

# 38° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

## Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

### Trabajos Libres

#### 1 - Neumonología clínica

##### TL001

##### 0004. NEUMONÍA NECROTIZANTE EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA

C La Mura, L Villar, C Gauna Tagliabue, MG Ludueña, F Belaustegui, R Iermoli  
Cuarta Cátedra de Medicina Interna, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Argentina.

**Introducción.** La evaluación inicial del paciente inmunocomprometido con infiltrados pulmonares es dificultosa, ya que, los signos usuales de infección pueden estar ausentes dado escasa respuesta inflamatoria. La tomografía computada ayuda a definir la extensión del proceso así como acercarnos al diagnóstico diferencial. Las lesiones cavitadas son sugestivas de *Sthaphylococcus aureus*, micobacteria, criptococo, *Nocardia*, *aspergillus* y algunos bacilos gram negativos. En algunos casos los procedimientos invasivos favorecen el rescate microbiológico de la infección, siendo el método indicado cuando el paciente no responde al tratamiento empírico instaurado.

**Caso clínico:** Mujer de 52 años de edad, con antecedentes de dermatomiositis, por lo que recibió tratamiento con corticoides e inmunosupresores. Comenzó su enfermedad 4 días previos a la consulta con tos y expectoración mucopurulenta, fiebre y escalofríos. Examen físico TA 80/60 mmHg, frecuencia cardíaca 104 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 32 resp/min., T<sup>o</sup> 38,4°C, saturación de la hemoglobina 90% (FIO<sub>2</sub> 0.21 %). Aparato respiratorio: rales crepitantes en campo medio y base izquierda con semiología de derrame pleural del mismo lado. **Laboratorio:** hemograma, función renal, ionograma y hepatograma normal. Radiografía de tórax: radiopacidad a nivel de lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Se internó con diagnóstico de neumonía severa de la comunidad en una paciente inmunocomprometida y se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam que cumplió durante 14 días sin rescates bacteriológicos en esputo y hemocultivos. Al finalizar el tratamiento evolucionó con nuevos registros febriles por lo cual se tomaron dos juegos de hemocultivos y se realizó una segunda radiografía de tórax que evidenció cavitaciones a nivel de lóbulo inferior izquierdo. La TC de tórax de alta resolución mostró en toda la extensión del lóbulo inferior groseras dilataciones de tipo bronquiectásico de paredes gruesas, algunas de ellas cavitadas. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) que mostró en el estudio citológico células necróticas y el cultivo para gérmenes comunes desarrollo de *Sthaphylococcus aureus* meticilino-sensible.

**Conclusión.** La neumonía asociada a *Sthaphylococcus aureus* adquirida en la comunidad representa el 10% de este grupo. Se observa en pacientes añosos, diabéticos y jóvenes posteriormente a neumonía por influenza. La neumonía por SAMR suele presentarse como necrotizante severa y se caracteriza por múltiples áreas de necrosis y cavitación, todas ellas de pequeño tamaño. Motiva la presentación la importancia del diagnóstico diferencial con el absceso pulmonar porque la indicación del drenaje terapéutico puede complicar la evolución la misma.

##### TL002

##### 0008. INFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA POR CORTICOTERAPIA PROLONGADA

R Gasteneguy, C Braggio, P Featherston, M Ferreyra, J Fuentes, A Lardizabal, S Marquez, L Uría, L Yessi  
HIEA y C San Juan de Dios de La Plata, Argentina.

**Introducción:** La estrogiloidiasis es una enfermedad parasitaria producida por el *Strongyloides stercoralis*. Su infección puede ser potencialmente letal en sujetos inmunocomprometidos, donde las larvas filariformes invaden la pared del intestino y migran por el torrente sanguíneo hacia los pulmones. La inmunidad del paciente se encuentra alterada, especialmente por terapia esteroidea y, menos comúnmente, otros inmunosupresores, neoplasias hematológicas o desnutrición. La consecuencia en estos pacientes, es una hiperinfección que podrá producir finalmente una infección diseminada.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 39 años con antecedentes de Artritis Reumatoide, en tratamiento crónico con metotrexato 15 mg/s y deltisona 20 mg/d, que consultó por presentar disnea CF II, tos productiva y equivalentes febriles de 24 hs de evolución, decidiéndose su internación por motivos sociales. Refirió haber presentado 6 días previos a la internación, 3 episodios de diarrea sanguinolenta acompañados de dolor abdominal y de equivalentes febriles, cuadro que se autolimitó en 24 hs sin tratamiento. Refirió además haber presentado 2 días previos a la internación otalgia e hipoacusia izquierda con secreción sanguinolenta, comenzando el día de la internación con Amoxicilina 500 mg c/8 hs.

**Examen físico:** lúcida. TA 125/70, FC 88, FR 26, afebril. Obesidad central. Nódulo subcutáneo en antebrazo izquierdo. Adenomegalias dolorosas pre y retro auriculares izquierda. Facies de luna llena y giba dorsal. Roncus y sibilancias diseminadas y rales en tercios inferiores de ambos hemitórax.

