

Suplemento especial 44° Congreso de Medicina Respiratoria

Comunicación Oral - Trabajo de Investigación Unidad Temática: Enfermedades Ocupacionales

0007 - MESOTELIOMA PLEURAL Y EXPOSICIÓN AL ASBESTO Unidad Temática: Enfermedades Ocupacionales Unidad Temática 2: Oncología

Zurbriggen, Rita María(1) | Scarinci, Mirta(2) | Werbach, Andrea(2) | Pendo, Raquel(3) | Naval, Norma(4) | Usandivaras, Marcela(4) | Gardeñez, Walter(1) | Seineldín, Carlos(5) | Piana, Malvina(1) | Bagnes, Claudia(6) | Pedernera, Analía(6)
Hospital Provincial del Centenario (UNR) (1); Hospital Cetrángolo (2); Universidad Nacional Córdoba (3); Hospital Padilla (4); Hospital Español (5); Hospital Tornú (6)

Exposición	Ambiental (n) %	Doméstica (n)%	Laboral (n) %
Si expuestos	23 (57,5%)	24 (60%)	15 (37,5%)
No expuestos	9 (22,5%)	15 (37,5%)	21 (52,5%)
Desconocida	8 (20%)	1 (2,5%)	4 (10%)
Total	(40)	(40)	(40)

Introducción: El mesotelioma pleural (MP) es un tumor poco frecuente que se localiza preferentemente en la pleura. Existe una clara relación causal entre el mesotelioma y la exposición ocupacional al amianto. Sin embargo, en la actualidad las preocupaciones sobre el riesgo de esta enfermedad están centradas en las exposiciones a dosis bajas. El efecto de la contaminación ambiental o doméstica es motivo de estudio como causa y riesgo de la enfermedad.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir las características de exposición al asbesto de pacientes con Mesotelioma Pleural asistidos en hospitales de distintas regiones del país en el período comprendido entre 01/01/2013 y el 31/12/2014.

Materiales y Métodos: Diseño del estudio: Descriptivo transversal prospectivo. Se implementan Categorías de exposición al asbesto (Ambiental/Doméstica/laboral)

Resultados: Se presentan los resultados de 40 casos de MP. La edad promedio fue de 66 años, sexo masculino 55%. Tabaquistas el 52,5% de los casos. La probabilidad de Exposición Ambiental: Categoría: a) Si expuesto fue 57,5%, b) No expuesto fue 22,5%, y para c) Desconocido 20%. La probabilidad de Exposición Doméstica: Categoría: a) Si expuesto fue 60%, b) No expuesto 37,5%, c) Desconocido 2,5%. En tanto que la probabilidad de Exposición Laboral: Categoría: a) Si expuesto 37%, b) No expuesto 52,5%, c) Desconocida 10%. El 75% de los casos presentan exposición documentada. En el 17,5% de los casos no se conoce su exposición.

Conclusiones: Se describen las características y fuentes de exposición al asbesto en 40 casos de MP asistidos en hospitales de distintas regiones del país durante un período de dos años. En la Argentina la prohibición del uso del asbesto data del año 2003. La falta de conocimiento de exposición no implica no haber estado expuesto al asbesto. La latencia prolongada de la enfermedad permite que el paciente en oportunidades no recuerde la fuente de exposición. Se requiere por parte del médico una tarea minuciosa en la anamnesis de exposición. El subregistro de estas enfermedades es evidente en nuestro país. La ausencia de Registros de MP, determinaría un menor número de casos reportados. Es factible que la incidencia de esta patología si bien baja en la actualidad, presente un incremento en el futuro.

Palabras clave: Asbestos; Mesotelioma pleural; Exposición ambiental, domestica,laboral

Unidad Temática: Oncología

0252 - RESECCION DE TUMOR ENDOBRONQUIAL DE LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO POR CRIOSONDA.

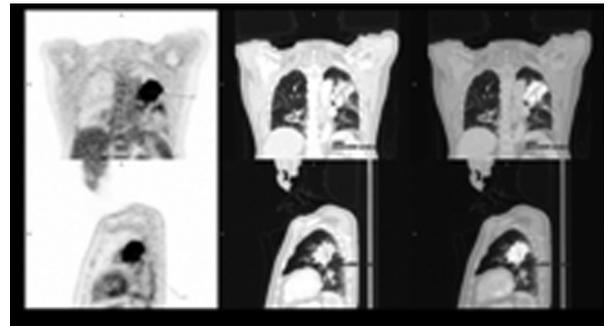
Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Oncología

Unidad Temática 2: Endoscopia Respiratoria

Las Heras, Marcos José | Castro Azcurra, Rodrigo | RodríguezGiménez, José | Svetliza, Graciela | Precerutti, Juan Arturo
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La utilización de criosonda (criobiopsia) está demostrando grandes beneficios en el diagnóstico de patología pulmonar intersticial. Su utilidad en el tratamiento de enfermedades oncológicas ha demostrado ser seguro, evitando daño de la pared bronquial y consiguiente perforación en comparación con otros métodos, como la braquiterapia y radioterapia.



Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 72 años de edad con antecedentes de tabaquismo, 25 paquetes/años, que presenta 4 meses antes de su consulta cuadro de neumonía, por lo cual se realiza tratamiento antibiótico, con buena respuesta. Persiste con tos, por lo que se realiza control radiográfico, que evidencia masa de campo superior izquierdo y posterior de lóbulo superior izquierdo. PET TC compatible con proceso neoforativo primario pulmonar con compromiso ganglionar. Se decide realizar toma de muestra por broncoscopia rígida, observándose tumor proveniente del lóbulo superior izquierdo el cual obstruye el 100% de la luz. Debido a que por su localización anatómica no es plausible de resección con broncoscopia rígida, se decide realizar desobstrucción endoscópica de vía aérea mediante crioterapia. Se obtiene resección tumoral y permeabilidad completa del bronquio afectado. Anatomía patológica compatible con carcinoma escamoso.

Discusión: La crioterapia es un método único de destrucción sobre la base de los efectos citotóxicos de frío en el tejido vivo. La aplicación de una sonda de baja temperatura sobre un tejido induce primero una adhesión inmediata entre la sonda y el tejido, después la aparición de cristales de hielo intra y extracelulares, provocando movimientos de iones y agua adicionales resultantes en la deshidratación celular. Si bien la indicación específica de la crioterapia es luego de la resección mecánica del tumor, en este caso el acceso al mismo no es posible por su ubicación anatómica. Se destaca la seguridad del tratamiento debido a la profundidad (3 mm) y la acción citotóxica de seguridad contra las células tumorales en la pared bronquial

Conclusiones: Se presenta este caso, como una opción terapéutica en pacientes con tumor endobronquial no accesible por

su localización anatómica con broncoscopia rígida convencional, demostrando ser seguro y con resultados alentadores respecto al diagnóstico y a la terapéutica

Unidad Temática: Kinesiólogía

0014 - DECANULAR. FACTORES PREDICTORES DE DIFICULTAD PARA LA DECANULACIÓN. ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO.
Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Kinesiólogía

Unidad Temática 2: Neumología Crítica

Díaz Balive, Ladislao Pablo Matías(1) | Villalba, Darío(2) | Andreu, Mauro(3) | Escobar, Miguel(4) | Morel Vulliez, Gastón(1) | Lebus, Janina(4) | Rositi, Emilio(4) | Terán, Eduardo(5) | Falduti, Alejandra(6) | Tenaszcz, Karina(7) | Reinoso, Mayra(8) | Quijano, Agustina(9) | Di Piero, Mercedes(10) | Borello, Silvina(3) | *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (1); Clínica Basilea (2); Hospital Donación Francisco Santojanni (3); Centro Parque (4); Hospital Central de Mendoza (5); Hospital Juan A. Fernández (6); Alta Complejidad En Red, Hospital El Cruce, Dr. Néstor C Kirchner, (7); Hospital Italiano de Buenos Aires (8); Clínica de Internación Aguda En Rehabilitación Y Cirugía (9); Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo (10); Clínica Pasteur (11); Sanatorio Colegiales (12); Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC) (13); Clínica Santa Isabel (14); Hospital Carlos G. Durand (15); Hospital Escuela José De San Martín (16)*

Tabla 1. Características de la Cohorte

Variable*	Decanulación		P
	SI N=193	NO N=145	
Sexo masculino	119 (61)	80 (56)	0,62†
Edad	56 (40 - 66,5)	62 (48,5 - 74)	<0,001†
Grupo menor a 34 años	39 (20,3)	18 (12,4)	
Grupo entre 35 y 54 años	51 (26,5)	25 (17,2)	
Grupo entre 55 a 74 años	83 (43,2)	67 (46,2)	<0,001†
Grupo mayor a 75 años	20 (10,4)	35 (24,1)	
Paciente de centro referido como UCI	176 (91,7)	110 (75,9)	<0,001†
Paciente de centro referido como CDVMR	17 (8,3)	35 (24,1)	<0,001†
GCS al ingreso	10 (4,7 - 15)	9,5 (6 - 15)	0,82‡
Score de Charlson al ingreso	2 (1 - 3)	3 (1 - 4)	0,03‡
Antecedentes Respiratorios	36 (18,6)	25 (17,2)	0,77†
Obstructivos	27 (13,9)	17 (11,7)	0,72†
Restrictivos	4 (2,0)	4 (2,7)	0,62†
Tuberculosis	3 (1,5)	4 (2,8)	0,63†
Antecedentes cardiovasculares	91 (47,1)	69 (47,5)	>0,99†
HTA	73 (37,8)	60 (41,3)	0,57†
Panvascular	6 (3,1)	2 (1,3)	0,47†
ICC	6 (3,1)	7 (4,8)	0,57†
Posquirúrgico cardiovascular	11 (5,6)	8 (5,5)	0,51†
Antecedentes neurológicos	32 (16,5)	29 (20,0)	0,47†
Stroke	13 (6,7)	14 (9,6)	0,41†
Lesión medular	2 (1,0)	1 (0,6)	>0,99†
Enfermedad extrapiramidal	4 (2,0)	2 (1,3)	0,70†
Enfermedad neuromuscular	2 (1,0)	1 (0,6)	0,99†
Antecedentes metabólicos	62 (32,1)	54 (37,2)	0,35†
Obesidad	18 (9,3)	31 (21,3)	0,35†
Hipotiroidismo	9 (4,6)	13 (8,9)	0,12†
Diabetes	24 (12,4)	16 (11,0)	0,73†
Antecedentes Psiquiátricos	11 (5,6)	12 (8,2)	0,38†
Antecedentes Oncológicos	16 (8,2)	14 (9,6)	0,70†
Fumador previo al ingreso	59 (30,5)	31 (21,3)	0,06†
Oxígeno domiciliario previo	1 (0,5)	5 (3,4)	0,08†
Motivo de ingreso a UCI			0,34†
Médico	81 (42,0)	67 (46,2)	
Quirúrgico de urgencia	43 (22,2)	32 (22,1)	
Quirúrgico programado	26 (13,4)	12 (8,3)	
Trauma	4 (2,0)	7 (4,8)	
Trauma con TEC	39 (20,1)	25 (17,2)	
TQT por procedimiento quirúrgico	105 (54,4)	94 (64,8)	0,058†
Motivo para realizar TQT			0,60†
Precoz	74 (38,3)	47 (32,4)	
Weaning prolongado	49 (25,3)	31 (21,3)	
Ventilación mecánica prolongada	37 (19,1)	27 (18,6)	
Extubaciones fallidas	22 (11,3)	11 (7,7)	
Obstrucción de las vías aéreas	8 (4,1)	16 (11,0)	
Días en UCI	40,5 (27 - 70)	41 (27 - 64)	0,97†
Días en CDVMR	63,5 (53,5 - 114,7)	90,5 (65,7 - 107)	>0,99†
Días en Sala General	16 (9 - 35)	12 (5 - 32,7)	0,20†
Días de internación totales en seguimiento	63 (38,5 - 89,5)	61 (39 - 114,2)	0,35†
Duración de Ventilación mecánica	25 (15 - 36)	23 (13 - 34,2)	0,66†
Días con traqueostomía	29 (17 - 47)	43 (21,5 - 77,5)	<0,001†
Condición al alta o fin de seguimiento			
Fallecido	7 (3,6)	45 (31,0)	<0,001†
Vivo derivado a CDVMR	20 (10,3)	31 (21,4)	0,006†
Vivo derivado a UCI	29 (15,0)	25 (17,9)	0,45†
Vivo a domicilio	109 (56,4)	17 (11,7)	<0,001†
Vivo al final de seguimiento	28 (14,5)	26 (17,9)	0,45†
Recanulación	3 (1,5)	3 (2)	>0,99†

UCI: unidad de cuidados intensivos, CDVMR: centro de desvinculación ventilación mecánica y rehabilitación, GCS: escala de coma de Glasgow, HTA: hipertensión arterial, ICC: insuficiencia cardíaca crónica, ARD: asistencia respiratoria mecánica.
 *Valores expresados como número y porcentaje del total excepto que se aclare.
 † Prueba de Escala de Fisher
 ‡ Prueba U de Mann-Whitney
 § Prueba de X²

Introducción: La ventilación mecánica es utilizada comúnmente en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la traqueostomía (TQT) se realiza en aproximadamente el 10% de todos los pacientes que reciben ventilación mecánica, y hasta en el 34% de los pacientes que necesitan ventilación mecánica durante más de 48 horas. Esfuerzos previos para desarrollar un modelo de predictivo han tenido un éxito limitado para explicar el pronóstico de pacientes críticos traqueostomizados. Una posible explicación a esto es el alto número de variables implicadas en el resultado final del pronóstico y la alta heterogeneidad de los pacientes traqueostomizados. No existe hasta el momento en nuestro

país ningún estudio multicéntrico y prospectivo que indague sobre los pacientes traqueostomizados como población blanco.

Tabla 2. Regresión logística binaria

Variable	OR	IC (95%)	P
EDAD estratificada			0,012
Entre 18 y 34 años	1,02	0,47 - 2,21	0,95
Entre 35 y 54 años	1,53	0,77 - 3,03	0,21
Entre 55 y 74	2,40	1,51 - 7,66	0,003
Mayor a 74 años	0,59	0,40 - 1,20	0,19
Fumador Previo al ingreso	4,44	0,46 - 42,31	0,18
Oxígeno Crónico Domiciliario	0,92	0,79 - 1,08	0,33
Paciente de centro referido como UCI	0,29	0,15 - 0,56	<0,001†
Tipo procedimiento quirúrgico	1,74	1,08 - 2,79	0,02†

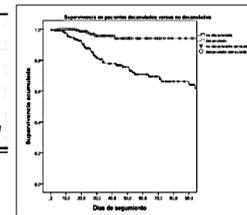


Figura 2. Kaplan Meier de supervivencia entre grupo de pacientes decanulados versus no decanulados

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de la población estudiada, reportar la incidencia de la falla de decanulación, analizar si existen factores de riesgo independientes asociados a la imposibilidad de decanulación y analizar la mortalidad con relacionada a la decanulación.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico que incluyó pacientes que fueron traqueostomizados (TQT) en unidades de cuidados intensivos (UCI) y aquellos que ingresaron TQT a centros de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR). Se registraron variables epidemiológicas previas a la internación, variables durante la internación y mediciones previas a la decanulación. Se siguió a los pacientes por 120 días y luego se los consideró no decanulables para el estudio.

Resultados: Se reclutaron 48 centros de los cuales solo 36 centros (31 UCI y 5 CDVMR) aportaron pacientes. Se incluyeron 576 pacientes, fueron eliminados 238 pacientes por no lograr ser desvinculados de la VM. El promedio de edad fue de 55 años (SD± 18,3), pacientes masculinos (59%). Se lograron decanular 193 pacientes (57%). En el análisis de regresión logística se halló como predictores independientes para la no decanulación al estrato de edad de mayores de 70 años (OR 3,40; IC95% 1,51-7,66) y traqueostomía por procedimiento quirúrgico (OR 1,74; IC95% 1,08-2,79). Además, ser paciente proveniente de la UCI versus ser de CDVMR se comportó como factor protector (OR 0,29; IC95% 0,15-0,56).

Conclusiones: La proporción de pacientes decanulados es superior a lo descrito en la bibliografía, la recanulación mantiene cifras similares a lo publicado. Es importante lograr la decanulación ya que en estos pacientes fue más frecuente el alta domiciliaria. La edad fue un factor predictor de no decanulación, que posiblemente, esté relacionado a un peor estado general. No se hallaron comorbilidades que se relacionen a la no decanulación.

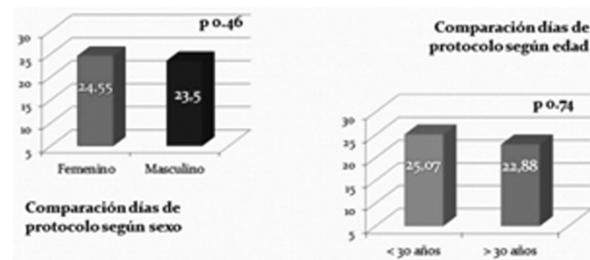
Palabras clave: Traqueostomía, Decanulación, Mortalidad,

0060 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DECANULACIÓN GUIADO POR KINESIÓLOGOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

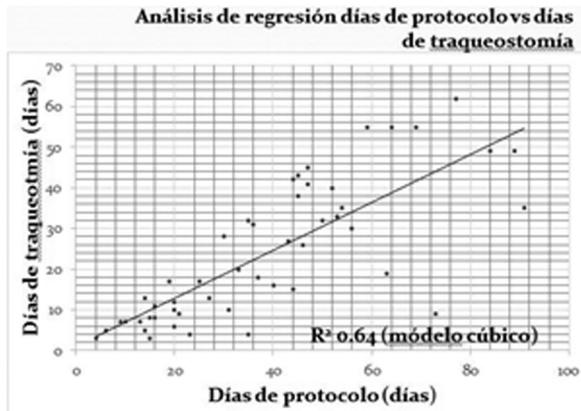
Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Kinesiólogía

Terán, Eduardo | Castro, Nelly Isabel | Bellido, Belén | Picos, Érica | Moreira, Nicolás | Grant, Cristina | Reyes, Cecilia
Hospital Central de Mendoza



Introducción: El incremento en la tasa de ingresos de pacientes críticos en la unidad de terapia intensiva, la realización de traqueotomías tempranas y la falta de un algoritmo de trabajo nos llevan a la instauración de un protocolo de decanulación, con el fin de descomplejizar objetivamente la vía aérea



Objetivos: 1. Establecer un protocolo de decanulación guiado por kinesiólogos y describir sus resultados. 2. Determinar si existen diferencias en los días de protocolo según sexo, edad y patología. 3. Analizar la incidencia de recanulación con los trabajos científicos consultados.

Materiales y Métodos: Estudio de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo a partir del desarrollo de un protocolo de decanulación desde 01/06/2014 hasta 31/05/2015, en un hospital de tercer nivel. Los materiales utilizados fueron: monitor de presión bucal espiratoria e inspiratoria "Rocimex", válvula fonatoria Shiley Covidien, medidor electrónico de flujo pico y FEV1, Piko - 1TM y colorante en pasta azul. Los datos fueron recolectados por el servicio de kinesiólogía. Se definió como días de protocolo a los transcurridos desde el ingreso del paciente a sala común hasta la fecha de decanulación. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, traqueostomizados internados en sala común. Criterios de exclusión: obstrucción de vía aérea superior, traqueostomía previa al ingreso al hospital. Se solicitó consentimiento informado. Análisis estadístico: software SPSS 20.

Resultados: De un total inicial de 103 pacientes traqueostomizados, ingresaron a sala común 74, de los cuales se eliminaron 25 (12 óbitos, 3 autodecanulados y 10 traslados a otro nosocomio) conformándose la población por 49 casos. 29 varones (59.2%), con una edad media (\pm DE) de 43.9 ± 16.2 años (rango 18-73). La media (\pm DE) de los días fueron: traqueotomía 40.2 ± 23.8 , protocolo 24.6 ± 16.9 e internación 65.5 ± 39.4 . No se obtuvo diferencia en días de protocolo según sexo ($p = 0.46$), según motivo de ingreso hospitalario politraumatismo/TEC vs ACV ($p = 0.7$); politraumatismo/TEC vs clínicos ($p = 0.26$) y según edades entre mayores y menores de 30 años ($p = 0.74$). Entre días de traqueostomía y extensión de los días de protocolo, se establece una relación creciente, siendo el modelo cúbico de regresión el mejor aplicable ($R^2 = 0.64$). No se observaron casos de recanulación.

Conclusiones: El protocolo sería aplicable a todos los pacientes observados en nuestro hospital, ya que no hay diferencia en los días de protocolo, según edad, sexo y patología.

Palabras clave: Traqueotomía, Protocolo, Fisioterapeuta

0208 - VARIABILIDAD DE LA RESISTENCIA DE LA VIA AEREA SUPERIOR DURANTE EL DIA

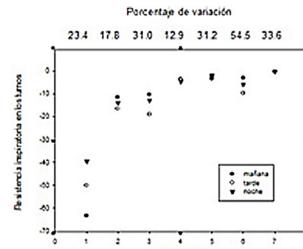
Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Kinesiología

Blanco, M | Cerda, AE | De Vito, E | Del Valle, ML | Escobar, MA | Fierro, B | González, Romina | Gussoni, Mariana Jorgelina | Latorre, SM | Lebus, JM | Morel Vulliez, GG | Navarro, E | Rositi, ES | Zuccotti, A.

Centro del Parque Cuidados Respiratorios

Introducción: La decanulación es el proceso de retirada de la cánula de traqueostomía, involucra la evaluación de la indemnidad de la vía aérea superior, para ello, los criterios más usados son la habilidad de tolerar por más de 24hs o 72hs la cánula tapada con balón desinflado y la efectividad de la tos. En cuanto a la tolerancia del tapón existen varios interrogantes para definirla y la espera de horas no descarta que no



ocurra algún evento extra en el paciente que aumente la resistencia de la vía aérea superior (VAS) y provoque intolerancia a la prueba, pudiéndose calcular midiendo la caída de presión de la vía aérea a un flujo dado. Según Chunli Gao y col., la resistencia inspiratoria de la VAS de pacientes traqueostomizados

por enfermedad laríngea y para obtener éxito en la decanulación debería ser menor de $24.9 \text{ cmH}_2\text{O/L/s}$.

Objetivos: El objetivo de este estudio es cuantificar los valores de la resistencia de la vía aérea superior y analizar su variabilidad cronobiológica, en un grupo de pacientes traqueostomizados por diversas causas, que ingresaron a nuestro centro de weaning.

Materiales y Métodos: En este estudio se incluirán aquellos pacientes traqueostomizados por diversas causas, mayores de 18 años que ingresen a nuestra Unidad de Cuidados Respiratorios, toleren una prueba de respiración espontánea y el uso de válvula fonatoria por 12 horas. Se realizarán las mediciones protocolizadas en los tres turnos. Las señales de flujo, presión en la boca y presión traqueal serán analizadas por medio del programa ACQ de tres maneras diferentes, entre la media del tiempo inspiratorio, entre el tiempo inspiratorio comprendido entre flujos medios y por medio de un único punto instalado en el flujo máximo inspiratorio de ese mismo ciclo analizado.

PACIENTE	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche	X	SD	% VAR
1	-63,34	-50,03	-39,52	-50,97	11,94	-23,42
2	-11,56	-16,59	-14,07	-14,07	2,52	-17,87
3	-10,46	-18,95	-12,89	-14,10	4,37	-31,02
4	-3,58	-4,07	-4,65	-4,10	0,53	-12,98
5	-3,51	-2,54	-1,87	-2,64	0,82	-31,19
6	-3,04	-9,86	-5,94	-6,28	3,42	-54,49
7	-0,53	-0,26	-0,48	-0,43	0,14	-33,58
X	-13,72	-14,62	-11,35	-13,23		
SD	22,26	17,14	13,45	17,48		

Resultados: La diferencia de las tres maneras de medición en los diferentes turnos no fue significativa. La resistencia media del tiempo inspiratorio fue de $-50,97 \pm 11,94$ para el paciente 1; $-14,07 \pm 2,52$ para el paciente 2; $-14,10 \pm 4,37$ para el paciente 3; $-4,10 \pm 0,53$ para el paciente 4; $-2,64 \pm 0,82$ para el paciente 5; $-6,28 \pm 3,42$ para el paciente 6; $-0,43 \pm 0,14$ para el paciente 7. Los porcentajes de variación de cada sujeto entre los turnos medidos fueron de 23,4% para el paciente 1; 17,8% para el paciente 2; 31% para el paciente 3; 12,9% para el paciente 4; 31,2% para el paciente 5; 54,5% para el paciente 6; 33,6% para el paciente 7. (gráfico y tabla)

Conclusiones: La medición de la resistencia de la VAS es un método sencillo de realizar en la práctica, no pudimos obtener una diferencia entre los turnos, es por ello, que no recomendamos a ninguno en especial, y en cuanto a la manera de observar las señales parecería ser la resistencia media del tiempo inspiratorio la más adecuada.

Palabras clave: vía aérea superior-resistencia-traqueostomía

Unidad Temática: Neumonología Crítica

0016 - NEUMONIA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD - ADHERENCIA DE MEDICOS TRATANTES A LAS GUIAS CLINICAS

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Crítica

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Villa, Roberto Adrián

Policlinicodel Docente (OSPLAD)

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) afecta el 1% de la población y no tenemos estadísticas fiables

en nuestro medio del porcentaje que se presentan como graves o que desarrollan gravedad. El cumplimiento de las guías prácticas permite la existencia de un criterio homogéneo en el manejo de los pacientes.

Objetivos: Cuantificar el porcentaje de adherencia que presentan los médicos tratantes a una guía clínica práctica para el tratamiento de la neumonía grave de la comunidad, adaptada a un Policlínico Central de Obra Social.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de todos los pacientes con neumonía internados en Unidad de Terapia Intensiva. Se revisaron las historias clínicas entre el periodo de 01.01.2010 al 01.01.2016. Se define a la población de estudio como los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Policlínico, mayores de 18 años, que al egreso presentaron el diagnóstico de neumonía de ingreso. Se definieron complicaciones como: derrame pleural, empiema, shock séptico, infección metastásica (meningitis, endocarditis, peritonitis, artritis séptica), absceso pulmonar. El tratamiento antimicrobiano de la NAC se define como el utilizado en la guía práctica intersocietarias para el tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. Se tomó como variables: el antibiótico que figura en la historia clínica, la dosis prescrita, clasificación de neumonía, cumple guía. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Los pacientes inmunocomprometidos, la neumonía atípica, neumonía que permanecieron internadas en otro servicio por más de 48 hs y que presentaron complicaciones, pacientes que a su ingreso ya se encontraban en shock séptico al momento del ingreso, los casos que se reinternaron dentro del mes de la externación (se consideró neumonía intrahospitalaria)

Resultados: De un total de 293 pacientes, se seleccionaron utilizando un muestreo al azar 212 pacientes para generar un Intervalo de Confianza del 97%. De estos, el 24.6% son pacientes de neumonía grave sin comorbilidad, el 89.2% de los médicos tratantes cumplió la indicación de la guía. El 75.4% de los pacientes pertenece al grupo de neumonía con comorbilidad, con un porcentaje del 56% de cumplimiento de la guía.

Conclusiones: La adherencia de los médicos tratantes en el caso de NAC supera a lo reportado en otros estudios. Sin embargo, se obtiene escasa adherencia a las guías de tratamiento en los pacientes con comorbilidades. En los casos de no cumplimiento de las guías clínicas, el mayor porcentaje es por la utilización de antibióticos de mayor espectro al indicado. **Palabras clave:** Neumonía grave de la Comunidad Tratamiento Adherencia

0041 - REPORTE DE UN CASO: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA GUIADO POR MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE OBESIDAD E HIPOVENTILACIÓN.

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Crítica

Unidad Temática 2: Kinesiología

Díaz, Juan Raúl(1) | Madorno, Matías(2) | Montenegro, Ramón(1) | Montiel, Guillermo Cesar(3) | Siroiti, Catalina(4)

Hospital Gobernador Centeno (1); Empresa MBMED (2); Sanatorio Municipal "Dr. Julio Méndez". (3); Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo (4)

Introducción: El síndrome de obesidad e hipventilación (SOH) fue descrito en 19561 como la combinación de obesidad (IMC > 30 kg/m²), insuficiencia respiratoria hipercápnica diurna (> 45 mmHg), asociado a alteraciones en el sueño (SAHS), en ausencia de otra patología respiratoria que justifique la falla ventilatoria.

Presentación de Caso Clínico: Presentamos un paciente masculino de 68 años, obeso mórbido con antecedentes de Síndrome de Apneas del Sueño, que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva con Insuficiencia Respiratoria Aguda Hipercápnica y es tratado con VMNI. A pesar de lograr una buena adaptación a la interfaz, control de fugas y corrección de las presiones, la menor Pao₂ obtenida fue de 68 mm Hg. Decidimos colocar un balón esofágico con el objetivo de determinar en qué medida el componente toraco abdominal el cual estaba afectando el esfuerzo y el intercambio gaseoso. Luego de la medicación, los valores de PEEP se incrementaron, obteniéndose una presión transpulmonar telespiratoria cercana a 0 cm H₂O, una disminu-

nación del esfuerzo de los músculos inspiratorios y una mejoría en el valor de PaCO₂ luego de 12 hs de VMNI. El paciente no presentó ninguna complicación asociada a la titulación con manometría esofágica y fue dado de alta de la terapia intensiva a las 72 hs post titulación guiada Pes.

Discusión: El exceso de masa corporal presente en la obesidad actúa como una carga inspiratoria umbral al final de la espiración, principio de la inspiración, que se debe superar para lograr el ingreso de un volumen de aire a los pulmones. Varios estudios han mostrado la relación entre la obesidad mórbida, el aumento de las presiones esofágicas/ gástricas y la disminución de la CRF y del VRE. 12,13

Conclusiones: La utilización de manometría esofágica permite ajustar las presiones de VMNI en pacientes con SOH de manera más objetiva y ajustadas a las necesidades mecánicas de estos pacientes; logrando mejorar en menor tiempo la insuficiencia respiratoria hipercápnica.

Palabras clave: Síndrome de Obesidad e Hipoventilación (SOH), Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI), Presión esofágica (Pes), Insuficiencia respiratoria Hipercápnica (IRH).

0070 - DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Crítica

Unidad Temática 2: Kinesiología

Buena Ardaiz, Cesar | Díaz Ballve, Ladislao Pablo Matías | Dargains, Nahuel | García Urrutia, José | Balestrieri, Carolina | Bratos, Antonella | Perczak, Milagros | Cagide, Sabrina | Gamarra, Claudio | Paz, Darío | Rotela, Eliana | Aranda, Ricar | Bustos, Fernando | Muller, Sebastián | Settembrino, Esteban

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Tabla 1. Características de la muestra

Características	DAUCI SI N=45	DAUCI NO N=66	P Valor
Edad†	55,9 (±17,6)	45,8 (±16,7)	0,004
Sexo Masculino	23(51)	38(57,6)	0,56
Score de Barthel ‡	100 (40 - 100)	100 (65 - 100)	0,82
Motivo de ingreso			0,15
POP programada	4 (8)	5 (7,5)	
POP urgencia	10 (22)	11 (18)	
Trauma	0 (0)	3 (4,5)	
TEC	0 (0)	1 (1,5)	
M. respiratoria	22 (48)	10 (15)	
M. neurológica	3 (6)	10 (15)	
M. infecciosa	14 (31)	13 (19)	
M. vascular	4 (8)	1 (1,5)	
Días de VMI ‡	7 (4 - 10)	4 (2-7,3)	<0,001
VMI > a 5 días	30 (45)	20 (44)	<0,001
Reintubaciones	8 (17)	16 (25%)	0,48
1 episodio	5 (11)	7 (10)	
2 episodios	1 (2)	6 (9)	
3 episodios	2 (4)	3 (4,5)	
Días en UTI ‡	15,5 (9,25 - 22,8)	9 (6-14)	<0,001
Días al diagnóstico ‡	8 (5 - 14)	4 (2-9,5)	0,003
Días con sedación ‡	2,5 (1 - 6)	2 (0-3)	0,03
Días con analgesia ‡	4 (2 - 8)	3 (1,75-6)	0,12
Días con ventana S-A ‡	2 (1 - 3)	2 (1-3)	0,31
Días con vasopresores ‡	1 (0 - 3,75)	1 (0-1,25)	0,03
Días con falla renal ‡	1 (0 - 23)	0 (0-9,65)	0,03
Días con ATB ‡	5,5 (3 - 9,75)	4 (2,75-6)	0,049
BNM	8(17,8)	10(15,2)	0,79
Hiperglucemia>a3 días	37 (82)	27 (41)	<0,001
Corticoterapia>a3días	21(46,7)	19(18,8)	0,07
Delirio	31 (68,9)	26 (39,4)	0,004
Balance positivo> a3días	33(73,3)	25(37,9)	<0,001
Mortalidad en UTI	4 (50)	4 (50)	0,71

VMI: Ventilación mecánica invasiva; S-A: Sesio-Analgésico; BNM: Bloqueantes neuro-musculares; ATB: Antibióticos; UTI: unidad de terapia intensiva
 † Los valores son expresados en No. (%) excepto cuando se indica
 ‡ Valores expresados en Media(±SD)
 † Valores expresados en Mediana (IQR)

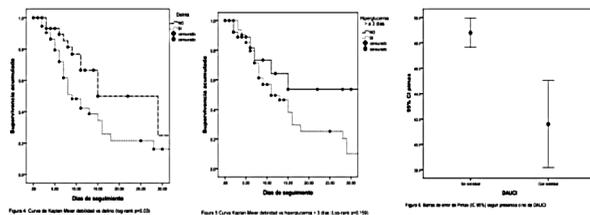
Tabla2. Regresión Logística Binaria

Variables	OR	IC 95%	P	ORaj	IC 95%	p
Días en UTI	0,99	0,97 - 1,02	NS	1,00	0,97 - 1,02	NS
Días al diagnóstico	0,98	0,90 - 1,06	NS	0,98	0,89 - 1,08	NS
VMI >5 días	2,31	0,86 - 6,17	0,09	2,83	1,005 - 7,97	0,049
Días con sedación	1,04	0,89 - 1,21	NS	1,05	0,90 - 1,23	NS
Delirio	3,92	1,57 - 9,74	0,003	3,34	1,31 - 8,50	0,011
Días con vasopresores	1,11	0,91 - 1,35	NS	1,14	0,93 - 1,39	NS
Días con falla renal	0,97	0,84 - 1,13	NS	0,94	0,81 - 1,09	NS
Balance hídrico positivo >3 días	1,31	0,34 - 5,06	NS	1,28	0,31 - 5,19	NS
Días con ATB	1,00	0,86 - 1,17	NS	1,02	0,88 - 1,17	NS
BNM	0,55	0,14 - 2,15	NS	0,53	0,10 - 2,84	NS
Corticoterapia >3 días	1,05	0,38 - 2,91	NS	1,02	0,35 - 2,95	NS
Correcciones con Insulina >3 días	4,61	1,59 - 11,95	0,005	3,85	1,28 - 11,54	0,016

ORaj: Odds Ratio ajustado por Edad; VMI: Ventilación mecánica invasiva; BNM: Bloqueantes neuro-musculares; ATB: Antibióticos; NS: no significativo

Introducción: La debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (DAUCI) y la disfunción neuromuscular asociada a la misma, se evidencian en un 25-50% de los pacientes que requieren más de 5 días de ventilación mecánica invasiva (VMI),

lo que se asocia a dificultad en el destete, estadía prolongada en la UCI y a un incremento de la morbi-mortalidad. A su vez, puede persistir durante años después del alta hospitalaria, afectando la calidad de vida.



Objetivos: Conocer la incidencia de DAUCI en pacientes internados en la UCI del Hospital Prof. Alejandro Posadas durante el período de seguimiento. Además de establecer si las variables identificadas como factores de riesgo muestran asociación en el desarrollo de debilidad adquirida en terapia intensiva. Objetivo secundario; analizar la asociación entre DAUCI y debilidad de músculos inspiratorios.

Materiales y Métodos: Estudio Descriptivo, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo donde se incluyeron pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Profesor A. Posadas, mayores de 18 años, que requirieron más de 24 horas de ventilación mecánica invasiva (VMI) y dieron su consentimiento informado para participar del estudio, se realizó durante los meses de Julio de 2014 hasta diciembre de 2015.

Resultados: Se estudió una muestra de 111 pacientes, se encontró una incidencia de DAUCI del 40,5%. De las variables analizadas mostraron significación estadística los días de hiperglucemia (OR 4,61, IC95% 1,59-11,95 p=0,005; ORaj 3,85, IC95% 1,28 - 11,54, p=0,016), los días con delirio (OR 3,92 IC95% 1,57 - 9,74, p=0,003 ORaj 3,34 IC95% 1,31 - 8,50, p=0,003) y con VMI > a 5 días (OR 2,31, IC95% 0,86 - 6,17, p=0,09; ORaj 2,83 IC95% 1,00 - 7,97, p=0,04). El análisis de supervivencia para la comparación del tiempo a la DAUCI entre los que presentaron delirio y los que no fue significativo (log Rank 0,03). La DAUCI se asoció a debilidad de músculos inspiratorios (Prueba de Fisher, p<0,001)

Conclusiones: La incidencia de DAUCI del Hospital Nacional Profesor A. Posadas fue similar a la encontrada en la bibliografía. Su desarrollo puede ser explicado según la asociación con algunos factores de riesgo tales como la presencia de CAM-ICU positivo, la hiperglucemia y el uso de VMI por más de 5 días.
Palabras clave: Debilidad Adquirida, Incidencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Ventilación Mecánica, Hiperglucemia, Delirio, Presión Inspiratoria Máxima.

0254 - WEANING A VENTILACIÓN NO INVASIVA GUIADA POR LA MEDICIÓN Y MONITOREO DE LA MECÁNICA RESPIRATORIA EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA.

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Crítica

Unidad Temática 2: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

Suarez, Verónica(1) | Siroti, Catalina(2) | Sobrino, Edgardo(1) | Madorno, Matías(3) | Montiel, Guillermo(1)
Sanatorio Municipal "Dr. Julio Méndez" (1); Hospital Cetrángolo (2); Empresa MBMED (3)

Introducción: La obesidad genera un trastorno en la mecánica ventilatoria, con aumento del trabajo respiratorio por aumento en la carga elástica del sistema toraco abdominal (mayor en decúbito supino), disminución de la CRF y de la fuerza muscular y trastorno en el centro respiratorio. La hipoventilación alveolar puede ser consecuencia de dichos trastornos. Los pacientes con síndrome de obesidad hipoventilación (SOH) consumen más recursos de salud que los pacientes obesos normocápicos, incluyendo más días de UTI, ARM y weaning dificultoso.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 69 años de edad, con IMC 59 kg/m² y antecedentes de HTA, tabaquismo, diabetes e hipotiroidismo. Consulta por disnea progresiva hasta clase funcional IV de 72 horas de evolución.

Al ingreso presentó SpO₂ 82%, somnolencia, signos clínicos de insuficiencia cardíaca, EAB: ingreso (FiO₂ desconocida) pH 7,25, PaCO₂ 91 mmHg, PaO₂ 77 mmHg. Se inició tratamiento con Bilevel con mala respuesta clínica, por lo que se ingresó a ventilación invasiva modo volumen control, EAB (FiO₂ desconocida) pH 7,29, PaCO₂ 76,8 mmHg, PaO₂ 70 mmHg. Evolucionó con hipotensión arterial, se interpretó el cuadro como sepsis a probable foco infeccioso respiratorio, iniciándose tratamiento antibiótico. A las 48 del ingreso se encontraba sin requerimientos de drogas vasoactivas, se decidió disminuir la sedación farmacológica y pasar a ventilación con presión soporte (PSV) PS 8 y PEEP 12 cm H₂O, se realizaron dos intentos de weaning, que fueron fallidos. Se decide colocación de balón esofágico y monitoreo de la mecánica toracopulmonar y titulación de presiones según valores obtenidos, aumentado la PEEP a 18 cmH₂O y disminuyendo la PS a 5 cm H₂O, observando unadiminución de la PaCO₂, de la FR y aumento del Vt. Evoluciona con RASS 0, colaboradora y se indica extubación a BiLevel IPAP 23, EPAP 18 cmH₂O, con Vt 400 mL, FR 16, refiriendo confort adecuado, EAB (FiO₂ 30%) ph 7,45, PaCO₂ 58 mmHg y PaO₂ 59 mmHg. Evoluciona favorablemente, por lo que se decide pase a sala general al 5to día post extubación.

Discusión: El aire ingresa y egresa al sistema respiratorio por la diferencia de presiones generada por la contracción y/o relajación de los músculos respiratorios. La interacción dinámica entre la las fuerzas de retroceso elástico de la caja torácica y del pulmón tiene un sentido opuesto, el punto de equilibrio entre dichas fuerzas se conoce como punto de reposo del sistema respiratorio (CRF) medido al fin de la espiración. Toda situación que nos aleje de dicho punto de reposo, generando un trastorno en la mecánica respiratoria se traducirá como un aumento del trabajo o disminución de la eficiencia para el sistema respiratorio. En esta paciente encontramos una Ptp cercana a -20 cm H₂O. Por tal motivo se decidió colocar una PEEP de 18 cm H₂O para contrabalancear las presiones toracoabdominales que generaban la pérdida de volumen pulmonar. Se disminuyó la PS por no tener un aumento en la carga resistiva

Conclusiones: En esta paciente, el monitoreo de la mecánica respiratoria utilizando Pes y PTP con las subdivisiones (elástico y resistivo), permitió ajustar los valores del respirador para reclutar volumen con PEEP elevada (Ptp cercana a 0), aumentando la PaO₂ y disminuyendo la PaCO₂ (disminución shunt) y optimizando el esfuerzo de los músculos inspiratorios con una menor PS.

Palabras clave: Síndrome de obesidad hipoventilación Ventilación no invasiva weaning presionesofágica

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

0023 - DIVERSIDAD DE ESPECIES Y VARIABILIDAD GENÉTICA DE LAS MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CAUSANTES DE ENFERMEDAD EN BUENOS AIRES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Morcillo, Nora(1) | Di Giulio, Beatriz(2) | Nieves, Cecilia(1) | Tartara, Silvana Gabriela(1) | Santangelo, María P(3) | Moyano, Roberto D(4) | Romano, María Isabel(5) | Imperiale, BelénRocío(3)

Hospital Cetrángolo (1); Hospital Petrona V. de Cordero (2); INTA (CICV) (3); INTA (CICV) (4); INTA (CICV) (5)

Introducción: El término "micobacterias no tuberculosas" (MNT) incluye alrededor de 170 especies capaces de producir un amplio espectro patogénico y ejercer un posible papel zoonótico entre animales y el hombre.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron: estimar la frecuencia e importancia clínica de las micobacteriosis (MBs) solas o en asociación con la tuberculosis (TB, explorando la ocurrencia de infecciones mixtas por MNT y M. tuberculosis); determinar la proporción de casos causados por MNT de rápido (MRD) y lento desarrollo (MLD); y analizar la diversidad genética del complejo Mycobacterium avium (MAC) causante de MBs.

Materiales y Métodos: Fase A. Recolección de aislamientos y datos demográficos, clínicos y epidemiológicos de los pacientes. Fase B. a) Identificación molecular por GenoType CM®; b):

secuenciación (de casos inconclusos); c) determinación de la sensibilidad bacteriana empleando un micro-método colorimétrico; d) identificación del complejo *Mycobacterium avium* (MAC) por medio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de la secuencia de inserción IS1311; e) diferenciación entre las especies *M. avium* (MAA) y *M. avium hominissuis* (MAH) por la PCR IS901; f) exploración de la diversidad genética de MAC por medio del polimorfismo en el patrón obtenido con MIRU-VNTR de 8 loci; g) determinación de la actividad β -lactamasa de *M. abscessus* por métodos hidrolíticos.

Resultados: Se diagnosticaron 281 casos de MBs con 23 especies de MNT recuperadas. El 40% tuvo co-morbilidades y el 70% antecedentes de TB que fue el factor de riesgo más importante para la enfermedad por *M. intracellulare*. MAC (MAH y otras especies del complejo *M. avium*) fue aislado en 139 casos (MAH: 85, *M. intracellulare*: 54). Las MRD fueron aisladas en 66 casos (23.5%): *M. abscessus* β -lactamasas positivos, 30 (45,5%) casos, y *M. fortuitum* 22 (33,3%). Alrededor del 80% de los MAH fue genotipificado considerando su área geográfica de procedencia. Se hallaron infecciones mixtas MTBC+MNT en 10 casos. Menos del 25% de las MNT fue inhibido por la rifampicina y más del 70% fue sensible a las fluoroquinolonas; el etambutol (EMB) fue activo sobre *M. kansasii*, algunas cepas de MAC y *M. chelonae*. *M. abscessus*, MAC y *M. kansasii* fueron mayormente susceptibles a claritromicina (CLA); *M. fortuitum* y MAC a azitromicina (AZM). *M. kansasii* fue uniformemente sensible clofazimina que fue activa en el 36% del MAC. De los antibióticos beta-lactámicos, sólo cefoxitin fue activo frente a *M. abscessus* también inhibido por amicacina, EMB, trimetoprima-sulfametoxazol, imipenem, CLA y AZM.

Conclusiones: La mayoría de los casos fue pulmonar; más de 1/3 de los pacientes tuvieron tratamiento previo para TB y el 40% presentó co-morbilidades. La incidencia de casos fue de 0,18/000 habitantes (10% del total identificado). Fueron recuperadas 23 especies de MNT con predominio de las de lento desarrollo. *M. intracellulare* y *M. avium hominissuis* fueron los patógenos más frecuentemente hallados. Este último presentó gran variabilidad genética hecho que sugiere diversidad de fuentes de infección. Un hallazgo muy importante fue el de casos de enfermedad mixta donde se aislaron simultáneamente *M. tuberculosis* y una MNT. Estos pacientes requirieron una terapia personalizada con agregado de drogas de segunda línea al esquema terapéutico inicial para *M. tuberculosis*.

Palabras clave: Micobacteriosis Micobacterias no tuberculosas Diversidad Variabilidad genética

0064 - EVENTOS CARDIOVASCULARES EN NEUMONIA POR NEUMOCOCO

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Pulido, Laura (1) | Dianti, Milagros(1) | García Zamora, Sebastián(2) | Leiva, Sebastián(1) | Burgos, Diego(1) | García, Susana(1) | Vay, Carlos(1) | Famiglietti, Ángela(1) | Luna, Carlos M.(1)

Hospital de Clínicas «José De San Martín», Universidad de Buenos Aires (1); Alta Complejidad En Red, Hospital El Cruce, Dr. Néstor C Kirchner, (2)

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte a nivel mundial mientras que las infecciones respiratorias, especialmente neumonía, representan la tercer causa de muerte, con el *Streptococcus pneumoniae* (SP) como el agente etiológico más frecuente

Objetivos: Definir la frecuencia de eventos cardiovasculares en una cohorte de pacientes con neumonía por SP internados en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de cohorte de pacientes hospitalizados por neumonía entre enero 2012 y marzo 2014 con hallazgo de SP en sangre y secreciones respiratorias. Se evaluó la ocurrencia de eventos cardiovasculares nuevos o la reagudización de cardiopatía previa: insuficiencia cardíaca (IC) y fibrilación auricular (FA) o infarto de miocardio (IAM). Asimismo se registró la elevación anormal de biomarcadores o la ocurrencia de nuevas trastornos en estudios complementarios (electrocardiograma o ecocardiograma)

Tabla 1

Variable	Sin Alt CV	Con Alt CV	p
Media Edad	60.4 (±4.7) años	73.4 (±3.1) años	0.019
Mortalidad			
Cualquier alteración cardiovascular	11.5%	31.3%	0.06
Empeoramiento de ICC	20%	37.5%	NS
Alteración laboratorio	22%	25%	NS
Elevación pro-BNP	21.2%	33.3%	NS
Descompensación arritmia previa	18.9%	60%	0.069
Empeoramiento cardiopatía previa	16.7%	50%	0.036
Media internación y empeoramiento cardiopatía previa	15.7 días	26.2 días	0.04
Media internación y descompensación arritmia previa*	15.1 días	43.3 días	<0.01
Asistencia ventilatoria mecánica**	20%	80%	0.035

(* n= 5 pacientes / (** n= 15

Sin Alt CV= sin alteración cardiovascular. Con Alt CV= con alteración cardiovascular

Resultados: Se estudiaron 58 pacientes, 63.8% (n:37) fueron varones, con una edad promedio de 67 ± 21.3 años. Un 27.6% tenía como antecedente (n:16) cardiopatía isquémica, 27.6% (n:16) enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 25.9% (n:15) presentaban IC y un 15.5% (n:9) FA. La media de edad de los sujetos sin antecedentes cardiovasculares (CV) fue 60.4 ± 4.7 años, y la de los pacientes con algún antecedente CV 73.4 ± 3.1 ($p=0.019$). Un 51.7% presentaron neumonía grave (definida por la presencia de al menos uno de los siguientes factores: resucitación con fluidos y/o inotrópicos o alteración del estado mental), de las cuales un 50% presentó alguna alteración CV. El sitio más frecuente donde se aisló SP fue en hemocultivos (75.9%). Globalmente 55.2% de los participantes presentaron alguna alteración CV: 15.5% nueva IC, 17.2% FA "de novo", 13.8% elevación de biomarcadores, 1.7% IAM, 39.7% alteraciones en métodos complementarios y 17.2% descompensación de su IC o FA previa. Requirieron internación en área crítica 34.5% de los participantes, mientras que 25.9% del total recibieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM). La mediana de internación fue de 14 días y la mortalidad 22.4%. Fallecieron 11.5% de los participantes que no presentaron alteraciones CV, y 31.3% de los que tuvieron algún evento de esta índole, encontrando una tendencia no significativa al respecto ($p=0.06$). Por el contrario aquellos pacientes en los que se reagudizó una patología CV previa presentaron una mortalidad del 50%, comparado con 16.7% de mortalidad en los individuos sin cardiopatía previa ni eventos CV ($p=0.036$). También encontramos una tendencia hacia mayor mortalidad entre los pacientes con descompensación de FA previa (60% versus 18.9%, $p=0.069$). Por otra parte, el 80% de los pacientes con requerimiento de AVM presentaron alguna alteración CV ($p<0.01$). La mediana de internación de los pacientes con cualquier alteración CV fue 15 días, y la de aquellos sin estos eventos 13.5 días ($p=NS$); en cambio la descompensación de una arritmia preexistente sí se asoció a mayor estancia hospitalaria (27 versus 13 días, $p<0.01$). La tabla 1 resume los hallazgos más relevantes del presente.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que los pacientes mayores y con neumonías neumocócicas más graves -NAC grave y/o AVM- serían más proclives a presentar alteraciones CV, y que éstas ensombrecen el pronóstico, con aumento de la mortalidad y morbilidad. Empero, el reducido tamaño muestral impone limitaciones a la inferencia. Nuevos estudios son necesarios para esclarecer estas asociaciones

Palabras clave: Neumonía Neumonocóccica, Eventos Cardiovasculares, Neumonía grave

0081 - CASO CLINICO: STRONGYLOIDES STERCOLARIS:

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

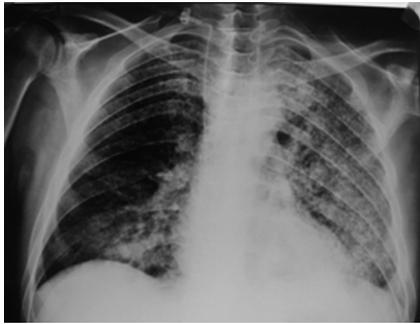
Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Alegre, Anibal | Aquino, Viviana Magdalena | Garay, José | González, Hugo | Reyes Armua, María Cristina

Hospital J. R. Vidal

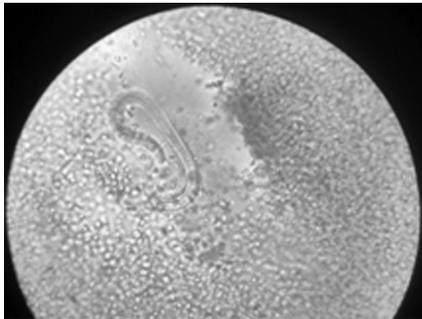
Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 35 años de edad con antecedentes de Pénfigo Vulgar en tratamiento irregular con Prednisona 80 mgr/día y Metotrexato 15 mgr/día. Consulta por astenia, adinamia, náuseas, vómitos,



dolor abdominal y diarrea, hemodinámicamente inestable mala mecánica respiratoria, ingreso a UTI con requerimientos de ventilación mecánica. Examen físico respiratorio: rales crepitantes subescapular bilateral, Sat: O₂:

80% (0,21%). Abdomen: distendido, doloroso, hepatomegalia, edemas periféricos. Laboratorio: Hcto: 25, Hb: 7.3, GB: 14400, plaquetas: 172800, Na: 129, K: 3.2, urea: 50 mgr/dl, HIV negativo, EAB: 7.41/50/35/23/2.5/90%. Coprocultivo: Strongiloides Stercoralis (SS). Se realiza FBC: sangrado activo de ambos bronquios fuentes, se realiza BAL, examen directo: larvas de SS. Punción Lumbar: estudio directo: larvas de SS.

Discusión: Se asume el cuadro como Hiperinfección por Strongiloides Stercoralis (HSS) por lo que se indica como tratamiento: Ivermectina 12 mg/día, Albendazol 800 mg/día. Sin mejoría clínica se produce óbito del paciente.



Conclusiones: El Síndrome de HSS se ha descrito en pacientes con inmunosupresión. La administración de corticoides sistémicos precipita la muda de larvas rabditoides intestinales a filariformes invasoras. Así, en los pacientes infectados crónicamente, tienen disminución drástica de la inmunidad celular, el parásito se multiplica con abundancia y se disemina por pulmones, hígado, encéfalo, etc. Mortalidad 80%. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de larvas de SS en muestras microbiológicas. Se recomienda Ivermectina en casos de HSS diariamente hasta la resolución de los síntomas y la negativización de las muestras biológicas, al menos durante 2 semanas.

0095 - DE LA PERIFERIA AL CENTRO, DEL CENTRO A LA PERIFERIA

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Lagrutta, Laura(1) | Agüero, Silvana(1) | Natiello, María Marcela(1) | Vescovo, Marisa(1) | Inventar, Sandra(1) | Moracho, Lucía(2) | Souto, Gabriela(1) | Huergo, Natalia(1) | Poggi, Susana(3) | Matteo, Mario(1) | Domeck, Adriana(1) | Angueira, Luciana(4) | Monroig, Jessica(5) | Rodríguez, Mario(5) | Crochetti, Mirta(5) | González Montaner, Pablo(1) | Palmero, Domingo(3)
 Instituto Vaccarezza UBA (1); Hospital F.J. Muñiz (2); Hospital F.J. Muñiz (3); Programa Nacional De Control De La Tuberculosis Y Lepra (4); Secretaría De Salud De Florencia Varela (5)

Introducción: En las últimas décadas, el aumento de la Tuberculosis Multirresistente (TB MR) ha puesto de manifiesto la necesidad de profundizar en todos los aspectos del estudio y control de la enfermedad, para identificar aquellas circunstancias que la agravan y definir acciones para evitarlas. En este trabajo identificamos que, algunas características de los pacientes en situación de vulnerabilidad social y las condiciones de accesibilidad al sistema, representan un dilema para el sector salud que no encuentra respuestas adecuadas ante una enfermedad de alto riesgo individual y sanitario.

Presentación de Caso Clínico: El caso índice, es una mujer de 35 años con antecedente de DBT tipo 1, hipotiroidismo, asma bronquial, HTA y síndrome depresivo en tratamiento, residente en Florencia Varela (zona rural). Inicia tratamiento

antituberculoso en enero de 2014 con fracaso terapéutico y diagnóstico de TB (Baar +++) resistente a HRE(discordante) Pz, S y Pas En abril de 2014, se indica internación y reinicia tratamiento con Mx, K, Et, Cs y Lz. En el mes de agosto se fuga de la internación, conducta que se repite en reiteradas ocasiones En diciembre presenta hemóptisis de carácter masivo que requiere embolización de arterias bronquiales y ARM.

Discusión: Su grupo familiar conviviente abarca tres generaciones, tres adultos y ocho niños, dos de los cuales son lactantes cuyas madres son adolescentes (15 y 18 años). Todos presentaron dificultades para realizar el control de foco, principalmente los niños sin control pediátrico ni vacunas. En enero de 2016 se diagnostica TB MR y desnutrición moderada a la pareja de la paciente. (RX cavitaria y BAAR +++) . En marzo se diagnostica TB MR cavitaria a su hija de 18 años que se encontraba cursando puerperio. Se articularon acciones con la Secretaría de Salud de F. Varela para articular priorizando acceso y supervisión del tratamiento, los menores están sanos a la fecha, dos de ellos con PPD de 10 y 14 mm de 7 y 10 años. Los adultos presentan buena evolución y adherencia.

Conclusiones: La TB/TB MR en población vulnerable está atravesada por diferentes problemáticas que dificultan la adherencia empeorando la evolución y aumentando los contagios. Es necesario un trabajo pormenorizado desde centros de referencia articulando con efectores locales (y viceversa) con abordaje integral que trascienda el ámbito de la salud para poder realizar prevención, arribar a la curación en forma oportuna y disminuir complicaciones, secuelas y contagios.

Palabras clave: Tuberculosis multirresistente. Vulnerabilidad social

0141 - ADHERENCIA AL USO E IMPACTO EN LA MORTALIDAD DEL CURB65 EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Leiva Agüero, Sebastián Darío | Burgos, Diego | Vaca Ruiz, Gustavo | Pulido, Laura | Luna, Carlos

Hospital de Clínicas "José De San Martín", Universidad De Buenos Aires

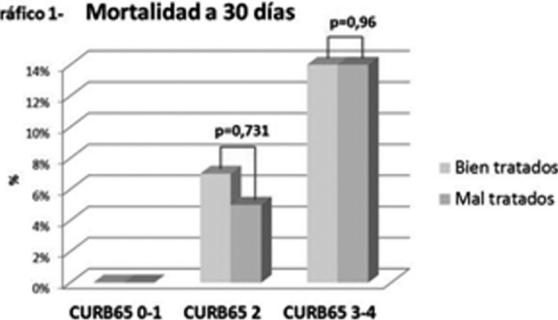
Introducción: La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), representa un problema grave de salud pública, siendo la sexta causa de muerte de la población adulta. En este marco, las mayorías de las guías internacionales han formulado estrategias para evaluar la gravedad y una correcta toma en la de decisión sobre el manejo de los pacientes que la padecen; tal es el caso del CURB-65, una de las escalas de gravedad más ampliamente difundida, validada y simple de implementar.

Tabla				
CURB65	N	Ambulatorio	Sala	Uti
0	31	15 (48%)	15 (48%)	1 (3%)
1	39	17 (43%)	19 (49%)	3 (8%)
2	61	13 (21%)	42 (69%)	6 (10%)
3	24	6 (21%)	13 (54%)	5 (21%)
4	5	0	3 (60%)	2 (40%)
Celdas con Verde: Manejo acorde a las recomendaciones.				
Celdas con Naranja: Manejo contrario a lo recomendado.				

Objetivos: Determinar la adherencia a la recomendación del sitio de manejo final según el puntaje del CURB-65, obtenido en pacientes con diagnóstico de NAC atendidos en un servicio de urgencias de un hospital universitario y evaluar el impacto que el uso de la recomendación, apropiado o inapropiado, tuvo en la sobrevida a 30 días (vivo o fallecido).

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo, de tipo longitudinal, comprendido desde enero de 2015 a febrero del 2016, que incluyó a pacientes mayores de 18 años, inmunocompetentes, que consultaron al servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas José de San Martín, con diagnóstico de NAC (cuadro clínico compatible, más confirmación radiológica de la presencia de un infiltrado parenquimatoso). A todos se les interrogó, examinó y realizaron pruebas de laboratorio, que permitieron calcular el score de CURB-65 al ingreso. Los pacientes fueron seguidos en la internación o en forma ambulatoria luego del alta por 30 días. Se registró la existencia de las siguientes comorbilidades: insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus y enfermedad maligna.

Gráfico 1- Mortalidad a 30 días



Resultados: Se estudiaron 160 pacientes con una media de 66 ± 20 años de edad. Presentaron comorbilidades un 80% de la población, siendo las más frecuentes la EPOC, la DBT y la IC. Sólo el 51% de la población tuvo adecuado seguimiento ambulatorio u hospitalario según las sistemáticas internacionales (tabla). La mortalidad en este grupo, para la categoría de CURB65=0-1 fue del 0%, CURB65=2 del 7% y CURB65=3-4 del 14%. Por otro lado en los pacientes con inapropiado lugar de asistencia según las recomendaciones no se observó diferencias significativas en la mortalidad; siendo para la categoría de CURB 65=0-1 del 0%, CURB65= 2 del 5% y CURB65= 3-4 del 14% (gráfico 1).

Conclusiones: Se observó una marcada falta de adherencia a las recomendaciones de las guías internacionales sobre la decisión del manejo de esta patología, de acuerdo al CURB65. Sin embargo no pudo evidenciarse diferencias en la mortalidad en los grupos de pacientes con seguimiento adecuado vs no adecuado para cada categoría del CURB 65.

0147 - PREVALENCIA BACTERIOLÓGICA EN PACIENTES QUE CURSARON INTERNACIÓN POR EXACERBACIÓN DE BRONQUIETASIAS, EN UN HOSPITAL MONOVALENTE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Girbal, Melina Samanta | Mercuri Guillemi, Magdalena | Alberti, María Laura | Rizzo, Oscar | Rainieri, Margarita | Martínez Segovia, Estela | Lombardi, Dora
Hospital María Ferrer

Introducción: Las exacerbaciones son la causa de internación más frecuente en pacientes con bronquiectasias, tanto por fibrosis quística (FQ) como secundaria a otras etiologías (No FQ). La frecuencia en la que se presenten dichas exacerbaciones condicionará la evolución de la enfermedad y la calidad de vida. Conocer la prevalencia de los gérmenes responsables de dichas exacerbaciones y su sensibilidad local nos permite adecuar la terapia empírica y hacer un uso racional de los antimicrobianos.

Objetivos: Evaluar la frecuencia microbiológica asociada a la exacerbación de bronquiectasias en pacientes adultos que se internan en nuestra institución. Comparar los gérmenes y su sensibilidad a los antimicrobianos en pacientes con bronquiectasias por FQ y No FQ.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron todos los gérmenes aislados y su respectiva

sensibilidad, en los pacientes que cursaron internación por exacerbación de bronquiectasias en el periodo comprendido entre enero del 2014 y diciembre del 2015.

Resultados: Se registraron, durante el período estudiado, un total de 78 aislamientos bacteriológicos en pacientes internados por exacerbación de bronquiectasias, de los cuales el 27,27% fueron en pacientes FQ y 72,72% en pacientes No FQ. El germen más frecuentemente aislado fue la *Pseudomonas aeruginosa* cepa mucoide [n=46 (59%)], y con menor frecuencia *Streptococcus pneumoniae* [n=7 (9%)], *Staphylococcus aureus* meticilinosensible [n= 4 (5,1%)], *Pseudomonas aeruginosa* cepa no mucoide [n=2 (2,5%)], *Haemophilus influenzae* [n=3 (3, 8%)]. El resto de los gérmenes aislados representaron el 24,5% (n = 16). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de aislamiento de *P. aeruginosa* cepa mucoide de acuerdo a la etiología de las bronquiectasias (FQ 76,2% vs. No FQ 57,1%, p: 0.18). Es de destacar que el 100% de los aislamientos de *S. pneumoniae* fueron en pacientes con bronquiectasias No FQ. Por otra parte, no se observaron diferencias en el VEF1 (en términos del porcentaje del valor teórico), registrado durante la estabilidad entre aquellos pacientes con y sin aislamiento de *P. aeruginosa* durante la exacerbación (Sin *P. aeruginosa*= $34.2 \pm 15.6\%$ vs. con *P. aeruginosa*= $36.8 \pm 15.3\%$, p: 0,48). Con respecto a la sensibilidad de la *P. aeruginosa*, se observó sensibilidad superior al 70% para carbapenemes, aminoglucósidos, betalactámicos y polimixinas. Mientras que la resistencia para ciprofloxacina fue del 30.4%. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto la sensibilidad antibiótica para *P. aeruginosa* entre pacientes con bronquiectasias FQ y No FQ.

Conclusiones: En nuestra institución, hospital monovalente de enfermedades respiratorias, el germen aislado con mayor frecuencia en pacientes que cursaron internación por exacerbación de bronquiectasias fue la *Pseudomonas aeruginosa* cepa mucoide, tanto en pacientes con bronquiectasias FQ como No FQ. No se observaron diferencias en el VEF1; previo a la internación entre pacientes con y sin aislamiento de ésta bacteria. En cuanto a la sensibilidad de la misma, se observó que, si bien presentan una sensibilidad extensa a los distintos antibióticos utilizados, la ciprofloxacina fue el antibiótico con mayor resistencia, sin evidenciarse variaciones entre pacientes con bronquiectasias FQ y no FQ.

Palabras clave: Bronquiectasias, *Pseudomonas aeruginosa*, Fibrosis quística.

0176 - CONOCIENDO NUESTRA EPIDEMIOLOGÍA: PREVALENCIA Y RESISTENCIA DE GÉRMESES INTRAHOSPITALARIOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN DOS PERIODOS DE TIEMPO

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Korniejczuk, Edgar Ariel | Malet Ruiz, José | Alberti, María Laura | Lombardi, Dora | Gallego, María José | Orozco, Juan
Hospital María Ferrer

Introducción: Las infecciones respiratorias en la unidad de terapia intensiva (UTI) son frecuentes y se asocian a mayor mortalidad, duración de ventilación mecánica, estancia y costo hospitalario. Según las guías actuales, el tratamiento antibiótico empírico inicial adecuado es de suma importancia ya que condiciona la evolución y el pronóstico de los pacientes. Por todo lo antedicho resulta esencial conocer la situación epidemiológica local.

Objetivos: Conocer la prevalencia y sensibilidad antibiótica de los gérmenes aislados en muestras respiratorias en la UTI, y comparar estos hallazgos en dos períodos de tiempo.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo analítico, diseñado y orientado a conocer y comparar la frecuencia de gérmenes y la sensibilidad a antimicrobianos, aislados en muestras respiratorias (esputo, aspirado traqueal y/o lavado broncoalveolar) de pacientes internados en una UTI de un hospital terciario durante dos períodos: entre Agosto 2012 y Julio 2013 (P1), y entre Agosto 2014 y Julio 2015 (P2).

Resultados: Se obtuvieron un total de 136 muestras correspondientes a P1 (n = 62) y P2 (n = 74). Los gérmenes más frecuentemente aislados en ambos periodos fueron: Pseudomonas aeruginosa (PA), bacterias pertenecientes a la familia Enterobacteriaceae y Acinetobacter. Al comparar la frecuencia de gérmenes aislados en ambos periodos no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el rescate de PA [P1 = 38% vs. P2 = 25%; p = 0,10] ni de enterobacterias [P1 = 25% vs P2 = 21%; p = 0,34]. Sin embargo, se observó un aumento estadísticamente significativo en el aislamiento de Acinetobacter [P1 = 3% vs. P2 = 20%; p = 0,002]. Se comparó la tasa de resistencia antibiótica de PA en ambos periodos. Se evidenció un aumento en dicha resistencia estadísticamente significativo para piperacilina/tazobactam (P1 = 37% vs. P2 = 84%; p = 0,002), y un aumento considerable pero no estadísticamente significativo para ciprofloxacina (P1 = 58% vs. P2 = 84%; p = 0,06), ceftazidima (P1 = 62% vs P2 = 73%; p = 0,43), cefepime (P1 = 62% vs P2 = 73%; p = 0,43) y carbapenemas (P1 = 62% vs P2 = 79%; p = 0,24). En contraste, se observó una disminución estadísticamente significativa de la resistencia a la gentamicina (P1 = 62% vs P2 = 31%; p = 0,04). Los aislamientos se efectuaron en muestras respiratorias de pacientes cuyas patologías de base fueron principalmente: EPOC, Asma y Neoplasias, que se presentaron con frecuencia similar en ambos periodos. No se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre los gérmenes hallados y las diferentes patologías.

Conclusiones: En el estudio se pudo observar que el germen más frecuentemente aislado fue la PA. Por otra parte se evidenció un aumento en la resistencia antibiótica de este germen a la mayoría de los antimicrobianos al comparar ambos periodos, especialmente a piperacilina/tazobactam. Resulta además importante destacar el franco aumento de aislamiento de Acinetobacter en el segundo periodo de tiempo. Estos hallazgos permiten conocer los gérmenes predominantes en las infecciones de origen respiratorio de la UTI del ámbito estudiado y son fundamentales para optimizar el tratamiento empírico inicial, lo que contribuye a una mejor evolución de los pacientes. Es aconsejable que cada centro conozca su epidemiología local de manera longitudinal en el tiempo para detectar cambios en la flora habitual y su sensibilidad antibiótica y actuar en consecuencia.

0232 - DIFERENCIAS EN LA POSITIVIDAD DEL ANTÍGENO URINARIO AL CABO DE 14 AÑOS, EN DOS REGISTROS UNICÉNTRICOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Pulido, Laura(1) | García Zamora, Sebastián(2) | Casey, Alberto(1) | Leiva, Sebastián(1) | Burgos, Diego(1) | Membriani, Evangelina (1) | Luna, Carlos M (1)

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (1); Alta Complejidad En Red, Hospital El Cruce, Dr. Néstor C Kirchner (2)

	Variable Ausente	Variable Presente	P
Sexo masculino (%)	12.1	15.8	0.23
Edad	66.3	78.8	<0.001
Residencia en geriátrico (%)	13	20	0.12
Espuito positivo (%)	13.9	14.3	0.98
Hemocultivo positivo (%)	12.9	42.1	<0.001
TAU positivo (%)	9.2	35.1	<0.001
Pacientes ambulatorios (%)	18.7	2.7	<0.001
Internación en UTI (%)	10.4	34.7	<0.001

Introducción: Las pruebas de detección de antígeno urinario para neumococo (TAU) presentan alta especificidad y una sensibilidad variable, siendo mayor en aquellos pacientes con bacteriemia.

Objetivos: Explorar las causas de una distinta proporción de TAU positivo en dos registros unicéntricos con 14 años de diferencia de pacientes con diagnóstico de neumonía (NAC) en un Hospital Universitario

	Grupo I	Grupo II	p
Nº	319	192	---
Hombres (%)	50.2	49	0.79
Edad (años)	70.3	64.4	0.0013
Residencia Geriátrico (%)	13.5	14.2	0.82
Espuito (%)	1.3	1.6	0.76
Hemocultivos (%)	3.8	3.7	0.96
TAU (%)	25.4	6.8	<0.001
Ambulatorios (%)	24.1	37.9	0.002
Sala (%)	58.0	52.6	0.24
UTI (%)	17.9	9.5	0.008

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis secundario comparando los pacientes con diagnóstico de NAC pertenecientes a dos registros distintos, atendidos en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, a los que se les realizó una prueba rápida para TAU mediante ensayo inmunocromatográfico en la orina (Binax NOW®). Los pacientes del primer registro (grupo I) fueron atendidos durante los años 2001/03, y los del segundo registro (grupo II) durante 2015/16

Resultados: Se incluyeron 509 pacientes, 319 pertenecientes al grupo I y 190 al grupo II. Un 50.2% de los sujetos del registro I y 49% del registro II eran hombres (p=ns). La edad promedio en el grupo I fue 70.3±1.1 años y en el grupo II 64.4±1.5 años (p=0.0013). La proporción de residentes en geriátricos fue similar (13.5 versus 14.2, p=ns). Resumen en Tabla 2. La tasa de identificación de Neumococo en cultivo de espuito no varió entre los grupos I y II (1.25% y 1.58% respectivamente, p=ns), como tampoco en hemocultivos (3.76% y 3.68% respectivamente, p=ns). En cambio entre los participantes del grupo I se positivizó la determinación de antígeno urinario en un 25.4%, comparado con un 6.8% en el grupo II (p<0.001). Al explorar posibles determinantes que pudieran dar cuenta de esta diferencia hallamos una mayor proporción de pacientes internados en UTI entre los pacientes del grupo I (17.9% versus 9.5%, p=0.008) y una menor proporción de pacientes ambulatorios (24.1 versus 37.9%, p=0.002). Globalmente 68.4% de los pacientes con desarrollo de neumococo en hemocultivos tuvieron TAU positiva, comparado con 16.5% entre aquellos sin bacteriemia (p<0.001). Al analizar esto de forma discriminada en ambos grupos, la concordancia de hemocultivos y TAU fue 75% (n=9) entre los pacientes del grupo I y 57.1% (n=4) entre aquellos del grupo II, no alcanzando esta diferencia significación estadística (p=0.62). La mortalidad en internación entre los pacientes del grupo I fue 42.4%, y la del grupo II 5.6% (p<0.001). En un análisis univariado la mayor edad, presencia de hemocultivos positivos, la determinación de antígeno urinario positivo, no poder ser tratado de manera ambulatoria y la internación en terapia intensiva se asociaron con mayor mortalidad (Tabla 1).

Conclusiones: Un análisis secundario conlleva limitaciones en la disponibilidad de ciertas variables de interés. Nos llamó significativamente la atención, el mayor porcentaje de TAU positivos obtenidos en el registro I, a pesar de haber utilizado la misma sistemática de reclutamiento de pacientes e igual kit diagnóstico en ambos grupos, se explica al menos parcialmente, por una mayor gravedad de los participantes de este grupo. Interesantemente TAU positivo se asoció a cuadros más severos y muerte intrahospitalaria, al igual que una mayor edad, presencia de hemocultivos e internación en UTI. Nuevos estudios diseñados específicamente a este fin deberán contrastar estas observaciones.

Palabras clave: Neumonía, TAU positivo, gravedad

0239 - HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Perín, María Marta | Leiva Agüero, Sebastián Darío | Verdú, Jimena | Putruele, Ana María | Luna, Carlos
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Introducción: La hemorragia pulmonar es una condición poco frecuente de etiología y presentación variada. El síndrome incluye infiltrados alveolares bilaterales, hemoptisis, caída de los valores de hemoglobina y/o hematocrito y aumento de la capacidad de difusión del monóxido de carbono por encima del 30%. Pocas revisiones médicas incluyen a la Leptospirosis como causa de hemorragia pulmonar, por lo tanto es importante un alto nivel de sospecha para el diagnóstico en pacientes con este síndrome.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 24 años de edad, oriunda de la provincia de Buenos Aires, con vivienda sin servicio de agua corriente ni cloacas, con acequias en las veredas. Antecedentes de ex tabaquismo 10 pack-years y poliquistosis ovárica, sin uso de medicación habitual. Presenta cuadro de 7 días de evolución de vómitos alimenticios a biliosos luego de ingesta de carne vacuna. Por asociar síndrome febril, sudoración profusa, cefalea occipital 8/10, tos con episodio de expectoración hemoptoica consulta a nuestra guardia. Al ingreso se constata FC: 90 latidos por minuto, FR: 26 ciclos por minuto, TA 120/80 mmHg; SAT02 98% (oximetría de pulso con FiO2 0,21) y temperatura 38°C. Lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeo; conjuntivas ictéricas, hemorragia conjuntival bilateral; buena mecánica ventilatoria con hipoventilación a predominio de base derecha y columna sonora; abdomen blando indoloro, sin reacción peritoneal. Al laboratorio como positivo: HTO 30%; Hb 12 g/dl; Leucocitosis con neutrofilia (12300/mm³); Plaquetas 179000/mm³; glucemia 117mg/dl; aumento de las transaminasas (TGO 116U/l; TGP 125 U/l); hiperbilirrubinemia a predominio directo Bb total 3,8mg/dl; Bb directa 3,3 mg/dl; fosfatasa alcalina 123U/l; amilasa 35U/l; LDH 345 U/l; ionograma, coagulograma y función renal normales en toda la internación. Debido a la cefalea intensa y el sdme. febril se realiza punción lumbar, con físico químico y microscopia directa normales. Rx tórax: Sin infiltrados patológicos. Ecografía Abdominal: s/p. Se solicitan hemocultivos x 2, urocultivo y esputo para BAAR; serologías para dengue, leptospirosis, salmonella, shigella, campilobacter, HIV, test de Huddleson y colagenograma. Por persistir con fiebre y tos con expectoración hemoptoica, sin descompensación ni compromiso en la saturación de O2 (Sat 99% al 0,21) se inicia tratamiento con ceftriaxona 1g c/ 12 hs. Se solicita TC de tórax: evidencia atenuación en vidrio esmerilado acinares y centrilobulillares de distribución bilateral. Realiza funcional respiratorio: sin defecto ventilatorio obstructivo ni restrictivo, pero con un aumento de la DLCO, compatible con cuadro de hemorragia alveolar: CVF 3,42 (98%); VEF1 2,89 (95%); VEF1/CVF 85% y DLCO 172%. Los cultivos de sangre, orina y esputo cierran negativos. Se recibe prueba de microaglutinación (MAT) con antígenos vivos positiva para *Leptospira interrogans* Castellionis en título 1/200. El paciente evoluciona favorablemente: afebril, sin episodios de hemoptisis y ascenso paulatino del HTO, sin requerimiento transfusional. En forma ambulatoria se confirma la seroconversión con aumento de títulos.

Discusión: La frecuencia de la afectación pulmonar en la Leptospirosis oscila entre el 20 y el 70% según las series. Su presentación clínica es diversa, desde formas poco sintomáticas (disociación clínico-radiológica) con fiebre, disnea y tos

hemoptoica leve como en nuestro caso, hasta cuadros con hemoptisis severa, insuficiencia respiratoria grave y shock hipovolémico asociada a elevada mortalidad. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, pues la clínica y la radiología son inespecíficas.

Conclusiones: La sospecha clínica de la leptospirosis como causa de hemorragia alveolar, es un ejercicio diagnóstico que debemos tener presente en regiones endémicas como la nuestra.
Palabras clave: leptospirosis, hemorragia alveolar difusa

0260 - NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI Y DIABETES MELLITUS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

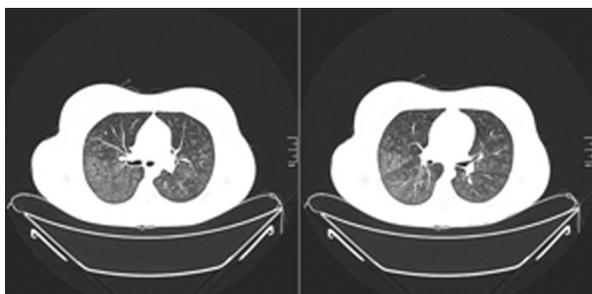
Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico
Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Perín, María Marta | Leiva Agüero, Sebastián Darío | Berenguer, Roxana | Vujacich, Patricia | Luna, Carlos
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Introducción: La neumonía por *Pneumocystis Jiroveci* (Pj) es una infección oportunista, asociada a la infección por HIV y el bajo recuento de linfocitos CD4; si bien existen reportes de neumonía por Pj en pacientes no-HIV, estos tienen comorbilidades que por sí mismas o por el tratamiento, conducen a alteraciones inmunológicas que favorecen su desarrollo. Hay comunicaciones de casos aislados de neumonía por Pj en pacientes sin ningún tipo de compromiso inmunológico.



Presentación de Caso Clínico: Varón de 25 años de edad que consulta por disnea, fiebre y tos. Refería haber comenzado 5 días antes con fiebre y tos con expectoración mucopurulenta. Consultó en una institución donde se realizó radiografía de tórax (Rx) con mostró opacidad de aspecto consolidativa en lóbulo superior derecho con broncograma aéreo; pero no se le indicó tratamiento. A las 48 hs volvió a consultar, se le realizó una segunda Rx donde se observó progresión del infiltrado previo e indicó tratamiento con amoxicilina 1gr + ácido clavulánico 125 mg cada 12 hs. Luego de 3 días de iniciado el tratamiento antibiótico por persistir con igual signo-sintomatología y asociar disnea consultó en nuestro hospital. Antecedentes: Diabetes mellitus tipo I diagnosticada a los 11 años, tratada con Insulina NPH 30 UI. Niega tabaquismo, adicciones así como infecciones o descompensaciones de su enfermedad en el último año. Trabaja como fabricante de ropa, sin condiciones de hacinamiento. A su ingreso estaba taquipneico con uso de músculos accesorios, murmullo vesicular disminuido bilateralmente con rales crepitantes bilaterales a predominio del campo medio izquierdo. TA 110/60; FC 127 lpm; FR 42 rpm; T 38°C; Sat O 93% (0,21). Laboratorio de ingreso: Hto 39; G. blancos 9400 (N 70%; L 15%); Plaquetas 181000; ERS 63mm/h; PCR 4,02; Na 132; K 3,7; Cl 93; Urea 30mg/dl; creatinina 0,98 mg/dl; Bilirrubina T. 0,26 mg/dl; GOT 26; GPT 20; FAL 47; LDH 569; Ácido láctico 1.EAB 7,47 /26,9 /53,5 /19,3 /-2,8 /91% (0,21). Se interpretó como NAC severa, tomaron muestras para cultivos y serologías e indicó antibioticoterapia empírica con ceftriaxona, claritromicina, oseltamivir y vancomicina. Evolucionó con insuficiencia respiratoria por lo que ingresó a UTI donde se intubó e inició ARM. Se realizó una FBC y BAL, cuyo examen directo, teñido con Grocott, detectó Pj, por lo que se suspendió vancomicina e inició TMS (15mg/Kg/d) EV. Los hemocultivos, cultivos del esputo y del BAL para gérmenes comunes, micobacterias y micológicos fueron negativos. Las serologías para *Chlamidia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* fueron negativas como también el antígeno urinario para neumococo, PCR para influenza, panel viral para virus respiratorios y test de HIV (Elisa 4ta generación) solicitados a su ingreso. La carga viral



fue indetectable y el recuento de CD4+ fue normal. Cumplió 7 días de ceftriaxona+claritromicina y un total de 21 días de TMS y tratamiento corticoideo en dosis decreciente durante 9 días. Tras 7 días fue extubado sin complicaciones.

Discusión: La DM aumenta la susceptibilidad a las infecciones e influye en el espectro de agentes etiológicos de las mismas, favoreciendo la aparición de bacterias más agresivas y menos frecuentes como *S. pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y bacilos Gram negativos. El tiempo de evolución transcurrido desde el inicio y la mala respuesta al tratamiento condujo a la sospecha de Pj y a solicitar su búsqueda en el BAL y tras su diagnóstico, iniciar el tratamiento de elección con TMS, determinando su evolución favorable.

Conclusiones: En un paciente inmunocompetente con diabetes mellitus y NAC severa con mala respuesta a un adecuado tratamiento empírico, el Pj es un agente etiológico que debe ser considerado. Queda por determinar qué alteración inmunológica en el paciente diabético permite la infección oportunista por Pj y la incidencia en esa población.

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

0043 - ASOCIACIONES ENTRE DEPRESIÓN, ALTERACIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC). RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL EN CUATRO CIUDADES DE LATINOAMÉRICA (PRISA).

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología
Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Videla Montilla, Alejandro J (1) | Sobrino, Edgardo(2) | Gutiérrez, Laura(2) | Calandrelli, Matías(2) | Ponzio, Jacqueline(2) | Serón, Pamela(2) | Casetta, Brunilda(3) | Irazola, Vilma(2) | Rubinstein, Adolfo(2)
Hospital Universitario Austral (1); Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) (2); Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC) (3)

Introducción: Se ha descrito la asociación entre depresión y EPOC. La magnitud de esta asociación varía según el estudio descrito, y existen pocos estudios de base poblacional que la hayan evaluado

Objetivos: Se realizó un análisis secundario de un estudio de base poblacional (PRISA) con el objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de depresión medida por un cuestionario validado (PHQ-9) en personas con y sin EPOC y reportar la magnitud de la asociación entre depresión y EPOC. Se exploró la presencia de alteraciones de calidad de vida medidas por la versión validada del cuestionario SF-12.

Materiales y Métodos: Se analizaron los datos de un estudio de corte transversal con muestra probabilística aleatoria realizado en dos ciudades de Argentina (Marcos Paz y Bariloche), una de Chile (Temuco) y una de Uruguay (Canelones). Se definió EPOC como la presencia de $VEF1/CVF < 0,70$ post BD en la espirometría, y la presencia de depresión como un puntaje de la escala PHQ > 6. Se construyeron los componentes mental y físico de la escala SF-12.

Resultados: Se incluyeron 521 personas con EPOC y 3833 controles. Los EPOC pertenecían al Grupo GOLD I de severidad en un 36, 42%, al II en un 49,71% y a los grupos III y IV en un 14%. Se encontró $PHQ-9 > 6$ en 24,76% de los EPOC y 22,33% de los controles ($p = 0,19$). El valor medio de la escala PHQ fue mayor en el grupo EPOC III y IV ($p = 0,02$). Al análisis multivariable la EPOC se asoció a $PHQ > 6$ tras ajustar por sexo, condición laboral, tabaquismo, nivel educativo, edad y ciudad de origen (OR 1,42 IC95% 1,12-1,80, $p = 0,003$). Los valores medios del componente físico de la escala SF-12 fueron significativamente mayores en los EPOC (47,01 vs. 48,33, $p < 0,001$), y mostraron tendencia a aumentar según la gravedad de la EPOC ($p = 0,001$). No se apreció asociación con el componente mental (53,2 vs. 53,03, $p = 0,62$).

Conclusiones: en una muestra de base poblacional, la depresión fue tan frecuente en EPOC como en controles. En el

análisis ajustado, la condición de EPOC se asocia a la presencia de depresión. El componente mental de la escala SF-12 se asoció a la presencia de EPOC y a su gravedad, no así el componente físico.

Palabras clave: EPOC, depresión, calidad de vida

0244 - FACTORES PREDICTORES DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología
Unidad Temática 2: Circulación Pulmonar

Castro, Horacio Matías | Maritano Furcada, Joaquín | Wainstein, Esteban | Svetliza, Graciela | Castro Azcurra, Rodrigo | Vázquez, Fernando | Posadas Martínez, María Lourdes | Precerutti, Juan Arturo
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la cuarta causa de muerte a nivel mundial. Esta enfermedad se caracteriza por cuadros de exacerbación aguda, que presentan un impacto negativo en la condición de salud de los pacientes. El tromboembolismo pulmonar (TEP) es un diagnóstico diferencial que debe ser considerado, ya que la prevalencia del mismo en este escenario clínico es de alrededor del 29%. La coexistencia de síntomas entre el TEP y la exacerbación de EPOC vuelve difícil su diagnóstico. Siendo importante su reconocimiento puesto que los pacientes con EPOC y TEP presentan un incremento en la mortalidad.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes EPOC en los que se sospechó tromboembolismo pulmonar. Analizar factores predictores de TEP en esta población.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Se reclutaron los pacientes con EPOC, internados y atendidos en forma ambulatoria, en los que se realizó una angiotomografía de tórax con contraste por sospecha de TEP. Se revisó el registro de enfermedad tromboembólica institucional del HIBA, complementándose con la revisión de la historia clínica electrónica. Se analizaron los datos demográficos, clínicos, espirométricos y de laboratorio. Se evaluaron múltiples variables como factores predictores de TEP. Se realizó un análisis bivariado comparando a los pacientes con y sin TEP, utilizando test de χ^2 , t test o

	TEP negativo n=131	TEP positivo n=37	p Valor
Edad (mediana, IQR)	73 (14)	75 (14)	0.09
Sexo Masculino (n,%)	65 (49.6)	21 (56.8)	0.44
IMC kg/m ² (media,DS)	26.2 (5.2)	26.8 (4)	0.48
Atención Ambulatoria (n,%)	101 (77.1)	36 (97.3)	0.003
Charlson Score (mediana, IQR)	3 (3)	4 (3)	0.63
FVC L (mediana, IQR)	2.09 (0.89)	1.78 (1.07)	0.29
FVC % (mediana, IQR)	71 (25)	78 (41)	0.12
FEV1 L (mediana, IQR)	1.1 (0.82)	0.92 (0.5)	0.45
FEV1 % (mediana, IQR)	44 (34)	50 (34.5)	0.63
FEV1/FVC (mediana, IQR)	0.52 (0.22)	0.63 (0.23)	0.63
Pack/years (mediana, IQR)	50 (25)	50 (50)	0.4
Oxígeno Domiciliario (n,%)	27 (20.6)	10 (27)	0.4
Uso de corticoides (n,%)	20 (15.3)	5 (13.5)	0.79
PaCO ₂ , mmHg previa (mediana, IQR)	46 (9)	45.5 (16)	0.98
Cancer (n,%) Activo	36 (27.5)	13 (35.1)	0.37
Enfitema en TC	104 (79.4)	28 (75.7)	0.63
Tos	44 (33.6)	2 (5.4)	0.001
Expectoración	33 (25.2)	2 (5.4)	0.009
Frecuencia cardíaca mayor a 100	51 (38.9)	10 (27.0)	0.18
Saturación de oxígeno menor a 93%	72 (55.0)	24 (64.86)	0.28
BNP positivo	23 (35.9)	10 (34.8)	0.89
Troponina positiva	15 (34.9)	14(60.9)	0.043

test de Wilcoxon según sus características como categórica o no y su normalidad. Se realizó una regresión logística con las variables que demostraron una mayor plausibilidad clínica y significancia estadísticas.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los participantes del estudio (n= 168) se resumen en la Tabla 1. Del total de participantes, 137 (81.5%) fueron evaluados en forma ambulatoria y 31 (18.5%) durante la internación. La prevalencia de TEP fue del 22%. Las únicas variables que demostraron diferencias estadísticamente significativas fueron la presencia de tos, el aumento de expectoración y la presencia de un título de troponinas elevadas. De los predictores de TEP evaluados, encontramos que la presencia de tos tuvo un OR de 0.11 (IC 95% 0.003 - 0.49), mientras que el aumento de la expectoración tuvo un OR de 0.17 (IC 95% 0.037 - 0.75) y la elevación del título de troponinas un OR de 2.9 (IC 95% 1.01 - 8.27) p=0.046.

Conclusiones: El hallazgo más relevante del estudio fue que la presencia de tos o expectoración representó una disminución de la probabilidad de TEP en esta población en un 89% y 83% respectivamente. Se entiende de esto que la ausencia de tos o expectoración fue un factor predictivo para TEP en esta población, lo que debería llevar a considerar este diagnóstico en los pacientes con EPOC que se presentan con un cuadro compatible con exacerbación. Secundariamente, la elevación de troponinas en un paciente con EPOC debería aumentar sospecha de TEP en el médico tratante. En el resto de las variables analizadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La prevalencia de TEP fue similar a la descrita en la literatura. Dentro de las limitaciones del estudio hay que considerar que el mismo fue retrospectivo por lo que algunas variables pueden haber estado en falta, dificultando su análisis. Se necesitan más estudios que corroboren estos resultados y que analicen su relevancia clínica

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica; Tromboembolismo pulmonar.

0121 - SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EPOC EN POBLACIÓN DE 40 A 74 AÑOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. 1980 – 2014

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Bossio, Juan Carlos(1) | Arias, Sergio(1) | Calabrese, Carina Andrea(2) | Videla, Alejandro(2) | Armando, Gustavo(1)

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" (1); Programa de Control De Enfermedades Respiratorias Crónicas - Ministerio de Salud de La Nación (2)

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) afecta a gran proporción de población tanto a nivel mundial como en Argentina. Se manifiesta por la gran morbilidad y mortalidad que se registra y por la cual muchas personas padecen la enfermedad durante años y mueren por ella o sus complicaciones. Las proyecciones la posicionan como la tercera causa de muerte en el mundo.

Objetivos: Describir la situación de la mortalidad por Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC) en población adulta en Argentina y su evolución

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de la mortalidad por EPOC en Argentina en el período 1980 – 2014. Se utilizó las bases de datos de mortalidad oficiales de la DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud) y se obtuvieron las muertes por EPOC: códigos 490-492, 493.2, 494 y 496 de la CIE 9na. Rev. (1980-1996) y J40-J44 y J47 de la CIE 10ma. Rev. (1997-2014). Se contó con información de población del INDEC.

Resultados: En 2014 se registraron 54.250 muertes por enfermedades respiratorias, 12,1% del total de muertes por causas definidas del país. 6.065 se debieron a EPOC, siendo el 11,2% del total de muertes respiratorias. 2.637 ocurrieron entre los 40 y los 74 años, lo que representa el 43,5% de todas las muertes por EPOC. La tasa de mortalidad de 40 a 74 años por EPOC fue de 20,3 por 100.000 habitantes ajustada por edad y sexo. La mortalidad por EPOC fue mayor en varones que en mujeres (1.783 y 864 muertes respectivamente) y la diferencia se incrementó con la edad. Se observó una desigualdad en la

mortalidad entre provincias, siendo la tasa de Jujuy la más baja para el bienio 2013-14 (6,7 por 100.000) y la de Neuquén la mayor (35,0 por 100.000). El índice de Gini fue de 0,192 (0,136-0,249) para el bienio, siendo superior al valor que arroja la mortalidad por todas las causas (0,053, IC: 0,037-0,069). La mortalidad por EPOC aumentó entre 1980 y 2014, aunque mostró dos períodos diferentes (p<0,001). Entre 1980 y 1996 la mortalidad ajustada aumentó (p<0,001), con una VAP de 3,6% (2,7; 4,5). A partir de 1996 y hasta 2014, la mortalidad se mantuvo estable (p=0,540), con una VAP de -0,22% (-0,95; 0,52). En este último período, el número de muertes por EPOC se incrementó 31,9%. La tendencia fue diferente en varones y en mujeres. En los varones, el aumento se interrumpió a partir de 1996 (p<0,001) y, hasta 2014, se redujo con una VAP de -1,23% (-1,94; -0,51; p=0,002). En las mujeres fue al aumento durante todo el período 1980-2014, con una VAP de 3,76% (3,43; 4,09; p<0,001). Tanto en varones como en mujeres el número de muertes por EPOC se incrementó, pero en los varones aumentó un 11,3%, mientras que en las mujeres el número de muertes aumentó más del doble (131,6%)

Conclusiones: La mortalidad por EPOC es un problema de salud de magnitud en Argentina, que afecta de manera desigual las diferentes regiones del país e impacta de manera clara y directa en la supervivencia de la población de mayor edad, aunque produce una afectación significativa en población de menos de 74 años. La magnitud si bien es mayor en mujeres, la tendencia al aumento entre estas últimas despierta. El fortalecimiento y extensión de las acciones de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado es una necesidad que se desprende de la importancia del problema de la EPOC en Argentina

Palabras clave: EPOC

0154 - DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA EL AUTOCONTROL DE LA EPOC

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Unidad Temática 2: Rehabilitación Respiratoria

Auteri, Santiago José(1) | Capparelli, Ignacio Andrés(1) | Sheridan, Lucas(2) | Berazategui, Mario Eduardo(1) | Zabert, Ignacio(3) | Montes De Oca, Zita(1) | Colodenco, Federico Daniel(1)

Hospital María Ferrer (1); Fundación Favaloro (2); Universidad Nacional del Comahue (3)

Introducción: Las nuevas tecnologías, como las aplicaciones para teléfonos celulares pueden ser una alternativa aun no evaluada para llevar a cabo intervenciones de autocontrol de la EPOC. "Control de mi EPOC" es una aplicación de educación y estímulo de estilo de vida saludable para pacientes con EPOC.

Objetivos: Evaluar la eficacia de un software para teléfonos celulares para reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un programa de software para smartphones (App) disponible en www.controlde-miepoc.com; que contaba con una sección de Aprendizaje, una sección de Ejercicios y una estrategia de Ludificación. Para evaluar la eficacia del sistema se diseñó un estudio comparativo de dos ramas. Se incluyeron pacientes mayores de 40 años, con diagnóstico de EPOC según ATS/ERS, con tratamiento estable durante el último mes y que no hubieran recibido rehabilitación respiratoria durante los últimos 3 meses. Se invitó a participar a 40 pacientes en un grupo Control y 40 pacientes en un grupo de Intervención. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. Los dos grupos recibieron 2 visitas presenciales, una inicial y una final, y 2 visitas telefónicas estructuradas de seguimiento. Al grupo de intervención se le instaló la App en su Smartphone con un adecuado entrenamiento en el uso de la misma. Se realizó un seguimiento de los pacientes por 3 meses. Se registró sexo, edad y nivel educativo. En visita inicial y final se registró estado de fumador, exacerbaciones, espirometría post broncodilatador, tratamiento que recibe para su EPOC, frecuencia y tiempo de actividad física semanal, disnea mMRC, y calidad de vida mediante Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ) y cuestionario CAT.

Tabla 1. Comparación entre grupos de intervención; variables con objetivo de estudio.

