

## 35° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Posters de Discusión

DOMINGO 14 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.30 hs

### Cirugía del tórax

#### 21290. BIOPSIA PULMONAR A CIELO ABIERTO EN TRANSPLANTADOS PULMONARES Y CARDIACOS

Bertolotti, A.; Favalaro, R.; Fernandez, C.; Absi, D.; Vigliano, C.; Cánave, J.O.; Osses, J.M.; Diez, M.

**Introducción:** Las complicaciones pulmonares están asociadas en un gran número a los pacientes que reciben un trasplante intratorácico, debido a la terapia inmunosupresora a la que están expuestos, si bien la sospecha clínica y las modalidades diagnósticas comunes, incluyendo la fibrobroncoscopia (FBC), el lavado broncoalveolar (BAL) y la biopsia transbronquial (BTB) son efectivas en muchos pacientes, algunas veces no rinden un diagnóstico de certeza definitiva.

**Objetivos:** Comprobar la capacidad de este método para la toma de decisiones terapéuticas efectivas.

**Métodos:** Desde septiembre de 1995 a junio de 2006 se realizaron 378 trasplantes intratorácicos: 239 Cardiacos, 69 pulmonares simples, 38 pulmonares dobles y 32 Cardiopulmonares en nuestra institución. Se revisó el curso clínico de los 54 pacientes que recibieron 65 Biopsias pulmonares a cielo abierto (BPCA). De estos pacientes, determinamos la presentación clínica preoperatoria, la información previa obtenida por métodos complementarios (Radiografía y TAC de tórax, FBC, BAL y la histología por BTB), la histología obtenida por la BPCA, el inicio y los cambios de tratamiento y las complicaciones post BPCA.

**Resultados:** Un nuevo diagnóstico no sospechado clínicamente fue realizado en 34 biopsias (52,3% de todas las BPCA), 28 biopsias (43% de todas las BPCA) confirmaron la sospecha clínica, 3 biopsias (4,6% de todas las BPCA) no tuvieron diagnóstico específico. Una nueva terapia fue iniciada en el 46,15% de los pacientes, un cambio de terapia ocurrió en el 47,69% y 6,15% no resultaron en ningún cambio o inicio de tratamiento. Ocurrieron 11 complicaciones y no hubo mortalidad.

**Conclusiones:** La BPCA es de gran utilidad en pacientes transplantados que presentan complicaciones pulmonares sin diagnóstico de certeza a través del uso de métodos complementarios tradicionales. La biopsia pulmonar a cielo abierto rindió un nuevo diagnóstico en el 52,3% de los pacientes y guió a una terapéutica directa en el 93,84% de los pacientes.

#### 21293. CUERPOS EXTRAÑOS ESOFAGICOS. NUESTRA EXPERIENCIA Barrionuevo Bustos, O.M.; Torres, R.C.A.; Sarquis, J.L.

**Antecedentes:** Dentro de los objetos que pueden inducir injurias deglutorias, los cuerpos extraños y la impactación del bolo alimenticio en el esófago constituyen una urgencia que se presenta con relativa frecuencia, siendo la perforación esofágica, la complicación más temida.

**Objetivos:** Exponer la experiencia acumulada en esta patología y contribuir a delinear el algoritmo diagnóstico y terapéutico.

**Lugar de aplicación:** Estudio multicéntrico.

**Diseño:** Estudio retrospectivo.

**Población:** Entre Enero de 2000 y Abril de 2007 se trataron 20 pacientes adultos (29 a 82 años) con sospecha de ingestión de cuerpo extraño o impactación de bolo alimenticio a nivel del esófago.

**Método:** Se analiza la forma de presentación clínica, tiempo de evolución, factores de riesgo, tipos de cuerpos extraños, fisiopatología, diagnóstico, enfermedades esofágicas asociadas, tratamiento, complicaciones y manejo postextracción.

**Resultados:** La extracción de los cuerpos extraños se realizó en el quirófano bajo anestesia general y con esofagoscopia rígida. Los bolos alimenticios impactados fueron extraídos o "empujados" hacia el estómago. Dos casos requirieron cirugía luego de la extracción del cuerpo extraño, momento en el que se detectó y se observó la perforación esofágica, estando ésta estrechamente relacionada con el tipo y características del cuerpo extraño y con el retraso en el diagnóstico.

**Conclusiones:** los cuerpos extraños esofágicos deben ser considerados una urgencia y ser resueltos rápidamente debido a la alta probabilidad de perforación esofágica con el paso de las horas y la aparición de la mediastinitis con una elevada tasa de mortalidad, aún en centros de gran complejidad. En manos experimentadas, la esofagoscopia rígida continúa siendo una técnica segura y altamente efectiva en la resolución de esta patología y es el Cirujano Torácico quien debe ser convocado en las situaciones difíciles.

#### 21294. TUMORES DE PLEURA POCO COMUNES: MESOTELIOMA LOCALIZADO

Barrionuevo Bustos, O.M.; Torres, R.C.A.; Sarquis, J.L.

**Antecedentes:** El mesotelioma pleural es una neoplasia poco común, siendo su variedad localizada ( tumor fibroso de pleura) una lesión extremadamente infrecuente (5 a 10%). Puede tener un comportamiento benigno o presentarse en su variedad maligna con recidiva local y metástasis a distancia.

**Objetivos:** Analizar la experiencia de los últimos 16 años.

**Lugar de aplicación:** Estudio multicéntrico.

**Diseño:** Retrospectivo. Presentación de 5 casos.

**Población:** Entre Enero de 1991 y Abril de 2007 fueron estudiados 5 pacientes en diferentes Centros de la Ciudad de Córdoba.

**Método:** Se analizan la forma de presentación clínica, estudios complementarios de diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados:** La presentación clínica poco precisa y variada y en ocasiones los estudios complementarios con imágenes proteiformes, no permiten un diagnóstico preoperatorio concluyente, pero sí la sospecha. Se realizaron cuatro toracotomías laterales y una VATS. La exéresis del tumor fue amplia y completa, con una evolución postoperatoria y a distancia satis-

facoria. La inmunohistoquímica fue fundamental en la confirmación del diagnóstico histológico.

Conclusiones: Los mesoteliomas localizados de pleura son tumores muy raros y de difícil diagnóstico preoperatorio. El único tratamiento adecuado continua siendo la resección quirúrgica completa, sea por cirugía a cielo abierto o VATS, si se dispone de ella, requiriendo de control evolutivo ulterior para detectar posibles recidivas o metástasis a distancia.

#### 21295. PLEURODESIS CON TALCO EN EL MANEJO DE LOS DERRAMES PLEURALES RECIDIVADOS

Barrionuevo Bustos, O.M.; Torres, R.C.A.; Sarquis, J.L.

Antecedentes: Los derrames pleurales benignos son manejados con la terapéutica correspondiente a la enfermedad de base y generalmente se resuelven una vez controlada la causa. Ocasionalmente una intervención adicional es requerida, tanto porque el derrame es sintomático o porque la enfermedad es refractaria al máximo tratamiento médico. Así mismo el manejo de los derrames pleurales malignos es también dificultoso, causado por un tumor que invade la pleura y que no responde a la quimioterapia y/o radioterapia. Este tipo de derrames pleurales masivos recurrentes habitualmente necesitan ser tratados con algún procedimiento de pleurodesis.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia y destacar la eficacia del talco suspendido como agente irritativo de la pleura.

Lugar de aplicación: Estudio multicéntrico.

Diseño: Estudio retrospectivo.

Población: Entre Enero de 2000 y Junio de 2007 fueron tratados 14 pacientes, de los cuales 2 presentaban derrames pleurales benignos (insuficiencia cardiaca, hepatopatía) y 12 pacientes presentaban derrames pleurales malignos (Ca. de mama, Ca. de pulmón, otras neoplasias).

Método: En todos los pacientes se llevó a cabo la aplicación de talco suspendido utilizando diferente vías para introducir el talco en el espacio pleural, ya sea por el drenaje pleural, por toracoscopia o por torcotomía a cielo abierto, dependiendo de las características de cada paciente y de la patología de base. Cuando se ingresó al tórax siempre se acompaña la pleurodesis con biopsias de pleura y/o pulmón.

Resultados: En todos los pacientes se utilizó talco suspendido con un control del derrame pleural en 12 pacientes (85,71%), con remisión de los síntomas (disnea, dolor torácico) y mejoría marcada en la calidad de vida de los enfermos y familiares. El seguimiento a largo plazo fue difícil debido a la alta tasa de mortalidad provocada por las enfermedades de bases que causaron el derrame pleural. La fiebre y el dolor torácico se presentaron como únicas complicaciones.

Conclusiones: El tratamiento de los derrames pleurales masivos recurrentes y refractarios al tratamiento médico, plantea un desafío terapéutico para el Cirujano Torácico, ya que se debe resolver una patología complicada e invalidante en paciente que generalmente se presentan en malas condiciones clínicas, marcada por una enfermedad crónica de base, consuntiva y con múltiples complicaciones intercurrentes. La pleurodesis química con talco suspendido intrapleural se ha convertido en el tratamiento de elección por su bajo costo, fácil manipulación y su alto porcentaje de éxito, con mínimas complicaciones.

#### 21482. TUMOR FIBROSO SOLITARIO MALIGNO

Vargas, E.A.; Patane, K.; Escrimini, E.; Esteva, H.; Rojas, O.; Abdala, O.; Alsinet, J.; Portas, T.

Antecedentes: Los tumores fibrosos solitarios son entidades neoplásicas poco frecuentes y de comportamiento biológico impredecible que suelen comprometer la pleura, el pericardio y el parénquima pulmonar. El 80% de los casos tienen su origen en la pleura visceral. Suelen afectar principalmente a las

mujeres en la 6<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> década de la vida y la mayoría cursa en forma asintomática. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa.

Objetivo: Reportar la forma de presentación de un tumor poco frecuente y la evolución clínica post tratamiento.

Material y Métodos: paciente de sexo femenino de 73 años de edad, tabaquista, con severa obstrucción fija al flujo aéreo que debuta con astenia y marcada pérdida de peso. Presenta en el estudio tomográfico una formación heterogénea voluminosa, con densidad de partes blandas en LII asociada a derrame pleural homolateral. Se realizó PAAF de la lesión con diagnóstico de Tumor Fibroso. Se decide la cirugía hallándose una gran masa extra-pulmonar de 12 x 19 x 8 cm adherida al lóbulo inferior izquierdo, pericardio y diafragma. La anatomía patológica informó Tumor Fibroso Solitario Pleural con signos histológicos de malignidad.

Conclusiones: Los Tumores fibrosos solitarios de pleura son entidades poco frecuentes y están descriptos en la bibliografía mundial cerca de 800 casos, siendo el 80% de estos benignos. El tratamiento es la resección radical de la lesión obteniéndose altas tasas de curación, aunque en caso de presentarse variantes malignas éstas presentan una elevada recurrencia por lo que debe realizarse un seguimiento estricto cada 6 meses durante los primeros 2 años.

#### 21660. COMPRESIONES TRAQUEALES POR BOCIO ENDOTORÁCICO. EXERESIS POR CERVICOESTERNOTOMIA

Noguera, M.A.; Brahin, M.; Costello, S.; Diaz, O.

Antecedentes: la compresión traqueal por bocio endotorácico es una situación clínica bien conocida, pero con un franco descenso en su número en los últimos años. Tucuman, al estar comprendido dentro de las áreas con déficit de yodo, tiene aún una prevalencia alta de bocio.

Objetivos: Se presenta el abordaje combinado mediante cervicoesternotomía parcial, a cargo de las unidades de cirugía torácica y cabeza y cuello, para el abordaje de las compresiones traqueales por bocio endotorácico.

Material y Método: se mencionan las características clínicas de 6 pacientes operadas en los últimos 26 meses con alteraciones de la vía aérea superior secundarias a bocio endotorácico. Todos fueron operados en forma conjunta por cirugía torácica y de cabeza y cuello con un abordaje combinado mediante una cervicotomía transversal baja, seguida de una esternotomía parcial mediana, consistiendo en 4 oportunidades en una manubriostomía y en 2 en una esternotomía media superior en cuña. Se comentan los hallazgos intraoperatorios, las características del abordaje y los resultados obtenidos.

El abordaje mediante cervicoesternotomía favorece notablemente la cirugía del bocio endotorácico, permitiendo una mayor exposición, un mejor control de los pedículos vasculares y del eje que tiene la tiroidectomía sobre la traquea. Lo consideramos de elección en este tipo de presentación clínica del bocio.

#### 21728. BLASTOMA BIFÁSICO DE PULMÓN

Asus, C.; Amenabar, A.; Leguina, E.; Pasqualini, R.; Willigs Rollon, M.; Vega, N.; Ruiz, J.

Antecedentes: El Blastoma Bifásico (BB) de pulmón, es un raro tumor maligno que se agrupa dentro de los tumores pulmonares mixtos de origen mesenquimal y epitelial. Se lo denomina también adenocarcinoma fetal bien diferenciado. Su frecuencia es de 0,1 a 0,2% de los tumores malignos del pulmón. Debido a la poca experiencia mundial, y a los pobres resultados obtenidos, el tratamiento aún no es claro.

Objetivo: presentar un paciente con BB de pulmón, que falleció a los 6 meses de la cirugía.

Paciente y Método: presentación de caso. Paciente de 19 años que ingresa con neumonía de la comunidad, y luego del tratamiento inicial se observa imagen redondeada de 7 cm de diámetro en lóbulo inferior izquierdo, la cual se estudia con ecografía y TC. Sin diagnóstico de certeza pre-operatorio, se reseca la lesión, la cual invadía el diafragma y la pared torácica. Luego de estudios de inmunohistoquímica se diagnóstica BB, y se realiza quimioterapia adyuvante, falleciendo a los 6 meses.

Conclusiones: motiva la presentación de este caso, la extrema rareza de la patología y lo agresivo de su comportamiento, además del planteo de los diagnósticos diferenciales de los tumores de pulmón en personas jóvenes. Es una enfermedad muy agresiva, con un manejo aún incierto.

#### 21735. SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO DE PULMÓN

Asus, C.; Amenabar, A.; Pasqualini, R.; Leguina, E.; Ruiz, J.; Vega, N.; Willigs Rollon, M.

Antecedentes: el sarcoma sinovial (SS) monofásico es un tumor extremadamente infrecuente en el pulmón. Su diagnóstico es difícil y su tratamiento incierto. Como muchos pacientes son operados sin diagnóstico de certeza, la quimioterapia sucede a la cirugía. Algunos centros proponen neoadyuvancia.

Objetivos: presentar un paciente con SS monofásico y luego metástasis sobre pared costal, resecada a los 22 meses de la cirugía de pulmón.

Paciente y Método: presentación de caso. Paciente de 26 años que presenta tos y hemoptisis, lo que motiva una Rx, que muestra tumor de pulmón en lóbulo superior derecho. Se opera con diagnóstico de tumor de pulmón, practicándose neumonectomía derecha por topografía. Con inmuno-histoquímica se diagnóstica sarcoma sinovial monofásico primario del pulmón. Luego se realiza quimioterapia y presenta a los 22 meses metástasis en pared costal, que se reseca.

Conclusiones: el SS es un raro tumor, de difícil diagnóstico pre-operatorio y de conducta agresiva, afectando a los adultos jóvenes.

#### 21842. PUNCIÓN BIOPSIA PULMONAR GUIADA POR T.A.C. BALANCE DE 3 AÑOS

Vazquez de Argiro, N.; Gonzalez, F.; Fabio, S.; Gianfrancisco, V.; Naval, N.; Amaya, R.; Marquez, O.; Del Rio, R.; Moreno, C.; Padilla, P.; Molina, L.; Castro, M.; Pereyra, A.; Datoli, M.

En las lesiones periféricas la fibrobroncoscopia tiene una baja sensibilidad para llegar al diagnóstico; en ella habitualmente realizamos punción biopsia pulmonar guiada por T.A.C., por ser un método de fácil acceso, rápido, ambulatorio y mínimamente invasivo.

Con el objeto de conocer la rentabilidad de la PBP guiada por TAC, se realizó un estudio retrospectivo, analizando la punciones realizadas por el Servicio de Neumonología del Hospital Padilla desde el 01/08/04 al 31/07/07.

Se tomo como base los registros de Tomografía del Hospital, y desde 31/07/06 se sistematizo una ficha para registro prospectivo, cotejando luego los resultados en los registros de biopsias del Servicio de Anatomía Patológica.

Se realizaron 48 punciones, las que fueron realizadas con agujas de distinto tipo: manuales, semiautomáticas y automáticas.

Las 48 biopsias de realizaron a pacientes con un rango de edad de 24 a 84 años, encontrándose en distintos estados clínicos, lo que no dificultó la técnica.

De los 48 pacientes 8 (16,7%) fueron mujeres el resto hombres 40 (83,3%).

Solo 4 (8,33%) muestras no fueron diagnosticas, debiendo recurrir a cirugía a cielo abierto. Las 44 muestras restantes, 9,6%

realizaron diagnósticos; siendo estos: Cáncer de pulmón 31, Metástasis pulmonares 6, Tuberculosis 3 y con Otros diagnósticos 4 biopsias.

Con respecto a las complicaciones se presentaron solo en 3 casos. Neumotórax en 2 casos y hemoptisis en 1 caso. Ninguno de ellos de gravedad.

Conclusiones: La punción biopsia pulmonar guiada por TAC demostro una alta rentabilidad diagnóstica, con bajo indice de complicaciones, pudiendo ser incorporada al algoritmo de investigación de los nódulos pulmonares.

DOMINGO 14 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.30 hs

## Sueño y oxigenoterapia

#### 21391. EXPERIENCIA EN POLIGRAFÍA DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL GENERAL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA DEL HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Borsini, E.; Quadrelli, S.; Chertcoff, J.; Raña, M.S.; Salvado, A.; Bosio, M.; Blasco, M.

Objetivos: Determinar la eficiencia de la auto-colocación en domicilio del equipo de registro poligráfico y la rentabilidad diagnóstica de la poligrafía respiratoria.

Método: Se analizaron en forma retrospectiva todas las poligrafías respiratorias domiciliarias (PGD) realizadas desde el 31/05/2004 hasta el 31/05/2007 por el Hospital Británico de Buenos Aires. Todas las PGD fueron realizadas con un equipo portátil Alpha Apnoe Screen (Viasys System). Se utilizaron bandas torácica y abdominal, sensor de posición, luz, actividad, frecuencia cardiaca, micrófono, termistor nasal y saturometría de pulso. Solo se aceptaron registros mayores a 7 horas. Los datos fueron analizados con Software Somnstar Pro, con scoring de edición manual de eventos, siguiendo las normativas AASM.

Resultados: Se realizaron 164 PGD en 126 pacientes: 8 fueron estudios control de tratamiento y 15 se excluyeron por datos incompletos o insuficientes. Fue necesario repetir el Registro para cumplir criterios de aceptabilidad una segunda noche en 21,2% (n = 30/141). En 88,4% de los casos la colocación del polígrafo estuvo a cargo de kinesiólogos entrenados y en 11,6% a cargo del propio paciente o su familia. El requerimiento de repetibilidad del estudio no fue diferente en ambos grupos (26.6 vs 26.3%, p = 1.0000).

Se consideraron aceptables 111 PGD (82 hombres, edad 57.4 ± 11.8 años, BMI 32.39.1, Índice apnea-hipopnea-IAH: 15.8 ± 19). Sólo 14% tenían índice de masa corporal -IMC- normal (<25), 54% fueron obesos y 17% obesos mórbidos. No hubo correlación entre edad y BMI (r = 0.009485, p <= 0.9213). El IAH (r = 0.3351, p <= 0.0003274) y el tiempo con desaturación < 90% (r = 0.289, p <= 0.002801) correlacionaron con el BMI. Los pacientes severos (IAH >30) no fueron diferentes en edad (57,6 ± 11,9, p = 0.7048) ni sexo (varones 72,6 vs 66,6%, p = 0.1114) pero tuvieron un BMI significativamente superior (38,6 ± 13,5 vs 31,4 ± 7,9, p = 0.0040).

La PGD fue considerada diagnóstica sin requerir polisomnografía posterior en 47% de los pacientes (33% asintomáticos con IAH <5, 14% sintomáticos con IAH >30).

Conclusiones: La PGD permite definir necesidad o no de tratamiento en un porcentaje considerable de pacientes y con una tasa de requerimiento de repetibilidad de estudios aceptable y no relacionada con el operador.

#### 21796. SINDROME DE DOWN Y VENTILACIÓN NO INVASIVA. A PROPOSITO DE UN CASO

Coronel, M.; Avila, J.

Los chicos con síndrome de Down tienen múltiples factores que los predisponen al síndrome de apnea obstructiva del sueño, con apneas parciales o completas, hipoventilación y desaturaciones de oxígeno, con elevada morbilidad en niños y frecuentemente subdiagnosticada. La hipoxemia crónica y la hipoventilación pueden resultar en hipertensión pulmonar, falla cardíaca congestiva y la muerte.

Caso: Mujer 14 años con sind. Down, obesa (BMI 30) insuficiencia respiratoria tipo II, insuficiencia cardíaca, neumonía adquirida en la comunidad y diagnóstico presuntivo de TEP, tratada con heparina y ceftriaxona. Antecedentes: infecciones respiratorias a repetición hiperglucemia, hipotiroidismo, comunicación interauricular, TEP en el año 2000 y poliglobulia tratada. Ingresó a UCI para ventilación invasiva: hipersomnolencia, cianótica, macroglosia y Malampati IV. Con  $\text{FiO}_2$  50%  $\text{PH}$  7.39  $\text{pCO}_2$  70  $\text{pO}_2$  50  $\text{Bic}$  40  $\text{EB}$  12  $\text{Sat}$  84% disminuye la  $\text{Sat O}_2$   $\text{FiO}_2$  21% a 57%, se realiza tratamiento con BIPAP, se trata la neumonía completando 14 días de antibiótico, se descarta TEP y se suspende heparina, se realiza oximetría de pulso nocturna comprobándose severas desaturaciones diagnosticándose síndrome de hipoventilación, el que se trató con BIPAP. Actualmente se encuentra con VNI, oxigenoterapia domiciliares con BMI 25

Conclusiones: El síndrome de apnea del sueño en pacientes con síndrome de Down es frecuentemente subdiagnosticado tanto por los padres como los médicos. Razón por la cual se producen muchas de sus consecuencias, como la hipertensión pulmonar, trastornos en la conducta y en el crecimiento, exacerbadas por la hipoxemia y las alteraciones del sueño. Estos niños tienen reducida expectativa de vida, reportándose el 71% de sobrevida a los 30 años de edad vs 97% en la población general, se reconoce que ellos deben ser miembros activos en la sociedad y los esfuerzos no solo deben ser en prolongar la vida sino la calidad de vida. Identificando y tratando problemas comunes como OSAS prevenimos otras serias complicaciones relacionadas con la obesidad y pobre calidad de sueño.

#### 21841. PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN DE SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN CONDUCTORES DE CARGA DE TUCUMAN

Vazquez de Argiro, N.; Gonzalez, F.; Diaz, O.; Rovarini, A.; Santana, M.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es una patología con una prevalencia de 4% siendo una patología subdiagnosticada. Es una importante causa de somnolencia diurna lo que la hace de gran importancia en los conductores de carga. Se ha demostrado un aumento en la tasa de accidentes de entre 3 y 7 respecto de la población general en los pacientes no tratados.

Luego de un foro multisectorial sobre accidentes de tránsito se diseñó un programa dirigido a los transportistas de carga, con el objetivo de detectar los individuos con alto riesgo de padecer síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Se realizó una encuesta auto administrada durante los cursos de capacitación que realizan los transportistas, en la que se recavó datos sobre edad, peso, talla, circunferencia de cuello, somnolencia, presencia de ronquidos, apneas, etc.

Se contestaron 80 encuestas (100% de respuesta) Al consultar sobre la presencia de ronquido contestó positivo 91%, la presencia de somnolencia 71% índice de masa corporal de 30 o más 35%, circunferencia de cuello de 44cm o más 21%, apneas relacionadas por familiares 18%.

Al cuestionario se lo dividió por dominios otorgándole un punto a cada respuesta positiva, considerando pacientes de riesgo a los que tenían más de 4 factores de riesgo. En la población se encontró 20 individuos de riesgo a quien presentara 4 factores o más. (29%) a los cuales se les ofreció realizarse una oximetría nocturna domiciliar, teniendo en este caso una baja tasa de respuesta.

Conclusiones: La implementación de una encuesta simple auto administrada, usada en una población seleccionada sirve para detectar fácilmente a individuos de alto riesgo de padecer síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño y de esa forma orientar los recursos para su diagnóstico.

#### 21852. ¿LA PRESENCIA DE SOMNOLENCIA DIURNA SEVERA EN PACIENTES RONCADORES PUEDE INDICARNOS EL RIESGO DE PADECER SAHOS?

Nogueira, J.F.; De Luca, M.; Simonelli, G.; Rey, R.

Instituto Argentino de Investigación Neurológica. Buenos Aires

Introducción: A pesar de que la Somnolencia Diurna Excesiva (SDE) es uno de los síntomas capitales del SAHOS, las herramientas disponibles para medirla presentan distintas dificultades operativas o no han logrado predecir con exactitud la presencia de dicha enfermedad.

Objetivos: determinar el grado de correlación entre la severidad de la SDE y la del SAHOS y en relación a esta, el valor predictivo que posee la presencia de SDE.

Método: Estudio de corte transversal. Pacientes roncadors derivados al laboratorio para realizar una PSG por sospecha de SAHOS entre los meses de junio y diciembre de 2006. Se les realizó una entrevista de admisión en la que se recolectaron datos demográficos, clínicos y antropométricos. Se evaluó la presencia de SDE y se clasificó su magnitud en base a la escala de severidad de Somnolencia propuesta por la AASM Task Force, que la categoriza en 3 niveles: leve, moderada y severa. A cada paciente se le realizó una PSG. Se definió (+) un IPR mayor de 5ev/h., SAHOS moderado un IPR > 15 y severo > 30. Los pacientes con SAHOS moderado severo fueron considerados como grupo con indicación potencial de tratamiento con CPAP y unificados para el estudio de correlación (SAHOS M-S). Análisis univariado entre las variables de exposición y la presencia de SAHOS y se desarrolló un modelo de regresión logística múltiple para efectuar el análisis multivariado, reportándose los OR y sus IC. Se calcularon la Sensibilidad y Especificidad, valores predictivos y coeficiente de probabilidad, para explorar la capacidad diagnóstica de la SDE.

Resultados: Se evaluó una muestra de 270 pacientes consecutivos. Edad 53 ( $\pm$  14) años, 221 hombres (81%), IMC 32 ( $\pm$  7.7), peso 93.9 ( $\pm$  21.73), IPR 37.28 ( $\pm$  30.24). PSG (+) 240p (89%), SAHOS leve 52p (21%), moderado 49 (20%), severo 139 (58%). 175 pacientes presentaban SDE moderada o severa, de los cuales el 78% tuvo SAHOS M-S, mientras que en el grupo con SDE leve o sin SDE el 54% tenían SAHOS M-S ( $p$  0.0001). En el análisis multivariado la SDE moderada severa presentó un OR 2.88 (IC95: 1.60-5.16). La sensibilidad fue del 72% y la especificidad 52%. El valor predictivo positivo 64% y el valor predictivo negativo 35%. El coeficiente de probabilidad (positivo) fue de 1.5 y el negativo 0.73.

Conclusiones: Se encontró una asociación positiva entre la SDE moderada severa y el SAHOS con potencial indicación de tratamiento. De todos modos su capacidad para discriminar pacientes con SAHOS que requieran tratamiento, tomándola como único elemento diagnóstico es limitada. Es necesario efectuar una validación prospectiva que incluya otras variables para evaluar mejor su potencialidad predictiva.

### 21853. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE SAHOS EN EL ÁMBITO DE UNA OBRA SOCIAL

Nogueira, J.F.; De Luca, M.; Guzman, M.; Rey, R.; Lebersztein, G.  
Gerencia Médica – OSECAC Central. Buenos Aires

**Introducción:** El diagnóstico y tratamiento del SAHOS reduce la morbi-mortalidad de los enfermos que lo padecen, disminuye los costos de salud producto de las complicaciones que este origina y mejora la calidad de vida.

En nuestro medio es aun proporcionalmente pequeña la cantidad de pacientes a los que se les ha diagnosticado SAHOS y que reciben el tratamiento específico. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de un programa de diagnóstico y tratamiento del SAHOS en pacientes adultos afiliados a OSECAC. **Metodología:** Diseño pre-experimental pre-post intervención. Como indicador de resultado se calcularon las tasas de utilización tanto de PSG realizadas (TU-PSG) como de CPAP provisto por la O.S para el tratamiento de SAHOS (TU-CPAP), a beneficiarios mayores de 18 años procedentes de Capital Federal y Gran Buenos Aires (total de PSG y total de CPAP por cada 100.000 benef. de dicha edad y área geográfica), para los periodos anuales basal (2004) y post-intervención (2006). Para comparar las tasas de ambos periodos se calcularon los OR con sus respectivos IC del 95% considerándose el nivel de significancia estadística un valor de p menor de 0.05

Durante el año 2005 se implementó un programa integral tendiente a incrementar la pesquisa y tratamiento de pacientes con SAHOS. **Intervenciones:** 1) Se establecieron normas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con SAHOS, basadas en Consensos Internacionales y en el CATRS. 2) Se diseñaron formularios para la solicitud de PSG, instructivos para los pacientes que debían someterse a una PSG y normas operativas para cada centro ambulatorio. 3) Se efectuaron reuniones científicas con los médicos clínicos y especialistas en Neumonología y Neurología que atienden en la red ambulatoria de OSECAC de Capital Federal.

**Resultados:** Se calcularon las tasas de uso sobre un padrón de 386.633 afiliados mayores de 18 años en Capital y Gran Buenos Aires en el año 2004 y 508.668 a fines del Año 2006.

**Polisomnografías:** Basal (2004): 10, TU-PSG 2.58; post-intervención (2006): 198, TU-PSG 38.9; OR (IC 95%) 15.04 (8.01-31.86); valor p < 0.0001.

**Tratamientos con CPAP:** Basal (2004): 19, TU-CPAP 4.91; post-intervención (2006): 179, TU-PSG 35.2; OR (IC 95%) 7.16 (4.45-12.17); valor p < 0.0001.

**Conclusiones:** La implementación de un programa de detección y tratamiento de pacientes con SAHOS en la red ambulatoria de la Obra Social, incrementó sustancialmente la tasa de enfermos estudiados y tratados. Si bien el incremento en la tasa de uso en el cotejo interanual resulta muy significativo, estos números son aun pequeños comparado con la cantidad potencial de enfermos portadores de SAHOS.

### 21856. RESULTADOS PRELIMINARES DEL DIAGNÓSTICO SIMPLIFICADO DEL SÍNDROME APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO DEL ADULTO (SAHS) CON UN NOVEDOSO EQUIPO DE NIVEL IV

Nigro, C.; Codinardo, C.; Serrano, F.; Prieto, R.J.; Diaz, M.; Rhodius, E.E.

**Antecedentes:** El ApneaLink™ (AL™) mide flujo aéreo y ronquidos mediante presión nasal.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad diagnóstica del AL™ para el SAHS del adulto.

**Métodos:** Se estudiaron simultáneamente mediante polisomnografía (método de referencia) y AL™ (método diagnóstico) 26 pacientes consecutivos con sospecha de SAHS. El análisis del AL™ se realizó en forma automática mediante un programa (versión 5.26). AL™ positivo se definió con tres puntos de cor-

te: Índice apnea/hipopnea (IAH)  $\geq$  5, 10 y 15. SAHS fue definido como un IAH  $\geq$  5, 10 y 15. Se calculó sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud positiva/negativa (RV+, RV-) y valores predictivo positivo/negativo (VP+, VP-) del AL™.

**Resultados:** Se evaluaron 9 mujeres y 17 varones con una edad media de 53 años (rango 25 a 81) y un IMC de 28.7 Kg./m<sup>2</sup> (rango 17 a 45). El IAH medio fue de 22 (rango 1.2 a 86).

**Sensibilidad y especificidad del ApneaLink™:**

	Sensibilidad	IC 95%	Especificidad	IC 95%	RV+	RV-	VP+	VP-
SAHS $\geq$ 5								
Criterio AL								
IAH $\geq$ 5	94.4	72.8-99.1	62.5	24.7-91	2.52	0.089	85	83.3
SAHS $\geq$ 10								
Criterio AL								
IAH $\geq$ 10	84.6	54.5-97.6	92.3	63.9-98.7	11	0.17	91.7	85.7
SAHS $\geq$ 15								
Criterio AL								
IAH $\geq$ 15	100	71-100	86.7	59.5-98	7.5	0.00	84.6	100

**Conclusiones:** El análisis automático del AL™ tuvo una mayor capacidad diagnóstica para el SAHS definido como un IAH  $\geq$  10 y 15.

LUNES 15 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.30 hs

## Endoscopia respiratoria

### 21392. SARCOMA CON INVASION ENDOBRONQUIAL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA, HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Borsini, E.; Chertcoff, J.; Quadrelli, S.; Perrone, R.; Bosio, M.; Smith, R.; Blasco, M.; Salvado, A.

Las metástasis endobronquiales (MEB) de tumores NO pulmonares son infrecuentes, y las estirpes sarcomatosas son especialmente inusuales. Si bien sarcomas primarios de mama han sido reportados, su presentación como enfermedad metastásica pulmonar es excepcional.

Reportamos un caso de obstrucción completa del bronquio fuente derecho (BFD), debido a metástasis endobronquial de sarcoma primario de glándula mamaria.

