectos resistenciales, en muchas ocasiones, nos restan la posibilidad de encuentro de los distintos profesionales, actividad necesaria para la reflexión conjunta, que posibilite una construcción conceptual común. Esta es una condición fundamental para un verdadero trabajo interdisciplinario.

PP 146- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A EVENTOS AUTOINMUNES "INESPERADA"

Karlen H¹, Martín V², Heres M¹, González Montaner P², Villa J¹, Capone L², Quadrelli S¹
1 Sanatorio Güemes, Argentina. 2 Instituto de Tisioneumonología "Dr. Raúl Vaccarezza", Argentina.

Introducción: las enfermedades intersticiales difusas del pulmón (EPID) pueden desarrollarse en cualquier enfermedad definida del tejido conectivo (ETC) e incluso, ser la forma de presentación de una de ellas. En la última década existen publicaciones que describen un grupo de pacientes con EPID, asociados a manifestaciones clínicas o serológicas, que no cumplen con los criterios diagnósticos definidos: enfermedad pulmonar intersticial asociada a eventos autoinmunes (IPAF). En ocasiones, las manifestaciones clínicas son escasas o nulas y el diagnóstico es difícil de sospechar.

Casos clínicos: N.º 1: paciente masculino de 56 años, comerciante, tabaquista (20 p/a). Consulta por tos seca, disnea mMRC 3, astenia y pérdida de peso (20 kg en 8 meses). Al examen físico (EF) presenta rales crepitantes tipo velcro bibasales, Sat. O₂ 93% (0,21), dedos en palillos de tambor con uñas en vidrio de reloj. Presenta CVF 1,76L (40%) (VEF1/CVF 93%) y DLCO 19%. La TCAR de tórax muestra patrón de NIU probable. El diagnóstico inicial es FPI pero la ERS es 120 mm; PCR 26; FR: 13 (VN: hasta 20) y Ac antinuclear (FAN) 1/640 patrón moteado. N.º 2: paciente de 48 años de sexo femenino consulta por disnea de 3 meses y tos seca. En el interrogatorio dirigido xeroftalmía y xerostomía. Examen físico normal excepto rales crepitantes tipo velcro bibasales, Sat. O₂ 97% (0,21). CVF 1,93L (70%), VEF1/CVF 78% y DLCO 54%. La TCAR de tórax sugiere NSIP FAN 1/320 patrón moteado, FR 21, Ac anti-Ro y La positivo, ERS 45 mm.

N.º 3: paciente varón, odontólogo, disnea progresiva de 6m de evolución. Sin antecedentes, EF normal excepto velcro bibasales. TCAR: NIU definitiva. CVF 78%, VEF1/CVF 82%, DLCO 54%. Diagnóstico inicial FPI pero el panel inmunológico muestra FAN 1/1240.

N.º 4. Paciente varón de 49 años, disnea de esfuerzo progresiva. Examen físico normal. CVF 78% VEF1/CVF 83%, DLCO 49%. Anticuerpos negativos. TAC: UIP probable. Biopsia quirúrgica: UIP. Por edad y TACR discordante se decide intentar corticoides y azatioprina. Estabilidad inicial pero al año disnea progresiva (DLCO 39%). Se suspenden esteroides y se decide iniciar pirfenidona. Al tercer mes de la suspensión, derrame pleural, FAN 1/640 y caída de la DLCO (30%). Inicia corticoides + ciclofosfamida con mejoría de la DLCO (42%).

Conclusión: la IPAF puede adoptar perfiles diferentes y requiere un alto grado de sospecha. Continúa siendo un desafío diagnóstico, que debe involucrar un grupo multidisciplinario, debido a que el manejo terapéutico y el impacto en la sobrevida son diferentes de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Los signos clínicos pueden ser muy escasos y los anticuerpos aparecer tardíamente.

PP 165- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A RITUXIMAB

Guillén J, Difillippo H, Karlen H, Medinacelli E, Villa J, García A, Solís M, Quadrelli S
Fundación Sanatorio Güemes - Servicio de Neumología, Argentina.

Introducción: el rituximab (RTX) es un anticuerpo depletor de células B, eficaz en el tratamiento de pacientes con patologías hematológicas y autoinmunes. Especialmente en la artritis reumatoide (AR), con fallo al tratamiento con metotrexate (MTX), fallo a terapia con anticuerpo de necrosis tumoral (anti-TNF) y en pacientes sin exposición previa a MTX.

Debido al incremento del uso del RTX, se han descrito una variedad de manifestaciones respiratorias como tos, broncoespasmo y rinosinusitis en un 38% de los pacientes y 10% pueden desarrollar infecciones respiratorias graves. Aunque existen meta análisis que demuestran que las probabilidades son similares a las observadas con los anti-TNF y otros biológicos. Últimamente se ha descrito en reportes de casos y metaanálisis la posibilidad de desarrollo y progresión de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada al tratamiento con RTX. Caso clínico: se trata de un paciente masculino de 66 años de edad. Ocupación administrativa con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, diabetes tipo II, neumonías a repetición y tromboembolismo pulmonar en el último año. En estudio por EPI preexistente en tratamiento con azatioprina y corticoides. Biopsia pulmonar que evidenció organización fibrosa e inflamatoria y metaplasia broncoalveolar, sin atipias.

Última internación por insuficiencia respiratoria en contexto de AR de reciente diagnóstico con EPI preexistente. Se optimiza tratamiento iniciando RTX 1gr por 2 dosis con intervalo de un mes y meprednisona.

Reingresa al cabo de 30 días por disnea paroxística clase funcional IV, desaturación con requerimientos de oxigenoterapia, sin inestabilidad hemodinámica o fiebre. Se realiza tomografía de tórax que evidencia franca progresión de su EPI. Cultivos negativos, ecocardiograma doppler y ecografía doppler de miembros inferiores dentro de límites normales.

Inició tratamiento corticoide con buena evolución clínica, por lo que se reinicia su tratamiento habitual con posterior alta hospitalaria.

Conclusión: el RTX es una medicación efectiva para una variedad de condiciones hematológicas y autoinmunes, especialmente la AR.

La EPI asociada a la terapia con RTX es una complicación rara pero potencialmente fatal. Su diagnóstico debería ser considerado en todos los pacientes bajo tratamiento con RTX que desarrollan o profundizan síntomas respiratorios asociados a nuevos cambios radiográficos.

PP 179- HISTIOCIDITIS PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGHERANS

Ahumada J, Canéva J, Ossés J, Wagner G, Vigliano C, Vargas M, Tomaszuk G, Bertolotti A
Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: la histiocitosis pulmonar de células de Langerhans (HPCL) es una enfermedad rara que se caracteriza por infiltración de uno o más órganos por células de langerhans, proliferación monoclonal de células de la línea monocitos-macrófagos que poseen un núcleo grande e inclusiones citoplasmáticas denominadas gránulos de Birbeck. Es de baja prevalencia, afecta predominantemente a adultos jóvenes y está estrechamente relacionada al tabaquismo. **Objetivo:** describir las características demográficas, clínicas, radiológicas, funcionales y evolución de 8 pacientes con diagnóstico de HPCL. **Material y Método:** análisis descriptivo retrospectivo; se incluyeron 8 pacientes (ptes) con diagnóstico de HPCL, 4 derivados para evaluación pretrasplante pulmonar, 1 para seguimiento y 3 diagnosticados de novo en nuestra institución, entre abril de 1997 y junio de 2015. **Resultados:** la edad media de los pacientes fue de 26 años (17- 33 años), 4 mujeres (50%); 7 (87,5%) eran fumadores al momento del diagnóstico, con índice tabáquico promedio de 10 paquetes/año (2-22 paquetes/año); síntomas de inicio: 4 ptes se presentaron con neumotórax, 2 con tos seca y 2 por disnea CF I-II. Los meses promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 16 meses (3-36 meses). Solo un pte tenía comorbilidades asociadas: diabetes insípida en tratamiento con desmopresina y miocardiopatía dilatada. En 7 ptes se realizó biopsia pulmonar quirúrgica. Anatomía patológica: 3 con inmunohistoquímica positiva para proteína (P) S100, CD68, CD1a; 1 pte positividad para CD1a, P S100 y ACL; 1 paciente solo positividad para P S100; 1 pte en etapa cicatrizal; en 1 pte se confirmó diagnóstico en la anatomía patológica de los pulmones explantados; en 1 pte el diagnóstico fue por imágenes. Los hallazgos tomográficos fueron: imágenes quísticas difusas bilaterales a predominio de lóbulos superiores

(LLSS) en 5 ptes, nódulos broncocéntricos a predominio de LLSS asociados a quistes difusos bilaterales en 3 pacientes. Los volúmenes pulmonares medidos por pletismografía en nuestra primera evaluación fueron normales en 2 ptes, restricción en 2 ptes, hiperinsuflación con atrapamiento aéreo en 2 y patrón mixto en 2. La DLCOc promedio fue de 42% (9-100%); PaO₂ promedio 63 mmHg (35-109 mmHg); PaCO₂ 39 (33-47 mmHg). Distancia promedio recorrida en la prueba de marcha de seis minutos: 259 m (0- 502 m). En 4 ptes se detectó hipertensión pulmonar; PAPm medida por cateterismo cardíaco derecho: 37 mmHg (30-44 mmHg); 6 ptes recibieron tratamiento broncodilatador, 4 tratamiento con corticoides a dosis de 1 mg/kg, 7 ptes cesaron la adicción tabáquica y 1 pte los reinició a los 6 meses de abstinencia; 1 pte fue receptor de trasplante cardiopulmonar, 1 paciente trasplante bipulmonar, 2 ptes permanecen en lista de espera para trasplante pulmonar; 2 ptes discontinuaron seguimiento en esta institución y 2 continúan en control, encontrándose una de ellas en CF I con valores normales espirométricos y la otra en CF II con leve restricción en la función pulmonar a 3 y 7 años del diagnóstico, respectivamente. Los ptes que recibieron corticoides sistémicos no mostraron cambios favorables en el seguimiento de su función pulmonar. Conclusión: en 18 años de consultorios externos identificamos solo 8 ptes con HPCL, afectando a ptes jóvenes, en su mayoría tabaquistas, sin predominio de sexo, con pruebas de función pulmonar normal al inicio de la enfermedad, pudiendo evolucionar al deterioro de la misma con patrones restrictivos, obstructivos o mixtos, siendo el neumotórax una complicación frecuente. La enfermedad ha sido de curso impredecible puesto que en algunos de los casos permanece estable y en otros en los que empeora son tributarios del trasplante pulmonar.

PP 230- ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA?

Caro F, Alberti ML, Fernández M, Paulín F
Consultorio especializado EPID. Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", Argentina.

Introducción: la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad con mayor incidencia en el sexo masculino. Se ha descrito que las mujeres con FPI podrían presentar mejor evolución que los hombres, pero no se dispone de suficiente evidencia para confirmar tal afirmación. Más aún, el score GAP sobre mortalidad por FPI asume al sexo femenino como un factor de menor riesgo. El objetivo de este estudio es conocer si existen diferencias entre géneros en una población de pacientes con FPI diagnosticados con criterios estrictos en un consultorio multidisciplinario especializado en enfermedades pulmonares intersticiales (EPID).

Material y Métodos: estudio analítico, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de FPI que asistieron al consultorio especializado EPID entre marzo 2012 y julio 2015. El diagnóstico de FPI se basó en los criterios propuestos por las guías 2011 ATS/ERS/JRS/ALAT. Se consignaron datos demográficos (edad, sexo), clínicos [tabaquismo, síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE), tiempo y grado de disnea (mMRC), clubbing digital], de laboratorio inmunológico (ANA, FR y anti CCP), funcionales (CVF, DLCO, metros recorridos en el test de marcha de 6 minutos), tomográficos [clasificación según neumonía intersticial usual (NIU) típica, posible o inconsistente y la presencia de enfisema combinado] y terapéuticos (uso previo de corticoides ± inmunosupresores, tratamiento anti-RGE, pirfenidona, N-acetilcisteína, rehabilitación respiratoria y/o psicología especializada en EPID). Para evaluar la progresión de la enfermedad se analizaron la declinación de CVF (ml) y DLCO (%) y la proporción de pacientes con caída >10% de CVF y/o muerte. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando test del Chi², test exacto de Fisher, test de Student o Mann Witney.

Resultados: se incluyeron 72 pacientes con FPI. Se compararon las características entre 53 hombres (73,6%) y 19 mujeres (26,4%) sin encontrar diferencias significativas en las características basales analizadas excepto que las mujeres referían

síntomas de RGE en mayor proporción [12 (63,16%) vs 16 (30,77%), p=0,037] y presentaban peor CVF% al diagnóstico [55,94% ± 15,13 vs 64,91% ± 15,11, p=0,04]. En el análisis comparativo de la evolución, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en la declinación de CVF (ml) [202,7 ± 329,9 ml en 11/19 mujeres vs 332 ± 419,9 ml en 32/39 hombres, p=0,35] y ambos grupos presentaron una proporción similar de pacientes con una caída de > 10% de CVF y/o muerte [6 (37,5%) mujeres vs 23 (51,1%) hombres, p=0,51]. El período de seguimiento fue similar entre ambos grupos [53,57 semanas (RIC 25,85 - 100,75) en mujeres vs 68,28 semanas [(RIC 35,20 - 118,25) en hombres, p=0,606].

No observamos diferencias significativas en el tiempo desde el inicio de los síntomas, el uso previo de corticoides, el tratamiento anti-RGE, rehabilitación respiratoria, psicología especializada en EPID ni en la proporción de pacientes con pirfenidona entre ambos grupos.

Conclusiones: nos encontramos con una población de mujeres con diagnóstico estricto de FPI que mostraban características basales similares a los hombres. Resulta interesante que las mujeres con FPI tenían peor CVF% al diagnóstico. Sin embargo, en el análisis de la evolución no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos, tanto en la declinación de la CVF (ml) ni en la proporción de pacientes que presentaron una caída >10% y/o muerte por FPI. Si bien la FPI predomina en hombres, podría resultar lógico pensar que la evolución fuera similar en las mujeres cuando el diagnóstico es estricto excluyendo toda posibilidad de neumonitis por hipersensibilidad crónica y/o enfermedad del tejido conectivo oculta. Creemos de importancia poder dilucidar este interrogante por lo que se requieren estudios prospectivos diseñados para tal fin.

PP 187- TRASPLANTE BIPULMONAR EN PACIENTE CON PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR IDIOPÁTICA

Wagner G¹, Cáneva J¹, Ahumada J¹, Bertolotti A¹, Favalaro R¹, Tomaszuk G¹, Vargas M¹, Cano F², Lombardi D², Fernández M², Grynblat P², Ossés J¹
¹ Fundación Favalaro, Argentina. ² Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Introducción: la proteinosis alveolar pulmonar es una rara enfermedad caracterizada por el depósito de material lipoproteínico en los espacios alveolares. Se presenta en 3 formas distintas: la congénita, la secundaria y la adquirida o idiopática. Su curso clínico es variable, desde la resolución espontánea a cuadros graves con desarrollo de insuficiencia respiratoria crónica. La prevalencia de la proteinosis alveolar idiopática se estima en 0,37 por 100.000 personas, la edad media del diagnóstico 39 años, predomina en hombres y un 72% tiene historia de tabaquismo. El único tratamiento efectivo conocido es el lavado pulmonar periódico, que exige la anestesia general del paciente, la intubación endotraqueobronquial selectiva y no se halla exento de morbilidad durante el procedimiento. El trasplante pulmonar es una opción válida cuando se han agotado las medidas terapéuticas. Se presenta un paciente trasplantado bipulmonar con proteinosis pulmonar idiopática. Caso clínico: paciente de sexo masculino de 46 años de edad, trabajador en zona rural, extabaquista (20 p/a), HTA. Comenzó en el año 2007 con disnea a grandes esfuerzos, haciéndose progresiva, por lo que consultó en otro centro. Ante hallazgos de infiltrados intersticiales se decidió biopsia quirúrgica con diagnóstico de proteinosis alveolar primaria con anticuerpos anti-GM-CSF positivos en el año 2008. Se le realizaron 7 lavados pulmonares totales mediante fibrobroncoscopia; recibió tratamiento con GM-CSF con respuesta parcial y ante la ausencia de mejoría fue derivado a nuestra institución para evaluación trasplante pulmonar en julio de 2013. Espirometría: FVC 2,13 (48%). FEV11,80 (49%). FEV1/FVC 84. TLC 3,11 (48%). DLCOc 12,3 ml/mmHg/min (43%). Gases arteriales (0,21%): pH 7,44, pCO₂ 37, pO₂ 53, SaO₂ 86%. Evolucionó con insuficiencia respiratoria crónica, requerimiento de altos flujos de oxígeno, en clase funcional IV y requerimiento de ventilación no invasiva (VNI). En diciembre de 2014 recibió trasplante bipulmonar en condición de emergencia. Extubado a las 48 h con soporte con

VNI en forma intermitente, completó 7 días de ciprofloxacina por *Klebsiella* multisensible y *Escherichia coli* en líquido de transporte. Evolucionó con mejoría clínica, otorgándose el alta institucional a los 12 días postrasplante. Gases en sangre arterial aire ambiente al alta: pH 7,39/pO₂ 67/pCO₂ 37/SaO₂ 93%. Actualmente el paciente se encuentra en clase funcional I-II, sin requerimiento de oxígeno terapia.

Inmunosuprimido con meprednisona, micofenolato y tacrolimus. Última espirometría: FVC 2,36 (53%), FEV1 2,02 (58%), FEV1/FVC 85.

Conclusión: se resalta este caso clínico de proteinosis alveolar con evolución tórpida y desarrollo de insuficiencia respiratoria crónica y progresiva, sin respuesta al tratamiento convencional con lavados pulmonares secuenciales. El trasplante pulmonar es una opción infrecuente debido a la baja prevalencia de la enfermedad y a la respuesta de la misma a la terapéutica. El trasplante permitió una rápida mejoría en la calidad de vida, con recuperación por parte del paciente de sus actividades familiares y sociales.

PP 059- SENSIBILIDAD DEL TEST DE MARCHA DE SEIS MINUTOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INTERSTICIALES DIFUSAS QUE PARTICIPAN DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

Saadía Otero M, Capparelli I, Steimberg J, Alberti ML, Caro F, Paulin F, Fernández M Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Objetivos: describir los resultados obtenidos en test de marcha de 6 minutos (TM6M) en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) derivados del consultorio especializado en EPID a rehabilitación respiratoria (RR) de un hospital de la ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con EPID derivados a RR desde el año 2012 al 2015. Ingresaron 93 pacientes (49,5% hombres); 42 (44,09%) completaron 4 meses de tratamiento. Se compararon características funcionales, calidad de vida y tolerancia al ejercicio previo y posterior a RR. Edad promedio: 59,2 ± 14,6 años. Distribución diagnóstica al ingreso: fibrosis pulmonar idiopática (36%), neumonía intersticial no específica (13,98%), neumonitis por hipersensibilidad (11,83%), histiocitosis X (3,23%); otros (16,13%) y sin diagnóstico definitivo (16,13%).

Características funcionales al ingreso: CVF (L) 2,33 ± 0,81, CVF (%) 66,47 ± 16,29; VEF1/CVF (%) 80,29 ± 15,57; PO2 74,56 ± 12,90; TM6M (m) 429,6 ± 69,46; SO₂ (min) 83,76 ± 7,44.

Los pacientes realizaron 4 meses de RR, basado en entrenamiento aeróbico y fortalecimiento muscular de extremidades y tronco y educación en salud. Concurrieron a RR 3 veces por semana, asociado a una reunión semanal de apoyo psicológico especializado en EPID. El TM6M se realizó acorde a las guías internacionales vigentes. El análisis estadístico se realizó con el software PAWS Statistics 18 ©.

Resultados: el TM6M presentó los siguientes resultados: pre RR 429,60 m ± 69,46 vs. post RR 443,67 ± 69,25 m observándose una mejoría de 14,07 m (3,27%) sin alcanzar la DCS (+ 28 m) ni diferencia estadísticamente significativa (p-valor: 0,132, test T). Posterior a este análisis se dividió a los pacientes en 2 grupos,

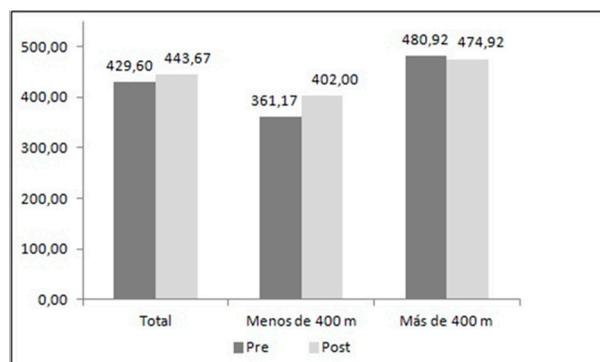


Gráfico 1 Resultados pre y post RR del total de los pacientes y análisis de subgrupos

aquellos que caminaron inicialmente menos de 400 m (grupo 1, n=18) y los que caminaron más de 400 m (grupo 2, n=24). Se observó que el grupo 1 superó la DCS (pre: 361,17 ± 34,69; post: 402,00 ± 59,64, p-valor 0,025; Δ 40,8 m), mientras que el grupo 2 no alcanzó dicha diferencia (pre: 480,90 ± 38,1; post: 474,90 ± 59,90 p-valor: 0,471; Δ -6 m).

Conclusiones: se observó una mejoría en la tolerancia al ejercicio medida a través del TM6M, en el subgrupo de pacientes que caminaron menos de 400 m pre RR. Esta mejoría fue estadística y clínicamente significativa.

PP 209- COMITÉ ENFERMEDADES INTERSTICIALES DIFUSAS

Gamberale A¹, Campitelli L¹, Capone L², Castagnino J¹, Castro Zorrilla L², Destefano G¹, Duré R¹, Estevan R², Garay A¹, Karlen H², Lombardo L¹, Martín V², Martínez D², Medin M², Moracho L¹, Moraña E¹, Musella R¹, Palma P², Resguardo A², Rizzo C², Troncoso D², Vescovo M², Mosca C², Inwentarz S², González Montaner P²
¹ Hospital Francisco Muñiz, Argentina. ² Instituto Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Argentina. ³ Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: en el Instituto Vaccarezza junto al Hospital Muñiz se conformó el Comité de Enfermedades Intersticiales Difusas a principios del 2015, habida cuenta del incremento de las derivaciones de casos clínicos y la necesidad de estrategias de intervención interdisciplinaria para el estudio, diagnóstico y posibilidades terapéuticas si las hubiere.

Objetivo: Presentar y describir el funcionamiento del Comité de Intersticiopatías conformado.

Material y Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y longitudinal. Se analizan los casos presentados al Comité de enfermedades Intersticiales Difusas realizando un abordaje interdisciplinario para su evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz.

Las reuniones se realizan los 1° y 3° lunes de cada mes en el consultorio de patología ocupacional que cuenta con la infraestructura necesaria para su funcionamiento.

El comité está formado por médicos, kinesiólogos, bioquímicos de los servicios que componen la Institución: Neumonología Clínica, Inmunología, Anatomía Patológica, Tomografía Computada, Cardiología, Rehabilitación Respiratoria, Laboratorio Pulmonar, Cirugía, Pediatría, Endoscopia, Ocupacional y próximamente se incorporará el servicio de Reumatología.

Se incorporó una modalidad nueva antes de la presentación de casos clínicos: la revisión bibliográfica específica a la temática prevista para ese encuentro.

Resultados: se presentaron 25 casos, de los cuales se seleccionaron 14 con patología intersticial, que fueron los integrados al Comité. Los 14 pacientes presentaban las siguientes patologías: patología intersticial y enfermedad del colágeno, neumonitis intersticial usual, patología intersticial secundaria a drogas, enfisema y fibrosis pulmonar, neumonitis intersticial secundaria a exposición ocupacional y patología intersticial con enfermedad autoinmune.

Conclusiones: la enfermedad pulmonar difusa es un desafío clínico para el neumonólogo en la consulta clínica. En los últimos años se han estudiado con más profundidad estas enfermedades, buscando herramientas para el diagnóstico tales como la tomografía computada de alta resolución multislice, desplazando en muchos casos a la biopsia pulmonar. Se suma además el advenimiento de tratamiento con fármacos novedosos que requieren discusión para su indicación dada la poca evidencia científica que existe, además de sus altos costos. Este Comité está a disposición para todos aquellos profesionales que quieran participar presentando sus enfermos para construir en este espacio las mejores estrategias de intervención con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 16: ENFERMEDADES INTERSTICIALES 2

PP 297- SARCOIDOSIS: TODAVÍA UNA ENFERMEDAD OSCURA

Triguero F, Collante M, Díaz O, Espeche M, Noguera M, Rovarini A, Stivala M, Albertus S, Sale H
 Hospital Nicolás Avellaneda, Argentina.

Introducción: la sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica, de baja prevalencia, que afecta a múltiples órganos en personas de ambos sexos, de todas las razas y edades, aunque predomina en adultos jóvenes, de mediana edad y afroamericana. Por lo general se presenta con linfadenopatía hilar bilateral, infiltración pulmonar, o con lesiones oculares y en piel. El diagnóstico es establecido cuando los hallazgos clínicos y radiológicos son compatibles con la presencia de granulomas de células epitelioides no caseificantes, luego de haber descartado otras causas. El manejo óptimo no ha sido bien definido todavía, aunque los corticoides siguen siendo la base del tratamiento. En Latinoamérica y en la Argentina es una enfermedad de baja incidencia, probablemente debido a diferencias genéticas y de exposición ambiental, pero quizás también a la falta de programas de relevamiento y la alta prevalencia de otras enfermedades granulomatosas endémicas que confunden el diagnóstico.

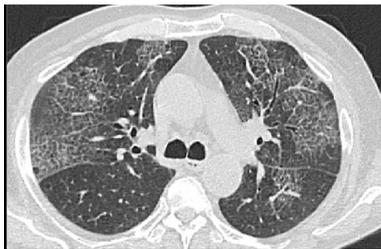
Caso clínico: paciente de 42 años, sexo masculino, no tabaquista, con catarras de vías aéreas recurrentes, cuya actividad laboral es mecánico de autos. Consulta por tos irritativa y disnea mMRC 2 de 3 meses de evolución. La radiografía (Rx) de senoparanasales evidencia velamiento de todos los senos, Rx seriada esofagogastroduodenal normal, espirometría normal. Rx de tórax: informa ensanchamiento mediastinal y compromiso intersticial bibasal. TAC de tórax: evidencia poliadopatías mediastinales e hiliares de distribución simétrica, alcanzando un diámetro de 18 mm aproximadamente. En los cortes pulmonares se observan áreas focales de vidrio esmerilado. Se realiza VATS con toma de biopsia de pulmón y grupo ganglionar 4R. Dentro de los estudios anatomopatológicos se realizaron PAS, tricrómico de Masson, Grocott y Zielh Nielsen, siendo todos negativos. Informe final: sarcoidosis pulmonar y linfoganglionar. Inicia tratamiento con meprednisona 40 mg/día, omeprazol 40 mg/día y calcio + vitamina D3. Control de Rx tórax a los 30 días: disminución del diámetro mediastinal con remisión completa de la tos irritativa y disminución de la disnea mMRC 1. TAC de tórax 60 días posteriores: disminución de las masas hiliares bilaterales y desaparición de los focos de vidrio esmerilado en pulmones. Se comienza a reducir la dosis de meprednisona 20 mg/día. A los 6 meses continúa sin tos y con remisión completa de la disnea. Se sigue reduciendo la dosis de meprednisona a 10 mg/día. Al cabo de los 10 meses, el paciente sigue asintomático y sin imágenes patológicas. Continúa con 10 mg de meprednisona a días alternos más micofenolato 500 mg c/12 h hasta cumplir 12 meses de tratamiento.

Conclusión: la sarcoidosis es una enfermedad que nos tiene intrigados desde hace mucho tiempo. A pesar de más de 100 años de estudios y búsqueda de conocimientos, sigue constituyendo una incertidumbre en el saber médico, sin conocerse una etiología clara ni un tratamiento específico. Es una enfermedad que en nuestro medio continúa siendo subvalorada, lo que genera un retraso en el diagnóstico y tratamiento. Los glucocorticoides, a pesar de las múltiples alternativas terapéuticas, siguen siendo el estándar de tratamiento.

PP 135- NEUMONITIS POR RADIACIÓN SECUNDARIA A RADIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA. REPORTE DE CASO

Castro HM, Wainstein E, Maritano J, Prececutti JA, Svetliza G
Hospital Italiano de Buenos Aires. Sección de Neumonología, Argentina.

Introducción: la radioembolización es una técnica reconocida



para el tratamiento del hepatocarcinoma y metástasis hepáticas mediante la administración de Itrio-90. La neumonitis por radiación es un evento muy infrecuente (menor al 1% si la dosis administrada es la

adecuada).

El objetivo de este caso es presentar una complicación pulmonar infrecuente de la radioembolización hepática.

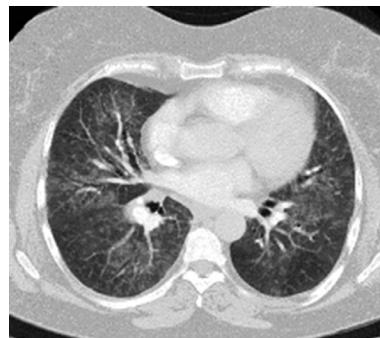
Caso clínico: un hombre de 73 años con antecedentes de Ex

TBQ, cirrosis alcohólica y hepatocarcinoma que consulta por disnea de esfuerzo progresiva de un mes de evolución. Dos meses antes había realizado una quimioembolización con microesferas y una radioembolización hepática con microesferas de Itrio-90 (I-90). Al ingreso refirió una disnea CFIII asociada a tos seca. Al examen físico presentaba taquipnea con saturación disminuida al aire ambiente (88%) y rales crepitantes bibasales. El centellograma de perfusión pulmonar pretratamiento mostraba un shunt pulmonar del 10%. La tomografía computada torácica evidenció un vidrio esmerilado parcheado bilateral con septos interlobulillares engrosados con patrón de "crazy paving" y una sobre-elevación del hemidiafragma derecho. El ecocardiograma transtorácico contrastado con microburbujas confirmaba el shunt pulmonar. Jerarquizando el antecedente de radioembolización y de shunt hepato-pulmonar se estableció el diagnóstico presuntivo de neumonitis por radioembolización. Se inició tratamiento con meprednisona (0,5 mg/Kg/día) por dos meses, evolucionando con mejoría progresiva y resolución de los hallazgos tomográficos.

Conclusión: la neumonitis por radiación secundaria a la administración de microesferas con Itrio-90 ha sido descripta. La probabilidad de presentar dicha complicación se incrementa a mayor fracción de shunt hepato-pulmonar. Por lo que es una condición imprescindible la realización previa de un centellograma de perfusión pulmonar. La presentación se acompaña con tos, disnea y fiebre. Los hallazgos tomográficos se presentan a 1-2 meses después de la terapia, con infiltrados en vidrio esmerilado y engrosamiento septal. El caso descrito presentó hallazgos clínicos e imagenológicos compatibles con neumonitis por radiación. El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos. Reconocer esta complicación es relevante y debe ser considerada en los pacientes cirróticos con shunt hepatopulmonar que realizan este tratamiento.

PP 188- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA DERMATOMIOSITIS

Dave ME, Ponce JJ, Herrero M, Pereyra B, Maracini MJ, Alvarez RN, Goñi M
Nuevo Hospital San Roque, Argentina.



La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo, en donde el compromiso pulmonar es frecuente. La enfermedad pulmonar intersticial tiene una prevalencia entre el 5-65% y adopta tres patrones de presentación: aguda, crónica y asintomática. Se presenta el caso

de una paciente en donde los síntomas respiratorios precedieron a los síntomas reumatológicos, destacando la rápida evolución a la insuficiencia respiratoria crónica.

Paciente femenina, 55 años, cocinera, no tabaquista. APP: HTA, ERGE. AHF: madre AR, hermana: esclerodermia. Medicación: budesonide/formoterol, meprednisona, espironolactona, diltiazem, esomeprazol.

MC: disnea de esfuerzo moderadamente progresiva, acompañada de tos seca, de un año de evolución y cuadros infecciosos respiratorios a repetición. Ef.: rubicundez facial, pletórica, acrocianosis. Edema bpalpebral simétrico violáceo "exantema heliotropo". Queratitis difusa aislada. Piel seca. Hiperqueratosis y escoriaciones en las caras lateral y palmar de los dedos de las manos. Debilidad muscular de las cinturas escapular y pelviana. Artralgias. Auscultación: hipoventilación global, crepitantes bibasales tipo velcro. Escasas secreciones. Sat. O₂ 94% aa, FC 70 lpm. T 36,4 °C; FR: 24 rpm. Gasometría: PH: 7,38; PCO₂: 40,8; PO₂: 69,6; CO₂H 24; EB -0,9; sat O₂ 93%. Rx tórax: patrón intersticial bilateral, bibasal. Espirometría: VEF1/FVC: 91; FVC: 1,88 (56%) VEF1 1,71 (63%). Test de marcha: desaturación

significativa. Metros recorridos: 340 (65% del predicho) BORG disnea 3; BORG fatiga 0,5. TC tórax: vidrio esmerilado parcheado bilateral, atrapamiento aéreo, bronquiectasias arrosariadas, engrosamiento septal con infiltrados peribroncovasculares. Hernia de hiato. Ecocardiograma doppler: patrón de relajación prolongada del VI. IT leve con HTAP leve. Colagenograma: PCR positivo. Capilaroscopia: compatible con patrón S/D. Electromiograma: neuropatía axonal, miopatía inflamatoria.

Diagnóstico: enfermedad pulmonar intersticial secundaria a dermatomiositis.

Tto.: Micofenolato por seis meses.

Evolución: disnea a mínimos esfuerzos.

Se realizan: pulsos de metilprednisolona, y se inicia ciclofosfamida.

Al año y 8 meses: insuficiencia respiratoria más insuficiencia cardíaca.

TC tórax: enfermedad intersticial difusa, patrón en vidrio esmerilado bilateral.

Espirometría: VEF1/FVC: 91,6; FVC: 1,66 (50%); VEF1: 1,52 (57%).

Actualmente ha realizado 6 pulsos de ciclofosfamida, continúa con corticoides y oxígeno domiciliario crónico.

Conclusión: la dermatomiositis es una enfermedad autoinmune, en donde es importante conocer las manifestaciones pulmonares ya que se asocian con elevada morbimortalidad. El compromiso pulmonar es el principal factor pronóstico de la sobrevida de estos pacientes.

TC tórax 03/2015

PP 206- REPORTE DE CASO: LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

Outón V, Correa Y, Demarchi JP, Chirino M, Andersson R, Pellegrino G
Servicio de Neumonología - HIEA y C San Juan de Dios de La Plata, Argentina.

Introducción: la LAM es una enfermedad rara que afecta predominantemente a mujeres en edad fértil. Se caracteriza por una proliferación anormal de células musculares lisas inmaduras que crecen de manera aberrante en la vía aérea, parénquima, linfáticos y vasos sanguíneos pulmonares, lo que determina su evolución hacia la insuficiencia respiratoria.

Caso clínico: mujer de 40 años que consulta por disnea de 1 mes de evolución a predominio nocturno y sibilancias aisladas. No tabaquista, sin antecedentes personales. Refiere como antecedentes familiares una hermana que presentó neumotórax espontáneo el año previo.

Al examen físico se encontraba en BEG, afebril, normotensa. Aparato respiratorio: BEAB, roncus y sibilancias bilaterales. Laboratorio: Hto 33%, Gb 7200, glucemia 180, urea 0,23 g/l, creatinina 1,02 g/l, gasometría: PH: 7,42, PCO₂: 37,2 mmHg, PO₂: 88 mmHg HCO₃: 24,6 meq/l Sat. O₂: 95%, Na 135 meq/l K: 3,5 meq/l.

Rx tórax sin lesiones evidentes.

Se instauró tratamiento broncodilatador y se solicitó PFR con informe de obstrucción leve con buena respuesta a los B2. TAC de tórax informa lesiones quísticas parenquimatosas bilaterales.

Comenzó tratamiento con fluticasona 250 mg c/12 h. Ante la sospecha de LAM se solicitó biopsia pulmonar, confirmando el diagnóstico.

Actualmente la paciente se encuentra en BEG, sin disnea y con buena respuesta a broncodilatadores en seguimiento por Servicio de Neumonología.

Conclusión: a pesar de su baja prevalencia, debería descartarse una linfangioleiomiomatosis frente a toda mujer en edad reproductiva con lesiones quísticas bilaterales, asociadas o no a neumotórax, ya que su diagnóstico requiere una biopsia pulmonar temprana.

PP 189- ENFERMEDAD POR IGG4 Y COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSO

Idoyaga P, Yusti G, Fernández Casares M, Fielli M, Baldini M, Burgos J, Mufarregue L
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Introducción: la enfermedad relacionada con IgG4 constituye una patología sistémica que ha sido reconocida recientemente

como la responsable de la afectación de múltiples órganos y causante de algunas entidades conocidas hace ya varias décadas. Entre estas se cuentan la pancreatitis autoinmune, el pseudotumor inflamatorio y la fibrosis retroperitoneal. Se caracteriza por el compromiso de los diferentes tejidos por un infiltrado linfoplasmocitario y la elevada concentración de IgG4 en el suero.

Caso clínico: paciente de 55 años edad con antecedentes de asma, extabaquismo y glaucoma. Sin antecedentes laborales relevantes. Consultó al Servicio de Emergencias en varias oportunidades, por cuadro caracterizado por tos seca, disnea progresiva y la existencia de roncus y sibilancias a la auscultación. En la tomografía del tórax se evidenció la presencia de vidrio esmerilado bilateral y en otra ocasión se sumó la existencia de consolidación sublobar. Fue medicada con corticoesteroides y antibióticos, con buena respuesta. Posteriormente, volvió a consultar por cuadro similar, con la presencia de infiltrado reticulonodulillar bilateral y requerimiento de ventilación mecánica. Al examen físico presentaba aumento del volumen de los párpados superiores, glándulas submaxilares y algunas adenopatías en la zona cervical. Laboratorio: hematocrito 30%; leucocitos 11200 (neutrofilia); ácido láctico 0,9; HIV negativo; PAN negativo; ANCA negativo; látex AR negativo. Sin aislamiento bacteriológico (hemocultivos y aspirado traqueal). Nuevamente, el tratamiento con antibióticos y corticoesteroides logró un resultado favorable. Como complicación, presentó granuloma laríngeo (postintubación) y requirió traqueotomía. En las tomografías del tórax, realizadas durante el seguimiento ambulatorio, se constató, fundamentalmente, la presencia de vidrio esmerilado y retículo que mejoraba hasta desaparecer, con la administración de corticoesteroides. Se llevó a cabo fibrobroncoscopia que no evidenció alteración y biopsia de las glándulas afectadas que informó infiltración por proceso inflamatorio con formación de folículos linfoides, fibrosis, discreta eosinofilia y fenómeno linfopitelial. Finalmente se constató elevación de IgG4 en suero.

Se interpretó el cuadro respiratorio como secundario a enfermedad relacionada con IgG4, teniendo en cuenta la forma y el tipo de compromiso sistémico y la buena respuesta a esteroides. Discusión: la enfermedad relacionada con IgG4 es una patología sistémica muy poco frecuente, que puede comprometer uno o más órganos en el mismo paciente. Se caracteriza por su instalación insidiosa, la infiltración linfoplasmocitaria y, en ocasiones, eosinofílica, y la fibrosis de los órganos afectados, dando lugar al aumento del volumen de los mismos y a lesiones pseudotumorales. Suele relacionarse con fenómenos de alergia y asma. Teniendo en cuenta el polimorfismo de su presentación, constituye un diagnóstico de exclusión, que se basa en la biopsia y la determinación del nivel sérico de IgG4. La afectación pulmonar ha sido descrita en pocas ocasiones, y en algunos casos como única manifestación de la enfermedad. El compromiso en forma de neumonía intersticial no específica, como en nuestro caso, ha sido comentado en la literatura en muy pocas ocasiones. También se han descrito formas nodulares, consolidación del espacio aéreo y afectación pleural. El tratamiento con corticoesteroides es la terapéutica de elección. Conclusión: la presencia de intersticiopatía en la enfermedad relacionada con IgG4 es muy infrecuente y debe ser especialmente sospechada en el marco de un compromiso multiorgánico (especialmente si existiese tumoración) y luego de la exclusión de otras causas.

PP 208- REPORTE DE CASO: HEMORRAGIA ALVEOLAR

Andersson R, Chirino M, Correa Y, Outón V, Demarchi JP, Pellegrino G, Yagas M
Servicio de Neumonología - HIEA y C San Juan de Dios de La Plata, Argentina.

Introducción: la hemorragia alveolar es una emergencia médica que requiere un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para disminuir su mortalidad. En estos casos la vasculitis constituye un diagnóstico diferencial importante, especialmente cuando se asocia al fallo renal.

Caso clínico: hombre de 62 años, con antecedente de HTA, extabaquista de 20 paq/año, DBT, obeso. Consulta por disnea CFIII y tos con expectoración hemoptoica. Refiere comenzar

hace dos semanas con tos seca, disnea de esfuerzo y episodios esporádicos de febrícula. Al exámen físico se encontraba febril (38,5 °C), taquicárdico, taquipneico. Aparato respiratorio con AMV, se ausculta hipoventilación en ambos campos pulmonares, con rales crepitantes bibasales a predominio derecho.

Laboratorio de ingreso: HTO 37%, GB: 16600 Urea: 39 mg/dl Cr: 1,2 mg/dl, Gasometría PH: 7,42, PCO₂: 37,2 mmHg PO₂: 59 mmHg HCO₃: 24,6 meq/l Sat O₂: 90, 5% Na 135 meq/l K: 3,5 meq/l, hemostasia: CP 85%. Plaquetas 150000. Esputo para GC y Koch negativos.

Radiografía de tórax: se evidencia infiltrado alveolar en ambos campos pulmonares a predominio derecho. TC de tórax: infiltrado alveolar intersticial que compromete en forma parcheada a ambos parénquimas, a predominio de bases con presencia de broncograma aéreo.

Inicialmente se lo interpreta como neumonía grave y se lo cubre empíricamente con piperacilina tazobactam, vancomicina. Al día siguiente presenta un descenso del HTO a 26%, con incremento de Cr: 2,3 mg/dl, y cilindros granulados en el sedimento urinario. Se realiza FBC con lavado de carne, cultivos GC, micosis y koch negativos. Ante el cuadro de hemorragia alveolar, se pulsa con corticoides por 3 días y se realiza terapia de mantenimiento. Se solicitan serología para HIV, leptospirosis, hantavirus negativos. Perfil reumatológico: ANCA P positivo. El paciente evoluciona desfavorablemente, requiriendo IOT y conexión a ARM. Empeoramiento de la función renal (Cl Cr: 35 ml/min), descenso del HTO 22%. Se decide junto con reumatología y UTI iniciar pulso cada 3 semanas de ciclofosfamida y corticoides de mantenimiento. Presentó una buena evolución, mejoría radiológica y de la función renal. Sale de UTI. Se contacta con HIAC San Martín, donde bajo seguimiento de reumatología y nefrología, se realiza biopsia renal, con diagnóstico de poliangeítis microscópica.

Conclusión: frente a un paciente con hemorragia alveolar y fallo renal, hay que sospechar siempre vasculitis, especialmente la PAM, donde la ciclofosfamida tiene un papel importante en la remisión de las formas severas.

PP 171- NEUMONÍA ORGANIZADA CON FIBROSIS AGUDA, A PROPOSITO DE UN CASO

Alvarez T, Esponda A, Batistuta C, Bogue C, Marchesini M, Figueroa Casas M, Viena JM Hospital Intendente Carrasco, Argentina.

Introducción: la neumonía organizada con fibrosis aguda (AFOP) es una entidad clínico-patológica peculiar, pocas veces descripta, con una característica histológica distintiva caracterizada por depósito de fibrina endoalveolar asociada a neumonía organizada.