	Intervención		Control		p
	Media	±DS	Media	±DS	
CAT (puntos)					
Basal	11.20	±6.85	13.03	±6.60	0.13
3 Meses	9.39	±6.13	14.43	±6.94	0.002
mMRC (puntos)					
Basal	2.23	±1.37	2.63	±1.21	0.75
3 Meses	1.79	±1.38	2.62	±1.26	0.04
SGRQ (puntos)					
Basal					
Total	47.59	±15.05	52.36	±17.31	0.20
Impacto	40.37	±12.74	44.06	±15.89	0.27
Síntomas	60.80	±25.85	52.52	±18.27	0.15
Actividad	46.65	±18.94	66.80	±25.76	0.28
3 Meses					
Total	43.72	±15.09	49.66	±18.36	0.15
Impacto	39.28	±12.73	41.57	±16.94	0.55
Síntomas	35.15	±19.67	46.45	±21.22	0.03
Actividad	56.21	±23.82	65.59	±24.84	0.06

CAT: COPD Assessment Test; mMRC: Escala de disnea modificada Medical Research Council; SGRQ: Saint George Respiratory Quality of life questionnaire.

Resultados: Se completó el seguimiento de 37 pacientes en el grupo control y 38 pacientes en el grupo tratamiento. No hubo diferencias significativas en variables demográficas, CAT, SGRQ, y funcional respiratorio basal entre los dos grupos. La media del CAT a los 3 meses en el grupo control fue de 14.43 puntos (IC95%: 12.11 - 16.74) vs 9.39 puntos (IC95%: 7.38 - 11.40) en el grupo tratamiento, $p=0.0013$. La media de disnea mMRC a los 3 meses fue de 2.62 ± 1.26 en grupo control vs 1.79 ± 1.38 en grupo intervención ($p=0.04$). Los síntomas en SGRQ mejoraron significativamente en el grupo que recibió la app: grupo control 46.45 ± 21.22 puntos vs grupo intervención 35.15 ± 19.67 puntos; $p=0.03$. El puntaje total de SGRQ, así como impacto y actividad no mostraron diferencias. Ver Tabla 1. **Conclusiones:** Los pacientes que utilizaron la App "Control de mi EPOC" redujeron sus síntomas y mejoraron calidad de vida medida por CAT. Se requieren más estudios para determinar cuánto tiempo dura este efecto positivo de la intervención. **Palabras clave:** EPOC - App - CAT - Calidad de vida

0158 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL ENFISEMA PULMONAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN ARGENTINA.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología
Unidad Temática 2: Endoscopia Respiratoria

Chirino Navarta, Alejandro(1) | Grynblat, Pedro(2) | De Franchi, Héctor(3) | Chirino Navarta, María Gabriela(1)

Hospital Italiano de Mendoza (1); Hospital María Ferrer (2); Sanatorio de la Trinidad (3)

Datos basales

Variables	Datos basales
n	17
Edad (años, DS)	66 (6)
FEV1 (L, DS)	0,7 (0,16)
FEV1%	28
RV%	226 (71)
TLC%	133 (22)
DLCO%	34 (9)
Índice BODE	7 (1)
SGRQ / CAT	63 / 27
Seguimiento promedio (meses, DS)	12 (9)

FEV1: Volumen espirado en el 1er segundo; RV: Volumen residual; TLC: Capacidad pulmonar total; DLCO: Difusión de monóxido de carbono; SGRQ/CAT: test de calidad de vida.

Introducción: La reducción de volumen pulmonar por vía bronoscópica (RVPB) es una novedosa técnica para el tratamiento del enfisema pulmonar en pacientes severos. Si bien existen datos de ensayos controlados con excelentes resultados, la introducción de una nueva técnica en nuestro país justifica un estudio de su eficacia en la práctica médica.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la RVPB en pacientes seleccionados en la práctica real en Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, comparando variables clínicas y funcionales antes y después de la intervención en 22 pacientes consecutivos con enfisema severo, que persistían sintomáticos a pesar de tratamiento médico máximo, con ciruras interlobares completas, tratados en 3 centros en Argentina entre 2013 y 2015.

Resultados funcionales

Variable	Pre BLVR	Post BLVR	Significación
FEV1 (L, DS)	0,7 (0,16)	0,89 (0,24)	$p=0,024$
FEV1 Δ%	-	+26% (29)	-
FEV1 Δml	-	+180 ml (180)	-
Δ > 200 ml (n)	-	5/12	-
RV% (DS)	226 (71)	161 (68)	$p=0,03$
TLC%	134 (22)	127(15)	$p=0,33$

Resultados: Se obtuvieron datos analizables en 17 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) muy severa, sometidos a RVPB, con un seguimiento promedio de 12 (9) meses. Los pacientes mostraron una mejoría significativa comparando entre antes y después del procedimiento en el volumen espirado en el 1er segundo (FEV1), 0,7 (0,16) L versus 0,89 (0,24) L, variación + 26%, $p=0,024$; RV pre 226 (71)% versus 161 (68), variación -29%, $p=0,03$; sin cambios significativos en TLC ni en el test de caminata de 6 minutos (TC6M), aunque 5 de 8 sujetos tuvo una mejoría de > 54m. El 66% tuvo mejoría significativa en los test de calidad de vida y el 91% reportó mejoría subjetiva luego del procedimiento. El subgrupo que logró la atelectasia completa del lóbulo tratado tuvo una mejoría sustancial en la función pulmonar (variación de FEV1 + 47%, + 310 ml, $p= 0,003$; variación de RV -32%, $p=0,02$), TC6M y calidad de vida. Hubo 12 complicaciones relacionadas al procedimiento (4 neumotórax, 3 importaciones mucosas, 2 exacerbaciones de la EPOC, 2 expulsiones de válvulas, 1 granuloma asociado a válvula) todos resueltos por procedimientos habituales. Ninguno requirió asistencia respiratoria. No hubo muerte asociada al procedimiento.

Conclusiones: Concluimos que la RVPB fue altamente efectiva y segura en nuestro grupo de estudio. Principalmente en aquellos pacientes que lograron una atelectasia completa. **Palabras clave:** Enfisema Reducción de volumen pulmonar Endoscopia

0165 - PREVALENCIA DE ALTERACIÓN EN LA ESPIROMETRÍA A LOS 6 MESES DEL INICIO DE TRATAMIENTO DE TB PULMONAR NO FUMADORES EN UN INSTITUTO. ESTUDIO SECUELAR. RESULTADOS PRELIMINARES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología
Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Zappia, MB (1) | Palma, I(2) | Resguardo, A(2) | Martínez, D(2) | Natiello, M(2) | Viña, J(2) | Alves, L(2) | Medin, M(2) | Estevan, R(2) | Lagrutta, L(2) | Capone, L(2) | Inwentarz, S(2) | Poggi, S(2) | Mosca, C(1) | González Montaner, P(2) | Palmero, D(1) | Hospital F.J. Muñiz (1); Instituto Vaccarezza UBA (2)

Introducción: En un subanálisis del Estudio PLATINO, la prevalencia de obstrucción al flujo aéreo en aquellos con ante-

cedentes de tuberculosis pulmonar fue del 30,7%.

Objetivos: Estimar la prevalencia de alteración en la espirometría a los 6 meses del inicio de tratamiento de TB pulmonar. Analizar factores de riesgos asociados.

Materiales y Métodos: Análisis secundario del Estudio Secular en curso (observacional, prospectivo, longitudinal). Se ingresaron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de TB pulmonar confirmado por baciloscopia y/o cultivo de esputo y/o lavado bronquial que cumplieron tratamiento completo desde 1° de Mayo del 2014 a 30 abril del 2016 y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de tabaquismo actual o previo con más de 10 paquetes/años, diagnóstico de enfermedades pulmonares previas como asma y EPOC, infección por VIH, tuberculosis pleural o extrapulmonar sin compromiso pulmonar. Se recabaron datos demográficos, tratamiento instaurado, presencia de síntomas respiratorios y se realizó el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG), espirometría y radiografía de tórax al mes 6 de iniciado el tratamiento anti-TB. Los pacientes continúan en seguimiento por 2 años con realización de CRSG y espirometría cada 6 meses. Se definió las alteraciones de la espirometría según la estandarización de la ATS 2005.

	Obstructivos n=22	Restrictivos n=17	Normales n=92	Valor p
Espirometría post broncodilatador				
CVF (l)	3.28 ± 0.7	2.85 ± 0.7	3.89 ± 0.9	
CVF (%)	81.9 ± 15	69.2 ± 7	94.1 ± 13	
VEF1 (l)	2.2 ± 0.5	2.46 ± 0.5	3.36 ± 0.7	
VEF1 (%)	66.7 ± 13	73.7 ± 8	97.6 ± 13	
VEF1/CVF	67.8 ± 6	87.1 ± 7	86.6 ± 6	
Radiología n (%)				
Normal	1 (4)	2 (8)	22 (88)	<0.001
Leve	6 (15)	0	35 (85)	
Moderada	7 (22)	10 (31)	15 (47)	
Severa	4 (50)	1 (2.5)	3 (37.5)	

Resultados: De 756 pacientes tratados por TB con compromiso pulmonar, 131 ingresaron al estudio, 2 de ellos con antecedente de TB previa. El 54% fueron hombres con una mediana de edad de 28 años (rango 59, min 18 máx 76), 47% argentinos. El 85% presentó esputo para BAAR directo positivo, el 25% restante se confirmó con cultivo. Todos recibieron tratamiento con 4 drogas HREZ con una duración de 8 meses en el 92% de los casos. El 64,1% refirió síntomas respiratorios al momento de la evaluación, siendo la disnea (54/131) y la tos no productiva (46/131) los más frecuentes. Las lesiones radiológicas al mes 6 del tratamiento fueron leves (38,3%) y moderadas (30,2%). El 30,6% de los sujetos presentaron alteración en la espirometría, siendo el 16,8% obstructivas y el 13,8% restrictivas confirmadas con medición de volúmenes pulmonares. En el análisis multivariado, la presencia de lesiones en la radiografía de tórax moderadas a severas aumenta las posibilidades tener alteraciones en la espirometría [OR 5,04 (IC 95% 2,12-11,96)].

Conclusiones: Nuestro estudio halló que el 30,2% de los pacientes tratados por TB pulmonar presentaron síntomas respiratorios y alteraciones espirométricas, lo cual demuestra la necesidad de vigilar a este grupo de pacientes después de finalizar el tratamiento, a fin de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los síntomas ya que hay mayores posibilidades de presentar enfermedad crónica respiratoria, principalmente obstructiva, sobre todo si se registran secuelas moderadas o severas en la radiografía de tórax.

0173 - ¿SON DE BUENA CALIDAD LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA QUE CONSULTAMOS PARA ABORDAR LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA?

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología
Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Casetta, Brunilda | Videla, Alejandro J. | Korin, María Milena | Alcuaz, María Alejandra | Rodríguez Cámara, María Julieta | Calabrese, Carina Andrea
Programa de Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas - Ministerio de Salud de la Nación

GPC seleccionadas como insumo de la GPC Nacional con el instrumento AGREE	Calidad Global (%)	Rigor Elaboración (%)
Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in adults in primary and secondary care. NICE 2010	91,61	86
Optimizing pulmonary rehabilitation in COPD – practical issues: A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline (CPG)2010	73,91	86
Alpha-1 antitrypsin deficiency targeted testing and augmentation therapy: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. 2010	71,74	78
Quality Standards for Pulmonary Rehabilitation in Adults. BTS. 2013	71,43	77
Diagnosis and Management of Stable COPD: A CPG Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. 2011	66,77	74
Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD (GOLD). 2014	64,6	73
Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). ALAT 2014	62,42	70
GPC para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). GesEPOC. España 2014	60,87	65
Managing dyspnea in patients with advanced COPD: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. 2011	58,07	62

Introducción: Una Guía de Práctica Clínica (GPC) es un conjunto de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para facilitar la toma de decisiones. En la elaboración de la GPC Nacional de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) del Ministerio de Salud de la Nación se ponderó, como potenciales insumos de evidencia, la calidad de las GPC internacionales con el instrumento validado de la colaboración AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation)

Objetivos: Evaluar la calidad de las GPC sobre EPOC existentes, en el marco del proceso de elaboración de la GPC Nacional
Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en español e inglés (2009-2014) y evaluación independiente por dos revisores para los 6 dominios AGREE (alcance y objetivos; participación de los implicados; rigor en la elaboración; claridad; aplicabilidad e independencia editorial). Los desacuerdos fueron resueltos por consenso. El estándar mínimo requerido para considerar una guía de calidad aceptable fue contar con al menos el 60% en los criterios de “rigor en la elaboración”, y al menos el 30% en los demás dominios.

Resultados: Se identificaron 25 GPC. La calidad global varió entre 91,61% y 32,30%. El acuerdo entre revisores fue sustancial (coeficiente de correlación interclase 0,80 IC95% 0,65 a 0,97). Entre las 9 GPC que fueron seleccionadas por cumplir con los estándares mínimos (tabla), la calidad global varió entre el 91,61% y el 58,07%. El puntaje en el dominio de mayor implicancia por tratarse del rigor en la elaboración, varió entre el 86% y el 62%. El puntaje promedio para los 6 dominios AGREE en las GPC seleccionadas fue: alcance y objetivos 84%, participación de los implicados 70,44%, rigor en la elaboración 74,56%, claridad 83,88%, aplicabilidad 53,75% e independencia editorial 73,44%.

Conclusiones: Si bien se identifican numerosas GPC, la mayoría no son de alta calidad. Evaluar las guías existentes usando un instrumento validado, permitió seleccionar aquellas de mejor calidad para utilizar como insumo en el proceso de elaboración de la guía nacional y de este modo ofrecer al equipo de salud una herramienta confiable para facilitar la toma de decisiones y contribuir a mejorar los resultados clínicos en las personas con EPOC

Palabras clave: EPOC. Guía de practica clínica. Agree. Calidad.

0219 - ANÁLISIS DE LA DESIGUALDAD DE LA MORTALIDAD POR EPOC EN ARGENTINA EN LOS BIENIOS 2001-2002, 2007-2008 Y 2013-2014

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología
Nilva, Gabriela | Arias, Sergio | Armando, Gustavo | Bossio, Juan Carlos
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni”

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) constituye en la actualidad un grave problema de salud y es la causa asociada de un número creciente de muertes prematuras (debajo de la esperanza de vida), posicionándose como la cuarta causa de mortalidad en el mundo.

Objetivos: Evaluar la desigualdad en la distribución de la mortalidad por la EPOC, de 40 a 74 años en Argentina, y su evolución en el tiempo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio ecológico con bases de mortalidad de la DEIS de los bienios 2001-02, 2007-08 y 2013-14. Se extrajo el número de defunciones por EPOC (Códigos J40-J47 de la CIE-10) para un rango etario de 40 a 74 años, para el total del país y por jurisdicción. Con las estimaciones de población del INDEC, se calcularon tasas de mortalidad ajustadas por sexo y edad por 100.000 habitantes. Para los tres períodos, se hallaron las razones de tasas ajustadas entre las jurisdicciones con peor y mejor situación de mortalidad, y se analizó la desigualdad en la distribución de la mortalidad mediante el Índice de Gini (IC de 95%). Este análisis se llevó a cabo para los grupos etarios de 40 a 64, 65 a 74, y 40 a 74, para ambos sexos, varones y mujeres. Se utilizó el programa Excel 2010.

Resultados: En el bienio 2001-02 la tasa de mortalidad ajustada por sexo y edad para el total del país fue 18,3 por 100.000 habitantes, de 40 a 74 años. Las cinco provincias con peor situación de mortalidad concentran el 20% de la población y el 34% de las muertes, mientras que las seis provincias con mejor situación tienen el 20% de la población y el 11% de las muertes. El índice de Gini fue de 0,236 (0,325; 0,146). En 2007-08 la tasa fue 18,8 casos por 100.000 habitantes, de 40 a 74 años. En este bienio se repite la situación del anterior y las cinco provincias con mayor problema aportaron el 34% de las muertes mientras que las seis con mejor condición aportaron el 11% de las muertes. El índice de Gini fue de prácticamente igual al del bienio anterior: 0,232 (0,299-0,165). En el último bienio 2013-14, la tasa fue 19,9 casos por 100.000 habitantes y el aporte de las provincias con mejor y peor situación se mantuvo prácticamente igual 33% de las muertes en las de peor situación y 12% las seis en mejor condición. No obstante, el índice de Gini fue más bajo que los dos anteriores: 0,192 (0,249-0,136). Durante 2001-02 la razón de tasas entre la tasa más baja y la más alta fue 9,1 (5,2 en La Rioja y 34,3 en Tierra del Fuego). En el bienio siguiente (2007-08), la razón de tasas fue 8,2 (4,3 en la Rioja y 34,9 en Neuquén). En 2013-14, la tasa varió entre 6,74 en Jujuy y 34,96 en Neuquén, con una razón de 5,2. La mortalidad para el total de 40-74 años se mantuvo estable entre los primeros bienios y disminuyó hacia el tercero, pero el grupo de 40-64 presentó un comportamiento diferente: la desigualdad aumentó o se mantuvo estable en los tres bienios: 0,21 (2001-02), 0,25 (2007-08) y 0,25 (2013-14). El grupo de 65-74 años se comportó como el total 0,21, 0,22 y 0,17 en cada bienio. No se observó diferencia en la desigualdad de la mortalidad por EPOC por sexo.

Conclusiones: Los índices de Gini y la razón de tasas entre las jurisdicciones muestran que la desigualdad en la distribución de la mortalidad por EPOC entre 40 y 74 años tuvo tendencia al descenso. El grupo de 40-64 años mostró el comportamiento contrario, pero el peso del grupo de 65-75 años marcó la tendencia del total. El estudio de las causas de la distribución de la desigualdad resulta esencial para entender mejor el problema y fortalecer las acciones de promoción y el acceso al atención adecuada de la enfermedad.

Palabras clave: EPOC

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

0045 - EXPERIENCIA EN LA ARGENTINA DEL PROGRAMA DE USO COMPASIVO CON NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Tabaj, Gabriela(1) | Sivori, Martín Luis(2) | Cornejo, Laura(2)

Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo. (1); Laboratorio Boehringer Ingelheim (2)

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una forma específica de enfermedad pulmonar difusa de etiología desconocida, crónica y progresiva. Ocurre en adultos, se encuentra limitada a los pulmones y se asocia con la patente anatomopatológica y/o tomográfica de neumonía intersticial usual. El curso de la enfermedad es progresivo, asociándose con una supervivencia a 3 años del 50%. Recientemente, han surgido nuevas evidencias en referencia al tratamiento de los pacientes con FPI: se publicaron los resultados de los ensayos con nintedanib y pirfenidona lo cual permitió la aprobación de ambos fármacos en Europa y USA. El Nintedanib es un triple inhibidor intracelular de tirosinquinazas con propiedades antifibrosantes. En la Argentina se cuenta con nintedanib en el contexto del programa de uso compasivo (NPU) desde agosto de 2015.

Objetivos: Conocer las características clínicas y de función pulmonar del grupo de pacientes con FPI ingresados al NPU; conocer el perfil de seguridad reportado con Nintedanib.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo transversal en donde se incluyeron 31 pacientes ingresados al programa de NPU septiembre de 2015 hasta junio de 2016. Los datos se recolectaron de los registros del programa.

Resultados: En total 31 pacientes con FPI fueron incluidos en el programa de NPU y se analizaron los datos del total de los mismos. Veinticinco (80.64%) eran varones, la edad media al inicio del tratamiento era 70.19 ± 5.93 años y en 4 casos (12.90%) el diagnóstico se estableció mediante biopsia pulmonar. La capacidad vital forzada (CVF) media al inicio del programa era de 61.71 ± 19.60 expresada en porcentaje del valor predictivo; la capacidad de difusión de dióxido de carbono media (DLCO) expresada en porcentaje del valor predictivo era de 33.76 ± 15.28. El tiempo de evolución de la FPI hasta el inicio del tratamiento con Nintedanib era de 28.83 ± 26.32 meses. La exposición de la droga promedio hasta el corte fue de 4.76 meses ± 2.69 con un rango de 1 a 9 meses. En 7 casos (22.58%) la CVF fue mayor del 80%, en 15 (48.38%) casos fue entre 50 y 79% y en 9 casos (29.03%) fue menor de 49%. En total, 4 pacientes (12.9%) presentaron eventos adversos (EA). Dos casos (6.45%) diarrea (en un caso leve y en otro moderada), 1 caso náusea y descenso ponderal, 1 (3.22%) elevación de las enzimas hepáticas y 1 prurito. En la mayoría de los casos los EA aparecieron tempranamente (antes de las 2 primeras semanas del inicio del tratamiento). En 1 caso (3.22%) fue necesaria la suspensión definitiva del Nintedanib por náusea y pérdida de peso y en otro caso se suspendió temporariamente por elevación de las transaminasas; titulándose la dosis a 100 mg x 2. Del total, 3 (9.67%) pacientes fallecieron por progresión de su enfermedad de base.

Conclusiones: En esta serie de 31 pacientes con FPI en programa de uso compasivo con Nintedanib hemos encontrado una tasa de eventos adversos de 12.9%, en su mayoría leves y sólo en 2 casos (6.45%) motivaron la suspensión definitiva del fármaco. La diarrea fue el EA más frecuente, reportada en el 6.45% de los casos. Comparando estos datos con los del INPULSIS, hemos encontrado una menor frecuencia de EA gastrointestinales. Al igual que lo reportado por otros grupos, el Nintedanib presenta un perfil de seguridad manejable y tolerable.

Palabras clave: Fibrosis pulmonar idiopática, Nintedanib

0052 - NEUMONÍA INTERSTICIAL CON HALLAZGOS AUTOINMUNES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MORFOLÓGICAS Y SEROLÓGICAS

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Tabaj, Gabriela(1) | Varela, Brenda Elena(2) | Rossi, Santiago(1) | Gallardo, María

Victoria(1) | González Ginestet, Cecilia María(1) | Gramblicka, Georgina(1) |

Malamud, Patricia(1) | Nigro, Carlos(2) | Roldan, Romina(1) | Salomón, Mariana(1) |

Masdeu, Martín(1) | Giugno, Eduardo(1)

Hospital Del Tórax Antonio A. Cetrángolo (1); Hospital Alemán De Buenos Aires (2)

Introducción: Las enfermedades difusas del parénquima pulmonar suelen ser heterogéneas y tener diferentes comportamientos. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad fibrosante progresiva, resultante de una injuria epitelial repetida. El compromiso intersticial de las enfermedades de

tejido conectivo (ETC) suele ser inflamatorio o fibrosante, y habitualmente cursa con mejor pronóstico que la FPI. Las neumonías intersticiales con hallazgos autoinmunes (IPAF) corresponden a un grupo de EPD con hallazgos clínicos, morfológicos o de laboratorio que sugieren un proceso autoinmune pero no cumplen con los criterios establecidos para una ETC específica. A diferencia de los que ocurre en las EPD en una ETC, en las IPAF se desconoce si la supervivencia es mejor o igual a las neumonías intersticiales idiopáticas.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes con IPAF que consultaron a dos consultorios especializados en EPD; comparar los hallazgos de los pacientes con IPAF, FPI y ETC-EPD.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y transversal. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de los pacientes evaluados en dos consultorios de EPD. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: En total fueron evaluados 199 pacientes con EPD, de ellos 121 (60.8%) eran mujeres. Del total, se incluyeron en el análisis 116 por presentar alguna de las tres categorías: IPAF (n=28: 14.07%), FPI (n=43: 21.60%) y EPD-ETC (n=45: 22.61%). En la mitad de los pacientes con IPAF se requirió la biopsia para establecer un diagnóstico definitivo. La edad media en el grupo de pacientes con IPAF fue de 63 años, versus 70 en el grupo de FPI y 62 en el de ETC (p=0.006). A diferencia de lo que se encontró en FPI, en donde el 58% eran varones, hemos encontrado un predominio en mujeres tanto en los grupos de IPAF como en ETC (82.14% y 77.77% respectivamente). La CVF media basal expresada en porcentaje fue de 69.21±15.21 en IPAF, 64.17±16.67 en FPI y 77.14±18.79 en ETC-EPD (p=0.583). Es de remarcar que el 100% de los pacientes con FPI y 82.14% de las IPAF presentaron estertores de tipo "velcro". El hipocratismo digital también fue más frecuente en FPI (62.79%) que en ETC-EPD (26.66%) e IPAF (14.28%) (p<0.001). Respecto de los síntomas extrapulmonares, las artralgias (67.85%) y el reflujo (42.85%) fueron los hallazgos más frecuentes en IPAF, y en ETC-EPD las artralgias (88.88%) y artritis (71.11%). El anticuerpo más frecuentemente hallado en IPAF fue el ANA (positivo en 64.28%) y sólo 2 pacientes con IPAF presentaban todos los anticuerpos negativos. Del grupo de FPI, el 27.90% presentó algún anticuerpo positivo. La patente tomográfica más frecuente tanto en IPAF como en ETC-EPD fue el de NINE, a diferencia del grupo de FPI en donde el 83.72% presentó una patente típica de NIU.

Conclusiones: En nuestra serie de 199 pacientes con EPD, encontramos una frecuencia de IPAF de 14.07%. De ellos, la patente tomográfica y patológica más común fue la NINE. La mayoría de los pacientes presentaron anticuerpos positivos. Los pacientes con IPAF presentaron valores más bajos de CVF que aquellos con ETC-EPD, pero mayores que los de los pacientes con FPI.

Palabras clave: enfermedades intersticiales con hallazgos autoinmunes, IPAF, fibrosis pulmonar, enfermedades del tejido conectivo,

0059 - COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE LAS ENFERMEDADES INTERSTICIALES ASOCIADAS A ENFERMEDADES DEL COLÁGENO.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Varela, Brenda Elena(1) | Tabaj, Gabriela(2) | Nigro, Carlos(1) | Gallardo, María Victoria(2) | Salomón, Mariana(2) | González Ginestet, Cecilia María(2) | Gramblicka, Georgina(2) | Nitsche, Alejandro(1)

Hospital Alemán de Buenos Aires (1); Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo (2)

Introducción: El compromiso intersticial en las enfermedades del tejido conectivo (CTD-ILD) es común de observar. La forma de presentación en las mismas ocurrir durante el transcurso de la enfermedad, manifestarse desde inicio o presentarse como debut de la misma. El grado de severidad al momento del diagnóstico puede variar y además puede permanecer durante un tiempo como "enfermedad subclínica". Si bien el compromiso pulmonar (tanto intersticial como vascular) en las enfermedades del colágeno suele asociarse con un peor pronóstico, el

daño intersticial está asociada con un mejor pronóstico que la Fibrosis pulmonar idiopática (FPI). La FPI es una enfermedad crónica, progresiva y fibrótica. Se asocia con un patrón tomográfico e histopatológico de NIU. Recientemente se ha dado la denominación de IPAF (Neumonías Intersticiales con hallazgos autoinmunes) a aquellas entidades que presentan un evento autoinmune (que son muchas veces una sumatoria de ciertos patrones clínicos, tomográficos y/o histopatológicos). Estas entidades no cumplen con los criterios establecidos para una ETC específica, suelen mostrar un comportamiento tanto clínico como funcional intermedio entre las FPI y las CTD-ILD. Conocer el comportamiento clínico, funcional y las características demográficas entre las CTD-ILD y las FPI suele ser importante.

Objetivos: Objetivo primario: Comparar las características clínicas y espirométricas entre las enfermedades intersticiales asociadas al tejido conectivo (EPI-ETC) y la fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes con diagnóstico de Enfermedades Intersticiales durante el período del 2014-2015. Se analizaron datos clínicos, datos de laboratorio, perfil reumatológico completo y patrones tomográficos. La diferencia porcentual entre la FVC inicial y a los seis meses fue evaluada mediante el Delta FVC (FVCi FVC6m/FVCi*100). Se realizó estadística descriptiva y comparativa. Los valores fueron expresados porcentajes y como la media (desvió estándar). Se usó t Test Anova de una vía y Chi Cuadrado para comparación de las variables de estudio.

Características clínicas	FPI	%	ETC	%	p
		N 43		N 45	
Estertores crepitantes "velcro"	43	100%	21	46.66	<0.001
Artralgias	2	4.65%	40	88.88%	<0.001
Reflujo gastroesofágico	19	44.18%	26	57.7%	0.29
Hipotiroidismo	3	6.97%	13	28.8%	0.016
Fenómeno de Raynaud	0		16	35.5%	<0.001
Hipocratismo digital	28	65.11%	12	26.6%	0.0011

Resultados: En total fueron evaluados 199 pacientes con EPI. De ellos, 88 fueron incluidos en una de las siguientes categorías: 43 FPI y 45 EPI-ETC. La edad de presentación fue mayor para los pacientes con FPI (70.32 vs 62.35; p 0.0010) que para las EPI-ETC. Hubo un predominio de mujeres en el grupo de las EPI-ETC (77.77% vs 41.86%; p 0.0013). Tanto el porcentaje de CVF inicial como el porcentaje de DLCO fue mayor en los pacientes con EPI-ETC que en FPI (75.95% vs 64.17%; p0.036 y 54.11% vs 39.73%; p 0.0018). Los rales velcro se observaron en FPI (100% vs 46.6%; p < 0.001). Las artralgias, el reflujo gastroesofágico y el fenómeno de Raynaud fueron los síntomas más observados en las EPI-ETC. El autoanticuerpo predominante en la EPI-ETC fue el anti nuclear (ANA) (48.8% vs 16.2% FPI, p 0.002). El patrón tomográfico más frecuente en las EPI-ETC fue el de NINE (35.55% vs 4.6% en las FPI). Los patrones de NIU definitiva, posible y NIU con enfisema se encontraron en las FPI (83.7%, 11.6% y 32.5% respectivamente). La mayor caída del delta CVF se registró en el grupo de las FPI, luego AR y luego las SSc (7.04%, 4.85% y 0.28% respectivamente; p 0.94).

	n	Delta % CVF inicial- 6 m	p 0.79
FPI	23	7.04±15.99	
AR	17	4.98±4.98	
ESCLERO	14	0.28±13.39	

Conclusiones: El estudio demuestra que tanto las características clínicas como funcionales son diferentes en ambas poblaciones.

Palabras clave: Enfermedades del tejido conectivo (CTD-ILD)

0073 - EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: DATOS PRELIMINARES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Quadrelli, Silvia | Tabaj, Gabriela | Enghelmayer, Juan Ignacio | Alchapar, Ramón | Fernández Casares, Marcelo | Penizzotto, Miguel Alberto | Azcona, María Susana | Papucci, Tulio | Molinari, Luciana | Barimboim, Enrique | Rolando, María Luján | Bermúdez, Anibal | Chirino, Gabriela

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una enfermedad pulmonar difusa de etiología desconocida, crónica y progresiva. Ocurre en adultos y se asocia con la patente anatomopatológica y/o tomográfica de neumonía intersticial usual. La definición de FPI requiere la exclusión de otras formas asociadas de EPD como exposición ambiental, enfermedades sistémicas y fármacos. La pirfenidona es una molécula pequeña disponible por vía oral que ha demostrado propiedades antiinflamatorias y efectos antifibrosantes. Se encuentra aprobada para su uso en pacientes con FPI en Europa desde marzo de 2011, en la Argentina desde el año 2013 y en USA desde octubre de 2014.

Objetivos: Evaluar la seguridad y la efectividad terapéutica de la pirfenidona en una población de pacientes con FPI, en el transcurso del primer año de tratamiento.

Materiales y Métodos: Estudio abierto prospectivo de fase IV en donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de FPI según el consenso ATS/ERS 2011 con capacidad vital forzada (CVF) mayor de 45% del valor predictivo y que no hayan recibido tratamiento previo con pirfenidona. Se revisaron de manera centralizada todas las TCAR y todos los pacientes debieron tener un panel completo de autoanticuerpos negativos. La variable primaria de eficacia considerada fue el porcentaje de pacientes sin progresión de la enfermedad (muerte relacionada con la enfermedad o descenso de la CVF al año mayor de 10% respecto del basal). Las variables de seguridad evaluadas fueron las reacciones adversas clínicas y de laboratorio. A lo largo del estudio, los pacientes debieron completar un total de 7 visitas durante 12 meses de observación. En un análisis preliminar se evaluaron los datos a los 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, la edad media de la población fue de 70.8 ± 7 años, 36 (78.3%) eran varones, la CVF basal media era de 2.40 ± 0.6 litros y $65 \pm 10.7\%$ del valor predictivo. Para el presente análisis preliminar, se ha hecho un corte al día 30 de junio de 2016. A esta fecha, 26 pacientes fueron evaluables a los 6 meses de tratamiento: 18 lo completaron (15 de los cuales, de acuerdo a la variable de eficacia primaria, respondieron al tratamiento), 6 suspendieron por eventos adversos (EA), 1 falleció por su enfermedad de base y 1 por causas no relacionadas. Así, con estos datos parciales, la eficacia del tratamiento es del 78.9%. A la fecha, sólo 7 pacientes completaron el año de seguimiento del estudio, de los cuales 5 (71.4%) respondieron eficazmente al tratamiento. Diecisiete pacientes (37%), presentaron al menos un EA, de los cuales 8 suspendieron el tratamiento. Los EA más frecuentes fueron los gastrointestinales (65.3%). La CVF basal entre los que suspendieron el tratamiento por EA fue significativamente más baja que los que completaron el tratamiento (60.2% vs 67.8 ; $p=0.003$).

Conclusiones: En este análisis preliminar, la mayor proporción de pacientes pudo continuar el tratamiento con pirfenidona y mantener la estabilidad de la función pulmonar. Estudio patrocinado por laboratorios DOSA

Palabras clave: Fibrosis pulmonar idiopática, Pirfenidona

0171 - NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD, UNA PATOLOGÍA INTERSTICIAL CON PRESENTACIONES VARIABLES Y ANAMNESIS ESTRICTA

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Dianti, Milagros | Gómez Tejada, Ricardo | Enghelmayer, Juan Ignacio | Legarreta, Cora Gabriela | Acuña, Silvana | Luna, Carlos Marcelo

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad De Buenos Aires

EDAD	SEXO	TABACO	FVC	%	FEV1	%	FEV1/FVC	DLCO	%	TLC	%	TAC	BAL/BTB	BIOPSIA QX	EXPOSICIÓN	
1	67	M	Ex	3,43	74	2,8	77	80	14,89	39	4,94	63	SI	NO	SI	SI
2	73	M	Nunca	2,41	65	1,58	54	65	18	63	-	-	SI	NO	SI	SI
3	59	F	Nunca	2,58	74	2,09	78	81	-	-	-	-	SI	NO	SI	NO
4	52	M	Actual	3,73	79	3,14	87	84	25,3	74	4,99	75	SI	NO	SI	SI
5	64	M	Ex	3,84	87	3,36	98	87	-	-	-	-	SI	NO	SI	NO
6	67	F	Nunca	2,52	91	2,06	97	81	12,9	59	4	87	SI	NO	SI	NO
7	51	F	Nunca	1,59	45	1,36	49	86	10,12	51	3,41	67	SI	NO	SI	SI
8	59	F	Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	NO	SI	NO
9	64	M	Ex	4,86	103	3,9	107	80	24,1	84	6,58	93	SI	NO	SI	SI
10	68	F	Nunca	2,38	81	1,77	79	74	7,2	41	3,74	76	SI	SI	SI	SI
11	53	M	Nunca	2,8	72	1,68	53	60	-	-	-	-	SI	NO	SI	SI

Introducción: La neumonitis por hipersensibilidad (NH) es una enfermedad intersticial subdiagnosticada provocada por la inhalación repetida de diversos antígenos. Dado que no todos los expuestos presentan la enfermedad, deben existir condicionantes genéticos para definir su desarrollo. Se describe una serie de pacientes con diagnóstico histopatológico de NH evaluados en nuestro hospital en forma clínica, funcional y por TC de tórax. El objetivo es destacar la heterogeneidad de las presentaciones de esta enfermedad en las imágenes y en los hallazgos de biopsias. Se enfatiza la dificultad para identificar el factor de exposición.

Presentación de Caso Clínico: Se presentan 11 casos de NH confirmada con diagnóstico histopatológico. La edad media de presentación fue 62 años; 5 pacientes de sexo femenino y 6 masculino. La mayoría de los pacientes (7) nunca había fumado (y solo uno era fumador actual). Se dispone de datos funcionales en 10 de 11 pacientes: en 6 espirometrías se informa una FVC $< 0 = a 80\%$; relación FEV1/FVC $< 0,70$ en sólo 2 casos. Se halló pérdida volumétrica en 4 de 6 pacientes que realizaron pletismografía; la DLCO estuvo disminuida en 6 de 7 pacientes. Se realizó tomografía (TC) de tórax en todos, con los siguientes hallazgos: patrón fibrótico inconsistente con UIP (8); vidrio esmerilado con patrón en mosaico bilateral (2), y consolidación compatible con neumonía en organización (1). Se obtuvo un lavado broncoalveolar en un paciente, en que se informa un 29% de linfocitos en el examen citológico. La biopsia quirúrgica fue realizada en la totalidad de los pacientes: 7 muestras fueron compatibles con NH crónica (5 con patrón clásico y 2 símil UIP); 2 casos presentaban cambios consistentes con NH subaguda; y 2 casos de enfermedad aguda. Hubo factores clásicos de exposición en 5 casos: 3 por el contacto con deyecciones de aves, 2 por exposición al polvo de silos de cereal. En 2 casos hubo sospecha de exposición a esporas de acondicionadores de aire.

Discusión: La NH es una entidad subdiagnosticada, con incidencia variable según la bibliografía y las regiones geográficas; representando entre el 4 y 15% de las intersticiopatías. Su forma fibrótica plantea un diagnóstico diferencial con la FPI. La presentación clínica es inespecífica y puede variar dependiendo de la intensidad y tiempo de exposición; resultando en formas agudas, subagudas y crónicas, con variaciones considerables en las imágenes y en la histopatología. El diagnóstico se basa en el antecedente de exposición a un potencial factor causal, datos clínicos, presencia de anticuerpos específicos, hallazgos tomográficos, del lavado broncoalveolar y anatomopatológicos. La búsqueda de un antígeno es importante, ya que la interrupción de la exposición al mismo (evitación) es determinante en la evolución y el pronóstico.

Conclusiones: Los hallazgos clínicos y radiológicos de NH son variables, y sólo una fuerte sospecha clínica evitará la necesidad de realizar procedimientos diagnósticos invasivos. El descubrimiento del antígeno causante de la enfermedad puede modificar su evolución y pronóstico, mediante la interrupción de la exposición al mismo. Debe aplicarse un interrogatorio minucioso.

Palabras clave: neumonitis por hipersensibilidad, alveolitis extrínseca alérgica, intersticiopatía

0191 - INFRECUENTE CAUSA DE PROTEINOSIS ALVEOLAR SECUNDARIA A INMUNODEFICIENCIA (SINDROME MONOMAC)

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Chirino, Gabriela | Bocanegra, Florencia | Vila, Andrea | Chirino Navarta, Alejandro
Hospital Italiano de Mendoza

Introducción: La proteinosis alveolar (PA) es una enfermedad infrecuente, provocada por alteración del metabolismo del surfactante que causa acumulación de material proteináceo dentro de los alveólos. Las causas secundarias de PA son raras y debidas a enfermedades oncohematológicas, ciertas infecciones e inmunodeficiencias.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 24 años. Antecedentes: tabaquismo, infección por virus del papiloma humano (HPV). Ingresa por infiltrados pulmonares, adenopatías mediastínicas e inmunodeficiencia en estudio. Refería disnea progresiva mMRC 2 de meses de evolución, tos seca, fiebre intermitente. Examen físico: saturación de oxígeno aire ambiente 93%, murmullo vesicular conservado, estertores finos secos bibasales, acropaquia, edemas en miembros inferiores. Laboratorio: Hematocrito 27%, hemoglobina 8,1 g/dl, glóbulos blancos 3500/mm³ (Linfocitos 380/mm³, monocitos 352/mm³), plaquetas 180.000/mm³. Recuento CD4+ 31%, 135 /mm³. Inmunológico negativo, serología HIV negativo, PPD negativa. Viroológico negativo. Serología Coccidioides immitis, Histoplasma capsulatum y test látex cryptococcus neoformans negativo. PCR citomegalovirus negativo. Dosaje de inmunoglobulinas normal. Hipoalbuminemia. TAC de tórax: patrón intersticio alveolar predominio perihiliar y supleurales. Consolidación con broncograma aéreo en ambas bases. Adenomegalias mediastínicas. Espirometría: normal. Biopsia de médula ósea: discretos cambios mielodisplásicos asociados. Hipocefal. Cultivo negativo. Fibrobroncoscopia: Normal, biopsia transbronquial: no concluyente. Lavado broncoalveolar (BAL): aspecto ligeramente turbio, no lechoso. Biopsias pulmonar y ganglionar quirúrgica: compatible con proteinosis alveolar. Adenitis granulomatosa no necrotizante. Cultivo negativo. Se interpreta como proteinosis alveolar secundaria a inmunodeficiencia. Evolución: Internación prolongada en terapia intensiva, ventilación mecánica, traqueostomía, múltiples interurrencias infecciosas (neumonía por P. jiroveci, infección pulmonar por complejo Mycobacterium avium (MAC) y neumonía por Aspergillus niger). Se realiza estudio genético en donde se evidencia mutación del gen del factor de transcripción hematopoyética GATA 2 (guanina-adenina-timina-adenina 2). Paciente fallece meses posteriores por interurrencia infecciosa.

Discusión: El diagnóstico de PA secundaria es difícil ya que en ocasiones no presenta los hallazgos sugestivos de la misma, como el patrón de empedrado en la tomografía de tórax y el aspecto lechoso del BAL. En el caso clínico descrito no se evidenciaron ninguna de estas características y el diagnóstico se realizó mediante biopsia pulmonar. El síndrome MonoMAC es un trastorno genético infrecuente, que pertenece al espectro de las alteraciones producidas por mutaciones en el gen del factor de transcripción hematopoyética GATA 2. Se caracteriza por infecciones por micobacterias no tuberculosas, virales y fúngicas, citopenias y complicaciones no infecciosas como proteinosis alveolar. El tratamiento de esta enfermedad consiste en el trasplante alogénico de células madres hematopoyéticas.

Conclusiones: Tanto la PA secundaria como el síndrome MonoMAC son patologías infrecuentes, que acarrearán un importante desafío en cuanto al diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Proteinosis alveolar

0242 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RITUXIMAB EN EL CORTO PLAZO EN NEUMONIA INTERSTICIAL REFRACTARIA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Quadrelli, Silvia(1) | Enghelmayer, Juan Ignacio(2) | Otaola, María(3) Sanatorio Güemes (1); Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (2); Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP) (3)

Introducción: Los pacientes con neumonías intersticiales (NI) severas y refractarias al tratamiento inmunosupresor (IS) convencional pueden beneficiarse con el uso de rituximab (RTX: anticuerpo monoclonal anti-CD20) como terapia de rescate.

Objetivos: Evaluar la eficacia terapéutica de RTX sobre la función pulmonar en el periodo comprendido entre el primer y el tercer mes post-aplicación en NI. Determinar la incidencia,

tipo y severidad de efectos adversos asociados al RTX en el periodo de observación.

Materiales y Métodos: Evaluación prospectiva de pacientes con NI no FPI previamente tratados con IS sin mejoría de la función pulmonar. Se compararon la CVF, DLCO y SaO₂ basal y post-caminata de 6 min pre-RTX (previos al inicio del último tratamiento IS, al inicio del RTX y a 1-3 meses de la infusión de la segunda dosis de RTX). Se administraron dos dosis de 1 gr de RTX en infusión en los días 1 y 15.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes (17 enfermedades del tejido conectivo, 6 neumonías intersticiales con eventos autoinmunes, 8 NSIP idiopática). La edad media fue 54.5 ± 15.6 a (19-80 a), 77.4% fueron mujeres, 67.7% tuvieron algún anticuerpo positivo y 25.8% tuvieron patrón de UIP. Todos los pacientes habían recibido esquemas conteniendo prednisona, 67.7% habían recibido ciclofosfamida y 16.2% micofenolato. La CVF al inicio de la enfermedad fue 2,07 ± 0.48 L (61.3 ± 9.4%). La CVF al inicio del RTX fue 1.62 ± 0.55 (50.3 ± 5.0%). La caída de la CVF desde el inicio de la enfermedad fue 28.6 ± 27.2% (30 a 92%). Un 76.9% de los pacientes mejoró la CVF post-RTX (21.9 ± 17.8, rango 0.5-55.5%), un 76.0% mejoró la DLCO (19.7 ± 16.8, rango 1.8 a 54%). Un 60.0% de los que mejoraron la CVF mejoró más del 10% y un 55.5% de los que mejoraron la DLCO mejoraron más del 15%. Un 83.3% mejoró la SaO₂ inicial y 75% mejoraron la SaO₂ post caminata. Los pacientes con UIP mejoraron en significativamente mayor proporción (100 vs 58.8, p = 0.03) y la magnitud de cambio no fue diferente (20,2 ± 18,6 vs 22,1 ± 10,8%, p = 0.116). Cuatro pacientes (12.9%) sufrieron algún efecto adverso durante la infusión (3 mareos, uno náuseas). Todos fueron leves y remitieron espontáneamente antes de las 24hs. Un paciente sufrió debilidad muscular moderada de 3 días de duración a los 15 días de la infusión. No hubo ningún efecto adverso serio en los 30 días posteriores a la primera infusión.

Conclusiones: RTX es una opción efectiva y segura en el corto plazo para pacientes con NI no FPI que no responden a la terapia IS convencional. Este estudio preliminar deberá completarse con los datos de eficacia a largo plazo.

Palabras clave: Rituximab; Neumonías Intersticiales refractarias; Inmunosupresión.

Unidad Temática: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

0049 - ENCUESTA EQUIPO DE SALUD - TRASTORNOS DEL SUEÑO

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

Guercia Arias, Olga Estela | Rivera, Luis | Medeot, Néstor | Bustamante, Néstor Hospital Córdoba

Introducción: Encuesta realizada al Equipo de Salud de un Hospital público de Alta Complejidad sobre Trastornos del sueño.

Parametros	SI °	NO*	Análisis Multivariable
Dormir bien?	366(67%)	184(33%)	° 14% • 43%
Somnolencia diurna?	246(45%)	304(55%)	° 23% • 5%
Ronquido? ° °	321(58%)	229(42%)	° °
Memoria-concentracion	205(37%)	345(63%)	° 36% • 7%
Despertares noct.	336(61%)	214(39%)	° 5% • 33%
Medicacion	165(30%)155 + 1°	385(70%)	° 48% • 19%
Accidentes/año	80(15%)	470(85%)	caídas° 75%• 19%
SAHOS?	360(66%)	190(34%)	
PSG?	299(54%)	251(46%)	
Otros Trast.d.Sueño	148(27%)	402(73%)	

Objetivos: 1- Reunir datos epidemiológicos generales y evaluar el conocimiento acerca de los trastornos del sueño en la población estudiada.

EDAD		IMC	
20-30	137(25%)	- 20 Bajo peso	16(3%)
31-40	139(25%)	20-25 saludable	271(49%)
41-50	125(23%)	25-30 sobrepeso	142(26%) ^o
51-60	149(27%)	30-40 obeso	121(22%) ^o

Materiales y Métodos: Se realizó la encuesta anónima, (mediante preguntas para evaluar conocimientos) entre enero a junio del corriente año, a más del 50% del equipo de salud del Hospital público. La misma se dividió en datos generales epidemiológicos y 10 preguntas acerca de los trastornos del sueño en forma general y particular.

Resultados: Se entrevistaron 359 mujeres (65%) y 191 hombres (35%), incluyéndose médicos (55%), enfermeras (20%), técnicos (15%), licenciados (10%).

Conclusiones: Se consideró SAHOS como un síndrome compuesto por Ronquidos+Apneas+Somnolencia diurna, de allí que, muchos de los encuestados, no necesariamente obesos podrían tener este síndrome. La idea de la encuesta fue valorar conocimiento del Síndrome y su método diagnóstico, aunque la mayoría conoce lo que es SAHOS no conocen otros trastornos del sueño. Se deduce la necesidad de informar al Equipo de Salud a cerca de los mismos para incentivar búsqueda diagnóstica, y por qué, promover sus propias consultas, ya que mediante la encuesta no hay seguridad de padecer este Síndrome u otro trastorno del sueño.

Palabras clave: sueño-equipo de salud-sahos-trastornos –

0080 - EL EPOC CON DESATURACION EN EL EJERCICIO ES UN DESATURADOR NOCTURNO?

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas E Inmunología

Gullo, Regina Florencia | Martínez Fraga, Alejandro | Pattin, Alejandro
Complejo Médico Policial Churrucá Visca

Introducción: Hay un subgrupo de pacientes con EPOC que no cumplen criterios de oxígeno crónico domiciliario (OCD) en reposo, pero al ser evaluados en situaciones de labilidad como el ejercicio o el sueño, presentan descenso de la saturación arterial.

Objetivos: Explorar la proporción de pacientes con desaturación nocturna significativa (DNS) en una población con EPOC e indicación de oxigenoterapia en el ejercicio. Identificar características demográficas, clínicas y funcionales de estos pacientes.

Materiales y Métodos: Se evaluaron pacientes extraídos de la base de datos de oxigenoterapia (2009-2016). Criterios inclusión: mayores de 18 años, EPOC, con indicación de oxigenoterapia para el ejercicio, y consentimiento informado firmado. Criterios de exclusión: pacientes con indicación de OCD, síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), uso CPAP/VNI, exacerbación de EPOC en los últimos 3 meses, insuficiencia cardíaca descompensada, y/o diagnóstico de cáncer.

Resultados: De un total de 41 pacientes que solamente utilizaban equipos portátiles de oxígeno, 25 tenían diagnóstico de EPOC. Diez pacientes fueron incluidos. El 70% de los pacientes era de sexo masculino con una media de edad de 65 años, y un IMC de 26.1 (± 4.69). El 80% era ex fumador con una media de 73.9 paquetes/año. Todos los pacientes eran EPOC D, con espirometrías obstructivas muy severas (FEV1 0.70ml ± 0.26) y tratamiento adecuado a su estadio. Sólo un paciente tenía sospecha clínica de SAHS. El EAB promedio fue: pH 7.40 (± 0.02), pCO₂ 40.9 (± 7.13) pO₂ 68 (± 8.64) Bic 24.6 (± 3.6). Oximetría nocturna: el tiempo de análisis promedio fue 7:46 hs ($\pm 1:51$), el 90% de los pacientes presentaron DNS, el T90 promedio fue de 61.27% (± 29.14), la mediana del Índice 1/h fue de 5.8, lo que significó un índice menor a 10 en el 80% de los pacientes; y la Sat min promedio fue de 68.6% (± 16.23).

Conclusiones: De todos los pacientes evaluados el 90% presentó DNS. En promedio pasaron más de la mitad de la noche con saturaciones <90%, y con un índice bajo en su mayoría. Todos eran EPOC D, con obstrucciones muy severas en la espirometría. La mayoría eran normocápnicos, no obesos, y con baja sospecha de SAHS. Podría ser recomendable realizar una oximetría nocturna a todos los pacientes con EPOC que presentan desaturación en el ejercicio.

Palabras clave: EPOC, oximetría, desaturación nocturna.

0108 - ALTERACIONES RESPIRATORIAS DEL SUEÑO DURANTE EL ASCENSO AL CERRO ACONCAGUA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

Unidad Temática 2: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Ortiz Naretto, Álvaro Emilio(1) | Pereiro, Miriam(2) | Onofri, Elvira(3) | Vázquez, Andrés(3) | Ahfeld, Birke Anne(3) | Bertok, Larissa(3) | Lofti, Miguel(3) | Pronce, Roxana(3) | Ernst, Glenda(4) | Borsini, Eduardo(4)

Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz (1); Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (2); Asociación Andina de Medicina Para La Altura (3); Hospital Británico de Buenos Aires (4)

Introducción: La exposición aguda a la altura es considerada un ascenso por encima de los 2000 metros sobre el nivel del mar (msnm) de aquellos individuos que viven a una altura menor a la misma. Durante la noche, los andinistas expuestos a hipoxia hipobárica (HH) pueden presentar alteraciones respiratorias.

Objetivos: Analizar las alteraciones del ciclo respiratorio durante el sueño relacionadas con la altura durante un ascenso del Cerro Aconcagua.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo sobre una base de datos de recolección sistemática en andinistas voluntarios sanos. Se realizó un estudio descriptivo, utilizando registros de poligrafías respiratorias (PR) nocturnas realizadas a diferentes alturas durante el ascenso al Cerro Aconcagua. Análisis Estadístico: Los resultados fueron presentados como media, error estándar, rango o como porcentaje; se consideró como estadísticamente significativo una $p < 0.05$, se utilizó el test de Kruskal-Wallis y el test de comparaciones múltiples de Dunn's.

Resultados: Participaron 4 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 36 años (25-51). El índice de masa corporal (IMC) basal; 23.6 (20.9-28.7) y al regreso; 22.77 (20.9-27.7) $p < 0.01$. Se realizaron 43 poligrafías con registro válido. El índice de apnea hipopnea (IAH) aumentó con la altura a expensas de las apneas centrales e hipopneas; $p < 0.05$. No siendo significativo el incremento para apneas obstructivas. El IDO presentó aumento en las últimas dos cotas de altura $p < 0.05$ y el T<80% fue el único indicador que presentó correlación: $r: 0.85$ (IC:0.71 – 0.93) $p < 0.01$, con la altura alcanzada. La respiración periódica de la altura (RPA) no se observó en el estudio basal y se evidenció en todos los participantes por encima de los 4900 msnm con una media en altura de 4130 (2581 – 5380 msnm). El RPA/TTRx100 para los guías fue de 12.6% y para el resto del grupo de 39.7%, en las cotas en las cuales presentaron RPA. Los registros sin RPA presentaron menores valores de IDO e IAH medio; 5.43 (0 – 20) vs. 45.95 (2-122) $p < 0.001$ y 3,9 (0-15.5) vs. 44,35 (4-115) $p < 0,001$ respectivamente. La duración del ciclo de RPA (media) fue de 24.2 segundos indistintamente si presentaban patrón en creciendo-decreciendo o apneas centrales típicas, con una relación apnea/hiperventilación media de 0.47. Los guías, cuando presentaron RPA, tuvieron una morfología del ciclo creciente/decreciente con hipopnea, en cambio el resto de los andinistas presento RPA típica: polipnea/apnea.

Conclusiones: La RPA fue un hallazgo frecuente en andinistas sanos por encima de los 3200 msnm y sus características difieren de la RP idiopática y de la insuficiencia cardíaca congestiva, presentando ciclos cortos y una relación hiperventilación/apnea cercana a 0.47. Los sujetos expuestos recientemente a la altura presentan menos apneas centrales con ciclos creciente/decreciente e hipopneas no obstructivas y ciclos de similar duración.

Palabras clave: sueño, respiración periódica de altura, poligrafía respiratoria

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

0085 - DIFERENCIA ENTRE LA CAPACIDAD VITAL LENTA Y LA CAPACIDAD VITAL FORZADA Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA EPOC

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Dave, María Eugenia | Alvarez, R.N. | Ponce, Juan José | Goñi, Malvina Inés | Maracini, María José | Pereyra, Betiana Lorena
Nuevo Hospital San Roque

Introducción: La capacidad vital (VC) fue descrita por la American thoracic society y la European Respiratory Society (ATS/ERS) como el volumen de aire movilizado desde una inspiración máxima seguida de una espiración máxima. La capacidad vital forzada (FVC) o la capacidad vital lenta (SVC) se pueden utilizar para determinar la VC. La SVC se mide a través de una maniobra no forzada, en la que hay menor presión intratorácica y mayor volumen de aire que se puede movilizar. En la FVC hay mayor compresión dinámica y colapso de las vías respiratorias, lo que reduce la capacidad de movilizar el volumen de aire durante la espiración y de esta manera se genera atrapamiento aéreo. En individuos sanos la diferencia entre la SVC y la FVC es prácticamente nula, sin embargo, en presencia de obstrucción de las vías aéreas, estas diferencias pueden ser evidentes y estar relacionadas con la hiperinsuflación pulmonar. En pacientes obstructivos la diferencia entre la SVC y la FVC aumenta con el grado de severidad de la obstrucción.

Objetivos: Determinar la diferencia entre la SVC y la FVC y su relación con la severidad de la EPOC. Establecer si a mayor severidad de la EPOC aumenta la diferencia entre la SVC y la FVC.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 40 años con diagnóstico previo de EPOC (n: 78), reclutados de la unidad de Neumonología del Nuevo Hospital San Roque de Córdoba. Se excluyeron pacientes con enfermedades neuromusculares o de la caja torácica; pacientes con diagnóstico de asma, a aquellos que no realizaron correctamente la maniobra espirométrica o tenían contraindicación absoluta para realizarla, y a los que presentaron exacerbación aguda de EPOC en los últimos 30 días. Se utilizó el espirómetro spirobank G MIR. A todos se les midió la FVC y posteriormente la SVC. Se los clasificó según los criterios de obstrucción de la ATS. Se eligieron las mejores pruebas de acuerdo a los criterios de aceptabilidad y repetibilidad de la ATS.

Resultados: Hubo 31 pacientes con EPOC leve, 13 moderado, 13 moderadamente severo, 10 severo y 11 muy severo. La media de la FVC y la SVC, por grupos, fue significativamente menor a medida que aumenta la severidad ($p=0,000$). La diferencia entre SVC-FVC por grupos no fue significativa ($p=0,159$) probablemente debido a la diferencia en el número en cada uno de ellos, por lo que para hacer un análisis inferencial se realizó una tabla simplificada en dos grupos según su severidad. Se encontró que la diferencia entre la SVC y la FVC es mayor para el grupo de pacientes más graves ($p=0,011$). Al utilizar a la SVC en el denominador de la relación con el FEV1, el resultado es menor, que al usar en el denominador a la FVC. La FVC es menor q SVC en promedio para cada paciente y es estadísticamente significativo ($p=0,000$).

Conclusiones: El estudio demuestra que a mayor severidad de la EPOC, mayor diferencia entre la SVC y la FVC. El cociente FEV1/SVC es menor que el FEV1/FVC. Consideramos que aplicación de la SVC puede ser una herramienta útil, principalmente en pacientes con relación FEV1/FVC borderline, antecedentes de tabaquismo o historia de exposición a gases tóxicos y clínica sugestiva. Relacionar el FEV1 con la SVC nos permite detectar precozmente pacientes con EPOC y disminuir el porcentaje de subdiagnósticos.

Palabras clave: Capacidad Vital lenta, capacidad vital forzada, EPOC

0203 - PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR: HERRAMIENTA DE VALORACIÓN NO INVASIVA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

Wagner, Graciela Rosa | Ossés, Juan Manuel | Ahumada, Juana | Tomaszk, Giselle | Favalloro, Liliana | Cáneva, Jorge
Hospital Universitario Fundación Favalloro

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se define como la elevación de la presión media en la arteria pulmonar (PAPm) \geq de 25mmHg con una presión arterial de oclusión pulmonar (PAOP) normal. La HAP es compleja, de difícil diagnóstico y con una expectativa de vida limitada. La prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP) puede ser útil en estos pacientes en la evaluación y seguimiento. La información respecto de la PECP en HAP es limitada. La valoración de la capacidad aeróbica y la desaturación durante el ejercicio son de ayuda en la determinación de la gravedad y respuesta al tratamiento. Se ha postulado que la limitación al ejercicio en estos pacientes es cardiovascular.

Objetivos: Analizar las PECP en pacientes con HAP evaluar la respuesta fisiopatológica al ejercicio y la seguridad en pacientes con HAP.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se realizó la revisión consecutiva de las PECP realizadas en el laboratorio de función pulmonar en pacientes portadores de HAP bajo tratamiento médico óptimo en nuestra institución, desde enero de 2011 a diciembre de 2015. Se analizaron datos demográficos, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, PAPm, pruebas de función pulmonar, variables metabólicas, respiratorias y cardiovasculares al esfuerzo máximo y motivo de detención de la prueba. Se excluyeron los pacientes con desaturación durante el test de marcha de 6 minutos.

Resultados: Se realizaron 24 PECP en pacientes portadores de HAP. Etiologías: 17 pacientes (70.8%) HAP idiopática, 5 pacientes (20.8%) HAP asociada a cardiopatía congénita, 1 paciente (4.1%) HAP asociada a esclerodermia, 1 paciente (4.1%) HAP asociada a VIH; 18 pacientes (75%) fueron del sexo femenino, con una edad promedio de 40.5 años (18-58). El IMC fue de 25 kg/m² (19-38.5). La PAPm fue de 54,1 mmHg (33-106). FVC 3,17 L (85.6%), FEV1 3,36 L (94%), FEV1/FVC 82, MVV 100 L (100%). Capacidad de trabajo (CT) 61,6%, Umbral Anaeróbico (AT) 44, VO₂ máx 18.8 ml/kg/min, VO₂ AT 13.4 ml/kg/min, reserva respiratoria 52.7%, frecuencia respiratoria 39.7 resp/min, VD/VT 0.13, saturación de oxígeno 94%, TAS 125 mmHg, VO₂/FC 8 ml/lat, reserva de frecuencia cardíaca 22.5%, VE/VCO₂ (43). Los motivos de detención fueron: 14 pacientes (58.3%) por agotamiento muscular, 7 (29.1%) por disnea mayor, 3 (12.5%) a pedido del paciente. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones durante el estudio.

Conclusiones: La limitación al ejercicio en pacientes con HAP es cardiovascular. La PECP es un estudio seguro y adecuado en el control evolutivo de la HAP

0234 - RELACIÓN ENTRE EL PULSO DE OXÍGENO Y EL GRADO DE SEVERIDAD DE EPOC.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Salvado, Alejandro(1) | Ernst, Glenda(1) | Xavier, Claudio(2) | Bosio, Martin(1) | Grassi, F(1) | Borsini, E(1) | Bocca Ruiz, Xavier(2)

Hospital Británico de Buenos Aires, Servicio de Medicina Respiratoria (1); Clínica Monte Grande, Servicio de Medicina Pulmonar (2)

Introducción: La relación entre el consumo de oxígeno (VO₂) y la frecuencia cardíaca (Fc) durante el ejercicio (VO₂/FC) se denomina Pulso de Oxígeno, y es considerado un subrogante del volumen sistólico (VS). Se ha descripto que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) muestran una disminución del VO₂/FC.

Objetivos: Comparar si el VO₂/FC se ve afectado según el grado de severidad de la EPOC. Estos hallazgos podrían contribuir

a mejorar la comprensión del papel del VO_2/FC en pacientes con EPOC con diferentes limitaciones de flujo de aire.

Materiales y Métodos: Se revisaron en forma retrospectiva los datos de las pruebas de ejercicio cardiopulmonar de pacientes con EPOC y de sujetos sanos (grupo control) que fueron realizadas en un cicloergómetro electromagnético, según previa indicación médica y bajo previo consentimiento informado. Los protocolos de ejercicio designados para dichas pruebas fueron el incremental de 10 Watts (EPOC) e incremental 30 y 45 Watts (CONTROL - mujeres y varones respectivamente). Se analizaron los datos de dichas pruebas mediante la prueba no paramétrica usando el software Graph Pad Prism. Los datos se expresan como media y desviación estándar y $p < 0,05$ fue considerado como significativo.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con EPOC, 12 de ellos de estadio grave GOLD (III - IV), 21 pacientes EPOC eran leves a moderados (GOLD I y II) y 67 sujetos eran sanos. La mayoría de los pacientes con EPOC y sujetos sanos eran varones (68,7% y 59,7%, respectivamente). La media de la edad de los pacientes con EPOC fue de $60,2 \pm 1,3$ años, y en el caso del grupo CONTROL fue de $41,2 \pm 1,6$ años. Se encontró una disminución significativa del VO_2/FC en GOLD III/IV en comparación con GOLD II y I. Por último, el grupo EPOC mostró una reducción del VO_2/FC en comparación con el grupo control ($8,7 \pm 0,6$; $p = 0,04$ y $11,2 \pm 1,2$; $p = 0,06$ vs $13,8 \pm 0,6$; $p = 0,08$).

Conclusiones: Posiblemente, la comprensión del papel del VO_2/FC sea valorar niveles de desentrenamiento entre pacientes con similares características. Además, el análisis del mismo nos daría información relevante sobre como la enfermedad afecta al rendimiento físico y la tolerancia al esfuerzo y si hay compromiso cardiovascular o no, además del ventilatorio. Cuanto mayor es el grado de severidad de la EPOC, el VO_2/FC se encuentra más disminuido.

Palabras clave: EPOC, prueba de ejercicio cardiopulmonar, pulso de oxígeno.

0237 - RELACIÓN ENTRE EL PULSO MÁXIMO DE OXÍGENO Y LA FRECUENCIA CARDÍACA DE RECUPERACIÓN POST EJERCICIO EN PACIENTES CON EPOC DURANTE UNA PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Bocca Ruiz, Xavier(1) | Ernst, Glenda(2) | Xavier, Claudio(1) | Bosio, Martín(2) | Borsini, E(1) | Salvador, Alejandro(2)

Clinica Monte Grande, Servicio de Medicina Pulmonar (1); Hospital Británico de Buenos Aires, Servicio de Medicina Respiratoria (2)

Introducción: El atrapamiento aéreo que se produce en la EPOC empeora la función cardíaca por hiperinsuflación. Se ha propuesto que el pulso de oxígeno (VO_2/FC) es un marcador surrogado del volumen sistólico (VS) y el porcentaje de recuperación de la frecuencia cardíaca al tercer minuto post ejercicio (FCR3%) es mayor en sujetos sanos, asociándose con una mejor capacidad aeróbica y una mejor eficiencia cardiovascular.

Objetivos: Evaluar la relación existente entre el VO_2/FC y el FCR3% en pacientes con EPOC vs grupo control (sujetos sanos). Para ello fueron analizados los resultados obtenidos de pruebas de ejercicio cardiopulmonar realizadas en cicloergómetro.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los datos de las pruebas de ejercicio cardiopulmonar realizadas en cicloergómetro en pacientes con EPOC y en sujetos sanos, según previa indicación médica y bajo previo consentimiento informado. La muestra total de sujetos ($n = 100$) incluyó un grupo de pacientes con EPOC ($n = 33$) y un grupo de sujetos sanos ($n = 67$). Todos ellos eran varones y mujeres de entre 40 y 70 años de edad. Los valores de VO_2/FC y de FCR3% fueron expresados en ml/lat y en porcentaje respectivamente.

Resultados: Dentro de los hallazgos de este estudio encontramos una reducción del VO_2/FC y del% FCR3 del grupo de pacientes con EPOC en comparación con el grupo control ($9,8 \pm 0,6$ ml/lat y $25,9 \pm 2,2\%$ vs $13,9 \pm 0,6$ ml/lat y $32,2 \pm 1,5\%$; $P < 0,001$, respectivamente). Aquellos pacientes con EPOC que mostraron un VO_2/FC disminuido y un menor% FCR3,

presentaron una correlación escasa (r de Spearman: $0,25$; $p = 0,16$). El grupo de control mostró una correlación escasa pero con una menor asociación (Spearman r : $0,14$; $p = 0,26$).

Conclusiones: La FCR3% se ve tan afectada como lo es el VO_2/FC en pacientes con EPOC. Aunque no hubo una relación positiva correlacionando el VO_2/FC y el% FCR3 en ambos grupos, evidenciamos una reducción notable de ambas variables comparando los pacientes con EPOC con los sujetos sanos. Por lo tanto, el VO_2/FC es un parámetro tan efectivo en la evaluación de la eficiencia cardiovascular en este tipo de pacientes como lo es el FCR3%. A futuro, habría que hacer estudios con muestras más grandes y establecer las diferencias entre estas dos variables estudiadas según el grado de limitación del flujo aéreo y tomando en cuenta otras variables fisiológicas.

Palabras clave: EPOC, prueba de ejercicio cardiopulmonar, pulso de oxígeno, recuperación cardíaca post ejercicio.

0253 - ESTUDIO OBSERVACIONAL DE VARIACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO EN PACIENTES OBESOS VENTILANDO ESPONTÁNEAMENTE EN POSICIÓN SENTADA Y SUPINA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

Sobrino, Edgardo | Suarez, Verónica | Tellias, Irene | Madorno, Matías | Serotti, Catalina | Montiel, Guillermo

Sanatorio Municipal "Dr. Julio Méndez".

Introducción: Introducción Las complicaciones respiratorias son muy prevalentes en la obesidad mórbida sin embargo su impacto en la mecánica respiratoria no está completamente entendida.

Objetivos: Es el objetivo del presente estudio realizar una evaluación en pacientes obesos mórbidos para determinar los factores que contribuyen a las alteraciones de la mecánica pulmonar en ambas posturas sentada y en decúbito supino

Materiales y Métodos: Material y Métodos Se estudiaron 25 sujetos en plan de cirugía bariátrica , no tabaquistas y sin patología obstructivas. Se realizaron mediciones antropométricas, seguidas de una espirometría y gases arteriales. (EAB) Usando balones se midió la presión esofágica (Pes) y se calculó la presión transpulmonar PL (Presión bucalPes), presiones estáticas máximas (Pimax/Pemax), Capacidad inspiratoria (CI) y el patrón respiratorio con una boquilla conectada a un neumotacógrafo , con pinza nasal. Todo en ambos decúbitos , sentada y supino por 10 minutos en cada posición

Resultados: La relación hombre/mujer fue de 10/15, la edad media de 48,8 (9.18) años, con un de BMI 49,8 (9.79). Un patrón restrictivo leve predominó en los datos espirométricos con CVF 3.28L (85%), relación VEF1/CVF 84.3(8.1). EAB ph 7.40 PCO_2 40 (6.3) PaO_2 80 (15.2) (solo dos pacientes eran hipercapnics). Las CI no varío en ambas posiciones 3.2L (0.79) sentados , 3.1L (0.9L) $p = 0.58$, Pimax68 cm H_2O (32.6) sentado y 68 cm H_2O (23) acostado $p = 0.9$, Pemax 79.8 cm H_2O sentado y 78.8(10) cm H_2O acostado $p = 0.7$. Si se hallaron variaciones en la PL así como en el swing de presión esofágica. PL (4.49 (3.8) sentado vs 12.62 (5.1) $p = 0.0001$) Pswing (10 (4.1) sentado vs 14.0 (5.5.4) $p = 0.0001$). Las presiones gástricas (Pgas) estaban elevadas con valores más altos en posición sentada Pgas 14.1 cm H_2O (10.3) vs 12.9 cm H_2O (7.9) en posición supina con $p = 0.53$

Conclusiones: Conclusión los pacientes con obesidad mórbida tienen una elevación marcada de las presiones gástricas y esofágicas , lo que se traduce en un marcado incremento del esfuerzo respiratorio y del trabajo respiratorio , especialmente en posición supina

Palabras clave: Obesidad Mórbida, Presión transpulmonar, Presión esofágica, esfuerzo respiratorio,

0286 - COMPARACIÓN ENTRE LA VENTILACIÓN VOLUNTARIA MÁXIMA Y LOS PRODUCTOS DE LA FEV1 (35-40) PARA EL CÁLCULO DE LA VENTILACIÓN EN PACIENTES CON EPOC.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

Salvado, Alejandro | Bocca, Xavier | Xavier, Claudio | Ernst, Glenda | Borsini, Eduardo | Bosio, Martín

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El test de ejercicio cardio pulmonar (TECP) evalúa las demandas respiratorias, cardiovasculares y musculares. La ventilación (VE) durante el ejercicio, regula el estado ácido base en condiciones de aumento de la demanda metabólica. La reserva respiratoria es expresada como la diferencia entre la ventilación voluntaria máxima (MVV) y la VE alcanzada durante el ejercicio. Tradicionalmente, la VE era estimada mediante la MVV, sin embargo, dadas las limitaciones que presenta, se ha planteado estimarlo según la multiplicación del FEV1 por 35, 37,5 y 40.

Objetivos: Evaluar la mejor estimación de la VE max en una cohorte de pacientes con EPOC, comparadas con la MMV, FEV1x35, x37.5 y x40 respectivamente.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de una base de datos de 31 pacientes con EPOC que realizaron un TECP. Los pacientes fueron agrupados por la severidad de su enfermedad de acuerdo al valor del FEV1 (%). Se estudió la relación entre los valores de MVV y FEV1 (x35, 37.5 y 40), utilizando como Gold Estándar la VE; para esto se utilizó el test de correlación no paramétrico SPEARMAN utilizando el Graph Pad-PRISM, Versión 6.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con EPOC con una edad media de 60.7 ± 1.4 años, de los cuales 22 fueron hombres. Analizando toda la población, se encontró que la r de spearman cuando se compararon los valores de MMV y la VE fue de 0.50 con un intervalo de confianza del 95% entre (0.2 y 0.7); $p < 0.01$. Resultados similares se observaron cuando se realizó la correlación entre la VE y la FEV1 (por las diferentes constantes) el valor de r fue de 0.45 (0.2-0.7); $p < 0.01$.

Conclusiones: Los hallazgos desde estudio podrían indicar que la reserva respiratoria obtenida a partir del producto FEV1 x una constante (40) sería útil para estimar la MMV en los pacientes con EPOC.

Palabras clave: Test de ejercicio cardiopulmonar, MVV, Reserva Respiratoria.

0292 - ESTUDIO PROSPECTIVO PARA EVALUAR GASES VENOSOS COMO ALTERNATIVA DE GASES ARTERIALES EN PACIENTES CON AFECCIÓN RESPIRATORIA ESTABLE, EN UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN RESPIRATORIA UDOR

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Fisiopatología y Laboratorio Pulmonar

Di Tullio, Fernando | Salvado, Alejandro | Erns, Glenda | Meraldi, Ana | Borsini, Eduardo | Bosio, Martin

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La presencia de hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 44$ mm de Hg) en pacientes con afectación pulmonar (EPOC, Enfermedad neuromuscular o trastornos respiratorios durante el sueño), sugieren considerar el apoyo ventilatorio de este tipo de pacientes (VNI) en algunas enfermedades como soporte de vida y en otras como predictor de internaciones reiteradas.

Objetivos: El objetivo fue estudiar la diferencia entre la gasometría arterial y la venosa en pacientes con patología respiratoria.

Materiales y Métodos: Se analizaron, en forma prospectiva, los valores de los gases en 45 pacientes referidos a una unidad de Observación respiratoria UDOR. 30 Masculinos. SAHOS 15 pacientes y EPOC 11. Neuromusculares más parálisis diafragmática 7, otros diagnósticos 8. En esta unidad, los pacientes se internaron en una habitación no UTI, para realizar una serie de estudios que por la condición clínica del paciente (Pacientes ventilados crónicos, o2 dependientes, Enfermedades neuromusculares) hacían imposible su atención en forma ambulatoria. Durante la internación se tomaron muestras de sangre venosa en jeringa heparinizada por parte del personal de laboratorio (extraccionista) o el médico residente de neumonología a cargo de la unidad. Y por otro lado se tomaron muestras de sangre arterial (médico residente a cargo) con jeringa heparinizada y aguja mosquito

Resultados: Incluimos 45 pacientes con Enfermedad pulmonar en fase estable a los cuales se les calcularon los gases en ambos venosos y arteriales. El gráfico de Bland-Altman comparando PvCO_2 con la PaCO_2 mostró una media de -7.7 con 1 SD.

Conclusiones: Nuestros resultados mostraron que la determinación de gases venosos tendría valor de screening para detectar hipercapnia en pacientes estables con patología respiratoria. Evaluando previamente que la diferencia entre ambas fue de 5.8 mmHg de media. De la misma manera para el HCO_3 .

Unidad Temática: Tuberculosis

0078 - ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE LA TUBERCULOSIS Y DE SU DESIGUALDAD POR JURISDICCIÓN EN ARGENTINA, EN EL PERÍODO 1980 - 2015

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Bossio, Juan Carlos(1) | Sanchis, Iván(2)

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" (1); Cátedra de Epidemiología y Salud Pública, Facultad De Bioquímica y Ciencias Biológicas, UNL (2)

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud importante en Argentina con más de 9500 nuevos casos anuales y una distribución desigual entre jurisdicciones.

Objetivos: Describir la tendencia de la notificación de casos de tuberculosis en Argentina y de la desigualdad en su distribución por jurisdicción en el período 1980-2015.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de serie temporal de la notificación de casos de tuberculosis y de la desigualdad en su distribución en las 24 jurisdicciones de Argentina. Se utilizaron datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, registrados por los programas de control de la tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país. Se obtuvo el número de casos de tuberculosis (todas las formas) para el período 1980-2015 y se estratificó por jurisdicción. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes para todo el período, para el total del país y por jurisdicción, utilizando estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo. La desigualdad por jurisdicción se determinó mediante el cálculo del índice de Gini con su intervalo de confianza del 95% para cada año. Se calculó la variación total de la tasa entre 1980 y 2015, y se expresó como variación porcentual. La tendencia de las tasas y del índice de Gini durante ese período se analizó mediante un modelo lineal y se calculó el coeficiente de regresión, expresado como variación anual promedio (VAP) porcentual, con su intervalo de confianza del 95% y la significación estadística. Se identificó la existencia de puntos de quiebre en las tendencias y se calculó el coeficiente de regresión para cada período, expresado como VAP, su intervalo de confianza del 95 y la significación estadística. Se utilizaron los programas Microsoft Excel 2016 y Joinpoint Regression 4.2.0.2.

Resultados: Entre 1980 y 2015 la tasa de notificación de tuberculosis se redujo 61,5%, con una VAP de -2,8% (-3,0; -2,6; $p < 0,001$). Se identificaron tres puntos de quiebre ($p = 0,0002$): 1983, 1990 y 1993. En dos de los períodos, 1983-1990 y 1993-2015, hubo una tendencia distinta de 0, estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Entre 1983 y 1990, la VAP fue -6,6% (-8,4; -4,8; $p < 0,001$); y entre 1993 y 2015, el ritmo de descenso fue menor de la mitad: VAP = -2,9% (-3,2; -2,7; $p < 0,001$). Con respecto a la desigualdad en la distribución del problema por jurisdicción, se encontró que el índice de Gini entre 1980 y 2015 se redujo 2,4% con una VAP de 0,1% (-0,1; 0,3; $p = 0,242$), tendencia no estadísticamente significativa. Se encontró un punto de quiebre en el año 1995 ($p = 0,0004$); y, en los dos períodos, la tendencia fue estadísticamente significativa, pero de signo contrario. En el período 1980-1995 el índice de Gini se redujo, con una VAP de -0,7% (-1,2; -0,1; $p < 0,001$). En cambio, a partir de 1995 y hasta 2015 el índice de Gini aumentó, con una VAP de 0,6% (0,2; 1,0; $p < 0,001$). Esto representó un aumento total de la desigualdad de 12,8% entre 1995 y 2015.

Conclusiones: Aunque la tendencia de la tuberculosis en Argentina en el período 1980-2015 fue al descenso, en las últimas dos décadas el ritmo de descenso fue la mitad del que se registró entre 1983 y 1990. En las dos últimas décadas, además, la desigualdad en la distribución del problema se incrementó. Es necesario fortalecer las acciones de control para

incrementar el ritmo de descenso de la tuberculosis y realizar acciones adicionales orientadas especialmente a las áreas de mayor problema, para revertir la tendencia al aumento de la desigualdad y reducir la brecha entre jurisdicciones.

Palabras clave: Tuberculosis

0091 - DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR MEDIANTE BIOLOGÍA MOLECULAR. EXPERIENCIA EN LOS PRIMEROS 2 AÑOS DE SU USO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Chao, Cecilia(1) | Galliana, Antonio(2) | Gruss, Ana(1) | Vиейtes, Mariela(2) | Kierszenbaum, Mónica(1) | Curbelo, Pablo(1)

Hospital Maciel. Cátedra de Neumología, Facultad de Medicina, UDELAR. (1); Departamento de Microbiología (2)

Introducción: El desarrollo de nuevas técnicas para diagnóstico precoz de tuberculosis son prioridades en el control epidemiológico, sobre todo en pacientes con directo negativo (más frecuente en co-infectados VIH) o tuberculosis multi-resistente, por ser poblaciones con mayor riesgo de morir. El cultivo es el gold estándar diagnóstico, pero es lento, relativamente complejo, y requiere laboratorio y personal altamente especializados. En 2010, la OMS aprobó una técnica que implica la amplificación de Ácidos Nucleicos en tiempo real mediante reacción en cadena polimerasa de forma automatizada, que utiliza la plataforma GeneXpert®. Detecta simultáneamente la micobacteria y su resistencia a rifampicina en 2 horas, con personal, manipulación así como riesgo biológico mínimos. Su uso en nuestro centro comenzó en mayo de 2014.

Objetivos: 1) Presentar la experiencia frente al uso de la nueva técnica de biología molecular en un hospital de tercer nivel. 2) Comparar sus valores de sensibilidad y especificidad con la literatura. 3) Reconocer fortalezas y debilidades de su uso.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo sobre los análisis realizados mediante GeneXpert en el Hospital Maciel durante el período Mayo -2014 a Febrero-2016. Se incluyeron todas las muestras de secreciones respiratorias de pacientes con sospecha de tuberculosis pulmonar en las cuales el Ziehl Neelsen inicial fue negativo. Se comparó con los resultados del laboratorio centralizado de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa (CHLA) que realiza estudio directo mediante Auramina-Rodamina y cultivo.

Resultados: Se estudiaron 73 muestras respiratorias mediante GeneXpert. Se descartaron 20 (27%) que no contaban con control del laboratorio CHLA y otras 3 por ser insuficientes o contaminados; resultando un N total de 50 muestras. 9 (18%) resultaron positivos. No se detectó resistencia a Rifampicina. Al compararlos con el análisis en la CHLA, en 3 (33%) se obtuvo directo y cultivo positivo, mientras que en 6 (75%) el directo resultó negativo, 2 de los cuales mostraron cultivo negativo y los 4 restantes resultaron cultivo negativo (falsos positivos). 82% de los GeneXpert realizados fueron negativos, cuyos directos fueron todos negativos, en tanto que de los cultivos sólo 1 resultó positivo (falso negativo). Los cálculos de rendimiento del estudio fueron: sensibilidad 83%, especificidad 91%, valor predictivo positivo 56% y valor predictivo negativo (VPN) 98%.

Conclusiones: El principal beneficio de la técnica es la rapidez de su resultado, facilitando la toma de decisiones para aislamiento respiratorio e inicio terapéutico. Resaltamos el alto VPN, permitiendo descartar el diagnóstico con alto grado de confianza. La sensibilidad fue superior a la descrita por la OMS, considerando la técnica como test posterior al directo negativo (OMS 68% vs 83% en nuestro estudio). Detectamos como debilidad un mal manejo de las muestras, donde 27% de los estudios realizados no obtuvo su valoración correspondiente con el gold estándar, impidiendo alcanzar el diagnóstico definitivo. Esto puede deberse a errores operativos o desconocimiento del personal médico. La alta proporción de resultados negativos podría deberse a sobre-indicación del estudio. Es necesario conocer sus indicaciones así como sus limitaciones para maximizar su rendimiento. Es fundamental validar su resultado con el gold estándar, único capaz de establecer el diagnóstico definitivo y tipificación del agente. Para optimizar su uso debemos informar

y entrenar al cuerpo médico, acompañado de mejoras a nivel de gestión hospitalaria.

0140 - TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE, UN DESAFÍO PARA LA SALUD PÚBLICA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Velásquez Gortaire, Edgar Emilio | Iriarte Vázquez, JM | Buffarini, L | Busaniche, MA | Fernández, RN | Quiroga, JR | Jiménez Salazar, J | Faraldo, J | Gullo, RF | Bustamante, LM | Lavagnino, DN | Bravo Cedeño, MA | Barth, MA | Jajati, M | González, CD | Kaplan, PJ | Hofmann, N | Sivori, ML | Pascansky, VD | Saenz, CB
Hospital Ramos Mejía

Introducción: La diseminación de cepas de Mycobacterium tuberculosis resistentes a drogas de primera línea atenta contra el control de la enfermedad.

Objetivos: Investigar el número de casos de pacientes con resistencia a drogas antituberculosas y la incidencia de comorbilidades asociadas a la TB.

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se evaluaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TB del hospital desde enero de 2011 a diciembre de 2015. Se analizaron datos demográficos, presencia de comorbilidades y tratamiento previo.

Resultados: La prevalencia de casos de TB drogorresistente (TBDR) en nuestro hospital ha ido en aumento desde 2011 (1.5%) hasta 2015 (5.3%) con un pico en 2014 (9.8%). Durante el período bajo estudio, se denunciaron 21 casos de TBDR, lo que correspondió al 5% de los casos notificados de TB. El 76.2% de estos casos reportados eran TB pulmonares, el 14.2% eran formas diseminadas, 4.8% pleurales y el 4.8% se detectó en partes blandas. Con respecto a la nacionalidad, el 76.2% eran de nacionalidad argentina, 4 peruana (19%) y 1 paciente (4.8%) de origen africano. El 81% de los pacientes con TBDR eran hombres y su promedio de edad de 37 años. Entre las comorbilidades, el 47.6% eran HIV positivos (de los cuales el 80% eran TBMDR), un paciente tenía diabetes y el resto eran inmunocompetentes. Tres pacientes (14%) habían tenido tuberculosis previa y sólo uno de ellos no completó el tratamiento. En relación a los pacientes con TBMDR en ese período, se han diagnosticado 16 casos, que corresponde al 3.9% de todos los casos de TB (14 tenían formas pulmonares y 2 tenían formas diseminadas). Catorce eran de nacionalidad argentina y sólo dos peruanos. Como factores de riesgo para TBMDR, encontramos que: el 50% (8/16) tenía HIV como enfermedad comórbida, el 6.25% (1/16) diabetes y el resto de los pacientes 43.75% (7/16) no tenían comorbilidades reconocidas como factores de riesgo para drogorresistencia. Sólo 2 pacientes habían tenido TB previa, ninguno de ellos era HIV y habían completado el tratamiento en aquella oportunidad.

Conclusiones: En pacientes con sospecha o confirmación de TB, las recomendaciones vigentes restringen el pedido de cultivo y pruebas de sensibilidad a casos seleccionados: individuos inmunocomprometidos, antecedentes de TB previa con tratamiento completo o incompleto, falta de respuesta al tratamiento de primera línea y pacientes en contacto con casos de TBDR. Sin embargo, en nuestro hospital, hemos encontrado casos de TBDR en pacientes que no cumplen con esas condiciones, por lo que debería considerarse cada caso en particular. Uno de los problemas más preocupantes en nuestro medio, es el tiempo de espera para obtener el resultado del cultivo y las pruebas de sensibilidad. Por cuestiones operativas, la demora en los resultados puede llegar a los tres meses, por lo que durante ese período, el paciente está recibiendo drogas que no son efectivas y si tiene una forma abierta (como por ejemplo, TB pulmonar) continua la diseminación de la cepa en nuestra comunidad. La resistencia en pacientes sin tratamiento previo presupone una situación epidemiológica comprometida dado que implica que en la comunidad está ocurriendo transmisión de TBDR. Las consecuencias sociales y económicas de este problema ya son manifiestas, puesto que el costo del tratamiento de un caso de TBMDR es hasta 100 veces mayor que el costo del tratamiento de un caso no complicado de TB sensible.

Palabras clave: TB drogorresistente, TB multiresistente

0195 - RESISTENCIA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS EN ARGENTINA. PERÍODO 2008-2015

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Radosevich, Ainelen | Arias, Sergio Javier | Bossio, Juan Carlos
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"

Introducción: Introducción: La Tuberculosis (TB) resistente a fármacos aparece mayormente como consecuencia del uso indebido de los antibióticos utilizados en el tratamiento, especialmente la Rifampicina (R) e Isoniazida (H), denominándose TB multirresistente (TB-MDR). Monitorear el comportamiento de la resistencia a drogas es muy importante, ya que permite anticipar las dificultades terapéuticas en el control de la TB.

Objetivos: Describir la tendencia de la TB resistente a drogas de primera línea en sus diferentes clasificaciones en Argentina en el período 2008-2015.

Materiales y Métodos: Estudio transversal de los casos de TB notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) en el período 2008-2015. Se definió como monoresistencia la resistencia aislada a alguna de las drogas de primera línea, como polirresistencia la resistencia combinada a dos o más drogas exceptuando la combinación H y R, y como TB-MDR la resistencia conjunta al menos a H y R. Se calcularon proporciones y sus Intervalos de Confianza (IC) al 95% teniendo en cuenta el total de casos con alguna resistencia y se evaluó la tendencia en la notificación mediante regresión lineal ajustada por el método de los mínimos cuadrados. Se utilizaron los programas Microsoft Excel y Epi.Dat 3.1.

Resultados: En el período de estudio se notificaron 83.826 casos de TB, siendo la prevalencia global de resistencia a algún fármaco de primera línea de 1,41%; 1,33-1,49 (n=1188 casos) y entre ellos, 805 pacientes, es decir el 67,76%; 65,06-70,46 eran TB-MDR. El análisis de la regresión muestra que la TB resistente a fármacos presentó cambios en el período de estudio: la proporción de algún tipo de resistencia muestra un leve aumento en el total de casos de TB notificados, sin ser éste significativo ($y=0,07x$, $p=0,27$), pero se observan modificaciones en las diferentes clasificaciones de las resistencias: una tendencia al descenso en la proporción de TB-MDR ($y=-4,40x$), a expensas de un aumento de la polirresistencia ($y=0,73x$) y en mayor medida en la monoresistencia ($y=3,66x$). Si se analiza la evolución de la monoresistencia, que aumenta a la largo de todo el período, para cada uno de los medicamentos de primera línea, se puede observar que el aumento se produce a expensas de Estreptomina (S) ($y=3,19x$), Pirazinamida (Z) ($y=2,77x$) y a H ($y=2,49x$), mientras que la contribución de la monoresistencia a R y a Etambutol (E) fue baja en todo el período.

Conclusiones: La resistencia a fármacos de primera línea no ha cambiado su magnitud significativamente en el período de estudio, pero sí la composición de los distintos tipos de resistencia: MDR, Polirresistencia y Monoresistencia. La disminución de la TB-MDR, acompañada por el aumento en la monoresistencia, despiertan un alerta y la necesidad de profundizar el análisis sobre todo si tiene en cuenta que se observa también un aumento de la resistencia a Isoniazida, Estreptomina y Pirazinamida mientras que por otro lado se reduce la resistencia a Rifampicina. Esto implica profundizar los mecanismos de vigilancia y análisis para determinar a qué se debe este comportamiento diferente, evaluando si este fenómeno se explica por diferente acceso a las técnicas, modificaciones en las mismas, de notificación, o bien por características propias del bacilo circulante.

Palabras clave: Tuberculosis; fármacos; resistencia

0207 - MEJORÍA DEL VEF1 Y DE LOS SÍNTOMAS CON CORTICOIDES Y B2 ADRENÉRGICOS DE ACCIÓN PROLONGADA INHALADOS EN PACIENTES CON EPOC POR TUBERCULOSIS NO FUMADORES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Cedeño, Jorge(1) | Palma, I(2) | Zappia, Miguel Bernardo(1) | Martínez, D(2) | Estevan, R(2) | Medin, M(2) | Natiello, M(2) | Viña, J(2) | Alves, L(2) | Capone, L(2) | Resguardo, A(2) | Lagrutta, L(2) | Inwentarz, S(2) | González Montaner, P(2) | Mosca, C(2) | Palmero, D(1)
Hospital F.J. Muñiz (1); Instituto Vaccarezza UBA (2)

Introducción: La tuberculosis (TB) es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estudios como el PLATINO indican una prevalencia del 30% de desarrollo de EPOC en estos pacientes. El tratamiento es controvertido dado los informes de estudios retrospectivos en los que se asocian al uso de corticoides inhalados con mayor riesgo de reactivación tuberculosa.

Objetivos: Explorar la modificación de la función pulmonar a través volumen espiratorio forzado al primer segundo (VEF1) luego del tratamiento con corticoides inhalados combinados con b2 adrenérgicos de acción prolongada (CTC-B2pr) en aquellos que finalizaron tratamiento para TB pulmonar, no fumadores, con diagnóstico de EPOC. Detectar la presencia de reactivación de la infección tuberculosa.

Materiales y Métodos: Diseño: Estudio retrospectivo, exploratorio. Se revisaron los registros clínicos de 124 pacientes que consultaron al Instituto desde 31 de diciembre del 2012 hasta 31 de diciembre del 2013 y que el neumólogo registra como diagnóstico al alta "secuela de TB". Criterio de Inclusión: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de TB pulmonar que finalizó tratamiento en la Institución que tenga al menos 2 espirometrías post-broncodilatador realizadas en el centro con patrón obstructivo en la espirometría inicial posterior a la finalización del tratamiento anti-TB y que hayan recibido tratamiento inhalatorio CTC-B2pr por la presencia de obstrucción asociado a síntomas. Criterios de exclusión: fumadores actuales o pasados con más de 10 paquetes años, antecedentes de asma bronquial, bronquiectasias, EPOC, neumoconiosis, antecedentes tuberculosis pleural o extrapulmonar u otros episodios de TB pulmonar previos.

Resultados: De los 124 evaluados, 44 (35,5%) presentaron obstrucción en la espirometría inicial, pero sólo 26 (20,1%) ingresaron al estudio. La mayoría eran hombres (58%) con una mediana de edad de 53 años (DI 22). Todos consultaron por la presencia de síntomas respiratorios, con una mediana de tiempo desde el final del tratamiento para TB hasta la realización de la primer espirometría de 48 meses (DI 155), y un predominio de lesiones moderadas en la radiografía de tórax. Los tratamientos utilizados fueron budesonide asociado a formoterol en el 50% de los casos y fluticasona con salmeterol en el resto. La mediana de tratamiento fue de 54.6 meses (DI 45.4) y ningún paciente presentó recidiva de TB. La mediana de tasa de cambio del VEF1 fue de un incremento de 11.3 ml mensuales.

Conclusiones: Este estudio nos plantea la controversia sobre si el uso de corticoides inhalados asociados a broncodilatadores de acción prolongada podría frenar la declinación de la función pulmonar luego de un episodio de TB pulmonar sin riesgo de reactivación de TB. Se necesitan trabajos prospectivos para evaluar el impacto de este tratamiento y el riesgo de recidiva de TB con su uso en este grupo selecto de pacientes.

0269 - SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE EN ARGENTINA 1980-2015

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Fernández, Hugo | Bossio, Juan Carlos | Arias, Sergio | Luque, María Gimena | Wettstein, Magali

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"

Introducción: La Tuberculosis (TB) pediátrica es un problema de salud pública ya que un caso de TB en un niño es un evento centinela que indica la transmisión reciente en una comunidad y es un marcador para el seguimiento de los programas de control de la TB.

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

Materiales y Métodos: Se realizó una descripción epidemiológica de los casos de TB notificados en menores de 20 años registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de TB para el período 1980-2015 y de las defunciones en el período 1980-2014 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Se calcularon las tasas y porcentajes por grupos de edad, sexo,

localización, motivo de consulta, jurisdicción y sub jurisdicciones. La tendencia se evaluó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e de la tasa de notificación y se expresó como Variación Anual promedio Porcentual (VAP), con su intervalo de confianza del 95%. El tratamiento se evaluó en relación a los casos con información sobre el resultado del tratamiento.

Resultados: Del total de casos de TB nuevos y recaídas notificados en 2015, el 19,5% (1878 casos) ocurrieron en menores de 20 años, lo que representó una tasa de 13,6 por 100.000 habitantes. El 10,1% (972 casos) correspondió a los menores de 15 años y el 9,5 al grupo 15 a 19 años (906 casos), con tasas de 8,6 y 25,6 casos por 100.000 respectivamente. El 51,9% fueron varones y 49,1% mujeres. El 20,2% de los casos no tuvieron información sobre el motivo de la consulta, entre los con información el 54,8% (1030 casos) eran sintomático respiratorios y 20,9% (393 casos) estudio de contactos. La forma pulmonar fue la más frecuente (más del 85%) y con una confirmación bacteriológica del 47,7% para todo el grupo y varió de 12,1% en los niños de 5 a 9 años a 72,5% en adolescentes. La localización extrapulmonar se observó en el 19,5% (365 casos) y el 10,9% (204 casos) fueron exclusivas. La más frecuente fue ganglionar en los menores de 10 años (46,7%) y pleural en los de 10 a 19 años (51,2%). CABA presentó la tasa más alta en menores de 15 años (24,5 por 100.000) y fue 30 veces superior a la de San Juan (0,8 por 100.000). En los adolescentes la tasa de CABA (55,1 por 100.000) fue 35 veces superior a la de Catamarca (1,55 por 100.000). La tendencia fue al descenso desde 1980 con una VAP de -4,6% (-4,1; -4,9) para los menores de 15 años y -2,5% (-2,1; -2,8) para el grupo de 15 a 19 años. No hay información de evaluación del tratamiento en el 36,2% de los casos en 2014. De los evaluados las tasas fueron: éxito 84,3% (1050 casos), abandono 14,5% (181 casos) y 1,1% fallecidos (14 casos). En 2014 se registraron 17 muertes en menores de 20 años, 1 pediátrica y 16 adolescentes (13 por TB, 2 por TB asociada a SIDA y 2 por TB del Sistema Nervioso), lo que representó una tasa de 0,01 y 0,45 muertes por 100.000 respectivamente. La tendencia al descenso de las tasas de mortalidad fue mayor en el período 1980-2015 para el grupo de pediátrico que para el grupo de adolescentes.