**Caso Clínico:** Mujer de 33 años, no fumadora, sin antecedentes clínicos remarcables. No tenía historia personal ni familiar de cáncer de mama. Desarrolla tos y disnea rápidamente progresiva. La radiografía de tórax inicial (Fig.1) mostró opacidad redondeada de 6 cm. de diámetro mayor en topografía del lóbulo superior derecho (LSD), que fue confirmada por tomografía de tórax (Fig. 2 A y B). Se hallaba taquicárdica, taquipneica, afebril y con marcada hipoventilación en hemitórax derecho. No existieron otras alteraciones significativas en el examen físico. El hemograma, y la química sanguínea fueron normales, y los gases arteriales pusieron en evidencia disminución de la PaO<sub>2</sub> con aumento del A-a y PaCO<sub>2</sub> normal. En menos de 24 horas, desarrolló atelectasia pulmonar derecha completa (Fig. 3), disnea CF IV e insuficiencia respiratoria. Fue admitida a terapia intensiva y se realizó videobroncoscopia que reveló lesión polipoide de aspecto tumoral, firme, de color amarilla, que no sangraba con facilidad y que ocluía completamente el BFD (Fig. 4). La Biopsia de la lesión no fue diagnóstica, y se reseccó usando electrocauterio a través de broncoscopia rígida. La Patología demostró sarcoma indiferenciado. Luego de la resección endobronquial se normalizaron los valores de PaO<sub>2</sub> y mejoraron significativamente los síntomas verificándose expansión pulmonar (Fig. 5).

Se realizó lobectomía superior derecha. El estudio de la masa totalmente incluida en la pieza quirúrgica informó sarcoma indiferenciado. El examen postoperatorio puso en evidencia dos nódulos mamarios, que fueron resecados, el mayor de ellos en la mama derecha, de 15 por 25 mm cuya histología demostró sarcoma indiferenciado. La inmunohistoquímica de ambas lesiones fueron idénticas. El nódulo de la mama izquierda resultó fibroadenoma en el estudio histopatológico.

La exploración axilar bilateral fue normal y un PET Scan descartó otra localización tumoral con actividad metabólica.

Conclusiones: Los sarcomas primarios de mama representan menos del 1% de los tumores de la glándula y su presentación como MEB es extraordinariamente rara, pero debe considerarse en los diagnósticos diferenciales.

La resección con electrocauterio usando broncoscopia rígida puede mejorar las condiciones clínicas y funcionales antes de la cirugía.

#### 21453. RENDIMIENTO DE LA AGUJA DE SCHIEPATTI

Sansostera, A. R.; Dure, R.M.; Ortiz Naretto, A.; Olenchuck, A.

Introducción: Evaluación del rendimiento de la aguja de Schieppatti como método de diagnóstico en aquellas patologías que se presentan como masas pulmonares y/o mediastinales y que comprimen a la vía aérea.

Material y métodos: Se han estudiado 45 pacientes entre el año 2003 y 2007, 33 de sexo masculino y 12 de sexo femenino. La edad promedio fue 53,84 años y las edades eran entre 23 y 80 años. Todos los pacientes tenían TAC de tórax que permitían evaluar el sitio a punzar desde la imagen.

Se utilizó el broncoscopio rígido de Chevallier Jackson modificado por González Loza y en algunos el Dumond. El fibrobroncoscopio se utilizó como complemento para elegir el sitio de punción desde lo endoscópico

La anestesia utilizada fue la combinación de local con lidocaína mas inducción con midazolam fentanilo y sedación con propofol. Resultados: Hubo diagnóstico en 25 pacientes (55%). 14 (31%) se obtuvo el diagnóstico de malignidad (linfomas 5; adenocarcinomas 5; epidermoide 1; células pequeñas 1; células atípicas 2). En 11 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados: sarcoidosis 1, pseudotumor inflamatorio 1; proceso crónico inespecífico 1; bronquitis inespecífica 6; proceso inflamatorio granulomatoso 1; neumonitis 1. En 20 pacientes (45%) no se obtuvo diagnóstico. Complicaciones no hubo.

Conclusiones: El uso de la aguja de Schieppatti es una alternativa diagnóstica a tener en cuenta cuando no es posible el acceso a la aguja de Wang. O cuando la aguja de Wang no ofreció diagnóstico pudiendo ser un puente a tener en cuenta antes de la mediastinoscopia. El problema sigue siendo la falta de personal entrenado para seguir efectuando esta técnica de bajo costo y baja morbilidad.

DOMINGO 14 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.30 hs

## Imágenes del tórax

#### 21676. CARACTERIZACIÓN DE MASAS MEDIASTINICAS MEDIANTE TC Y RM

Rossi, S.; Montes, F.; Lopez Moras, J.; Santos, J.

Objetivos: Destacar la utilidad de TC y RM para la caracterización de masas mediastínicas.

Enumerar etiologías más frecuentes de masas mediastinales  
Describir claves clínicas e imagenológicas para acotar los diagnósticos diferenciales.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, de medios diagnósticos (tomografía computada, RM). Se analizaron las TC y/o RM de pacientes con presencia de masas mediastinales.

Resultados: El mediastino es el compartimiento anatómico extrapleural situado en el centro de tórax. Existen diversas clasificaciones propuestas para su mejor comprensión. Es una región que puede ser asiento de diversas formaciones tumorales, sólido o quístico, benigno o maligno, primitivo o secundario, por lo tanto plantea problemas en el diagnóstico diferencial.

Las masas mediastinales comprenden a un grupo diverso de patologías, muchas de las cuales son halladas de manera incidental Rx de tórax. El conocimiento de la anatomía normal, así como los distintos reparos anatómicos presentes en la Rx simple de tórax son cruciales para realizar una aproximación diagnóstica acertada. La TC y RM son métodos de diagnósticos óptimos para interpretar las masas mediastinales.

Conclusiones: La TC y la RM son los métodos de elección no solo para confirmar la presencia de masas mediastinales, sino también para definir su localización, caracterización, extensión y relación con las distintas estructuras vasculares.

MARTES 16 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Imperio A – 15.00 a 16.30 hs

## Fisiopatología

#### 21444. ENFERMEDAD BULLOSA, FIBROSIS Y ESPIROMETRIA NORMAL: PRESENTACION DE 2 CASOS

Arce, S.C.; Molinari, L.; Sobrino, E. M.; Salvado, A.; Quadrelli, S.; De Vito, E.L.

Los pacientes con enfisema y fibrosis pulmonar conforman un grupo diferenciado, con estudios funcionales, tratamiento y pronóstico particulares (Cottin V. Eur Respir J 2005; Mura M. Respir Care 2006). La falta de evaluaciones seriadas puede dificultar la interpretación de los hallazgos funcionales aislados. Se presentan dos pacientes (sexo masculino) con antecedentes de tabaquismo, que consultan por disnea CF II. Paciente 1: 59 años, antecedentes de oxigenoterapia crónica domiciliaria, hernia hiatal y esofagitis grado IV por reflujo gastroesofágico. TAC del 2005: áreas de enfisema bulloso centrolobulillar y paraseptal y patrón en panal de abejas subpleural a predominio de lóbulos inferiores. Gases: PaO<sub>2</sub> 45 mmHg, SatO<sub>2</sub> 78%, PaCO<sub>2</sub> 40 mmHg, Caminata de 6 minutos con O<sub>2</sub>: caída de SatO<sub>2</sub> 97 a 70%. Ecocardiograma: dilatación de cavidades derechas, insuficiencia tricuspídea y pulmonar leve/moderada y PSAP 51 mmHg. DLCO: 6,31 ml/mmHg/min (24%). TAC 2007: sin cambios.

Paciente 2: 45 años, TAC del 2004: enfisema centrolobulillar, bronquios engrosados y dilatados, imágenes de vidrio esmerilado bibasales. Caminata de 6 minutos: caída de SatO<sub>2</sub> 94 a 70%. DLCO: 10,7 ml/mmHg/min (38%). TAC 2007: agrega bullas subpleurales, zonas de panalización y bronquiectasias por tracción.

En ambos casos hubo acceso a estudios funcionales de 4 y 5 años previos a los actuales. El patrón de los primeros estudios era de tipo obstructivo y evolucionó con descenso marcado de la CVF, acompañado de un descenso menor del VEF1; esto determinó un aumento progresivo de VEF1/CVF.

Tabla:

	Paciente 1				Paciente 2		
	03/2002	01/2005	02/2007	06/2007	04/2003	09/2004	08/2007
CVF	89	98	81	76	93	88	75
VEF1	72	72	64	76	82	80	71
VEF1/CVF	59	59	62	71	67	69	72

El seguimiento funcional respiratorio a largo plazo permitió sostener que, sobre un pulmón previamente enfisematoso se instaló una fibrosis pulmonar idiopática. El aumento de la tracción radial por la elasticidad incrementada del parénquima pulmonar fibroso, evitaría el colapso dinámico de la vía aérea que tiene lugar en el enfisema, pseudo-normalizando el patrón obstructivo. Asimismo, es probable que esta elasticidad aumentada produzca el incremento de diámetro de las bullas enfisematosas. Se ha sugerido que el reflujo gastroesofágico podría ser una causa de fibrosis pulmonar (Raghu G. *Am J Med* 2003).

#### 21795. COMPORTAMIENTO DE MANOMETRÍA PLEURAL Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON PUNCIONES REITERADAS

Arce, S.C.; Lamot, S.B.; Sobrino, E. M.; De Vito, E.L.

**Introducción:** se ha intentado correlacionar la manometría pleural (MP) con la chance de pleurodesis exitosa, la aparición de síntomas, el diagnóstico definitivo, maximizar el volumen de líquido evacuado y evitar complicaciones hemodinámicas. Hasta nuestro conocimiento, la fisiología del espacio pleural en punciones sucesivas, no ha sido reportada.

**Objetivos:** describir el comportamiento del espacio pleural en sucesivas punciones en 3 pacientes con derrame pleural neoplásico.

**Materiales y métodos:** Se utilizó un abboath 14G conectado a dos llaves de 3 vías: la proximal al paciente conectada a un manómetro en "U" y la distal a un reservorio para recolectar el líquido evacuado. Se efectuaron mediciones cada 200 ml. Se registraron SatO<sub>2</sub>, frecuencia cardíaca y disnea (escala de Borg). La evacuación fue detenida si el paciente presentaba desaturación, disnea marcada, tos importante, dolor torácico o se alcanzaba una presión < -27 cmH<sub>2</sub>O. Se calculó elasticidad (EP) total (cmH<sub>2</sub>O/l), a los 400, 1000, 1400 y 2000 ml.

**Resultados:** 3 pacientes de sexo femenino con punciones seriadas por mal performance status. Etiología: a) extratorácico (colon: 4 punciones, endometrio: 3 punciones) y b) desconocido: 3 punciones. Volumen evacuado: 1450 a 2430 ml. EP total: 6,3 a 15 cmH<sub>2</sub>O/litro (compatible con atrapamiento pulmonar = EP < 19). Dos pacientes (derrame derecho) tuvieron síntomas a similar volumen evacuado de líquido pleural (y acumulado según Rx), con presiones inicial y final, EP, SatO<sub>2</sub> inicial y grado de disnea similares. Las tres pacientes tuvieron un intervalo entre la primera y la última punción de 40 a 50 días. La tercer paciente (derrame izquierdo) se comportó de similar manera en las primeras dos punciones, pero se obtuvo mayor volumen, presión negativa y EP final en la tercer punción; ese líquido mostró parámetros que indican un menor grado de inflamación pleural y el intervalo de tiempo transcurrido hasta presentar síntomas (a diferencia de las otras dos pacientes) fue progresivamente menor: 60, 27 y 13 días. No hubo complicaciones.

**Discusión:** Se acepta que la persistencia de un exudado en el espacio pleural tiende a organizarse y producir restricción. En 2 de nuestras pacientes, esta suposición no pudo ser corroborada. Contrariamente a lo esperado, la paciente con parámetros de menor permeabilidad pleural fue la que mostró signos de mayor organización de la misma.

**Conclusiones:** las tres pacientes presentaron patrón de atrapamiento pulmonar. No se halló patrón de pulmón atrapado (EP > 19, etc). La EP de la paciente 3 aumentó con las sucesivas punciones. No se pudo identificar fehacientemente la/las causa/s de este comportamiento diferente (características del líquido, lado del derrame, etc).

LUNES 15 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.30 hs

## Infecciones

### 21381. VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES AMBULATORIOS 2006- JULIO 2007, TUCUMÁN

Zamora de Raya, A.M.; Ruiz de Huidobro, G.; Lopez de Caillou, M.S.

**Introducción:** La Unidad Centinela de Influenza (UCI) se implementó en Tucumán en junio 2003 para realizar vigilancia epidemiológica de virus influenza A (IA), B (IB) y otros virus respiratorios: respiratorio sincicial (VRS), adenovirus (ADV) y parainfluenza (PI) y está formada por tres componentes: Epidemiológico, Médico y Laboratorio.

**Objetivos:** Determinar prevalencia de virus respiratorios en pacientes ambulatorios con infección respiratoria aguda (IRA), en Tucumán.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 634 pacientes ambulatorios con IRA, atendidos por médicos centinela en servicios públicos y privados de Tucumán, durante el período 01 febrero 2006–21 julio 2007. Las muestras de hisopados o aspirados nasofaríngeos se procesaron por técnica de inmunofluorescencia (IF) para detección de antígenos virales de IA, IB, PI, VRS y ADV, en el componente laboratorio de la UCI, que funciona en la Cátedra de Virología de la Facultad de Bioquímica, Universidad Nacional de Tucumán.

**Resultados:** Sobre el total de 634 muestras fueron positivas para virus respiratorios 256 (40,4%), 146 en 2006 y 110 en 2007. En 2006 los positivos correspondían a niños; los virus encontrados fueron: VRS 71.9%, IA 11%, IB 3.4%, PI 10.3%, ADV 3.4%. El VRS hizo un pico en febrero, presentación estacional no usual para este virus. Los virus influenza A y B se detectaron solamente de julio a setiembre. El diagnóstico clínico de los pacientes estudiados fue: bronquiolitis 36%, enfermedad tipo influenza (ETI) 29%, bronquitis 19%, neumonía 4% y SBO y otros 16%.

En 2007 los adultos positivos correspondían al 34.5% y los niños al resto. La distribución fue: VRS 4.5% adultos y 44.5% niños, IA 25.5% adultos y 14.5% niños, PI 4.5% adultos y 5.6% niños y coinfección ADV + VRS en un niño. El VRS hizo la presentación habitual en la estación fría. Influenza se detectó a fines de mayo y su pico se registró entre las semanas epidemiológicas (SE) 23 y 25. El diagnóstico clínico de los pacientes estudiados fue ETI 46%, bronquitis 22%, bronquiolitis 18%, neumonía 4% y otros 10%.

**Conclusiones:** En los niños el virus predominante fue VRS y en adultos IA. Bronquiolitis fue el síndrome más frecuente en niños y ETI en adultos. El modelo de vigilancia a través de la UCI demostró ser efectivo para la detección de Influenza y otros virus respiratorios y brinda un mayor conocimiento acerca de la circulación y el comportamiento epidemiológico de estos agentes, garantizando un mejor control y toma de medidas epidemiológicas para la disminución de la morbilidad y mortalidad. Las muestras positivas para Influenza se derivaron al Centro Nacional de Referencia para aislamiento y tipificación,

datos que junto a los del resto del hemisferio sur, constituyen un importante aporte a la formulación de la vacuna antigripal.

#### 21429. BOTRIOMICOSIS

Menendez, P.; Frias, A.I.; Visca, M.; Tziavaras, M.E.; Fulgenzi, A.; Abbate, E.

Caso clínico: Paciente de 22 años, masculino, oriundo de Paraguay. Sin antecedentes clínicos previos. Cuadro de 2 meses de evolución de síndrome de impregnación + síndrome respiratorio, fiebre, tumoración torácica anterior paraesternal superior izquierda.

Realizó tratamiento antibiótico en Paraguay por un mes (cefixime). Ingresó al Hospital Muñiz adelgazado, con lesión torácica flogótica y ulceración de 2.5 cm con tejido de granulación rojizo, fácilmente sangrante y material hemopurulento. Laboratorio: ERD aumentada, leucocitosis, hipergammaglobulinemia policlonal. HIV neg. Rx de tórax: opacidad en LSI. Ecografía de partes blandas: imagen en partes blandas que rodea costillas, compatible con absceso o crecimiento tumoral. Condensación pulmonar subyacente con pérdida de límite con la masa descripta. TAC: opacidad heterogénea en LSI y llingula con broncograma aéreo con contacto pleural. Imagen isodensa sólida a nivel de la pared anterior de hemitórax izquierdo compatible con absceso de pared. Leve hepatoesplenomegalia difusa, homogénea. RMN de pared torácica: proceso que involucra los tejidos blandos de la región pre y paraesternal izquierda con compromiso en profundidad del plano óseo y pleural.

Hemocultivos: negativos. Biopsia: pleuritis crónica inespecífica. Cultivo GC: staphylococcus epidermidis sensible a vancomicina, teicoplanina, gentamicina. Micológico: se aisló estafilococo coagulosa negativo. Punción de MO: normocelular activa. Infiltración por proceso probablemente supurativo. Citológico MO: se observa adipositos y distintos elementos inflamatorios junto a acúmulos eosinófilos, fibrilares. Fenómeno de Splendore Hoeppli.

Con diagnóstico presuntivo de botriomicosis inició tratamiento con linezolid 1200 mg/día y rifampicina 600 mg/día. A los 2 meses se suspendió linezolid, continuando con R + TMS durante 12 a 18 meses.

Presenta buena evolución clínica y de laboratorio con involución radiológica de las lesiones pulmonares, disminución del tamaño de la lesión de partes blandas y de pared.

Conclusiones: Uno de los principales diagnósticos diferenciales que se hizo al ingreso fue el de tuberculosis pulmonar con extensión a piel, tejido óseo y celular subcutáneo, dado que la presentación del cuadro clínico y radiológico eran compatibles. Actualmente el Staphylococcus epidermidis y otros estafilococos coagulosa negativos, que solían considerarse contaminantes del cultivo, están presentando mayor importancia como agentes verdaderos patógenos. Si bien la botriomicosis es una rara enfermedad podría haber casos erróneamente diagnosticado como micetoma siendo este en principal diagnóstico diferencial. El diagnóstico se basó en la clínica, en la observación de la lesión de pared torácica y en los hallazgos citológicos de la punción de la médula ósea. La dificultad en hallar el agente bacteriológico es habitual en este proceso.

#### 21436. MICOBACTERIOSIS PULMONAR NO TUBERCULOSA. UN DIAGNOSTICO PARA TENER EN CUENTA

Quercia Arias, O.E.; Uribe Echevarría, A.; Bustamante, N.; Medeat, N.; Canalis, G.; Cardinali, L.; Bochinfuso, M.; Losano, M.; Arribas, G.; Rottino, S.

Las Micobacterias Atípicas, ampliamente distribuidas en la naturaleza, son reconocidas desde el año 1901, fueron clasificadas en el año 1960, acorde a características de pigmentación y velocidad de crecimiento en los cultivos. Desde el año 1990 hasta la actualidad, se han venido descubriendo nuevas especies, con el advenimiento de métodos microbiológicos más específicos,

es el caso del *Micobacterium Lentiflavum*, del cual hay pocos casos descriptos en la bibliografía. Presentamos 2 casos, estudiados en nuestro hospital entre el 2004 al 2005. En ambos casos consultaron por expectoración hemoptoica, de larga data, con compromiso del estado general, antecedentes de tuberculosis pulmonar y con lesiones radiológicas residuales en ambos vertices pulmonares. Se solicitó baciloscopia de esputo, con directos positivos, por lo que recibieron tratamiento con tuberculostáticos, sin mejoría. El cultivo de las muestras desarrollo *M. Lentiflavum* y fueron referidas al Inst. Malbran, para estudios de sensibilidad y antibiograma, por lo que se modificó el esquema antibiótico, siendo sensibles a claritromicina y ciprofloxacina.

Conclusiones:

- 1- La Micobacterias atípicas deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de sintomáticos respiratorios, de comienzo insidioso, con BAAR positivo, y mala respuesta a tuberculostáticos.
- 2- El diagnóstico es exclusivamente bacteriológico, y requiere pruebas de sensibilidad y antibiograma realizadas en un centro de referencia para micobacterias.
- 3- Entre los factores de riesgo: antecedente de TBC, enfermedad pulmonar preexistente, inmunosupresión.
- 4- La importancia de hacer diagnóstico, se basa en la necesidad de instaurar un tratamiento específico, prolongado, ya que son resistentes a los tuberculostáticos, para alcanzar la mejoría clínica, bacteriológica y radiológica.

#### 21459. NEUMONIA Y EMPIEMA PLEUROPERICARDICO POR HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE

Caminos, J.; Sagardia, J.; Torres, R.; Kumar, L.; Loiacono, F.; Monteverde, A.

Introducción: La etiología microbiológica de la neumonía adquirida en la comunidad ha cambiado en los últimos 20 a 30 años y aunque el *S. pneumoniae* continúa siendo el patógeno más frecuente, recientes estudios indican un incremento en la incidencia de *Legionella* spp, *Mycoplasma* spp, *Chlamydia pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, y virus.

Reportamos el caso de un paciente con neumonía y empiema en donde se aisló *Haemophilus parainfluenzae* en hemocultivos (HC) y líquido pleural (LP).

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Paciente de 60 a., hepatitis C que ingresa por cuadro de 5 días de evolución compatible con neumonía que no respondió al tratamiento con penicilina.

En el examen físico: hipoventilación y crepitantes en campo medio y bases, taquipnea, fiebre y regular dinámica ventilatoria. Laboratorio: hipoxemia (PAFI 284), leucopenia, plaquetopenia e insuficiencia renal.

Rx de tórax: infiltrados bibasales con broncograma aéreo, sin derrame pleural.

Se interna con diagnóstico de sepsis severa secundaria a neumonía de la comunidad. Se toman HC e inicia tratamiento con ceftriaxona-claritromicina. Evoluciona febril. A las 48 h. del ingreso se constata derrame pleural por lo que se realiza pleurocentesis bilateral. LP izquierdo compatible con empiema. Se coloca tubo de avenamiento. GRAM directo: cocobacilos GRAM -. Se rota ceftriaxona a ampicilina-sulbactam. En el día 6 de internación evoluciona oligúrico, febril, con insuficiencia ventilatoria y tendencia a la hipotensión.

HC 2/2 cocos +. Cultivo de LP H. parainfluenzae β-lactamasa +. Ingresó a UTI. Se realiza nueva punción pleural de derrame derecho el cual es compatible con empiema. Se coloca tubo de avenamiento pleural derecho. Evoluciona con shock séptico con requerimiento de intubación y ARM. Se rota antibióticos a piperacilina-tazobactam-vancomicina. Intercurre con FAARV



sin respuesta a cardioversión eléctrica. Eco2D: derrame pericárdico severo con colapso de cavidades. Pericardiocentesis: drenaje de 1300 ml de líquido purulento. Se coloca drenaje pericárdico subxifoideo percutáneo. Resultado final de HC: cocos + que no desarrollan y H. parainfluenzae B-lactamasa +. HIV - Proteinograma electroforético: pico monoclonal IgG tipo lambda. Proteinuria de B. Jones +. Se plantea diagnóstico de mieloma múltiple. Evolucionan favorablemente. Se extuba pero a las 24 horas requiere reintubación por NAR.

Conclusiones: Pocos casos de infecciones del tracto respiratorio inferior producidos por este germen han sido publicados.

H. parainfluenzae puede causar neumonía en la comunidad y a pesar de que presenta baja patogenicidad debería ser considerado como un posible patógeno.

Existe un solo caso reportado de empiema pleural causado por este germen en un paciente inmunocomprometido.

#### 21463. DETECCIÓN PRECOZ DE LA ETIOLOGÍA VIRAL EN PACIENTES CON IRA ASISTIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL AVELLANEDA DE TUCUMÁN. FEBRERO A JULIO DE 2007

Criado de Martin, A.; Zamora de Raya, A.M.; D Angelo, M.E.; Leva, R.; Acosta, G.; Altamirano, F.; Vellido, M.; Arce, M.; Lopez de Caillou, M.S.

El Servicio de Pediatría desde el año 2004 solicita a los pacientes con IRA, análisis virológico para arribar al diagnóstico correcto y evitar el mal uso de antibióticos.

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de virus respiratorios en los pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Avellaneda, en el periodo febrero a julio 2007 su relación con el diagnóstico clínico y tiempo de internación.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Las consultas por patologías respiratorias en este periodo fueron 8414. Los criterios de selección: toma de muestras dentro de 72 hs. de inicio de síntomas: fiebre mayor a 38 °C, rinitis, tos, faringitis, laringitis, bronquiolitis y/o neumonía. Se tomaron 191 muestras, 55 ambulatorios y 136 internados de 1 mes a 6 años de edad. Las muestras de hisopados, en mayores de 2 años y aspirados nasofaríngeos en el resto, se remitieron a la Cátedra de Virología de la Facultad de Bioquímica, Universidad Nacional de Tucumán para detección de antígenos virales de Influenza A (IA), Influenza B (IB), Parainfluenza (PI), Virus Respiratorio Sincitial (VRS) y Adenovirus (ADV).

Resultados: De los 55 ambulatorios se detectaron VRS 11 (20%), IA 8 (14.5%), PI 3 (1.8%), ADV 1 (1.8%) y negativos 32 casos (58%). De los 136 internados 72 VRS (52.9%), IA 8 (5.8%), PI 5 (3.6%) y coinfección VRS+IA 3 (2.2%), negativos 48 (35.2%).

En los hospitalizados la presentación clínica predominante fue la bronquiolitis por VRS (40.7%), con una media de internación de 6.3 días, la que se prolongó en pacientes con hiperreactividad bronquial a 8.3 días.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de la etiología viral evitó el uso indebido de ATB en estos pacientes permitiendo implementar estrictas medidas de bioseguridad.

#### 21467. COMPROMISO FUNCIONAL, COLONIZACIÓN RESPIRATORIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

Moyano, V.; Hancevic, M.; Uribe, M.; Escudero, A.; Yorio, M.; Villarreal, J. Hospital Italiano de Cba.

Las bronquiectasias generan compromiso funcional respiratorio por la colonización y exacerbaciones infecciosas con pérdida progresiva de la función pulmonar.

Las pruebas funcionales no reflejan solas este impacto completamente, por lo cual deberían ser evaluadas junto a un cuestionario de calidad de vida.

Objetivos: Evaluar una población de pacientes bronquiectásicos. Correlacionar colonización bacteriana respecto al cuestionario de Saint George y parámetros funcionales.

Material y Métodos: se evaluaron retrospectivamente 29 pacientes, analizándose: sexo, enfermedad de base, años de diagnóstico, capacidad vital forzada (CVF), volumen espirado en primer segundo (VEF1), test de marcha, ventilación no invasiva, gasometría, cuestionario de Saint George, colonización bacteriana, sinusitis y enfermedades asociadas.

Resultados: femenino 58,6% masculino 41,4%, promedio de edad 56 años (+-15,14) Enfermedad de base: fibrosis quística 10,3%, hipogammaglobulinemia 3,4%, secuela de TBC 3,4%, síndrome de Kartagener 3,4%, aspergilosis 3,4%, disquinesia ciliar 3,4%. Años de diagnóstico 20 (+-15,14). Promedios de CVF 70% (+-13,62), VEF1 52% (15,45), media de Test de marcha 343 metros (+-147,45), ventilación no invasiva 17,2%. Media test de calidad de vida 35% (+-27,72), colonizados con Pseudomona A. 34,9%, Nocardia 6,9% Haemophilus I. 3,4% Pseudomona A-MAV 3,4%, Moraxella C. 3,4% Burkordelia 3,4%, sinusitis crónica 72,4% de los pacientes Enfermedades asociadas: reflujo gastroesofágico 37,9%, asma 3,4%, artritis reumatoidea 3,4%. Fue estadísticamente significativa la colonización por Pseudomona A. Respecto al impacto en la calidad de vida (p0, 0007), La relación Capacidad Vital Forzada y Colonización por Pseudomonas fue estadísticamente significativo (p< 0.004). La disminución de FEV1 respecto a la colonización de pseudomona arroja un valor de 0.004, la disminución de metros caminados respecto a la presencia de pseudomonas fue estadísticamente significativa; la hipoxemia también se relaciona positivamente con la presencia de pseudomonas.

Conclusiones: La colonización por pseudomona tuvo un impacto negativo en la calidad de vida de esta población. Desde el punto de vista funcional la Capacidad Vital Forzada y el FEV1 sufrieron un impacto negativo en los pacientes colonizados por pseudomonas así como presentaron insuficiencia respiratoria y disminución de los metros caminados en el test de 6 minutos.

#### 21470. NEUMONÍA GRAVE EN PACIENTES SIN COMORBILIDADES

Serrano Moscoso, R.; Monteverde, A.; Peluffo, G.; Setien, D.; Lloria, M.

Objetivos: Determinar la frecuencia, posibles etiologías y sus factores de riesgo.

Material y Métodos: Desde mayo de 2006 hasta junio de 2007 se internaron en el Hospital Posadas, 352 pacientes con diagnóstico de neumonía de acuerdo a los criterios de FANG. Se consideraron graves los que presentaban criterios de la ATS. Se incluyeron en forma prospectiva 18 pacientes con neumonía sin comorbilidades, el 5% de las neumonías.

Resultados: sexo: M: 50% F: 50%, edad: Media 33 (15-68), ingreso a UTI: 72%, ARM: 4%, tiempo hasta el inicio del tto: 5 días (1-10), ATB previos: 39% adecuado: 6%, APACHE al ingreso: media 11, PSI al ingreso: media 88, CURB 65 al ingreso: media 2, extensión en RX: > de 2 lóbulos 94%, derrame pleural: 22% (empiema 17%), PAFI: media 212, falla hepática: 17%, falla renal: 56%, ATB empírico iniciado: 100% AMS+CLA, días de Internación: media 12 (3-30), evolución: buena 94% óbito: 6%, germen aislado: neumococo: 7 casos, micoplasma: 3 casos leptospira: 3 casos, Haemophilus: 1 caso sin aislamiento: 4 casos, albúmina: 2,5mg/dl, mortalidad atribuible: 0.

Discusión: Los agentes etiológicos excepto los casos de leptospirosis fueron los habituales a la neumonía de la comunidad. Se trató de una población joven con igual distribución de acuerdo al sexo. La mayor parte de los pacientes 72% requirió internación en UTI. El tiempo promedio desde el primer síntoma hasta la instauración del tratamiento efectivo fue prolongado 5 días. Recibieron antibiótico previo a la internación sólo 7 pacientes y fue adecuado sólo en 2. El tratamiento empírico indicado (según consenso argentino) fue adecuado en todos los casos con etiología comprobada.

El compromiso pleural se comprobó en 4 de los 8 casos por neumococo, siendo en 3 empiemas.

Los scores de PSI y CURB 65 subestimaron la gravedad probablemente por la exclusión de las comorbilidades y el promedio de edad baja, en cambio sobreestimaron la posibilidad de mortalidad ya que no hubo mortalidad atribuible a neumonía, el único caso fallecido fue por barotrauma. La media de albúmina plasmática fue llamativamente baja 2,5mg/dl para una población joven sin comorbilidades.

Conclusiones: Consideramos como posibles factores contribuyentes a la gravedad de la neumonía, la demora en el inicio del tratamiento adecuado y un estado de desnutrición previo.

El tratamiento empírico inicial según el consenso argentino de neumonía, cubrió a la totalidad de los agentes etiológicos aislados. Es necesario realizar estudios multicéntricos para ampliar el número de casos, abarcar distintos tipos de población y distintas regiones del país, e incluir grupos control y profundizar la búsqueda de factores condicionantes de gravedad en el huésped, como inmunitarios, genéticos, socioeconómicos, etc.

#### 21579. UNIDAD CENTINELA DE INFLUENZA

Zamora de Raya, A.M.; Calli, R.; Montivero, L.; Ruiz de Huidobro, G.; Lopez de Caillou, M.S

El seguimiento mundial del virus influenza a través de la vigilancia es el mecanismo que permite seguir la evolución de los virus circulantes. La OMS coordina desde 1952 una red internacional que proporciona información a sus miembros y aconseja las medidas más eficaces de prevención y control.

El objetivo de esta presentación es comunicar a profesionales de la salud y a especialistas en enfermedades respiratorias en particular, la estrategia de vigilancia de influenza y otros virus respiratorios, a través de unidades centinela (UC) implementada en Tucumán y otras provincias argentinas.

La Red OMS de Vigilancia de la Gripe consta de cuatro centros de referencia e investigación en Estados Unidos; Reino Unido; Australia y Japón y 110 centros en diferentes países. Cada país tiene laboratorios nacionales de referencia (LNR); en Argentina funcionan en Buenos Aires, Mar del Plata y Córdoba y analizan las muestras de pacientes derivadas por las jurisdicciones. En 15 provincias funcionan 26 laboratorios colaboradores, entre los que se encuentra Tucumán desde junio 2003. La estrategia de vigilancia por UC se basa en la recolección de datos de una muestra (randomizado o no) que son utilizados como indicador de lo que ocurre en la población, para identificar casos de enfermedad en forma temprana y evaluar tendencia de la misma. La UC en Tucumán está formada por tres componentes: -Clínico: diez médicos centinelas (MC) voluntarios, cuya función es informar la incidencia de enfermedad tipo influenza (ETI) entre sus pacientes y tomar muestras para diagnóstico. -Laboratorio colaborador (LC) provincial que funciona en la cátedra de Virología, Universidad Nacional de Tucumán y -Epidemiológico (CE) que coordina el procesamiento, análisis y difusión de datos. A uno de cada tres pacientes que cumpla con la definición de caso de ETI: fiebre de 38 °C o más, acompañada de mialgia o postración y tos o dolor de garganta y esté en los 3 días del inicio de los síntomas, se toma aspirado o hisopado nasofaríngeo en medio de transporte y se remite al LC. Se considera caso confirmado de Influenza cuando se detecta antígeno por inmunofluorescencia. Las muestras que resultan positivas para virus influenza A y B se derivan al LNR para aislamiento en cultivos celulares y tipificación, según protocolos internacionales para conocer los subtipos circulantes.