**Laboratorio:** glucemia 1.13 g/l, leucocitos 8.400 (Eo 17%), Hb 10.7 g/dl, ERS 87 mm/1°h. Nomoionograma: PH 7.46; PCO<sub>2</sub> 36, PO<sub>2</sub> 82, SO<sub>2</sub> 96.7%, HCO<sub>3</sub>- 25.51. Rx de Tórax: patrón intersticial reticular con predominio de campos pulmonares inferiores y radiopacidad redondeada de bordes lisos de 2 cm en campo pulmonar superior izquierdo. Hematológico: Hb 10.2 g/dl (VCM 85; HCM 28), leucocitos 7.900 (Eo 9%), plaquetas 401.000. Orina 24 hs: Proteínas 417 mg/l. EFR: Restricción moderada (por Pletismografía). Moderada pérdida de la membrana alveolocapilar.

Mientras se esperaba TCAR de Tx, Ecocardiograma y resultado Coproparasitológico, se recibió esputo positivo para larvas de *Strongyloides*. Se indicó ivermectina 14 mg/d por 2 días, con posterior repetición del ciclo a los 14 días. Se recibió luego Coproparasitológico positivo para *S. stercoralis*. A las 24 hs del tratamiento, la paciente evolucionó con disnea CF IV y hemoptisis, por lo que se decidió pase a UCI. Luego de 24 hs la paciente fallece por fallo multiorgánico con distress respiratorio y hemorragia pulmonar.

**Discusión:** Si bien se llegó al diagnóstico rápidamente durante la internación, la condición de inmunosupresión por cortico-

terapia prolongada, provocó el óbito de la paciente. Debido a que la infección diseminada es frecuentemente un evento fatal, y a menudo no responde al tratamiento, es de gran importancia identificar a los pacientes en riesgo y realizar pruebas diagnósticas apropiadas antes de comenzar con el tratamiento inmunosupresor.

#### TLO03

##### 0019. SÍNDROME DE HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA. HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN PEDIATRÍA.

V Palmisciano, J Herrero, S Quintas, J Tabora

Servicio de Neumología. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. MDP, Argentina.

**Introducción:** La Hemosiderosis pulmonar idiopática es un desorden raro, poco frecuente y de gravedad variable, caracterizada por episodios de Hemorragia alveolar aguda, en los vasos pulmonares de pequeño calibre, que genera macrófagos cargados de hemosiderina (hemosiderofagos)

**Caso clínico:** Se describe un paciente de 4 años, sexo masculino, con antecedentes de anemia severa refractaria (requerimiento de transfusiones de glóbulos rojos reiteradas), desnutrición y síndrome de dificultad respiratoria severa con hemorragia alveolar aguda.

**Conclusión:** Debe sospecharse la enfermedad en un paciente con anemia ferropriva refractaria, hemoptisis, síntomas respiratorios recurrentes o crónicos e infiltrados pulmonares. Los episodios de sangrado conducen a fibrosis pulmonar intersticial progresiva. Se confirma el diagnóstico por el hallazgo de hemosiderofagos en lavado bronquioalveolar, lavado gástrico y/o biopsia pulmonar. Se requiere terapéutica inmunosupresora (corticoides sistémicos-hidroxicloroquina)

#### TLO04

##### 0021. CAUSAS DE EXCLUSIÓN PARA TRASPLANTE PULMONAR: EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

JM Osse, R Ahumada, G Wagner, J Vasquez, S Moscoloni, L Martinez, T Ibañez, D

Absi, J Caneva, A Bertolotti, RR Favalaro

Hospital Universitario - Fundación Favalaro, Argentina.

**Introducción:** El proceso de selección de los candidatos a trasplante pulmonar (TxP) y Cardiopulmonar (TxCP) debe valorar los beneficios y riesgos de los mismos, a fin de optimizar los resultados, identificando el mejor procedimiento quirúrgico en relación al estado clínico del paciente, como así también las contraindicaciones para su realización.

**Objetivo:** Identificar causas de exclusión para trasplante TxP y TxCP en pacientes con enfermedad respiratoria o cardiopulmonar avanzada.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente los datos de la evaluación pre trasplante pulmonar en potenciales candidatos, realizados en nuestra institución, durante el período comprendido entre enero de 2000 y marzo de 2010. La evaluación incluyó: Análisis de sangre completos, estudios radiológicos, función pulmonar y cardiaca en reposo y esfuerzo, inmunoserología, screening de infección y neoplasias, evaluación psicosocial y nutricional.