Esta condición consiste en una injuria pulmonar aguda que puede observarse en diferentes patologías como la neumonía por hipersensibilidad, infecciones, toxicidad pulmonar por drogas, patología maligna hematológica, enfermedades del tejido conectivo o de causa idiopática. Distinguir la AFOP de la neumonía organizada (OP) puede representar un desafío, ya que requiere un examen histológico cuidadoso que demuestre depósitos de fibrina intraalveolares, los cuales pueden asemejar una OP con pneumocitos hiperplásicos. En realidad, podría considerarse a la AFOP como una variante de OP.

Caso clínico: paciente de 60 años de edad con antecedentes de tabaquismo de jerarquía (40 p/año), dislipidemia, en tratamiento con rosuvastatina, sin exposición laboral a tóxicos. Hace 4 meses comienza con un cuadro de fiebre, tos y disnea clase funcional II-III, con escasa expectoración, por lo que se medica en forma empírica con amoxicilina por 14 días, presentando una mejoría relativa en la sintomatología. A las 72 h de haber concluido dicho tratamiento reaparecen los mismos síntomas, por lo que es evaluada en otro centro médico. Se le efectúa una radiografía de tórax donde se evidencia una condensación en base pulmonar derecha con broncograma aéreo, por lo que comienza con un nuevo esquema de tratamiento antibiótico con claritromicina por 14 días más y corticoterapia, interpretando el cuadro como NAC de lenta resolución. Luego de transcurridos 10 días con una mejoría relativa del cuadro, comienza nuevamente con fiebre y disnea, por lo que se decide rotar el esquema antibió-

tico a levofloxacina, constatándose nuevamente una mejoría sintomática y radiográfica, con reducción de la condensación. Transcurridos cinco días después de finalizado este último esquema de tratamiento antibiótico reaparecen los síntomas. La paciente es reevaluada y al presentar en una nueva radiografía de tórax una consolidación con las mismas características que la primera, se decide la internación. Se realiza TAC de tórax: que informa consolidación con broncograma aéreo; laboratorio y BAL sin evidencia de eosinofilia, se trata con piperacilina – tazobactam por 14 días, presentando nuevamente una mejoría clínico-radiológica. A los 7 días de la externación, la paciente comienza nuevamente con fiebre y disnea, por lo que se deriva a nuestro hospital para completar estudios.

Al llegar a nuestro nosocomio se decide realizar una biopsia pulmonar por sospecha de neoplasia pulmonar primaria (con o sin neumonía postobstructiva) vs neumonía organizada. La anatomía patológica revela la presencia de depósitos de fibrina intraalveolares compatible con AFOP, por lo que se comienza tratamiento con esteroides por 6 semanas, y retiro progresivo en los 3 meses posteriores, con franca mejoría luego de las primeras 48 h de iniciado el mismo y asintomática luego del 5º día, continuando así hasta la fecha.

Conclusión: la neumonía organizada con fibrosis aguda (AFOP), es una entidad rara, en su mayoría subdiagnosticada, pero que debe plantearse como diagnóstico diferencial para patologías respiratorias que no responden a terapias óptimas de antibióticos.

PP 109- NEUMONIA INTERSTICIAL INDUCIDA POR BLOQUEO ANDROGENICO MÁXIMO COMO TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

Di Tullio F, Molina Mancero G, Picón X, Ernst G, Dezanzo P, Chertcoff F, Salvado A Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el bloqueo hormonal máximo con bicalutamida y leuprolrelina constituye en la actualidad el tratamiento endocrinológico estándar para el cáncer de próstata avanzado. Entre las reacciones adversas, que en algunos casos pueden ser severas, se ha informado el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial.

Nosotros presentamos un caso de neumonitis intersticial que se desarrolló en un paciente con bloqueo adrenérgico máximo y que resultó letal.

Reporte del caso: masculino de 77 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotirodismo, extabaquista (40 paquetes al año, cese hace 30 años), bloqueo auriculoventricular de tercer grado con requerimiento de colocación de marcapasos. Adenocarcinoma semidiferenciado de próstata con secundarismo a nivel de pulmón, mediastino y hueso; recibiendo tratamiento con doble bloqueo hormonal máximo, con bicalutamida y leuprolrelina durante el último año antes de su ingreso.

Inicia con cuadro clínico caracterizado por diarrea crónica, sumó progresión de disnea habitual de clase funcional II a clase funcional III – IV de 48 horas de evolución, contexto en el cual ingresó al hospital se objetivó insuficiencia respiratoria (PO2: 56 mm/Hg), hipercalcemia (Ca: 11,2) e insuficiencia renal aguda (Cr: 1,95), en la tomografía de tórax: consolidaciones bilaterales con broncograma aéreo, engrosamiento septal y áreas en vidrio esmerilado. (Imágenes 1 y 2). Al quinto día de internación intercurrió con IAM no Q indeterminado Killip Kimball C en contexto de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular (FAARV) y edema agudo de (EAP). Ingresó a unidad coronaria, inició ventilación no invasiva (VNI) y tratamiento clínico para patología cardíaca aguda.

Evolución tórpida, altos requerimientos de VNI; se realizó cateterismo de arteria pulmonar que descartó hipertensión pulmonar y falla cardíaca aguda.

Ingresó al servicio de Terapia Intensiva. Se comenzó tratamiento antibiótico.

El día 14 de internación requirió intubación orotraqueal por falla respiratoria, sedoanalgesia y relajación neuromuscular; intercurrió además con falla hemodinámica con requerimiento de vasopresores. Completó 5 días de metilprednisolona. Evolucionó con hipoxemia persistente, falleció al día 18 de internación.

No se obtuvieron rescates en muestras de urocultivo ni hemocultivos.

Se envió muestra pulmonar postmortem a anatomía patológica con informe final de neumonía criptogénica en organización y neumonía intersticial usual.

Conclusión: tanto la bicalutamida como la leucopropelina han sido raramente descritas como productoras de neumonía intersticial pulmonar mediadas por un mecanismo tóxico directo o autoinmune dado que la mayoría de los casos tienen buena respuesta a los corticoides; la asociación de COP y UIP no ha sido descrita.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 08: TUBERCULOSIS 1

PP 070- OTITIS MEDIA TUBERCULOSA

Aidar O, Cragnolini de Casado G, Castagnino JP, Palmero DJ
División Tisieneumonología Hospital F. J. Muñoz, Argentina.

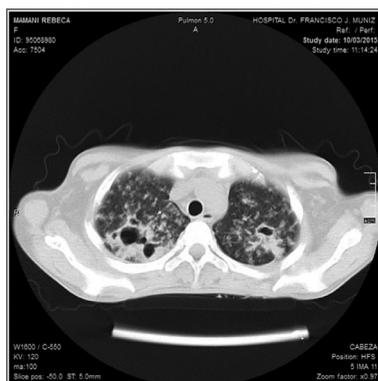
Introducción: la otitis media tuberculosa es una forma clínica de TB infrecuente, cuya incidencia es de menos del 1% de las otitis media crónica. La población más afectada es la menor de 15 años (85% de los casos). Su clínica es difícil de diferenciar de otitis crónica causada por otros gérmenes, lo cual genera demoras en el diagnóstico. Debe sospecharse cuando una otitis media supurativa no mejora con el tratamiento convencional. **Caso clínico:** una mujer boliviana de 26 años VIH seronegativa ingresa al hospital por tos, expectoración mucopurulenta, fiebre, pérdida de peso, dolor, otorrea purulenta e hipoacusia de oído derecho de un mes de evolución. La radiografía de tórax mostraba opacidades reticulonodulillares bilaterales con cavidades. La baciloscopia y el cultivo de esputo y de la secreción del oído derecho fueron positivos para *M. tuberculosis*. El cultivo para gérmenes comunes negativo. La otoscopia mostró: oído derecho mucosa congestiva con granulomas y esquelización ósea. No se observaba membrana timpánica. Audiometría:

hipoacusia de conducción severa de oído derecho.

Se inició tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida. La evolución fue favorable. A los 30 días de tratamiento no tenía dolor ni otorrea, pero continuó con hipoacusia. Había aumentado de peso, mejoró su anemia y la baciloscopia de esputo fue negativa.



TAC de Peñasco: ocupación total de celdas y celdillas mastoideas por tejido denso a nivel del peñasco derecho. Ocupación por tejido denso del oído medio e interno, no visualizándose membrana timpánica.



TAC de tórax: opacidades retículo nodulillares bilaterales en ambas playas pulmonares de vértice a base, con lesiones cavitarias bilaterales en lóbulos superiores.

Conclusiones: La TB del oído medio es una entidad rara pero no excepcional. Se debe sospechar ante toda otitis me-

dia crónica rebelde al tratamiento, que presenta otorrea con o sin dolor, parálisis facial y perforación timpánica múltiple, o bien, cuando coexiste tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar. Los diagnósticos diferenciales incluyen: otitis crónica por gérmenes comunes, micosis, granulomatosis de Wegener, granulomatosis de la línea media, micobacterias atípicas, colesteatoma, etc.

El diagnóstico y el tratamiento deben ser precoces para evitar complicaciones: hipoacusia, síndrome laberíntico, fistulas retro auriculares, meningitis, absceso cerebral, parálisis de pares craneanos y destrucción ósea de la mastoides.

PP 201- SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIURÉTICA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez Mieres A, Gregoriotti A, Casco N, De Stefano G, Cufre M, Palmero D
Hospital F. Muñoz, Argentina.

Introducción: la tuberculosis frecuentemente está relacionada con manifestaciones extrapulmonares, siendo el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética una de las menos frecuentes. Varios estudios indicaron una incidencia de hiponatremia en tuberculosis del 11%, más frecuentemente en niños y en enfermedad diseminada. Se presenta un caso de un paciente internado en sala de aislamiento en hospital de referencia, con el objetivo de demostrar la respuesta terapéutica del SIHAD al tratamiento antifímico con el agregado de corticoterapia.

Caso clínico: paciente masculino de 60 años, boliviano, con antecedentes de enolismo, tabaquismo y tuberculosis pulmonar con tratamiento irregular en 2014. Ingresó a sala por hemoptisis masiva, por lo que se realiza fibrobroncoscopia con colocación de endoprótesis. Se recibe esputo para BAAR (+++), por lo que inicia tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, por presentar aumento de transaminasas, se rota a tratamiento no hepatotóxico. Evolucionó con buena tolerancia, reiniciando drogas de primera línea. En TC de tórax se observa disminución del volumen pulmonar izquierdo con signos de retracción mediastinal hacia el mismo lado. Múltiples bronquiectasias en lóbulo superior izquierdo y lingula compatible con pulmón destruido. Imágenes en árbol en brote en lóbulo inferior izquierdo y lóbulo inferior derecho. En el laboratorio se evidencian valores plasmáticos de sodio y potasio disminuidos, 126 mmol/l y 2,7 mmol/l, respectivamente, por lo que se realizaron reposiciones de los mismos en varias oportunidades, persistiendo disminuidos, llegando a valores de hiponatremia severa (115 mmol/l) con deterioro del sensorio. Se solicitan estudios para HIV: no reactivo; proteinuria 24 h donde arroja como resultado un sodio urinario elevado (131 mmol/L), osmolaridad urinaria de 299 mOsm/kg y plasmática de 251 mOsm/kg. El dosaje de cortisol y TSH resultaron normales. Se realiza diagnóstico de Síndrome de secreción inadecuada de ADH e inicia tratamiento con corticoides sistémicos junto con el tratamiento antifímico, notando un claro aumento de sodio plasmático de 129 mmol/l y potasio de 4,1 mmol/l, evolucionando con normalización del sensorio.

Conclusiones: el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética por tuberculosis es más común en niños. Lesiones pulmonares o meningitis tuberculosa pueden seguirse de SIHAD. Generalmente es asintomático y autolimitado, en la mayoría de los casos es reversible con el tratamiento efectivo antifímico. El tratamiento con corticoides se instauró buscando efecto mineralocorticoide. Hay estudios que informan mayor mortalidad en pacientes con tuberculosis e hiponatremia, sugiriendo mayor riesgo de distrés respiratorio agudo.

PP 166- TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE/EXTENSAMENTE RESISTENTE EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGÍA "PROFESOR DR. RAÚL VACCAREZZA" FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Inwentarz SJ, Lagrutta L, Natiello M, Agüero S, Huergo N, Souto MG, Perella F, Irribaren M, Medin MI, Alves L, Martínez DF, Viña JL, Estevan R, Palma I, Capone L, Vescovo M, Resguardo A, González Montaner PJ
Instituto de Tisieneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Argentina.

Introducción: la tuberculosis resistente a fármacos: multirresistente y extensamente resistente (TB MR/pre XDR/XDR) es una enfermedad que constituye un grave problema de salud pública, tanto en nuestro país como en el mundo. En la actualidad, los abandonos reiterados, las dificultades en la accesibilidad y el abuso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, contribuyen intensificando la misma: aumentando la morbimortalidad, extendiendo el período de contagio y generando mayor resistencia bacteriana. La TBMR y XDR infantil es un emergente de esta problemática. Generalmente de contagio intrafamiliar, muy severa en los niños menores.

Objetivos:

- Cuantificar el número de pacientes TB MR/XDR durante el período 2011/1° semestre de 2015 en la población pediátrica ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vacarezza, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires.

Material y Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional sobre 270 tratamientos anti-TB efectuados durante el período 2011/1° semestre de 2015 en la población pediátrica ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vacarezza, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires, cuantificando el número de pacientes que iniciaron tratamiento MR.

Población y muestra: niños de 0 a 16 años en tratamiento antituberculoso durante el período 2011/1° semestre de 2015, pertenecientes a la población pediátrica ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vacarezza, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Los niños evaluados llegaron a la institución en su totalidad, para estudio de contacto conviviente TB, generalmente asintomático o con síntomas leves de reciente comienzo, presentando hallazgos radiológicos y/o tomográficos de la enfermedad.

Resultados: de los 151 tratamientos pediátricos iniciados en ese período, se diagnosticaron 8 niños con TBC MR. Distribuidos de la siguiente forma: 33, corresponden al período 2011, 37 al período 2012 y 37 al período 2013, con 1 paciente MR (2,7%); 36 al período 2014, con 6 pacientes MR (16,6%) y 8 al primer semestre del 2015, con 1 paciente MR (12,5%).

Conclusiones: la tuberculosis constituye un grave problema de salud pública, la tuberculosis MR lo es aún más. En la población infantil se ven incrementadas las dificultades diagnósticas y de tratamiento obstaculizando las diferentes estrategias de abordaje en esta problemática. En nuestra institución observamos un aumento del número de casos en los 2 últimos años. Debemos reflexionar si este aumento de casos MR se correlaciona con el aumento de la incidencia de TBCMR en la población general o una mejor capacidad de detección, un mayor seguimiento y un adecuado manejo de los contactos.

PP 032- TB ÓTICA EN PACIENTE CON DBT TIPO II: REPORTE DE UN CASO

Zappia M¹, Destefano G¹, Levi A¹, Bravo S², Poggi S³, Cufre M¹, Palmero D¹

¹ Hospital F. Muñiz, División Neumotisiología, Argentina. ² Hospital F. Muñiz, Otorrinolaringología, Argentina. ³ Hospital F. Muñiz, Laboratorio Cetraángolo, Argentina.

Introducción: la otitis media tuberculosa es una localización poco frecuente de la enfermedad, con una incidencia de menos del 1%. La mayoría de los casos reconoce en su origen un foco pulmonar; y como manifestación primaria es excepcional. Su presentación suele ser insidiosa con síntomas y signos inespecíficos que dificultan y demoran el diagnóstico aumentando el riesgo de complicaciones. El diagnóstico debe sospecharse en toda otitis media crónica sin respuesta al tratamiento habitual. Caso clínico: paciente de 44 años oriundo de Bolivia, con antecedentes de diabetes tipo 2, consulta por síndrome de impregnación, asociado a disnea grado 2, tos con expectoración mucopurulenta y un episodio de hemoptisis moderada. Durante su internación, se constata además hipoacusia con otorrea bilateral, refiriéndola de 3 meses de evolución, por lo que realizó varios esquemas de antibióticos sin respuesta terapéutica. Al examen físico presenta regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea, hipoventilación generalizada asociada a sibilancias espiratorias aisladas, saturación 90% 0,21, con Rx

de tórax que evidenciaba compromiso bilateral a predominio izquierdo con cavidades. Se realiza baciloscopia con resultado positivo para BAAR. Es evaluado por otorrinolaringología, evidenciándose otorrea bilateral y perforación timpánica. Se realiza lavado del oído medio y toma de muestra para estudio de BAAR, con directo negativo y cultivo positivo. Se realiza TAC de peñasco, en donde se observa el nivel hidroaéreo a nivel del seno maxilar izquierdo, ocupación total del espacio aéreo de las celdillas mastoideas en ambos peñascos, con compromiso mucoso que comprende a la cadena osicular bilateral. Se inicia tratamiento para TB con 4 drogas con buena tolerancia a las mismas, mejorando el cuadro respiratorio pero con persistencia de hipoacusia.

Conclusión: la presencia de otorrea en un paciente con tuberculosis pulmonar implica descartar la etiología bacilar de su otitis media. Debido a que la otitis tuberculosa rara vez se sospecha, no se solicitan de forma rutinaria pruebas para dicha patología. Destacamos la dificultad diagnóstica y el hecho de que esta entidad debe incluirse dentro de las etiologías posibles de la otitis media supurativa persistente. Esta es una de las formas más raras de la tuberculosis extrapulmonar y generalmente no se incluye en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico definitivo se basa en el aislamiento del *Mycobacterium tuberculosis* en las secreciones óticas o la presencia de granulomas en la anatomía patológica. El diagnóstico tardío retrasa el inicio del tratamiento, lo que aumenta el riesgo de complicaciones, tales como la parálisis facial y la pérdida irreversible de la audición.

PP 119- MORBIMORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN EL PERÍODO 1995-2014. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN UN CENTRO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Romano ML, Zarra JA, Falcone C, Rottant V, Cusmano LG
Hospital F. J. Muñiz. CABA, Argentina.

Introducción: la tuberculosis (TBC) es un problema prioritario de la salud pública tanto en Argentina como en el mundo, a pesar de contar en la actualidad con tratamientos eficaces para el control de esta enfermedad.

Situaciones actuales trascendentes han renovado el interés sobre esta enfermedad, debido a la interacción TBC/VIH y al deterioro de las condiciones sociales de la población en los últimos años.

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de TBC internados en nuestra institución durante el período 1995-2014.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron los registros de todos los pacientes que egresaron con diagnóstico de TBC durante el período 1995-2014.

Se evaluaron las variables epidemiológicas; sexo, edad, procedencia, coinfección con VIH, formas clínicas y evolución clínica. Se utilizó para tal fin el formulario de egreso (D 105).

En la elaboración de tablas y gráficos se usó el programa Excel 2010.

Resultados: se evaluaron 15.655 formularios de egresos de pacientes con diagnóstico de TBC, de los cuales 10.180 fueron varones y 5.475 mujeres, con una relación hombre/mujer de 1,80. El 64% residieron en la Provincia de Buenos Aires y el 36% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La edad promedio fue de 33 años, y el grupo de edad comprendido entre los 22 y 39 años fue el más afectado.

La localización pulmonar es la forma clínica más frecuente en un 65%, a la que le sigue la extrapulmonar en un 13% y la diseminada en un 12%.

De los pacientes egresados con TBC, el 40% presentaron coinfección con VIH.

La letalidad global fue del 14,3% por TBC en estos 20 años.

La letalidad por TBC y coinfección VIH+ del período fue del 27,02% y la letalidad de TBC/VIH- fue del 5,8%.

En el año 1995, la letalidad TBC/VIH+ fue del 46,05% y en el 2014, del 16,8%.

La letalidad del año 1995 de TBC/VIH- fue del 7,57% y en el 2014 fue del 8,19%.

El total de TBC multirresistente fue de 1.678 casos, en el año 1995, con 121 descendiendo a 31 en el año 2014.

Conclusiones: La población afectada por TBC comprende a adultos jóvenes en edad económicamente activa.

Es importante destacar la forma clínica pulmonar por el impacto sanitario que causa en la comunidad.

La letalidad por TBC y coinfección VIH+ disminuyó en más de la mitad (63,35%) en estos 20 años.

Es prioritario el trabajo multidisciplinario para el control de la enfermedad de ambos programas para el control de la TBC asociada al SIDA.

PP 132- TUBERCULOSIS EXTRAPULMONARES EN TUCUMÁN. NUESTRA REALIDAD

Sale H, Diaz O, Stivala B, Rovarini A, Collante M, Espeche M, Triguero F, Albertus S, Solá E

Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda. Tucumán, Argentina.

Introducción: las tuberculosis extrapulmonares (TBE) se dan entre el 10 al 20% de los casos, proporción que aumenta en inmunocomprometidos. Estas formas de presentación, evolucionan con una menor cantidad de bacilos que las pulmonares, lo que dificulta el diagnóstico precoz, al ser paucibacilares, y asentadas muchas veces en órganos relativamente inaccesibles, lo que genera un retraso en el diagnóstico, que se hace en gran parte de los casos, cuando el daño en los diferentes tejidos es importante, resultando dificultosa la curación de los enfermos. Por ello decidimos conocer nuestra realidad en este tema, ya que las publicaciones resultan poco comparables, al tratar casos de regiones con distintas realidades socioeconómicas y raciales. Objetivo: el objetivo del presente fue conocer las distintas formas de presentación de las TBE en Tucumán, en los últimos 6 años. Se evaluaron los datos obtenidos, comparándolos con lo publicado a la fecha.

Material y Método: estudio de cohorte transversal retrospectivo. Se analizaron 855 casos notificados con diagnóstico de tuberculosis, del 01/01/09 al 31/12/14.

Se registraron: formas de presentación, clasificación, edad, sexo, confirmación bacteriológica y coinfección con VIH.

Criterios de inclusión

Casos diagnosticados de TBE mediante:

Baciloscopia, por tinción de Ziehl-Nielsen, y/o cultivo positivo para *M. tuberculosis* en medio de Löwestein-Jensen, en una o más muestras biológicas.

Presencia de granulomas con necrosis caseosa en las muestras obtenidas por biopsias de diferentes órganos.

Derrames pleurales con características de exudados a predominio linfocitario, o con marcadores biológicos + en líquido de serosas (ADA superior a 60 UI/ml).

Datos clínicos y epidemiología compatibles con tuberculosis, con PPD positiva, y respuesta al tratamiento, tras haberse descartado otras posibilidades diagnósticas.

Clasificación

Formas ext. puras: definidas por una única localización extrapulmonar.

Mixtas: con localización pulmonar y extrapulmonar.

Formas diseminadas: con 2 o más localizaciones extrapulmonares. Se subclasificaron las asociadas a VIH.

Resultados: del total de 855 casos analizados con diagnóstico de TB, 154 (18%) correspondieron a formas de TBE.

Se presentaron como formas puras: 120 casos (77,9%)

Pleurales:	79	(65,8%)
Ganglionares:	30	(25%)
Laringeas:	5	(4,2%)
Peritoneales:	3	(2,5%)
Óseas:	2	(1,7%)
Mamarias:	1	(0,8%)
Formas mixtas:	21 casos	(13,6%)
Pleurales y pulmonares:	10	(47,6%)
Ganglionares y pulmonares:	5	(23,8%)
Intestinales y pulmonares:	2	(9,5%)
Óseas y pulmonares:	1	(4,8%)
Renales y pulmonares:	1	(4,8%)
Laringeas y pulmonares:	1	(4,8%)

Cutánea y pulmonar:	1	(4,8%)
Formas diseminadas:	10 casos	(6,49%)
Miliares	5	(50%)
Meningeas y miliares:	2	(20%)
Meningeas y pleurales:	1	(10%)
Miliar y ósea:	1	(10%)
Intestinal, pulmonar y cutánea	1	(10%)
Asociadas a VIH:	3 casos	(1,9%)
TBE Diseminadas - Meningeas:	2	(66,7%)
TBE Mixtas - Ganglionar y pulmonar:	1	(33,3%)

Conclusiones: a pesar de ser la tuberculosis pulmonar la forma de presentación más frecuente e importante epidemiológicamente, observamos en nuestro medio un gran número de formas extrapulmonares en pacientes VIH negativos.

Las formas extrapulmonares más frecuentes fueron las pleurales y las ganglionares, tal como se describe en la literatura.

Creemos que existe un evidente subregistro y poca búsqueda de las diferentes formas de presentación, dadas las dificultades en el diagnóstico: síntomas inespecíficos, difícil obtención de muestras, baja rentabilidad de la baciloscopia, por ser formas paucibacilares, lo que nos compromete a nuevos retos diagnósticos.

PP 061- MYCOBACTERIUM BOVIS: PRESENTACIÓN DE CASO

Fernández S, Oviedo EE, Acosta A, Najo M, Granado R, Moreno H, Yapur N, Kevorkof G Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Argentina.

Paciente femenina de 26 años, oriunda de Jovita, provincia de Córdoba; con APP de síndrome de Crouzon y trastornos convulsivos, es derivada a nuestro nosocomio para punción diagnóstica de lesiones en cuello. Familiar refiere que 5 meses previos a la consulta, comienza con adenopatía dolorosa en región lateral derecha del cuello, que posteriormente se hace bilateral. Se emplean múltiples esquemas antibióticos, sin notar mejoría, con picos febriles aislados y marcada pérdida de peso. Al llegar al hospital, se realiza punción a cargo del Servicio de Cabeza y Cuello, quienes informan verbalmente que la característica del material extraído en la punción era "caseoso". Inmediatamente se envían muestras al Laboratorio de Tuberculosis, las cuales fueron positivas al examen directo para BAAR. Al interrogatorio: sin epidemiología ni síntomas para TB pulmonar.

Por motivo del síndrome de la paciente, medicada con múltiples drogas hepatotóxicas, y con un laboratorio alterado en el hepatograma, se decide iniciar tratamiento con drogas de segunda línea: etambutol + streptomina + levofloxacina. Se realiza interconsulta con neurología para control de medicación de base y administración de las drogas anti-TB. La paciente evoluciona afebril, con disminución de las lesiones ganglionares. A los 10 días de iniciado el tratamiento alternativo, comienza con drogas de primera línea: etambutol + rifampicina + pirazinamida + isoniazida. Mantiene este esquema durante 8 días y comienza con depresión del sensorio, elevación de transaminasas, nuevos episodios convulsivos e insuficiencia hepática. Se decide su paso a UTI con diagnóstico de encefalopatía hepática 2ria a toxicidad por fármacos, y suspensión de drogas anti-TB de primera línea. Se retoma esquema alternativo con etambutol 4 comp/día + levofloxacina 500 mg cada 12 h. Permanece en UTI 10 días, evoluciona favorablemente, con requerimiento de múltiples transfusiones de plasma fresco congelado, y pasa a sala común nuevamente. TAC Cerebro: hidrocefalia, alteración corticosubcortical a predominio frontal, resto sin particularidades.

Se agrega nuevamente streptomina (etambutol: 30 días + levofloxacina: 21 días). No se vuelven a agregar drogas de primera línea. Laboratorio a destacar al momento del alta: GPT: 43; GGT: 258; GOT: 33; FAL: 132; BT: 0,99; BD: 0,87; APP: 88%; KPTT: 22"; Albúmina: 2,7.

Se recibe informe del Laboratorio de Tuberculosis: 26 colonias de BAAR en cultivo de material de ganglio: *Mycobacterium Bovis*. Al reinterrogar a la madre de la paciente, esta refiere que le compraba leche al vecino, quien la traía de su campo: "Siempre le compro la leche a él, de la más sana Dra, directa de la vaca de campo".

La paciente evoluciona favorablemente, cumplió tratamiento en lugar de origen, con controles estrictos en nuestro nosocomio cada 15 días.

PP 203- NÓDULO PULMONAR EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLANGIOCARCINOMA HEPÁTICO

Vargas M, Ahumada J, Wagner G, Ossés J, Cárvea J, Gondolesi G, Cundom J, Tomaszuk G, Rodríguez T, Toledo E, Del Moral L
Hospital Universitario Fundación Favaloro., Argentina.

Introducción: la presencia de nódulo pulmonar solitario obliga al diagnóstico diferencial de diversas patologías, a decir: benignas, neoplásicas primarias o secundarias como así también infecciosas e inflamatorias. Se presenta un caso clínico de abordaje de nódulo pulmonar en un paciente con enfermedad neoplásica previa (colangiocarcinoma hepático).

Caso clínico: paciente de 61 años de edad, extabaquista 20 p/a, con el antecedente (2011) de nódulo hepático en contexto de disminución de peso, 10 kg en tres meses y cuyos marcadores tumorales habían sido negativos (AFTP-CEA-CA 19-9), asimismo como las serologías virales. Con diagnóstico definitivo de colangiocarcinoma, se realizó hepatectomía parcial de los segmentos IVb y V y quimioterapia posoperatoria con cisplatino y gencitabine, continuando con seguimiento oncológico. En mayo de 2015, asintomático, por TAC de tórax de control se visualizó nódulo pulmonar en LSD de 30 mm, con PET-CT con dimensiones de 38 x 26 mm y con un índice SUV de 5,2, presentando, además, 2 nódulos hipermetabólicos en el domo hepático, segmentos VII y VIII de 21 mm con índice SUV de 4,7 y compromiso de la pared abdominal. Con alta sospecha de tumor primitivo pulmonar vs metástasis de colangiocarcinoma, se planificó fibrobroncoscopia (FBC) con BAL y BTB como así también biopsia de la pared abdominal bajo guía ecográfica. Se realizó FBC, que no evidenció lesiones endoscópicas de tráquea ni del árbol bronquial, con BAL y BTB en segmento apical del LSD. Los resultados de los exámenes directos del BAL y lavado bronquial arrojaron BAAR positivos (++) y en la anatomía patológica presencia de material caseoso, interpretándose los hallazgos compatibles con tuberculosis (TBC); inició tratamiento con HREZ.

Conclusión: la presencia de nódulo pulmonar único en un paciente con antecedente de neoplasia previa obliga a tomar medidas diagnósticas a fin de descartar no solamente enfermedad neoplásica, primaria o recidiva sino también enfermedades infecciosas que se presentan como nódulos pulmonares, tal como la TBC enfermedad endémica en nuestro país.

PP 258- EMPIEMA TUBERCULOSO Y MENINGITIS TUBERCULOSA. ASOCIACIÓN DE 2 COMPLICACIONES POCO FRECUENTE

Saborido S, Scafati M, Vigil H, Redolfi G, Benedetti D, Faccioli G
Hospital E. Tornu, Argentina.

Introducción: el empiema y la meningitis son formas severas y poco frecuentes de presentación de la tuberculosis, con alta tasa de complicaciones y elevada mortalidad.

Caso clínico: paciente de 45 años, oriundo de Bolivia, enolista, trabajador en taller de costura, presenta síndrome de impregnación, tos con expectoración mucosa y sudoración nocturna de 3 meses de evolución, asociado a disnea progresiva los últimos 15 días. Concorre a Guardia externa del Htal E. Tornu donde se constata en Rx tórax derrame pleural izquierdo, se realiza toracocentesis con líquido pleural compatible con exudado complicado, directo del líquido pleural BAAR positivo y serología para HIV negativa; se coloca drenaje pleural. Inicia tratamiento antituberculoso con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol; se interna en Unidad de Terapia Intensiva. Intercurre al 2° día de internación con deterioro del estado de conciencia, se descartan causas metabólicas, con TAC de cerebro sin signos de sangrado agudo ni masa ocupante, se realiza punción lumbar (LCR: acelular, glucosa 26 mg/dl, proteínas 1,10 gr/l, BAAR directo negativo). Por sospecha de TBC meníngea se agrega al esquema de tratamiento prednisona a 0,5 mg/kg/día. Evoluciona favorablemente, sin requerimiento de IOT/ARM, pasa al Servicio de Neumonología. Presenta cultivo de LCR

positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, continúa con terapia corticoidea. Evoluciona con falla en la expansión pulmonar 2° a fistula broncopleural. Espudo para BAAR directo negativo, fibrobroncoscopia sin lesiones endoluminales, BAAR del BAL directo negativo. Cirugía de tórax realiza decorticación pleural por videotoracoscopia y colocación de drenaje pleural, con posterior buena expansión pulmonar. El paciente evoluciona con mejoría del estado general, afebril, corticoides en descenso y en segundo mes de tratamiento antituberculoso se otorga el alta hospitalaria.

Discusión y Conclusiones: el empiema pleural tuberculoso (EPT) era relativamente usual cuando se empleaban técnicas como el neumotórax terapéutico o el oleotórax para colapsar las lesiones cavitadas pulmonares; sin embargo, en nuestros días, la TBC no se considera una etiología habitual de empiema. El tratamiento requiere medicamentos antituberculosos y manejo quirúrgico; este último es necesario debido a la gran cantidad de bacilos tuberculosos dentro del líquido pleural.

La presencia de fistula broncopleural puede complicar el cuadro clínico. El empiema tuberculoso complicado con fistula broncopleural es una patología de difícil manejo. La toracoscopia permite la valoración objetiva de la cavidad pleural, la resección de adherencias pleurales, el lavado de la cavidad pleural y también la colocación bajo visión directa de la sonda de pleurotomía para mantener un adecuado drenaje de la misma y expansión pulmonar completa; además permite la solución adecuada en aproximadamente el 65% de los casos. La pleurotomía abierta es un procedimiento quirúrgico que implica la resección de dos porciones de costilla para mantener abierta la cavidad torácica, realizar curaciones periódicas para esterilizar la cavidad y permitir la cicatrización adecuada de las fistulas periféricas. En nuestro caso, el paciente no requirió pleurotomía abierta, debido a la buena evolución luego de la toracoscopia.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 20: TUBERCULOSIS 2

PP 017- TUBERCULOSIS CUTÁNEA: UNA FORMA POCO FRECUENTE DE PRESENTACIÓN

Álvarez M, Carbone M, Etchegoren M, Maldonado M, Kassabian S, Avalo N
HIGA Evita de Lanús, Argentina.

La tuberculosis extrapulmonar se observa en aproximadamente el 10% de los enfermos internados en servicios de tisiología. La tbc cutánea, no obstante, es infrecuente, y representa tan solo el 1 al 4% de las formas extrapulmonares. La tbc aguda miliar diseminada: se ubica en el polo de menor resistencia y constituye la forma más grave de tbc cutánea.

Objetivo: presentar un caso clínico con una forma poco frecuente de tuberculosis extrapulmonar.

Material y Método: paciente de sexo femenino, 52 años, que ingresa por déficit motor hemicuerpo derecho, disartria, sensorio alternante de 24 h de evolución.

Antecedentes: retrovirus positivo, 20 años de evolución, cumple tratamiento con ritonavir raltegravir etravirina. No refiere enfermedad marcadora. Se realiza punción lumbar, características líquido cristal de roca leucocitos 2, proteínas 0,26 g/l, glucosa 69 mg/dl. Tinta china negativo. Cultivo para koch y gérmenes comunes negativo. PCR positivo para virus JC, baciloscopías x 3 negativas, cultivos negativos, cd4/cd8 0,1%, cd8 762 cd4 72 cd3 871, toxoplasmosis, chagas y citomegalovirus negativo. TAC de tórax compatible con tbc miliar; TAC de cerebro con contraste endovenoso, hipodensidades en región frontal y talámica derechas, disminución de los valores de atenuación de la sustancia blanca periventricular. La paciente presenta lesiones en piel vesículo-costrosas que se biopsia, informe directo baar positivo, cultivo para koch positivo.

Resultados: al momento de este resumen se encuentra en tratamiento con tuberculostáticos y antirretrovirales, a pesar de la rápida instauración no evoluciona favorablemente.

Conclusión: se presenta un caso de TBC cutánea en un paciente con inmunodeficiencia, con una forma de presentación miliar sumamente grave, llegándose al diagnóstico por biopsia de las lesiones dermatológicas.

PP 127- MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

Collante M, Albertus S, Diaz O, Espeche M, Rovarini A, Stivala B, Triguero F, Sale H, Saad D, Sola E
Hospital Avellaneda, Argentina.

Introducción: enfermedad causada por un tipo de micobacteria diferente a la tuberculosis. Las formas de presentación más frecuentes son pulmonares, linfadenitis, abscesos de piel y partes blandas y osteomielitis. Se encuentran en el agua, el suelo, el polvo, la leche, los alimentos, pájaros y otros animales. Producen lesiones granulomatosas similares a la TB. Las más frecuentes son *M. Avium*, *M. kansasii*, *M. Marinum*, *M. Fortuitum*, *M. Chelonae*, *M. Scrofulaceum* y *M. Simiae*. Las infecciones diseminadas o extrapulmonares constituyen diagnóstico de sida. Mostrar los casos registrados en la sala de tisiología de nuestro hospital.

Objetivos: evaluar la prevalencia de los casos de M.A en un período de tiempo de 2003 a 2015, sus formas de presentación, diferentes tipos de M.A, curación, mortalidad y tratamiento.

Material y Métodos: es un estudio descriptivo, retrospectivo, en un período de 2003 a 2015. Analizando historias clínicas, fichas de tuberculosis y estudios clínicos y bacteriológicos realizados. **Resultados:** de un total de 1677 casos de tuberculosis asistidos en nuestro servicio: (2003-175) (2004-130) (2005-158) (2006-126) (2007-132) (2008-139) (2009-135) (2010-121) (2011-118) (2012-112) (2013-114) (2014-142) (2015-75) se registraron 29 casos de M.A, 21 *Micobacterium Avium*, 3 *simiae*, 1 *terrae*, 2 *fortuitum*, 2 *chelonae*, 24 formas pulmonares, 3 mixtas y 2 formas extrapulmonares. 13 mujeres, 16 varones. En tratamiento, 8 pacientes; curaron, 12; fallecieron, 4; y se desconoce, 5. Edad (< 15 - 0) (25-44/9) (45-54 /4) (55-64 /10) (65-74/2) (> 75 /4). Asociada a HIV, 3. De los 1677 casos reportados de TB, 29 fueron diagnosticados como casos de micobacterias atípicas 1,7%. 72,4% fueron provocadas por *M. Avium*, 10,3% por *M. Simiae*, 3,4% por *M. Terra*, 6,8% por *M. Fortuitum* y 6,8% por *chelonae*. 82,7% fueron formas pulmonares y 10,3% fueron mixtas y 6,8 extrapulmonares. El 44,8% fueron mujeres y 55,1% fueron varones. Asociadas a HIV, 10,3%.

Conclusiones: la prevalencia de casos de M.A en nuestro hospital en el período de tiempo 2003-2015 fue del 1,7%, con una mayor frecuencia en el último semestre, 5 casos. El porcentaje de mayor frecuencia de casos de *Micobacterium Avium* coincide con lo relatado en la literatura. Hubo menor porcentaje de asociación con HIV. La edad donde se presentaron con más frecuencia fue entre 55 a 64 años, más en varones. Los pacientes que se curaron recibieron tratamiento por 18 meses con claritromicina, ciprofloxacina y etambutol. El *M. Simiae* recibió tratamiento con claritromicina levofloxacina, bactrin y estreptomina, resistente a ciprofloxacina y etambutol. El diagnóstico de las M.A en nuestro medio nos resulta tardío. La mortalidad estuvo asociada a comorbilidades.

PP 218- COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Aquino VM, González H, Garay J, Reyes Armua MC
Hospital J.R Vidal, Argentina.

Introducción: la TB (tuberculosis) extrapulmonar, en su conjunto, supone el 10-20% de total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes, aunque esta frecuencia de presentación se incrementa notablemente en las personas que son portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. La afección por la TB de la epiglotis, laringe y faringe es bastante común y usualmente es una extensión de TB pulmonar, actualmente con una prevalencia menor del 2%.

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 16 años de edad consulta por disfonía, pérdida de peso y sudoración nocturna de 6 meses de evolución. Durante la internación se realiza el diagnóstico de HIV (virus de inmunodeficiencia adquirida) y TB (tuberculosis) laríngea y pulmonar diagnosticada por FBC (fibrobroncoscopia), con toma de lavado bronquioalveolar (BAL). Inicio tratamiento con Isoniacida, 225 mgr/día/vo, rifampicina

450 mgr/día/vo, pirazinamida 1200 mgr/día/vo y etambutol 1200 mgr/día/vo, con buena tolerancia.

Dos meses posteriores el paciente consulta por disnea grado III/IV y estridor vía aérea superior. Exámenes complementarios: espirometría (curva flujo volumen obstrucción fija vía aérea extra torácica), TAC de cuello (estrechamiento de la luz laríngea 60%) confirmado por FBC, (cuerdas vocales con disminución de la apertura, edematosas, luz glótica con estrechos concéntrica de 60%).

Tratamiento: traqueostomía de urgencia, con buena evolución clínica, alta hospitalaria en 6 días.

El paciente evoluciona estable en tratamiento con antirretrovirales y tuberculostáticos, traqueostomizado.

Conclusión: el análisis del caso lleva a la indefectible premisa de realizar tratamiento urgente y agresivo priorizando la afección de la vía aérea y no la patología infecciosa.

PP 019- TUBERCULOSIS MILIAR CON COMPROMISO DEL SNC

Villa R, Clochiatti N, Mateu C
Policlínico del Docente (OSPLAD), Argentina.

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

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

Laboratorio: anemia microcítica hipocrómica. HIV no reactivo. Dosaje de CD4 y de inmunoglobulinas normales. Se realizó punción lumbar, presión de apertura 30 cm H₂O, 70 cel mononucleares, cloro normal, proteínas 900 mg/dl. Tinta china (-) Ziehl Nelssen (+) para BAAR. Se realiza excresis de ganglios inguinales con Ziehl Nelssen (+) para BAAR. Inició 4 drogas y corticoides. Recuperación del sensorio dentro de las 24 h. En TC a los 21 días disminución > al 50% de las imágenes cerebrales con prácticamente desaparición de algunas. En RMN a los 3 meses, pequeñas imágenes secuenciales isquémicas.

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

PP 217- TUBERCULOSIS Y CÁRCELES EN ARGENTINA: SITUACIÓN ACTUAL Y DISTRIBUCIÓN 2010-2014

Beltrame S, Latorraca M, Angueira L
Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra, Argentina.

Introducción: la tuberculosis (TB) sigue siendo en la actualidad un problema importante de salud pública, por el daño que provoca principalmente como causa de enfermedad y también como causa de muerte.

La TB está asociada a distintos factores que determinan su ocurrencia: condiciones ambientales, sociales, sanitarias e individuales. En instituciones cerradas como las cárceles, dichos factores son particularmente frecuentes, facilitando la transmisión y convirtiendo a las personas privadas de la libertad en huéspedes susceptibles para desarrollar la enfermedad. **Objetivos:** describir la situación de la TB en cárceles de la Argentina entre los años 2010 y 2014.

Material y Método: se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal. Se incluyeron casos de tuberculosis notificados como presos en el módulo de tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), entre los años 2010 y 2014. Se describió la carga de la enfermedad en cárceles de Argentina, la distribución por sexo y edad, clasificación de caso, datos de resistencia a fármacos y distribución por jurisdicción.

La información se procesó y analizó con el apoyo de los software Excel 2010 y R project.

Resultados: durante los años 2010 y 2014 se notificaron en el SNVS 655 casos de TB en la población privada de la libertad. Los años 2010 y 2014 fueron aquellos en los que se registraron mayor cantidad de casos, con un total de 143 y 193, respectivamente. La tendencia de la notificación no fue homogénea en los años analizados.

Con relación al sexo, en el año 2014 la notificación fue mayor en varones que en mujeres (94%). En cuanto a la edad, el 94% de los casos se concentraron en la población de 20 a 54 años (70% en el grupo de 20 a 34 años).

El 78% del total de casos notificados, es decir 511 casos, correspondieron a casos nuevos; mientras que el 11% correspondieron a reingresos de abandono, fracasos y recaídas.

De los 655 casos notificados durante todo el periodo de estudio, 18 casos se notificaron como casos de tuberculosis resistente a fármacos, es decir, 2,7% del total, lo que representa una proporción 1,2% mayor que la calculada a nivel nacional.