Conclusiones: La implementación de la UCI en Tucumán, inserta en el Sistema de Vigilancia actual, permite:

- Focalizar la vigilancia de virosis respiratorias
- Identificar con detalle las características de las enfermedades tipo influenza

- Detectar brotes para dar una respuesta oportuna
- Facilitar la investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio
- Monitorear las cepas circulantes de virus Influenza
- Evaluar medidas de prevención y control
- Utilizar los recursos de forma efectiva y eficaz

#### 21721. NEUMONÍA POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON TRASPLANTE PULMONAR ALEJADO

Osses, J.M.; Wagner, G.; Ahumada, R.; Majo, R.; Cáneva, J.O.; Bertolotti, A.; Favalaro, R.

Introducción: El citomegalovirus (CMV) es la etiología infecciosa más común en el post trasplante pulmonar inmediato luego de las infecciones bacterianas, con una frecuencia de 53 a 75% en los primeros 3 meses. La forma de presentación es amplia, desde la infección asintomática a enfermedad clínica (neumonía, afectación gastrointestinal, sistema nervioso central y retina).

Se presenta una neumonía por CMV en un paciente con trasplante pulmonar alejado.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 54 años de edad portadora de enfisema por déficit de alfa1 AT, trasplantada unipulmonar derecha en febrero de 2004.

Inmunosuprimida con deltisona, micofenolato y tacrolimus.

Evoluciona en clase funcional I, espirometrías estables con un FEV1 1.40 (60%) y FVC 2.32 (84%) hasta diciembre de 2006 en que presenta tos con expectoración purulenta, disnea y descenso espirométrico FEV1 1.05 (48%), FVC 2.40 (50%).

Rx de tórax: infiltrados en lóbulo inferior derecho (LID).

Fibrobroncoscopia (FBC) con biopsia transbronquial (BTB): anatomía patológica: sin rechazo celular agudo. Cultivo del Lavado broncoalveolar (BAL): Pseudomonas aeruginosa resistente a ciprofloxacina. Completó 21 días de tratamiento con cefepime.

Por persistir con disnea en clase funcional III, y deterioro del intercambio gaseoso, se realizó nueva FBC con BTB la cual que puso en evidencia neumonitis severa por CMV; antigenemia positiva para CMV.

TAC de tórax: intersticio reticulonodulillar en LID y lóbulo medio con la presencia de bronquiectasias.

Realizó tratamiento durante 28 días con Ganciclovir endovenoso y 7 dosis de Gammaglobulina hiperinmune anti CMV.

La paciente evolucionó con clase funcional III-IV, requerimientos de oxigenoterapia, y con severa obstrucción de la vía aérea: FEV1 0.42 (19%), FVC 1.25(47%)

Comentario: Se presenta una forma severa de neumonía por CMV en una paciente con trasplante pulmonar alejado, con pérdida persistente de la función del injerto a pesar de un tratamiento adecuado

#### 21772. NEUMONÍA HERPÉTICA EN INMUNOCOMPROMETIDOS: REPORTE DE 2 CASOS

Preceruti, J.; De la Canal, A.; Kahl, G.; Svetliza, G.; Viudes, J.; Dubra, C.; Rodríguez Jiménez, J.; Dalurzo, M.

Introducción: La neumonía por Virus Herpes Simple 1 (VHS-1) es una entidad infrecuente, y cuando se presenta, suele darse en pacientes inmunocomprometidos graves. Se asocia con alta morbi-mortalidad.

Objetivos: Presentar dos casos clínicos de pacientes inmunocomprometidos que durante la evolución cursan con mucositis y neumonía por VHS-1.

Material y Métodos: Los casos corresponden a dos pacientes de 66 (EPOC – LLC) y 54 años (EPOC – Adenocarcinoma de recto), que alrededor del día 8 post quimioterapia se internan por neutropenia febril. Se inicia antibioterapia empírica con mala respuesta. Ambos evolucionan con insuficiencia respiratoria aguda, hipoxemia, infiltrados pulmonares intersticiales,

mucositis y fiebre persistente. Se realizaron FBC con BAL y se descartó infección bacteriana y micótica. Las citologías de los lavados alveolares confirmaron infección por VHS-1. La inmunodifusión de las úlceras orales también mostraron VHS-1. Se inicia Aciclovir sistémico. Uno de ellos evoluciona favorablemente y el otro con SDRA requiriendo ventilación mecánica y falleciendo posteriormente.

Conclusiones:

- En nuestra experiencia, la infección pulmonar por VHS-1 es muy poco frecuente, pero es un diagnóstico que debe considerarse en todo paciente inmunocomprometido.
- Es importante reconocer la mucositis como lesión asociada, ya que puede hacernos sospechar la etiología herpética pulmonar.
- El BAL y su observación anatómo-patológica y bacteriológica continúan siendo una herramienta especialmente útil para el diagnóstico de las infecciones oportunistas en este grupo de pacientes.

#### 21801. N.A.C. SEVERA EN INMUNOCOMPETENTE

Sale, H.A.; Mena, S.; Medina, C.; Marzoratti, L.; Diaz, O.

Paciente de sexo femenino, de 26 años, sin comorbididades, internada el 22/6/07 por dolor torácico en base de hemitórax derecho, tos seca, disnea y registro febril. Rx de tórax: opacidad intersticio alveolar basal derecha, con velamiento mínimo de seno costofrénico derecho, e imagen radioopaca marginal derecha de bordes convexos que impresiona pleural. Eco pleura: Escaso líquido, consolidación parenquimatosa posterior. Punción pleural negativa.

Ex. Espudo: BAAR y germen negativas. GB: 15900, N seg. 88%, eritrosedimentación 71mm, resto del laboratorio sin particularidades.

Se instala tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2g/d e.v. y claritromicina c/12 hs. Evoluciona afebril durante la internación. A la semana persistencia del dolor torácico, progresión radiológica con incremento del derrame pleural. Recuento de GB: 19.200, N 76%. Evoluciona con insuficiencia respiratoria por lo que se deriva a UCI.

Ecografía pleural confirma derrame no puro.

Hemocultivo positivo con aislamiento 2/2 staphylococcus aureus MR SAMR, (S: Gentamicina - Ciprofloxacina - Trimetro - Sulfar - Rifampicina - Vancomicina - Teicoplanina. Resistente: Meticilina - Cefalosporina - Eritromicina - Clindamicina) se rota atb a Vancomicina, se deriva para resolución quirúrgica, con buena evolución.

TAC de torax: resolución de empiema, imágenes bullosas en lóbulo superior izquierdo. Completo tratamiento 4 semanas. Se externa.

Conclusiones: Paciente joven sin inmunocompromiso ni comorbilidades, sin antecedentes de internaciones ni maniobras invasivas, que no presenta epidemiología de contacto con cepas intrahospitalarias. Se asume como NAC grave con derrame pleural asociado a empiema, con germen multiresistente de la comunidad, lo que motiva la presentación (a descartar COMARSA).

#### 21826. SÍNDROME PULMONAR Y RENAL POR HANTA VIRUS

Hasner, C.; Yarade, M.; De Vega, M.; Taboada, F.

Mujer de 50 años que ingresa a UTI por IRA y Shock séptico 2º a Neumonía de la Comunidad. Había consultado 48 hs antes por disnea CF 2-3, tos y fiebre interpretándose como NAC grave y recibiendo tto con ATB, broncodilatadores y corticoides EV con evolución tórpida. APP: TBQ 40 cig/día por 30 años. AEA: Consulta a su médico hace 5 días por astenia, mialgias, tos y cefalea con diagnóstico de síndrome gripal y tto sintomático. Viaje a Bolivia en los 15 días previos. EF: afebril, hipotensa,

taquicárdica, taquipneica, hipoventilación global, crepitantes bibasales. Abdomen distendido, con ascitis, edemas 3/6 mmii y candidiasis oral. Laboratorio: leucocitosis, elevación urea y LDH y gases con hipoxemia severa. RX TX: opacidades intersticio-alveolares bilaterales. Por inestabilidad hemodinámica e IRA se intuba y conecta a ARM recibiendo altas dosis de dopamina y noradrenalina. Se pancultiva e inicia tto con TMS, vancomicina, claritro, fluconazol y corticoides con diagnóstico presuntivo de PCP/ NAC severa en inmunocomprometido. A las 36 hs sufre paro cardíaco, respondiendo a las maniobras de reanimación. Evoluciona con insuficiencia cardíaca, SDRA (Pafi 100) y progresión del fallo renal por lo que se inicia hemodiálisis (ver fig 1) Ecocardio FSVI severamente deprimida y fracción de ey 30%. A los 4 días del ingreso se recibe serología para Hanta virus positiva (Elisa IgM e IgG virus Andes). Los cultivos y el HIV fueron negativos. Además de hemodiálisis y soporte cardiopulmonar se inicia infusión de albúmina, con mejoría clínica, gasométrica, Rx y de función renal por lo que se comienza destete.

Conclusiones: El Hanta virus provoca 2 enfermedades febriles agudas: Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (FHSR) y Síndrome Cardiopulmonar (SPH), este último con alta mortalidad (50%) y comprende 4 fases:

Febril: Indistinguible de un cuadro viral.

Cardiopulmonar: tos, taquipnea y disnea de esfuerzo marcan el inicio del edema pulmonar, que progresa rápidamente. En la RX se ven desde líneas B de Kerley hasta opacidades alveolares y aparece hipoxemia. El edema es no cardiogénico por aumento de la permeabilidad capilar con alto contenido proteico y hay shock con hipotensión, oliguria y depresión miocárdica.

Diurética: desaparece la fiebre, mejora el edema y la hipotensión.

Convaleciente: dura 2 semanas hasta 2 meses. Los hallazgos de laboratorio comprenden: hemoconcentración por pérdida capilar generalizada, leucocitosis, hipoalbuminemia, aumento de LDH y trombocitopenia con fibrinógeno normal. El diagnóstico es serológico por Ig G específica para Hanta positiva. El tratamiento se basa en el soporte ventilatorio y hemodinámico adecuado e incluye ARM y vasopresores. Lo destacable de este caso es el fallo renal oligúrico concomitante, que es casi exclusivo del virus que provoca FHSR y no del virus Andes, y el rol que juegan la hemodiálisis temprana y la infusión de proteínas en la disminución de la mortalidad.

#### 21847. RESPUESTA INMUNOLÓGICA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS ASOCIADA A INFECCIÓN POR HIV

Musella, R.M.; Quiroga M.F.; García, V.; Castagnino, J.P.

Departamento de Microbiología, Parasitología e Inmunología, Facultad de Medicina, UBA. División Neumotisiología, Hospital F.J. Muñoz, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La infección por HIV se asocia a falla en la inmunidad celular. Existen citoquinas producidas por los linfocitos T (LT) que son determinantes en el desarrollo de la susceptibilidad a la infección por Mycobacterium tuberculosis (Mtb). Asimismo, diferentes moléculas coestimuladoras modulan las respuestas de citoquinas de los LT.

Objetivo: Analizar la proliferación, producción de citoquinas y expresión de moléculas coestimuladoras SLAM (molécula linfocitaria activadora de señales) e ICOS (coestimulador inducible) en respuesta a Mtb y su relación con la infección por HIV.

Materiales y métodos: se estudiaron diferentes parámetros inmunológicos en pacientes con diagnóstico reciente de tuberculosis (TB) internados y coinfección por HIV. La proliferación de LT se determinó por incorporación de timidina tritiada; la producción de citoquinas por ELISA, y la expresión de SLAM e ICOS por citometría de flujo.

Resultados: Los pacientes HIV mostraron bajo índice de proliferación (IP) y bajos niveles de citoquinas. Los pacientes TB-HIV con  $>200$ -LTCD4/ $\mu$ l presentaron un alto IP y producción de IFN-gamma e IL-10, así como niveles aumentados de SLAM e ICOS constitutivos y frente a estimulación con Mtb. Dichos parámetros inmunológicos fueron significativamente menores ( $p < 0.005$ ) en el grupo de pacientes TB-HIV con  $<200$ -LTCD4/ $\mu$ l. La media de LTCD4/ $\mu$ l en este grupo fue 67 células/ $\mu$ l. Los pacientes TB presentaron altos niveles basales de SLAM e ICOS en LT. En respuesta a Mtb se detectaron dos grupos: AR (alta respuesta), individuos con IP, producción de IFN-gamma y expresión de SLAM e ICOS incrementados; y BR (baja respuesta), individuos que únicamente produjeron altos niveles de IL-10 en respuesta a Mtb.

Conclusiones: Los resultados indican que, en la infección por HIV, se modificaría la expresión y función de moléculas coestimuladoras, lo cual podría contribuir a la modulación de los perfiles de citoquinas en respuesta a Mtb y al impacto negativo sobre la TB.

LUNES 15 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 16.00 a 17.30 hs

## Epidemiología y tabaco

20.626. PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN EL PERSONAL HOSPITALARIO DEL HIGA "PROF. DR. LUIS GÜEMES" - HAEDO  
Violi, Damián; Vazquez, B.; Chiappero, G.; Gene, R.

Introducción: La prevalencia de tabaquismo en Argentina del personal de salud es del 35%, similar a la población general. Objetivo, materiales y métodos: Determinar prevalencia de tabaquismo en el personal de salud del HIGA. Dr. Güemes-Haedo. Se realizó un estudio descriptivo observacional, transversal por encuestas en forma anónimas y voluntarias con la 7 preguntas CORE de la OMS durante enero - febrero del 2007. Para comparar proporciones se utilizó Chi-cuadrado o Test de Fisher exacto. Se consideró estadísticamente significativo las probabilidades  $<0.05$ .

Resultados: De un total de 750 empleados, se recibieron 617 encuestas, de los cuales 239 (39%) eran fumadores; de estos 150 eran mujeres y 89 hombres. Se compararon porcentajes de fumadores en ambos sexos y no se observaron diferencias significativas (ver tabla). La edad de comienzo fue en mayores de 18 años (45%). Del total de fumadores el 32% es personal médico y el 40% personal no médico (40% enfermeros, 36% administrativos, 44% maestranza y 39% otros) al comparar los porcentajes no se observaron diferencias significativas  $p=0.13$  NS (ver tabla). El índice de fumadores es menor en nivel educativo terciario/universitario. Del total de encuestado el 8% vive solo (45% fuma), 52% con entorno fumador (51% fuma) y con entorno No fumador 40% (34% fuma).

Tabla:

		Total	No Fumador	Fumador
Sexo	Femenino	379 (62%)	229	150 (39%)
	Masculino	231 (38%)	142	89 (38%)
Educación	Primaria	61 (10%)	31	30 (50%)
	Secundaria	135 (22%)	72	63 (46%)
	Terciario/Univers	416 (68%)	268	148 (35%)
Laboral	Médico	199 (33%)	134	65 (32%)
	No médico	405 (65%)	242	163 (40%)
Familia	Fumadora	298	141	157 (51%)
	No Fumadora	228	149	79 (34%)

Conclusiones: La prevalencia fue semejante en ambos sexos, al igual que en personal médico y no médico, debe destacarse que si tomamos en cuenta al personal que está en contacto directo con el paciente (médico, enfermera), estos niveles son elevados y no ayudan en la función Modélica que se pide al profesional de salud. La edad de comienzo correspondió a "mayores de 18 años". Un entorno familiar no fumador posibilita menor tendencia al hábito tabáquico.

21277. EVALUACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL TABAQUISMO EN ALUMNOS DE COLEGIO PRIMARIO.

Di Loretto, M.; Olivera, C.; Gimenez, K.; Ramos, P.; Medin, M.I.; Cáneva, J.O. Sección Neumonología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICVCC). Fundación Favaloro. Buenos Aires, Arg.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los conocimientos acerca del tabaquismo en alumnos de colegio primario.

Material y Método: Se realizó en julio del 2007 una encuesta autoadministrada diseñada a tal efecto, realizada por el Equipo de la Sección Neumonología del Programa para Dejar de Fumar de la Fundación Favaloro dirigida a alumnos de un Colegio Primario dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Educación, de Capital Federal.

Resultados: Se encuestaron 191 alumnos con 100% de respuesta: 104 (54,4%) varones y 87 (45,5%) mujeres; edad promedio  $11.52 \pm 0.57$ ; rango 11 a 13 años.

Probó alguna vez: sí 15 alumnos (8%), no 173 (90,5%), no contestaron 3 (1,5%); edad de prueba: media 9, 42 años  $\pm 2,53$ , rango 5 a 12 años. Actualmente no fuman 188 (98,5%) y no contestan 3 (1,5%). En un futuro creen que fumarán: definitivamente no 115 (60,2%); probablemente no 49 (26%); probablemente sí 23 (12%); definitivamente sí 3 (1,5%); no contesta 1 (0,5%).

Alguien fuma en tu hogar: ninguno 75 (39,2%); padres fumadores 57(29,8%); madres fumadoras 64 (33,5%); hermanos/as fumadores 11 (5,7%); otros familiares 34 (17,8%).

Fumar cigarrillos es hábito: 10 (5%); adicción 131 (69%); ambos 28 (14,6%); 4 ninguno: (2%); no saben: 18 (9,4%). Fumar pasivamente es perjudicial para la salud: sí 176 (92,1%); no 6 (3,2%); no saben 6 (3,2%); no contestaron 3 (1,5%). Conocen los riesgos: sí 162 (84,8%); no 29 (15,2%).

Respuestas por el conocimiento del daño del tabaquismo: 172 (90%) enfermedades respiratorias; 86 (45%) enfermedades cardiovasculares; 157 (82,2%) cáncer; 131 (68,5%) muerte; 146 (76,4%) adicción; 40 (21%) problemas digestivos. Recuerdan recepción de información por parte de los docentes del colegio: sí 122 (64%); no 69 (36%). Observaron fumar dentro de colegio: sí 118 (62%); 68 (36%) no 4 (2%) no contestaron. Desean información sobre los riesgos del tabaco: sí 100 (52,4%); no 44 (23%); no contestaron 47 (24,6%).

Conclusiones: Considerando que el 8% de la población encuestada probó cigarrillos y que el 60,8% está expuesto al Humo y Tabaco Ambiental (HTA) se enfatiza la importancia de continuar y afianzar campañas de prevención en este grupo de perfil encuestado. Dado que el 62% vió fumar dentro del colegio se sugiere encarar políticas de definición de colegios libre de humo. Al mismo tiempo visto el alto porcentaje de niños expuestos al tabaco en el ámbito domiciliario se sugiere incluir en la política antitabáquica a los familiares de los alumnos.

21.383. FUMAR EN LA ESCUELA DE DANZAS

Arresegor, B.; Muller, F.W.; Zabert, G.; Dick, M.; Rogolino, R.; Senatore, G.; Roseti, M.; Russo, A.; Lerner, M.; Cabria, C.; Correa, R.

Antecedentes: La mayoría de los fumadores se inician al tabaquismo antes de ser adultos. Los niños y jóvenes que experimentan con tabaco son presas fáciles del poder adictivo de la nicotina y pasan muy rápidamente de la condición de experi-

mentación a la de consumo habitual y a la adicción contrayendo graves riesgos de padecer enfermedades tabaco dependientes en la edad adulta.

**Objetivo:** Investigar la prevalencia de tabaquismo entre alumnos de la Escuela de Danzas Nelly Ramicone del GCBA, evaluando situación actual, pasada y expectativas referidas a la autopercepción sobre el futuro consumo de tabaco.

**Material y métodos:** El presente es un estudio de corte transversal, realizado durante los meses de agosto y septiembre de 2006, como parte de un proyecto de intervención y acción. Se evaluaron alumnos de ambos sexos mediante un muestreo de conveniencia. Los datos fueron recolectados por los investigadores a través de un cuestionario estructurado, validado en estudios previos que incluía las siguientes variables: edad, sexo, edad de inicio en el consumo, cantidad de años de consumo, consumo diario de tabaco, tiempo de abstinencia, actitud futura respecto de su condición frente al tabaco, diagnóstico de fase según el esquema de Prochaska, cuantificación de dependencia nicotínica mediante un test reducido de Fagerström, opinión personal sobre el modo de considerar el tabaquismo y conocimientos sobre los efectos del humo ambiental de tabaco. **Resultados:** Se recabaron 354 encuestas, sobre un total de 425 alumnos de la escuela, no hubo rechazos. De la población encuestada el 75,4 % fueron mujeres y el 93,7% tenía entre 13 y 17 años en el momento de la encuesta. El 55,9% "Probó Fumar"; 19,9% "fumó mas de 100 cigarrillos/vida", y 27,9% "Actualmente Fuma", (Fumador Diario: 14.1% y 13,8% Fumador Ocasional). El promedio de "cigarrillos día" fue de 6 unidades. La edad de inicio se encontraba entre los 8 y los 16 años, con una media de 13,2 años. Para un 63,8% de los encuestados pasa más de una hora entre que se despierta y fuma. El 30,1% de los alumnos fumadores se encuentra en Fase o Etapa de Preparación, el 10.8% en Contemplación y 59.1% se declara en Etapa de Precontemplación. Finalmente, el 77,5% de los alumnos consideraba al tabaquismo como una adicción, mientras que el 99,4% consideraba al humo ambiental de tabaco como perjudicial para la salud

**Conclusiones:** Se encontró un grupo de jóvenes con algunas características particulares: una baja proporción estudiantes que fuman, con un alto nivel de experimentadores, y una cantidad importante de fumadores en etapa de Preparación. Esto muestra un terreno favorable para realizar acciones en el colegio, tendientes a desalentar el inicio en el consumo y a favorecer la cesación.

#### 21418. IMPACTO DEL EQUIPO DE SALUD EN NUESTROS PACIENTES FUMADORES

Mancinelli, A.; Alchapar, R.; Chapini, J.; Abonassar, L.; González Perea, R.; Torres Rafols, G.; Guzante, M.

**Introducción:** Sabemos que el 40% de la población fuma, el 90% se inició entre los 10 y 15 años y que uno de cada 3 jóvenes fuma. Estas cifras aumentan diariamente, debido a diversos factores, publicidad tabacalera, déficit de control en ventas de cigarrillos, escasa información del personal médico a la población general y falta de compromiso con el paciente. Es por ello, que nuestro objetivo fue evaluar la participación médica de cesación tabaquica en pacientes que alguna vez fumaron.

**Material y métodos:** Se realizaron 100 encuestas en pacientes que consultaron a distintas especialidades, en consultorio de nuestro Hospital durante el mes de Abril y Mayo 2007. La encuesta contenía los siguientes datos: edad, sexo, fuma actualmente, intentos de abandono con o sin ayuda médica\*, alguien más fuma en domicilio, cantidad máxima de cigarrillos diarios.

\* en alguna oportunidad el medico aconsejo dejar de fumar

**Resultados:** Se encuestaron 53 personas de sexo femenino y 47 masculinos, con promedio de edad de 45 años (75-17), 66 pa-

cientes fuman actualmente, edad de comienzo: promedio 18 años (10-40); cantidad máxima diaria 18 (1-90) 58 pacientes habían intentado abandonar el tabaco (entre una y cinco veces) de los cuales sólo uno de ellos recibió ayuda médica y 62 pacientes además son fumadores pasivos en su domicilio.

**Conclusiones:** El 66% de los pacientes con historia de tabaquismo, lo hacen actualmente. Un 58% habían intentado abandonar varias veces, sólo 1% lo realizo con ayuda médica el 99% restante, lo hizo solo. Todos los médicos sin importar la especialidad que realicemos, tenemos la obligación de orientar al paciente para el abandono del tabaco.

#### 21419. PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y OSTEOPOROSIS

Mancinelli, A.; Alchapar, R.; Abonassar, L.; González Perea, R.; Chapini, J.; Guzante, M.; Torres Rafols, G.

**Introducción:** Tabaquismo según la OMS es la principal causa de muerte evitable en países en desarrollo, además responsable de 25 enfermedades mortales y/o crónicas (cáncer, EPOC, enfermedades cardiovasculares y metabólicas, osteoporosis, infertilidad, etc). La pérdida de densidad mineral ósea puede producirse por la edad (mayor en la menopausia) e incrementarse notablemente en mujeres fumadoras. El riesgo de padecer fractura de cadera por pérdida ósea aumenta en mujeres fumadoras. Además el tabaco de ser un factor de riesgo evitable para osteoporosis, encontramos que el alcohol, café y ejercicios físicos también lo son.

**Objetivos:** evaluar la prevalencia de osteoporosis en mujeres fumadoras que consultan en distintos consultorios de nuestro Hospital.

**Material y métodos:** Se recolectaron datos durante el mes de Mayo 2007 a través de una encuesta realizada a pacientes de sexo femenino perimenopáusicas en consultorios externos que habían fumado.

En dicha encuesta se interrogó diagnóstico de osteoporosis, historia del cigarrillo, edad, actividad física, edad de comienzo de tabaquismo, cantidad máxima de cigarrillos y si alguien más fuma en su domicilio.

**Resultados:** Se encuestó 53 mujeres que alguna vez habían fumado, 15 presentaron diagnóstico de osteoporosis, con "Edad Promedio Actual" 55 años (75-43), edad de comienzo tabáquico promedio 17 años, una cantidad máxima diaria de 23 cigarrillos, 4 continúan fumando, en el domicilio de 5 de ellas fuman y sólo 2 realizan actividad física.

**Conclusiones:** Encontramos que el 28% de mujeres con historia de tabaquismo de nuestra población hospitalaria presentan osteoporosis, son perimenopausicas con una importante cantidad de cigarrillos fumados, sin realizar actividad física y en algunas oportunidades situación agravada en el domicilio. El 27% de estas enfermas continúa fumando.

#### 21481. IMPACTO DEL EQUIPO DE SALUD EN NUESTROS PACIENTES FUMADORES

Mancinelli, A.; Alchapar, R.; Chapini, J.; Abonassar, L.; Gonzalez Perea, R.; Torres Rafols, G.; Guzante, M.

**Introducción:** Sabemos que el 40% de la población fuma, el 90% se inició entre los 10 y 15 años y que uno de cada 3 jóvenes fuma. Estas cifras aumentan diariamente, debido a diversos factores, publicidad tabacalera, déficit de control en ventas de cigarrillos, escasa información del personal médico a la población general y falta de compromiso con el paciente. Es por ello, que nuestro objetivo fue evaluar la participación médica de cesación tabaquica en pacientes que alguna vez fumaron.

**Material y métodos:** Se realizaron 100 encuestas en pacientes que consultaron a distintas especialidades, en consultorio de nuestro Hospital durante el mes de Abril y Mayo 2007. La encuesta contenía los siguientes datos: edad, sexo, fuma actual-

mente, intentos de abandono con o sin ayuda médica\*, alguien más fuma en domicilio, cantidad máxima de cigarrillos diarios.

\* en alguna oportunidad el médico aconsejó dejar de fumar.

Resultados: Se encuestaron 53 personas de sexo femenino y 47 masculinos, con promedio de edad de 45 años (75-17), 66 pacientes fuman actualmente, edad de comienzo: promedio 18 años (10-40); cantidad máxima diaria 18 (1-90) 58 pacientes habían intentado abandonar el tabaco (entre una y cinco veces) de los cuales sólo uno de ellos recibió ayuda médica y 62 pacientes además son fumadores pasivos en su domicilio.

Conclusiones: El 66% de los pacientes con historia de tabaquismo, lo hacen actualmente. Un 58% habían intentado abandonar varias veces, sólo 1% lo realizó con ayuda médica el 99% restante, lo hizo solo. Todos los médicos sin importar la especialidad que realicemos, tenemos la obligación de orientar al paciente para el abandono del tabaco.

#### 21420. TABACO Y EMBARAZO

Mancinelli, A.; Alchapar, R.; Abonassar, L.; Gonzalez Perea, R.; Chapini, J.; Torres Rafols, G.; Guzante, M.

Objetivos: Establecer prevalencia de mujeres que fumaron durante el embarazo en nuestro Hospital. En comparación las mujeres fumadoras, tienen una mayor probabilidad de correr riesgo durante el embarazo, que las no fumadoras; tales como bajo peso del recién nacido (RN), aumento de muerte súbita, desprendimiento de placenta, parto prematuro, etc.

Material y métodos: Se recolectaron datos durante el mes de Mayo 2007 a través de una encuesta realizada en consultorio externo a pacientes de sexo femenino que habían fumado.

En dicha encuesta se interrogó, historia del cigarrillo, edad, edad de comienzo de tabaquismo, cantidad máxima de cigarrillos, fuma actualmente, intentos de abandono.

Resultados: Se obtuvieron datos de 53 pacientes de sexo femenino de la cuales 18 fumaron en alguna oportunidad durante el embarazo, con una edad promedio de comienzo a los 16 años, promedio de cigarrillos fumados (21), actualmente siguen fumando 14 mujeres y mantienen una actividad laboral sólo 9 de ellas.

Conclusiones: Se evaluó que el 34% (18) de dicha población fumó durante el embarazo, la mayoría de las pacientes reconoció que fumar es perjudicial para la salud y el embarazo, pero aún el 26% continúa fumando. Es el rol del personal de la salud concientizar a la población en general, especialmente a mujeres en edad reproductiva, los perjuicios sobre el consumo de tabaco y sus consecuencias en el feto.

#### 21592. TABAQUISMO EN EMBARAZADAS

Sanchez, D.A.; Fiorelli, J.L.; Mancinelli, A.; Alvarez, Y.

Se realizó un cuestionario anónimo de diez preguntas cerradas, desde Enero a Marzo del 2006, a pacientes púerperas del Hospital Luís Lagomaggiore, y Hospital Diego Paroissiens de Maipú. El total de encuestadas fueron 279 mujeres.

Objetivos: Conocer la incidencia de la adicción tabáquica en embarazadas de nuestra población.

Exposición de embarazadas al humo de tabaco en forma pasiva. Determinar el conocimiento de las embarazadas sobre los perjuicios del tabaquismo.

Conclusiones: Se observó que 53,7% de las mujeres en edad fértil fuman o han fumado tabaco. De las pacientes encuestadas, 20% completo la secundaria, 24% tiene secundaria incompleta. Solo completaron la primaria el 33%, y no llegaron a completarla el 18%.

Un 53,4% de las mujeres embarazadas está expuesta al humo del tabaco en forma pasiva.

De las madres fumadoras, el 85% consume menos de 10 cigarrillos por día.

El 41.7% comienza a fumar antes de los 15 años y 84% antes de los 18 años. De las embarazadas fumadoras, el 11,5% continúa fumando durante el embarazo.

De las pacientes encuestadas, el 70% conoce algún efecto nocivo del tabaco. De ellas el 68% sabe que el tabaco produce enfermedades respiratorias. Esta información la obtuvieron en el 50% a través de los medios de comunicación, el 35% del obstetra de cabecera y 33% en la escuela.

#### 21667. ¿FUMAN DIFERENTE LOS HOMBRES QUE LAS MUJERES?

Smith, R.; Quadrelli, S.; Blasco, M. Angel; Salvado, A.; Bosio, M.; Borsini, E.; Chertcoff, J.

Programa RESPIRE. Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires.

Objetivos: Describir las diferencias entre hombres y mujeres fumadores incluidos dentro de una encuesta de consumo y de proceso de cambio para dejar de fumar.

Material y Métodos: Estudio descriptivo a partir de un cuestionario personalizado a pacientes fumadores que acudieron al consultorio de tabaquismo y realizaron el tratamiento de cesación tabáquica de un hospital general. Se evaluaron edad, sexo, características de consumo y del proceso de abandono.

Resultados: 345 pacientes estudiados. 50,3% personas del sexo femenino. Edad promedio 42,4 años (DE 13,6). Las personas del sexo masculino eran significativamente mayores que las mujeres (45,0 vs. 39,3;  $p < 0,001$ ), fumaban más (21,9 cig. / día vs. 18,9;  $p < 0,001$ ) y habían iniciado el consumo a más corta edad (15,9 vs. 17,4;  $p$  mayor a 0,001). La pareja del 40,9% de los masculinos era fumadora frente al 60,5% de la de las mujeres ( $p < 0,001$ ).

El test de motivación de Richmond no mostró diferencias entre géneros (media de Richmond: 6,21-DE 2,79)

El test de Fagerstrom fue de 4,56 para los sujetos masculinos frente a 4,28 de los pacientes del sexo femenino ( $p < 0,001$ ).

El análisis mostró mínimas diferencias entre varones y mujeres en cuanto al proceso de abandono:  $p = 0,02$ .

En cuanto a las motivaciones para dejar de fumar los principales son: la salud (93,9%), economía (20,6%), dar un buen ejemplo (18,8%), superar la dependencia (9,5%), estética (7,3%) y consejo médico (5,9%)

Los motivos: rol ejemplar, estética y la importancia dada al embarazo eran mayor en las mujeres.

Los sujetos del sexo masculino (4,58) habían intentado más veces abandonar el tabaco que las mujeres (3,32) ( $p$  mayor a 0,001).

Tabla:

Fases	masculinos	femeninos
Precontemplación	23,2	22,6
Contemplación	51	55,6
Preparación	21,4	18,5
Acción	4,4	3,3

Conclusiones: Este análisis muestra diferencias importantes entre factores relacionados al consumo de tabaco entre hombres y mujeres, así como las motivaciones para dejar de fumar; por lo tanto resulta necesario adecuar la intervención especializada a dichas diferencias.

#### 21669. ¿A MAYOR PESO CORPORAL, MAYOR CONSUMO?

Smith, R.; Blasco, M. Angel; Salvado, A.; Bosio, M.; Borsini, E.; Quadrelli, S.; Chertcoff, J.

Programa RESPIRE. Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires.

Objetivos: El aumento del peso corporal es un factor de riesgo cardiovascular y un elemento a considerar en el tratamiento

de deshabituación tabáquica. En el presente trabajo se propuso como objetivo establecer la relación entre el nivel de consumo de cigarrillos y el peso corporal de los pacientes fumadores que iniciaron un tratamiento de cesación tabáquica.