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

Palabras clave: Tuberculosis infantil Notificación de casos Mortalidad Evaluación del Tratamiento

0272 - SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, 1980-2015

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Fernández, Hugo | Arias, Sergio | Bossio, Juan Carlos | Luque, María Gimena
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad con alta morbimortalidad en el mundo, con 9,6 millones de casos nuevos al año a nivel global y 1,5 millones de fallecidos. Argentina notifica alrededor de 10.000 casos y 700 muertes anuales. **Objetivos:** Describir la situación de la Tuberculosis en Argentina, sus características principales, distribución y tendencia del problema en el período 1980-2015.

Materiales y Métodos: Se realizó una descripción epidemiológica de los casos notificados y de las defunciones por TB. Los datos de notificación entre 2008 y 2015 se obtuvieron del Sistema Nacional de Vigilancia de TB y la mortalidad hasta el año 2014, de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Para el análisis de la notificación de casos y muertes por edad, sexo, jurisdicción y sub jurisdicción de residencia, se calcularon tasas específicas por 100.000 habitantes utilizando las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Las tasas se compararon mediante el rango, percentiles, la razón de tasas y su intervalo de confianza

al 95%. La tendencia se evaluó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e de la tasa de notificación de casos nuevos y recaídas y se expresó como Variación Anual Promedio Porcentual (VAP), el valor central y su intervalo de confianza del 95%. La desigualdad en la distribución de la TB se midió con el índice de Gini.

Resultados: En el año 2015 se notificaron 10600 casos de TB (tasa 24,7 por 100.000) siendo 9661 casos nuevos y recaídas (tasa 22,4 por 100.000). Los casos pulmonares fueron 8230 (tasa 19,5 por 100.000) y se confirmaron bacteriológicamente 5852 (69,7%). La tasa de notificación en varones fue 25,4 por 100.000 y en mujeres 19,4 por 100.000 y con un porcentaje de casos en el grupo de 15-44 años de 59,6% en mujeres y 57% en varones. Las provincias con tasas por sobre 25 por 100.000 fueron Jujuy, Salta, Formosa, Chaco, Corrientes, CABA y Buenos Aires. Un total de 20 sub jurisdicciones están sobre el p95 de las tasas con una tasa promedio de 76,7 por 100.000, casi 35 veces superior a los departamentos debajo del p5, 2,2 por 100.000. El índice de Gini para departamentos fue para los bienios 2004-2005 y 2014-2015, 0,3571 (0,3929; 0,3213) y 0,3633 (0,3921; 0,3346). Las tasas de notificación de casos de TB descendieron desde 1980, reduciéndose un 63,4% con una VAP de -2,86% (-2,64; -3,08), En los últimos 5 años la VAP fue 0,84% (-3,14; 4,66). El total de defunciones en 2014 fue de 702 (1,64 por 100.000). La tasa de mortalidad por TB en el bienio 2013-2014 fue 1,66 por 100.000 y fue 1,8 veces más alta en varones que en mujeres. Las provincias con tasas mayores a 5 por 100.000 habitantes fueron Jujuy, Salta, Formosa y Chaco, pero en todas las provincias se registraron defunciones. De las sub jurisdicciones seleccionados un total de 10 tuvieron tasa por encima del p95 con una tasa promedio de 22,4 por 100.000 casi 79 veces superior a los departamentos incluidos debajo del p5, 0,28 por 100.000. El número de muertes por TB se redujo 63,4% entre 1980 y 2014 y la tasa un 75,7%. La tendencia de la mortalidad por TB tuvo una VAP de -4,45% (-4,66; -4,23) entre 1980-2014. Entre los años 2011-2014 las muertes se estabilizaron en un promedio de 700 fallecidos anuales. Para el bienio 2013-2014 el índice de Gini para la mortalidad por TB en las sub jurisdicciones fue 0,432 (0,198; 0,667).

Conclusiones: El aumento de los casos notificados en 2015, la falta de impacto sobre los grupos de jóvenes y en los grupos infectantes, las muertes en menores de 65 años y las tasas altas en jurisdicciones con una alta densidad de población, configuran un escenario actual de transmisión sostenida de la TB en la comunidad.

Palabras clave: Tuberculosis Notificación de Casos Tendencia Desigualdad

0273 - SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ARGENTINA 2010-2015

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Fernández, Hugo | Bossio, Juan Carlos | Arias, Sergio
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"

Introducción: Las formas extrapulmonares corresponden al 10-20% de los casos de TB y los niños son vulnerables a presentaciones graves, muchas veces fatales o con secuelas permanentes. Argentina notifica anualmente 600 casos de formas extrapulmonares en niños y adolescentes.

Objetivos: Describir el comportamiento de la tuberculosis TB extrapulmonar en menores de 20 años durante el período 2010-2015 en Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó una descripción epidemiológica de los casos de TB extrapulmonar en menores de 20 años en el período 2010-2015 en base a los datos de notificación del Sistema Nacional de Vigilancia de TB. Se calcularon las tasas y porcentajes por edad, localización, modalidad de tratamiento y jurisdicción de residencia. Para las tasas se utilizaron las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Se calculó Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95%, para analizar las diferencias entre las formas graves y la edad del caso. El análisis de la tendencia

se evaluó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e de la tasa de notificación y se expresó como Variación Anual promedio Porcentual (VAP), con su intervalo de confianza del 95%. Para la evaluación del tratamiento se calculó el porcentaje de casos con tratamiento evaluado que tuvieron como resultado: éxito, abandono, fallecido o fracaso por grupos de edad.

Resultados: En el período 2010-2015 se notificaron 1923 casos de TB extrapulmonar en menores de 20 años y representó un 17,9% del total de casos notificados (10.785), siendo 1184 (10,9%) exclusivas y 739 mixtas (6,8%). La proporción en menores de 15 años fue 17,3% y 18,3% en adolescentes. Las tasas fueron de 1,5 y 4,9 por 100.000 para los casos pediátricos y adolescentes. Para los menores de 20 años se observó una tendencia al aumento entre los años analizados con una VAP de 5,29% (7,22, 3,40). En La Rioja el 61,3% de los casos notificados eran extrapulmonares, 12 veces superior al 5% observado en Catamarca. La tasa de notificación en CABA de 4,9 por 100.000 fue 43 veces mayor a la tasa de Catamarca, 1,11 por 100.000. La localización ganglionar fue la más frecuente en los menores de 10 años (30%), la localización pleural y meníngea le siguieron en frecuencia (21,8% y 13,6%). En el grupo de 10 a 14 años la forma pleural fue la más frecuente (42,4%), alcanzando el 59,9% en los adolescentes. El riesgo de tener una TB extrapulmonar grave (Meningitis o Diseminadas) es mayor en los niños de 0 a 4 años con un OR de 1,62 (1,08;2,46) en comparación con el grupo de 5 a 9 años y un OR de 3,22 (2,33; 4,46) comparado con los adolescentes. El 40% de la TB extrapulmonar en niños reciben tratamiento supervisado siendo menor en las formas mixtas (35,7%) que en las exclusivas (41,0%), en ambos casos la supervisión es menor que en los casos pulmonares exclusivos (43,1%). La tasa de éxito en la TB extrapulmonar fue 81,1% para los menores de 20 años, el abandono alcanzó al 15,5% y los fallecidos 3,5%. La mayor diferencia con los casos pulmonares exclusivos se observó en los fallecidos, que fue 4 veces superior en las formas extrapulmonares.

Conclusiones: Si bien las causas extrapulmonares en niños y adolescentes son de baja incidencia, el mayor riesgo observado de presentar formas graves con mayor mortalidad, el aumento de las tasas de notificación, la diferencias entre jurisdicciones y la menor tasa de curación respecto a las formas pulmonares en este grupo de edad, marcan una situación de alerta sobre la situación epidemiológica de transmisión de la TB de en los niños y adolescentes y en la comunidad en general.

Palabras clave: Tuberculosis Formas Extrapulmonares Menores de 20 años Tendencia

Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

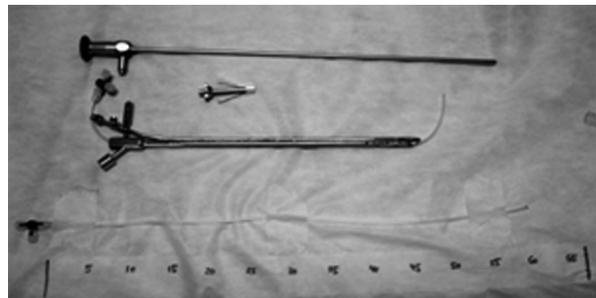
0255 - LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL). TÉCNICAS: BRONCSCOPIO FLEXIBLE VS RÍGIDO

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Vázquez, Bibiana Mariel | Dure, R | Mendoza Cedeno, F | Rollet, R | López, M | Casco, N | Violi, D | Gando, S | Ortiz Nareto, A | Sansostera, A | Briozzo, A | Korsunsky, M | Simkin, P | Martínez, G | Saab, M | Branda, A
Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz

Introducción: El lavado bronquioalveolar (BAL) es la herramienta generalmente utilizada para el hallazgo del agente etiológico en las infecciones respiratorias. Existen muestras



broncoscópicas y no broncoscópicas. El Gold Standard es el BAL realizado con fibra óptica. En la bibliografía existe poca información del uso del broncoscopio rígido para realizar este procedimiento con enclavamiento de catéter estéril

Objetivos: Primario: Comparar las muestras de BAL realizadas con fibra óptica vs. Broncoscopio rígido con catéter flexible

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, simple ciego (Laboratorio Hospital Muñiz), en el Servicio de Endoscopia Intervencionista Peroral del Hospital Muñiz. Se estudiaron resultados de BAL durante el período Octubre - Diciembre 2013 donde solo se disponía de broncoscopio rígido vs. mismo período 2014 donde se disponía de fibra óptica.

Muestras	Periodo 2013 (53)	Periodo 2014 (45)
Representativa < 1%	47 (89%)	39 (87%) P= NS
Representativa < 1% + macrófagos	22 (42%)	30 (67%) P= 0.01
Representativa < 1% + macrófagos +leucocitos	12 (25%)	20 (44%) P= 0.03

Comparación del hallazgo bacteriológico	Periodo 2013 (53)	Periodo 2014 (45)
Bacteriología (<1%)	3 TBC+ 9 BAC (22%)	4 TBC+11 BAC (33%)
Bacteriología(<1%+Macrófagos+leucocitos)	1 TBC+ 4 BAC (9%)	2 TBC+8 BAC (22%)

Resultados: Se realizaron 95 lavados (BAL) en pacientes del Hospital Muñiz durante el período 2013 y 65 del período 2014. El laboratorio informó 53 datos del período 2013 (55%) y 45 del período 2014 (70%).

Conclusiones: En ambos períodos, la calidad de las muestras de BAL por ambos métodos fue similar, no se observó inferioridad en la calidad de las muestras tomadas por el procedimiento no convencional, con respecto a contaminación orofaríngea dada por el porcentaje de células epiteliales. Al incrementar el nivel de exigencia en la evaluación de las muestras, tomando la presencia de macrófagos alveolares y celularidad como parámetros de muestra respiratoria profunda, se observó una diferencia significativa a favor de la fibra óptica.

Palabras clave: Lavado bronquioalveolar-Endoscopia flexible-Broncoscopiarígida

0257 - MANEJO DE LA HEMOPTISIS POTENCIALMENTE MASIVA- SERVICIO DE ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA HOSPITAL FRANCISCO J. MUÑIZ

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Dure, Roberto | Vázquez, Bibiana Mariel | Violi, D | Gando, S | Sansostera, A | Ortiz Nareto, A | Saab, M | Briozzo, A | Simkin, P | Korsunsky, M | Branda, A | Martínez, G
Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz

Introducción: La hemoptisis como síntoma de enfermedad respiratoria sigue siendo una causa de consulta reiterada al neumonólogo, siendo su evolución clínica impredecible, con sangrados mínimos o masivos. En el manejo de la hemoptisis masiva, el paso inicial es determinar el sitio de sangrado el mecanismo y la etiología, ya que de ello dependerá el tratamiento y el pronóstico. El volumen de sangre expectorado, no siempre se relaciona con el sangrado real, arbitrariamente se define masivo con un volumen de 600 ml/24 hs o 150 ml /h. Se debe tener en cuenta que la expectoración es el evento final de un proceso de sangrado "gota a gota".

Objetivos: Describir una cohorte de 30 casos consecutivos de hemoptisis potencialmente masiva

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo en los 5 primeros pacientes (datos de HC) y luego según protocolo de trabajo (prospectivo), realizado durante el período 2014-2016. Se incluyeron todos los pacientes con hemoptisis potencialmente masiva. El término potencialmente masivo se definió como el sangrado permanente y constante de un segmento, que finaliza con la invasión de sangre a la vía aérea a lo que lleva a la muerte por asfixia sin considerar específicamente el volumen. Todos los pacientes fueron evaluados con radiografía de tórax a su ingreso y tomografía axila computada en algún momento de la internación. El manejo de la hemoptisis se realizó inicialmente según normativa, de acuerdo a la magnitud del sangrado; en sangrados mínimos tratamiento con vasoconstricción local con instilación de solución salina fría, adrenalina diluida 1:10000 y en casos de mayor magnitud o potencialmente masivos, la terapéutica realizada fue la colo-

cación de una prótesis bronquial siliconada con broncoscopio rígido. El uso racional de la prótesis fue realizar hemostasia y preservar la vía aérea permeable.

Resultados: Durante el periodo observado fueron evaluados 30 pacientes que presentaron hemoptisis potencialmente masiva por definición, 25 de ellos eran de sexo masculino. La edad promedio fue de 35 años (rango 17-62) SD 15. La etiología identificada fue de 20 tuberculosis (3 casos de Multirresistente), 4 Aspergilosis, 1 Neoplasia, 1 caso de bronquiectasia y 4 pacientes sin etiología identificable. En todos los casos se realizó fibrobroncoscopia determinando la ausencia de lesiones endoluminales y hallándose el segmento afectado, se colocaron prótesis bronquiales siliconadas adecuadas al segmento a tratar para controlar el sangrado, 20 se localizaron en el bronquio fuente izquierdo y 10 en el bronquio fuente derecho (9 bronquio intermedio y 1 en bronquio del lóbulo medio). Se retiraron las prótesis en promedio a los 36 días (rango 8-126) SD 33, con una mediana de 26. Se utilizó hemodinamia en 5 casos y requirieron cirugía 3 pacientes. Con respecto a la evolución, fueron externados 29 pacientes, uno de ellos requirió internación prolongada complicado con fistula broncopulmonar post-lobectomía y finalmente falleció.

Conclusiones: En nuestra serie de casos observamos la prevalencia de etiología infecciosa (tuberculosis) como causa de sangrado. La utilización de una prótesis siliconada logro controlar el sangrado en este grupo, como paso previo y medida de sostén a la arteriografía y/o cirugía

Palabras clave: Hemoptisis Masiva-Prótesis siliconada-Broncoscopia

0261 - RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BRONCOSCOPIA EN PACIENTES CON CÁNCER BRONCOPULMONAR EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN URUGUAY

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Unidad Temática 2: Oncología

Gruss, Ana(1) | Quintana, Eduardo(2) | Chao, Cecilia(2) | Seoane, Rodrigo(2) | Arechavaleta, Nicolás(2) | Nuñez, Jimena(2) | Amaral, Mauricio(2) | Mérola, Julio(1) *Unidad de Broncoscopia Hospital Maciel, Cátedra de Neumología, Facultad de Medicina, UDELAR (1); Hospital Maciel (2)*

Introducción: El cáncer broncopulmonar es el cáncer que determina mayor mortalidad en mujeres y hombres a nivel mundial (1) La broncoscopia es el estudio principal en los pacientes con lesiones endoscópicamente visibles, así como también tiene un rol importante en el caso de lesiones periféricas. La rentabilidad diagnóstica descrita en la literatura es variable, cuando hay alteraciones endoscópicas se obtiene material histológico diagnóstico en un 80% de los casos (51%-97%) (2).

Objetivos: Conocer la rentabilidad diagnóstica de la broncoscopia para el cáncer broncopulmonar en la unidad de broncoscopia del Hospital Maciel. Secundariamente interesa conocer si existe una relación entre el tamaño de la lesión, los hallazgos endoscópicos y el número de procedimientos con la rentabilidad diagnóstica de la broncoscopia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal y retrospectivo. Se incluyeron todos los individuos adultos derivados a la unidad de broncoscopia en el periodo de marzo a noviembre 2015 con sospecha de cáncer broncopulmonar. En todos los casos se les realizó una broncoscopia bajo anestesia tópica con lidocaína al 4 y 2% con videobroncoscopio Olympus Actera 150. El tipo de procedimientos para la toma de muestra biopsica incluyó: biopsia y/o cepillado bronquial y/o transbronquial, broncoaspirado selectivo, punción biopsica aspirativa con aguja de wang y en la combinación de estas técnicas. Todas las muestras fueron analizadas en el departamento de anatomía patológica del Hospital Maciel.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, 75% de sexo masculino. La edad media fue de 66±10 años. 62% de los casos tenían alguna alteración endoscópicamente visible: 44% lesión vegetante y 66% compresión extrínseca. En el 58% de los casos se realizaron dos técnicas diagnósticas combinadas, en el 29% una sola y en el 14% restante se realizaron tres. En todos los casos el material biopsico fue suficiente para analizar. El 60%

del total de las muestras analizadas fueron positivas para malignidad. Analizando rentabilidad diagnóstica en función de los hallazgos endoscópicos, 67% de las lesiones centrales y 48% de las periféricas fueron positivas para malignidad (p 0,192). Cuando analizamos rentabilidad diagnóstica en función del número de técnicas realizadas obtenemos que en los casos que se realiza 1 sola técnica (n 18) 56% fueron positivos para malignidad, 2 técnicas (n 37) 62% fueron positivos para malignidad y en los casos de 3 procedimientos combinados (n 9) 44% fueron positivos para malignidad. En 33 de los casos contamos con la tomografía y pudimos analizar la relación entre un resultado positivo para malignidad y el tamaño de la lesión. Hubo una asociación significativa entre positivo para malignidad y tamaño mayor o igual a 3 cm (p 0,022). El tipo histológico más frecuente fue cáncer de pulmón no pequeñas células (CPNPC) en un 77% seguido por cáncer de pulmón de células pequeñas 17%, secundarismo pulmonar 5% (n 2) ambos primitivo de mama. En cuanto a los CPNPC (n 31) 45% fueron subtipo epidermoide, 26% adenocarcinoma y en 29% de los casos no se logró identificar el subtipo histológico.

Conclusiones: La rentabilidad diagnóstica encontrada es algo más baja que lo referido en la literatura (67% vs 80%). Paradójicamente no encontramos un mayor rendimiento diagnóstico al aumentar el número de técnicas diagnósticas por paciente ni una asociación entre lesiones visibles y un resultado positivo. Cuanto mayor el tamaño de la lesión mayores son las posibilidades de obtener un diagnóstico anatomopatológico.

Palabras clave: Broncoscopia, Cáncer Bronco Pulmonar, Diagnostico anatomopatológico.

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

0227 - PRESCRIPCIÓN DE DISTINTAS MODALIDADES DE PRESIÓN POSITIVA EN PACIENTES CON SAHOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Nogueira, Juan Facundo | Giovini, Vanina | Leiva, Sebastián | Angellotti, Florencia | Fernández, Cecilia | Luna, Carlos *Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires*

Introducción: Las guías de diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) de la AAMR, recomiendan el tratamiento con dispositivos de presión positiva para pacientes con SAHOS moderado-severo (IAH, Índice de Apneas e Hipopneas >15ev/h) y en cuadros leves si se asocian a somnolencia o comorbilidades. Existen distintas modalidades ventilatorias, pero el tratamiento estándar lo constituyen equipos de presión continua (CPAP). En algunos casos, equipos auto-ajustables (APAP) o de presión positiva binivelada (BiPAP) pueden resultar una alternativa más apropiada. El tipo de máscara a utilizar debe ser elegido en función de la preferencia y comodidad del paciente. La selección de la modalidad ventilatoria y de la máscara impacta en la efectividad y tolerancia al tratamiento y en el costo de la terapia.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es determinar cuál es el perfil de indicación y prescripción de los distintos tipos de dispositivos de presión positiva y máscaras en pacientes con SAHOS y la concordancia con los criterios establecidos por las guías prácticas de referencia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, multicéntrico (Hospital de Clínicas, Sanatorio Finochietto, IADIN, Sanatorio Trinidad, Clínica Adventista, Consultorios OSPETAX). Pacientes consecutivos, adultos, con diagnóstico de SAHOS (mediante polisomnografía o poligrafía respiratoria) a los que se les haya indicado por primera vez tratamiento con CPAP en los últimos 6 meses. Se recabaron en forma directa en las visitas clínicas de control: datos antropométricos y clínicos, antecedentes, severidad de la enfermedad y tratamiento indicado.

Resultados: Se evaluaron 265 pacientes; 65.6% hombres; de 59.3±12.3 años; IMC 32.5±7.5 kg/m²; el 56% eran obesos

($IMC > 30$); IAH 40.3 ± 20.8 ev/h; tiempo con saturación por debajo de 90% (T90) 61.1 ± 85.2 ; presión efectiva de CPAP 10.1 ± 2.8 cmH₂O. Tenían obra social el 44.5%, prepa 48.7 y sin cobertura 6.8%. Padeían SAHOS severo el 68%, moderado el 29% y leve 8 (3%). 67% de los sujetos tenían somnolencia moderada-severa, 7% no refería somnolencia. Todos los pacientes con SAHOS leve tenían somnolencia significativa o comorbilidades. 218 sujetos (82%) padecían alguna comorbilidad asociada, hipertensión arterial fue la más frecuente (67.2%) y diabetes la segunda (28.7%). Al 66.8% se les indicó CPAP, al 26% APAP y al 6.8% BiPAP. La máscara nasal fue indicada en el 82.3% de los casos, buconasal en 17% y almohadillas en solo 2 pacientes. Comparados con la población a la que se le indicó CPAP, los sujetos con indicación de APAP tenían significativamente mayor IMC (31.5 ± 6.7 vs 33.6 ± 7.6 ; $p = 0.03$) y presión efectiva según la titulación (8.8 ± 1.8 vs 12.3 ± 2 ; $p = 0.05$); y a los que se les indicó BiPAP presentaban mayor IMC (31.5 ± 6.7 vs 38 ± 10.5 ; $p < 0.05$), IAH (38.2 ± 18 vs 55.8 ± 35 ; $p < 0.05$), T90 (52.6 ± 79 vs 166.8 ± 120 ; $p < 0.05$) y presión titulada (8.8 ± 1.8 vs 13.7 ± 3.8 ; $p = 0.05$).

Conclusiones: La totalidad de los pacientes de la muestra analizada cumplían con los criterios de tratamiento con dispositivos de presión positiva sugeridos por las Guías de la AAMR. La población es mayoritariamente sintomática, con sobrepeso y comorbilidades e IAH muy elevado. Los equipos de CPAP y las máscaras nasales constituyen la principal indicación. A un tercio de los pacientes se le indicó una modalidad ventilatoria auto-ajustable o binivelada, en función de una mayor severidad o el requerimiento de presiones terapéuticas más elevadas.

Palabras clave: SAHOS, apneas del sueño, CPAP, AutoCPAP, somnolencia.

0235 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA ACCESIBILIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO EN DISTINTAS CIUDADES DE LATINOAMÉRICA "EMAAT"

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Unidad Temática 2: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

Nogueira, Juan Facundo(1) | Leiva, Sebastián(1) | Bittencourt, Lía(2) | Carrillo Alduenda, José Luis(3) | Bazurto, María Angélica(4) | Valencia Flores, Matilde(5) | Rey De Castro, Jorge(6) | Serra, Leonardo(7) | Pérez-Chada, Daniel(8) | Poyares, Dalva(2)

Hospital de Clínicas - UBA (1); Instituto Do Sono - UNIFESP - Sao Paulo (2); INER - México (3); Fundación Neumológica Colombiana (4); INCMN / UNAM - México (5); Clínica Anglo Americana de Lima (6); Clínica Alemana de Santiago de Chile (7); Hospital Austral (8)

Introducción: El tratamiento de elección para pacientes con Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) moderado-severo (IAH, Índice de Apneas e Hipopneas > 15 ev/h) es la utilización de dispositivos de presión positiva. El acceso y la adherencia al mismo constituyen elementos fundamentales para el éxito de la intervención. Existen barreras de acceso relacionadas con factores vinculados al paciente, a los médicos tratantes, a la cobertura y al equipamiento en sí. Faltan datos locales y/o regionales que permitan evaluar estos aspectos en nuestros países.

Objetivos: Evaluar la accesibilidad y adherencia al tratamiento con CPAP de pacientes con SAHOS atendidos en centros de distintas ciudades de Latinoamérica. Determinar qué porcentaje pudo acceder al tratamiento al cabo de 12 meses a partir del diagnóstico y que proporción continúa bajo tratamiento. Identificar las barreras de acceso que condicionaron el inicio y el mantenimiento de la terapia.

Materiales y Métodos: Estudio de corte, descriptivo, multicéntrico y multinacional. 8 centros participantes de 6 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú). Se reclutaron pacientes adultos, con diagnóstico de SAHOS moderado-severo (polisomnografía o poligrafía respiratoria) en los 12 a 18 meses previos. De los registros de cada centro se recabaron datos antropométricos, cobertura y severidad del SAHOS. Personal entrenado realizó una encuesta

telefónica estandarizada, indagando sobre acceso a la terapia y eventuales barreras, adherencia al CPAP, factores potenciales de no cumplimiento, cobertura y financiamiento del equipamiento y tratamientos alternativos.

Resultados: Se reclutaron 780 pacientes, 70% hombres, 54 ± 13 años, IAH 48 ± 27 ev/h, IMC 32 ± 7 . El 41% contaba con seguro privado, 26% seguro social, 14% cubiertos por el estado y 18% sin cobertura. 20,3% de los pacientes debieron costear por su cuenta el diagnóstico. De los 780 pacientes, 427 (55%) iniciaron CPAP, 65 (8%) lo suspendieron y 362 (46%) continuaban bajo tratamiento, mientras que 353 (45%) no lo inició. El 43% de los que no iniciaron refirieron falta de indicación clara; un 34% alegó problemas de cobertura y 14% falta de conciencia de enfermedad. La mayoría de los que abandonaron fue por intolerancia al equipo. La población de pacientes bajo CPAP presentó mayor edad (55.3 ± 13 vs 52 ± 13 ; $p = 0.001$) e IAH (50.8 ± 27 vs 44.8 ± 27 ; $p = 0.002$). Un 40% de la población debió abonar el 100% del costo del equipamiento.

Conclusiones: Poco menos de la mitad de los pacientes con SAHOS moderado-severo terminó finalmente tratado con CPAP al año del diagnóstico. 45% de los pacientes no iniciaron tratamiento. Los factores más importantes fueron la falta de clara indicación médica y contradicciones en los médicos tratantes; problemas con la cobertura y la no jerarquización de la enfermedad. Alrededor de un 15% de los pacientes que inician el tratamiento con CPAP lo suspendieron durante el primer año, generalmente por intolerancia al dispositivo. Cerca del 40% de la población debió abonar íntegramente el costo del equipamiento, lo que constituye una barrera económica sustancial.

Palabras clave: SAHOS, apneas del sueño, CPAP, acceso, adherencia, Latinoamérica

0238 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO QUE ACCEDEN A UN DISPOSITIVO EN DISTINTAS CIUDADES DE LATINOAMÉRICA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Unidad Temática 2: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

Nogueira, Juan Facundo(1) | Leiva, Sebastián(1) | Bittencourt, Lía(2) | Serra, Leonardo(3) | Rey De Castro, Jorge(4) | Carrillo Alduenda, José Luis(5) | Valencia Flores, Matilde(6) | Pérez-Chada, Daniel(7) | Bazurto, María Angélica(8) | Poyares, Dalva(2)

Hospital de Clínicas - UBA (1); Instituto Do Sono - UNIFESP - Sao Paulo (2); Clínica Alemana de Santiago De Chile (3); Clínica Anglo Americana de Lima (4); INER - México (5); INCMN / UNAM - México (6); Hospital Austral (7); Fundación Neumológica Colombiana (8)

Introducción: La utilización de dispositivos de presión positiva constituye el tratamiento de elección del Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) moderado-severo. La eficacia del mismo depende del cumplimiento y adherencia del paciente, que en otras poblaciones oscila entre el 50-80%. Se han publicado pocos reportes sobre el perfil de cumplimiento de la terapia en Latinoamérica.

Objetivos: Evaluar la adherencia y cumplimiento del tratamiento con CPAP de pacientes con SAHOS moderado-severo (IAH, Índice de apneas e Hipopneas > 15 ev/h) atendidos en centros de sueño de distintas ciudades de Latinoamérica, a los que se les indicó el dispositivo e iniciaron el tratamiento.

Materiales y Métodos: Estudio de corte, descriptivo, multicéntrico y multinacional. 8 centros participantes de 6 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú). Pacientes adultos, con SAHOS moderado-severo diagnosticado entre 12 y 18 meses previos (polisomnografía o poligrafía respiratoria). De los registros de cada centro se recabaron datos antropométricos, cobertura y severidad del SAHOS. Se realizó una encuesta telefónica estandarizada, indagando acceso a la terapia, barreras de acceso, adherencia al CPAP, causales de no cumplimiento, cobertura, financiamiento del equipamiento y tratamientos alternativos.

Resultados: Ingresaron al estudio 780 pacientes y 427 (54.7%) iniciaron CPAP. 73.3% hombres, 55.3 ± 13.4 años, IAH

49.8 ± 26.7 ev/h, IMC 32.4 ± 6.9. Durante el primer año 65 (15%) abandonaron el tratamiento, siendo la intolerancia al equipo el principal motivo. Al 73% se le indicó CPAP, mientras que 12% utilizaba AutoCPAP, 4% BiPAP y el 10% había suspendido y no recordaba el equipo. 57% usaba máscara nasal, 36% buconasal y 8% almohadillas. Recibieron el equipo sin cargo 44.6%; 40.2% tuvieron que abonar íntegramente el costo y el 15% restante recibió una cobertura parcial. De los enfermos que iniciaron CPAP, 305 (71.4%) refirió que lo utilizaba regularmente más de 4hs/noche, 5 o más noches por semana, lo que representa un 39.1% de la población global del estudio. La sub-población que continuaba bajo CPAP, en comparación con los que no realizaban tratamiento, presentó mayor edad (55.3 ± 13 vs. 52 ± 13; p=0.001) e IAH (50.8 ± 27 vs. 44.8 ± 27; p=0.002). El 80% de estos pacientes refirieron mejoría subjetiva moderada o muy significativa en la calidad de sueño y descanso, somnolencia, ronquido y rendimiento intelectual bajo CPAP. El 6.5% de los pacientes recibieron como tratamiento alternativo una cirugía de vía aérea superior, 1.7% cirugía bariátrica y 1.4% dispositivos orales.

Conclusiones: Alrededor del 70% de los pacientes con SAHOS moderado-severo que inició CPAP cumplía adecuadamente con las pautas de adecuada adherencia. De todos modos representan menos del 40% de la población total de enfermos con SAHOS e indicación de tratamiento, dado que un 45% no accede siquiera al mismo. El 15% de los pacientes que iniciaron CPAP lo suspendieron durante el primer año, generalmente por intolerancia. Cerca del 80% de los sujetos bajo CPAP refirieron mejoría subjetiva significativa. Se implementaron tratamientos alternativos en un porcentaje muy bajo de enfermos.

Palabras clave: SAHOS, apneas del sueño, CPAP, adherencia, compliance

0285 - MONITOREO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA UTILIZANDO POLIGRAFÍA RESPIRATORIA EN LA TERAPIA INTENSIVA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Borsini, Eduardo Enrique | Casas, Nadia | Blanco, Magali | Campos, Jerónimo | Di Tullio, Fernando | Meraldi, Ana | Bosio, Martín | Ernst, Glenda | Blasco, Miguel | Salvado, Alejandro
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El monitoreo de la ventilación no invasiva (VNI) suele realizarse en base a la clínica y gasometría arterial. Los parámetros de la VNI se seleccionan frecuentemente de acuerdo a objetivos clínicos empíricos y durante el período diurno. Existen escasas comunicaciones de la utilidad de la poligrafía con ventilación no invasiva.

Objetivos: Describir los cambios en la programación de equipos de flujo continuo luego del análisis crítico de registros poligráficos obtenidos al pie de la cama previo al egreso con ventilación no invasiva crónica.

Materiales y Métodos: Se analizaron registros adquiridos con polígrafos Alice PDX (Philips) conectados a dispositivos de ventilación; System One BiPAP, A40 y Trylogy (Philips) en el periodo 01/03/14 al 1/3/2016. Se registraron motivo de ingreso, gasometría, modo y parámetros de VNI y el impacto de la PR sobre el tratamiento.

Resultados: Fueron analizadas 55 PR en 48 pacientes; 36 hombres (75%), edad 62.4 (± 14.25) años, IMC (kg/m²); 35.4 (± 11.5), Epworth basal; 14.3 (± 4.03) puntos. En 33 casos existía hipercapnia diurna (68.7%) con PCO₂ media de 62.8 mmHg (± 17.81). Los diagnósticos fueron; SAHOS (n=5; 10.4%), obesidad-hipoventilación (n=16; 33.3%), síndrome de overlap (n=3; 6.2%), enfermedad neuromuscular (n=7; 14.5%), enfermedad restrictiva (n=2; 4.2%), apneas centrales y respiración periódica (10; 20.8%), EPOC (n= 3; 6.2%) y parálisis diafragmática (n=2; 4.1%). En todos los casos VNI fue iniciada durante la internación y en 47 debió ser continuada al alta (97.9%). En el 95% se usaron máscaras naso-bucales siliconadas (n=46). Los indicadores poligráficos con VNI mostraron (medias y SD): TTR; 440.3 minutos (± 70.3), IAH residual; 13.4 (± 14.7) ev/h, IDO; 21.2 ev/h (± 22.1), T < 90%

(minutos); 48 (± 72.5), fuga media; 30 l/m (± 12.7) y volumen tidal; 400 (± 120.3). Los eventos predominantes en PR fueron (eventos totales); apneas e hipopneas obstructivas orofaríngeas (AH-oro); 27.6 (± 62.2), hipopneas con disminución del drive (H-drive); 42.8 (± 50.5), apneas centrales (AC); 14 (± 35.6). Se identificaron asincronías en > 10% del TTR en 8 PR (14.5%) que determinaron cambios en el ventilador (3 casos). Luego de la PR se cambiaron; máscaras (4/8.3%), O₂ suplementario (20/41.6%), trigger por asincronía (4/8.3%) y se suspendió la VNI (un caso). La parametrización (cm H₂O) fue ajustada de acuerdo a la PR: EPAP; disminución: 3/5.4% (delta medio - 2.6) e incremento en 13/23.6% (delta medio + 2.23), la IPAP; disminución; 3/5.4% (delta medio - 2.33) e incremento en 24/43.6% (delta medio + 3.52). Se cambió el modo ventilatorio en 12 pacientes (25%); CPAP-S/T (1), S-S/T (1), S/T-volumen asegurado (5), S/T-PC (1) y Servo-adaptativa (4).

Conclusiones: En nuestra experiencia la PR determinó modificaciones de la programación en el 70% de los pacientes. La simplicidad y la rapidez de su aplicación y el amplio rango de datos registrados permiten la toma de conductas que mejoran la aplicación de la VNI.

Palabras clave: Ventilación no invasiva Poligrafía Respiratoria

0293 - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE APNEAS DE SUEÑO POSICIONAL MEDIANTE POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DOMICILIARIA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Di Tullio, Fernando | Campos, Jerónimo | Robaina, Gabriela | Decima, Tamara | Ernst, Glenda | Meraldi, Ana | Bosio, Martín | Salvado, Alejandro | Blasco, Miguel | Chertcoff, Julio | Borsini, Eduardo
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La prevalencia del síndrome de apneas del sueño posicional (SP) determinada mediante polisomnografía (PSG) oscila entre 25 a 60%. Existe poca información acerca de la prevalencia de SP diagnosticado con poligrafía respiratoria (PR).

Objetivos: Estudiar la frecuencia de SP en registros de PR domiciliaria y describir las características de los pacientes en relación a la indicación de terapia con CPAP.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo basado en 200 poligrafías domiciliarias consecutivas (PR), realizadas desde el 12/2011 hasta el 04/2016 (52 meses) con equipos portátiles Alice PDX (Philips-Respironics®) y Embletta® Gold (Embla®). El montaje incluyó cánula nasal de flujo, oximetría de pulso, actigrafía, bandas torácica y abdominal de esfuerzo y sensor de posición. Se registraron los datos de la lectura de edición manual y se incluyeron estudios con un tiempo de registro total (TTR) mayor a 4 horas. Todos los registros fueron adquiridos en el domicilio del paciente con técnica de autocolocación. Se define SP por la presencia de un índice de apneas e hipopneas por hora de registro (IAH) igual o mayor a 5 eventos/hora y con una relación IAH supino/IAH no supino igual o mayor a 2.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes en los que se realizó PR: 141 hombres (70.5%) y 59 mujeres (29.5%). El 72% (144 casos) tuvieron diagnóstico de SAHOS. El diagnóstico de SP se estableció en 80 casos (55.5% de los SAHOS) con mayor frecuencia en varones (81.2%). No se observaron diferencias significativas en edad entre los SP y no SP (49.7 ± 1.3 vs 52.5 ± 1.5; p= 0.5), sin embargo los pacientes SP tuvieron menor IMC (30.3 ± 0.9 vs 35.3 ± 1.2 p= 0.0001). La evaluación de los síntomas diurnos por escala de Epworth no arrojó diferencias (ESS medio 8 puntos para ambos grupos). El IAH global y el índice de desaturación por hora (IDO) fueron menores en el grupo de SP sin diferencias estadísticamente significativas (22.3 ± 1.6 vs 26.7 ± 2.6 y 19.2 ± 1.6 vs 26.9 ± 3.1 respectivamente). El tiempo de saturación por debajo del 90% (T < 90) fue marcadamente menor en el grupo SP comparado con el No SP (8.8 vs 28.7 ± 6.7, p= 0.004). En ambos grupos predominaron los SAHOS leves sin diferencias significativas (45% en SP y 42.2% en No SP). Sin embargo, los SP tuvieron menor frecuencia de indicación de

CPAP, 42.5% vs 59.4% en los no SP (SAHOS severo o moderado asociado a síntomas o comorbilidades, $p=0.04$).

Conclusiones: Hallamos una prevalencia de SP por PR de 55.5%, similar a la reportada en otras series mediante PSG. Predominaron los SAHOS leves en ambos grupos. La indicación de tratamiento con CPAP fue menos frecuente en el grupo de pacientes con SP.

Palabras clave: SAHOS posicional Poligrafía respiratoria

Unidad Temática: Neumonología Clínica

0110 - INDICACIONES DE TRASPLANTE PULMONAR

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Ahumada, Rosalía | Ossés, Juan Manuel | Wagner, Graciela | Cáneva, Jorge | Toledo, Elizabeth | Parrilla, Gustavo | Moscolini, Silvia | Martínez, Liliana | Ibañez, Teresa | Favalaro, Roberto | Bertolotti, Alejandro
Hospital Universitario Fundación Favalaro

Introducción: El Trasplante pulmonar (TP) tiene por objetivo el tratamiento de pacientes con enfermedades respiratorias avanzadas que no son susceptibles de ser manejadas con tratamiento médico y/o quirúrgico convencional y con expectativas de vida inferiores a los dos años. Las indicaciones de trasplante pulmonar se han ido ampliando progresivamente y ahora se considera que cualquier enfermedad pulmonar en etapa final y con expectativa de vida menor de 2 años, es susceptible de trasplante pulmonar.

Objetivos: Identificar las patologías más frecuentemente derivadas para evaluación pre trasplante pulmonar y la modificación de las mismas a través del tiempo

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo, de los pacientes (ptes) derivados para TP desde enero de 2000 hasta diciembre de 2015. Se realizó una comparación entre la población evaluada entre enero de 2000 y junio de 2007 y la población evaluada entre julio de 2007 y diciembre de 2015. Se analizaron la etiología de la indicación de TP, sexo y edad de los pacientes.

Resultados: Total de ptes evaluados desde enero de 2000 hasta diciembre de 2015: 876. Características de los pacientes evaluados entre enero de 2000 y junio de 2007: Total de ptes evaluados 257 (29.4%). Edad promedio 45 años (11 -70 a) Varones 156 (61%). Fibrosis Pulmonar 82 (32%). Enfisema 76 (29.5%). Fibrosis quística 36 (14%). Bronquiectasias 28 (10.9%). Hipertensión Pulmonar 4 (1.5%). Bronquiolitis obliterante 4 (1.5%). Sme combinado enfisema fibrosis 4 (1.7%). Bronquiectasias asociado a enfisema 7 (2.7%) Silicosis 4 (1.5%). Linfangoileiomatosis 2 (0.8%) Rechazo crónico del injerto pulmonar 1 (0.4%) Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans 1 (0.4%). Características de la población evaluada desde julio de 2007 a diciembre de 2015: Total de ptes 619 (70.6%) Edad promedio 47 años (8-70). Varones 463 (75%). Fibrosis Pulmonar 227 (37%). Enfisema 151 (24%) Fibrosis quística 90 (14.5%) Bronquiectasias 48 (7.6%) Hipertensión Pulmonar 29 (4.7%) Sme combinado enfisema fibrosis 28 (4.5%). Rechazo crónico del injerto pulmonar: 14 (2.3%) Bronquiolitis obliterante 13 (2.1%) Linfangoileiomatosis 6 (1%) Bronquiectasias asociada a enfisema 5 (0.8%). Silicosis 5 (0.8%) Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans 3 (0.5%)

Conclusiones: En nuestra experiencia, la primera indicación de trasplante pulmonar es la Fibrosis pulmonar. Fibrosis quística continúa siendo la primera causa de trasplante bipulmonar. En estos últimos años se agregó Hipertensión pulmonar y rechazo crónico del injerto pulmonar como causa de trasplante bilateral. Se observó un incremento en el número de pacientes derivados, no hubo modificaciones en la edad de los pacientes

Palabras clave: Trasplante pulmonar Derivación para trasplante pulmonar

0112 - SELECCION DE CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Ahumada, Rosalía | Ossés, Juan Manuel | Wagner, Graciela | Cáneva, Jorge | Tomaszuk, Giselle | Parrilla, Gustavo | Martínez, Liliana | Moscolini, Silvia | Ibañez, Teresa | Favalaro, Roberto | Bertolotti, Alejandro
Hospital Universitario Fundación Favalaro

Introducción: El objetivo del trasplante pulmonar (TP) es mejorar la supervivencia y calidad de la de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar avanzada. La selección del receptor es uno de los aspectos importantes para un resultado exitoso. El proceso de selección de los candidatos a TP debe valorar los beneficios y riesgos de los mismos, identificando el mejor procedimiento quirúrgico en relación al estado clínico del paciente, como así también las contraindicaciones para su realización.

Objetivos: Identificar las causas de exclusión para TP en pacientes con enfermedad respiratoria avanzada evaluados para trasplante pulmonar.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo, de los resultados de las evaluaciones pre trasplante pulmonar en potenciales candidatos, realizadas en nuestra institución, entre enero de 2000 y diciembre de 2015.

Resultados: Durante este periodo se evaluaron 876 potenciales candidatos, rango de edad 8 a 70 años. 480 pacientes (ptes) (55%) de sexo masculino. Las indicaciones para TxP fueron: Fibrosis Pulmonar 307 (35%), Enfisema 227 (26%), Fibrosis Quística 126 (14.5%), Bronquiectasias 76 (8.6%), Síndrome combinado Enfisema Fibrosis 40 (4.5%), Hipertensión pulmonar 33 (3.8%), Bronquiolitis obliterante 17 (1.6%); Rechazo crónico del injerto pulmonar 15 (1.7%) Enfisema asociado a bronquiectasias 12 (1.4%), Silicosis 9 (1%), Linfangoileiomatosis 8 (0.9%), Histiocitosis Pulmonar se células de Langerhans 4 (0.4%), otras 2 (0.2%). No se recomendó el trasplante en 170 pacientes (19.4%). Las contraindicaciones para ingresar al programa de trasplante fueron: psicosociales 74 (43.5%), alto riesgo post operatorio 28 (16.4%), posibilidad de mejoría con tratamiento médico 20 (12%), neoplasia activa 17 (10%), cardiopatía severa 14 ptes (8.2%), compromiso de otros órganos 13 (7.6%), en 4 ptes (2.3%) se detectó tabaquismo activo.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes excluidos para trasplante pulmonar durante la evaluación coincide con los datos de la bibliografía internacional. La causa más frecuente de exclusión para trasplante fue la psicosocial.

Palabras clave: Trasplante pulmonar Contraindicaciones para trasplante pulmonar

0114 - FIBROELASTOSIS PLEUROPULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Intersticiales

Babuín, Evelina María | Vergel, Linda | Rico, Pedro | Méndez Villaroel, Andrés | Baldessari, Enrique
Hospital Universitario Fundación Favalaro

Introducción: La fibroelastosis pulmonar es una entidad poco frecuente, caracterizada por fibrosis pleural y subpleural y presencia de elastosis de las paredes alveolares preferentemente a nivel de los lóbulos superiores. Algunos de los casos están asociados a condiciones subyacentes, pero la mayoría son idiopáticos y son reconocidos oficialmente como un tipo de neumonía intersticial idiopática. No existe un tratamiento específico conocido. El único tratamiento planteado por el momento es el trasplante de pulmón.

Presentación de Caso Clínico: Masculino de 67 años de edad, ingeniero agrónomo, ex TBQ, trasplantado cardiaco en 02/2007. Consultó en 08/2015 por cuadro de 45 días de evolución caracterizado por rinorrea y tos seca. Recibió tratamiento con Claritromicina sin mejoría, presentando exacerbación de los síntomas y registros subfebriles. Negó disnea u otra sintomatología asociada. Refirió haber vacunado para gripe neumococo. Como medicación recibía: micofenolato 1g c/12hs, everolimus 1mg c/12horas, enalapril 5mg c/12hs, atorvastatina 20mg/día. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, afebril. Se auscultaba hipoventilación de ambos vértices a predominio izquierdo, matidez en vértice y en base izquierda. SatO₂ 98%

aire ambiente. Se realizó ECG sin cambios isquémicos agudos, radiografía de tórax que evidenció imagen consolidativa en lóbulo superior izquierdo y laboratorio: Hto 39% Hb 13 g/dL GB 10.2 mil/mm³ Urea 27 mg/dL Cr 0.8 mg/dL Na 138 mEq/L K 3.7 mEq/L. Se realizaron hemocultivos, hisopado de fauces, panel viral y TAC de tórax que evidenció consolidación cercana a la pleura con vidrio esmerilado en lóbulo superior izquierdo. Dado los hallazgos se realizó FBC con BAL y biopsia trans bronquial. Se envió material para anatomía patológica y cultivo. Interpretándose el cuadro como neumonía en paciente inmunosuprimido se inició tratamiento empírico con Cefepime, Claritromicina y Oseltamivir, sin mejoría de los síntomas. Los resultados de hemocultivos y cultivo de BAL y BTB resultaron negativos. La anatomía patológica informó citología de tipo inflamatoria aguda inespecífica. Dado los hallazgos y ante la clínica del paciente se decidió realizar videotoracoscopia con resección de lesión de LSI. Los cultivos fueron negativos y anatomía patológica informó hallazgos compatibles con fibroelastosis pleuropulmonar. Se suspendió tratamiento antibiótico. Evolucionó afebril por lo que se otorgó el egreso institucional a los diez días de internación en plan de seguimiento ambulatorio sin cambios en su medicación habitual.

Discusión: La fibroelastosis pleuropulmonar es una entidad poco frecuente, algunos de los casos reportados se relacionan con el trasplante de pulmón. La mayor incidencia se presenta en adultos, entre la tercera y cuarta década de vida. Su etiopatogenia es aún desconocida. Se han descrito condiciones asociadas como: carcinomas o tumores malignos hematopoyéticos tratados con quimioterapia o trasplante, infecciones, trasplante de pulmón, y la coexistencia con neumonía intersticial usual. Existe cierta variabilidad de presentación clínica entre los pacientes reportados como el neumotórax espontáneo, disnea o tos crónica. En la radiografía de tórax se puede evidenciar engrosamiento pleural asociado con la evidencia de fibrosis, que afecta los lóbulos superiores con distorsión de la arquitectura. No existe tratamiento eficaz más allá del trasplante de pulmón, lo que le confiere a esta entidad un mal pronóstico.

Conclusiones: La fibroelastosis pleuropulmonar es una rara entidad incluida recientemente en la clasificación de la neumonías intersticiales. Es una entidad probablemente mal diagnosticada debido a que su conocimiento no está todavía muy extendido. Debemos incluirla en el diagnóstico diferencial de los procesos en los que existe fibrosis pleural y subpleural de predominio en los lóbulos superiores de ambos pulmones.

Palabras clave: Fibroelastosis pulmonar; trasplante; neumonía intersticial.

0133 - NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCI: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Elias Rein, Carlos Martín | Guevara, Mariela | Reginato, Atilio | Raya, Mercedes | Coco, Bárbara | Gallego, María José | Alberti, María Laura | Lombardi, Dora
Hospital María Ferrer

Introducción: La neumonía por pneumocystis jirovecii (PJP) es la causa más frecuente de neumonía grave en pacientes inmunocomprometidos. Su incidencia ha disminuido desde la introducción de la quimioprofilaxis y el tratamiento antirretroviral (TARV), sin embargo continúa siendo un grave problema clínico ya que muchos pacientes reciben el diagnóstico de HIV de manera concomitante con la infección por PJP.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y de laboratorio de los pacientes HIV positivos con diagnóstico confirmado de neumonía por PJP.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes con diagnóstico de HIV con diagnóstico confirmado de neumonía por PJP que cursaron internación en el periodo de enero del 2010 hasta diciembre del 2015.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con una mediana de edad de 36 años (RIC 26 a 45) con predominio del sexo masculino (64%). El diagnóstico de HIV se realizó en el momento de su evaluación por guardia en 20 casos (64,5%). Solo 5 de los 11 pa-

cientes con diagnóstico previo realizaban TARV. Veintiún (68%) de los pacientes efectuaron una consulta previa en otro centro hospitalario, la mediana en la demora a la consulta a nuestra guardia desde el inicio de los síntomas fue de 20 días (RIC 8.5 a 37.5). De los 31 pacientes incluidos, 5 (16%) evolucionaron con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, todos ellos fallecieron. Con respecto a los parámetros de laboratorio no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el valor de la LDH y pO₂, ni en tiempo hasta la consulta en nuestra institución entre aquellos que fallecieron y los que sobrevivieron.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes la mortalidad se relacionó directamente con el uso de apoyo ventilatorio invasivo. Continúa siendo alta la frecuencia de pacientes en los cuales se efectúa diagnóstico de HIV presentándose con una enfermedad marcardora.

Palabras clave: HIV, Neumonía por Pneumocystis Jirovecci

0193 - SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO IDIOPATICO (HES), CON COMPROMISO PULMONAR.

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Intersticiales

Arévalo Perlaza, María Del Pilar | Vergel, Linda | Mendez Villarroel, Andrés | Baldessari, Enrique
Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El HES, está caracterizado por una marcada hipereosinofilia periférica y manifestaciones clínicas atribuibles a compromiso en órganos blanco. Las infecciones parasitarias y las enfermedades alérgicas son las causas más comunes de eosinofilia, puede aparecer como un hecho aislado en un paciente aparentemente sano o ser una de muchas anomalías en una enfermedad multisistémica. Es más frecuente en el sexo masculino entre los 20 y 50 años. Puede afectar el sistema cardiovascular, pulmonar, nervioso, piel y gastrointestinal.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 40 años, oriundo de Corea, con antecedentes de tabaquismo, HTA y recambio valvular aórtico por insuficiencia aórtica severa. Consulto por un cuadro clínico de 4 días de evolución, caracterizado por registros febriles asociado a escalofríos, acompañado de dolor punzante a la inspiración a nivel del 5° espacio intercostal derecho. Al examen físico no presentaba hallazgos patológicos por lo que se realizó un laboratorio el cual informó leucocitosis con un recuento absoluto de eosinófilos de 1.543 /mm³, ESD 34 mm/h; PCR 0.71 mg/dl; LDH: 210 U/l. Se realizó una radiografía de tórax en la cual se evidenció un nódulo en base derecha. Se solicitó TAC de tórax, la cual informó aumento de trama intersticial de forma difusa en ambos hemitorax, con 3 nódulos en campo pulmonar derecho y uno en campo pulmonar izquierdo y adenomegalias mediastinales. Se amplió el estudio con FBC con BAL y BTB, con envío de muestras a cultivo los cuales fueron negativos y anatomía patológica la cual no fue concluyente, sin presencia de eosinófilos, con panel viral y galactomanano negativos. ANCA Negativo, Parasitológico seriado y coprocultivo: Negativo. Ig E: 1311 U/ml (0-120). El paciente evolucionó clínicamente estable, y se realizó una nueva TAC de tórax dos semanas después. Se visualizó escaso derrame pleural derecho, no visualizado en TAC previa, y con desaparición del nódulo en pulmón izquierdo. Con estos hallazgos, se realizó de forma programada videotoracoscopia diagnóstica, con toma de muestras de LID, biopsia pleural y FBC intraoperatoria. Se recibió la anatomía patológica la cual informó pleuritis fibrinosa en organización, con presencia de leve a moderado infiltrado a predominio mononuclear, con escaso a moderado número de eosinófilos. En el parénquima pulmonar subyacente se observó septos interalveolares con engrosamiento focal, irregular, con leve infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, macrófagos y regular número de eosinófilos, cambios compatibles con hipereosinofilia. La biopsia de médula ósea, fue negativa para monoclonalidad, interpretándose un HES idiopático con compromiso pulmonar. Se inició tratamiento con corticoides vía oral, con mejoría clínica, disminución de los valores de eosinófilos hasta alcanzar valores normales.

Discusión: El siguiente caso nos pareció importante, por ser una enfermedad que presenta compromiso pulmonar aproximadamente en un 50% de los pacientes, los síntomas son disnea, tos crónica no productiva resultante de la fibrosis secundaria a la infiltración eosinofílica, puede manifestarse también como neumonía, derrame pleural y edema de pulmón. Hay 3 criterios diagnósticos; Eosinofilia en sangre mayor o igual a 1500/mm³, ausencias de causas evidentes de eosinofilia y síntomas o signos de disfunción de órgano blanco.

Conclusiones: El inicio oportuno del tratamiento con corticoides disminuye considerablemente, las lesiones del parénquima, las cuales pueden evolucionar hasta la fibrosis. La tos crónica persistente no productiva y la disnea son los síntomas respiratorios comunes en los pacientes con HES. Los pacientes sintomáticos tienen infiltrados en las radiografías torácicas en el 14-28%, el infiltrado puede ser difuso o focal sin predilección por alguna región de los pulmones.

Palabras clave: hipereosinofilia, compromiso pulmonar

0204 - VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y ANTINEUMOCÓCCICA: OBSERVACIONES DE CONDUCTAS VACCINALES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN BUENOS AIRES

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas e Inmunología Dianti, Milagros | Perín, María Marta | Casey, Alberto | Pombo, Martín | Luna, Carlos M.

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Tabla 1

Población	n
Embarazo	17
Patología cardiovascular	130
Patología respiratoria	170
Uso crónico de corticoides	131
Hepatopatía	13
Inmunosupresión	33
Enfermedad oncológica	4
Trasplante de órgano sólido	2
Enfermedad renal crónica	10
Diabetes Mellitus	26
Esplenectomía	0
Contactos de riesgo	138

Introducción: Las infecciones respiratorias bajas adquiridas en la comunidad en adultos son causa de morbilidad por exacerbación de EPOC y asma o agravación de otras enfermedades respiratorias, producción de neumonía y otras complicaciones; particularmente en mayores de 65 años y en personas con comorbilidades. La vacunación antigripal y antineumocócica es una de las medidas preventivas de reconocida efectividad con impacto en la morbilidad y mortalidad de esas enfermedades.

Objetivos: Evaluar el conocimiento, indicación y aplicación de las vacunas antigripal (VAG) y antineumocócica (VAN) en la población que concurre a un hospital universitario.

Analizar si hubo variaciones significativas en estos aspectos en los últimos 15 años.

Tabla 2

	VAG			VAN		
	2001	2010	2016	2001	2010	2016
Vacunados con indicación	53,06 %	58,03 %	74,76 %	14,16 %	12,74 %	39,92 %
Total vacunados	42,01 %	50,44 %	68,84 %	8,68 %	11,11 %	20,77 %
Conocen la vacuna	87,77 %	92,54 %	92,14 %	29,59 %	35,67 %	55,49 %
Fue indicada por médico	46,15 %	59,94 %	69,73 %	10,65 %	12,43 %	21,22 %

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta anónima y al azar a la población que concurre al Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires. Las mismas fueron realizadas por médicos residentes de neumonología entre agosto de 2015 y junio de 2016. Se incluyeron pacientes ambulatorios e internados, personal de salud médico y no médico, familiares de pacientes, alumnos, y cualquier transeúnte ocasional. La encuesta consistía en preguntas acerca de antecedentes médicos, conocimiento de las vacunas, indicación y aplicación de las mismas. Los resultados se compararon luego con los observados en dos encuestas de igual diseño realizadas en los años 2001 y 2010.

Resultados: Se encuestaron 674 personas. La edad promedio fue 49 años. 424 participantes (62,91%) eran mujeres. El 23,45% de la población encuestada era personal de salud (médico y no médico), un 23% del total jubilados, y el resto se repartió entre empleados, desempleados, estudiantes, y otros. Se destaca que 180 personas tenían PAMI. Las características de la población de acuerdo a la presencia o no de comorbilidades se detalla en la Tabla 1. Con respecto a la VAG, 621 participantes conocían la existencia de la vacuna (92,14% del total); contra 374 (55,49%) que aseguraron conocer la VAN. Teniendo en consideración las indicaciones de vacunación de las guías nacionales actuales, el 77,60% de los encuestados tenía indicación de VAG, y el 42,14% de VAN. De éstos, se vacunaron el 74,76% y 39,79% respectivamente. Refieren que su médico le indicó la VAG 69,73% y VAN 21,22%. 134 personas recibieron ambas vacunas. La comparación con estudios de años previos se detalla en la Tabla 2. Al comparar los resultados actuales con años previos: observamos un aumento en el total de vacunados y en el porcentaje de pacientes a quienes se le indicó la vacuna, tanto para VAG como para VAN. Existe un aumento también en la cantidad de personas que conocen la vacuna; particularmente en el caso de VAN. El porcentaje de pacientes vacunados que tenían una o más indicaciones (edad y/o comorbilidades) se elevó de forma significativa a lo largo de los años evaluados: para VAG, 53,06% en 2001, 58,03% en 2010 y 74,76% en 2016 ($p < 0.001$); en el caso de VAN, 14,16% en 2001, 12,74% en 2010 y 39,92% en 2016 ($p < 0.001$).

Conclusiones: El conocimiento y aplicación de ambas vacunas se encuentra en importante aumento con respecto a los años previos. Se destaca un mayor incremento en las tasas de vacunación anti neumocócica. Estos hallazgos pueden deberse a la mayor promoción de la vacuna en medios publicitarios y en campañas de prevención, la accesibilidad a la misma tanto en el medio privado como en el público, y a la mayor indicación por parte de los médicos.

Palabras clave: vacunación, vacuna antigripal, vacuna antineumocócica

0231 - IMAGEN QUÍSTICA PULMONAR DE CRECIMIENTO LENTO. HALLAZGO IMAGENOLÓGICO. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Guevara, Mariela | Lombardi, Dora | Rosales, Adolfo | Rive-ro, Héctor | Avellaneda, Marina | Rayá, Mercedes | Guman, Gabriela

Hospital María Ferrer

Introducción: Hay un amplio espectro de enfermedades que pueden presentarse como imágenes quísticas focales o multifocales en la tomografía computada de tórax incluyendo enfisema lobar congénito, malformación adenocística congénita (MAQ), blastoma pleuropulmonar, quiste broncogénico, secuestro pul-

monar, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedades infecciosas, quistes hidatídicos pulmonares y pseudoquiste traumático. Este hallazgo en un paciente asintomático y como una imagen incidental constituye un desafío diagnóstico.

Presentación de Caso

Clinico: Presentamos un paciente que consultó por primera vez en el hospital a los 19 años, en enero del 2005, para evaluación luego de una exposición a humo de incendio en una discoteca. Sus signos vitales eran estables y presentaba tos con expectoración negruzca, en la radiología de tórax se observó una imagen quística parahiliar, en topografía de lóbulo superior izquierdo. La



espirometría se hallaba en valores normales y no se evidenciaba hipoxemia. En la tomografía de tórax se observó una imagen quística única de 30 mm de diámetro en lóbulo superior izquierdo. El paciente evolucionó asintomático y continuaba con un examen funcional pulmonar normal por lo que se decidió realizar seguimiento tomográfico. En tomografías posteriores se observó un aumento progresivo en el tamaño del quiste en el año 2006:46 x 38 mm, año 2010:73 mm y en el año 2014: 82 mm de diámetro mayor. Nunca presentó síntomas respiratorios ni alteraciones en la espirometría pero ante el aumento progresivo del diámetro de la imagen quística se realizó una fibrobroncoscopia donde se observó a nivel del segmento anterior del LSI oclusión dinámica durante la espiración con mucosa normal, sospechándose un mecanismo valvular como causa del aumento del tamaño del quiste. Se presentó el caso en comité clínico – quirúrgico con actualización de tomografía con cortes en inspiración y espiración y con reconstrucción de la vía aérea, en la cual se observó la imagen quística que no cambiaba de tamaño con la espiración y se hallaba rodeada de parénquima pulmonar con áreas de atrapamiento aéreo con afección limitada a LSI. En el estudio de volúmenes pulmonares presentaba atrapamiento aéreo con volumen residual de 3,13 L (177%). Se decidió la conducta quirúrgica donde el estudio anatomopatológico fue informado como malformación adenomatoidea quística congénita tipo I.

Conclusiones: La malformación adenomatoidea quística (MAQ) es una enfermedad congénita no hereditaria de causa desconocida. La incidencia es de aproximadamente 1 caso por cada 25.000-35.000 embarazos. Las lesiones varían ampliamente en tamaño y pueden afectar a un lóbulo entero o un segmento, así como involucrar todo un pulmón. El 85-95% de los casos ocurre en un solo lóbulo. Su diagnóstico se realiza más frecuentemente en la etapa neonatal, pero puede permanecer asintomática hasta la vida adulta. Stocker la clasificó en cinco tipos (tipo 0 a 4) basados en el tamaño de los quistes postnatales y en la histología, siendo la del tipo 1 las más frecuente en un 70% presentando quistes múltiples o único (3 – 10 cm) usualmente afectando un solo lóbulo. Otras categorías como tipo 0 y 3 suelen ser incompatibles con la vida. En la literatura se reporta predominio en el sexo masculino 1.75:1. La presentación clínica es variada desde tos, disnea y hemoptisis hasta ser asintomática como en nuestro caso. Como complicaciones más frecuentes se han reportado neumonías a repetición y ciertos autores indican que es un factor de riesgo de transformación neoplásica. Por este motivo se decidió realizar tratamiento quirúrgico en nuestro paciente para evitar las posibles complicaciones a futuro.

Palabras clave: quiste pulmonar, malformación adenomatoidea.

0236 - ESTUDIO DE SENSIBILIDAD DE DOS OXÍMETROS DE PULSO COMPARADOS CON LOS GASES EN SANGRE PACIENTES CON SOSPECHA PATOLÓGICA PULMONAR

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Neumonología Clínica

Meraldi, Ana | Bosio, Martin | Ernst, Glenda | Salvado, Alejandro | Borsini, Eduardo | Decima, Tamara | Di Tullio, Fernando | Robaina, Gabriela | Campos, Jerónimo | Blanco, Magalí

Hospital Británico de Buenos Aires, Servicio de Medicina Respiratoria

Introducción: La oximetría es la medición del estado de oxigenación de un individuo. Se determina utilizando propiedades diferenciales de la absorción de la luz, lo que permite diferenciar la forma oxigenada de la no oxigenada de la hemoglobina.

Objetivos: Comparar las mediciones de dos saturómetros de pulso con respecto a la saturación medida por cooxímetro, gases en sangre arterial, y evaluar la sensibilidad y especificidad de los resultados en una población de pacientes con patología pulmonar mediante estudio prospectivo analítico.

Materiales y Métodos: Se analizó la saturación y el estado ácido base arterial de 70 pacientes. Se incluyeron pacientes internados y ambulatorios, todos mayores de 18 años de ambos sexos. Se utilizaron dos oxímetros de pulso (NONIN® Onyx Vantage 9590 Finger Pulse Oximeter) y FINGERTIP (MD300C202 pulse oximeter), las determinaciones fueron realizadas por un mismo operador, luego de 2 minutos de estabilidad del registro en cada dedo se procedió a la toma de muestra de gases arteriales y se compararon los resultados. El área bajo la curva ROC (ABC-ROC), la sensibilidad, la especificidad y los cocientes de probabilidad positivo y negativo se calcularon utilizando el programa estadístico MedCalc (versión 14). Las curvas se calcularon para ambos saturómetros utilizando como valor de corte 90% y 93% de saturación obtenido por cooximetría.

Resultados: Se incluyeron en este estudio 70 pacientes con una media de edad de 65.5 ± 1.4 años; 52.8% varones. Del total de la población estudiada 40 eran ambulatorios y el resto internados. Los pacientes incluidos presentaban diferentes patologías de base: EPOC (38.5%); disnea (10%); ELA (7%); Fibrosis Pulmonar (7%); Neumonía (2.8%); SAHOS (22.8%) y Parálisis diafragmática (11.9%). Para un valor de corte menor de 90% los hallazgos de este estudio demostraron que el saturómetro NONIN mostró un área bajo la curva ROC (AUC-ROC) de 0.92 ± 0.04 , con una Sensibilidad (S) y Especificidad (E) de 80% y 81.7% respectivamente (LR: 4.3 y LR-: 0.2). Mientras que el AUC-ROC con el saturómetro FINGERTIP fue de 0.86 ± 0.14 con una S de 50.0 y una E de 83.7 (LR+: 3.5 y LR-: 0.6). Cuando se analizaron como punto de corte una saturación menor de 93%, ambos saturómetros tienen valores similares de S y E. Más aún el AUC-ROC es de 0.86 ± 0.01 vs 0.88 ± 0.04 .

Conclusiones: Actualmente los oxímetros de pulso son de uso masivo, con lo cual existen en el mercado a bajo precio una amplia variedad de éstos, sin embargo no todos han sido certificados, y son poco exactos para determinar conductas terapéuticas en pacientes con hipoxemia. Los hallazgos de este estudio piloto indicarían que se hallaron diferencias entre los saturómetros estudiados con mayor grado de dispersión en rangos de medición más bajos de saturación.

Palabras clave: oxímetros de pulso/saturación de hemoglobina/cooximetría/

0283 - COMBINACION DE FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE) NUESTRA EXPERIENCIA

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Vincent, Victoria Noel | Jordan, Pablo | Avalos, Victoria | Gullo, Regina | Pattin, Alejandro | Barragán, Pablo | Romera, Andrés | Martínez Fraga, Alejandro | Renom, Horacio | Blanco, Agustina

Complejo Medico Policial Churrucua Visca

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8
edad	62	66	59	63	70	55	68	68
sexo	M	F	M	F	M	M	F	M
tabaquismo	ex TBQ 27 P/Y	Ex TBQ 20 P/Y	Ex TBQ 30 P/Y	TBQ actual	Ex TBQ 40 P/Y	Ex TBQ 40 P/Y	Ex TBQ 20 P/Y	
díscos (mPRC)	II	II	III	III	II	III	II	III
VEF1/CVF	74	87	76	75	80	79	80	83
VEF1	1.33-175%	1.54-84%	2.55-80%	1.71-76%	110%	3.13-102%	1.87-85%	2.30-75%
CVF	4.45-178%	1.77-79%	3.34-104%	2.28-81%	109%	3.92-105%	2.22-87%	2.05-63%
TLC	134%	71%	NO REALIZADO	124%	82%	88%	82%	91%
Rv	113%	74%	NO REALIZADO	135%	68%	65%	91%	117%
DLCO	60%	43%	NO REALIZADO	70%	57%	55%	55%	51%
PSAP	sin IT	36mmHg	38 mmHg	sin IT	21 mmHg	sin IT	30mmHg	sin IT
colapso	normal	normal	NO REALIZADO	normal	normal	normal	normal	sin IT

Introducción: La combinación de fibrosis pulmonar y enfisema (CFPE) es un síndrome que abarca la presencia de ambas patologías pulmonares. Fue descrito por primera vez hace más de 30 años, por Auerbach, en un estudio sobre 1.824 autopsias pulmonares, donde se observó la combinación de ambas entidades. A pesar de que la fisiopatología de esta condición aún no se conoce por completo, se la ha relacionado con el hábito de fumar ya que el tabaco es un factor de riesgo común tanto para el enfisema como la fibrosis. La TACAR muestra una combinación de enfisema en lóbulos superiores y fibrosis a nivel de lóbulos inferiores. La prevalencia de la CFPE es desconocida, aunque se estima que podría representar entre un 5 y 10% de los casos de enfermedad pulmonar intersticial difusa. Se presenta generalmente en mayores de 65 años, con una fuerte relación a la exposición al humo del cigarrillo. Nuestro objetivo fue describir las características funcionales y estudios complementarios de un grupo de 8 pacientes con CFPE evaluados en nuestro Hospital. Estudios realizados: Espirometría, Volúmenes y capacidades pulmonares, radiografía de tórax Tomografía y ecodoppler cardiaco

Presentación de Caso Clínico: La media de edad de nuestros pacientes fue de 65.9 años (rango 82-51 años) y el 100% tenían antecedentes de tabaquismo. Presentaban una importante limitación a la actividad física con una percepción de disnea elevada evaluada por MRC. Espirometrías que no evidenciaban obstrucción en ninguna y restricción en dos de los casos siendo esta de leve a moderada, disminución de DLCO leve a moderada, la TLC presento una disminución leve en un caso y elevada en dos casos, siendo normal en el resto de los pacientes, por doppler cardiaco se constató hipertensión pulmonar leve en 3 casos y en el resto fue normal o no se pudo estimar. Uno de los pacientes se presentó con un cuadro agudo no pudiendo valorarse todos los parámetros por su gravedad falleciendo en internación (caso 3)

Discusión: la superposición de ambas patologías tiene efectos sinérgicos deletéreos sobre el intercambio gaseoso que resultan en un descenso severo de la DLCO. La presencia de volúmenes pulmonares normales no excluye el diagnóstico de fibrosis pulmonar en este tipo de pacientes y tanto la FVC como la TLC no pueden ser utilizadas como parámetros de seguimiento de la enfermedad debido a que no reflejan el grado de compromiso funcional. Actualmente no existe un consenso sobre las opciones terapéuticas a seguir en estos pacientes debido a que lo publicado hasta la fecha sobre esta entidad se limita a una corta serie de casos. En la actualidad la CPFE una patología infradiagnosticada con múltiples incógnitas por resolver.

Palabras clave: enfisema, fibrosis

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

0054 - MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN ADULTOS EN ARGENTINA: MAGNITUD, DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA ENTRE 1980 Y 2014

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Bossio, Juan Carlos | Arias, Sergio Javier

Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni"

Introducción: La neumonía es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infecciosa prevenible en la edad adulta. En Argentina es la principal causa de mortalidad registrada por enfermedad respiratoria y ocasiona anualmente un importante número de muertes prematuras evitables.

Objetivos: Describir la magnitud, distribución y tendencia de la mortalidad por neumonía en adultos en Argentina entre 1980 y 2014.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal y de serie temporal de la mortalidad por neumonía. Se utilizaron datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Se seleccionaron las muertes registradas en los códigos 480-486, entre 1980 y 1996, y J12-J18, entre 1997 y 2014, de la Clasificación Internacional de Enfermedades Novena y Décima Revisión, respectivamente. Se estratificaron

las muertes por sexo, edades quinquenales y jurisdicción. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes por edad y sexo empleando las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo. Se analizaron las tasas por jurisdicción, ajustadas por edad y sexo, por el método directo. Se calculó el índice de Gini y la serie temporal de las tasas 1980-2014, ajustadas por edad y sexo, se analizó mediante regresión exponencial. Se identificó la existencia de puntos de quiebre y se expresó el coeficiente de regresión como variación promedio de la tasa con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el programa Excel 2016 y Joinpoint Regression 4.2.0.2.

Resultados: En 2014 se registraron 6.422 muertes por neumonía de jóvenes y adultos entre los 20 y los 74 años en Argentina, 1,7% más que en 2013 (6312 muertes); y la tasa de mortalidad para 2014, ajustada por edad y sexo, fue 26,9 por 100.000 habitantes, 8,8% más que en 2013. La mortalidad por neumonía aumentó con la edad y fue mayor en varones que en mujeres. Se incrementó 8,7% (7,7; 9,8) por cada año de edad; y el incremento fue similar en los varones y en las mujeres: 9,1% (8,0; 10,2) y 8,52% (7,0; 10,1). Para el bienio 2013-2014, la tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo varió entre 10,1 por 100.000 en Tucumán y 48,6 por 100.000 en Formosa, cifra 4,8 veces superior. El índice de Gini fue 0,185 (0,121; 0,249) para ese bienio, 3,4 veces superior al que registró la mortalidad total: 0,055 (0,071; 0,039). La tendencia de la mortalidad por Neumonía de 20 a 74 años tuvo dos períodos ($p=0,0006$). Entre 1980 y 1992 la tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo registró un descenso, pero no fue estadísticamente significativo ($p=0,1$): la tasa varió -1,2% anual (-2,8; 0,4). A partir de 1992 y hasta 2014, la tasa aumentó 4,4% anual (3,7; 5,1). Esta tendencia contrasta con la registrada por la mortalidad total, que tuvo un descenso continuo durante todo el período 1980-2014 ($p<0,001$): la tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo de 20 a 74 años varió -1,0% anual (-1,1; -0,9).

Conclusiones: La neumonía continúa ocasionando más de 6.000 muertes prematuras de adultos en Argentina. El incremento sostenido de las muertes por esta causa desde mediados de la década de los noventa, que se observa no solo entre los adultos mayores sino también entre los jóvenes y adultos en edad productiva; así como las brechas entre jurisdicciones, indican la importancia de fortalecer las acciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento.

Palabras clave: Mortalidad Neumonía

0188 - DESIGUALDAD EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS POR TODAS LAS FORMAS ENTRE LAS JURISDICCIONES Y SUBJURISDICCIONES DE ARGENTINA, 2013-2014.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

Gómez, Lara Victoria | Wettstein, Magali | Arias, Sergio | Fernández, Hugo Roberto | Bossio, Juan Carlos

Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"

Introducción: El principal objetivo en el control de la TBC es el tratamiento completo de los casos a fin de producir la curación y cortar a la cadena de transmisión. El abandono es una expresión de la falla del sistema de salud en la atención de las personas y por ende analizar su magnitud y comportamiento es una tarea esencial en el seguimiento epidemiológico y operativo de la Tuberculosis

Objetivos: Describir la desigualdad en el abandono del tratamiento antituberculoso en Argentina en el período 2013-2014

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio ecológico con las jurisdicciones y sub jurisdicciones (partidos y departamentos) como unidades de análisis. Los datos de TB se obtuvieron del Sistema Nacional de Vigilancia de Tuberculosis (SNVS-TB). Los datos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son del Censo 2010, (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo - INDEC). El análisis de la tasa de abandono por jurisdicciones y sub jurisdicciones para todas las edades se realizó mediante el cálculo de la proporción, con su intervalo de confianza del 95%, teniendo en cuenta como población los casos incidentes con evaluación del tratamiento para el bienio 2013-2014. Se

calculó el percentil 95 (p95) y percentil 5 (p5) para identificar los departamentos con mayor y menor tasa de abandono

Resultados: Para el bienio 2013-2014, se notificaron 18.659 casos incidentes, de los cual se evaluaron 12.685 (67,98%). De los 526 departamentos, el 68,3% (64,2; 72,2) notificó casos (n=359) y el 92,8% (89,9; 95,6) realizó la evaluación del tratamiento antituberculoso (n=333). En los departamento evaluados, el 55,9% (50,4; 61,3) notificó al menos 1 abandono de dicho tratamiento (n=186). La tasa de abandono para el total del país fue de 13,5%, observándose desigualdad entre las 24 jurisdicciones y en las 333 sub jurisdicciones del país. La Rioja no registró abandonos. La mayor tasa de abandono en la provincia de Buenos Aires (19,56%) fue 9 veces más alta que la de Catamarca con la menor tasa de abandono (2,17%). El p95 alcanzó un valor de 60,83% lo que indica que los 9 departamentos con mayor tasa superan ese valor, mientras que en el otro extremo, el p5 fue de 3,95%. La tasa de abandono de los 9 departamentos con mayor abandono fueron al menos 15 veces mayores que las 9 con menor. El Índice de Gini, para las jurisdicciones fue 0,295 (0,392; 0,197) y 0,314 (0,346; 0,282), para las sub jurisdicciones. La provincia de Buenos Aires concentró el 60,8% de los abandonos y el 41% de los casos, mientras que Mendoza y Catamarca con la menor tasa de abandono, concentraron el 2,8% de los casos pero sólo el 0,5% de los abandonos. Con respecto a las sub jurisdicciones, los 53 departamentos con mayor tasa de abandono, aportaron el 20% de los casos y concentraron el 40% del abandono, mientras que los 38 departamentos, con menor tasa de abandono aportaron el 20% de los casos y concentraron solo el 7% del abandono en el tratamiento. El Índice de Concentración fue 0,00, tanto para las jurisdicciones como para las sub jurisdicciones.

Conclusiones: Se observó desigualdad en el abandono del tratamiento de la tuberculosis que se refleja en los valores del IG. La mayor desigualdad se registró a nivel de las sub jurisdicciones las cuales mostraron una brecha mayor en las tasas de abandono. El índice de concentración no mostró una concentración de abandonos relacionados con las condiciones sociales, por lo que sería conveniente estudiar otras variables socioeconómicas

0225 - SITUACION DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS CLASIFICADOS COMO RECAIDAS: MAGNITUD, CARACTERISTICAS, DISTRIBUCION Y TENDENCIA, ARGENTINA 2009-2014.

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

Rodríguez, Luciana | Fernández, Hugo Roberto | Arias, Sergio | Bossio, Juan Carlos | Radosevich, Ainelen

Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"

Introducción: Las recaídas son casos con antecedentes de tratamiento que se consideran como nuevos al momento del análisis de situación. Conocer las características y magnitud de este grupo es importante para tener una dimensión de la distribución de los casos con antecedentes de tratamiento en el país
Objetivos: Describir las características de los casos de tuberculosis clasificados como recaídas en Argentina en el periodo 2009-2014

Materiales y Métodos: Se realizó una descripción epidemiológica de los casos de tuberculosis (TB) notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud en el periodo 2009-14. Se identificaron los casos clasificados como recaídas, notificados durante el bienio 2013-14. Se calculó el Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95% para analizar las diferencias entre recaídas y casos nuevos (nuevos, sin información) y no nuevos (abandono, fracaso, traslado, otros). La tendencia se analizó desde el año 2009 al 2014. Se calculó el coeficiente de regresión lineal del logaritmo de la tasa y se expresó como Variación Anual promedio (VAP), con su IC del 95%. Se utilizaron los programas Microsoft Excel 2013 y Epidat 3.1

Resultados: En 2013-14 se notificaron 20.626 casos de TB de los cuales el 4,8% (987) fueron clasificados como recaídas. La tasa de notificación para las recaídas fue de 1,1 y 1,2 casos por 100.000 habitantes en 2013 y 2014 respectivamente. El 53,4% tenían entre 20 y 44 años (525), y los menores de 20 años re-

presentaron el 8,3% (82). La proporción de casos fue superior en hombres que en mujeres, 56,5% y 43,5% respectivamente. El 90,7% (895) fueron pulmonares. De éstos, el 80,6% (721) fue confirmado bacteriológicamente y el 72,1% (645) tuvo una baciloscopia positiva. El 92,6% no tenía registro de PSD (914) y en los 73 que tenían dato, el 66,7% (48) mostró resistencia a los fármacos, siendo el 32 (66,7%) multidrogorresistente. El resultado del tratamiento de la TB fue evaluado en el 66,7% de las recaídas (653), entre las cuales el 74,1% (484) tuvo éxito, el 15,8% (103) abandonó, el 9,6% (63) falleció y el 0,5% (3) fracasó. Se conoce la condición VIH en 206 casos (20,9%) de los cuales 55 dieron positivo (26,7%). La tasa más alta correspondió a Jujuy (4,8 por cada 100.000) y la más baja en Tucumán y San Luis (0,1 por 100.000). Las recaídas tienen más posibilidades que los casos nuevos de TB pulmonar (OR: 1.89, IC: 1.50-2.38), resistencia a fármacos (OR: 3.30, IC: 1.95-5.60) y abandono (OR: 1.26, IC: 1.01-1.57). Al comparar con los casos no nuevos desaparecen las diferencias referidas a la localización (OR: 0.83, IC: 0.63-1.09) y la resistencia (OR: 1.25, IC: 0.67-2.33) y aumenta la posibilidad de abandono (OR: 2.35, IC: 1.83-3.00). Los casos no nuevos tienen más chances de ser VIH positivos (OR: 1.77, IC: 1.22-2.57) que las recaídas, mientras que las recaídas no muestran diferencias con los casos nuevos (OR: 0.81, IC: 0.59-1.12) en VIH. La tasa de notificación se mantiene similar desde el año 2009. El número de casos aumentó un 10%, (474 casos en 2009 a 524 en 2014), pero la VAP de la tasa mostró un descenso, aunque no significativo (-2,0%, IC: -10,27, 5,63)

Conclusiones: La frecuencia de recaídas en Argentina es importante aunque inferior a la observada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2014 a nivel mundial (7,0%) y en la región de las Américas (6,2%). Merece especial atención la baja cobertura de PSD informada. Si bien las recaídas se incluyen con los casos nuevos en la notificación, el análisis de la información mostró diferencias significativas con respecto a este grupo.

Palabras clave: Tuberculosis

Unidad Temática: Pediatría

0063 - MAGNITUD, DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD RESPIRATORIA EN MENORES DE CINCO AÑOS EN ARGENTINA, 1980 - 2014

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Pediatría

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Armando, Gustavo Ariel | Bossio, Juan Carlos

Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"

Introducción: Las enfermedades del sistema respiratorio son la tercera causa de muerte de menores de cinco años; y la principal causa reducible a partir del mes de vida.

Objetivos: Describir la magnitud, distribución y tendencia de la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años en Argentina entre 1980 y 2014.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal y de serie temporal de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. Se utilizaron datos de mortalidad y nacidos vivos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Se seleccionaron las muertes registradas en los códigos 460-519, entre 1980 y 1996, y J00-J99, entre 1997 y 2014, de la Clasificación Internacional de Enfermedades Novena y Décima Revisión, respectivamente. Se estratificaron las muertes por jurisdicción y por departamentos, y se calcularon tasas por 1.000 nacidos vivos, para el bienio 2013-2014, por provincia, y para el trienio 2012-2014, por departamento. El análisis de la tendencia se hizo con tasas anuales para el total del país y por provincia. La desigualdad por jurisdicción y departamentos se analizó con la razón de tasas y el índice de Gini con su intervalo de confianza del 95%. La tendencia 1980-2014 se analizó con un modelo lineal y se expresó el coeficiente de regresión como variación anual promedio (VAP) porcentual de la tasa, con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el programa Excel 2016 y Joinpoint Regression 4.2.0.2.

Resultados: En 2014, hubo 703 muertes por enfermedades del sistema respiratorio en menores de cinco años, 3,4% menos que en 2013 (728 muertes); y el 8,5% del total de muertes por causas definidas, con una tasa de mortalidad de 0,90 por 1.000 nacidos vivos, 6,25% más baja que la de 2013. La distribución de la mortalidad 2013-2014 fue desigual entre jurisdicciones; y la razón entre la tasa más alta (Formosa, 2,16 por 1.000) y la más baja (La Pampa, 0,27 por 1.000), fue 8,13 (2,54; 26,01; $p < < 0,001$). El índice de Gini fue 0,287 (0,193; 0,380), 3,7 veces superior al que registró la mortalidad total: 0,077 (0,044; 0,111). La desigualdad fue mayor por departamentos. En 185 departamentos no se registró ninguna defunción durante el trienio 2012-2014. En 119 departamentos hubo por lo menos una muerte anual en el trienio; y, en este grupo, las tasas variaron entre 0,29 por 1.000 en Rosario (Santa Fe) y 6,87 por 1.000 en Ramón Lista (Formosa); con una razón de tasas de 23,86 (11,12; 51,23; $p < < 0,001$). El índice de Gini fue 0,319 (0,276; 0,362), 3,0 veces superior al que registró la mortalidad total: 0,108 (0,088; 0,129). El número de muertes se redujo 76,6% entre 1980 y 2014 (3.002 y 703, respectivamente) y la tasa disminuyó 79,3% (4,37 por 1.000 y 0,90 por 1.000, respectivamente). La tendencia fue al descenso, con una VAP de -3,95% (-4,32; -3,57; $p < < 0,0001$), similar a la de la mortalidad por todas las causas: -3,48% (3,62; -3,33; $p < < 0,0001$). Solo en ocho de las 24 jurisdicciones se observó un descenso de la mortalidad estadísticamente significativo ($p < < 0,05$); en las 16 restantes no se puede descartar que la tendencia haya sido estable.

Conclusiones: Las enfermedades del sistema respiratorio todavía son un importante problema de salud pública infantil. Aunque la mortalidad se redujo, el descenso fue similar al de la mortalidad total y no impactó en la desigualdad que se observa en el riesgo de morir por esta causa ni entre las jurisdicciones ni entre los departamentos. Aumentar el descenso, especialmente en las áreas de mayor riesgo podrá contribuir no sólo a reducir la mortalidad en el total del país sino a disminuir la desigualdad en la distribución del problema.

Palabras clave: Enfermedades respiratorias en niños

0125 - ANOMALIAS DEL DESARROLLO PULMONAR. EL ESPECTRO SECUESTRO PULMONAR (INTRA Y EXTRALOBAR).

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Pediatría

Unidad Temática 2: Cirugía Torácica

Palmisciano, Verónica | Quintas, Santiago | Monaldi, Guillermo | Lampon, Sebastián | Bernado, Eliana | Kogan, Andrés | Mercuri, Enrique | Yamahachi, Claudio
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Don V. Tetamanti

Introducción: El Secuestro pulmonar es una infrecuente malformación congénita de origen mixto bronquial y arterial, caracterizada por ser una masa de tejido pulmonar no funcional, sin comunicación identificable con el árbol traqueobronquial y cuya vascularización se hace por una arteria anómala de origen sistémico (riego vascular variable con muchas inusuales combinaciones). Forma parte de un espectro de anomalías congénitas denominadas malformaciones broncopulmonares y del intestino anterior. Representa el 0,15-6,4% del conjunto de las malformaciones pulmonares, existe ligero predominio en el sexo masculino.

Presentación de Caso Clínico: Presentación de 2 casos clínicos: 1) Paciente de 3 años de vida, nacido de parto pretérmino, en el que diagnóstica opacidad pulmonar en el periodo neonatal. se realiza RNM a los 20 días de vida (sin contraste por difícil acceso venoso) que muestra lesión de aspecto líquido quístico que ocupa lóbulo inferior derecho, no asociado a estructuras vasculares arteriales. Se interpreta como MAQ. En el seguimiento longitudinal del niño, se reiteran episodios de broncoespasmos, algunos febriles asumidos como neumonía. Se decide realizar abordaje quirúrgico de la lesión persistente, dando con el hallazgo de un secuestro extralobar basal derecho, con vaso aberrante aórtico. 2) Paciente de 7 años de edad, asmático, con cuadro de neumonía recurrente homofocal (basal izquierda) de 4 años de evolución. En el algoritmo diagnóstico se realiza AngioTAC con contraste, observándose opacidad homogénea cavitada, con opacificación de vaso anómalo dirigido desde aorta torácica a

base izquierda, se realiza exéresis de la lesión, confirmándose diagnóstico de secuestro intralobar

Discusión: Se describen 2 (dos) tipos según el revestimiento de pleura visceral que lo contiene, clasificándose en las variedades, intralobar y extralobar, estando la primera contenida dentro de la pleura visceral del pulmón normal adyacente, mientras que, en la segunda existe una pleura propia para este tejido desconectado del árbol bronquial. El drenaje venoso también los diferencia, siendo el primero hacia las venas pulmonares o la aurícula izquierda y, el segundo, a través de las venas ácigos o cava inferior. Se plantean hipótesis en su génesis (teoría embriológica y adquirida), el seguimiento longitudinal clínico, alternativas y momento de la exéresis quirúrgica.

Conclusiones: Los Secuestros son tumoraciones que ejercen un efecto de masa en el parénquima pulmonar adyacente, no participa en el intercambio gaseoso, no contribuyen a generar espacio muerto, pero sí pueden desarrollar shunt I/D. Debe ser tenido en cuenta ante la presencia de neumonías recurrentes o imágenes de condensación persistentes, sobre todo si compromete el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. El Secuestro pulmonar pertenece al grupo de patologías del tórax fetal que se expresan ecográficamente como masas ecogénicas torácicas. El estudio de esta patología por AngioTAC o AngioRNM, métodos de elección para el diagnóstico de certeza y determinar la arteria aberrante, para evitar morbimortalidad durante la exéresis de la malformación.

Palabras clave: secuestro-intralobar-extralobar- vaso aberrante

0134 - TRASPLANTE PULMONAR EN PEDIATRÍA

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Pediatría

Unidad Temática 2: Cirugía Torácica

Wagner, Graciela Rosa | Cáneva, Jorge | Ahumada, Juana | Bertolotti, Alejandro | Tomaszuk, Giselle | Parrilla, Gustavo | Candiotti Lehmann, Mariano | Favaloro, Roberto | Ossés, Juan Manuel

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El trasplante pulmonar (TP) y cardiopulmonar (CP) es una opción terapéutica aceptada para niños con enfermedades pulmonares avanzadas como la fibrosis quística (FQ), las enfermedades vasculares y la fibrosis pulmonar.

Objetivos: Reportar la experiencia de TP y CP en pacientes (p) menores de 18 años en un único centro.

Materiales y Métodos: Entre junio de 1992 y febrero de 2016, un total de 364 p recibieron TP o CP, de los cuales 19 (5,2%) fueron menores de 18 años. Se analizaron datos antropométricos del donante y del donante, diagnósticos, condición clínica al momento del trasplante, tipo de trasplante, morbilidad y mortalidad temprana y sobrevida.

Resultados: Sexo masculino 15 p (78,9%), edad promedio 14,8±2,2 años (10-18). El IMC fue de 17,5±3,7 kg/m² (12-24,8). Las indicaciones de trasplante fueron: FQ 7 p (36,8%), 3 p (15,7%) bronquiolititis obliterante, 3 p (15,7%) con bronquiectasias, 3 p (15,7%) hipertensión pulmonar, 2 p (10,5%) Eissenmerger, 1 p (5,2%) fibrosis pulmonar. El trasplante fue realizado en condición electiva en 9 p (47,3%), 8 p (42,1%) en emergencia y en urgencia un p (5,2%). Once p (57,8%) recibieron trasplante bipulmonar, 4 p (21%) CP, 3 p (15,7%) bilobares y un p (5,2%) unipulmonar. Un p fue re trasplantado por bronquiolititis obliterante secundaria a infección viral. La edad promedio de los donantes fue 22±10 años (12-47), el 90% eran varones (17) y el IMC fue de 23±4,5 kg/m² (16-33). Las complicaciones del post operatorio inmediato fueron: 10 p (52,6%) disfunción primaria del injerto, 7 p (36,8%) neumonía y 3 p (15,7%) rechazo agudo. Cuatro p (21%) fallecieron en el post operatorio inmediato: 3 p (15,7%) por sepsis y un p (5,2%) por disfunción primaria del injerto. La sobrevida global (Método de Kaplan-Meier) a 1 y 5 años fue de 68% y 53% respectivamente.

Conclusiones: El TP y CP mejoran la calidad de vida. Los resultados hallados son similares a los reportados por otros centros.

Palabras clave: trasplante pulmonar. Pediatría

0159 - EL AMPLIO ESPECTRO DE LAS HERNIAS DIAFRAGMATICAS CONGENITAS. PRESENTACION DE 3 CASOS CLINICOS

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Pediatría

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

Bernado, Eliana | Lampón, Sebastián | Mercuri, Enrique | Monaldi, Guillermo | Palmisciano, Verónica | Quintas, Santiago

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Don V. Tetamanti

Introducción: El diafragma es un órgano con forma de media cúpula, compuesto por tejido musculotendinoso que separa el tórax del abdomen y constituye el principal músculo inspiratorio. Los 4 componentes embriológicos que componen la formación de la membrana son: El septum transversum, membranas pleuroperitoneales, componente miofibroblástico, y mesenterio esofágico. Las hernias diafrágicas representan el 8% de las anomalías presentes en los recién nacidos. Su incidencia es de 1 cada 2000 a 4000 nacido vivos, pero se sabe que alrededor del 30% de los embarazos que cursan con este defecto, terminan en aborto o muerte fetal temprana por algún tipo de cromosomopatía u otra malformación agregada (mortalidad escondida).

Presentación de Caso Clínico: Se presentan 3 casos clínicos: 1) Hernia posterolateral de Bochdalek izquierda, en un RN con diagnóstico ecográfico prenatal 2) Hernia anterior de Morgagni, en un niño con Síndrome de Down con episodios de neumonías a repetición 3) Hernia por deslizamiento mixta, en un niño con múltiples exacerbaciones y cuadros obstructivos de difícil control

Discusión: La hernia diafrágica de Bochdalek es la forma más frecuente (90%). Su diagnóstico se realiza habitualmente de manera temprana dada la clínica en el recién nacido. Presenta una alta tasa de mortalidad debido a su asociación con otras malformaciones y a la hipoplasia pulmonar secundaria. La Hernia anterior de Morgagni y la hernia por deslizamiento son formas infrecuentes en pediatría y generalmente de diagnóstico tardío. Deben sospecharse ante un paciente con procesos infecciosos a repetición e imágenes persistentes dentro del algoritmo de diagnósticos diferenciales.

Conclusiones: Si bien la hernia posterolateral de Bochdalek es ampliamente la de mayor frecuencia en pediatría, es necesario considerar las restantes formas de hernia diafrágicas como probables diagnósticos diferenciales junto con otras patologías malformativas pulmonares, lo que motiva la presentación de este trabajo. Cabe recalcar la utilidad e importancia de realizar un buen diagnóstico prenatal, ya que la evolución y el pronóstico de esta malformación se verá asociado al desarrollo posterior de hipoplasia pulmonar como factor de riesgo asociado.