Finalmente, en relación con la distribución geográfica de los casos, en el 2014 el 62% de los casos se notificaron en las cárceles de la provincia de Buenos Aires, el 17% en Ciudad de Buenos Aires, el 10% en la provincia de Santa Fe y el resto de los casos se notificaron en las provincias de La Pampa, Río Negro, Salta, Jujuy, Mendoza, Misiones, Chaco, Formosa y Entre Ríos.

Conclusiones: la TB es un problema importante de salud pública, siendo la población privada de la libertad particularmente vulnerable a infectarse y enfermarse. La mayor proporción de los casos de tuberculosis en cárceles se produce en hombres jóvenes, aunque cabe mencionar que la población carcelaria masculina en general supera a la femenina en un 90,8%.

Comparado con la notificación a nivel nacional, el porcentaje de retratamiento en cárceles es mayor y también es mayor el porcentaje de casos resistentes a fármacos.

Por todo lo mencionado, es necesario que los Programas de control de la tuberculosis de las distintas jurisdicciones, así como los sistemas de salud de los servicios penitenciarios trabajen en forma coordinada, definiendo estrategias específicas para lograr un abordaje adecuado y oportuno de este problema.

PP 126- TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD. NUESTRA EXPERIENCIA

Collante M, Albertus S, Diaz O, Espeche M, Saad D, Stibala B, Stibala B, Sale H, Triguero F, Sola E, Sola E, Sola E
Hospital Avellaneda, Argentina.

Introducción: se define a la TBMR como la resistencia a isoniácida y rifampicina simultáneamente, independiente de que haya o no resistencia a otros fármacos. Esta podrá ser primaria, secundaria o adquirida. Hoy constituye un grave problema de salud pública.

Objetivos: mostrar la evolución de la TBMR, nuestra experiencia desde el primer caso diagnosticado a la fecha y su prevalencia en una sala de tisiopneumología de un Hospital de baja complejidad en la provincia de Tucumán.

Material y Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, realizado por el análisis de historias clínicas, de todos los casos de TB reportados en el periodo junio 1997 a junio 2015. Fichas de tuberculosis, correlacionadas con los datos obtenidos del Servicio de Bacteriología. Se analizaron, radiografía de tórax, tomografías, laboratorio, fibrobronoscopías, tisiointibiogramas remitidos (Inst Conni-H. Malbran).

Resultados: de un total de 2500 casos de tuberculosis (1997-124)(1998-142)(1999-131)(2000-110)(2001-164)(2002-152)(2003-175)(2004-130)(2005-158)(2006-126)(2007-132)(2008-139)(2009-135)(2010-121)(2011-118)(2012-112)(2013-114)(2014-142)(2015-75), 64 fueron TBMR. 35 femeninos, 29 masculinos, 61 formas pulmonares, 3 formas extra pulmonares mixtas, 28 curaron, 19 fallecieron, 7 en tratamiento y 10 se desconoce. Edad (<15-1)(15 24 -19)(25 44-21)(45 54 -13) (55 64- 5) (65 74-3)(>75-2). Asociados a HIV, 2 pacientes. Tisiointibiogramas: resistencia a H-R: 26 casos (40,6%). H-R-Z: 6 casos (9,3%). H-R-Z-S: 6 casos (9,3%). H-R-S: 9 casos (14%) H-R-S-ETH -CS: 7(10,9%) H-R-Z-E: 2(3,1%) H-R-Z-E-KN: 4(6,2%) H-R-Z-E-S-PAS-ETH: 4(6,2%). Pudimos valorar el total de casos de tuberculosis asistidos en el periodo 1997-2015 (2500), de los cuales 64 fueron TBMR (2,5%). Fue más frecuente en mujeres, con el 54,6%, y 45,3% en varones. El 95,3% fueron formas pulmonares y el 4,6% formas extra pulmonares mixtas: una pulmonar, partes blandas y ósea, una pulmonar y laríngea y una pulmonar, intestinal y de piel). El 43,7% se curaron, el 29,6% fallecieron, el 10,9% en tratamiento y 15,6% se desconoce. Asociados a HIV, 3,1%.

Conclusiones: evaluamos los casos de TBMR en el periodo de tiempo de junio de 1997 a junio 2015, el primer caso de TB-XDR fue en 2007, uno en 2013, cuatro en 2014 y uno en 2015 lo que va en ascenso, situación que preocupa. Baja incidencia en nuestro medio de asociación a SIDA. La mortalidad estuvo asociada a las comorbilidades: diabetes, EPOC, etilismo, pautas socioculturales de asociación a drogas. En cuanto al origen, un paciente de Bolivia, uno de Jujuy y tres de Santiago del Estero. Preocupa el alto porcentaje de pacientes (15,6%) de los que se desconoce su situación. Mayor resistencia a H-R. Cabe destacar la dificultad y la demora en llegar al diagnóstico de las TBMR.

PP 118- CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON TBC QUE REQUIEREN CUIDADOS CRÍTICOS

Álvarez S, Abdala J, Barimboim E, Gonzalez Fabrega J
Hospital Central, Argentina.

Introducción: la TBC que requiere cuidados críticos es poco frecuente y reconocida como de mal pronóstico. Describimos una cohorte de pacientes con esta patología internados en área crítica, detriminando características demográficas, mortalidad y factores de riesgo asociados con la misma.

Materiales y Métodos: enrolamos en forma retrospectiva a pacientes con TBC confirmada internados en terapia intensiva entre 2008 y 2015. Describimos las características demográficas, comorbilidades, patrones radiológicos al ingreso, forma de TBC, días de ARM, BCG, PPD y causas de muerte.

Resultados: se incluyeron 22 pacientes (15 masculinos); edad promedio, 38 años (17-74); la mortalidad fue de 18 (81%), todos en la UCI. La sobrevida media de los pacientes fallecidos fue de 6,8 días (1-24). Las patologías asociadas fueron: VIH: 5 (22%); desnutrición: 5 (22%); ninguna reconocida: 5 (22%); enolismo: 4 (18%); patología pulmonar: 4 (enfisema: 1, bronquiectasias: 2, tabaquismo:1); insuficiencia renal: 2 (9%); trasplantado renal: 1 (4,5%) distrofia muscular: 1 (4,5%). Los patrones radiológicos hallados fueron: opacidades alveolares: 13 (59%); miliar: 4 (18%); cavitaria: 2 (9%); normal: 2 (9%); derrame pleural: 1 (4,5%) - Las formas de presentación de la TBC fueron: pulmonar: 15 (68%); extrapulmonar: 2 (9%); diseminada: 4 (18%). Los días de ARM promedio fueron: 5,8 (1-24). Cicatriz de BCG: no registrada: 13 (59%); vacunados: 5 (22%); no vacunados: 4 (18%). La PPD no se realizó en 14 (63%); no se registró en 4 (18%) y se realizó y fue negativa en 4 (18%). Las causas de muerte fueron: shock séptico foco pulmonar: 8 (36%); neumonía asociada a ventilador tardía: 4 (18%), SDRA: 3 (13%), shock séptico de foco abdominal: 2 (9%), hemoptisis masiva: 1 (4,5%).

Conclusión: la mortalidad de pacientes con TBC que requirió cuidados críticos en nuestro hospital fue muy alta y ocurrió dentro de la primera semana en UTI. Muchos de los pacientes presentaban comorbidas graves; en su mayoría fueron formas pulmonares y la causa más frecuente de muerte fue el shock séptico. Se detectó subregistro en cuanto al estado de vacunación. La PPD no fue realizada, por falta de reactivo en muchos casos.

PP 013- TUBERCULOSIS EN NIÑOS. HOSP. NAC. PROF. A. POSADAS, 2010-2014

Luque GF, Bisero ED, Lombardero L, Zapata AE, Borda ME
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Mostrar la experiencia en un hospital público, sobre niños menores de 15 años con diagnóstico de tuberculosis. Describir las características epidemiológicas, formas clínicas, resultados bacteriológicos y evolución.

Introducción: la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*. En el niño difiere en el comportamiento epidemiológico, la presentación clínica y la rentabilidad de los métodos diagnósticos. El diagnóstico se basa en criterios epidemiológicos, radiográficos, tuberculínicos y microbiológicos. Es un problema de salud pública mundial prioritario.

Objetivo: caracterizar la población y comparar la frecuencia en el tiempo.

Material y Método: estudio descriptivo retrospectivo de enfermos de tuberculosis <15 años atendidos en Neumonología Pediátrica y notificados entre 01/01/2010 y 31/12/2014. Incluye reinicios de tratamiento hasta 1 año del abandono.

Resultados: se estudiaron 202 pacientes con una edad media en 2010 de $9,3 \pm 5,3$ años; 2011: $6,9 \pm 5,5$; 2012: $7,1 \pm 4,9$; 2013: $6,6 \pm 5,9$ y en 2014: $6,2 \pm 5,1$. El índice de masculinidad fue de 0,44. El 67,2% procedió de la RSVII, 21,2% de RSXII y el 9,5% de RSV. El motivo de consulta se registró en 184 (91,1%) casos; por síntomas respiratorios, 96 (52,2%), estudio de contacto, 78 (42,4%), otros, 10 (5,4%). El rescate bacteriológico fue del 46,3% de 149 estudiados; 34 positivos por baciloscopia directa (BD) y cultivo positivo y 35 con BD negativa cultivaron el bacilo. De los 34 positivos por BD, 17 se observaron en esputo (E), 10 lavado gástrico (LG), 5 ganglio, 1 aspirado traqueal y 1 lavado broncoalveolar. El rendimiento de la BD fue en E 63%, LG 47,6%. La localización fue pulmonar en 173/202 (85,6%), extrapulmonar 54 (26,7%). Estos fueron pleural 26, ganglionar 20, diseminada 3, laríngea 1, peritoneal 1 y piel 1; 25/54 con presentación extrapulmonar tuvieron compromiso pulmonar. En cuanto a la localización radiológica pulmonar 182/202 (90,1%), 48,4% fue unilateral sin cavidad, 17,6% bilateral sin cavidad, 14,8% unilateral con cavidad, 10,4% bilateral con cavidad, 7,1% derrame pleural y 0,5% miliar. Se estudió HIV en 54/202 (26,7%), con resultado positivo en el 7,4%. El 93,8% eran casos nuevos, 4,5% ingresos postabandono y 1,7% retratamientos. Completaron el tratamiento el 61%, lo abandonaron el 23% y el 17% se derivaron a otros establecimientos. 1 paciente falleció. Discusión: se produjo un incremento de casos a expensas de las formas pulmonares con un alto rescate bacteriológico. La disminución de la edad alerta sobre la gravedad de la situación de los niños en nuestra población.

PP 271- REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE 4 HERMANOS

Bisero ED, Luque GF, Lombardero L, Rizzo CN, Melillo K, Zapata AE
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Introducción: todos los fármacos antituberculosos pueden producir reacciones adversas (RAFA), que son potencialmente graves y comprometen la eficacia del tratamiento antituberculoso. Objetivo: presentar RAFA en un grupo familiar

Marco de situación: familia integrada por el papá y 5 hermanos; la mamá los abandonó. Provenientes de la localidad de La Matanza, provincia de Buenos Aires. En situación de calle. Estudio de foco positivo: tío fallecido con VIH y TB (bacilífero), papá

y hermano de 15 años, cursando TB, ambos bacilíferos. Casos clínicos: los datos al ingreso pueden verse en la tabla núm. 1.

Casos clínicos	1	2	3	4
Motivo de internación	Sintomática respiratoria	Causa social	Causa social	Sintomática respiratorio/Síndrome de impregnación/Estado confusional
Antecedentes respiratorios	Episodios obstructivos desde los 2 años	Neumonía a los 4 años	No	No
Edad/Sexo	5 años/niña	10 años/niño	9 años/niña	13 años/niño
Nutrición	eutrofica	eutrofica	eutrofica	desnutrido. Pérdida de 15Kg en el último mes

Los auxiliares diagnósticos al ingreso y el tratamiento pueden verse en la tabla N.º 2.

Casos clínicos	1	2	3	4
Hemograma/PCR	leucocitosis con neutrofilia/aumentada	leucocitosis /normal	leucocitosis/normal	leucocitosis con neutrofilia/aumentada
Rx. Tórax	UCC	JSC	JSC	BCC/broncogena
Baciloscopia	ZN y C +	ZN y C -	ZN y C -	ZN y C + Sensibilidad a las 4 drogas + Genotipe Mycobacterium TB
PPD 2 UT	10mm	10mm	12mm	0 mm
VIH	negativo	negativo	negativo	negativo
Función renal, hepática y ú. ácido	normal	normal	normal	normal

A su ingreso se les efectuó evaluación audiológica, oftalmológica, cardiológica y auditiva, con valores normales. Tratamiento: H 10 mg/kg/día, R 10 mg/kg/día, Z 25 mg/kg/día, E 20 mg/kg/día. VO, más Vit. B6 25 mg/día en los casos 1 y 4.

Los RAFA presentados pueden verse en la tabla N.º 3

Casos clínicos/RAFAs	1	2	3	4
Hepatitis	si	si	si	si
Disminución agudeza visual	si	si	si	si
Trombocitopenia	si			

Conducta: por la hepatitis: suspensión de las drogas hasta normalización de las enzimas hepáticas y luego administración progresiva (en dosis y tipo de antifímico). Por la alteración de la agudeza visual: suspensión del etambutol y reemplazo por S. No fue necesario en el caso 1 porque la presentó a los 70 días de medicación. El caso N.º 1 presentó petequias y hematomas a los 22 días de tratamiento. Con plaquetopenia < de 10000/mm³. Se asumió como púrpura por R y se suspendió. Como 4ta droga se colocó S. El estudio hematológico diagnóstico PTI. Se trató con gamaglobulina. No se reintrodujo la R.

En todos los casos se descartaron comorbilidades, inmunodeficiencias e interacciones medicamentosas.

Conclusiones: es necesario conocer los RAFA y monitorearlos ya que conllevan mayores gastos en salud, morbilidad, e incluso riesgo de mortalidad. Creemos que los determinantes genéticos han sido fundamentales en los RAFA encontrados en estos pacientes.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 09: NEUMONOLOGÍA CLÍNICA 1

PP 275- TROMBOSIS VENOSA DE MIEMBROS SUPERIORES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gregoriotti Di Nella NA, Kniz C, Rodriguez T, Cáneva JO, Ossés JM
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: la presencia de un trombo habitualmente cubierto por fibrina, plaquetas y hematíes y la respuesta inflamatoria que lo acompaña es lo que se conoce como trombosis venosa. La trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar son dos manifestaciones de un mismo proceso, la tromboembolia venosa. La TVPS (trombosis venosa profunda de miembros superiores) representa el 4% de todos los casos de TVP y el 18% se halla en pacientes hospitalizados. En terapia intensiva, el 2,2% desarrollan trombosis en cuello, tórax y extremidades superiores, lo cual representa un mayor riesgo de TEP (tromboembolismo pulmonar). El 1,1% de las tromboembolias pulmonares fatales tienen como origen las trombosis de extremidades superiores. Dado que la morbilidad de la TVPS incluye pérdida de accesos vasculares, síndrome de vena cava superior,

tromboflebitis séptica y síndrome postrombótico, entre otros, es importante el reconocimiento temprano y tratamiento de esta entidad.

Caso clínico: mujer de 34 años con antecedentes de apendicitis (7/10/13) complicada con peritonitis y abdomen agudo quirúrgico con compromiso de asas con requerimiento de hemicolectomía derecha con resección de íleon, fístula mucosa + ileostomía. Internación el 4/14 para reconstrucción del tránsito intercurrendo con peritonitis 3ra por colecciones abdominales con requerimiento de laparotomía exploradora y colocación de catéter venoso central para tratamiento antimicrobiano endovenoso dirigido en forma prolongada. Consultó el 05/2014 por inflamación supraclavicular bilateral de 6 días de evolución, disfagia a sólidos y disfonía, agregando vómitos posteriores a la ingesta de sólidos, continuando en los últimos 3 días de tipo matutinos no asociados a la ingesta y escalofríos sin registro febril. Se realizaron los siguientes estudios complementarios: ecodoppler venoso que mostró imagen hipocogénica móvil en la vena yugular interna derecha en tercio medio del cuello (con relación al sitio de punción), compatible con trombo pediculado agudo que no genera obstrucción venosa. En la vena subclavia izquierda se observaron ecos lineales adheridos a las paredes de la vena compatibles con secuela trombótica. Se realizó ecografía de partes blandas evidenciándose trombo parcial pequeño en yugular interna derecha. Se realizó tomografía computada de cuello administrando contraste intravenoso no iónico: se observó incremento del tamaño de la glándula submaxilar derecha asociado a dilatación del conducto de Wharton sin lito en su interior. Grandes vasos permeables. Comenzó anticoagulación con enoxaparina 50 mg cada 12 h. Inició ACO con warfarina 5 mg al 3er día y 2,5 mg al 4to y 5to día con buena evolución. **Conclusiones:** la presencia de catéteres venosos centrales es el predictor independiente más importante para TVPS; a pesar de esto no existe en la actualidad una recomendación formal para el uso de anticoagulación en este grupo de pacientes.

PP 290- HEMOPTISIS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

García Gonzalez JA, Benchimol C, Vanoni S, Moyano S, Domeconi HJ, Nevado AJ Sanatorio Allende Nva. Cba., Argentina.



Introducción: mujer de 47 años de edad, sin comorbilidades pulmonares, consultó por haber presentado tres episodios de hemoptisis durante la semana previa a la consulta. La cantidad de sangre osciló

alrededor de los 10 ml por episodio.

Afebril y sin otras manifestaciones clínicas respiratorias. Sólo refirió dispepsia y síntomas de reflujo gastroesofágico, anteriores a su motivo de consulta.

Caso clínico: como antecedentes patológicos relevantes, refirió extabaquismo hasta hace 4 años de 20 paquetes/año y gastritis erosiva (bajo tratamiento con pantoprazol y dieta gastroprotectora).

Oriunda del interior de la provincia de Córdoba. Ama de casa y profesora de yoga.

No presentó hallazgos de significancia al examen físico en el momento de la consulta y los signos vitales fueron normales.

La radiografía y tomografía axial computada (TAC) de tórax, realizadas al inicio de las manifestaciones (en otra institución), demostraron una imagen nodular de límites imprecisos con cavitación excéntrica en contacto con la pared, localizada en el segmento apical del lóbulo superior derecho de aproximadamente 27 mm. Se decidió internación para completar estudios diagnósticos.

En el laboratorio, los marcadores inflamatorios (recuento de glóbulos blancos y fórmula, eritrosedimentación, proteína C reactiva, procalcitonina) se encontraron dentro de parámetros normales. Serologías para enfermedades autoinmunes e infecciosas (VHC, VHB, VIH) negativas. Reacción de Mantoux no reactiva.

Los hemocultivos y las muestras seriadas de esputo resultaron negativos.

Los estudios funcionales respiratorios demostraron un leve compromiso de la capacidad de transferencia pulmonar.

La paciente persistió estable, sin presentar cambios en el examen físico y sin repetir los episodios de hemoptisis.

Ante la ausencia de un diagnóstico etiológico, se discutió en revista de sala la conducta a seguir.

Frente a una lesión de localización periférica y en contacto con la pared torácica, se consideró que tendría mayor rédito diagnóstico, la toma de biopsia mediante una punción aspirativa transtorácica guiada por TAC, que mediante broncofibroscopía, por lo se procedió a realizar dicha técnica.

Se realizó la punción aspirativa transtorácica guiada por TAC con obtención de muestras para bacteriología y anatomía patológica.

A la espera de los resultados, se otorgó alta sanatoria.

Al cabo de una semana regresó a control por consultorio externo, refiriendo un episodio aislado de expectoración hemoptoica.

El informe anatomopatológico describió extendidos citológicos con proceso inflamatorio inespecífico.

El cultivo de la muestra demostró desarrollo de bacilos gram (+) ramificados compatibles con *Nocardia/actinomyces* spp (en estudio para tipificación).

Se internó para evaluación sistémica. Comenzó tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona y trimetoprima – sulfametoxazol (TMP SMZ).

Se realizó resonancia magnética de cerebro, donde se observó una lesión única, ubicada a nivel de la sustancia blanca frontal izquierda, que se consideró secundaria a la lesión torácica. Se descartó el compromiso abdominal mediante imágenes de TAC de abdomen.

Evolucionó sin complicaciones ni efectos adversos de relevancia clínica, asintomática desde el punto de vista respiratorio y neurológico.

Actualmente continúa tratamiento ambulatorio vía oral con TMP SMZ y minociclina.

Conclusión: la nocardiosis pulmonar es una enfermedad causada por un actinomiceto grampositivo que generalmente afecta a pacientes inmunodeprimidos o con enfermedad pulmonar crónica. La paciente no reunía criterios epidemiológicos para este tipo de infección, por lo que resultó difícil considerar dicho diagnóstico ante la ausencia de inmunodepresión y enfermedad respiratoria previa.

PP 294- DERRAME PLEURAL ASOCIADO A SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

Casas JP, Moyano V, Pereyra B Sanatorio Allende Cerro, Argentina.

El síndrome de hiperestimulación ovárica es una de las complicaciones de las técnicas actuales de reproducción asistida. Se debe a una respuesta exagerada a las gonadotropinas utilizadas en inducción de la ovulación. Su fisiopatología aún no se conoce. Sin tratamiento específico. Generalmente auto limitado pero puede traer complicaciones graves y muerte.

Caso: mujer, 35 años. En tratamiento de fertilización asistida. Refiere 5 días de astenia, dispepsia, 48 h después: disnea, tos, y dolor pleurítico derecho. Test de embarazo: positivo. Rx tórax: derrame pleural moderado derecho. Examen físico: incremento de 3 kg sobre peso habitual, afebril, FC 120 L/m, TA 100/80. Sat 96%, MV abolido/matidez 1/3 inf izq. Abdomen globuloso, epigastralgia, RHA +. Laboratorio: poliglobulia, leucocitosis con neutrofilia, VSG y PCR normales, incremento leve de enzimas hepáticas, estradiol >4300 pg/ml. Ecografía pleural: derrame pleural importante derecho y leve izquierdo. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve. Ecografía abdominal: ovarios aumentados de tamaño 8 cm derecho, 12 cm izquierdo, líquido en saco de Douglas. Punción pleural: 1720 ml (Ptotales: 4,37; Glucosa: 105; LDH: 224; Polimorfonucleares 70%, Mononucleares 30%). Diagnóstico: síndrome de hiperestimulación ovárica, grado 3. Nueva punción, extraen 1800 ml. Buena evolución clínica con autolimitación de la enfermedad dentro de los 14 días.

Comentario: la fertilización asistida es un procedimiento frecuente. El síndrome de hiperestimulación ovárica es una de sus principales complicaciones, que no suele ser tenida en cuenta ni prevenida.

PP 067- ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE EN EMBARAZO Y NEUMOTÓRAX RECIDIVANTE EN LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

Gregoriotti Di Nella NA, Kniz C, Rodríguez T, Ossés JM, Cáneva JO
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: la linfangioleiomiomatosis (LAM) es una rara enfermedad. Afecta principalmente a la mujer en edad fértil, se caracteriza por la proliferación anormal de células musculares lisas que crecen de una manera aberrante. Hay 2 formas de presentación: una esporádica y otra asociada al complejo de esclerosis tuberosa (CET). La forma esporádica puede presentar manifestaciones extrapulmonares como angiomiolipomas, adenopatías axiales y linfangiomas torácicos y abdominales, pero no manifestaciones cutáneas, oculares o del sistema nervioso central que son requeridas en el diagnóstico de CET.

Caso clínico: mujer de 37 años que padeció en mayo de 2006 neumotórax (NTX) espontáneo derecho con requerimiento de toracostomía descubriéndose en el marco de la evaluación tomográfica un tumor renal derecho gigante (19 cm de diámetro); al mismo tiempo se diagnosticó embarazo de 5 semanas por lo que se esperó hasta semana 12^o para someterse a nefrectomía derecha; diagnóstico: angiomiolipoma. Parto a las 34 semanas por ruptura de bolsa, sin complicaciones, requiriendo el neonato ARM por 14 días por síndrome de membrana hialina. Durante los años 2007, 2008, 2009 y 2010 evolucionó con NTX leves derechos que no requirieron drenaje; en 2011, ooforectomía derecha por menometrorragias. El 12/2013 presentó nuevo NTX con colapso al hilio derecho lográndose, con drenaje, expansión completa; recidivó al 4^o día del alta por lo que fue sometida a videotoracoscopia sin sellamiento pleural tomándose en el mismo acto biopsia quirúrgica de parénquima pulmonar: diagnóstico de LAM con tinciones positivas para HMB45, actina de músculo liso y receptores de estrógenos y progesterona; evolucionó con nuevo NTX con realización de nueva VATS y sellamiento pleural con talco. El 11/2013, nuevo NTX izquierdo leve. En TC de tórax de 2009, 2011, 2013 y 2014 se observó compromiso quístico bilateral en progresión. La paciente consultó en julio de 2015 por dolor en hemitórax izquierdo que comenzó 25 días previos en contexto de síndrome gripal. Una nueva TAC de tórax mostró hidroneumotórax derecho y se realizó un nuevo drenaje exitoso.

Conclusión: la patología pleural es una complicación habitual en LAM y contribuye a la morbilidad asociada a esta enfermedad. El primer NTX es el suceso que orienta al diagnóstico en una gran parte de pacientes siendo característica de LAM la recidiva del NTX, con una incidencia entre el 61 y 81%. En cuanto al tratamiento, una actitud conservadora condiciona una tasa de recidiva del 66%, por lo que se aconseja una actitud intervencionista. El embarazo agrava la clínica de la LAM, pudiendo empeorar los angiomiolipomas, produciendo un crecimiento mayor y aumentando las posibilidades de sangrado.

PP 068- ENFERMEDAD CRÓNICA DE MONTAÑA EN JUJUY - ARGENTINA

Gregoriotti Di Nella NA¹, Lazarte GA², Locurscio A², Meyer P², Figueroa Turienzo J³, Cáneva JO¹

¹ Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina. ² Instituto Privado de Medicina de Montaña, Humahuaca-Jujuy, Argentina. ³ CIRES-Fundación P. Cassará-CABA-Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la enfermedad crónica de montaña (ECM) es un síndrome clínico observado en personas que vivieron durante mucho tiempo en grandes altitudes. Presenta eritrocitosis excesiva, hipoxemia, presencia o no de hipertensión pulmonar y/o insuficiencia cardíaca, con o sin patología pulmonar. Este síndrome incluye cefalea, desórdenes neurológicos, alteraciones en el sueño y digestivas, astenia y disnea. Actualmente, no hay

en la literatura publicaciones que describan esta enfermedad en habitantes de Jujuy.

Objetivo: describir casos clínicos de presentación típica de la ECM en Jujuy.

Material y Método: se evaluaron 8 pacientes entre 2010 y 2011 con diagnóstico de ECM, todos residentes de localidades de altura. La edad promedio fue de 46 ± 9 años (rango 29-60), sexo masculino 87,5%. Todos los pacientes fueron evaluados en Humahuaca (2900 msnm); para este nivel altitudinal la oximetría de pulso esperada para la población general es del 92%; en promedio, estos pacientes mostraron una oximetría de pulso menor. Se calculó el Score de Quinghai, diseñado para clasificar la severidad de la ECM; este considera los siguientes síntomas: disnea y/o palpitaciones, alteraciones en el sueño, cianosis, dilatación de venas, parestesias, cefalea y tinitus; a cada uno de estos parámetros se le asigna un valor de 0 a 3 puntos sumado al resultado de la Hb que si es normal se le asigna 0 y si está aumentada (> 19 mg/dl en mujeres y 21 mg/dl en hombres) se le asigna un valor de 3. La suma de cada uno de los síntomas y la Hb definen a la ECM en: ausente (0-5), leve (6-10), moderada (11-14), severa > o igual a 15. La tabla resume las características basales de la población.

Caso	Edad (años)	Sexo	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC (kg/m ²)	Residencia	Hto (%)	Hb (gr/dl)	Score Quinghai	SpaO ₂ %
1	46	F	85	156	34,9	El Aguilar*	65	21,30	13	87
2	55	M	79	163	29,7	Abra Pampa*	76	24,10	14	92
3	47	M	82	166	29,7	El Aguilar*	61	19,80	15	87
4	39	M	106	175	34,6	La Quiaca*	78	21,01	15	88
5	29	M	57	159	22,5	El Aguilar*	65	21	12	94
6	42	M	104	168	36,8	El Aguilar*	62	20	14	91
7	51	M	108	180	33,3	La Quiaca*	59	19,40	14	88
8	60	M	84	160	32,8	Abra Pampa*	72	22	12	86

*Altitud: 4896 msnm ^Altitud: 3507 msnm °Altitud: 3442 msnm Resultados: el 87,5% presentó IMC ≥ 25 kg/m²; de estos, el 71,4% obesidad IMC ≥ 30 kg/m². El paciente 4 presentó várices bilaterales de vena safena externa, úlceras en ambos miembros inferiores y un evento de varicoarria severo. El paciente 7 padecía de EPOC. El paciente 6 presentaba síndrome metabólico y SAHOS. Un paciente (caso 1), tuvo sospecha de hipertensión pulmonar por ecocardiograma (PSVDe 44 mmHg). La SpaO₂ en reposo fue en promedio de 89%. En un paciente se encontró hiperuricemia: 10,81 mg/dL. En un paciente se completó la evaluación hematológica mediante medulograma, observando aumento de la serie eritroblástica con maduración preservada. En el paciente con EPOC la TC de tórax mostró enfisema. El EFR fue normal en todos los pacientes, excepto en el paciente con diagnóstico de EPOC.

Conclusión: estos datos permiten describir pacientes con diagnóstico de ECM con criterios clínicos precisos y score específico en la provincia de Jujuy. Son necesarias políticas de salud acordes a la región montañosa y contar con tecnología adecuada para lograr un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

PP 175- NEUMONÍA LIPOIDEA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Comes S, Schottlender J, Lombardi DM
Hospital María Ferrer, Argentina.

Introducción: la neumonía lipoidea es una enfermedad poco común que fue descripta por primera vez en 1925 por Laughlen. Se describen dos formas: la exógena que es producida por inhalación de aceites y la endógena secundaria a la acumulación de lípidos en los macrófagos alveolares secundaria a obstrucción bronquial, infección crónica, etc.

Puede presentarse en forma asintomática como un hallazgo radiológico o con sintomatología clínica como tos seca, disnea, dolor pleurítico y hemoptisis.

Afecta predominantemente los campos inferiores donde el aceite llega por acción de la gravedad. En la radiografía se presenta con un patrón alveolar, intersticial o mixto o como imágenes nodulares o masa pulmonar.

Se presentan dos pacientes que fueron atendidas por presentar imágenes patológicas en la Rx de tórax sin presentar síntomas respiratorios.

Caso 1: paciente de 69 años, de sexo femenino que presentó imágenes nodulares convergentes en una radiografía de rutina. Presentaba como antecedentes tabaquismo activo de 20 PY y diagnóstico de psicosis desde la juventud en tratamiento con clozapina e internada para su atención en un hogar geronto-

psiquiátrico. Al interrogar al familiar y consultar a la institución donde se encontraba internada surgió la información de que la paciente ingería vaselina en forma rutinaria. En la TAC de tórax se observaron masas de bordes difusos en ambos lóbulos inferiores y lóbulo medio con densidad lipídica. Se interpretó el cuadro como una neumonía lipoidea por los antecedentes y el hallazgo radiológico característico.

Caso 2: paciente de 65 años, de sexo femenino que presentó en una radiografía de control una imagen de ocupación alveolar parahiliar derecha. En 1998 le habían realizado una cirugía por un tumor pancreático combinada con esplenectomía. Era tabaquista activa (40 PY) y padecía un trastorno bipolar severo por el cual se hallaba polimedica. Luego de la cirugía pancreática desarrolló un cuadro de constipación por lo que recibió grandes cantidades de vaselina líquida. No refería síntomas respiratorios. La espirometría no mostraba alteraciones. Se realizó un test de marcha de 6 minutos sin desaturación. La TAC de tórax evidenció signos de enfisema centrilobulillar en lóbulos superiores. En lóbulo medio e inferior derecho se observaban zonas de consolidación pulmonar con baja densidad en el rango de una neumonía lipoidea exógena. No presentó cambios en TAC de control realizadas a los 3, 6 y 12 meses posteriores.

Conclusión: la neumonía lipoidea exógena puede mimetizar el cuadro clínico y radiológico de otras enfermedades. Debe ser sospechada en pacientes con predisposición a la aspiración y con el antecedente de uso de sustancias lipídicas. La TAC de tórax es de gran ayuda para el diagnóstico observándose consolidaciones de baja atenuación (-30 a -150 UH), opacidades en vidrio esmerilado con engrosamientos septales o nódulos.

PP 186- TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. HALLAZGO EN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

Ahumada J¹, Wagner G¹, Cánavea J¹, Ossés J¹, Vargas M¹, del Moral L¹, Cano L², Bertolotti A¹, Favaloro R¹

¹Fundación Favaloro, Argentina. ²Hospital del Tórax Antonio Cetrángolo, Argentina.

Introducción: la fibrosis quística (FQ) suele evolucionar con disnea progresiva secundaria al deterioro parenquimatoso pulmonar, y en etapas avanzadas se agrega componente ventilatorio y gasométrico asociado al compromiso muscular periférico. Esta situación clínica se agrava con las exacerbaciones infecciosas recurrentes: hay poca referencia al compromiso por enfermedad tromboembólica venosa (ETV) como causa de disnea en esta patología. Se presenta un caso clínico en donde la ETV fue un hallazgo en el marco de estudios de evaluación para trasplante pulmonar.

Caso clínico: mujer de 23 años de edad, portadora de FQ, diagnosticada a los 2 meses de vida por ileo meconial que requirió cirugía; test del sudor positivo y mutación molecular Delta F 508/G423X, con compromiso pancreático exócrino. Infección crónica con *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Burkholderia cepacia*, *Candida* y *Aspergillus*. Deterioro de su clase funcional (CF) en los últimos 3 años con 2 a 3 internaciones por año. Derivada en junio del corriente año para evaluación de trasplante pulmonar. La paciente se encontraba en CF II-III en buen estado general. Se realizaron estudios de función pulmonar: FVC/ FEV1 48, FVC 1,76L (50%); FEV1 0,84 L (27%); RV 2,47 L (225%); TLC 4,52 L (98%); DLCOc 62%. Gases en sangre arterial en aire ambiente (FiO₂ 21%): pH 7,4, PaCO₂: 37 mmHg, PaO₂: 73 mmHg, HCO₃: 25 meq/L; SaO₂: 91,7%. Prueba de marcha de los 6 minutos en aire ambiente: distancia 480 m, Borg 2, Spa O₂ inicial 94%, Spa O₂ final 93%. Tomografía axial computada de tórax de alta resolución: dilataciones bronquiales de distribución difusa bilateral a predominio de lóbulos superiores, atelectasia del segmento posterior del lóbulo superior derecho, áreas con atrapamiento aéreo. Centellograma pulmonar ventilación/perfusión: severo compromiso parenquimatoso. Cuantificación de la perfusión izquierda 44,3%, derecha 55,7%, Ecocardiograma Doppler: ventrículos derecho e izquierdo normales. Presión sistólica del ventrículo derecho 22 mmHg. Cateterismo cardíaco derecho: PAPm 21 mmHg; durante el procedimiento se detectó oclusión de vena ilíaca derecha, recanalizada en posición infrarrenal.

Debido a este hallazgo se realizaron: ecografía Doppler venosa de miembros inferiores identificando trombosis venosa profunda (TVP) crónica parcialmente recanalizada de venas femoral común proximal, ilíaca externa e ilíaca primitiva distal del lado derecho; angiografía pulmonar y flebografía sistémicas: pulmón izquierdo presenta lesión severa difusa en el lóbulo de la língula y oclusión del segmento apical del lóbulo inferior. Vena cava inferior ocluida por debajo de la desembocadura de las venas renales. Vena yugular interna derecha, subclavia derecha y confluente yugulosubclavio derecho con trombosis. Inicia anticoagulación con heparina sódica, rotándose luego a vía oral, otorgándose el alta con seguimiento ambulatorio. Conclusión: la FQ por sí misma no es factor de riesgo para TVP ni TEP; se desconoce la incidencia de esta patología en pacientes con FQ. Es importante tener en cuenta esta condición ante empeoramiento de la disnea, incluso en el marco de exacerbación pulmonar.

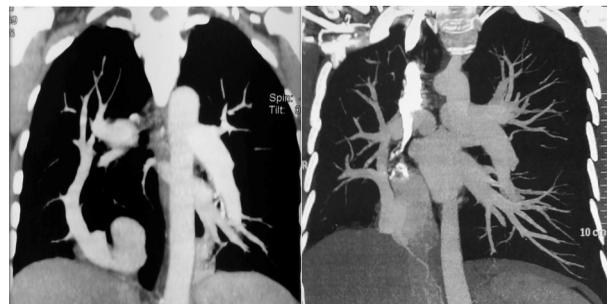
PP 101- SÍNDROME DE LA CIMITARRA. REPORTE DE DOS CASOS CON PRESENTACIONES DIFERENTES

Malet Ruiz JM, Alberti ML, Lucchelli JM, Lombardi D, Schottlender J Hospital María Ferrer, Argentina.

Introducción: el síndrome de la cimitarra (SC) es una variante del síndrome pulmonar venolobar congénito (SPVC), caracterizado por drenaje de una o más venas pulmonares a venas sistémicas y algún grado de hipogenesia pulmonar. Se presentan 2 pacientes con diagnóstico de SC.

Caso clínico: Caso 1: paciente de sexo femenino de 55 años, sin antecedentes, consulta por disnea grado 2 mMRC, de 8 meses de evolución que progresa a grado 3. Al examen físico presenta rales velcro bibasales, 2° ruido cardíaco aumentado, edema infrapatear y hígado palpable a 3 cm del reborde costal. En el laboratorio se objetiva hipoxemia para la edad y transaminasas hepáticas x 3. La radiografía de tórax (RxTx) evidencia disminución del volumen del pulmón derecho (PD) e imagen paracardiaca derecha en forma de cimitarra. La espirometría sugiere restricción, confirmada por pletismografía. Laboratorio inmunológico y serologías virales negativas. El ecocardiograma doppler presenta dilatación de cavidades derechas y de la vena cava inferior (VCI) sin colapso inspiratorio con PSAP de 70 mmHg. En la TCAR de tórax se observa vena pulmonar anómala que desemboca en la VCI, con forma de cimitarra en la reconstrucción coronal. Se interpreta como SC con hipertensión pulmonar (HTP) asociada. Caso 2: paciente de sexo femenino de 41 años, sin antecedentes, que consulta por disnea grado 2 mMRC de 6 meses de evolución. El examen físico sin particularidades. En la Rx Tx se observa disminución de volumen del PD. Laboratorio y ecocardiograma normales. La espirometría sugiere restricción, confirmada por pletismografía y DLCO normal. En la TCAR de tórax se observa vena pulmonar anómala que desemboca en las venas suprahepáticas, hipoplasia de la arteria pulmonar derecha (APD), ausencia de la cisura menor y, con técnica MinIP, bronquio del lóbulo medio dilatado terminando en fondo de saco. Se interpreta como SC, asociado a aplasia pulmonar y de la APD, y lobulación del pulmón derecho anormal.

Conclusión: el SC, descrito en 1835, representa el 3-5% de los casos de SPVC y predomina en las mujeres. La forma de presentación y los síntomas dependen de la presencia de anomalías cardíacas asociadas, hipertensión pulmonar y/o bronquiectasias. El diagnóstico puede realizarse con angiografía, con-



firmando el drenaje anómalo de una o más venas pulmonares al sistema venoso sistémico. Las indicaciones quirúrgicas son pocas, entre ellas, la presencia de un shunt que produce HTP y falla cardíaca derecha.

PP 274- BRONQUIECTASIAS BILATERALES COMO PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA PULMONAR (MALT)

Meraldi A, Decima T, Campos J, Salvado A, Grassi F, Di Tullio F, Ernst G, Bosio M
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: los linfomas pulmonares primarios se caracterizan por un proceso de proliferación clonal linfóide que puede afectar el parénquima pulmonar. Generalmente al momento del diagnóstico, estos linfomas se limitan al pulmón. Una variante es el tejido linfóide asociado a la mucosa (MALT) en el que ocurre una infiltración anormal de células linfoides en el parénquima pulmonar, representando sólo el 0,5% de los linfomas pulmonares primarios.

La manifestación radiológica de los linfomas MALT incluye múltiples nódulos pulmonares, masas y áreas de consolidación. La cavitación y el compromiso pleural son infrecuentes.

Presentamos un paciente con diagnóstico de linfoma MALT pulmonar y bronquiectasias coexistentes, se han descrito muy pocos casos en la literatura debido a la baja frecuencia.

Caso clínico: paciente femenina de 48 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Consultó por disnea (mMRC 3) progresiva de tres meses de evolución que afectó las actividades diarias. Agregó tos productiva los dos meses previos a la consulta. En el examen físico, paciente afebril, saturación del 95%, sin adenopatías palpables, rales crepitantes bibasales. En el laboratorio: leucocitosis, sin aumento de reactantes de fase aguda, HIV, esputo para bacilos ácido-alcohol resistentes y perfil inmunológico negativos. Dosaje de alfa 1 antitripsina y proteína B 2 estaban dentro de los valores de referencia.

El ecocardiograma no mostraba valvulopatías, función sistólica y diastólica conservadas, PSAP 25 mmHg, TAPSE 22 mm.

El examen funcional respiratorio mostraba restricción severa y disminución moderada de la difusión de dióxido de carbono. El test de la caminata fue de 500 metros, con saturación inicial de 93% (BORG 0) y final de 86% (BORG 3). En la tomografía de tórax: bronquiectasias en lóbulo medio, derrame y engrosamiento pleural bilateral sin adenomegalias. Un PET con hipercaptación del lóbulo medio y nódulos subdiafragmáticos con SUV de 10,4.

La fibrobroncoscopia no mostró lesiones endoluminales, lavado bronquioalveolar sin rescate microbiológico y citología negativa. La anatomía patológica de biopsia pulmonar y de ganglios mediastinales mostró proceso linfoproliferativo, con inmunomarcación compatible con linfoma MALT. Inició tratamiento con rituximab con mejoría de los síntomas.

Conclusión: el linfoma MALT pulmonar es un tipo de linfoma no Hodgkin con bajo grado de malignidad; es un tumor raro con variedad de manifestaciones radiológicas, siendo la consolidación y los nódulos pulmonares múltiples, las de mayor frecuencia. Clínicamente se presenta con tos, disnea, dolor torácico, y en menor frecuencia hemoptisis. No existen casos reportados de linfoma pulmonar y bronquiectasias, como fue el caso de nuestra paciente, siendo de extrema rareza su presentación.

PP 034- EMBOLIAS SÉPTICAS PULMONARES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDAD NODULAR MÚLTIPLE

Douglas Nazareno NG
Hospital Vera Barros, Argentina.

Introducción: la embolia séptica pulmonar es una entidad en la que la sospecha diagnóstica suele ser tardía por su baja frecuencia y lo insidioso de la presentación clínica. Los hallazgos en la TAC de tórax son fundamentales en este sentido, sobre todo si aparecen nódulos periféricos, múltiples, a menudo con un vaso nutricional, de distribución predominantemente basal a veces cavitados o con broncograma aéreo.

Caso: paciente de sexo femenino de 48 años, no fumadora, trabajadora doméstica. No tenía hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos de relevancia.

Consulta por tos leve con secreciones mucosas de unos 30 días de evolución, con astenia y pérdida de peso de unos 5 kg en este período. No fiebre. Relataba disnea de esfuerzo (mMRC II) de unos meses de evolución (no sabe precisar cuantos)

Al examen físico presentaba algunas crepitaciones y subcrepitaciones aisladas en la auscultación pulmonar y una cavidad oral en muy mal estado con marcada enfermedad periodontal. El% de sat de Hb era de 92% (condiciones basales). En el laboratorio básico tenía: glóbulos rojos 3.600.000, blancos 10.800 (82% de neutrófilos), VSG 90 mm, glucemia y urea bien.