**Material y métodos:** Se estudiaron 345 pacientes fumadores que realizaron un tratamiento de cesación tabáquica durante los años 2000 y 2001.

Se consideró el peso basal, nº de cigarrillos por día, y grado de dependencia nicotínica.

Los pacientes fueron divididos en 3 grupos según su Índice de Masa Corporal (IMC) en. Normopeso (menor a 25) sobrepeso (entre 25 y 30) y obeso (mayor a 30).

**Resultados:** 50,3% personas del sexo femenino. Edad promedio 42,4 años (DE 13,6).

El 38,5% de la población estudiada presentaba normopeso, 44,4% sobrepeso y 17,5% obesidad. El nº de cigarrillos por día aumentó significativamente (ANOVA test  $p < 0,001$ ) a mayor IMC (20 cig. /día: normopeso) (30,5 cig. /día: sobrepeso) (35,7 cig. /día: obesidad).

No se evidenciaron diferencias significativas en cuanto al grado de dependencia según el cuestionario de Fagerstrom en los 3 grupos.

**Conclusiones:** El presente estudio mostró un mayor nivel de consumo de cigarrillos a mayor peso corporal sin presentar un mayor grado de adicción nicotínica. Por lo tanto el factor peso corporal es un elemento de características diferenciales muy importante en el perfil del fumador que debe ser considerado en el tratamiento del tabaquismo.

#### 21670. EL AUMENTO DE PESO ¿INFLUIRÍA EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN?

Smith, R.; Quadrelli, S.; Blasco, M.; Salvado, A.; Bosio, M.; Borsini, E.; Chertcoff, J. Programa RESPIRE. Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires.

**Objetivos:** Evaluar si el factor aumento de peso influye en forma directa con el abandono de un tratamiento de tabaquismo. **Material y métodos:** Se incluyeron 30 pacientes (12 femeninos y 18 masculinos) en el período de marzo de 2006 a mayo de 2007 a los que se determinó el peso al iniciar el tratamiento y al finalizar la 4ª sesión (4ª semana).

Se realizó una 1 entrevista de valoración clínica, de diagnóstico de adicción nicotínica y de motivación para el abandono continuándose con 4 sesiones grupales con frecuencia semanal en la que se aplicó terapia de modificación de la conducta tabáquica y apoyo farmacológico. El control del peso y seguimiento se llevó a cabo al mes de finalizar la 4ª sesión, a los 3 meses, 6 meses y al año.

**Resultados:** De todos los pacientes incluidos, 12 pacientes (40%) aumentó de peso con una media de 3,4 kg (+ - 1-6) en el período de 4 semanas. De los 12 que aumentaron de peso 4 (33,3%) abandonaron el programa a los 3 meses de finalizar la 4ª sesión y 8 pacientes (66,6%) se mantuvieron sin fumar.

**Conclusiones:** El presente estudio permite inferir que podría existir una relación casi directa entre el aumento de peso y el abandono del programa de cesación tabáquica, por lo que sería necesario implementar medidas de control del aumento de peso con dietas y actividad física.

#### 21671. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE ACCEDE A UNA GUÍA VIRTUAL PARA DEJAR DE FUMAR

Smith, R.; Quadrelli, S.; Blasco, M.; Salvado, A.; Bosio, M.; Borsini, E.; Chertcoff, J. Programa RESPIRE. Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires.

**Introducción:** Internet se ha convertido en un instrumento accesible a una gran mayoría de la población y podría ser de utilidad para tratar a un gran número de fumadores. Se ha

ideado un programa interactivo de deshabituación tabáquica en donde el fumador puede acceder a una guía virtual y ser asesorados profesionalmente para dejar de fumar a través de una Web site.

**Objetivos:** Conocer las características de la población fumadora que accede a Internet en busca de ayuda para dejar de fumar.

**Material y Métodos:** El presente análisis se ha realizado a partir de las consultas realizadas entre abril de 2004 y abril de 2007, es decir entre una muestra de 2297 usuarios que se interesaron en el programa.

**Resultados:** Las características de la población que accedió al servicio demostraron que el 62,13% corresponde a los hombres. La media de la edad fue de 40,08 años + - 9,08 años.

El 65% están casados. El 79% trabajan. El 43% fue entre 11 y 20 cigarrillos por día con una media de 23,87 (+ - 10,26). El 55% lleva fumando más de 20 años. El 30% ha realizado un intento de abandono, la media es de 1,76 (+ - 1,34). La media de Richmond es 8,68 (+ - 1,40) y el test de Fagerstrom de 5,68 (+ - 2,46). Principales motivos de abandono mejorar la salud (37,37%), miedo a la enfermedad (28,21%) y libertad personal (17,57%). El 50% convive con fumadores.

**Conclusiones:** La mayoría de los fumadores son adultos jóvenes, casados y con trabajo. La gran mayoría presenta moderada alta dependencia y motivación y larga historia como fumadores con pocos intentos previos. La mitad convive con fumadores y la mayoría de los interesados son hombres. Pensamos que herramientas como la presentada tendrían una importante proyección a futuro en la lucha antitabáquica.

#### 21672. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UNA GUÍA VIRTUAL PARA EL ABANDONO DEL CONSUMO DEL TABACO

Smith, R.; Quadrelli, S.; Blasco, M.; Salvado, A.; Bosio, M.; Borsini, E.; Chertcoff, J.

Programa RESPIRE. Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires.

**Objetivos:** Conocer los resultados obtenidos luego de la aplicación de una guía virtual para dejar de fumar.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de tipo retrospectivo desde abril de 2004 hasta abril de 2006 de 125 personas que acudieron a una guía virtual para el abandono del consumo del tabaco. **Protocolo de medidas e intervenciones:** historia clínica tabáquica; test de Fagerström, test de Richmond; número y tipo de intentos de abandono previos y tratamientos utilizados. El método consistió en la terapia de reducción gradual del contenido de nicotina a expensas de la disminución diaria del número de cigarrillos, complementada con la enseñanza de técnicas de modificación de la conducta y del control del deseo. Durante diez días y una vez por día los pacientes tuvieron acceso a un formulario de ayuda para dejar de fumar, además de consejos para una adecuada actividad física y mejor alimentación. En todos los casos los pacientes podían acudir a un número telefónico de ayuda permanente, además de la respectiva consulta por correo electrónico y de un Chat grupal semanal. Se analizó la efectividad del método según la declaración del paciente y se obtuvieron los datos al culminar el curso, al mes, y al año de finalizado el programa.

**Resultados:** La edad de inicio del consumo fue a los 16,3 años, el 60% realizó algún tipo de tratamiento previo y todos habían intentado por lo menos 1 vez dejar de fumar por sí solos.

De las 125 personas, 76 (61%) eran hombres y 49 (39%) mujeres, edad media 47,3 años, mínima 18 años y máxima de 73.

Grado de dependencia de nicotina, 44 personas (35%) tenían dependencia baja (puntuación menor o igual a 4), 41 (33%) dependencia media (5 y 6) y 40 tenían alta dependencia (igual o mayor de 7).

20 personas (16%) fumaban menos de 20 cigarrillos día, 82 (66%) entre 20 y 30 y 23 (18%) fumaban más de 30 cigarrillos día.

Del total de 125 personas, 97 (78%) dejaron de fumar, 17 (14%) abandonaron el programa y 11 (8%) siguieron fumando a las 4 semanas de finalizado el programa.

De las 97 personas que dejaron de fumar, 44 (43,6%) siguen sin fumar al año del programa y 53 (56,3%) volvieron a fumar. Conclusiones: El método propuesto, por sus características de personalización y de asesoría permanente, podría ser una forma eficaz para informar, educar y resolver el problema del tabaquismo en aquellos fumadores en proceso de cesación.

#### 21673. MOTIVOS DE RECAÍDAS A LOS 12 MESES EN TABAQUISTAS QUE REALIZARON UN PROGRAMA VIRTUAL DE CESACIÓN TABAQUICA

Smith, R.; Quadrelli, S.; Blasco, M. Angel; Salvado, A.; Bosio, M.; Borsini, E.; Chertcoff, J.

Programa RESPIRE. Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires.

**Objetivo:** Conocer las posibles causas que produjeron las recaídas en un programa virtual de cesación del tabaquismo, para desarrollar una intervención más efectiva en cuanto a la prevención.

**Material y métodos:** Se analizaron los resultados obtenidos entre abril de 2005 hasta abril de 2006 de los 97 participantes que habían logrado dejar de fumar una vez culminada la guía virtual de deshabitación. Se comprobó la tasa de recaídas al año de dejar de fumar mediante auto-declaración y se conocen las causas de las recaídas mediante cuestionario enviado por correo electrónico.

**Variables estudiadas:** crisis vitales (muerte de un ser querido, separación de la pareja, enfermedad importante, etc.), celebraciones, estrés, ambiente de fumadores, premiarse, presiones de trabajo, discusión familiar-pareja, depresión-aburrimiento, engordar y causas variadas (persistencia del síndrome de abstinencia, vacaciones, aparición de trastorno psiquiátrico, post parto, etc.).

**Resultados:** El porcentaje de recaídas al año de dejar de fumar, es de 56,3%. Las cinco causas más frecuentes fueron: celebraciones (25%), causas variadas (17%), estrés (12%), engordar (9%), fantasías de control (9%) y crisis vital (7%). Según el sexo hemos encontrado que entre las mujeres, las principales fueron: celebraciones (21%), causas variadas (15%), fantasías (12%), engordar (11%), estrés (11) y crisis vital (9%). Entre los hombres: celebraciones (32%), causas variadas (20%), estrés (16%) y alcohol (8%).

**Conclusiones:** Entre las principales causas de las recaídas se encuentran: celebraciones, crisis vitales, causas variadas, estrés, engordar y fantasías de control, habiendo diferencias entre sexos, siendo que entre las mujeres, además de las causas ya citadas aparecen con una cierta frecuencia las fantasías de control y el aumento de peso, y entre los hombres, el alcohol.

#### 21674. CONSUMO DE TABACO EN LOS TRABAJADORES DE UNA EMPRESA DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Smith, R.; Buscarons, E.; Quadrelli, S.; Blasco, M. Angel; Salvado, A.; Bosio, M.; Borsini, E.; Chertcoff, J.

Programa RESPIRE. Servicio de Medicina Respiratoria del Hospital Británico de Buenos Aires. Programa SANO. Obra Social del Personal Docente de la República Argentina OSPLAD.

**Objetivo:** La restricción del consumo en los centros es una de las medidas eficaces para disminuir la prevalencia tabáquica. El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia del consumo de tabaco entre la población trabajadora de una empresa de salud como punto de partida para establecer inter-

venciones que conlleven a instituir a la empresa como libre de humo y para el abandono del hábito tabáquico entre el personal fumador.

**Material y método:** Estudio descriptivo-transversal. La información se recogió mediante cuestionario remitido a los 1827 trabajadores de la empresa de salud.

Se creó una base de datos en Access para registrar las variables del cuestionario. Se calcularon distribuciones de frecuencias y medias, analizando la prevalencia según edad, sexo, categoría profesional, y consumo en el lugar de trabajo.

**Resultados:** El nivel de participación fue de (49,5% de los trabajadores = 905) 64,5% femeninos y 34,3% masculinos. La prevalencia global de fumadores fue del 38%. En cuanto si fuman en el lugar de trabajo, el 54% contestó que lo hacía en algún lugar del centro y el 86% del total de encuestados está de acuerdo en la prohibición de fumar en el lugar de trabajo.

Del total de fumadores actuales sólo el 5% había recibido ayuda profesional para abandonar el tabaco y del 43% que está pensando seriamente en dejar de fumar, el 12,8% estaría dispuesto a dejarlo dentro del próximo mes y el 31% buscaría ayuda profesional para lograrlo.

**Conclusiones:** La prevalencia del hábito tabáquico es similar a la de otros estudios entre trabajadores del ámbito de salud, y a la de la población en general. Si bien el nivel de motivación para el abandono es relativamente bajo y es alto consumo en el lugar de trabajo, se destaca la gran aceptación que tendría la política de liberar a la empresa de humo de tabaco.

#### 21784. TABAQUISMO Y ESPIROMETRÍA. FACTOR DE RIESGO PARA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA EN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA CARDIOVASCULAR

Majo, Raul; Di Loreto, M.; Olivera, C.; Gimenez, K.; Ramos, P.; Araoz, M.; Osses, J.M.; Caneva, J.O.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de obstrucción y su relación con el tabaquismo en pacientes sometidos a control de salud.

**Material y Método:** Se realizaron 978 espirometrías entre julio de 2006 y enero de 2007 en pacientes ambulatorios de consulta espontánea analizando antecedentes de tabaquismo, edad, sexo y patrón espirométrico aplicando clasificación del GOLD 2006. Fueron evaluados 629 hombres (64,3%) y 349 mujeres (35,6%), edad promedio  $57 \pm 12,7$  y rango 18 - 72 años.

**Resultados:** Se identificaron 76 pacientes (7,7%) con patrón obstructivo: 60 hombres (9,5%) y 16 mujeres (4,5%); de estos pacientes 23 (30,2%) son fumadores activos y 53 (70%) nunca fumaron; Presentaron antecedentes de tabaquismo 239 (24,4%): 148 hombres (62%), 91 mujeres (38%); 139 pacientes eran >40 años y con historia de tabaquismo, de ellos, 126 (90,6%) no presentan obstrucción y 13 (9,3%) presentaron patrón obstructivo, 9 hombres (69,2%) y 4 mujeres (30%); con estadio leve 3 (23%), moderado 9 (76,9%), severo 1 (0,10%) y muy severo ninguno (0%). Nueve (6,9,2%) de ellos presentaron respuesta al broncodilatador.

**Conclusiones:** Se identificó una prevalencia de tabaquismo en la población estudiada de un 26,7% con una prevalencia para EPOC por el factor de riesgo tabaquismo de 9,5% con predominio en hombres y de estadio moderado, según GOLD.

#### 21832. INTERVENCIÓN SOBRE TABAQUISMO

Willigs Rollon, R. M.; Altieri, H.; Stok, A.; Tarcic, A.; Perpignal, L.; Antelo, L.; Decima, D.; Delgadino, W.; Pais, S.; Nuñez, P.; Rojas, V.; Gallo, P.

Se evaluaron pacientes que concurrieron a los diversos servicios del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán en el período de enero a julio de 2007. El objetivo fue describir el comportamiento del médico en el consultorio externo con respecto al consumo de tabaco.



Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se estudió una población adulta de pacientes elegida al azar que asistieron a los consultorios; se recolectaron los datos desde las historias clínicas de cada paciente. Las variables estudiadas fueron: sexo, consultorio al que asistió, número de consultas en los últimos 6 meses, referencia escrita sobre el estado de fumador e intervención sobre el mismo.

Conclusiones: Se observó que los médicos en general no dejan registro sobre la historia de tabaquismo del paciente ni de las medidas de intervención realizadas sobre el mismo.

#### 21833. CONSULTORIO DE TABAQUISMO

Willigs Rollon, R. M.; Altieri, H.; Stok, A.; Perpignat, L.; Tarcic, A.; Antelo, L.; Vega, N.; Decima, D.; Delgadino, W.; Nuñez, P.

Se evaluaron 219 pacientes que asistieron en el período julio de 2003 a julio de 2007. El objetivo fue revisar los resultados de nuestro Consultorio de Cesación y comparar el último período con años anteriores, teniendo en cuenta la implementación de la ley antitabaco. Del total un 56% de sexo femenino y 44% masculino, solo un 32% asistió a la segunda visita con un cese del 15%. Revisando el último año desde la aplicación de la ley antitabaco de un total de 69 pacientes, se observó que en la primera visita el 62% realizó al menos un intento de cesación previa, 58% presentó un índice de paquetes / años mayor a 20, en 68% se encontró un alto grado de dependencia según el test de Fagestron. Con respecto al tratamiento, 48% efectuó tratamiento con Bupropión, 49% no lo realizó y 3% hizo terapia combinada. A la 2ª visita concurren 17 pacientes (25% del total), de los cuales 9 (13%) manifestaron cese de tabaquismo, observándose síndrome de abstinencia en el 71%. A la 3ª visita concurren 5 pacientes (7% del total inicial) con el cese de tabaquismo en 4 de ellos (6% del total inicial) y con síndrome de abstinencia en los 4 (80% de los que concurren a la tercera visita).

Conclusiones: A un año de aplicada la Ley Antitabáquica, se observó un número similar de pacientes que asistieron a la primera visita con respecto a años anteriores. En este último año se obtuvo un cese de tabaquismo del 15%, con alta abstinencia, dato muy semejante a los años anteriores. La mayor dificultad en la aplicación del Programa estuvo dada por la deserción de un 75% entre la primera y segunda visita y del 93% entre la 2ª y 3ª; datos superiores a los años previamente estudiados.

LUNES 15 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 16.00 a 17.30 hs

## Neumonología clínica

#### 21183. GRANULOMATOSIS DE WEGENER

Buffarini, M.A.; Gomez, G. S.; Toullet, V.

Paciente de 72 años ingreso por tos de 1 mes de evolución con expectoración sanguinolenta, dolor en hemitorax izquierdo, tipo puntada, con síndrome febril (39-40 °C) de 5 días de evolución. Astenia marcada, otalgia bilateral con hipoacusia y tinnitus de 3 días de evolución. Fue internada y debido a que no presento mejoría fue derivada a nuestro hospital. Al ingreso TA 100/60 FC 80 I FR 24 T° 36 °C Sat O2 90%. Lúcida, vigíl, OTE, Glasgow15/15 sin signos meníngeos ni de foco. Astenia marcada. Respiratorio: MV (+). VV (+) con crepitantes en base pulmonar derecha, expansión disminuida. Laboratorio: GB 9530

(Eo: 9% -858- Nc 0%, Ns: 81% -7719-, Mo 7% -667-, Li 3% -286-) Hto: 36,2 Urea 43 Creatinina 1,39. Na 141, K 3,6, Cl 102, LDH 313. pH 7,39, pO2 63, pCO2 36,6, Sat. O2 92,4%, CO3H 22,1.Rx Tórax: imágenes nodulares múltiples bibasales.

Rx SPN: Velamiento de senos maxilares. Se realiza otoscopia: ambos tímpanos despulidos. Prueba de diapasones: trastornos de conducción. AUDIOMETRIA y TIMPANOMETRIA: trastornos de conducción por ocupación de oído medio y disminución de la distensibilidad de la membrana timpánica. Aparente otitis serosa (amoxicilina clavulámico 2 gr/día) Continuo con fiebre de 38-39 °C. Hemocultivos (-) x 4, BAAR en esputo: examen directo (-). TAC TORAX: opacidades nodulares múltiples bilaterales que se proyectan en ambos campos medios e inferiores con condensaciones basales periféricas. No presento adenopatías mediastinales ni patología suprarrenal. Ecografía Abdominal: hígado algo aumentado de tamaño. V. Biliar normal. Páncreas, bazo y grandes vasos: normales. Riñones normales.

PAAF guiada por TC: hallazgos compatibles con proceso inflamatorio inespecífico Evolución de laboratorios:

GB: 19.700 a predominio de neutrófilos. Eo: normales.

Urea y creatinina aumentaron en forma progresiva.

Hepatograma: FAL aumentada (entre 350 y 600) GOT y GPT normales que aumentaron en una ocasión (107 y 100 resp.).

Proteínas totales y alb, (5,04 y 1,94) ANCA-P, ANCA-C, FAN (-). Espirometría: incapacidad ventilatoria obstructiva. Biopsia pulmonar por toracotomía mínima muestra de líquido seroso de cavidad pleural y muestra de lóbulo inferior derecho (hepatizado). En el POP presenta edemas generalizados y deterioro progresivo de la función renal con buena respuesta a los diuréticos.

Se repite ANCA P (-), ANCA C (+) fuerte, FAN (+) 1/80 para patrón nucleolar.

La paciente evoluciona en IRA y fallece a los 3 meses de internación.

Conclusiones: Aunque la clínica, las imágenes, y modo de presentación nos orientaron hacia una enfermedad granulomatosa, el diagnóstico se vio postergado por seguir los protocolos que, en un hospital público muchas veces demanda un tiempo que representa una pérdida de oportunidad para el tratamiento. Debemos plantearnos con mayor objetividad la conducta agresiva y determinante en aquellos casos que requieran una decisión inmediata.

#### 21305. FACTORES DE RIESGO, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y MODELOS DE PREDICCIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Baran, E.; Pincence, A.; Magri, S.

Objetivos: Evaluar la incidencia y severidad de los pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP). Comparar los modelos clínicos de predicción de Wells simplificado y Geneva para su diagnóstico.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes con sospecha de TEP ingresados al Hospital Italiano de La Plata durante el período comprendido entre junio 2004 a junio 2007. Ingresaron 28 pacientes con sospecha clínica y en 16 de ellos se confirmó el diagnóstico. La distribución por sexo fue femenino 64% (18 pacientes) y masculino 36% (10 pacientes). La edad promedio fue de 69,43 años. Fallecieron 13 pacientes (46%) durante la estadía hospitalaria. Al ingreso se realizaron: medio interno, electrocardiograma, teleradiografía de tórax. Como método diagnóstico se utilizó: el centollograma ventilación-perfusión, angiotac y en aquellos con alta sospecha clínica eco-doppler de miembros inferiores

Resultados:

Síntomas N° pacientes (%)

Disnea 24 (86%)

Dolor pleurítico 2 (7%)

Hemoptisis 2 (7%)  
 Precordalgia 1 (4%)  
 Signos N° pacientes (%)  
 Taquipnea 25 (89%)  
 Rales 2 (7%)  
 Taquicardia 18 (64%)  
 Trombosis venosa profunda 3 (10%)  
 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:  
 Radiografía de tórax 9 (32%)  
 - Oligohemia 1 (4%)  
 - Derrame pleural 4 (14%)  
 - Elevación hemidiafragma 3 (11%)  
 - Infiltrado 2 (7%)  
 - Atelectasia 1 (4%)  
 Centellograma V/Q 12 (43%)  
 Centellograma Q 5 (16%)  
 Angiotac 6 (21%)  
 Eco-Doppler de miembros inferiores 4 (14%)  
 ECG S1Q3T3 2 (7%)  
 FACTORES DE RIESGO:  
 Enfermedad neurológica 4 (14%)  
 Cáncer 8 (29%)  
 Cirugía 15 (54%)

Tabla:

Score WELLS	n° pacientes (%)	Score GENEVA	N° Pacientes (%)
Baja (0-1)	5 (18%)	Baja (0-4)	9 (32%)
Intermedia (2-6)	20 (71%)	Intermedia (5-8)	16 (57%)
Alta (7)	3 (11%)	Alta (9)	3 (11%)

Conclusiones: La embolia pulmonar es una enfermedad frecuente. Se estima una incidencia de 23-69 por 100000 anualmente. Es la causa de muerte hospitalaria en el 5-10% de los casos. En nuestra serie la mortalidad ha sido elevada (46%). A pesar de su dificultad para el diagnóstico, por la amplitud de síntomas y signos; la sospecha clínica y el diagnóstico oportuno son importantes para la sobrevivencia de los pacientes. Los modelos de predicción clínica Geneva y Wells pueden ser métodos objetivos para la sospecha de esta enfermedad.

#### 21405. TOS CRÓNICA: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

Boim, C.; Fernandez Acquier, M.; Gimeno, A.; Diaz de Astarloa, D.

Paciente de 53 años que consulta por episodios de tos seca de dos años de evolución; los mismos se acompañan de sensación de cuerpo extraño permanente y en algunas ocasiones episodios asfícticos; los mismos se presentan en cualquier momento del día pero últimamente con mayor frecuencia durante la noche. En los últimos meses consultó a diversos especialistas en ORL indicándole tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y antihistamínicos; así como también a servicios de emergencia que administraron corticoides inyectables; a pesar de lo antedicho continuaba con igual sintomatología. En la primera consulta presentaba tos con expectoración mucopurulenta y broncoespasmo leve. Se le indicaron broncodilatadores de corta y de larga duración asociados a corticoides inhalados así como antibióticos. El cuadro evoluciona con desaparición del catarro y el broncoespasmo pero los episodios de asfíxia y cuerpo extraño persisten. Antecedentes: Cirugía de hipófisis hace 20 años, dos hijos varones con enfermedad de Duchenne. Examen físico: leve estridor inspiratorio sin hipoventilación ni ruidos agregados a la auscultación pulmonar. Exámenes complementarios: RX:s/p; TAC torax:s/p; EFR: valores absolutos dentro de límites normales y curva flujo volu-

men compatible con obstrucción extra torácica; Laringoscopia directa: hipertonia supraglótica, abducción vocal algo limitada, el estridor corresponde a adducción pasiva en la inspiración sugestivo de causa emocional. Diagnóstico: disfunción de cuerdas vocales. Posteriormente fue evaluada psiquiátricamente: se diagnosticó trastorno de ansiedad generalizada DSM IV. Tratamiento: coordinación fono respiratoria costodiafragmática a cargo de la fonoaudióloga; tratamiento psicofarmacológico (paroxetina y clonazepam); psicoterapia. Resultado: los episodios cesaron a partir de la segunda semana de tratamiento.

Conclusiones: La tos como manifestación de una alteración orgánica o funcional; no siempre indica enfermedad pulmonar, ya que afecciones incluso extratorácicas pueden producirla. Existen además, enfermedades que comparten síntomas con el asma y que no lo son siendo frecuentemente confundidas con ella; conduciendo así a un diagnóstico y tratamiento incorrecto. Para revertir esta situación es necesario una intervención multidisciplinaria conducida para llegar al diagnóstico e impartir un tratamiento efectivo. Este fue nuestro caso de patología obstructiva de vía aérea superior.

#### 21428. EMBOLIA SEPTICA PULMONAR POR ENDOCARDITIS

ASOCIADA A MARCAPASO - HOSPITAL PRIVADO - CÓRDOBA

Blua, A.; Lopez, A.M.; Noguera, E.; Terlecky, A.; Mayoraz, M.; Amuchastegui, M.; Caeiro, A.

La embolia séptica como causa de tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA) es un evento poco frecuente, asociado a tromboflebitis séptica en los vasos de la pelvis, a procesos infecciosos de cabeza y cuello, a cuadros de endocarditis bacteriana derecha o a defectos del septum interventricular. Presentamos un caso en donde el origen de los émbolos se asoció a una complicación por un dispositivo endovascular.

Caso: hombre, 41 años, HTA, Diabetes tipo II, extabaquista, marcapaso definitivo (MPD) por bloqueo trifasico colocado 5 meses antes. Presenta disnea súbita, dolor torácico derecho, hemoptisis y fiebre de 38 °C. Hospitalizado en lugar de residencia con diagnóstico de neumonía. Derivado a Córdoba 24 hs. después.

Ingreso al hospital: TA 160/90, FC 110, FR 25, SatO2 92%, crépitos bibasales. Rx. Tórax: infiltrados alveolares en parches bilaterales, engrosamiento peribroncovascular, cardiomegalia, MPD. Lab: leucocitos 22.200. neutrófilos en cayado 5 %, segmentados 88%. PCR 2,5. Por sospecha de TEPA se realiza eco doppler de MMII: normal, y centellograma V/Q: múltiples defectos de perfusión segmentarios bilaterales en segmento anterior del lóbulo superior derecho, segmento apical del lóbulo inferior derecho, segmento anterior del lóbulo superior izquierdo y segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. Defectos de ventilación en lóbulo superior derecho. Ecocardiograma normal. Diagnóstico: Embolia pulmonar aguda más Neumopatía aguda. Recibe anticoagulación con heparina y ATB: ampicilina-sulbactam más azitromicina. 1° día: ecocardiograma transesofágico: vegetación pediculada y móvil de 1.5 cm. adosada a cable MPD en aurícula derecha. Cambio esquema ATB a cefazolina + gentamicina + rifampicina (EV) con sospecha de endocarditis bacteriana aguda y embolia séptica pulmonar múltiple. Evolución favorable.

5° día: se procede a la exéresis quirúrgica del cable y fuente de MPD. Tiempo de bomba 25 minutos. Tiempo de clampeo 13 minutos. Extubado a las 12 hs del procedimiento. Cultivo del material enviado: staphylococcus coagulasa negativo meticilino resistente. Comienza con vancomicina (EV). Buena evolución general.

De alta al 9° día del postoperatorio con cuidado domiciliario, para completar 6 semanas de ATB EV y anticoagulación oral. Se recolocó MPD 8 meses luego del evento agudo.

Conclusiones: La embolia séptica pulmonar secundaria a cuadros infecciosos a punto de partida de catéteres intravasculares o dispositivos endocárdicos presenta actualmente mayor incidencia por la creciente utilización de los mismos. En pacientes con factores de riesgo y cuadro clínico compatible, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico precoz, tratamiento antibiótico eficaz, y el manejo quirúrgico brindan el mejor soporte terapéutico. La anticoagulación aún es controvertida.

#### 21430. EMBOLISMO PULMONAR SÉPTICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD HOSPITAL IGNACIO PIROVANO RESIDENCIA DE NEUMONOLOGÍA

Alberini, N.; Borsini, E.; Valdez Fiad, M.; Quian, R.; Argiz, N.

Introducción: El compromiso pulmonar embólico en las bacteriemias a *Staphylococcus aureus* se relaciona frecuentemente a endocarditis e infección protésica endovascular. La piel y tejidos blandos, se reportan más raramente como posible origen.

Caso Clínico: Paciente masculino de 30 años, parapléjico desde el año 2000 por herida de arma de fuego en rehabilitación en su domicilio. No había tenido internaciones en últimos siete años, no tenía contacto con personal de la salud y su función esfinteriana era normal.

Consultó por fiebre, disnea y dolor torácico tipo pleurítico de 48 horas de evolución.

Al examen físico se presentó taquipneico, taquicárdico y con lesión eritematosa no ulcerada (sin puerta de entrada evidente) en región sacra.

En el laboratorio de ingreso destacaba; leucocitosis con desviación a la izquierda, VSG de 51 mm en la 1ª hora, e insuficiencia respiratoria con PO<sub>2</sub> de 56 mmHg.

La radiografía de ingreso puso en evidencia opacidades de aspecto nodular, múltiples y bilaterales a predominio periférico y basal (Fig. 1).

Se tomaron hemocultivos (HC) y cultivos por punción de partes blandas de la lesión sacra. Se instauró antibioticoterapia empírica con ampicilina/sulbactam y ciprofloxacina parenteral. Persistió febril y desarrollo hemoptisis leve, por lo que se realizó TAC de tórax al cuarto día (Fig. 2) y debridamiento quirúrgico de la lesión sacra, drenando material purulento de colección subcutánea.

Ecocardiograma transtorácico no mostró alteraciones valvulares ni parietales y la ecografía abdominal fue normal. Se aislaron en tres HC y en cultivo de material quirúrgico *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (SAMR). Cultivos de esputo no obtuvieron desarrollo.

Se rotó esquema de tratamiento a vancomicina 2 gr/día con buena respuesta clínica.

TAC de tórax al 11º día mostró evolutividad de las lesiones con cavitación (Fig. 3).

Conclusiones: Si bien la piel y partes blandas son un origen reconocido para esta patología, el absceso sacro por SAMR no ha sido reportado como etiología.

Hipotetizamos, que la anestesia de la región sacra haya determinado demoras en el diagnóstico, y haya condicionado su evolutividad.

Ante la falta de respuesta clínica, el papel etiológico del SAMR, aún en casos de la comunidad, debería considerarse.

#### 21486. PERFIL Y MANEJO DEL PACIENTE CON DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO

Dávalos, A.; Mingo, S.; Colman, A.

Antecedentes: Derrame pleural paraneumónico se refiere a cualquier derrame asociado a infección pulmonar, siendo las neumonías bacterianas la causa más frecuente. Con tratamien-

to adecuado y temprano el derrame habitualmente no progresa, de lo contrario puede extenderse rápidamente y complicarse, obligando a adoptar conductas más agresivas.

Objetivos: Determinar perfil y manejo del paciente con derrame pleural paraneumónico en un servicio de Neumología.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. Realizado con fichas de pacientes internados en la Cátedra y Servicio de Neumología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, entre Enero de 2005 y Diciembre de 2006. Los datos fueron procesados con resultados porcentuales y medias con desvío estándar.

Resultados: Se encontraron 33 casos de derrame pleural paraneumónico con prevalencia del sexo masculino de 66,7%. Edad media 40 ± 19,5 años. El 54,5% procede del departamento Central. Tabaquismo en el 57,6%. Evolución de los síntomas hasta la consulta e ingreso en sala 14,3 ± 11,2 días. Fiebre y tos fueron los más frecuentes con 93,9%. Afectación del pulmón derecho en el 54,5% y compromiso bilateral en el 18,2%; derrames pequeños en 63,6%. Se realizó toracocentesis diagnóstica en 84,8%. El 48,5% fueron derrames complicados y 24,2% empiema, con valores promedio de pH, glucosa y LDH de 7,13 ± 0,5; 60,9 ± 72,8; 1732,6 ± 2248,6 respectivamente. Tabicación en derrames complicados y empiemas 54,2%. Se aisló germen en 33,3%, los más frecuentes *S. pneumoniae* y *P. aeruginosa*. Recibió tratamiento antibiótico el 100%; toracocentesis evacuadora 3%; tubo pleural de drenaje 66,7%; fisioterapia 66,7%; lisis digital de adherencias pleurales 3%; toracotomía y decorticación 15,15% y ventana pleurocutánea 3%. El tubo pleural de drenaje se mantuvo colocado en un promedio de 16,72 ± 10,2 días. El promedio de días de internación fue de 21,8 ± 12,45. El 6,1% requirió internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por complicaciones post toracotomía, con buena evolución posterior. Se verificó mortalidad en el 3%, correspondiente a un paciente que no aceptó la realización de ningún procedimiento.