Unidad Temática: Cirugía Torácica

0105 - RE TRASPLANTE PULMONAR: EXPERIENCIA EN ÚNICO CENTRO DE TRASPLANTE

Modalidad: Comunicación Oral - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Cirugía Torácica

Ahumada, Rosalía | Ossés, Juan Manuel | Wagner, Graciela | Cánova, Jorge | Bertolotti, Alejandro | Parrilla, Gustavo | Candiotti Lehmann, Mariano | Favaloro, Roberto

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El trasplante pulmonar (reTP) es una opción terapéutica para un grupo seleccionados de pacientes, que recibieron trasplante pulmonar (TP) y que por complicaciones en el post trasplante inmediato o tardío han perdido la función del injerto, poniendo nuevamente a los receptores en condiciones de requerir un nuevo trasplante

Objetivos: Presentar los resultados de nuestra experiencia en reTP

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo de la evolución de 12 ptes que recibieron reTP, analizándose las características demográficas, tiempo desde al TP hasta el reTP; situación clínica al momento del reTP, complicaciones, calidad de vida y sobrevida

Resultados: Desde febrero de 1993 hasta diciembre de 2015 se realizaron 322 TP; 12 (3.7%) fueron reTP. Estos se realizaron entre agosto de 2004 y septiembre de 2015. 7 mujeres (58%), edad media 38 años, rango de 16-65 años. Indicación del primer TP: enfisema 6, fibrosis quística (FQ)3, FPI 1 pte, Hipertensión pulmonar idiopática 1, cardiopatía congénita portadora de trasplante cardiopulmonar 1. Causas de pérdida del injerto pulmonar: rechazo crónico 8pte, Neumonía viral 3ptes, disfunción primaria del injerto en 1pte. 2 ptes recibieron trasplante izquierdo, 10 ptes trasplantes bipulmonares. Condiciones clínicas al momento del reTP: Todos los pacientes se encontraban en CF IV y fueron trasplantados en condiciones de emergencia 8 pacientes, un paciente requirió soporte de ARM y ECMO V-V4 en urgencia. FEV1 promedio 18.3% (8%-23%). IMC promedio 19%. El tiempo promedio transcurrido desde el trasplante hasta el reTP fue de 1114 de días (rango 32-3202 días) La inmunosupresión incluyó: tacrolimus, micofenolato y prednisona. Doble esquemas en pacientes con FQ- 5 ptes fallecieron en el post trasplante inmediato (41%). Las causas de muerte fueron shock séptico en 4pts y en un pte disfunción primaria del injerto pulmonar. Días desde el trasplante hasta el óbito 21 (1-44 días). Media de ARM 26 horas (11-41horas), Un paciente requirió asistencia vital con ECMO por injuria severa durante 13 días; 2pacientes requirieron re-exploración quirúrgica por sangrado aumentado, tres pacientes presentaron injuria pulmonar grado II. Una paciente falleció después de 6 años post trasplante. Actualmente 6 pacientes se encuentran en CF I, sin limitaciones para la vida diaria

Conclusiones: El re trasplante pulmonar, es una opción válida para un grupo de pacientes seleccionados con calidad de vida y sobre vida aceptables. No se observaron complicaciones diferentes a los TP. El porcentaje de retrasplantes en nuestra Instituciones se encuentra dentro de los índices de la literatura internacional

Palabras clave: Rechazo Crónico del injerto pulmonar Retrasplante pulmonar

Unidad Temática: Misceláneas

0051 - ASOCIACION DE PATOLOGIAS PULMONARES POCO FRECUENTES. DESCRIPCION DE UN CASO

Modalidad: Comunicación Oral - Caso Clínico

Unidad Temática: Misceláneas

Avendaño, Juan Carlos | De La Barra, Paola | Trentini, Jessica | Rivera, Gonzalo |

Viera, Gustavo | Acero, Eduardo

Hospital HIGA. Dr. Diego Paroissien

Introducción: La hidatidosis es la infección de animales o del hombre con la forma larval o metacestodo del Echinococcus granulosus. En América latina tiene su más alta prevalencia en Argentina, Uruguay, Brasil y Chile. Se calcula que aproximadamente el 30% del territorio nacional es asiento del ciclo zoonótico. La localización más frecuente de los quistes hidatídicos es la hepática (67-89%) seguida por la pulmonar (10-15%). El diagnóstico de la hidatidosis se basa en datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas y fundamentalmente métodos complementarios. El secuestro broncopulmonar es una masa de tejido pulmonar anormal que no se comunica con el árbol traqueobronquial y es irrigada por una arteria sistémica anómala. Tiene baja incidencia (entre 1 y 2% de todas las resecciones pulmonares) y su tratamiento se resuelve antes de la edad adulta

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 26 años nacida en Gran Buenos Aires, siempre con residencia en su lugar de nacimiento consulta por presentar tos con expectoración mucopurulenta y hemoptoica, fiebre de 1 semana de evolución, al examen físico presenta dolor leve en hemitórax izquierdo. Rx. de tórax: radiopacidad redondeada homogénea de gran tamaño de bordes difusos ubicada en lóbulo superior derecho. Laboratorio: Leucocitos 12,3/mm³; Hto. 40.4%; Ziehl Neelsen de esputo negativo. Tomografía Axial Computada de Tórax: imagen compatible con quiste de 9x5 cm. ubicado en lóbulo superior

derecho de bordes lisos. Además en lóbulo inferior izquierdo se evidencia una imagen de condensación pulmonar de bordes irregulares con contenido aéreo. PAAF pulmón izquierdo: proceso inflamatorio agudo. Fibrobroncoscopia: compresión extrínseca del lóbulo superior derecho, estenosis del segmento apical del lóbulo inferior izquierdo con presencia de material blanquecino mucoso de aspecto necrótico. Estudios citológico, micológico, bacilosκόpio del lavado bronquial negativos. Arco 5 y Western Blot para hidatidosis positivo. Angiografía bronquial: arteria bronquial derecha; se ven dos arterias bronquiales hacia lado derecho con ramificaciones bronquiales rodeando una imagen capsular en vértice derecho. Arteria bronquial izquierda sin lesiones. Arteria intercostal izquierda: presenta ramificaciones originando una malformación arteriovenosa inferoposterior y a través de ésta se visualiza la arteria bronquial segmentaria, en tiempo venoso se observa vena bronquial que desemboca a nivel de aurícula izquierda. Diagnóstico: Hidatidosis pulmonar derecha y secuestro broncopulmonar izquierdo.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la frecuencia y la presentación de estas patologías sin estar ninguna de ellas relacionadas una con la otra se presenta este caso clínico.

Palabras clave: Hidatidosis pulmonar, secuestro broncopulmonar

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación Unidad Temática: Enfermedades Ocupacionales

0026 - SALUD RESPIRATORIA EN BOMBEROS VOLUNTARIOS

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación
Unidad Temática: Enfermedades Ocupacionales

Barragan, Horacio Pablo | Blanco, María Agustina | Renom, Horacio A. | Avalos, María Victoria | Gullo, Regina F. | Martínez Fraga, Alejandro | Jordan, Pablo D. | Romera, Andrés | Vincent, Victoria N. | Pattin, Alejandro P.
Complejo Medico Policial Churrucua Visca

	Fumadores	Ex fumadores	No fumadores
FVC	105,9%	106,4%	112,6%
FEV1	106,3%	104,4%	113,6%
Sintomas	38,4%	28,6%	16,6%
Pack/Year	10,3	3,3	0

Introducción: Las enfermedades respiratorias son una de las patologías más frecuentes asociadas al trabajo. El asma y la EPOC son las enfermedades pulmonares ocupacionales (EPO) más frecuentes en los países desarrollados, relacionadas, entre otras cosas, a la exposición a gases nocivos, tóxicos e irritantes. El riesgo laboral vinculado a la profesión sumada a los factores de riesgos personales determina enfermedades respiratorias ocupacionales.

	<5 años	5-10 años	>10 años
FVC	112,2%	109,2%	107,3%
FEV1	114,9%	107,5%	106,5
Sintomas	11,8%	27,2%	37,5%
Proteccion (EPP)	29,4%	36,3%	25%

Objetivos: El objetivo del estudio es describir las características demográficas y factores vinculados a la salud respiratoria en personal en actividad del Cuerpo de Bomberos Voluntarios de una ciudad de la Provincia de Buenos Aires. Los datos obtenidos proveerán de mayor conocimiento de los grupos en riesgo para enfermedades respiratorias prevenibles y tratables. De la misma manera, podrán compararse en uno y dos años para evaluar si presentan pérdida más acelerada respecto a la población general.

Materiales y Métodos: El estudio se realizó con la cooperación activa del Cuartel de Bomberos, aprobado por la comisión directiva y con el consentimiento informado de cada uno de los participantes. Se procedió a citar al personal de bomberos en su propio ámbito de trabajo a fin de realizar una Espirometría computarizada pre y post uso de broncodilatadores (Spirobank G-WinspiroPro-MIR). Ésta fue realizada entre los meses de septiembre y octubre de 2015 en distintos días y horarios. Se entregó un cuestionario para ser autocompletado en no más de 10 minutos. Se interrogó sobre la presencia de síntomas respiratorios, antecedentes de enfermedad respiratoria diagnosticada, tabaquismo, intoxicaciones con monóxido de carbono, antigüedad laboral y uso de protección durante los operativos.

Resultados: Fueron evaluados 44 participantes, 40 eran varones (91%) con un promedio de edad de 31.6 (rango 18-54). 29.5% por ciento eran fumadores (10.3 p/y) y 15.9% lo habían sido (3.3 p/y). Al realizar las espirometrías llamó la atención que todas se encontraban dentro de parámetros normales, presentando en promedio la capacidad ventilatoria forzada (FVC) de 109.7% y el volumen de espiración forzado en el primer segundo (FEV1) de 110%. Al analizar discriminadamente la presencia de síntomas respiratorios y los valores espirométricos según exposición tabáquica y antigüedad en el servicio, pudieron observarse diferencias esperables. Los pacientes no fumadores y con menor tiempo de antigüedad en el servicio fueron los que mostraron los mejores resultados (mejores valores espirométricos y menor incidencia de síntomas respiratorios)

Conclusiones: Según nuestro conocimiento este es el primer trabajo que se realiza en Bomberos Voluntarios respecto a la salud respiratoria. No tenemos referencias tampoco de trabajos realizados en el país sobre Bomberos Profesionales. Si bien el número de participantes no es significativo, si es representativo del Cuartel estudiado, ya que corresponde al 88% del personal. La normalidad de todas las pruebas espirométricas fueron descritas en otros trabajos. En ninguno se encontraron variables que pudieran justificar fehacientemente las razones. Sólo se intentó explicar tentativamente, que los bomberos formaban parte de un grupo selecto, con entrenamiento físico, hábitos sanos y acceso a educación e información continua.

Palabras clave: Enfermedades pulmonares ocupacionales Bomberos Voluntarios

0157 - SILICOSIS COMPLICADA EN TRABAJADOR DE LABORATORIO DENTAL. UNA OCUPACIÓN DE RIESGO

Modalidad: Póster - Caso Clínico
Unidad Temática: Enfermedades Ocupacionales

Rivera, Luis | Uribe, Adolfo | Medeor, Néstor | Bustamante, Néstor | Quersia, Olga | Maldonado, Daniel | Verón, Sergio | Luengo, Ricardo
Hospital Córdoba

Introducción: La silicosis pulmonar es una neumoconiosis producida por la inhalación de partículas de polvo de sílice cristalina (sc). Es considerada a nivel mundial por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como una enfermedad de origen profesional. Clásicamente se la ha vinculado a trabajos en el sector de la minería, vidriera, construcción, metalúrgica, entre otras. Otras exposiciones laborales son menos conocidas y se han reportado en forma infrecuente como es el caso de trabajadores de laboratorios dentales, la exposición a la sc en este medio laboral se generaría durante la mezcla de polvos, eliminación de piezas de fundición de moldes, fundición y pulido de porcelana. La silicosis complicada se genera por la confluencia de nódulos para dar masas grandes que se conoce como fibrosis masiva progresiva (FMP).

Presentación de Caso Clínico: Sexo masculino, 50 años, trabajo 30 años en un laboratorio dental como mecánico dental, no tabaquista. Disnea que progreso en el último año hasta ser clase funcional 3, tos y expectoración crónica. Rx de Tórax: Opacidades homogéneas bilaterales a predominio de lóbulos superiores y signos de hiperinsuflación. TAC de Tórax: patrón intersticial retículo nodular difuso, bilateral en lóbulos superiores y áreas de confluencia formando masas FMP, adenopatías mediastinales calcificadas "en cáscara de huevo". Neumotórax derecho. Gases arteriales: Hipoxemia PaO₂: 69 (FiO₂ 21%)

Funcional Respiratorio: Obstrucción muy severa con respuesta post broncodilatador. Lavado bronquiolo-alveolar (BAL): Abundante macrófagos alveolares, Baciloscopias y cultivos para micobacterias: negativos Tratamiento: Beta agonistas de acción prolongada asociados a corticoides inhalados y bromuro de Ipratropio. El paciente se ha mantenido estable

Discusión: La silicosis es una enfermedad prevenible, evolutiva, motivo de incapacidad laboral, no existiendo actualmente tratamiento curativo. Como toda enfermedad profesional es de notificación obligatoria. La actividad laboral desempeñada por los técnicos dentales no siempre es considerada en los grupos de riesgo de la enfermedad. Son escasas las publicaciones sobre silicosis en técnicos dentales. Se analizan aspectos médico-laborales, clínicos, de funcionalidad respiratoria, imagenológicos y evolutivos. El tiempo de exposición laboral del paciente fue prolongado, las medidas de protección laboral a nivel respiratorio fueron inadecuadas. Los estudios imagenológicos mostraron una afección pulmonar significativa. Los hallazgos funcionales mostraron obstrucción muy severa al flujo aéreo. El diagnóstico de silicosis pulmonar se basa en la clínica, en la historia de exposición a polvo de sílice y en los hallazgos imagenológicos compatibles. Si estos aspectos son discordantes o se plantean diagnósticos diferenciales, se recurre a la biopsia pulmonar para confirmación anatomopatológica.

Conclusiones: Se presenta un caso de silicosis complicada en un trabajador de laboratorio dental con alteraciones clínicas, radiológicas y funcionales significativas. Se trata de una ocupación no siempre reconocida entre las posibles causantes de silicosis y con escasos reportes en la literatura. Esta forma de silicosis se asocia a formas de trabajo precarios, sin las medidas de prevención y protección adecuadas. Esto nos debe alertar en el desarrollo de las medidas de prevención correspondientes. Debería tener el abordaje interdisciplinario de Salud Ocupacional y Neumonología en cada comunidad.

Palabras clave: Silicosis, neumoconiosis, riesgo laboral, laboratorio dental, fibrosis masiva progresiva.

0216 - ARTRITIS REUMATOIDEA CON ANTICUERPOS ANTICITRULINA POSITIVO Y SÍNDROME DE CAPLAN

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Ocupacionales

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Olmos, María Eugenia | Blua, Ariel Eduardo | Abrate, Vanesa Del Valle | Elías, Marcos Alfonso | Cuestas, Érica Ivana | Perrone, Vanesa Estefanía | López, Ana María
Hospital Privado Universitario De Córdoba

Introducción: el síndrome de Caplan se manifiesta en ptes artritis reumatoidea (AR) y neumoconiosis relacionada con la exposición a polvos ocupacionales (sílice, carbón, etc), caracterizado por desarrollo de múltiples nódulos periféricos, antes o después del comienzo clínico de la AR, que pueden cavitarse o calcificarse. Histológicamente son similares a los nódulos reumatoideos simples, excepto por típica capa de polvo negro rodeando área de necrosis central con macrófagos cargados con partículas de polvo. El sílice libre desencadena un mecanismo inmunológico aún no aclarado por completo La mayoría de los pacientes con síndrome de Caplan tienen factor reumatoide positivo y Anticuerpos anticitrulina (anti-CCP) positivo. La respuesta inmunológica frente a antígenos citrulinados define un subtipo de AR inmunogenéticamente característico. Se propone una teoría que relaciona su producción con el desarrollo de la inflamación sinovial crónica. No hay tratamiento efectivo, pero tiene buen pronóstico. Presentamos un paciente con fuerte exposición a sílice y posterior diagnóstico clínico y serológico de AR.

Presentación de Caso Clínico: varón.35 años. sano previo, tabaquista 20 p/y, trabajó durante 10 años en molienda de cuarzo sin protección. MC: Tos productiva, disnea mMRC 2, astenia y pérdida de peso 8 kg en 4 meses y posteriormente artralgias, rigidez matutina y fenómeno de Raynaud. Sat Hb 95% aa. Clubbing. Pulmones limpios. Máculas cutáneas hipercrómicas en tronco. Tumefacción e inflamación en articulaciones de manos y tobillos. LBT: Hb 15.10; LDH 950; VSG 16, PPD: no reactivo; Esputo seriado: BAAR negativo. CPK normal. C3 C4

normales. FR 9. Anticuerpos anticitrulina (anti-CCP) 125 U/ml (n < 20 U/ml). Ac ANTI Scl-70, Ac ANTI Jo-1, ANA y AntiENA negativos. Hipergammaglobulinemia leve. Capilaroscopia: patrón incompleto para esclerodermia. TAC-AR Tórax: enfisema paraseptal en LSD y centroacinar bilateral predominando en lóbulos superiores. Múltiples nodulillos bilaterales de bordes definidos, Engrosamiento intersticial peribroncovascular y lineal periférico. Múltiples adenopatías mediastinales destacándose una prevascular de 26 x 10 mm. Función pulmonar: CVF 71%, VEF1 66%. VR 123%, CRF 122%, CI 76%, TLC 99%. RV/TLC: 124%. DLCO 78%. 6MWT: normal. BFC: BAL: PCR TBC, Aspergillus e Histoplasma no reactivos. Mediastinoscopia: granulomas fibróticos con pigmentos marrón-negruzco. Cultivos negativos (gérmenes, BAAR, Hongos). Con diagnóstico de AR y Silicosis inicia tratamiento con Metotrexato 20 mg/semana, ácido fólico y prednisona 10 mg/d. Mejoría sintomática, de artralgias, tumefacción, movilidad articular y desaparece F. Raynaud. Se rota Metotrexate a Rituximab por menor riesgo de afectación pulmonar.

Conclusiones: Queremos destacar que las neumoconiosis representan un potencial desencadenante para el desarrollo de patologías autoinmunes como el Síndrome de Caplan Existiría una relación entre factores ambientales y genéticos; en el que la reacción inmunológica es una parte fundamental de la patogenia de la enfermedad. **Palabras clave:**Síndrome de Caplan Artritis reumatoidea Neumoconiosis

Unidad Temática: Oncología

0096 - MASA PULMONAR BILATERAL, INUSUAL PRESENTACIÓN DEL LINFOMA PRIMARIO DE PULMÓN

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Oncología

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Karlen, Hugo Rubén Andrés | Falco, Jimena | Churín, Lisandro | Difilippo, Hernán | Martín, Vanina | Medinacelli, Eduardo | Quadrelli, Silvia
Sanatorio Güemes

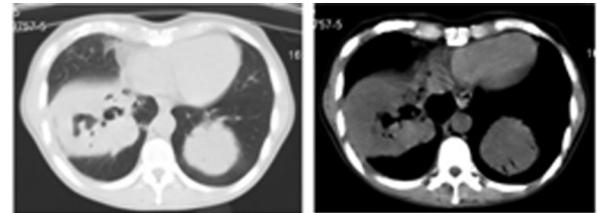


Figura 1. TC de tórax donde se observan masa pulmonar bilateral, una de ellas con cavitación central

Introducción: El linfoma primario de pulmón (LPP) es una entidad inusual, representa el 0,4% de los linfomas y el 0,5-1% de las neoplasias pulmonares, siendo más frecuente el compromiso pulmonar secundario en los linfomas. Se presenta el caso de un paciente joven con inusual presentación de LPP

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 45 años, tabaquista de 25 paquetes/año, sin antecedentes patológicos. Consulta por astenia, diaforesis nocturna y pérdida de peso de 10 kg de 6 meses de evolución. Refiere disnea cMRC 1. Madre y padre fallecidos, con antecedentes de cáncer de colon y próstata, respectivamente. En el examen físico no presentaba hallazgos patológicos. Las endoscopías digestivas se encontraban dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se observa consolidación del espacio aéreo en base pulmonar izquierda, oclusión del seno costofrénico derecho a expensas masa pulmonar. Se realiza tomografía computada de tórax (TCTx) (Figura 1), abdomen y pelvis que evidencia una masa en lóbulo inferior derecho e izquierdo de 6 x 5,5 cm aproximadamente. La derecha con amplia base pleural y cavitación central. Ambas heterogéneas, sin apreciarse adenopatías de significado patológico ni masas en otras localizaciones. El paciente no autorizó la realización de la fibrobroncoscopia. Se obtiene biopsia por punción con aguja tipo tru-cut guiado por TCTx. La anatomía patológica evidenció Linfoma no Hodking (células B periféricas de células grandes).

Discusión: El diagnóstico del LLP es difícil debido a la baja incidencia y la ambigüedad de las manifestaciones clínicas que presenta. Se requiere cumplir los criterios establecidos por Saltzstein y col.: afectación pulmonar uni- o bilateral, con o sin adenopatías mediastínicas o hiliares y sin evidencia de enfermedad extratorácica (durante 3 meses siguientes al diagnóstico). Hasta en el 50% permanece asintomático durante largos períodos, antes de diseminarse. Habitualmente se presenta como una opacidad alveolar única menor de 5 cm y heterogénea, sólo en el 50% presentan broncograma aéreo. La cavitación y el compromiso pleural son inusuales, por lo que los principales diagnósticos diferenciales son el tumor fibroso intrapulmonar y el adenocarcinoma.

Conclusiones: El LPP es una entidad que suele presentarse sin síntomas respiratorios y no tiene imágenes características. La presentación como masa pulmonar bilateral, así como el compromiso pleural y la cavitación son extremadamente infrecuentes.

Palabras clave: Masa bilateral Linfoma primario de pulmón Disnea

0122 - DERRAME PLEURAL EN UNA MUJER JOVEN: SARCOMA SINOVIAL

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Oncología

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Andersson, Érica Rocío | Chirino, Mabel | Correa, Yesica | Demarchi, Juan Pablo | Lardizabal, Ayelen | Mansella, Micaela | Outón, Verónica | Pellegrino, Gastón | Sánchez, Ana Luz

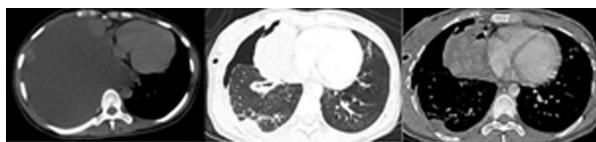
Hospital Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata

Introducción: El sarcoma sinovial es un tumor mesenquimatoso poco frecuente que representa el 5-10% de todos los sarcomas de tejidos blandos.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 23 años,

sin antecedentes de importancia, consulta por dolor torácico de veinte días de evolución, acompañado de tos seca. No refiere pérdida de peso. Al examen físico, BEG afebril. Aparato respiratorio: Semiología compatible con derrame pleural derecho. Se le solicitó laboratorio y gasometría arterial sin alteraciones Rx de tórax: presencia de derrame pleural masivo derecho. TACAR de tórax: abundante derrame con múltiples lesiones nodulares pleurales. Se realiza toracocentesis: PH 7,33 ; recuento de 80 elementos/mm³. Exudado no complicado. Espudo para Koch y gérmenes comunes negativos. Líquido pleural para Koch, gérmenes comunes y PCR negativo . Serología para HIV negativa. Perfil reumatológico: Negativo. Se realiza VATS: Se evidencia pleura parietal mamelonada micronodular, en toda la cavidad torácica, y se toman biopsias obteniéndose el diagnóstico de Sarcoma Sinovial Monofásico (SSM). Actualmente la paciente está estable tras la tumorectomía del 90% y tratamiento quimioterápico con ifosfamida. Se realiza centellograma óseo total con gammacámara en el que no se constatan zonas de acúmulo patológico atribuibles a afectación ósea primaria.

Conclusiones: Si bien el SSM, está lejos de ser la primera



causa a sospechar en una paciente joven con derrame pleural, hay que tener en cuenta que ante presencia de nódulos pleurales múltiples asociado a derrame, hay que descartar causa neoplásica.

Palabras clave: Sarcoma Sinovial Monofásico, Derrame pleural.

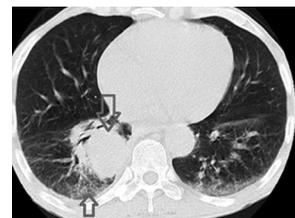
0179 - ANEMIA HEMOLÍTICA POR ANTICUERPOS FRÍOS SECUNDARIA A CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Oncología

Sussini, María De Los Milagros | Sussini, Mario | Cardozo, Rocío | Aquino, Alfredo | Cuper, Lucia | Giménez, Adrián | Buchousky, Gregorio | Iván, Victoria
Hospital Escuela José de San Martín

Introducción: Es importante conocer los diferentes síndrome paraneoplásicos (SP) asociado al cáncer de pulmón (CP) ya que serán los que dificulten o retrasen el diagnóstico. Estos son manifestaciones a distancia, sin relación con la diseminación de células tumorales y pueden preceder, acompañar o seguir el padecimiento neoplásico de ahí su valor en el seguimiento del mismo



Presentación de Caso Clínico: Masculino de 69 años, TBQ 55 p/y, inicia 7 meses previos a la internación con dolor abdominal difuso acompañando de pérdida de peso, astenia, adinamia e hiporexia. Consulta en nosocomio local realizándose laboratorios que evidencian anemia macrocítica y eritrosedimentación aumentada, ECO Abdominal y prostática normal; Video colonoscopia: Pólipo Colónico (Adenoma Tubular, displasia de bajo grado). Video endoscopia digestiva alta (gastritis crónica). Posteriormente fue derivado a nuestro hospital. EF: lucido, palidez cutáneo mucosa, FC: 100 pm; FR: 16 pm T 36.6° C; TA: 130/90 mmhg. AR: disminución del MV en ambos campos pulmonares. Estudios complementarios: GB 8300; HTO 23%; Hg 7,7 (VCM) 101; reticulocitos 3%; PLQ. 520.000; BT: 16 (BD 8.4) VSG 120 mm.; Gl 90 mg/dl.; GOT 83 GPT 102; LDH 896, PT 6,8 (Alb 1,6), hemoglobinuria negativa. Coagulograma normal. COOMBS DIRECTA (+ + +). HIV, VDRL, HEPATITIS B-C FAN, DNA, FR y Complemento (-). Frotis Periférico: Grumos de eritrocitos, Crioaglutininas (+). Estudio Inmunoematológico: Detección de Ac. Panel Globular en FRIO: (+). Tipo Ac: CRIOAGLUTININA. Rango de Acción: 4 a 28°C. Fuerte grado de auto aglutinación espontánea. Anticuerpo hallado: ANTI i. Se solicita TAC de tórax: masa pulmonar de 56x53 mm en LID. Ganglios mediastinales en rango adenomegálicos. FBC: reducción concéntrica de la luz del bronquio del LID (BAL, biopsia y cepillo post obstrucción (-)). Mediastinoscopia: ganglio nivel 4: carcinoma indiferenciado. Inmunomarcación: carcinoma escamoso pobremente diferenciado de pulmón. Se asumió el cuadro como AH por anticuerpo fríos secundarios a CP, se inició prednisona 1 mg/kg/día. Se niega al tratamiento con quimioterapia y fallece a los 5 meses.

Discusión: Las anemias como SP en CP ocurren en el 20% de los pacientes y se comporta como anemia de enfermedades crónicas. En los casos de anemia hemolítica (AH) el curso suele ser más grave con cifras bajas de hemoglobina. Estas están mediadas por respuestas autoinmunes policlonales y son causadas por una reacción cruzada contra antígenos tumorales, o por una disfunción inmune en la cascada del complemento. Pueden ser por anticuerpos calientes o fríos. En cánceres sólidos aproximadamente 2/3 de los anticuerpos son calientes y 1/3 fríos. En un estudio realizado por Puthenparambil sobre AH asociado a tumores sólidos, se analizaron 52 casos, encontrándose asociación baja de AH en CP (9 de los 52 casos, 3 por cáncer de pulmón de células no pequeñas) siendo más común en cáncer de células renales y sarcoma de Kaposi . La presentación puede ser antes o simultáneamente con el cáncer o al finalizar el tratamiento como signo de recurrencia o/ y remisión completa. Es común que ocurran al mismo tiempo, lo que significa que se produzca antes o después de seis meses de la aparición del tumor. El régimen terapéutico está centrado en el tratamiento del tumor, resolviendo en unas pocas semanas después de la

cirugía. Los que ocurren antes de la aparición del tumor son tratados principalmente con glucocorticoides.

Conclusiones: Este caso de AH por anticuerpos fríos ejemplifica una presentación poco frecuente de SP en el CP.

Palabras clave: Anemia hemolítica, síndrome paraneoplásico, cáncer de pulmón

0199 - METASTASIS PULMONARES MÚLTIPLES CAVITADAS DE ORIGEN DIGESTIVO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Oncología

Wagner, Graciela Rosa | Ossés, Juan Manuel | Ahumada, Juana | Mazzucco, Matías | Cundom, Juan | Vigilano, Carlos | Santilli, Juan Pablo | Cáneva, Jorge
Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El pulmón es un órgano frecuente de metástasis (MTS). Los tumores que con mayor frecuencia metastatizan son el carcinoma de células renales, sarcomas, tiroides, mama, melanoma y digestivos; la frecuencia de las MTS en el cáncer colorrectal es de un 10 a 20% siendo infrecuente la cavitación de las mismas. Las características radiológicas principales son nódulos solitarios o múltiples bilaterales, frecuentemente en los lóbulos inferiores.

Presentación de Caso Clínico: Hombre de 65 años de edad, no tabaquista, que consulta por pérdida de peso de 3 kg, disnea clase funcional II, tos seca de 4 meses de evolución. Rx Tx: imágenes nodulares cavitadas bilaterales; TAC de tórax: ídem y en hígado dos imágenes hipodensas. Por las MTS se orienta su estudio hacia lo digestivo. CEA 1150 ng/ml. Videoesoscopia digestiva baja: lesión estenosante a 40 cm del margen anal, ulcerada, consistencia dura que se biopsia con diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado de colon. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) y biopsias transbronquiales (BTB) con cultivos negativos. Anatomía patológica de BTB: infiltración por adenocarcinoma patrón túbulo-papilar, con mucina extracelular. Inmunomarcación: CK7:negativo en células neoplásicas, CK20: positivo citoplasmático en células neoplásicas, TTF-1: negativo en células neoplásicas, CDX-2:positivo nuclear en células neoplásicas. El perfil morfológico e inmunohistoquímico sugirió MTS de primitivo colónico. El paciente inició quimioterapia (oxaliplatino, leucovorina, 5'Fu + bevacizumab) con reducción de las lesiones hepáticas, respuesta bioquímica positiva pero sin mejoría de las lesiones pulmonares.

Conclusiones: La presencia de cavitaciones pulmonares múltiples admite diagnósticos varios, como ser infecciosos, inmunológicos y neoplásicos; las MTS pulmonares de origen colónico son un hecho infrecuente (4%) habiéndose planteado como mecanismo de producción la isquemia asociada al crecimiento de las MTS o a un mecanismo valvulado bronquial por infiltración de los mismos.

0214 - DILEMA DIAGNOSTICO Y ENFERMEDAD LABORAL

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Oncología

Unidad Temática 2: Enfermedades Ocupacionales

Perrone, Vanesa Estefanía | Blua, Ariel Eduardo | Abrate, Vanesa Del Valle | Elías, Marcos Alfonso | Cuestas, Érica Ivana | Olmos, María Eugenia | López, Ana María
Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La Silicosis, es una enfermedad de origen ocupacional, causada por la inhalación de sílice (principalmente las formas cristalinas de los cuarzos). De acuerdo al tiempo de exposición y a la cantidad inhalada, se puede presentar como: silicosis aguda, crónica, acelerada. Según presentación radiológica: "Silicosis simple" (nódulos centrolobulillares, bilaterales, a predominio de lóbulos superiores) y "Silicosis complicada" conglomerados silicóticos típicos (bilaterales y simétricos) o atípicos (unilaterales). Es importante reconocer las complicaciones de la silicosis, como el cáncer de pulmón. Desde 1996 se reconoce al sílice como carcinógeno ocupacional del grupo I y hay otras entidades que nos plantean el diagnóstico diferencial, entre los conglomerados silicóticos y la progresión de adenopatías mediastínicas.

Presentación de Caso Clínico: masculino de 44 años. Ant. laborales molienda de cuarzo (durante 8 años). APP: silicosis y epilepsia. A. Tóxicos: TBQ activo (12 p/y). Hace 1 años y tres meses: MC: derivado por hallazgos tomográficos. Anamnesis: niega síntomas respiratorios, caminatas diarias 4 Km. CSV: Sat de Hb: 96%, TA: 130/70 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 16 pm. Ex. físico: uñas en vidrio de reloj. Laboratorio: s/p. Espirometría: sugiere restricción leve sin cambios post BD (VEF1/CVF: 81 CVF: 78%). Volúmenes: TLC: 93%, IC: 93%. TCAR: Nódulos bilaterales centroacinares de 3 mm y 5 mm en LSD y ambos lóbulos inferiores. Nódulo de márgenes lobulados de 29 x 19 en contacto con pleura situado en segmento posterior de LSD rodeado de tenue vidrio esmerilado. Múltiples adenomegalias en los diferentes compartimientos, e hiliars bilaterales. Mediastinoscopia con resección ganglionar y segmentectomía pulmonar. AP ganglionar: Nódulos fibróticos con antracosis y partículas de cuerpos extraño birrefringentes. AP pulmonar: nódulos fibróticos con antracosis y partículas de cuerpo extraño birrefringentes, adenocarcinoma de pulmón en periferia de nódulos fibróticos. 15 días después por los resultados AP se realizó Lobectomía superior derecha y vaciamiento ganglionar paratraqueal derecho. AP: nódulos fibróticos con antracosis. Hace 4 meses: RMN Adenomegalias mediastínicas múltiples, con aumento de tamaño con respecto a imágenes previas. PET: múltiples conglomerados ganglionares hipermetabólico a nivel de mediastino e hiliars ganglionar. Se decide por progresión nueva biopsia: AP estructuras nodulares fibróticas hialinas.

Conclusiones: Considerar que aun teniendo el diagnóstico de Silicosis por epidemiología, imágenes y anatomía patológica, en presencia de una masa conglomerada única o progresión ganglionar, se debe descartar, antes de considerar que se trata de una silicosis acelerada, al carcinoma de pulmón, tuberculosis y otras enfermedades, cuyo riesgo se incrementa por la silicosis.

Palabras clave: Silicosis acelerada Adenopatías mediastínicas Adenocarcinoma de pulmón

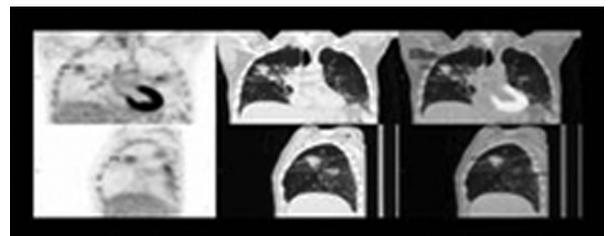
0250 - FALSO CASO DE PULMÓN RIÑÓN

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Oncología

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Precerutti, Juan | Quintero Hoyos, Cesia Jemina | Waistein, Esteban
Hospital Italiano



Introducción: La Vasculitis Renal Paraneoplásica (RPNV) es rara. Puede ser revelado por la glomerulonefritis, microaneurismas o insuficiencia renal. RPNV puede preceder a la aparición del tumor primario, y el tratamiento y el pronóstico depende de la etiología. La erradicación del tumor inicial puede dar lugar a la desaparición de PNRV. La PNRV puede preceder a la aparición del tumor primario. Los tumores malignos más involucrados son hematológicos o tumor de tipo carcinoma sólido:renal, pulmonar o digestivo. RPNV relacionados con tumores sólidos puede dar lugar a diferentes manifestaciones según el tipo y la ubicación del tumor inicial: fiebre (41,7%), signos cutáneos (78,3%), artralgia (46,7%), neuropatía periférica (31,7%), eventos renales (23,3%) y la presencia de anticuerpos ANCA (20,4%).

Presentación de Caso Clínico: Caso clínico Masculino de 55 años, consulta por disnea en CF III + fiebre e impregnación de 6 meses. - Tabaquista 40 Cigarrillos/día. Laboratorio: GB: 18000, VSG 80, micro hematúria 10-40 p/c, dismorficos 90%. *Marcadores serológicos, inmunológico: Negativas. Interpretación: síndrome riñón pulmón, Bp renal: glomerulonefritis con

depósito de (IGA). +BAL: células atípicas con característica de Adenocarcinoma. Inicio QT, intercorre con shock séptico y fallece a los 2 meses. +TAC torax y PET TC: Actividad metabólica en infiltrados pulmonares bilaterales y ganglios en el hilio pulmonar derecho y mediastino, Focos costales derechos hipermetabólicos.

Discusión: Sospecha de vasculitis al ingreso (síndrome pulmón-riñón) sin caída del filtrado glomerular(microhematuria dismórfica 90%, + infiltrado bilateral).

Conclusiones: - Los casos de síndromes Para-neoplásicos son Dg por exclusión o hallazgos. -RNPV puede presentar como glomerulonefritis (11,7%). -La asociación de cáncer de pulmón con el síndrome nefrótico es alrededor 1-3% de los casos. - El tratamiento curativo del tumor primario (cirugía, quimioterapia, radioterapia) es eficaz en la cura de RNPV. Si el tumor primario no es curable, el tratamiento de la vasculitis se basa en los corticosteroides solos o en combinación con fármacos inmunosupresores.

Palabras clave: La Vasculitis Renal Paraneoplásica (RNPV)

0279 - LINFOMA PANCREÁTICO Y COMPROMISO PULMONAR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

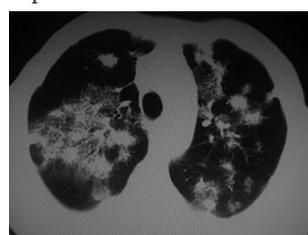
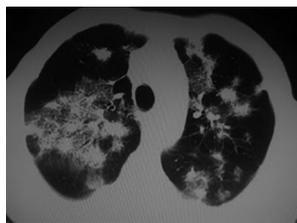
Unidad Temática: Oncología

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Difilippo, Hernán | Guillen, Jaime | Karlen, Hugo | Medinacelli Serrudo, Elvis Eduardo

Sanatorio Güemes

Introducción: El Linfoma Primario de Páncreas es una enfermedad rara, representando el 1% de todos los linfomas de presentación extraneal y el 0,5% de todas las masas pancreáticas. Menos de 150 casos han sido reportados en la literatura en inglés, los cuales son generalmente linfomas de células tipo B. Los linfomas de células T, representan aproximadamente el 4% de los linfomas primarios de páncreas y la supervivencia a los 5 años es del 0%



Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 60 años ex tabaquista, hepatitis A en la infancia, en seguimiento por tumor pancreático en estudio. Comienza hace 1 mes con astenia, dolor abdominal, tos seca, pérdida de peso de 10 kg, disnea mMRC -I II,

que progresa a III en la última semana. A su ingreso lúcido, taquipnéico, en mal estado general, saturación 92%(0.21). Durante su internación se conoce resultado de biopsia de páncreas que informa Linfoma de Hodgkin de células B periféricas. En TC de tórax presenta nódulos sólidos y subsólidos de bordes irregulares con vidrio esmerilado perilesional en ambos campos pulmonares, ante la necesidad de descartar proceso infeccioso VS MTS se realizó PAFV pulmonar, con resultado similar al de biopsia de páncreas, se inicia quimioterapia y tratamiento paliativo.

Discusión: La afectación intratorácica es común, se han reportado evidencias radiológicas de la enfermedad en el tórax en el 85% de los pacientes con EH y 66% en los que tienen LNH, el síntoma más frecuente es la tos, en segundo lugar la disnea. En el tórax el linfoma puede afectar parenquima, pleura, mediastino y corazón, de manera excepcional esta descrito tráquea y bronquios, el hallazgo radiológico es inespecífico tales como masas, nódulos, condensaciones, opacidades intersticiales y difusas.

Conclusiones: Es importante conocer de ésta patología, dada su frecuencia en cuanto a compromiso pulmonar para poder ofertar tratamiento que ayude a mejorar la calidad de vida

Unidad Temática: Kinesiología

0011 - EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD, DIAS DE INTERNACIÓN Y ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Kinesiología

Unidad Temática 2: Neumonología Crítica

Tamayo, Alex Gustavo | Vallejos, Janet | Bertozi, Sebastián | Roda, Gisella | Riello, M | Ressel, S | Collazos, H | Bairacioti, A | Nacoarelli, N | Vandaele, G | Rodríguez, Gabriela | Carvajal, Felipe | Wilches, Marcos | Garnica, Rómulo | Avellaneda, E | Velix, Wilber | Flores, Omar | Albarracín, Jorge | Saenz, Alicia | Videtta, Walter
Hospital Municipal Eva Perón de Merlo

Introducción: Los avances en el tratamiento de los pacientes críticos y los equipos interdisciplinarios permiten mejores resultados (1). Una herramienta de gran relevancia es la implementación de kinesiología respiratoria. Existen pocos estudios que evidencien la efectividad de su implementación (2).

Objetivos: Analizar el efecto de la aplicación de un protocolo de kinesiología respiratoria con disponibilidad de kinesiólogos 6 horas/d versus 24 horas/d, sobre la estadía en UTI, días de ARM y mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo y observacional. Se revisaron historias clínicas de dos periodos similares; Junio-Agosto 2014 (kinesiólogos 6 horas/día - Grupo A) versus Junio-Agosto 2015 (24 horas/día - Grupo B). El equipamiento tecnológico, número de médicos y enfermeras por cama y medicación utilizada fue similar en ambos periodos. Criterios de exclusión: < 18 años, puérperas, enfermedad terminal, ARM < 24 horas y negativa de consentimiento. Se registró APACHE II, SOFA, permanencia en UTI (días), permanencia en ARM (días), sobrevida (cantidad de pacientes dados de alta de la UTI y/o trasladado a otro centro). Se aplicó método de varianza no paramétrico de Kruskal Wallis para el análisis de permanencia en UTI y días de ARM, el método de Kaplan Mayer para diferencia en la supervivencia desde el ingreso y Chi cuadrado de Pearson para el análisis de mortalidad. Software Infostat versión 2016 (3).

Resultados: Se revisaron 123 historias clínicas, 90 (73%) fueron estudiadas. Grupo A versus Grupo B: 66,6% vs 57,7% de hombres, edad promedio 57 años (DE: 16,82) vs 54 (DE: 11,1) años, APACHE II 24,91 (DE: 8,71) vs 26,76 (DE: 9,4), SOFA promedio: 8,44 (DE 4,17) vs 9,11 (DE 3,79). Permanencia en UTI Grupo A; 15,36 días (DE: 11,3) vs Grupo B 16,49 días (DE:15,72); días de ARM 14,18 (DE: 11,1) vs 12,02 (DE: 10,39), mortalidad 37% vs 25%, respectivamente. La disponibilidad de kinesiólogos/24 horas no tuvo efecto sobre la permanencia de los pacientes en UTI (H: 0,1: p= 0,75), ni en los días de ARM (H: 1,24: p= 0,26), sí en la reducción de la mortalidad, 37 versus 25% (p<0,01).

Conclusiones: Se demostró una reducción significativa de la mortalidad al 25%. Se requiere realizar más estudios.

Palabras clave: Kinesiología y ventilación mecánica, protocolo de monitoreo respiratorio

0035 - ¿ES VIABLE UN PLAN DE ENTRENAMIENTO FÍSICO EN PACIENTES ADULTOS CON ECMO (EXTRACORPÓREAL MEMBRANE OXIGENATION) DURANTE LA ETAPA PRE TRASPLANTE PULMONAR?

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Kinesiología

Unidad Temática 2: Cirugía Torácica

Di Yelsi, Sergio Osvaldo | Morozovsky, Verónica Celia | Vega, María Laura | Vicente, Jorge Omar | Paradejordi Lastras, Margarita | Absi, Daniel Oscar | Parrilla, Gustavo | Bertolotti, Alejandro

Hospital Universitario Fundación Favalora

Introducción: El soporte vital avanzado con ECMO (Membrana de oxigenación extracorpórea) es utilizado de manera temporal en pacientes con falla cardíaca y/o respiratoria. El estado físico de los pacientes candidatos a trasplante es uno de los condicionantes más importantes e impacta de manera directa en los resultados pos trasplante inmediato como en la morbimortalidad de esta población. Por este motivo cuando el

ECMO es usado en pacientes con falla respiratoria grave que aguardan un trasplante pulmonar, el acondicionamiento físico es fundamental para revertir el deterioro que habitualmente se observa en estos pacientes.

Objetivos: Determinar la viabilidad, indicaciones, contraindicaciones y limitantes de un plan de entrenamiento de pacientes asistidos con ECMO en el periodo de puente al trasplante pulmonar. Describir la progresión de un plan de entrenamiento físico (PEF) en esta población en un único centro.

Materiales y Métodos: Plan de entrenamiento físico: Indicaciones para el plan de entrenamiento físico: - Todo paciente con ECMO VV/VA como puente al trasplante; con o sin asistencia ventilatoria mecánica; con sitio de canulación en vasos cervicales, subclavios, axilares y con cualquier tipo de cánula (ejemplo: doble lumen), que le permita al paciente realizar actividad física. Contraindicaciones para el plan de entrenamiento físico: - Inestabilidad hemodinámica - Sangrado. - Delirio y/o narcosis - RASS < 0 Limitaciones para el PEF: - Es necesario un centro especializado con un equipo multidisciplinario, constituido por médicos, kinesiólogos, enfermeros, que cuenten con un nivel elevado de capacitación y compromiso en el manejo de pacientes con ECMO. - Es necesario contar con espacio suficiente en la habitación, dado que el dispositivo más las cánulas y agregados (ventilador mecánico, drenajes, cicloergometro, etc) deben estar estrictamente controlados. - Se debe tener en cuenta que para llevar adelante el PEF es necesario sujetar las cánulas y mangueras con vendas, fijadores o al casco de ECMO, de esa manera se podrá trabajar de manera segura. Progresión del plan de entrenamiento físico: Se desarrolló un PEF y se lo dividió en etapas. El pasaje de una etapa a la siguiente es determinado por la capacidad del paciente de realizar ejercicios en la posición establecida. La duración de las etapas está regida por la condición del paciente Se implementaron dos sesiones diarias. Se utilizó eventualmente ventilación no invasiva. Etapa 1: Ejercicios en cama, posición supina Etapa 2: Ejercitación en posición sedente (con apoyo de ser necesario) Etapa 3: Ejercitación en posición bípeda (con asistencia de ser necesario) Etapa 4: Marcha y/o bicicleta (con elementos de asistencia para la marcha de ser necesario) Otras intervenciones terapéuticas kinésicas: concomitantemente con el entrenamiento físico el Servicio de kinesiólogía realizó la rehabilitación de la deglución y desvinculación de asistencia ventilatoria mecánica en los pacientes que lo requirieron.

Resultados: Se establecieron las indicaciones, contraindicaciones y se confeccionó el PEF para ser implementado y que se encuentra en constante revisión.

Conclusiones: La aplicación de un plan de entrenamiento físico en pacientes adultos con ECMO como puente al trasplante, demostró su viabilidad. A partir de su implementación se pudieron establecer las indicaciones, contraindicaciones, consideraciones y limitantes del plan de entrenamiento físico que aún se encuentran en constante revisión. En futuras investigaciones se deberá mensurar el impacto de un plan de entrenamiento físico en la morbilidad y mortalidad en esta población.

Palabras clave: rehabilitación ECMO

Unidad Temática: Neumología Crítica

0008 - RELACIÓN ENTRE PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN, VOLUMEN DE PEEP Y CONTENIDO ARTERIAL DE OXIGENO MEDIDO POR ECUACIÓN INDIRECTA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumología Crítica

Unidad Temática 2: Kinesiología

Gallardo, Adrián | Grillo, Liliana | Ballesteros, Ariadna | Asenzo, Adriana | Patrínos, Alejandro
Clínica Modelo de Morón

Introducción: Los pacientes sometidos a ventilación mecánica suelen requerir distintos niveles de presión positiva al final de la espiración (PEEP) para mejorar la función pulmonar y el intercambio gaseoso. El agregado de PEEP determina la aplicación de un volumen de gas (PEEPVol), que es variable según las características mecánicas del sistema respiratorio

Modulo ARM	Sexo	Edad	Talla	PBW	PEEP	PEEPVol	VT	PiO2	PiO2	SpO2	Hb	CaO2
ARM1	F	62	163	65.76	16	260	370	0.17	89	0.94	16	12.8075
ARM2	F	75	164	66.19	5	440	400	0.14	103.2	0.95	10.2	17.0096
ARM3	F	75	164	66.19	5	440	400	0.13	103	0.96	10.3	16.4746
M-PEEP ARM1	M	75	166	62.37	5	400	400	0.13	87.5	0.96	10.3	17.2821
M-PEEP ARM2	M	68	172	72.29	5	710	520	0.13	102	0.98	10.7	17.2842
M-PEEP ARM3	M	68	172	72.29	5	710	520	0.14	102.7	0.98	10.7	16.8276
PEEP ARM1	F	62	163	65.76	5	360	360	0.14	107.2	0.98	10.6	16.8886
PEEP ARM2	F	68	167	68.74	5	330	400	0.14	102.4	0.98	9.9	12.9742
PEEP ARM3	F	75	166	61.46	5	420	400	0.14	111.6	0.98	10	13.0768
TEC + PEEP1	M	36	177	72.26	5	330	400	0.13	106.8	0.98	7.3	8.97894
TEC + PEEP2	F	76	166	66.96	5	440	400	0.13	96	0.97	9.5	12.0086
Shunt loading	M	75	176	71.47	16	600	600	0.13	96	0.97	10.8	16.8456
Shunt	M	27	172	69.74	5	600	600	0.13	102.2	0.976	9.9	12.30756
PEEP ARM4	F	68	167	67.24	5	330	400	0.13	102.4	0.98	9.7	12.0086
Shunt ARM1	M	75	176	71.47	5	300	400	0.136	107	0.98	8.2	11.36462
PEEP ARM5	M	68	167	67.24	5	400	400	0.14	105	0.98	8.1	11.22066
Shunt ARM2	F	67	172	63.29	16	207	400	0.14	96	0.928	8.1	12.9742
PEEP ARM6	M	68	168	65.1	16	411	400	0.14	112	0.98	7.1	8.56466
PEEP ARM7	F	67	162	64.13	16	300	300	0.13	106	0.98	9.8	12.90466
PEEP ARM8	M	68	168	64.79	5	710	500	0.13	122	0.986	12.4	16.42366
PEEP ARM9	F	77	163	64.96	5	360	400	0.13	116.5	0.986	10.8	14.83862
PEEP ARM10	F	71	172	67.62	16	600	400	0.13	102.2	0.986	10	17.0096
Shunt	M	68	168	64.79	12	621	500	0.14	86.3	0.988	10.8	13.78361
ARM11	M	68	172	67.62	16	600	400	0.13	107.7	0.986	10.8	16.41411
Shunt ARM3	F	68	168	65.16	8	442	400	0.13	97	0.987	10.8	14.20866
Shunt	M	68	172	68.16	16	600	400	0.14	86	0.988	12.9	16.83761
PEEP ARM11	F	62	163	65.76	5	420	400	0.13	108.8	0.987	10.8	14.77661
ARM12	M	68	168	64.79	5	360	400	0.14	96	0.98	10.8	14.77661
Shunt ARM4	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM12	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM5	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM13	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM6	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM14	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM7	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM15	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM8	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM16	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM9	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM17	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM10	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM18	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM11	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM19	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM12	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM20	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM13	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM21	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM14	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM22	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM15	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM23	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM16	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM24	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM17	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM25	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM18	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM26	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM19	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM27	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM20	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM28	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM21	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM29	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM22	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM30	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM23	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM31	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM24	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM32	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM25	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM33	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM26	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM34	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM27	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM35	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM28	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM36	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM29	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM37	F	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
Shunt ARM30	M	68	168	64.79	5	400	400	0.14	106.8	0.986	10.8	14.81361
PEEP ARM38	F	68	168	64.79	5							

Introducción: La infección por virus de Influenza A (H1N1swl) se manifiesta desde una enfermedad leve autolimitada hasta neumonía severa con insuficiencia respiratoria y muerte. Aproximadamente un 70% de los pacientes internados tienen factores de riesgos.

Objetivos: Describir las características clínicas, gasométricas y evolutivas de 25 ptes con H1N1 internados por insuficiencia respiratoria que requirieron cánula nasal de alto flujo termohumidificado (CNAF), ventilación no invasiva (VNI) o asistencia respiratoria mecánica (ARM).



Materiales y Métodos: Se analizaron 25 ptes adultos > de 18 años, con diagnóstico de H1N1 por RT-PCR en muestras de hisopados nasofaríngeos, durante Abril y Junio del 2016, internados en unidades de cuidados críticos del HIBA.

Resultados: La edad promedio de los ptes hospitalizados en unidades de cuidados críticos fue de 66,6 años (48% hombres), con un IMC medio de 29,1kg/m² y 17 presentaban antecedente de tabaquismo (68%). La comorbilidad más frecuente hallada fue el ant. de enf.pulmonar (EPOC, Asma) en el 52% de los ptes(n13), 20% tenían antecedentes de enf. cardíaca(n5), 16% DBT(n4), 20% eran inmunocomprometidos(n5), 20% tenían cáncer(n5), el 24% no tenían ant. patológicos(n6) pero la mitad eran obesos. El Índice de Charlson medio fue de 4.58. Al ingreso, el 40% de los ptes se encontraban taquicárdicos(n10), el 80% taquípneico(n20), el 20% hipotenso(n5) y el 72% desaturaba(n18); en el laboratorio presentaron: 88% linfopenia(n22), 36% plaquetopenia(n9), 52% hiponatremia(n13). El 24% de los ptes realizaron CNAF(n6) y no tenían ant. de patología pulmonar previa y eran hombres, la media de uso fue de 3,58 días, con una FiO₂ media de 46% y un flujo medio de 42,93l/m, con una media de PAFI al inicio

de 192; la mitad requirió intubación al día y medio de haber comenzado con CNAF (1-3 días) y uno murió. El 60% realizó VNI (n15), el 67% eran mujeres (n10), ninguno requirió ARM ni falleció; la PAFI al inicio de la VNI tuvo una media de 265. El 32% (n8) estuvo con VM durante una media de 12,75 días, y el tiempo desde el ingreso hasta la IOT fue en promedio 2,67 días, la PAFI media fue de 168, 4 (50%) se distresaron y 3 requirieron traqueostomía, finalmente 2 fallecieron (25%). Todos los ptes recibieron oseltamivir con ATB (AMS-Clarithromicina), además el 68% tuvo indicado corticoides (n17). A la mayoría de los ptes se le realizó TC de Tx, que evidenció patrón en vidrio esmerilado difuso en un 44% y le siguió la presencia de consolidaciones en forma bilateral (40%) Se distresaron el 16% de los ptes(n4), requirió diálisis uno(4%), tuvieron falla renal el 44%(n11), insuficiencia cardíaca 24%(n6), NIH 24%(n6). El tiempo medio de internación fue de 15,7 días (9 en Cuid. Críticos -4 en int gral)

Conclusiones: Teniendo en cuenta que el nro de nuestros pacientes estudiados es escaso, observamos que quienes realizaron CNAF no tenían ant. de enf. pulmonar, el Índice de Charlson (IC) fue más bajo, la PAFI era peor que el grupo VNI, lo cual se asoció a que la mitad requirió ARM, pero nos falta un mayor nro de pacientes para comparar su efectividad con respecto a la VNI. Los ptes con VNI tuvieron mejor PAFI al ingreso, pese a tener el 73% el ant. de enf. pulmonar, llama la atención que no falleció ninguno, y el tiempo de VNI fue de 3.8 días. De los dos fallecidos, uno tenía 91 años, un IC de 9; la 2da pte tenía 57 años, AR, corticoterapia prolongada e insuf. suprarrenal, IC de 3, presentó shock séptico con bacteriemia a pseudomona, fue la única pte que dializó. Podemos decir, que la infección por H1N1 puede llevar a cuadros graves de insuficiencia respiratoria pero con el adecuado tratamiento y cuidados suele tener buen pronóstico.

Palabras clave: H1N1, VNI, ARM, Cánula alto flujo

0113 - NEUMONIA LIPOIDEA HALLAZGO RADIOLOGICO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Crítica

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Zambrano, Jorge | Fernández, Cecilia | González, Carolina | Cocce, Daniel | Zalazar, M. De Los Ángeles
Hospital Juan A. Fernández

Introducción: Se presenta el caso de un paciente con neumonía lipoidea, asintomático-respiratorio, diagnosticado a partir de un examen radiológico de rutina, en contexto de tabaquista severo.

Presentación de Caso Clínico:

Paciente de sexo masculino, de 53 años; que ingresa al servicio de clínica médica por cuadro neurológico agudo interpretado como LMP secundario a drogas. Antecedentes: TBQ 60 p/y; HTA; esclerosis múltiple de 12 años de evolución en tratamiento desde el 2013 con Natalizumab; RGE. Internación en otra institución en enero/2015 por disnea y dolor torácico. En TAC de tórax presentaba imagen con patrón de crazy paving/ consolidación en llingula. Se realizó FBC+ BAL+BTB con rescate bacteriológico de SAMR y con resultado de anatomía patológica no diagnóstica. Recibió tratamiento antibiótico ajustado a sensibilidad. Al ingreso a nuestro hospital, en el examen físico no presentaba signos respiratorios de relevancia. Laboratorio dentro de parámetros de referencia. En radiografía de tórax de ingreso a nuestro hospital se evidenciaba imagen radioopaca en campo pulmonar superior izquierdo. TAC de tórax: imagen de consolidación con cavidades en su interior, pérdida de volumen que compromete lóbulo superior izquierdo. Se decide realizar FBC con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial cuyo resultado fue compatible con neumonía lipoidea. Al interrogatorio dirigido el paciente refiere consumo crónico de vaselina líquida.



	CNAF	VNI	ARM	Todos los ptes
n (%)	6 (24%)	15 (60%)	8 (32%)	25
Edad - años (media)	67 (48-91)	69.5 (46-88)	62.75 (30-91)	66.6 (30-91)
BMI - kg/m² (media)	28.64	29.49	29.19	29.06
Sexo - H (%)	6 (100%)	5 (33%)	5 (63%)	12 (48%)
TBQ - n (%)	5 (83%)	11 (73%)	5 (63%)	17 (68%)
Antecedentes				
Enf. Pulmonar - n (%)	0	11 (73%)	2 (25%)	13 (52%)
Enf. Cardíaca - n (%)	2 (33%)	2 (13%)	1 (25%)	5 (20%)
DBT - n (%)	1 (17%)	3 (20%)	1 (13%)	4 (16%)
Inmunocom. - n (%)	0	2 (13%)	3 (38%)	5 (20%)
Enf. Oncológica - n (%)	1 (17%)	4 (27%)	1 (13%)	5 (20%)
Í. de Comorbilidad de Charlson	3	4.93	4.44	4.58
Vitales al ingreso				
FC - lpm (media)	106.3	105.6	92.88	101.16
FR - rpm (media)	27.3	35	25	27
Sat % (media)	86.4%	91	86.57	86.96
Laboratorio al ingreso				
Linf - /mm³ (media)	846	414	1146	892
Cr - mg/dL (media)	1.2	0.86	1.85	1.18
EAB y PAFI al inicio CNAF - VNI - ARM				
PaO₂/FiO₂ (media)	193	265.8	168	230
pH (media)	7.45	7.39	7.41	7.41
pCO₂ - mmHg (media)	30.8	47	34.3	42.1
Días Internación				
Total - días	21.5	11.27	24.8	15.76
U. de Cuidados Críticos - días	15,17	7	14.5	9
Int. general - días	5.83	3.73	2.5	4
	Uso: 3.58 días Requerimient o ARM: 3 ptes Días hasta ARM: 1.67 Días de ARM: 19	Uso: 3.8 días Requerimient o ARM: 0 pte	Días de ARM: 12.75 Intervalo ingreso h/día ARM: 2.67 días	

Discusión: La neumonía lipoidea es una enfermedad poco frecuente que resulta de la acumulación en el pulmón de compuestos oleosos de origen animal, vegetal o mineral. Existen formas endógenas y exógenas, siendo las últimas de mayor frecuencia. Puede presentarse en forma aguda o crónica, por inhalación recurrente. En adultos la causa más frecuente es la secundaria al uso de laxantes para el tratamiento de la constipación, y el uso de spray nasal para la rinitis. La edad avanzada, las alteraciones anatómicas funcionales de faringe y esófago, desórdenes psiquiátricos, episodios de pérdida de conciencia, y las enfermedades neuromusculares, son considerados factores de riesgo para su desarrollo. Cerca del 25% sin embargo se presenta en ausencia de estos. Es clínicamente inespecífica; siendo los síntomas que se hallan con mayor frecuencia la tos crónica y la disnea. Es de evolución crónica y progresiva. Puede simular neumonía de origen infeccioso o patología neoplásica. El diagnóstico se realiza a partir del antecedente conocido de exposición, los hallazgos radiológicos, y la determinación de la presencia de macrófagos cargados con lípidos en una muestra de esputo o BAL. La exposición mayormente es identificada retrospectivamente, luego de que el diagnóstico fue hecho. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos. Las imágenes en tomografía de consolidación, opacidades en vidrio esmerilado, patrón de crazy paving; distribuidas en forma bilateral y que comprometen lóbulos inferiores, llingula o lóbulo medio; permiten aproximar el diagnóstico. La densidad de entre -150 y -30 UH es altamente sugestiva de grasa. Si el diagnóstico permanece incierto puede realizarse BTB; punción biopsia; o biopsia quirúrgica. No presenta hasta la actualidad un tratamiento específico; sólo medidas de soporte. Por eso es de suma relevancia identificar la fuente exposición, y discontinuarla. El uso de corticoides permanece siendo controvertido y sólo debería usarse en casos severos.

Conclusiones: La neumonía lipoidea es una enfermedad infrecuente que debe considerarse como diagnóstico alternativo ante imágenes tomográficas compatibles, e interrogar en forma dirigida sobre factores de riesgo a los cuales puede estar asociada; teniendo en cuenta que la mayoría de los casos el diagnóstico se hace en forma retrospectiva, y que el principal tratamiento es discontinuar la fuente de exposición.

0162 - IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL PUNTAJE DE LA VÍA AÉREA EN EL ÉXITO O FRACASO EN EL WEANING DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Crítica

Tamayo, Alex Gustavo | Morales, Jhimmy | Fernández, Brenda | Wilches, Marcos | Carvajal, Felipe | Rodríguez, Gabriela
Hospital Municipal Eva Perón de Merlo

Introducción: La desvinculación de la Ventilación Mecánica (VM) es el objetivo principal en todo paciente ventilado y en especial en neurocríticos con necesidad de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) con tratamiento prolongado en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) siendo catalogados muchos como de

difícil destete por lo cual empleamos el PVA de Coplin y la escala del coma de Glasgow en el destete y extubación del paciente neurologicamente crítico.

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

TABLAS	
TABLA 2. INDICADORES CLÍNICOS EN EL MOMENTO DE LA EXTUBACIÓN N=143/210	
- APACHE II	16
- Glasgow	
6 a 8	8 (5%)
9 a 12	54 (38%)
13 a 15	81 (57%)
- Tiempo de VM (días)	5 (4 a 6)
TABLA 3. PVA DE COPLIN COMO PREDICTOR CLÍNICO DE EXTUBACIÓN N=143/210	
PVA	
<4	96 (67%)
4 a 7	47 (33%)

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo durante 2 años desde Junio/2011 a Mayo/2013 de 310 pacientes neurocríticos, requiriendo Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en nuestras UTIs, 80 fallecieron, 20 tuvieron PVA >7, 210 enfermos fueron incluidos finalmente en el estudio. Se utilizó la escala de PVA, postulada por Coplin (Tabla 1) para evaluar la efectividad de la tos, el reflejo nauseoso y cuatro características de la producción de las secreciones respiratorias, considerándose un puntaje ≤ 7 como una buena protección de la vía aérea y su correlación con el Puntaje de Glasgow, además de cumplir con el resto de criterios de extubación contemplados en nuestro Protocolo de Weaning Institucional. Criterios de exclusión: < de 18 años, ventilados < 48 horas, con limitación del esfuerzo terapéutico, portadores de traqueostomía al ingreso en UTI, con antecedentes de lesión medular o lesión medular asociada y con antecedentes de miopatía y PVA > a 7. Se consideró extubación exitosa cuando se consiguió mantener la respiración espontánea 48 horas sin necesidad de reintubación o reconexión en pacientes con traqueostomía y fracaso de extubación la que se produce en las primeras 48 horas postextubación.

Resultados: Se estudiaron 310 pacientes neurologicamente críticos con requerimiento de VMI, durante 2 años, a la admisión presentaron un APACHE de 20 IC 95% (19 a 21), fallecieron 80 secundario a la severidad de la patología neurológica y comorbilidades de base (55%) e intercurencias, 20 tuvieron puntaje de la PVA ≤ 7 . Se evaluaron 210 pacientes, 112 (53%) hombres y 98 (47%) mujeres, 150 (71%) eran menores de 65 años, 143 (68%) IC 95% (65-73%), (valor p0.02) fueron extubados exitosamente, 67 (32%) requirieron traqueostomía (TQT) y 19/67 fueron llevados directamente a este procedimiento de TQT porque NO cumplían con criterios clínicos para ser puestos en el protocolo de weaning, y los 48 (22%) IC95% (19 a 27%) restantes presentaron fracaso de la extubación, de los cuales 20 presentaron Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAV) y 5 Traqueo bronquitis asociada a la VM (TAV) después de fracasar la extubación. Las patologías de base en estos 48 pacientes que fracasaron fueron 20 HSA, 15 H. subdural y 13 TEC severo.

Conclusiones: Se brinda una línea de partida para establecer con pacientes en proceso de weaning con Glasgow <12 y >8 con buen manejo de secreciones y adecuada defensa de la vía aérea pueden ser liberados de la VM y extubados exitosamente. Además, se encontró que la única variable que generó diferencias entre los grupos de éxito y fracaso del weaning en pacientes con alteración neurológica fue la relacionada con los días de ventilación mecánica 5 y 5,9 respectivamente, con mayor probabilidad de éxito en las primeras 2 semanas y que el

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

Coplin et al. Am J Respir Crit Care Med 2000 Vol. 161: 1530-1536

éxito aumentaba tomando en cuenta otras variables utilizadas en nuestro protocolo

Palabras clave: PVA de Coplin Weaning Extubación

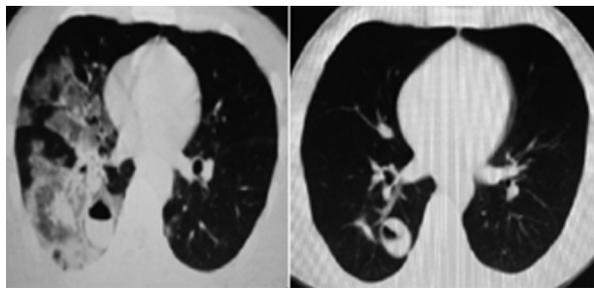
0211 - NEUMATOCELE TRAUMÁTICO CON CONTUSIÓN PULMONAR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

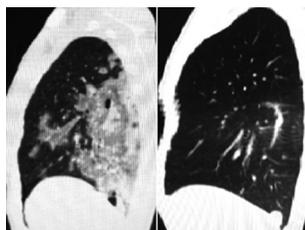
Unidad Temática: Neumonología Crítica

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Fabio, Stella | Amaya, Rosa | Gianfrancisco, Virginia | Naval, Norma | Márquez, Osvaldo | FernándezGómez, Victoria | González, NéstorFabián | Del Río, Rafael | Moreno, Carolina | Latapie, Fernanda | Fuentes, Natalia | Esquiú, Emilia | Morgante, Sabrina | Gallo, Cynthia
Hospital Padilla



Introducción: El neumatocele es un espacio quístico intrapulmonar relleno de gas de paredes finas que se asocia con neumonía aguda y es transitorio. El mecanismo más importante para su presentación es el trauma no penetrante de tórax, como consecuencia de accidentes de tránsito en su mayoría y presión continúa de la vía aérea durante la ventilación mecánica. Se desconoce la fisiopatología por la cual se produce éste tipo de lesión pero los factores influyentes serían: la ruptura del tejido alveolar; la compresión del árbol bronquial periférico y/o la fuerza de cizallamiento producida por la onda de choque. Aparecen dentro de las primeras 12 hs después del trauma; sin embargo, pueden desarrollarse tan pronto como una hora después del accidente o varios días después. Puede estar asintomático o manifestar síntomas sutiles o poco específicos desde el mismo momento del trauma o pocas horas o varios días después como: dolor torácico, tos, disnea e hipoxemia y la expectoración con hilos sangre puede ser la primera manifestación clínica, pero es rara la hemoptisis. Además pueden presentar registros de fiebre de baja intensidad con leucocitosis o sin ella, como resultado de la absorción del quiste pulmonar o de un coágulo de sangre en el parénquima, por lo que se debe tener en cuenta esta posibilidad para no interpretarla como una sobreinfección y no usar ATB innecesariamente.



Presentación de Caso Clínico:

Paciente de 20 años de edad, consumo de marihuana en forma ocasional sin otro antecedente patológico previo. Ingresó por servicio de Guardia Mayor politraumatizado por accidente de tránsito en la vía pública. Refiere dolor en hemitórax derecho y disnea mMRC 03. Al examen físico Glasgow de 15/15 compensado hemodinámicamente. Se observan múltiples laceraciones en piel, fractura expuesta de miembro inferior derecho, a la auscultación: hipoventilación del mismo lado, saturación de O₂: 95% a 0,21, FR 26 por minuto y un registro febril de 38,3°C. Se realiza TAC de cerebro, abdomen, pelvis sin lesiones aparentes. En tomografía de Tórax se observa imágenes de hiperatenuación heterogénea bilateral a predominio de lóbulo inferior derecho e imágenes quísticas con nivel hidroaéreo. Ingresó urocultivo, esputo y hemocultivo aislándose en éste un *St. Viridans* con Ecocardiograma sin lesión. Análisis general: GB 19.000, ERS 77, PCR 96. Durante la internación se realizó antibióticoterapia y AINES, presentando buena evolución, resolviendo las lesiones tomográficas.

Conclusiones: El neumatocele traumático, también conocido como pseudoquiste pulmonar traumático, es una complicación

rara del trauma cerrado del tórax; ocurre con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes y su incidencia es de 3% de todos los traumas del parénquima pulmonar. Tienen una apariencia similar a los quistes o bullas en la tomografía, por esta razón es importante establecer un diagnóstico diferencial con lesiones preexistentes como quistes congénitos, secuelas de infección tuberculosa, absceso pulmonar o carcinoma con cavitaciones.

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

0017 - NEUMONIA ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD – ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO EN UN POLICLINICO CENTRAL DE OBRA SOCIAL

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Enfermedades Ocupacionales

Villa, Roberto Adrián | Clocchiatti, Natalia
Policlínico del Docente (OSPLAD)

Introducción: La Neumonía Asociada a los Cuidados de la Salud (NACs) es típica de pacientes que tuvieron contacto con el sistema de salud. Son aquellos pacientes que recibieron quimioterapia endovenosa en los últimos 30 días, terapias endovenosas múltiples, cuidado de heridas, hospitalizados o residentes en centros de cuidado de salud por 2 o más días en los últimos 90 días o que recibieron hemodiálisis en los últimos 30 días (guías ATS – IDSA). La NACs representa aproximadamente el 22% de los pacientes ingresados con neumonía. Se relaciona con organismos resistentes o multiresistentes, como el *Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter* sp. y *Pseudomonas aeruginosa*.

Objetivos: 1.- Objetivar el cumplimiento y el conocimiento de las guías de manejo de neumonía en pacientes adultos con NACs de acuerdo con las pautas ATS – IDSA 2.- Evaluar el cumplimiento del tratamiento en relación con las guías internacionales.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, del tipo encuesta escrita acerca de las guías. Se utilizó una encuesta tipo auto reporte del cumplimiento y viñetas clínicas para evaluar si el tratamiento indicado era el correcto de acuerdo a lo pautado por las guías ATS – IDSA. Se le entregó la encuesta a la totalidad de los médicos y se obtuvo una muestra por conveniencia. Criterios de inclusión: todos los médicos clínicos de la institución. Criterios de exclusión: negarse a realizar el cuestionario. Las variables cualitativas se resumieron en términos de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Las variables cuantitativas se resumieron mediante medidas de tendencia central. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico EPI – INFO.

Resultados: De un total de 59 médicos encuestados, de un plantel de 75 integrantes del Departamento de Medicina, de estos 25 (FR 0.49) refirieron conocer la guía y 30 (FR 0.52) no la conocen. De médicos que la conocen 4/25 (FR 0.13) la cumplen siempre y 9/26 (FR 0.30) lo hacen " a veces ", 15/26 (FR 0.51) no la cumplen. Refieren estar de acuerdo con la guía 20/25 (FR 0.78) y 5/26 (FR 0.21) no están de acuerdo.

Conclusiones: A pesar de que las NACs representan aproximadamente la quinta parte de los pacientes que ingresan a los servicios clínicos con neumonía, y esta entidad tiene una alta morbi mortalidad, y que el enfoque terapéutico es diferente, las guías de manejo son poco conocidas. En este trabajo demostramos que más de la mitad de los médicos que completaron la encuesta la desconocen. Por otro lado, se objetivó la baja adherencia a lo pautado en las guías, ya que los que la conocen la aplican escasamente a pesar de referir estar de acuerdo.

Palabras clave: Neumonía Asociada al Cuidado de la Salud Guías de tratamiento

0034 - FÍSTULA BILIOBRONQUIAL: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL ASOCIADA A HIDATIDOSIS HEPÁTICA

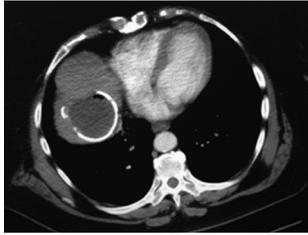
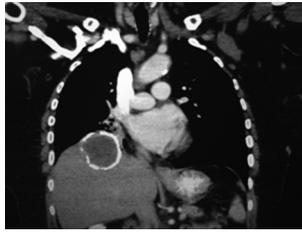
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Chertcoff, Martín Leonardo | Alvarez, Natalia
Hospital Municipal de Olavarría

Introducción: La fístula biliobronquial es una comunicación anómala entre la vía biliar y el árbol bronquial. Puede ser congénita o adquirida. Debido a su complejidad y alta morbimortalidad, requiere un tratamiento multidisciplinario, incluyendo neumonología, gastroenterología y cirugía.



Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, de 64 años de edad, con antecedentes de un quiste hidatídico hepático calcificado, de larga evolución. Consulta por bilioptisis abundante, por lo que se decide su internación. Clínicamente estable. Sin alteraciones de laboratorio. Se realizó examen de

esputo, que evidenció flora mixta compatible con contenido gástrico. Se realizó tomografía de tórax y abdomen, que mostró gran quiste hepático calcificado de aprox. 7 cm, en contacto con el lóbulo inferior del pulmón derecho. La serología para hidatidosis fue positiva, comenzando tratamiento con Albendazol. Se realizó una broncoscopia, que evidenció abundantes secreciones biliosas en la vía aérea, predominio lóbulo inferior derecho, sin poder evidenciar la localización de la fístula. Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), objetivándose pasaje de contraste hacia la base de pulmón derecho, por lo que se practicó una papilotomía. Posterior a la CPRE, continuó con la bilioptisis persistente, por lo que se decidió conducta quirúrgica. Se realizó resección de quiste hepático y cierre de fístula biliobronquial. Presentó mala evolución postquirúrgica, intercurriendo con un shock séptico secundario a un empiema pleural por E.coli y Paeruginosa. Falleciendo a los 10 días por esta complicación.

Discusión: La hidatidosis es una enfermedad endémica en Argentina, siendo el hígado su localización más frecuente. La migración torácica es una complicación que varía del 2 al 4% de todos los quistes hepáticos. Las fístulas biliobronquiales se presentan con bilioptisis, siendo necesario estudios de imágenes y broncoscopia para confirmar el diagnóstico. Pueden ser resultado de diversas condiciones clínicas. Se reconocen las formas congénitas y las adquiridas. Esta última tiene tres causas principales: fístula por trauma, fístula por patología hepática y fístula por obstrucción de la vía biliar. En cuanto al tratamiento, a nivel del árbol bronquial hay reportes de casos con resolución por vía endoscópica. Existen sustancias sintéticas y biológicas que se pueden aplicar a las fístulas con la finalidad de conseguir reacción inflamatoria y proliferación de la mucosa, lo que conduce al cierre permanente del defecto. A nivel de la vía biliar, lo fundamental es disminuir la presión del sistema biliar. Si el manejo mínimamente invasivo no logra el cierre de la fístula, el tratamiento es la cirugía, lo que implica alta morbimortalidad.

Conclusiones: Las fístulas biliobronquiales son complicaciones inusuales de la hidatidosis hepática asociadas a alta morbimortalidad. Es fundamental el manejo rápido y multidisciplinario de esta patología, siendo las complicaciones infecciosas la principal causa de mortalidad en estos pacientes. **Palabras clave:** FÍSTULA BILIOBRONQUIAL. HIDATIDOSIS.

0037 - NEUMONITIS POR DENGUE

Modalidad: Póster - Caso Clínico

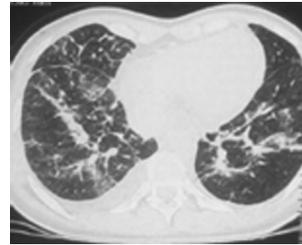
Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Sánchez, Martha Sofía | Idoyaga, Pablo | Godoy, Roxana Mariela | González, Alejandra

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: El dengue es una enfermedad viral, sus manifestaciones son fiebre elevada, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, dolor retroocular y petequias difusas. En los hallazgos de laboratorio se destacan la leucopenia, trombocitopenia, hemoconcentración y elevación de las enzimas hepáticas. Se describen 4 serotipos distintos capaces de provocar la enfermedad.



Presentación de Caso Clínico: Mujer de 28 años sin antecedentes de relevancia.

Consultó en marzo del año en curso por un cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por fiebre elevada, mioartralgias, náuseas, vómitos y dolor abdominal. El examen físico mostró como único dato positivo dolor ab-

dominal difuso sin signos peritoneales. Se solicitó laboratorio que evidenció leucopenia (2400/mm³), plaquetopenia (52000/mm³) y elevación de enzimas hepáticas (TGO 228 UI/l TGP 143 UI/l). Ante el cuadro clínico y epidemiológico se realizó PCR que resultó positiva para el serotipo I. Se interpretó como Dengue sin signos de alarma y se decidió el seguimiento ambulatorio con tratamiento sintomático. Concurrió a las 48 horas refiriendo tos seca con expectoración hemoptoica. A nivel semiológico crepitantes bilaterales bibasales, saturación de O₂ 98%. En el laboratorio se observó persistencia de plaquetopenia (62000/mm³) y elevación de transaminasas, sin caída de hematocrito. Se solicitó radiografía de tórax que evidenció infiltrado intersticio alveolar bibasal. Ante la sospecha de hemorragia alveolar se decidió su internación en clínica médica. Se realizó Tomografía de Tórax que informa áreas parcheadas de vidrio esmerilado, derrame pleural bilateral a predominio derecho, consolidación del espacio aéreo a predominio bibasal, engrosamiento de septos interlobulillares. Examen funcional respiratorio de técnica dificultosa, con DLCO conservada. Sin criterios positivos, se descartó hemorragia pulmonar. Se realizó tratamiento de soporte con mejoría clínica e imagenológica. Se interpretó el cuadro como dengue con compromiso pulmonar (Neumonitis por Dengue).

Conclusiones: El compromiso pulmonar por Virus Dengue es poco habitual. El hallazgo más frecuente es el derrame pleural uni o bilateral. El compromiso parenquimatoso más común es el vidrio esmerilado seguido por la consolidación del espacio aéreo. A nivel fisiopatológico se explica por el aumento de la presión hidrostática y el incremento de la permeabilidad capilar. Pocos estudios publicados evalúan el compromiso pulmonar en el Dengue y la mayoría de ellos se centra únicamente en la hemorragia pulmonar.

0039 - PROTEINOSIS ALVEOLAR SECUNDARIA A HISTOPLASMA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

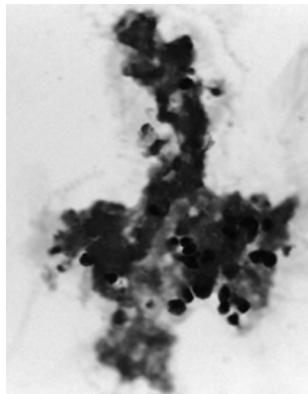
Unidad Temática 2: Enfermedades Intersticiales

Deleo, Sabino | Alaimo, Federico | De Sandro, José María | Landea, María Rosario | Bolla, María | Moavro, Damián

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La proteinosis alveolar es una entidad infrecuente caracterizada por la acumulación de material lipoproteínico del surfactante en los espacios alveolares y bronquiolos terminales.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 34 años trasplantada renal hace 8 años, con triple terapia inmunosupresora. Consulta por disnea progresiva de 1 mes de evolución y equivalentes febriles. En Rx de tórax y TAC presenta infiltrados



bilaterales extensos en vidrio esmerilado con sectores de engrosamiento septal dando patrón de crazy paving. Desarrolla insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM. Se realiza BAL obteniéndose material blanquecino y espumoso, en estudio anatomopatológico presenta fondo proteináceo PAS positivo y macrófagos alveolares con material eosinófilo; con tinciones para hongos y PCP negativas. Se realiza Lavado Pulmonar total en dos sesiones con respuesta

terapéutica limitada. Posteriormente cultiva en BAL *Histoplasma Capsulatum* por lo que se indicó Anfotericina con notable mejoría clínica y radiológica.

Discusión: Los hallazgos tomográficos y las características del BAL llevaron al diagnóstico de Proteinosis Alveolar, que por las antecedentes de la paciente se sospechó como de tipo secundario (asociada a drogas inmunosupresoras, infecciones, etc). Si bien el lavado pulmonar total está indicado en los casos de Proteinosis alveolar primaria se realizó en esta paciente dada la condición crítica y la ausencia de hallazgos infecciosos en el estudio directo del BAL.



Conclusiones: Ante una paciente con inmunosupresión que se presenta con fiebre e infiltrados pulmonares se buscó descartar en primer lugar la patología infecciosa, que puede ser de presentación atípica en este tipo de pacientes. El tratamiento recomendado para la PAP primaria es el lavado pulmonar total cuya notable respuesta clínica no fue objetivada en esta paciente lo que se atribuyó a su origen secundario para las cuales la recomendación es el tratamiento dirigido a la etiología subyacente. **Palabras clave:** Proteinosis Alveolar Histoplasmosis

0040 - CASO DE COXALGIA EN PACIENTE HIV NEGATIVO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Failde, Rodrigo | Boccia, Carlos | Zappia, Miguel Bernardo | La Pietra, María Cecilia | Casco, Nicolás | Poggi, Susana | Cufre, Mónica | Palmero, Domingo
Hospital F.J. Muñiz

Introducción: La artritis séptica de cadera de etiología tuberculosa, se llamó clásicamente coxalgia. Desde la aparición de los eficaces tratamientos antifímicos en la década del 50 del siglo XX, ésta como otras formas de tuberculosis extrapulmonares, presentaron una franca declinación de sus tasas de incidencia, hasta su resurgir con el advenimiento de la pandemia del SIDA en la década del 80 y una nueva declinación con la aparición del TARGA. En Argentina la afección osteo-articular oscila entre el 10 y 20% de las formas extrapulmonares, siendo el compromiso de la cadera menos del 10% de éstos. Presentamos un caso de coxalgia en un paciente HIV negativo.

Presentación de Caso Clínico: Paciente argentino de 29 años en situación de calle, ingresó a la sala en mal estado general con síndrome de impregnación, tos productiva y BAAR de esputo positivo. Presentaba antecedente de abandono tratamiento hacía 4 meses por TB pulmonar, permaneciendo internado en otra institución durante 2 meses. Al examen físico presentaba disnea grado III, hipoventilación generalizada, desaturación al aire ambiente, rigidez en flexión de miembro inferior derecho, con presencia de absceso frío en área del trocánter del mismo lado. Laboratorio: VSG 100, Hb 9, GB: 9.000, plaquetas 780.000, serología para hepatitis A, B y C, Chagas, HIV y aspergillus negativa. Cultivo de esputo: *Mycobacterium tuberculosis*, sensible. La radiología evidenció compromiso gra-

ve de ambas playas pulmonares, con cavidades en ambos lóbulos superiores, extensas áreas de fibrosis con broncograma aéreo, bronquiectasias, nódulos y signo del árbol en brote bilateral, adenomegalias en espacios retrocavo pretraqueal, prevascular y aortopulmonar. En pelvis, destrucción de la cabeza del fémur y de la articulación coxofemoral derecha, con deformación del trocánter. Inició tratamiento con antifímicos. Se realizó punción diagnóstica del área flogótica con resultado BAAR POSITIVO. **Conclusiones:** El paciente presentaba un absceso frío de la región trocanterea asociado a destrucción del fémur y de la articulación de la cadera. A falta de un absceso del psoas u otro de etiología pelviana o de columna, hemos interpretado que la artritis tuberculosa se produjo por vía hematogena, y luego la licuefacción del hueso produjo un absceso osificante que se abrió paso al espacio celular subcutáneo de la región trocanterea. La infección tuberculosa de cadera es una entidad de difícil diagnóstico que suele afectar a adultos de mediana edad y ancianos, habitualmente a partir de la diseminación hematogena del bacilo desde un foco pulmonar o renal. La resonancia magnética es el método de elección para el diagnóstico precoz, permitiendo detectar lesiones iniciales como el edema capsular, derrame articular y compromiso óseo sub-condral.

0057 - FIBROSIS QUISTICA ATÍPICA EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES HOSPITAL DEL TORAX DR. ANTONIO A. CETRÁNGOLO VICENTE LÓPEZ. BUENOS AIRES. ARGENTINA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Cano, Lilian Mariel | Belvedere, María De Los Milagros
Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo

Introducción: La Fibrosis Quística (FQ) Atípica es una forma leve de FQ, que está asociada a las mutaciones del gen del CFTR. Usualmente presenta una mutación severa, y una menos frecuente, o anomalías en las repeticiones de trinucleótidos en el otro gen del CFTR. Desarrolla disfunción en un órgano o sistema de órganos. Pueden o no tener valores elevados de test del sudor y como resultado, menos hospitalizaciones durante la niñez o ninguna, que aquellos con FQ Clásica, llegando sin diagnóstico y/o asintomáticos, algunos hasta los 70 años. En FQ Atípica los síntomas respiratorios son leves pudiendo presentar neumonías, obstrucción progresiva, sinusitis crónica, pólipos nasales, con suficiencia pancreática. Poseen mayor expectativa de vida, aún con resultados a largo plazo desconocidos. El aporte nutricional específico para FQ es fundamental por ser una patología catabólica proinflamatoria.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro de pacientes durante Febrero 2014 a Febrero 2016 en el Centro de referencia de FQ de la Provincia de Buenos Aires, Argentina en el Hospital del Tórax Dr. A. Cetrángolo por el equipo de profesionales que atiende a los pacientes adultos. Se analiza edad de diagnóstico, compromiso orgánico, mutación genética, mejor FEV1 en el periodo estudiado, bacteriología predominante, BMI y compromiso pancreático.

Resultados: Se atendió a un total de 49 pacientes adultos FQ, de los cuales 8 (16%) se diagnosticaron en la adultez, 4 mujeres y 4 hombres, dentro de un rango de edad de 20 a 70 años. Los valores espirométricos del FEV1 oscilan entre 66% y 109%, presentando compromiso pulmonar leve por TCAR (correlacionable con FEV1). Se analizaron de 29 a 36 mutaciones genéticas para FQ, obteniendo los siguientes resultados: 2 F508del heterocigota, 2 mutaciones analizadas no detectadas, 1 Haplotipo IVS8 (Alelo T): 7 T / 7 T, 1 M2789+5G-A Heterocigota, 1 G 542 X Heterocigota y 1 con estudio genético pendiente. Con respecto a la bacteriología de los esputos de los pacientes se aisló: en 2 SAMS, en 2 Pseudomonas Aureoginosa y SAMS, en 1 Haemophilus Influenzae, en 1 Pseudomonas Aureoginosa y Stenotrophomonas, en 1 SAMS y Haemophilus Influenzae y 1 con flora habitual. Evaluando el estado nutricional, según las guías nutricionales de Cystic Fibrosis Foundation 2013, se obtienen los siguientes resultados: 6 (75%) presentan bajo peso y 2 (25%) sobrepeso. Todos sin afectación pancreática.

Conclusiones: Nuestros resultados se correlacionan con otros centros de referencias, ya que del total de pacientes, aquellos con FQ Atípica son minoría pero en aumento dado el incentivo en la detección diagnóstica y el conocimiento de los neumólogos de adultos de los medios diagnósticos, generando tratamiento oportuno, mejor calidad y expectativa de vida.

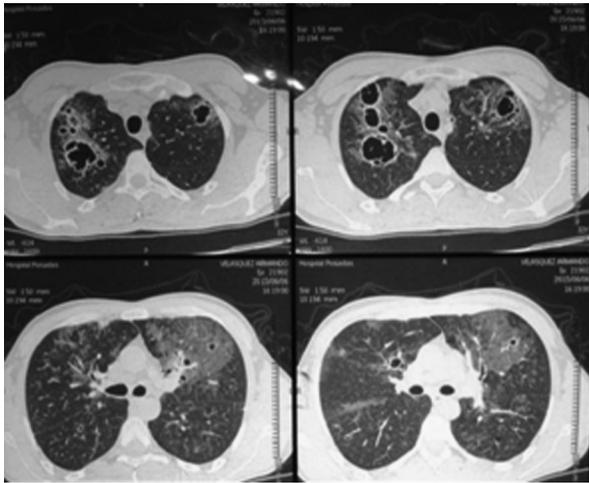
Palabras clave: Fibrosis Quística Atípica

0062 - MANIFESTACION ATIPICA DE NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Fhillco Montenegro, Carla Genoveva | Burgos Gómez, John | González, Alejandra | Ávila, Fabio Andrés
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas



Introducción: El diagnóstico diferencial de las lesiones pulmonares cavitarias en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es amplia, especialmente en aquellos con enfermedad avanzada. En pacientes con neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP), la cavitación es poco común. Se presenta en forma de quistes localizados en los lóbulos superiores, pueden predisponer a que aparezcan otras complicaciones como el neumotórax.

Presentación de Caso Clínico: paciente masculino de 32 años de edad. Consultó con un cuadro de 20 días de evolución con disnea progresiva hasta clase funcional II, sensación febril, tos con expectoración blanquecina, pérdida de peso y sudoración nocturna. A su ingreso se constatan signos vitales normales y una saturación de 94% (0,21%), adenopatías cervicales e inguinales en rango no adenomegálico. Laboratorio normal. Se confirmó por serología el diagnóstico de infección por HIV con 51 CD4. Se realizó una tomografía de tórax que informa múltiples imágenes de aspecto quístico, asociadas a áreas de aumento de la densidad en vidrio esmerilado bilaterales a predominio para hilar izquierda y ambos lóbulos superiores. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar, con aislamiento de *Pneumocystis jirovecii*.

Discusión: El diagnóstico diferencial de las lesiones pulmonares cavitadas en individuos infectados por el VIH es muy amplio, la mayoría causada por infecciones oportunistas, por lo cual los estudios invasivos son necesarios para el diagnóstico definitivo.

0075 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DE CAUSA NO INMUNOLÓGICA

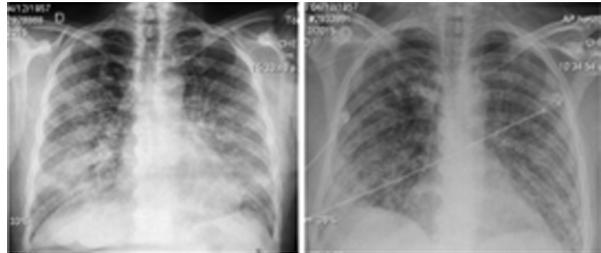
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

Karlen, Hugo Rubén Andrés | Guillén, Jaime | Heres, Marcela | Solís Aramayo, Marco | Hernández, Marcos | García Roca, Agustín | Quadrelli, Silvia
Sanatorio Güemes

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es un síndrome caracterizado por hemoptisis, anemia e infiltrados



pulmonares difusos. La etiología más habitual son las enfermedades autoinmunes, siendo la infecciosa una causa extremadamente rara, dentro de las etiologías no inmunológicas. Se presenta el caso de un paciente inmunocomprometido que presentó HAD de causa infecciosa.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 58 años consulta por disnea progresiva, fiebre y tos de 72 hs de evolución. Refiere registros febriles intermitentes hace 2 semanas, asociado a astenia e hiporexia. En el examen físico presenta rales crepitantes bilaterales, SatO₂ 91% (0,21) e hipotensión arterial. En el laboratorio se constata anemia (Hto 23%) e insuficiencia respiratoria y renal aguda. La radiografía de tórax (Figura 1) presenta imágenes intersticio alveolares, con áreas de consolidación en ambos campos pulmonares. Ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debido a requerimientos de inotrópicos y asistencia ventilatoria mecánica. Posterior a la toma de hemocultivos, inicia tratamiento antibiótico (piperacilina-tazobactam, vancomicina). A las 48 hs presenta sangrado por tubo endotraqueal, persisten los registros febriles. Se realiza fibrobroncoscopia con toma de lavado broncoalveolar (LBA). La serología para VIH fue positiva, el perfil inmunológico negativo y en el cultivo del LBA se aisló *Klebsiella pneumoniae* (S: amicacina, tigeciclina). La citología de la muestra respiratoria evidenció 50% de macrófagos cargados con hemosiderina. Pese al ajuste del tratamiento antibiótico, falleció a las 72 hs.

Discusión: La HAD de causa infecciosa representa una entidad infrecuente, siendo habitualmente diagnosticada por descarte. Además de la tríada característica, el síndrome febril forma parte del cuadro clínico. La realización de fibrobroncoscopia temprana, es un valioso método diagnóstico, permite observar la presencia de sangrado macroscópico en las alícuotas del lavado bronquioloalveolar y el recuento mayor a 20% de hemosiderófagos en el análisis citológico. La identificación de la causa subyacente, permite iniciar el tratamiento oportuno, debido a que los inmunosupresores pueden agravar los cuadros de causa no inmune.

Conclusiones: Las infecciones pulmonares raramente son asociadas a la HAD, sin embargo, debe ser considerada como diagnóstico diferencial debido a la importancia del tratamiento oportuno, que difiere de la terapia inmunosupresora.

Palabras clave: Hemorragia alveolar difusa Hemoptisis Hemosiderófagos

0083 - PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CUTÁNEA Y PULMONAR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

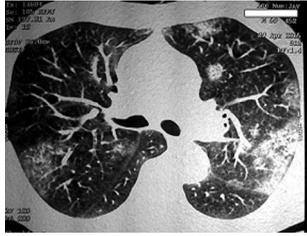
Alegre, Anibal | Aquino, Viviana | Garay, José | González, Hugo | Reyes Armua, María Cristina
Hospital J. R. Vidal

Presentación de Caso Clínico:

Paciente de sexo masculino de 49 años de edad, tabaquista de 90 p/y, trabajador rural, consulta por lesión en labio superior de bordes irregulares, dolorosa con micro abscesos, realiza tratamiento con Aciclovir 800 mg día 2 meses sin presentar mejoría clínica, evoluciona con aumento de la misma y lesión en región de arco superciliar derecha por lo que se indicó Azitromicina no



sabe referir dosis. Consulta posteriormente a nuestro servicio por tos no productiva odinofagia, pérdida de peso y sensación de cuerpo caliente no constatándose fiebre.



Conclusiones: El Paracoccidioides (Blastomyces) es un hongo dimórfico, que presenta una fase micelial y otra levaduriforme la cual genera infección crónica, granulomatosa en piel, mucosas, ganglios y vísceras. La afección pulmonar ocurre en 51% a 100% de los pacientes,

con infiltrados en parches bilateral y adenopatías para hiliares, el diagnóstico es por medio del examen directo de esputo y exudados los cuales son positivos en un 93%, observándose que el BAL generalmente no presenta positividad y se realiza para descartar otros agentes infecciosos. El NEA (noreste argentino) está incluido en la región endémica donde históricamente la enfermedad se ha presentado con la forma clínica crónica del adulto.

0092 - HALLAZGO INCIDENTAL DE MASA PULMONAR EN CONTROL DE SALUD. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Molina, Cristian Oscar Alejandro | Duarte, Natalia Nadia | Mikulic, Horacio Mariano | Anzulovich, Fernanda Patricia

Hospital Militar Central "CIR MY Dr Cosme Argerich"

Introducción: La hidatidosis es la zoonosis con mayor prevalencia en Argentina, causada por la forma larvaria del cestodo del género *Echinococcus granulosus*. La frecuencia de localización de esta enfermedad en orden de frecuencia es hepática (67- 89%), seguida por compromiso pulmonar el cual se estima en alrededor del 15%, siendo la presentación más frecuente el quiste único (predominando en el campo pulmonar derecho).



Presentación de Caso Clínico:

Paciente femenina de 24 años de edad, sin presencia de antecedentes de importancia, residente de Catamarca (zona urbana), que presenta en radiografía de tórax de un control de salud anual, masa pulmonar de bordes definidos en el lóbulo inferior derecho. Sin presencia de síntomas.



Al examen físico paciente afebril, con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados, sin requerimientos de oxígeno. Se solicita tomografía axial computada de tórax con contraste EV que evidencia formación nodular sólida hipodensa ubicada a nivel del LID, de contornos netos, alcanza aproximadamente los 52 x 35 mm y presenta valores de atenuación bajos con ligero refuerzo a predominio periférico con contraste. Se interpreta cuadro clínico compatible con Hidatidosis. Se realiza laboratorio con Elisa negativa para hidatidosis. En ateneo multidisciplinario se decide iniciar profilaxis antimicótica con abendazol e indicar la exploración por toracoscopia video asistida para excresis de la lesión.