La TAC de tórax mostraba múltiples nódulos (algunos cavitados) coincidiendo, varios de ellos, con el extremo de un trayecto vascular. Además se veían algunas bronquiectasias.

El esputo para BAAR y hongos fue negativo, lo mismo que el colagenograma básico y los ANCA.

Por ecocardiograma se descartó patología cardíaca derecha e izquierda.

Se realizó broncofibroscopia que fue normal, sin aislamientos microbiológicos en el BAL. La serología para hongos tampoco dio resultados positivos. La espirometría mostró obstrucción moderada sin cambios postbroncodilatador.

Con diagnóstico presuntivo de embolias sépticas a partir de la cavidad oral, en pulmón previamente afectado por bronquiectasias, se realizó tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 3 semanas, con rápida mejoría clínica, descenso de glóbulos blancos a 8.200 y de VSG a 17 mm. La TAC mostró resolución de las imágenes nodulares.

Conclusiones: el origen de las embolias sépticas pulmonares tras una "bacteremia episódica" a partir de un foco séptico de la cavidad oral, como en este caso, suele acompañarse de rápida resolución del cuadro con la antibioticoterapia apropiada, en contraposición con lo que ocurre cuando los procesos bacterianos orofaríngeos generan una tromboflebitis de la vena yugular interna (Síndrome de Lemierre) lo que supone una "continua emisión bacteriana".

Tal vez debiera plantearse la necesidad de colocar oportunamente antibióticos en pacientes con enfermedad periodontal extensa y alteraciones estructurales pulmonares hasta que el foco séptico sea resuelto o removido, más allá de la consabida profilaxis que se indica cuando se realizan maniobras odontológicas.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 12: NEUMONOLOGÍA CLÍNICA 2

PP 158- COMBINACIÓN DE FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA

Masdeu M, Benítez A, de la Torre ME, Tabaj G, Gramblicka G
Hospital del Tórax Antonio Cetrángolo, Argentina.

Introducción: en la combinación de fibrosis pulmonar y enfisema (CFPE) coexisten en un mismo individuo enfisema centrolobulillar y/o paraseptal en lóbulos superiores y fibrosis en lóbulos inferiores. El estudio funcional respiratorio es característico, con volúmenes pulmonares estáticos y dinámicos normales o mínimamente alterados que contrastan con una grave alteración de la difusión del monóxido de carbono (Dlco) e hipoxemia arterial.

Caso clínico: paciente masculino de 86 años. Extabaquista de 68 paq./año, EPOC. Acude por disnea progresiva de dos años de evolución hasta ser de mínimos esfuerzos en el último mes (grado 4 mMRC). Al examen físico: taquipneico, afebril, lúcido, hemodinámicamente estable, presentando saturación de oxígeno de 88%, hipocratismo digital, hipoventilación pulmonar global y crepitantes de tipo velcro bibasales, sin signos de insuficiencia cardíaca.

Laboratorio: leucocitos 16500, colagenograma, alfa 1 antitripsina, inmunoglobulinas totales dentro de parámetros normales. EAB 0,21%: Ph 7,32, pCO₂ 37 mmHg, pO₂ 51 mmHg, HCO₃ 25 meq/L.

TC tórax: enfisema panacinar en lóbulos superiores e inferiores con gradiente ápico basal. Redistribución de la vascularización configurando un patrón en mosaico de perfusión. Panalización bibasal subpleural.

Espirometría:

Caso	Edad (años)	Sexo	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC (kg/m ²)	Residencia	Hto (%)	Hb (gr/dl)	Score Quinghai	Spa02%
1	46	F	85	156	34,9	El Aguilar*	85	21,30	13	87
2	55	M	79	163	29,7	Abra Pampa*	76	24,10	14	92
3	47	M	82	166	29,7	El Aguilar*	81	19,80	15	87
4	39	M	106	175	34,6	La Quiaca*	78	21,01	15	88
5	29	M	57	159	22,5	El Aguilar*	85	21	12	94
6	42	M	104	168	36,8	El Aguilar*	82	20	14	91
7	51	M	108	180	33,3	La Quiaca*	59	19,40	14	88
8	60	M	84	160	32,8	Abra Pampa*	72	22	12	86

DLco: DLco cor 4,44 ml/min/mmHg 14%, DL/VA 0,91 ml/min/mmHg/L 20%.

Pletismografía: TLC 5,92 L 88%, RV 2,83 L 105%, RV/TLC 48, 116%.

ECO cardiograma doppler: VD de diámetros aumentados en grado moderado, función sistólica conservada, PSAP 48 mmHg. Se indica oxigenoterapia crónica domiciliar por persistir en insuficiencia respiratoria hipoxémica.

Conclusión: la CFPE es una entidad severa con peor pronóstico que la EPOC o FPI aislados. El perfil funcional contrasta con el grado de disnea que manifiestan estos pacientes. La hipoxemia es frecuente, de grado moderado durante el reposo y empeora durante el ejercicio. La hiperinsuflación con aumento de la compliance pulmonar por pérdida de elasticidad en las áreas enfisematosas probablemente compense la pérdida de volumen debida a la fibrosis. La superposición de ambas patologías podría tener efectos sinérgicos negativos sobre el intercambio gaseoso que resultan en un descenso importante de la DLco. La hipertensión pulmonar (HTP) es altamente prevalente en esta entidad, siendo la principal condición que influye en su evolución y pronóstico, considerándose un predictor independiente de mortalidad.

PP 026- SÍNDROME HEPATOPULMONAR: UNA CAUSA INFRECUENTE DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Salomon M¹, Simon K¹, Tabaj G¹, Malamud P¹, Morandi V¹, Petti M²

¹ Hospital Cetrángolo, Argentina. ² Hospital Eva Perón, Argentina.

Objetivos: mostración de un caso clínico de singular presentación.

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 75 años de edad, no fumador, que consultó por disnea y tos de 6 meses de evolución. La disnea según él refería, mejoraba en el decúbito dorsal. Como antecedentes presentaba hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. Al examen físico, se constataba disminución global del murmullo vesicular, edemas periféricos 1-2/6 y dedos en palillo de tambor con uñas en vidrio de reloj. SpO₂ (21%) 91%. La radiografía de tórax puso de manifiesto la presencia de opacidades intersticiales en ambas bases a predominio derecho. Se realizó tomografía computada de tórax de alta resolución (TCAR), donde se observaron sutiles reticulaciones bibasales. Espirometría dentro de valores de referencia con DLCO de 65% (levemente disminuida). En la prueba de marcha de los 6 minutos, la SpO₂ basal era del 91% y desaturaba al primer minuto, llegando a un valor mínimo del 79% recorriendo 360 m (91%). El ecodoppler cardíaco evidenció disfunción diastólica leve del ventrículo izquierdo, insuficiencia aórtica leve con diámetro y función del ventrículo derecho normal. El centellograma de ventilación perfusión fue informado como de baja probabilidad de tromboembolismo pulmonar. Ante la sospecha de un síndrome hepato-pulmonar, se solicitó ecodoppler espleno-portal que informó patrón ecográfico sugestivo de cambios cirróticos sin alteraciones a nivel de la circulación espleno-portal. Las enzimas hepáticas estaban levemente aumentadas: GOT 53, GPT 28, GGT 128, FAL 412; pero el tiempo de protrombina estaba disminuido (TP 23%). Se solicitó un ecocardiograma con burbujas que evidenció la presencia de pasaje de burbujas a nivel de aurícula izquierda luego de 6 segundos, sugiriendo un shunt intrapulmonar de derecha a izquierda.

Conclusiones: el síndrome hepatopulmonar constituye una causa de insuficiencia respiratoria en pacientes con cirrosis hepática. Se define en base a la tríada de enfermedad hepática, hipoxemia arterial y vasodilatación pulmonar capilar y precapilar, que condicionan shunt de derecha a izquierda. Clínicamente se presenta con disnea de esfuerzo, platipnea y ortodeoxia, además de cianosis, acropaquia y nevus araneiformes.

mes. El diagnóstico se realiza mediante el ecocardiograma con burbujas. La gammagrafía pulmonar de perfusión con albúmina macroagregada marcada con tecnecio- 99 permite la estimación de la magnitud del shunt. A la fecha, el trasplante hepático es el único tratamiento demostradamente eficaz.

PP 096- QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR ÚNICO COMPLICADO CON RESOLUCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA. IMÁGENES RADIOLÓGICAS SOSPECHOSAS

Martin I, Frías A, Musella RM, Lombardo L, Visca M, Zappia M, Bosco Mendoza F, Palmero D

Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: forma de presentación inusual de una patología poco frecuente con tratamiento médico y quirúrgico.

Caso clínico: paciente masculino de 24 años, boliviano, de Santa Cruz de la Sierra, que reside en Argentina desde hace 7 años, costurero, niega tareas agrícolas. Refiere viajes esporádicos a zona agraria. Ingresó al hospital por presentar equivalentes febriles, expectoración mucopurulenta fétida de dos semanas de evolución. Antecedente de un episodio aislado de expectoración hemoptoica un año antes. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, saturación O₂ 94% (0,21) con crepitantes en base derecha. En radiografía de tórax se observa imagen hiperclara redondeada, de bordes netos, con nivel hidro-aéreo y algunos tabiques en su interior, en campo medio derecho, asociada a opacidad heterogénea en base derecha. Presentaba leucocitosis (16.400) y eosinofilia (64%: 10900), por lo cual se inicia tratamiento empírico con ampicilina, sulbactam y clindamicina. Se realiza fibrobroncoscopia que no evidencia alteración endoluminal, con abundantes secreciones fétidas, por lo que se efectúa toilette bronquial con BAL, sin rescate microbiológico, con diagnóstico presuntivo de absceso pulmonar. El paciente evoluciona con mejoría parcial radiológica y dada la presencia de severa eosinofilia se solicitan dos muestras parasitológicas seriadas de materia fecal, que resultaron negativas, y serología para hidatidosis, que resultó positiva, con hemaglutinación y ELISA. La ecografía y la TC de tórax y abdomen no evidenciaban otras lesiones. Con el diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar único complicado se inicia tratamiento con albendazol y un mes más tarde se realiza quistectomía con cierre en bolsa de tabaco del quiste, con evolución favorable del paciente.

Conclusión: la importancia de la búsqueda de un diagnóstico alternativo y la relevancia de los hallazgos radiológicos y de laboratorio (eosinofilia) no coincidentes con el diagnóstico y tratamiento inicial.

PP 033- DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS QUISTICAS EN EDAD ADULTA

Zappia M, Palma A, La Pietra C, Casco N, Levi A, Musella R, Palmero D
Hospital F. Muñiz, División Neumotisiología, Argentina.

Introducción: la fibrosis quística (FQ) diagnosticada en la edad adulta difiere considerablemente de la forma de presentación en la infancia. Aproximadamente el 90% de los pacientes presentan síntomas respiratorios con alteración de la función pulmonar de leve a moderada o incluso normal, y tan solo un 15% tiene insuficiencia pancreática, a diferencia de los niños. Solo el 8% de los enfermos se diagnostica en la adolescencia o en la edad adulta.

Casos clínicos:

Caso 1: paciente masculino de 23 años, oriundo de Entre Ríos, con diagnóstico en 2012 de bronquiectasias no filiadas y colonización por *Pseudomonas aeruginosa*. Consulta por tos y expectoración purulenta asociado a fiebre y sudoración nocturna de 1 mes de evolución, cumpliendo diversos esquemas antibióticos, sin resolución del cuadro. Al examen físico: buena mecánica ventilatoria, hipoventilación generalizada, saturación O₂ 96%, taquicárdico. Ingresó con leucocitosis y TC de tórax que evidencia bronquiectasias difusas, bilaterales y consolidación en lóbulo inferior derecho. Se solicita esputo para BAAR: negativo, y para gérmenes comunes, en el que se aísla *Pseudomonas aeruginosa* resistente a ciprofloxacina y gentamicina. Se indica piperacilina tazobactam más ceftazidima 21 días y se inicia estudio etiológico de las bronquiectasias. Se

descartan causas inmunológicas y causas sistémicas. Dentro del estudio de causas de alteraciones de la escalera mucociliar, se solicita test del sudor con resultado positivo, arribándose al diagnóstico de fibrosis quística.

Caso 2: paciente masculino de 20 años, con antecedentes de neumonía bilateral en dos oportunidades con tratamiento empírico completo para TBC, ambas internaciones en servicio de pediatría. Ingresa por fiebre, artralgias, expectoración purulenta asociada a hemoptisis leve. Se realiza radiografía de tórax que evidencia opacidades bilaterales a predominio en campos inferiores y medio, TC de tórax con bronquiectasias quísticas bilaterales a predominio de campo medio y llingula. Se interpreta el cuadro como bronquiectasias infectadas. Espudo negativo para BAAR y para gérmenes comunes, es tratado con ampicilina sulbactam y claritromicina en forma empírica. Se inicia estudio de bronquiectasias, resultando serología para VIH y micosis negativa, colagenograma negativo, proteinograma con hipergamaglobulinemia policlonal y test del sudor positivo, llegando al diagnóstico de fibrosis quística.

Conclusión: ambos pacientes tuvieron numerosas internaciones previas por compromiso pulmonar, llegando a la edad adulta sin diagnóstico etiológico de las bronquiectasias. En todo paciente con bronquiectasias difusas se debería descartar FQ independientemente de su edad. Existen pacientes con test del sudor en valores límites de la normalidad donde se demostraron mutaciones de la proteína de regulación de transmembrana en la mucosa bronquial. En el adulto no se presenta con afectación extrapulmonar y sí se presenta con signos de insuficiencia pancreática. Casi el 50% de las bronquiectasias quedan sin determinar su etiología. En un tercio de ellas, mostraron tener una o dos mutaciones genéticas asociadas a FQ. A pesar de ser una patología pulmonar pediátrica muy frecuente, en muchas ocasiones no es tenida en cuenta dentro de los algoritmos de estudio en los pacientes sintomáticos respiratorios crónicos y llegan a la edad adulta sin diagnóstico.

PP 057- AMILOIDOSIS PRIMARIA PULMONAR: INUSUAL CAUSA DE NÓDULO PULMONAR

Elias MA¹, Perrone VE¹, Cuestas EI¹, Abrate VV¹, Olmos ME¹, Blua AE¹, Douglas Nazareno NG^{1,2}, Basquiera AL¹, López AM¹

¹ Hospital Privado Centro Médico Córdoba, Argentina. ² Hospital Vera Barros - La Rioja, Argentina.

La amiloidosis comprende un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito en diversos tejidos y órganos de una sustancia amorfa que se tiñe con rojo congo. La amiloidosis primaria (AL) es un tipo de neoplasia poco frecuente de curso crónico y lenta evolución, con infrecuente afectación pulmonar, que generalmente se inicia en la quinta o sexta década. El compromiso pulmonar puede ser único o parte de una afectación sistémica. La amiloidosis nodular pulmonar (ANP) es de lenta evolución, habitualmente asintomática y representa un hallazgo radiológico ocasional

Estos nódulos únicos o múltiples tienden a ser periféricos o subpleurales y pueden cavitarse o calcificarse. La enfermedad localizada se trata típicamente con intervenciones locales, mientras que la amiloidosis sistémica puede ser manejada con quimioterapia. El objetivo del tratamiento de la AL es eliminar la población clonal de células plasmáticas que produce la proteína amiloidogénica.

Se presenta un paciente con amiloidosis primaria con compromiso pulmonar.

Caso clínico: masculino, 65 años. MC: disnea, pérdida de peso (15 kg en 1 año) hiporexia, dispepsia y distensión abdominal. Antecedente de traumatismo de tórax hace 20 años con fracturas múltiples: escapular derecha, costales múltiples y en 6° vértebra dorsal. DBT tipo 2. Examen: Sat Hb 96% AA, crepitantes secos en ambas bases, a predominio izquierdo. Rx y TACAR: lesión nodular de 30 x 28 mm de diámetro de localización subpleural en lóbulo medio con criterios diagnósticos de atelectasia redonda; además una masa pulmonar de 45 x 32 mm de diámetro de localización periférica en la llingula. VSG: 93 mm. Anemia leve normocítica y fenómeno de Rouleaux. Función renal, hepatograma y orina normales. Hipergam-

maglobulinemia policlonal. Inmunofijación en suero y orina sin bandas monoclonales. BFC: BAL y BTB con infiltrado inflamatorio linfocítico. VEDA: Helicobacter pylori (recibió tratamiento) y colonoscopia normal. Ecocardiograma normal. Ecografía abdominal: litiasis renal.

Punción aspirativa bióptica (PAB) de la lesión pulmonar Izquierda: depósito vascular de material amorfo, rojo congo positivo, fibrosis intersticial leve a moderada e infiltrado inflamatorio mononuclear moderado. Medulograma: plasmocitos 7,5% con una población monoclonal por citometría de flujo. Cadenas livianas libres séricas: alteración de relación kappa/lambda con predominio kappa. Con diagnóstico de amiloidosis primaria con compromiso pulmonar nodular se inició tratamiento con 4 ciclos de ciclofosfamida, talidomida y dexametasona, con franca mejoría clínica. Se realizó trasplante autólogo de médula ósea con resolución de sus síntomas.

Comentarios: consideramos de interés este caso de amiloidosis pulmonar primaria (AL), por lo infrecuente de esta patología y porque su presentación con lesiones nodulares o como masa, plantea el diagnóstico diferencial con neoplasias primarias o incluso secundarias de pulmón.

PP 246- QUILOTÓRAX BILATERAL POR ALTERACIÓN PRIMARIA DEL CONDUCTO TORÁCICO

Alaniz M, Vigil H, Redolff G, Perez C, Vilas G, Faccioli G
Hospital Tornú, Argentina.

Introducción: el quilotórax es un trastorno poco frecuente, caracterizado por la acumulación de quilo en el espacio pleural (definido triglicéridos >110 mg/dl y predominio de linfocitos en el mismo). Puede ser de origen traumático, por compresión extrínseca o lesión intrínseca del conducto torácico. Dentro de estas últimas, las malformaciones congénitas son una patología infrecuente, subdiagnosticada y de difícil manejo clínico.

Caso clínico: paciente de 23 años, oriundo de Argentina, con antecedentes de tabaquismo, consumo de alcohol y marihuana, que realizó viajes por América Latina en el último año y medio. Cursó internación por derrame pleural quiloso bilateral a predominio derecho y linfedema bilateral de MMII, por única vez, sin diagnóstico etiológico. Se instaura tratamiento con drenaje pleural bilateral y nutrición parenteral, con mejoría clínica y radiológica, con posterior regreso a Argentina. Al mes evoluciona con disnea progresiva, consulta en la guardia externa del Htal E. Tornú de la CABA. En la Rx de tórax se observa progresión de derrame pleural bilateral a predominio derecho, decidiéndose internación. Durante la misma se realiza toracocentesis derecha que evidencia quilotórax (triglicéridos 648 mg/dl), se coloca drenaje pleural derecho con débito quiloso, inicia ayuno por 48 horas con disminución de dicho débito y posterior nutrición con triglicéridos de cadena mediana (TCM), con buena evolución clínica. No refiere antecedentes de traumatismo torácico. Serologías para HIV, hepatitis y hongos negativas, colagenograma (-), PPD 0 mm, dosaje de interferon-gamma (Quantiferon-TB) negativo, directo y cultivo del líquido pleural para gérmenes comunes, micobacterias y hongos negativos, citológico del LP donde no se observan células neoplásicas; filariasis negativa. TAC con cte. ev: no se evidencian adenomegalias mediastinales, retroperitoneales, ilíacas ni inguinales. RMN de tórax: aparente dilatación del conducto torácico. Linfografía radioisotópica: circulación derivativa por reflujo ascendente hacia los troncos paravertebrales e intercostales, por falta de funcionalidad del conducto torácico.

Discusión y Conclusiones: el quilotórax no traumático es una entidad frecuente en neonatos pero no en adultos. Esta enfermedad compromete la ventilación y la función cardíaca, debido a la acumulación de líquido linfático que provoca fenómenos compresivos locales. El tratamiento del quilotórax suele ser complejo; la dieta pobre en grasas y suplementos de TCM para reabsorber el derrame pleural no es suficiente en todos los casos, precisando en ocasiones drenajes, pleurodesis química o nutrición parenteral total. En nuestro caso, la modificación en la dieta resultó ser efectiva sin evidencia de recidiva, por este motivo se desestimó el tratamiento quirúrgico.

PP 035- COMBINACIÓN DE FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA, UN SÍNDROME CON VARIOS INTERROGANTES

Douglas Nazareno NG

Hospital Vera Barros, Argentina.

Introducción: el enfisema pulmonar y la fibrosis pulmonar idiopática son entidades que se diferencian desde el punto de vista clínico, funcional, radiológico y patológico. La combinación de fibrosis pulmonar y enfisema es un síndrome definido recientemente, en el cual coexisten en un mismo individuo enfisema en lóbulos superiores y fibrosis en los inferiores. Estos pacientes presentan un perfil funcional respiratorio característico y pueden ser infradiagnosticados si no se tienen en cuenta estas particularidades clínico-funcionales, donde la espirometría puede resultar normal, en contraposición con las grandes alteraciones que generalmente se observan en la TAC de tórax. Los volúmenes pulmonares dinámicos y estáticos pueden estar mínimamente alterados y contrastan con la reducción significativa que suele observarse en la DLCO. La prevalencia de hipertensión pulmonar es elevada y condiciona el pronóstico. La TAC de tórax de alta resolución es primordial para confirmar el diagnóstico.

El antecedente de tabaquismo, frecuentemente encontrado en estos pacientes podría sugerir que el tabaco es el principal agente implicado en la génesis de esta entidad.

Caso: el caso descripto corresponde a un hombre de 67 años, exfumador importante (60 paquetes/año), extrabajador de curtiembre y con forrajés.

Consulta por disnea de esfuerzo progresiva (mMRC III en ese momento) y tos seca de unos 4 años de evolución. Refería incremento de esta sintomatología basal 3 a 4 veces por año. Al examen físico presentaba, como único dato relevante, rales tipo velcro bibasales.

El% Sat Hb en condiciones basales era de 93% y desaturaba más de 4 puntos con la caminata.

Su espirometría resultó normal. En la determinación de volúmenes pulmonares la CPT era de 97%, el vol. residual de 102%, en tanto que la DLCO resultó de 32%.

En el ecocardiograma la presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) era de 55 mmHg y la TAPSE de 16 mm. El dosaje de alfa 1 anti tripsina fue normal.

La TAC de tórax mostraba extensas áreas de enfisema centroacinar y paraseptal. Se observaban algunos sectores de pnalización subpleural en lóbulos inferiores un tanto disimulados por la importante magnitud de los cambios enfisematosos que llegaban a extenderse hasta dichos lóbulos.

Con la impresión diagnóstica de síndrome de fibrosis pulmonar más enfisema, se inició tratamiento con formoterol/budesonide más tiotropio y rehabilitación.

Conclusiones: la coexistencia de fibrosis pulmonar y enfisema conduce a hallazgos clínicos, funcionales y radiológicos que se superponen y pueden confundir al médico, como ocurre en el caso presentado, donde es llamativa la extensión del enfisema sin patrón obstructivo en las pruebas funcionales. La espirometría suele resultar normal, ya que la obstrucción del enfisema es "contrablanceada" por la restricción de la fibrosis. Actualmente no existe un consenso sobre el tratamiento a seguir. Hace falta una mejor comprensión de la fisiopatología y de los mecanismos moleculares involucrados para el desarrollo de futuras terapéuticas. La cesación del tabaquismo sería, por ahora, la intervención que mayor impacto podría tener sobre la historia natural.

PP 289- GRANULOMATOSIS DE WEGENER CON ESTENOSIS SUBGLÓTICA

Rivera IT, Uribe Echevarría A, Mediot N, Bustamante N, Quercia Arias O, Maldonado D, Verón S, Albiero A

Hospital Córdoba, Argentina.

La enfermedad de Wegener o granulomatosis de Wegener (GW) es una enfermedad multisistémica de origen autoinmune que se caracteriza por vasculitis que afecta a vasos pequeños y medianos con formación de granulomas necrotizantes. Se asocia frecuentemente con la presencia de ANCA. Afecta con

frecuencia vías aéreas superiores e inferiores; dentro de estas destaca la estenosis subglótica que se presenta en promedio en el 22% de los pacientes, que puede eventualmente comprometer la vida del paciente. Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha, pues se ha visto que su desarrollo es independiente de la actividad de la enfermedad sistémica. El tratamiento de la estenosis subglótica en pacientes con GW es complejo, requiere a menudo repetidas intervenciones debido a reestenosis. Presentamos el caso de un paciente con estenosis subglótica y GW atendido en nuestro servicio.

Caso clínico: paciente masculino, 28 años, antecedentes personales patológicos, sinusitis crónica, no tabaquista, con disfonía progresiva, disnea de esfuerzo, tos seca, fatiga y otalgia.

Examen físico: estridor laríngeo, signos de obstrucción nasal, deformidad nasal y secreción postnasal.

Rx de tórax: nódulos subpleurales.

TACAR de tórax: nódulos redondos bien delimitados, algunos cavitados en ambos campos pulmonares, sin adenopatías mediastínicas.

TACAR de vía aérea superior con reconstrucción sagital laríngo-traqueal: Estenosis subglótica.

TAC de macizo facial: ocupación de seno maxilar derecho.

Espirometría: obstrucción fija.

Laboratorio: ANCAc y ANCAp negativos, ANA negativo, PCR y VSG elevadas, orina patológica. Función renal conservada.

Biopsia pulmonar (trucut) guiada por TAC: tejido conectivo hialinizado con granuloma necrotizante.

Fibrobroncoscopia: se realizó con ayuda de anestesta con inducción de midazolam y propofol; es donde observamos lesión circunferencial aproximadamente a 2 cm de cuerdas vocales; se extraen muestras de tejido fibroso en forma circunferencial.

Tratamiento: metotrexate

Evolución: mejoría clínica

Discusión: la mitad de los pacientes con compromiso laríngeo requerirán traqueostomía en algún momento de su evolución. Los ANCA no tienen una sensibilidad del 100%, resulta de importancia el seguimiento de los títulos de ANCA que pueden hacerse positivos con el tiempo. Si el diagnóstico clínico es muy sugerente de GW, no se debe desechar por el hecho de que los ANCA sean negativos. En algunos pacientes con GW sin alteración de la función renal, se puede inducir remisión de la enfermedad con metotrexate.

PP 095- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROTEINOSIS ALVEOLAR EN EL HOSPITAL MUÑIZ

Martin I, Duré R, Musella RM, Frías A, Ortiz Nareto A, Gando S, Viola D, Bosco

Mendoza F, Palmero D

Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: presentación de un caso de patología no infecciosa poco frecuente con diagnóstico y tratamiento en hospital público.

Caso clínico: paciente masculino de 24 años, argentino, obeso, albañil, cortador de cerámicas, tabaquista, 16 paquetes/año, hipertenso, que comienza su enfermedad actual con cuadro de insuficiencia respiratoria, por lo que ingresa a UTI de otro nosocomio con diagnóstico presuntivo de NAC grave, con requerimiento de inotrópicos y ARM con posterior traqueotomía, por lo que cumple múltiples esquemas antibióticos empíricos con respuesta parcial, presentando imágenes tomográficas de compromiso difuso alvéolo-intersticial bilateral en empedrado de vértice a base. Intercurre con neumonía asociada a ventilador y tromboflebitis de miembro superior derecho, que requirió anticoagulación. En el transcurso de los cuatro meses de dicha internación es derivado al Servicio de Endoscopia de nuestro hospital, donde se realiza fibrobroncoscopia que no evidencia alteraciones endoluminales, criobiopsia y BAL de aspecto turbio y lechoso, sin rescate microbiológico. A su ingreso en sala se presenta con insuficiencia respiratoria severa (PO₂ 46), hemodinámicamente estable con un patrón restrictivo leve, con DLCO severamente disminuida (46%).

Se recibe diagnóstico anatómopatológico de proteinosis alveolar. Se realiza lavado pulmonar total bilateral en forma secuencial.

da, con buena tolerancia, con requerimiento de VNI solo las primeras 24 h posteriores a dicho procedimiento. El paciente evoluciona en forma favorable con incremento de DLCO a 64%, pO_2 69,5, con franca mejoría de su disnea aunque con sutil mejoría radiológica y es externado sin requerimiento de oxígeno a la espera de resultados de anticuerpos anti CSF-M para evaluar eventual tratamiento con factor estimulante de colonias de macrófagos.

Conclusiones: la proteinosis alveolar es una entidad de muy poca prevalencia: 0,2 a 2 por millón de habitantes. Se debe resaltar la importancia de la búsqueda de diagnósticos diferenciales no infecciosos ante la resolución insatisfactoria de un cuadro con compromiso pulmonar bilateral y la necesidad del abordaje multidisciplinario, así como también destacar el rol de la broncoscopia como método diagnóstico y terapéutico.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 22: NEUMONOLOGÍA CLÍNICA 3

PP 257- HIDATIDOSIS PULMONAR EN ZONA URBANA

Fabio S, Fuentes N, Amaya R, Gianfrancisco V, Marquez O, Naval N, Fernández Gómez V, González F, Moreno C, Del Rio R, Carrizo M, Usandivaras M, Esquiú M, Morgante S
Hoapital Ángel C. Padilla, Argentina.

Introducción: la hidatidosis es una zoonosis causada por el *Echinococcus granulosus*. Tiene una distribución geográfica cosmopolita y constituye un importante problema de Salud Pública. En Argentina, tiene mayor prevalencia en las zonas rurales de la Mesopotamia, Patagonia, Cuyo, noroeste de Córdoba, NOA, entre otras. En Tucumán, predomina en zonas de alta montaña (27% a 38%). Entre los años 1997 y 2010 se reportaron 294 casos en total. Es en la niñez, generalmente cuando se adquiere la infección, pero su lento crecimiento genera que muchos de los pacientes presenten síntomas tardíos o se descubra accidentalmente. El cuadro clínico es variable, dependiendo del órgano afectado y la velocidad de crecimiento. La localización más frecuente de los quistes es la hepática (67-89%), seguida por la pulmonar (10-15%) con franco predominio en campo pulmonar derecho.

Caso clínico: paciente de 29 años, residente en Tucumán (zona urbana), tabaquista de 10 p/a. Consulta en febrero 2015 por dolor en puntada de costado en hemitórax izquierdo, fiebre y tos productiva mucopurulenta. Se interpreta RX de tórax como NAC y realiza tratamiento antibiótico por 7 días. Por persistencia de síntomas, se solicita TACAR de tórax que muestra en LSI, imagen redondeada, de paredes gruesas, con diferentes niveles de atenuación en su interior (absceso), realiza 14 días de tratamiento antibiótico y se deriva a nuestro hospital para FBC y se interna. Como dato epidemiológico, en su infancia tuvo perros que eran alimentados con vísceras de un matadero. Al examen físico, taquipneica, taquicárdica, disminución generalizada de la entrada de aire en ambos campos pulmonares, roncus, sibilancias y rales crepitantes en base izquierda, saturando a 99% (0,21) sin otra particularidad. En el laboratorio, GB 9100, eosinofilia de 8% (728) y eritrosedimentación de 73 mm. Se realiza cultivo de esputo con escoléx. Ecografía abdominal normal, se realiza nueva TACAR de tórax observándose la misma imagen pero con contenido en su interior compatible con quiste hidatídico complicado y compromiso de parénquima adyacente, se indica tratamiento con AMS y albendazol 400 mg cada 12 horas. Es dada de alta cumplidos los 14 días de tratamiento antibiótico. Regresa a consulta a los 20 días con disnea mMRC²⁻³, dolor en puntada de costado en hemitórax derecho y tos productiva, se realiza cultivo de esputo, continúan escólices y TACAR de tórax que muestra en LSI quiste de similares características e imagen en vidrio esmerilado en parches y bilaterales, se plantea FBC y citometría de flujo, la paciente no concurre. Regresa al mes, asintomática y con mejoría imagenológica. Actualmente en plan de cirugía torácica.

Conclusión: motiva nuestra presentación el hecho de que estamos en presencia de un caso de hidatidosis en zona urbana. El

hombre es el huésped transitorio en la cadena epidemiológica, siendo responsable de perpetuar la parasitosis por prácticas como la faena domiciliaria y alimentación de perros con vísceras crudas. La estrategia de prevención de hidatidosis debe ser dirigida a desparasitar periódicamente los perros, evitar la infección en los huéspedes intermediarios y la faena domiciliaria y fundamentalmente promover educación para la salud, ya que esta zoonosis representa un importante problema de salud pública.

PP 115- NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN HUÉSPED NO HIV

Bragado LA, Martínez Delcaldo SV, Rocchia Novillo MP, Baldasarra RA, Vega NV, Altieri HH, Figueroa SB
Hospital Centro de Salud "Zenón Santillán" Tucumán, Argentina.

Caso clínico: varón de 27 años. Antecedentes: ano imperforado con fistula recto-vesical con múltiples cirugías correctivas, reflujo vesico-ureteral, formación de neo vejiga, talla vesical (desde los 9 años), litiasis renal, infecciones urinarias a repetición, IRC, tabaquista de 20 paq/año, tatuajes múltiples y politransfusiones. Derivado en junio de 2014 con diagnóstico de infección urinaria. Al examen físico de ingreso: buen estado general, afebril, examen respiratorio sin particularidades. Inicia tratamiento con imipenem (14 días). Exámenes complementarios: GB: 24.500 (N 78% L 15%). Hemocultivo: negativo. Urocultivo: positivo *Escherichia coli* productora blee. Serología HIV, HVC, HVB: negativo. Rx tórax normal.

Al mes evolucionó con mal estado general y disnea IV mMRC con diagnóstico de síndrome de distress respiratorio. Al examen físico: taquicardia, taquipnea, disminución generalizada de murmullo vesicular. pO_2 43, pCO_2 19,3, PAFI 206,9, Sat O_2 63% (FIO₂ 21%). Exámenes complementarios: GB: 50.400 (N 98%). TACAR tórax: extensas opacidades en vidrio esmerilado. Fibrobroncoscopia: sin lesiones endoscópicas. Lavado bronquioloalveolar: BAAR negativo, *Pneumocystis jirovecii* positivo. Serología para hongos negativos. Inicia tratamiento con imipenem, vancomicina, fluconazol, TMP - SMX, hidrocortisona. Evolucionó favorablemente. Actualmente en control ambulatorio.



Comentarios: actualmente la neumocistosis ha adquirido una gran importancia, sobre todo, en sujetos inmunodeprimidos no infectados con el VIH, como pacientes con cáncer, insuficiencia renal, hemopatías malignas, afecciones inflamatorias crónicas con utilización de inmunosupresores y receptores de trasplantes de órganos sólidos. En pacientes inmunocompetentes se observó aumento de la incidencia, siendo factores de riesgo: bacteriemias persistentes, leucocitosis con neutrofilia severa y falla renal.

PP 152- MANEJO NO INVASIVO DE TRAQUEOBRONCOMALACIA

Lamot SB, Enghelmayer J, Gaser A, Marquez H, Defranchi H
Sanatorio de la Trinidad de Palermo, Argentina.

Introducción: la traqueobroncomalacia es una enfermedad de la vía aérea central, en la que se desarrolla debilidad de la pared de la tráquea y los bronquios por reblandecimiento o destrucción de los cartílagos de soporte. El 12% de los pacientes con enfermedades respiratorias presentan traqueomalacia o colapso de pars membranosa. La relación de cartilago/tejido blando en la tráquea normal es aproximadamente de 4,5:1, y en pacientes con traqueobroncomalacia puede llegar a ser tan baja como 2:1. Los progresos en las técnicas de imágenes y el desarrollo de la broncoscopia intervencionista han mejorado el entendimiento, el reconocimiento y el tratamiento de esta patología en el adulto. La tomografía dinámica es una técnica en la cual se puede evaluar el colapso de la vía

aérea en forma cuantitativa, midiendo la reducción del área de la vía aérea en espiración. A continuación se describe un caso de compleja resolución.

Caso clínico: paciente de 78 años, ex TBQ severo, EPOC muy severo en tratamiento con broncodilatadores anticolinérgicos y agonistas B2 de acción prolongada (LAMA + LABA) y corticoides inhalados (CI). Requerimiento de O₂ domiciliario. Colocación reciente de válvulas endobronquiales para reducción de volumen pulmonar sin mejoría, por lo que se debieron extraer. Presenta diagnóstico endoscópico de traqueobroncomalasia con uso de ventilación no invasiva en forma intermitente. Presenta internación por reagudización de EPOC con disnea e insuficiencia respiratoria con aumento del volumen de la expectoración, sin fiebre. Laboratorio GB: 15000. Realizó tratamiento con corticoides sistémicos, broncodilatadores, antibióticos de amplio espectro y ventilación no invasiva en forma intermitente con mejoría inicial. Evoluciona con episodios de disnea con mínimos esfuerzos asociados a sibilancias sin mejoría con broncodilatadores, requiriendo VNI con mejoría parcial del cuadro. Se realiza TAC dinámica de vía aérea, evidenciándose bronqueomalasia severa en ambos bronquios fuentes. Se evidencia diámetro bronquial derecho de 4,4 mm. Se realiza titulación de CPAP controlando diámetro bronquial por tomografía. Se realiza secuencialmente a 14, 16, 18 y 20 cm de H₂O con medición del diámetro de bronquio fuente derecho de 4,8 mm, 5,8 mm, 7,2 mm y 9,2 mm, respectivamente. Se correlacionó con mejoría de la disnea del paciente a 18 cmH₂O. Se indicó CPAP 18 cmH₂O en forma intermitente y ejercicio kinésico con CPAP con mejoría del cuadro y posterior alta.

Conclusión: la traqueobronquiomalacia es una enfermedad con frecuencia de presentación y diagnóstico en aumento, de muy frecuente asociación en pacientes con EPOC. Si bien está descrito el manejo endoscópico de estos pacientes, existen situaciones en las cuales la broncoscopia agrega un riesgo elevado. Nosotros describimos un paciente en el cual el diagnóstico y la titulación de las presiones necesarias para tratamiento con CPAP se realizaron en forma no invasiva por tomografía dinámica. Planteamos que es una técnica que podría reservarse inicialmente para pacientes de muy alto riesgo.

PP 046- UN DESPERTAR AGITADO. EDEMA PULMONAR POSTOBSTRUCTIVO: UNA COMPLICACIÓN ANESTÉSICA INFRECUENTE

Quintero CJ, Michelangelo H, Angriman F, Wainstein EJ, Castro HM, Maritano J, Las Heras M, Prececutti JA
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el edema pulmonar postobstructivo es una complicación infrecuente de la anestesia general. Su mecanismo principal incluye la inspiración contra la glotis cerrada, generando presiones pulmonares negativas, que inducen la trasudación de fluidos desde los capilares hacia el espacio alveolar. La presión intrapleurales negativa favorece el retorno venoso, aumentando la presión de fin de diástole del ventrículo izquierdo y, por ende, la presión capilar pulmonar. Sus factores de riesgo son las cirugías de vía aérea superior, el laringoespasmó, las apneas obstructivas del sueño y la macroglosia. Se presenta clínicamente como disnea e infiltrados pulmonares en el postoperatorio inmediato. El tratamiento consiste en ventilación a presión positiva, a la cual responde exquisitamente.

Caso clínico: presentamos una mujer tabaquista de 47 años que fue sometida a una cirugía de drenaje de absceso en el vestíbulo nasal bajo anestesia general e intubación orotraqueal sin complicaciones. Presenta en la sala de recuperación anestésica disnea, hipoxemia y mala mecánica ventilatoria, por lo que es trasladada a terapia intensiva. Las imágenes mostraron aumento de atenuación alveolar e intersticial perihilar bilateral (figura 1). Se inició ventilación no invasiva con excelente respuesta, resolviendo la clínica y las imágenes (figura 2) en 24 horas.

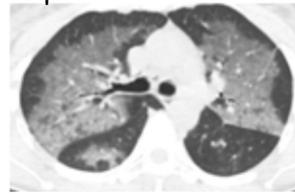


Figura 1

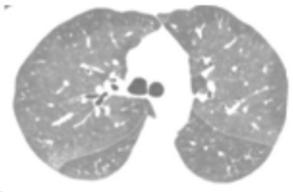


Figura 2

Conclusión: el edema pulmonar postobstructivo es una complicación anestésica infrecuente, pero debe ser considerada frente a la aparición de disnea en el postoperatorio inmediato. Sus diagnósticos diferenciales incluyen otras entidades más frecuentes, como broncoespasmo, aspiración e insuficiencia cardíaca. Se requiere un alto índice de sospecha para evitar estudios e intervenciones innecesarias. La respuesta a la presión positiva, en forma de CPAP o ventilación no invasiva es excelente. La prevención involucra una adecuada profundidad anestésica antes de la manipulación de la vía aérea y al momento de la extubación.

PP 263- ESTUDIO OBSERVACIONAL EN 377 PACIENTES SOMETIDOS A TEST DE LA CAMINATA DE 6 MINUTOS. HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO DE AGUDOS Y CRÓNICOS "SAN JUAN DE DIOS" DE LA PLATA

Correa, Yb; Curró, Mf; Fuentes, JI; Sainz, M; Macuso Mo; Echazarreta, AI.
HIEAYC San Juan de Dios, Argentina.

Introducción: el test de la caminata de seis minutos (TC6M) es la prueba simple de ejercicio más utilizada. Es una prueba funcional submáxima que refleja y evalúa la tolerancia al ejercicio. Objetivos: describir las principales características de los pacientes sometidos a TC6M en la sala de exploración respiratoria del Servicio de Neumología del HIEAYC "San Juan de Dios" de La Plata en el lapso 1/7/2014 al 1/7/2015.

Material y Métodos: se relevaron todos los TC6M realizados en el período 1/7/2014 al 1/7/2015 en la sala de exploración funcional respiratoria. Se descartaron aquellos estudios que no estuviesen completos y, en caso de requerir la utilización de oxígeno (O₂) solo se eligieron los estudios que pudieron ser completados tras la adición del mismo. Se aplicaron las guías ATS/ERS 2002 (AJRCCM 2002; 166: 111-117); se utilizaron los valores predictivos publicados por Casanova, C et al. (ERJ 2011; 37: 150-156) con la incorporación de la medición de frecuencia cardíaca (FC) de recuperación definida como la diferencia entre la FC al minuto 6 del TC6M y la hallada al minuto de haberse completado el test (Respir Med 2005; 99:877-886).

Resultados: se evaluaron 377 pacientes (167M; 210F); edad 59,6 ± 13,2 años (DS); BMI 28,5 ± 7 kg/m². 307 tests (81,5%) fueron realizados en condiciones de aire ambiente, mientras que 70 (18,5%) requirieron adición de O₂ suplementario (F 36; M 34). La distancia recorrida promedio fue de 384,2 ± 122,1 m (M378,2 ± 134,9; F388,9 ± 111,02) y su relación media con el predictivo fue de 71,8 ± 23,7% (F 74,8 ± 22,7; M 68,1 ± 24,4%). La relación media entre la FC máxima alcanzada y la predictiva fue del 71,1 ± 10,9%. El promedio de recuperación entre minuto 7 y minuto 6 fue de 18,1 ± 12,8 lpm. Los diagnósticos de base de los pacientes referidos fueron: EPOC 182 (48,2%; F 36 y M 34); intersticiopatías 39 (10,3%; fibrosis pulmonar n: 17); disnea 34 (9%); collagenopatías 22 (5,8%); hipertensión pulmonar (HP) 21 (5,6%); asma 20 (5,3%); bronquiectasias 10 (2,65%); patologías cardiovasculares 9 (2,38%); TBC residual 9 (2,38%); enfisema pulmonar 9 (2,38%); otras: 21 (5,8%).