Conclusiones: El derrame pleural paraneumónico fue una complicación frecuente en adultos jóvenes del sexo masculino, tabaquistas en su mayoría, y procedentes principalmente de áreas urbanas del departamento Central, con retraso en la consulta. Encontramos una alta frecuencia de pacientes con derrame paraneumónico complicado y empiema en nuestra serie. Gran parte evolucionó de manera favorable con la antibioticoterapia, la fisioterapia respiratoria y el tubo pleural de drenaje, presentándose complicaciones en algunos pacientes sometidos a toracotomía y decorticación que requirió ingreso en UTI.

*Streptococcus pneumoniae* fue el germen más frecuente.

#### 21519. VENTILACION NO INVASIVA DOMICILIARIA

Bertoglio, O.J.; Vienna, J.M.; Bertoglio, V.

Basándonos en trabajos previos sobre la repercusión clínica del tratamiento con VNI en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica estable, hemos iniciado un Ensayo Clínico sobre la utilidad de VNI-Presión Soporte en el ámbito domiciliario en diferentes situaciones que cursan con IRC, tanto sea por alteraciones del intercambio gaseoso (Hipoxemia e Hiper-capnia), hipoventilación por falla de la bomba respiratoria, como por importante limitación al flujo aéreo durante la respiración corriente (EPOC) asociada a importante disnea y con gran aumento del trabajo muscular respiratorio, con el objetivo de evitar la fatiga muscular respiratoria, mejorar la disnea, reducir la PaCO<sub>2</sub> y evitar o retardar la insuficiencia respiratoria grave que lleve a intubación y ARM Invasiva.

Material y métodos: Estudiamos 3 tipos de pacientes: 1-EPOC, que reunieran criterios de inclusión o selección, como: a) Limi-

tación al flujo aéreo durante la respiración corriente, y consecuente autoPeep, b) FEV1 < de 30% que se acompañe de elevación leve o moderada de PaCO<sub>2</sub> y acidosis respiratoria compensada, 2- pacientes Neuro-Osteo-Musculares(NOM) que presenten Hipoventilación alveolar con Hipoxemia e Hipercapnia, 3- Pacientes con Síndrome de Hipoventilación Alveolar(HAO) por Obesidad Mórbida.

Parámetros de diagnóstico e inclusión y control de tratamiento: Funcional Respiratorio (FEV1-FVC-IC), Maniobra Compresión Abdominal para sospecha de LF a VT corriente, EAB, Escala de percepción de Disnea (MRC), Uso de medicación rescate, Tasa de internaciones.

Se ensayó esta metodología con 5 pacientes EPOC, 2 NOM y 2 HAO por obesidad.

Se uso la modalidad de sesiones de 30 a 60 min, para totalizar 3 horas de uso diario de Lun a Dom, se ajustaron niveles de IPAP y EPAP según titulación de cada paciente en forma gradual en una primera internación o consulta ambulatoria.

Resultados: Si bien los estudios no controlados tienen evidencia científica baja, tienen valor clínico predictivo, por ello, decidimos emprender nuestra 1° experiencia con este método, como tratamiento adyuvante en pacientes seleccionados y observar los resultados; la muestra es pequeña debido al corto tiempo que lleva este estudio.

Los resultados preliminares muestran en la mayoría de los pacientes: reducción de los valores de PaCO<sub>2</sub>, menor requerimiento de O<sub>2</sub> suplementario, reducción de la percepción de disnea, y menor tasa de reinternaciones, aunque no hubo cambios significativos en los estudios funcionales.

Conclusiones: Pacientes con IRC severa estable, con escasa reserva para responder a mínimos incrementos en la demanda ventilatoria, están al borde de la descompensación; creemos que la VNI bilevel, puede mejorar su intercambio gaseoso, disnea y disminuir el trabajo de la respiración, así como reducir la frecuencia de internaciones, mejorar su calidad de vida evitando descompensaciones que pueden llevar a la intubación y ARM invasiva.

#### 21602. HISTOPLASMOSIS PULMONAR CRÓNICA. PRESENTACIÓN COMO SINDROME FEBRIL PROLONGADO CON ANCA-C POSITIVO

Goffredo, D.H.; Letunic, M.I.; Ortiz, S.R.; Bernardo de Quiros, M.

Paciente de sexo masculino de 60 años, con antecedentes de tabaquista de 60 p/y, neumonía de la comunidad hace 3 años. Residente de Comodoro Rivadavia que trabajó durante 20 años en transporte desde esta zona a Bs. As. y tuvo exposición laboral hace 2 años y medio durante seis meses en limpieza de depósito con deposiciones de palomas.

Se presenta con registros diarios de fiebre durante 3 meses, astenia, adinamia y disminución de peso en forma progresiva de aprox 4kg. A esto se agrega tos y expectoración blanquecina con episodios de expectoración hemoptoica en forma reiterada. Es tratado empíricamente con antibióticos de amplio espectro sin mejoría.

En Rx de Tórax presenta tractos fibrosos, sistemas de cavidades y áreas de consolidación en ambos lóbulos superiores.

Hemocultivos y urocultivos negativos, esputos seriados para BAAR con directo y cultivo negativos. PPD negativa.

En la TCAR de tórax presenta múltiples lesiones cavitarias bilaterales en lóbulos superiores y principalmente del lado izquierdo, con consolidación parenquimatosa pericavitaria, tractos densos de tipo fibrosos y engrosamientos septales; asociado a árbol en brote y engrosamiento pleural bilateral sin derrame; no presentaba adenopatías mediastinales.

En exámenes complementarios de laboratorio presenta ESD aumentada y PCR + + +. ANCA-C positivo título 1/20. Serología HIV negativa, siendo el resto de la rutina y el sedimento urinario normales.

Se le realiza una fibrobroncoscopia. En la BTB presenta cambios inflamatorios crónicos inespecíficos.

Se remite LB, BAL y BTB para micobacterias y examen micológico con cultivo. Las baciloscopías y los cultivos de Koch de las tres muestras son negativos.

En los cultivos de la BTB para hongos se evidencia desarrollo de un hongo micelial con estructuras compatibles con Histoplasma capsulatum. El depto de Micología del INEI (Malbrán) confirma la cepa y realiza serología por CIE que presenta reacción de identidad frente a sueros y antígeno de referencia para Histoplasma capsulatum por inmunodifusión.

Se inicia tratamiento con Itraconazol 400mg/d evolucionando afebril luego de las 72hs.

A los 6 meses de tratamiento presenta TCAR de control con persistencia de las cavidades bilaterales, sin la consolidación pericavitaria, ni signos de árbol en brote.

El ANCA-C persiste positivo hasta el momento, sin signos de enfermedades vasculíticas.

Conclusiones: La Histoplasmosis Pulmonar Crónica se puede presentar como un síndrome febril prolongado y puede simular otras enfermedades granulomatosas específicas.

Su diagnóstico se dificulta si no se realiza examen micológico con cultivo.

Puede asociarse a ANCA-C positivo, hecho descrito hasta el momento en otras micosis pulmonares pero no en Histoplasmosis.

#### 21634. ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA, A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Amaya, R. I.; Vazquez de Argiro, N.; Gonzalez, F.; Gianfrancisco, V.; Naval, N.; Fabio, S.; Marquez, O.; Del Rio, R.; Moreno, C.; Castro, M.; Pereyra, A.; Datoli, M.

Paciente de sexo femenino de 41 años, casada, empleada de una pollería. Comienza el 25/12/06 con epigastralgia, náuseas, se medica con propinox v.o. con lo que mejora. A la semana regresan los síntomas, no concurre al trabajo. Los primeros días de enero/ 2007 consulta por disnea, no recibe tratamiento y se solicita Rx de tórax.

A fines de enero/2007 concurre al consultorio de neumonología por disnea y tos. Se le realiza Rx de tórax (18- 01- 07): múltiples imágenes nodulares radiopacas en ambos campos pulmonares, de aspecto exudativo; la parahiliar derecha impresiona con brocograma aéreo. Recibe tratamiento ambulatorio con levofloxacina 500 mg x 14 días sin mejoría, con agravamiento de la disnea, tos y expectación, por lo que consulta nuevamente el 05/02/07:

Examen Físico: adelgazada, taquipneica (FR 40x min), disnea de grado III, broncoespasmo bilateral, abundantes secreciones. Saturación 94%, febril, con escalofríos.

Antecedentes laborales: hace 3 meses trabaja en pollería, con pollos que murieron sin diagnóstico.

Rx de Tórax (05-02-07): imágenes similares a Rx previa, de aspecto más exudativo.

Se decide su internación en sala de neumonología. Con diagnósticos presuntivos: 1) neumonía grave de la comunidad, 2) micosis en paciente inmunocomprometido

Plan de estudio: 1) Laboratorio. 2) Gasometría arterial. 3) Hemocultivo. 4) TAC de Tórax. 5) Fibroncoscopia. 6) Serología para HIV.

Se comienza tratamiento con: Ceftriaxona 1 gr Ev c/ 12 hs. Claritromicina 500 mg c/ 12 hs v.o. Oxígeno húmedo. Nebulización con salbutamol, budesonide.

Evolución: la paciente continúa febril. Se realiza hemocultivo, urocultivo, esputo; con resultados negativos

Tomografía de Tórax: lesiones radiopacas exudativas desde vértices a bases bilaterales, en contacto con la pleura en base izquierda.

Fibrobroncoscopia: en L.S.D. mucosa tapizada por sustancia mucóide con formaciones de color blanco grisáceo adheridas a paredes que se extiende al lóbulo intermedio. En L.S.I. presenta iguales características, pero de menor cantidad. Se tomó BAL, Cepillado y Biopsia.

Anatomía patológica: BAL con hifas compatible con aspergillus en forma de colonias.

Biopsia endobronquial, se observa aspergilosis pulmonar invasiva.

Tratamiento: se comienza con anfoterisina B falleciendo a los 2 días por insuficiencia respiratoria.

Conclusiones: La aspergilosis pulmonar invasiva es una patología grave, de alta incidencia en pacientes inmunocomprometidos, de mal pronóstico, con alta mortalidad.

#### 21681. CIERRE ESPONTÁNEO DE BULLAS DE ENFISEMA POST SUPURACION CÁTEDRA DE NEUMOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

San Martín, A.; Rodríguez, C.; Rey, A.; Salisbury, J.P.; Bozzola, J.

Las bullas de enfisema se definen como espacio aéreo mayor de 1 cm, sin pared epitelial. Tienden a aumentar de volumen y complicarse con: neumotórax, hemorragia e infección. Durante la infección la bulla adquiere nivel hidro-aéreo, su pared se engruesa, hay escasa neumonitis adyacente y el paciente presenta escasos síntomas generales y tóxicos. Presentamos un caso clínico de bullas enfisematosas supuradas bilaterales en paciente paucisintomático, tratado médicamente, con evolución favorable, desaparición de las bullas y mejoría de la función pulmonar.

Caso clínico: Hombre de 41 años, fumador IPY = 39. Disnea de 6 meses de evolución, astenia y pérdida de peso. Niega broncorrea. La RxTx mostró la existencia de grandes bullas biapicales, con nivel hidroaéreo en el LSI. La TC confirmó los hallazgos radiológicos así como la presencia de condensación basal izquierda. La expectoración cultivó *Klebsiella* sp. En la FBC se descartó obstrucción endobronquial, el LBA bacteriológico e histológico, fueron negativos.

Se realizó tratamiento antibiótico y fisioterapia respiratoria. La evolución fue hacia la curación en 10 semanas, quedando un área cicatrizal apical izquierda. El FEV1 pasó de ser 1.470 ml (39%) a 1.730 ml (46 %) tras la superación del cuadro clínico con mejoría del IMC.

Dos años después exacerba su disnea, sin cuadro toxiinfeccioso, ni broncorrea. RxTx: múltiples niveles hidroaéreos en Htx derecho. Se inicia tratamiento con antibióticos y fisioterapia, por 6 semanas. En la evolución se constata disminución progresiva de la bulla de mayor tamaño hasta su colapso total. Del funcional respiratorio destacamos que el VEF1 pasó a ser 3770ml (104%).

Discusión: La desaparición de bullas de enfisema tras episodio de infección no es infrecuente.

La oclusión inflamatoria del bronquiolo de drenaje parece aislar la bulla y tras una reabsorción del aire y líquido asociada a una reacción fibrosa, produciría la retracción de la misma.

La sintomatología clínica es pobre, siendo frecuente que se diagnostique por un hallazgo radiológico, estos son: existencia anterior de una bulla; pared fina y regular de la cavidad; afectación mínima del parénquima adyacente a la cavidad y disminución de la cantidad de líquido en la bulla sin expectoración purulenta. El diagnóstico diferenciales con absceso de pulmón. Se trata con antibióticos durante 4-6 semanas o hasta la desaparición completa del nivel. La función respiratoria suele mejorar con la retracción de la bulla tal como ocurrió en este caso.

Conclusiones: A pesar que el colapso de la bulla tras una infección no es un hecho infrecuente, motivó esta presentación

la particularidad de haber sido bilateral, secuencial y franca mejoría de los parámetros funcionales.

#### 21707. EXPOSICIÓN A HUMO DE LEÑA Y OTROS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN TAFÍ DEL VALLE, TUCUMÁN - 2007

Willigs Rollon, R. M.; Altieri, H.; Stok, A.; Rojas, R.; Fabio, S.; Vega, N.; Figueroa, S.; Tarcic, A.; Altieri, G.; Hernandez, M.; Rojas, V.; Lencina, V.

Los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de enfermedad respiratoria son múltiples y pueden interactuar, se destacan entre los más importantes el tabaquismo y la exposición a otros contaminantes ambientales como humo de leña; además del bajo nivel socioeconómico. La Organización Mundial de la Salud estima que 22% de EPOC está causada por exposición intradomiciliar al humo de leña. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una población de montaña a 2000 metros de altura (Tafí del Valle, Tucumán), durante los meses de otoño-invierno (junio-julio de 2005 y julio de 2006). El objetivo fue relacionar la exposición al humo de leña y otros factores de riesgo con la presencia de síntomas respiratorios y otras mediciones de función respiratoria compatibles.

Se encuestaron 112 personas con una edad promedio de 52 años, 72 (64%) eran mujeres, sólo una no estuvo expuesta al humo de leña; 91 correspondían al nivel socioeconómico bajo y medio bajo. De los entrevistados 66 eran no fumadores (59%), sólo 9 fumadores actuales (8%), 16 ex fumadores (14%) y 21 experimentadores (19%). 67 tenían síntomas respiratorios crónicos, de los cuales predominaban la tos y la expectoración. A 88 se les realizó espirometría y medición de CO: 74 de las espirometrías eran normales y en 45 la medición de CO estaba por arriba de 5 ppm.

Conclusiones: El tabaquismo tuvo una incidencia baja en la población estudiada, debido quizás a la escasa influencia de la publicidad en este nivel social. Aproximadamente la mitad de la población estudiada presentaba síntomas respiratorios crónicos sin evidencia de EPOC. Se creía que los factores de riesgo: exposición a humo y nivel socioeconómico bajo, influirían positivamente en esta zona en la génesis de estos síntomas pero no se encontró evidencia que asocie la exposición al humo con la EPOC.

#### 21716. ENCUESTA SOBRE LA APLICACIÓN DE LA VACUNA ANTIGRIपाल EN UN MEDIO HOSPITALARIO: LOS MEDICOS, ¿SE VACUNAN?

Mayer, E.

En Argentina, la Sociedad de Infectología y la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria han publicado la normativa de aplicar la vacuna antigripal a personal hospitalario en contacto con los enfermos.

Objetivos: Indagar sobre la adherencia de los médicos a la normativa de vacunación antigripal en una Institución de Salud. Materiales y método: Durante Septiembre y Octubre de 2005 se encuestó a los médicos del Hospital de Oncología María Curie. La oficina de personal informó que había 118 médicos de planta a quienes se invitó a participar. Se utilizó un cuestionario estructurado que se completó en forma personal y anónima. Se recuperó 75 cuestionarios (Tasa de respuesta = 63%). Se realizó estadística descriptiva con intervalos de confianza (IC) para el 95%. Para las comparaciones se utilizaron las pruebas de student y X<sup>2</sup>. Se consideró significativos valores de p < 0,05. Resultados: La edad promedio de los médicos participantes fue 48 ± 12 años (rango = 25-74). El 61% eran de sexo masculino. El 66% ejercía especialidades clínicas y el 34% especialidades quirúrgicas. El 100% conocía la vacuna antigripal, pero 43 respondieron que NO se vacunaron (57,33%; IC = 45,38-68,69). El 62% justificó su negativa "porque no cree en el efecto bene-

fico de la vacuna". No se observó diferencias en edad, sexo y tipo de especialidad entre los médicos que se vacunaron y los que no.

Conclusiones y comentarios: Se observó una baja adherencia a la aplicación de la vacuna antigripal en personal médico. Esta resistencia a vacunarse fue reportada en otros estudios realizados en Europa y Estados Unidos. Debemos mejorar la calidad de la información e incrementar la difusión de las campañas de prevención de la gripe entre el personal médico. Si los médicos no se vacunan, menos lo harán los pacientes.

#### 21723. CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES Y CARDIOPULMONARES

Osses, J.M. Manuel; Ahumada, R.; Wagner, G.; Majo, R.; Cáneva, J.O.; Bertolotti, A.; Favalaro, R.

El citomegalovirus (CMV) es el patógeno viral más comúnmente encontrado en pacientes trasplantados. Típicamente se presenta entre el primer y el tercer mes posteriores al trasplante. La infección es frecuentemente subclínica evidenciándose por la positividad de la antigenemia en controles de vigilancia. La enfermedad clínica puede manifestarse con fiebre, leucopenia, o con síntomas correspondiente al órgano afectado (pulmón, tracto gastro intestinal o sistema nervioso.)

El objetivo del trabajo fue valorar la incidencia de afectación por CMV en receptores de trasplantes pulmonares y cardiopulmonares.

Se realizó un análisis retrospectivo de 25 receptores de trasplante pulmonar (TP) y trasplante cardiopulmonar (TCP). 21 pacientes recibieron TP; y 4 CP, durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2006. A fin de valorar la incidencia de CMV en esta población se analizó: Inmunosupresión, serologías del receptor y del donante, profilaxis y forma de presentación. La incidencia de CMV fue de 36% (9 pacientes). 5 pacientes (20%) desarrollaron enfermedad; 4 receptores de TP y 1 TCP. El compromiso más frecuentemente observado fue el hematológico (3 pacientes). Dos pacientes presentaron neumonía, diagnosticados por biopsia transbronquial. En 4 pacientes (16%) se detectó Antigenemia positiva (mínimo 5 células, máximo de 44), 2 receptores de TP y 2 de TCP.

De los 9 paciente solo un paciente, receptor de TP tenía serología negativa (alto riesgo).

En todos los pacientes la inducción fue realizada con Metilprednisolona y azatioprina, solo un paciente recibió además globulina antilinfocítica.

La Inmunosupresión consistió en el triple esquema de Prednisona, tacrolimus y azatioprina.

8 pacientes recibieron profilaxis con Ganciclovir durante 14 días y luego Valganciclovir hasta cumplir los 3 meses, el paciente de alto riesgo lo recibió hasta completar los 6 meses posteriores al trasplante.

El rango de días transcurridos desde la suspensión de la profilaxis hasta el diagnóstico fue de 120-595 días (promedio 227 días).

La incidencia de afectación por CMV en esta población de pacientes con TP y TCP se similar a los datos publicados a nivel internacional.

#### 21769. PROTEINOSIS ALVEOLAR: SEGUIMIENTO ALEJADO DE UN PACIENTE TRATADO CON LAVADO PULMONAR TOTAL

Precerutti, J.A.; Viudes, J.; De la Canal, A.; Svetliza, G.; Kahl, G.; Dubra, C.; Rodríguez, J.; Trasta, E.; Vera, A.

Introducción: La Proteinosis Alveolar es una enfermedad pulmonar de difícil diagnóstico y de muy baja prevalencia. Se caracteriza por presentar depósitos de material eosinófilo, rico en lípidos y proteínas PAS + en alvéolos y vías aéreas. Su prevalencia es mayor en hombres, siendo la relación de 3/1.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con Proteinosis Alveolar severa que fue tratado con lavado pulmonar total y evaluar la situación del paciente al año del mismo.

Material y método: Se trata de un paciente de sexo masculino de 50 años, oriundo de Formosa, que había consultado por disnea de reciente comienzo. En ese momento se le realizó radiografía de tórax que evidenció una imagen intersticial ileo-fugaz, a predominio bibasal. La TAC de tórax demostró un patrón intersticio alveolar, con engrosamientos septales, característica imagen de CRAZY-PAVING.

Se le efectuó una fibrobroncoscopia y lavado alveolar obteniéndose un líquido turbio proteináceo, que en la anatomía patológica demostró la presencia de abundante material proteiniforme PAS +, confirmando el diagnóstico de PROTEINOSIS ALVEOLAR.

Los estudios complementarios pretratamiento mostraban:

Gasometría arterial: PO<sub>2</sub>: 71mmHg, sin hipercapnia, DLCO: 58%, ESPIROMETRIA: CVF: 3.10 lts (58%), VEF1: 1.38 lts (36%), TEST DE CAMINATA: Sat basal: 92%, a los 6 minutos: 82%, Borg: 3, Recorrió 280 mts.

Tratamiento: se le realizaron 4 lavados pulmonares con intervalos de 3 meses utilizándose la técnica estandarizada de Ramirez.

Al cabo de 12 meses del tratamiento el paciente se encuentra asintomático. Los estudios complementarios actuales muestran: Gasometría arterial: PO<sub>2</sub>: 88, DLCO: 75%, TEST DE CAMINATA: basal 97%, a los 6 minutos: 93%. Borg: 0 y recorrió 420 mts. Tomografía de torax: demostró clara mejoría con respecto a la inicial, quedando solo imágenes intestinales bibasales.

Conclusiones: Luego de 12 meses del tratamiento con lavado pulmonar total, según la técnica de Ramirez, se obtuvo una mejoría clínica, funcional y radiológica.

Creemos que este procedimiento, siguiendo los protocolos estandarizados y en un centro de alta complejidad, resulta seguro, de sencilla realización, con pocas complicaciones y claros beneficios para el paciente.

#### 21783. LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS 15 AÑOS DE EVOLUCION

Santini, F.J.

Se presenta el caso de una paciente de 70 años de edad sin antecedentes de importancia, que padece linfangioleiomiomatosis (LAM) desde los 55 años. Consultó en dicha oportunidad por disnea de esfuerzo. La Rx de Tórax mostró derrame pleural izquierdo y refuerzo difuso del dibujo broncovascular. La TAC de tórax mostró múltiples lesiones quísticas en ambos pulmones y derrame pleural izquierdo. Se realizó punción del derrame que fue quiloso (Colesterol 111 mg/dl, triglicéridos 2150 mg/dl, proteínas totales 7 g/dl) y una biopsia transbronquial que mostró proliferación de músculo liso peribronquiolar, perivascular y perilinfática compatible con linfangioleiomiomatosis. La espirometría mostró obstrucción al flujo aéreo de grado moderado sin respuesta a broncodilatadores. La DLCO fue del 40% del valor teórico.

También se realizó gasometría arterial que mostró hipoxemia en reposo sin hipercapnia.

A la fecha del diagnóstico, la paciente tenía menstruación y no usaba ninguna medicación en base a estrógenos, ni oral ni cutánea. Recibió desde su diagnóstico medroxiprogesterona 500 mg a 1000 mg intramusculares mensuales. Evolucionó de manera estable clínicamente, pudiendo trabajar y realizar sus necesidades personales en forma independiente. Resolvió el derrame pleural luego de 6 años de tratamiento. La paciente continúa con su rutina laboral y personal habitual. Se ha negado a usar oxígeno terapia crónica. A pesar que la función pulmonar medida, ha empeorado a través de los años con el tratamiento instaurado, la paciente mantiene una buena calidad de vida. La TAC de tórax de julio de

2007, evidenció múltiples quistes de pared delgada y distribución difusa, sin derrame pleural ni otras lesiones asociadas. La DLCO actualmente es el 17% del valor teórico.

Comentario: la linfangioleiomiomatosis es una rara enfermedad pulmonar crónica, incurable y progresiva, que afecta fundamentalmente a mujeres en edad fértil, y que se caracteriza por una proliferación histológica de músculo liso anormal perivascular, peribronquiolar, y perilinfático, sin inflamación ni fibrosis asociada, con pérdida de parénquima pulmonar lo que resulta en lesiones quísticas. Los síntomas incluyen disnea de esfuerzo, neumotórax espontáneo recurrente y hemoptisis en diferentes proporciones según las series publicadas. Se desconoce la causa, pero la asociación con edad fértil sugiere una asociación con los estrógenos. La mayoría de las pacientes muere luego de 10 años de diagnóstico, aunque en las series más recientes, se han reportado sobrevida mayores. La paciente que se presenta, lleva 15 años de sobrevida desde el diagnóstico inicial, y el diagnóstico de enfermedad se realizó a los 55 años, hecho francamente inusual en las series reportadas ya que la edad promedio de diagnóstico es 35 años (rango 22 a 50).

#### 21775. TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA:

##### A PROPOSITO DE UN CASO TRATADO CON EMBOLIZACIÓN

Precerutti, J.A.; De la Canal, A.; Svetliza, G.; Viudes, J.M.; Kahl, G.; Dubra, C.; Rodríguez, J.

Introducción: La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) es un desorden de la angiogénesis con varias manifestaciones. En el 20 al 30% de los casos el pulmón está involucrado presentando fístulas arteriovenosas. Éstas suelen ser congénitas y aumentan gradualmente de tamaño, produciendo shunt derecha- izquierda. Suelen ser sintomáticas luego de la tercera década de la vida provocando disnea con hipocratismo digital, cianosis y/o policitemia y hemorragias.

Pueden presentarse focos de isquemia en sistema nervioso por embolias paradójales o abscesos cerebrales. Un tercio de los pacientes tienen telangiectasias cutáneas y en mucosas. El tratamiento de elección es la Emboloterapia Transcatéter para reducir el shunt intrapulmonar y el riesgo de embolia paradójal. Material y Métodos: Se presenta una paciente de 41 años, con antecedentes de hipotiroidismo, accidente isquémico cerebeloso en 2005, detectándose Anticuerpos Anticardiolipina (+) y no siendo anticoagulada. Consultó a Guardia en diciembre del 2006 por dolor precordial y disnea progresiva de larga data, llegando a CF III, con franca desaturación de oxígeno. Al examen físico se detectaron mínimas telangiectasias en mucosa yugal. La paciente recordó luego que a su madre le diagnosticaron Enfermedad de Rendu Osler (THH) años atrás.

Estudios complementarios: El Ecocardiograma Doppler fue normal y descartó hipertensión pulmonar. El Ecocardiograma con contraste (solución salina agitada EV) mostró gran Shunt derecha- izquierda, evidenciado por la presencia de burbujas en cavidades izquierdas luego del 5° latido. La Angiotomografía de tórax y la Angiografía Pulmonar mostraron la existencia de varias e importantes fístulas arteriovenosas simples y complejas en ambos pulmones.

Tratamiento: En diciembre del 2006 se efectuó embolización de las fístulas izquierdas y en marzo del 2007 de las derechas. La tolerancia fue muy buena y las complicaciones mínimas: fiebre y dolor en las primeras horas, síntomas que no se repitieron posteriormente.

Actualmente (agosto del 2007) la paciente lleva una vida normal, con gran mejoría de su disnea y con saturación normal durante el test de la caminata.

Conclusiones: En este trabajo se destaca el excelente resultado de la Embolización secuencial de las fístulas evitando o al menos posponiendo la cirugía de resección pulmonar.

Queremos destacar además la importancia del Ecocardiograma con contraste para el diagnóstico de las fístulas AV en la THH, que luego del 4° o 5° ciclo cardíaco muestra la presencia de burbujas del lado izquierdo del corazón.

Es interesante la rareza de la forma de presentación de la enfermedad en esta paciente con anticuerpos antifosfolípidos (+), lo que asociado a su ACV, creemos, demoró el diagnóstico.

#### 21792. UTILIZACION DEL INDICE BODE PARA EVALUACION DEL PACIENTE EPOC

Vazquez de Argiro, N.; Fabio, S.; Gianfrancisco, V.; Amaya, R.; Naval, N.; Gonzalez, F.; Marquez, O.; Castro, M.; Pereyra, A.; Datoli, M.; Del Rio, R.; Moreno, C.; Gomez, V.

En el hospital Padilla, sala de Neumonología, se evaluaron 20 pacientes (ptes): 18 hombres y 2 mujeres, con edad promedio 63 años, rango de 50 a 79 años, con pack/years menor a 30:5 ptes, entre 30 y 60:11 ptes y mas de 60: 4 ptes. fueron clasificados segun indice BODE, teniendo en cuenta 4 variables: Índice de masa corporal, VEF1, disnea y test de caminata. A cada variable se le asigno el siguiente puntaje: VEF1 > 60 = 64%:0 punto, ente 50 y 63%: 1 punto, ente 36 y 49%: 2 puntos y < 60 = 35%: 3 puntos. distancia recorrida: >350 mts: 0 punto, entre 250-349: 1 punto, entre 150-249 mts: 2 puntos y < 60 = 149: 3 puntos. disnea: clase funcinal 0-1: 0 punto, CF2: 1 punto, CF 3: 2 puntos y CF4: 3 puntos. IMC > 21: 0 punto, IMC < 21: 1 punto. A estas variables las trasladamos a una escala donde los valores totales posibles fluctuan entre 0 y 10 y obtuvimos la siguiente clasificacion: puntaje 0:1 pte. puntaje 1: 1 pte. puntaje 2: 6 ptes. puntaje 3: 3 ptes. puntaje 4: 2 ptes. puntaje 5: 2 ptes. puntaje 6: 2 ptes. puntaje 7: 1 pte. puntaje 8: 1 pte. puntaje 10: 1 pte. de esta clasificacion surge: 11 ptes con riesgo leve. 6 ptes con riesgo moderado. 3 ptes con alto riesgo de muerte. los puntajes mas altos (entre 7 y 10) indican mayor riesgo de muerte. De los 3 ptes con alto riesgo de muerte: 2 fallecieron dentro de los 6 meses de haber sido evaluados. si consideramos la severidad del paciente EPOC teniendo en cuenta el VEF1 tenemos: 5 ptes de grado leve (VEF1 80-60%). 7 ptes de grado moderado (VEF1 60-40%) y 8 ptes de grado severo (vef1 < 40%). Lo cual no coincide con los resultados obtenidos con el indice BODE. ya que el VEF1 clasifica al paciente EPOC teniendo en cuenta solamente el grado de obstruccion al flujo aereo.

Conclusiones: El estudio a nuestros pacientes a traves del indice BODE; sin mayor requerimiento tecnológico que un espirometro, nos permite una evaluacion integral de los mismos. A traves de este abordaje podemos cuantificar la repercusion sistémica de su enfermedad y pronosticar el riesgo de muerte de estos pacientes por lo que sugerimos que el indice BODE debe ser implementado como un método de evaluacion necesario en todo paciente EPOC.

#### 21836. HEMORRAGIA PULMONAR POR ESTREPTOKINASA

Redondo, A.; Sagardia, J.; Torres, R.; Gonzalez, A.; Monteverde, A.

Introducción: La terapia trombolítica con estreptokinasa es comúnmente usada en el infarto agudo de miocardio (IAM) y ha reducido marcadamente la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. Sin embargo, puede causar complicaciones hemorrágicas e inmunológicas. Reportamos el caso de un paciente que desarrolló insuficiencia respiratoria aguda después de terapia con estreptokinasa por IAM.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 42 a. que ingresa a la unidad coronaria de nuestro hospital por presentar dolor precordial opresivo de intensidad 10/10 de 3hs de duración.

ECG: elevación del segmento ST en DI, AVL y de V1-V5; se interpreta como IAM anterior extenso y se indica la administración de estreptokinasa. Laboratorio: Hto 43% Plaq 248000 GB 18400 CK 4480 CK-MB 455, función renal normal. EVO-

luciona con tendencia a la hipotensión, fiebre, rales crepitantes bilaterales hasta vértice con leve tiraje intercostal y hemoptisis. No R3, IY 1/3 con colapso, tolera decúbito. Rx Tórax: infiltrado alveolar bilateral en cuatro cuadrantes. Laboratorio: EAB 7,42/30/92/11/-3,8/97% (0,50) PAFI 184. Hto 38% PlaQ 275000 GB 24700. Se toman hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico con Ampicilina-Sulbactam a foco respiratorio. HIV -, Espudo: ZN -, GC -. Eco2D: deterioro moderado de FSVI, hipo-quinestia anteromedial, posteromedial, apical y septal anterior. TAC tórax: infiltrado parahiliar e intersticial intra e inter-lobulillar con broncograma aéreo. Derrame pleural bilateral. Sin adenopatías. Se solicita BAL el cual no se realiza por IAM reciente. EFR: CVF 2,12 (48%), VEF1 0,84 (23%), VEF1/CVF 35%, DLCO 34 (112) KCO 36,5 (121%) Va 105. Se interpreta el cuadro como hemorragia pulmonar secundaria a estrep-tokinasa.

Conclusiones: La hemorragia intraalveolar difusa es una rara complicación de la terapia trombolítica. Este diagnóstico debe ser considerado en los pacientes con dificultad respiratoria, infiltrados pulmonares difusos, hemoptisis y descenso inexplicable en la concentración de hemoglobina después de terapia trombolítica.

**21843. EVALUACIÓN DE FUNCIÓN RESPIRATORIA EN SDRA PRIMARIO Y POSTERIOR SECUNDARIO**

Violi, D.; Díaz, G.; Lugaro, M.; Jacintho, P.; Pereyra, C.