Discusión: El *Echinococcus granulosus*, en su forma adulta, vive en el intestino de animales carnívoros (generalmente canino), eliminando huevos periódicamente con la materia fecal, lo cuales son ingeridos accidentalmente por los huéspedes intermediarios, entre ellos el hombre. Los huevos eclosionan, liberando el embrión hexacanto en el intestino delgado para pasar a la circulación venosa. En caso de ser superado el filtro

hepático el embrión continúa por el sistema circulatorio hasta el pulmón. Dado que el crecimiento del parásito dependerá del potencial evolutivo del embrión hexacanto, del tejido circundante y de la resistencia del huésped, el pulmón, de características elásticas, ofrece una escasa resistencia a su crecimiento lo que determina un aumento de rápido de tamaño llevando a la aparición de síntomas clínicos en un gran porcentaje de los casos. El principal factor responsable de la estimulación antigénica, en el hombre, es el líquido hidatídico, por lo que es necesaria la ruptura de la capa germinativa para que la misma se produzca y pueda ser detectada por métodos inmunológicos. Entre pacientes sintomáticos, con hidatidosis confirmada por cirugía, 80% de los casos han dado resultados serológicos positivos en las pruebas de hemaglutinación indirecta (HAI), de 82 a 88% resultaron positivos en las de DD5, 82% en la inmunolectroforesis, de 88 a 96% en la inmunoadsorción enzimática (ELISA) y 92% en la inmunolectrotransferencia. La especificidad de estos métodos varía desde 95% en la HAI hasta 100% en la DD5. En portadores sin síntomas clínicos la información es muy limitada, aunque la respuesta serológica es marcadamente menor. En pacientes asintomáticos se puede realizar tratamiento con mebendazol y albendazol, los tratamientos quirúrgicos poco invasores como la punción-aspiración-inyección-reaspiración (PAIR), el tratamiento quirúrgico o el seguimiento ecográfico.

Conclusiones: El hallazgo incidental de una masa pulmonar en pacientes asintomáticos, en un contexto epidemiológico, plantea el diagnóstico diferencial con distintas patologías incluyendo la hidatidosis. La presencia de una prueba serológica negativa no puede descartar la presencia de un quiste hidatídico, tanto en portadores sanos como pacientes sintomáticos.

0101 - INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PACIENTES AMBULATORIOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

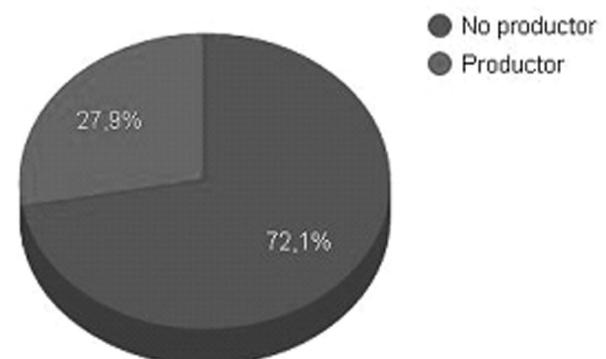
Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Chumino Rodríguez, Yamila | Dubra, Claudia Liliana | Kahl, Gladys Noemí | Orazi, María Laura | Precerutti, Juan Arturo | Visus, Mariángeles

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: *Haemophilus influenzae* es un cocobacilo gram negativo inmóvil, que produce infecciones respiratorias en forma frecuente. Los betalactámicos son el tratamiento de elección.

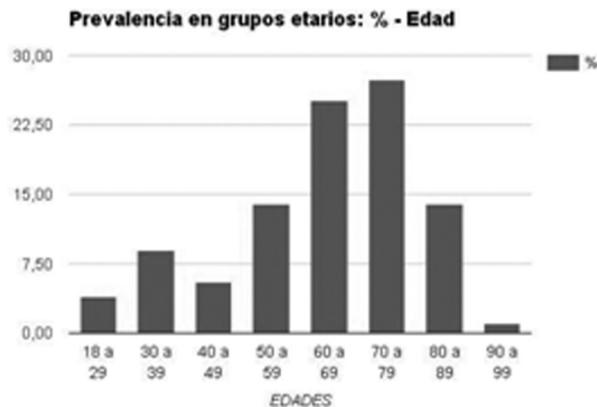
Productor beta lactamasa y no productor betalactamasa



Objetivos: 1) Determinar la prevalencia de *H. influenzae* en los pacientes adultos ambulatorios asistidos por infección respiratoria baja en el HIBA, 2) Conocer el perfil de resistencia a los betalactámicos, 3) Analizar la manifestación clínico-radiológica más frecuente 4) Determinar las comorbilidades asociadas.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 293 aislamientos de *H. influenzae* de un total de 2733 muestras respiratorias ingresadas a bacteriología durante

enero de 2014 a mayo del 2016. Se revisó la historia clínica de c/paciente recogiendo datos demográficos, ant. personales, presentación clínico-rx, gérmenes asociados y sensibilidad atb, tratamiento instaurado y su resultado clínico. La sensibilidad del H.influenzae se estudió por el método de cefalosporinas cromogénica. Se realizaron los cálculos a través de Excel. Criterios de inclusión: pacientes ambulatorios > de 18 a. con cultivo positivo a H.Influenzae Criterios de exclusión: pacientes internados



Resultados: Se analizaron 293 muestras respiratorias: 284 esputos y 9 lavado broncoalveolar con cultivo positivo a H. influenzae que provenían de pacientes con infección respiratoria baja, para un total de 2733 (10.7%) ingresadas en bacteriología. Luego del primer análisis de la base de datos; fueron eliminados 79 cultivos positivos por: repetición de datos (cultivo seriado), falta de información sobre variables imprescindibles y aquellos que correspondían a pacientes internados. Quedaron 214 cultivos positivos que correspondían a 179 pacientes. Predominio de sexo masculino 52% (n94); la edad promedio fue de 63 años (18-94). El grupo etario con mayor número de aislamientos fue entre 70a-79 años con 27% (n49). El 59% (n106) tuvo antecedentes de exposición al tabaco. Los factores predisponentes más frecuentes fueron EPOC 30% (n54), bronquiectasias no FQ 23% (n41) y Asma 11% (n19). La comorbilidad sistémica más frecuente fue diabetes en el 8% (n15). Se registró uso de corticoides inhalados en el 59% (n73). Los síntomas más frecuentemente hallados fueron: tos en el 97% (n174) y expectoración en el 94% (n169); seguidos de fiebre en el 36% (n66). Del total de pacientes, el 55% (n99) mostraron hallazgos radiológicos, siendo los más frecuentes la consolidación con broncograma aéreo 26% (n47) e infiltrado en patrón de árbol en brote en el 15.6% (n28). En cinco pacientes no se realizaron estudios por imágenes. El 72% (n129) de las cepas de nuestro estudio fueron no productoras de betalactamasa y productoras en el 28% (n50). En los casos de coinfección 18% (n33), los gérmenes más frecuentemente asociados fueron *St pneumoniae* (n8), *St aureus* meticilinosensible (n6) y *Ps. aeruginosa* (n5). La recurrencia de infección fue del 10.6% (n19). El antibiótico que recibieron fue amoxicilina-clavulánico en el 60% de los casos, seguido de fluoroquinolonas en el 21%. No fue tratado el 14.5%. Es importante mencionar que del total de pacientes, el 18% presentó fracaso terapéutico, en los cuales se rotó el esquema con éxito terapéutico.

Conclusiones: Se observó que más del 50% de la población estudiada tenía entre 60y79 años. La resistencia a la Ampicilina fue del 28%, coincidiendo con lo reportado en la bibliografía. Las comorbilidades más frecuentes son las respiratorias (EPOC y bronquiectasias no FQ), siendo el H.influenzae el desencadenante de exacerbaciones y neumonía. El antibiótico de elección recomendado sigue siendo amoxicilina-clavulánico.

Palabras clave: H. influenzae, sensibilidad antibiótica, resistencia antibiótica.

0102 - COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (FCM) DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL (UNL) DE LA CIUDAD DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2015

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Abregu, Juan Manuel(1) | Benítez, Sebastián(1) | Sánchez, Agustina(1) | Coronel, Nahuel(1) | Armando, Gustavo(2) | Bossio, Juan Carlos(2) | Landra, Flavio(2)
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral (1); Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" (2)

Introducción: En la FCM de la UNL se desconocen datos precisos de la cobertura de vacunación antigripal de los estudiantes de medicina que están en contacto con pacientes en los distintos efectores públicos de la ciudad de Santa Fe.

Objetivos: Describir la cobertura de vacunación antigripal y motivos de no vacunación en los estudiantes de medicina de los últimos 4 años de la carrera de la FCM de la UNL entre los meses de agosto y noviembre de 2015.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el período agosto-noviembre de 2015. Se utilizó una encuesta auto-administrada al 63,3% de los estudiantes de la carrera de medicina que cursaban entre el 3er y 6to año (n=650): el 83,4% de los de 3er año (n=186), el 79,2% de los de 4to año (n=156), el 67,7% de los de 5to año (n=107) y el 20,7% de los de 6to año (n=36). Se calculó el porcentaje de los estudiantes vacunados con su intervalo de confianza (IC) al 95% por el método de Wilson para el total y por año de cursado. La comparación entre las coberturas según el año de cursado se realizó mediante el test de Chi cuadrado. Se analizaron los principales motivos por los cuales los alumnos decidieron no vacunarse y se expresaron como porcentajes con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizaron los programas Excel 2010 y R Project.

Resultados: La cobertura de vacunación antigripal de todos los estudiantes para el período analizado fue de 34,0% (IC: 29,7; 38,3). La cobertura de vacunación se incrementó por año de cursado (p<0,01): 24,7% (IC: 18,3; 31,2) para 3er año, 33,9% (IC: 26,2; 41,7) para 4to año, 39,3% (IC: 29,5; 48,9) para 5to año y 66,7% (IC: 49,8; 83,4) para 6to año. La principal causa por la cual los alumnos decidieron no vacunarse fue por no considerarlo necesario 37,0% (IC: 31,5; 42,6). Cuando se analizó esta causa por año de cursado se vio que el porcentaje de alumnos que eligieron esta respuesta disminuyó a medida que aumentaba el año de cursado, el 61,6% de los que eligieron esta respuesta fueron de 3er año, el 21,2% fue de 4to, el 14,1% fue de 5to y el 3,0% de 6to. La segunda causa de mayor importancia fue temor a que la vacuna les cause gripe 9,4% (IC: 6,0; 12,8), y cuando se analizó esta causa por año cursado se vio que el 77,7% fueron de 3er año, y el 23,3% restante se dividió entre 4to, 5to y 6to. La tercera causa fue no creer en su eficacia 7,1% (IC: 4,1; 10,2), y el 63,6% de los estudiantes que eligieron esta respuesta fueron de 3er año mientras que el 36,4% restante se dividió entre los demás años.

Conclusiones: La cobertura de vacunación antigripal en los estudiantes de medicina fue muy baja. Aunque mejora en los últimos años de la carrera, no alcanza los valores recomendados para futuros profesionales de la salud. Los principales motivos por los cuales los alumnos de medicina no se vacunaron ponen de manifiesto el desconocimiento que los futuros profesionales médicos tienen sobre el tema; particularmente en el tercer año de la carrera, ya que mejora en los años siguientes. La baja percepción del riesgo de enfermarse le dan al rol que pueden tener como transmisores de la gripe a las personas que atienden, tanto ambulatoria como, especialmente, en hospitales.

Palabras clave: Estudiantes de Medicina. Cobertura de vacunación. Vacuna antigripal. Motivos de no vacunación.

0109 - ENFISEMA SUBCUTÁNEO COMO COMPLICACIÓN DE ABCESO PULMONAR POR SAMR

Modalidad: Póster - Caso Clínico
Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas
Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Sánchez, Ana Luz | Andersson, Roció | Correa, Yesica | Chirino, Mabel | Demarchi, Juan P | Mansella, Micaela | Outón, Verónica | Pellegrino, Gastón
Hospital Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata

Introducción: La fístula broncopulmonar es una complicación rara del absceso pulmonar, siendo el *Staphylococcus aureus* la bacteria más frecuentemente asociada.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 42 años de edad, con antecedentes de herida de arma de fuego a los 20 años, tabaquista 20 p/a. Consulta por tos y expectoración de 20 días de evolución, dolor torácico de intensidad moderado-grave localizado en cara anterior de hemitorax izquierdo y fiebre en las últimas 72hs, asociado a tumefacción de pared torácica y crepitación ipsilateral. Al examen físico, paciente en REG, se evidencia en tórax tumefacción pectoral izquierda que aumenta con la tos y movimientos respiratorios y crepitación a la palpación. RMV, se ausculta hipoventilación generalizada, resto del examen físico sin hallazgos. Se realiza un laboratorio con 16000 glóbulos blancos. Radiografía de tórax que se evidencia en LSI un nivel hidroaéreo compatible con absceso pulmonar asociado a enfisema subcutáneo homolateral y artefacto en hemitorax derecho correspondiente al antecedente de herida por arma de fuego. Se le realiza cultivo para GC y koch sin rescate bacteriológico, y hemocultivos x 2 con rescate de SAMR. Se indica antibióticoterapia con vancomicina y colocación de tubo de avenamiento. El paciente evoluciona con mejoría clínica y radiológica.

Discusión: El caso que presentamos es una forma de complicación poco frecuente del absceso pulmonar, en un paciente sin antecedentes de relevancia.

Conclusiones: Ante la presencia de enfisema subcutáneo, en un paciente con proceso infeccioso agudo debemos descartar posible fístula como complicación del absceso pulmonar.

Palabras clave: Enfisema subcutáneo, fístula broncopulmonar, absceso pulmonar, SAMR.

0115 - EPIDEMIOLOGÍA Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS CON NEUMONIA DE LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL GENERAL.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Franco, Pablo | Saad, Romina | Trinidad, Mariel | Müller, Cristian | Rodríguez Tacacua, Juan | Morales, Rosana | Gaitan, Cristina
Higa Pte Perú - Avellaneda

Introducción: La Neumonía Aguda de la Comunidad (NAC) es la causa infecciosa, del tracto respiratorio inferior, más común de muerte a nivel global, especialmente en adultos mayores y en sujetos con comorbilidades previas. Siendo la infección más frecuente, con variabilidad frente al diagnóstico y tratamiento en la práctica, decidimos presentar este trabajo para conocer el comportamiento de la NAC en un Hospital General de agudos.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes internados en sala general con NAC. Evaluar el grupo etario donde fue predominante. Conocer el germen más frecuente y determinar su asociación con patologías asociadas. Determinar la tasa de mortalidad y los días de internación.

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo descriptivo, que incluye pacientes internados en el servicio de Neumonología del HIGA Perú de Avellaneda, con diagnóstico de NAC al ingreso, durante el periodo de junio 2015, a junio 2016. Se registraron pacientes mayores de 16 años, con o sin comorbilidades que reúnen los criterios de neumonía y gravedad para ser internados en sala general, que no hayan sido hospitalizados dentro de los últimos 14 días previos, se excluyeron aquellos provenientes de instituciones geriátricas.

Resultados: El trabajo se realizó sobre un total de 190 pacientes internados, de los cuales el 30% (n=51) presentó diagnóstico de neumonía. Del análisis de la población estudiada resultó que el 35% (n=18) fueron hombres, y el 64% (n=33) mujeres. La edad promedio fue de 66 años, con una mínima de 16 años, y un máximo de 96 años. El grupo etario donde la enfermedad fue prevalente fue entre los 70 y 85 años. La tasa de mortalidad fue 16% (n=8), siendo la complicación más frecuente la insuficiencia respiratoria aguda que se asoció en un 50% a pacientes Diabéticos y a la EPOC en un 37% de los casos. Las enfermedades concomitantes por orden de frecuencia fueron, Diabetes; HIV; Obesidad; EPOC; Demencia, Hipertensión. De la

población con neumonía, el 33% (n=17) resultó ser tabaquista. El rendimiento bacteriológico por hemocultivos fue 17%, siendo el *Streptococo Neumoniae* (n=5) el más frecuente, seguido del *Stafilococo Aereus* (n=2). El rescate por Cultivo de esputo para gérmenes comunes fue nulo, y en dos pacientes resultó ser positivo para Koch. Se sospechó Enfermedad tipo Influenza en 6 pacientes indicándose tratamiento antiviral, y aspirado nasal con confirmación positiva solo en uno de ellos. En cuanto al esquema antibiótico, la monoterapia se empleó en 37 casos (72%) y en 14 casos se utilizaron asociaciones antibióticas, siendo la combinación más frecuente una aminopenicilina- inhibidor de las B lactamasa mas un macrolido (ampicilina sulbactam mas claritromicina). Otras drogas utilizadas en la monoterapia aparte de las aminopenicilinas- inhibidor de las B lactamasas, fueron quinolonas como levofloxacina, y cefalosporinas como ceftriaxona. Los días de internación promedio fueron 7 días. El 29% (n=15) de los pacientes internados, recibieron la vacuna antineumococcica en algún momento.

Conclusiones: La NAC es una enfermedad frecuente que genera una importante morbilidad y mortalidad. En los pacientes con infección por el VIH es una enfermedad que se debe tener en cuenta ya que ocurre de forma más frecuente que la mayoría de las infecciones oportunistas y predice la progresión de la infección por el VIH. La prevención de la NAC se puede efectuar mediante la vacunación específica contra el neumococo que en nuestra serie de pacientes fue baja, o bien intentando evitar las situaciones de riesgo que favorecen su presentación, fundamentalmente mediante la vacunación antigripal y la lucha contra el tabaquismo y la obesidad.

0124 - ¿EL FACED SCORE PUEDE PREDECIR EXACERBACIONES EN BRONQUIECTASIAS?

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

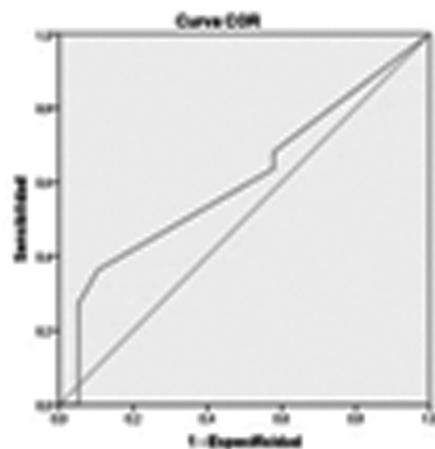
Yusti, Gabriel(1) | González, Alejandra(1) | Galperin, María De Los Ángeles(1) | Ceccato, Adrián(2)

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (1); Recibe Beca Ers Long Term Fellowship (2)

Introducción: Las bronquiectasias son un trastorno respiratorio crónico que clínicamente presentan tos recurrente, producción de esputo y predisposición a infecciones respiratorias consideradas como exacerbaciones. El diagnóstico de las mismas es tomográfico. El score FACED permite predecir mortalidad, sin embargo este no fue validado para predecir exacerbaciones.

Presentación de Caso Clínico: OBJETIVO: Evaluar la utilidad diagnóstica del FACED score para predecir exacerbaciones.

Discusión: MATERIAL Y METODOS: Análisis de una cohorte prospectiva de pacientes con bronquiectasias sin fibrosis quística. Se analizaron variables clínicas, funcionales, imagenológicas y bacteriológicas. Se calculó el FACED score y el número de exacerbaciones.



Los segmentos de diagonal se giraron mediante un ángulo.

Fig.2. Curva ROC evaluando la utilidad diagnóstica del FACED como parámetro para predecir exacerbaciones.

Conclusiones: Resultados: La mediana de edad de los pacientes fue de 49.5 años (IQR 25; 65) y 19 pacientes eran hombres (46%). La etiología fueron: post-infecciosa en 27 pacientes (65%), artritis reumatoidea en 3 pacientes (7%), e hipogammaglobulinemia en 2 pacientes (5%) y desconocida en 9 pacientes (22%). La mediana de exacerbaciones en el último año fue de 2 (IQR 0; 2). Veintidós pacientes (54%) presentaron al menos dos exacerbaciones ambulatorias o 1 que requirió ingreso hospitalario. Se calculó el FACED score obteniendo una mediana de 2 puntos (IQR 0; 2,5) Se observó una correlación positiva entre el FACED score y el número de exacerbaciones (fig.) (R 0,37 p-valor=0,014), sin embargo, cuando se evaluó a través de curvas características operativa del receptor (COR) para predecir la variable compuesta de exacerbaciones obtuvimos una baja área bajo la curva (0,60 95%IC 0,43; 0,78) (Fig. 2) **CONCLUSION:** El FACED score demostró una correlación positiva con el número de exacerbaciones sin embargo la utilidad diagnóstica para predecir exacerbaciones que permitan adoptar cambios en la conducta clínica fue baja.

Palabras clave: bronquiectasias FACED pseudomona

0131 - UNA SORPRESA DIAGNÓSTICA: ASPERGILOSIS TRAQUEOBRONQUIAL Y PULMONAR EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA LEVE.

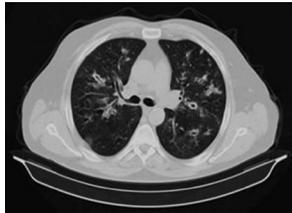
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Fernández Stechina, Guillermina | Elías, Carlos | Guevara, Mariela | Alberti, Laura | Fernández, Martín | Guman, Gabriela | Coco, Bárbara | Caro, Fabián | Gallego, María José | Lombardi, Dora | Tanco, Susana
Hospital María Ferrer

Introducción: Las enfermedades pulmonares de presentación nodular comprenden un grupo heterogéneo de patologías. De manera arbitraria se las puede dividir en causas infecciosas y no infecciosas, siendo las primeras de mayor frecuencia. A continuación se presenta un caso de un paciente con compromiso pulmonar nodular asociado a un síndrome febril prolongado.



Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 54 años con antecedentes de asma, tabaquista de 27 pack/year, enolista de 48 g alcohol/día, hipertensión arterial y diabetes no insulino requiriente. Consultó por síndrome febril vespertino de 21 días de evolución asociado a astenia, pérdida de peso, tos con expectoración purulenta y disnea progresiva hasta grado 3 mMRC. Se realizó radiografía de tórax donde se observaron múltiples imágenes de aspecto nodular con distribución en cuatro cuadrantes. La TAC evidenció múltiples nodulillos centrolobulillares e imágenes de aspecto nodular, algunas con cavitación. Se solicitó esputo en 3 ocasiones con resultado negativo tanto para gérmenes comunes, micobacterias y hongos. Realizó tratamiento antibiótico con amoxicilina clavulánico sin respuesta clínica, por lo que se internó. Se realizaron hemocultivos y urocultivo sin aislamientos; y esputo con baciloscopía negativa. Se inició tratamiento empírico con Piperacilina Tazobactam, evolucionando con fiebre persistente sin descompensación hemodinámica y con requerimiento de oxígeno a bajo flujo. Se efectuó broncoscopia que informó: "en tráquea distal y ambos bronquios fuentes lesiones en placa que comprometen la mucosa, de aspecto blanquecino que se extienden a lo largo de toda la membrana posterior, y a nivel de la carina principal se observa lesión blanquecina ulcerada, se tomó biopsia directa (BD) y se realizó lavado broncoalveolar (LBA)". En dichas muestras no se aislaron micobacterias. En anatomía patológica se observó la presencia de un hongo filamentosos en BD, y en bacteriología se aisló *Aspergillus flavus* en ambas muestras. Se interpretó el cuadro como aspergillosis nodular y traqueobronquial; y se indicó tratamiento con Anfotericina con buena respuesta clínica. **Conclusiones:** La Aspergillosis traqueobronquial es una

entidad poco frecuente, que se suele observar con mayor frecuencia en pacientes oncohematológicos, neutropénicos o con tratamiento corticoideo prolongado, entre otras. En este caso el paciente presenta diabetes y enolismo como únicos factores de riesgo. La presentación clínica suele ser inespecífica, siendo más desafiante el diagnóstico temprano.

Palabras clave: Aspergillosis traqueobronquial. Aspergillosis pulmonar. Nódulos pulmonares. Inmunodeficiencia leve.

0156 - ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS EN FIBROSIS QUÍSTICA: PREVALENCIA Y RELEVANCIA CLÍNICA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Baran, Ezequiel | Butti, María Florencia | D'Ascenzo, Virginia | García, Gabriel | Granero, Noemí | Hendriksen, Berta | Menna, Laura | Pistorio, Viridiana | Volta, Luis
HIGA R. Rossi

Introducción: Diferentes estudios muestran la capacidad del *Achromobacter xylosoxidans* de causar infección crónica en la vía aérea de los pacientes que padecen fibrosis quística (FQ). El *A. xylosoxidans* es aislado con mayor frecuencia en pacientes con FQ en todo el mundo.

Objetivos: Describir la prevalencia e incidencia de infecciones en el centro de atención de pacientes adultos con fibrosis quística y valorar su relevancia clínica.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes adultos donde se aisló por lo menos en tres cultivos de esputo *A. xylosoxidans* en el lapso de seis meses, durante un período de uno a cuatro años. Se registró: sexo, edad, índice de masa corporal, parámetros de función pulmonar (VEF1 y CVF), diabetes y la asociación con otras infecciones crónicas de la vía aérea.

Resultados: De un total de 76 pacientes, en 7 (9.21%) se aisló *A. xylosoxidans*, 3 de sexo femenino. Edad media 26 (18-31) años, diabetes 1, índice de masa corporal promedio 18.58, en su totalidad presentaban coinfección con *Pseudomona aeruginosa* mucosa, 6 *Staphylococcus aureus* Meticilino Resistente, 1 *Staphylococcus aureus* Meticilino Sensible, 1 *Aspergillus fumigatus*, 1 *Burkholderia cepacia*, 1 *Scedosporium* spp. Todos presentaban severa compromiso de la función pulmonar (VEF1 promedio 26,5% y CVF 41,14%). No se registró incremento del número de tratamientos endovenosos.

Conclusiones: Al momento del primer aislamiento todos los pacientes tenían estado nutricional bajo valorado por IMC y severo compromiso de la función pulmonar (valorado por VEF1 y CVF). El 100% presentaba coinfección con otros gérmenes. No tuvimos registro de incremento de tratamientos endovenosos.

Palabras clave: *Achromobacter xylosoxidans* - fibrosis quística

0182 - NEUMONIA POR STROGYLOIDES EN INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

De La Barra Mayora, Paola | Acero, Eduardo | Viera, Gustavo | Trentini, Jessica | Avendaño, Juan

Hospital Interzonal de Agudos Dr. Diego Paroissien

Introducción: Varón de 50 años de edad con antecedentes de tabaquismo severo, EPOC con regular adherencia al tratamiento con teofilina 300 mg/día salmeterol+fluticasona y salbutamol, múltiples internaciones por EPOC reagudizado.

Presentación de Caso Clínico: Consulta a guardia por fiebre, y sensación de falta de aire. Ingresó febril, cianótico con mala mecánica ventilatoria y alteración del sensorio por lo cual se decide intubación orotraqueal y conexión a ARM. Al examen se constata un tórax hiperinsuflado, utilización de músculos accesorios y tiraje intercostal, matidez en base de hemitórax izquierdo, columna sonora, hipoventilación global. Adelgazamiento marcado, cianosis periférica, mucosas secas, resto sin particularidades. Laboratorio: HTO 49%, BL.36.800 (80% GRANULOCITOS), U.28, CR 0.6, GLU. 114, PH 7.12, PCO₂ 74.2, PO₂ 65.8, HCO₃ 41.6, E.B. -7.1, SO₂ 83%, VSG 165. RX tórax: aumento de los espacios intercostales, horizontalización

de las costillas, radiopacidad con broncograma aéreo en L.I.I. que impresiona cavitada, tractos fibrocicatrizaes en ambos lóbulos superiores. Se interpreta como EPOC reagudizado más neumonía y se interna en UTI. Se realizan HMCX2 se inicia antibiocioterapia con ceftazidima+claritromicina y soporte ventilatorio con mejoría parcial tras 72hs de tratamiento por lo cual se extuba y pasa a sala de terapia intermedia. Donde continua con registros febriles, disnea, abundantes secreciones, cumple 7 días de imipenem. Se envía muestra para BAAR y citología de esputo. HMCX2 negativo. Tac de tx: múltiples bullas en ambos lóbulos superiores, tractos fibrocicatrizaes en vértices, consolidación extensa, cavitada con compromiso de dos segmentos en lóbulo inferior izquierdo. Se realiza FBC sin lesión endobronquial con abundantes secreciones, se realiza BAL enviándose muestra para directo y cultivo de gérmenes comunes, BAAR, micológico y estudio citológico con resultados negativos.

Discusión: Continua febril sin foco claro, regular estado general con requerimiento de oxígeno, leucocitosis realizando 6 días de piperacilina-tazobactam.

Conclusiones: Se recibe serología HIV no reactiva, VDRL, MHTP reactivo, nuevo HMCX2 negativo, BAAR de esputo negativo, citología de esputo negativa para células neoplásicas con visualización de larva de strongyloides. Se interconsulta con infectología quienes indican nitazoxanida 500mg cada 12hs por 3 días y repetir a los 7 días, tac de senos paranasales, abdomen y pelvis más ecografía abdominal y testicular sin hallazgos significativos. Evolucionan favorablemente por lo cual es dado de alta con oxígeno domiciliario por hipertensión pulmonar. Actualmente se encuentra en seguimiento por neumonología.

Palabras clave: neumonía, strongyloides, inmunocompetente.

0185 - ASPERGILOSIS PULMONAR CON EXPRESIÓN ENDOSCÓPICA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Bocca, Xavier | Grodnitzky, María Laura | Morandi, Valeria | Itcovici, Nicolás | Sánchez, Martín | Brescaín, Carlos | Farfán Gómez, Roberto | Castillo, Virginia Soledad | Bracco, Ricardo | Malamud, Patricia
Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo

Introducción: Se presenta un caso clínico de aspergilosis pulmonar

Presentación de Caso Clínico: Varón de 69 años extabaquista (52 p/a), ex estilista con síntomas respiratorios y síndrome de impregnación de 3 meses. TC de Tórax: Consolidación en LSD con bronquiectasias e imagen cálcica en luz bronquial del LSD y adenomegalias mediastínicas. Lab: GB:25.000, Hto:26%, Hb:9, Pla:819.000 y ESD105. Interpretándose como probable neumonía post-obstructiva, recibe tratamiento con Ampic/Sulbactam-Ciprofloxacina. FBC: Bronquio LSD ocupado totalmente por lesión endoluminal. La histopatología evidencia proceso inflamatorio crónico en actividad con presencia de hifas tabicadas en ángulo de 45 grados (Aspergillus). En presencia de Bronquitis Aspergilar se inicia Itraconazol 400 mg/d. Dada la sospecha oncológica se realiza nueva FBC obteniéndose como dato positivo lesión en LSD endoluminal blanquecina nacarada que se desplaza permitiendo ver otra formación de aspecto proliferativo. El paciente evoluciona favorablemente con mejoría clínica, de laboratorio y radiológica. Se reinterpreta al paciente como probable aspergilosis pulmonar invasiva, a pesar de la falta de tejido pulmonar que confirme el diagnóstico, dada la respuesta al antimicótico y ausencia de células neoplásicas en ambas biopsias endoscópicas.

Conclusiones: La aspergilosis pulmonar puede manifestarse de diferentes maneras. El espectro puede variar desde una "colonización" en cavidades preexistentes hasta formas invasivas. En este caso, se presenta un paciente con lesión endoluminal como factor confundidor de cáncer.

0189 - PARACOCCIDIODOMICOSIS PULMONAR CON DISEMINACION GENITOURINARIA Y PROBABLE COMPROMISO INTESTINAL

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Gómez Sabalza, Carolina Andrea | De Stefano, Gastón | Rodríguez Mieres, Adriana | Casco, Nicolás | Messina, Fernando | Veliz, Lisandro | Cufre, Mónica | Palmero, Domingo
Hospital F. J. Muñoz

Introducción: La paracoccidiodomicosis (PCM) es una micosis profunda sistémica. Afecta principalmente a trabajadores rurales del sexo masculino. El contagio ocurre a través de la inhalación de conidias y se disemina por vía hematológica y linfática. Las formas crónicas representan más del 80% de los casos y compromete principalmente piel, mucosa orofaríngea, ganglios linfáticos, bazo y glándulas suprarrenales. Con menor frecuencia SNC, osteoarticular, estómago, hígado, esófago, epidídimo y testículo. Presentamos un caso con PCM pulmonar con compromiso genital e intestinal.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino, de 68 años, paraguayo, reside en zona rural en Formosa, con antecedentes de tabaquismo, consumo de leche sin pasteurizar, ulcera gástrica (diagnosticada hace 4 meses) y quiste escrotal izquierdo con resolución quirúrgica hace 4 años. Consulta por disnea de varios meses de evolución y deterioro del estado general asociado a diarrea de 6 meses de evolución y dificultades para orinar. Al examen físico presenta caquexia, marcada hipoventilación generalizada, sin desaturación al aire ambiente. En región nasal interna presenta lesión ulcero-costrosa y en testículo izquierdo una ulceración eritematosa de aproximadamente 1 cm. En TAC de tórax se observó distorsión de la arquitectura pulmonar, asociado a enfisema bulloso subpleural bilateral, biapical y nodulillos centrolobulillares. La ecografía genital evidenció engrosamiento de las paredes escrotales, a predominio izquierdo, con solución de continuidad hacia el interior, y aire al mismo nivel. Testículo y epidídimo con imágenes abscedadas. En fosa iliaca derecha se evidencia adenopatía de 30x15 mm. Se decide realizar toma de muestra de lesión nasal y testicular, con aislamiento de Paracoccidiodioides brasiliensis y serología positiva para dicho germen. BAAR negativo. HIV negativo. Se inicia tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol. Se realiza fibrobroncoscopia para descartar TBC, con resultado negativo en examen directo y cultivo. El paciente evoluciona con mejoría clínica y de las lesiones. Por el antecedente de diarrea, se realiza TAC de abdomen y pelvis, donde no se observa plano de clivaje entre recto y vejiga, se le solicita una rectosigmoideoscopia y se observa mucosa sin lesiones y presencia de líquido claro límpido levemente amarillento. Ante este hallazgo y su antecedente de ulcera gástrica, se sospecha afectación intestinal por la misma etiología. El diagnóstico definitivo fue una PCM diseminada con afectación testicular. Con probable compromiso gastrointestinal.

Conclusiones: En las formas crónicas de PCM, el pulmón es el órgano más afectado, siendo el aparato genitourinario el menos frecuentemente comprometido, con una incidencia de 1,6-2%. La edad de presentación de la forma crónica de PCM es de 30-75 años, casi exclusivamente del sexo masculino. La PCM intestinal tiene una incidencia del 2.7 al 28%, afecta principalmente intestino, en regiones con abundante tejido linfático (íleon, apéndice, hemicolon derecho). Produce lesiones ulcerativas granulomatosas con formación de abscesos y diseminación linfática regional, que se manifiestan por dolor abdominal difuso, anorexia, vómitos y fiebre.

0198 - ESTRONGILOIDIASIS PULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Castillo, Silvia | Alaniz, Marianela | Saborido, Sabrina | Vilas, Gerardo | Scafati, Matias | Redolfi, German | Faccioli, Graciela
Hospital Tornú

Introducción: Strongyloides Stercoralis es un parásito facultativo endémico en América latina, sudeste de Asia, África subsahariana y partes del sudeste de Estados Unidos. La presentación clínica varía desde una infección asintomática, con leves síntomas abdominales o en piel, hasta una infección

diseminada y fatal en huéspedes inmunocomprometidos.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 43 años de edad sin antecedentes relevantes. Ingresa a servicio de Neumonología desde guardia externa por referir tos, dolor torácico y disnea progresiva hasta grado 4 mMRC de 15 días de evolución. A su ingreso se constata hipoxemia (PO₂ 56). Se realiza rx de tórax con opacidades reticulares bilaterales. Tomografía de tórax que evidencia patrón en vidrio esmerilado bilateral. Se interpreta como neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*. Se realiza test rápido de HIV el cual resulta positivo, posterior recuento de CD4: 30 cél/mm³. Fibrobroncoscopia sin lesiones endoluminales, con BAAR directo negativo, PCR positiva para PCP en el BAL. Se inicia tratamiento con Trimetoprima sulfametoxazol y corticoides sistémicos. Intercurre con eritema polimorfo autolimitado a los 7 días, interpretado como secundario a antibiocioterapia. Evolución con mejoría clínica y radiológica, por lo cual se otorga el alta hospitalaria. Luego de diez días concurre nuevamente a guardia externa por fiebre asociada a tos con expectoración mucopurulenta, hipoxemia, se realiza nueva rx de tórax con opacidades alveolares bilaterales. Laboratorio sin leucocitosis y formula leucocitaria normal, ERS 39 mm. A su ingreso presenta sibilancias y roncus diseminados, lesiones eritemato-papulosas y pruriginosas en abdomen. Bajo diagnóstico de Neumonía Intrahospitalaria se inicia tratamiento con Piperacilina Tazobactam y corticoterapia, con hemocultivos que resultaron negativos. Nueva TC de tórax evidencia patrón de vidrio esmerilado parcheado bilateral con tendencia a la consolidación, árbol en brote e imágenes cavitadas en lóbulo superior izquierdo. Se realiza nueva fibrobroncoscopia y BAL donde se visualiza larva de strongyloides *Stercoralis* en examen directo. Inicia tratamiento con Ivermectina con buena evolución clínica.

Discusión: La strongyloidiasis diseminada tiene una mortalidad de alrededor del 77%. Deberá estar incluida en el diagnóstico diferencial en casos de síntomas difusos e inespecíficos respiratorios, en piel y abdomen, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Algunos pacientes, como estos últimos, pueden cursar una strongyloidiasis diseminada con un recuento de eosinófilos normal e incluso reducido.

Conclusiones: El daño iatrogénico de la corticoterapia en pacientes con infección por *Strongyloides* asintomático es importante y se aconseja el screening de las heces y fluidos como el esputo, antes y durante la administración de terapia inmunosupresoras en individuos de alto riesgo.

0220 - REPORTE DE CASO. ASOCIACIÓN ENTRE TUBERCULOSIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS PULMONAR CON ORQUIEPIDIDIMITIS ASOCIADA.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Infecciosas

Rodríguez Mieres, Adriana | De Stefano, Gastón | Gómez, Carolina | Casco, Nicolás | Messina, Fernando | Poggi, Susana | Cufre, Mónica | Palmero, Domingo
Hospital F.J. Muñiz

Introducción: Las manifestaciones clínicas a nivel pulmonar de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* y *Paracoccidioides brasiliensis* pueden ser muy variables y en ocasiones difíciles de diferenciar entre ellas. Se presenta un caso de la sala de Neumotisiología del Hospital Muñiz con la asociación pulmonar entre estas dos entidades, con afectación testicular.

Presentación de Caso Clínico: Paciente varón de 53 años, Paraguay. Antecedentes laborales: tareas rurales. Refiere comenzar hace 5 meses con síndrome de impregnación, disfagia, pérdida de 18 Kg de peso aproximadamente, y en el último tiempo se agregan episodios de hemoptisis leve. Al ingreso, en el examen físico presentaba rales crepitantes en hemitórax izquierdo y lesión de aspecto ulcerado en paladar. En testículo derecho, lesión indurada, no dolorosa. Se realiza interconsulta con Servicio de ORL quienes observan paladar blando, pared anterior faríngea y mucosa yugal con exudado blanquecino. Epiglotis comprometida. La ecografía testicular informa testículo derecho aumentado de tamaño con imagen compatible con absceso en su interior, epidídimo con cabeza aumentada de tamaño, aspecto abscedado. Serología para HIV negativa,

baciloscopia de esputo positiva (+ + +) y micológico de esputo con aislamiento de *Paracoccidioides brasiliensis*. Serología para *Paracoccidioides brasiliensis* positiva. El paciente inició tratamiento con drogas antifúngicas de primera línea y tratamiento con anfotericina B y luego trimetoprima-sulfametoxazol. Evolucionó favorablemente. Baciloscopia de esputo de control negativa con cultivo positivo 2 colonias *M. tuberculosis*. Micológico de esputo directo negativo. El diagnóstico definitivo fue la asociación Tuberculosis pulmonar y *Paracoccidioidomicosis*. El tamaño de la lesión testicular disminuyó, pero no pudo ser filiada ya que no hubo toma de muestra.

Conclusiones: En adultos, la PCM es una enfermedad pulmonar crónica y progresiva, que puede ser similar a la TB. La diseminación puede ser broncogénica, hematogénica o linfática y afectar órganos como mucosa traqueobronquial, piel, glándulas suprarrenales, tracto gastrointestinal y SNC. La TB activa puede preceder, coexistir o seguir a la PCM en el 24% de los pacientes en áreas endémicas. En nuestro país hay estudios que informan una asociación de estas dos entidades en un 7.8%. En Paraguay, su asociación con la tuberculosis presenta una frecuencia del 20%, con compromiso pulmonar fundamentalmente. Es importante su búsqueda, particularmente en pacientes que provienen de áreas con alta prevalencia. La PCM genitourinaria es poco frecuente, con una incidencia entre el 1.6 y 2%, casi exclusiva en hombres. Cuando afecta testículo puede presentarse como masa palpable, placas eritematosas con posibilidad de fistulización. Iguales características presenta la tuberculosis testicular, la cual se presenta en aproximadamente en el 5% de los pacientes con afectación pulmonar.

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas E Inmunología

0071 - ESTUDIO RANDOMIZADO DE INTERCAMBIO DE INDACATEROL Y UNA COMBINACIÓN DE SALMETEROL/ FLUTICASONA EN PACIENTES CON EPOC MODERADO: ANÁLISIS DE LA PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DEL ESTUDIO INSTEAD

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas E Inmunología

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Del Olmo, Ricardo(1) | Rossi, Andrea(2) | Van Der Molen, Thys(3) | Papi, Alberto(4) | Wehbe, Luis(5) | Quinn, Matthew(6) | Altman, Pablo(6)

Hospital María Ferrer (1); Universitaria Integrada (2); University Of Groningen (3); Universidad De Ferrara (4); Fundación Entisema (5); Novartis Pharmaceuticals Corporation (6)

Puntuación diaria	Semana 12		Diferencias del tratamiento		Semana 26	
	LS mean (IC)	p	LS mean (IC)	p	LS mean (IC)	p
Tos	0.04 (眢0.07, 0.16)	0.458	0.03 (眢0.06, 0.16)	0.588		
Sibilancias	0.00 (眢0.11, 0.11)	0.954	眢0.02 (眢0.14, 0.09)	0.672		
Producción de esputo	0.02 (眢0.11, 0.14)	0.806	眢0.01 (眢0.13, 0.12)	0.934		
Color de esputo	0.06 (眢0.04, 0.16)	0.273	0.04 (眢0.07, 0.14)	0.511		
Disnea	0.00 (眢0.12, 0.12)	0.961	0.02 (眢0.12, 0.15)	0.825		
Dolor de garganta	眢0.03 (眢0.15, 0.04)	0.428	眢0.04 (眢0.11, 0.03)	0.232		
Resfriado	0.00 (眢0.12, 0.12)	0.999	眢0.03 (眢0.14, 0.10)	0.478		
Fatiga	0.00 (眢0.02, 0.02)	0.827	0.01 (眢0.02, 0.03)	0.688		

Introducción: Los pacientes con bajo riesgo de exacerbaciones y limitación moderada del flujo aéreo son frecuentemente medicados con corticosteroides inhalados, contrariamente a las recomendaciones GOLD (1). Los datos del estudio INSTEAD demostraron que los pacientes con EPOC moderada y sin exacerbaciones en el último año pueden ser rotados de la combinación salmeterol/ fluticasona (SF) a indacaterol (IND) sin pérdida de eficacia (2). Presentamos un análisis exploratorio del estudio INSTEAD para evaluar la eficacia de IND versus SF en términos de cambios en la puntuación de síntomas.

Objetivos: Demostrar que pacientes con limitación moderada al flujo aéreo y con bajo riesgo de exacerbaciones pueden recibir tratamiento efectivo con broncodilatadores de acción prolongada, sin necesidad de usar corticoides inhalados.

Materiales y Métodos: Los métodos se han publicado previamente (2). Se registraron los síntomas respiratorios diarios matutinos/ vespertinos (tos, sibilancias, volumen y color del esputo, disnea, dolor de garganta, resfriado y fiebre), porcen-

taje de “noches sin despertares nocturnos”, “días sin síntomas matutinos” y “días apto para realizar las actividades diarias habituales” de los pacientes mediante los diarios electrónicos en el transcurso de 12 y 26 semanas de tratamiento.

Resultados: No se han observado diferencias significativas en la puntuación de síntomas, porcentaje de “noches sin despertares nocturnos”, “días sin síntomas matutinos” y “días apto para realizar las actividades diarias habituales” entre IND y SF a las semanas 12 y 26 (Tabla: Diferencias en el tratamiento (indacaterol versus salmeterol/fluticasona) en el cambio desde el nivel basal en las puntuaciones diarias de síntomas individuales, en las semanas 12 y 26. LS mean, Media de mínimos cuadrados; IC, intervalos de confianza). Tampoco se encontraron diferencias significativas analizando ambos grupos de pacientes según su nivel de eosinófilos en sangre periférica.

Conclusiones: El estudio INSTEAD demostró que los pacientes con limitación moderada del flujo aéreo y bajo riesgo de exacerbaciones podrían ser rotados de SF a IND sin deterioro en los síntomas ni en la puntuación de síntomas. Referencias: 1. Vestbo J et al. *Respir Med* 2014; 108:729-36. 2. Rossi A et al. *ERJ* 2014; 44:1548-56.

Palabras clave: LABA Indacaterol Fluticasona Salmeterol EPOC INSTEAD

0135 - EVIDENCIA DE ETOSIS DEL EOSINÓFILO EN LA EPOC: ¿REPRESENTA EL DETONANTE DE LA ENFERMEDAD?

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Uribe Echevarría, Elisa Margarita(1) | Leimgruber, Carolina(2) | García González, Jorge(1) | Navado, Alberto(1) | Álvarez, Ruth(3) | García, Luciana(2) | Quintar, Amado(2) | Maldonado, Cristina(2)

Sanatorio Allende (Nueva Córdoba) (1); Centro de Microscopía Electrónica, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud INICSA-CON (2); Centro de Cesación Tabáquica del Nuevo Hospital San Roque (3)

Introducción: A pesar de las numerosas investigaciones llevadas a cabo sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), las bases celulares y moleculares del desarrollo de la enfermedad están escasamente dilucidadas. Los neutrófilos y eosinófilos son conocidos por ser células protagonistas en la EPOC; recientemente se ha demostrado en la EPOC, un mecanismo de muerte del neutrófilo por NETosis, que incluye la descondensación de la cromatina y su extrusión para formar redes extracelulares (NET). Sin embargo, existe un conocimiento limitado acerca de esta muerte celular en los eosinófilos (ETosis) y su papel en la patogénesis de la EPOC.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar ETosis en la EPOC estable

Materiales y Métodos: Se obtuvieron muestras de esputo inducido (EI) de fumadores sanos (FS) y pacientes con EPOC con bajo riesgo de exacerbación (BRE) EPOC A-B y pacientes con alto riesgo de exacerbación (ARE) EPOC C-D (GOLD 2014); los pacientes incluidos eran de ambos sexos mayores de 60 años. Las muestras fueron procesadas para citospin, microscopía electrónica e inmunofluorescencia.

Resultados: Los FS (n = 10) y los pacientes con EPOC A (n = 6) exhibieron fenotipos celulares neutrofilico o paucigranulocítico. No se observó NETosis en el EI de estos pacientes. En contraste, la EPOC B (n = 7), mostró un fenotipo eosinófilico o mixto y ETosis y NETosis insipientes. EPOC-C (n = 14) y D (n = 10) se diferenciaron por el BRE-COPD por el detritus celular abundante, EPOC C tiene un patrón eosinófilico y numerosas células en ETosis. Una característica distintiva de este grupo fue la abundancia de las membranas liberadas que a menudo aparecía fagocitados por los neutrófilos que casualmente exhibieron cambios pre-NETóticos. El grupo EPOC D incluyó a pacientes con un patrón mixto o neutrofilico, con abundante material derivado de NETs.

Conclusiones: Este estudio es el primero en demostrar ETosis en diferentes etapas de la EPOC estable. Los resultados sugieren un papel de los eosinófilos en la fisiopatología de la EPOC, especialmente al comienzo y durante la persistencia de la enfermedad, independientemente de si el paciente deja de fumar, con desechos de ETosis probablemente estimule la

activación incontrolada NETosis. Estos hallazgos direccionan la atención a los fumadores jóvenes con el potencial de desarrollar la enfermedad.

Palabras clave: EPOC, eosinófilos, neutrófilos, NETosis, ETosis, esputo inducido

0139 - CORRELACIÓN ENTRE EOSINÓFILOS DE ESPUTO Y SANGRE PERIFÉRICA. PODEMOS USARLOS INDISTINTAMENTE?

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Uribe Echevarría, Elisa Margarita | GarcíaGonzález, Jorge | Navado, Alberto
Sanatorio Allende (Nueva Córdoba)

Introducción: Una de las células protagónicas en los procesos inflamatorios bronquiales y pulmonares es el eosinófilo por sus características citotóxicas y la posibilidad de respuesta al tratamiento corticoideo. Determinar su presencia define gestos diagnósticos y terapéuticos en los algoritmos de síndromes respiratorios. En estos casos el esputo inducido es el patrón oro como método no invasivo para identificar patrones inflamatorios de la vía aérea. Sin embargo se le cuestiona su falta de disponibilidad, por lo que instan disponer un marcador inflamatorio asequible.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue demostrar si existe correlación de los eosinófilos en esputo inducido y en sangre periférica, determinar su punto de corte y estipular recomendaciones de su uso.

Materiales y Métodos: Desde la base de datos de citología de esputo inducido del servicio de Neumonología del Sanatorio Allende, se incluyeron solo paciente que pertenecían a la Institución y a los que se les hubiera realizado en la misma fecha un citológico de sangre periférica en el laboratorio de análisis químico de la Institución (auto-analizador Selldyn 3700@acreditación Norma ISO 15189). Las causas por las cuales se les había solicitado la citología de esputo estaban incluidas en alguna de las siguientes entidades: asma (A), EPOC (E), tos crónica (T), enfermedad intersticial (I) y disnea no aclarada (D). Se incluyeron variables demográficas de los pacientes. Los datos se presentan en medias y su desvío estándar, se empleó la correlación de Pearson y curva de ROC analizados con el programa Infostat versión 2015, considerándose valor significativo una $p = < 0,05$.

Resultados: Desde una base de datos de 333 muestras de esputos realizadas en el periodo septiembre del 2013 a septiembre 2015; 255 (77%) correspondieron a pacientes pertenecientes al Sanatorio Allende de los cuales 121 (36%) reunían los criterios de inclusión. Sesenta y cinco mujeres de 54 ± 14 años y 56 hombres, 50 ± 17 años. Los motivos por los cuales se solicitó citología de esputo fueron A 32 casos (26%) E 12 (10%) T 39 (32%); I 16 (13%) y D 22 (18%). La media de eosinófilos fue $11\% \pm 8$ y $4\% \pm 3$ en esputo y sangre periférica respectivamente. Hubo correlación positiva significativa entre eosinófilos en esputo y sangre periférica en A ($p=0.001$) E ($p=0.003$) y D ($p= 0,02$). No se halló correlación en T ni en I ($p= 0,1$ y $0,06$ respectivamente). Para un punto de corte de eosinófilos en esputo de $\geq 3\%$, la curva de ROC determinó un punto de corte de eosinófilos en sangre de 3% para A, siendo éste un valor dentro de límites normales para el laboratorio de referencia (VN: $1\%-3\%$), y 4% para E, T e I. La sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo del porcentaje de eosinófilos en sangre fue de 67% , 70% , 74% y 63% respectivamente.

Conclusiones: A pesar de una correlación positiva entre eosinófilos en sangre periférica y esputo, la sensibilidad, especificidad y valores predictivos son débiles para el método en sangre. Estos resultados recomiendan tener precaución de usar eosinófilos en sangre para el manejo de pacientes con riesgo de perder el control del asma y exacerbación de EPOC, como así también para ajustar terapéutica esteroidea o iniciar y supervisar nuevas terapias antiinflamatorias.

Palabras clave: Eosinofilos en sangre periférica, Eosinofilos en esputo enfermedades respiratorias, sensibilidad y especificidad.

0146 - EXPERIENCIA CON CUESTIONARIO CODE EN POBLACIÓN TABAQUISTA DE CÓRDOBA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Ponce, Juan José | Goñi, Malvina Ines | Dave, María Eugenia | Herrero, Macarena | Maracini, María José | Bringas, Martín | Alvarez, Ruth | Pereyra, Betiana
Nuevo Hospital San Roque

Introducción: El cuestionario CODE, fue desarrollado para la detección de pacientes con posible enfermedad pulmonar obstructiva crónica en población fumadora argentina. El cuestionario tiene buena precisión diagnóstica; presenta una sensibilidad del 79% y una especificidad del 46%, con un valor de corte de 3 puntos. Puede determinar el riesgo de padecer enfermedad obstructiva, puntajes de 0-2 tienen bajo riesgo de padecerla, y puntajes de 5-6 tienen mayor posibilidad de diagnóstico de EPOC.

Objetivos: Valorar la sensibilidad y especificidad del cuestionario CODE para detectar casos probables de EPOC en población de Córdoba.

Materiales y Métodos: Diseño del estudio retrospectivo, descriptivo Población Pacientes autoconvocados que asistieron a la campaña de EPOC durante el mes de noviembre de 2015 en la Unidad de Neumonología del Nuevo Hospital San Roque en Córdoba Capital. Participaron en total 300 pacientes pertenecientes a población hospitalaria y general. Criterios de Inclusión Pacientes mayores de 40 años, de ambos sexos, ex tabaquistas o tabaquistas activos. Criterios de exclusión • Menores de 40 años de edad • No fumadores • Pacientes que no pueden realizar adecuadamente la maniobra espirométrica. • Respuesta a broncodilatador (FEV1 > 200 y 12% de variación post BDI) • No completar correctamente el cuestionario CODE • Diagnóstico previo de enfermedad pulmonar obstructiva Pruebas funcionales Los pacientes completaron el cuestionario CODE de forma autónoma. Se realizaron espirometrías con espirómetro SPIROBANK G de MIR de acuerdo a criterios de aceptabilidad y repetibilidad de ATS. A todos los pacientes se le realizó prueba pre y post broncodilatador, utilizando 400 ug de salbutamol. Análisis de datos Se realizó base de datos en Microsoft Excel. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, curvas ROC con software estadístico SPSS versión 17.0 para Windows.

Tabla. Performance de cada punto de corte del cuestionario CODE para el diagnóstico de EPOC.

CODE	Sujetos total	Sujetos EPOC	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPP	VPN
0	5	0	NA	NA	NA	NA
1	39	1	100	2,67	13	1
2	38	3	96,29	22,99	15	98
3	36	6	85,18	41,71	17	95
4	66	7	62,96	57,75	18	92
5	22	7	37,03	89,30	33	91
6	8	3	11,11	97,32	38	88

VPP: Valor predictivo positivo. VPN: Valor predictivo negativo.

Resultados: En el estudio participaron 300 personas, se excluyeron 86 por criterios antes mencionados. Igual al estudio original, ningún individuo con CODE 0, presento EPOC. La presencia de una única variable en el cuestionario tiene una sensibilidad del 100% para detectar un posible caso de EPOC. La sensibilidad disminuye y la especificidad aumenta acorde a una mayor puntuación, obteniéndose así una sensibilidad del 11% y una especificidad de 97% para un puntaje de 6 en dicho cuestionario. En nuestro análisis estadístico el área bajo la curva es de 0,7 en comparación con 0,75 del estudio original.

Conclusiones: A través del análisis estadístico de la información recabada concluimos que los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos no varían mucho de acuerdo al estudio original. También optamos por un punto de corte de 3 puntos obteniendo una sensibilidad de 85% y una especificidad de 42%. El área bajo de la curva ROC presenta solo 0,05 puntos de diferencia entre ambos estudios. Concluimos que el cuestionario CODE, una herramienta auto-administrada, auto-calificada, es apta en atención primaria de la salud, para detectar eficazmente aquellos individuos a los cuales

es apropiado realizar una espirometría para el diagnóstico correcto de EPOC. Además es totalmente aplicable a la población Córdoba, que no fue estudiada para la validación del cuestionario.

0160 - MORBI MORTALIDAD POR EPOC EN LA CIUDAD DE VILLA MARÍA – CORDOBA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Jure, Humberto(1) | Rodríguez, María Alejandra(1) | Gili, Juan Antonio(1) | Polverini, Andrea(1) | Frías, María Celeste(1) | Tuninetti, Rosana(1) | Rodrigo, Raquel Viviana(1) | Sanchis, Ivan(2) | Bossio, Juan Carlos(2)

Observatorio de Salud - Secretaría de Salud - Municipalidad De Villa María (1); Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" (2)

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un serio problema para la salud pública. Generalmente causada por el humo del tabaco, su síntoma principal es la disminución progresiva de la capacidad respiratoria, deterioro de la calidad de vida y su fallecimiento

Objetivos: Describir la magnitud de la morbi mortalidad por EPOC en la ciudad de Villa María en el período 2013-2016.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal de las muertes, las hospitalizaciones y las consultas en los CAPS, con diagnóstico de EPOC (J40-J44 y J47 de la CIE10), de la ciudad de Villa María utilizando datos de mortalidad por EPOC obtenidos de los Informes Estadísticos de Defunciones de la ciudad, de los años 2013, 2014 y 2015. Se analizaron los egresos hospitalarios por EPOC registrados entre enero de 2015 y el 30 de abril de 2016. Se analizaron el total de consultas ambulatorias por esta causa registradas en los trece CAPS municipales entre el 1 de enero y el 12 de junio del 2016. Se calculó la tasa de mortalidad por EPOC y se comparó con la tasa nacional y de la provincia de Córdoba. Se calcularon los porcentajes de hombres y mujeres y los intervalos de edad de las personas fallecidas, de los egresos hospitalarios y de los atendidos en los centros de salud, por EPOC. Entre los últimos se registró también el número de personas que tuvieron diagnóstico de EPOC y el número de atenciones totales que recibieron. Para el análisis de datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2016

Resultados: De 2013 a 2015, hubo 38 fallecimientos por EPOC de 40 años y más en la ciudad, 24 de ellos entre 40 y 74 años, lo que representó una tasa para el trienio de 30,1 por 100000. Esta tasa de mortalidad es 52% más elevada que la del total del país (19,8 por 100000) y 37% más elevada que la de la provincia de Córdoba (21,6 por 100000); y es mayor a la tasa provincial más alta que corresponde a la provincia de Neuquén (29,5 por 100000). La mayoría de las muertes se registró en varones (16 de las 24 muertes, 67%); y 5 muertes (21%) ocurrieron en la edad productiva (55-64 años). Entre enero de 2015 y abril de 2016 hubo 43 egresos hospitalarios con diagnóstico de EPOC en el Hospital Regional Pasteur. El 60% fueron hombres y de estos el 69% estaban en edad productiva. De las 17 mujeres internadas, el 65% estaba en edad productiva. Del total de egresos 40 fueron altas, hubo un traslado a otra institución y 2 defunciones, un hombre de 47 años y una mujer de 64. Entre el 1° de enero y el 12 de junio de 2016, se atendieron, en los CAPS municipales, 61 personas por diagnóstico de EPOC. Entre estas, 41 mujeres fueron mujeres, 20 fueron hombres y 56 tuvieron entre 40 y 74 años. De las 88 atenciones totales, 41 recibieron una única atención en el período, 11 recibieron 2 atenciones, y 6 personas recibieron entre 3-5 atenciones

Conclusiones: La EPOC ocasionó en la ciudad Villa María, 38 muertes entre 2013 y 2015, lo que representó una tasa de mortalidad muy elevada en comparación con la tasa nacional y las tasas provinciales. Las hospitalizaciones y las consultas por esta enfermedad indican que la población en edad productiva de la ciudad se vio afectada en sus actividades por esta causa. Se considera de importancia implementar acciones de control de esta patología para reducir la elevada mortalidad que se registra en la actualidad

Palabras clave: EPOC, Villa María, morbilidad, mortalidad

0163 - ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO DE EPOC EN LA CIUDAD DE VILLA MARIA - CORDOBA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Jure, Humberto(1) | Rodríguez, María Alejandra(1) | Gili, Juan Antonio(1) | Polverini, Andrea(1) | Frías, María Celeste(1) | Tuninetti, Rosana(1) | Rodrigo, Raquel Viviana(1) | Sanchis, Ivan(2) | Bossio, Juan Carlos(2)

Observatorio de Salud - Secretaría de Salud - Municipalidad de Villa María (1); Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" (2)

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es un serio problema para la salud pública y está generalmente causada por el humo del tabaco

Objetivos: Describir los indicadores de riesgo y la percepción de la comunidad sobre EPOC en la ciudad de Villa María

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de factores de riesgo para EPOC en la ciudad de Villa María, aplicándose en junio de 2016 el CODE (Cuestionario para Detección de la Enfermedad Obstructiva Crónica) en diferentes Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y lugares de la ciudad, a una muestra de 615 personas y una encuesta poblacional telefónica de conocimiento sobre EPOC a 100 personas. También se realizó una encuesta sobre humo de tabaco y hábito de fumar a 580 adolescentes escolarizados de 13 a 15 años. Se elaboraron y analizaron los resultados de las encuestas con el software Microsoft Excel 2016

Resultados: En la encuesta CODE, se encontraron 4 o más factores de riesgo en 51% de los varones y 19% de las mujeres. Entre los varones, 78% tenía edad igual o mayor a 50 años; 62% había fumado 30 o más paquetes de cigarrillos por año; a 53% le faltaba aire al subir pendientes leves o caminar apurado; 35% tuvo tos la mayoría de los días por más de dos años y 21% tuvo en el mismo período flema la mayoría de los días. Entre las mujeres, 58% tenía 50 o más años; 55% había fumado 30 o más paquetes de cigarrillos por año; 56% expresó falta de aire al subir pendientes leves o caminar apurado, 33% había tenido tos la mayoría de los días por más de dos años y 18% había tenido flema la mayoría de los días durante ese tiempo. De la encuesta telefónica, 49% de las personas fumaba o había fumado en algún momento de su vida, 55% conocía lo que es la EPOC, 45% conocía a alguien con EPOC y 19% se había realizado una espirometría. Entre fumadores, 19% fuma entre 20 y 30 cigarrillos diarios, 12% entre 10 y 20 y 25% menos de 10. En la encuesta a adolescentes, se encontró que 41% probó alguna vez cigarrillos y 32% lo probó antes de los 14 años. El 79% reportó que personas fumaron en su presencia en uno o más de los últimos siete días y que 39% tiene uno o ambos padres fumadores. Entre los fumadores 77% ha intentado dejar de fumar. La prevalencia es del 21%, cifra superior a la reportada por la EMSE 2012 (19%) y a la de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ):20%.

Conclusiones: La presencia de indicadores de riesgo se presenta en más de la mitad de la población de Villa María y entre los adolescentes es superior a las reportadas por otras encuestas nacionales y mundiales. El consumo de tabaco y la exposición al tabaco ajeno es un factor de riesgo de múltiples para afecciones de la salud y la principal de la EPOC. Esta investigación expresa la necesidad de profundizar las medidas que concienticen a la población sobre los riesgos ocasionados por el humo del cigarrillo

Palabras clave: EPOC, Villa María, factores de riesgo

0180 - DEFICIENCIA SEVERA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: UTILIDAD DEL SCREENING DE RUTINA EN PACIENTES CON EPOC.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Lardizabal, Ayelen | Echazarreta, Andrés | Macuso, Mario | Sánchez, María Del Carmen | Márquez, Silvana | Outon, Verónica | Correa, Yesica Belén | Andersson, ÉricaRocío

Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata.

n	269
Edad (años)	61.4±12.6
Masculino (%)	64.7
BMI	26.3±6
Tabaquismo (%)	87.8
Paquetes/año	58.8±38
Síntomas	
CAT <10 (n: 221)	67 (30.3%)
mMRC 0-1 (n: 226)	79 (34.9%)
Espirometría	
CVF Post (%pred)	83.3±22.3
VEF1 Post (L)	1.5±0.7
VEF1 Post (%pred)	55.5±21
VEF1/CVF	0.53±0.1
TM6M mts. (n: 115)	363.2±123.4

Introducción: El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una condición hereditaria rara, subdiagnosticada en todo el mundo, incluida Argentina. Esto se debe a que muchos médicos desconocen su existencia, diagnóstico y tratamiento.

Objetivos: estimar la prevalencia del DAAT en pacientes con EPOC mediante el dosaje de la proteína en sangre seca (DBS) en forma rutinaria y posterior genotipificación de aquellos pacientes con concentraciones por debajo de un umbral establecido.

Materiales y Métodos: estudio de corte transversal en pacientes adultos referidos con diagnóstico de EPOC que fueron derivados para evaluación espirométrica entre 2014 y 2016. La participación del estudio consistió en la realización de una espirometría constatando criterios espirométricos de EPOC (VEF1/CVF menor o igual a 0,7; GOLD), firma de un consentimiento informado escrito y posterior obtención de una muestra de sangre periférica para determinación de las concentraciones plasmáticas de alfa-1 antitripsina (AAT) por el método de la gota seca, Dry Blood spot (DBS) donde 1.8 mg/dl corresponden a 100 mg/dl en suero; evaluación clínica y realización de cuestionarios de síntomas (CAT; mMRC) y test de la caminata de 6 minutos (TM6M). En los pacientes con AAT <1,5 mg/dl se determinó adicionalmente el genotipo.

Resultados: Se estudiaron 269 pacientes que cumplían con criterios espirométricos estrictos de EPOC. Sus características generales, espirométricas, scores de síntomas y TM6M se pueden apreciar en la tabla 1. De éstos 224 fueron sometidos a dosaje de AAT. 173 (77.23%) arrojaron un dosaje de AAT normal, mientras que 51 (22.76%) mostraron un déficit de concentración de AAT. A este último subgrupo se les realizó genotipo posterior observándose: 2 pacientes con genotipo severo ZZ (3.9%, IC95% 1.41-9.2). En los 49 pacientes restantes se observó los siguientes genotipos: 6 MZ (11.8%, IC95% 2.95-20.6)

y 10 MS (19.6%, IC95% 8.7-30.5) mientras que 33 pacientes (64.7%, IC95% 51.6-77.8) fueron catalogados como no S no Z. Los dos pacientes hallados con genotipo ZZ se encuentran en tratamiento sustitutivo del DAAT.

Conclusiones: El screening de DAAT y eventual posterior genotipificación en todos los pacientes con EPOC permitió detectar DAAT severa. Los resultados obtenidos soportan la utilidad del cribado de DAAT en EPOC avalando las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales al respecto.
Palabras clave: Déficit de alfa-1 antitripsina - EPOC - Enfisema pulmonar

0194 - NEUMOMEDIASTINO ASOCIADO A CRISIS ASMÁTICA COMPLICACIÓN POCO SOSPECHADA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Saborido, Sabrina | Alaniz, Mariana | Castillo, Silvia | Scafati, Matías | Vigil, Hernán | Redolfi, German | Faccioli, Graciela
Hospital Tornú

Introducción: El neumomediastino se define por la presencia de aire o gas en el mediastino. Su etiología puede ser primaria (espontáneo) o secundaria (traumático). Como factores desencadenantes se han descrito todos aquellos que contribuyen a un aumento del gradiente de presión alveolointersticial.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 16 años de edad, con antecedentes de asma desde la infancia, en tratamiento con budesonide y salbutamol a demanda en forma irregular. Múltiples internaciones por crisis, nunca requirió UTI ni ARM. Comienza 72 hs previas a su ingreso con tos y expectoración mucopurulenta asociado a registros febriles, sibilancias audibles, disnea progresiva hasta grado 4 mMRC y dolor torácico de inicio súbito de 12 hs de evolución. A su ingreso se constatan sibilancias generalizadas, hipoxemia (satO₂ 86%), taquipnea, taquicardia, enfisema subcutáneo en cuello y región lateral del hemitórax izquierdo con signo de Hamman (+). Peso: 61 kg Talla 160 cm IMC: 23.8. Se realiza Rx Tórax donde se observa enfisema subcutáneo y TAC de Tórax que evidencia neumomediastino. Realiza tratamiento antibiótico empírico, corticoides sistémicos, SABA, SAMA, LABA + ICS, y analgesia, con buena evolución clínica y radiológica sin requerimiento de oxígeno.

Discusión: En el neumomediastino espontáneo la observación debe ser metódica por la posibilidad de que en el curso de la enfermedad se produzca un neumotórax hipertensivo o no, que complique la evolución. No se reconoce desencadenante hasta en el 21% de los casos. Es raro en niños fuera del período neonatal (0.06%), afecta principalmente a varones adolescentes. Es más frecuente en la reagudizaciones de asma (0.2 a 0.3% de los casos). El diagnóstico clínico se basa en la triada: dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo. El signo de Hamman es típico pero su frecuencia es variable.

Conclusiones: Debido a la gran variabilidad en la presentación clínica y escasa incidencia del proceso requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Debe sospecharse en pacientes jóvenes (entre 16 y 40 años) varones (3:1), con antecedentes de asma bronquial o fumadores, que consultan por dolor torácico aislado o asociado a disnea de aparición espontánea. Alrededor del 21% de los casos no son diagnosticados. La confirmación diagnóstica se realiza por Rx tórax simple (posteroanterior y lateral), aunque solo es diagnóstica en el 69% de los casos. El tratamiento se basa en reposo, oxigenoterapia y analgesia. En la mayoría de los casos la evolución es satisfactoria siendo infrecuente su recurrencia.

0229 - ESTUDIO LATINO-AMERICANO DE 24 SEMANAS DE DURACIÓN PARA DEMOSTRAR LA NO INFERIORIDAD DE BUDESONIDA / INDACATEROL VS. FLUTICASONA / SALMETEROL EN PACIENTES CON EPOC: ESTUDIO COMBINE

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Pino, Andrea Valeria | Delgado Vizcarra, Gisela | Promencio, Federico | García, Gabriel | Hasner, Cecilia | Otaola, María | Pampliega, Ricardo | Sparvoli, Fabricio

| Bergna, Miguel | Del Olmo, Ricardo | Lozano Ferrera, Iliana Florencia | Gervilla Gregorio, Marcelo | Rampakakis, Emmanouil

Introducción: Las recomendaciones actuales de tratamiento de los pacientes con EPOC (GOLD 2016) recomiendan el uso regular de broncodilatadores y sugieren la adición de corticosteroides inhalados (ICS) en algunos pacientes de los grupos C y D.
Objetivos: El propósito de este estudio fue comparar la no inferioridad, en términos de eficacia y seguridad de la combinación de budesonida libre de 400 mcg dos veces al día / 150 mcg indacaterol una vez al día (dispositivo Breezhaler®) con la combinación fluticasona / salmeterol 250/50 mcg dos veces al día (dispositivo Diskus®).

Materiales y Métodos: El COMBINE es un estudio de 24 semanas de duración, aleatorizado, abierto, de dos grupos paralelos, con control activo, de fase IV. El objetivo primario fue evaluar la no inferioridad de la combinación de función pulmonar (FEV1 valle) de la combinación libre de 400 µg de budesonida dos veces al día y 150 µg de indacaterol una vez al día, administrada con un inhalador Breezhaler® (tratamiento en investigación) vs la combinación fija de fluticasona y salmeterol (250/50 µg) dos veces al día, administrada con un inhalador Diskus® (tratamiento control) después de 12 semanas de tratamiento. El objetivo secundario fue evaluar la superioridad del tratamiento en investigación frente al tratamiento control después de 12 semanas, basándose en el VEF1. Para analizar la variación del VEF1 se utilizará un modelo mixto que considerará la rama de tratamiento como efecto fijo y el valor inicial del VEF1 como covariable. Se consideró en el análisis los antecedentes de tabaquismo y el país de enrolamiento del paciente. Un modelo similar se utilizó para evaluar el impacto sobre el estado de salud medido con el Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ-C) y el cuestionario de evaluación de la EPOC (CAT).

Resultados: Un total de 222 pacientes fueron enrolados, de los cuales 109 (49.1%) fueron randomizados a budesonida / indacaterol y 113 (50.9%) a fluticasona / salmeterol. La edad (67.1 vs. 67.3; P=0.895), el género (62.4% vs. 52.2% masculinos; P=0.126), el país de enrolamiento (P=0.975), el antecedente de tabaquismo (23.9% vs. 25.7% fumadores actuales; P=0.755), y el FEV1 valle (1.17L vs. 1.16L; P=0.827) fueron comparables entre los grupos. Luego de 12 semanas de tratamiento, la combinación de budesonida / indacaterol fue superior a fluticasona / salmeterol (P=0.023) llegando a una media de incremento del FEV1 de 80 ml (P=0.004) y 19 ml (P=0.503), respectivamente. Por otra parte, en el análisis ajustado, se observaron mejoras significativamente mayores con budesonida / indacaterol en comparación con fluticasona / salmeterol en el SGRQ-C (-8,7 vs. -2,3; p = 0,001) y CAT (-2,8 frente a 0,4; p < 0,001). En términos de seguridad, la incidencia global de eventos adversos fue comparable entre los grupos (budesonida / indacaterol frente a fluticasona / salmeterol: 56,9% vs. 62,8%).

Conclusiones: El estudio demuestra que la combinación libre de budesonida / indacaterol es superior a fluticasona / salmeterol en términos de mejora de la función pulmonar y el estado de salud luego de 12 semanas de tratamiento, sin diferencias de seguridad entre ambos grupos estudiados.

Palabras clave: EPOC, FEV1, Budesonide/Indacaterol, Fluticasona/Salmeterol

0240 - PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN TABAQUISTAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Goñi, Malvina Ines | Ponce, Juan | Dave, Eugenia | Herrero, Macarena | Bringas, Martín | Maracini, M. José | Alvarez, Ruth | Pereyra, Betiana
Nuevo Hospital San Roque

Introducción: Se estima una prevalencia mundial de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) del 10%; datos en Latinoamérica provienen de los estudios PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) y PREPOCOL, que la estiman en 14,3% y 8,9% respectivamente; en Argentina el estudio EPOCAR dio un 14,7%. Es

más frecuente en hombres, aunque aumentó en mujeres. Los fumadores tienen un 25% de riesgo para desarrollar EPOC y es proporcional al consumo de tabaco. El síntoma más frecuente es la disnea. El presente trabajo se desarrolló para estudiar las características de nuestra población.

Objetivos: Determinar la prevalencia de EPOC en tabaquistas, caracterizándolos según género, edad y consumo acumulado de tabaco. Analizar a los nuevos pacientes con EPOC, clasificándolos según severidad de obstrucción y de acuerdo a género, edad, consumo tabáquico y síntomas.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, analítico-descriptivo, hospitalario. Participaron mayores de 40 años, con historia de tabaquismo; respondieron un cuestionario (edad, género, fumador o ex-fumador, paquetes/años ("p/y"), presencia de síntomas) y a continuación se les realizó una espirometría. Se siguieron los criterios GOLD.

Resultados: Se estudió una población de 224 personas, se diagnosticó EPOC en 35, lo que arroja una prevalencia total de 15,63%. Según género, la prevalencia fue de 16% en masculinos y 15% en femeninos. Por grupo etario se determinó un 11% en menores de 50 años, 14% en 50-59 años y 25% en mayores de 60. El grupo con consumo mayor a 10 "p/y" presentó una prevalencia de 19% frente a un 8% del grupo <10 p/y. De los pacientes con EPOC se observó que un 63% son masculinos; un 20% tienen 40-49 años y un 80% mayores de 50 años. El 86% presentan un consumo mayor a 10 "p/y". Según el grado de obstrucción se obtuvo que un 37% son leves, 48% moderados, 9% severos y 6% muy severos. De los leves un 77% son masculinos y el 31% es asintomático, el 69% presenta disnea, 23% tos y el 31% flema. Del grupo de los moderados, un 59% son masculinos, el 6% es asintomático, el 59% presenta disnea, 71% tos y el 47% flema. Del grupo Severos y muy severos, un 60% femeninos y el 100% presenta consumo acumulado de tabaco mayor a 10 "p/y", disnea, tos y flema.

Conclusiones: La prevalencia de EPOC en nuestra población analizada general es de 15,6%, según el género es muy similar para masculinos y femeninos, de 16% y 15% respectivamente; aumenta según se avanza en edad y, en relación al consumo acumulado de tabaco, el grupo con más de 10 "p/y" supera en más del doble al de menos de 10 "p/y" en prevalencia de la enfermedad. En los pacientes con diagnóstico de EPOC se observó que predominan los hombres, la mayoría tiene más de 50 años y el 86% presenta un consumo acumulado de tabaco mayor a 10 "p/y", principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. Según aumenta la severidad de la obstrucción, incrementa el porcentaje del sexo femenino, en concordancia con la bibliografía donde se describe peor impacto de la enfermedad. Según la clínica el grupo más sintomático es el severo, ya que todos presentan los tres síntomas cardinales de la EPOC; la manifestación más frecuente es la disnea. Un 31% del grupo leve no presenta síntomas, lo que demuestra la dificultad de arribar a un diagnóstico temprano para evitar el progreso de la enfermedad.

0246 - MAGNITUD, DESIGUALDAD Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ASMA EN EL GRUPO DE 5 A 39 AÑOS. ARGENTINA, 1980-2014

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Armando, Gustavo(1) | Arias, Sergio(1) | Bossio, Juan Carlos(1) | Neffen, Hugo(2) | Calabrese, Carina(3)

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" (1); Centro de Alergia, Inmunología y Enfermedades Respiratorias (2); Programa de Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas - Ministerio de Salud de La Nación (3)

Introducción: El asma es una enfermedad prevalente, que afecta cerca de 300 millones de personas en el mundo, con mayor peso en los niños que en los adultos. Es un problema de salud mundial y la mortalidad se concentra especialmente en los países en desarrollo produciendo muertes todos los años, algunas en población menor de 40 años

Objetivos: Describir la magnitud, tendencia y desigualdad de la mortalidad por Asma en el grupo 5 a 39 años, Argentina 1980-2014

Materiales y Métodos: Se obtuvo información de muertes de 5 y 39 años registradas por Asma (códigos J45-J46 de la CIE 10) de las bases de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), y la población del Instituto Nacional de Estadística y Censo. Se calcularon tasas ajustadas por 100.000 habitantes para el bienio 2013-2014, se calculó razón de tasas y se comparó por edad, sexo y jurisdicción. Se analizó la serie temporal ajustada entre 1980 a 2014, se observaron los puntos de quiebre de la tendencia y la variación anual promedio (VAP) con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizaron los programas Excel 2010, Joint Point 4.3.1.

Resultados: En 2014 se registraron en Argentina 46 muertes por Asma de 5 a 39 años, representando una tasa de 0,19 por 100.000 habitantes para el bienio 2013-2014. La situación fue diferente por edad y sexo. Hubo 19% más de muertes en mujeres (25) que en varones (21) y la tasa de mortalidad, ajustada por edad, fue 40% mayor en mujeres que en varones: 0,14 y 0,10 por 100.000. La mortalidad fue menor en 5 a 9 años, incrementándose con la edad, alcanzando su máxima tasa en 35 a 39 años (0,37 por 100.000 habitantes). En el bienio 2013-2014 trece jurisdicciones, con el 22,2% de la población del país, no registraron ninguna muerte y, entre las once jurisdicciones restantes, la diferencia entre las tasas ajustadas por edad y sexo fue de hasta 12,8 veces: 0,64 por 100.000 en Formosa y 0,05 por 100.000 en Tucumán. La brecha entre jurisdicciones fue mayor en mujeres que en varones: la tasa de mortalidad fue 7,8 veces mayor en Formosa que en Ciudad de Buenos Aires (0,93 y 0,12, respectivamente) para las mujeres y 5 veces mayor en Chaco que en Formosa (0,50 y 0,10 por 100.000, respectivamente) en varones. La tendencia de la mortalidad por Asma fue al descenso. Desde 1980 hasta 2014, el número de muertes se redujo 55,7%: de 104 a 46 muertes; y la tasa de mortalidad, ajustada por edad y sexo, se redujo 72,5%, de 0,69 a 0,19 por 100.000, VAP= 5,5% (-6,3; -4,8). La tendencia no fue uniforme ($p < 0,001$) y tuvo tres períodos. Entre 1980 y 1986 hubo un aumento (VAP = 7,3% (0,8; 14,2), seguido de una reducción entre 1986 y 1997 (VAP = -10,9% (-13,4; -8,3). A partir de 1997 a 2014, la tendencia fue al descenso, pero fue más lenta: VAP = -3,3% (-4,5; -2,0)

Conclusiones: La mortalidad por asma ha ido en descenso, pero continúa generando muertes en jóvenes, sin dejar de tener en cuenta las que muertes registradas pueden no reflejar su verdadera magnitud por deficiente calidad de la certificación. En base a esto, para controlar el problema y evitar todas las muertes por esta enfermedad que no debieran ocurrir; es necesario integrar esfuerzos y maximizar recursos orientados a las personas que padecen asma

Palabras clave: asma

0262 - ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO DE PRESENTACIÓN TARDÍA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Unidad Temática 2: Misceláneas

Las Heras, Marcos José | Castro Azcurra, Rodrigo | Castro, Matías Horacio | Svetliza, Graciela Svetliza | Precerutti, Juan Arturo
Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: Se entiende por enfisema lobar congénito a la hiperinsuflación de un lóbulo pulmonar. No presenta destrucción del parénquima sino atrapamiento aéreo debido a un mecanismo valvular. Clínicamente, el 30% de los enfisemas lobares congénitos debuta en el período de recién nacido y casi la totalidad lo han hecho antes de los 6 meses de vida. El cuadro clínico es variable, desde formas asintomáticas o levemente sintomáticas hasta una grave afectación respiratoria que requiere intervención quirúrgica inmediata. Los pacientes sintomáticos pueden presentar distrés respiratorio, disnea, taquicardia, cianosis y retraso en el crecimiento. El lóbulo superior izquierdo es el lugar más comúnmente afectado (41%), seguido del lóbulo medio (34%) y del lóbulo superior derecho (21%).

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes respiratorios de relevancia, que consulta por cuadros respiratorios a repetición durante tres años. Por nuevo evento respiratorio de tipo infeccioso, es tratado con azitromicina y beta dos, con mala respuesta evoluciona con disnea a moderados esfuerzos. Se solicita tomografía de tórax que muestra enfermedad enfisematosa difusa que afecta al segmento apico-posterior del LSI con engrosamiento de las paredes bronquiales aferentes con disminución del calibre de su luz. Se observa nódulo subpleural de aproximadamente 15 mm con una calcificación central en el sector subpleural en el sector posterior del lóbulo que puede corresponder a un hamartoma. Dosaje de alfa 1 antitripsina dentro de valores normales. El funcional respiratorio completo muestra espirometría, DLCO y test de la caminata dentro de parámetros normales, y volúmenes pulmonares con atrapamiento aéreo marcado (Volumen residual 3.25, 179%) por lo cual inicia tratamiento con tiotropio 18 mcg/dial. Se solicita angiotomografía de tórax que muestra signos de enfisema pulmonar que compromete casi la totalidad del lóbulo superior del hemitórax izquierdo, con disminución del número y calibre de los vasos que llegan a dicho nivel, compatible con enfisema lobar congénito. Test cardiopulmonar de ejercicio VO₂ pico 39.9 ml/kg/min representa 109% del predicho. Se decide lobectomía superior izquierda y segmentectomía de lesión tumoral, con diagnóstico de hamartoma, evolucionando favorablemente y con memoria del atrapamiento aéreo en los estudios posteriores

Discusión: Las malformaciones congénitas pulmonares son infrecuentes y su presentación es habitualmente en los primeros años de vida, sin embargo en un grupo de pacientes limitados, la enfermedad puede ser de menor gravedad y su presentación puede desarrollarse en la edad adulta.

Conclusiones: El enfisema lobar congénito es una enfermedad de presentación extremadamente infrecuente en la edad adulta. Una vez realizado el diagnóstico, y excluidos diferentes diagnósticos diferenciales (quistes hiperinsuflados, neumotórax, obstrucción endoluminal), no debe retrasarse el tratamiento quirúrgico ya que el mismo proporciona buenos resultados a largo plazo.

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

0027 - PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Felder, Federico | Leiva Agüero, Sebastián Darío | Polo, Glenda Mat | Enghelmayer, Juan Ignacio | Volpacchio, Mariano
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPD) en general, y la Fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en particular, están fuertemente asociadas con la edad avanzada [1-2]. Hay creciente evidencia de que el envejecimiento celular jugaría un rol fundamental en el desarrollo de la FPI [3]. A su vez, en el paciente añoso que se presenta con un cuadro de Neumonía intersticial, llegar a un diagnóstico etiológico del tipo de EPD es mucho más dificultoso que en personas de menor edad.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es estudiar la prevalencia de enfermedad intersticial en pacientes mayores de 60 años que se realizan tomografía computada de alta resolución (TCAR) en un Hospital Universitario.

Materiales y Métodos: Se estudiaron de manera prospectiva (estudio prospectivo, observacional transversal), a todos los pacientes mayores de 60 años que concurren a realizar tomografías computadas de Tórax de alta resolución y/o abdomen, al servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital de Clínicas "José de San Martín" en un período de tres meses (desde 01/11/2015 hasta 28/02/2016). En todos los pacientes con evidencia tomográfica de compromiso intersticial, se le recabaron datos.

Resultados: En el período de tiempo estudiado se realizaron 261 tomografías de tórax de las cuales un 41% (n=106) fueron mayores de 60 años. Se identificó un 37% (n=39) de pacientes con un patrón intersticial en la población incluida vs un 7% (n=11) en los menores a 60 años. Respecto a las características basales de la población incluida, el 56% (n=22) fueron mujeres, la media de edad total fue 68±13 años. Dentro de las comorbilidades más frecuentes el 82% eran hipertensos, 59% tabaquistas y un 46% referían diagnóstico de EPOC. Se registraron enfermedades reumatológicas en un 30% (AR en un 15% n=6). Un 46% de los pacientes fueron derivados de sala de internación de clínica médica, un 46% eran ambulatorios y un 8% pacientes de unidad crítica. Respecto a los datos clínicos asociados a esta población con intersticiopatía, un 51% presentaba disnea CF I, tos y Acropaquia ambas en un 23%. El signo clínico más dominante fueron los rales tipo velcro en 38% a la auscultación. Un 13% registraron un descenso en grado leve de la FVC. Los patrones tomográficos más frecuente fueron el vidrio esmerilado basal y periférico (33%), patrón UIP (13%) y el compromiso del intersticio peribroncovascular (10%). Mediante regresión logística se evaluó en forma univariada la probabilidad de presentar la patente UIP, encontrando que tener acropaquia aumentó significativamente las posibilidades (Odds Ratio -OR- 13,2 IC 95% 2.7-100); también se encontró un aumento de la posibilidad de presentar este patrón con la presencia de antecedentes de enfermedad reumatológicas (OR 11 IC95% 1,3-130).

Conclusiones: La prevalencia tomográfica de EPD en una población añosa derivada al servicio de tomografía en un hospital Universitario fue mucho mayor que en la población menor a 60 años (37% vs 7%). Ciertos hallazgos clínicos como la acropaquia y tener antecedentes de enfermedades reumatológicas podrían aumentar las chances de presentar patrón tomográfico de UIP en la población estudiada.

0058 - SARCOIDOSIS PULMONAR EVOLUCIONADA

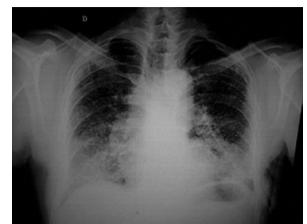
Modalidad: Póster - Caso Clínico

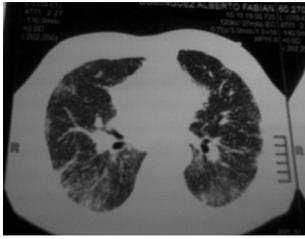
Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Batistuta, Clarisa | Alvarez, Tomás | Bogue, Cristina | Costa, Andrea | Esponda, Andrea | Bonzini, Sabrina | Figueroa Casas, Marcelo | Marchesini, Marcela | Vienna, José María
Hospital Intendente Carrasco

Introducción: La Sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida que se caracteriza por la formación de granulomas no caseificantes de origen inmunológico, en los pulmones y sistema linfático. La remisión espontánea ocurre en 2/3 mientras que un 10 a 30% desarrolla un curso crónico dependiendo del estadio de la enfermedad.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 48 años de sexo masculino, con antecedentes exposición laboral, que es derivado por un cuadro de pérdida de peso, tos irritativa, disnea grado III mMRC y radiopacidades de tipo reticulonodulillares bilaterales simétricas de 2 de años evolución. Espirometría: Restrictivo severo. Al examen físico: Afebril, FC: 84 lpm, FR 30xmin, SatO₂ 94% FIO₂ 0.21 murmullo vesicular disminuido con rales cre-





pitantes bibasales, sin tiraje, con mal estado general y tos persistente. Se realizaron: esputo para BAAR, Serología para HIV, Aspergillus, Histoplasmosis, Paracoccidioidiomycosis negativos. BFC con resultados negativos de bacteriológico. ECG y Ecocardiograma, Inmunológico,

PXE, IG, Calcio iónico, calciuria en 24 hs, EAB y fondo de ojo normal. IECA: 100. Tac de tórax. Plestimografía y DLCO: volúmenes pulmonares disminuidos, CVF/FEV1 aumentada con severo defecto en la difusión evidenciando proceso intersticial. Biopsia Pulmonar/ganglionar. Diagnostico anatomopatológico: proceso inflamatorio crónico granulomatoso no caseificante hialinizado intersticial compatible con SARCOIDOSIS, y ganglio mediastinal comprometido por el mismo proceso descrito a nivel pulmonar. Prednisona de 40 mg/día, metrotexate 10 mg/semanal y BD de acción prolongada/CTC inhalado. A los 3 meses, Tac de tórax de control Persiste con el mismo cuadro clínico sin mejoría. Solicito evaluación en centro de mayor complejidad para evaluación de posible trasplante pulmonar.

Discusión: A pesar de haber intentado un tratamiento combinado no se obtuvo respuesta favorable. Nos vemos obligados entonces a buscar otras alternativas, sin descartar que estos pacientes, integran listas de espera para trasplante pulmonar.

Conclusiones: La Sarcoidosis pulmonar evolucionada constituye más del 10% de los pacientes atendidos en centros especializados. El curso evolutivo no se puede predecir en un paciente individual, si bien existen algunas características clínicas y radiográficas que pueden orientar a la evolución y pronóstico. Como última instancia, el trasplante de pulmón ha de ser considerado para pacientes que no responden al tratamiento médico.

Palabras clave: Sarcoidosis Pulmonar. Diagnostico. Tratamiento. Trasplante Pulmonar.

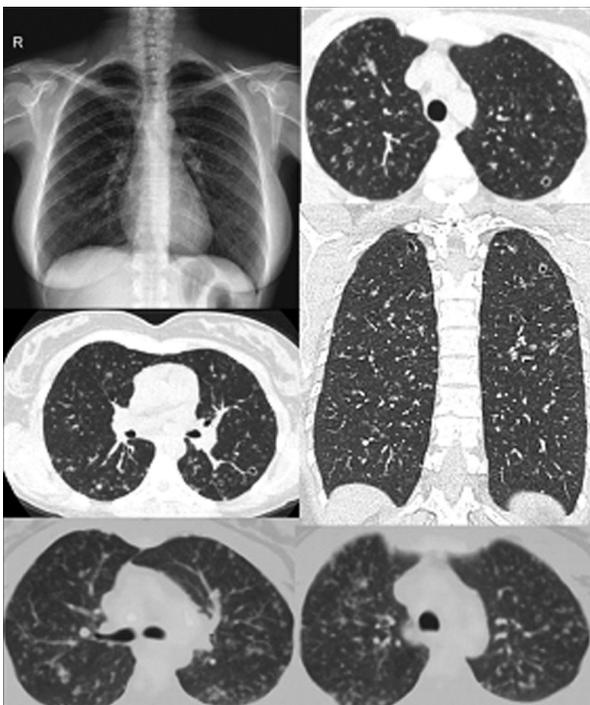
0104 - CUANDO DEJAR DE FUMAR LO CURA TODO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

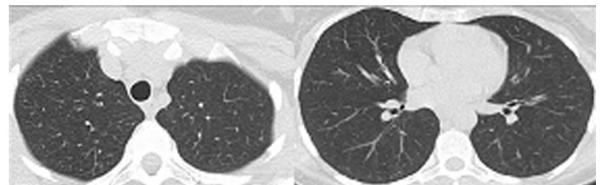
Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Chumino Rodríguez, Yamila | Precerutti, Juan Arturo | Wainstein, Esteban
Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una entidad patológica multisistémica, con diversos perfiles clínicos según la edad y el grado de extensión de proliferación de células de Langerhans. La histiocitosis X (o granuloma eosinófilo o granulomatosis de células de Langerhans) afecta preferentemente al pulmón en el adulto de 20 a 40 años. Puede involucrar otros órganos (huesos, piel, hipófisis). En la patogenia de la histiocitosis X se ha implicado el tabaquismo, debido a que la enfermedad es rara en no fumadores y el pulmón de los fumadores contiene más células de Langerhans. Estas células se acumulan en la pequeña vía aérea, formando nódulos inflamatorios que se cavitan en diferentes tiempos, dando a la formación de quistes y pueden llevar a la fibrosis. Se presenta en forma de tos y disnea de esfuerzo progresiva. La mitad de los pacientes están asintomáticos en las fases iniciales. El laboratorio es normal, sin eosinofilia. La RxTx muestra infiltrados intersticiales con pequeños quistes aéreos de predominio apical. En la TC se observan nódulos de bordes irregulares de 1 a 10 mm, pueden estar cavitados, además se observan quistes de hasta 20 mm, las lesiones son bilaterales, predominan en lóbulos superiores y son evolutivas. El diagnóstico se establece por los hallazgos de la tomografía, la biopsia transbronquial y el BAL (es sugestivo cuando hay más de 5% de células de Langerhans - CD1+) El pronóstico es variable, ya que la enfermedad puede resolverse espontáneamente, permanecer estable o evolucionar a la fibrosis pulmonar. La sintomatología y las alteraciones funcionales y radiográficas pueden mejorar al dejar el tabaco. El tratamiento consiste en el abandono del tabaco, el uso de corticoides no está demostrado que sea eficaz.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 45 años, femenina, TBQ 27p/y, sin otro antecedente de importancia, que consulta a su médica de familia por tos, se realiza rx de tórax donde presenta múltiples formaciones nodulares radioopacas en ambos pulmones, algunas cavitadas. Es evaluada por neumonología, niega fiebre y disnea, laboratorio sin hallazgos de importancia, orina sin hematuria. EFR: Espiro:normal. DLCO:normal. Pletismografía: atrapamiento aéreo(>137%). Se realiza consejo antitabáquico. Se realiza TCTX donde se visualizan múltiples imágenes focales nodulares de bordes mal definidos en ambos pulmones, algunos subsólidos y muchos cavitados. Se realiza BAL, se obtiene un líquido turbio, con cultivos negativos. Citológico: Celularidad conservada (Macrófagos:96% Linfocitos:3% PMN:1%) Se reconocen además escasos macrófagos pigmentados. Se procede a la realización de biopsia transbronquial, el resultado de AP no es concluyente: Fragmentos de parénquima pulmonar de estructura conservada, en áreas con macrófagos pigmentados en luces alveolares. La paciente se niega a la realización de biopsia quirúrgica y deja de fumar. Se realiza PET-TC: Se evidencian múltiples nódulos pulmonares bilaterales, algunos cavitados, asociados a ganglios mediastinales, todos con tenue fijación del radiofármaco; nódulo suprarrenal izquierdo con similar captación que el parénquima hepático, de características indeterminadas. Se realiza nueva TC a los 6 meses de la primera imagen donde se evidencia desaparición de la casi totalidad de los nódulos pulmonares y de la tos.



Discusión: El caso es sugestivo de HCL, pero no se llegó a la confirmación diagnóstica por medio de la biopsia pulmonar quirúrgica. La TC fue sugerente y su mejoría se relacionó con dejar de fumar.

Conclusiones: La enfermedad por HCL puede ser de difícil diagnóstico. El cese del hábito tabáquico y la mejoría clínica del pte, puede ser más útil para el diagnóstico que la realización de una biopsia pulmonar.