Conclusiones: casi la mitad de los pacientes sometidos a TC6M tenían EPOC y el 10,3% intersticiopatías, de la cual la más frecuente fue la fibrosis pulmonar. Menos del 20% de los pacientes requirieron oxígeno suplementario. La media de la relación entre FC máxima y FC máxima predictiva del 71,1% indica un adecuado esfuerzo intratest. La frecuencia cardíaca de recuperación fue normal en la mayor parte de los pacientes. La menor distancia recorrida en hombres podría deberse a patología más severa.

PP 197- NEUMONÍA ORGANIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Saad R, Morales R, Trinidad M, Gaitan C, Müller C, Franco P
Higa Presidente Perón de Avellaneda, Argentina.

Introducción: la neumonía organizada es una enfermedad pulmonar poco frecuente, con gran variabilidad en los hallazgos radiológicos. Puede ser idiopática o estar asociada a colagenosis, infecciones, medicación, radioterapia o enfermedades sistémicas, incluido el cáncer.

Caso clínico: mujer de 64 años de edad, no tabaquista. Consulta a Neumonología por persistencia de tos escasamente productiva. Antecedente de cáncer de mama hace un año, con tumorectomía en mama derecha más vaciamiento ganglionar. Tratamiento con radioterapia (30 sesiones) y tamoxifeno. Internación hace un mes en el servicio de Clínica Médica por neumonía y toxicidad hepática, donde recibió tratamiento antibiótico 14 días y se suspende el tamoxifeno. Trae a la consulta Rx tórax: opacidad de límites imprecisos, y bordes irregulares sobre el sector medio del lóbulo superior del pulmón izquierdo y TC tórax: área de consolidación, con infiltrado intersticio alveolar e imágenes aéreas que contactan con la pleura, sobre el sector postero-basal del lóbulo inferior izquierdo. Laboratorio: GB: 10,200, HGB 12, HTO 42, TGO: 36, TGP: 37. FAL: 250. Serologías para HIV, VHA, B, C: negativas, solicitados durante la internación. EF Normal. Por persistencia sintomática se solicita nueva TC tórax: disminución del compromiso del parénquima del pulmón izquierdo, agregándose nuevo foco de consolidación con broncograma aéreo, área de vidrio esmerilado que toma contacto con la pleural y cisura, sobre el sector lateral del lóbulo inferior del pulmón derecho. Espirometría: normal. FBC: sin lesiones endobronquiales se realizó BAL, y BTB de lóbulo inferior izquierdo. Cultivo de gérmenes comunes, Koch, Hongos: negativo, AP: tejido de granulación en los espacios aéreos distales de naturaleza inflamatoria con exudados fibrinosos y fibroblásticos compatible con neumonía organizada. Inició tratamiento con corticoides. Mejoría clínica y radiológica en sucesivos controles.

Conclusión: para desarrollar una neumonía organizante, en algunos pacientes son necesarias características individuales genéticas o adquiridas. La mayoría de los pacientes con cáncer de mama, que reciben radioterapia y tratamiento médico concomitante (especialmente la quimioterapia y/ o tamoxifeno), presentan mayor riesgo de neumonía en organización, como fue el caso de nuestra paciente.

PP 219- NEUMONÍA EOSINOFILICA CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Fabio S, Morgante S, Amaya R, Naval N, Gianfrancisco V, Fernández Gomez V, Marquez O, Moreno C, Carrizo M, Del Rio R, Gonzalez F, Usandivaras M, Fuentes N, Esquiú M
Hospital Ángel C. Padilla, Argentina.

Introducción: la neumonía eosinofílica crónica se define como la existencia de infiltrados eosinofílicos pulmonares, acompañados de eosinofilia alveolar y generalmente eosinofilia periférica asociada, de causa desconocida. Las características distintivas de su presentación se basan en la presencia de tos, disnea, fiebre e infiltrados pulmonares debido a la presencia de acumulación de células inflamatorias, con un predominante infiltrado de eosinófilos. Como criterios diagnósticos, consideramos el inicio subagudo, hipoxemia leve, infiltrados difusos periféricos, eosinofilia en BAL y sangre, ausencia de infecciones por parásitos u hongos, ausencia de infección, de fármacos, respuesta completa y precoz a corticoides, y recidiva frecuente al suprimir corticoides. La resolución espontánea puede observarse hasta en 10% de los pacientes. Sin embargo, la rápida respuesta clínica y radiológica con el tratamiento con GC es el hecho característico que además constituye uno de los criterios diagnósticos.

Caso clínico: se trata de una mujer de 76 años de edad, residente en Tucumán, hipertensa, con diagnóstico de neumonía en diciembre de 2014, por lo que realizó tratamiento antibiótico ambulatorio con amoxicilina/ác. clavulánico por 14 días, presentando mala evolución clínica por lo que se realiza cultivo

de esputo que informa negativo para BAAR con aislamiento de *Klebsiella Pneumoniae*, motivo por el cual realiza tratamiento con moxifloxacina por 10 días.

Posteriormente, sin presentar mejoría clínica luego de siete días, consulta nuevamente por tos y expectoración blanquecina acompañada de sensación febril de una semana de evolución, por lo cual fue referida a nuestro hospital.

A su ingreso, paciente con buen estado en general, lúcida, orientada, afebril, FR 18/min, saturación de oxígeno de 89% con aire ambiental, con presencia de hipoventilación en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados. Se realiza gasometría arterial, donde se evidencia insuficiencia respiratoria tipo I, por lo que se coloca cánula nasal a 1,5 lt/min, respondiendo con saturación de oxígeno de 94%.

Presentaba una eosinofilia de 55% en sangre periférica. La radiografía del tórax reveló infiltrados bilaterales extensos de predominio derecho en forma de bandas, y en la tomografía computarizada de tórax se observaron imágenes de condensación bilaterales de predominio derecho y subpleural, migratrices.

Se realiza FBC sin lesión endoluminal con presencia de secreciones blanquecinas, descartándose patología neoplásica e infecciosa.

Se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 0,5- 1 mg/kg, presentando evolución favorable.

Conclusión: la NEC es una enfermedad infrecuente que precisa para su diagnóstico del hallazgo de eosinofilia, ya sea pulmonar o periférica. Una clínica típica, con infiltrados alveolares en la radiografía de tórax y eosinofilia periférica, debe orientar al diagnóstico de NEC, aunque para confirmarlo sea necesario el lavado bronquioalveolar, y en ocasiones la realización de biopsia pulmonar.

**PRESENTACIONES DE PÓSTERS 10:
NEUMONOLOGÍA CRÍTICA****PP 130- ILOPROST INHALADO EN SDRÁ E HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA (REPORTE DE UN CASO)**

Melattini L², Rojas M¹, Martínez L¹, Koller P¹, Lamot L¹, De Salvo A¹, Fuks V¹

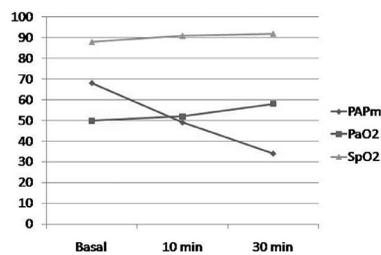
¹ Hospital Municipal de Agudos, Leonidas Lucero. Bahía Blanca, Argentina. ² Instituto Diagnóstico Bahía Blanca, Argentina.

Introducción: el síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) es una patología grave que se caracteriza por infiltrados pulmonares difusos asociados a hipoxemia en ausencia de insuficiencia cardíaca. Su tratamiento ha sido estudiado por años y aún sigue en discusión cuál es el más adecuado. La hipoxemia genera vasoconstricción severa y se asocia a hipertensión pulmonar. La vasodilatación pulmonar podría tener un papel en el tratamiento del mismo. Expondremos un caso de SDRÁ severo en el que se utilizó dentro de los tratamientos una droga vasodilatadora como es el iloprost nebulizado.

Objetivo: la hipótesis de que iloprost nebulizado mejoraría la relación ventilación-perfusión en pacientes con hipertensión pulmonar y SDRÁ. Medido a través de PaO₂ / FiO₂ y PaO₂, sin afectar negativamente la mecánica pulmonar o la hemodinámica sistémica.

Caso clínico: paciente de 47 años, obeso, sedentario, tabaquista y con consumo de tóxicos (cocaína) que ingresa al Servicio de Urgencias Médicas por traumatismo ocular. Durante la internación en guardia presenta delirium grave que requiere tratamiento con antipsicóticos. Presenta evolución con deterioro neurológico y respiratorio, por lo que se decide su intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. A las 48 h de VM presenta síndrome febril con aumento de secreciones. Se cultiva e inicia tratamiento para neumonía cubriendo foco aspirativo pulmonar. Evoluciona con SDRÁ grave con PaO₂/FIO₂ menor a 100. No presenta respuesta a ventilación mecánica protectora y aumentos progresivos de la PEEP. Inicia con episodios de decúbito prono. Se decide colocar catéter se Swanz Ganz: indica los siguientes parámetros: PAPs 86 PAPd 51 PAPm 68 PCP 14 IC 3,4 l/min RVSI 1700 RVPI 890. Al presentar SDRÁ severo y asociar hipertensión pulmonar severa precardiar, se decide iniciar tratamiento con vasodilatadores pulmonares.

Se utiliza iloprost 20 ug nebulizados cada 4 h. Se evidencia caída de la PAPm (49%) sin deterioro hemodinámico. Mejoría de la PaO₂ más modesto (16%) y de menor duración. A pesar de todo el tratamiento instaurado y durante una maniobra de pronación presenta parada cardíaca que no logra recuperarse a pesar de la resucitación cardiopulmonar, y el paciente fallece. Discusión: el paciente presentaba SDR severo según la definición última del consenso de Berlín. Asociaba hipertensión pulmonar, que es un hallazgo frecuente en el SDR. La utilización de drogas específicas en el contexto de hipertensión pulmonar asociada a causas de origen respiratorio (grupo III) es muy discutida. Sin embargo, el uso de vasodilatadores pulmonares en SDR está bien estudiado y se han utilizado ampliamente en la medicina intensiva y con muchos reportes en la literatura. Como es el caso del óxido nítrico inhalado. En los últimos



tiempos hay estudios donde se ha utilizado Iloprost inhalado en pacientes con SDR e hipertensión pulmonar con mejoría en las variables oximétricas. Sin embargo, estos estudios no incluían cateterismo de la arteria pulmonar como en el caso que presentamos. Conclusión: el paciente presentó mejoría ostensible en el monitoreo de las presiones pulmonares, con descensos que se sostuvieron en el tiempo. Presentó mejoría pero no tan evidente de las variables de oxigenación. Sin embargo, el paciente falleció, ya que la severidad del problema de salud superaba los beneficios del fármaco utilizado. Siendo aún el SDR una patología extremadamente grave y con alta mortalidad a pesar del adecuado manejo multidisciplinario.

PP 018- TRES CASOS DE NEUMONÍA LIPOIDEA

Villa R, Clochiatti N, Mateu C
Policlínico del Docente (OSPLAD), Argentina.

Introducción: de la acumulación de compuestos grasos a nivel de los alvéolos resulta la neumonía lipoidea, una condición clínica infrecuente. Puede ser endógena o exógena. La exógena se produce por la aspiración repetida de material graso de origen animal, vegetal o mineral. El mecanismo de producción en pacientes adultos, la mayoría de las veces, se produce por la aspiración luego de la regurgitación de contenido gástrico de laxantes con base aceitosas. En pacientes adultos, las poblaciones más vulnerables son: los extremos de la vida, pacientes psiquiátricos, alteraciones anatómicas esofágicas, alteraciones neuromusculares con compromiso deglutorio y las alteraciones del nivel de conciencia. A nivel de la clínica, la presentación es similar a múltiples procesos infecciosos parenquimatosos pulmonares. El diagnóstico definitivo se hace con lavado bronquioalveolar o biopsia transbronquial (BTB), en donde se objetiva la presencia de la sustancia oleosa. Como complicaciones se suele presentar la infección o la sobreinfección bacteriana, la fibrosis pulmonar localizada o difusa, hipercalcemia y el carcinoma broncogénico. El tratamiento consiste fundamentalmente en el soporte clínico y la suspensión del agente que provoca el proceso.

Casos clínicos: durante el período de enero de 2012 a diciembre de 2013 se internaron un varón de 81 años, con diagnóstico de demencia multiinfarto, una mujer de 89 años con deterioro cognitivo crónico residente en centro de cuidado y un varón de 69 años con diagnóstico de enfermedad de Parkinson con trastornos deglutorios; los tres tratados con vaselina líquida por cuadros de constipación. Ingresaron a UTI por insuficiencia respiratoria aguda luego de cuadro compatible con broncoaspiración, con necesidad de ARM. Auscultatoriamente con la presencia de roncus diseminados en ambos hemitórax. En la Rx de tórax presentaron infiltrados difusos uni o bilaterales. Todos comenzaron con tratamiento antibiótico.

Laboratorio: la leucocitosis fue la constante, al igual que una LDH elevada con niveles > 1000. En la TC de tórax se observó

la presencia de infiltrados intersticio alveolares uni o bilaterales con aumento de la trama intersticial. A todos se les suspendió la vaselina. Se realizó en los 3 casos fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar. Los cultivos, PCR para pneumocystis, serologías para CMV, EBV, clamidia, micoplasma, HIV y hepatitis B y C fueron negativos. El Anti-Ro, Anti-La, Anti-ADN, ANCA, FAN, complemento total, C3 y C4, al igual que la alfa 1 antitripsina fueron normales. El lavado bronquioalveolar mostró en la anatomía patológica la presencia de macrófagos de citoplasma vacuolado cargados de material graso. Se completó el tratamiento antibiótico y se agregaron corticoides.

Discusión: el objetivo es reportar la frecuencia de la patología en adultos mayores vulnerables, teniendo en cuenta que para realizar el diagnóstico de forma correcta debe existir un alto índice de sospecha. Se debe considerar a la población con alto índice de riesgo; en esos casos, la utilización de laxantes y/u otros fármacos oleosos por vía oral se encontrarían desaconsejados.

PP 296- SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO (SDRA), OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) Y FIBROBRONCOSCOPIA SERIADA (FBC)

Lopez J, Villarrol J, Las Heras M, Castro R, Orazi ML, Precerutti J
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: en los últimos años se han investigado más estrategias y medidas terapéuticas para el SDR. La medida más eficaz que mejora la supervivencia es la ventilación protectora. El empleo del ECMO es un tratamiento de rescate en casos extremos. Las complicaciones infecciosas, aspiración de secreciones y atelectasia, hacen que sea necesario realizar una o más FBC, esto no sería posible sin el ECMO. No hemos encontrado publicaciones sobre el uso, la frecuencia y la utilidad de la FBC seriada en pacientes con SDR y ECMO.

Caso clínico: paciente de sexo masculino, de 16 años, sin antecedentes médicos, derivado de otra provincia en avión sanitario, por presentar politraumatismo grave, neumotórax izquierdo y hemo-neumotórax derecho, ambos drenados y que se complica con neumonía intrahospitalaria bilateral (4 cuadrantes), con rescate de *Klebsiella*, *Acinetobacter* y *Pseudomona*, febril persistente, requiere traqueostomía, evoluciona con SDR. A su ingreso presenta saturación de oxígeno de 85%, con FiO₂ 100%, y una PAFiO₂ de 70. Ingresó Terapia Intensiva, donde continúa con hipoxemia (85%) e hipercapnia refractaria, PAFiO₂ menor a 85, requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM), con ventilación protectora, uso de bajos volúmenes; tomografía de tórax revela consolidación bilateral con broncograma aéreo, derrame pleural derecho, colección hidroaérea a nivel del lóbulo inferior izquierdo vinculable a empiema/absceso pulmonar. Continúa con drenajes torácicos, inestabilidad hemodinámica con requerimiento de inotrópicos; al no mejorar el cuadro se decide colocar ECMO al 5to día, drenaje quirúrgico de absceso pulmonar, recolocación de drenajes pleurales, amplia cobertura antibiótica, al 6to día comenzó a tener abundantes secreciones por traqueostomía que no permitía la adecuada ventilación pulmonar, por lo que realizó una FBC, donde se encontraron secreciones purulentas desde tercio inferior de tráquea a ambos bronquios fuentes; se realizó aspiración de secreciones, quedando sin secreciones, requirió en total 11 FBC una por día, recibió ECMO por 12 días, todas las FBC encontraron en días sucesivos presencia de secreciones mucopurulentas espesas y atelectasias, realizándose a su vez toma de muestras bacteriológicas y toiles para liberación de tapones mucosos en diferentes áreas del árbol bronquial. Paralelamente fue mejorando la ventilación mecánica, desde ultraprotectiva a protectora, posterior al retiro del ECMO, posteriormente PAFiO₂ mayores a 250 y PCO₂ menor a 55 mmHg. Luego de 5 meses con destete progresivo de la ARM hasta la ventilación espontánea, rehabilitación pulmonar y neuromuscular y alimentación enteral, fue dado de alta.

Conclusiones: el ECMO es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y respiratoria extracorpórea de corta duración, indicada en el shock cardiogénico e insuficiencia respiratoria con compromiso vital de cualquier causa. Durante el uso del ECMO, la ARM reduce el volumen tidal, la presión de ventilación, la

frecuencia ventilatoria y la FiO_2 para evitar el barotrauma, el volutrauma, la toxicidad del oxígeno y la alcalosis. Esto favorece la acumulación de secreciones en la vía aérea. No hay casos reportados sobre la utilidad de la FBC en este tipo de pacientes, realizar una FBC en un paciente con SDRA no sería posible sin el ECMO como ocurrió en este caso, y hacer FBC seriadas no está reportado.

PP 038- CURB-65 COMO ESCALA DE RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS SIN ETIOLOGÍA RESPIRATORIA

Leiva S¹, Vaca Ruiz G¹, Luna CM¹, Irrazabal C², Capdevila AA²

¹División Neumología Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

²División Terapia Intensiva - Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Introducción: existen varios instrumentos validados como factores predictivos de mortalidad en pacientes críticos, comunes a diversas patologías, con diferencias y limitaciones respecto a la recolección de datos, eficacia y diferencias entre el costo implicado. Estos instrumentos requieren varios parámetros clínicos y de laboratorio para establecer una puntuación y así estratificar la complejidad del caso. El objetivo de este estudio es evaluar si el modelo predictivo CURB-65, validado como índice de mortalidad de neumonía adquirida en la comunidad se puede aplicar a otras patologías infecciosas agudas no respiratorias. Esta escala es fácil de usar, confiando en solo cinco características medibles, en la cual solo una es un análisis común de laboratorio (urea). **Métodos:** estudio retrospectivo observacional analítico de casos-contróles. Se incluyó a todos aquellos pacientes mayores a 18 años, con cuadro clínico infeccioso agudo que tuvieran a su ingreso hospitalario una puntuación ≥ 3 en la escala de CURB-65 y que requirieran internación en unidad cerrada de cuidados críticos de adultos (UCCCs) en el Hospital de Clínicas José de San Martín durante el período de tiempo comprendido entre el 1 enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014. De esta manera se definieron los dos grupos a comparar con la escala: neumonía adquirida de la comunidad (NAC) o patología no neumonía adquirida de la comunidad (PNNAC).

Se calculó la escala de CURB-65 a todos los pacientes a su ingreso, recabó datos demográficos, comorbilidades y consignó en la evolución del paciente la mortalidad a 30 días.

Los datos fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS v19. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes absolutos, mientras que las variables cuantitativas, como medias, y su desviación estándar. Se calcularon pruebas de tendencia lineal y homogeneidad para evaluar el riesgo de los distintos niveles de exposición de la escala CURB-65 asociados a la mortalidad a 30 días en ambos grupos con sus odds ratios e intervalos de confianza del 95%. Se realizaron pruebas t para variables continuas y pruebas de chi-cuadrado para las variables categóricas. Se consideró significativa la probabilidad de error alfa al 5%.

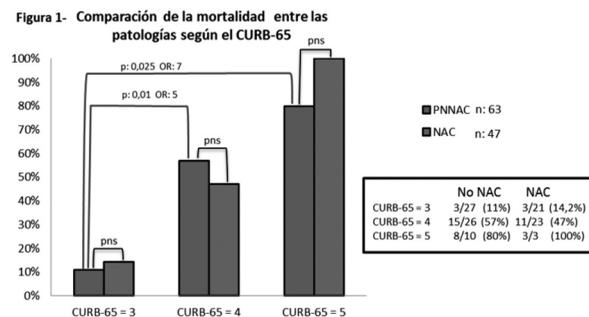
Resultados: en el período de tiempo estudiado ingresaron a UCCCs 326 pacientes con diagnóstico de sepsis y una puntuación ≥ 3 en la escala de CURB-65, de los cuales 110 (34%) cumplieron con los criterios de inclusión, con 48 (44%) en el grupo NAC y 62 (56%) pacientes en PNNAC. Respecto a las características basales de la población, en los dos grupos incluidos no se evidenciaron diferencias significativas respecto al género y edad. Se identificó una mayor asociación de comorbilidades respiratorias crónicas al diagnóstico de NAC; en asma (5% vs 0 p: 0,008) y EPOC (33% vs 5% p:0,001).

Se constató en ambos grupos que la mortalidad a 30 días según el puntaje de CURB-65 tenía porcentajes similares, sin diferencias estadísticamente significativas (figura 1).

Se objetivó que en el grupo de PNNAC existía un riesgo distinto en los diferentes niveles del puntaje de CURB-65 y un crecimiento del riesgo de mortalidad a 30 días a medida que aumentaba la exposición a puntajes más altos, es decir, existía una relación lineal en la que a mayor CURB-65, mayor era el riesgo de muerte (tomando como referencia al grupo CURB-65 = 3) (figura 1).

Conclusión: el modelo predictivo de la BTS CURB-65 podría ser una simple y útil herramienta para evaluar el pronóstico y la mortalidad en patologías infecciosas críticas no respiratorias en el ambiente de UCCCs.

Figura 1:



Comparación de la mortalidad de los pacientes con neumonía adquirida de la comunidad (NAC) o patología no-neumonía adquirida de la comunidad (PNNAC) para las clases de riesgo ≥ 3 puntos. Se aprecia que existía un riesgo distinto en los diferentes niveles del puntaje de CURB-65 y un crecimiento del riesgo de mortalidad a 30 días a medida que aumentaba la exposición a puntajes más altos.

PP 094- LA DECISIÓN DE DERIVAR A LA SALA GENERAL AL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA NO DEBE SER DEMORADA HASTA ESPERAR SU DECANULACIÓN

Díaz Ballvé L

Hospital Nacional Prof. A. Posadas, Argentina.

Introducción: la traqueostomía (tqt) es un procedimiento frecuente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), cuya principal indicación es la necesidad de ventilación mecánica prolongada. Una vez que el paciente se encuentra desvinculado de la asistencia respiratoria mecánica (ARM) sin ninguna otra causa tratable que requiera la complejidad de la UCI, es común que se retrase la derivación del paciente a una sala de internación, con el objetivo de lograr la decanulación del mismo en este sector. Debido a que existe la sospecha de que el traslado del paciente a la sala general lo expone a un riesgo mayor por el solo hecho de tener una traqueostomía, sin considerar el riesgo al que está expuesto el paciente al cual se le prolonga la estadía en la UCI. **Hipótesis:** la sala de internación no es un factor asociado a mayor mortalidad en los pacientes traqueostomizados comparados con aquellos que permanecen en UCI aptos para ser transferidos a la sala.

Diseño: estudio observacional, prospectivo y longitudinal. **Muestra:** 68 pacientes adultos traqueostomizados, con asistencia respiratoria mecánica en área cerrada (UTI o UTIM). **Materiales y Métodos:** durante los meses de agosto de 2008 a agosto 2009 y junio 2014 a octubre 2014, se estudiaron 68 pacientes adultos traqueostomizados, que recibieron ARM en área cerrada (UTI o UTIM) del hospital Posadas. Los pacientes fueron seguidos hasta cumplir algunos de los siguientes criterios de finalización del seguimiento: alta hospitalaria con traqueostomía; decanulación exitosa; el fallecimiento del paciente traqueostomizado o decanulado dentro de los siete días posteriores a la decanulación. Para el análisis de la variable mortalidad en las diferentes salas se utilizó el test exacto de Fisher, y para establecer el grado de asociación, el coeficiente de Phi. **Resultados:** características de los 68 pacientes ingresados en la Tabla 1. La mortalidad total observada fue mayor en el área cerrada que en la sala general, 41 vs 2 pacientes ($p < 0,001$). Al evaluar a los pacientes aptos para ser transferidos considerando que se encuentren desvinculados a la ARM ($n=25$), cuando se comparó la mortalidad no hubo diferencias entre ambas áreas ($p=NS$). Con respecto a la decanulación, se logró decanular a 12 pacientes en área cerrada vs 10 en sala general ($p=NS$). Solo dos pacientes presentaron falla de decanulación, uno en área cerrada y uno en sala general ($p=NS$).

Conclusión: con los datos aportados no existe evidencia que apoye la decisión de demorar el traslado a una sala de menor complejidad si el objetivo es su decanulación, suponiendo mayor seguridad para el paciente en el área cerrada.

Tabla 1

Edad *	56,4 (±15,1)
Sexo masculino - n (%)	43 (63%)
Causa de ingreso - n (%)	
Neurológicos.	38 (55,9%)
Insuficiencia Respiratoria.	20 (29,4%)
Pos-quirúrgicos.	6 (8,8%)
Otro.	4 (5,9%)
Motivo de traqueostomía - n (%)	
Ventilación mecánica prolongada.	51 (75%)
Traqueostomía precoz.	7 (10,3%)
Protección de vía aérea.	6 (8,8%)
Obstrucción de vía aérea.	4 (5,9%)
Días con traqueostomía. §	29 (13-49)
Días en ARM previo a traqueostomía. §	17,5 (11-24)
Días en ARM posteriores a traqueostomía. §	13 (7-34)
Días en ARM totales. §	34,5 (26-47,5)
Pacientes desvinculados de la ARM - n (%)	25 (36,8%)

*Valores expresados en media y su desvío estándar.
 § Valores expresados en mediana y rango intercuartílico

PP 141- DETECCIÓN DE ASINCRONÍAS EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA: COMPARACIÓN PRESIÓN ESOFÁGICA VERSUS PROGRAMA

Rodríguez PO¹, Setten M¹, Gogniat E², Bonelli I¹, Maskin LP¹, Attie S¹, Kotsias S¹, Raimondi A³, Valentini R¹

¹ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Argentina. ² Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ³ Hospital de Clínicas "José de San Martín", Argentina.

Introducción: las asincronías paciente-respirador en el síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) pueden representar un riesgo, por lo que su detección podría ser importante. Para evaluar el esfuerzo del paciente se ha utilizado la señal de presión esofágica (Pes), que permite detectar las asincronías al comparar con las señales de presión y flujo en la vía aérea. Dos tipos de asincronías de fase pueden ocurrir en este contexto: esfuerzos ineficaces (esfuerzos de pacientes gatillados dentro de un ciclo controlado del respirador no detectados) y doble ciclados (dos ciclos del respirador que ocurren separados por una espiración de corta duración gatillados por un solo esfuerzo del paciente o por el mecanismo de gatillado reverso). **Objetivo:** evaluar la concordancia en la detección de asincronías en pacientes con SDRA de un programa en comparación con la inspección visual de señales incluyendo la Pes.

Materiales y Métodos: se utilizaron 780 ciclos obtenidos de 10 archivos de datos obtenidos en 6 pacientes con SDRA ventilados en forma controlada por flujo, con registro de Pes, no tratados con relajantes musculares. Las señales fueron adquiridas con el monitor FluxMed (MBMed Argentina) y posteriormente procesadas con un programa desarrollado por uno de los autores en el lenguaje R versión 3.1.3. A partir del flujo y la presión en la vía aérea, este permite seccionar las señales ciclo por ciclo y detectar las principales asincronías.

Un investigador entrenado realizó una evaluación visual de las señales de cada ciclo. Cada uno fue clasificado como 'normal', 'esfuerzo ineficaz' o 'doble ciclado', tanto por el evaluador como por el programa. El 'esfuerzo ineficaz' podía encontrarse en la inspiración, la espiración o en ambas fases del ciclo. Se calcularon la concordancia y el coeficiente kappa entre Pes y el programa.

Resultados: los ciclos fueron clasificados como normal (275), esfuerzo ineficaz (374), doble ciclado por el paciente (3), doble ciclado por gatillado reverso (128) según la Pes. Se observó una concordancia del 97,436% entre Pes y el programa. El coeficiente de concordancia kappa fue 0.959. Al evaluar por tipo de diagnóstico este coeficiente fue:

	kappa	z	P
Normal	0,944	26,377	<0,001
Esfuerzo ineficaz	0,949	26,498	<0,001
Doble ciclado por el paciente	1,000	27,928	<0,001
Doble ciclado por gatillado reverso	1,000	27,928	<0,001

Conclusiones: observamos una excelente concordancia entre la inspección visual de señales respiratorias incluyendo Pes y el programa. Este último podría utilizarse para automatizar el análisis de señales en pacientes con SDRA en ventilación controlada por flujo.

PP 182- EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN LA NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD. ¿ES LA DESNUTRICIÓN UN INDICADOR DE MAL PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN A TERAPIA INTENSIVA?

Villa R, Clochiatti N, Mateu C

Policlínico del Docente (OSPLAD), Argentina.

Introducción: existe en la Argentina una alta prevalencia de desnutrición dentro de los pacientes que son hospitalizados, calculándose que cerca del 50% de los pacientes internados tienen algún grado de desnutrición. Clasificada, la desnutrición puede ser leve, moderada y severa; a partir de la bibliografía se sabe que aproximadamente el 9% de los pacientes con desnutrición moderada presentan complicaciones, y en el otro extremo, los que presentan desnutrición severa, la tasa de complicaciones alcanza hasta el 50%. La evaluación del grado de nutrición del paciente debe hacerse al momento de ingreso de su internación, facilitando la detección de los pacientes mal nutridos y aquellos que presentan mayor riesgo de complicaciones por su déficit nutricional.

Objetivos: la determinación del porcentaje de complicaciones de los pacientes que se hallan internados en Terapia Intensiva por cuadro de neumonía aguda de la comunidad y la evolución de los mismos

Material y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de los casos ingresados en la Terapia Intensiva de adultos del Policlínico del Docente de Capital Federal, Buenos Aires, entre el período de enero de 2012 a diciembre 2014. Los criterios de inclusión fueron: mayores de 18 años con diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad. Se realizó en todos los casos la valoración nutricional por medio de la escala de valoración subjetiva (EGS) y el recuento del valor absoluto de albúmina y linfocitos al ingreso y al egreso (de no poder obtenerse al egreso por fallecimiento, se consideró el último disponible).

Resultados: se ingresaron 55 pacientes durante el período analizado. 20 hombres y 35 mujeres, con una edad media de 55 +/- 20 años. Se realizó la valoración nutricional por medio de EGS, encontrándose el 32,72% dentro de la clase A, el 36,36% dentro de la clase B y 25,92% en la clase C. La media de linfocitos registrada al ingreso fue de 1330 +/- 996 cel/mm³ y al egreso de 1512 +/- 656 cel/mm³.

La media de la albúmina de ingreso fue de 2,2 +/- 0,7 gr./DL (con un mínimo de 1,5 y un máx. de 2,9) y al momento del alta 2,6 +/- 0,6. El promedio de días de internación fue de 7,8 +/- 7 días. Las complicaciones más frecuentes fueron: requerimiento de ARM, shock séptico con falla multiorgánica, derrame pleural no complicado, sobreinfección urinaria, insuficiencia renal y plaquetopenia. Al comparar los pacientes desnutridos severos (clase C) con el resto (clase A y B) se encontró un claro predominio del sexo masculino (80% vs. 40%, P=0,03) y el tabaquismo actual o previo (90% vs. 40%, p = 0,04). El grupo desnutrido severo tuvo los menores valores de albúmina al ingreso (p = 0,01), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables analizadas. Los pacientes fallecidos fueron de la clase C.

Conclusiones: en nuestro registro existe una alta prevalencia de desnutrición en los pacientes que se internan en Terapia Intensiva con diagnóstico de neumonía de la comunidad, coincidente con los datos aportados por la literatura. El valor del nivel plasmático de albúmina tuvo una correlación lineal con el grado de desnutrición, sin encontrar asociación con el tiempo de estancia hospitalaria ni del desarrollo de complicaciones. Todos los pacientes que fallecieron presentaban un grado de desnutrición severa.

PP 020- ENTRENAMIENTO DE LOS MÚSCULOS INSPIRATORIOS EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR NIVEL C5-C6 PARA SU DESVINCULACIÓN DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

Ruggeri F, Santillan R, Lorenzón N, Piercamilli C, Verellen Blanco F, Miqueri D, Hopkins J

Hospital Escuela José Francisco de San Martín, Argentina.

Introducción: las lesiones raquimedulares producen complicaciones respiratorias en el 60% de las lesiones de C5 a C8 y conducen a un deterioro del sistema respiratorio, transformando la evolución del paciente en una patología restrictiva, siendo esta la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en la lesión aguda de la médula espinal. Las complicaciones respiratorias incluyen hipoventilación, una reducción en la producción de surfactante, taponamiento de moco, atelectasia y neumonía. Estos pacientes pueden perder hasta 1 nivel ASIA dentro de los primeros días de la lesión debido a la hinchazón o sangrado medular, lo que tiene importantes implicaciones para la función respiratoria. Dentro de estos primeros días críticos, el diafragma y otros músculos respiratorios pueden fatigarse. Presentación del caso: paciente de sexo masculino de 49 años, sin antecedentes patológicos conocidos, que el día 07/01/2015 sufre traumatismo raquimedular con fractura luxación de C5-C6 con contusión medular sin disección, nivel sensitivo y motor C5, escala de ASIA tipo A. Se constata insuficiencia ventilatoria; requiere intubación endotraqueal y conexión a AV. Presenta sepsis a foco pulmonar por broncoaspiración, lo que retrasa la fijación quirúrgica de la columna.

28/01- Se realiza traqueostomía quirúrgica. Presenta reiteradas infecciones respiratorias y escaras.

02/03- Pimax inicial -8mm de Hg

Inicio del entrenamiento con trigger: inicia con el 30% de Pimax basal en modo PSV con una presión de soporte necesaria para manejar 8 ml/kg de peso teórico. Se varía el valor de trigger en 0,5 punto cada 48 h realizando medición de Pimax cada 96 h.

10/03- Prueba de ventilación espontánea inicial.

13/04- Desvinculación: Pimax -40mm de Hg

16/04- Decanulación: Pimax -50mm de Hg; Pemax 80 mmHg

17/04- Espirometría: PFT 1,93 lt; CVF 18% del valor predicho.

21/04- Cánula fonatoria de Biesalski

05/05- Pimax: -50 mm de Hg; Pemax 80 mm de Hg.; PFT130 L/min; Capacidad vital: 660 ml; Volumen corriente: 550ml.

Conclusión: la evaluación constante de parámetros ventilatorios, principalmente la Pimax, nos ayuda a implementar un programa de entrenamiento para lograr la desvinculación de la ventilación mecánica, siempre teniendo en cuenta la resistencia como cualidad más importante que se manifiesta durante la prueba de ventilación espontánea, la cual nos orientará hacia el manejo y progreso de los pacientes con insuficiencia ventilatoria secundaria a una restricción patológica derivada de un traumatismo raquimedular con afectación de la musculatura respiratoria. En definitiva, el progreso de la desvinculación consta de un componente de fuerza implicado en la Pimax y un componente de resistencia implicado en la prueba de ventilación espontánea.

PP 254- ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA COHORTE DE TRASPLANTE PULMONAR EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES DESDE 2005 A 2015

Maritano Furcada J, Angriman F, Wainstein EJ, Castro MH, Smith DE, Svetliza G, Precerutti JA

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el trasplante pulmonar es un tratamiento bien establecido para enfermedades pulmonares en estadio avanzado en las que no existe otra opción terapéutica. Los tipos de trasplante son: el unipulmonar, el bipulmonar y el cardiopulmonar, cada uno con sus indicaciones. Este procedimiento se pone en práctica en Argentina en 1967, habiéndose desarrollado en varios centros desde 1990. En nuestro centro, un hospital universitario de tercer nivel, se han realizado 86 trasplantes desde el año 1992, con indicaciones variadas: EPOC 45%, fibrosis pulmonar 21%, fibrosis quística 10%, y otros 20%.

Objetivos: realizar una descripción de los pacientes trasplantados de pulmón en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Analizar la sobrevida de los pacientes trasplantados de pulmón en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Evaluar la relación entre el horario de las cirugías y la mortalidad postrasplante.

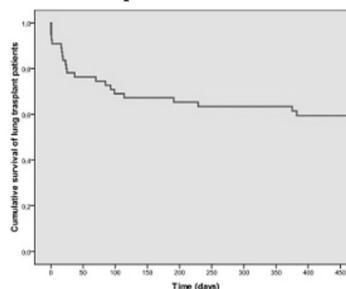
Materiales y Métodos: se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de los pacientes con trasplante pulmonar en el Hospital Italiano de Buenos Aires, un centro universitario de tercer nivel, obteniéndose los datos de la historia clínica electrónica (HCE). Se reclutó a los pacientes en forma consecutiva según sus fechas de trasplante desde el año 2005 por la disponibilidad de registros electrónicos desde esta fecha.

Las variables cuantitativas continuas se resumieron utilizando media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartil según la distribución observada. Las variables categóricas se resumieron utilizando proporciones. La descripción de sobrevida se realizó utilizando curvas de Kaplan Meier. La significancia estadística entre grupos para mortalidad según horario de cirugía fue estimada por Test de Chi cuadrado.

Resultados: se analizaron en total 55 pacientes desde 2005. Se observó una media de edad de 46,9 años, con un 50,9% de los pacientes de sexo masculino. El APACHE promedio fue de 15 (rango intercuartil: 10-18), con un Charlson de 1,2 (rango intercuartil: 1-2).

La causa de trasplante fue EPOC en un 36,4%, fibrosis pulmonar idiopática en un 12,7%, fibrosis quística en un 12,7% y otras en un 38,2%. Previamente al trasplante, un 7,3% presentaron disfunción del ventrículo derecho y un 38,2% hipertensión pulmonar por cateterismo cardíaco.

El trasplante fue en situación clínica de emergencia en un 54,5%, requiriéndose ECMO en un 27,3%. La mediana de tiempo de isquemia fue de 310 minutos (rango intercuartil: 235-375). La duración media de cirugía fue de 354,7 minutos (desvío estándar de 113,5). Se adjunta la tabla de sobrevida de Kaplan Meier, donde se observa una mortalidad mayor en los primeros 50 días que disminuye a medida que se aleja de la fecha de trasplante.



La mortalidad global de la cohorte fue del 50,9%, con una mediana de seguimiento de 513 días.

La mortalidad global durante la hospitalización inicial fue del 27,3%. Se observó una mediana de días hasta la reinternación de 83,5 (rango intercuartil de 60-129). Un 45,5%

de los pacientes presentaron sepsis durante el seguimiento en los primeros 30 días. Hubo un 23,6% de los pacientes que presentaron disfunción ventricular derecha en el postrasplante. Se dividió a los pacientes en base al horario en el que se habría realizado la mayor parte de la cirugía, sin observarse una diferencia estadísticamente significativa (08-16 h: 35,7%; 16-00 h: 28,6%; 00-08: 35,7%; $p=0,298$) en lo que respecta a mortalidad. Discusión: puede observarse en base a los datos descritos que las cifras no difirieron de reportes previos de la literatura, con una mortalidad del 50% en una mediana de seguimiento de un año y medio. Sumado a ello, la mortalidad en la primera internación del 27% no resulta diferente de los datos interna-

cionales. Es interesante mencionar que no hubo diferencia en la mortalidad de pacientes según diferentes horarios de cirugía. La principal causa de trasplante fue EPOC, seguida por fibrosis pulmonar idiopática y fibrosis quística, al igual que en el registro internacional.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 11: ENFERMEDADES OCUPACIONALES – TABAQUISMO

PP 283- IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN POSTOCUPACIONAL PERIÓDICA

Karlen H¹, Martín V², Moracho L², González Montaner P², Inwertar S², Capone L²
¹ Sanatorio Güemes, Argentina. ² Instituto de Tisioneumonología "Dr. Raúl Vaccarezza", Argentina.

Introducción: en las enfermedades profesionales, el cese de la exposición laboral no detiene la progresión de estas patologías. La inhalación de fibras de asbestos genera en más del 80% de los casos lesiones pleurales, y en menor medida, parenquimatosas, que de acuerdo al grado de contaminación y al tiempo de exposición determinará la gravedad y el compromiso del paciente expuesto.

Caso clínico: paciente evaluado en Consultorio de Patología Ocupacional, varón de 63 años de edad, no tabaquista. Trabajó durante 37 años en una fábrica de cintas de freno manipulando asbestos. Al momento de la consulta refiere no trabajar hace 5 años, jubilado por incapacidad respiratoria. En la TC de tórax de 2009 se observan placas pleurales bilaterales, no calcificadas, sin lesiones en parénquima pulmonar. En julio de 2014 consulta por disnea MRC2, niega tos, expectoración y fiebre. Rales crepitantes secos bibasales. La TC de ese momento agrega patrón intersticial con engrosamiento de los septos intersticiales, de predominio en bases. El examen funcional respiratorio (EFR) (Tabla 1) es normal. Es evaluado por reumatóloga, descartando enfermedades autoinmunes. El análisis de laboratorio no muestra alteraciones. En el control a los 6 meses refiere disnea progresiva MRC3 y tos seca. Sin cambios en el examen físico. Se realiza TC de tórax y EFR donde presenta marcada progresión del patrón reticular subpleural y micronódulos centrolobulillares, asociado a restricción leve con disminución de la capacidad de difusión de dióxido de carbono (DLCO).

Conclusiones: se presenta un caso clínico de asbestosis que progresó clínica y radiológicamente luego de 5 años de alejamiento de la exposición. Ante la historia de exposición al asbesto, las placas pleurales bilaterales, la aparición del patrón intersticial bibasal y el deterioro funcional confirman el diagnóstico de asbestosis pulmonar. Dicha progresión no debe pasar inadvertida al momento de planificar el seguimiento de los trabajadores con antecedentes de exposición al amianto, ya sea laboral o medioambiental.



PP 138- UNA RARA ENFERMEDAD: NEUMOCONIOSIS MIXTA

Martín V^{1,3}, Karlen H¹, Capone L³, Inwertar S³, González Montaner P³

¹ Sanatorio Güemes, Argentina. ² Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Argentina.

Introducción: la neumoconiosis mixta es una rara enfermedad pulmonar de origen ocupacional /medioambiental posterior a la inhalación de dos o más sustancias particuladas.

La más conocida es la silicoantracosis, originada por la inhalación de sílice y carbón mineral. Se describirá un caso de inhalación de sílice y asbestos: silicoasbestosis.

Caso clínico: paciente de 54 años de edad, sexo masculino, hipertenso, de larga data en tratamiento con losartan; nunca fumó. Sin otros antecedentes de importancia.

Derivado al consultorio de patología ocupacional para evaluar las imágenes torácicas patológicas y relacionarlas con el antecedente laboral.

Historia laboral: el paciente trabajó durante 12 años en el arenado de piezas metálicas (exposición a sílice). Hace 20 años que dejó de trabajar en esta empresa metalúrgica, y desde hace 5 años que trabaja con material fibroso recubriendo caños de escape (exposición a amianto).

Presenta disnea MMRC 2; en la exploración física, laboratorio y estudios cardiológicos no se apreciaron hallazgos relevantes. Las pruebas de función pulmonar muestran:

CVF 2,82 ml (66%)

VEF1 2,12 ml (64%)

VEF1/CVF 75%

CPT 5,04 ml (81%)

VR 2,16 ml (113%)

DLCO 59%

Test de caminata de 6 minutos:

Metros recorridos: 130 (23% del teórico).

Saturación de oxígeno basal, en reposo: 97%.

Saturación de oxígeno en el primer min: 91%.

BORG final: 9 (se detuvo en el minuto 2 por dicho grado de disnea).