Desde los años '70 es conocido que la ventilación a presión positiva daña al pulmón y es causa de SDRA. Entonces ¿Cuales son las secuelas de la utilización de la VM? Masculino de 46 años, que ingresó el 08/09/06, derivado de Htal. San Miguel del Monte por politraumatismo con TEC leve; traumatismo cerrado de tórax con contusión pulmonar y traumatismo cerrado de abdomen. Por laparotomía exploradora se evidenció hemoperitoneo, laceración de ciego, estallido de víscera hueca, resección de 2 mts de Intestino delgado, rafia de ciego y anastomosis. Fractura luxación de cadera con reducción sin requerimiento de estabilización. Evolución: Contusión pulmonar infectada con SDRA primario, NAV temprana SDRA secundario a sepsis; PARO CARDIACO por hipoxemia con requerimiento de reclutamiento alveolar y ventilación en decúbito prono. Traqueostomizado. Peritonitis secundaria por enterococo faecalis. Sepsis severa/ Shock séptico con disfunción multiorgánica. Necesitó monitoreo de Swan Ganz. Presentó derrame pericardico severo con taponamiento (pericarditis urémica) Falla renal asociada a nefrotóxicos + disfunción por sepsis. Hemodiálisis. Fractura luxación de cadera izq. TEC leve Marshall II, con PIC por 48 hs, sin foco motor, hipotonía e hipotrofia, debilidad generalizada, polineuropatía del paciente crítico. Al alta (14/11/2006), disminución del 18% de su peso, que recupera a los 9 meses. Refiere debilidad, fatiga y pérdida de masa muscular con dolores residuales. Espirometria normal a los 3 meses, Con disminución de la capacidad de difusión del monóxido de carbono (71% del previsto) y defecto obstructivo leve a los 9 meses. No presentaba desaturación durante el test de caminata a los 9 meses (365 mts)

Tabla:

	15/01/07	Febrero 2007	21/03/07
FVC	4.60 (85%)	5.29 (96%)	4.82 (89%)
VEF1	3.72 (85%)	3.73 (82%)	3.38 (79%)
%	80.9%	71%	70%
IC		3.03 (80%)	
TLC		7.13 (90%)	
RV/TLC		24%	
DLCO/VA		3.90 (71%)	
PiMAX		119 (102%)	
PeMAX		130 (59%)	

Conclusiones: La recuperación del SDRA es lenta e incompleta, debido a secuelas neuromusculares más que a respiratorias.

LUNES 15 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 16.00 a 17.30 hs

**Neumonología crítica**

**21465. VENTILACION NO INVASIVA EN TERAPIA INTENSIVA**

Sanchez, R.; Varela, D.; Bono, M.; Tiribelli, N.; Saban, M.; Escalante, P.; Marino, A.

Objetivos: Evaluar la implementación de un protocolo de Ventilación No Invasiva (VNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA).

Material y Método: Se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a Terapia Intensiva desde Noviembre de 2005 hasta Junio de 2007 con IRA de diversas etiologías que cumplieron los criterios del protocolo de VNI de nuestro servicio. Se utilizaron ventiladores mecánicos microprocesados con interfases oronasales. Se registraron prospectivamente datos de la población, etiología de la IRA, éxito ó fracaso (necesidad de intubación y conexión a ARM); días de estadía en UTI, mortalidad y complicaciones. Se utilizaron ventiladores mecánicos microprocesados con interfases oronasales. Se analizaron los datos totales y en subgrupos (éxitos vs fracasos ¿?). Los datos se expresan como taza, media y DS. Para el análisis comparativo entre los grupos se utilizó el Test de Chi Cuadrado para las variables nominales y el Test de T la para las variables continuas. Se considero significativa una p<0.05.

Resultados: Registraron 100 pacientes, 44% hombres y 66% mujeres con una edad de 63 años (16), APACHE II 16 (7), SAPS II 36 (14). La causa de IRA fue: EPOC n = 37 (37%), edema agudo de pulmón n = 16 (16%), neumonía n = 11 (11%), IPA n = 10 (10%), postextubación n = 10 (10%), IRA postquirúrgica n = 8 (8%), síndrome de hipoventilación n = 5 (5%) y enfermedad neuromuscular n = 3 (3%). Tuvieron éxito 58 pacientes y fracasaron 42. La duración de la VNI de 2 (2), con una estadía de 10 (11) días y una mortalidad de 26%. El 30% de los pacientes presentaron complicaciones (lesión cutánea, sequedad bucal, falla de la interfase).

Tabla:

	Edad	APACHE II	SAPS II	Días UTI	Días VNI	Días ARM	Mortalidad	Complicaciones
Exitos	61.1	14.3	33.6	5.5	2.3	0	3.4%	29.3%
58%	(16.4)	(6.3)	(11.6)	(4.8)	(2.1)		(2/58)	(17/58)
Fracasos	64.2	17.8	38.4	17.5	1.8	11	57.1%	31%
42%	(15.0)	(6.7)	(16.3)	(13.9)	(1.7)	(11)	(24/42)	(13/42)
p	0.33	0.009	0.08	0.001	0.2	0.001	0.001	0.96

Conclusiones: Los pacientes que fracasaron con VNI tuvieron una estadía en UTI más prolongada con mayor requerimiento de días de ARM, presentado una mortalidad estadísticamente significativa con respecto a los que tuvieron éxito.

**21468. NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA**

Varela, D.A.; Sanchez, R.; Escalante, P.; Bono, M.; Tiribelli, N.; MARINO, Alberto

Objetivo: Analizar las variables demográficas, evolución y pronóstico de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).



**Material y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron de manera consecutiva a UTI desde el 01/08/2006 hasta el 01/07/2007 con diagnóstico de NAC. Se tuvieron en cuenta los datos de la población: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, SOFA, día de internación, requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM), requerimientos de ventilación no invasiva (VNI) y mortalidad. Se tomo en cuenta el diagnóstico de sepsis, sepsis severa, shock séptico y disfunción orgánica múltiple (DOM) además del requerimiento de transfusiones, vasopresores y la presencia de insuficiencia renal aguda (IRA). Los datos se presentan como taza, media y desvío standard.

**Resultados:** Ingresaron a UTI 615 pacientes, de los cuales 42 (6.8%) presento diagnóstico clínico de NAC, el 54.8% hombre, 45.2% mujeres con una edad de 65.5 años (16.7). APACHE II 17.4 (7.6), SAPS II 39.7 (20.8) con 9.2 días (9.9) de internación en UTI con una mortalidad 28.5% (12/42). El 69% (29/42) requirió ARM durante 7.6 (6.3) días. El 17.3% requirió reintubación orotraqueal (5/29) y en el 24.2% (7/29) se realizo traqueotomía, a los 10.4 (4.4) días de ARM. En el 45.2% se realizó inicialmente VNI durante 2.5 (2.3) días, el 36.8% (7/19) fue exitosa y el 63.2% (12/19) fracaso. Se obtuvo rescate bacteriológico en el 31% (13/42): Pseudomona aeruginosa 30.7%, Stafilococco aureus 30.7%, Neumococco 23.2%, Proteus mirabilis 7.7%, Bukordelia cepacia 7.7%. La incidencia de bacteriemias fue del 9.5% (4/42). Los requerimientos de vasopresores: noradrenalina 45.2% (19/42), dobutamina 16.7% (7/42) y dopamina 7.1% (3/42). La IRA se observo en el 35.7% (15/42), el 13.3% (2/15) requirió diálisis.

Tabla:

	n	SOFA	Mortalidad
DOM	5	11.8	80% (4/5)
Shock Séptico	15	9.2	40% (6/15)
Sépsis Severa	15	8.9	20% (3/15)
Sépsis	7	5	0%

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan a UTI con diagnóstico de NAC son pacientes con scores de gravedad elevados. El rescate de gérmenes fue bajo y la características de los mismos diferente a la esperada para esta patología. La taza de fracaso de VNI fue alta y la mayoría requirió de ARM. La incidencia de DOM fue baja a pesar del alto índice de fallo renal agudo y utilización de vasopresores. No obstante la mortalidad fue similar a la mayoría de las publicaciones.

#### 21802. COMPLICACIÓN DE VNI EN PACIENTE NEUROMUSCULAR POST- TRAQUEOSTOMÍA. A PROPOSITO DE UN CASO. NUESTRA EXPERIENCIA

Destefani Villafañe, N.J.; Coronel, M.A.; Espeche, M.M.; Avila, J.

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, quien hace 10 meses presenta dolor y calambres en miembro superior izq. con extensión a miembro inferior homolateral y posterior parálisis, continuando con la misma evolución del lado derecho a las dos semanas del inicio del cuadro general. Ingresa a sala de neurología con compromiso clínico bulbar y signos de piramidismo. HIV y VDRL (-). RMN de columna cervical que no muestran patología.

Ingresa a Unidad Respiratoria el 10/05 por disnea, signo de Hoover, uso de músculos supraclaviculares y ECM, caída de la cabeza, trast.de la deglución y reflejo de tos abolido. Lúcida, FR 24/ min., espontánea y SaO2 97% con FIO2 0,21. Se ausculta gran disminución de la entrada de aire bibasal.

Pruebas funcionales respiratorias: Sentado: FVC 540 ml (16%), PiMX -60, PeMX +60.

D.Dorsal: FVC 350 ml (-30%), PiMX- 60, PeMx +60.

Se conecta a VNI con máscara nasal. Registra VT de 300- 360 ml y FR 29/ min. Rx de tórax sin infiltrados, deglución conservada para sólidos por lo que se alimenta v.o.

EMG: compatible con Polineuropatía a predominio desmielinizante asimétrica crónica, con abundantes potenciales de denervación y gran pérdida de unidades motoras funcionantes especialmente en miembro superior izquierdo.

Se realizó plasmaféresis sin respuesta.

Presenta alta dependencia a VNI con CV post VNI = 0; requiere aumento de valores ventilatorios. Como complicación presenta escara en puente nasal que afecta planos óseos. Se trata con Kaltostat con gran compromiso de la pac. al desconectarse para las curaciones.

Se decide traqueostomía a los 70 días de VNI sin haber presentado alteración radiológica ni uso de ATB por infección alguna. A las 24 hs de traqueostomía, comenzó con febrícula, imposibilidad deglutoria, elevación de leucocitos e infiltrados basales derechos en Rx de tórax. , a las 72 hs criterios de sepsis y aumento de los infiltrados radiológicos. BAL(+) SAMS, hemocultivo (+) Klebsiella sp. sensible a IMP.

Se indica ATB específico, con escasa mejoría, óbito a los 7 días de traqueostomía.

**Comentarios:** Si bien está descrito que la patología neuromuscular es per se factor de riesgo para broncoaspiraciones, la traqueostomía agrava el cuadro desde que compromete la elevación laringea durante la deglución, suprimiendo además el tiempo de apnea con cierre glótico propio de la deglución; favoreciendo en definitiva la formación de lago faríngeo con consecuentes filtraciones peri manguito. Es el primer caso en nuestra experiencia de 30 pacientes ventilados con VNI.

#### 21823. VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS NUESTRA EXPERIENCIA

Destefani Villafañe, N.J.; Coronel, M.A.; Espeche, M.M.; Perez, A.; Avila, J.

**Introducción:** El dilema vigente hasta hace unos años sobre si la VNI debe aplicarse en planta convencional o en UCI quedó superado por la aparición de Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (Díaz Lobato, Arch Bronconeumol. 2005). Ante la falta de este tipo de Unidades en nuestro medio, este tratamiento se realiza en Unidad Respiratoria del Hosp.Padilla. Expresamos nuestra experiencia en una unidad de cuidados críticos.

**Objetivos:**

- General: Evaluar los resultados obtenidos con el uso de la VNI en unidad de cuidados críticos.

- Específicos: 1- Evaluar las causas que llevaron al fracaso de la VNI y a la intubación endotraqueal.

2- Identificar las complicaciones que se presentaron en pacientes con VNI.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron 30 HC de pacientes que fueron internados en UR del Hosp. Angel C. Padilla en San Miguel de Tucumán, entre Julio de 2000 y Julio de 2007, con diagnóstico de Insuf. Respiratoria Aguda (IRA), Crónica (IRC) o Crónica reagudizada (IRCA) que fueron tratados con VNI. Se realizó un estudio descriptivo y analítico de corte transversal.

**Resultados:** Se estudiaron 30 pacientes, entre 15 y 64 años, con una edad media de 39.3 años. El 63% eran de sexo masculino. Del total de pacientes, el 60% (18) ingresaron con diagnóstico de enfermedad neuromuscular (NM), el 27% (8) Síndrome de Hipoventilación Asociado a Obesidad (OHS), el 10% (3) EPOC, y el 3.33% (1) con obstrucción traqueal.

En su mayoría el motivo de ingreso fue por IRA 63% (19) y por IRC 37% (11). Requhirieron intubación endotraqueal 43% (13). Las causas de intubación fueron: progresión de la enfermedad en 6 pacientes, mal manejo de secreciones en 3, falta de mejoría en la gasometría arterial en 3 y solo 1 por inestabilidad hemodinámica.

El 73% (22) de los pacientes no presentó complicaciones. En el 27% (8) restante, la complicación más frecuente fue la presencia de lesiones cutáneas secundarias a la interfase en 7 pacientes.

Conclusiones: La VNI en pacientes seleccionados demostró ser una modalidad terapéutica exitosa en el 57% de los casos. El fracaso de la VNI se debió a progresión de la enfermedad, el mal manejo de secreciones y falta de mejoría gasométrica. Entre las complicaciones, la más frecuente fue "lesión cutánea".

Comentarios: Los fracasos se debieron en gran parte a la falta de personal capacitado en el manejo multidisciplinario de pacientes con VNI e interfases adecuadas. Esto demuestra que la formación de una Unidad de Cuidados Críticos Intermedia Respiratoria, para este tipo de intervenciones es imprescindible para disminuir el número de fracasos. Esta Unidad, debería formarse con personal experto, bien entrenado, disponible las 24 hs., con equipos de monitorización, ventilación e interfases adecuadas, y protocolos derivación a UTI.

#### 21845. INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA BRONCOSCOPÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sagardía, J.; Torres, R.; Bigot, M.; García, O.; Monteverde, A.; Del Valle, E.

Introducción: La broncoscopia (BC) se ha convertido en un método útil de diagnóstico y tratamiento en pacientes con patología pulmonar. Las complicaciones asociadas a la técnica son poco frecuentes cuando el estudio se lleva a cabo en pacientes con ventilación espontánea.

Los pacientes críticamente enfermos pueden presentar complicaciones serias particularmente durante la ventilación mecánica, cuando la BC es realizada a través de un tubo endotraqueal.

Objetivo: Describir las indicaciones y complicaciones de la BC realizada en pacientes internados en terapia intensiva.

Métodos: Estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Posadas de noviembre de 2005 a junio de 2007. Se registraron los siguientes datos a través de una ficha prediseñada: demográficos, ventilación mecánica, ventilación espontánea, tubo orotraqueal o traqueostomía, BC flexible o rígida, indicaciones y complicaciones. Se consideró complicación seria al desarrollo de neumotorax, atelectasia, desaturación e inestabilidad hemodinámica que determinara la suspensión del estudio, y la necesidad de intubación.

Resultados: Se realizaron 199 procedimientos en 137 pacientes. La BC flexible fue usada en 190 procedimientos y la BC rígida en 9.

147 estudios fueron realizados en pacientes ventilados y 52 en pacientes con ventilación espontánea. Ventisiete procedimientos se hicieron en pacientes traqueostomizados y 131 en pacientes con tubo orotraqueal.

Las indicaciones de BC flexible fueron: sospecha de patología infecciosa 50% (n=100) - 75% de los casos por neumonía asociada al ventilador - atelectasia 8,5% (n=17), evaluación de la vía aérea en pacientes quemados 4% (n=8), intubación guiada por BC 10% (n=20), hemoptisis masiva 6,5% (n=13), estenosis traqueal 4.5% (n=9), complicaciones asociadas a la intubación 5.5% (n=11) y otras indicaciones 6% (n=12). La BC rígida fue realizada en 5 pacientes con estenosis traqueal: 8 procedimientos para dilatación y colocación de stent. En un caso se utilizó para control en un paciente con una falsa vía luego de intento de reanulación.

Las complicaciones serias, 7% del total de procedimientos, fueron: desaturación 6, bradicardia extrema 2, hipotensión arterial 6 y necesidad de intubación y asistencia respiratoria mecánica 1. No hubo mortalidad relacionada al procedimiento.

Conclusiones: Dentro de la patología infecciosa la indicación principal de la broncoscopia fue el diagnóstico de neumonía asociada al ventilador.

La mitad de los procedimientos fueron realizados por patología no infecciosa, con una diversidad de indicaciones.

El porcentaje de complicaciones serias en general fue similar a la reportada en la literatura.

MARTES 16 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.00 hs

## Obstructivas

#### 21299. USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Ó ALTERNATIVAS POR PARTE DE PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

Gonzalez, C.D.; Kaplan, P.J.; Sívori, M.L.

La OMS ha reconocido la importancia de las Medicinas Tradicionales ó Complementarias/Alternativas (MT/MCA), tanto en países en desarrollo como desarrollados. No contamos en nuestro medio con registros sobre el uso de esta terapéutica por parte pacientes con asma bronquial (AB).

Objetivos: evaluar cuál era el uso de MT/MCA por parte de un grupo de pacientes asistidos en la ciudad de Buenos Aires.

Material y método: entre los años 2005-2007, 134 pacientes con AB pertenecientes a distintos sistemas de salud, fueron evaluados en un trabajo observacional y retrospectivo. Las variables consignadas fueron: edad, sexo, tiempo de evolución, FEV1 en la primera consulta, estadios (GINA 2005), IgE sérica, antecedentes de Asma de Control Difícil (ACD) ó Asma Casi Fatal (ACF), nivel de escolaridad, uso ó no de MT/MCA, tipo, tiempo de uso, resultados (0 a -3 y +3) y empleo ó no simultáneo de medicina alopatía.

Se utilizó sistema ANOVA, Chi cuadrado y p significativa = 5%. Resultados: 59.7% de la muestra fueron mujeres, el promedio de edad fué de 47±16 años, el tiempo de evolución, 24.3±17 años, el FEV1 inicial, 62.1±15%, la distribución por estadios de gravedad, 2.9±1.1; antecedentes de ACD, 13.7%, ACF, 3.6% y Ig E elevada en 96% de los pacientes. La distribución según escolaridad mostró: PI, 20.9%, PC, 29.1%, SI 10.5%, SC, 19.8%, TI, 10.5%, TC, 9.3%.

El uso de MCA alcanzó al 26.1% de los pacientes (35/134). Los recursos utilizados fueron: homeopatía, en 14 pacientes, acupuntura: 9, hierbas: 8, yoga: 4, hipnosis: 1, autovacunas: 1 y grasa de carpincho con miel: 1 paciente. El tiempo de uso de las terapias fué de 18.6±23.5 meses y su resultado: sin respuesta: 51.6% de los pacientes, respuesta favorable: 38.7% y desfavorable: 9.7%. Uno de cada tres pacientes dejó la medicina alopatía durante la MCA, con mejor respuesta (p=NS). No se registraron diferencias significativas en el uso de MCA según otras variables.

Conclusiones: se observó una utilización menor a lo esperado de MCA con respecto a otras experiencias, una discreta respuesta terapéutica y ausencia de diferencias significativas en el uso del recurso según las variables consignadas.

#### 21423. PREVALENCIA DE EPOC EN FUMADORES ASINTOMATICOS

De Salvo, M. C.; Giannatasio, J.; Miranda, M.; Gonzalez, J.A.; Rey, D.

Debido a la alta incidencia del tabaquismo (40%) evaluamos la prevalencia de EPOC en una población de fumadores entre 40 y 70 años con historia de fumador > 10 paquete/ año mediante espirometría y test de reversibilidad.

Ninguno de los pacientes había hecho este estudio previamente. El examen funcional respiratorio se realizó a 200 pacientes de acuerdo a los criterios de la ATS. Se consideró EPOC leve (FV1 > 70% N), Moderado (FV1: 50-69% N.) y Severo (FV1 < 50% N.)

Resultados: En los 200 sujetos estudiados, con una media de 55 ± 15 años, la proporción hombre / mujer fue de 65/35%.

Se encontraron 9 pacientes con asma bronquial (4,5%), 11 con bronquiectasias (5,5%), EPOC leve (21%) y moderada (7%), de los fumadores todavía asintomáticos, siendo los restantes normales.

Estos hallazgos representan un grupo que debe ser aconsejado respecto al hábito tabáquico para encarar tratamientos de cesación antes que las consecuencias de la enfermedad progresen y sean irreversibles.

Conclusiones: La sugerencia para los médicos clínicos es incorporar en forma rutinaria el examen funcional respiratorio como método de diagnóstico en la evaluación de pacientes fumadores mayores de 40 años.

#### 21424. EXPRESIÓN DE TOLL-LIKE RECEPTOR 4 EN CÉLULAS DE ESPUTO INDUCIDO DE PACIENTES CON EPOC

Uribe Echevarría, E.M.; Quintar, A.; Roth, F.; Uribe Echevarría, A.; Maldonado, C.

Introducción: El receptor de membrana Toll-like 4 (TLR4) es un componente clave en la iniciación de la respuesta inmune innata frente a desafíos microbianos. TLR4 reconoce en forma específica el lipopolisacárido (LPS) de bacterias gram-negativas; activando múltiples genes capaces de desencadenar la cascada de mediadores inflamatorios en la vía aérea. El LPS se encuentra también biológicamente activo en las partículas del humo de cigarrillo, representando un factor patogénico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) asociada al tabaquismo. Existen datos contradictorios acerca del rol de TLR4 en el desarrollo de EPOC en fumadores.

El esputo inducido (EI) es una técnica no invasiva que reproduce fielmente el estado de la vía aérea, exhibiendo las células protagonistas de cada estado patológico. La expresión de TLR4 no ha sido aún investigada en células obtenidas por este método; por lo cual, en el presente estudio caracterizamos la expresión de TLR4 en células de esputo inducido de pacientes con EPOC, comparándolos con grupos de pacientes fumadores sanos, asmáticos, o voluntarios sanos.

Métodos: la población estudiada estuvo formada por un total de 45 individuos: (i) 14 pacientes con diagnóstico de EPOC sin evidencias de exacerbación, (ii) 10 fumadores sanos, ambos grupos estratificados acorde a edad e índice paquete/año; (iii) 10 pacientes no fumadores con diagnóstico de asma; y (iv) 11 voluntarios sanos. En todos los casos, se extrajeron muestras mediante EI y se procesaron en citospin. La caracterización de las poblaciones celulares se realizó con la tinción de May Grunwald. La expresión del TLR4 se determinó a través de inmunocitoquímica en citospin y revelada mediante avidina-peroxidasa.

Resultados: Los pacientes con EPOC presentaron un 55% de neutrófilos, 28% de macrófagos y 15% de eosinófilos en el EI, siendo los macrófagos positivos para TLR4. La inmunomarcación para TLR4 fue más intensa en las zonas cercanas a la membrana plasmática en estas células. El EI de fumadores sanos mostró un 49% de macrófagos, 26% de neutrófilos y 22% de eosinófilos; ninguno de los tipos celulares exhibió inmunoreacción para TLR4. Las células predominantes en pacientes asmáticos fueron los eosinófilos, que mostraron una marcada expresión citoplasmática de TLR4. Los macrófagos, abundantes en el EI de voluntarios sanos, no revelaron inmunomarcación para este receptor.

Conclusiones: El esputo inducido permitió valorar la expresión de TLR4. La sobreexpresión de TLR4 en macrófagos alveolares

de pacientes con EPOC sugiere una fuerte asociación entre este receptor y el desarrollo y/o progresión de la enfermedad.

#### 21553. PREVALENCIA DE EPOC EN FUMADORES PASIVOS

De Salvo, M.C.; Miranda, M.; Giannattasio, J.; Scafati, M.; Gonzalez, J.A.

El tabaquismo pasivo es la tercera causa de mortalidad prevenible en los países desarrollados, por detrás del tabaquismo activo y el alcoholismo. El humo que inhala el fumador pasivo está compuesto en un 75% de la corriente secundaria del cigarrillo y un 25% de la corriente del humo que procede de los pulmones del fumador. Los expertos calculan que la concentración de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono es de 3 a 5 veces mayor en la corriente secundaria que en la principal. Se investigó la prevalencia de EPOC en individuos no fumadores de ambos sexos con antecedentes de tabaquismo pasivo.

Se estudiaron 200 sujetos 100 de sexo masculino y 100 de sexo femenino asintomáticos con exposición laboral y/o doméstica al tabaquismo pasivo durante por lo menos 20 años.

Las edades estuvieron comprendidas entre 40 y 65 años con una media de 52.

La espirometría se realizó de acuerdo a los criterios de la ATS. Se consideró EPOC leve (FV1 > 70% .N) Moderada (FV1 50-69% .N) y Severa (FV1 < 50% .N).

Resultados: Se diagnosticaron en 12 (6%) Asma Bronquial y en 22 (11%) se detectó EPOC: leve 15 (7,5%) Moderada 7 (3,5%). Todos ellos desconocían su diagnóstico y se encontraban asintomáticos.

Conclusiones: Para conocer mejor el tema sería necesario disponer de estudios longitudinales realizados en poblaciones expuestas desde la infancia, un período en el que probablemente el humo del tabaco resulte más perjudicial para el desarrollo funcional pulmonar, controlando después su exposición laboral y doméstica. La exposición en la infancia al humo del tabaco afectaría al normal desarrollo broncopulmonar, dando como resultado discretas disminuciones de las pruebas funcionales respiratorias con respecto a los no expuestos. Estas alteraciones pueden persistir hasta la edad adulta.

#### 21599. ASMA CASI FATAL- REPORTE DE 43 CASOS

Marchisio, S.; Maniago, E.; Bravo, A.; Sanchez, R.

HZGAD Evita Pueblo-Berazategui. Unidad de Terapia Intensiva.

Introducción: Se define como Asma Casi Fatal (ACF) a crisis de extrema gravedad que cursan con signos de agotamiento, deterioro del sensorio y trastornos gasométricos como hipercapnia y acidemia. También aquellas que requieren intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Existen factores de riesgo para el desarrollo de ACF. En la mayoría de los casos (80- 90%) la progresión de la crisis es de lenta evolución (mayor a seis horas). En un menor porcentaje la progresión es rápida (menor a tres a seis horas).

Objetivos: Analizar las características y evolución de un grupo de 43 pacientes ingresados a Unidad de Terapia Intensiva (UTI), con diagnóstico de ACF.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos. Se evaluaron 43 historias clínicas de pacientes ingresados a UTI con diagnóstico de ACF, en el período comprendido entre enero de 2001 y enero de 2005. Se incluyeron aquellos que fueron sometidos a intubación orotraqueal y AVM.

Resultados: De los 43 casos analizados, 58% fueron masculinos y 42% femeninos, en un rango de edad entre 15 y 75 años. El 35% tenía antecedentes de tabaquismo. En el 13% de los casos se identificó progresión rápida de la crisis. El promedio de días de internación fue de 15,3, y el de días de AVM 7,9. El APACHE II promedio de la población estudiada fue de 18,3 y la mortalidad de 16%.

Conclusiones: En el presente trabajo, encontramos al ACF como una causa frecuente de ingreso a UTI. Se trata de un grupo heterogéneo de pacientes que no permite identificar factores de riesgo determinantes. Coincidiendo con la bibliografía disponible, un pequeño grupo (13%) presentó progresión rápida de la crisis. La mortalidad hallada en el grupo evaluado, fue inferior a la predicha según score de APACHE II, aunque superior a la publicada por otros autores.

#### 21781. EPOC: ¿UNA ÚNICA ENTIDAD?

Vazquez de Argiro, N.; Fabio, S.; Amaya, R.; Gianfrancisco, V.; Gonzalez, F.; Naval, N.; Marquez, O.; Espeche, M.; Gomez, F.; Albert, M.; Del Río, R.; Moreno, C.; Pereyra, A.

La EPOC era considerada hasta hace poco una enfermedad de la vía aérea del pulmón, lo cual no explicaba la repercusión global de la misma. Actualmente es considerada una enfermedad inflamatoria sistémica. Si bien por definición debe cumplir con criterios funcionales establecidos: VEF 1 < 80%, FER < 70% post BD (relación fija); éstos no son suficientes para la evaluación integral del paciente. Es por ello que debe ser necesaria una combinación de parámetros clínicos, imagenológicos y funcionales para una correcta evaluación del paciente, lo cual nos permitiría una estrategia terapéutica individual.

Materiales y Métodos: En este marco evaluamos a dos pacientes con EPOC con características similares: Sexo masculino, edad entre 5ª y 6ª década de vida, raza caucásica, VEF1 < 30%, Pack/year mayor de 90, estadio de la enfermedad IV según GOLD, primera consulta por síntomas respiratorios al momento de su internación en sala. Variables: Función respiratoria a través de espirometría, gasometría arterial, test de la caminata de 6 minutos, Daño estructural pulmonar a través de TAC. Índice de masa corporal (IMC) a partir del peso y talla. Percepción de la disnea escala de BORG. Repercusión cardio-vascular con ECG y ecocardiograma.

Conclusiones: Habiendo evaluado en forma integral a éstos dos pacientes que se presentaron a la consulta con características similares, observamos el diferente comportamiento de la enfermedad; lo cual nos obliga a implementar una estrategia terapéutica adecuada a cada individuo y nos lleva a la siguiente reflexión: "Es la EPOC una única entidad".

MARTES 16 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.00 hs

## Oncología

#### 20667. CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE TRAQUEA

Santini, F.; Grynblat, P.; Avagnina, A.; Canepa, M.

Introducción: El carcinoma de tráquea adenoide quístico, también llamado cilindroma, es un tumor maligno que crece lentamente, infiltra los tejidos vecinos y tiene un curso clínico prolongado. No presenta predilección de género, la edad de presentación puede estar entre los 18 y 82 años. La prevalencia se estima en 0.5% de todos los carcinomas de células no pequeñas de pulmón, constituyendo una rareza, lo que motiva esta presentación.

Caso clínico: paciente de 50 años de edad, no fumador, sacerdote, con antecedentes de rinitis alérgica, quien consulta por disnea de esfuerzo desde hace 1 año aproximadamente. Presentó un episodio de hemoptisis aislada en 2004. No toma ninguna medicación. El examen físico reveló sólo hipoventilación generalizada. La espirometría mostró obstrucción al flujo aé-

reo de grado moderado a severo sin respuesta a broncodilatadores. La curva flujo volumen mostró caída de todos los flujos espiratorios y morfología de obstrucción variable intratorácica. La Rx de tórax mostró aumento del volumen pulmonar. Se realizó una TAC de tórax que mostró obstrucción de la luz traqueal a la altura del tercio inferior de la tráquea.

La broncoscopia mostró a 2 cm de la carina una masa vegetante, que ocluye el 50% de la luz traqueal unida a la pared lateral derecha. La biopsia por congelación fue compatible con carcinoma adenoide quístico de tráquea. Se realizó cirugía de tráquea reseccándose 3 cm de la misma, con anastomosis terminoterminal sin complicaciones. La anatomía patológica mostró un tumor de 2.5 x 2 y x 1 cm que protruía a través de la mucosa traqueal erosionándola. Los ganglios traqueales no mostraron tumor (0/1).

La broncoscopia al mes del postoperatorio fue normal, al igual que la tomografía computada y la espirometría. Al momento actual -2 años de la cirugía- el paciente se encuentra asintomático. Los estudios imagenológicos y espirométricos son actualmente normales.

Conclusiones: el carcinoma adenoide quístico de tráquea es un tumor muy raro; la incidencia es 0.2 por cada 100.000 personas por año. Tiene una frecuencia 140 veces menor que el cáncer de pulmón. Representan el 33% aproximadamente de los tumores malignos de tráquea y se originan con más frecuencia en el tercio superior e inferior. Ocurre mayormente en no fumadores. El aspecto histológico consiste en la presencia de células uniformes con citoplasma escaso, dispuestas en nidos o trabéculas bien definidas de tamaño moderado, siendo las mitosis raras. Por ser un tumor de muy lento crecimiento los pacientes deben controlarse por tiempo prolongado ya que se han reportado recidivas hasta 30 años después del diagnóstico inicial. El tratamiento consiste en cirugía y eventualmente radioterapia postoperatoria.

El diagnóstico diferencial con asma y epoc es fundamental, ya que puede confundirse fácilmente.

#### 21651. ADENOCARCINOMA VS MESOTELIOMA

Boccia, C.M.; Bidondo, N.L.; Salinas, E.; Fernandez, A.; Duarte, O.; Plaul, H.

Caso clínico: Pte. de 53 años que consulta el 2.9.5 a la Sección Neumotisiología por presentar hiperalgia y parestias en brazo izquierdo de 3 meses de evolución con RxTx patológica. Empleado de la construcción, yesero, se supone con riesgo para asbestosis por contacto frecuente con ductos de aire acondicionado y otros, según refiere revestidos por amianto. TBQ (+) 12 pack-year, dejó hace 15 años. Ex. físico: hiperalgia y parestias de MMSS (dorso y hombro), pérdida de peso no cuantificada, BEAB con hipoventilación vértice izq. No se palpan adenomegalias axilares ni supraclaviculares; no sme. de C.B. Horner. RxTx: opacidad homogénea en vértice izq., lisis costales. Análisis clínicos normales salvo ligera elevación de FAL. TAC Tx s/c: lesión expansiva sólida de bordes lobulados en proyección del LSI; se expande dorsalmente infiltrando la musculatura paraespinal con osteólisis del cuerpo vertebral y arcos costales; impresiona infiltrarse en el canal raquídeo; calcificaciones en la convexidad pleural anterolateral de dicho hemitórax; derrame pleural homolateral. Mínimo engrosamiento pleural calcificado hacia la convexidad posterior del hemitórax derecho. RMN: formación expansiva con compromiso óseo vértebrocostal que involucra los tejidos blandos y la región apical del campo pulmonar izq. y del espacio epidural, con compresión y desplazamiento del cordón medular adyacente. FBC: normal; lavado bronquial: negativo para cél. neoplásicas; PAAF: muy escaso material con aisladas células positivas vinculables a carcinoma. BX pleural: tca. de rutina

(H-E): infiltración por neoplasia maligna poco diferenciada con patrón epitelioide. Inmunohistoquímica: CK 5/6 negativa, Calretinina negativa, TTF-1 negativa, CK 7 positiva, CK 20 positiva heterogénea y focal. Los caracteres morfológicos y el perfil inmunológico corresponden a infiltración por adenocarcinoma.