Palabras clave: Histiocitosis X, intersticiopatía, tabaquismo

0118 - HISTIOCITOSIS DE CÉULAS DE LANGERHANS. DERIVACIÓN A UN CENTRO DE TRASPLANTE

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

Kniz, Cecilia | Rodríguez, T | Gregoriotti, A | Ahumada, R | Wagner, G | Tomaszuk, G | Toledo, E | Del Moral, L | Ranero, M | Virhuez, Y | Bertolotti, A | Favaloro, R | Osses, J | Caneva, J

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad de etiología desconocida y poco frecuente siendo responsable del 1% de las enfermedades intersticiales. Se caracteriza por proliferación monoclonal e invasión de células de Langerhans en diferentes órganos. Una pequeña proporción avanza a un deterioro funcional severo. La indicación para derivar a un centro de trasplante pulmonar (TP) es disnea CF III o IV

Presentación de Caso Clínico: Hombre de 42 años, ex tabaquista 18 p/a, diseñador gráfico, consultó a los 20 años por disnea clase funcional (CF) I la TAC de tórax evidenció imágenes quísticas bilaterales diagnosticándose HCL. Evolucionó con disnea CF III (2012) y requerimientos de oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), decidiéndose evaluación para TP. Se le realizaron estudios: FVC 2,48 (61%) posBD 2,65 (65%), FEV1 2,09 (61%) posBD 2,22 (65%); FEV1/FVC 84%, RV 0.99L (67%) TLC 3,92 (71%) RV/TLC 25% (27%) DLCOc: 19%; prueba de marcha de 6 minutos: 144m; EAB: FiO₂ 0,21: pH 7.42 PaCO₂ 34 mmHg PaO₂ 47 mmHg HCO₃, 22 mEq/L, EB 1 SaO₂ 81%. TÁC: múltiples quistes bilaterales; cateterismo cardíaco derecho: presión media en la arteria pulmonar 35 mmHg. Evolucionó con progresión de disnea a CF IV, trasplantándose exitosamente; actualmente sin OCD, asintomático respiratorio sin rechazo en biopsias y buena evolución

Conclusiones: El TP es una opción terapéutica en los pacientes con HCL aumentando la supervivencia por lo que se debe tener en cuenta la oportuna derivación a un centro de trasplante

Palabras clave: Histiocitosis de Células de Langerhans Trasplante Pulmonar

0126 - TRASPLANTE PULMONAR EN LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Del Moral, Lucrecia | Tomaszuk, G | Parrilla, G | Bertolotti, A | Favaloro, R | Ahumada, R | Wagner, G | Rodríguez, T | Toledo, E | Ranero, F | Virhuez, Y | Ossés, J | Caneva, J

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad rara, progresiva, de etiología desconocida, que afecta mujeres en edad reproductiva caracterizada por anormal proliferación de células musculares lisas provocando cambios quísticos en el parénquima pulmonar. El trasplante pulmonar (TP) es una opción en estadios avanzados de la enfermedad.

Presentación de Caso Clínico: . Mujer de 49 años con antecedentes de neumotórax derecho (1992) recidivante con resolución quirúrgica (anatomía patológica: LAM). Evolucionó con deterioro progresivo de la clase funcional y espirométrico, con requerimientos de oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) por lo que se evaluó e incluyó en lista de TP en 2008: FEV1 0.89L (29%) FVC 0.71 (23%), FEV1/FVC 32,34; TLC 7.02 (132%), DLCOc 8.88 ml/min/mmHg (33%). Ingresó a nuestra institución por neumotórax hipertensivo izquierdo, con requerimiento de drenaje pleural evolucionando con insuficiencia ventilatoria progresiva y fistula broncopleural, requiriendo ARM e ingresando a emergencia para trasplante. Por evolucionar con empeoramiento ventilatorio e insuficiencia respiratoria hipercápnica refractaria, se inició soporte vital avanzado con ECMO venovenoso. A las 12 horas, se realizó TP bipulmonar exitoso, retirándose ECMO y ARM luego de 24 horas del TP. Actualmente se encuentra asintomática respiratoria y sin requerimientos de OCD. Última espirometría en el seguimiento: FEV1/FVC 96 FEV1: 2,65 L (91%); FVC 2,73 L (76%).

Conclusiones: El TP bilateral es una opción terapéutica en LAM. El pronóstico posTP parece ser más favorable que en TP de otras afecciones en estadio avanzado de la enfermedad (supervivencia a los 5 años: 65%).

Palabras clave: Linfangioleiomiomatosis. Trasplante pulmonar.

0129 - SINDROME DE SUPERPOSICIÓN ANTI KU POSITIVO. REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Forlenza Parrao, Rosario Soledad | Guevara, Mariela | Elías, Carlos | Alberti, María Laura | Fernández, Martín | Caro, Fabián | Lombardi, Dora

Hospital María Ferrer

Introducción: Durante la evaluación inicial de un paciente con enfermedad intersticial, la presencia de manifestaciones clínicas relacionadas a una enfermedad del tejido conectivo (ETC) o la positividad de auto anticuerpos representa un desafío para el médico. Cuando no cumplen con los criterios clasificatorios para ETC son interpretados como enfermedades intersticiales con hallazgos autoinmunes (IPAF). En estos casos resulta de suma importancia profundizar en el estudio de estos pacientes mediante la evaluación multidisciplinaria para poder arribar al diagnóstico definitivo ya que esto condiciona el pronóstico y el tratamiento.

Presentación de Caso Clínico: Paciente femenina de 57 años, oriunda de Formosa, presenta antecedentes de cáncer de mama por el cual recibió tratamiento quirúrgico y quimio-radioterapia en el año 2008. Es derivada al consultorio de enfermedades intersticiales en el año 2013 por presentar en tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) hallazgos compatibles con neumonía intersticial no específica (NINE). Al interrogatorio presentaba xerostomía, artralgias, disfagia y disnea grado 3 mMRC; al examen físico rales velcro bilaterales, fenómeno de Raynaud, puffy fingers y telangiectasias. El primer perfil inmunológico presentó anticuerpos antinucleares (ANA) positivo patrón moteado fino en título 1/1280 asociado a factor reumatoideo (FR) positivo, con antígenos nucleares extraíbles negativos. En el examen funcional respiratorio se constata defecto ventilatorio restrictivo. Se interpretó inicialmente como IPAF. La capilaroscopia evidenció patrón SD tardío y la biopsia de glándula salival menor presentó grado 4 de la clasificación de Chisholm y Mason. Se reinterpretó como probable esclerodermia precoz y síndrome de Sjogren secundario. Se solicitó nuevo perfil inmunológico con resultados similares al inicial. Se inició tratamiento con micofenolato sódico asociado a meprednisona. La paciente evolucionó con deterioro de la capacidad vital forzada asociado a síndrome febril prolongado. Se indicó antibioticoterapia empírica sin respuesta, se reiteró perfil inmunológico y se efectuó otra TACAR donde se evidenciaron nuevas imágenes en vidrio esmerilado asociado a áreas de consolidación con predominio en ambos lóbulos inferiores. Se decidió su internación para estudio, evolucionando con progresión de las opacidades alveolares asociado a hipoxemia severa y requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Se inició tratamiento con Imipenem/Colistin y pulsos de Metilprednisolona, interpretándose el cuadro como probable progresión de enfermedad de base vs exacerbación aguda. Se recibió el resultado del último perfil inmunológico con positividad de anticuerpos anti ku (p70/80). La paciente presentó escasa respuesta al tratamiento, hipoxemia refractaria, produciéndose el óbito.

Conclusiones: Los anticuerpos anti ku (p70/80) se asocian a miopatías inflamatorias idiopáticas, se encuentran presentes en 2% de todas las miositis y forman parte del espectro de los llamados síndromes de superposición. En el caso de nuestra paciente se trató de una escleromiositis asociado a sjogren secundario, entidad poco frecuente, existiendo pocos casos reportados a la fecha en la literatura. La miopatía inflamatoria suele ser subclínica, con poca o nula elevación de enzimas musculares y compromiso en el electromiograma, mientras que el compromiso pulmonar suele ser extenso y severo con cierta refractariedad al tratamiento con esteroides; El pronóstico suele ser desfavorable a mediano y largo plazo. Resulta

de suma importancia efectuar una evaluación exhaustiva y multidisciplinaria de aquellos pacientes que presentan enfermedad intersticial asociada a manifestaciones de enfermedad del tejido conectivo para poder reconocer estas entidades de baja prevalencia.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar intersticial, antiku, IPAF, Síndrome de superposición, Miopatías inflamatorias, Escleromiositis.

0136 - PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL INCLASIFICABLE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN BUENOS AIRES, ARGENTINA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Acuña, Silvana | Enghelmayr, Juan I. | Grosso, María Alejandra | Legarreta, Gabriela C. | Rossi, Pamela

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Introducción: En 2013, American Thoracic Society (ATS) y European Respiratory Society (ERS) publicaron un documento en conjunto en el que incluían por primera vez a las Enfermedades Pulmonares Intersticiales (EPI) Idiopáticas que no podían ser clasificadas en una categoría definida, con lo que éstas dejaron de ser simplemente una mezcla de enfermedades huérfanas. Desde entonces, sólo unos pocos autores han tratado de determinar la prevalencia, las características y la evolución de los pacientes con esta enfermedad, y ninguno de estos se realizó en Latinoamérica.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de EPI inclasificable en un grupo de pacientes tratados en un Hospital Universitario de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que habían sido evaluados en el consultorio de Enfermedades Intersticiales del servicio de Neumonología del Hospital de Clínicas José de San Martín, entre 2010 y 2015. Se incluyeron todos los pacientes cuyas historias tuvieran información clínica, radiológica y, eventualmente, histopatológica. El diagnóstico de EPI inclasificable se realizó luego de un análisis interdisciplinario de la información clínica, radiológica e histopatológica disponible y excluyendo cualquier otra EPI definida, según los criterios actuales de ATS/ERS. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) solamente se definía si cumplía los criterios estrictos de las guías actuales. Cualquier otra EPI requería un grado elevado de acuerdo entre neumonólogos, radiólogos y patólogos. Todos los pacientes que no cumplían estos criterios diagnósticos eran etiquetados como "inclasificables". Los datos analizados fueron edad, sexo, historia de tabaquismo, antecedente de enfermedades inmunológicas, presencia de autoanticuerpos, antecedente de exposición al fármacos, TC de alta resolución (TCAR), capacidad vital forzada (FVC) pre-broncodilatador, capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) y biopsia trans-bronquial o quirúrgica.

Resultados: En el análisis final se incluyeron 153 pacientes. La prevalencia de EPI inclasificable fue 17.64% (27 pacientes). 62% eran mujeres. La edad promedio fue 65.88 (\pm 15.03). 51% nunca habían fumado, mientras que 37% eran ex-fumadores y 11%, fumadores actuales. La FVC media fue 2.39 L (78%). La DLCO media fue 15.10 ml/ min/ mmHg (59.61%). Entre los 27 pacientes con EPI inclasificable, en 24 casos la razón fue la incapacidad de obtener una biopsia; 12 pacientes tenían contraindicaciones para someterse a una biopsia y los otros 12 se negaron a que se les realice.

Conclusiones: La prevalencia de EPI inclasificable en nuestro centro fue similar a la descrita en los primeros estudios europeos. Los pacientes eran predominantemente mujeres de aproximadamente 60 años de edad, no fumadores, con una disminución moderada de su capacidad pulmonar. La principal razón por la que estos pacientes fueron catalogados como "inclasificables" fue la incapacidad de obtener una biopsia.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Intersticial Inclasificable

0149 - DONANTE MARGINAL POR EXPOSICIÓN A PASTA BASE DE COCAÍNA (PACO) EN TRASPLANTE PULMONAR. NUEVA SELECCIÓN DE DONANTES?

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Toledo Chader, Elizabeth | Rodríguez, T | Kniz, C | Del Moral, L | Tomaszuk, G | Ahumada, R | Wagner, G | Ranero, F | Virhuez, Y | Gregoriotti, A | Parrilla, G | Bertolotti, A | Favaloro, R | Osses, J | Caneva, J

Fundación Favaloro

Introducción: El trasplante pulmonar (TP) es una opción terapéutica válida para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica (IRC) avanzada. La adecuada selección de receptores y la aplicación de criterios marginales cobra importancia ante la escasa tasa de donantes

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 23 años, con fibrosis quística, IRC hipercápnica, con requerimientos de oxigenoterapia crónica domiciliar y ventilación mecánica no invasiva (VNI). Ingresó derivada por exacerbación infecciosa, shock séptico, empeoramiento de IRC sin respuesta a VNI, con requerimiento de ARM y posterior traqueostomía bajo antibioterapia efectiva. El 10/04/2016 se inició operativo para TP. Donante: mujer, 15 años, muerte por hipoxia cerebral. En la ablación se evidenciaron pulmones de aspecto atracótico. Antecedente relevante: donante con exposición a paco. Se comunicó el hallazgo a la paciente, aceptándolo, por lo que se procedió al TP. Evolucionó con neumonía bilateral, sin aislamiento de germen, realizando tratamiento antibiótico empírico. Actualmente asintomática respiratoria. Biopsia transbronquial (BTB) de control sin alteraciones

Conclusiones: Si bien son poco conocidos los efectos tóxicos del paco sobre el pulmón, la bibliografía describe cambios anatomopatológicos ante la exposición a cocaína que hasta la BTB realizada no se evidenciaron. El presente caso representa un ejemplo índice en la ampliación de criterios para la selección de donantes para TP pudiendo marcar una nueva etapa en este dominio, aceptándose hábitos tóxicos y tiempo de exposición en los donantes

Palabras clave: Trasplante Pulmonar Donante Exposición a Pasta Base de Cocaína Paco

0196 - EVOLUCIÓN NATURAL DE LA PROTEINOSIS ALVEOLAR : REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Blanco Gallardo, María Antonieta | Lombardo, Luciana | Casco, Nicolás | Palma, Alfredo | Palma, Viviana Alejandra | Intriago, Carlos | Musella, Rosa | Palmero, Domingo

Hospital F. J. Muñiz

Introducción: La proteinosis alveolar pulmonar es una enfermedad intersticial difusa, donde existe una acumulación patológica de material proteínico derivado del surfactante, en los espacios alveolares. Es poco frecuente y más del 90% de los casos en adultos son primarios, las causas secundarias corresponden a exposición a químicos, infecciones o inmunodeficiencias. En general son pocos los casos reportados en el mundo. Se presenta un caso de la sala de neumonología clínica, donde se toma una conducta expectante con respecto al tratamiento.

Presentación de Caso Clínico: Masculino de 48 años, argentino trabaja en hornos de fundición de componentes electrónicos, acude a servicio de patología ocupacional por cuadro de 7 meses de evolución de tos no productiva y disnea mMRC3. Se realiza TAC tórax observándose áreas de vidrio esmerilado asociado a engrosamiento septal, compatible con patrón tomográfico de "crazy paving". Test de la marcha recorrido de 480m con desaturación hasta 88% a los 6 minutos. La espirometría mostraba un patrón no obstructivo leve con disminución de la DLCO (58%). Se decide su internación donde se realiza fibrobroncoscopia diagnóstica con LBA y biopsia transbronquial con resultados para BAAR, bacteriológico, hongos, parásitos NEGATIVOS, citológico negativo para células neoplásicas con

material intraalveolar PAS positivo. Inmunológico del LBA con aspecto lechoso opalescente predominio linfocitario y macrófagos espumosos con abundantes inclusiones intracelulares. Se realiza diagnóstico de proteinosis alveolar. Se decide su alta hospitalaria por presentar mejoría tanto clínica como funcional respiratoria con DLCO 71%.

Conclusiones: La proteinosis alveolar pulmonar es una entidad poco frecuente, la mayoría de los casos son idiopáticos. Entre las causas secundarias se encuentra la exposición a químicos, como en este paciente. Es necesario considerar que el 25% de los casos tienen resolución espontánea, pero otro alto porcentaje requiere tratamiento convencional con lavado pulmonar total que muchas veces no mejora el pronóstico de la enfermedad. En este caso se mantiene una conducta expectante, evolucionando en forma favorable

0200 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA Y ADENOCARCINOMA DE PULMÓN. REPORTE DE UN CASO

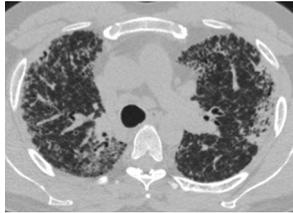
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Oncología

Castro, Horacio Matías | Peroni, Héctor José | Precerutti, Juan Arturo | Wainstein, Esteban | López, Jaime | Maritano Furcada, Joaquín | Svetliza, Graciela
Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: Estudios previos sugieren que la fibrosis pulmonar es un factor de riesgo de cáncer de pulmón. Se postula que la inflamación e injuria recurrente provocan alteraciones genéticas que predisponen al cáncer. La incidencia de cáncer de pulmón en los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa oscila entre 0.3 y 31% según los diferentes diseños y poblaciones estudiadas. Se presenta un caso de un paciente joven con enfermedad pulmonar intersticial difusa que desarrolló un adenocarcinoma de pulmón.



PACIENTE	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche	X	SD	% VAR
1	-63,34	-50,03	-39,52	-50,97	11,94	-23,42
2	-11,56	-16,59	-14,07	-14,07	2,52	-17,87
3	-10,46	-18,95	-12,89	-14,10	4,37	-31,02
4	-3,58	-4,07	-4,65	-4,10	0,53	-12,98
5	-3,51	-2,54	-1,87	-2,64	0,82	-31,19
6	-3,04	-9,86	-5,94	-6,28	3,42	-54,49
7	-0,53	-0,26	-0,48	-0,43	0,14	-33,58
X	-13,72	-14,62	-11,35	-13,23		
SD	22,26	17,14	13,45	17,48		

Presentación de Caso Clínico: Un joven de 38 años con antecedentes de ser ex fumador y técnico en informática, fue derivado por medicina laboral por disnea de esfuerzo progresiva CF II de 3 meses de evolución asociado a un infiltrado reticulonodulillar bilateral en una radiografía de tórax. Al examen físico presentaba crepitantes tipo velcro bilaterales hasta campo medio. Se solicitó una tomografía de tórax que evidenció engrosamiento septal, opacidades micronodulillares distribuidas en forma difusa, asociado a áreas de consolidación peribroncovasculares y en región subpleural a predominio de lóbulos superiores. Las pruebas funcionales respiratorias reflejaron una restricción marcada en la espirometría (FVC 55%) y una disminución severa en la DLCO (52%). Los análisis de laboratorio mostraron un Elisa HIV, FAN, LR, Anti RNP, Ro, La y Scl70 no reactivos. Se realizó FBC con BAL y BTB que no arrojaron diagnóstico. Se perdió en el seguimiento volviendo a consultar al año con progresión de disnea a CF III. El control tomográfico evidenció progresión de las lesiones destacándose una área de consolidación en lóbulo inferior derecho en el segmento posterior. Se llevó cabo una biopsia

quirúrgica. La anatomía patológica evidenció una fibrosis pulmonar centrolobulillar con ausencia de granulomas y un adenocarcinoma en el Lóbulo inferior Derecho. Fue derivado al servicio de Oncología.

Discusión: Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial difusa presentan un riesgo incrementado de padecer cáncer de pulmón. Los hallazgos radiológicos de estas entidades pueden ser muy similares, lo que dificulta su distinción. Por lo que se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico precoz.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa Adenocarcinoma de Pulmón

0215 - ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO-PULMÓN DOMINANTE

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Enfermedades Intersticiales

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Olmos, María Eugenia(1) | Blua, Ariel Eduardo(1) | Abrate, Vanesa Del Valle(1) | Elías, Marcos Alfonso(1) | Cuestas, Érica Ivana(1) | Perrone, Vanesa Estefanía(1) | Baenas, Diego(2) | López, Ana María(1)

Hospital Privado Universitario de Córdoba. (1); Hospital Privado Universitario de Córdoba (2)

Introducción: El pulmón es un sitio común de complicaciones de las enfermedades del tejido conectivo (ETC). La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se presenta tardíamente en la mayoría de las ETC, incluyendo AR, esclerodermia, LES, Dermatomiositis, Síndrome de Sjögren y EMTC. En ocasiones, la manifestación es inicial y no es posible identificar una determinada ETC y Fischer en 2010, propuso llamar a esta forma de presentación "enfermedad del tejido conectivo pulmón dominante" (LD-CTD). La historia clínica detallada, el examen físico y las pruebas serológicas pueden permitir el diagnóstico, pero eventualmente se necesita una biopsia pulmonar. La inmunosupresión estaría indicada sólo en hipertensión arterial pulmonar asociada a ETC. En la valoración clínica se debe considerar la alta frecuencia de infecciones, HTP, reacciones adversas a fármacos, mayor incidencia de cáncer de pulmón y linfoma. Presentamos un pte de sexo femenino con diagnóstico de LD-CTD.

Presentación de Caso Clínico: Femenina, 47 años, hipotiroidea, obesa, ex tabaquista 10 p/y depresión. En postoperatorio de una dermolipectomía presentó como complicación insuficiencia respiratoria hipoxémica. Examen: fenómeno de Raynaud, niega atralgias, disnea mMRC 2, SatHb 96% aa, crépitos secos bibasales. TACAR: distorsión del patrón intersticial en ambos campos pulmonares, disminución volumétrica. Múltiples formaciones quísticas, bibasales y subpleurales biapicales. Laboratorio: FR 8 UI/ml; ANA positivo 1/160 (Dilución 1/40): moteado fino; ENA, AC anti SM y AC anti RNP positivos; C3 123 y C4 20 mg/dl; AC anti RO, AC anti LA y Ac anti Scl-70 negativos. Capiloroscoopia no compatible con esclerodermia. Test de la Oblea negativo. Espirimetría: CVF 63%, VEF1 68%, VEF1/CVF 86%. DLCO 55%, DLCO/VA 78%. Biopsia quirúrgica: neumonía intersticial usual (UIP) que compromete menos del 20% del parénquima, sin lesiones granulomatosas. Inicia tratamiento con micofenolato con estabilidad clínica Luego de 8 años, presentó en postoperatorio traumatológica insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria a TEPA con HTP severa (PSAP 76 mmHg) y Neumonía intrahospitalaria. Inicia Piperacilina- Tazobactam y corticoides sistémicos. Evolución favorable.

Conclusiones: Esta paciente tiene una patología pulmonar intersticial que puede identificarse como LD-CTD ya que no tiene diagnóstico clínico ni serológico de enfermedad del tejido conectivo que esté incluida en los criterios actuales de clasificación reumatológicos. Se acompaña además de un patrón histológico de UIP, que es más frecuente que el de NSIP en esta entidad. Se requiere un enfoque multidisciplinario y futuros estudios para definir implicancias pronósticas y terapéuticas de la LD-CTD.

Palabras clave: Enfermedad del tejido conectivo pulmón dominante Neumonía intersticial usual

Unidad Temática: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva

0228 - VENTILACION NO INVASIVA CON PIEZA BUCAL. REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Oxigenoterapia, Sueño y Ventilación No Invasiva
Unidad Temática 2: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Toledo, Ada(1) | Cervantes, Violeta(1) | Lebus, Janina(2) | Morel Vulliez, Gastón(2) | Escobar, Miguel(2) | García, Marisa(1) | Gross, Pablo(1) | Saadia Otero, Marcela(1) | Patricia, Castro(1) | Maggio, Patricia(1)

Hospital de RR María Ferrer (1); Centro del Parque Cuidados Respiratorios (2)

	CVF ml (%)	PCO ₂	PO ₂	Bic
2013	320 (10)	52	83	32
2014	390 (13)	42	90	28
2016	260 (6)	45	83	24

Introducción: La aplicación de ventilación en la vía aérea de forma no invasiva durante la inspiración puede proporcionar un soporte ventilatorio continuo, en pacientes con capacidad vital severamente disminuida. La interfaz, como la pieza bucal, permite que pacientes con indemnidad bulbar toleren la ventilación sin llegar a la traqueostomía. Objetivo Describir los resultados obtenidos posteriores al uso de Ventilación no invasiva (VNI) 24 hs, combinando pieza bucal diurna con máscara oronasal nocturna.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 21 años con diagnóstico de distrofia muscular congénita no filiada. Las características al ingreso en 2013 se muestran en la Tabla 1 consultando a la Unidad de Sueño y VM del HRR-MF con soporte ventilatorio no invasivo en modo S: IPAP 20, EPAP 6, desde el año 2005. Se constata: severa cifoescoliosis, EFR: CVF: 310 ml (10%). EAB: pH 7.40, PCO₂ 52, PO₂ 83, HCO₃: 32 SatO₂: 96. En la poligrafía respiratoria con VNI se observa hipoventilación nocturna y desaturación constante < del 90%. Además, se realizó un ecocardiograma que evidenció HTP moderada. Se decide el cambiar el modo ventilatorio a ST: IPAP 20, EPAP 6, FR 18 y Ti 1.2 s. No se aumentan presiones debido al antecedente de NTX. Se solicita TAC de TX y nuevo equipo ventilatorio con modo IVAPS con batería incluida. Al mes se interna por IRC reagudizada requiriendo VNI 24hs con presiones elevadas. Por destete dificultoso se deriva a centro de cuidados crónicos. Se entrena con air stacking logrando duplicar el volumen a 620 ml con técnica máxima capacidad de insuflación (MIC). Debido a la imposibilidad de desconexión del soporte ventilatorio se inicia ventilación volumétrica con Monnal T 50 y pieza bucal en forma diurna, con excelente tolerancia. Modo CMV: Vt 450 ml, FR 16, PEEP 0. En la noche se ventila con Stellar 150 modo IVAPS: VA 6L y PS min 16 PS máx 20, corrigiendo la hipoxemia nocturna. Tabla 1 (año 2014)

Conclusiones: El uso de VNI con PB permitió mejorar la calidad de vida del paciente evidenciándose una autonomía que le permitió: evitar la traqueostomía, movilizarse, y estudiar en la universidad.

Palabras clave: Ventilación no invasiva. Ventilación con pieza bucal

Unidad Temática: Tuberculosis

0019 - TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRA PULMONAR ASINTOMÁTICA. A PROPOSITO DE UN CASO

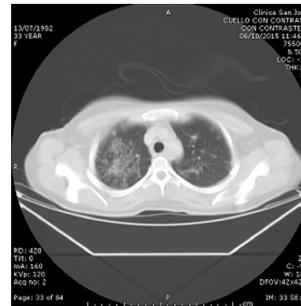
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Tuberculosis

Fumis, Rodolfo(1) | Sap, Jorge(2)

Sanatorio San Jorge, Servicio de Neumonología (1); Sanatorio San Jorge, Servicio de Neumonología (2)

Introducción: Estudio descriptivo de un caso clínico en paciente ambulatoria, realizado en la Clínica San Jorge de la ciudad de Ushuaia. La identificación e información del caso se realizó a partir de los registros de la institución (historia clínica informatizada, exámenes de laboratorio, de diagnóstico por imágenes y relato quirúrgico)



Presentación de Caso Clínico: Paciente de 33 años de edad a la cual se le diagnóstica tuberculosis neumoganglionar asintomática. Como resultado de control clínico anual, presenta una elevación persistente de la VES como único dato positivo. Examen físico y radiografía de tórax normales. Por persistencia de eritrosedimentación acelerada, lo cual obliga a continuar su evaluación, se

detecta adenomegalia laterocervical. Se solicita ecografía que confirma el aumento de tamaño del ganglio y TAARC de tórax y cuello que evidencia infiltrados intersticiales reticulonodulillares densos en ambos lóbulos superiores. Espirometría con patrón mixto obstructivo/restrictivo moderado que responde parcialmente a broncodilatadores. Se descartaron patologías reumatológicas, colagenopatías, tumorales y oncohematológicas. PPD positiva. Linfadenectomía compatible con linfadenitis granulomatosa. Zhiel Neelsen negativo. BAL broncofibroscopico positivo para TBC.

Discusión: Utilidad de la VES persistentemente elevada en pacientes asintomáticos como disparador para agotar los recursos hacia el arribo diagnóstico.

Conclusiones: Dentro de la consulta médica, el valor elevado persistente de la VES como reactante de fase aguda inespecífico debería orientarnos a la presencia de una afección crónica, por lo cual nos obliga a continuar la escala diagnóstica. En el caso que nos ocupa, la falta de síntomas y la negatividad de los estudios solicitados demoró el diagnóstico, el cual finalmente se obtuvo a través de BAL broncoscópico.

Palabras clave: Eritrosedimentación, Tuberculosis pulmonar y extra pulmonar Broncofibroscopia.

0021 - TUBERCULOSIS PULMONAR ASOCIADA A DENGUE: A PROPOSITO DE UN CASO

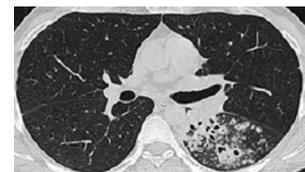
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Tuberculosis

Duarte, Natalia Nadia | Molina, Cristian Oscar Alejandro | Mikulic, Horacio Mariano | Anzulovich, Fernanda Patricia

Hospital Militar Central "CIR MY Dr Cosme Argerich"

Introducción: La tuberculosis (TB) se estima que corresponde al 25% de las causas de muerte evitables en el adulto por consiguiente sigue siendo un grave problema de Salud Pública. Se estiman 10 millones de casos nuevos según la OMS. En 2014 al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, se notificaron 10.525 casos de TB que corresponde a 24,7 casos por 100.000 habitantes. El 91,3% de los casos fueron nuevos y recaídas; el resto casos no nuevos. El dengue es producido por virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género Aedes, principalmente el Aedes aegypti. Debido a factores pertenecientes al medio ambiente que inclu-



yen el aumento de la población mundial, el cambio climático, el almacenamiento de aguas por la falta de sistemas de agua potable, el dengue se ha convertido en los últimos años en un problema emergente de Salud Pública.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 32 años de edad concurre a la consulta por presentar cuadro clínico de tos productiva mucosa, de 30 días de evolución. Antecedentes patológicos de tuberculosis pulmonar a los 16 años de edad con tratamiento completo durante 9 meses con Isoniacida-Rifampicina-Pirazinamida-Etambutol (HRZE), sin intercurencias. Al examen físico: Afebril, eupneico, crepitantes en base pulmonar izquierda, saturación de oxígeno 98%. Laboratorio: Leucocitos: 8.000 10e9/l, neutrófilos: 82,7%, Linfocitos: 9,4%, Plaquetas: 210.000 10e9/l, VSG: 50 mm, PCR: 2.6 mg/dl, IgE: 1191 Ut/ml, Bilirrubina total: 0.4 mg/dl, Bilirrubina directa: 0.16 mg/dl, GOT: 27 U/L, GPT: 27 U/L. Tomografía de Tórax: Numerosas formaciones cavitadas distribuidas aleatoriamente a nivel de lóbulo inferior izquierdo que se asocian a patrón en árbol en brote y cambios en vidrio esmerilado. Espudo seriado: BAAR + + +. Inicia tratamiento antituberculoso 2 HRZE, se realiza campimetría y agudeza visual sin alteraciones, evaluación de contactos del caso índice. Intercurre al día 28 de tratamiento con registros febriles asociados a dolor abdominal y náuseas de 36 hs de evolución. Se repite laboratorio con Hematocrito: 36.6%, Hemoglobina: 12.4 g/dl, Leucocitos: 2.300 10e9/l, Plaquetas: 56.000 10e9/l, GOT: 141 U/L, GPT: 74 U/L, Bilirrubina total: 0.3 mg/dl, Se suspende tratamiento antifúngico hasta normalización de transaminasas, por interpretar cuadro clínico compatible con RAFA. Se realiza serología para Dengue: +. Se reinicia tratamiento en forma escalonada con control de laboratorio hasta dosis plena de HRZE, sin alteraciones humorales.

Discusión: La TB pulmonar representa una enfermedad moderada a alta prevalencia en el consultorio de Neumología. El reconocimiento de los efectos adversos a medicamentos antifúngico debe ser motivo de educación para el reconocimiento y consulta en forma oportuna por el paciente.

Conclusiones: El aumento en la incidencia de Dengue debe advertir el diagnóstico diferencial de esta enfermedad viral con los efectos producidos por la Rifampicina como ser la plaquetopenia pues esta disquisición ayudara a la no proscripción de esta última.

Palabras clave: Tuberculosis - Dengue

0031 - PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y DESARROLLO DE MASA ENCEFÁLICA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Unidad Temática 3: Neumología Crítica

Villa, Roberto Adrián | Clochichiatti, Natalia | Vargas, Erick
Policlínica del Docente (OSPLAD)

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad crónica de evolución insidiosa que tiene múltiples formas de presentación y afecta preferente y frecuentemente al pulmón. Existen formas extrapulmonares dentro de las cuales la más frecuente es la ganglionar. En la Argentina, la TBC del Sistema Nervioso Central (SNC) representa alrededor del 1% de todos los casos de TBC, y aproximadamente el 6% de todas las infecciones extrapulmonares en individuos inmunocompetentes. Manifestación potencialmente letal de la enfermedad. En América Latina, la TBC representa entre el 5 y el 20% de todos los tumores cerebrales, siendo su diagnóstico difícil y muchas veces indistinguible clínica y radiológicamente de otras lesiones expansivas. El bacilo de Koch llega al SNC por diseminación hematogena a partir de un foco visceral o cutáneo. Tradicionalmente se ubican en la fosa posterior.

Presentación de Caso Clínico: Varón de 43 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de 2 meses de evolución en tratamiento con isoniazida, rifampicina, piracinamida y etambutol. Como intercurencia durante su internación presenta meningitis bacteriana por Meningococo con deterioro del sensorio motivo por el cual ingresa a Terapia Intensiva. LCR = glucosa 30 mg/dl, 2500 células (82% MNN), proteínas

500 mg/dl; los cultivos resultaron negativos y la TC de cerebro normal, cumpliendo tratamiento con ceftriaxona. Se externa durante 20 días, con indicación de completar el tratamiento antifúngico. Reingresa por cefalea y deterioro cognitivo, en nueva TC de cerebro: lesión fronto - temporal izquierda con edema perilesional y desviación de línea media de 4 mm. Se repiten serologías: HIV, VDRL, VHB, VHC, IgG e IgM para toxoplasma, criptococo y Chagas siendo negativas. Como diagnóstico diferencial se planteó el de tuberculoma y se agrega Dexametasona al tratamiento. Manteniendo cefalea que no cedió con AINES ni opiáceos, se realizaron punciones lumbares repetidas. En RMN se evidenció colección intraparenquimatosa de 1 cm. de diámetro fronto-temporal izquierda extendiéndose al valle Silviano con edema perilesional. Se agrega metronidazol + ornidazol al tratamiento. Evolucionando tórpidamente, se decide realizar biopsia de cerebro en donde muestra aneurisma micótico, sin aislamiento de gérmenes.

Discusión: Los aneurismas micóticos también llamados aneurismas infecciosos se desarrollan a partir de una arteritis focal de origen infeccioso a partir de un foco séptico por diseminación hematogena, contigüidad, hematogena, iatrogénica, o infección primaria de la pared del vaso. Produciendo una rápida destrucción de la pared del vaso sanguíneo que lleva a la formación del aneurisma y del riesgo potencial de ruptura del mismo. Actualmente con la TC de alta resolución se pueden visualizar los tejidos perivasculares. Se encuentran con una frecuencia menor al 5%, causado por infecciones micóticas, cuyo germen más frecuente es el *Aspergillus*. Tanto en los cultivos, como en el cultivo de la muestra de tejido, suelen ser negativos sobre todo si cumplieron tratamiento antibiótico previo. Se lo asocia a endocarditis bacteriana subaguda, inmunodeprimidos, adicción a drogas endovenosas y enfermedad neoplásica.

Conclusiones: Los aneurismas micóticos debido a su evolución hacia la sepsis y rotura deben ser detectados lo antes posible. Los aneurismas y la hemorragia subaracnoidea secundaria a la rotura de los aneurismas son complicaciones infrecuentes; la biopsia tudio post mortem es indispensable para efectuar el diagnóstico; es imprescindible la elaboración de cultivo para determinar el agente causal específico. Se han propuesto métodos para la detección de ADN, antígenos o metabolitos fúngicos y de micobacterias; sin embargo, están en fase de investigación.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar Tuberculosis extrapulmonar Aneurisma micótico

0033 - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON TB DROGORRESISTENTE (TB-DR) ASISTIDOS EN EL HOSPITAL DR. F.J. MUÑOZ

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Gamberale, Ana María | Bartoletti, Bruno | Cruz, Víctor | Aidar, Omar | Palmero, Domingo | Palma, Ileana | Poggi, Susana | Ritacco, Viviana
Hospital F.J. Muñoz

Introducción: En 2014 fueron diagnosticados en Argentina 123 casos de TB-MDR y 10 de TB-XDR, concentrados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es conocer las características y evolución de los pacientes con TB-DR asistidos en un servicio de referencia y las variables potencialmente relacionadas con una evolución favorable o desfavorable de los mismos.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo mediante modelo predictivo de regresión logística uni y multivariada de 188 pacientes anonimizados de ambos sexos (edad X= 33,5 años) con TB-DR, VIH/sida(99) y VIH negativos(89) asistidos en el período 2001-2011 y registrados en base de datos. Se estudiaron las características demográficas, clínicas, patrones de resistencia y variables relacionados con su evolución. Programa SPSS versión 20, nivel de significación estadística p<0.05.

Resultados: En la regresión univariada se compararon pacientes VIH con no VIH, hallándose diferencias estadísticamente significativas -respectivamente- en cuanto a: sexo masculino (85,9 vs 47,3%); argentinos (89,9 vs 64%); adicciones (81,8 vs 19,1%); diabetes (1 vs 10,1%); localizaciones extrapulmonares (45,5 vs 3,4%); lesiones avanzadas en la Rx tórax (78,3 vs 90,9%); requerimiento de internación (71,7 vs 29,3%); adhe-

rencia al tratamiento (47,5 vs 73,1%); evolución: tratamiento completado (46,9 vs 76,4%), tratamiento no exitoso (recaídas, fracasos: 41,8 vs 15,9%), abandono (40,6 vs 19,1%), fallecimiento (49,5 vs 12,4%). El aislamiento de cepa M fue más frecuente en VIH/sida pero no significativo. También fueron variables significativas en pacientes fallecidos (60/128=46,9%): sexo masculino, argentinos, situación social desfavorable, VIH/sida, adicciones, falta de adherencia, requerimiento de internación y localizaciones extrapulmonares. En el estudio de regresión multivariada se consideraron variables dependientes el tratamiento exitoso (curación), no exitoso (abandono, fracaso, recaída) y fallecimiento. El modelo predictivo mostró significación estadística para fallecimiento, en relación a VIH/sida y falta de adherencia al tratamiento (ambos $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestro Hospital, la TB-DR continúa teniendo un pronóstico desfavorable en pacientes VIH/sida respecto de VIH negativos, especialmente en cuanto a la curación y mortalidad, destacándose fundamentalmente la escasa adherencia al tratamiento relacionada con adicciones y situación social desfavorable.

0036 - SERIE DE CASOS DE TB OTICA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Zappia, Miguel Bernardo | Casco, Nicolás | La Pietra, María Cecilia | Martin, Ignacio | Rodríguez Mieres, Adriana | Poggi, Susana | Bravo, Silvina | Cufre, Mónica | Musella, Rosa | Castagnino, Jorge | Palmero, Domingo
Hospital F.J. Muñiz

Introducción: La otitis media tuberculosa es una localización poco frecuente de la enfermedad, con una incidencia de menos del 1%. Aproximadamente el 85% de los casos de tuberculosis notificados se limita a los pulmones, solo el 15% restante son formas extrapulmonares.

Objetivos: Presentamos seis casos de otitis media tuberculosa con diferentes presentaciones clínicas, en forma retrospectiva desde 2008 hasta el 2014.

Materiales y Métodos: Se revisaron historias clínicas y cultivos de pacientes internados desde el año 2008 hasta el año 2014 inclusive, de todas las salas del Hospital Muñiz.

Resultados: Caso 1 Masculino de 40 años, ucraniano, ex tabaquista. Ingresó en mal estado general, con impregnación de 2 meses de evolución, tos, expectoración y leve hipoacusia bilateral. Se constató derrame pleural unilateral, insuficiencia respiratoria, ganglio cervical fluctuante, deterioro del sensorio, muguet y otorrea. El cultivo evidenció *Mycobacterium tuberculosis* multirresistente. Continuó con deterioro general a pesar del tratamiento y falleció. Caso 2 Masculino de 28 años, argentino, tabaquista, adicción a drogas, TB pulmonar con tratamiento completo. Consultó al año siguiente con síndrome de impregnación. En los cultivos de esputo, secreción ótica y líquido cefalorraquídeo se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. Se realizó tratamiento antifímico. Intercurrió con neumonía nosocomial, con aislamiento de *Acinetobacter baumannii*, requerimiento de ARM y vasopresores. Realizó tratamiento con colistín y amikacina. Finalizó su tratamiento antifímico ambulatorio, con secuelas auditivas y pulmonares. Caso 3 Masculino de 44 años, boliviano, diabético, consultó por hipoacusia bilateral, acompañado de otorrea, tos con expectoración, sudoración nocturna y pérdida de peso de 2 meses de evolución. Se diagnosticó BAAR positivo en esputo, sin aislamiento en el directo de la secreción ótica. Finalizó tratamiento con secuelas pulmonares bilaterales, hipoacusia, arrojando el cultivo de secreción ótica *Mycobacterium tuberculosis*. Caso 4 Masculino de 45 años, argentino, tabaquista, adicción a drogas, con cuadro de 4 meses de evolución con tos, expectoración y síndrome de impregnación. Además presentaba otorrea y úlcera dolorosa en tobillo derecho, se toma muestra de la secreción siendo ésta positiva para BAAR, realizando tratamiento. Se recibió la serología para HIV positiva, con 78 CD4, siguiendo igual tratamiento médico. Caso 5 Femenina de 22 años, boliviana, con cuadro de 2 meses de evolución, con adenopatía cervical, síndrome de impregnación, secreción de oído izquierdo, su-

doración nocturna y cefalea. Se evidenció patrón miliar, con regular estado general, con rigidez de nuca y leve paresia facial izquierda. Muestra de esputo, oído y adenopatía positivo para BAAR, siendo negativo el LCR. HIV negativo. Caso 6 Femenina de 86 años, con síndrome de impregnación, tos y expectoración purulenta, baciloscopia positiva de esputo, diagnosticándose TB pulmonar, observando al examen físico crepitantes bibasales, secreción ótica (de la cual se toma muestra siendo positiva), adelgazada, en regular estado general. Se presentó además con diarrea no sanguinolenta. Se evidenció muestra de materia fecal positiva para *Clostridium difficile*, comenzando tratamiento para esta última bacteria.

Conclusiones: Su presentación suele ser insidiosa con síntomas y signos inespecíficos que dificultan y demoran el diagnóstico aumentando el riesgo de complicaciones. Puede ocurrir a cualquier edad, y habitualmente presenta características de otitis media crónica bacteriana, incluyendo otorrea y la pérdida de la audición, con o sin parálisis facial. Las complicaciones incluyen fistulas, parálisis del nervio facial, laberintitis, osteomielitis tuberculosa, mastoiditis, pérdida de la audición y la propagación de la infección en el sistema nervioso central.

0042 - MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, EXPERIENCIA EN CONSULTORIO EXTERNO

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Aidar, Omar | Bartoletti, Bruno | Cruz, Víctor H | Gamblerale, Ana María | Palmero, Domingo
Hospital F.J. Muñiz

Introducción: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son patógenos oportunistas ambientales, no se produce contagio interhumano, pero el riesgo de extensión y morbimortalidad aumenta si no se diagnostica precozmente y se trata efectivamente. La enfermedad infecciosa pulmonar (EPI) por MNT aumentó en forma significativa en los últimos años. Esto se debe en mayor parte a una mejor sensibilidad de la técnica diagnóstica, aumento de pacientes con factores predisponentes y aumento en el reconocimiento clínico de la enfermedad. La naturaleza insidiosa de la enfermedad por MNT debe ser destacada ya que conlleva a un retraso en el inicio de un tratamiento adecuado.

Objetivos: Reportar la experiencia y describir las características de los paciente con enfermedad por MNT, sus comorbilidades y evolución, atendidos en consultorio externo de un hospital de enfermedades infecciosas durante un período de diez años consecutivos.

Materiales y Métodos: Es un estudio tipo observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos entre el año 2006 y 2016 en el consultorio externo de la unidad 19 del hospital Fco. J. Muñiz

Resultados: De un total de 50 casos de MNT, predominó el sexo femenino: 35 (70%) pacientes. 44 pacientes (88%) fueron argentinos, 4 (8%) bolivianos y 2 (4%) paraguayos. Edad promedio 52 años, con rango entre 27 y 81. La especie más frecuente fue MAC/intracelular 28 casos (56%), abscesus 6 (12%), *fortuitum* 4 (8%), *simiae* 3 (6%) y *chelonae, terrae* e *immunogenum* 1 caso, (2%) cada uno. Se observó en 4 casos doble aislamiento: 2 con abscesus + *chelonae*, 1 con MAC + *fortuitum* y 1 con MAC + *chelonae*. Se destaca principalmente el antecedente de tuberculosis pulmonar en el 50% de los casos (22 (44%) TB sensible y 3 (6%) multirresistente (MR), 6 pacientes (12%) habían padecido neumonía. 62% presentaban alguna comorbilidad: bronquiectasias 18% (9 pacientes) EPOC 14% (7 pacientes) Reflujo gastroesofágico 10% (5 pacientes) Asma 10% (5 pacientes) Artritis reumatoidea con fibromialgia, silicosis, cáncer de ovario, Chagas y cardiopatía isquémica un caso cada una (2%). En la radiografía de tórax predominó el compromiso bilateral con cavidades (17), unilateral con cavidades (14), bilateral sin cavidades (11) y unilateral sin cavidades (3), en (6) bronquiectasias, (2) con pulmón destruido y (1) con árbol en brotes. La micobacteria se aisló en muestra de esputo en la mayoría de los casos, excepto: en 2 casos de localización mamaria, por punción aspiración con aislamiento de *M. fortuitum*

en uno y abscesos en otro, y un caso de localización en piel por biopsia de nódulo, secundario a mesoterapia con aislamiento de *M. immunogenum*. Evolución: Del total de 50 pacientes, 24 (48%) fueron interconsultas de otros servicios u hospitales, y de los 26 pacientes que continuaron seguimiento en consultorios externos de la sala 19: Se logró la curación de la enfermedad en el 69% (18) de los casos. Continúan en tratamiento 23% (6). Un caso fue considerado fracaso de tratamiento por persistencia del cultivo positivo más allá del año de tratamiento (MAI) 4%. Un paciente falleció por hepatotoxicidad 4%.

Conclusiones: Por la observación realizada se destaca que la secuela por tuberculosis pulmonar es un factor predisponente para padecer enfermedad por MNT. Pensar en este diagnóstico tempranamente y tener a disposición un laboratorio capacitado para el aislamiento y tipificación de la MNT es fundamental para el éxito terapéutico y la evolución de los pacientes.

0093 - FISTULA ANAL DE ETIOLOGÍA TUBERCULOSA. REPORTE DE DOS CASOS

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Tuberculosis

Bastidas Zubiaga, Emiliano Darío | Boccia, Carlos Mario | Giuliano, Franco | Poggi, Susana | Casco, Nicolás | Martín, Ignacio | Cedeño, Jorge | Rodríguez Mieres, Adriana | Failde, Rodrigo | Cúfre, Mónica | Palmero, Domingo
Hospital F.J. Muñiz

Introducción: La fistula anal tuberculosa es una afección muy rara que representa menos del 1% de las TB gastrointestinales las cuales constituyen una forma infrecuente de TB extra pulmonar. Afecta más a hombres que a mujeres en una relación 4:1. A diferencia del año anterior presentamos dos casos en paciente HIV negativo permitiéndonos observar y comparar un compromiso inhabitual y grave de una lesión tuberculosa dejada a su libre evolución, en contraposición al diagnóstico y tratamiento temprano.

Presentación de Caso Clínico: CASO 1: Paciente masculino de 21 años, argentino, estudiante y albañil, sin antecedentes patológicos de relevancia, consulta por cuadro clínico comprendido por pérdida del apetito y epigastralgia asociado a hipertermia, astenia, adinamia, pérdida de peso y tos con expectoración mucosa de 3 semanas de evolución. HIV Negativo. Se constata BAAR positivo en esputo post BAL. Durante la internación refiere dolor en región perianal, evidenciándose al examen físico una zona eritematosa e indurada, se realiza ecografía de piel y partes blandas en la cual se observa en sector posterior perianal una imagen en planos superficiales compatible con colección de 18mm x 9mm que se extiende a planos profundos a través de trayecto fistuloso observándose una colección de 14mm x 7mm. Se interconsulta con coloproctología quien realiza un tacto rectal donde se palpa una úlcera en región anal posterior de la cual se toman muestra resultando el directo negativo. Se constata franca mejoría de la lesión con el tratamiento convencional antifímico. CASO 2: Paciente de 19 años, argentino, adicto a pasta base y otras drogas ilícitas, desempleado, antecedentes de TB pulmonar con negativa al tratamiento en el año previo. Ingresar por síndrome de impregnación y expectoración hemoptoica asociado a ulceración en región perianal, visualizándose varios orificios de drenaje en distintos estadios evolutivos. Se constata BAAR de esputo +++ y BAAR del hisopado de la úlcera perianal +. No se evidenciaron en los estudios por imágenes compromiso de otros órganos. Proctología procede a examinar las lesiones comprobando con estilite que los múltiples trayectos son erráticos y algunos se dirigen al canal rectal hallándose orificios internos que no se habían logrado localizar por rectoscopia. Considerando la extensión de la lesión, se indica intervención quirúrgica para acortar los tiempos de curación realizándose la misma a los 21 días de instaurado el tratamiento con HRZE donde se evidenció lecho cruento granulante de localización anterior izquierdo y orificio fistuloso posterior izquierdo, ambos comunicados entre sí, con compromiso de fosa isquirrectal homolateral. Se constató fistula transesfinteriana entre el lecho y el ano, con cripta enferma en línea media anterior. Se destechó el mismo y colocó sedal. Se realizó curetaje de todo

el lecho y trayectos transesfinterianos. El paciente evolucionó sin complicaciones en los 15 días ulteriores a la cirugía hasta que se retiró sin alta médica.

Discusión: El primer caso reviste una evolución favorable al tratamiento médico dado a su temprano diagnóstico y tratamiento. El segundo caso, dado su gravedad, produjo una discusión interdisciplinaria cuyo resultado fue la decisión de intervención quirúrgica temprana.

Conclusiones: El tratamiento de las fistulas anales tuberculosas es principalmente médico. La opción quirúrgica se reserva para aquellas que no evolucionan favorablemente a los 2 a 3 meses de tratamiento antifímico.

Palabras clave: Tuberculosis, Fistula Anal, TB, Extrapulmonar

0111 - COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA TUBERCULOSIS, COMORBILIDADES Y ABANDONO.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Muller, Cristian | Morales, Rosana | Trinidad, Mariel | Saad, Romina | Franco, Pablo | Rodríguez Tacacuwa, Juan | Gaitan, Cristina
HIGA Pte Perú - Avellaneda

Introducción: La tuberculosis está reconocida como uno de los principales problemas de salud pública en la mayoría de los países del mundo y en la actualidad es considerada como enfermedad emergente. En Argentina, la Tuberculosis (TB) sigue representando un importante problema de salud, ya que anualmente se diagnostican más de 9.000 casos nuevos. Algunas enfermedades pueden favorecer el desarrollo de la TB.

Objetivos: Estudiar el comportamiento epidemiológico de la TB en el HIGA Presidente Perón de Avellaneda. Evaluar la cantidad de casos nuevos y abandonos por año. Consignar La distancia desde el domicilio al Hospital. Reportar las comorbilidades asociadas y su relación con el abandono.

Materiales y Métodos: Análisis Observacional Descriptivo Retrospectivo a través de los datos obtenidos de la ficha de control de pacientes del Programa Nacional de TB durante el periodo enero de 2011 hasta diciembre de 2015.

Resultados: Se registraron un total de 256 pacientes, de los cuales el 12.1%(n=31) fue en el 2011, 26.6%(n= 68) en 2012, 20.3%(n= 52) en 2013, 18%(n= 46) 2014 y 23%(n=59) en 2015. Los Casos nuevos fueron el 86.7%(n=222); Reingreso de abandono 5.9%(n= 15); Recaida 3.1%(n=8); Traslado 3.9%(n=10); Fracaso 0.4%(n=1). De nacionalidad argentina eran el 94.5%(n=242), 2.3%(n=6) boliviana ,2%(n=5) paraguaya y 1.2%(n=3) peruana. La distribución por sexo fue de 60.5%(n= 155) Hombres 39.5%(n=101) mujeres. Para evaluar la distancia al establecimiento se conformaron tres grupos, el primero incluyo solo a los residentes de Avellaneda, el segundo incluía a Lanús y Quilmes y el tercero a los distritos de Florencio Varela, Almirante Brown, Berazategui, Ezeiza, La Matanza y Lomas de Zamora. El primer grupo obtuvo el 49.6% de pacientes(n= 127), Segundo grupo 35.5%(n=91) y el Tercer grupo el 14.9%(n=38). De las Comorbilidades asociadas se constató que el 24.2%(n=62) presento alguna de las siguientes: HIV: 11.7%(n=30), Diabetes: 3.9%(n= 10), Adicción a drogas: 3.1%(n=8), Insuficiencia Renal: 2.7%(n= 7), Embarazo: 1.2%(n=3), Enolismo: 0.8%(n=2), Desnutrición: 0.4%(n=1), Trabajador de la Salud: 0.4%(n=1). El total de abandonos fue de 102 pacientes de los cuales el 64.7%(n=66) no presentaban comorbilidades. De la relación de abandono y comorbilidades, resultado que el 58.3% eran HIV, 13.8% Diabéticos, 11.1% tenían adicción a drogas, 11.1% Insuficiencia renal, 2.8% enolistas, 2.8% embarazadas. Con respecto a la distancia, el 39.4% de pacientes del grupo 1 abandono, 39.6% del segundo grupo y 42.1% del tercer grupo respectivamente. Se observó una disminución de abandono en los últimos años, siendo, del 19.3%(n=6) en el 2011, 48.5%(n=33) 2012, 51.9%(n= 27) 2013, 39.1%(n=18) 2014, 30.5%(n=18) 2015.

Conclusiones: Parecería que tener alguna comorbilidad asociada a la TB genera mayor abandono del tratamiento, y se destaca que el HIV aumenta dicha tendencia con respecto al resto. Sin embargo, debemos trabajar en la identificación de

factores que influyen la probabilidad de abandono y diseñar intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad. Respecto a la distancia al establecimiento, no se encontraron porcentajes que demuestren que, a mayor distancia, mayor tendencia al abandono. Y por último se observa que desde el 2013 el porcentaje de abandono fue disminuyendo en relación al aumento que presentamos desde el 2011. Nos proponemos incorporar más datos en la ficha de seguimiento, implementar mejoras en el sistema de atención, favoreciendo el traslado del paciente hacia unidades sanitarias donde se implemente DOTS, cercanas al domicilio del paciente, y mejorar las redes con estos centros de salud y otros municipios.

0172 - TUBERCULOSIS CAVITARIA EN MENORES DE 10 AÑOS

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Pediatría

Alvarez, Daniel Osvaldo(1) | Squassi, Isabel Rosa Del Valle(2) | Neyro, Silvana Etel(2) | Doro, Ana María(3) | Caratozzolo, Ana María(2) | Martínez Burkett, Andrés(2) | Cerqueiro, María Cristina(2)

Hospital Zonal "Virgen Del Carmen" Zarate (1); Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" (2); Hospital General de Agudos "Dr.: Teodoro Alvarez" (3)

Introducción: La tuberculosis pulmonar (TBP) cavitaria (CAV) es la forma de presentación más frecuente del adulto y adolescente. La presencia de cavidades en niños, por ser menos frecuentes del 4 al 14%, suelen atribuirse a otros diagnósticos diferenciales como infecciones o malformaciones

Objetivos: Presentar las características de la TBP CAV en niños y promover la sospecha diagnóstica frente a esta forma de presentación

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes (ptes) menores de 10 años asistidos por TBP CAV entre enero del 2000 y diciembre 2015

Resultados: 1404 niños y adolescentes asistidos con TBP [866(62%) <10 años y 212 (15%) con CAV], se analizaron 49 ptes <10 años con TBPCAV (5,7% TBP) Edad media 5 años, rango [r]: 0,6-9,9, 47% <5 años. Varones 57%; procedentes del área metropolitana 77,5% y hacinados 73,5%. Comorbilidades en 31 ptes (63%) con: inmunocompromiso 39%, desnutrición grave 26,5%. Todos BCGizados. Se confirmó foco de contagio en 33 ptes (67%), conviviente 67% y los padres 54%. Recibieron quimioprofilaxis previa 6 ptes (19%). PPD negativa inicial 56%. El tiempo de evolución al inicio del tratamiento (tto) fue 36 días (r: 2-180), más prolongado en varones (45 vs 25 días, $p < 0,03$). Los síntomas más frecuentes tos/obstrucción bronquial 68%, fiebre 66%, anemia 64%, dificultad respiratoria 51%, impregnación 38%, hipoxia 30%; 2 ptes asintomáticos y solo 4 con hemoptisis. Compromiso en tórax: CAV bilateral 43%, ensanchamiento hiliomediastinal 18 ptes, miliar 13 más frecuente en menores 3 vs 6 años, $p < 0,02$, pleural 7, abscesión 6, neumotórax 2. Compromiso extrapulmonar en 20 ptes (41%) (más frecuente en menores 3 vs 6 años, $p < 0,01$): 9 meníngeo, 7 pleural, 4 tóxico, 3 ganglionar, 2 abdominal, 2 óseo, 1 piel. Se confirmó TB en 41 (84%) en cultivo 35/49 (71%), en PCR 19/36 (53%), en histología 4/9 (44%). La baciloscopia fue positiva en el 19 muestras respiratorias (39%), demora en negativizar 31 días (r: 15-71) en 11 ptes estudiados. Recibieron antibióticos previos 79%, internación previa 61%. Se internaron 45 ptes, con una μ de hospitalización 35 días (r: 3-151). Requirió cuidados intensivos 14%, prácticas quirúrgicas (biopsia, drenaje, traqueotomía, etc.) 31% y corticoides 29%. Todos iniciaron tto con 4 drogas anti-TB: 34 ptes cumplieron 9 a 12 meses (12 con secuelas), fallecieron 2, abandonaron tto 2, se suspendió por reacción adversa (RAFA) en 2 y se derivaron cerca del domicilio 9. Total RAFA 17 (35%). Reinternación por complicaciones 11 (22,4%). Espirometría normal en 5 de 8 realizadas

Conclusiones: La TBP CAV es una forma grave de la enfermedad en pediatría (31% secuelas y 4% de letalidad en estos 49 ptes). Es poco frecuente en <10 años, lo que lleva a menudo a demoras en la sospecha diagnóstica y tto. Es muy importante búsqueda activa de contactos bacilíferos y la prevención de los menores, en más de la mitad de estos casos la enfermedad

podría haberse evitado o diagnosticado antes. Ante lesiones cavitarias es perentorio estudiar las muestras accesibles para TB y descartar compromiso sistémico sobre todo en los lactantes. La baciloscopia positiva (39% en este grupo) alerta sobre la necesidad de medidas de aislamiento respiratorio y estudio de contactos

Palabras clave: tuberculosis pulmonar cavitaria, tuberculosis infantil, tuberculosis extraprimaria

0192 - TUBERCULOSIS PULMONAR CON COMPROMISO GENITAL.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

Palma Sánchez, Viviana Alejandra | De Stefano, Gastón | Abad, Santiago | La Pietra, María Cecilia | Casco, Nicolás | Poggi, Susana | Veliz, Lisandro | Cufre, Mónica | Palmero, Domingo
Hospital F. J. Muñiz

Introducción: La tuberculosis urogenital representa el 14% de las manifestaciones extrapulmonares. Su compromiso se debe a una diseminación hematogena con afectación de epidídimo e invasión secundaria de testículo por contigüidad.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 23 años, paraguayo sin otras comorbilidades, con antecedentes de TBC pulmonar en el 2014 con abandono de tratamiento. Consulta por cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por tos con expectoración mucopurulenta y síndrome de impregnación, asociado a dolor, tumefacción, eritema y aumento de temperatura local en testículo derecho que el paciente refiere secundario a traumatismo una semana previa. Presenta radiografía de tórax con opacidades biapicales cavitadas. BAAR en esputo positivo. Ecografía testicular con testículo derecho aumentado de tamaño de 46x46x35 mm, heterogéneo, con áreas de menor ecogenicidad sin flujo, no se identifica epidídimo. Junto al testículo se observa imagen en escarapela con vascularización interpretándose compromiso del cordón espermatocístico. Paredes escrotales engrosadas. Fue evaluado por urología con diagnóstico presuntivo de TB genital versus neoplasia. Se realiza drenaje de dicha lesión cuyo estudio de anatomía patológica indica material necrótico con intenso infiltrado inflamatorio polimorfonuclear y BAAR positivo. Realizo tratamiento con drogas antituberculosis de primera línea con una marcada mejoría clínica y ecográfica.

Conclusiones: La tuberculosis genital es una forma frecuente de TB extrapulmonar. El principal diagnóstico diferencial es con las neoplasias testiculares. Si bien el compromiso epididimario es lo más frecuente; en este caso en particular dicho órgano no presentaba lesión ecográfica visible. Este caso demuestra la importancia de considerar la TB testicular en el diagnóstico diferencial de los tumores testiculares principalmente en áreas donde la enfermedad es endémica. Su diagnóstico y tratamiento precoz es de vital importancia para evitar complicaciones en relación a la fertilidad principalmente la azoospermia obstructiva.

0217 - HEMOPTISIS SEVERA RECURRENTE EN TUBERCULOSIS PULMONAR...

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Cirugía Torácica

Perrone, Vanesa Estefanía(1) | Blua, Ariel Eduardo(1) | Abrate, Vanesa Del Valle(1) | Elías, Marcos Alfonso(1) | Cuestas, Erica Ivana(1) | Olmos, María Eugenia(1) | López, Ana María(1) | Otero, Ana(2) | Navarro, Ricardo Alberto(3)
Hospital Privado Universitario de Córdoba. (1); S.S. Jujuy (2); Sanatorio Allende (3)

Introducción: La Aspergilosis pulmonar crónica (CPA) es poco frecuente, siendo la presentación más común la aspergilosis pulmonar cavitaria crónica (CCPA). Generalmente se presenta en pacientes inmunocompetentes, con enfermedad pulmonar previa o concomitante, como la Tuberculosis pulmonar, siendo su localización en las áreas donde están las lesiones pre-existente. La CCPA se caracteriza por una o más cavidades pulmonares, con pared delgada o gruesa que puede o no contener uno o más aspergilomas, con evidencia serológica o microbiológica que identifican al *Aspergillus*. Se presenta con síntomas pul-

monares y/o sistémicos significativos y progresión radiológica durante al menos tres meses de observación. Se beneficia con el tratamiento médico a largo plazo utilizando itraconazol o voriconazol. En pacientes con hemoptisis moderada o grave, la embolización puede ser necesaria, ya sea previo a la cirugía o como tratamiento definitivo. Presentamos un paciente con antecedentes de TBC y episodios de hemoptisis severa, tratado por tiempo prolongado con itraconazol.

Presentación de Caso Clínico: Masculino de 64 años. APP: HTA y TBC (tratada hace 28 años). Dos años y medio previo a la consulta: hemoptisis recurrente, con aislamiento de *Aspergillus Fumigatus* en esputo. 2 meses después: tos con expectoración, Baciloscopia (+) para BAAR, cumple tratamiento por 9 meses. A los 5 meses de finalizado el tratamiento, nuevo esputo BAAR (+), recaída y re tratamiento. Hace 6 meses: hemoptisis masiva con requerimiento de ARM por 15 días, aislamiento de *A. Fumigatus*, realiza tratamiento con itraconazol. Hace tres meses consulta por tos con expectoración herrumbrosa. CSV: Sat de Hb: 97% aa, FC: 98 lpm, TA: 150/90 mmHg. Ex Físico: MV (+), respiración cavernosa en vértice izquierdo. Laboratorio: GB: 8,1 K/ul GR: 4,06 M/ul, Hb: 12,5 VSG: 66. Galactomanano: Negativo. Esputo: *A. Fumigatus* directo y cultivo. Espirometría: Obstrucción moderada, sin cambios PBD (FEV1: 2,13 lts 61%). TCAR: Lesión cavitada de paredes gruesas en LSD, con disminución volumétrica pulmonar derecha y desplazamiento de mediastino a derecha. Múltiples nódulos con vidrio esmerilado pulmonares derechos. Atelectasia quística de LM. Vértice izquierdo pseudonódulo con bronquiectasias seculares. Se decide tratamiento quirúrgico por recurrencia y severidad de la hemoptisis. Se realiza Arteriografía bronquial selectiva, identificándose una arteria bronquial que rodea a la cavidad del LSD, con objetivo diagnóstico de evaluar el desarrollo arterial anormal y embolización preoperatoria, para disminuir la vascularización y el riesgo de sangrado intraoperatorio. Se efectúa Neumonectomía derecha. Control POP: Sat de Hb: 97%, FC: 90 lpm. Respiración suplante en vértice pulmonar izquierdo. AP pieza quirúrgica: cavidad de 7 x 8 cm, con fibrosis pericavitaria, bronquiectasias severas y marcada fibrosis pleural. PAS y Ziehl-Neelsen negativos y cultivo de tejido negativos.

Conclusiones: Destacar la indicación quirúrgica y el rol de la embolización selectiva en presencia de hemoptisis recurrente potencialmente fatales por *Aspergilosis* pulmonar crónica cavitaria.

Palabras clave: Hemoptisis severa recurrente Tuberculosis *Aspergilosis* pulmonar cavitaria crónica

0248 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR. SERIE DE CASOS

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Cedeño, Jorge(1) | La Pietra, María Cecilia(1) | Zappia, Miguel(1) | Rodríguez Mieres, Adriana(1) | Martín, Ignacio(1) | Casco, Nicolás(1) | Poggi, Susana(1) | Matteo, Mario(2) | Neira, Liliana(1) | Cufre, Mónica(1) | Musella, Rosa(1) | Castagnino, Jorge(1) | González Montaner, Pablo(2) | Palmero, Domingo(1) *Hospital F.J. Muñoz (1); Instituto Vaccarezza UBA (2)*

Introducción: La tuberculosis (TB) extrapulmonar supone aproximadamente el 15- 20% de los pacientes no VIH diagnosticados de TB. Se produce como consecuencia de la diseminación hematogena y linfática del *M. tuberculosis* hacia otros órganos. Las principales localizaciones descriptas son la pleural, ganglionar, osteoarticular y meníngea. En ausencia de compromiso pulmonar el diagnóstico se torna dificultoso debido a que las manifestaciones clínicas son inespecíficas y las muestras biológicas suelen ser paucibacilares.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con compromiso extrapulmonar por TB asistidos en nuestro hospital.

Materiales y Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes tratados de forma ambulatoria e internados con diagnóstico de TB extrapulmonar no VIH, durante el año 2014.

Resultados: Se diagnosticaron 595 casos de TB confirmados bacteriológicamente en pacientes VIH negativos. El 10.9% (65 pacientes) presentó compromiso extrapulmonar. De los

65 aislamientos de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras extrapulmonares se incluyeron 49 pacientes, los 16 restantes se excluyeron por falta de datos clínicos. La media de la edad fue de 32 años, prevaleció el sexo masculino con 36 pacientes y 13 de sexo femenino. El 61,3% fueron extranjeros, 46,7% fueron de nacionalidad boliviana, el 40.8% argentina y en menor proporción los de nacionalidad paraguaya (6.1%), dominicana, peruana, senegalesa (2,1% cada una). El 50% residía en CABA y el otro 50% en el conurbano bonaerense. Se identificó 1 paciente diabético y 1 EPOC, 7 enolistas (14.2%) y 3 adictos a drogas inhalatorias (6.1%). Del total de pacientes 7 (14.25%) habían realizado tratamiento antituberculoso previo (5 abandonos y 2 tratamientos completos). La forma de presentación más frecuente fue la pleural (69.3%), ganglionar (16.3%), genitourinaria (8.1%), ótica y meníngea (2,1%). En 20 pacientes (40,8%) había compromiso pulmonar. En 4 pacientes se observó afectación de más de 2 órganos diagnosticándose TB diseminada (2 presentaban patrón radiológico miliar). En 28 pacientes (57%) el inicio del tratamiento fue empírico en base a epidemiología y manifestaciones clínicas, confirmándose posteriormente el diagnóstico por bacteriología en todos los casos. El 95% de los pacientes estudiados tenían *M. tuberculosis* sensible a drogas de primera línea, mientras que 2 de ellos eran multidrogoresistentes. Del total de los pacientes, 44 (89,7%) tuvieron evolución favorable, 3 (6.1%) abandonaron el tratamiento y 2 (4.08%) fallecieron.

Conclusiones: El trabajo demuestra que el comportamiento de la TB extrapulmonar en nuestro hospital no difiere en la mayoría de los aspectos en relación a lo publicado en la bibliografía. Los pacientes mayormente afectados son adultos jóvenes, la principal comorbilidad fue el enolismo. Al igual que en la TB pulmonar la incidencia de la enfermedad en inmigrantes es muy alta. Las formas clínicas más frecuentes son la pleural y la ganglionar. La coexistencia de compromiso pulmonar es muy común, en ausencia de ésta, la sospecha clínica y los métodos invasivos de diagnóstico son fundamentales. La biopsia, tanto pleural y ganglionar fue una valiosa herramienta diagnóstica. A excepción de las formas meníngeas y diseminadas, todos los pacientes recibieron el mismo tiempo de tratamiento que una TB pulmonar y evolucionaron favorablemente. La mortalidad fue baja y estuvo en relación a la falta de adherencia del paciente.

0249 - MYCOBACTERIUM XENOPI ASOCIADO A VASCULITIS SISTÉMICA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Tuberculosis

Martín, Ignacio José | Frías, Ana | Visca, Mabel | Medín, Inés | Blanco, Antonieta | Bastidas, Emiliano | Casco, Nicolás | Musella, Rosa | Palmero, Domingo *Hospital F. J. Muñoz*

Introducción: *Mycobacterium xenopi* es un microorganismo presente en agua y suelo, es en frecuencia la segunda micobacteria atípica causante de enfermedad pulmonar. La clínica es insidiosa, las lesiones pulmonares generalmente son mínimas e infrecuentemente originan cavidades. Su tratamiento óptimo y duración no han sido establecidos, siendo la respuesta a éste variable y no siempre correlacionada a la sensibilidad in vitro. La mayor cantidad de casos se han notificado en Canadá, Reino Unido y EEUU; en Argentina no existen hasta el momento reportes de esta enfermedad. Se presenta el siguiente caso clínico en el cual se realiza diagnóstico de esta patología, asociada a una vasculitis sistémica con afectación pulmonar, renal y cutánea.

Presentación de Caso Clínico: Caso Clínico: Paciente masculino de 44 años, argentino, con antecedentes de TBC pulmonar en 2008, con tratamiento completo. Ingresó por hemoptisis moderada, disnea mMRC II, fiebre, asociado a anemia y deterioro de la función renal; TAC de tórax con lesiones pulmonares bilaterales extensas, imágenes cavitarias en lóbulos superiores, alternando con áreas de consolidación algunas de ellas con broncograma aéreo, patrón de crazy paving en hemitórax derecho, llingula y lóbulo inferior izquierdo, con adenomegalias mediastinales. A su ingreso se indica tratamiento ATB, asociado a plan amplio de hidratación. Se revisaron datos de laboratorio de muestras respiratorias de años anteriores en

los cuales se evidencia micobacteria atípica (2013 y 2015). Se inicia tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Levofloxacina y Etambutol y se envía a laboratorio especializado para tipificación del germen. Intercurre con Insuficiencia respiratoria aguda por lo que es derivado a UTI donde realizó tratamiento por 11 días con Linezolid mas Vancomicina (sin rescates bacteriológicos), con requerimiento de VNI; presentó lesiones eritemato purpúricas en ambos antebrazos interpretadas como probable farmacodermia, por lo que se suspendió tratamiento antifímico. Retorna a sala general, se recibe cultivo de esputo positivo para *Mycobacterium Xenopi*, inicia tratamiento con Rifampicina, Estreptomina, Levofloxacina y Claritromicina. Se realiza diagnóstico de insuficiencia renal y Síndrome Nefrótico, la ecografía abdominal evidenció riñones levemente aumentados de tamaño con parénquima conservado, moderado aumento de ecogenicidad cortical. Se realizó biopsia renal constatándose nefropatía endo y extracapilar con semilunas epiteliales, engrosamiento miointimal leve de arterias de mediano y gran calibre, atrofia tubular moderada con acúmulos linfocitarios de distribución irregular con presencia de PMN. Laboratorio Inmunológico: ANA + mayor a 1/1280 ANCA p + 1/160 Anti-MPO +47, hallazgos compatibles con Poliangeitis microscópica. Se indica tratamiento inmunosupresor más corticoides. Paciente evoluciona con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio, mejoría de lesiones cutáneas, continuó seguimiento por consultorios externos de neumonología, nefrología y reumatología.

Discusión: Discusión: Se presenta este caso clínico en cual se diagnostica el primer caso de *Mycobacterium xenopi* en Argentina, la asociación de éste a Poliangeitis microscópica sistémica con manifestaciones pulmonares, plantea dificultades en el tratamiento de éste paciente con una enfermedad infecciosa de tratamiento óptimo no estandarizado, que requiere tratamiento inmunosupresor.

0256 - DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PLEURAL EN UN HOSPITAL GENERAL.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tuberculosis

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Karlen, Hugo Rubén Andrés | Heres, Marcela | Solis Aramayo, Marco | Hernández, Marcos | Quadrelli, Silvia
Sanatorio Güemes

	ADA >60UI/ml	ADA >35UI/ml
Sensibilidad	46%	83%
Especificidad	93%	83%
VPP	73%	67%
VPN	81%	92%

Introducción: La Argentina es un país de prevalencia intermedia para tuberculosis, donde la presentación pleural (TBP) es la forma extrapulmonar más frecuente pudiendo ser la manifestación inicial hasta en el 25% de los casos en personas jóvenes. El diagnóstico requiere el hallazgo del bacilo o la presencia de granulomas necrotizantes en una muestra de tejido. Existen métodos indirectos establecidos como herramientas diagnósticas.

Objetivos: Describir los métodos diagnósticos utilizados en pacientes con TBP en un Hospital General. Establecer la utilidad de método diagnóstico indirecto, como la determinación de la enzima adenosindeaminasa (ADA).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de diseño transversal. Se analizaron en forma retrospectiva todos los pacientes internados entre enero de 2008 y diciembre de 2015, con derrame pleural y sospecha de TBP. Se compararon las formas de presentación, características del líquido pleural (LP) y herramientas diagnósticas utilizadas. La determinación de ADA se realizó mediante el método de Galanti Giusty. Las

variables continuas se compararon con el Test de t, la prueba de Chi cuadrado se utilizó para la comparación de proporciones. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: Se analizaron 146 pacientes con derrame pleural, de las cuáles 64 (43,5%) eran mujeres (edad $51,7 \pm 22,2$ años). Se perdieron de seguimiento 3 pacientes. En 41 (28,6%) el diagnóstico fue TBP. En todos los casos el DP fue de predominio linfocítico (100 vs 75,9%, $p=0.003$). El diagnóstico se confirmó en 33 pacientes por anatomía patológica (31 biopsias pleurales por videotoroscopia, 1 muestra ósea y 1 ganglionar), 4 por baciloscopia y cultivo positivo (1 LBA y 3 esputos) y en 4 debido a respuesta favorable al tratamiento empírico. Cuando se comparó con el grupo de pacientes con otras causas de DP la presencia de dolor pleurítico (27 vs 33 $p < 0.004$), pérdida de peso (10 vs 23, $p=0.015$) y hemoptisis (1 vs 3 $p=0.022$) se presentó principalmente en aquellos con TBP. La prueba cutánea con tuberculina (PPD) fue positiva en el 15,3% en el grupo con TBP y 13,7% en el otro. El valor del ADA fue positivo (> 60 UI/ml) en 46,3% (18/41) de los pacientes con TBP. La sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN del valor de ADA, según las Normas Nacionales vigentes para el diagnóstico de TBP fue 46,3%, 93,1%, 73% y 81,2% respectivamente. En el análisis por subgrupos estableciendo como positivo el valor de ADA > 35 UI/ml la S aumenta a 83% y la E disminuye a 83% (VPP 67%, VPN 92%). En los menores de 35 años, tomando como punto de corte el mayor valor de la enzima la S, E, VPP y VPN son 52%, 82%, 82% y 52%, respectivamente. En contraste no se producen cambios significativos en la S y E (81% y 82%), siendo menor el VPN (74%) para un valor de la enzima a partir de 35 UI/ml.

Conclusiones: Las dificultades para la confirmación diagnóstica de la TBP, han llevado a la utilización de métodos indirectos, como la determinación del ADA. Según la Norma Nacional vigente se considera positivo una determinación mayor 60 UI/ml, lo que en nuestro grupo de pacientes resulta en baja sensibilidad, VPP y VPN. Existen numerosos trabajos que establecen puntos de corte entre 35 y 40 UI/ml, de acuerdo a la prevalencia local de TB, que permite aumentar la S y VPN (83% y 92% respectivamente) en nuestro medio. En el caso de valores positivos debe realizarse diagnóstico diferencial con otras enfermedades que también producen una elevación de dicha enzima. La determinación de ADA estableciendo un punto de corte en 35 UI/ml en el LP es un método sensible y específico, con un alto VPN que contribuye al diagnóstico de la TB pleural.
Palabras clave: tuberculosis pleural derrame pleural ADA

Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

0072 - ESTENOSIS BRONQUIAL SECUNDARIA A CONTUSIÓN TORÁCICA.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

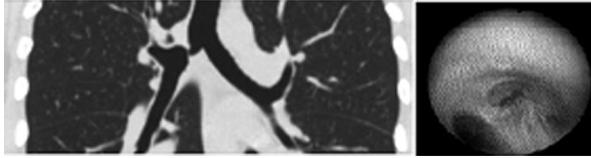
Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Unidad Temática 2: Cirugía Torácica

Difilippo, Hernán Elías | Guillen, Jaime | Karlen, Hugo | Medinachelli, Eduardo | Churin, Lisandro | Falco, Jimena | Duré, Roberto | Hernández, Marcos | Quadrelli, Silvia
Fundación Sanatorio Güemes

Introducción: Las estenosis bronquiales secundarias a contusiones graves son secundarias a ruptura bronquial, aunque generalmente son en menos del 1% de los casos, es un evento grave y requiere diagnóstico y tratamiento a la brevedad. Sin embargo en algunos casos puede presentarse como una complicación tardía en meses o años posteriores manifestándose como atelectasia con o sin infecciones pulmonares.
Presentación de Caso Clínico: Mujer de 18 años, sin antecedentes patológicos de relevancia quien sufre accidente de tránsito dos meses previos, colisión auto-moto, con politraumatismo y neumotórax bilateral que requiere avenamiento





pleural bilateral internada en UTI por 11 días sin requerimiento de ARM. Evoluciona favorablemente siendo dada de alta en esa oportunidad. Consulta un mes después por cuadro clínico de disnea MMRC II por lo que se re interna para diagnóstico. Al examen físico presenta estridor laríngeo, Sat 98% al aire ambiente, la espirometría evidencia obstrucción moderada sin respuesta a broncodilatadores y la TC de tórax con reconstrucción se observa importante estenosis del bronquio fuente derecho con una luz calculada de 3 mm a dicho nivel, los diámetros postestenóticos son normales. Se realiza FBC donde se observa retracción y engrosamiento una obstrucción del 80% aproximadamente, se toman biopsias las cuales informan mucosa bronquial sin evidencia de células atípicas. Se interpreta como lesión post traumática de bronquio fuente derecho y se decide FBC rígida con colocación de stent de 10x60 mm, evoluciona sin complicaciones se otorga alta sanatorial y control en tiempo prudencial.

Discusión: Los traumatismos cerrados de tórax pueden generar ruptura de las vías aéreas centrales, generalmente presentan otras lesiones asociadas, como enfisema, neumomediastino, lesión de otros órganos, generalmente en el manejo inicial no son detectadas, puesto que la IOT suele enmascarar el cuadro, de esta manera se evidencias luego de la extubación. En estos casos el diagnóstico se lleva a cabo por la clínica que genera una inflamación con estenosis y en determinadas ocasiones complicaciones con atelectasias e infecciones.

Conclusiones: Las técnicas de imágenes son fundamentales para el diagnóstico y la broncoscopia es el Gold standard. El tratamiento debe ser inmediato y el control periódico para evitar re estenosis.

Palabras clave: Estenosis Bronquial

0127 - CUERPO EXTRAÑO EN LA VIA AEREA INFERIOR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

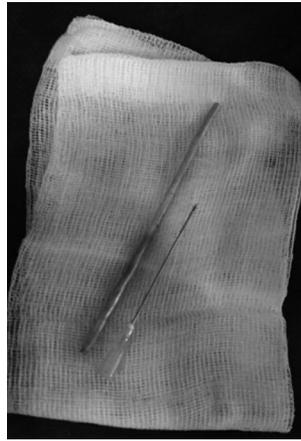
Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Unidad Temática 2: Cirugía Torácica

Rossi, Pamela | Vujacich, Patricia | Cejas, Carlos | Leiva, Sebastián | Iannella, Hernán | Berenguer, Roxana | Damonte, Alejandro | Vaca, Emilia
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Introducción: La aspiración de cuerpos extraños hacia el árbol traqueobronquial, es común en niños, pero representa un evento menos frecuente en adultos. Los factores de riesgo incluyen pérdida de consciencia, intoxicación por drogas o alcohol, anestesia y en los adultos mayores aquellas enfermedades que afectan el mecanismo de la deglución. Puede presentarse de forma aguda, subaguda o crónica; con tos y síntomas inespecíficos, o incluso resultar un hallazgo en la broncoscopia.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 17 años de edad, de sexo masculino, oriundo de Bolivia. Antecedentes personales: TEC severo 2° a politraumatismo por aplastamiento en su lugar de origen (octubre 2015), que requirió craneotomía descompresiva y traqueostomía durante 12 días, presentando en la actualidad secuela neurológica (paresia faciobraquiocrural leve, visión luz bilateral y amnesia anterógrada). Durante su estadía en Buenos Aires fue operado de apendicitis aguda (abril 2016). Ante la persistencia de los síntomas toracoabdominales se internó en el servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas. EXAMEN FISICO: Dolor torácico y en hipocondrio derecho, escasa tos no productiva. Buena mecánica ventilatoria, estertores crepitantes en base pulmonar derecha, saturación 98%



de color gris nacarado compatible con el extremo del cuerpo extraño buscado, se intenta su remoción con pinza resultando ineficaz. Broncoscopia rígida: Se logró retirar el cuerpo extraño, obteniéndose un objeto metálico de aproximadamente 5 cm de longitud, que impresiona corresponder a una porción de mandril de intubación orotraqueal.

Discusión: Se presenta el caso clínico por lo llamativo del cuerpo extraño rescatado, y la aparente ausencia de síntomas en el contexto de un paciente con comorbilidades neurológicas. La causa iatrogénica resulta evidente en este caso.

Conclusiones: La aspiración de cuerpos extraños es un evento comparativamente raro en adolescentes y adultos jóvenes; sin embargo, no puede descartarse esta etiología. El tratamiento es, sin la menor duda, la extracción del mismo.

Palabras clave: Aspiración de cuerpo extraño Vía aérea inferior Arbol traqueobronquial

0230 - FIBROBRONCOSCOPÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE MORÓN

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Pérez, Soledad | Politti, V | Peña Godoy, L | Lozada, C | Mellino, M | Tesoro

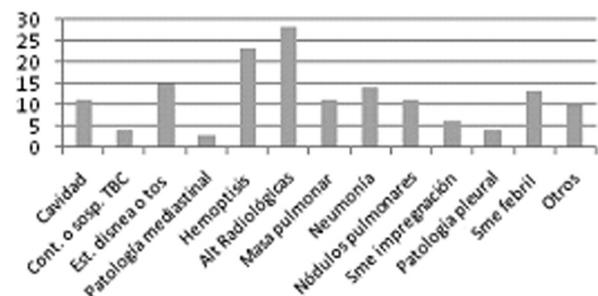
Fuentealba, C | Morales, A | Vázquez, Bibiana Mariel | Bravo, S

Hospital Municipal de Morón

Introducción: La fibrobroncoscopia es de gran valor diagnóstico en diferentes infecciones respiratorias y patología oncológica, permite la observación de lesiones en la vía aérea central y árbol bronquial

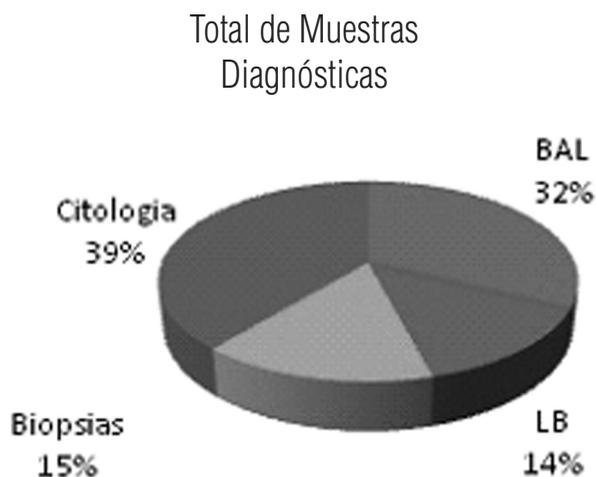
Objetivos: Describir las indicaciones de fibrobroncoscopia y tipo de muestras tomadas, según los protocolos endoscópicos. Analizar la calidad de las muestras obtenidas. Enumerar los diagnósticos hallados.

Motivo de realización diagnóstica



Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Revisión de protocolos de procedimientos endoscópicos en el Hospital de Morón, en el período enero 2014 a mayo 2016.

Los procedimientos fueron realizados en quirófano y terapia intensiva. Videobroncoscopio Storz y Olympus, se utilizó anestesia tópica con lidocaína. Monitoreo de oxígeno y frecuencia cardíaca. Oxígeno suplementario con cánula nasal. Para lavado broncoalveolar se instilaron 100 ml de solución fisiológica en alícuotas de 20 ml, se define muestra representativa menos de 1% de células epiteliales y respuesta inflamatoria a la presencia mayor de 25 PMN. Método estadístico descriptivo con porcentajes, mediana y desvío standard



Resultados: Se realizaron 161 procedimientos. Edad 48 años, SD 16, (rango 15-85), sexo masculino 104 (65%), pacientes sin antecedentes previos 19,8%, tabaquista 14,9%, tos crónica 11,8%, retrovirus positivo 9,9%, intubación orotraqueal previa 9,9%. Los motivos de realización, según consta en protocolo, fueron divididos en: observación de la vía aérea y diagnósticos; en el primer grupo 16 (10%) procedimientos (control postoperatorio de estenosis 6, control post ventilación mecánica 6, control pre decanulación 3 y estridor 1). Diagnósticas 145 procedimientos (90%): Gráfico 1 Se tomaron 314 muestras: 144 para directo y diagnóstico (101 Lavado broncoalveolar y 43 Lavado-bronquial), 122 para citología y 48 biopsias. De las 144 muestras 93% fueron representativas. Informe bacteriológico: 101 muestras negativas, 8 bacilos ácido alcohol resistente, 1 Acinetobacter, 1 Clamydia - Legionella, 1 Coagulasa negativo, 1 k. oxytoca, 1 Pseudomona, 1 Serratia, 2 E. cloacae, 2 S. Pneumoniae, 3 S. Aureus, 4 M. tuberculosis, 4 H. Influenzae, 4 K. Pneumoniae, 7 Flora Habitual y 10 datos perdidos. Pedido de citología en 122 muestras: 104 negativas, 12 positivas, 6 muestra insuficiente. Anatomía patológica en 48 muestras: 24 negativas (50%), 19 positivas (40%), 1 muestra escasa (2%), 4 datos perdidos (8%). Diagnóstico de adenocarcinoma 10 (21%), 3 carcinoma epidermoide (6%) y 6 con atipia sin especificar (13%) Gráfico 2. No se observaron complicaciones durante el procedimiento como hipoxemia, fallo respiratorio o muerte atribuible)

Conclusiones: La indicación diagnóstica fue la prevalente para la realización de endoscopia, con mayor porcentaje de lavados broncoalveolares y estudio citológico. Si bien las muestras fueron representativas según el Consenso Argentino de Broncoscopia, se observa un alto porcentaje de resultados negativos en patología infecciosa, podría relacionarse con el uso previo de antibiótico empírico. En biopsia el rédito fue del 40%

Palabras clave: Fibrobroncoscopia-Lavado broncoalveolar-Biopsia

0280 - CRIOBIOPSIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Unidad Temática 2: Neumonología Crítica

Las Heras, Marcos José | Castro Azcurra, Rodrigo | Castro, Matías Horacio | RodríguezGiménez, José | Svetliza, Graciela | Precerutti, Juan Arturo | San Román, Eduardo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Existe cierta evidencia de que en pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) y con un lavado bronquioalveolar negativo, la biopsia quirúrgica a cielo abierto permite un diagnóstico etiológico en un 78%, y como resultado un tratamiento adecuado y una mejora en la mortalidad. Sin embargo, la tasa de neumotórax con fuga aérea persistente y hemotórax, es considerable. El advenimiento de nuevas técnicas como la criobiopsia, no está demostrado como método diagnóstico, y su seguridad está en evaluación en pacientes con infiltrado bilateral e insuficiencia respiratoria. Su tasa de complicación para enfermedades difusas del parénquima pulmonar se encuentra en un 12% para el neumotórax, con baja tasa de sangrado

Presentación de Caso Clínico: Se presentan dos pacientes de sexo femenino: Paciente 1: Paciente de 65 años de edad, con antecedentes de obesidad e HTA, derivada con insuficiencia respiratoria aguda y requerimiento de ventilación mecánica de 4 días, lavado bronquioalveolar negativo y SDRA grave según criterios de Berlín, requiere ventilación mecánica protectora y membrana de circulación extracorpórea (ECMO) a las 24 horas de ingreso por hipoxemia refractaria. A las 24 horas de utilización de ECMO, se decide realizar criobiopsia por falta de diagnóstico, con la finalidad de evaluar el tratamiento adecuado. Se obtiene como resultado daño alveolar en etapa organizativa, por lo cual se decide continuar con ventilación protectora, logrando al extubación de la paciente a los 7 días de su ingreso y alta hospitalaria a los 14 días. Paciente 2: Paciente de 78 años de edad, con antecedentes de trastornos de la personalidad que ingresa por cuadro de disnea progresiva de 7 días, infiltrados bilaterales, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica a su ingreso. Se realiza lavado bronquioalveolar, con resultados negativos. Evolucionan con SDRA moderado según criterios de Berlín, sin respuesta al tratamiento antibiótico y sin evidencia de otra causa etiológica por lo cual se decide realizar criobiopsia. Se obtiene como diagnóstico neumonía eosinofílica, por lo que se inicia tratamiento con meprednisona 1 mg/kg evolucionado con mejoría de la oxigenación y de infiltrados pulmonares. La paciente evoluciona con neumonía intrahospitalaria y fallece a los 20 días de su ingreso.

Discusión: En pacientes con falla respiratoria aguda e infiltrados pulmonares, la utilidad de la biopsia quirúrgica pulmonar muestra una notable mejoría en el diagnóstico y consiguiente tratamiento etiológico de la afección. Sin embargo, debido a sus complicaciones y complejidad, la utilidad de nuevas técnicas como la criobiopsia está en fase implementación. La necesidad de nuevos estudios para evaluar la seguridad y la utilidad de la criobiopsia, se encuentran en etapa inicial.

Conclusiones: En un grupo selecto de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, infiltrados bilaterales y lavado bronquioalveolar negativo, la utilidad de la criobiopsia en manos experimentados y con un soporte ventilatorio adecuado, puede mostrar resultados esperanzadores y un nuevo panorama diagnóstico y terapéutico.

0281 - COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTE CON ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Endoscopia Respiratoria

Unidad Temática 2: Cirugía Torácica

Violí, Damián Alejandro | Vázquez, Bibiana Mariel | Gando, S | Dure, R
Hospital de Intenciosas Francisco J. Muñiz

Introducción: La lesión de arteria subclavia asociada a la traqueostomía es un hecho inusual y poco descrito en la bibliografía. Se presenta un caso con asociación de traqueostomía de urgencia por estenosis benigna, lesión arterial subaguda y resolución con prótesis abierta

Presentación de Caso Clínico: Masculino de 18 años, sin antecedentes de importancia que ingreso a un Hospital de Agudo de la Provincia de Buenos Aires por siniestro vial (moto sin casco vs auto). Presenta trauma cráneo encefálico grave, y torácico con neumomediastino, neumotórax bilateral (TC de tórax con enfisema peritraqueal) Requirió tubo endotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica por 48 hs. Buena evolución



clínica, pasa a piso con posterior alta. Reingresa a los 30 días por obstrucción de la vía aérea con necesidad de traqueostomía de urgencia. Endoscopia respiratoria, evidencia estenosis subglóticas a nivel de 1º y 2º anillo traqueal, compleja, Cotton IV. Alta a las 72hs A los 8 días de la traqueostomía, concurre en forma ambulatoria a servicio de endoscopia intervencionista, para dilatación con broncoscopia rígida y colocación de prótesis tipo T siliconada (Montgomery). Procedimiento sin complicaciones. Intercurre a las 24 hs con sangrado periostoma luego de episodio de agudos, al Hospital de Agudos. De urgencia en quirófano se retira prótesis con posterior sangrado profuso y pulsátil sin posibilidad de recanular. Luego de la intubación orotraqueal y compresión digital se estabiliza. Cirugía realizó cervicotomía derecha con hallazgo de lesión de la arterial subclavia (Proceso inflamatorio que incluía tráquea, granuloma y arteria). A los 13 días, persiste con una herida secretora, con cierre incompleto, exposición de tejidos internos y falta de granulación, por lo cual se recoloca prótesis tipo T, con alta 5 días. Evoluciona favorablemente a los 2 meses. Persiste con Montgomery

Discusión: Se presenta un caso de complicación poco frecuente de traqueostomía, con signos de sospecha poco relevantes como el sangrado periostoma. Se rescata la necesidad de un equipo quirúrgico entrenado para su resolución, la necesidad de permeabilizar la vía aérea en presencia de estenosis traqueal y el uso de prótesis tipo T como sostén para la cicatrización de heridas que comprometen la vía aérea cervicotorácica

Conclusiones: Mantener la permeabilidad de la vía aérea por patología traqueal en etapa aguda-subaguda podría garantizar un mejor manejo de las complicaciones.

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

0151 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ESTUDIADOS CON POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NOCTURNA.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Cervantes Michel, Cecilia Rosario | Guendulain, Silvana | Bermudez, Aníbal R | Moyano, Viviana A | Uribe Echeverría, María Elisa
Hospital Italiano de Córdoba

Introducción: El llamado Síndrome de Apnea- Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS), en los últimos años ha cobrado importancia, con una prevalencia aproximada, del 26,7% en la población general. Su diagnóstico se confirma tradicionalmente

mediante polisomnografía (PSG), aunque se acepta como válido la realización de poligrafía respiratoria nocturna (PR) (recomendación A). La clínica es la primera aproximación al diagnóstico, aunque no existen síntomas específicos los ronquidos, las apneas y la somnolencia diurna son muy frecuentes en esta población. Se presenta con frecuencia asociado a la obesidad.

Objetivos: Identificar las características clínicas de pacientes estudiados con poligrafía respiratoria. Objetivos secundarios: Describir la frecuencia de SAHOS en la población estudiada. Describir las diferencias clínicas entre los distintos grupos de SAHOS.

Materiales y Métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Realizado en el Hospital Italiano de Córdoba. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cuello, Índice de apnea-hipopnea (IAH). Tabaquismo (índice paq/año), comorbilidades y manifestaciones clínicas. Se utilizó el cuestionario de Escala de Somnolencia Subjetiva de Epworth (ESS). Las variables operativas se describieron para la población en general, grupo por sexo, y pacientes no SAHOS y SAHOS y estos de acuerdo a la severidad (leve, moderado y severo). En todos los pacientes se utilizó polígrafo respiratorio portátil con cuatro canales de información.