La TAC de tórax mostró múltiples adenomegalias con calcificación en cáscara de huevo en espacio retro-cavo-pre-traqueal, lateroaórticas, hiliares y subcarinales, opacidades nodulares múltiples de contornos bien definidos con predominancia en lóbulos superiores. Asimismo presenta placas pleurales bilaterales, algunas calcificadas, atenuación de la interfase y bronquiectasias.

Indicamos al paciente a retirarse de la exposición, rehabilitación respiratoria y plan de inmunización.



Conclusiones: el principal interés de esta presentación radica en la demostración de una patología infrecuente y subdiagnosticada: neumoconiosis mixta. En este caso por exposición a sílice y asbesto. Nuevamente se resalta la importancia de la historia laboral para la identificación de fuentes de riesgo, permitiendo la interpretación de las imágenes patológicas de tórax y la evaluación pronóstica de la evolución y el desarrollo

de esta rara entidad.

PP 224- PODEROSAS RECOMPENSAS: TABAQUISMO/OBESIDAD

Martín V, Bavasso EC, Piedrabuena AK, Barragán P, Fernández Acquier M, Zec Baskarad M, Coelho Tenazinha R, Jara C, Ramirez E, Jara D, Leguizamón S Hospital Nacional Baldomero Sommer, Argentina.

Introducción: los fumadores, en promedio, tienen un índice de masa corporal (IMC) menor que los no fumadores, pero los grandes tabaquistas tienden a tener un mayor peso corporal que los tabaquistas leves o los no tabaquistas. La supresión del apetito por la nicotina y los efectos del metabolismo más acelerado pueden explicar la primera observación, y la conclusión de un estudio reciente de que variantes genéticas que influyen el IMC también promueven el aumento del consumo de nicotina y, además la agrupación de conductas de riesgo, pueden explicar la segunda.

Objetivos: evaluar el IMC de una población de fumadores y comparar el número de cigarrillos/día fumados por los pacientes obesos y con sobrepeso, con los de bajo y normopeso.

Material y Métodos: se revisaron las historias clínicas de 150 pacientes asistidos en el Consultorio de Cesación tabáquica desde enero de 2014 a enero de 2015, se identificaron los pacientes con sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$), se registraron de esta población el sexo, la edad, el número de cigarrillos/día, los paquetes/año, el grado de dependencia (test de Fagerström - TF) y el grado de motivación (escala analógica-visual - TM) y se comparó el número de cigarrillos/día con el subgrupo de bajo y normopeso ($IMC < 25$).

Resultados: del total de 150 historias clínicas evaluadas, 90 pacientes cumplieron con el criterio de $IMC \geq 25$ y respondieron a las siguientes características: 51 varones (56,6%), media de edad de $51,5 \pm 10,4$, $IMC 30,3 \pm 4,5$, número de cigarrillos/día $27,1 \pm 12,3$, paquetes/año $46,0 \pm 25,0$, TF $6,2 \pm 1,8$ y TM $7,3 \pm 1,9$. El grupo con bajo y normopeso fue de 60 pacientes (IMC de $22,1 \pm 1,9$) y el número de cigarrillos/día en este grupo fue de $22,1 \pm 14,6$, mientras, como se citó arriba, en el grupo con sobrepeso y obesidad fue de $27,1 \pm 12,3$ ($p=0,002$).

Conclusiones: el resultado encontrado es similar a lo descrito en la literatura y presenta importante relevancia dadas las consecuencias para la salud de la coexistencia de ambas enfermedades prevenibles, y debe alertarnos a los especialistas en cesación tabáquica y estimularlos a estudiar si este grupo de fumadores con sobrepeso y obesos presentan características distintivas, que puedan tener implicancias en un tratamiento dirigido para la cesación tabáquica en esta población particular.

PP 022- TABAQUISMO EN EL PERSONAL DE SALUD EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. RESULTADOS PRELIMINARES

Di Loretto M, Barrios C, Burgos S, Medin M, Wagner G, Cánova J
Fundación Favalaro, Argentina.

Introducción: la problemática de la adicción al tabaco en el personal de salud ha sido objeto de análisis por la OMS. Según la última Encuesta nacional de factores de riesgo (ENFR) que forma parte del Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles (ENT) y del Sistema integrado de encuestas a hogares (SIEH) realizada en nuestro país entre octubre y diciembre de 2013, el consumo de tabaco fue del 25,1% (24,2%-26,2%).

Objetivos: medir la prevalencia del consumo de tabaco en el personal de salud y administrativo de una institución de tercer nivel de atención y cuantificar la concentración de monóxido de carbono en aire espirado (COe) entre noviembre de 2013 y marzo 2014.

Material y Métodos: se recolectaron datos de 237 encuestas autoadministradas, a cargo de enfermeros de diversas áreas entrenados previamente en tabaquismo, y se midió COe a todo el personal de la institución. Además, se les brindó información y asesoramiento a quienes lo solicitaron sobre programas para dejar de fumar (consejo breve).

Resultados: de las 237 encuestas, 136 correspondían a mujeres (57%) y 101 a hombres (43%), con una edad promedio de 36,51 años y un rango de 22 a 65 años; 114 (48%) eran enfermeros, 59 (25%) médicos, 42 (18%) administrativos y 22 (9%) otros; 68 (29%) eran fumadores activos, 151 (63%) no fumadores y 18 (8%) no respondieron; 31 fumadores (46%) arrojaron un COe > 6 ppm, con una máxima 20 ppm. La relación de los fumadores con factores de riesgo cardiovasculares fue: dislipemia 42 (62%); hipertensión arterial 20 (29%) y diabetes 2 (3%). Con respecto a la actividad física, 49 (72%) de los fumadores desarrollaban caminatas.

Conclusión: la prevalencia de fumadores activos en la institución fue del 29%, mayor a la publicada por la ENFR 2013. Asimismo, un 72% de los fumadores realizaban actividad física y el 62% presentaban niveles aumentados de colesterol. En nuestro rol de enfermeros, como educadores, se presenta el desafío de concientizar a colegas y personal de salud, por lo que es necesario continuar trabajando en forma conjunta con un equipo multidisciplinario para disminuir aún más la prevalencia.

PP 086- ENCUESTA SOBRE LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN POBLACIÓN ADULTA

Estevan RI, Medin MI, Resguardo A, Martínez D, Alves L, Capone L, Viña JL, Palma I, Natiello M, Lagrutta L, Inwentarz S, Gonzalez Montaner P
Instituto de Tisiología "Profesor Dr. Raúl Vaccarezza" Facultad de Medicina. UBA, Argentina.

Introducción: el tabaco es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En Argentina la prevalencia actual, según la última encuesta de factores de riesgo del Ministerio de Salud del año 2013 era del 25,1%. Es importante cuantificar la población con hábito tabáquico e identificarla para delinear futuras intervenciones para erradicar esta pandemia.

Objetivos: cuantificar el número de personas adultas con hábito tabáquico que concurren en forma espontánea a una exposición abierta a la población.

Material y Métodos: se realizó una encuesta aleatoria de corte transversal a una población adulta que concurre a una exposición durante mayo del 2015. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, medición de monóxido de carbono (CO), volumen espiratorio forzado durante el primer segundo (VEF1) y su porcentaje del teórico, condición de fumador, exposición al humo ambiental del tabaco ya sea laboral o ámbito familiar. A cada individuo al contestar la encuesta, se le realizó una intervención breve.

Población y muestra: se encuestaron y evaluaron 66 adultos, de los cuales 37 eran mujeres (56%) y 29 hombres (44%); el promedio etario fue de 32 años con un rango de 17 a 76 años. **Resultados:** de la muestra evaluada, eran fumadores activos, 29 (44%), exfumadores, 7 (11%) y no fumadores, 30 (45%). El promedio del monóxido de carbono en fumadores fue de 12 ppm, en no fumadores 5 ppm. El promedio de FEV1 fue 3,02 L/m con un rango entre 4,1 y 1,48. El promedio de edad pulmonar de los fumadores activos y exfumadores fue de 63 años, mientras que en los no fumadores es de 52. En los 36 pacientes que alguna vez fumaron, el promedio de edad de inicio fue a los 16 años, con un promedio de 17 paquetes al año, de los cuales habían realizado un intento de cesación 26 de ellos (40%). El 72% de los encuestados se reportó como fumador pasivo; el 64% se hallaba expuesto en el hogar. 25 pacientes presentaron comorbilidades, siendo la más frecuente el EPOC (9%) y en menor frecuencia hipercolesterolemia, asma y ulcera.

Conclusiones: las encuestas son una herramienta útil para obtener un panorama de la situación. Los resultados nos permiten así dimensionar el problema y delinear estrategias antitabáquicas. Las encuestas nos permiten una excelente oportunidad para hacer una intervención breve.

PP 131- RELACIÓN ENTRE MODELO DE PERSONALIDAD Y TABAQUISMO

Gatica D^{1,2}, Lisanti R^{1,2,3}, Abal J¹, Lisanti G², Di Giorgi L¹, Delaballe E¹, Grañana M¹, Gonzalez L¹

¹ Hospital Del Carmen, Argentina. ² Instituto de Investigaciones Respiratorias, Argentina. ³ Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

Objetivo: identificar qué grado de relación existe entre los distintos modelos de personalidad y la condición tabáquica.

Material y Método: se realizó una encuesta a personas que concurren al Hospital del Carmen, Programa de crónicos OSEP e Instituto de Investigaciones Respiratorias, dentro de los proyectos de Investigación de la Universidad Nacional de Cuyo, provincia de Mendoza. Criterio de inclusión: adulto mayor de 18 años, ambos sexos, pacientes o acompañantes. Se realizaron preguntas para determinar su condición tabáquica y una

encuesta multifactorial, formulario EPQ-R, para determinar el tipo de personalidad de Eysenck.

Resultados: se encuestaron 220 personas, completaron correctamente la encuesta 205; mujeres: 125 (61%), hombres: 80 (39%); edad media 49 años (19-77 años). Condición de tabaquismo: nunca fumó (NF): 76 (37%), fumador actual (FA): 69 (39%) y exfumador (EF): 60 personas (29,3%). Tipo de personalidad: fleumático: 59%, melancólico: 23,9%, melancólico/fleumático: 10,7%, colérico: 3,4%, sanguíneo: 2,9%. Escala de psicotismo: grado alto: 57,1%, neurotismo: promedio: 63,9%, extroversión: grado bajo: 69,8%, grado de mentira: dentro del promedio: 68,8%. Al analizar la condición tabáquica con el tipo de personalidad, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0,21$). Analizando la condición tabáquica y el grado de psicotismo, no se observó una relación significativa $p=0,135$ al igual que en extroversión $p=0,62$. Al evaluar la condición tabáquica en forma individual con neurotismo, encontramos diferencias estadísticamente significativas $p=0,04$. Pero si unimos FA+EF, no encontramos tal asociación: $p=0,062$.

Conclusiones: el sistema de personalidad de Eysenck trata de identificar las unidades básicas de la personalidad mediante el análisis factorial. No es solo un modelo descriptivo sino que pretende ser un modelo explicativo causal de la personalidad. La persona con características de neurotismo es sinónimo de inestabilidad emocional, propensa a preocupaciones y ansiedades, fácilmente perturbables. En nuestro estudio observamos una diferencia estadística en la condición tabáquica y neurotismo. La personalidad constituye un elemento importante en las adicciones existiendo asociaciones. Saber qué modelo de personalidad presenta nuestra población nos permitirá desarrollar programas de prevención más focalizados a grupos de riesgo y en cesación, por ejemplo, optimizar terapias cognitivo-conductuales que hasta el momento las guías no contemplan.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 13: ONCOLOGÍA

PP 134- SÍNDROME DE LÓBULO MEDIO POR TUMOR CARCINOIDE

Grassi F, Di Tullio F, Borsini E, Salvado A, Decima T, Chertcoff F
Hospital Británico, Argentina.

Introducción: los tumores carcinoides de pulmón representan el 25% de los tumores carcinoides, y el 1-2% de las neoplasias pulmonares. En general estos no se asocian al consumo de tabaco y la edad media de aparición se encuentra alrededor de 46 años. Estos tumores carcinoides se clasifican en típicos y atípicos. Los típicos son de crecimiento lento y por su localización central pueden manifestarse con hemoptisis, sibilancias o neumonías a repetición. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Descripción del caso: paciente femenina de 38 años de edad, sin antecedentes de tabaquismo, con diagnóstico de bronquiectasias en el año 2005. Cirugía estética de implantes mamarios. Se encuentra en seguimiento por el servicio de neumonología por síndrome de lóbulo medio. Refiere entre 2 a 4 episodios de infecciones respiratorias bajas por año y no presenta disnea habitual. Refiere presentar durante la infancia múltiples neumonías de las cuales algunas requirieron internaciones.

Se realizaron estudios para filiar bronquiectasias: serologías para HIV negativas, análisis de 29 mutaciones para fibrosis quísticas negativas, perfil inmunológico negativo, alfa 1 antitripsina 138 mg/dl (VN 50-200). Proteinograma electroforético normal. Estudio de esputos seriados sin aislamiento de micobacterias ni micosis profundas. Examen funcional respiratorio dentro de los valores de referencia sin respuesta a broncodilatadores.

Durante un episodio de exacerbación se realiza fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar negativo para células neoplásicas y con aislamiento en cultivo de nocardia. Por dicho aislamiento realiza tratamiento antibiótico por 6 meses con trimetoprima sulfametoxazol y claritromicina, con buena tolerancia y sin nuevos episodios de reagudización.

Por diagnóstico de bronquiectasias localizadas se realiza lobectomía de lóbulo medio, siendo este procedimiento bien tolerado.

La paciente presenta nuevamente aislamiento de nocardia de la muestra remitida a bacteriología y además se realiza el diagnóstico de tumor carcinoide típico en la pieza enviada a anatomía patológica.

Conclusión: se ha descrito en la literatura que los tumores carcinoides típicos aparecen en pacientes de edades más tempranas que el resto de los tumores primarios de pulmón. Reportamos este caso debido a que la presencia del tumor carcinoide fue un hallazgo inesperado durante el acto quirúrgico. De este modo, la cirugía resultó terapéutica para la paciente. Estos tumores son de crecimiento lento, mostrando una sobrevida mayor al 90% a los 5 años; sin embargo por ser un tumor maligno el tratamiento es mandatorio.

PP 054- SÍNDROME SARCOIDOSIS - LINFOMA

Perrone VE, Abrate VV, Blua AE, Elias MA, Cuestas EI, Olmos ME, López AM
Hospital Privado, Argentina.

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de etiología desconocida, que puede asociarse con tumores linfoproliferativos como linfomas, denominándose síndrome sarcoidosis-linfoma, descrito inicialmente por Brincker H. en 1986. El linfoma puede desarrollarse años después del diagnóstico de sarcoidosis; puede precederla o coexistir como un síndrome paraneoplásico. La sarcoidosis crónica activa, en personas de edad media, se asocia a mayor incidencia de enfermedades linfoproliferativas y la mitad se trata de linfoma de bajo grado de localización pulmonar.

Caso: mujer, 69 años, con antecedentes de asma, hipotiroidismo, dislipemia, obesidad y sarcoidosis (diagnosticada por mediatinoscopia hace 8 años) con múltiples recaídas y tratamiento con esteroides.

TACAR (3 años previos): extensas consolidaciones (conglomerados) sólidos perihiliares. Múltiples nodulillos en intersticio lobulillar, peribroncovascular y en las cisuras a predominio de campos superiores y medios. Múltiples adenopatías mediastínicas e hiliares calcificadas. Adenopatía axilar derecha de (54 x 24 x 37 mm) de diámetro. Espirometría: obstrucción leve, sin cambios post BD. DLCO: 73%.

Hace 11 meses, prurito axilar derecho, adenopatía a ese nivel, de consistencia indurada y adherida a planos profundos, sin síntomas B. TACAR: progresión de adenopatía axilar (98 x 53 x 62 mm), con nuevas adenopatías adyacentes, subdiafragmáticas, inguinales izquierdas y en cadena ilíaca homolateral. Progresión de nodulillos y conglomerados parahiliares y pulmonares. Biopsia de adenopatía axilar derecha. AP: linfoma folicular grado III B. Realiza tratamiento con rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina y esteroides por 6 ciclos con buena respuesta clínica y tomográfica. TACAR: disminución en volumen y extensión de conglomerado parahiliar bilateral, y masa axilar derecha (62 x 18 mm). Desaparecen adenopatías inguinales.

Conclusión: destacar la importancia de sospechar un proceso linfoproliferativo en presencia de múltiples adenopatías a pesar de un diagnóstico confirmado de sarcoidosis por su asociación con tumores linfoproliferativos.

PP 106- CARCINOMA SARCOMATOIDE PLEOMÓRFICO CON PRESENTACIÓN MEDIASTINAL. REPORTE DE UN CASO

Guevara RM¹, Veltriano ME¹, Lucchelli JM¹, Lombardi DM¹, Fernández HM², Grynblat P¹, Galíndez F¹, Rayá M¹, Guman G¹, Reginatto A¹

¹ Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina. ² Hospital J.R. Vidal. Corrientes, Argentina.

Introducción: el carcinoma sarcomatoide pleomórfico (CSP) es una neoplasia maligna, con diferenciación epitelial y mesenquimatosa, poco frecuente, que puede localizarse en pulmón, mama, aparato genitourinario e intestinal y de localización extremadamente rara en el mediastino, por lo que existen pocos casos descriptos.

Se presenta un paciente de sexo masculino de 46 años, tabaquista activo, que consulta por disnea progresiva, tos con expectoración hemoptoica y síntomas constitucionales. En la tomografía de tórax se observa una masa mediastinal heterogénea paratraqueal derecha con expresión endobronquial

homolateral. Por medio de fibrobroncoscopia se realizó biopsia directa de la masa, cuyo informe anatomopatológico fue de CSP. Caso clínico: paciente de 46 años de edad, sexo masculino, tabaquista activo de 36 paq./año, quien consulta a la guardia médica del Hospital María Ferrer por síntomas de 1 mes de evolución que se iniciaron como cuadro de vías aéreas superiores, que evolucionaron posteriormente con edema en esclavina, por lo que recibió corticoides sistémicos con leve mejoría. Días previos a su internación presentaba disnea progresiva hasta clase funcional IV asociada a tos con expectoración hemoptoica, equivalentes febriles y pérdida de peso de aproximadamente 5 kg en el último mes.

En tomografía de tórax con contraste endovenoso se observó una masa en mediastino medio heterogénea paratraqueal derecha de aproximadamente 30 mm de diámetro con compresión del bronquio fuente derecho que desvía la tráquea hacia la izquierda en ventana mediastínica. En ventana pulmonar se observan áreas de enfisema paraseptal bilateral con predominio en lóbulos superiores, patrón en vidrio esmerilado y pérdida de volumen del mismo en hemitórax izquierdo. En la fibrobroncoscopia se observó una masa en tráquea distal que ocluía casi totalmente el bronquio fuente derecho con mucosa de aspecto irregular, vascularizada donde se toman 3 muestras de biopsia directa. De dicha muestra se recibe informe anatomopatológico de CSP con inmunohistoquímica AE1/AE3 (+) vimentina (+), TTF-1 (+) (débil y focal), cromogranina (-), sinaptosina (-), ACL (-), S100 (-), citoqueratina 5/6 (-), CD30 (-) y HCG (-).

Evoluciona con distrés respiratorio agudo requiriendo asistencia ventilatoria mecánica, interpretándose como emergencia oncológica e iniciando quimioterapia con etopósido y cisplatino, con mejoría parcial en las primeras 48 horas. Luego cursa con neutropenia febril y shock séptico a foco respiratorio con evolución desfavorable y fallece.

Conclusión: el carcinoma sarcomatoide mediastinal es de presentación rara, existiendo pocos casos reportados en la literatura. El diagnóstico se puede sospechar con muestras pequeñas, pero el diagnóstico definitivo solo es posible con la resección completa del tumor, debido a su heterogeneidad y a su pleomorfismo histológico.

Se presentan generalmente en adultos mayores, con una media de edad de 60-70 años, predominantemente varones y fumadores. Presentan mal pronóstico, con una supervivencia media de 9-12 meses en los pacientes con resección completa y una supervivencia a los 5 años de aproximadamente el 20%. El tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia) depende de factores como el estadio y tamaño del tumor, la sintomatología y el estado general de salud. Existen pocos estudios acerca de las características moleculares de los carcinomas sarcomatoides, aunque se ha reportado la presencia de los genes EGFR y KRAS. Actualmente existen varios estudios que tienen como objetivo administrar terapias dirigidas sin reportarse efectividad de las mismas.

PP 273- PATRÓN MILIAR NO TUBERCULOSO

Karlen H¹, Guillen J¹, Difilippo H¹, Medinacelli E¹, Itcovici N¹, Lamot S¹, Defranchi H¹, Quadrelli S¹

¹ Sanatorio Güemes, Argentina. ² Sanatorio de la Trinidad Palermo, Argentina.

Introducción: el diagnóstico diferencial del patrón miliar en la radiografía de tórax (RxT) incluye tuberculosis (TB), micosis, neumoconiosis, sarcoidosis y neoplasias primarias y secundarias, entre otras. En nuestro medio, la TB es la causa más frecuente. La presentación de la neoplasia de células no pequeñas con patrón micronodulillar difuso y randomizado es infrecuente. A su vez se la asocia al subtipo adenocarcinoma (ADC) y a la mutación EGFR, lo cual mejora el pronóstico, debido al tratamiento dirigido.

Casos clínicos: N.º 1: paciente masculino de 51 años, no tabaquista, sin antecedentes relevantes. Refiere tos de 1 mes de evolución con escasa expectoración mucosa. Cumplió múltiples tratamientos antibióticos, sin mejoría. Las muestras de esputo fueron negativas para gérmenes comunes y BAAR. Se realiza RxTx que evidencia imágenes micronodulillares bilaterales. En la TC de alta resolución de tórax (TCAR) presenta nódulo

en lingula de ubicación central (27 x 22 mm), de bordes espiculados y múltiples nodulillos de 4 a 8 mm de distribución miliar. Tanto el centellograma óseo, como la RMN muestran 2 lesiones (5to arco costal izquierdo y 12da vértebra lumbar) compatibles con metástasis. Se realiza fibrobroncoscopia (FBC) con toma de lavado bronquial (BAL) y biopsia transbronquial (BTB). La anatomía patológica (AP) informa ADC de pulmón con áreas de linfangitis carcinomatosa. La mutación EGFR es positiva para el exón 19. Inicia tratamiento con inhibidor de tirosin-kinasa. N.º 2: paciente masculino de 75 años, empleado gastronómico, consulta por cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal, astenia, hiporexia, pérdida de peso asociado a diaforesis nocturna. Sin antecedentes similares. Extabaquista de 120 p/a. Se realiza RxTx que muestra patrón miliar diseminado y escaso derrame pleural bilateral, confirmado en la TCAR de tórax, abdomen y pelvis, donde además se destacan nódulo espiculado en LSI, adenomegalias mediastinales y retroperitoneales. Muestras de esputo y biopsias ganglionares negativas para BAAR; se realiza FBC con toma de BAL y BTB, que arrojan igual resultado. La citometría de flujo de sangre periférica informa patrón compatible con leucemia linfática crónica, por lo cual se realiza punción-aspiración de médula ósea (PAMO) para evaluación del tratamiento. El examen físico-químico del líquido pleural mostró un exudado no complicado. La AP e inmunomarcación (TTF-1, vimentina, keratina 7 y 18) de la BTB es positiva para ADC de pulmón, en tanto que las muestras ganglionares, BAL, PAMO y pleurocentesis demostraron metástasis. No se realizó análisis de mutaciones por muestra insuficiente.

Conclusión: el ADC es el tumor que se presenta con mayor frecuencia con metástasis múltiples. Existe evidencia de mayor asociación de presentación de adenocarcinoma de patrón miliar en pacientes con mutación positiva para EGFR, como en el caso núm. 1. En el caso núm. 2 el análisis de mutaciones no pudo realizarse, pero sí se describe mayor asociación a segundos tumores en los pacientes con LLC, siendo el pulmón el cuarto en frecuencia. Destacamos en el diagnóstico diferencial de imágenes con patrón miliar la presentación en ambos casos de ADC de pulmón, en un medio con alta prevalencia de TB.

PP 129- ADENOCARCINOMA FETAL

Fernández C, Cocce D, González C, Calegari E, Estrada M
Hospital Fernández, Argentina.

Introducción: reporte de caso a propósito de subtipo de adenocarcinoma de muy baja frecuencia y buen pronóstico, compuesto por glándulas y túbulos de tipo fetal.

Caso clínico: paciente de 23 años, extabaquista de 5 p/a, sin otro antecedente de relevancia; consulta en consultorio de neumonología por cuadro de tos y episodios aislados de expectoración hemoptoica de dos meses de evolución. Serología para HIV negativa.

Se realiza radiografía de tórax que evidencia imagen radioopaca en campo superior y medio derecho. Debido a dicho hallazgo, se solicita tomografía de tórax que muestra imagen confluyente hipodensa que crece desde el hilio derecho, asociada a componente atelectásico con pérdida de la totalidad del volumen de lóbulo superior derecho que compromete y obstruye el bronquio correspondiente; adenopatía retrocavopetraqueal de 10 mm. Se programa fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar y biopsia transbronquial con resultado de cultivo, citología y anatomía patológica negativa; por lo que se realiza punción guiada bajo visión tomográfica, cuyo resultado fue positivo para células neoplásicas; con informe verbal por patólogo de adenocarcinoma fetal, sugiriendo realizar toma de biopsia quirúrgica para certificar el mismo.

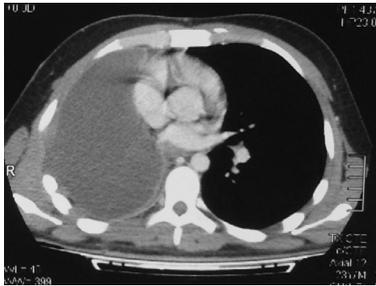
Se estadifica con centellograma óseo corporal total sin lesiones hipercaptantes sugestivas de secundarismo.

Se programa cirugía para toma de muestra con informe intraoperatorio de adenocarcinoma fetal, por lo que se procede a realizar neumonectomía derecha con exploración ganglionar. Informe final de anatomía patológica de pieza quirúrgica: adenocarcinoma fetal, con invasión de pleura visceral y bronquio superior derecho. Ausencia de metástasis ganglionares. Margen de resección libre de lesión. Inmunohistoquímica: ck ae1ae (+);

ttf 1 (+); ck 7 (+ focal); ema (+ en microluces); vimentina, sinaptofisina, cromogranina, enolasa, afp, cd30, ck20 negativo. Por la extensión tumoral se indican 4 ciclos de quimioterapia postoperatoria; realizó 2 ciclos de vironelbina y cisplatino y 2 ciclos de vironelbina y carboplatino (por intolerancia a cisplatino). Tiempo de seguimiento hasta la actualidad de dos años con controles tomográficos periódicos libres de enfermedad.

Conclusión: el adenocarcinoma fetal bien diferenciado es un tumor de muy baja incidencia, considerado una variante del adenocarcinoma. Presenta mayor frecuencia en adultos jóvenes, sexo femenino, siendo un hallazgo en la radiografía. La característica histológica es la presencia de túbulos revestidos

por epitelio cúbico no ciliado y vacuolas citoplasmáticas ricas en glucógeno, que recuerdan el desarrollo de los túbulos bronquiales fetales entre las semanas 10 y 16 de gestación. El tratamiento principal es la resección quirúrgica. Tasa de supervivencia postquirúrgica del 80% a los 5 años.



PP 174- HEMORRAGIA ALVEOLAR POR EMBOLIAS TUMORALES DE ANGIOSARCOMA RENAL: REPORTE DE UN CASO

Costabel JE, Benito HJ, Maritano Furcada J, Paulin P, Prezerutti JA
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: las embolias tumorales son una patología de difícil diagnóstico antemortem. Las causas más frecuentes son tumores renales, hepatocarcinoma y cáncer de mama. El angiosarcoma es una causa infrecuente del mismo. Las embolias tumorales suelen presentarse con disnea o, en casos avanzados con cor pulmonale. El desarrollo de hemorragia alveolar como consecuencia del mismo es una forma atípica de presentación del cuadro.

Caso: un paciente masculino de 54 años de edad con antecedentes de DBT 2, obesidad, SAHOS, exTBQ 30 paq./año consultó por un cuadro de disnea, astenia y pérdida de peso de 6 meses de evolución que progresó en 10 días disnea clase funcional 3 y hemoptisis. Un laboratorio de ingreso demostró una caída de 10 puntos del hematocrito (36%) con respecto a valores previos (1 año antes).

Se realizó radiografía de tórax, observándose opacidades parcheadas a predominio de campos medios. Una TC de tórax demostró múltiples nódulos bilaterales, algunos con vaso aferente y vidrio esmerilado a veces conformando estructuras con signo del halo alternando con patrón en crazy paving. Estudios de laboratorio: HIV, HBV, FAN, Látex, ANCA negativos, sin consumo de factores de la coagulación. Una TC abdominopelvíana demostró una imagen compatible con tumor a nivel del riñón izquierdo sin poder lograrse mayor caracterización. Se realizó una DLCO que resultó aumentada en un 170% (58,95 ml/min/mmHg).

Dado que el paciente continuó presentando disminución en sus valores de hematocrito, se realizó un lavado broncoalveolar con biopsia transbronquial que demostró macroscópicamente características hemáticas. El mismo fue negativo para gérmenes comunes, TBC y hongos; con una anatomía patológica que confirmó la condición hemorrágica del líquido sin ser específico etiológicamente.

El paciente persistió sintomático a pesar de un pulso de metilprednisolona, por lo que se realizó una biopsia pulmonar por VATS.

El estudio demostró acúmulos multinodulares de células tumorales a nivel de los vasos pulmonares, compatibles con embolias tumorales. En un segundo tiempo pudo orientarse por marcación inmunohistoquímica hacia el diagnóstico de angiosarcoma.

El paciente comenzó tratamiento quimioterápico. Se observó mejoría de la clínica y DLCO luego de dos ciclos del mismo.

Discusión: las embolias tumorales son una causa infrecuente de hemorragia alveolar, debiendo considerarse este diagnóstico en pacientes con cuadros compatibles. En los casos en que sea viable, debe realizarse un enfoque agresivo hacia el diagnóstico para ofrecer la terapéutica más efectiva posible y el pronóstico más preciso.

PP 056- ASOCIACIÓN ENTRE ESCLEROSIS SISTÉMICA Y CÁNCER DE PULMÓN

Abrate VV, Elias ME, Cuestas EI, Perrone VE, Olmos ME, Blua AE, López AM
Hospital Privado Centro Médico Córdoba, Argentina.

La esclerosis sistémica (SSc) se ha asociado a neoplasias, más frecuentemente a cáncer de pulmón (hasta en 4,2%), especialmente adenocarcinoma, seguido de neoplasias de mama, hígado y hematológico.

La prevalencia de cáncer de pulmón es mayor en: varones, jóvenes al momento del diagnóstico, con enfermedad de larga data, con anticuerpo anti -Scl70, tratamiento con ciclofosfamida, FVC <75% y fibrosis pulmonar; el pronóstico es ominoso. Los mecanismos que asocian a la SSc y malignidad son desconocidos, pero se han sugerido alteraciones de la respuesta inmune, factores genéticos, ambientales y tratamientos inmunosupresores citotóxicos.

Presentamos una paciente con cáncer de pulmón a los 6 años del diagnóstico de SSc.

Caso: mujer de 54 años, no tabaquista, diagnóstico de SSc 6 años antes, con compromiso pulmonar intersticial (NSIP), esofágico y síndrome de Raynaud. Laboratorio: Ac anti- Scl 70 positivo y ANA positivo 1/320 con patrón moteado. Recibió tratamiento con ciclofosfamida durante 1 año, pero por presentar aumento de su disnea habitual (clase funcional II- III), se rotó a micofenolato mofetil 1500 mg/día, ciclosporina 100 mg/día y esteroides, durante los 5 años posteriores. Tenía un episodio de exacerbación anual de la enfermedad intersticial que requería aumentar la dosis esteroides y producía un deterioro progresivo de su función pulmonar. Espirometría: restricción moderada (FVC 52%) - DLCO 36% - DLCO/VA 72%. Ecocardiograma PAPs 25 mmHg

Presentó hemoptisis y disnea CF III-IV, al examen SatHb 91% (aire ambiente) y crepitantes bibasales. HRCT: severa distorsión del patrón intersticial bibasal, sin panalización y vidrio esmerilado en parches en campo medio e inferior de pulmón izquierdo. Masa en LSI de bordes irregulares, heterogénea, con áreas consolidativas. Importante dilatación esofágica. Le indicaron levofloxacina 500 mg, pero al persistir la imagen se realizó punción aspirativa biopsica (PAB). AP: adenocarcinoma de pulmón (TTF1 -/- NAPSINA +/-). Comienza con insuficiencia respiratoria hipoxémica que requirió ARM. Fallece al mes del diagnóstico del cáncer de pulmón.

Comentario: queremos destacar, en pacientes con SSc, la importancia de la sospecha diagnóstica de cáncer de pulmón cuando: - coexiste con hallazgos de fibrosis pulmonar, Ac anti-Scl70 y una CVF <75% del teórico.

- aparece un infiltrado, masa o nódulo pulmonar, aún sin antecedentes de tabaquismo.

PP 082- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y DE ESTADIFICACIÓN INICIAL DEL CÁNCER DE PULMÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Sussini MM, Sussini MA, Cuper LS, Cardozo RP, Aquino AA, Palma G, Sarli D, Castillo Odena S

Hospital Escuela José Francisco de San Martín, Argentina.

Introducción: el cáncer de pulmón (CP) es la causa más común de muerte por cáncer en todo el mundo. En Argentina, en el año 2012, tuvo una incidencia estimada anual en ambos sexos del 9,8%. A pesar de los avances en el tratamiento, la supervivencia global a 5 años es de aproximadamente el 15%.

Objetivos: describir las características epidemiológicas, clínicas y de estadificación inicial en pacientes con CP en un hospital universitario, comparándolos con bibliografía nacional e internacional, con la finalidad de instruir con medidas de prevención y diagnóstico precoz al personal de salud destinado a la atención de estos pacientes.

Material y Métodos: trabajo descriptivo, observacional, que se llevó a cabo en un hospital universitario, entre junio de 2014 y junio de 2015, incluyendo pacientes mayores de 18 años, ambos sexos, que consultaron al servicio de clínica médica, neumonología y cirugía, realizándose diagnóstico y estadificación de CP registrándose las siguientes variables: edad, sexo, hábito tabáquico, motivo de consulta, tiempo de evolución de los síntomas, tipo histológico y estadificación al momento del diagnóstico. Se utilizaron protocolos de guías nacionales e internacionales para diagnóstico y estadificación (mediastinoscopia, TAC de abdomen y pelvis, RNM de cerebro y centellografía ósea corporal total). **Resultados:** se incluyeron 57 pacientes, edad promedio de 59 años. El 63% masculino y 37% femenino. El 80% tenían antecedentes de tabaquismo. El 95% eran sintomáticos y el 40% refería como motivo de consulta más frecuente disnea, dolor torácico, hemoptisis y tos seca. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al momento de la consulta fue de 120 días en promedio. La estirpe histológica que predominó fue el adenocarcinoma, con el 65% del total, seguido del carcinoma escamoso con el 23%, células pequeñas 7%, y carcinoma de células grandes y carcinoide con el 4% y 1%, respectivamente. Al momento del diagnóstico, el 55% presentaba estadio IV, el 21% estadio IIIB, 11% estadio IIB, 7% estadio IIIA, 5% y 1% estadios IB y IA, respectivamente. El 47% presentaba metástasis al momento del diagnóstico. Siendo la localización más frecuente el tejido óseo en el 44% de los casos.

Conclusiones: el CP continúa siendo más frecuente en hombres con una edad promedio de presentación de 60 años, coincidiendo con nuestro trabajo.

El principal factor de riesgo es el tabaquismo, encontrándose el mismo en el 80% de los pacientes, lo que refleja esta asociación y la necesidad de implementar mayores medidas para desconstruir el hábito y concientizar a la población.

El 80% al 90% de los pacientes presentan síntomas al momento del diagnóstico, siendo los síntomas principales la tos, disnea, toracodinia y hemoptisis, como en nuestros pacientes. Desde la aparición de los síntomas y la primera consulta existe una demora que varía entre los 45 días a 2 años. En nuestro trabajo, el promedio fue de 120 días, con una mínima de 15 días que se presentó en el caso de compromiso de SNC por metástasis, lo podría estar relacionado a la gravedad de los mismos.

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma, seguido del carcinoma epidermoide, coincidente con nuestra población. Solamente el 15% son diagnósticos en estadios tempranos, existiendo una preocupación creciente en lograr un diagnóstico precoz, como en los casos analizados.

El 50% de nuestros pacientes presentaban metástasis al momento del diagnóstico, siendo la localización ósea la más frecuente, seguido del SNC y suprarrenal, coincidiendo con la bibliografía.

Los resultados de los datos analizados en nuestro trabajo coinciden con la bibliografía nacional e internacional, presentando una estadística preocupante del tabaquismo como principal factor de riesgo para desarrollar CP, y el diagnóstico en estadios avanzados, sin poder aún mejorar la sobrevida de estos pacientes. Actualmente estamos sujetos al cambio del pronóstico con la implementación de métodos de screening como la TACAR de bajo voltaje, limitados como muchos hospitales públicos por la escasez de recursos. Además, el tiempo prolongado desde el inicio de los síntomas al momento de la consulta es un factor a modificar, tratando de concientizar a la población de riesgo sobre la consulta precoz (tabaquistas o extabaquistas), y por otro lado, a los trabajadores de salud a implementar intervención en tabaquismo y detección de síntomas y signos que sugieran enfermedad en estadios iniciales.

PP 215- NÓDULOS PULMONARES MÚLTIPLES EN PACIENTE TRASPLANTADO DE ÓRGANO SÓLIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tomaszuk G, Ahumada J, Cáneva J, Wagner G, Ossés J, Vargas M, Rodríguez T, Cundom J, Mazzucchi M, Yantorno S, Kniz C, Toledo E
Hospital Universitario Fundación Favaloro., Argentina.

Introducción: el trasplante de un órgano sólido (TOS) ha permitido la supervivencia de muchos pacientes con disfunción de

un órgano afectado por una enfermedad grave y/o terminal. Al menos el 75% de los pacientes inmunosuprimidos tienen compromiso pulmonar en algún momento, siendo las infecciones la causa más común de infiltrados pulmonares en este contexto; sin embargo, también se pueden presentar causas no infecciosas. **Caso clínico:** mujer de 37 años de edad, con antecedentes de colitis ulcerosa (2001), colangitis esclerosante primaria (2006) y colangitis litiasica coledociana, intervenida quirúrgicamente con colecistectomía laparoscópica (2012), con litiasis residual que requirió colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. A partir del 2012 presentó múltiples episodios de colangitis bacteriémica por *Klebsiella Oxytoca*; en 1 de ellos con sepsis severa, y, explorada quirúrgicamente, se decidió evaluación para trasplante hepático. En enero del 2013 se realizó trasplante hepático ortotópico, recibiendo triple esquema de inmunosupresión (tacrolimus, micofenolato y metilprednisona). Posterior al trasplante, se complicó con rechazo leve, por lo que se realizó infusión intravenosa de metilprednisona; padeció colitis crónica con diagnóstico, por VEDA, de enfermedad inflamatoria intestinal con moderada actividad, recibiendo tratamiento adicional con azatioprina. Acude al servicio de emergencias por presentar cuadro clínico de 72 h de evolución caracterizado por tos con expectoración mucosa asociado a odinofagia, rinorrea y osteomalgias generalizadas. Había recibido, previo a la consulta, tratamiento con amoxicilina-clavulánico sin presentar mejoría de la sintomatología decidiendo consultar a nuestra institución. A su ingreso se constataron roncus difusos bilaterales, SpO₂ 97% en aire ambiente. La radiografía de tórax mostraba radiopacidades reticulares en ambos campos pulmonares, por lo que se realizó posteriormente TACAR de tórax hallándose múltiples imágenes nodulares y nodulillares, algunas de ellas cavitadas. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado bronquioloalveolar (BAL) y biopsia transbronquial (BTB) constatándose carina fina y móvil, árbol bronquial permeable y presencia de escasas secreciones mucosas fluidas en ambos lóbulos inferiores a predominio del derecho. El BAL arrojó, directo y cultivos negativos para gérmenes comunes, micológico y Koch. BTB: adenocarcinoma mucinoso, con perfil morfológico e inmunohistoquímico para adenocarcinoma mucinoso con patrón lepidico (CK7, CK20, CK19 positivos en células neoplásicas). Testeo molecular (EGFR y ALK) negativos. **Conclusión:** si bien es conocido que las infecciones son la causa más común de infiltrados pulmonares, en pacientes con TOS se deben tener en cuenta otras causas de tipo no infecciosas como diagnóstico diferencial. En el caso expuesto se halló diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso, resaltándose dos aspectos: por un lado neoplasia primaria pulmonar como causa de infiltrados pulmonares en paciente inmunosuprimido y por otro lado la presentación topográfica atípica de dicha neoplasia.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 14: ENDOSCOPIA

PP 260- PRIMEROS PASOS DE FIBROBRONCOSCOPIA CON CONTROL DE SUFICIENCIA

Fabio S, Del Rio R, Naval N, Gianfrancisco V, Amaya R, Marquez O, González F, Fernández Gómez V, Moreno C, Carrizo M, Usandivaras M, Fuentes N, Esquiú M, Morgante S, Ortiz Mayor M, Magnoni M, Aybar I, Seane C, Gonzalez R
Hospital Ángel C. Padilla, Argentina.

Introducción: la fibrobroncoscopia es el método de elección diagnóstica en tumores centrales con sospecha de neoplasia. En nuestra experiencia, el tiempo transcurrido entre la toma de biopsia y el resultado anatómico-patológico es prolongado, entre 15 -20 días, con lo cual a la consulta tardía del paciente se agrega este factor que enlentece el diagnóstico.

Otro aspecto a considerar fue mejorar y optimizar la calidad de las muestras obtenidas por biopsias endoscópicas con el control de suficiencia.

Resultados: nuestra experiencia se llevó a cabo en el Servicio de Broncoscopia del Hospital Angel. C. Padilla en el período de febrero a julio de 2015.

Se trabajó en forma conjunta con el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital, quienes tuvieron a cargo el control

de suficiencia de las muestras endoscópicas obtenidas in situ. La descripción endoscópica fue realizada teniendo en cuenta la clasificación de las lesiones en infiltraciones y masas con grados de severidad de grado I a grado III.

Se estudiaron 14 pacientes entre 50 y 80 años, 10 varones, 4 mujeres, con lesiones centrales. El control de suficiencia dio positivo para células neoplásicas en 12 pacientes.

Los hallazgos endoscópicos de estos fueron: infiltraciones 8, de las cuales 6 (grado III), 1 (grado II), 1 (grado I) y masas 4, de las cuales 3 (grado III) y 1 (grado I).

Conclusiones: en nuestros primeros pasos de control de suficiencia de biopsias endoscópicas de tumores centrales se logró una gran rentabilidad diagnóstica.

Tenemos la convicción de que la toma de biopsias con control de suficiencia optimiza la calidad de las mismas y acorta los tiempos diagnósticos, con la importancia que ello implica.

PP 285- REPORTE DE CASO: PAPILOMATOSIS LARÍNGEA

Vazquez B, Violi D, Gando S, Ortiz Naretto A, Sansostera A, Briozzo A, Simkin P, Martínez G, Korsunsky M, Saab M, Branda A, Dure R
Hospital de Infecciosas "Dr. Francisco Javier Muñiz" Servicio de Endoscopia Peroral, Argentina.