Discusión: Es frecuente la duda diagnóstica cuando la pleura está involucrada. En el caso que presentamos, el antecedente epidemiológico, las placas pleurales, el intenso dolor y el derrame pleural inclinaban a pensar en mesotelioma. Por otra parte, su relativa rareza, el crecimiento cefálico del tumor y el gran compromiso óseo sugerían otro diagnóstico. Además del comportamiento clínico, la histopatología también puede ofrecer dudas cuando se trata de establecer el diag.diferencial entre mesotelioma y adenocarcinoma, especialmente si las muestras son escasas. Por eso se trata de evitar la PAAF, y se sugiere proceder con BX obtenida por Tru-cut, BX pleural obtenida con agujas de Abrahams o Cope o Pleuroscopia si está disponible.

Conclusiones: Consideramos que se debe evitar la PAAF de lesiones que involucren a la pleura, cuando sugieran un diagnóstico de carcinoma o mesotelioma porque lo más probable es que no se pueda evitar otro procedimiento, como sucedió en este caso.

#### 21668. CANCER DE PULMON: NUESTRA CASUISTICA

Vegetti, L.; Roselli, R.; Ballina, A.; Gonzalez Varas, R.

El cáncer de pulmón es el de mayor prevalencia en el ser humano y una de las principales causas de muerte en nuestro país.

Se realizó un estudio descriptivo en el Servicio de Neumonología del Hospital Cullen incluyendo los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón primario evaluados en el comité interdisciplinario de oncología, en el periodo 2001-2007 para conocer como se comportó el diagnóstico de esta neoplasia y su distribución por sexo, edad y tipo histológico.

Se registraron 142 pacientes, se seleccionaron 115 casos con diagnóstico confirmado de cáncer de pulmón, representado por 20 mujeres (17%) y 95 hombres (83%). La edad promedio fue de 58 años.

El 81% eran fumadores con una media de 45 paq./año; el hábito tabaquito se demostró en un 85% de los hombres y 63% mujeres, siendo también predominante en todos los tipos histológicos. El método diagnóstico más utilizado fue la broncofibroscopia. Para el diagnóstico se utilizó microscopía convencional y se basó en la clasificación de la OMS 1999. Los tipos histológicos hallados son tumor epidermoide: 56,2% (57,9 en mujeres y 49,5 en hombres), adenocarcinoma: 28,6% (31,6 y 25,3), indiferenciado no células pequeñas: 12,4% (5,3 y 12,6), tumor de células pequeñas: 7,8% (hombres), tm células grandes: 2,9% (hombres), tm carcinoide: 0,9% (mujer).

Según la estadificación TNM se agruparon: estadio IA: 4,1%, IB: 8,2%, IIA: 1%, IIB: 4,1%, IIIA: 16,5%, IIIB: 29,9%, IV: 36,1%. Conclusiones: en esta serie la mayor frecuencia de cáncer de pulmón se observa en hombres con hábito tabaquito. El tipo histológico más frecuentemente hallado es el tumor epidermoide, tanto en hombres como en mujeres encontrándolo en estadios avanzados.

#### 21834. CANCER DE PULMON EN NUESTRO MEDIO

Vazquez de Argiro, N.; Fabio, S.; Gianfrancisco, V.; Amaya, R.; Naval, N.; Gonzalez, F.; Marquez, O.; Castro, M.; Pereyra, A.; Dattoli, M.; Del Rio, R.; Moreno, C.; Gomez, V.

En el hospital Padilla Sala de Neumonología fueron evaluados en forma retrospectiva 24 pacientes (ptes) todos del sexo masculino. el 12% tenían entre 20 y 50 años, el 54% entre 50 y 60 años y el 33% más de 60. 23 eran tabaquistas. Los síntomas iniciales de presentación fueron: hemoptisis 8 ptes, tos 4 ptes,

disnea 4 ptes, dolor toracico 4 ptes, disfonía 1 pte, infecciones respiratorias a repetición 1 pte, paraplejia 1 pte, desorientacion temporo-espacial 1 pte. La forma radiológica de presentacion fue: nódulo pulmonar solitario 4 ptes, masa tumoral 6 ptes, masa cavitada 2 ptes, derrame pleural 3 ptes, derrame pleuro pericardico 1 pte, ensanchamiento hilar 2 ptes, infiltrados pulmonares 5 ptes, sin manifestación radiológica 1 pte. De la serie de 24 ptes: 15 tenían lesiones centrales y 7 ptes lesiones periféricas. El método diagnóstico utilizado fue: biopsia bronquial 11 ptes, biopsia pleural 2 ptes, biopsia transbronquial 1 pte, punción pulmonar transparietal 1 pte, biopsia de tumoración de partes blandas 1 pte, PAAF de masa tumoral 1 pte, citología de lavado bronquial y cepillado bronquial 5 ptes, PAAF de masa de partes blandas 1 pte, citología de líquido pleural 1 pte. En el 66% de los ptes el diagnóstico histológico fue con la biopsia y en el 33% restante la citología nos permitió llegar a la tipificación histológica. La etiología fue adenocarcinoma 5 ptes, adenocarcinoma bronquioalveolar 1 pte, epidermoide 6 ptes, carcinoma de células pequeñas 1 pte, carcinoma de células grandes 1 pte, carcinoma poco diferenciado 6 ptes, carcinoma mucoepidermoide 1 pte. Se estadificó a 7 ptes: 6 ptes en estadio IV (con metástasis confirmadas por TAC cerebral, TAC de abdomen y pelvis y/o centellografía ósea) y 1 pte en estadio III a. De los 6 ptes en estadio IV: 4 fallecieron dentro de los primeros 20 días de su internación en la sala. El tiempo promedio entre la consulta y el diagnóstico fue de 19 días.

Conclusiones: En la población estudiada observamos predominancia absoluta del sexo masculino. Mayor incidencia del cancer de pulmón entre los 50 y 60 años de edad De la serie de 24 ptes 23 eran tabaquistas. Prevalencia de carcinoma epidermoide (9 ptes). En todos los casos la consulta fue tardía, por falta de percepción de los síntomas o por la demora en la consulta. El tiempo entre la consulta y el diagnóstico fue breve (promedio 19 días).

MARTES 16 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.00 hs

## Patología difusa e intersticio

#### 21166. SARCOIDOSIS PULMONAR Y HAMARTOMAS HEPATICOS

Buffarini, M.A.; Gómez, G.S.

Objetivos: Presentar un caso de sarcoidosis pulmonar con asociación poco frecuente de Hamartomas hepático en mujer de 39 años.

Antecedentes: Paciente de 39 años, con APP de Tabaquismo 20 paq/año, lesiones en piel, tipo descamativa, que mejoraban con tratamiento con Corticoterapia, dejando cicatrices y luego recidivaban, en zona interdigital de mano izquierda, y región axilar derecha. Consulto por dolor en región escapular derecha, tos seca, fiebre intermitente astenia, artralgia generalizada y perdida de peso (7-8 Kg.) toda esta sintomatología de 2 meses de evolución No presentaba antecedentes epidemiológicos para TBC. Examen físico: Lucida, afebril, no edemas ni adenomegalias, uñas en vidrio de reloj, motilidad activa y pasiva conservada sin puntos dolorosos, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. ACV: normal. Abdomen: s/p. Laboratorio: GB:14.400 p/mm<sup>3</sup> (NC 1, NS: 56, L: 36, M,6 E: 1) VSG: 110 mm HTO: 31% GOT: 58, GPT:88, FAL: 509 Plaquetas: 264.000, Urea: 32. TAC tórax: Infiltrado alveolar difuso en LSD, segmento anterior, múltiples, imágenes redondeadas de distinto tamaño, hipodensas, distribución difusa en

la glándula hepática compatible con quistes, MTTs, o hemangiomas.

Ecografía abdominal: Hígado de tamaño normal, el LD se observa, imagen de aspecto quístico de 58X 53 mm, múltiples imágenes de límites mal definidos ecogénicas y de pequeño tamaño, en ambos lóbulos a predominio derecho, compatibles con hemangiomas o secundarismo. FBC: Normal, se toma muestra para BAL. Negativo para células neoplasias y BAAR (-) cultivo BAAR (-). Evoluciono sin cambios clínicos, con tto sintomático, se realizo toracotomía a cielo abierto con lobectomía superior derecha y biopsia hepática transdiafragmática.

Resultados: Pulmón: proceso granulomatoso, no caseificante, algunos con necrosis exudativa, a nivel peribronquial e intersticial. Granulomas con células gigantes de Langhans algunas de ellas incluyen cuerpos amorfos cristaloides citoplasmáticos birrefringentes, de formas redondeadas y especuladas (cuerpos de schaumann y asteroides). No vasculitis. Fenómenos de fibrosis intersticial multifocal y atelectasia en parénquima vecino. No atipia. Parénquima hepático con estructuras tipo hamartomas.

Diagnósticos: Proceso granulomatoso pulmonar, Foco hamartomatoso de ductos biliares hepáticos (complejo de VON Meyenburg).

Evoluciono estable, se solicito ECA con resultado de: 20 UI/l (Vmax: 33 UI/l). Se inicio tratamiento con corticoide, 40 Mg de meprednisona por 3 meses, evoluciono favorablemente

Conclusiones: Esta paciente cursó con una asociación de 2 patologías distintas poco frecuente en nuestro Hospital, y que por seguir una conducta unicista, el diagnóstico fue retrasado, a través de la secuencia de estudios se concluyo que el compromiso hepático no tenía relación con su enfermedad pulmonar y finalmente la paciente tuvo una buena evolución clínica.

#### 21298. HISTIOCIOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS ASOCIADA A TUBERCULOSIS PULMONAR. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Fernandez Casares, M.; Gonzalez, A.; Chiappella, M.N.; Godoy, R. N.; Moreno, A.

La Histiocitosis de células de Langerhans se caracteriza por la proliferación e infiltración de diversos órganos por dichas células. El término "Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis" (PLCH) se refiere a la enfermedad que afecta al pulmón, en forma aislada o junto a otros órganos. Si bien la TBC pulmonar tiene aspectos clínicos, Rx y patológicos parecidos que pueden confundirse con PLCH, la asociación de ambas entidades tiene aislados reportes.

Presentamos dos casos con dicha asociación.

Caso1: Mujer, 29 años, tabaquista de 15 paq/año. Derivada con diagnóstico presuntivo de TBC pulmonar. Referla 2 meses de tos con expectoración mucosa y disnea progresiva; registros febriles. Dos esputos BAAR -. Sin mejoría en 40 días de tratamiento antifímico.

Examen físico: roncus y estertores a burbuja. Clubbing

Rx tórax: infiltrado alveolonodulillar difuso.

TC: imágenes quísticas, algunas de pared gruesa a predominio de lóbulos superiores y nódulos subpleurales.

VSG: 83; ANCA y HIV -.

Cultivo de esputo para Koch: +.

Completó tratamiento con negativización del cultivo de esputo, persistiendo con astenia y disnea.

EFR: muy severa alteración mixta. PBD +. DLCO y KCO disminuidas.

Ante la sospecha de patología pulmonar agregada se realizó BAL: M: 72% N: 22%, L: 6%. No se observaron células de Langerhans. Inmunomarcación: CD1 y S100 -; ME- para gránulos de Birbeck.

Abandonó el hábito tabáquico, con mejoría clínico-funcional y remisión importante de las lesiones tomográficas.

Caso2: Mujer, 36 años, tabaquista de 18 paq/año. Con astenia, tos con escasa expectoración y disnea de 45 días de evolución.

Examen físico: disneica, hipoxémica, crepitantes bibasales. Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral.

TC: quistes y nódulos a predominio de lóbulos superiores.

HIV -.

Esputo para BAAR +.

Completó tratamiento con negativización del cultivo, persistiendo disnea e hipoxemia.

Por sospecha de PLCH se realizó BAL: M: 48% L: 50% PMN: 1% E: 1%. No se observan células de Langerhans. Inmunomarcación: S100 +.

Mala evolución pese a la cesación tabáquica. Se derivó para trasplante pulmonar.

Conclusiones: La combinación de quistes y nódulos a predominio de campos medios y superiores es sugestivo de PLCH. La TC con dichas lesiones en un marco clínico apropiado establece el diagnóstico de PLCH.

El hallazgo de células de Langerhans es la característica patológica central de la PLCH.

Sin embargo su mera presencia no diagnostica PLCH.

Por otro lado, en estadios avanzados con predominio de fibrosis, las células de Langerhans disminuyen y pueden desaparecer dando lugar al término "burned out" PLCH.

La impredecible evolución de la enfermedad queda graficada en estos casos pese a la cesación tabáquica.

La asociación de PLCH y TBC pulmonar tiene pocos reportes en la literatura médica donde sólo hay descriptos casos individuales aislados.

#### 21379. DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS PULMONAR EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD DE BUENOS AIRES

Marquevich, J.; Criscuolo, Z.; Sand, R.; Peresson, J.; Fescina, T.; Fuertes, E.; Caccavo, T.; Dubra, C.; De la Canal, A.

Introducción: El diagnóstico de fibrosis pulmonar (FP) requiere que se constaten criterios, muchas veces difíciles de obtener. Como parte de un estudio de incidencia nos proponemos describir la identificación de los casos en nuestro medio.

Métodos: a través de un sistema de codificación con control terminológico (SNOMED) se agruparon, de distintas bases de datos, los problemas médicos desde 1996. Se auditaron, con revisión manual estandarizada de la historia clínica por alumnos de medicina, los registros almacenados pertenecientes al árbol de FP hasta el año 2006. Se describe mortalidad y presencia de criterios clínico, radiológico, topográfico y biopsia.

Tabla:

	Primaria	Sólo Fibrosis Pulmonar	Inespecífica	Secundaria
Clínica	30	69	0	59
Radiografía Tórax	60	70	75	81
Tc Tórax	70	61	37	74

Resultados: 120 registros de FP fueron detectados, 70 de 118.000 afiliados adultos activos al 2006: incidencia 6/10.000 en 10 años. (IC 95% 4,7 a 7,5) Edad promedio 72 (sd 10) años. 66% sexo femenino. No se encontró registro médico en el 12,4%; de primaria en el 8,3%; secundaria 22,3% (de las cuales 12 colagenopatías, 9 amiodarona); inespecífica 6,6% y solo registro de FP 50,4%. En la historia clínica se pudieron constatar 10 biopsias (4 fueron quirúrgicas, 6 endoscópicas). El 53% presento criterios clínicos, 66% criterios radiográficos y 56% topográficos. La incidencia acumulada de mortalidad en 10 años fue de 35%.

En la figura 1 se ven los porcentajes en los que cada grupo presento los distintos criterios diagnosticos.

Discusión: La incidencia, edad y sexo son similares a la reportada por la literatura. En un alto porcentaje se registra FP sin cumplir con los criterios recomendados por la ATS.

Conclusiones: Este estudio refleja la práctica diagnóstica habitual en nuestro medio y demuestra que la implementación de las guías posee sus limitaciones.

#### 21439. SINDROME DE ERASMUS. A PROPOSITO DE UN CASO

Boyeras, I.; Cardozo, R.; Franchi, E.; Laso, C.; Putruele, A.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es un desorden generalizado de la microvasculatura y el tejido conectivo, caracterizado por fibrosis y obliteración vascular de la piel, el tracto gastrointestinal, los pulmones, el corazón y los riñones. Su etiología es desconocida, pero se plantea que probablemente es causada por factores tanto endógenos como exógenos. Entre los factores exógenos se ha asociado a exposición ocupacional; la exposición al sílice fue una de las primeras en reportarse, ya que la ES afecta más a hombres que han estado expuestos a la inhalación de sílice. Esta comorbilidad es el resultado de la depresión de la inmunidad celular, relacionada a la citotoxicidad del sílice, responsable de reacciones autoinmunes y de la formación de inmunocomplejos circulantes.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 36 años, que consulta por disnea CF I-II y tos seca. Antecedente ocupacional de trabajo con arenado durante 5 años. Diagnóstico de Silicosis 9 años atrás (BTB: partículas fusiformes irregulares birrefringentes a la luz polarizada vinculables a silicatos). Hipotiroidismo en tto con levotiroxina 75 mcg. Refería disnea habitual clase funcional I-II de 2 años de evolución, artralgias de muñecas, hombros y codos; episodios de artritis de interfalángicas proximales, fenómeno de Raynaud, rigidez matinal de 2-3 hs., realizándose diagnóstico de AR, inicia tratamiento con meprednisona 10 mg/día y azulfidine. Derivado a nuestro servicio para reevaluación. Al examen físico buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados, Esclerodactilia, úlceras digitales, tenosinovitis de extensores de ambas manos. Exámenes Complementarios: FVC 2.52 (59%) 2.56 (60%) VEF1 1.56 (45%) 1.64 (48%) VEF1/FVC 63 sin respuesta a B2. Test de marcha: recorre 416,8 metros (72%), BORG fin de prueba 3 (disnea moderada), Sat del 97 a 93%. Hto 44% GB 10000 Seg 88% Ly 10%. VSG 12 mm Urea: 22 Ac Úrico: 6.2 TSH: 2.07 T4: 1.44 ECA: normal ANCA P y C: neg. Prot Tot: 7.17 Alb: 3.7 Glob: 3.47. Espudo Gram y cultivo, BAAR y cultivo negativos. EcoCG aumento del diámetro de cavidades derechas, Insuf Mitral leve, Fac 30%, Insuf Tricuspeida, Presión Sistólica de VD 48 mmHg. Látex AR neg, FAN (+) 1/800 homogéneo, Anti DNA neg, Anti Rho neg, Anti La neg Anti Jo neg, Anti Sm neg, Anti RN neg, Scl 70 +, Anti citrulinados 10 U. Capilaroscopia megacapilares, capilares dilatados, áreas avasculares, en 3º dedo de mano derecha microhemorragia, compatible con Esclerodermia. Inicia tratamiento con Sildenafil 50 mg c/12 hs, D-penicilamina 250 mg c/48 hs, Meprednisona 10 mg/día, Diclofenac 75 mg, Omeprazol 40 mg, Levotiroxina 75 mcg/día Conclusiones: Si bien la asociación entre exposición al sílice y ES esta bien descrita, el Síndrome de Erasmus es una entidad infrecuente y discapacitante lo cual motiva esta presentación.

#### 21472. NEUMONITIS INTERSTICIAL USUAL POR DISQUERATOSIS CONGENITA: PRESENTACION DE UN CASO

Vasquez, J. G.; Pigliacampo, F.; Vernay, N.; Rocaspana, A.; Vargas, M.A.; Galassi, M.; Manonelles, G.

La Disqueratosis congénita (DC) es una enfermedad genética caracterizada por hiperpigmentación cutánea de tipo reticular,

distrofia ungueal y leucoplaquia de membranas mucosas. La prevalencia de DC es aproximadamente 1 por 1.000.000 de personas. Las complicaciones pulmonares ocurren en 20% de los pacientes, y sus manifestaciones pueden ser: infecciones oportunistas tal como neumonía a *Pneumocystis Carinii*, enfermedad pulmonar alérgica semejante a asma y neumonitis intersticial usual (UIP). El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se confirma a través de estudio molecular.

Caso clínico: Paciente masculino de 23 años de edad que se presentó a la consulta en Septiembre de 2006 por tos no productiva de 6 meses de evolución y disnea progresiva de 2 meses. Como antecedente de relevancia se destaca DC con desarrollo de aplasia medular, esta última remitió con tratamiento médico. Al examen físico presentaba rales tipo velcro en ambos campos pulmonares, hiperpigmentación reticular generalizada con áreas hipocrómicas, lengua con lesiones de leucoplaquia, distrofia ungueal. La función pulmonar mostró restricción muy severa FEV1 1.02 (25%), FVC 1.39 (30%), FEV1/FVC 0.74. La TAC de tórax evidenció engrosamiento de septos inter e intralobulillares, asociado a imágenes quísticas aéreas, con compromiso de vértice a base en parches, asociadas a bronquiectasias y bronquioloectasias y tenues áreas en vidrio esmerilado (patrón de fibrosis pulmonar tipo UIP). Laboratorio reumatológico negativo, HIV (-). Comienza tratamiento con trimetoprima/sulfametoxazol, antibióticos, prednisona 30 mg/día y oxigenoterapia, sin mejoría clínica ni espirométrica, con leve mejoría radiológica. Su evolución fue rápidamente desfavorable, fallece en Noviembre del 2006.

Conclusiones: La enfermedad pulmonar en DC es subestimada porque la mayoría de los pacientes mueren a edad temprana por falla medular y porque las manifestaciones pulmonares raramente se reportan y no están bien documentadas. La UIP tiene pronóstico pobre con una supervivencia promedio de 2 a 3 años luego del diagnóstico. Aunque la experiencia con UIP en pacientes con DC es limitada, esta no parece tener respuesta a corticoides.

#### 21718. NEUMONÍA INTERSTICIAL NO ESPECÍFICA. REPORTE DE 3 CASOS

Abdala, J.; Spuches, L.; Lopez Bravo, M.; Gonzalez Fabrega, J.; Callejas, O.; Barimboim, E.

Introducción: La neumonía intersticial no específica (NINE) es una entidad que se diferencia de la neumonía intersticial usual (UIP) por sus características anatómo-patológicas y su mejor pronóstico. La Rx de Tórax muestra opacidades reticulares en lóbulos inferiores y la TACAR demuestra lesiones de tipo vidrio esmerilado, de distribución bilateral y simétrica. En el 60% de los casos es idiopática y el resto se asocia a otras enfermedades.

Caso 1: ER, femenina de 42 años, no fumadora. Consultó por fiebre, tos seca e infiltrados pulmonares, bibasales con patrón mixto. BAL sin gérmenes: BTB proceso inflamatorio crónico. Función pulmonar: restricción moderada. FVC 79.9%; TLC 64%; DLCOc 41% PC6M 250 mt, sin desaturación. Biopsia: NINE, con patrón fibrótico. Comenzó tratamiento con corticoides y azatioprina. Al año mejora la disnea y las alteraciones tomográficas. No cambia el test de marcha ni la DLCO. Caso 2: AG, masculino de 65 años, sin antecedentes patológicos. Se interna por tos seca, fiebre e infiltrados pulmonares reticulonodulares y alveolares. TACAR opacidades alveolares en LSD y LII. BAL sin gérmenes. Función pulmonar: obstrucción leve sin respuesta al B2. DLCO (107%) Biopsia pulmonar: NINE. patrón celular. Comenzó tratamiento por 1 año. Desaparece la disnea y mejoran las imágenes pulmonares.

Caso 3: NG, femenina de 42 años. Antecedentes de bronquitis crónica y rinitis alérgica. Fumadora 25.5 paq/año. Padre falle-

cido por fibrosis pulmonar. Consulta por disnea, disfonía y tos. Rx de T: hiperinflación leve, patrón reticular bilateral. TACAR: enfisema centrolobulillar, opacidades en vidrio esmerilado. Función pulmonar: obstrucción leve. TLC 97%; DLCO 68%. Biopsia pulmonar: NINE y zonas de enfisema centrolobulillar. Comenzó tratamiento durante 1 año. Mejoró la disnea y la TACAR. La DLCO mejora 12%.

Conclusiones: Presentamos 3 pacientes con diagnóstico histológico de Neumonía intersticial no específica, los cuales fueron tratados con meprednisona y azatioprina, durante 1 año. Valorando la respuesta al tratamiento, los 3 casos evolucionaron con criterios de mejoría clínica y tomográfica y como enfermedad estable con respecto a las pruebas funcionales. Esto coincide con los reportes de la literatura.

MARTES 16 DE OCTUBRE DE 2007  
Sala Aconquija – 10.00 a 12.00 hs

## Tuberculosis

21243. DERMATOMIOSITIS Y FIEBRE  
Papucci, T.; Enghelmayer, J.I.; Limongi, L.; Putruele, A.

Varón de 22 años de edad que consulta por fiebre y debilidad generalizada con artromialgias de 2 semanas de evolución. Presentaba antecedentes de Dermatomiositis en tratamiento con Meprednisona, Metotrexate Hidroxicloroquina. Al examen físico pápulas eritematosas violáceas a nivel de articulación metacarpofalángicas e interfalángicas proximales (pápulas de Gottron). Debilidad proximal y simétrica en miembros superiores e inferiores con imposibilidad de extensión de miembros superiores, marcha lenta, reflejos osteotendinosos conservados. El estudio muscular (enzimas, EMG, biopsia y autoanticuerpos) fue negativo. Laboratorio: Hto: 38%, GB: 6100/mm<sup>3</sup> (91% PMN), Hepatograma: normal, VSG: 135, Aldolasa: Normal. La serología para VIH, VHC, VHB, negativos. Se interpretó el cuadro como reactivación de su enfermedad de base iniciando tratamiento con ciclosporina 200 mg/d y pulsos de 1 g/día de Metilprednisolona. El paciente evoluciona febril persistente acompañado de debilidad generalizada con dolor y eritema en tobillo izquierdo, se le solicita RNM con alteración de la señal a nivel del tejido celular subcutáneo de la pierna izquierda ocupando el tercio inferior de la misma. Se realizan biopsias quirúrgicas de piel de muslo, pierna y músculos de dicha zona con rescates en los cultivos de *Stafilococo* y *Enteroco* iniciando tratamiento antibiótico con Vancomicina – Imipenem. El paciente continuo con hipertermia agregando tos y rales crepitantes bibasales a la auscultación. Se realiza radiografía de tórax y TAC evidenciándose opacidades micronodulillares bilaterales, FBC con BAL y BTB con Ziehl-Neelsen positivo para BAAR. Se decidió iniciar tratamiento con 4 drogas antifímicas Isoniacida 300mg/día, Rifampicina 600mg/día, Pirazinamida 1500mg/día, Etambutol 1200mg/día. Al quinto día de tratamiento antifímico y 12 días de vancomicina – Imipenem presento secreción blanco-amarillenta en la herida quirúrgica de la biopsia muscular obteniendo directo y cultivo para BAAR positivo. Se le realiza RNM Columna dorsolumbar con y sin gadolinio: informa extensas colecciones a ambos lados de la línea media de la región dorso lumbar desde D3 hasta S4 y del lado izquierdo desde D11 hasta la región sacra. Se realizó drenaje quirúrgico de la colección paravertebral con directo positivo para BARR. Conclusiones: La TBC diseminada es un proceso que suele afectar a pacientes inmunodeprimidos. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y el aislamiento del *M. Tuberculosis* en

el tejido muscular, ya que los síntomas pueden remedar a la enfermedad de base, por lo que la biopsia muscular se presenta como herramienta diagnóstica imprescindible. En los pacientes inmunodeprimidos con miositis que no responden al tratamiento convencional, se debe realizar una biopsia muscular procesándola para cultivo de gérmenes oportunistas, como micobacterias u hongos.

21313. TUBERCULOSIS MILIAR Y TUBERCULOMAS CEREBRALES  
Buffarini, M.A.; Gomez, G.S.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente de 11 años que debutó con diagnóstico de TBC miliar y tuberculomas cerebrales, sin antecedentes epidemiológicos.

Paciente de 11 años de edad de sexo femenino, sin antecedentes patológicos, que consultó dos meses antes del ingreso por disnea y tos y se la encontró con bajo peso (36 kg talla 1,50) fue tratada por cuadro canalicular de vía área superior con antibióticos. Al momento de la consulta presentaba, fiebre, disnea, astenia marcada, tos seca. Grado de desnutrición, peso 28 Kg. Rx de tórax. Con imagen retículo micronodulillar bilateral diseminada, con imágenes exudativas de tipo confluyente hacia región apical izquierda.

Laboratorio: Hto: 30% GB: 12.300 VSG: 80 mm 1<sup>a</sup> Hora Glucosa: 95 g/l, GOT: 60.

GPT: 18 FAL: 311 Prt Tot: 5.90, Albumina: 2.95. HIV: (-) Cultivo de BAAR en orina (-).

Lavado Gástrico para BAAR: Directo (+). Se inicio Tratamiento con 4 drogas (HRZE), evoluciono favorablemente afebril, mejoro el apetito, aumento de peso a 32.1 Kg sat 96%, bien hidratada. Se dio de alta con tratamiento supervisado.

30 días después reingreso por disnea grado III, y se comprobó por RX de tórax: Neumotórax Grado II, se colocó tubo de drenaje y mejoró la disnea, presentó convulsiones y pasó a UTI donde se decidió solicitar TAC de cerebro que informó: Imagen redondeada que no superaba los 10mm de diámetro con tenue halo hipodenso de edema perilesional en proyección del centro semioval izquierdo, la cual sería compatible con tuberculoma cerebral. Se inicio Tratamiento anticonvulsivante y corticoides (Dexametasona).

Evoluciono torpidamente ya que no se pudo retirar el tubo de drenaje pleural por persistencia de neumotórax, se colocó segundo tubo pleural y ante la mala evolución se resolvió toracotomía a cielo abierto donde se observaron múltiples bullas subpleurales y se realizó cierre de bullas subpleurales con plicatura de teflón y pleurodesis con talco. La paciente continuo con fiebre, se realizaron punciones que dieron (-) y se concluyo que este cuadro correspondía a una reacción inmunológica producida por talco. Evoluciono favorablemente, afebril, con tratamiento sintomático. Se continuo con tuberculostático, hasta 1 año y seguimiento regular.

Conclusiones: Se trata de un caso de Tuberculosis grave en una niña de 11 años, que no había recibido la dosis de vacuna BCG, según plan nacional de vacunación, si desde la Atención Primaria de la Salud se realizara una óptima búsqueda de casos tendríamos menos posibilidades de encontrar pacientes con esta gravedad. "Si dejamos que un niño se infecte, retrasamos la desaparición de la Tuberculosis hasta su muerte".

21373. TUBERCULOSIS HUMANA PRODUCIDA POR MYCOBACTERIUM BOVIS: CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL H.I.E.A Y C "SAN JUAN DE DIOS" DE LA PLATA, PROVINCIA DE BS AS, ENTRE LOS AÑOS 1992 Y ABRIL DE 2007  
Ferreira, M.; Aguirre, A.; Fernandez, O.; Savini, A.; Poggio, G.

Introducción: *M. Bovis* es el agente causal de la Tuberculosis en gran variedad de animales domésticos y salvajes.



El reservorio más frecuente es el bovino, pero otras especies como el cerdo también enferman.

El hombre se infecta por vía aerógena en contacto con animales enfermos o en la playa de faena de los frigoríficos. La vía digestiva también está descrita como la cutánea.

Buscamos establecer el impacto del M. Bovis en la Epidemiología de la Tuberculosis diagnosticada en nuestro hospital, recolectando y analizando los datos desde nuestro primer trabajo (1992/1998) hasta la actualidad.

Materiales y Métodos: Revisamos los registros del Laboratorio de bacteriología del H.I.E.A y C "San Juan de Dios" de La Plata, obteniéndose datos de aislamientos de cepas de M. Bovis en muestras de pacientes estudiados en el período 1992-2007.

Siendo un Laboratorio de Referencia ciertos casos venían desde otros Hospitales de la provincia, de los cuales no obtuvimos otros datos más que el aislamiento mismo. En los pacientes que fueron atendidos en nuestro hospital, se consultaron las historias clínicas, tomando datos como: edad, sexo, lugar de nacimiento, residencia actual, ocupación, forma clínica, hábitos tóxicos y/o asociación morbosa, tratamiento efectuado.

Cargamos los datos en planilla de Excel, para estandarizar y graficar la información.

Resultados: Entre 1992 y abril de 2007, se detectaron 49 casos. Accedimos a la información de 30 El número detectado varió entre 1 y 10 con una media de 3.1 casos/año. De los 4360 casos de TBC detectados en estos 15 años, 49 (1.12%) fueron debido a M. Bovis.

Rango de edades, osciló entre 19 y 82 años. Promedio de 46 años. 27 pacientes eran del sexo masculino y 3 del sexo femenino. 23 (77%) tuvieron formas pulmonares, 3 (10%) pleurales y 4 (13%) pleuropulmonares.

14 eran de la Provincia de Bs As, 7 del Chaco, 1 de San Luis, 1 de Corrientes y 1 de Santiago del Estero. 15 vivían en la ciudad de La Plata, 6 en Berazategui, 5 en San Vicente, 2 en Berisso, los 8 restantes en otros partidos.

11 eran empleados de frigoríficos, 5 realizaban tareas rurales, de los cuales 3 específicamente en el tambo, 3 albañiles, 1 telefonista y 10 sin datos.

Exceptuando 4 casos (2 por óbito temprano), 26 iniciaron tratamiento antituberculoso; terminándolo 15 (60%), abandonado 6 (23%), fallecido 4 (15%) y 1 (4%) actualmente en tratamiento.

Conclusiones: El M. Bovis fue responsable del 1.12% de los casos. El 53% tenía exposición laboral comprobada. Por estos valores vemos, que la TBB continúa siendo una zoonosis presente en nuestro medio a pesar de las medidas de control impuestas por el SENASA.

#### 21393. PERIPLEURITIS TUBERCULOSA. UN CASO PEDIATRICO

Inwentarz, S.; Mosca, C.; Cragolini de Casado, G.; Medin, M. I.; Estevan, R.; Martínez, D.; Gonzales Montaner, P.; Viñas, J.; Abbate, E.

Introducción: La Peripleuritis Tuberculosa es la inflamación de los tejidos situados entre la pleura y la pared torácica producida por el Bacilo de Koch. Este puede llegar a la fascia endotorácica por diferentes vías: Linfática, Hemática y por Contigüidad.