Resultados: De los 178 pacientes incluidos el 50% eran del sexo femenino y el otro 50% del sexo masculino. Los pacientes con SAHOS representaron el 69,10%, con una edad media de 62 años. El 57% correspondió al sexo masculino y el 43% al femenino. De acuerdo a la severidad el grupo con SAHOS leve fue del 40%, el 21,1% moderado y el 39% severo. Los pacientes tabaquistas con SAHOS fueron el 63,4% y los tabaquistas no SAHOS el 52,7%. El 50% presentó un índice de más de 20 paq/año y esto fue similar en los tres grupos. Los pacientes SAHOS obesos representaron el 68%. Los pacientes roncadores con SAHOS representaron el 88,6% vs. el 78% de roncadores no SAHOS. El perímetro de cuello tuvo una media de 41,9 cm para los pacientes SAHOS y 39,3 cm para los no SAHOS. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron somnolencia diurna con el 80,9%, cambios de humor con el 62,9%, alteraciones cognitivas 58,9% y problemas sexuales con el 43%, con similitud en los tres grupos. Los pacientes consignaron más de una manifestación clínica a la vez. Del total de pacientes SAHOS el 66,7% perteneció al grupo de ESS de menos de 12 puntos. Las comorbilidades cardiovasculares fueron las más frecuentes.

Conclusiones: El SAHOS es más frecuente en hombres, pacientes obesos, con un perímetro de cuello de más de 40 cm y roncadores. La somnolencia diurna es la manifestación clínica más frecuente. Los test para su valoración, como la ESS, en todos los grupos fue más frecuente por debajo del punto de corte de sospecha, lo cual indica que deberían desarrollarse nuevos cuestionarios un poco más específicos. Las comorbilidades cardiovasculares son más frecuentes. Es de destacar que el factor tabaquismo se presentó con más frecuencia asociado a SAHOS, pero no así la EPOC, aunque aún no está clara la relación entre estas dos entidades. No habiendo una única característica clínica o cuestionario que permita diferenciar pacientes SAHOS y no SAHOS la realización de la PSG o PR es indispensable para su diagnóstico.

Palabras clave: Síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño. Ronquido. IMC. Somnolencia.

0287 - RED DE COMPLEJIDAD CRECIENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE SAHOS

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Borsini, Eduardo Enrique | Campos, Jerónimo | Decima, Tamara | Di Tullio, Fernando | Ernst, Glenda | Meraldi, Ana | Robaina, Gabriela | Casas, Nadia | Blanco, Magali | Bosio, Martín | Blasco, Miguel | Salvado, Alejandro
Hospital Británico de Buenos Aires, Servicio de Medicina Respiratoria

Introducción: El diagnóstico de alteraciones respiratorias vinculadas al sueño requiere confirmación por polisomnografía (PSG) o poligrafía respiratoria (PR). Estos recursos requieren

personal entrenado y con experiencia y están habitualmente alejados del domicilio del paciente. La toma de registros de PR en domicilio con técnica de auto-colocación y transmisión de datos crudos mediante internet podría facilitar el acceso al diagnóstico en poblaciones alejadas y revisión de los registros por personal experto.

Objetivos: Describir una experiencia en telemedicina mediante PR auto-administrada con equipos de nivel III en cuatro (4) centros de atención ambulatoria (CAA) satélites al Hospital Británico de Buenos Aires (HB) en el período marzo del 2014 a marzo del 2016.

Materiales y Métodos: Técnicos en prácticas cardiológicas encargados de la toma de registros holter de los centros de atención ambulatoria del HB (CAA Vicente López, CAA Barrio Norte, CAA Lomas de Zamora y CAA Centro de Hipertensión Arterial (Cardiología) fueron entrenados en la adquisición de cuestionarios específicos para probabilidad clínica de SAHOS (Escala de Epworth, cuestionarios de STOP-BANG y Berlín) y en la programación y manejo de equipos de PR de nivel III Apnea Link Plus (ResMed, Australia). Se utilizó software versión 9.0 conectado en red a intranet para enviar las señales crudas al HB central donde expertos realizaron la puntuación, interpretación e informe definitivo. Se documentaron demoras, dificultades, causas de pérdida o repetición de registros, diagnósticos e indicación de tratamiento.

Resultados: En 24 meses se realizaron 499 PR en igual número pacientes; 303 hombres (60.7%) con las siguientes características (medias y desvío estándar): edad; 55.3 años (± 14), BMI; 31.33 (± 6.6) y Epworth; 8.5 (± 0.2). Todos tuvieron algún grado de escolaridad (10/10.1% exclusivamente primaria), 88.3% tuvieron alto riesgo de SAHOS por Berlín y el 33.7% un ESS >10 puntos aunque el 67% relató cansancio habitual. Los motivos de derivación para PR más frecuentes fueron; ronquido frecuente (76%), apneas observadas (32%), cansancio o sueño poco reparador (74%) e Hipertensión Arterial (41%). El peso del archivo crudo alcanzó 4.6 Megabytes (± 1.1) y las demoras fueron; para adquisición del registro: 5.3 días hábiles (± 3.7), transmisión de señales crudas; 1.64 días (± 2.3), informe definitivo; 1.1 días (± 0.9). No se perdió información en ningún caso durante la transmisión de datos. Los indicadores poligráficos medios fueron; Tiempo válido para el análisis manual: 392.8 minutos (± 100.1), IAH: 17.05 (± 16.49 y percentilo 25-75 [Pct]: 5-23)ev/hora, IDO (criterio 3%): 18.05 (± 16.48 y Pct 25-75: 6-25)ev/hora, y tiempo debajo de 90% (T<90): 17.9% (± 23.4 y Pct 25-75: 1-23). La distribución de los diagnósticos (n° absoluto y porcentaje) fue; normales (66/13%), roncoadores (70/14%), leves (167/33.5%), moderados (110/22%) y severos (86/17.2%). Se indicó CPAP a 191 pacientes (38.6%). Veinte registros (4%) inválidos debieron repetirse una segunda noche por desconexión de cánula o del oxímetro (TTR < 240 minutos válidos). Se sugirió completar con PSG en HB Central 60 (12.1%) casos (SAHOS leve o IAH normal con ESS elevado o enfermedad cardiovascular).

Conclusiones: La estrategia de diagnóstico a distancia mostró demoras aceptables, transmisión segura de datos y una tasa de pérdida de registros baja, permitiendo la indicación de tratamiento a más de un tercio de la población estudiada. El trabajo en redes significó una baja derivación para PSG.

Palabras clave: Poligrafía respiratoria Telemedicina SAHOS

0290 - MONITOREO DE LA VENTILACIÓN DOMICILIARIA CRÓNICA. EXPERIENCIA DE UN MODELO DE HOSPITAL DE DÍA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios

Unidad Temática 2: Kinesiología

Blanco, Magali | Casas, Nadia | Campos, Jerónimo | Di Tullio, Fernando | Decima, Tamara | Meraldi, Ana | Ernst, Glenda | Bosio, Martín | Salvado, Alejandro | Blasco, Miguel | Borsini, Eduardo

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El monitoreo de la ventilación NO invasiva (VNI) en pacientes con cuidados domiciliarios o dificultades de

movilidad implica tiempo y requiere personal calificado. Con el fin de evitar la internación se gestionó un módulo de internación temporaria de 4 horas con modalidad "hospital de día" para candidatos a VNI o pacientes con tratamiento ventilatorio.

Objetivos: Describir el monitoreo y seguimiento de pacientes con ventilación crónica y cuidados domiciliarios basado en un modelo de Hospital de Día desarrollado por médicos neumonólogos y kinesiólogos respiratorios

Materiales y Métodos: Se analizaron registros de historia clínica sistemáticamente adquiridos durante la evaluación en el programa UDOR (Unidad de Observación Respiratoria) del Hospital Británico de Buenos Aires, para pacientes con patología respiratoria quienes se encontraban con ventilación crónica domiciliaria. Se registraron; datos demográficos, antropométricos, antecedentes clínicos, motivo de la indicación de VNI, modo y parámetros del ventilador y se realizaron mediciones fisiológicas (espirometría, gases en sangre arterial y descarga de datos de los software de los ventiladores). Cuando fue necesario se ajustaron los parámetros de ventilación y oxigenoterapia. Se realizó control del material y educación al paciente y su familia.

Resultados: Durante dos años fueron incluidos al programa 57 pacientes; 31 hombres (54.4%), media de edad 69 (± 16.20 Percentilo 25-75: 55-74) años, índice de masa corporal (IMC); 28.6 (± 1.8) kg/m². Catorce pacientes fueron obesos (IMC > 30) con un IMC medio de 30.8 (± 2.26) kg/m². Fueron fumadores 23 (40.3%) y tabaquistas actuales 7 (12.2%). Los diagnósticos fueron; enfermedades neuromusculares (n=12; 21%), EPOC (n= 12; 21%), síndrome de overlap (n=7; 12.2%), SAHOS (n=6; 10.5%), disfunción diafragmática (5; 8.8%), enfermedad restrictiva por pared torácica (n=1; 1.7%), hipoventilación central (n= 2; 3.5%) y otras (Sme. West, FQ, Atrofia olivopontocerebelosa, Sme. Charcot Marie Tooth, Polineuropatía del paciente crítico, Neumonitis Intersticial) n = 14 (24.5%). 48 casos se encontraban con ventilación crónica al ingreso a la UDOR (84.2%) y 9 (5.1%) casos fueron admitidos para evaluar la indicación de la misma. Los modos utilizados fueron; bilevel S/T: 38 (79.1%), AVAPS presomético; 4 (8.3%), AC por volumen; 3 (6.25%), CPAP: 2 (4.1%), Servoventilación: 1 (2.1%), AutoBipap: 1 (2.1%). Se utilizaron interfases; nasales: 4 (8.3%), nasobucales; 41 (85.4%) y traqueostomía; 3 (6.2%). La gasometría arterial matinal en vigilia y sedestación con FIO₂ 0.21% en pacientes con VNI mostró (medias y desvío estándar); pH: 7.39 \pm 0.01, PaO₂: 72.7 \pm 6.79 mmHg, PaCO₂: 46.2 \pm 2.4 mmHg, HCO₃⁻: 27.2 \pm 1.2 mmHg. Sin embargo; > 60% de los pacientes tuvieron HCO₃⁻ > 24 (28.2 \pm 1.1) y 18 tuvieron PCO₂ > 45 mmHg (51.8 \pm 2.8). Luego de la evaluación se cambiaron parámetros de presión en 21 pacientes (43.7%), modo ventilatorio; 2 (4.16%), se suspendió la ventilación en 1 caso (2.08%).

Conclusiones: Nuestra primera experiencia permitió monitorear pacientes ventilados en domicilio y verificar alteraciones gasométricas sugestivas de hipoventilación en un porcentaje significativo de los casos. La evaluación clínica y de datos de los dispositivos determinó cambios frecuentes de los parámetros La educación y entrenamiento de la familia fue posible integrándolos al equipo de tratamiento.

Unidad Temática: Neumología Clínica

0022 - GRANULOMA HIALINIZANTE PULMONAR COMO CAUSA DE NODULOS PULMONARES MÚLTIPLES. A PROPOSITO DE UN CASO.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumología Clínica

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Gonzalo, Paula | Navarrete, Rodolfo | Vitantonio, Carolina María | Lattante, Roxana Mónica | Pedrazzoli, Miriam | Figueroa Casas, Juan Carlos

Hospital Provincial del Centenario (UNR)

Introducción: La granulomatosis hialinizante pulmonar (GHP) es una entidad extremadamente rara, de curso benigno y etiología desconocida, descrita por primera vez en 1976 por Engleman, quien publicó los primeros veinte pacientes con lesiones pulmonares nodulares caracterizadas por láminas hialínicas concéntricas acompañadas de infiltrado linfocítico

perivascular. Se ha descrito su asociación con patologías infecciosas e inflamatorias, proponiéndose la hipótesis de una respuesta inmune exagerada que daría lugar a dicho proceso fibrótico.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 45 años, con antecedente de asma persistente moderada con exacerbaciones frecuentes, hipertensión arterial y teratoma maduro de ovario 6 años atrás. Al interrogatorio refiere pérdida de peso (10 Kg) y metrorragia de un año de evolución, constatándose anemia en el laboratorio y nódulos pulmonares en la radiografía de tórax. Al examen físico no presentó hallazgos de jerarquía. Laboratorio: Hto 33% Hb 9.7g/dl. FR, FAN, ANCA, SCL70 negativos. Ac antivimentina citrulinada mutada 40 (corte >20). Ca125 9.78 u/ml, Ca19.9 13.5 u/ml y CEA 2.8 ng/ml (dentro de parámetros normales). TC de tórax: Opacidades nodulares de márgenes definidos bilaterales, la de mayor tamaño en segmento apical de LID, sólida, de 10 mm. Ecografía transvaginal, RNM de pelvis con gadolinio, Papanicolaou, Mamografía bilateral: sin lesiones sugestivas de neoplasia. La principal sospecha diagnóstica fue secundarismo pulmonar de neoplasia ginecológica por lo que se realizó biopsia de nódulos pulmonares la cual demostró material colágeno, hialinizado, con vascularización zonalmente ectásica, enmarcado por infiltrado de linfocitos y menor número de plasmocitos. PAS, Grocott y Rojo Congo negativos. Sin evidencias de neoplasia.

Discusión: Luego de la serie de casos presentada por Engleman y Liebow, en una revisión de la literatura anglosajona y española sólo se hallaron 41 casos adicionales, de los cuales la serie más numerosa fue de 4 casos. La GHP se presenta predominantemente como nódulos pulmonares múltiples bilaterales, imitando lesiones metastásicas. Generalmente se trata de lesiones de bordes delimitados, algunas cavitadas o aún calcificadas. Los síntomas más frecuentemente reportados incluyen tos, disnea y dolor torácico, aunque el solo hallazgo imagenológico de lesiones pulmonares ha sido la forma de presentación usual. En el caso presentado los nódulos bilaterales, en el contexto del antecedente y síntomas ginecológicos, dirigieron el estudio a la búsqueda del tumor primario. La paciente no presentaba historia de enfermedades infecciosas o inflamatorias, a diferencia de casos previamente publicados donde se ha descrito su asociación a infección micótica, tuberculosa o enfermedades autoinmunes como mediastinitis esclerosante, fibrosis retroperitoneal, artritis reumatoidea, esclerosis sistémica y síndrome de Sjögren. Su diagnóstico ha sido obtenido invariablemente por medio del examen anatomopatológico. La evolución en todos los casos publicados ha sido favorable y no se conoce tratamiento específico. También en este caso el curso de la enfermedad fue benigno con estabilidad de las lesiones, sin complicaciones ni requerimiento de intervenciones terapéuticas.

Conclusiones: La GHP debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares múltiples, siendo una entidad que genera dificultades diagnósticas por su extrema rareza y el bajo índice de sospecha. El caso presentado ejemplifica esta situación, donde la presencia de tumor extrapulmonar concentró la atención en la búsqueda de neoplasia sin haber considerado la posibilidad de esta entidad, a la que se arribó a través del examen anatomopatológico.

Palabras Clave: Granuloma hialino pulmonar. Nódulos múltiples.

0028 - MICROLITIASIS ALVEOLAR PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Vitantonio, Carolina María | Pedrazzoli, Miriam Patricia | Figueroa Casas, Juan Carlos | Gonzalo, Paula | Navarrete, Rodolfo | Gardeñez, Walter | Maggi, Daniel | Reyes, Lina

Hospital Provincial del Centenario

Introducción: Es una rara enfermedad autosómica recesiva que se caracteriza por la acumulación generalizada intraalveolar de múltiples microlitos. Es causada por la mutación del gen *Slc34a2* que codifica un cotransportador de fosfato dependiente de sodio, expresado primariamente en las células tipo II del

epitelio alveolar responsable de la absorción de fosfato liberado a partir de fosfolípidos de surfactante.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 53 años, ex tabaquista, que en el año 2005 consulta por cuadro de cefalea acompañada de vómitos y pérdida de peso (23 Kg), presentando como hallazgo radiografía de tórax patológica, iniciándose estudios en contexto de síndrome de impregnación. Año 2005: PaO₂ 72 mm Hg, saturación de O₂ 94%. TCAR tórax: engrosamiento pleural posterior en ambos vértices. Infiltrado intersticial bilateral de vértice a base, acompañado de pequeñas alteraciones quísticas subpleurales y múltiples áreas de vidrio esmerilado. Engrosamientos septales a nivel basal derecho. Espirometría: CVF 2,02 L (60%), VEF1 1,65 L (59%), FEV1/CVF 0,81. Ecocardiograma normal. Biopsia transbronquial: microclacificaciones inespecíficas. Biopsia pulmonar: microlitos dentro de las luces alveolares. Evolucionó asintomática durante 9 años hasta presentar disnea mMRC 4, reiterados episodios de bronquitis aguda y edemas en miembros inferiores, con requerimiento de oxígeno domiciliario. Presenta cianosis peribucal y acropaquia. Año 2016 TCAR: engrosamiento de septos interlobulillares con calcificaciones lineales, adoptando patrón en empedrado, inversión de la relación aórtico-pulmonar y cardiomegalia. Ecocardiograma: cavidades derechas severamente dilatadas con marcada hipocinesia del ventrículo derecho. Hipertensión pulmonar severa (sistólica 84 mm Hg). Espirometría: CVF 1,26 L (44,3%), VEF1 0,89 L (37,9%), FEV1/CVF 0,70.

Discusión: La MAP está presente en todos los continentes de manera no uniforme, con 4 casos reportados en Argentina hasta diciembre del 2014. Se presenta a cualquier edad, prevaleciendo entre la tercera y quinta década de vida al momento del diagnóstico, con predominio en el sexo masculino (2:1). Los casos familiares, se producen con una frecuencia del 36% al 61% siendo el patrón horizontal mayor al vertical². La paciente no presenta relación hereditaria conocida. Existe una clara disociación clínico radiológica. Con frecuencia se descubre en forma incidental como en el caso actual, pudiendo ser desde totalmente asintomática hasta presentarse como insuficiencia respiratoria. En etapas tardías se manifiesta con disnea, tos productiva e hipoxia crónica con cianosis periférica y central, hipocratismo e hipertensión arterial pulmonar con repercusión cardiovascular derecha constituyendo esta complicación una de las principales causas de deceso. En este estadio avanzado se encuentra nuestra paciente³. Los estudios funcionales se presentan con un amplio espectro, desde la normalidad a grados variables de restricción con la respectiva disminución de los volúmenes y capacidades. Lo mismo ocurre con la capacidad de difusión para el CO. No existe tratamiento capaz de reducir la progresión de la enfermedad. Los corticoides sistémicos, agentes quelantes del calcio y BAL han demostrado ser ineficaces y se utilizan como tratamiento paliativo. El uso de Bifosfonatos para reducir la precipitación de fosfato de calcio sigue siendo controvertido⁴. El único tratamiento eficaz en la actualidad es el trasplante pulmonar.

Conclusiones: Motiva la presentación de este caso describir la evolución de la enfermedad a un estadio avanzado siendo la única terapéutica efectiva hasta el momento el trasplante pulmonar. Sus posibilidades de éxito son mayores, si se realiza previamente al desarrollo de disfunción ventricular derecha severa. Reviste gran importancia el seguimiento y la detección temprana de dicha complicación.

0038 - NEUMONITIS POR EVEROLIMUS: REPORTE DE CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Garbarino, María Cecilia | Vallejos, Eva Ailin | Zylberman, Marcelo | Arcondo, María Florencia | Odzak, Andrea | Armenteros, Cristhian | Larrañaga, Nebil

Hospital Argerich

Introducción: Las reacciones adversas a fármacos antineoplásicos son una forma común de lesión iatrogénica, siendo el pulmón un órgano frecuentemente afectado. El everolimus es un inhibidor oral del blanco de rapamicina de mamíferos (mTOR), que se utiliza en múltiples escenarios, desde inmu-

nosupresión post-trasplante hasta tratamiento de tumores sólidos. Dentro de los efectos adversos descriptos se encuentra la neumonitis no infecciosa que suele presentarse dentro de los 6 meses posteriores a la administración del fármaco. La incidencia reportada en la población con cáncer de mama es variable (16% a 41%), siendo las formas más frecuentes los grados 1-2 y solo un 3% las formas de mayor impacto clínico (grados 3-4). Los síntomas más frecuentes son disnea, tos, fatiga y fiebre. Los hallazgos más frecuentemente encontrados en la TC son áreas de consolidación o vidrio esmerilado en las bases pulmonares, pudiendo ser de tipo difusas. Su diagnóstico es de exclusión y el tratamiento consiste en suspender temporariamente el everolimus y asociar corticoides sistémicos en los casos más graves, con una tasa de resolución del 75%. Respecto a la reinstauración del tratamiento, el consenso actual en cuanto a la población de pacientes con cáncer de mama, es que podría considerarse en las neumonitis grado 1 o 2 que resolvieron antes de las 4 semanas.



Presentación de Caso Clínico: Paciente de 71 años con antecedente de cáncer de mama estadio IV (1991) con tratamiento quirúrgico, radioterapia y quimioterapia (último ciclo en 2014), en tratamiento actual con everolimus 10 mg/día. Ingresó a clínica médica por disnea progresiva hasta CF IV. A su

ingreso normotensa, febril (38°C), con regular mecánica ventilatoria, hipoventilación generalizada y desaturación (80% al 0.21, 95% al 0.5), se realiza Rx tórax que evidencia radio-opacidades bibasales a predominio izquierdo. Se realiza ecodoppler de miembros inferiores que descarta TVP y ecocardiograma sin particularidades (PSAP: 23 mmHg). Se solicita TCAR de tórax que evidencia opacidades bilaterales con densidad de vidrio esmerilado con predominio en lóbulos superiores que conforman patrón de empedrado asociado a derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva subyacente. Se reinterpreta como probable neumonitis por everolimus, por lo que se decide suspender dicho tratamiento y se inicia corticoterapia con meprednisona 40 mg/día. Evolución con mejoría clínica y de la saturación, por lo que se otorga alta hospitalaria. En forma ambulatoria al cabo de 4 semanas se realiza una nueva TACAR de control que evidencia mejoría de los hallazgos iniciales.

Discusión: El everolimus ha encontrado su lugar en el campo de la oncología clínica en el tratamiento del cáncer renal y de mama. Dado que se trata de un tratamiento novedoso, la comunidad médica general puede no estar familiarizada con su perfil de toxicidad y su correspondiente manejo, siendo necesario establecer protocolos de seguimiento para generar una sospecha diagnóstica temprana.

Conclusiones: El cuadro de neumonitis causada por inhibidores de mTOR es un efecto adverso que suele presentarse dentro de los 6 meses de iniciado el fármaco. Es imprescindible la sospecha clínica y su diagnóstico es de exclusión. Antes de iniciar una terapia con inhibidores de mTOR se aconseja interrogar al paciente acerca de antecedentes de enfermedades respiratorias, realizar una evaluación con imágenes y funcionalidad pulmonar, y alertarlo acerca de los síntomas de presentación de esta entidad.

Palabras clave: Everolimus. Neumonitis.

0047 - INFECCIÓN POR EL BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN (BCG) DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE BCG INTRAVESICAL COMO TERAPIA DEL CÁNCER DE VEJIGA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Abdala, Javier | Alvarez, Sabrina | Weber, Guillermo | Barimboim, Enrique | González, Julio
Hospital Central de Mendoza

Introducción: Las complicaciones de la administración intravesical de la BCG, tanto locales como sistémicas, tiene una incidencia acumulativa menor al 5%. La infección de BCG sistémica es definida por la presencia de tuberculosis miliar, hepatitis, nefritis, meningitis linfocítica, artritis u osteomielitis, que sigue después de la instilación de BCG intravesical, y que responde al tratamiento antituberculoso, sin otra alternativa diagnóstica.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 61 años con carcinoma papilar urotelial invasor de bajo grado, que recibe la 6ta dosis de BCG intravesical. Cuatro horas después presenta fiebre de 39 °C, bacteriemia, anorexia y astenia. En las próximas 24 a 48 horas presenta elevación de transaminasas (GOT241UI/L, GPT 134 UI/L) y bilirrubinas (BT 45mg/l, BD 34 mg/l, BI 11 mg/l), leucocitosis con 21% de formas inmaduras, alteración de la función renal (creatinina 17.7 mg/l), acidosis metabólica, taquicardia, taquipnea, oliguria y edemas generalizados. Urocultivo y hemocultivo negativos. Coprocultivo: sin patógenos estrictos. Ecografía abdominal: hepatomegalia difusa y homogénea. TAC de tórax: derrame pleural bilateral leve a moderado. Hemocultivo en Mycolitic: positivo para BAAR. Comienza con tratamiento con etambutol 1200 mg/día, rifampicina 600 mg/día e isoniacida 300 mg/día, con buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Presentamos un paciente con BCGitis sistémica con sepsis y falla multiorgánica. Ésta representa el 2.5% del total de las manifestaciones de la infección diseminada, siendo la más común la tuberculosis miliar (25.2%). Como factores predisponentes para la infección se encuentra la mala técnica en la instilación, cuando ésta es traumática, y la infección urinaria concurrente. La exclusión de otras causas y la buena respuesta al tratamiento antituberculoso deberían ayudar al diagnóstico. Los cultivos son positivos en la 40.9% de los casos. Corticoides o cirugía, es posible asociarlos a las drogas antituberculosas en casos seleccionados.

Palabras clave: BCGitis, BCG intravesical, cáncer de vejiga

0074 - EL SECRETO DETRÁS DE LA NEUMONÍA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Goñi, Malvina Ines | Ponce, Juan | Dave, Eugenia | Herrero, Macarena | Bringas, Martín | Maracini, M. José | Alvarez, Ruth | Pereyra, Betiana
Nuevo Hospital San Roque

Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 51 años de edad, nacido en Córdoba. Profesión anterior: fábrica de aviones (aislantes). APP: Hipertenso, diabético, ex tabaquista 30 p/y. 1ª consulta: 29/02/16: MC: tos con expectoración mucopurulenta. Paciente refiere presentar cuadro de 72 hs de evolución de tos con expectoración mucopurulenta, acompañado de equivalentes febriles, y dolor de puntada de costado dorsal izquierda. Nota: presenta tos seca de 2 meses de evolución. Examen Físico. Saturación: 95% aa. FC 98 por minuto. Respiratorio: MV (+), crepitantes campo medio izquierdo. Buena mecánica respiratoria. Rx Tórax: radiopacidad campo medio pulmón izquierdo, homogénea, que se disipa hacia campo superior. Laboratorio: Glóbulos blancos 11670- Ns: 81%. Diagnóstico: Neumonía aguda de la comunidad. Tratamiento: amoxicilina-clavulánico 1 gr/12 hs por 14 días + claritromicina 500 mg/12 hs por 7 días. Controles a los 15 y 30 días: Buena evolución, afebril, sin expectoración. Continúa tos seca y dolor sordo dorsal izquierdo. Radiografía de tórax: radiopacidad en campo medio izquierdo, periférica, de bordes netos, homogénea. Se solicita TACAR Tórax: Lesión sólida polilobulada de 82 x 32 mm con realce en íntimo contacto con la pleura del tercio medio del pulmón izquierdo que pareciera rebasar los límites del pulmón. Punción biopsia guiada por TAC: Anatomía patológica: neoplasia fusocelular. Debido a la escases de material neoplásico no es posible una mayor categorización. Interconsulta con Cirugía de tórax: conducta quirúrgica. Anatomía patológica: Neurilemoma (Schwannoma) en nervio intercostal.

Discusión: El schwannoma o neurilemoma es un tumor raro, ha recibido distintos nombres: schwannoma benigno, neurinoma, glioma periférico, fibroblastoma perineural o neurilemoma. La localización más frecuente es en nervios periféricos del cuello, mediastino posterior y extremidades, siendo excepcionales en nervios intercostales. La mayoría son benignos, menos del 2% malignos¹⁻². Su impacto radica en la compresión de estructuras locales como erosión de costillas o vértebras, siendo clínicamente inespecífico; los síntomas más frecuentes son: tos, disnea y dolor torácico, el cual puede ser tipo pleurítico o neurálgico. El diagnóstico diferencial debe hacerse con tumores extrapulmonares y de la pared torácica metastásicos o primarios como el lipoma, el tumor fibroso solitario y el mesotelioma. El tratamiento es la resección completa³⁻⁴. En nuestro paciente el camino hacia el diagnóstico comenzó a partir de una infección respiratoria, un síndrome de condensación que lo encubría en las imágenes de tórax, aunque meses atrás había comenzado con tos, no le dio trascendencia debido a la inespecificidad del síntoma. A partir del seguimiento clínico e imagenológico se sospechó de enfermedad tumoral y se continuaron con los siguientes pasos diagnósticos. En presencia de una anatomía patológica poco categórica se arribó al tratamiento quirúrgico, a partir del cual se llegó al diagnóstico definitivo y curación total, evitando el mayor crecimiento del tumor y compromiso local, con una excelente recuperación posquirúrgica. Queremos destacar la importancia del seguimiento imagenológico frente a enfermedades que nos presentan una radiografía de tórax patológica, a pesar de tener una buena recuperación clínica con el tratamiento instaurado; debido a que una patología benigna puede enmascarar una patología de mayor gravedad que requiere un tratamiento oportuno.

0084 - PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN LA SALA DE NEUMONOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Etchegoren, M | Carbone, Mirta Graciela | Maldonado, M | Kassabian, S | Avalo, N
HIGA Evita Lanús

Introducción: En los casos de tuberculosis extrapulmonar (TBE) existe un foco en el pulmón que puede ser visible o no en la radiografía de tórax. Se admite que desde ese foco se puede producir una diseminación por contigüidad (TB pleural), por vía linfática (TB linfática) o por vía hematógena (cualquier localización). Según el Instituto Nacional de enfermedades Respiratorias (INER), se registraron en Argentina, en el período 2011-2012 de 7.533 casos nuevos, 526 un 7% de localizaciones extrapulmonares. La localización más frecuente es la pleural, seguida de la ganglionar, cuando es extrapulmonar exclusivamente y osteoarticular, en los casos con localización múltiple.

Objetivos: Determinar la prevalencia de TBE en la Sala de Neumonología del HIGA Evita de Lanús y su relación con la tasa nacional.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se evaluaron 975 historias clínicas de pacientes con Tuberculosis (TB), del 2010 al 2015, de las cuales 216 fueron extrapulmonares.

Resultados: Se evaluaron 975 historias clínicas de pacientes con Tuberculosis (TB), del 2010 al 2015, de las cuales 216 fueron extrapulmonares. El rango de edad estuvo entre 14 y 89 años con una media de 40 años. No se observó compromiso pulmonar en 137 (63,4%). De las formas extrapulmonares, 130 (60,2%) tenían una localización única, 7 (3,2%) múltiple y 79 (36,6%) localización extrapulmonar y pulmonar. En nuestro estudio la localización más frecuente fue la pleural, 118 casos (54,6%), seguida en frecuencia por la ganglionar 35 (16,2%). Con respecto al diagnóstico, 92 casos (42,6%) fueron por sospecha clínica y radiología, pudiéndose confirmar 124 casos (57,4%). En cuanto al seguimiento de los pacientes, 153 (70,8%) completaron el tratamiento, 35 (16,2%) lo abandonaron y hubieron 28 fallecidos (13%).

Conclusiones: La prevalencia de TBE para nuestra Sala fue del 22,15%, que se corresponde con estadísticas de otros

países, si bien es más alta que la nacional. La forma pleural y la ganglionar, ya sea únicas o con compromiso pulmonar, son las localizaciones más frecuentes. Es importante destacar que a pesar de la dificultad diagnóstica, en nuestro medio, siempre debe considerarse la TBE en el diagnóstico diferencial de una patología infecciosa extrapulmonar, remarcando la importancia de solicitar el cultivo para koch de toda muestra de biopsia.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar

0107 - DISQUINESIA CILIAR PRIMARIA COMO CAUSA DE BRONQUIECTASIAS EN EL ADULTO: A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Rodríguez Tacacuwa, Juan | Trinidad, Mariel | Saad, Romina | Müller, Cristian | Franco, Pablo | Morales, Rosana | Gaitan, Cristina
HIGA Pte Perón - Avellaneda

Introducción: La disquinesia ciliar primaria (DCP) es una rara enfermedad autosómica recesiva, caracterizada por la alteración estructural y/o funcional de las células ciliadas del epitelio respiratorio y gonadal, entre otros, causando infecciones crónicas de las vías respiratorias altas y bajas, debido a la alteración del clearance mucociliar, con la consecuente formación de bronquiectasias en el adulto cuando no se ha hecho el diagnóstico en las edades tempranas de la vida.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 38 años, ama de casa, con antecedentes de prematuridad, tos convulsa en la infancia, sinusitis a repetición, tos crónica productiva, en plan de tratamiento para fertilización asistida, no tabaquista ni adicta a drogas ilegales, en tratamiento con budesonide/formoterol 160/4.5 cada 12 hs, diagnóstico reciente de bronquiectasias, concurre a la consulta para control neumonológico. Examen físico: eupneica, saturación (0.21) 98%, BMV, hipoventilación en ambas bases, roncus y sibilancias bilaterales. Espirometría: Obstrucción severa con disminución de la CVF asociada, sin respuesta a agonistas B2. EAB: pH 7.39; pCO₂ 34.1; pO₂: 91.3; HCO₃ 21.2; SatO₂ 97%. TC de tórax: bronquiectasias cilíndricas en lóbulo medio, llingula y ambos lóbulos inferiores, distenciones e impactaciones bronquiolares. TC de senos: marcado engrosamiento mucoso en senos maxilares con niveles líquidos. Hipertrofia mucosa. Engrosamiento mucoso de seno esfenoidal con niveles líquidos sobre lado derecho. Seno frontal velado. Laboratorio: Bcos 5300 (N 60%); Hto 37.6; Hb 12.2; VSG 32 mm; glu 106; urea 39; creat 0.87; FAL 216; GOT 16; GPT 6; BT 0.6; PT 8.0; alb 4.6; IgE 7.8; IgA 490. Proteinograma EF: aumento de gamma policlonal. Serología para HIV no reactiva. Colagenograma: valores dentro de parámetros normales. Esputo: baciloscopia negativa, Gérmenes comunes: Pseudomona aeruginosa sensible a ciprofloxacina. Dosaje de alfa 1 AT: 2.74 (VN > 1.8). Oxido nítrico nasal: 45 ppb (VN: 400 - 800 ppb). Cepillado nasal: inmovilidad ciliar absoluta en video de alta velocidad, ausencia de ambos brazos de dineína en el 100% de las células, lo que confirma el diagnóstico de Disquinesia Ciliar Primaria. Realizó tratamiento con ciprofloxacina. Actualmente persiste con cultivo positivo de esputo para Pseudomona aeruginosa resistente a ciprofloxacina, por lo que se encuentra en trámite la aprobación de antibioticoterapia inhalada.

Conclusiones: La DCP es una trastorno raro, con una prevalencia de 1 en 10000 a 15000 nacidos vivos, en el que están implicados muchos genes y proteínas, en el adulto se debe sospechar ante la presencia de situs inversus, otitis media recurrente, rinosinusitis recurrente, infecciones respiratorias bajas recurrentes, esterilidad masculina o infertilidad femenina, o como causa de bronquiectasias, como es el caso presentado. El diagnóstico de DCP se basa en el estudio funcional y estructural de los cilios obtenidos de muestras de la mucosa nasal. Entre las medidas terapéuticas se debe realizar la monitorización del estado general y las funciones respiratoria y auditiva, la fisioterapia respiratoria y el ejercicio físico para favorecer el drenaje de las secreciones y el tratamiento adecuado de las infecciones respiratorias según los cultivos. Se presenta el caso para enfatizar la sospecha de otras causas de bronquiectasias pese al antecedente de tos convulsa, por la rareza de la

enfermedad en el adulto, para fomentar su búsqueda ante la presencia de infecciones respiratorias crónicas, ante el eventual hallazgo de bronquiectasias como causa de las mismas, o como causa de infertilidad. Es de destacar que dado el gran deterioro espirométrico, el paciente no presentaba exacerbaciones ni sintomatología marcada.

0116 - QUISTE BRONCOGENICO PARENQUIMATOSO: REPORTE DE CASO EN LA ADULTEZ

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Boetto, Viviana

Hospital Militar Central "CIR MY Dr Cosme Argerich"

Introducción: El Quiste broncogénico es un remanente del intestino primitivo debido a anomalías del desarrollo embrionario del árbol traqueobronquial entre la quinta y decimosexta semanas de gestación. Habitualmente son mediastínicos, pero el 15% son intrapulmonares, más frecuentes en lóbulos medio e inferiores. Usualmente asintomáticos, aunque pueden presentar dolor, disnea y fiebre si se han infectado. Radiológicamente son nódulos o masas bien delimitados, con nivel hidroaéreo si comunican con la vía aérea o se infectan. El diagnóstico es por imagenología e histopatología. El objetivo de presentación de este caso es la baja prevalencia de esta patología y su presentación en la adultez.

Presentación de Caso Clínico: Masculino de 50 años, con tos productiva mucopurulenta y disnea mMRC, progresa a mMRC 2 acompañado de fiebre de 38°C, Antecedentes Patológicos: Hipertensión Arterial Esencial. Antecedentes epidemiológicos: TBC, Hidatidosis, Toxoplasmosis y Chagas positivo. Hábitos Tóxicos: no refiere. Examen Físico: Temperatura 38,5 °C, FC 100 lpm, FR 25, Sat de Oxígeno por oximetría de pulso AA 90%, TA 140/90 mmHg. Regular mecánica ventilatoria excursión de bases y vértices conservadas, vibraciones vocales aumentadas en base pulmonar derecha, matidez en base derecha, murmullo vesicular disminuido en base y campo medio derecho con presencia de estertores crepitantes hasta campo medio. Laboratorio: Hb: 14,8 mg/dl, Hto: 44% GB: 13.500. Cayado 1, Segmentados: 73, Eosinófilos: 2, Basófilos: 0, Linfocitos: 22, Monocitos: 2. Uremia: 0,35 g/dl, Creatinina: 0,56 g/dl, Na: 139 mEq/L, K: 3,6 mEq/L. VSG: 35mm/hs. LDH: 500 U/L. HIV y Serología Mycoplasma y Chlamydia: Negativo. PPD: 0 mm. Cultivo de esputo seriado: flora orofaríngea habitual. Radiografía de Tórax: imagen parahiliar derecha redondeada de bordes finos que compromete lóbulo medio e inferior con nivel hidroaéreo. Tomografía de Tórax: a nivel parahiliar derecho imagen redondeada de bordes lisos, con nivel hidroaéreo de 10 por 13 cm, que ocluye parcialmente la luz del bronquio fuente derecho. Fibrobroncoscopia: Tráquea distal con secreciones mucopurulenta. Carina fina, levemente desviada a la izquierda. Árbol Bronquial derecho con abundantes secreciones mucopurulenta. Bronquio Fuente con disminución de luz bronquial por mucosa edematosa y compresión extrínseca de lóbulo superior medio e inferior derecho. Cultivo de BAL lóbulo inferior derecho: Pseudomona Auriginosa. Basioloscopia negativa. Se realiza Toaroscopia, se envían muestras a anatomíapatólogica que informa fragmentos de tejido pulmonar con signos de atelectasia y signos de tejido fibroso vascularizado revestido por epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado, lesión vinculable con quiste broncogénico. Se realiza tratamiento con antibióticoterapia con evolución favorable.

Discusión: El quiste broncogénico infectado es frecuente por bacterias Gram negativas y positivas, provocando expectoración mucopurulenta como en este paciente. La tomografía de tórax es un estudio de alta sensibilidad, pero para su confirmación es imprescindible el estudio histopatológico. Estos tienen pared con epitelio bronquial, glándulas mucosas y cartilago. Identificar los microorganismos causantes de la infección es de importancia para realizar un correcto abordaje terapéutico. La resección por toracotomía y la toaroscopia siguen siendo procedimientos terapéuticos seguros.

Conclusiones: El Quistes broncogénico es una lesión congénita rara de naturaleza benigna. El tratamiento debe ser

quirúrgico debido a la alta tasa de infección que presentan. El estudio histopatológico es determinante para confirmar el diagnóstico conjuntamente con el examen bacteriológico.

Palabras clave: Quiste Broncogénico; Infección.

0117 - QUILOTORAX NO TRAUMATICO COMO PRESENTACION DEL LINFOMA FOLICULAR: A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Franco, Pablo | Trinidad, Mariel | Saad, Romina | Müller, Cristian | Rodríguez

Tacacua, Juan | Morales, Rosana | Gaitan, Cristina

HIGA Pte Perón - Avellaneda

Introducción: La presencia de quilo en el espacio pleural define al quilotorax. Es una entidad poco frecuente, de etiología diversa, cuya causa principal es la lesión del conducto torácico. Los tumores constituyen la principal causa, entre las no traumáticas, correspondiendo a linfoma entre 30 y 50% de los casos publicados, seguido del carcinoma broncogénico y las metástasis de cualquier primario con mucha menor frecuencia.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 68 años de edad, no tabaquista, con antecedentes de Diabetes tipo II insulino dependiente, hipertensión arterial, obesidad grado III. Niega antecedentes de relevancia. Consulta a guardia externa por presentar, dorsalgia izquierda de 3 meses de evolución asociado a disnea progresiva MRC III. Al examen físico se constata abolición del murmullo vesicular izquierdo desde campo medio izquierdo, columna mate. Radiografía de tórax compatible con derrame pleural izquierdo con desplazamiento contralateral de mediastino. Laboratorio: Gb: 680010³/ul, Hgb: 13 g/dl, Hto: 42%, Plaquetas: 193.10³/mm³, Cr: 1,22 mg/dl, U: 70 mg/dl, Glucemia: 190 mg/dl. Toracocentesis: liquido de aspecto lechoso con 7200 cel predominio de monomorfonucleares 96%, LDH: 328 u/l, glucosa: 177 mg/dl, proteínas: 5,5 g/dl, colesterol: 198 mg/dl, triglicéridos: 446 g/l, que confirma el quilotorax. Se coloca Tubo de avenamiento pleural, con mejoría de su disnea, se realiza TAC de Cuello, Tórax, Abdomen y Pelvis en busca de lesiones que orienten a la causa. Se evidencia adenomegalias cervicales, nodularidades coalescentes paraaórticas, y adenopatías retroperitoneales. Se realiza exceresis de ganglio cervical. La anatomía patológica confirma proceso linfoproliferativo que favorece a Linfoma No Hodgking B de tipo folicular. Inició quimioterapia y dieta con triglicéridos de cadena ramificada, con buena respuesta los primeros 6 meses. Presentando luego una recaída de la enfermedad.

Conclusiones: El quilotorax puede ser el primer hallazgo de un linfoma. Típicamente son exudados linfocíticos, unilaterales y tan solo 1 de cada 10 tiene el aspecto lechoso. Los mecanismos a través de los cuales se asocia quilotorax con linfomas pueden ser los siguientes: 1) infiltración pleural neoplásica; 2) obstrucción de ganglios linfáticos a nivel mediastinal y 3) obstrucción tumoral del conducto torácico. La mortalidad en quilotorax no traumático ha disminuido y actualmente es menor del 40%, sin embargo, cuando se asocia a malignidad y se presenta de forma bilateral es considerado de peor pronóstico. El interés de presentar este caso, obedece a la presentación inusual y la poca frecuencia de quilotorax. El reto diagnóstico del quilotorax radica en la información recopilada durante la evaluación inicial, la cual nos podría orientar hacia las múltiples etiologías.

0120 - ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA ASOCIADA A TRASPLANTE PULMONAR. REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Oncología

Ranero, María Florencia | Ahumada, R | Wagner, G | Tomaszuk, G | Rodríguez, T |

Toledo, E | Del Moral, L | Gregoriotti, A | Kniz, C | Virhuez, Y | Parrilla, G | Favaloro, R |

Bertolotti, A | Ossés, J | Cánave, J

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La enfermedad linfoproliferativa postrasplante (PTLD) es un grupo heterogéneo de alteraciones asociadas a la inmunosupresión en trasplantados relacionada a infecciones virales. Es la segunda neoplasia más frecuente en trasplantados pulmonares.

Presentación de Caso Clínico: Hombre de 16 años, antecedente de bronquiolitis y neumonías desde los 3 meses de vida, múltiples infecciones respiratorias por reflujo gastroesofágico. Neumonía por adenovirus y virus sincicial respiratorio con ARM a los 6 meses de vida, desarrollando pulmón secular con bronquiectasias bilaterales. Trasplante bipulmonar en mayo de 2013 en clase funcional (CF) IV e insuficiencia respiratoria hipercápnica. A los 2 años, presentó tos con escasa expectoración mucopurulenta, pirogenemia y disnea CF III. Estudios complementarios: TACAR tórax: múltiples opacidades nodulares peribronquiales con ganglios hiliares, algunos en rango adenomegálico. Se realizaron hemocultivos y fibrobroncografía con lavado bronquioalveolar (BAL) y biopsia transbronquial (BTB), iniciándose posteriormente tratamiento con levofloxacina. Del BAL, se aisló citomegalovirus por lo que se agregó ganciclovir. Evolucionó febril persistente con deterioro hemodinámico pese al tratamiento. Patología: BTB: áreas de proliferación linfoidea, predominio de linfocitos B (CD20+) de tipo plasmocitoide (CD1238+) y elementos linfoides T (CD45RO+). Se interpretó el cuadro como PTLD, por lo que se redujo tratamiento inmunosupresor e inició rituximab, evolucionando de manera favorable. Actualmente el paciente se encuentra en CF I.

Conclusiones: PTLD presenta una mortalidad elevada (hasta el 70%); el tratamiento se basa en la reducción de la inmunosupresión agregando tratamiento quirúrgico en caso de grandes masas pulmonares, quimioterapia o rituximab.

Palabras clave: Enfermedad linfoproliferativa postrasplante.

0132 - UN CASO DE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL POCO FRECUENTE

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Endoscopia Respiratoria

Iriarte Vázquez, Javier Marcelo | Velásquez, E | Buffarini, L | Feraldo, J | Jiménez Salazar, J | Busaniche, MA | Fernández, RN | Barth, MA | Sáenz, CB
Hospital Ramos Mejía

Introducción: La obstrucción de la vía aérea puede ser causada por una gran variedad de procesos benignos y malignos. Dentro de las causas malignas, la más frecuente es la invasión local de un tumor adyacente (carcinoma de pulmón, esófago o tiroides). Pero la presencia de lesiones endobronquiales también pueden deberse a metástasis de tumores extratorácicos.

Presentación de Caso Clínico: Paciente femenina de 56 años de edad, con antecedentes de HTA, hipotiroidismo, tabaquista de 40 pack/year, EPOC sin tratamiento y cáncer de mama diagnosticado en 2007, tratado con mastectomía radical izquierda y quimiorradioterapia; continuando luego con quimioterapia de mantenimiento. En septiembre de 2015, es derivada al Servicio de Neumotisiología de nuestro hospital, por presentar progresión de su disnea habitual, asociada a tos con expectoración mucosa y fiebre. En la radiografía de tórax se observa una opacidad heterogénea en campo medio e inferior derecho. Se interpreta cuadro como neumonía aguda de la comunidad, indicándose tratamiento antibiótico y tratamiento para su EPOC. Dicho cuadro clínico se repite en dos oportunidades, con un intervalo de dos meses cada uno, por lo que se solicita una tomografía de tórax que evidencia enfisema centrolobulillar y paraseptal. Opacidad de aspecto triangular, correspondiente a la porción del lóbulo medio, con presencia de mucograma. Afinamiento y compresión del LM, sin pérdida de volumen. Ante esos hallazgos, se decide realizar fibrobroncografía que muestra obstrucción del 100% de la luz del bronquio del lóbulo medio. Edema de mucosa en toda la estructura bronquial, sin lesiones endoluminales y abundantes secreciones mucosas. Se realiza BAL en LID y biopsia endobronquial en carina de división entre LM y LID. Se recibe informe histopatológico: fragmentos de tejido pulmonar infiltrados por un carcinoma ductual invasor RE (+) HER2 (+). Posteriormente la paciente es reevaluada en el Servicio de Oncología, iniciando QT y RT localizada con buena tolerancia al día de la fecha.

Conclusiones: Las manifestaciones más frecuentes de la diseminación del cáncer de mama en pulmón son los nódulos pulmonares, la linfangitis carcinomatosa y el derrame pleural maligno

con o sin metástasis pleurales. Las metástasis endobronquiales son poco frecuentes, presentándose en diferentes series entre el 1 y 5% de los casos. Ocurren mediante dos posibles vías: 1) por implantación directa de las células neoplásicas en la pared bronquial (ya sea por aspiración de células tumorales, diseminación linfática o hematogena) o 2) por invasión local (desde el parénquima pulmonar o ganglios linfáticos adyacentes). La clínica es inespecífica, aunque un porcentaje alto de pacientes suelen estar asintomáticos. Las pruebas radiológicas pueden orientar al diagnóstico (nódulos, atelectasias, derrame), pero el diagnóstico de certeza se basa en la fibrobroncografía y la biopsia de la lesión. Existe un largo intervalo entre el diagnóstico del tumor primario y las metástasis endobronquiales, con una media de 53 meses. La presencia de estas lesiones indica mal pronóstico, estimando una supervivencia media de 1,5 años, debiéndose siempre buscar metástasis en otras localizaciones.

0138 - HALLAZGO DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN CONSULTA DE GUARDIA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Buffarini, Lorena | Busaniche, María Agustina | Feraldo, Joaquín B | Fernández, Romina N | Iriarte Vázquez, Javier M | Jiménez Salazar, Juan | Sáenz, Cesar B | Velásquez, Edgar E
Hospital Ramos Mejía

Introducción: El espectro etiológico de los nódulos pulmonares solitarios es muy amplio, desde condiciones benignas como granulomas, hasta lesiones malignas primarias o secundarias. Las características radiológicas, la presencia o ausencia de factores de riesgo y el tiempo de aparición pueden orientar hacia la etiología del nódulo pulmonar solitario (NPS). Si el hallazgo del NPS se realiza en el contexto de una consulta en guardia, los diagnósticos diferenciales indispensables a descartar son aquellas patologías que pongan en riesgo inmediato al paciente. **Resultados:** Paciente masculino de 56 años de edad, no tabaquista, consultó en guardia externa por dolor en puntada derecha. Negaba fiebre, equivalentes febriles y expectoración. Como antecedentes, presentaba hernia de disco cervical, artroscopia en rodilla derecha y apendicectomía. Examen físico: hemodinámicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, saturando a aire ambiente 96%. Hipoventilación en base derecha con crepitanes en ese campo. Matidez desde 7mo EIC. Se solicitó radiografía de tórax que evidenció elevación del hemidiafragma izquierdo e imagen nodular en campo inferior derecho a nivel del 5to arco costal anterior. Ante el hallazgo del NPS asociado a dolor pleurítico agudo, los diagnósticos diferenciales a considerar en este paciente fueron las causas infecciosas (neumonía, absceso pulmonar, micosis, virosis, embolia séptica), inflamatorias (nódulo reumatoideo, vasculitis, sarcoidosis), tumorales (benignas y malignas) y vasculares (malformación arteriovenosa, infarto pulmonar, aneurisma pulmonar, vórtice pulmonar, hematoma). Se solicitó entonces hemograma completo, siendo lo positivo: GB 13800/mm³ (N89%). Cultivo de esputo para gérmenes comunes y hemocultivos x 2 (resultado diferido negativo), alejándose las causas infecciosas. El pre test clínico para cáncer de pulmón era de 42.9%, por lo que debería considerarse ese diagnóstico diferencial. Dentro de las causas vasculares, el score de Wells era de 1.5 por lo que solicitó dosaje de dímero D con resultado 3.70, lo que obligó a continuar con el algoritmo diagnóstico para TEP. Se realizó angioTC pulmonar, que evidenció defecto de relleno al menos parcial en las arterias lobares superior, media e inferior derechas, así como también de sus ramas segmentarias. Imagen de consolidación con base pleural y bordes difusos en sector basal posterior del lóbulo inferior en probable relación con infarto a dicho nivel. Defecto de relleno al menos parcial de las arterias lobares superior e inferior izquierdas y algunas de sus ramas segmentarias. Se decidió internar al paciente en unidad de cuidados intensivos y se inició anticoagulación.

Conclusiones: Los hallazgos radiológicos más frecuentes del tromboembolismo de pulmón son las atelectasias, opacidades lineales, opacidades triangulares con base pleural, opacidades en vidrio esmerilado, consolidaciones y derrame pleural. Menos

frecuentemente se describen nódulos o masas y el signo del vaso nutricio como en nuestro paciente.

Palabras clave: NPS. TEP

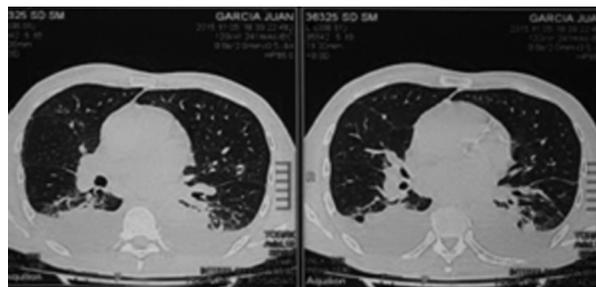
0148 - DIAGNOSTICO DE CRIPTOCOCOSIS PULMONAR MEDIANTE LIQUIDO PLEURAL

Modalidad: Póster - Caso Clínico

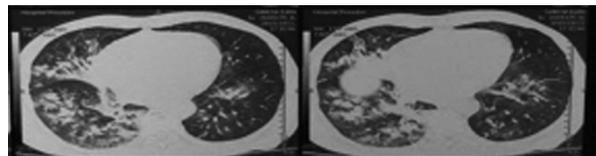
Unidad Temática: Neumonología Clínica

Alvarez, Paola | Toranzo, María Mercedes | González, Alejandra | Arrojo, Marisol | Prado, Vanessa

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas



Introducción: La Criptococosis es una micosis sistémica producida por un hongo levaduriforme encapsulado denominado *Cryptococcus neoformans*. Es una enfermedad oportunista de distribución mundial que adquiere protagonismo con la aparición de la epidemia del SIDA. Afecta también a los pacientes con alguna alteración de la Inmunidad Celular. Se puede manifestar de forma localizada y/o diseminada.



Presentación de Caso Clínico: Paciente de 65 años de edad con antecedentes de Ex-Tabaquista, Hipertensión arterial, Linfoma de Células del Manto diagnosticado hace un año. Realizó 1 ciclo de quimioterapia. Consulta a los 7 días post-quimioterapia, por cuadro de 48 horas de evolución de fiebre, tos con expectoración y diarrea. Al examen físico presentaba regular mecánica ventilatoria por taquipnea, leve tiraje intercostal, crepitantes en base pulmonar derecha y poliadenopatías indoloras a la palpación. Laboratorio sin neutropenia, serologías negativas, resto sin particularidades. TAC de Tórax: múltiples adenomegalias, extenso infiltrado reticulonodulillar peribroncovascular, con áreas de vidrio esmerilado y múltiples micronódulos en campo pulmonar derecho. En el lóbulo Inferior Izquierdo se observaban múltiples imágenes micronodulares. Por internación reciente el cuadro es interpretado como neumonía intrahospitalaria. Inició tratamiento empírico con Piperacilina-tazobactam. A la semana de internación intercorre con fiebre e hipoxemia, semiología de derrame pleural. Se realiza nueva TAC de Tórax: Se observa derrame pleural bilateral moderado, asociado a áreas de consolidación. Se realizó toracentesis (exudado no complicado con predominio linfocitario) con aislamiento de *Cryptococcus Neoformans*. Se realizan Hemocultivo micológico y Antigenemia con resultados negativos. Se realizó punción lumbar con tinta china negativa y cultivos negativos. Se inició tratamiento con Anfotericina. El paciente evolucionó con insuficiencia respiratoria aguda, requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica, falla multiorgánica y posterior deceso.

Conclusiones: La manifestación aislada de la Criptococosis como derrame pleural es poco frecuente y obliga a descartar una criptococosis diseminada. Se han reportado en la literatura sólo 4 casos de derrame pleural como presentación clínica inicial en la criptococosis hasta la fecha.

Palabras clave: *Cryptococcus neoformans*, Criptococosis, Derrame pleural.

0150 - BRONQUIECTASIAS COLONIZADAS POR E. COLI BLEE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Rocchia Novillo, MaríaPía | Bragado, Lucas Agustín | Baldasaría, Roque Antonio | Martínez Delcaldo, Sheyla Del Valle | Altieri, Héctor Hugo

Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, San Miguel de Tucumán

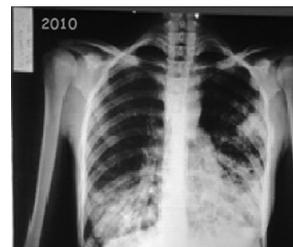
Introducción: Mujer de 18 años. Antecedentes personales: desde los 6 meses de edad múltiples internaciones por neumonía. En 2010 diagnóstico de bronquiectasias por radiografía y TAC de tórax, con cultivo de esputo positivo: *Haemophilus influenzae*.

Presentación de Caso Clínico: En Dic. 2015 hallazgo en

esputo de *E. coli* blee > 106 UFC (sensible a AMK-IMI-TAZO-TMP-MERO, resistente a AMS-Cefalosp-CIPRO-GENTA). Se hizo tratamiento con piperacilina/tazobactam y trimetrotim-sulfametoxazol: 21 días por vía endovenosa, con buena evolución clínica. Cultivos de esputo 2016 (ene/abr/jun): *E. coli* blee > 106 UFC (sens. a AMK-IMI-TAZO-TMP-MERO-COI). Otros exámenes complementarios: GB: 11.600 (N 80%), PCR 192 mg/l. Alfa 1 antitripsina normal. Dos test de sudor negativos. HIV negativo. PFR: Julio 2015: Pre VEF1 2.23 (63%) Junio 2016: Pre CVF 2.58 (61%) Post 2.79 (66%) VEF1 1.49 (40%) 1.79 (48%) VEF1/FVC 58% 64%

Conclusiones: La colonización bacteriana en pacientes con bronquiectasias aumenta el riesgo de disminuir la función pulmonar. *H. influenzae* y *P. aeruginosa* son los microorganismos más frecuentes, mientras que *E. coli* blee se encuentra en menos del 5%, pero con igual afectación al aparato respiratorio.

Palabras clave: Bronquiectasias, *E. coli*, Blee



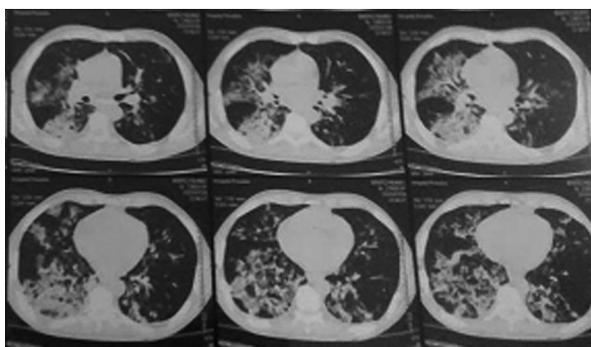
0152 - BACTEREMIA Y NEUMONIA POR PROVIDENCIA STUARTII NDM1+ (NUEVA DELHI METALO-BETA-LACTAMASA)

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Guzmán, Cynthia | Toranzo, María Mercedes | Ávila, Fabio Andrés | González, Alejandra | Fielli, Mariano | Arrojo, Marisol

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas



Introducción: *Providencia stuartii* es una bacteria Gram Negativa de la familia de las Enterobacterias. Poco frecuente y suele ser de origen nosocomial. Es un patógeno oportunista en pacientes con quemaduras graves o catéteres urinarios permanentes. El antecedente de intubación orotraqueal promueve la colonización de las vías respiratorias. Las infecciones son principalmente en el tracto urinario, pero también están asociadas a gastroenteritis y bacteremia. Representa un problema emergente debido a la creciente prevalencia de la resistencia a los antibióticos secundaria a beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasas.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 69 años de edad con antecedentes de Ex-tabaquista, Leucemia Linfocítica de

células pequeñas con diagnóstico en 2011, realizó 8 ciclos de quimioterapia, politransfundo, internaciones previas por neutropenia febril a foco respiratorio: última internación 2015, sin aislamiento, realizó tratamiento Imipenem 7 días. Consulta al Servicio de Hematología a los 4 días de su última internación, por tos con expectoración hemoptoica y fiebre de 24 horas de evolución. Al examen físico presentaba regular mecánica ventilatoria por taquipnea, sibilancias generalizadas en ambos campos pulmonares y poliadenopatías. Laboratorio: con neutropenia, serologías negativas, resto sin particularidades, Rx de tórax: sin presencia de infiltrados patológicos. Se interpretó el cuadro como neutropenia febril a foco desconocido, se toman hemocultivos y se inicia tratamiento con Piperacilina tazobactam. Por persistencia febril más episodio compatible con bacteremia se toman nuevos hemocultivos y se decide ampliar tratamiento empírico a Vancomicina e Imipenem. Se realizó TAC de Tórax: vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares asociado a patrón reticular con predominio en ambos lóbulos inferiores. Múltiples infiltrados peribroncovasculares con áreas de consolidación en base derecha y en lóbulo inferior izquierdo. Continúa febril por lo que se decide realizar Fibrobroncoscopia e iniciar Anfotericina B Liposomal. Se aísla en el último hemocultivo 2/2 PROVIDENCIA STUARTII NDM1(+) solo sensible a Amikacina. Se modifica el tratamiento de acuerdo al aislamiento. El paciente realizó tratamiento por un mes. Evolucionó favorablemente con posterior alta médica.

Conclusiones: NDM-1 (Nueva Delhi metalo-beta-lactamasa) es una beta-lactamasa (carbapenemasa) que tiene la capacidad de inactivar todos los beta-lactámicos, excepto Aztreonam. Se han identificado sobre todo en *Escherichia coli* y *Klebsiella Pneumoniae* y en menor medida en otras especies enterobacterianas. En el caso que presentamos, cabe destacar la ausencia de antecedente en nuestro paciente de internación en Unidad de Cuidados Intensivos, Intubación orotraqueal o cateterismos con respecto al hallazgo en el aislamiento.

Palabras clave: Providencia Stuartii, Ndm1, Nueva Delhi

0153 - LESION CAVITADA: NO TODO ES LO QUE PARECE

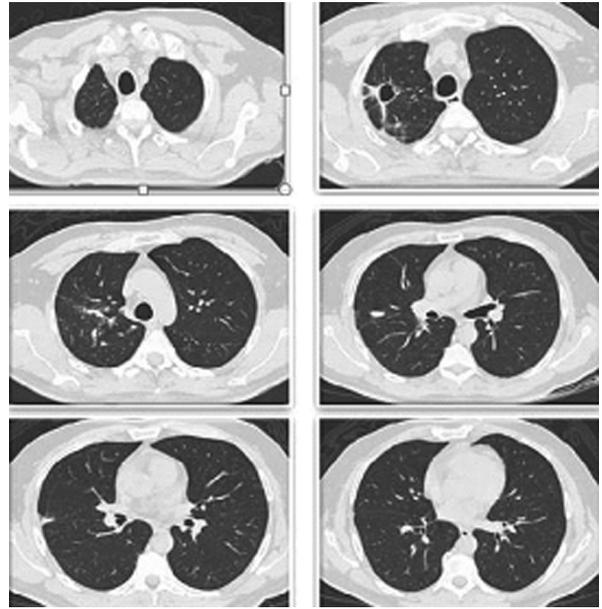
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumología Clínica

Guendulain, Silvana | Elías, Marcos | Vallone, Tania | Uribe Echevarría, María Elisa
Instituto Modelo de Cardiología

Introducción: Las lesiones pulmonares cavitadas son un desafío diagnóstico para el especialista en neumología por la variedad etiológica de las mismas, desde procesos infecciosos, neoplasia, a la reacción de cuerpo extraño.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 49 años de edad oriundo de Catamarca. APP asma en la infancia, DBT 2. NO tabaquista. MC: disnea y disfonía progresiva de 2 meses de evolución; tos productiva clara hemoptisis intermitente. EF: estridor laríngeo, sibilancias bilaterales, sat 96% FIO2 0.21. Cicatriz antigua pared torácica lateral derecha (accidente con espejo hace 40 años). Se realiza laboratorio, Rx torax y espirometría. Laboratorio: Hto 39.4 Hb 13.5 GB 7090 VSG 7 PCR 0.06 Cr 0.76. Espirometría: normal sin cambio post BD CVF 88 FEV1 89. La curva sugiere obstrucción de vía aérea superior. se decide realizar TACAR de torax. Como el paciente persiste con disfonía y por las imágenes obtenidas en la tomografía de torax se decide realizar laringoscopia, BFC, y posterior cirugía por videotoracotomía. Laringoscopia: parálisis bilateral de cuerdas vocales- Traqueotomía BFC: árbol traqueo bronquial dentro de parámetros normales Videotoracotomía: Ingreso por 8° espacio intercostal de línea axilar media derecha, se visualiza adherencia firme que atrapa cuerpo extraño. Segmentectomía apical Derecha Biopsia: Reacción granulomatosa con células gigantes tipo cuerpo extraño y necrosis central, entre medio de la cual hay formaciones redondeadas con cápsula eosinófila



gruesa. Infiltrado inflamatorio crónico linfo-plasmocitario e hiperplasia de Neumocitos tipo 2. Cuerpo Extranño: fragmento de vidrio. BAAR y Hongos: negativo. No se observa malignidad

Discusión: Los cuerpos extraños intrapulmonares (CEIP) son detectados con mayor frecuencia en niños pequeños, por broncoaspiración. Menos frecuentemente puede penetrar la piel y entrar al pulmón. La detección por estudios de imágenes de cuerpos extraños afilados, hace sospechar una vía de acceso no habitual. Los síntomas tardíos están probablemente relacionado a su lento cambio de posición de los fragmentos y su erosión en las estructuras vecinas. Se genera una respuesta inflamatoria alrededor del objeto, que incluso puede limitar su migración. La aparición o riesgo de complicaciones (abscesos pulmonares, neumotórax, lesión de grandes vasos) es la indicación clara de tratamiento quirúrgico en estos pacientes. **Conclusiones:** Las lesiones cavitadas siempre resultan un desafío diagnóstico ya que son múltiples sus etiologías. Los cuerpos extraños intrapulmonares en los adultos generalmente se manifiestan por sus complicaciones.

Palabras clave: lesión cavitada

0155 - TUBERCULOSIS DISEMINADA: PRESENTACIÓN NO HABITUAL

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumología Clínica

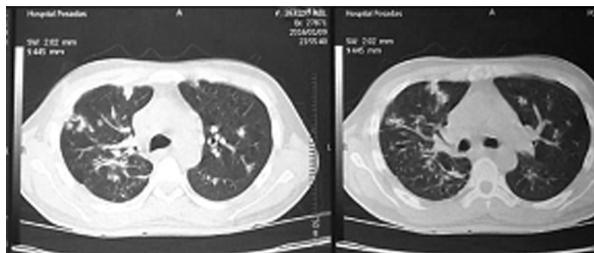
Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Guzmán, Cynthia | González, Alejandra | Aquineyer, Yanina | Heres, Marcela
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La tuberculosis es una de las patologías con mayor distribución global. En la Argentina continúa siendo un problema emergente en salud pública. En 2014 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, 10.525 casos de tuberculosis. En el 8,2% de los casos la localización fue mixta (pulmonar y extra-pulmonar). Se encuentran denunciados en ese periodo 20 casos con localización pulmonar y osteoarticular (3.2%)

Presentación de Caso Clínico: Se presenta a la consulta un hombre de 33 años, con epidemiología positiva para tuberculosis y antecedente de osteomielitis en tercio proximal de tibia izquierda en 2015 (sin aislamiento en cultivos departes blandas, realizó 15 días de tratamiento con Trimetoprima-Sulfametoxazol Forte). Refiere cuadro de 6 meses de evolución





con pérdida de peso no cuantificada, febrícula nocturna asociado a la presencia de tumores y fistulas cutáneas con drenaje de material purulento en muñeca y muslo izquierdo e impotencia funcional progresiva. En radiografías de muñeca y rodilla izquierda se observan lesiones en sacabocado a nivel metafásico sin compromiso de epifisis. La Tomografía computada de tórax revela nódulos centrolobulillares de pequeño tamaño con bordes bien definidos y localización periférica, conectados por estructuras lineales de similar calibre (imagen en árbol en brote) en ambos campos pulmonares. La resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra evidencia extensa colección que compromete estructuras musculares paravertebrales como así también apófisis espinosas y cuerpo vertebral de segunda vértebra lumbar. Anterolistesis de la quinta vértebra lumbar y la primera vértebra sacra con discopatía asociada. Serología VIH: negativa. Se realizaron cultivos de lavado bronquioalveolar, partes blandas y biopsia ósea que resultaron positivos para *M. Tuberculosis*.

Conclusiones: Es importante tener un alto nivel de sospecha ya que el pronóstico depende de cuánto demoremos en el inicio del tratamiento. La tuberculosis ósea no es frecuente en nuestro medio, pero se ha de tener en cuenta cuando se observen alteraciones crónicas o subagudas en el sistema óseo y en aquellas con pobre respuesta al tratamiento antibiótico. El diagnóstico acertado y un tratamiento oportuno garantizan la curación en la totalidad de los afectados.

Palabras clave: Tuberculosis diseminada Tuberculosis osteoarticular

0174 - ¿QUIENES SE ACERCAN A NUESTRAS CAMPAÑAS ABIERTAS A LA COMUNIDAD? ANÁLISIS DE LAS CAMPAÑAS DE CUYO

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumología Clínica

Unidad Temática 2: Misceláneas

Malberti Alessio, Gerardo Javier(1) | Abal, Javier Fernando(2) | Alvarez, Sabrina Soledad(3) | Barimboim, Enrique Mauricio(3) | Di Giorgi, Roger Lucas(4) | González Fábrega, Julio(3) | Lisanti, Raúl Eduardo(1)

Hospital Nuestra Señora Del Carmen O.S.E.P. (1); Hospital Nuestra Señora Del Carmen O.S.E.P. (2); Hospital Central De Mendoza (3); Hospital Nuestra Señora Del Carmen O.S.E.P. (4)

Introducción: Partiendo de que la primera premisa médica es prevenir y que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para diversas enfermedades de distintos órganos, los profesionales de la salud realizamos anualmente campañas de concientización y de motivación para el abandono de esta adicción.

Objetivos: Determinar qué tipo de personas se acercan a las campañas de detección precoz de EPOC y cesación tabáquica en Cuyo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, realizado a través del análisis de datos aportados por los Hospitales o Centros de referencia.

Resultados: Se analizaron 2 campañas de Hospital Nuestra Señora del Carmen, Mendoza (HDC) y 1 de Hospital Central de Mendoza (HCM), ambas de 2014. En HDC en conjunto ambas campañas evaluaron 195 personas, 78 fumadores actuales y 68 ex fumadores. Edad promedio 53,68 años, rango 18-81. Utilizando como herramienta el CODE: 75 hombres (52,36%), >50 años 92 (63,01%), IPA >30 dato no relevado, Disnea 94 (64,38%), Tos 67 (45,89%) y Flema 62 (42,46%). De la subpoblación de personas que no han fumado (49), edad promedio 52,63 años, rango 15-83, presentaban síntomas: Disnea 32 (65,30%), Tos 17 (34,69%) y Flema 18 (36,73%). Los pacientes con CODE de

alto riesgo se los derivó con orden a espirometría, se realizó consejería y se entregó folletería a todos los encuestados. En HCM se excluyeron a no fumadores (no se los dejó participar), evaluando 88 personas, de los cuales 24 ex fumadores. Edad promedio 50,88 años, rango 17-70. Utilizando el CODE: 37 hombres (42,04%), > 50 años 34 (38,63%), IPA > 40, Disnea 70 (79,54%), Tos 40 (45,45%) y Flema 42 (47,72%). CODE promedio 3,2, rango 0-6, moda 3, CODE > 0 = a 4 37. Los pacientes con CODE de alto riesgo se les realizó la espirometría en el momento, se realizó consejería y se entregó folletería a todos los encuestados. En HCM se recabaron otros datos: 65 encuestados (73,86%) piensa que el fumar causa impacto negativo en su salud, 34 (38,63%) aseveran limitación en las actividades de la vida diaria asociado a los síntomas respiratorios manifestados, 32 (36,36%) sabe que es EPOC y 78 (88,63%) provenía de la ciudad.

Conclusiones: Nuestros datos tomados de 2 Hospitales de la provincia, muestran que las campañas evaluadas atraen a hombres y mujeres de alrededor de 50 años, sintomáticos respiratorios con predominio de disnea, con un CODE promedio de 3 (a partir de edad y disnea fundamentalmente). Solo 36% sabe que es EPOC a pesar del aumento de las campañas, la información disponible y de provenir de la ciudad la mayoría de los encuestados. Cabe destacar que en ambos hospitales no se tienen datos del seguimiento dado a los encuestados fumadores actuales o aquellos detectados como EPOC.

Palabras clave: Campañas de prevención, Tabaquismo, CODE

0177 - ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO: IMPORTANCIA DE LA PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumología Clínica

Wagner, Graciela Rosa | Ossés, Juan Manuel | Ahumada, Juana | Cánave, Jorge Hospital Universitario Fundación Favalora

Introducción: El asma inducido por el ejercicio (AIPE) se define como la obstrucción aguda y reversible de las vías aéreas desencadenado por el mismo, siendo el síntoma más frecuente la disnea que ocurre inicialmente durante la actividad física. Las pruebas en reposo no predicen el comportamiento en ejercicio, siendo muchas veces necesario evaluar a los pacientes con pruebas de esfuerzo para reproducir lo que sucede en esta condición. La prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP) es útil en el diagnóstico de la disnea de difícil origen y en el diagnóstico diferencial entre causa cardíaca o respiratoria.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 13 años de edad, estudiante, sin antecedentes respiratorios, abuela asmática. Octubre 2014 consulta a guardia por disnea sibilante de instalación súbita asociada a esfuerzo que se repite al 3er mes, siendo medicada con broncodilatadores de acción corta (BAC) y sin tratamiento de mantenimiento ni controles. Marzo 2015, posterior a actividad física, repite episodio de disnea sibilante asociado a dolor precordial y síncope. Estudios: espirometría (Esp): FVC 3,33 L (113%), FEV1 3,16 L (121%), FEV1/FVC 95. Ecocardiograma Doppler: función sistólica del ventrículo izquierdo y derecho conservadas, sin signos de hipertensión pulmonar. Rx tx: pulmones expandidos sin infiltrados parenquimatosos. TAC de SPN: engrosamiento mucoso del seno maxilar derecho. Laboratorio: Leucocitos 8900 (Eo 11%), IgE 502 U/ml (referencia 0 a 120). Ante sospecha de AIPE se le realizó PECP con protocolo ad hoc: estudio máximo, RER 1,13, VO2/mL/Kg/min 36.6 (predicho 35.6), CT 103%, UA 64%, VD/VT 0.14, RR 71, VO2/HR 10 ml/latido. Esp basal FVC 2,98 L (84%), FEV1 2,29 L (70%), FEV1/FVC 77; Esp inmediata pos ejercicio (5 minutos) reducción del FEV1 de 28% (FEV1 1,16 L, 50%), con mejoría del mismo luego de la administración de BAC: FEV1 2,41 L (74%), delta + 107%. La paciente comenzó tratamiento con corticoides inhalados, BAC, broncodilatadores de acción prolongada, inhibidores de leucotrienos y, ante la respuesta parcial, se adicionó omalizumab, todo monitoreado con medidor de flujo pico.

Conclusiones: la PECP es de vital importancia para la detección de casos de difícil diagnóstico como el presente, AIPE, y su control terapéutico posterior.

0178 - PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR FAMILIAR DERIVADOS A CENTRO DE TRASPLANTE PULMONAR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Wagner, Graciela Rosa | Cáneva, Jorge | Ahumada, Juana | Bertolotti, Alejandro | Tomaszuk, Giselle | Parrilla, Gustavo | Favaloro, Roberto | Ossés, Juan Manuel
Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática se define como una neumonía crónica y fibrosante, con mal pronóstico y escasas opciones terapéuticas. Afecta generalmente a adultos mayores de 50 años, y su expresión anatomopatológica es la neumonía intersticial usual (NIU). Se estima que entre el 0.5 y 3.7% de los casos de NIU son familiares.

Presentación de Caso Clínico: Grupo 1: Paciente de sexo masculino de 54 años de edad, ex tabaquista (1 p/y), diagnóstico de FP en 2011. Evaluado para trasplante pulmonar en 2013, FEV1/FVC: 80%, FEV1: 1.06L (31%). FVC: 1.10L (25%), TLC: 1.71L (27%). Gases arteriales (GA)(FiO₂ 21%) pH 7.44, PO₂ 57 mmHg, PCO₂ 40 mmHg, SaO₂ 88.9%. Marcha de los 6 minutos (M6M) con desaturación con un flujo de oxígeno a 7 lts TAC de tórax: engrosamiento septales, patrón de vidrio esmerilado y bronquiectasias por tracción. Trasplante pulmonar izquierdo en enero de 2014. Actualmente el paciente se encuentra en CF I-II. Su hermano de 62 años, ex tabaquista (80 p/y) diagnóstico de fibroenfisema en el año 2014, disnea en CF II fue evaluado para trasplante pulmonar en mayo del corriente año. FVC 2.69 L (64%). FEV1 2.27 L (68%). FEV1/FVC 84%. TLC 4.51 L (71%). DLCO 49%. GA 0.21%: pH 7.43, PCO₂ 37, PO₂ 91, HCO₃ 22, SaO₂ 97%. M6M AA: SaO₂ basal 96%, SaO₂ mínima 92%, Borg máximo 3, distancia recorrida 432 mts. TAC de tórax: enfisema centrolobulillar a predominio de lóbulos superiores, panel de abejas subpleural y bibasales. Grupo 2: Paciente de 63 años de edad, evaluado para trasplante pulmonar. FVC 1.85 (45%) FEV1 1.15 (36%) FVC/FEV1 62. TLC 2.97 (48%). DLCO 3.7 (13%). Test de la marcha de los 6 minutos con O₂ a 7 litros: Distancia recorrida 48 mts, Saturación basal 97%, se suspende al segundo minuto por Borg 10. EAB (FIO₂ 21%): pH 7.47, PCO₂ 37 mmHg, PO₂ 41 mmHg, SaO₂ 79%. TAC de Tórax: panalización subpleural y basal. Su hermano 63 años diagnóstico de NIU por biopsia quirúrgica en el año 2009. Fue evaluado para trasplante en septiembre de 2013, en CF III. FEV1/FVC 81%. FEV1 2.35 (60%). FVC 2.92 (58%) TLC 4.55 (61%). DLCO 35%. En el diciembre del mismo año recibió un trasplante pulmonar izquierdo sin complicaciones

Conclusiones: El trasplante pulmonar es la opción terapéutica para la fibrosis pulmonar que progresa a la insuficiencia respiratoria; presentamos dos grupos de pacientes con diagnósticos confirmados de fibrosis pulmonar con agregación familiar que se encuentran en un programa de trasplante. No hay muchos reportes en la literatura internacional relacionado a trasplante pulmonar con asociación familiar

0187 - DETECCIÓN DE EPOC MEDIANTE DISPOSITIVO PORTATIL VITALOGRAPH – COPD6 Y CODE EN UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO Y DETECCIÓN DE EPOC

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Tabaquismo y Epidemiología

Keorkof, Gregorio V | Acosta, María Alejandra | Oviedo, Enrique | Najó, Martín | Peyrani, Constanza | Granada, Rosana | Arias, Enrique | Sosa, Ana | Fernández, Sabrina | Yapur Bassani, Natalia
Hospital Tránsito Cáceres de Allende

Introducción: La prevalencia de EPOC se ha reportado por encima del 14% en algunas ciudades de Latinoamérica; está fuertemente ligada al tabaquismo, muchas veces subdiagnosticada. Se manifiesta después de los 40 años y el consumo de 20 cigarrillos diarios por un período de 10 años es la dosis patogénica mínima para el desarrollo de la EPOC. Además se destaca que en Argentina, los datos epidemiológicos actuales, pueden estar sesgados y con tendencia al subregistro. Es por ello que, es de suma importancia considerar el avance de esta patología a partir del mayor consumo de tabaco de la población y

dando como resultado un aumento de la mortalidad por EPOC. La campaña se realizó con el fin de alertar el daño provocado por el uso de tabaco, destinar acciones a prevenir su consumo, crear conciencia sobre el impacto humano y así poder crear ambientes libres de humo

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de EPOC en > 40 años de ambos sexos. 2. Establecer sensibilidad y especificidad del CODE y COPD 6 en una campaña de detección de EPOC. 3. Establecer Grado de Tabaquismo por medio de Cooximetría y cantidad de paquetes años. 4. Evaluar la fase de abandono con el modelo de Prochaska y Diclemente

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional de corte transversal. A todos los encuestados se les realizó el cuestionario para detección de EPOC (CODE), y COPD 6, Espirometría solo a los que tenían \geq 4 y < 70% respectivamente, evaluación fase de abandono con test de Prochaska y Diclemente, cantidad de paquetes año y Cooximetría, en el periodo comprendido entre el 19 y 23 de octubre de 2015, dirigida a la población en general, previa promoción en medios audiovisuales y gráficos

Resultados: Se realizaron 322 encuestas, 156 varones (48,4%) y 166 mujeres (51,6%), edad promedio de 56 +/- 2 años. Paq/año 26 +/- 10 (24,6%), Cooximetría: fumadores activos 150 personas, 78 obtuvieron > 10 ppm, 37 entre 6-10 ppm y 35 < 6 ppm. Test de Prochaska y Diclemente: pre contemplación 13,3% (n= 43), contemplación 17,6% (n=57), preparación 15,1% (n=49), acción 2,5% (n=8), mantenimiento 33,6% (n= 109), no fuman 17% (n=56). Grado de Tabaquismo: leve: 23% (n= 35), moderado: 25% (n=35), severo 52% (n=78). COPD 6 (S 0.92 E 0.96): 55 obtuvieron < 70%. CODE (S 0.72 E 0.97) 129 obtuvieron \geq 4. Se detectaron 13 personas con EPOC 7 hombres y 6 mujeres (4,03%), 1 con CODE, 7 personas con CODE >4 y COPD 6 <70% y 5 con COPD6 < 70% (COPD6 3,72% y CODE 2,48%). Se calculó el coeficiente de correlación R de Pearson obteniendo correlaciones significativas entre CODE y espirometría (r = ,458 p = < .01). Estos datos sugieren que el CODE y la espirometría estarían vinculados significativamente, al menos con las medidas evaluadas en estas pruebas. Asimismo, se obtuvo una correlación significativa entre las variables COPD6 y espirometría (r = ,431 p < .01), lo cual sugiere también una correlación positiva entre ellas.

Conclusiones: CODE y COPD6 demostraron alta sensibilidad y especificidad en el cribado de EPOC, siendo la sensibilidad del COPD6 mayor que el CODE. Un importante número de la población estudiada arrojó un grado de tabaquismo severo. La disponibilidad del COPD6 es indispensable en programas de prevención y para nuestra diaria labor a fin de evitar la sobreutilización de espirometría, no siempre al alcance. La deshabitación tabáquica a través de campañas de prevención y concientización continúa siendo un gran desafío a futuro.

Palabras clave: EPOC, CODE, COPD6, paquetes/años, Cooximetría, Prochaska, Espirometría.

0197 - NEUMONÍA LIPOIDEA: UNA ENFERMEDAD SUBDIAGNOSTICADA EN PACIENTES ANCIANOS

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Alaniz, Mariana | Saborido, Sabrina | Castillo, Silvia | Vigil, Hernán | Vilas, Gerardo | Benedetti, Daniel | Faccioli, Graciela
Hospital Tornú

Introducción: La neumonía lipoidea es una rara condición que resulta de la acumulación de componentes grasos a nivel pulmonar. Puede ser de causa endógena o exógena, esta última aguda o crónica. Los factores que incrementan el riesgo de NL exógena incluyen: edades extremas, anomalías anatómicas o estructurales de la faringe o el esófago y desordenes psiquiátricos.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 90 años de edad, residente de geriátrico, postrada, con deterioro cognitivo crónico que ingresa a guardia por cuadro de Insuficiencia respiratoria. Al ingreso se constata taquipnea, taquicardia, regular mecánica ventilatoria, con roncus bilaterales, sin fiebre. Lab: pCO₂ 54.8, pO₂ 49.6. Rx Tórax que

evidenciaba opacidades alveolares bilaterales. Se interpreta como NAC y se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ampicilina Sulbactam + Claritromicina, broncodilatadores, corticoides sistémicos y oxigenoterapia. Presenta mejoría clínica, sin rescate bacteriológico en Hemocultivos y con persistencia de infiltrados alveolares por lo que se decide realizar TC de tórax donde impresiona dilatación del tercio superior del esófago, imágenes con patrón en vidrio esmerilado asociado a engrosamientos septales a predominio de pulmón derecho, consolidaciones subpleurales con densidad grasa en segmentos posteriores de ambos pulmones, compatible con neumonía lipoidea. Se re-interroga a familiares quienes cuentan que la paciente recibió durante varios años vaselina líquida vía oral por constipación crónica. Se realiza FBC donde no se evidencian lesiones endoluminales hasta bronquios subsegmentarios; BAL opalescente, con diferentes densidades, sin rescate de germen en cultivos de BAL, con estudio citológico informa presencia de gran cantidad de macrófagos vacuolados.

Discusión: En la neumonía lipoidea, los hallazgos radiológicos no son específicos y, por esta razón, puede confundirse con otras enfermedades. Los hallazgos tomográficos más característicos son la presencia de consolidaciones con densidad grasa y patrón "crazypaving". La apariencia macroscópica del BAL podría sugerir el diagnóstico. Como posibles complicaciones de esta patología se incluyen insuficiencia respiratoria, sobreinfección por micobacterias no tuberculosas, fibrosis pulmonar, cor pulmonale e hipercalcemia.

Conclusiones: La neumonía lipoidea exógena puede ir desde una enfermedad aguda casi fatal, a presentarse con síntomas clínicos variables y no específicos, usualmente crónicos, progresivos y asintomáticos en ancianos. Ante la presunción diagnóstica basada en la historia de exposición a lípidos y los hallazgos radiológicos; su confirmación requiere un análisis citológico y/o biopsia pulmonar. La medida terapéutica principal es discontinuar la exposición al agente lesivo. Su evolución depende del tipo, volumen y distribución del aceite aspirado.

0201 - COMPROMISO PULMONAR POR RITUXIMAB

Modalidad: Póster - Caso Clínico

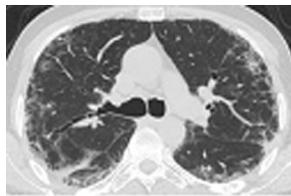
Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Misceláneas

Fabio, Stella | Naval, Norma | Amaya, Rosa | Gianfrancisco, Virginia | FernándezGómez, Victoria | Márquez, Osvaldo | Del Rio, Rafael | Carrizo, Mónica | Moreno, Carolina | Fuentes, Natalia | Esquiú, Emilia | Morgante, Sabrina | Gallo, Cynthia | González, NéstorFabián
Hospital Padilla

Introducción: La Lesión pulmonar inducida por fármacos (DLI), es producida por el uso específico de un medicamento. La incidencia de DLI por Rituximab, no se ha determinado con exactitud, pero hay datos seguros y estudios publicados que las mismas han aumentado desde el año 2000, coincidentemente con el uso de Gefitinib en Japón. El tipo, la dosis, los tratamientos, enfermedades concomitantes y la idiosincrasia del paciente, son factores preponderantes relevantes en la aparición de estas lesiones. Existen múltiples mecanismos fisiopatológicos implicados en esta enfermedad que pueden aparecer de forma simultánea o combinada y que estarían directamente relacionados con el tipo de lesión y su forma de presentación. El tratamiento de elección obliga a retirar el fármaco sospechoso e iniciar las medidas de soporte en función de la gravedad y repercusión funcional.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 40 años, residente en Salta (zona periurbana), antecedente laboral: trabaja en taller de costura, tabaquista de 10 p/a, esofagitis por reflujo gastroesofágico. Con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin y Tomografía de Alta Resolución de Tórax normal. Inicia quimioterapia con Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina y Prednisona (R- CHOP 3 ciclos), en Julio 2015. Consulta en Septiembre de 2015 por Disnea mMRC°



2-3, fiebre con escalofríos y tos productiva mucopurulenta. Radiografía de Tórax: aumento de la trama intersticial con compromiso bilateral. Se interna y la Tomografía de Alta Resolución de Tórax, al ingreso, muestra imágenes en vidrio deslustrado, bilaterales, subpleurales, con engrosamiento de los septos inter e intralobulillares, algunas de ellas con tendencia a confluir. Realiza 7 días de tratamiento antibiótico y corticoides sistémicos 80 mg/día (Prednisona). Al examen físico, lúcido, adelgazado, palidez cutánea mucosa, frecuencia respiratoria 24 por minuto, frecuencia cardíaca 110 por minuto, saturando 94% (0.21). Murmullo vesicular rudo en ambos campos pulmonares. Miembros inferiores presencia de edemas en tercio inferior; godet +. Laboratorio: GB 7170 (55/22), Hto 32, Hb 10, LDH 629 y eritrosedimentación 81 mm, PCR 48, proteínas totales 5,2 y albúmina 1,98. EAB (0.21): 7,39/43,3/73,7(84)/25,7/1,1. Fibrobroncoscopia: sin lesión endoluminal. Lavado Bronquial negativo para gérmenes comunes, BAAR, Hongos y citología. Alta al séptimo día. A los 60 días, paciente asintomático y mejoría imagenológica.

Conclusiones: El Rituximab mejora sustancialmente el pronóstico de enfermedades autoinmunes y hematológicas. El incremento de su uso ha aumentado el registro de efectos adversos, entre ellos la toxicidad pulmonar. Una de sus complicaciones más serias es la enfermedad pulmonar intersticial, manifestándose con disnea, fiebre y tos sin clara evidencia de infección, como en el caso de nuestro paciente.

0213 - DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO DE NEUMONOLOGÍA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Di Giorgi, Roger Lucas | Lisanti, Raúl Eduardo | Gatica, David Patricio | Abal, Javier | Villa, Diego | González, Luis | Grañana, Mónica | Moreno, Gonzalo | Perone, Gustavo | Jaliff, Sebastián | Araya, Cintia | Zárate, Graciela | Flores, Lidia
Hospital Nuestra Señora del Carmen O.S.E.P.

Introducción: La actividad realizada en el consultorio médico constituye una de las principales tareas desarrolladas por el médico Neumólogo. Conocer nuestras patologías prevalentes, priorizando aspectos epidemiológicos, nos permite decidir sobre cuáles son las prioridades neumonológicas más relevantes y planificar nuestras acciones.

Objetivos: Describir los diagnósticos presuntivos más frecuentes en el consultorio de Neumonología. Describir las características epidemiológicas y clínicas de la población en estudio.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional de todos los pacientes que concurren al Consultorio Externo de Neumonología durante los meses mayo-junio (7 semanas). La recolección de la información se llevó a cabo en una plantilla por el médico a cargo del consultorio donde indica el diagnóstico presuntivo probable o confirmado del paciente pudiendo el paciente tener más de un diagnóstico y concurrir en más de una ocasión. Las plantillas fueron volcadas en tablas y analizadas con el programa estadístico MedCalc Versión 11.6.1.0.

Resultados: Fueron atendidos 349 pacientes, 54% (187) de sexo femenino y 46% (162) masculino; con rango de edad de 15 a 87 años, edad promedio de 58,3 años (IC 95% 56,6-60,2 DS16,9). Diagnósticos 1. Enfermedades obstructivas fueron el 39% (171) de las consultas, siendo el asma bronquial el 46% (79), la EPOC 43% (73), las bronquiectasias no FQ el 10% (17) y la FQ 1% (2). 2. Infecciones representaron el 24% (105) de las consultas siendo los cuadros de vía aérea inferior los más frecuentes de este grupo con un 40% [Bronquitis 71% (30) y neumonías 29% (12)], seguido por los cuadros de vía aérea superior con el 39% (41) [Sinusitis 75% (31)-Faringitis 15% (6)-Laringitis 10% (4)], TBC 16% (17) y otras infecciones 5% (5). 3. Tabaquismo correspondió al 10% (42) de las consultas. 4. Patología pleural y mediastínica fue responsable del 7% (31) de las consultas siendo el Síndrome de derrame pleural la afección más frecuente de este grupo con el 71% (22), seguido por tumores mediastínicos 16% (5), adenopatías 3% (1) y otros hallazgos 10% (3). 5. Enfermedades intersticiales correspondió el 6% (27) de las consultas, FPI el 30% (8) del grupo y no FPI el 70% (19). 6. Alteraciones del sueño fueron el 5% (24) de las consultas siendo el SAHOS

la afección más frecuente de este grupo con el 75%(18) y el SHO el 25%(6) restante. 7. Alteraciones radiológicas fueron el 3% (12) del total. 8. Lesiones tumorales pulmonares fueron el 2% (10) de las consultas siendo el cáncer de pulmón el motivo más frecuente de este grupo con el 50% (5), seguido por las metástasis pulmonares 30% (3), Nódulo pulmonar solitario 10% (1) y otras lesiones 10% (1). 9. Enfermedades vasculares fueron el 2% (9) de los motivos de consulta siendo la enfermedad tromboembólica el 89% (8) de este grupo seguido por la HTAP 11% (1). 10. Evaluación prequirúrgica fue el 1% (6) de las consultas. 11. Enfermedades neuromusculares fueron el 1% (5) de las consultas. 12. Otros motivos: 3%.

Conclusiones: Los diagnósticos más frecuentes fueron la EPOC, asma bronquial, infecciones respiratorias, tabaquismo, patología pleural-mediastínica y enfermedades intersticiales pulmonares, siendo estos grandes grupos integrantes de las 10 principales causas de morbilidad en el mundo según la OMS. Conocer nuestra situación asistencial nos permite desarrollar programas de prevención/promoción sanitaria, reforzar consultorios (consultorios subespecializados) y priorizar educación para satisfacer las necesidades de nuestra población. **Palabras clave:** Pulmonology, diagnostics, frequency, outpatients.

0221 - CONSOLIDACIONES BILATERALES COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Churin, Lisandro | Karlen, Hugo | Medinaceli, Eduardo | Guillen, Jaime | Difilippo, Hernán | Ibarrola, Manuel | Mercuri Guillemi, Magdalena | Quadrelli, Silvia
Fundación Sanatorio Güemes

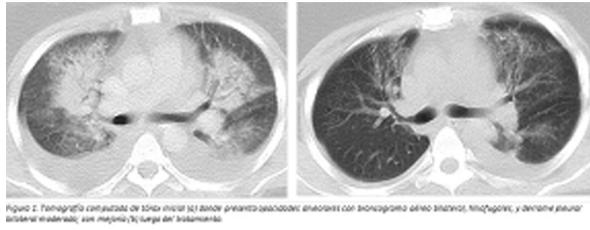


Figura 2. Tomografía computada de tórax nivel 141 donde se observan opacidades alveolares con broncograma aéreo bilateral, hilofugales, y derrame pleural bilateral moderado, sin mejoría 72 horas del tratamiento.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es un desorden inflamatorio poco común de etiología desconocida que afecta principalmente a adultos jóvenes. El diagnóstico es de exclusión y de basa en hallazgos clínicos y de laboratorio. La afectación pleural e intersticial son las principales manifestaciones pulmonares. Presentamos el caso de una paciente con ESA y compromiso pulmonar inusual.

Presentación de Caso Clínico: Paciente femenina de 24 años de edad, no tabaquista, estudiante. Consulta por odinofagia y registros febriles diarios de 20 días de evolución asociados a disnea mMRC 2, mialgias y artralgias en miembros inferiores. En el examen físico se constatan adenomegalias (laterocervicales y retroauriculares) dolorosas, rash cutáneo generalizado y úlceras orales. A la auscultación pulmonar hipoventilación basal y rales crepitantes bilaterales. Saturación de oxígeno 90% (0,21). Se constata anemia (hematocrito 29%) leucocitosis con neutrofilia (11300/mm³) plaquetopenia (58.000/mm³), láctico deshidrogenasa 5328 UI/L, elevación de enzimas hepáticas (GOT 238, GPT 582), creatinina 0.6, HIV no reactivo. La tomografía computada (TCTx) de torax evidencia opacidades alveolares con broncograma aéreo, hilofugales, asociadas a derrame pleural bilateral moderado (Figura 1a). Inicia tratamiento antibiótico sin mejoría del cuadro, evoluciona con insuficiencia respiratoria y persistencia de registros febriles, sin descompensación hemodinámica. Se constata hepato y esplenomegalia en ecografía abdominal. Tanto el perfil inmunológico (FAN, factor reumatoideo, péptido anticitrulido) como los cultivos de sangre, esputo y orina fueron negativos. Los valores de proteina C reactiva (PCR) y eritrosedimentación se mantuvieron elevados (PCR:117 mg/dl y VES 110 mm/h). La elevación de ferritina sérica (4003 ng/ml) asociado al cuadro clínico descripto confirman el diagnóstico de

enfermedad de Still del adulto. Inició tratamiento inmunosupresor (meprednisona 1 mg/kg) evidenciándose mejoría clínica y radiológica (Figura 1b).