Introducción: la papilomatosis laríngea es una enfermedad recidivante producida por el virus del papiloma humano (HPV), virus de la familia del papovavirus del que se han identificado más de 100 subtipos. La recurrencia es común porque el virus puede persistir en el tejido normal adyacente. Las vías de contagio son genitales, orales o contacto con elementos contaminados. Puede afectar faringe, laringe, cuerdas vocales y tráquea. Las lesiones se conocen como verrugas o papilomas. En laringe son potencialmente dañinas por el lugar anatómico que ocupan y por la posibilidad de transformación maligna

En vía aérea la progresión es lenta y genera síntomas progresivos de dificultad respiratoria, disfonía, estridor y tos crónica

El tratamiento sistémico incluye interferon alfa y terapias endobronquiales (cirugía, láser con CO₂) para extirpar las lesiones. Es controversial la realización de traqueostomía. Ninguno demuestra ser totalmente efectivo debido a la alta recidiva

Se presenta un caso en el que se realizó la exéresis endobronquial y se colocó una prótesis siliconada para el control de los síntomas.

Caso: paciente masculino de 64 años, antecedentes de promiscuidad, bajo nivel social, etilismo y tabaco. Consulta por tos crónica, disfonía, disnea y estridor en abril del 2014. Broncoscopia: múltiples papilomas polipoides en región subglóticas y cuerdas vocales, se realiza desbridamiento mecánico, bajo sedoanalgesia con broncoscopio rígido y guía de fibra óptica.

Biopsia: células escamosas con vacuola definida y núcleo hiperromático retraído compatible con HPV. Negativo para células neoplasias. Intercurre cada 3 meses con sintomatología similar, repitiéndose desbridamiento y biopsias con igual resultado.

Debido a la poca adherencia al tratamiento médico, se decide resección de papilomas y colocación de prótesis siliconada, en un principio traqueal y luego subglótica sobre cuerdas vocales por progresión de su enfermedad, con el objetivo de disminuir la disnea. Paciente dado de alta a las 48 h, sin requerimientos de oxígeno ni disnea en deambulación, mejoría de estridor, con persistencia de disfonía.

Discusión: la papilomatosis laríngea es una enfermedad recidivante, con posible transformación oncológica que a la fecha no tiene terapéutica efectiva. Las lesiones en la vía aérea son altamente incapacitantes y condicionan a una mala calidad de vida. La colocación de prótesis retrasaría la realización de traqueostomía. En la actualidad se acepta que la mejor terapéutica sería asociar cirugía a tratamiento médico.

PP 163- TUBERCULOSIS TRÁQUEO-BRONQUIAL, REPORTE DE UN CASO

Solís M, Hernandez M, Duré R, Quadrelli S
Fundación Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: la tuberculosis endobronquial se define como la infección del árbol traqueo-bronquial por micobacterias, siendo

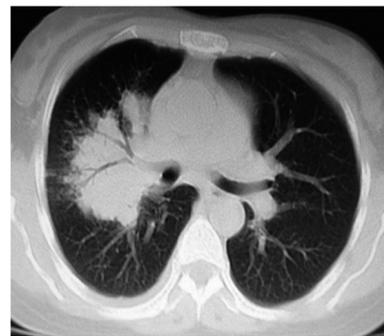
la más común la *Mycobacterium tuberculosis*. El diagnóstico se basa en la evidencia bacteriológica y anatomo-patológica del germen. Tiene una prevalencia que varía entre el 10 al 53% en pacientes con tuberculosis pulmonar activa.

Caso clínico: presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia. Al momento del ingreso presentaba un cuadro clínico de dos meses de evolución, caracterizado por toracodinia derecha tipo opresiva, asociada a tos no productiva, pérdida de peso de 4 kg, astenia, adinamia e hiporexia, por lo que fue medicada con amoxicilina y ácido clavulánico durante una semana con respuesta parcial y posterior progresión de los síntomas 20 días antes de su internación en clínica médica.

La paciente negaba epidemiología para tuberculosis
Laboratorios:

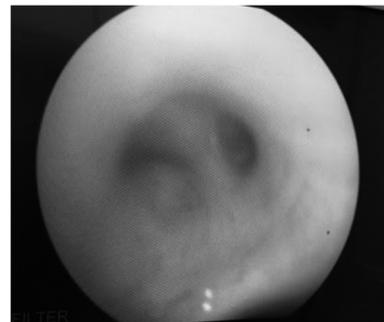
Htco	32.6%
Leucocitos	9300/mm ³
Glucosa	84 mg/dl
ERS	40 mm
TGP	26.7 UI/L
TGO	44.2 UI/L

En la tomografía de tórax se evidencia un área de consolidación parahiliar derecha sin adenopatías ni lesiones cavitadas en parénquima



Se realiza fibrobroncoscopia donde se observa oclusión del 90% al ingreso del lóbulo superior derecho y del 50% al ingreso del segmento apical del lóbulo inferior derecho, ambas por mucosa congestiva, infiltrada, eritematosa y friable, de las cuales se tomaron muestras de biopsia directas.

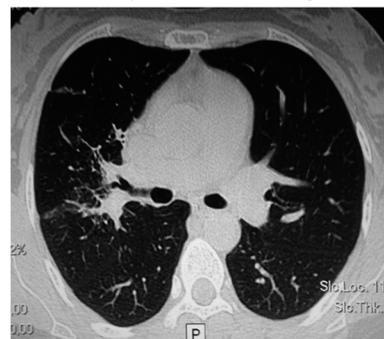
Lavado broncoalveolar: macrófagos, leucocitos polimorfonucleares y aislados linfocitos



Biopsia pulmonar transbroncoscópica: se observan fragmentos de pared bronquial con granulomas epitelioides no necrotizantes. Técnicas de PAS y Ziehl Neelsen que no evidenciaron microorganismos; ausencia de neoplasia en la muestra.

Con diagnóstico de tuberculosis endobronquial se inicia tratamiento con drogas antifímicas y se realiza tomografía control con franca mejoría.

Discusión: el hallazgo de tuberculosis endobronquial en un paciente con tuberculosis pulmonar activa es de aproximadamente hasta el 50%. La sospecha diagnóstica de tuberculosis traqueo-bronquial requiere una confirmación precoz para evitar



progresión de la enfermedad y secuelas posteriores como estenosis traqueales.

Conclusión: creemos que la alta prevalencia e incidencia de la tuberculosis en nuestro medio nos debe hacer sospechar de la enfermedad a pesar de no presentar imágenes pulmonares típicas y así lograr un diagnóstico y tratamiento precoz.

PP 199- SOLUCIONES INFRECIENTES PARA ENFERMEDAD INFRECIENTE. DIAGNÓSTICO DE PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR (PAP) POR CRIOBIOPSIA Y LAVADO PULMONAR TOTAL EN SALA DE ENDOSCOPIA

Gando S, Violi DA, Duré RM, Vazquez B, Maskin P, Simkin P
Hospital Municipal Francisco J Muñiz, CABA, Argentina.

Introducción: un paciente de 28 años con insuficiencia respiratoria que requirió ventilación mecánica (ARM) y traqueostomía, compromiso pulmonar extenso y difuso es derivado para diagnóstico y tratamiento.

Método: reporte de caso

Objetivos: describir el diagnóstico de PAP por criobiopsia y la metodología para realizar el lavado pulmonar total en la sala de broncoscopia.

Caso: paciente obeso (IMC 36,6), albañil, transportador de bolsas de carbón y cortador de cerámica: "neumonía de la comunidad" (NAC) 5 meses antes de su internación en UTI por "nuevo episodio de NAC grave" requiere ARM y luego traqueostomía. TAC tórax con extenso compromiso pulmonar, infiltrados en vidrio esmerilado y patrón reticular en empedrado desperejo. Se deriva a servicio de endoscopia para diagnóstico separado de respirador pero con requerimiento de O₂ suplementario. Ingreso FC 100x FR 28x GSA (0,21); Ph 7,39 PCO₂ 36 PO₂ 48,5 CHO₃ 21,4 EB-2,6 Sat 83,2%. Laboratorio: Hto. 51% Hb 16% ERS 5 mm/h. Serologías VIH VHB VHC VDRL *Criptococco neoformans*, *Eptein baar*, Citomegalovirus, IGM toxoplasma negativos. Espu to seriado BAAR (-). PPD 0, laboratorio inmunológico y reumatológico normal. No se dispone de medición de Ac Anti- GmM CSF. Se realiza criobiopsia (ERBECRYO CA) transbronquial con intubación con broncoscopio rígido y bajo radioscopia, lavado broncoalveolar sin rescate de gérmenes. Luego de la criobiopsia se verifica que no hubo sangrado significativo ni neumotórax. Biopsia; espacios alveolares distendidos y ocupados por material amorfo, proteináseo, PAS (+) macrófagos con citoplasma microvacuolado en forma focal. Septos interalveolares con pequeños agregados linfoides. Cuadro morfológico compatible con PAP.

Una vez hecho el diagnóstico se decide tratamiento con lavado pulmonar total, planificando la realización en la sala común de broncoscopia de tal manera de poder disponer del tiempo deseado para el procedimiento y planificarlo de acuerdo a la disponibilidad del servicio sin depender de quirófano- anestesia. Se realizó un trabajo de adaptación del servicio que incluyó un simulacro previo de tratamiento para chequeo de material necesario. Se determinó que el equipo debía estar conformado por al menos 3 médicos neumonólogos intervencionistas- intensivistas para manejo de 1- anestesia y monitoreo de parámetros hemodinámicos, 2- manejo de vía aérea y lavado pulmonar. 3- coordinador del trabajo; y de al menos 2 enfermeros. 1- asistente permanente en sala de trabajo y 2- preparación de solución fisiológica a 37° para infusión. Los elementos de trabajo fueron: monitor multiparamétrico, respirador microprocesado, tubo de O₂ y de aire comprimido con correspondiente manómetro mezclador para proveer al respirador del gas necesario, tubo translaríngeo doble lumen para aislamiento de pulmón a ventilar (decúbito lateral hacia arriba) del pulmón a lavar (hacia abajo). Broncoscopio flexible de 3,5 mm de diámetro para corroborar la posición del tubo doble luz, solución fisiológica suficiente y frascos para recolectar el líquido infundido en alícuotas de 500 ml a través de tubuladura adaptada al tubo del pulmón no ventilado. La recolección se hizo por gravedad. Parámetros de ARM, ventilación controlada por volumen, VC 290 ml, FR 20 PEEP 10, Fio₂ 100% Tpo. insp.1 seg. Monitoreo: presión pico 38, meseta 30. Protocolo de anestesia inducción con midazolam 5 mg- fentanilo 75 ugr y propofol en infusión continua para lograr plano de sedación profunda. Se colocó acceso venoso central.

Se realizaron 2 sesiones de lavado en sendos pulmones, separados por 14 días. Se infundieron 16 litros de solución fisiológica (en 3 horas) en cada sesión y al terminar la infusión se reemplazaba el tubo doble lumen por otro simple lumen y se aspiraban los restos de solución fisiológica con broncoscopia. Recuperación en UTI y extubación a las 12 h. El paciente mejoró significativamente, fue decanulado y se destetó del O₂ suplementario. Seguimiento en hospital de origen.

Consideraciones: la criobiopsia transbronquial es un novel método que ha mostrado mejor rendimiento que el fórceps de uso habitual merced a tamaños de muestra mayores y ausencia de artefactos por compresión. Solo 2 pacientes han sido reportados con PAP diagnosticado por criobiopsia en series de casos. El lavado pulmonar total es un procedimiento complejo pasible de programar en la sala común de broncoscopia requiriendo personal entrenado y al menos un simulacro de tratamiento para ajuste de material y procedimiento.

PP 262- CUERPO EXTRAÑO. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS. SERVICIO DE ENDOSCOPIA PERORAL. HOSPITAL F J MUÑIZ

Violi D, Vazquez B, Gando S, Sansostera A, Ortiz Naretto A, Briozzo A, Branda A, Martinez G, Korsunsky M, Simkin P, Saab M, Dure R
Hospital de Infecciosas "Dr. Francisco Javier Muñiz", Argentina.

Introducción: la ingestión de cuerpos extraños (CE) puede ser de causa accidental (en su mayoría) o intencional. Un alto porcentaje se alojan en la vía digestiva y aereodigestiva. Los casos complejos requieren manejo de instrumental rígido (esofagoscopia y broncoscopia) realizado por neumonólogos experimentados. Es importante determinar el tipo de CE para decidir la conducta terapéutica y el riesgo potencial. Se clasifican en comestibles y no comestibles.

Objetivos: describir los procedimientos realizados durante un período de 8 años en el servicio de endoscopia PERORAL

Materiales y Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo del Servicio de Endoscopia PERORAL del Hospital F J Muñiz, de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Se recolectaron los datos del período comprendido entre 2007-2014 en una planilla Excel. Método estadístico: descriptiva con porcentajes

Resultados: durante el período observado, se realizaron 1782 consultas de las cuales 1110 (62%) cuerpos extraños se localizaron en la vía aereodigestiva donde se realizó laringoscopia indirecta y directa, 565 (32%) en esófago utilizando el esofagoscopia y 107 (6%) en vía aérea con broncoscopio rígido y fibra óptica. Se realizaron 1542 procedimientos, extrayéndose el 25% CE que fueron discriminados en comestibles/no comestibles. Del total correspondieron a CE comestibles: huesos 536 (35%), espina de pescado 280 (18%), pieza de carne 227 (15%) y alimentos varios 110 (7%). CE no comestibles: prótesis dentarias 101 (6%), elementos punzantes 132 (9%), elementos plásticos 31 (2%) y otros 27 (2%). CE indeterminados 98 (6%).

Edad (media) n= 21	57	DS 18
Sexo (hombre) n=21	11	52%
Muestras n=54	Transbronquiales 36(66%)	Endobronquiales 18 (34%)
Tamaño Comparativo	Criosonda n=28 0.69	Convencional n= 3 0.33
Complicaciones	Sangrado moderado 2 (9%)	Neumotorax 0
Rendimiento (21 pte-muestras)	Diagóstico 18 (85%)	Perdida 3 (15%)
Diagnostico	Intersticio 7	Sarcoidosis 3 proteinosis 1 Neumonia intersticial 2 Histiocitosis
	Tumores/otros 8	Tumores 3 otros 5
	Tejido normal 3	

Conclusiones: se observó en este período la prevalencia de localización aerodigestiva/digestiva.

El CE más frecuente fue el hueso (pollo, vaca, cerdo) seguida por la espina de pescado.

PP 037- BIOPSIA ENDOSCÓPICA CON CRIOSONDA EN HOSPITAL PÚBLICO

Vazquez B¹, Pigiacampo F¹, Gando S¹, Violi D¹, Ortiz Naretto A¹, Briozzo A¹, Lattante R², Dure R¹

¹ Hospital Muñiz, Argentina. ² Anatomía Patológica Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Introducción: la criobiopsia es una técnica broncoscópica que permite, a través del efecto adhesivo del frío, tomar muestras de mayor tamaño y con menos artefactos que la técnica convencional. Opera a través del "Efecto Joule-Thompson", en el que un gas comprimido a alto flujo se expande rápidamente y crea una temperatura de -89 °C. Los efectos de la criosonda sobre la célula dependen del tiempo de congelación y del tiempo de descongelación. En neoplasias endobronquiales, la fibra óptica permite la inspección de anomalías endobronquiales y la toma de muestra a través de diferentes técnicas (pinza, cepillado o lavado). El principal inconveniente es la pequeña cantidad de tejido obtenido y el aplastamiento del material, lo que provoca artefactos en el tejido que afectan la calidad del análisis histológico. En algunos casos, las características clínicas y radiológicas pueden ser suficientes para establecer diagnóstico de la enfermedad difusa del parénquima pulmonar, pero con frecuencia se requiere biopsia para confirmar el diagnóstico, orientar la terapéutica y definir pronóstico. Sin embargo, el material suele ser escaso y de mala calidad histológica, lo cual dificulta el diagnóstico definitivo. Si bien se cree, que esta técnica podría aumentar el rendimiento diagnóstico sin incrementar los riesgos, aún la información disponible en Argentina es limitada.

Objetivos: 1) Evaluar el rendimiento diagnóstico a través de criosondas. 2) Evaluar seguridad y complicaciones por este método. 3) Comunicar el protocolo de trabajo

Materiales y Métodos: estudio prospectivo, período mayo 2014 - marzo 2015. En el Servicio de Endoscopia H.F. Muñoz, CABA. Se realizaron biopsias de tumores centrales en sala de broncoscopia y de patología intersticial en radioscopia. Se tomaron al menos 2 muestras por paciente. Se utilizó fibra óptica Pentax, Broncoscopio Jackson nro. 8-9 o tubo endotraqueal, Criosonda flexible con diámetro de 2,2 mm ERBE. Óxido nítrico. Se determinó que se realizarían muestras comparativas con pinza convencional cada 5 procedimientos. Se definieron como complicaciones: nivel de sangrado (leve moderado, severo) y neumotórax (con evaluación radiológica posterior). Se fijaron criterios de inclusión y exclusión

Conclusiones: las biopsias fueron de mayor tamaño que las obtenidas por pinzas fórceps tradicionales. Alto rendimiento en patología intersticial en este grupo de pacientes.

No se observaron complicaciones graves (sangrado grave, neumotórax o muerte).

Comentario: se diseñó un protocolo de trabajo de investigación.

PP 245- PAPILOMATOSIS LARÍNGEA RECURRENTE CON DISEMINACIÓN PULMONAR: REPORTE DE UN CASO EN UNA MUJER DE 26 AÑOS

Zalazar MA¹, Botto HF, Perez C², Iannella HA¹, Berenguer R¹, Vujacich P¹

¹ Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. ² Hospital de Niños Garrahan, Argentina.

Introducción: la papilomatosis respiratoria recurrente es una enfermedad rara, que se caracteriza por el desarrollo de papilomas en toda la vía aérea. Su incidencia es de 4 por 100.000 niños. La forma de transmisión es vertical durante el embarazo o en el canal de parto. Es causada por el virus de papiloma humano (HPV), de los cuales el 6 y 11 son los subtipos que producen papilomatosis respiratoria recurrente. El tipo 11 es el que desarrolla la enfermedad más agresiva. La enfermedad diseminada por fuera del árbol bronquial (con formas intraparenquimatosas) es poco frecuente (1% a 4%). Menos frecuente aún es su transformación maligna.

Caso clínico: presentamos una paciente de 26 años de edad con papilomatosis respiratoria recurrente diagnosticada a los 3 años de edad. Fue tratada con múltiples resecciones endoscópicas en corona laríngea. En el último año presentó evidencias de diseminación intraparenquimatosas pulmonar con confirmación citopatológica.

Discusión: la papilomatosis laríngea juvenil es una entidad generalmente benigna que debe ser considerada, no solo por su potencial malignización, sino también por su impredecible evolución local con compromiso respiratorio y séptico. Los síntomas que presentan estos niños son: disfonía progresiva,

tos crónica, estridor y dificultad respiratoria. El método ideal de diagnóstico y tratamiento es la laringotraqueobroncoscopia, dado que permite la resección de las lesiones. La radiografía de tórax y la TAC pueden mostrar lesiones nodulares sólidas o cavitadas, atelectasias, atrapamiento aéreo, bronquiectasias, lesiones papilomatosas cavitadas o quistes.

Conclusión: el tratamiento de esta patología requiere procedimientos quirúrgicos múltiples, debido a su carácter recurrente; también se ha propuesto tratamiento tópico local. El objetivo es reducir la carga viral e incrementar el intervalo de tratamiento entre las cirugías. No hay un tratamiento curativo definitivo, la posibilidad de recurrencia es elevada. Menos del 1% de los casos de papilomas de comienzo juvenil pueden tener transformación maligna en carcinoma de células escamosas, sobre todo en los casos de diseminación broncopulmonar y frecuentes recidivas. La capacidad de degeneración depende en gran medida del tipo de virus. Los HPV de tipo 6 y 11 se consideran de bajo riesgo, mientras que el tipo HPV 18 fue detectado en papilomas cancerizados.

Palabras clave: papilomatosis laríngea juvenil, virus papiloma humano, papilomatosis diseminada.

PP 183- METÁSTASIS ENDOBRONQUIALES DE TUMORES SÓLIDOS EXTRAPULMONARES: SERIE DE CASOS RETROSPECTIVA ENTRE 2008-2014

Castro HM, Las Heras M, Villarreal JC, Rodríguez Giménez J, Nicolás M, Maritano J, Castro R, Preceutti JA

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la causa más frecuente de lesiones endobronquiales son las neoplasias pulmonares. Las metástasis endobronquiales de tumores sólidos extrapulmonares son infrecuentes y su frecuencia varía según la serie en un rango de 1-28%.

Objetivo: investigar las características clínicas, radiológicas y broncoscópicas de pacientes con metástasis endobronquiales de tumores sólidos extrapulmonares.

Materiales y Métodos: serie de casos retrospectiva. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas de pacientes con metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares a los que se les realizó una broncoscopia rígida entre enero de 2008 y diciembre de 2014. Se analizaron las características clínicas, tomográficas y endoscópicas. Además, se evaluó la sobrevida, la recurrencia (período de tiempo entre la primera broncoscopia intervencionista y la segunda), el período de latencia (tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y la ocurrencia de la metástasis) y los tratamientos realizados. Se consideraron como metástasis endobronquiales las lesiones visibles por broncoscopia rígida que presentaron una biopsia histológica de malignidad primaria extrapulmonar. Se excluyeron los linfomas y las neoplasias de células plasmáticas puesto que las mismas pueden invadir el árbol bronquial desde estructuras vecinas y no por diseminación a distancia.

Resultados: durante el período analizado se incluyeron 15 casos, de los cuales el 53% fueron mujeres y la edad promedio fue de 58 años, con un rango de 35-82 años. Los dos tumores más frecuentes fueron el colorrectal (40%) y el carcinoma renal de células claras (27%). Los síntomas más frecuentes fueron la tos y disnea (66%), seguidos de hemoptisis (33%). El patrón tomográfico más habitual fue la imagen endobronquial (53,3%) seguida de la atelectasia (47%). La localización más frecuente fue en el bronquio fuente izquierdo (46,7%) y el bronquio fuente derecho (20%). El período de latencia promedio fue de 71 meses (rango 1 -178); el 40% requirió más de una broncoscopia rígida con una recurrencia promedio de 5 meses y con una sobrevida promedio de 10 meses (rango 2-30). Más allá de la resección endoscópica, al 47% se le aplicó láser, al 7% electrocauterio y al 7% se le colocó una prótesis de silicona.

Conclusiones: las metástasis endobronquiales de tumores malignos son infrecuentes. Varios tipos de tumores malignos pueden desarrollar metástasis endobronquiales. El más frecuente en nuestra serie fue el colorrectal. Los síntomas y hallazgos por imágenes son similares con los de cáncer primario de pulmón, por lo que hay que considerar la posi-

bilidad de las metástasis endobronquiales en pacientes que tienen antecedentes de un tumor maligno y se presentan con síntomas respiratorios. La aparición de la metástasis endobronquial puede presentarse al poco tiempo del diagnóstico del tumor primario o varios años después. La supervivencia promedio es usualmente corta, aunque sobrevivientes a largo plazo fueron registrados.

PP 193- RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN TRANSBRONQUIAL GUIADA POR ECOBRONCOSCOPÍA (EBUS-TBNA) EN EL ESTUDIO DEL CÁNCER DE PULMÓN.

Decima T, Ernst G, Campos J, Di Tullio F, Grassi F, Meraldi A, Salvado A, Garcia A, Blasco M
Hospital Británico, Argentina.

Introducción: el diagnóstico precoz y la estadificación de lesiones pulmonares y/o mediastinales son fundamentales para el tratamiento y sobrevida de pacientes con sospecha de cáncer de pulmón. Dentro de las alternativas disponibles, la cirugía mediante mediastinoscopia, videotoroscopia y otras técnicas sigue siendo el estándar de referencia. Sin embargo, estudios con técnicas mínimamente invasivas como el EBUS-TBNA han permitido obtener muestras histológicas representativas con una mayor rapidez y menor tasa de complicaciones.

Objetivos: describir la rentabilidad diagnóstica del EBUS-TBNA como método diagnóstico o de estadificación en una serie de pacientes con adenomegalias mediastinales con sospecha de cáncer de pulmón.

Materiales y Métodos: se analizaron en forma retrospectiva datos provenientes de 58 EBUS-TBNA realizados durante el período de 12/2009 a 06/2015, en el Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires. Se registraron variables demográficas como edad y género, ubicación del ganglio biopsiado y complicaciones asociadas al procedimiento. Los estudios se efectuaron con el endoscopio BF-UC160F-OL8 y procesador ecográfico EU-C60 marca Olympus. Todos realizados por el mismo operador.

Resultados: se realizaron 58 EBUS-TBNA en igual número de pacientes; el 60,3% eran hombres y la edad promedio era de 63,7 años (rango 26 a 88 años). Los grupos ganglionares más biopsiados fueron el 4R y 7. Todos los procedimientos fueron ambulatorios, no presentando morbilidad ni mortalidad durante el estudio ni dentro de las primeras 48 h. 43 de los 58 estudios (74,14%) fueron diagnósticos y 15 fueron negativos. El diagnóstico final en los 43 casos fue: metástasis ganglionares en 40 (33 adenocarcinomas; 3 Ca escamoso; 2 células pequeñas; 1 células grandes; 1 metástasis de melanoma) y enfermedad granulomatosa en 3 (3 sarcoidosis).

Conclusiones: el EBUS-TBNA es una de las alternativas más eficientes para el diagnóstico y la estadificación en pacientes con cáncer de pulmón dado su alto rédito diagnóstico, el acceso a estructuras ganglionares difíciles de alcanzar con la mediastinoscopia y las escasas complicaciones asociadas. La rentabilidad diagnóstica observada en nuestro trabajo fue del 74,14%. Sin embargo, la limitación de este estudio retrospectivo fue la falta de datos sobre otros métodos confirmatorios (mediastinoscopia). Actualmente estamos trabajando en un estudio prospectivo con recolección sistemática de datos obtenidos a partir de los diagnósticos histopatológicos de los EBUS-TBNA y mediastinoscopias. De este modo, analizaremos el rédito diagnóstico (sensibilidad y especificidad) del EBUS-TBNA.

PP 237- DETERMINANTES DEL EFECTO DEL BAL SOBRE LA SATURACIÓN DE O₂ DURANTE LA FIBROBRONCOSCOPÍA (FBC)

Solis M, Hernández M, Karlen H, Heres M, Villa J, Quadrelli S
Fundación Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: ha sido comunicado que el lavado broncoalveolar (BAL) produce mayor desaturación durante la FBC, pero la magnitud del efecto en BAL de 120 ml y los factores que influyen en la misma, no han sido claramente identificados.

Objetivo: determinar la magnitud de la desaturación durante la realización del BAL de 120 ml e identificar los factores de riesgo para su producción.

Material y Métodos: se analizaron en forma retrospectiva los registros estandarizados de manera prospectiva de 599 FBC realizadas en forma programada en un único centro. Fueron seleccionados solamente los estudios que incluyeron BAL realizados con sedación intravenosa y en los que se dispusiera de VEF1 preprocedimiento. Los procedimientos se realizaron en quirófano con la administración de propofol, fentanilo y midazolam. Las dosis fueron elegidas según criterio del anestesiólogo actuante. El BAL se realizó mediante la instalación de una alícuota inicial de 20 mL que se descartaba y posteriormente 2 alícuotas de 60 mL aspiradas manualmente por jeringa al final de la segunda infusión.

Resultados: fueron incluidos 364 pacientes (54,64 ± 13,6 VEF1 63,3 ± 17,1%). La SaO₂ basal fue de 96,6 ± 1,9% y la duración de la FBC fue de 14,90 ± 4,7 min. La SaO₂ mínima durante el procedimiento (con O₂ suplementario) fue de 92,27 ± 4,5% (rango 60-99) y la caída promedio de la SaO₂ 4,38 ± 4,23%. En el 39,8% de los BAL, la SaO₂ cayó más de 4 puntos y en el 10,7% cayó menos del 90%, pero solamente en el 2,5% cayó a menos del 90% por más de 120 segundos. En solamente 3 pacientes (0,8%) la SaO₂ fue menor de 90% al final del procedimiento. En un modelo de regresión logística, ni la inmunosupresión (OR 1,062, IC 0,279-4,047) ni la duración de la FBC (OR 0,986, IC 0,880-1,04) predijeron una SaO₂ menor al 90% pero sí el diagnóstico de EPOC (OR 0,368, IC 0,171-0,794, p = 0,011) y la SaO₂ basal (0,546, IC 0,453-0,658, p = < 0,0001).

Conclusiones: la realización del BAL es un procedimiento seguro que si bien produce frecuentemente una caída de la SaO₂, no alcanza niveles clínicamente relevantes ni tiene duración prolongada. Este efecto puede ser más duradero en pacientes con EPOC o con SaO₂ basal más baja, pero menos del 1% de los pacientes requieren O₂ suplementario después del procedimiento.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 18: CIRCULACIÓN PULMONAR

PP 148- CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Maldonado L, Bosio M, Ernst G, Soloaga E, Chertcoff JF
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el envejecimiento de la población es un fenómeno mundial. La incidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) aumenta con la edad; la prevalencia de los principales factores de riesgo difiere en los distintos grupos etarios, como también la mortalidad.

Objetivo: analizar en una cohorte de pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de nuestro hospital con diagnóstico de TEP, las características demográficas, los factores de riesgo, el compromiso hemodinámico, el tipo de embolia pulmonar y la mortalidad en < 65 años y en ≥ 65 años.

Material y Método: se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, en el que se incluyeron los pacientes que ingresaron a la UTI con diagnóstico de TEP desde el 01/07/2011 al 10/07/2015. Se dividió a la población en < 65 años y ≥ 65 años. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Epi Info. **Resultados:** se incluyeron 70 pacientes, edad media 62 años (DS: 12,4), de los cuales 36 eran mujeres (51%). Dentro de los menores de 65 años (n=44), 18 eran mujeres (41%), con edad promedio de 54,8 años (DS 9,25). Dentro de los de 65 años o más (n=26), 18 eran mujeres (69,2%), con edad promedio de 74 años (DS 6,06).

Tabla 1. Características de los grupos de edad

	<65 (n=44)	≥65 (n=26)	p
TEP previo	2 (4,5%)	2 (7,6%)	0,291
Cáncer	17 (38,6%)	5 (19,2%)	0,045
Inmovilidad	13 (29,5%)	13 (50%)	0,043
Enfermedad cardiovascular	16 (36,3%)	18 (69,2%)	0,004
Compromiso del VD	15 (34,1%)	10 (38,4%)	0,356
Embolismo ramas principales	10 (22,7%)	4 (15,3%)	0,229
Compromiso hemodinámico	8 (18,2%)	5 (19,2%)	0,456
Tratamiento trombolítico	4 (9,0%)	1 (3,8%)	0,205

La mortalidad en UCI fue del 7,14%. En < 65 años fue del 2,2% y ≥ 65 años del 15,3% ($p=0,019$).

Conclusiones: encontramos en los pacientes de ≥ 65 años una mayor prevalencia de inmovilidad y enfermedad cardiovascular, y un incremento significativo en la mortalidad del TEP.

PP 105- HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTE JOVEN. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Di Tullio F, Bosio M, Ernst G, Pelegrini D, Vigovich F, Salvado A, Chertcoff F
Hospital Británico, Argentina.

Introducción: el mieloma múltiple (MM) es una enfermedad oncohematológica infrecuente en pacientes jóvenes; 2% son menores de 40 años. Hay pocos casos descriptos de hipertensión pulmonar (HTP) asociado a MM, en los que la fisiopatología se deba a mediadores inflamatorios. Se han descripto casos en los que la HTP es secundaria a tromboembolismo pulmonar (TEP) crónico o están relacionados con el tratamiento, principalmente talidomida.

Descripción del caso: paciente femenina de 36 años con antecedente de tabaquismo, refiere cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por astenia y adinamia, tos no productiva, disnea progresiva hasta clase funcional IV, registros febriles aislados y pérdida de peso (6 kg). Se decide internación programada para estudio. Al ingreso se constata paciente hemodinámicamente estable, saturación de oxígeno, 98%, FiO_2 0,21, palidez cutaneomucosa, sin hallazgos de relevancia en el examen respiratorio; presenta aumento del 2° ruido cardíaco, ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio, edema perimaleolar 3/6 bilateral y hepatomegalia dolorosa. Laboratorio: anemia normocítica normocrómica, prueba de Coombs directa e indirecta negativas, leucocitosis GB 10600/mm³, LDH 1023 U/L, elevación de reactantes de fase aguda: VSG > 120 mm/h, PCR 3,1 mg/dl, función renal normal. Aumento de proteínas totales 9,8 g/dl. Elevación de pro-BNP 2710 ng/l y troponina T 20 ng/L.

Radiografía de tórax que evidencia cardiomegalia, sin lesiones parenquimatosas pulmonares.

Ecocardiograma con dilatación de cavidades derechas, FSVD levemente deteriorada (TAPSE 15-16 mm). Insuficiencia tricuspídea moderada que permite estimar una presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) de 52 mm Hg.

Se realiza angiografía que descarta TEP y anomalías en parénquima pulmonar.

Cateterismo cardíaco derecho: PSAP 48 mm Hg, presión diastólica de la arteria pulmonar 21 mm Hg, presión media de la arteria pulmonar 31 mm Hg, presión de Wedge de 9 mm Hg. Se realiza diagnóstico de hipertensión de la arteria pulmonar.

Se realizan estudios para determinar la etiología de HTP: centellograma V/Q con baja probabilidad TEP crónico, perfil tiroideo dentro de los valores normales, serología HIV negativa. Ecografía abdominal que evidencia riñones estructuralmente normales.

Perfil inmunológico sin alteraciones. Proteinograma electroforético: gamma globulinas 4,08 g/dl con cadenas livianas lambda en suero.

Se realiza biopsia de médula ósea compatible con MM.

Debido a asociación de amiloidosis como causa de HTP en pacientes con MM, se realiza biopsia de grasa abdominal que resulta negativa.

Se inicia tratamiento con dexametasona, bortezomib y ciclofosfamida y anticoagulación; asociándose tratamiento para HTP con sildenafil y ambrisentan.

Conclusión: la prevalencia de HTP en pacientes con MM no ha sido profundamente estudiada. El MM es una patología protrombótica; el TEP crónico y los depósitos vasculares y cardíacos de amiloide son mecanismos probables de HTP. El mecanismo sugerido en este caso podría involucrar el aumento de mediadores inflamatorios liberados por las células neoplásicas, que aumentarían la viscosidad sanguínea. En los casos descriptos, estos factores han sido transitorios y la hipertensión pulmonar revirtió pocos días luego de iniciar el tratamiento de la enfermedad.

PP 128- DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR: ESTUDIO COMPARATIVO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA IZQUIERDA Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES PRONÓSTICAS

Atamañuk AN¹, Litewka D², Baratta SJ³, Seropian P, Perez Prados G², Landsmeer C², Cocce D², Salzberg S²

¹ Hospital Juan A. Fernández y Hospital Universitario Austral, Argentina. ² Hospital Juan A. Fernández, Argentina. ³ Hospital Universitario Austral, Argentina.

Objetivos: evaluar los niveles de vitamina D (VitD) entre pacientes (pac) con hipertensión pulmonar (HP), insuficiencia cardíaca izquierda (IC) y sujetos sanos (SS). Estimar su relación con variables clínicas de valor pronóstico.

Materiales y Métodos: estudio analítico, de casos y controles, donde se incluyeron 49 ptes con HP comparados con 45 ptes con IC y 31 SS (grupo de control) según sexo, edad y datos antropométricos, los cuales fueron atendidos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Se tomó en cuenta el período comprendido entre marzo de 2011 y marzo de 2015. Se definió HP por cateterismo cardíaco (criterios del Simposio Mundial de Niza); solo fueron tomados en cuenta ptes del Grupo 1 y 4. Para definir el grupo de IC se tomaron ptes en seguimiento por dicha enfermedad, con estudio ecocardiográfico que demostrara disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y sin compromiso del ventrículo derecho. Se dosaron valores de 25-hidroxi-VitD, se evaluó la clase funcional (CF) y el test de marcha de 6 minutos (TM6M) en todos ellos. La deficiencia de VitD fue definida para valores < 20 mg/ml. Los resultados se expresaron como media \pm DS y porcentajes. Se realizó test de Chi2 para variables cualitativas y t-test para variables cuantitativas continuas. Se realizó correlación lineal mediante test de Pearson. Se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

Resultados: se analizaron 49 ptes con diagnóstico de HP (edad $41,6 \pm 16,3$ años; 73,5% mujeres), de los cuales 45 pertenecían al Grupo 1 "HAP" (16 idiopáticas, 13 congénitas, 9 asociadas a enfermedad del tejido conectivo, 6 HIV y 1 por tóxicos) y 4 al Grupo 4 "HPTEC". 32 ptes (65%) recibían tratamiento específico para HP. Ver características generales en la tabla 1. Los valores de VitD fueron significativamente menores en pacientes con HP comparados con IC y con SS ($18,5 \pm 9,2$ vs $25,9 \pm 12$ vs $28,8 \pm 12,3$ mg/dl, respectivamente; $p=0,005$ y $p < 0,001$). Pero no entre IC y SS; $p=0,5$). La media de la CF fue significativamente diferente entre HP e IC ($1,92 \pm 0,9$ vs $1,53 \pm 0,7$; $p=0,042$), no así la distancia recorrida en el TM6M ($385,8 \pm 130$ vs $409,1 \pm 99$; $p=0,068$).

PP 085- EMBOLISMO PARADOJAL SISTÉMICO: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Grassi F, Maldonado L, Bosio M, Ernst G, Blasco MA, Bosini E, Chertcoff JF
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el embolismo paradójal hace referencia al paso a la circulación arterial de trombo venoso o localizado en las cavidades cardíacas derechas a través de un defecto cardíaco, habitualmente situado en el septo interauricular.

El defecto cardíaco más frecuentemente asociado con los embolismos paradójicos es el foramen oval permeable (FOP), situación que se encuentra presente hasta en un 35% de la población. El accidente cerebrovascular secundario a un embolismo paradójico constituye una rareza, y se estima que se encuentra en el origen de aproximadamente un 2% de estos.

Ingresó a nuestro servicio de guardia una paciente por trastorno del sensorio y síncope a raíz del cual se detectó la existencia de un tromboembolismo pulmonar, un FOP, y posteriormente, un accidente cerebrovascular isquémico por embolia paradójal.

Caso clínico: se presenta una paciente de 89 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial e infecciones urinarias a repetición. Es traída a la guardia por marcada astenia con escasa movilidad en los últimos 15 días y deterioro del sensorio que requirió intubación e inicio de ARM para prevención de aspiración. Se constata hipotensión arterial (60/40), se realiza reanimación con cristaloides y noradrenalina para mantener TA. Al examen físico de ingreso no se constató ningún déficit motor. Se efectuó TAC de cerebro (Imagen 1-A) que mostró signos de atrofia relacionados con la edad. Se realizó ecocardiograma

transtorácico que mostró trombo en tránsito en cavidades derechas con dilatación de las mismas, se completó el estudio con ecocardiograma transesofágico que mostró un foramen oval permeable, con pasaje de trombos a aurícula izquierda y un trombo en silla de montar en la bifurcación de la arteria pulmonar (imagen 2). La ecografía de miembros inferiores fue normal. Ante la posibilidad de iniciar anticoagulación, se repitió TAC de cerebro que evidenció un extenso infarto silviano izquierdo (imagen 2-B). En conjunto con los familiares, se decidió tratamiento paliativo y la paciente falleció tras 3 días de internación.

Conclusión: la detección de un FOP en pacientes con embolismo pulmonar es un factor de mal pronóstico que se asocia con un incremento del riesgo de complicaciones cardiovasculares (ictus isquémicos y embolismos arteriales periféricos) y de mortalidad en la fase aguda del TEP. El tratamiento incluye anticoagulantes, fibrinolíticos y cirugía.

PP 282- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Maldonado I, Bosio M, Ernst G, Salvado A, Chertcoff JF
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una entidad infrecuente, compuesta por enfermedades heterogéneas que comparten cuadros hemodinámicos análogos y cambios patológicos en la microcirculación pulmonar casi idénticos. Sin embargo, difieren las características clínicas, la progresión y el pronóstico.

Objetivo: analizar las características de una población de pacientes con diagnóstico de HAP estudiados en un hospital de comunidad.

Material y Método: se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de HAP estudiados entre enero del 2004 y enero del 2015.

Resultados: se presentan 24 pacientes, edad media 56,6 años (DS 16,7 años). Mujeres, 20 (83,3%).

La HAP asociada a enfermedades del tejido conectivo fue la más frecuente, en 11 pacientes (45,8%), idiopática en 9 pacientes (37,5%), enfermedad portopulmonar en 2 (8,3%), comunicación interauricular en 1 (4,2%) e infección por HIV en 1 (4,2%).

Se diagnosticaron en CF III-IV, 19 (79,1%), 8 (42,1%) de los cuales mejoraron su clase funcional al año. La distancia recorrida en el test de marcha de 6 minutos fue de 347,8 m (DS 139,8). En 18 de 21 pacientes estudiados (85,7%) se encontró una DLCO disminuida (44,6% DS 16,8). Esta disminución no se correlacionó con el valor de presión arterial media pulmonar ($P > 0,05$).

Los pacientes con presión sistólica de arteria pulmonar ≥ 60 mm Hg no presentaron diferencias en los parámetros funcionales respiratorios con los de < 60 mm Hg ($P > 0,05$).

No hubo diferencia en el valor de presión sistólica de arteria pulmonar medida por ecocardiograma (78,3 mm Hg DS 26,4) y por cateterismo (64,0 mm Hg DS 17,4) $p = 0,06$. La presión arterial pulmonar media de la población fue de 48,5 mm Hg (DS 19,5). Recibieron monoterapia 13 pacientes, 6 con sildenafil (S), 5 con ambrisentan (A), 2 con bosentan. Terapia combinada 8 (S+A o iloprost), 1 triple combinación (S+A+trepostinil) y 1 trasplantado.

Se perdió el seguimiento de 2 pacientes y 10 (45,5%) fallecieron. Conclusiones: en la población analizada, la HAP asociada a enfermedades del tejido conectivo e idiopática fueron las más frecuentes. La edad al diagnóstico fue alta. Como está descripto, los pacientes consultaron en clase III y IV, la cual mejoró con el tratamiento. La mortalidad fue elevada, coincidente con la publicada en la literatura.

PP 161- REMODELADO REVERSO DE CAVIDADES CARDÍACAS DERECHAS EN PACIENTE EPOC

Gutiérrez G¹, Angiono L¹, Nasep A¹, Malamud P², Morandi V², Petti M¹, Rivas J¹
¹ Higa Eva Perón, Argentina. ² Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina.

Introducción: el desarrollo de falla cardíaca derecha en pacientes con EPOC se relaciona con mala evolución e incremento de la morbimortalidad.

El objetivo de este caso es mostrar el remodelado reverso de cavidades cardíacas derechas en una paciente con EPOC, luego del tratamiento optimizado de su enfermedad de base.

Caso clínico: paciente femenina de 68 años, extabaquista (47 paq/año), diagnóstico de EPOC a los 64 años, sin tratamiento optimizado.

Ingresa a Unidad Coronaria por insuficiencia cardíaca derecha asociada a insuficiencia respiratoria tipo II.

Laboratorio al ingreso:

EAB al 0,21: 7,38/66/41/37/77%. HCTO 62%, HB 20.

ECG: ritmo sinusal, onda P pulmonar, eje QRS +150, signos de sobrecarga de AD y VD.

Ecodoppler cardíaco: cavidades izquierdas conservadas. Cavidades derechas dilatadas, función sistólica de VD disminuida. Aplanamiento del SIV en sístole. Derrame pericárdico leve. VCI dilatada con disminución del colapso inspiratorio. IT moderada a severa, PSAP 72 mmHg. PMAP 49 mmHg. TAP 70 mseg (disminuido con colapso mesosistólico). Se realiza infusión de suero salino agitado (burbujas) por vena periférica en miembro superior, sin evidencias de shunt.

Otros exámenes complementarios realizados durante internación: Laboratorio: FAN negativo, ANTI DNA negativo, T3 1,23, T4 0,95, TSH 11,24. HIV negativo

Centellograma ventilación perfusión: baja probabilidad de TEP.