Se presenta el caso de un niño de 6 años y 10 meses de edad que comienza con una tumoración preesternal de 3 meses de evolución, con aumento progresivo de su tamaño siendo de mayor grado en las semanas previas a la consulta.

Sin antecedente previo de enfermedad respiratoria ni epidemiología para TBC. Se constató vacunación BCG 6 meses antes de la consulta. Presenta lesión redondeada con límites definidos, consistencia duro elástica, adherido a planos profundos, sin fluctuaciones con mínimos signos de flogosis debido a que había sido drenado en un Hospital Privado para su diagnóstico.

Ecografía: colección fluida, Heterogénea a nivel preesternal por debajo del pectoral mayor, extendido en profundidad hacia el mediastino, contactando con los vasos mamarios internos homolaterales. Edema cutáneo perilesional y a nivel endotorácico relación directa con el pericardio de los grandes vasos adyacentes. Histopatología: extensa inflamación granulomatosa con células epitelioides y gigantes multinucleadas. Amplias zonas de necrosis caseosa. Del material obtenido no se obtuvo rescate bacteriológico. Con el diagnóstico presuntivo de peripleuritis tuberculosa, se decidió iniciar una terapéutica antifimica con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol con buena respuesta y evolución lesional, con restitución ad integrum.

Conclusiones: si bien la Peripleuritis Tuberculosa es una entidad poco frecuente y generalmente acompañada por patología pulmonar subyacente, debe ser sospechada aun en lesiones aisladas. No se han encontrado casos documentados postvaccinales.

#### 21417. CORRELACION ENTRE ADA Y BIOPSIA EN TBC PLEURAL

Mancinelli, A.; Alchapar, R.; Vicente, A.; Glanstein, T.; Amprino, M.; Semino, S.

Objetivos: Evaluar dos estudios complementarios para TBC pleural (ADA y biopsia pleural) en Hospital "José Néstor Lencinas". Identificar mayor rédito de ambos estudios, laboratorio y anatomía patológica, para el diagnóstico.

Material y métodos: Se recolectaron resultados (desde Marzo 2005 a Mayo 2007) de anatomía patológica (biopsia) y laboratorio (ADA) en pacientes que se les realizó punción-biopsia pleural derivados con diagnóstico presuntivo de tuberculosis pleural. Se toma como valor de corte ADA 60 UI/lit (VN: 40UI/lit a 70UI/lit).

Resultados: Se obtuvieron datos de 44 pacientes. En 17 pacientes se determinó ADA >60 (6 con proceso inflamatorio crónico, 9 proceso inflamatorio crónico con granulomas tuberculoideos y 2 con otros procesos\*) y 27 <60 (11 con proceso inflamatorio crónico, 1 con proceso inflamatorio crónico con granulomas tuberculoideos y 15 con otros).

El diagnóstico presuntivo previo a resultados en 27 pacientes fue de TBC pleural por clínica, epidemiología y característica del líquido pleural.

\*carcinoma, atipias, etc.

Conclusiones: Para realizar diagnóstico de TBC pleural en nuestro Hospital, fue de utilidad (grado de especificidad) ambas pruebas asociadas, ya que se obtuvo 9 pacientes con ADA >60 y en biopsia se hallaron granulomas tuberculoideos; y sólo un paciente con igual anatomía pero con ADA <60.

Al contrario (grado de sensibilidad), 11 pacientes con procesos solo inflamatorio crónico y ADA <60 sobre 6 pacientes con ADA >60 e igual anatomía.

#### 21478. EVALUACIÓN DE LOS DIFERENTES METODOS DIAGNÓSTICOS EN TUBERCULOSIS PLEURAL

Grassetto, M.L.; Roldan, N.; De Stefano, G.; Ciallella, L.; Abad, S.; Araya, L.; Babich, L.; Mussella, R.; Mosca, C.; Abbate, E.; Moraña, E.; Rybko, A.

Objetivos: Evaluar la rentabilidad de los distintos métodos diagnósticos utilizados en base a la forma de presentación, ya sea TBC pleural aislada o asociada a lesiones parenquimatosas.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 109 pacientes internados con sospecha clínica de TBC pleural, desde el 01/01/98 hasta el 31/12/06. Todos de sexo masculino con rango etáreo de 18 a 77 años (media de 35 años). En 100 se realizó baciloscopia de esputo, en 98 cultivo de esputo, en 88 cultivo de líquido pleural, en 44 medición de ADA en líquido pleural (valor de corte 60 UI) y en 70 biopsia de pleura parietal (cultivo y anatomía patológica). Se analizaron las RX de tórax y se dividieron en 2 grupos: 1) Solo compromiso pleural y 2) con lesiones pulmonares asociadas.

Resultados: Baciloscopia de esputo + en 33 de 100 ptes (33%) y el cultivo de esputo en 48 de 98 (48.97%). Cultivo de liquido pleural + en 35 de 88 (39.77%). Anatomia patologica: Pleuritis Tuberculosa en 41 de 70 (58.57%) y Pleuritis Crónica Inespecifica en los 29 restantes (41.43%). Cultivo de biopsia pleural + en 31 de 70 (44.28%). El diagnostico se confirmo bacteriológicamente o a través de anatomía patológica de biopsia pleural en 88 de 109 ptes (80.73%). Los 21 restantes (19.27%) comenzaron tto empírico con buena respuesta. Los valores de ADA en liquido pleural fueron > 60 UI en 42 ptes (95.45%), con una media de 105. En las RX de tórax de los 109 ptes se observo derrame pleural puro en 39 (35.78%) y derrame pleural asociado a lesiones pulmonares en 70 (64.22%). Compromiso pleural bilateral en 8 ptes (7.33%).

Rentabilidad diagnostica en el grupo 1:

Baciloscopia de esputo +: 1 de 33 (3.03%). Cultivo de esputo +: 6 de 31 (19.35%). Cultivo de liquido pleural +: 13 de 33 (39.39%). Cultivo de biopsia pleural: 17 de 32 (53.12%). Pleuritis Tuberculosa en 17 de 31 (54.83%). Confirmacion diagnostica total: 27 de 39 (69.23%).

Rentabilidad diagnostica en el grupo 2:

Baciloscopia de esputo +: 32 de 67 (47.76%). Cultivo de esputo +: 42 de 67 (62.68%). Cultivo de liquido pleural +: 22 de 55 (40%). Cultivo de biopsia pleural: 14 de 38 (36.84%). Pleuritis Tuberculosa en 24 de 39 (61.53%). Confirmacion diagnostica total: 61 de 70 (87.14%).

Conclusiones: La rentabilidad diagnostica total sumando los diferentes metodos alcanzo el 80.73%. Es mayor en el grupo 2 (80.73%) respecto al grupo 1 (69.23%). Esta diferencia es debido a la mayor positividad que se encuentra en baciloscopias y cultivos de esputo. El ADA se muestra como un gran predictor de etiologia tuberculosa con una rentabilidad del 95.45% utilizando un corte de 60 UI. Entre otras etiologias debe pensarse en tuberculosis ante la presencia de derrame pleural bilateral (7.33%). Se recomienda utilizar toda la metodologia disponible para lograr una mayor rentabilidad diagnostica.

#### 21657. TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES BOLIVIANOS Y

#### PERUANOS ESTUDIO DE COHORTES - INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGIA "PROF. DR. RAÚL VACCAREZZA" (UBA)

Cragolinini de Casado, G.; Viña, J.L.; Martínez, D.; Rybko, A.; Robles, M.; Estevan, R.; Inwentarz, S.; Abbate, E.

Argentina ha sido desde sus orígenes un país receptor de corrientes migratorias.

Objetivo general: Analizar las características epidemiológicas de la enfermedad tuberculosis en inmigrantes bolivianos y peruanos adultos con diagnostico de tuberculosis tratados en el Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" en el período comprendido entre el 1 de enero del 2005 y el 31 de diciembre del 2006.

Estudio de cohortes retrospectivo, descriptivo, observacional, comparativo. Soporte estadístico: Epiinfo 2000.

Conclusiones: Durante el periodo en estudio se asistieron en los Consultorios Externos del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" 540 pacientes extranjeros adultos bolivianos y peruanos con diagnóstico de tuberculosis. Se realiza el análisis sobre 400 pacientes, de los cuales 289 son bolivianos y 111 peruanos. La edad en los pacientes bolivianos fue entre 18-76 años con una media de 30,3 años y para los pacientes peruanos entre 18-49 años con una media de 28 años. Con respecto al sexo, en ambos casos predominó el masculino (Bolivia: pac.: 184; 63,7%) Perú 61 (54,9) ( $p=0,1$ ). Escolaridad: secundario completo: Bol.: 106 (36,6%) Perú: 65 (58,6%) ( $p<0,005$ ). Residencia: Bol: 215 (74,3%) Perú: 95 (85,5%) ( $p:0,048$ ). Localizacion (sin diferencia significativa en una localizacion y en más de una localización. Realizando la combi-

nación de todas las formas se observa diferencias estadísticamente significativas para la forma ganglionar ( $p<0,005$ ) solo presente en bolivianos y ausente en esta serie en peruanos y la pleural ( $p<0,002$ ).

Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la sensibilidad: Cepas sensibles Bol: 92% Perú. 69% ( $p<0,002$ ). Con respecto a las resistencias en forma individual no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos para algún tipo de resistencia sola para Estreptomina, o Rifampicina, ni para cepas multirresistentes: Isoniacida-rifampicina (MR) e isoniacida-rifampicina-etambutol-estreptomina (MR). Se observaron resistencias mayores en peruanos a estreptomina ( $p<0,002$ ) y a isoniacida-estreptomina ( $p<0,005$ ).

No hubo diferencias en la variable tratamiento original y retratamiento entre las dos cohortes. Al analizar la relación entre las dos cohortes: tratamiento previo y multirresistencia en las dos predominó la resistencia primaria (bolivianos: 7,7%) y peruanos: 31 % ( $p<0,005$ ).

Conclusiones: diferencias estadísticamente significativas en las variables: peruanos: mejor escolaridad con secundario completo, mayor frecuencia de resistencia y mayor resistencia primaria (31%) y mayor resistencia a estreptomina e isoniacida-estreptomina. Bolivianos: mayor frecuencia de formas ganglionares.

#### 21662. TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES TRABAJADORES EN TALLERES DE COSTURA

Cragolinini de Casado, G.; Viña, J.L.; Medin, M.I.; Estevan, R.; Martínez, D.; Inwentarz, S.; Abbate, E.

La situación de servidumbre, explotación y pobreza, las malas condiciones higiénico dietéticas a las que se hallan sometidos los trabajadores inmigrantes bolivianos y peruanos en talleres de costura ilegales favorecen el desarrollo de la tuberculosis. En los últimos dos años, estos talleres que hasta el 2004 se localizaban casi exclusivamente en la ciudad de Buenos Aires fueron desplazándose al conurbano.

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con diagnostico de tuberculosis y que residen y/o trabajan en talleres de costura

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de historias clínicas de los pacientes asistidos en Consultorios Externos del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza", con diagnostico de tuberculosis en el periodo comprendido entre el 01-01-05 y el 31-12-2006.

Resultados: Durante los años 2005-2006, se diagnosticaron en consultorios externos 540 casos de tuberculosis en inmigrantes, siendo trabajadores en talleres de costura 185, (34,2 %). Total de pacientes 185. Nacionalidad: Boliviana 165 (89,2%) y Peruana 20 (10,8%).

Edad: 18/52 años. Media: 24 años. Sexo masculino: 125 (67,5%) y femenino: 60 (32,5%). Residencia ciudad de Buenos Aires: 150 (81%), conurbano 35 (19%) (Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, San Justo). Se obtuvo el dato de escolaridad en 173 pacientes presentando secundario completo 84 de ellos (48,6%). Presentaron localización pulmonar exclusiva 157 pacientes (91,8%) de los casos, y más de una localización 15 (8,2%). Las formas pulmonares que fueron 171 en total, se presentaron como: BCC 52 (30,5%), BSC 34 (19,8%), UCC 41 (23,9%) y USC 44 (25,8%). Bacteriología de esputo positiva 129 pacientes (75,4%) y negativa 42 (24,6%). El cultivo fue positivo en el 100% de los casos.

La sensibilidad se obtuvo en 163 pacientes siendo: Sensibles 148 pac (90,9%), Resistente a: estreptomina 5 pac (3%), Isoniacida: 4 pac (2,5%), Isoniacida y estreptomina: 3 pac (1,8%) y Multirresistentes : 3 pac (1,8%).

El tratamiento fue original en 179 pacientes (96.7%), siendo retratamiento en 6 pacientes (3.3%) Fueron dados de alta 135 pacientes, abandonaron 37, siguiendo el tratamiento 13 pacientes. Conclusiones: Se observa la presencia de tuberculosis en trabajadores de talleres de costura, inmigrantes Bolivianos y peruanos con las siguientes características: 1- Casos en la ciudad de Bs As y en el conurbano (desplazamiento de los talleres durante el 2005-2006 a Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y San Justo). 2- Predominio de localización pulmonar avanzada, formas cavitarias en 93 pac (54.5%. 3- Tratamiento original en el 96.7% de los casos. 4- Presencia de algún tipo de resistencia bacteriana en el 7.3% de los casos y multirresistencia en 3 pac (1.8%).

21687. TOXICIDAD HEPATICA POR TUBERCULOSTATICOS DE PRIMERA LINEA EN PACIENTES TRATADOS AMBULATORIAMENTE. INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGÍA "PROF. DR. RAUL VACCAREZZA" (UBA)

Cragnolini de Casado, G.; Medin, M.I.; Martinez, D.; Viña, J.L.; Estevan, R.; Inwentarz, S.; Abbate, E.

Los fármacos antituberculosos pueden originar reacciones adversas de diversa índole, siendo las más frecuentes las manifestaciones hepáticas y cutáneas.

Objetivos: Analizar el compromiso hepático en pacientes con diagnóstico de tuberculosis tratados ambulatoriamente. Se define como hepatotoxicidad a la elevación de las transaminasas más de tres veces el límite superior normal con síntomas, tales como náuseas, vómitos, o dolor abdominal o la elevación de las transaminasas más de 5 veces el límite superior normal con o sin síntomas y/ o aumento de la bilirrubina total a 2 mg% o más y/ o aumento de la fosfatasa alcalina mayor a 3 veces Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis asistidos en consultorios externos del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" UBA en el período comprendido entre el 01/07/02 y el 30/06/06. Soporte estadístico: Epiinfo 2000.

Conclusiones: Sobre un total de 2025 pacientes asistidos con diagnóstico de TB se observó toxicidad hepática en 127 (6,2%). Fem.: 52 (40,9%) Masc: 75 (59,1%). Edad: 18-80 años media de 38 años. De los 127 pac, 119 no habían recibido tratamiento previo (93,7%). Factores de riesgo para hepatotoxicidad en 46 (36,2%) ( $p < 0.05$ ). Asintomáticos 59 (46,6%) y Sintomáticos 68 (53,4%). Tiempo de aparición de la hepatotoxicidad se determinó en 112 pacientes, las mayores durante el primer mes de tratamiento: 62 p (65,3%), entre el primero y el 2do mes 21 (18,8%) y luego del 2do. mes 29 (25,9%) ( $p < 0.05$ ). Otra toxicidad asociada en 23 pac. (18,1%) ( $p < 0.05$ ). Tratamiento ambulatorio en 67 pac. (52,85), requiriendo internación 60 (40,21%) ( $p < 0.45$ ).

Aumento de GOAT y/o GPT entre 3y 5 veces y asintomáticos 16 pacientes (16,7%) entre 3 y 5 sintomáticos 24 (18,8%) y aumentode GOAT y/o GPT por 5 o más veces 69 (54,3%) ( $p < 0.05$ ), bilirrubina y o fosfatasa alcalina por 3, asociada o no a aumento de transaminasas: 10 pac. (0,7%). Trombocitopenia en 7 pac. (5,5%), anemia hemolítica 5 (4,3) Insuficiencia renal 2 (1,6%). La ecografía abdominal fue patológica en 23 (18,4%). El tratamiento tuvo que ser interrumpido en 89 (70,07%). Suspensión menor a 14 días en 56 (64,4%), entre 14 y 30 días en 31 (35,6%) ( $p < 0.05$ ). Esquema nuevo en 67 (52,7%), debiéndose suspender definitivamente (solos o combinadas) la pirazinamida en 52 casos 77,6%, la rifampicina en 17 casos (25,3%) y la isoniazida en 9 (13,4%).

Se observó hepatotoxicidad en el 6,2% de la consulta externa Siendo el 46,6% de los pacientes asintomáticos se destaca la necesidad del control del tratamiento con hepatogramas.

21766. ESTUDIO DE CONTACTOS TB: UN MODELO DE TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. BUENOS AIRES, 2003-2006

Zabala, L.; Giuffre, A.; Rodriguez, M.; Picciani, B.

Introducción: El estudio de los contactos de los pacientes TB, debe considerarse prioritario dentro de la segunda línea de acciones de control, ya que en este grupo de riesgo es donde se debe dirigir un programa de búsqueda activa de nuevos casos e implementar quimioprofilaxis. Disponemos de las normas nacionales y de las elaboradas por la Red de Control de TB del GCBA, pero cada institución implementa las mismas a su modo. Nuestro grupo de trabajo se conformó por la necesidad de optimizar los recursos y la labor de los profesionales que cotidianamente trabajamos con estos pacientes, desde hace varios años, desde Pediatría, Neumotisiología, Servicio Social y Promoción y Protección de la Salud, con el propósito de brindarle a los mismos una mejor atención que asegure el cumplimiento de su estudio.

Objetivos: Poner a disposición de los agentes de salud involucrados en el tratamiento de la tuberculosis un modelo de trabajo en equipo multidisciplinario que va demostrando, en casi cuatro años de labor, ser una herramienta efectiva en el estudio de los contactos TB, con Objetivos específicos:

- Constitución de un lugar de referencia para los distintos servicios del hospital.
- Creación de un consultorio de atención ambulatoria interdisciplinaria bisemanal.
- Confección de un programa de diagnóstico y tratamiento acorde a las normativas vigentes.
- Programación de actividades de educación para la salud.
- Programación de actividades de capacitación y actualización continua del equipo.
- Abordaje integral del grupo familiar en estudio.
- Indicación de quimioprofilaxis según las normas de la Red TB del GCBA.
- Diagnóstico y tratamiento precoz de casos secundarios, adultos e infanto-juveniles.

Resultados (08/03 –12/06):

N FOCOS: 350

n contactos: 1937

Promedio de contactos / foco: 5,5

Cumplimiento del estudio de contactos: 72%

NUEVOS CASOS TB a partir de contactos: 51

(2,6% de contactos, 14,6% de focos)

QUIMIOPROFILAXIS: 357

Cumplimiento de Qpx: 53%

Comentarios: Nos alienta la implementación de una modalidad de trabajo que prioriza:

- La mejor accesibilidad del paciente al sistema diagnóstico-terapéutico del hospital, centralizado en un ámbito único, con referentes claros y con el apoyo preestablecido de los sectores de enfermería, bacteriología y radiología.
- El conocimiento integral del paciente y su grupo familiar, la comunicación fluida, la información adecuada, la contención y la prevención de abandonos.
- La comunicación, integración y fortalecimiento de los vínculos del equipo interdisciplinario.
- La unificación de los criterios de atención.

21789. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTES HIV NEGATIVOS

Estevan, R.I.; Cragnolini de Casado, G.; Medin, M.I.; Martinez, D.; Viña, J.L.; Inwentarz, S.; Abbate, E.

Objetivo: Analizar las características de las tuberculosis extrapulmonares asistidas en los consultorios externos del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" UBA durante 2002-2006.

**Material y método:** Estudio retrospectivo, observacional de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar asistidos en consultorios externos del Instituto de Tisiología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" UBA en el período comprendido entre el 01/01/02 y el 31/12/06. Soporte estadístico: EpiInfo 2000.

**Resultados:** Sobre un total de 2865 pacientes de edad igual o mayor de 18 años asistidos con diagnóstico de tuberculosis, 152 (5.3%) correspondieron a tuberculosis extrapulmonares. Pertenecían al sexo femenino 39.5% y al masculino 60.5%. En cuanto a su nacionalidad eran argentinos en su mayoría (57.9%), seguidos en frecuencia por los pacientes bolivianos (35.5%). Solo 7.23% de los pacientes presentaban alguna asociación morbosa predisponente para tuberculosis. Se obtuvo confirmación de enfermedad por biopsia y/o bacteriología en 95.39% de los pacientes. Se obtuvo cultivo positivo en 44.83% de estos pacientes. Se confirmó la sensibilidad en 60 pacientes (39.47%) y resistencia en 3 (1.97%). Las localizaciones más frecuentes fueron: ganglionar (32.9%), pleural (50%), ósea (3.9%), piel (3.3%) seguida en porcentajes menores por otras localizaciones. En 25.66% de los pacientes se presentaba una segunda localización y una tercera en 7.89%.

Solo en 148 pacientes se hallaba consignada la condición de tratamiento previo, siendo vírgenes 135 (91.22%). En cuanto a las condiciones de alta de este tratamiento, completaron el mismo 71.7%, fueron derivados 2.6% y abandonaron su tratamiento 25.7%.

No se observaron diferencias significativas en el número de casos a lo largo de los 5 años.

**Conclusiones:** No se observó aumento del número de tuberculosis extrapulmonares que parecen ser más frecuentes en el sexo masculino y no estarían relacionadas a un mayor porcentaje de asociaciones morbosas. Es importante destacar el alto índice de confirmación obtenido 95.39%, lo cual obliga a intentar siempre la confirmación en estos pacientes y buscar otras localizaciones de la enfermedad ya que más del 25% presentaban una segunda o tercera localización. En aquellos pacientes en que fue posible obtener sensibilidad la misma coincide con la alta frecuencia de vírgenes de tratamiento. Es importante trabajar sobre el abandono en pacientes que presentaban formas graves de la tuberculosis y que obligan a tratamientos mayores a 6 meses.

#### 21806. TUBERCULOSIS Y SUS ASOCIACIONES MORBOSAS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

Musilla, R.M.; Grassetto, M.L.; Babich, M. L.; Roldan, N.; De Stefano, G.; Araya, L.; Abad, S.; Ciallella, L.; Mosca, C.; Abbate, E.

**Introducción:** Se define como asociación morbosa (AM) a diversos estados o enfermedades pulmonares o extrapulmonares que están más que casualmente relacionadas con la tuberculosis (TBC). Presentan problemas en el diagnóstico diferencial y terapéutica y pueden ser un factor agravante de la misma. Se consideraron: edad mayor a 65 años, tabaquismo (TBQ), EPOC, asma, corticoides sistémicos, bronquiectasias, cáncer de pulmón u otras neoplasias, neumoconiosis, sarcoidosis, micosis, diabetes (DBT), úlcera péptica (UP), gastrectomía, HIV, etilismo, adicción a drogas ilegales, presidiarios o ex presidiarios, IRC, transplantados.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de AM en pacientes con diagnóstico de TBC que requirieron internación.

**Materiales y métodos:** Se realizó un trabajo retrospectivo descriptivo y se analizaron las historias clínicas (HC) de los pacientes internados desde marzo de 2005 hasta junio de 2007. Se excluyó del estudio la malnutrición, hacinamiento e indigencia ya que dichos datos no fueron consignados en todas las HC revisadas.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 458 HC, 213 presentaron 1 o más AM (47%). Las más frecuentes fueron 175 TBQ (82%), 112 etilistas (53%), 67 adictos (31%), 25 HIV (12%), 23 DBT (11%) y 20 mayores de 65 años (9%). El resto de las halladas fueron: 10 asmáticos (5%), 7 EPOC (3%), 2 corticoides sistémicos (1%), 3 neoplasias no pulmonares (1%), 4 neumoconiosis (2%), 3 (1%) micosis, 4 UP (2%), 10 ex presidiarios y presidiarios (5%).

**Conclusiones:** Casi la mitad de los pacientes presentó 1 o más AM. Las más frecuentes fueron TBQ, etilismo y adicción a drogas ilegales que revisten particular importancia por las alteraciones que producen de los sistemas inmunológicos locales y sistémicos provocando formas más graves de presentación y constituyen factores de riesgo modificables o prevenibles. La serología para HIV se solicitó a todos los pacientes que ingresaron con TBC y se detectó positiva en 12%, convirtiéndose en una AM grave que debe ser investigada en países con alta prevalencia de TBC/HIV. El estudio se realizó en una sala de derivación de pacientes con TBC lo cual no representa al universo de estos, sino que se limita a un grupo con formas graves que requieren internación.

Destacamos la importancia de investigar las AM debido a su alta frecuencia y al impacto que producen sobre la TBC y que pueden ser prevenibles.

#### 21820. REGISTRO DE CASOS DE TBC DEL HOSPITAL PADILLA DURANTE LOS AÑOS 2005 Y 2006

Vazquez de Argiro, N.; Fabio, S.; Gianfrancesco, V.; Amaya, R.; Naval, N.; Gonzalez, F.; Marquez, O.; Moreno, C.; Del Rio, R.; Espeche, M.; Pereyra, A.; Castro, M.; Datoli, M.; Albert, M.; Gomez

**Introducción:** La TBC es una enfermedad de alta prevalencia y es un problema de Salud Pública en Argentina, que a pesar de contar con drogas eficaces continua siendo bajo el porcentaje de cumplimiento de su tratamiento y una mortalidad elevada en pacientes inmunodeprimidos

**Objetivos:** Describir los casos registrados de TBC en el transcurso de dos años en un Hospital policlínico de S. M. de Tucumán.

**Material y Método:** Estudio Descriptivo. Se analizaron todos los casos de TBC de las fichas de control de tratamiento del programa nacional de TBC del Hospital Padilla durante los años 2005 y 2006.

**Resultados:** Se registraron un total de 74 pacientes, de los cuales 52% fueron de sexo masculino y 48% de sexo femenino, el 70% eran menores de 50 años. El 64% provenía de Capital, el 33% del interior y el resto de otras provincias. Según nuestros registros 6 pacientes tenían serología positiva para HIV. De los 74 casos, 50 pac. (66%) presentaron localización pulmonar, 24 pac. (33%) localización extrapulmonar, y 6 pac. (8%) ambas localizaciones. Dentro de las formas pulmonares, 27 fueron cavitadas (54%) y se registro 6 casos (12%) de TBC miliar. La forma extrapulmonar más frecuente fue la pleural con 13 casos (54%), registrándose además 3 formas intestinales, 2 meníngicas, 2 renales, 2 ganglionares, 1 ósea, 1 mamaria. De las 13 formas pleurales, 6 tuvieron ADA positivo en líquido pleural. La bacteriología directa fue positiva en 50 casos del total; solo hubo 9 cultivos positivos sobre el total de casos registrados. Hubo 1 solo caso de *Mycobacterium Bovis* diagnosticado postmortem. En cuanto a la evaluación del tratamiento solo tenemos datos completos del año 2005 con 31 pacientes, curados 3 (bacteriología negativa), completó tratamiento 15 (48,3%), abandono 2 (6,4%), trasladados 2 (6,4%), fallecidos 6 (19,3%), dentro de este último grupo 4 eran pacientes con SIDA, 1 con TBC miliar y 1 con TBC Bovis.

**Conclusiones:** No encontramos diferencias en el sexo, la mayoría residían en la ciudad de Tucumán. Las formas pulmonares

fueron las más frecuentes de las cuales la mayoría fueron cavitadas; de las formas extrapulmonares siguen predominando los derrames pleurales. En cuanto al examen directo de BAAR en esputo, fue el método diagnóstico más frecuente. El 58% de nuestros casos completaron el tratamiento, tuvimos bajo porcentaje de abandono y los fallecidos padecían inmunodepresión asociada.

#### 21825. RESISTENCIA A TUBERCULOSTÁTICOS- PERIODO 1997-2006

Egues de Chanchorra, S. del V; Supaga, MA E. del V; D de Cantarella, A.; Cacace, M.L. Sector Tisieneumonología - Hospital S V de Paul - Orán

Orán, al norte de la pcia. de Salta, sobre la frontera Argentino-Boliviana, con una población de 100.747 hab.; tiene una elevada tasa de incidencia de TBC (Md 123/100000 hab), situación agravada por la presencia de formas graves de resistencia a Tuberculostáticos.

Objetivos: Evaluar Resistencia a Medicamentos Antituberculosos en ptes. > de 14 años con formas pulmonares. Determinar los casos con Resistencia Inicial (RI), Adquirida (RA); presencia de cepas con Monorresistencia, Multirresistencia (MDR), Polirresistencia (PR) y Resistencia Extendida (XDR); Modalidad de tto.; Resistencia más frecuente; Comorbilidades; Nacionalidad y Evolución.

Material y Métodos: Estudio Descriptivo Retrospectivo, basado en el análisis de Fichas de tto. e Informes de Cultivos realizados en nuestro Hospital y Pruebas de Sensibilidad (I.N.E.R.E. Coni).

Resultados: En el periodo investigado se notificaron 1227 casos de Tuberculosis; el 77% (787/1227) fueron pulmonares > de 14 años, confirmandose 619/787 casos (78,6%), 579 D(+) y 40 C(+) en medios sólidos de L-Jensen. Presentaron Resistencia 37/619 casos (6%), 4 MOTT, 33 Mycobacterias TBC.

Con RI 11/33 (33%), RA 22/33 (67%). Realizaron TDO 43%, Autoadministrados 30% y desconocidos por transferencias el 27% de los casos. Observamos MDR en 21/33 casos (64%), M 6 /33 (18%) y PR 6/33 (18%) de estos 3 (9%) tuvieron XDR. El hallazgo de resistencia más frecuente fué a H: 27 casos (81%), S: 25 (75%), R 22 (66%), E 10 (30%) y Z 7(21%).

Las comorbilidades fueron Alcoholismo, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica y HIV. Corresponden a ptes. extranjeros 6 casos (18%).

La Evolución de los ptes. fué: Suspendidos 1 (3%); Abandonos 2 (6%); Sin información 2 (6%); Terminados 2 (6%); Curados 3 (9%); Fracasos 4 (12%); Tto. en curso 4 (12%); Fallecidos 5 (15%); Traslados 10 (30%).

Conclusiones: Si bien el número de casos con Resistencia en los 10 años analizados es bajo en relación a la media del país, es un signo de alarma que la Resistencia observada involucre con mayor frecuencia a todas las Drogas Esenciales, con un elevado porcentaje de MDR siendo éstas las de mayor accesibilidad, además de la aparición en los últimos años de XDR. Consideramos que el factor determinante de esta situación tiene estrecha relación con una larga y desafortunada secuencia de errores terapéuticos.

La aparición de contagio interpersonal en miembros de dos grupos familiares, nos lleva a considerar que las condiciones socioambientales traen aparejadas una larga duración de exposición al contagio de MDR, aumentando la morbimortalidad

por TBC; dificultando el control epidemiológico de la enfermedad; agravado por los costos elevados de esquemas individualizados alternativos, inaccesibles ante la realidad sanitaria de nuestra provincia y del país.

#### 21838. TUBERCULOSIS SECUNDARIA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS

Zabala, L.; Rodríguez, M.; Giuffre, A.; Picciani, B.

Introducción: En el marco de un programa sistematizado de estudio de contactos de focos tuberculosos (TB), nuestro Grupo de Trabajo tiene, entre otros, dos objetivos clínico-terapéuticos específicos:

- Diagnóstico y tratamiento precoz de casos secundarios, adultos e infanto-juveniles.
- Indicación de quimioprofilaxis según las normas de la Red TB del GCBA.

Ambas acciones están interrelacionadas, ya que la indicación de quimioprofilaxis se fundamenta en la prevención del desarrollo de TB secundaria entre los contactos TB.

Dado que hace años se están revisando algunos aspectos sobre las normas vigentes de indicación de Quimioprofilaxis, ya sea a nivel nacional como de la Ciudad de Buenos Aires, consideramos que todo reporte de casos y caracterización epidemiológica de los mismos, será sin duda un aporte a tener en cuenta.

Objetivos: El objetivo de este informe es presentar una descripción de características epidemiológicas de una serie de casos de TB secundaria, diagnosticados en el Hospital Tornú, de la ciudad de Buenos Aires, entre 2003-2007.

Métodos: Se registraron los siguientes parámetros: vínculo con el foco, sexo, edad, bacteriología del nuevo caso, localización, PPD, antecedentes familiares de TB, pertenencia a grupos de riesgo (laboral, institucional, hacinamiento), nacionalidad.

Resultados:

TB Secundaria (nuevos casos entre contactos de casos índices): 51. (2,6% de contactos, 14,6% de focos).

Se presentan en este resumen algunos de los valores más agrupados en frecuencia.

Vínculo con el foco:

Hijos: 39,2%, hermanos: 23,5%, compañeros laborales: 11,7%, cónyuges: 3,9%.

Grupos étnicos:

< 5 años: 17,6%, 6-10 a: 23,5%, 11-15 a: 21,5%, 16-25 a: 31,4%, 26-35: 7,8%, >35 años: 3,9%.

Bacteriología:

Baciloscopia de esputo positiva: 23,5%, Baciloscopia negativa, Cultivo positivo: 11,7%.

Conclusiones: Hemos encontrado cierta caracterización de los casos de TB secundaria en lo referente a mayor prevalencia entre hijos y hermanos y en menores de 25 años. Respecto a padres y cónyuges, es muy baja, igual que en mayores de 25 años. Este tipo de análisis serán muy útiles, a mayor escala, para definir líneas de acción o modificación de las normas vigentes respecto al estudio de contactos, a quiénes se estudia, a quiénes se les debe indicar quimioprofilaxis, etc.

Sería interesante diseñar estudios prospectivos, multicéntricos, regionales, jurisdiccionales, que proporcionen conclusiones basadas en análisis estadístico, y permitan tomar decisiones en base a la realidad epidemiológica local respecto a Tuberculosis.