Discusión: La afectación pulmonar en la ESA es rara. Están descriptos derrame pleural uni o bilateral entre el 5-31% de los casos y el compromiso intersticial transitorio en el 13% generalmente asintomáticos. La respuesta al tratamiento con corticoides sistémicos es buena y raramente evoluciona a falla respiratoria. Existen sólo reportes de neumonía en organización, engrosamiento pleural y atelectasia asociados a la enfermedad. La presentación clínica y evolución obliga a descartar causas infecciosas u otras enfermedades autoinmunes (artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico), aunque la presencia de criterios diagnósticos (Yamaguchi y col.) y el aumento de la ferritina sérica ayudaron a establecer el diagnóstico definitivo.

Conclusiones: La ESA es una entidad inusual, con escaso compromiso pulmonar. El diagnóstico diferencial de imágenes de consolidación bilateral, obliga a descartar procesos infecciosos debido a las implicancias en el tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: Enfermedad de still del adulto. Disnea. Ferritina

0247 - ADHESIÓN AL TRATAMIENTO CON DISPOSITIVOS INHALADOS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA Y EPOC

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Matar, María Leila | Boetto, Viviana | Varas, Héctor | Aballay, Gabriel | Manganiello, Karina | Alchapar, Erica | Peralta, Gonzalo | González, Alejandra | Bergas, Noelia
Hospital Luis Lagomaggiore

Introducción: Adhesión al tratamiento es un factor para alcanzar y mantener control de enfermedad. La baja adhesión se asocia a aumento de morbimortalidad y de costo económico, sanitario y social. Las tasas de falta de adhesión: Asma 30-70% y en EPOC: 29- 56%.

Objetivos: Identificar adherencia al tratamiento con dispositivos inhalados y factores que influyen en la adherencia al tratamiento, el grado y patrón de incumplimiento

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo en hospital de agudos, desde 14 de Diciembre 2015 a 30 de Junio 2016. Incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de Asma y EPOC de acuerdo a guías GINA y GOLD respectivamente, con uso de tratamiento inhalado más de 3 meses. Se utilizó el Test de adhesión de los inhaladores, validada por la Sociedad Española de Neumonología y Cirugía Torácica de 12 ítems, que evalúa grado y patrón de incumplimiento (Errático, Voluntario o Involuntario) al tratamiento inhalado. Se evaluó la adherencia horaria, tipo de inhalador utilizado y cantidad de inhaladores mediante ficha preformada **Resultados:** Se realizaron 40 encuestas, 22 (55%) mujeres y 18 hombres (45%) con predominio de edad entre 35 y 59 años. Nivel de instrucción: 18 pacientes (45%) primario, 20 (50%) secundario y 2 (5%) algún estudio terciario. Teniendo en cuenta la patología, 16 pacientes (40%) con diagnóstico de EPOC y 24 (60%) Asma. Del total, 7 (17,5%) utilizaba solo un inhalador y 33 (82,5%) más de uno con la siguiente distribución: 32 pacientes (80%) utilizaba cartucho presurizado, 21 (52,5%) polvo seco multidosis, 9 (22,5%) polvo seco monodosis y 2 (5%) inhalador con aerocámara y con autodesparo. Instrucción realizada por el medico: instrucción Oral 19 (47,5%), Demostración 18 (45%), Escrita 1 (2,5%) y Ninguna 5 (12,5%) . Los que utilizaban uno o más de un inhalador tuvieron: Mal Cumplimiento (p: 0,019) y cumplimiento Intermedio (p: 0,064) respectivamente. Cuando se evaluó la adherencia al tratamiento, 4 pacientes (10%) presentaron Buen Cumplimiento, 12 (30%) cumplimiento Intermedio y 24 (60%) Mal cumplimiento. Los que referían adherir

1. ¿Es difícil oler el olor producido cuando inhalamos los dispositivos inhalados?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
2. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
3. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
4. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
5. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
6. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
7. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
8. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
9. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
10. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
11. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre
12. ¿Es difícil recordar cuándo inhalo?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 3. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 4. A veces o raras	<input type="checkbox"/> 5. Siempre

siempre al tratamiento inhalado, presentaron Cumplimiento Intermedio y Mal Cumplimiento (p: 0,017 y 0,001 respectivamente) con un Patrón de tipo intencionado (p: 0,007). Aquellos con escolaridad primaria presentaron mal Cumplimiento (p: 0,048) y los que presentaban secundario: Cumplimiento Intermedio (0,017) Evaluando el Tipo de patrón de incumplimiento se obtuvo: Errático en 31 pacientes (77,5%), Intencionado 33 (82,5%) e Inconsciente 28 (70%), demostrando diferentes patrones en los mismos pacientes. El patrón Errático se observó en todos los pacientes con Buen cumplimiento (p: 0,001) y Mal Cumplimiento (p: 0,000) y el Intencionado en pacientes con Mal Cumplimiento (p: 0,001) En el grupo con rango etario entre 35 y 59, presentaron Patrón Intencionado (p: 0,046) El patrón Inconsciente se presentó en todos los encuestados con mal cumplimiento y cumplimiento Intermedio sin resultados estadísticamente significativos

Conclusiones: Si bien el número de pacientes encuestados resulta muy bajo, observamos que nuestra población tanto en pacientes con EPOC como Asma la adherencia al tratamiento resulta pobre, siendo el principal factor determinante la cantidad de dispositivos utilizados como el nivel de instrucción además esto se asoció a variables de enfermedad, tratamiento, relación médico-paciente y del paciente. La adhesión al tratamiento es un fenómeno complejo. Se deberían describir formas individualizadas de combinar las técnicas existentes que resulten efectivas para promover la adhesión según las necesidades específicas de cada paciente y realizar controles periódicos de la ejecución de las conductas recomendadas.

0278 - PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON DISNEA DURANTE EL EJERCICIO QUE PROGRESA A REPOSO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Vincent, Victoria Noel(1) | Alvarez, Rubén(2) | Romera, Andrés(1)

Sanatorio Anchorena (1); Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (2)

Introducción: La poliangeitis granulomatosa es una enfermedad crónica sistémica de origen autoinmune. Más frecuente entre quinta y sexta década de la vida, presenta inflamación granulomatosa que afecta al tracto respiratorio superior e inferior y frecuentemente al riñón.

Presentación de Caso Clínico: Caso Clínico: Paciente sin antecedentes patológicos previos. Comienza su enfermedad actual 1 año previo a la consulta con disnea durante el ejercicio, interpretada como asma sin examen funcional respiratorio. Agrega dificultad para dormir requiriendo elevar cabecera. Presento eritema ocular, evaluada por oftalmología con diagnóstico de escleritis nodular nasal inferior, indicando corticoides locales. Se deriva a reumatología a fin de descartar patología sistémica. Al momento del examen físico, disnea CFII, sin sibilancias con estridor traqueal, sin tolerar el decúbito supino. Se realiza espirometría: FVC 3.81 (104%), VEF1 1.66 (52%) ITT 43.6. Defecto ventilatoria obstructivo moderado. Curva cajón. Se realiza espirometría en decúbito supino con reducción de flujo. Radiografía de tórax, sin hallazgos patológicos. Al laboratorio, ANCA C +. Tac cervical con reconstrucción laringotraqueal, que evidencia estenosis laríngea de 8x 9 mm. Laringotraqueobroncoscopia, estenosis laríngea con lesión granulomatosa. Biopsia de laringe endoscópica, inflamación granulomatosa no caseificante en actividad, vasculitis leucocitoclastica, trombosis. Diagnóstico: Poliangeitis Granulomatosa (GPA). Inicia tratamiento con inmunosupresores.

Discusión: El diagnóstico de GPA es complejo contribuyendo a un retraso a la confirmación e inicio de tratamiento con progresión de enfermedad y secuelas que pueden ser graves en el tejido comprometido. La adecuada interpretación de los síntomas con examen físico y la realización de prácticas como la espirometría en forma temprana pueden ayudar a identificar a los pacientes con esta patología poco sospechada.

Conclusiones: Comentario: La poliangeitis granulomatosa se define como una enfermedad sistémica con vasculitis necrosante que afecta vasos de pequeño y mediano calibre con inflamación granulomatosa que afecta al tracto respiratorio (superior e inferior) y frecuentemente también al riñón. La

afección respiratoria suele ser la más prevalente desde el inicio de la enfermedad, presentándose en hasta el 90% de los casos. En el 15 al 30% de los casos hay afección del árbol traqueobronquial, siendo la zona traqueal subglótica susceptible a la estenosis con una prevalencia 10-16%, aunque solo en el 2% de los casos es la forma de presentación, siendo más frecuente en pacientes jóvenes. Se presenta el caso dado la dificultad en el diagnóstico, requiriendo un alto nivel de sospecha para diagnosticarse, ya que puede confundirse con diversas enfermedades entre ellas el asma.

Palabras clave: manifestaciones laringotraqueobronquiales de Enfermedad de Wegener

0284 - ECOGRAFÍA DE CUÁDRICEPS EN PACIENTES EPOC

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Neumonología Clínica

Unidad Temática 2: Rehabilitación Respiratoria

Chiapela, Sebastián | Descotte, Emiliano | Salvado, Alejandro | Chertcoff, Felipe | Meraldi, Ana

Hospital Británico de Buenos Aires, Servicio de Medicina Respiratoria

Grupo	Individuos Sanos (N=9)	EPOC reagudizados (N=28)	EPOC rehabilitación (N=13)
Área Cuádriceps (cm ²)	5,87	2,62	2,58

Introducción: La disfunción muscular en los pacientes EPOC es una complicación extrapulmonar reconocida, que se caracteriza por pérdida de masa muscular magra y es un predictor de discapacidad y mortalidad. En particular la fuerza del cuádriceps se asocia con capacidad al ejercicio reducida, disminución de la calidad de vida, incremento del uso de cuidados médicos, y mortalidad independiente de la obstrucción del flujo aéreo.

	Área menor a 2,66 cm ² (N=14)	Área mayor a 2,66 cm ² (N=14)	P
Días de internación	8,01	11,27	0,58
Días de ventilación mecánica	6,66	7,91	0,57
Mortalidad en UTI	4	3	0,49
PCO ₂ al ingreso (mmHg)	59,85	51,85	0,22

Objetivos: 1- Evaluar si hay diferencias en el área de cuádriceps, en sujetos sanos, pacientes EPOC en rehabilitación, y pacientes EPOC internados por reagudización.

Materiales y Métodos: Se realizó ecografía de cuádriceps utilizando equipo Esaote MyLab40, se midió el área del recto anterior a pacientes internados en UTI por EPOC reagudizado, en pacientes EPOC en rehabilitación pulmonar e individuos sanos. Se trazó una línea imaginaria entre el borde superior de la rótula y la espina iliaca anteroinferior. Se realizó la medición con transductor lineal de manera trasversal sobre el tercio más cercano a la rótula. Una vez obtenida la imagen se calculó el área con el software del equipo, delimitando manualmente el recto anterior. Se usó 2,66 cm², como punto de corte ya que ese valor dicotomiza la muestra en 2 mitades con igual número de pacientes.

Resultados: Hubo diferencias significativas entre los individuos sanos y los pacientes EPOC reagudizado internados y EPOC en rehabilitación (P=0,0025), pero no entre EPOC reagudizado internado y EPOC en rehabilitación (tabla 1).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el área de cuádriceps no alcanzó a predecir días de internación en UTI, mortalidad y días de ventilación mecánica. Se necesitan más estudios, con más pacientes para comprender el alcance de esta técnica.

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

0170 - LA DISNEA EN PACIENTES CON EPOC EN ARGENTINA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Lijavetzky, Adrián(1) | Echazarreta, Andrés(2) | Colodenco, Daniel(3) | Giugno, Eduardo(4) | Arias, Sergio(5) | Viana, Karynna(1) | Felice, Rosana(1)

Laboratorio GlaxoSmithKline (1); Hospital Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata (2); Hospital María Ferrer (3); Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo. (4); Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" (5)

Introducción: La disnea es un síntoma frecuente de la EPOC que contribuye a la carga de enfermedad.

Objetivos: Describir la frecuencia y el impacto de la disnea en pacientes con EPOC en la Argentina

Materiales y Métodos: Este estudio es un reanálisis de los datos del estudio sobre prevalencia de la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en Argentina (EPOC.AR), un estudio poblacional que incluyó individuos de más de 40 años que residen en 4 centros urbanos: Rosario, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Vicente López-Gran Buenos Aires y La Plata. Los pacientes del estudio actual tenían una relación VEF1/CVF < 0,7 posterior al broncodilatador (pacientes con EPOC), y además se clasificaron en sin disnea/disnea leve (mMRC < 2) y disnea moderada/grave (mMRC ≥ 2), según la puntuación de la escala modificada de disnea del Medical Research Council (mMRC: Modified Medical Research Council Scale). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva adecuada y la prueba del Chi cuadrado con corrección de Yates o la prueba exacta de Fischer para investigar la asociación de la disnea con el impacto sobre la vida del paciente

Resultados: Se incluyeron 408 pacientes con EPOC (relación VEF1/CVF < 0,7 posterior al broncodilatador) e información de la mMRC, y el 20,59% de ellos se clasificaron como disnea moderada/grave. Entre los pacientes con disnea, el 37% no fue diagnosticado ni tratado previamente y el 7,2% no fue tratado a pesar del diagnóstico de EPOC y la presencia de disnea grave/moderada. Los pacientes disneicos informaban con mayor frecuencia un alto impacto en la actividad diaria en comparación con el grupo clasificado como sin disnea/disnea leve. Entre los pacientes con disnea, el 51,1% informó que le resultaba muy difícil realizar las actividades diarias y el 21,4% informó que no tenía dificultad. Por otro lado, entre los pacientes sin disnea, el 3,4% informó que le resultaba muy difícil realizar las actividades diarias y el 73,8% informó que no tenía dificultad. (OR: 51,9 p < 0,001). Además, hubo una mayor frecuencia de pacientes disneicos que clasificaron su estado de salud como regular (50% vs 19% p < 0,001) o deficiente (9,5% vs 1,5%, p < 0,002)

Conclusiones: La frecuencia de disnea fue menor que en otros estudios, probablemente esto se deba a que nuestra cohorte de pacientes con EPOC está basada en un estudio de selección poblacional, como la cohorte Copenhague. La disnea se asoció con un mayor impacto en las actividades diarias y en la autoevaluación de la salud. La existencia de estrategias para el cuidado de la salud que mejoren los síntomas de la disnea podría reducir la carga asociada a la EPOC

Palabras clave: EPOC; Prevalencia; Disnea; EPOC.AR; Argentina

0223 - INTERVENCIÓN A LA COMUNIDAD EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

Di Loretto, Miriam | Giménez, Karina | Blengini, Lucia | Centurion, Miguel | Ferrentino, María Sol | González, Lorena | Montiel, Cristina | Medin, María Ines | Wagner, Graciela | Caneva, Jorge | Kniz, Cecilia

Fundación Favaloro

Introducción: La prevención es la herramienta más eficaz y económica para conservar la salud y evitar la aparición de enfermedades; es por ello que personal de Departamento de Enfermería, el Servicio de Neumología y el Servicio de Pediatría de la Fundación Favaloro realizaron una actividad a la comunidad con el fin de generar conciencia que el humo del tabaco no sólo afecta al fumador sino también a quienes lo rodean.

Objetivos: evaluar los resultados de una encuesta realizada en el Día Mundial sin Tabaco en sujetos voluntarios de la comunidad general.

Materiales y Métodos: El 31 de Mayo de 2016 personal de enfermería intervino en la población general realizando una encuesta en base al cuestionario Sección Tabaquismo de la AARM con preguntas adicionales, medición de monóxido de carbono (CO) espirado y se entregaron folletos que se diseñaron ad hoc para la jornada. Médicos neumólogos realizaron intervenciones individualizadas a quienes se mostraron moti-

vados para dejar de fumar generando estudios diagnósticos y seguimiento por consultorio de tabaquismo.

Resultados: 243 personas participaron de la actividad educativa. 160 mujeres (65.8%) y 83 varones (34.2%). 181 no fumadores (74.5%) con medición de CO debajo de un valor de 6 ppm y 62 fumadores (25.5%) con un rango entre 6 y 32 ppm. 43 asistentes realizaron consultas espontáneas con médicos neumólogos especialistas en cesación tabáquica. Más de 50% de los entrevistados solicitaron más folletería para llevar a familiares con el fin de transmitir esta información.

Conclusiones: El porcentaje de fumadores de la población encuestada (25.5%) es menor comparado con las cifras actuales del Ministerio de Salud de la Nación; se enfatizó la importancia de erradicar el consumo del tabaco. El 69, 5% de los fumadores se mostró interesado en comenzar un tratamiento para dejar de fumar.

Palabras clave: TABAQUISMO, ENFERMERÍA

0243 - PERFIL EPIDEMIOLOGICO LOCAL DE LAS NOTIFICACIONES DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES. PERIODO 2010-2016

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

Unidad Temática 2: Enfermedades Infecciosas

Romano, Mónica Liliana | Zarra, Juan | Falcone, Claudia | Rottlant, Viviana | Mammana, Liliana | Cusmano, Liliana
Hospital F.J. Muñoz

Introducción: El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) tiene como principal propósito brindar información oportuna para el control de las enfermedades emergentes.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo describir y comparar el perfil epidemiológico de las notificaciones de Enfermedad tipo influenza (ETI) de los pacientes asistidos durante el periodo postpandémico 2010-2016.

Materiales y Métodos: Se analizaron las notificaciones de ETI por semanas epidemiológicas (SE) de los pacientes asistidos en la institución durante los años 2010-2013 (SE: 1-53) y 2016 (SE1-28). Se tabularon los datos demográficos: como grupo etario y lugar de residencia. El diagnóstico virológico se realizó por IFD en muestras de hisopado nasofaríngeo para virus sincial respiratorio, adenovirus, parainfluenza: 1, 2 y 3, influenza A y B, metapneumovirus y PCR (gen M 2 y gen H1) en tiempo real para influenza A pandémico (pdm).

Resultados: Se notificaron a Promoción y Protección de la Salud, 1697 casos de ETI en el periodo en estudio El grupo de edades más afectado fue el comprendido entre 25-64 años, con el 73% de los casos. El 48% de los pacientes residían en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La SE 30 fue la de mayor notificación durante el año 2010, con 47 casos (total anual: 471), con confirmación de virus influenza A no pandémico en las muestras de hisopado nasofaríngeo procesadas. En el 2013, las SE de mayor notificación fueron las 24 y 25, con 31 casos (total anual: 406). Del total de los hisopados nasofaríngeos procesados durante 2013, hubo 48 muestras con aislamiento de virus pandémico. Se notificaron 497 casos de ETI en el año 2016 con mayor notificación en las SE 21 y 22. Los 93 Hisopados procesados nasofaríngeos presentaron 21 muestras positivas para Influenza A pandémico.

Conclusiones: • La población asistida en la institución, con diagnóstico de ETI fue principalmente de adultos jóvenes. • Las semanas epidemiológica de mayor notificación fueron variables en los distintos años postpandémicos. • El SNVS permite obtener datos en forma oportuna para implementar estrategias de control de patologías emergentes, evaluar programas y campañas de vacunación, siendo relevante la vigilancia de los virus respiratorios para conocer las variaciones anuales.
Palabras Clave: Perfil Epidemiológico de las notificaciones de Enfermedad tipo Influenza (ETI)

0274 - DIA MUNDIAL SIN TABACO. CAMPAÑA DE MEDICIÓN DE CO EXHALADO. HOSPITAL DEL CARMEN DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE MENDOZA.

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Tabaquismo y Epidemiología

Villa, Diego Cristian Gastón | Abal, Javier | Araya, Cintia | Di Giorgi, Roger Lucas | Flores, Lidia | Gatica, David | González, Luis | Grañana, Mónica | Jaliff, Sebastia | Lisanti, Raúl | Moreno, Gonzalo | Perone, Gustavo | Zarate, Graciela
Hospital del Carmen

Introducción: En el día mundial sin tabaco (31 de mayo) en conjunto con la Unidad de Prevención y Cesación tabáquica, Residencia de Neumonología y grupo de Trabajo Social del Hospital Misericordia se realizaron charlas educativas sobre consumo de tabaco, importancia de cesación y valor de los espacios libres de humo. Se realizó en dicha oportunidad mediciones de monóxido de carbono exhalado (cooximetría).

Objetivos: 1-Promover la prevención, cesación tabáquica y espacios libres de humo mediante charlas informativas y mediciones de monóxido de carbono exhalado. 2-Describir las características epidemiológicas de la población estudiada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo a partir de las coximetrías de todos los participantes voluntarios en el día Mundial sin Tabaco en el Hospital del Carmen. Se confeccionó un cuestionario sobre condición tabáquica, tabaquismo pasivo, y exposición a combustión de biomasa. Posteriormente se realizó medición de monóxido de carbono exhalado a las personas voluntarias.

Resultados: Participaron 89 pacientes, de los cuales 53% (47) eran de sexo masculino y 47% (42) femeninos; con una edad promedio de 50,4 años, (IC 95% 46,7-54,1 DS17,4). Del total de pacientes atendidos 80% (71) tenían antecedentes de tabaquismo de los cuales el 56% (40) eran fumadores actuales y el 44% (31) exfumadores. Del análisis de los pacientes tabaquistas (fumadores actuales y extabaquistas) se observó que el consumo de cigarrillos día promedio era de 13,63 (IC 95% 11,28-15,98 DS 9,93) con un rango de consumo que iba de 1 a 50 cigarrillos día, el IPA promedio fue de 15,24 (IC 95% 11,53-18,94 DS 15,67). El 48% (43) de todos los pacientes refería tabaquismo pasivo y el 43% (38) refería exposición a combustión a biomasa durante más de 10 años. El análisis de las coximetrías mostró valor medio de 7,89 con un rango de 0 a 35 ppm (IC 95% 6,41-9,38 DS 7,02). Al realizar el análisis de Correlación de Pearson de las variables cantidad de cigarrillos y medición de monóxido de carbono exhalado observamos una correlación positiva $r = 0,3392$ (IC 95% 0,11-0,53 $p = 0,0038$).

Conclusiones: Las campañas de prevención son una de las principales herramientas para combatir esta gran enfermedad. Mediante el desarrollo de campañas masiva a nivel nacional se logra gran impacto en la población. Observamos un gran acatamiento de personas tabaquistas con valores elevados de monóxido de carbono exhalado, las cuales fueron motivadas y derivadas a programas de cesación tabáquica.

Palabras clave: Tobacco, Carbon Monoxide, Prevention.

Unidad Temática: Pediatría

0164 - MALFORMACIONES PULMONARES EN PEDIATRÍA: FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Pediatría

Giménez, Elizabeth Alicia | Pardo, Ivonne | Regueiro, Florencia | Pawluk, Víctor | González, Norma Edith

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: Las malformaciones pulmonares son un grupo de entidades originadas en defectos del desarrollo broncopulmonar. En los últimos años hubo un incremento en el diagnóstico precoz por el uso rutinario de la ecografía fetal.

Presentación de Caso Clínico: Caso 1: Niña de 13 años con radiografía de tórax (RxTx) patológica persistente y viraje tuberculínico. Asintomática respiratoria. Tomografía de tórax (TAC): hipoplasia pulmonar y de arteria pulmonar derecha, drenaje venoso anómalo a vena cava inferior, lóbulo pulmonar accesorio. Diagnóstico: Síndrome de Cimitarra e infección tuberculosa latente. Evolucionó asintomática, cumplió 6 meses de quimioprofilaxis con isoniacida. CASO 2: Paciente de 4 años, sin antecedentes previos, consultó por fiebre y tos de 72 horas de evolución. RxTx: imagen redondeada radiopaca, homogé-

nea, de bordes netos, en campo pulmonar superior derecho. Recibió tratamiento antibiótico con persistencia de la imagen al mes. TAC: imagen quística en mediastino medio, contenido homogéneo, pared fina. Diagnóstico post resección quirúrgica: duplicación esofágica. Presentó perforación esofágica como complicación, con buena evolución posterior. CASO 3: Paciente previamente sano, de 7 meses de edad que se internó por neumonía necrotizante, aspirado nasofaríngeo positivo para virus Parainfluenza 3 con lenta resolución clínica e imágenes radiológicas persistentemente patológicas. A los 6 meses de seguimiento TAC con múltiples imágenes quísticas de paredes finas y contenido aéreo. Diagnóstico post resección quirúrgica: Malformación Adenomatoides Quística tipo 1. Evolucionó sin complicaciones. CASO 4: Lactante de 9 meses de edad con Síndrome de Down, cardiopatía congénita y antecedente de 2 episodios broncoobstructivos. Se internó por neumonía con hipoxemia, RxTx: imagen radiopaca heterogénea en lóbulo medio, de bordes bien delimitados, con radiolucidez en su interior, que se ubica anterior y toracoabdominal en la proyección de perfil. Impresión diagnóstica: Hernia de Morgagni. En plan de corrección quirúrgica. CASO 5: Paciente de 7 años con Miastenia Gravis y Asma con neumonía recurrente homofocal izquierda. TAC: imagen de densidad de partes blandas homogénea de 24x12mm en el segmento basal posterior izquierdo que contactaba con diafragma, sin realce con el contraste. Diagnóstico post resección quirúrgica: Quiste broncogénico. Buena evolución clínica asma parcialmente controlada

Conclusiones: Si bien es cada vez más frecuente el diagnóstico prenatal de malformaciones pulmonares, las mismas deben tenerse en cuenta en pacientes con imágenes pulmonares persistentes y neumonías recurrentes homofocales.

Palabras clave: malformaciones pulmonares, pediatría

0166 - ENFISEMA PULMONAR INTERSTICIAL COMO COMPLICACION DE NEUMONIA. A PROPOSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Pediatría

Calleri, Bruno Hernán | Regueiro, Florencia | Smith, Silvina | Pawluk, Víctor | González, Norma Edith

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: El enfisema pulmonar intersticial (EPI) es una complicación que se observa en recién nacidos pretérmino sometidos a ventilación mecánica. Fuera del periodo neonatal existen pocos reportes de EPI en niños.

Presentación de Caso Clínico: Varón de 2 meses, sin antecedentes patológicos previos que se internó por presentar fiebre y dificultad respiratoria de 96 horas de evolución. Con marcada hipoventilación en campo medio y base pulmonar izquierda. Se observó una opacidad homogénea a dicho nivel en la radiografía de tórax (RxTx). Con diagnóstico de neumonía inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona. Persistió febril y con requerimientos de oxígeno suplementario. RxTx con imágenes radiolúcidas, heterogéneas compatibles con áreas de necrosis. Se agregó al tratamiento clindamicina. Se realizó tomografía de tórax con anestesia general y durante la intubación se observó material purulento proveniente de la vía aérea. En lóbulo superior izquierdo (LSI) y lóbulo lingular presentaba imagen de aspecto multiquístico, heterogénea, con tabiques que refuerzan con la administración de contraste. Sospecha diagnóstica: neumonía complicada o malformación adenomatoides quística sobreinfectada. El paciente evolucionó favorablemente, completó 4 semanas de tratamiento antibiótico. A los dos meses se observó taquiplea y empeoramiento radiográfico (bulla hipertensiva), realizándose lobectomía de LSI y lóbulo lingular, con diagnóstico anatomopatológico de EPI.

Discusión: Existen muy pocos casos de EPI en niños de término, describiéndose algunos secundarios a infecciones respiratorias. Su diagnóstico fuera del periodo neonatal es difícil, debiéndose incluir dentro del diagnóstico diferencial de lesiones quísticas.

Conclusiones: El EPI es una patología casi exclusiva del periodo neonatal. Se describe un caso de EPI como complicación de neumonía en un lactante, recién nacido a término sin antecedente de ventilación asistida. Según los reportes se podría

adoptar una conducta conservadora, aunque algunos pacientes requieren tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: enfermedad pulmonar intersticial, neumonía necrotizante, pediatría

0167 - TUBERCULOSIS EN NIÑOS CON COMPROMISO INMUNOLÓGICO. A PROPOSITO DE 5 CASOS

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Pediatría

Calleri, Bruno Hernán | Giménez, Alicia | Regueiro, Florencia | Ballestas Solano, Sandra | Macha, Edith | Pawluk, Víctor | González, Norma Edith
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: La Tuberculosis en la infancia representa un desafío diagnóstico debido a su forma paucibacilar. Las alteraciones en la respuesta inmune generan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad luego de la infección, observándose además manifestaciones clínicas particulares que la diferencian de las que presentan los pacientes inmunocompetentes.

Presentación de Caso Clínico: CASO 1: Paciente de 13 años con diagnóstico de Artritis Reumatoidea Juvenil desde los 8 años, presentó síndrome linfoganglionar, fiebre, tos y pérdida de peso de 1 mes de evolución. Radiografía de tórax con imagen cavitaria y esputo con examen directo (ED) y cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Inició tratamiento antifímico, presentando como reacción adversa hiperuricemia asintomática, que resolvió con dieta baja en purinas. Cumplió 12 meses de tratamiento con buena evolución. CASO 2: Paciente de 15 años, con Sarcoma de Ewing en recidiva, presentó neumonía persistente. Por sospecha de secundarismo se realizó biopsia transbronquial que arrojó ED positivo para MT. Actualmente en fase inicial de tratamiento antituberculoso con buena tolerancia. CASO 3: Paciente de 6 años de edad con diagnóstico de LLA tipo B a los 3 años. Presentó lesión pápulo eritematosa, no pruriginosa en región malar derecha de 4 meses de evolución, sin respuesta a antibióticos. Se realizó biopsia de la lesión que informó granuloma caseificante tuberculoide. Actualmente en fase de inicio con 4 drogas. CASO 4: Niña de 8 años de edad, con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, presentó adenopatías cervicales de 2 meses de evolución, sin respuesta al tratamiento antibiótico. Biopsia ganglionar: ED, cultivo y PCR positivos para MT. Inició tratamiento con 4 drogas presentando farmacodermia y plaquetopenia por rifampicina. Cumplió 13 meses con un esquema sin rifampicina, con buena evolución. A los dos años de finalizado el tratamiento presentó reactivación de la lesión, con nueva PCR y cultivo positivo para MT conservando la sensibilidad a drogas de primera línea. CASO 5: Niña de 8 años con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida que presentó abdomen agudo quirúrgico. La laparotomía exploradora reveló múltiples adenopatías en región ileocecal de aspecto caseoso. Presentó Síndrome hemofagocítico secundario a tuberculosis. En las muestras de biopsia ganglionar intestinal, médula ósea y lavados gástricos se aisló MT. Cumplió 12 meses de tratamiento con buena evolución.

Discusión: Las formas atípicas de presentación y las complicaciones del tratamiento suelen ser más frecuentes que en niños inmunocompetentes. Con excepción de la coinfección con el virus del Sida, existe poca bibliografía en pediatría sobre tuberculosis asociada a otras comorbilidades que presenten inmunodeficiencia.

Conclusiones: El grupo de pacientes inmunocomprometidos presenta mayor susceptibilidad a la enfermedad tuberculosa siendo casos de difícil diagnóstico, con mayor frecuencia de formas extrapulmonares. En este grupo especial de pacientes los efectos adversos a la medicación y las recaídas pueden ser más frecuentes.

Palabras clave: tuberculosis, pediatría, inmunocompromiso

0168 - ATRESIA ESOFÁGICA. COMPLICACIONES RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Pediatría

Calvo, Mariel Alejandra | Ballestas Solano, Sandra | Sartori, Gabriela | Regueiro, Florencia | González, Norma Edith | Pawluk, Víctor
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: La atresia esofágica (AE) con o sin fístula traqueoesofágica (FTE) es una malformación congénita secundaria al desarrollo incompleto del esófago que se presenta en 1:3500 RN. Puede acompañarse de la falta de fusión de los pliegues traqueoesofágicos provocando una comunicación anómala con la tráquea. En más del 50% de los casos se asocia a otras malformaciones congénitas. Se han descrito complicaciones a largo plazo secundarias a anomalías estructurales de las vías aéreas y esofágicas que podrían condicionar daño pulmonar.

Presentación de Caso Clínico: Se revisaron las historias clínicas de 12 pacientes derivados al Consultorio de Neumología con antecedente de AE. 6 de sexo femenino, 8 nacidos de término y 4 pretérmino, 1 con diagnóstico prenatal de polihidramnios y 1 síndrome de VACTER. Todos presentaron AE tipo III. Se observaron las siguientes complicaciones: traqueomalacia (7/12), estenosis esofágica (4/12), refístula traqueoesofágica (3/12), reflujo gastroesofágico (3/12) y neumonía recurrente (3/12), alteración de la función pulmonar (2/2, el resto de los pacientes discontinuó el seguimiento antes de lograr técnica espirométrica).

Conclusiones: La AE con o sin FTE es una entidad que puede asociarse a múltiples complicaciones respiratorias. Al igual que en la bibliografía, nuestra población presentó complicaciones a largo plazo, las más frecuentemente halladas fueron estenosis esofágica y traqueomalacia. Dado que la sobrevida de estos pacientes ha mejorado a lo largo de los años, es importante lograr la detección precoz de las mismas, para reducir la morbilidad de causa respiratoria.

Palabras clave: atresia esofágica, complicaciones respiratorias, complicaciones digestivas, pediatría

0226 - NEUMONÍAS A REPETICIÓN POR PROTEUS MIRABILIS Y TUBERCULOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Pediatría

Fraga, Marcela(1) | Benítez, Araceli(1) | Turganti, Ángel(1) | Cantisano, Claudio(2) | González, Norma(2)
Hospital María Ferrer (1); Hospital General de Niños Pedro de Elizalde(2)

Introducción: Las enterobacterias del género *Proteus*, en particular, la especie *mirabilis*, habitualmente producen infecciones del tracto urinario, infecciones de heridas, sepsis en pacientes debilitados o infecciones respiratorias asociadas a los cuidados de la salud. La adquisición de la infección pulmonar en la comunidad por este germen no se ha descrito en pediatría.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 10 años que consultó al servicio de Neumología Pediátrica de un Hospital especializado con antecedente de asma no controlada y Neumonía basal derecha en curso. Recién nacido de término, sin antecedentes perinatólogicos. Refería 2 internaciones: a los 2 años por Neumonía derecha con derrame pleural y a los 10 años por Neumonía derecha. Antecedentes de atopía en ambos padres y familiares convivientes sintomáticos respiratorios. Consultó por primera vez a las 24 horas post alta de internación por dificultad respiratoria y fiebre secundaria a neumonía derecha. Se decidió reinternar. Se realizó catastro de TBC y se halló hermano de 1 año tosedor, con PPD 15mm y tía conviviente con TBC pulmonar. El paciente comenzó tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida (HRZ) por presentar clínica y radiología compatible, PPD de 10mm y foco de contagio. Los cultivos de esputo para TBC fueron negativos, pero en dos oportunidades se aisló *Proteus Mirabilis*. Se realizaron varios controles en los cuales el paciente continuó sintomático. TAC de tórax normal, test del sudor negativo, eritrosedimentación elevada, perfil inmunológico con IgE elevada e IgG baja. Tratado con budesonide combinado con LABA, montelukast, HRZ y azitromicina como inmunomodulador. Continuó con fiebre intermitente, y comenzó con dificultad respiratoria, esputo hemoptoico e hipoxia. Se internó en Hospital Pediátrico para realizar endoscopia y BAL, aislándose nuevamente *Proteus Mirabilis*. Durante el procedimiento se visualiza granuloma en bronquio fuente derecho. Presentó un episodio asfíctico post BAL y se repitió la endoscopia extrayéndose un cuerpo extraño plástico (velcro de pañal) de la subglotis.

Discusión: El aislamiento de un germen poco común en las vías aéreas como *Proteus mirabilis* se debió a la presencia de un cuerpo extraño contaminado. La persistencia de síntomas en el paciente a pesar del tratamiento antibiótico adecuado y del tratamiento controlador con corticoides inhalados y agonistas beta adrenérgicos llevó al estudio de contactos y al diagnóstico de TBC en la familia.

Conclusiones: La falta de respuesta al tratamiento de enfermedades comunes en pediatría, como el asma o la neumonía, obligan a descartar patologías como la TBC o cuerpo extraño en vías aéreas como en el caso presentado.

Palabras clave: *Proteus mirabilis*, neumonía, cuerpo extraño

Unidad Temática: Cirugía Torácica

0089 - FACTIBILIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS CON CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Cirugía Torácica

Unidad Temática 2: Oncología

Arribalzaga, Eduardo Benigno

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Introducción: La técnica del ganglio centinela fue descrita por primera vez por Cabanas en 1977 y fue aplicada con éxito en tumores sólidos como melanoma y cáncer de mama. El ganglio centinela es el primer ganglio de la cadena linfática al cual drena el tumor. Sin embargo, al transpolar la técnica a tumores de pulmón, ha sido inicialmente decepcionante los resultados obtenidos.

Objetivos: Diseño Prospectivo experimental (Junio 2015-2016)

Materiales y Métodos: Materiales: Fluoróforo: Fluoresceína Sódica al 10%. Luz de Wood (320-400 nm de longitud de onda). Métodos: Se seleccionaron 12 pacientes (6 grupo control y se efectúa técnica de ganglio centinela) desde Junio de 2015 a Junio 2016 Previa estadiación preoperatoria con Tomografía computada de alta resolución y/o PET-TC, se definirá si el paciente amerita o no una mediastinoscopia. Si el paciente es candidato a una resección pulmonar se realizará una toracotomía mínima (menos de 5 cm.) y se procederá a la inyección intratumoral de 1ml. de fluoresceína sódica al 10%. Posteriormente a los 5 minutos se observará el mediastino homolateral a la lesión tumoral. Se realizará la disección del primer ganglio al cual drena el fluoróforo y se enviará a congelación intraoperatoria y en diferido. Se completará con la resección pulmonar correspondiente a la lesión: Lobectomía, bilobectomía o neumonec-tomía, según corresponda. En el grupo control se realizará el tratamiento estándar de acuerdo a los lineamientos del servicio de Cirugía Torácica del Hospital de Clínicas.

Resultados: Desde Junio de 2015 a Junio de 2016 se operaron 12 pacientes. En 6 de ellos cuales se realizó em método del ganglio centinela. Cinco varones y una mujer (edad 65,5 años). En 5 de ellos (83,33%) se visualizó con facilidad el ganglio centinela a los 4 min (+/- 1 min). El grupo ganglionar mayormente visualizado como centinela fue el X (50%). Resultó positivo para carcinoma escamoso en un caso en el grupo X, siendo el mismo no centinela, en tanto que el resto del los ganglios fueron negativos. No se observaron micro metástasis en ningún caso. No se observaron complicaciones ni prolongación significativa del tiempo quirúrgico. No se observó toxicidad renal en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: Si bien nuestro trabajo posee un número reducido de casos, podemos afirmar que este nuevo método resultó ser, factible, reproducible y seguro, asociado a una alta tasa de identificación del primer ganglio tumoral superior al 80%

Palabras clave: cáncer pulmonar-ganglio centinela-detección con fluoresceína

0090 - VIDEOTORACOSCOPIA POR VIA SUBXIFOIDEA. PRIMERA EXPERIENCIA EN ARGENTINA

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Cirugía Torácica

Unidad Temática 2: Misceláneas

Arribalzaga, Eduardo Benigno

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Introducción: Las técnicas quirúrgicas en los últimos años tienden a ser cada vez menos invasivas, con el fin de obtener mejores resultados estéticos, menor dolor postoperatorio y menor tasa de morbimortalidad. En cirugía torácica desde hace ya más de 20 años la videotoracoscopia cumple con dichos preceptos, sin embargo este nuevo abordaje utilizando la vía subxifoidea nos permite continuar avanzando.

Materiales y Métodos: Durante Junio de 2015 a febrero de 2016 se seleccionaron dos pacientes, previo consentimiento de los mismos para realizar esta técnica quirúrgica con el objetivo de realizar biopsia pulmonar. La técnica consiste bajo anestesia general con intubación selectiva, en decúbito dorsal de 30 grados, se efectúa una incisión de 2,5 cm por debajo del apéndice xifoideas. Asistido por óptica de laparoscopia de 30 grados se ingresa a la cavidad pleural realizando maniobras romas. Una vez dentro se coloca un separador descartable y se utiliza como monouerto de trabajo. Se realizan la biopsia utilizando suturas mecánicas, se extraen los especímenes, se deja drenaje pleural utilizando siempre el mismo acceso

Resultados: Primer paciente de 62 años, mujer con antecedentes HIV, Tuberculosis, toracotomía derecha para biopsia pulmonar hace 5 años. Consulta derivado por el servicio de neumonología por intersticiopatía en estudio y la necesidad de realizar biopsia pulmonar en ambos lóbulos del pulmón izquierdo. Se efectúa videotoracoscopia por vía subxifoidea. No presentó complicaciones en el postoperatorio. Alta a las 48hs. Resultado de la biopsia: Intersticiopatía inespecífica. Segundo paciente, de 60 años, mujer, sin antecedentes de importancia, consulta por disnea clase funcional 2. Tomográficamente presentaba infiltrado intersticial a predominio del lóbulo inferior derecho. Se decide en conjunto al servicio de neumonología realizar biopsia pulmonar. Se efectuó videototascoscopia por vía subxifoidea. No presentó complicaciones en el postoperatorio. Resultado de la biopsia: fibrosis pulmonar.

Conclusiones: Esta vía de acceso por Videotoracoscopia obtiene menos dolor postoperatorio y menos tasa de morbimortalidad. Este es una experiencia preliminar a confirmar con nuevos casos.

Palabras clave: videotoracoscopia subxifoidea-biopsia pulmonar

0099 - TUMOR DE PANCOAST. TRATAMIENTO MULTIMODAL

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Cirugía Torácica

Martínez Dorr, Fernando | Carbajal Maldonado, Ángela Carbajal | Torres, Manuel |

Aranda, Celestino | Mendizábal, Javier Enrique

Sanatorio Güemes

Introducción: En 1838 Hare describió el primer caso. En 1932 Pancoast detalla las características clínico radiográficas y Tobías, luego, su origen broncogénico. Son carcinomas de pulmón a células no pequeñas (CPNCP). Los signos y síntomas son producto de la compresión o invasión del plexo braquial inferior, la cadena simpática cervical inferior y los primeros cuerpos vertebrales y/o costillas. El síndrome de Horner se produce por invasión del sistema simpático cervical y el ganglio cervical superior. Es un tumor localmente avanzado de inicio. Cuando no hay metástasis a distancia el manejo multidimodal representa la piedra angular terapéutica (quimioterapia + radioterapia seguidas de cirugía resectiva).

Objetivos: Reporte de caso para el tratamiento multimodal de Tumor de Pancoast Tobías

Materiales y Métodos: Caso: Mujer de 62 años, tabaquista severa, tratada 6 meses con AINE por cervicalgia y omalgia derechas. RMN lesión de partes blandas en vértice pulmón derecho irregular, infiltra plexo braquial 1, 1ra y 2da costillas. TAC: Tumor invasor de pared en vértice de lóbulo superior derecho. Centellograma óseo, sin secundarismo; biopsia por TAC: CPNCP. Cirugía: Lobectomía superior derecha + resección 1er y 2do arco costal en bloque + muestreo ganglionar. Patología:

Regresión tumoral grado III no infiltrante. Evolución: Sin recaída por TAC a 3 años de la cirugía.

Resultados: El tratamiento multimodal y la selección de pacientes candidatos a una cirugía resectiva son la clave en este tipo de patología para llevar a 44% la supervivencia global a 5 años.

Conclusiones: Comentarios: Se aconseja agregar la RMN para evaluar el grado de afectación de las estructuras vecinas y para descartar diseminación en SNC. La mediastinoscopia prequirúrgica es mandatoria para descartar compromiso ganglionar que contraindicaría la resección. El tratamiento multimodal y la selección de pacientes candidatos a una cirugía resectiva son la clave en este tipo de patología para llevar a 44% la supervivencia global a 5 años.

0275 - PRESENTACIÓN USUAL DE UN TUMOR CARCINOIDE PULMONAR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Cirugía Torácica

Villa, Diego Cristian Gastón | Abal, Javier | Araya, Cintia | Di Giorgi, Roger Lucas | Flores, Lidia | Gatica, David | González, Luis | Grañana, Mónica | Jaliff, Sebastián | Lisanti, Raúl | Moreno, Gonzalo | Perone, Gustavo | Zarate, Graciela
Hospital del Carmen

Introducción: Los tumores carcinoides son tumores neuroendocrinos. Se clasifican según su histología en típicos, atípicos, de células grandes y células pequeñas. Fueron descritos inicialmente por Lubarsch en 1888. La mayoría ocurre en el tracto gastrointestinal. Los carcinoides broncopulmonares representan, aproximadamente, entre 1% y 2% de todas las neoplasias pulmonares y se caracterizan por dar síndromes paraneoplásicos; síndrome carcinoide (2-7%), síndrome de cushing (2%), producción ectópica de hormona de crecimiento.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 56 años, sexo femenino, antecedentes de hipotiroidismo, DBT tipo II y obesidad. Ingresa por: Hemoptisis leve de 2 meses de evolución, asociado a tos mucopurulenta, dolor torácico de tipo puntada de costado y disnea progresiva mMRC 2 a 4 de igual tiempo de evolución. Destaca pérdida de 7 kg en los últimos 2-3 meses y diarrea acuosa explosiva de 5 años de evolución, 6 episodios diarios, con limitación de las actividades de la vida diaria y pérdida de su empleo a causa de la clínica descripta. Examen Físico: Lúcida, TA 130/80, FC 92 por minuto, FR 20 por minuto, Saturación 95% (0.21%), Temperatura axilar 37.3°C. Examen Respiratorio: en hemitórax izquierdo: submatidez con columna sonora y disminución del murmullo vesicular en dicho lugar. Analítica: Hto 40%, Hb 13.4 mg/dl, GB 8860/mm³, plaquetas 265000/mm³. Radiografía de Tórax: Atelectasia Lóbulo superior izquierdo, tracción de tráquea hacia hemitórax izquierdo, retracción costal ipsilateral. TAC de tórax: Atelectasia Lóbulo superior izquierdo condicionado por formación hilar de límites imprecisos que mide 29 x 19 mm. Imagen subpleural de 13 mm en segmento basal posterior de Lóbulo inferior derecho. Se realiza FBC Flexible: sin poder arribar a un diagnóstico anatómopatológico por lo que se decide realización de fibrobroncoscopia rígida donde se observa lesión vegetante a 4 cm de la carina en bronquio fuente izquierdo, irregular, fácilmente sangrante que oblitera todo el bronquio. Se realiza biopsia del tumor. Anatomía Patológica: proliferación neoplásica conformada por células de núcleos redondos, ovals, con cromatina uniforme y citoplasma eosinófilo que conforman túbulos, trabéculas y rosetas, con escaso estroma interpuesto fibrovascular. No se identifican figuras de mitosis ni áreas de necrosis. Diagnóstico: Tumor Neuroendócrino (Vinculable a Carcinoide). Para estadificar se realizó PET con Octreotida y T1b N0 M0. Tratamiento: Neumectomía izquierda. Post quirúrgico: tolera adecuadamente el procedimiento con desaparición de su sintomatología, continua en seguimiento con servicio de oncología.

Conclusiones: El tumor carcinoide del pulmón es un tumor neuroendocrino infrecuente. Su presentación clínica es variada, en este caso la paciente se presenta con un típico caso de síndrome carcinoide, presentando hiperperistalsis, diarrea, rubor y pérdida de peso. Es importante la clasificación histológica porque ésta permite establecer un pronóstico y tratamiento

de la enfermedad.

Palabras clave: Carcinoid, Hemoptysis, Diarrhea, Neuroendocrine.

Unidad Temática: Imágenes del Tórax

0079 - OSTEOCONDROMA COSTAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Imágenes del Tórax

Blanco, María Agustina | Avalos, María Victoria | Renom, Horacio A | Gullo, Regina F. | Martínez Fraga, Alejandro | Jordan, Pablo D | Romera, Andrés | Vincent, Victoria N | Barragan, Horacio Pablo | Pattin, Alejandro P
Complejo Medico Policial Churrucá Visca

Introducción: Los osteocondromas son los tumores benignos óseos más frecuentes y constituyen cerca del 50% de todos los tumores benignos óseos. La ubicación costal representan un pequeño porcentaje de estos. La patogenia no es clara, algunos las consideran como lesiones del desarrollo más que verdaderas neoplasia. Podrían resultar de la separación de un fragmento del cartilago de crecimiento epifisario que se va herniando a través del hueso normal que rodea el cartilago de crecimiento.

Presentación de Caso Clínico: Caso clínico n° 1 Paciente femenino de 58 años con antecedentes de miomas uterinos en plan quirúrgico. Derivada para estudios por presentar radiografía de tórax patológica. Al interrogatorio asintomática respiratoria, no tabaquista. Examen físico respiratorio normal. Radiografía de tórax frente y perfil muestra imagen radiopaca de densidad cálcica delimitada en tercio inferior derecho. Se realiza TAC de tórax donde se confirma lesión hiperdensa, cálcica en contacto directo con cara interna de costilla, compatible con osteocondroma costal. Se solicita estudios por imágenes previos (más de 2 años), donde se evidencia igual lesión, sin cambios en sus características. Caso clínico n° 2 Paciente masculino de 64 años de edad, ex tabaquista (5 p/y), sin antecedentes respiratorios. Asintomático, con examen físico normal. En control de salud se realiza radiografía de tórax observando radiopacidad para esternal derecha (cuarto-quinto arco costal posterior), sin cambios respecto a imagen previa (2 años). En TAC de tórax se confirma lesión heterogénea con calcificaciones en arco posterior de cuarta costilla derecha compatible con osteocondroma.

Discusión: Los osteocondromas o exostosis son los tumores óseos benignos más frecuentes. La incidencia en costillas es entre el 1-3%. Por lo general son lesiones solitarias que predominan en pacientes jóvenes, menores de 20 años y ligeramente más frecuentes en el sexo masculino. Éstas crecen habitualmente en forma lenta hasta la pubertad presentándose la mayoría de las veces en forma asintomáticas. Se han descrito casos de neumotórax, hemotórax e inclusive invasión al canal medular y en consecuencia síntomas neurológicos. Su característica primordial es la continuidad de la cortical y medular en las lesiones. La radiografía orienta el diagnóstico en base a sus características típicas. La ecografía puede visualizar una capa cartilaginosa, visible como área hipocóica. La tomografía permite evidenciar la continuidad de la cortical y medular. Finalmente la resonancia visualiza mejor, inclusive las estructuras vecinas por eventuales complicaciones. Las mismas además de deformaciones, son las fracturas, el compromiso neurológico o vascular y la malignización.

Conclusiones: Se presenta ambos casos clínicos por su baja prevalencia, sobretudoo en pacientes mayores de 50 años.

Palabras clave: Osteocondroma costal.

0130 - DIVERTICULO TRAQUEAL. A PROPOSITO DE UN CASO

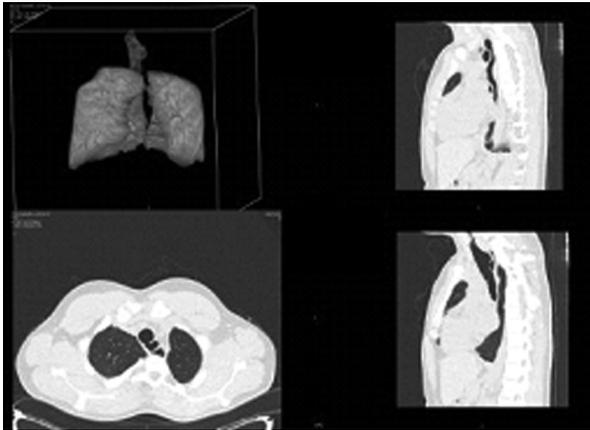
Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Imágenes del Tórax

Alais, María Eugenia | Nigro, Carlos
Hospital Alemán de Buenos Aires

Introducción: El divertículo traqueal o traqueocele es una patología benigna, extremadamente rara (1-2%). Es una cavidad aérea, de localización paratraqueal 2ª a la debilidad de la pared traqueal.

Presentación de Caso Clínico: Se presenta un varón de 27 años que concurre al servicio por broncoespasmo. Antecedentes



tes: Cirugía de atresia esofágica (a los 2 años) Escoliosis, con consultas frecuentes por dolor. Refiere broncoespasmo, con limitación progresiva al ejercicio habitual. Función pulmonar: FVC 3.48/68% FEV1 1.90/45%, rta 16%. Se interpreta como asma bronquial. Se ajusta tratamiento. Ante la falta de respuesta al tratamiento se solicita dosaje alfa 1 antitripsina(119), eosinófilos(1.9%), tc torax que revela: Dilatación y deformidad de la pared posterior traqueal con formación de imagen de aspecto diverticular que impronta en la luz esofágica.

Discusión: El divertículo traqueal o traqueocele es una patología benigna, extremadamente rara (1-2%). Es una cavidad aérea, de localización paratraqueal 2ª a la debilidad de la pared traqueal. Acorde a su origen se los clasifica en congénitos y adquirido. Los congénitos se presentan como formaciones saculares que conectan con la tráquea mediante un istmo estrecho que en ocasiones puede no verse. Poseen las mismas características histológicas que la tráquea. Suelen de pequeño tamaño y pueden acompañarse de otras malformaciones del árbol traqueobronquial. Los adquiridos se asocian a procesos quirúrgicos o enfermedad broncopulmonar crónica. Pueden ser únicos o múltiples, en cualquier localización. Se producen por una herniación de la mucosa a través de la pared bronquial debilitada. .Clínica: inespecífica. tos recurrente , irritativa con o sin expectoración, molestias faríngeas. Menos frecuente: estridor, disnea, disfagia.

Conclusiones: se presenta un caso con sospecha de asma, que se termina diagnosticando un divertículo traqueal, patología extremadamente rara.

Palabras clave: divertículo traqueal

0181 - ACALASIA ESOFÁGICA GIGANTE PAUCISINTOMÁTICA.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

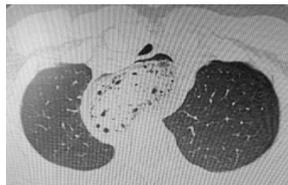
Unidad Temática: Imágenes del Tórax

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

Castillo, Virginia Soledad | Farfán Gómez, Roberto | Orauscio, Paola | Tabaj, Gabriela | Malamud, Patricia

Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo.

Introducción: La acalasia es un trastorno motor primario causado por la pérdida selectiva de las motoneuronas inhibitorias del plexo mientérico esofágico. La desaparición de la influencia de las motoneuronas inhibitorias en la motilidad esofágica ocasiona el incremento en la presión basal, la relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI) y la desaparición de la latencia y naturaleza peristáltica de la contracción del cuerpo esofágico. Estas alteraciones fisiopatológicas causan una disminución de la propulsión esofágica y un incremento en la resistencia del EEI, son las responsables de la dificultad de tránsito y de la disminución del aclaramiento esofágico. Ocasiona síntomas tales como disfagia (principal síntoma), dolor retroesternal, vómitos, regurgitación, pirosis y pérdida de peso.



Presentación de Caso Clínico: Paciente femenina de 30 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, consultó por dolor retro esternal leve, tos, episodios esporádicos de regurgitación alimenticia y pérdida de peso de aproximadamente 8 meses de evolución, sin afectación en su actividad habitual. Al interrogatorio dirigido, reveló molestia a nivel de epigastrio por lo que se realizó radiografía de tórax, la cual mostró opacidad heterogénea parahiliar derecha de vértice a base, la cual no se podía delimitar en el perfil, por lo que se solicitó tomografía computada observándose marcada dilatación de la luz esofágica en todo su trayecto, sin evidencia de engrosamientos parietales focales, con presencia de contenido alimenticio, y que comprime la luz de la tráquea que en su diámetro mínimo anteroposterior del tercio superior. Asimismo discurre a hemitórax derecho comprimiendo estructuras bronquiales del L1D, con atelectasia parcial del mismo. No se observan compresiones extrínsecas. La paciente se derivó a gastroenterología y a cirugía esofágica, para eventual tratamiento quirúrgico.

Discusión: La acalasia afecta a ambos sexos por igual y puede manifestarse a cualquier edad, aunque la mayoría de casos se inician entre los 30 y 50 años y menos del 5% de los pacientes presenta síntomas antes de la adolescencia. El tratamiento puede ser tanto endoscópico como quirúrgico

Conclusiones: La finalidad de la presentación del caso es mostrar que no todas las alteraciones radiológicas repercuten de la misma manera en la clínica de los pacientes. Se debieran tener en consideración los diferentes diagnósticos diferenciales de tubo digestivo en la patología del mediastino.

Palabras clave: acalasia, mediastino

0209 - HERNIA DE BOCHDALEK BILATERAL

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Imágenes del Tórax

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

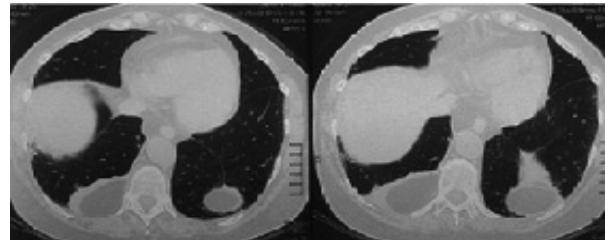
Fabio, Stella | Amaya, Rosa | Gianfrancisco, Virginia | González, Néstor Fabián

| Naval, Norma | Del Rio, Rafael | Carrizo, Mónica | Márquez, Osvaldo |

FernándezGómez, Victoria | Moreno, Carolina | Latapie, Fernanda | Fuentes, Natalia |

Esquiú, Emilia | Morgante, Sabrina | Gallo, Cynthia

Hospital Padilla

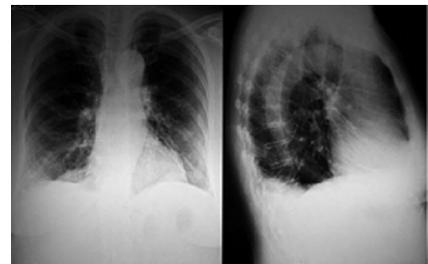


Introducción: La hernia diafragmática congénita de Bochdalek fue descrita en el año 1848. Es producto de una alteración congénita originada entre la octava y la décima semana de vida fetal y se produce por ausencia del cierre de los elementos lumbares del espacio pleuroparietal durante el desarrollo del músculo diafragmático. Específicamente es un defecto que se ubica posterolateral del diafragma y generalmente del lado izquierdo en 80% de los casos. La incidencia es aproximadamente 2.32 x cada 10.000 nacidos vivos, siendo una patología excepcionalmente rara en adultos. Sólo el 3% de los afectados tienen hernias de Bochdalek bilaterales.

Presentación

de Caso Clínico:

Paciente de 76 años femenina no tabaquista, sin antecedentes patológicos previos conocidos. Consulta con dolor en puntada de costado en base derecha de 48 ho-



ras de evolución, sin fiebre y sin otro síntoma respiratorio. Se realiza Radiografía de tórax en la cual se observa ocupación del seno costofrénico y cardiofrénico derecho cisura engrosada homolateral y aplanamiento diafragmático. Se inicia tratamiento con moxifloxacina y AINES por 7 días. Ante la persistencia del dolor se realiza tomografía de tórax en la que se evidencia sacos pleurales libres. Presenta, además típica distribución de grasa por hernia de Bochdalek bilateral que se proyecta al sector posterior de ambos campos pulmonares. En segmento basal anterior del lóbulo inferior derecho se visualiza extenso proceso focal de consolidación del espacio aéreo distal con broncograma aéreo en su interior.

Conclusiones: La hernia de Bochdalek puede pasar desapercibida durante la niñez (asintomática) formando una verdadera entidad clínica en la adultez donde el diagnóstico puede establecerse de manera accidental por medio de la radiología de tórax o por complicaciones posteriores al paso de las vísceras abdominales a través del orificio diafragmático patológico. El paciente puede referir dolor torácico importante, bien sea por compromiso respiratorio (atelectasia, neumonía) siendo una complicación temprana, o por complicaciones como los vólvulos, de carácter tardío, con posible rotura de la víscera abdominal dentro del tórax.

0212 - JOVEN CON DISNEA Y NÓDULOS PULMONARES...UN HALLAZGO INUSUAL.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Imágenes del Tórax

Unidad Temática 2: Neumonología Clínica

Cuestas, Érica Ivana | Blua, Ariel Eduardo | Abrate, Vanesa Del Valle | Elías, Marcos Alfonso | Perrone, Vanesa Estefanía | Olmos, María Eugenia | López, Ana María
Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: El uso de la silicona líquida con fines estéticos está prohibido, a pesar de ello se utiliza frecuentemente, pudiendo complicarse con siliconomas por migración tisular, con reacción granulomatosa a cuerpo extraño y variables grados de fibrosis. Entre las complicaciones la afectación pulmonar es importante, reportándose SDR, neumonitis y síndrome similar a la embolia grasa; no hemos encontrado registro en la literatura de siliconomas pulmonares.

Presentación de Caso Clínico: pte 34 años, sexo masculino y género femenino. TBQ 16 p/y. Consulta por disnea progresiva CFII, dolor pleurítico y tos seca de 5 meses de evolución. Anorexia y pérdida de 4 kg en el mes previo. 72 hs antes: proctorragia. Antecedentes: inyección de silicona líquida en caderas, pectorales y glúteos hace 16 años. Contacto previo con enferma fallecida por TBC 6 meses antes. Examen: Sat. Hb 94% aa. MV disminuido en campos superiores. Nódulos subcutáneos, indurados, indolores y sin flogosis en región lumbar, muslos, flanco derecho, tórax, peri-maleolar y región metatarsiana bilateral. TCAR: múltiples bullas de enfisema centrilobulillar en lóbulos superiores. Bullas de tipo paraseptal gigantes izquierdas que producen compresión extrínseca del parénquima pulmonar adyacente. Acentuado atrapamiento aéreo. Múltiples lesiones nodulares y nodulillares, de hasta 10 mm, bilaterales, que sugieren distribución hematógena. Engrosamiento del celular subcutáneo en regiones pectorales y axilares bilaterales. Rx. Tórax con hallazgos similares a la TCAR. RMN mamaria: celular subcutáneo infiltrado por imágenes redondeadas, de contornos netos, isointensas en T1 e hiperintensas en T2, distribuidas en músculos pectorales, sugestivas por este método de siliconomas. Espirometría PBD: VEF1/CVF 69 VEF1 69% CVF 78%. 6MWT: recorrió 62% del teórico sin desaturación. Laboratorio: hemograma, hepatograma, plaquetas, PCR, orina, Alfa 1 antitripsina: normales. Coprocultivo: flora normal. Toxina CD, VDRL, serología para HIV, hepatitis B y Mantoux negativas. Ecocardiograma y Video endoscopia digestiva Alta: normales. Colonoscopia con proctitis y hemorroides internas. Biopsia: colitis crónica leve. Se decidió realizar biopsia quirúrgica de los nódulos pulmonares y bullectomía de LSI: neumonía granulomatosa necrotizante con reacción gigantocelular, coloración de PAS y Ziehl-Neelsen negativas. Cultivos negativos. Diagnósticos finales: siliconomas

pulmonares. EPOC moderada y enfisema con bulla gigante que por sus características requirió tratamiento quirúrgico. Se indicó cesación tabáquica y beta agonista de acción prolongada. 3 meses después: muy bien, no volvió a fumar. Disnea CF I. Sin dolor torácico. Sat. Hb 99% con aa.

Conclusiones: Es importante considerar a los siliconomas en el diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares con distribución hematógena. El antecedente lejano de la inyección de silicona líquida no excluye el diagnóstico, ya que la migración de la misma puede producirse hasta 20 años posteriores a su aplicación.

Palabras clave: Siliconoma Nódulo pulmonar

0297 - TUMOR DEL SENO ENDODERMICO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Imágenes del Tórax

Unidad Temática 2: Oncología

Avalos, María Victoria | Blanco, María Agustina | Renom, Horacio A. | Gullo, Regina Florencia | Martínez Fraga, Alejandro | Jordan, Pablo Diego | Romera, Andrés | Vincent, Victoria Noel | Barragan, Horacio Pablo | Pattin, Alejandro Pedro
Complejo Medico Policial Churrucá Visca

Introducción: El mediastino se localiza en la porción central del tórax, usualmente se divide en anterior, medio y posterior. Los tumores se localizan con mayor frecuencia en mediastino anterior.

Presentación de Caso Clínico: Caso Clínico Paciente masculino de 27 años, tabaquista de 5 pack/years; Consulta por presentar dolor torácico. No refiere otra sintomatología acompañante. Niega otros antecedentes. Se realiza radiografía de tórax frente, que evidencia formación redondeada de contornos netos radiopaca ubicación parahiliar izquierdo, que muestra signo de la silueta. En la Tomografía de tórax, se muestra comprometiendo el mediastino anterior con extensión hacia el hemitórax izquierdo, masa de densidad de partes blandas, entre 30 y 50 HU, con refuerzo heterogéneo tras la administración de contraste. No se observan adenopatías. Al laboratorio evidencia LDH 440, AFP 6583, BHCG <2. Se realiza toma de muestra por punción aspiración con aguja fina, guiada por tomografía. Diagnóstico: Tumor del Seno Endodérmico. Inicia tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones: El 90% se desarrollan en varón entre 25 y 30 años. Presentan síntomas escasos, disnea (25%), dolor torácico (25%), tos (17%), fiebre (13%), descenso de peso (11%). Usualmente son productores de alfa fetoproteína (AFP), beta gonadotropina (BHCG) y elevación de LDH. La elevación de los marcadores tumorales tiene valor diagnóstico, pronóstico e implicancia terapéutica. Los tumores no seminomatosos presentan metástasis en el 50% de los casos en el momento del diagnóstico, siendo más frecuente la invasión locoregional al pericardio, bronquios, grandes vasos y pared torácica y la diseminación hematógena a pulmones, hígado y huesos. Se suelen asociar a enfermedades oncohematológicas. 20% de los pacientes presenta asociación con Síndrome de Klinefelter. Los pacientes tienen un riesgo de desarrollar en un 10% tumor testicular metacrónico a los diez años. Radiológicamente se manifiestan como grandes masas del mediastino anterior. Tomográficamente como extensas áreas centrales de necrosis, hemorragias, o formaciones quísticas pudiendo desplazar la silueta cardíaca y los grandes vasos. La determinación de las unidades Hounsfield (HU) proporciona información para conocer la densidad de los tejidos que se encuentran en el tumor o masa mediastinal. La resonancia no es indispensable para el diagnóstico. Está indicada cuando la tomografía no ha dado información anatómica o caracterización del tejido, o cuando hay alergia al contraste, siendo útil cuando hay extensión al canal medular o compresión o invasión de vasos y nervios. Los diagnósticos diferenciales deberían realizarse con teratoma, timoma, tumor de tiroides y seminomas. El tratamiento inicial es quimioterápico con cisplatino, etopósido y bleomicina. El tratamiento quirúrgico se indica en pacientes que presentan tumor residual y que han negativizado los marcadores tumorales.

Palabras clave: Tumor del Seno Endodérmico.

Unidad Temática: Circulación pulmonar

0068 - HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO. REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

Gregoriotti Di Nella, Naiara Atenea | Tomaszuk, A | Del Moral, L | Ranero, F | Ahumada, R | Wagner, G | Favaloro, L | Tuhay, G | Rossi, A | Favaloro, R | Osses, J | Caneva, J

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) se produce por una oclusión de los vasos pulmonares por trombos y remodelamiento de vasos no ocluidos por aquéllos como consecuencia de la incompleta resolución de los mismos. La incidencia es del 0.1 al 9.1%. El 40% de los pacientes no tiene antecedente de enfermedad tromboembólica venosa.

Presentación de Caso Clínico: Hombre de 39 años con antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) en 2002 anticoagulado por 6 meses, deportista hasta diciembre de 2015 que consultó a guardia por disnea clase funcional I-II (OMS), y signos de TVP; 1 mes después consultó por progresión de su disnea a CF III (OMS) y hemoptisis internándose por diagnóstico de TVP con tromboembolismo pulmonar (TEP); inició anticoagulación (ACO) con heparina +warfarina. Estudios complementarios: troponina I: < 0.01; pro-BNP 2100, Ecocardiograma Doppler: PSAPe 113 mmHg y signos de sobrecarga de cavidades derechas; TACAR con contraste: oclusión 100% de la arteria pulmonar izquierda y falta de relleno de las arterias del LM y LID; centellograma V/Q: ausencia de perfusión del pulmón izquierdo con defectos segmentarios en el pulmón derecho con alta probabilidad para TEP; Eco Doppler venoso de MMII: femorales comunes, superficial y profundas y poplíteas izquierdas con signos de TVP crónica. Plaquetopenia progresiva con factor anticoagulante lúpico positivo. Nueva internación por hemoptisis en junio de 2016 con diagnóstico de TEP agudo bajo ACO. Se implantó filtro de vena cava inferior y planteó posibilidad para endarterectomía pulmonar (EP); inició ACO con rivaroxaban y comenzó deltatona 80 mg/día como tratamiento del SAF a la espera de recuperación del valor plaquetario necesario para realización de cirugía.

Conclusiones: Más del 90% de los pacientes que desarrollan embolia pulmonar aguda resuelven el episodio y normalizan la hemodinamia pulmonar dentro de los 30 días. Aún no está del todo esclarecido por qué hasta un 4% de pacientes puede pasar a la cronicidad y desarrollar HPTEC. Comunicaciones aisladas relatan anomalías de la fibrinólisis en pacientes con HPTEC. Sin dudas la anomalía trombofílica que más frecuentemente se asocia a la HPTEC la presencia de anticuerpos antifosfolípidos ya sea en forma de anticoagulante lúpico o anticuerpo anticardiolipina con una prevalencia del 20 al 30%. Por otro lado, la prevalencia de HPTEC en pacientes con diagnóstico de SAF, según un estudio multicéntrico, es del 1.8 al 3.5%. Dado que el embolismo pulmonar constituye la manifestación pulmonar más frecuente en el SAF es importante la detección y tratamiento temprano de ambas entidades.

Palabras clave: Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica Síndrome Antifosfolípido Embolismo Pulmonar

0106 - DISNEA DE ESFUERZO COMO UNICA MANIFESTACION DE TEP EN SILLA DE MONTAR

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

Unidad Temática 2: Neumología Clínica

Mansella, Micaela | Andersson, Rocío | Chirino, Mabel | Correa, Yesica | Demarchi, Juan Pablo | Outón, Verónica | Pellegrino, Gastón | Sánchez, Ana Luz

Hospital Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata

Introducción: El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad frecuente; cuando es poco sintomática es un reto diagnóstico. La oclusión de una o más arterias pulmonares puede poner en riesgo la vida del paciente. El diagnóstico de TEP se establece sobre la base de una sospecha clínica asociada a factores de riesgo conocidos para enfermedad tromboembólica venosa.

Presentación de Caso Clínico: Paciente femenina de 57 años de edad, con antecedente de asma y carcinoma ductal de mama diagnosticado en el año 2014, se le realizó mastectomía, QT y RT. En octubre del 2015 consulta por disnea CF I según escala de MRCm. Al examen físico BMV, saturación 98% (Fio2 21%), BEAB sin ruidos agregados. Se le solicita Espirometría: obstrucción leve de la vía aérea con respuesta broncodilatadora positiva, y Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Concomitantemente es evaluada por cardiología, quien realiza ECG con ritmo sinusal, 80 l/m, y ecocardiograma en el que se informa hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, PAPs estimada de 51 mmHg, sin otros datos patológicos. Se solicita TACAR con contraste en la que se observa imagen compatible con TEP en silla de montar comprometiendo la bifurcación de la arteria pulmonar como las ramas periféricas, no se observan lesiones en parénquima pulmonar. Ecodoppler de MMII: Insuficiencia venosa profunda sin signos de trombosis. Se indica anticoagulación y se le realiza control tomográfico en febrero 2016, donde presenta resolución del TEP.

Conclusiones: Frente a un único síntoma que es la disnea, en una paciente asmática, no debemos subestimar el cuadro clínico si se acompaña de algún antecedente oncológico.

0143 - A PROPÓSITO DE UN CASO...HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA.

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

González, Carolina | Fernández, Cecilia | Cocce, Daniel | Litewka, Diego Fabián | Calegari, Eliana | Zambrano, Jorge | Zalazar, María De Los Ángeles

Hospital Juan A. Fernández

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica es una de las formas de hipertensión pulmonar menos prevalentes. En la mayoría de los casos presentan antecedente de enfermedad tromboembólica previa que puede ser silente e incluso se han reportado casos en ausencia de este episodio previo.

Presentación de Caso Clínico:

Paciente masculino de 38 años consulta a guardia por sudoración nocturna, tos y disnea progresiva de 30 días de evolución, agregando en las últimas 72 hs episodios de hemoptisis leve. En regular estado general, taquipneico sin desaturación. Se realiza rx de tórax: imagen nodular en lóbulo superior izquierdo, aumento del arco de la arteria pulmonar. Espudo para BAAR y gérmenes comunes (ambos sin rescate) y laboratorio con hipoxemia para la edad, plaquetopenia, coagulograma alterado. Se inicia tratamiento antibiótico empírico. TAC de tórax: vidrio esmerilado en LSD, signo del halo invertido en LSI asociado a aumento del diámetro de la arteria pulmonar. Fibrobroncoscopia y lavado bronquioalveolar sin rescate; colagenograma y HIV negativo. Ecocardiograma: cavidades derechas dilatadas, PSAP= 113mmhg, test de burbujas negativo. Se confirma hallazgo con cateterismo cardíaco derecho (PAPm 47). Se solicita Angio TAC con protocolo para TEP evidenciando aumento de atenuación en la rama de la arteria pulmonar izquierda sin tinción del árbol arterial pulmonar homolateral, patrón en mosaico, imagen consolidativa LSI y ápice LII por lo que se inicia anticoagulación. Angio RMN con gadolinio: art. pulmonar izquierda hiperintensa en T1 (hemoglobina antigua) sin refuerzo con contraste (no impresión sarcoma). Centellograma Ventilación /Perfusión con franca disminución de la concentración de radiocompuesto en parénquima de pulmón izquierdo, múltiples imágenes hipocaptantes en aéreas subsegmentarios compatibles con alta probabilidad de TEP crónico. Ecodoppler de miembros inferiores con TVP en ambas venas femorales, y se solicitó estudios pertinentes a trombofilias que resultaron negativos. Inició tratamiento con bosentan y sildenafil.

Discusión: La Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica se define como aumento en la presión precapilar medida a través



de cateterización derecha (PAPm > 25 mm Hg, PAWP < 15 mm Hg) en presencia de trombo que persiste luego de tres meses de anticoagulación efectiva. Puede presentarse sin el antecedente previo. Los síntomas son inespecíficos o incluso ausentes. Los signos de falla cardíaca derecha se presentan en estadios avanzados. En el paciente sintomático la importancia radica en diferenciar tromboembolismo agudo o hipertensión arterial pulmonar de CTEPH. La presencia de hemoptisis es más frecuente en CTEPH que HAP. Importante la sospecha en pacientes con hipertensión pulmonar inexplicable, en aquellos con tromboembolismos previos que persisten con disnea o con defecto de perfusión de 15%. El centelleograma ventilación perfusión sigue siendo de preferencia para detectarlo, cuyo patrón predominante es el mosaico. Mayor sensibilidad que TAC de tórax. La endarterectomía pulmonar es el tratamiento curativo y de elección en aquellos que son operables. La técnica demostró una mortalidad < 2% en aquellos centros especializados y mejoría hemodinámica en la mayoría de los pacientes. Debido a las similitudes vasculares entre CPETH y HPA se plantearon tratamientos vasodilatadores para aquellos pacientes que no cumplen criterio quirúrgico o para los que persistieron con hipertensión pulmonar luego de la cirugía. Actualmente se encuentran en estudio rocigat y treprostín.

Conclusiones: En este caso se evidencia la importancia de considerar el diagnóstico en individuos jóvenes con disnea sin causa evidente.

Palabras clave: CTEPH

0144 - UTILIZACION DE FIBRINOLITICOS EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

Maldonado, Lorena Vanesa | Lascar, Florencia | Bosio, Martín | Soloaga, Elías | Blasco, Miguel Angel | Chertcoff, Julio
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: En el tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo el tratamiento con fibrinolíticos es la terapéutica de elección de acuerdo con las recomendaciones de las diferentes guías; sin embargo en los pacientes con TEP submasivo de riesgo alto su indicación es controversial. No hay series sobre la utilización de fibrinolíticos en nuestro medio

Objetivos: Analizar el uso de fibrinolíticos en una cohorte de pacientes con diagnóstico de TEP internados en Terapia Intensiva (UTI).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron fibrinolíticos con diagnóstico de TEP por angiotomografía helicoidal de tórax (ATACH), a la admisión o durante su estadía en la UTI desde 01/07/2011 al 01/07/2016. Se analizó características demográficas, factores de riesgo asociado, forma de presentación, tipo de trombosis, parámetros pronósticos, indicación terapéutica y evolución.

Resultados: De 77 pacientes que tuvieron diagnóstico de TEP, 8 (10,4%) recibieron fibrinolíticos, edad media 58 años (DS: 16,2), 5 mujeres (62,5%). El único factor de riesgo asociado en todos los casos fue la inmovilidad. El 37,5% (3/8) desarrolló TEP bajo profilaxis estando internados por otras causas. La forma de presentación clínica fue disnea 62,5% (5/8), shock 50% (4/8) y signos clínicos de trombosis venosa profunda (TVP) 50% (4/8). En la ATACH el 87,5% (7/8) presentaron compromiso de arterias pulmonares principales y/o lobares. En un único caso la trombosis fue segmentaria bilateral extensa. El eco doppler de miembros inferiores fue positivo para TVP en el 62,5% (5/8). En la estratificación de riesgo, la dilatación de cavidades derechas por ecocardiografía se halló en el 87,5% (7/8), el proBNP promedio fue de 14.356 pg/ml (DS: 18.163), el score de PESI simplificado fue > 1 en 7/8 pacientes. El 50% (4/8) presentó TEP masivo, el 37,5% (3/8) TEP submasivo de alto riesgo, y el 12,5% (1/8) TEP estable en el cual la indicación de trombolíticos se debió a extensa trombosis venosa iliofemoral bilateral hasta vena cava inferior. El trombolítico de elección fue el activador del plasminógeno tisular recombinante (rTPA) en todos los casos. En 25% (2/8) se combinó con trombolisis mecánica y en

el 12,5% (1/8) con rTPA intraarterial pulmonar. El 25% (2/8) presentaron complicaciones hemorrágicas las cuales incluyeron un sangrado mayor y un menor, el 50% (4/8) requirió asistencia respiratoria mecánica y la mortalidad en UTI fue del 25% (2/8).

Conclusiones: En nuestra serie de casos el uso de fibrinolíticos fue menos frecuente que lo descrito en otras series. El TEP masivo y el deterioro hemodinámico fueron las indicaciones más frecuentes, la trombolisis local y la fragmentación se utilizó excepcionalmente como método de salvataje

Palabras clave: Tromboembolismo masivo, fibrinolíticos

0145 - PREDICTORES DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CENTRAL

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

Unidad Temática 2: Neumología Crítica

Maldonado, Lorena Vanesa | Bosio, Martín | Ernst, Glenda | Soloaga, Elías | Blasco, Miguel Angel | Chertcoff, Julio
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: En la embolia pulmonar aguda la localización del trombo, central o distal, podría relacionarse con características de presentación clínica, aumento de biomarcadores y signos ecocardiográficos de disfunción ventricular derecha.

Objetivos: Identificar predictores de tromboembolismo pulmonar central.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de embolia pulmonar aguda confirmada por angiotomografía helicoidal (ATACH) que ingresaron a Terapia Intensiva durante el periodo 01/07/2011 a 01/04/2016. Se definió embolia central a la presencia de trombos en la bifurcación de la arteria pulmonar, en ramas principales y/o lobares; y embolia distal al compromiso de las arterias segmentaria y subsegmentarias. Se analizó predictores demográficos, factores de riesgo, presentación clínica, parámetros pronósticos de imágenes, biomarcadores y mortalidad en terapia intensiva.

Resultados: Se analizaron 81 pacientes, el 45,6% presentó embolia central (n=37), y 54,5% distal (n=44). La edad promedio fue de 60,8 años (DS: 2,1) en el grupo con compromiso central y de 61,3 años (DS: 2,0) en el compromiso distal. De las variables analizadas solo la presencia de dolor opresivo (p=0,0031) y la elevación del proBNP (p=0,02) se asociaron a embolia central. La mortalidad fue de 5,4% (2/37) en los pacientes con compromiso central y de 6,8% (3/44) en los pacientes con compromiso distal (p=0,5827).

Conclusiones: En nuestra serie el dolor opresivo y la elevación del proBNP se asociaron con el riesgo de embolia central. Otros factores clínicos, de laboratorio, scores pronósticos o el compromiso de cavidades derechas en el ecocardiograma no mostraron asociación estadística significativa

Palabras clave: Embolia pulmonar central

0183 - SECUESTRO PULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

Unidad Temática 2: Imágenes del Tórax

Virgilio, Carolina Guadalupe | Sorín, María Gimena | Simón, Karen | Brescacin, Carlos | Sánchez, Martín | Gramblicka, Georgina | Gallardo, Victoria | Orausclio, Paola | Malamud, Patricia
Hospital del Tórax Antonio A. Cetrángolo

Introducción: Se define al secuestro pulmonar como un segmento de parénquima pulmonar sin comunicación con el árbol traqueobronquial y que recibe su aporte sanguíneo de una arteria sistémica (usualmente rama de la aorta) y no por una rama de la arteria pulmonar. Se clasifican en intralobar, cuando se encuentra rodeado de pleura visceral normal y extralobar (el segmento anormal se encuentra separado completamente y revestido por su propia pleura).

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 23 años de edad que consultó por hemoptisis moderada y registros febriles de 24 horas de evolución. Como antecedentes refería dos episodios de neumonía en lóbulo inferior derecho (LID). En el

laboratorio presentaba como datos positivos anemia con 33% de hematocrito y leucocitosis de 12.000. La radiografía de tórax puso de manifiesto una opacidad en base derecha alveolar. La TC evidenció una consolidación en segmento posterior del LID con imagen aérea en su interior y zonas de vidrio esmerilado en lóbulo medio. Se inició tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam y claritromicina. La paciente evolucionó con registros subfebriles y requerimiento de oxígeno por lo que se decidió rotar antibiótico a piperacilina-tazobactam. La broncoscopia informó restos hemáticos en LM y LID. Ante la sospecha de secuestro pulmonar, se solicitó arteriografía de arterias bronquiales que puso de manifiesto la presencia de tres ramas provenientes de aorta descendente que irrigan formación vascular muy desarrollada a nivel de LID con drenaje venoso a circulación pulmonar compatible con secuestro pulmonar. Se realizó embolización con colocación de coils de dichas ramas. La paciente evolucionó sin hemoptisis y actualmente se encuentra en plan de resolución quirúrgica.

Discusión: El secuestro intralobar es el más frecuente (75% de los casos) y en más del 90% de las oportunidades ocurre en los lóbulos inferiores (especialmente del lado izquierdo). Por lo general la arteria que lo alimenta proviene de la aorta descendente y en 95% de los casos el drenaje venoso es la aurícula izquierda a través de las venas pulmonares, lo que genera un shunt de izquierda a izquierda. En la radiografía de tórax, el secuestro se observa como una opacidad homogénea de paredes definidas y en el 26% de los casos puede presentar niveles hidroaéreos, por comunicación bronquial. De las técnicas no invasivas, la TC es la que mejor describe las características del secuestro, observándose por lo general una masa sólida homogénea o heterogénea con o sin quistes y niveles hidroaéreos, siendo característicos los cambios enfisematosos alrededor del secuestro como consecuencia de pérdida aérea colateral.

Conclusiones: Si bien el algoritmo de estudio en el paciente con sospecha de secuestro broncopulmonar es controvertido, el diagnóstico actualmente se basa en las técnicas de imágenes, fundamentalmente en la TC helicoidal que permite identificar cada uno de los tres componentes de la patología de secuestro: masa pulmonar secuestrada, aporte arterial aberrante y drenaje venoso anómalo.

Palabras clave: secuestro pulmonar, hemoptisis

0186 - UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA MULTIPUNTO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

Maldonado, Lorena Vanesa | González Flores, Ángela | Descotte, Emiliano | Bosio, Martín | Soloaga, Elías | Chappella, Sebastián | Chertcoff, Julio
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: Los síntomas y signos de presentación del tromboembolismo de pulmón (TEP) son inespecíficos por lo cual la angiografía computada de tórax (ANGIOTC) se transformó en el método de elección para el diagnóstico, su uso tiene inconvenientes relacionados con el traslado del paciente, el uso de contraste, y la exposición a radiación. En este contexto la ecografía se ha convertido en una técnica alternativa. Se ha descrito el valor de la combinación de la ecocardiografía, la ecografía pulmonar y la ecografía venosa de miembros inferiores en el diagnóstico de TEP

Objetivos: Evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la ecografía multipunto (ECOGMP) en el diagnóstico de TEP. Determinar si el score de Wells simplificado incrementa el diagnóstico. Comparar resultados de la ECOGMP realizada por médicos intensivistas formados en ecografía del paciente crítico (ECOFOR) y la efectuada por residentes de terapia intensiva en formación (ECOENFOR).

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional en pacientes que ingresaron a terapia intensiva (UTI) con sospecha o diagnóstico de TEP en el periodo de 08/2014 a 08/2015. A todos ellos se realizó una ANGIOTC para descartar o confirmar el diagnóstico y una ECOGMP por ambos operadores (ECOFOR y ECOENFOR)

Resultados: Ingresaron 35 pacientes con sospecha de TEP. 9 (25,71%), fueron excluidos por pérdida de datos. Se analizó un total de 26 (74,28%) pacientes, sexo masculino 17 (65,38%), edad mediana 67 años (24-88). La ANGIOTC fue positiva para TEP en 10 pacientes (38,46%). Presentaron Score de Wells > 4 puntos 14 pacientes (53,84%), 9 de los cuales tuvieron ANGIOTC positiva. Analizada la concordancia interobservador entre el ECOFOR y ECOENFOR se evidenció una correlación del 85% ($p=0.005$). El hallazgo positivo de los tres componentes de la ECOMULTI por un ECOFOR presentó una S del 30% y E del 93% comparado con la ANGIOTC. Mientras que el ECOENFOR presentó S del 10% y E del 100%. El hallazgo positivo de uno o más de los tres componentes de la ECOMULTI realizada por ECOFOR tuvo una S 100% y E 43% y por el ECOENFOR S 100% y E 31%. Si a los hallazgos encontrados con la ecografía se sumaba el score Wells > 4, no modificó la S o E. Por último, se analizó cuando los pacientes tenían dos o más componentes positivos de la ECOMULTI asociado a un score de Wells > 4, por el ECOFOR S 60% y E 93% y por el ECOENFOR S 40% y E 87%.

Conclusiones: La ecografía multipunto con sus tres componentes positivos es un método muy específico pero poco sensible para el diagnóstico de TEP. En cambio, si solo se tomaran en cuenta uno de los componentes de la ECOMULTI la sensibilidad aumenta pero decrece la especificidad. En pos de mejorar la capacidad diagnóstica de la ecografía multipunto se asoció el Score de Wells > 4 puntos junto con la presencia de dos o tres componentes de la ecografía multipunto, la especificidad se eleva hasta un 93% con una sensibilidad del 60%. La ausencia de un componente positivo en la ECOMULTI descarta el diagnóstico de TEP (VPN del 100%). Las causas para este hecho puede ser multifactorial, entre ellos el poder estadístico del estudio en base al tamaño de la muestra. Teniendo en cuenta lo evaluado anteriormente se sugiere continuar estudiando la ecografía multipunto para el diagnóstico de TEP ya que su utilidad en nuestro medio sigue siendo incierta.

Palabras clave: ecografía múltiple, tromboembolismo pulmonar

0267 - ASOCIACION ENTRE HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA Y ESPLENECTOMIA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Circulación Pulmonar

Cristaldo, María Laura | Santos, Analía | González, Alejandra
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es la hipertensión pulmonar causada por la obstrucción y la remodelación vascular de las arterias pulmonares después de una embolia pulmonar. La esplenectomía es un factor de riesgo para la enfermedad tromboembólica, se propone como mecanismo la disminución de la remoción de factores procoagulantes de la circulación o la remoción de eritrocitos anormales.

Presentación de Caso Clínico: Paciente de 40 años. Antecedentes de epilepsia, esferocitosis con esplenectomía a los 6 años, trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho en junio de 2015 que recibió tratamiento anticoagulante por 6 meses. Se internó por neumonía. Durante su internación se sospecha hipertensión pulmonar por disnea de 6 meses de evolución y Rx tórax con arco medio convexo. Tc de Tórax: infiltrado LSD, aumento del tronco de la arteria pulmonar. Se realizan estudios: Ecocardiograma: VD aumentado de tamaño, PSAP (presión sistólica de la arteria pulmonar) de 68 mmHg. Ecodoppler de MMII sin evidencia de trombos. Centellograma de perfusión pulmonar con múltiples defectos de perfusión segmentarios y subsegmentarios en ambos campos pulmonares. Se realizan estudios de laboratorio en búsqueda de factores protromboticos para síndrome antifosfolipídico, Proteína S y C, factor VIII y fibrinógeno negativos. Con probabilidad diagnóstica de HPTEC (Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica) se realizó cateterismo cardiaco derecho y arteriografía pulmonar: PMAP (presión media de la arteria pulmonar) de 43, no se realizó mediciones de resistencia vascular. Ausencia de

perfusión en lóbulo medio, segmento anterior del LSD y LSI, arterias con irregularidades en las paredes. Comenzó anticoagulación. Se realizó interconsulta en un Centro de referencia para definir posible tratamiento quirúrgico.

Discusión: Es importante conocer esta asociación, la cual puede presentarse hasta 30 años post-esplenectomía, incluso en ausencia de una condición hematológica subyacente. Hay un significativo número de pacientes que no tienen historia de TEP agudo o antecedentes de trombosis venosa periférica. Confirmar el diagnóstico HPTEC implica la evaluación para tratamiento quirúrgico como medida terapéutica definitiva, si el mismo no es posible nuevos fármacos han demostrado beneficios.

Palabras clave: Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC)

Unidad Temática: Misceláneas

0044 - ESTUDIO ALEATORIZADO, MULTICÉNTRICO, SIN ENMASCARAMIENTO, DE DISEÑO CRUZADO Y DE NO INFERIORIDAD PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DEL NEUMOTEROL 400 VS SYMBICORT FORTE EN ADULTOS ASMÁTICOS

Modalidad: Póster - Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Misceláneas

Unidad Temática 2: Enfermedades Obstructivas e Inmunología

Esquivel, Florencia Itatí(1) | Costantini, Andrea(2) | Maspero, Jorge(3) | Simón, Gonzalo(4)

Laboratorios Phoenix (1); Laboratorio GlaxoSmithKline (2); Fundación CIDEA (3); Laboratorio GlaxoSmithKline (4)

Objetivos: determinar la no inferioridad de Budesonide/Fumarato Formoterol (BFF) 400/12mcg mediante un dispositivo inhalador de polvo seco de una sola cápsula Plastiap (Neumoterol) comparado con BFF 320/9mcg Turbuhaler (Symbicort Forte) dos veces al día (BID) en adultos con asma. Objetivos Secundarios: evaluación de la seguridad, la tolerabilidad, la farmacodinamia, Asma ControlTest (ACT) y la preferencia por alguno de los dispositivos

Materiales y Métodos: Multicéntrico de no inferioridad, aleatorizado, abierto, de dos vías, cruzado, de 4 semanas. Durante los periodos de preselección y de depuración, todos los sujetos recibieron budesonide (DPI) 400mcg (Neumotex 400) y medicación de rescate según necesidad (salbutamol 100mcg pMDI). Criterios de inclusión: hombres o mujeres >18 <80 años con VEF1 prebroncodilatador entre 40% y 85% del esperado; VEF1 con reversibilidad >12% - >200ml. Variable primaria de efectividad: Cambio del VEF1 entre el valor registrado el día 1 y el día 29. Variables secundarias de eficacia: ABC del VEF1 (0-10 h) día 1 de cada período. Cambio en el ACT (Día 29). Variable de Seguridad: cardiovascular, laboratorio clínico y eventos adversos (EAs). La no inferioridad se estableció si el límite inferior del 95% intervalo de confianza (IC) para la diferencia de la media del cambio del valor inicial en el VEF1 era mayor que - 125mL.

Resultados: 239 pacientes con asma fueron enrolados, 199 pacientes aleatorizados (ITT) y 184 (92%) completaron el estudio. Características demográficas: edad media 47años; mujeres 71%; Latinos 83%; IMC: 28.13kg/m; 22% presentaban hipertensión al enrolamiento. Valores basales promedios: VEF1 pre broncodilatador: 1.922L, VEF1 post broncodilatador: 2.393L, reversibilidad del VEF1 470.60ml, puntaje del ACT 18.6. LS medio (IC 95%) para la diferencia del tratamiento del cambio del VEF1 entre el valor registrado en el día 1 y el día 29 (Neumoterol 400-Symbicort Forte) fue 0.044 L [-0.008, 0.096]

por la tanto, la no inferioridad de Neumoterol 400 comparado con Symbicort Forte fue demostrado. El ABC del VEF1 (0 a 10 horas) del Día 1 fue 0.98 L*h [95% IC: 0.576, 1.384] mayor para NEUMOTEROL 400 comparado con el innovador LS medio (IC 95%) de la diferencia del tratamiento desde el nivel basal al Día 29 del ACT (Neumoterol 400-Symbicort Forte) fue 0.6 [0.1, 1.1]. El perfil de EA para Neumoterol 400 y Symbicort Forte fue similar, en líneas generales, con el perfil de seguridad reportado para BFF. La encuesta de preferencia de dispositivos al final de cada tratamiento demostró resultados más favorables para Neumoterol 400 vs Symbicort Forte: muy cómodo de usar: 41% vs 27%; muy simple de usar: 44% vs 25%, muy seguro de haber recibido la medicación: 41% vs 21%. y mayormente elegido 28% vs 22.

Conclusiones: 4-13% de la población global experimenta asma. En Argentina alrededor de 1,4 millones sujetos presentan asma. NEUMOTEROL 400/12 mcg en un dispositivo inhalador de polvo seco de una sola cápsula, es la combinación fija de BFF más utilizada en el mercado argentino, con alrededor de 386000 pacientes año expuestos. Este estudio provee evidencia sobre la eficacia, seguridad y tolerabilidad de Neumoterol 400 vs. Symbicort Forte, garantizando que los pacientes argentinos accedan a un medicamento accesible y de alta calidad.

Palabras clave: Budesonide -formoterol Asma Equivalencia Terapéutica Inhaladores

0224 - HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ESCLERODERMIA

Modalidad: Póster - Caso Clínico

Unidad Temática: Misceláneas

Rodríguez, Tania Lisette | Kniz, Cecilia | Gregoriotti, Atenea | Del Moral, Lucrecia | Toledo, Elizabeth | Tomaszuk, Giselle | Wagner, Graciela | Ahumada, Rosalía | Orden, Alberto | Bertolotti, Alejandro | Favaloro, Roberto | Favaloro, Liliana | Ossés, Juan | Cáneva, Jorge

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: Dentro las enfermedades del tejido conectivo, la esclerodermia tiene el peor pronóstico cuando presenta hipertensión pulmonar (HP) asociada. La misma puede ser secundaria a enfermedad pulmonar intersticial o como vasculopatía primaria (HP Grupo 1 OMS). La mortalidad de la HP en esclerodermia es el 100% a los 66 meses comparado con el 50% a los 8 años si solo presenta otro compromiso pulmonar.

Presentación de Caso Clínico: Mujer de 46 años con diagnóstico de esclerodermia sistémica con compromiso cutáneo, esofágico y pulmonar intersticial. Recibió tratamiento con azatrioprina, ciclofosfamida y meprednisona. Presentó disnea progresiva hasta el reposo, con restricción leve por pletismografía (TLC 62%), disminución grave de la DLCOc (19%) e insuficiencia respiratoria (PaO2 56.1mmHg). Ecocardiograma Doppler: insuficiencia aórtica moderada, PSAPe 46mmHg. Centellograma pulmonar V/Q: defectos subsegmentarios posteriores del pulmón izquierdo. Cateterismo cardiaco derecho: AP 56/18 mmHg (31), POAP 2 mmHg, IC 2,7 L/min/m2, RVP 5,85 UW, y angiografía pulmonar sin lesiones trombóticas. La paciente fue evaluada para trasplante bipulmonar y trasplantada al 8º mes de ingreso en lista.

Conclusiones: La progresión de la disnea en pacientes con esclerodermia nos obliga a evaluar la causa de la misma descartando compromiso intersticial pulmonar o hipertensión arterial asociada. En este caso, se debió descartar la contribución de la valvulopatía detectada durante la evaluación. El tratamiento oportuno etiológico y la derivación a centros especializados mejora el pronóstico de estos pacientes. El seguimiento de pacientes con esclerodermia con DLCOc permite identificar aquellos que presentan HP y así ofrecer oportunamente tratamiento.