El tratamiento realizado fue oxigenoterapia, tratamiento diurético, corticoides, SABA y LABA, levotiroxina. Se realizó balance negativo.

EAB al 0,28: 7,31/62/73/31/93%.

TC de torax: enfisema centrolobulillar a predominio de lóbulos superiores. Tractos fibrosos seculares en lóbulos inferiores. Es derivada a Servicio de Neumonología para optimización de estudio y tratamiento.

EFR:% 36, VEF 1 0,42 L (24%), FVC 1,17 L (50%), PBD positiva. DLCO: 5,05 (32%), DL/VA 3,17 L (83%), TLC 4,76 L (116%), RV 3,42L (187%), RV/TLC 72%.

Se interpretó a la paciente como EPOC GOLD D asociada a insuficiencia cardíaca derecha.

Continuó seguimiento por Servicio de Neumonología y Cardiología, con tratamiento para su EPOC, mejorando su clase funcional de disnea de Grado IV a Grado I-II, como así también los signos de insuficiencia cardíaca derecha.

	Ecocardiograma basal	Ecocardiograma al año
Aurícula derecha	Dilatada (área 23 cm ²)	Normal (área 12 cm ²)
Ventriculo derecho (VD)	Dilatado diámetro basal 45 mm	Normal (diámetro basal 31 mm)
Función sistólica de VD	Disminuida Tapse 14 mm. Velocidad pico onda S 9 cm/s. Fracción de acortamiento de área 25%	Normal Tapse 21 mm. Velocidad pico onda S 11 cm/s. Fracción de acortamiento de área 38%
Geometría de VD	Anormal Espesor pared libre de VD aumentado 7,5 mm (HV D). Índice de excentricidad sistólico 2 (aumentado).	Normal Espesor pared libre de VD normal 4 mm. Índice de excentricidad sistólico 1 (normal).
Función diastólica de VD	Anormal Patrón de llenado tricúspideo seudonormal. Relación E/e tricúspide 8 (aumentada).	Normal Patrón de llenado tricúspideo normal. Relación E/e tricúspide 5 (normal).

Tratamiento actual: oxigenoterapia, corticoides inhalados asociados a LABA, LAMA, levotiroxina.

Conclusión: hay poco conocimiento actual del remodelado reverso de cavidades cardíacas derechas en pacientes con EPOC. Este caso nos abre el interrogante de la posible reversibilidad del remodelado cardíaco derecho evaluado con ecocardiograma doppler, como consecuencia de un tratamiento optimizado acorde a la EPOC del paciente.

PRESENTACIONES DE PÓSTERS 21: OXIGENOTERAPIA Y SUEÑO

PP 114- RELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES TRADICIONALES DE LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA SEGÚN EL GRADO DE OBESIDAD Y EL SEXO

Ernst G, Borsini E, Grassi F, Blanco M, Bosio M, Chertcoff J, Salvado A
Hospital Británico, Argentina.

Introducción: el conocimiento de la naturaleza y las consecuencias de la obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño

en pacientes obesos ha evolucionado considerablemente en los últimos tiempos. Sin embargo, el rol de los indicadores tradicionales de la poligrafía respiratoria (PR) en pacientes obesos continúa siendo controversial. El índice de apneas/hipopneas: IAH e índice de desaturación: IDO, no se relacionarían de igual manera en pacientes con peso normal y en pacientes obesos. Más aún, ha sido sugerido que el sexo y la edad podrían profundizar aún más las diferencias.

Objetivo: analizar las diferencias de los indicadores tradicionales de la PR en una población de alto riesgo de padecer SAHOS en función del grado de obesidad, género y edad.

Materiales y Métodos: estudio retrospectivo en 1053 estudiados por PR en pacientes con alta probabilidad clínica de SAHOS. Los indicadores de la PR fueron analizados en los pacientes agrupados por el índice de masa corporal, sexo y edad. Los resultados fueron analizados utilizando el software GraphPad-Prism5 mediante test no paramétricos.

Resultados: se incluyeron finalmente 845 registros de pacientes con SAHOS, donde el 87,6% tuvo sobrepeso u obesidad. Se encontró un progresivo incremento del IAH relacionado con la edad en las mujeres, mientras que en los hombres fue dependiente del IMC. Más aún, el cociente entre el IAH y el IDO mostró que el resultado es diferente entre los pacientes con peso normal y los pacientes obesos ($p < 0,001$), tanto en hombres como en mujeres (Tabla 1). Respecto de los síntomas, los pacientes obesos fueron moderadamente más sintomáticos que los sujetos con peso normal. Además, se encontraron diferencias cuando se compararon los pacientes con SAHOS por sexo. Los hombres mostraron mayores valores en la escala de ESS en comparación con las mujeres ($8,3 \pm 0,2$ vs $7,3 \pm 0,3$; $p < 0,05$). Más aún, también se observó un moderado incremento en el número de pacientes con alto riesgo de Berlín en los pacientes de sexo masculino en comparación con las mujeres (89,0% vs 84,6%).

Conclusiones: este estudio permitió comprender las diferencias del SAHOS entre hombres y mujeres y reveló hallazgos que sugieren la importancia del rol de la oximetría en obesos. La relación entre los indicadores de la PR podría contribuir con la comprensión de la severidad del SAHOS en pacientes obesos. Tabla 1: variaciones del IAH en función del índice de masa corporal (IMC) y el sexo. Los resultados se observan como media y error estándar.

	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres
	IAH (eventos/minuto)	IAH-IDO	IAH (eventos/minuto)	IAH-IDO
IMC < 25	14,3 ± 1,4	(-1,5 ± 0,4)	18,3 ± 2,1	(-1,3 ± 0,3)
25,1 < IMC < 30	19,5 ± 0,9	(-1,5 ± 0,4)	13,1 ± 1,2	(-1,7 ± 0,3)
30,1 < IMC < 40	28,5 ± 1,2	(-3,6 ± 0,4)	15,5 ± 1,1	(-3,6 ± 0,4)
IMC > 40	36,9 ± 2,7	(-5,1 ± 1,1)	17,8 ± 1,4	(-4,4 ± 0,4)

PP 113- PREDICTORES DE IAH >5/H EN PACIENTES CON PESO NORMAL

Blanco M, Ernst G, Grassi F, Blasco M, Chertcoff J, Bosio M, Salvado A, Campos J, Villagomez R, Borsini E
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el reconocimiento de un índice de apneas e hipopneas (IAH) >5 ev/hora en los pacientes con peso normal ha sido escasamente comunicado. Conocer factores predictores de SAHOS en pacientes con índice de masa corporal (IMC) < 25 kg/m² podría facilitar la comprensión de la patología y la priorización de los candidatos a estudio de sueño.

Objetivo: describir factores clínicos y antropométricos predictores de SAHOS en pacientes con peso normal.

Material y Métodos: estudio retrospectivo sobre una base de datos de recolección sistemática en pacientes consecutivos referidos para exploración respiratoria del sueño por poligrafía respiratoria nivel III (PR) domiciliaria autoadministrada.

Análisis estadístico: las variables cuantitativas se tabularon como media y desvío estándar y las cualitativas, como valor absoluto y porcentaje. Se realizó inicialmente un análisis bivariable (prueba de la t de Student o chi cuadrado). Se dividieron los pacientes en dos grupos según el IAH > o < 5/hora. Se ejecutó un análisis multivariado de regresión para los siguientes factores de predicción: sexo, edad > 50 años, edad > 60 años,

IMC, presencia o ausencia de: ronquido, cansancio habitual, apneas observadas por terceros, HTA, circunferencia del cuello > 40 cm (CC), Epworth (ESS) absoluto y ESS > 11. Se calculó valor de p para significación estadística ($< 0,05$).

Resultados: Población: entre mayo de 2013 y mayo de 2015 (24 meses) estudiamos a 1160 sujetos. Fueron descartados 107 debido al antecedente de EPOC, enfermedad neuromuscular o datos incompletos. Finalmente se analizaron 143 con IMC < 25. La población tuvo las siguientes características (media y desvío estándar); IAH > 5/hora, 70 (48,95%); varones, 74 (51,75%); edad, 56,39 años (SD: 16,45); IMC, 23,46 (SD: 1,57); ESS, 7,89 (SD: 4,57) puntos.

PR: la media del tiempo total de registro válido fue de 401 minutos (SD: 90,84) y el conteo manual mostró (eventos); AO: 34,06 (SD: 43,65), AC: 10,87 (SD: 41,15), H: 83,26 (SD: 2,13), IAH global: 15,73 (SD: 9,82), IDO: 18,31 (SD: 12,24), tiempo de saturación < 90% (en porcentaje): 15,04 (SD: 26,04). Los pacientes con IAH de más de 5/hora fueron predominantemente hombres (65,71%), $p < 0,001$. No existieron otras diferencias entre ambos grupos para; ESS ($p=0,633$), ronquido ($p=0,468$), cansancio ($p=0,088$), apneas observadas ($p=0,459$), HTA ($p=0,726$) o CC ($p=0,101$).

Análisis bivariable: el cálculo de Odds Ratio (OR) para expresar el peso relativo de cada variable clínica en la predicción de un IAH >5/hora puso en evidencia que las más significativas fueron; edad > 50 años (OR: 3,31; CI: 1,37-8,01 $p < 0,008$), edad > 60 años (OR: 5,37; CI: 2,36-12,21 $p < 0,0001$), sexo masculino (OR: 3,08; CI: 1,55-6,09 $p < 0,001$), IMC con rango entre 18 y 25 kg/m² (OR: 1,41; CI: 1,14-1,75, $p < 0,001$), IMC > a 22 kg/m² (OR: 2,17; CI: 1,06-4,46, $p < 0,034$).

Modelo de predicción: el modelo clínico combinado por regresión logística múltiple arrojó significación únicamente para; edad > 50 años (OR: 3,48; CI: 1,35-8,93, $p < 0,009$), más de 60 años (OR: 5,67; CI: 2,38-13,53, $p < 0,0001$) y sexo masculino (OR: 3,15; CI: 1,47-6,73 $p < 0,003$).

Generación de score de riesgo: en este modelo, una mujer menor de 50 años tiene el 43% de probabilidades de padecer SAHOS y un varón menor de 60 años tiene el 54%, con un riesgo que es similar al de una mujer mayor de 60 años. Finalmente, un hombre mayor de 60 años tiene más del 80% de probabilidades de tener un IAH > 5/hora en la PR.

Conclusión: el 7,36% de los pacientes derivados por sospecha de alteraciones respiratorias del sueño que tiene peso normal presentan un IAH patológico. El IMC se presenta como un modificador de efecto. El sexo y la edad son predictores de riesgo en esta población. Los síntomas de somnolencia subjetivos no fueron de utilidad.

PP 160- RELACIÓN DE LA GRASA VISCERAL Y MORBILIDAD EN PACIENTES OBESOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Coronel M¹, Matas M², Mendez Lobo M³, Avila J⁴

¹ Unidad Respiratoria de Cuidados Intermedios y VNI Hospital Padilla, Argentina.

² Departamento de Investigación Estadística F de Medicina U.N.T., Argentina. ³ Centro Radiológico Luis Mendez Collado, Argentina. ⁴ Centro de Enfermedades del Sueño, Argentina.

Introducción: la obesidad es el mayor factor de riesgo para desarrollar síndrome metabólico, diabetes tipo 2, HTA, síndrome de apnea obstructiva del sueño (OSA) y síndrome hipoventilación asociado a obesidad (OHS). En los últimos años, la medición del perímetro de cintura y la grasa abdominal en los obesos se ha transformado en el mayor predictor de efectos adversos para desarrollar estas enfermedades. Siendo la grasa visceral, no la subcutánea la más importante. Las técnicas más comúnmente usadas para medir grasa abdominal fueron tomografía computada (TC) y resonancia magnética (RMN), aunque estas técnicas no son óptimas como herramientas de screening para evaluar la grasa visceral por la dosis de radiación, el tiempo que lleva el análisis manual de las imágenes para separar grasa visceral de la grasa subcutánea y la dificultad para acceder a estos grandes equipos. Actualmente Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) es un método validado para medir grasa visceral con las ventajas de: alta precisión, baja exposición a los rayos, corto tiempo de scanning y bajo costo.

Objetivos: 1- Investigar la asociación entre volumen de grasa visceral medida por DXA y morbilidad: diabetes, HTA, dislipemia, OSA y OHS. 2- Evaluar la correlación entre perímetro de cintura y la grasa visceral medida por DXA

Material y Método: estudio descriptivo y analítico de corte transversal, de historias clínicas de 36 pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²) evaluados en U. R. del H. Padilla y Centro de Enfermedades del Sueño. Los pacientes tenían: FEV1/FVC > 70% y con trastornos respiratorios vinculados con el sueño (TRS). Se evaluó antecedentes de diabetes 2, HTA y dislipemia. Gases sanguíneos, espirometría y estudios de sueño en la oximetría nocturna y poligrafía. Medición de grasa visceral por DXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) en gramos. Para la comparación entre grupos de comorbilidades para volumen de grasa visceral se aplicó el test no paramétrico Test Mann-Whitney con un nivel de significancia del 5%. Para el análisis de correlación entre variables cuantitativas se estudió el coeficiente de correlación de Pearson mediante análisis de regresión lineal.

Resultados: de los 36 pacientes estudiados, con una edad media de 47,9 años DS ± 12,65 años.

Eran mujeres el 53% (19), y el 47% (17) eran varones.

En el grupo de diabéticos II (n=20), el volumen de grasa visceral tuvo una mediana de 2273,94 gr con RI ± 1960,5 gr; en los que no pertenecen al grupo de diabetes II (n=14), el volumen de grasa visceral tuvo una mediana de 4214 gr, con un RI ± 3156 gr. No se encontró diferencia significativa en ambos grupos (p=0,99). Respecto al grupo con HTA (n=20), el volumen de grasa visceral tenía una mediana 4125,5 gr.

RI ± 1464,5 vs sin HTA (n=14) mediana 4598 gr. RI ± 2776 (p=0,7).

En el grupo de dislipemia (n= 13), el volumen de grasa visceral tuvo una mediana de 4284 gr, con RI ± 1475 vs el grupo de dislipemia (n= 21) con una mediana de 4168 gr y RI ± 2627 gr. No se encontró diferencia significativa en ambos grupos (p=0,76). Según el tipo de trastorno respiratorio del sueño asociado al volumen de grasa visceral, para OSA (n=21) hubo una mediana de 3755 gr. y RI ± 2006, y para OSA+OHS (n=12), una mediana de 5284,5 gr, con IR ± 3083,5 (p=0,14). No se encontró diferencia significativa en ambos grupos.

Al evaluar la correlación entre volumen de grasa visceral y perímetro de cintura, el coeficiente de determinación fue de r²=0,404, coeficiente de correlación de Pearson. r= 0,636 (p<0,0001).

Conclusión: en esta muestra de pacientes se encontró que el volumen de grasa visceral tuvo una asociación lineal positiva con el perímetro de cintura.

Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre volumen de grasa visceral en diabetes, HTA, dislipemia, OSA ni OSA + OHS. Deben realizarse futuros trabajos incorporando este sencillo método para evaluar grasa visceral.

PP 244- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS E HIPOAPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO

Sartore M, Grilli M, Ryan G, Domenech M, Morales M, Guerrero N
Hospital Español de Mendoza, Argentina.

Introducción: la utilización de presión continua en la vía aérea (CPAP) es el tratamiento de elección en el síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS). Su uso debe ser permanente para lograr la remisión de síntomas del SAHOS y sus consecuencias. Obtener un adecuado cumplimiento resulta clave.

Objetivo: evaluar la adherencia al uso de CPAP nocturno en pacientes con diagnóstico de SAHOS moderado a severo a los 3 y 12 meses de iniciado el tratamiento, en un consultorio de seguimiento.

Determinar las causas de no adherencia al CPAP.

Material y Método: estudio prospectivo observacional, realizado entre octubre de 2008 y abril de 2015. Se incluyeron 94 pacientes con diagnóstico de SAHOS, por poligrafía respiratoria domiciliar o polisomnografía, de grado moderado o severo, a los que se les indicó titulación con autoCPAP, derivándolos a una consulta de educación, entrenamiento y seguimiento

sobre el uso de CPAP a cargo de un kinesiólogo respiratorio. Se registraron y analizaron las variables demográficas y antropométricas, grado de SAHOS, antecedentes patológicos, uso de sedantes, hipotiroidismo, síntomas del SAHOS, antecedentes cardiovasculares, diámetro del cuello, clasificación de Mallampati y escala de Epworth. Se registró el uso en horas y efectos secundarios, adherencia a la semana, 3 y 12 meses.

Resultados: se estudiaron 94 pacientes, 66 (70,2%) de sexo masculino, donde la mediana de edad fue de 59 años (Perc25 – 75 51,7 a 68,2). El IMC fue de 32,44 kgs/m² (Perc25 – 75 28,8 a 38,6) y de la escala de Epworth 13,5 (Perc25 – 75 8,7 - 18). 58 pacientes (61,7%) presentaron severo de SAHOS. No iniciaron el tratamiento 22 pacientes, (23,4%) por: negación al tratamiento, 11 (50%); falta de cobertura obra social, 6 (27,3%); pérdida de seguimiento, 3 (13,6%), otras, 2 (9%).

De los 72 pacientes que comenzaron tratamiento con CPAP, 12 pacientes 16,6% (IC95 9 – 26%) no mostraron adherencia a los 3 meses. Se encontraron diferencias significativas en los pacientes que no tuvieron adherencia al tratamiento a los 3 meses con respecto a los que sí, en cuanto a cefalea matutina, 0% vs 30% (IC95 19 – 42%); p = 0,028. Insomnio 8,3% (IC95 1 – 35%) vs 0%; p = 0,024. En el grupo sin adherencia se detectó un menor número de efectos secundarios, 16,7% (IC95 4 – 44%) vs 50% (IC95 37 – 62%); p = 0,018. En el análisis bivariado se encontraron correlaciones entre variables antropométricas, IAH, Epworth y presión de tratamiento. Finalmente, permanecen 30 pacientes que cumplen al menos 1 año de seguimiento. Los pacientes adherentes fueron mayores en edad: mediana de 66 años (Perc 25 – 75 57 a 71) vs 57 (Perc 25 – 75 50 a 66); p = 0,038. La adherencia fue significativamente mayor en los pacientes que recibieron entrenamiento y período de adaptación gradual al uso del CPAP. **Conclusiones:** un consultorio de seguimiento es una estrategia eficaz para lograr adherencia inicial al tratamiento. En nuestro estudio, no todos los pacientes han llegado a los 12 meses desde la indicación de CPAP; creemos que es necesario realizar consultas a la semana, al mes, a los 3, 6, 9 y 12 meses en el primer año de indicado el CPAP.

PP 116- EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

Coronel MA¹, Matas M², Mendez Lobo M³, Mendez Uriburu M³, Avila J⁴

¹ Unidad Respiratoria de Cuidados Intermedios y VNI Hospital Padilla, Argentina.

² Departamento de Investigación Orientación Estadística F de Medicina U. N.T,

Argentina. ³ Centro Radiológico Luis Mendez Collado, Argentina. ⁴ Centro de Enfermedades del Sueño, Argentina.

Introducción: la obesidad es la enfermedad metabólica más común en el mundo y su prevalencia incrementó en las últimas décadas. Puede estar asociada con deterioro severo de la ventilación, involucrando tanto a los volúmenes y dinámica respiratoria, sin embargo, pocos estudios se han realizado en adultos con obesidad mórbida.

Objetivos: 1-Evaluar los efectos de la obesidad mórbida en la función pulmonar 2- Investigar la variabilidad de la función pulmonar en los cambios posturales en pacientes con obesidad mórbida.

Material y Método: estudio descriptivo y analítico de corte transversal de evaluación de historias clínicas de 51 pacientes con IMC > 30 kg/m², FEV1/FVC > 70%. Se recolectaron datos de medidas antropométricas y espirometría. Las principales medidas de la función pulmonar usadas fueron: capacidad vital forzada (FVC), volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1), flujo espiratorio forzado medio 25-75% (FEF 25-75%). Para la comparación entre grupos se aplicó el test no paramétrico Test Mann-Whitney con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** se estudiaron a 51 pacientes, con edad media de 48,19 años DS ± 11,96.

Distribuidos en 2 grupos: A) obesos mórbidos (n=39) y B) obesos no mórbidos (n=12) las edades medias fueron 48,5 DS ± 14,30 y 47 DS ± 11,33 años, respectivamente.

El FVC% en el grupo A, la media 77,38, desvío standard (DS ± 14,91) y mediana 80 y grupo B media 85,6 DS 10,5 una mediana de 87,5 14,5 con diferencia significativa entre ambos grupos (p = 0,04). El FEV1% en el A la media 80,77 y (DS 15,74) con

mediana de 83,31 y B con media 89,66 (DS 8,74) mediana de 89,5 con diferencia significativa entre ambos grupos ($p = 0,04^*$). El FEV1/FVC% fue para A media 85,51 (DS 6,94) y para B media y DS 88,9 6,56 y mediana de 88,9 sin diferencia significativa entre ambos grupos ($p = 0,08$). El FEF 25/75% fue para A media 76,13 (DS 18,77) con mediana de 78,35 y para B media 85,67 (DS 11,4) con mediana de 86,5 16,5. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos ($p = 0,16$).

En relación con los cambios posturales (posición sentado a supino), el% de cambio FVC: en A media -9,56 (DS 7,59) y mediana de -7,13 y B media -8,5 (DS de 4,98) mediana -9,56. No hubo diferencia significativa entre ambos grupos ($p = 0,28$). El% de cambio del FEV1 del grupo A: media -10,56 DS de 7,61 y mediana de -9,8 y el grupo B media -8,17 (DS 5,72) y mediana -9,57. El% de cambio del FEF 25/75 grupo A: media -22,2 (DS 20,67) con mediana de -20,22 y grupo B media -17,92 (DS de 14,79), mediana de -19,527 sin diferencia significativa entre ambos grupos ($p = 0,94$).

Conclusión: en este grupo, en los obesos mórbidos hubo una disminución significativa respecto a los obesos no mórbidos del% FVC y FEV1, manteniendo relación FEV1/FVC > 70% y el% del FEF 25/75 no tuvo variación significativa. No se encontró diferencia significativa en los parámetros espirómetros en los cambios posturales de los obesos mórbidos.

PP 121- FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES OBESOS CON TRASTORNOS DEL SUEÑO

Coronel M¹, Matas M², Mendez Lobo M³, Mendez Uriburu M³, Avila J⁴

¹ Unidad Respiratoria de Cuidados Intermedios y VNI Hospital Padilla, Argentina.

² Departamento de Investigación Orientación Estadística F de Medicina U. N. T., Argentina. ³ Centro Radiológico Luis Mendez Collado, Argentina. ⁴ Centro de Enfermedades del Sueño, Argentina.

Introducción: la obesidad es hoy en día un problema mayor de salud pública en el mundo. Entre los importantes cambios que produce en la función pulmonar hay una disminución de la distensibilidad tóraco-pulmonar, en particular de la pared torácica, como consecuencia de la restricción a la expansión de la caja torácica y diafragma. La caída de la distensibilidad pulmonar, por aumento del volumen sanguíneo pulmonar y colapso alveolar, consecuencia del cierre de la pequeña vía aérea. Objetivos 1- Evaluar la función pulmonar de pacientes obesos con trastornos respiratorios del sueño (TRS) 2- Investigar la presencia de cambio en la función pulmonar con modificación de la postura en estos pacientes.

Material y Método: los participantes del estudio fueron 51 pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²), con FEV1/FVC > 70% y trastornos respiratorios del sueño (TRS). Se recolectaron datos de medidas antropométricas, espirometría (sentado y decúbito dorsal) y tipo de TRS. En la espirometría, la capacidad vital forzada (FVC), el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) y el flujo espiratorio forzado medio (FEF25-75%) fueron usados como las principales medidas de la función pulmonar. Para la comparación entre grupos con distinto TRS de los valores de la función pulmonar se aplicó el test no paramétrico Mann-Whitney con un nivel de significancia de 0,05.

Resultados: de los 51 pacientes estudiados con edad de 48,19 años DS± 11,96, el 61% (31) eran varones y el 39% (20) eran mujeres. La distribución según tipo de TRS fue: síndrome apnea obstructiva del sueño (OSA), 65% (n=33) y OSA + OHS, 35% (n=18). Los participantes fueron divididos en dos grupos según el tipo de TRS. Grupo 1: OSA, con edad media de 47,33 años, DS ± 13,28. El 51% (17) eran varones y el 49% (16) eran mujeres, con índice de masa corporal (IMC) medio de 44,31 DS ± 9,28. Grupo 2: OSA + OHS, con edad media de 49,77 años, DS ± 9,18. El 78% (14) eran varones y el 22% (4) eran mujeres, con IMC medio de 52,88 DS ± 7,35. ($p = 0,014$)

Función pulmonar en grupo 1: FVC% del predicho media de 86,24 (DS ± 10,43) y mediana 86,13 vs media 66,61 (DS ± 11,64) y mediana 66,5 19 del grupo 2 ($p < 0,0001$). El FEV1% del predicho para el grupo 1 vs 2 eran media 89,66 (DS ± 9,78) y mediana 90,15 vs media 69,72 (DS ± 13,56) y mediana 68,5 15 ($p < 0,0001$). El FEV1/FVC, grupo 1: media 86,83 (DS ± 7,28) vs grupo 2: media 85,37 (DS ± 6,36) ($p = 0,51$). Respecto

al FEF 25/75% predicho para grupo 1, la media 83,39 (DS ± 14,97) y mediana 84,22 vs grupo 2: media 69,17 (DS ± 18,99) y mediana 66,5 30 ($p = 0,025$). En relación con los cambios posturales (de posición sentado a decúbito dorsal), las variaciones del cambio FVC% fue grupo 1 vs 2 con media de -8,85% (DS ± 6,91) vs -10,17%.

(DS ± 7,37) ($p = 0,38$). El cambio% FEV1 para grupo 1 vs 2 media -9,94% (DS ± 7,2) vs -10,67% (DS ± 7,44) ($p = 0,8$). El cambio del FEF 25/75 para grupo 1 vs 2 media -19,21% (DS ± 15,74) vs -24,83% (DS ± 24,8) ($p = 0,92$).

Conclusión: 1- La función pulmonar estaba claramente afectada en pacientes obesos que presentaron OSA asociada a OHS que coincide con mayor IMC, con diferencia significativa comparando con los obesos con OSA. 2- No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos al evaluar la variabilidad de la función pulmonar según cambio postural.

PP 090- PREVALENCIA DE SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO POSICIONAL EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ESTUDIADOS MEDIANTE POLIGRAFÍA RESPIRATORIA EN DOMICILIO

Nogueira JF^{1,2}, Giovini V², Vera A², Vera D², Rey R², Luna CM¹

¹ Hospital de Clínicas "José de San Martín" UBA, Argentina. ² IADIN - Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Argentina.

La prevalencia del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño posicional (SAHOS-P) varía considerablemente según distintos autores, criterios y metodología de análisis. Los estudios disponibles se basan fundamentalmente en la polisomnografía efectuada en el laboratorio de sueño (PSG-Lab). La poligrafía respiratoria (PR) permite estudiar al paciente en su domicilio con menor invasión, lo que favorece la adopción de decúbito lateral (DL) durante el sueño, en comparación con la PSG-Lab, que se asocia a mayor proporción de la noche en decúbito dorsal (DD) afectando la probabilidad de detectar un componente posicional. La detección de SAHOS-P puede influir potencialmente en la conducta terapéutica. El objetivo del presente estudio es evaluar la prevalencia de SAHOS-P en una población de pacientes estudiados mediante PR en domicilio, utilizando distintos criterios y estratificación diagnóstica. Métodos: estudio descriptivo, observacional. Pacientes adultos, con sospecha de SAHOS, en condiciones de ser estudiados en domicilio. Fueron sometidos a una PR (Stardust II, Philips) que registra flujo, esfuerzo, pulsioximetría, ronquido y posición corporal. Se consideraron los trazados que hubieran superado las 3 horas de registro. Se excluyeron los estudios con menos de 30 minutos en DD o DL y los trazados no interpretables por defectos técnicos. Un índice de apneas e hipopneas (IAH) $\geq 5/h$ fue considerado diagnóstico de SAHOS; de grado leve con un IAH entre 5-15/h, moderado entre 15-30/h y severo > 30/h. Definimos SAHOS-P cuando el IAH se reduce a $\geq 50\%$ entre DD y DL. Se categorizaron estos pacientes según si el IAH en DL es inferior a 5ev/h, entre 5-15ev/h y > 15ev/h, como elemento que puede afectar la decisión de tratamiento. Se compararon las distintas poblaciones.

Resultados: se reclutaron 182 pacientes con SAHOS. El 69,7% eran hombres, edad de 52,3+/-14,5 años, IAH 30,4+/-55,3 ev/h, IMC 30,3+/-5,7. Del total, 69 (37,5%) cumplieron con el criterio de SAHOS-P, con un IAH en decúbito lateral que resultó normal en 19 pacientes (10,4%); entre 5-15ev/h en 28 (15,3%) y > 15ev/h en los restantes 22 (12%). El 25,7% de la población estudiada presentó SAHOS-P con un IAH en decúbito lateral normal o levemente elevado. La población de pacientes con SAHOS-P se caracterizó por una menor edad y menor severidad del SAHOS.

Conclusiones: en un número considerable de sujetos, el SAHOS presenta un componente posicional que podría potencialmente afectar la decisión terapéutica, sobre todo en los casos en los que el IAH en decúbito lateral resulta normal o levemente elevado. La PR en domicilio es una herramienta adecuada para estudiar a estos sujetos.

PP 223- NUEVA PRUEBA PARA EVALUAR TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO

Larrateguy LD¹, Pais C^{3,4}, Larrateguy SD¹

¹ Centro Privado de Medicina Respiratoria, Argentina. ³ Cardio Com, Argentina. ⁴ Facultad de Ingeniería. UNER, Argentina.

Introducción: la apnea obstructiva del sueño (AOS) predispone a la disfunción del sistema nervioso autónomo y por ello aumenta la morbilidad cardiovascular. La disfunción del sistema nervioso autónomo en la AOS puede demostrarse a través de la medición de la recuperación de la frecuencia cardíaca (heart rate recovery - HRR). Se ha demostrado que la HRR medida con un test submáximo, como la prueba de caminata de seis minutos, representa esta disfunción autonómica y riesgo cardiovascular. Por otro lado, se han encontrado niveles elevados de PCR-as, un marcador de inflamación y riesgo cardiovascular, asociados de manera significativa a una baja HRR, en individuos con AOS. Nuestro grupo ha diseñado una prueba de escalón parametrizada y el dispositivo HRR Test® que puede medir la HRR durante el minuto de reposo posterior a ese ejercicio submáximo.

Objetivo: comprobar si se modifica la HRR, medida con el HRR Test®, durante un minuto después de terminar la prueba del escalón de tres minutos, en pacientes con AOS, antes y después de un mes de tratamiento con CPAP.

Métodos: a un grupo de pacientes con diagnóstico, a través de poligrafía respiratoria validada, de AOS moderada y grave, se los sometió a una prueba del escalón de tres minutos de duración y se midió la HRR durante el minuto posterior a la finalización de esta prueba submáxima. Se comparó la HRR medida luego del diagnóstico de AOS con la medida luego de un mes de tratamiento con CPAP. En todos los pacientes se registró además la edad, el IMC, el índice de apneas e hipopneas y la adherencia al uso de la CPAP con el contador horario del equipo. **Resultados:** en todos los pacientes se verificó una buena adherencia al uso de la CPAP con un promedio de horas de uso diario de 6,2 h. También una mejoría significativa de la HRR al mes de recibir tratamiento con CPAP. La mejoría fue de 7,8 (\pm 1,9) latidos sobre un promedio de 19,6 (\pm 3,3) latidos antes de comenzado el tratamiento. En datos porcentuales, la mejoría promedio fue de un 39,4% en la recuperación de la frecuencia cardíaca medida luego de un ejercicio submáximo parametrizado.

Conclusiones: el nuevo test del escalón con la medición de la HRR como indicador de disfunción autonómica y riesgo cardiovascular se muestra efectivo para registrar la mejoría en la HRR luego del tratamiento con CPAP.

PP 192- EVALUACIÓN DE LA GRASA VISCERAL POR DXA Y SEVERIDAD DEL TRASTORNO RESPIRATORIO DEL SUEÑO EN PACIENTES OBESOS

Coronel M¹, Matas M², Mendez Lobo M³, Mendez Uriburu M⁴, Avila J¹

¹ Unidad Respiratoria de Cuidados Intermedios y VNI Hospital Padilla, Argentina.

² Departamento de Investigación Orientación Estadística F de Medicina U. N. T., Argentina. ³ Centro Radiológico Luis Mendez Collado, Argentina. ⁴ Centro de Enfermedades del Sueño, Argentina.

Introducción: el exceso de acumulación de grasa visceral en pacientes con índice de masa corporal (IMC) > de 30 kg/m², es un importante factor de riesgo por elevada morbilidad cardiovascular, metabólica y síndrome de apnea obstructiva del sueño. Algunos autores describen la grasa visceral como fuerte predictor independiente en el desarrollo del síndrome de hipoventilación asociado con obesidad (OHS). Mientras que el gold standard para cuantificar la grasa visceral es la TC (tomografía computada), esta es difícil de realizar por su elevado costo y la prolongada exposición a rayos, entre otras limitaciones, por lo cual se requieren estudios con otros métodos validados, Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA). Por esto hemos considerado la medición de la grasa visceral por DXA por ser simple, de fácil lectura y repetible.

Objetivos: 1- Analizar la existencia de relación entre volumen de grasa visceral medida por DXA y estudios del sueño en pacientes obesos. 2- Evaluar la diferencia del volumen de grasa visceral medida por DXA entre pacientes eucápnicos e hipercápnicos. **Material y Método:** se evaluaron 36 historias clínicas de pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²) en U. R. del H. Padilla y Centro de Enfermedades del Sueño. Los participantes tenían: FEV1/FVC > 70% y trastornos respiratorios vinculados con el sueño (TRS). Se obtuvieron datos de gases sangre arterial, espirometría y estudios de sueño en la oximetría nocturna y poligrafía, usán-

dose como parámetros principales para evolución tipo de TRS, Sat. O₂ media e índice de desaturación de O₂ (ODI) > 4%. La medición de grasa visceral se realizó por DXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) en gramos. Para la comparación entre grupos para volumen de grasa visceral se aplicó el test no paramétrico Mann-Whitney con un nivel de significancia del 5%. Para el análisis de correlación entre variables cuantitativas se estudió el coeficiente de correlación de Pearson mediante análisis de regresión lineal.

Resultados: los 36 pacientes evaluados tenían una edad media de 47,9 años DS \pm 12,65 años. Eran mujeres, el 53% (19), y el 47% (17) eran varones.

Los tipos de trastornos respiratorios del sueño asociados al volumen de grasa visceral para OSA (n=21) tuvieron una mediana de 3755 gr, R.I \pm 2006 vs OSA+OHS (n=12) con mediana de 5284,5 gr, IR \pm 3083,5 (p=0,14). No se encontró diferencia significativa en ambos grupos. Al evaluar la correlación entre volumen de grasa visceral con ODI, el coeficiente de correlación de Pearson r = 0,134 (p 0,45) resultó no significativo, por lo que se concluye que la grasa visceral no tiene asociación lineal positiva con ODI. Al analizar la correlación entre volumen de grasa visceral con SO₂ media coeficiente de correlación de Pearson r = 0,048 (p 0,792) resultó no significativo, por lo que se concluye que la grasa visceral no tiene asociación lineal positiva con SO₂ media. En el grupo de eucápnicos (n=19), el volumen de grasa visceral tuvo una mediana 3940 gr, con R.I \pm 3159 gr. En los hipercápnicos (n=15), el volumen de grasa visceral tuvo una mediana de 4461 gr con un R.I \pm 2335 gr (p=0,73).

Conclusión: 1- En el grupo de pacientes estudiados respecto a los estudios del sueño, no se encontró asociación significativa entre volumen de grasa visceral y tipo de trastorno del sueño OSA ni OSA+OHS. Tampoco se encontró que el volumen de grasa visceral tuviera una asociación lineal positiva con ODI o con la SO₂ media.

2- No se encontró diferencia significativa entre el volumen de grasa visceral y los obesos eucápnicos vs los hipercápnicos.

Por lo tanto, se deben seguir realizando futuras investigaciones al respecto.

PP 261- USO PRESIÓN POSITIVA COMO STENT DE PRESIÓN PARA MANTENER LA APERTURA DE LA VÍA AÉREA

Toledo A, Castro P, Cervantes V, Gross P, Grynblat P, Galindez F, Del Olmo R, Maggio P, Lebus J

Hospital de R. R. Maria Ferrer, Argentina.

Paciente de sexo femenino, 37 años de edad, síndrome de morquio. Antecedentes de asma bronquial.

Derivada a la Unidad de Sueño y Ventilación Mecánica por neumonólogo de cabecera.

Refiere roncar desde hace 2-3 años. Se levanta descansada pero con dolor en el cuerpo. La madre refiere algunas apneas y recalca que hace un ruido raro al dormir.

Escala de Epworth 11: somnolencia leve.

Examen físico: altura 94 cm, cifoscoliosis, microfaringe.

Aumento de resistencia al flujo nasal. Auscultación: broncoespasmo.

Espirometría:

FEV1: 0,44 (42%) FEV1: 1,03 (98%)

FVC 0,57 (46%) FVC: 1,10 (88%)

FEV1/FVC 87 FEV1/FVC 84

Gases arteriales

pH 7,41 PCO₂ 37,8 P02 80 HCO₃, 28 Saturación 94%.

Polisomnografía:

Presenta IAHS 14. 1 evento obstructivo/hora. Saturación basal, 95,3%. Saturación promedio, 87%. IDO: 32 eventos/hora.

Se solicita FBC por sospecha de estridor, en donde se observa: Faringe con colapso que aparenta ser inspiratorio. Cuerdas vocales sin lesiones. Tráquea: compresión extrínseca de la pared lateral izquierda que dificulta el paso del endoscopio de 4 mm, por la protrusión de un cuerpo vertebral que ocluye la casi totalidad de la luz traqueal.

Se inicia ventilación no invasiva (VNI): IPAP 14 cm H₂O EPAP 7 cm H₂O así logra la desaparición del estridor.

TAC con reconstrucción 3 D:

Marcada reducción del calibre de la tráquea, localizado a la altura del cuerpo vertebral C7 y D1.

Vía aérea presenta irregularidades por compresión extrínseca de cuerpos vertebrales.

El diámetro máximo del segmento estenótico en reposo es de 4,3 mm.

Tráquea lateralizada y desplazada en sentido anteromedial.

Con VNI: se logra aumento del diámetro del segmento estenótico de 4,3 a 5,7 mm; correlaciona clínicamente con la desaparición del estridor.

Ventilada desde hace 4 años; se cambió de modo BIPAP a respirador Trilogy, modo S/T AVAPS con AUTOEPAP, con evolución favorable, mejoría de su tolerancia al ejercicio y desaparición completa del estridor. Trabaja 6 h/día; requirió internación una vez por precaución por infección canalicular, debido a la pequeña luz que queda en la vía aérea.

El síndrome de morquio es una enfermedad autosómica recesiva. Las complicaciones que presenta están relacionadas con una marcada displasia esquelética, sobre todo la parte superior del cuello puede deslizarse y dañar la médula espinal, causando parálisis y problemas para caminar.

Puede haber complicaciones cardíacas por compromiso valvular, y las complicaciones respiratorias están relacionadas con la deformidad de la caja torácica con pectus carinatum, la cifoscoliosis, SAHS y tráquea angosta.

Conclusión: la obstrucción de la vía aérea por protrusión de un cuerpo vertebral es una complicación de difícil tratamiento en esta paciente por la normalidad anatómica que presenta, por esta razón se intentó lograr la estabilización de la vía aérea con presión positiva como stent neumático o de presión, logrando aumento de la ventilación pulmonar, desaparición de los síntomas respiratorios y mejoría de la calidad de vida.

Proponemos esta alternativa terapéutica no invasiva que puede lograr los mismos resultados, sin las dificultades y los riesgos que significaría un stent traqueal.

PP 205- EVALUACIÓN SOBRE DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO OBTENIDOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DREAMAPP®

Rojas Mendiola R, Faccioli G, Smurra M

Hospital General de Agudos Enrique Tornú, Argentina.

Introducción: la utilización de un cuestionario desarrollado a partir de la historia clínica originalmente propuesta en las guías de trastornos respiratorios vinculados al sueño publicadas en 2001 y el desarrollo de un programa (Dreamapp®) que permite el armado de una base de datos en los hospitales E. Tornú y C. Argerich, dieron lugar al análisis de los datos clínicos y demográficos de los pacientes que consultan en el servicio y la implicancia de comorbilidad en los mismos.

Objetivo: utilizar y evaluar un programa de almacenamiento de datos a partir de un cuestionario sencillo autoadministrado y la comorbilidad de los trastornos respiratorios vinculados al sueño, en pacientes que realizan una consulta en el Servicio

de Sueño e Insuficiencia Respiratoria del Hospital E. Tornú. Material y Métodos: análisis de almacenamiento de datos a partir del programa Dreamapp®, desarrollado por el Dr. Rodríguez Jorge, utilizando la base Filemaker® en pacientes estudiados con polisomnografía y poligrafías respiratorias, en el Hospital E. Tornú.

Resultados y Conclusiones: encontramos un predominio del sexo femenino en pacientes con SAHOS leve. La presencia de ronquido y su frecuencia, la referencia de apneas por testigos, el cansancio diurno, la referencia de dormirse contra su voluntad y un índice de EPWORTH de 11,79 son los datos clínicos significativos en pacientes con SAHOS moderado a severo (IPR mayor de 15). No establecimos diferencia significativa en los

Variables	SAHOS moderado-severo	SAHOS leve	p
Sexo femenino	79 (38.92%)	35 (53.03%)	0.046
Presencia de ronquido	192 (95.52%)	55 (85.94%)	0.018
Elevada frecuencia de ronquido	169 (88.02%)	39 (70.91%)	0.005
Apneas presenciadas frecuentes	123 (63.08%)	25 (40.98%)	0.002
Cansancio diurno	166 (82.59%)	44 (69.84%)	0.032
Dormido contra su voluntad	96 (48.48%)	19 (29.69%)	0.009
Epworth (media)	9.56	11.79	0.022

promedios de presentación de comorbilidad en SAHOS leves o moderados-severos.

Las preguntas agrupadas de ronquido, percepción propia

Variables	SAHOS	Sanos	p
Circunferencia cuello (media)	41.24	37.62	0.0001
Presencia de ronquido	247 (91.82%)	20 (71.4)	0.001
Elevada frecuencia de ronquido	208 (77.32%)	11 (57.9%)	0.008
Roncadores de alta intensidad	162 (60.22%)	8 (42.11%)	0.019
Ahogos nocturnos	175 (65.06%)	12 (46.15%)	0.028
Apneas presenciadas frecuentes	148 (55.02%)	3 (12.5%)	0.00001
Somnolencia diurna	160 (59.48%)	9 (34.5%)	0.03
Dormido contra su voluntad	115 (42.75%)	4 (15.38%)	0.005
Epworth (media)	11.25	5.13	<0.00001
Diabetes	54 (20.07%)	0	0.002
HTA	136 (50.56%)	9 (30%)	0.033

y de terceros de apneas, somnolencia y EPW son significativamente menos frecuentes en pacientes sanos. Estos son más delgados. Las dos enfermedades más frecuentemente asociadas a SAHOS: diabetes e HTA son significativamente menos frecuentes. La HTA ocurre menos frecuentemente en pacientes con incremento de resistencia de VAS sin variabilidad oximétrica, como los sanos, pero tienen mayor referencia de pérdida de memoria.

Los obesos-hipoventiladores son parecidos a los SAHOS, con mayor circunferencia de cuello sin diferencias de IMC; pero además tienen más tendencia a dormirse durante sus actividades habituales, EPW 17,67, sin diferencias en la comorbilidad.