**Resultados:** Se evaluaron 509 potenciales candidatos, de los cuales 405 (80%) fueron para TxP y 104 (20%) para TxCP. Las indicaciones para TxP fueron: Enfisema 130 pacientes (32%), Fibrosis Pulmonar 154 (38%), Bronquiectasias 45 (11%), Fibrosis Quística 40 (10%), Silicosis 8 (2%), Hipertensión pulmonar 5 (1%), Otras 23 (6%). Se incluyeron para TxCP las siguientes indicaciones: Hipertensión Pulmonar Primaria 50 pacientes (48%), Cardiopatía Congénita 31 (30%), Enfermedad del parénquima pulmonar y cardiopatía 3 (3%), Hipertensión Pulmonar asociada a otras patologías 20 (19%).

102 (20%) de los pacientes evaluados no fueron aceptados para trasplante pulmonar por presentar contraindicaciones: 36 (35%) pacientes por causas psicosociales, 5 (5%) por neoplasias activas, 19 (18%) por posibilidad de mejor con tratamiento médico, 5 (5%) infección activa, 7 (7%) tabaquismo activo, 7 (7%) enfermedad coronaria severa; 6 (6%) alto riesgo quirúrgico, 17 (16%) otras causas.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia el porcentaje de pacientes rechazados para trasplante pulmonar durante la evaluación coincide con los datos de la bibliografía internacional. La causa más frecuente de exclusión fue la psicosocial.

#### TLO05

##### 0043. ACTINOMICOSIS PULMONAR. SIMULANDO UNA NEOPLASIA.

J Herrero<sup>1</sup>, V Palmisciano<sup>1</sup>, S Quintas<sup>1</sup>, J Tabora<sup>1</sup>, E Mércuri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio Neumología. Hospital Especializado Materno Infantil (HIEM). Mar del Plata, Argentina. <sup>2</sup> Servicio Cirugía Infantil. Hospital Especializado Materno Infantil (HIEM). Mar del Plata, Argentina.

**Introducción:** La Actinomicosis es una infección supurativa crónica, causada por una bacteria anaerobia (cocos gram positivos) del género Actinomyces. Poco frecuente en pediatría, la afección torácica corresponde al 15% de los casos, siendo una enfermedad a menudo pasada por alto por falta de sospecha.

**Caso clínico:** Se describe un paciente de 7 años, sexo masculino, con una masa pulmonar persistente, insidiosa y progresiva con protrusión en pared torácica anterior, que simula un proceso maligno (primario o metastático). Asociado a un síndrome de repercusión general.

**Conclusión:** Debe sospecharse Actinomicosis pulmonar, ante la presencia de una imagen torácica persistente y protrusión dolorosa en hemitórax ipsolateral. Se plantean diagnósticos diferenciales. El conocimiento del espectro completo de las manifestaciones de la enfermedad optimiza el diagnóstico y el tratamiento. La histopatología certifica el diagnóstico. El tratamiento de elección es la penicilina endovenosa.

**Bibliografía:** 1- Drake D, Hold. Childhood actinomycosis. Arch. Dis. Child. 1976, 51: 978-81.

2- Lee I, Rudoy R. Pediatric thoracic Actinomycosis. Hawaii. Med J. 2003, 62: 30-32

3- Tae-Sung, Youngho-Han. Thoracic Actinomycosis; CT Features with Histopathologic Correlation. AJR 2006. 186: 225-231.

4- Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades infecciosas. Cap. 245. Agentes de la Actinomicosis-Thomas Russo. pag 3204-3215.

#### TLO06

##### 0049. BRONQUIECTASIAS: ENFERMEDAD EN VIA DE EXTINCIÓN?

M Peano, P Di Fonzo, G Cadamuro, B Pereyra, R Álvarez

Hospital San Roque Cba Argentina, Argentina.

**Introducción:** Las Bronquiectasias (BQ) constituyen el resultado de una variada gama de procesos patológicos, que incluyen dilataciones anormales irreversibles bronquiales con destrucción del componente elástico y muscular. La falta de sospecha hace que muchos pacientes sean diagnosticados tardíamente. Su prevalencia sigue en aumento (HIV, resurgimiento TBC, hiponutrición, enfermedades infantiles mal tratadas). La TACAR permite diagnosticarlas con anticipación.

**Objetivos:** informe de nuestra experiencia en BQ; período Enero 2008/10 en un Hospital General de tercer nivel.

**Material y Método:** estudio observacional retrospectivo (48 HC de pacientes con diagnóstico de BQ). Variables analizadas edad, sexo, tabaquismo, sinusitis, espirometría, gasometría arterial, TACAR y esputo.

**Resultados:** N° 48 pacientes, 13 masculinos (27%), 35 femeninos (73%); edad: rango 25-87 años, (media 56 años); tabaquismo (+) 15 (31%) masculinos (46% del total de hombres de la muestra), femeninos (25%); sinusitis (+) 26 pacientes (54%) masculinos (46% sobre el total de hombres) y femeninos (57%); TACAR mixtas 43,7%, cilíndricas 41,6%, quísticas 8,4%, variadas 6,3%; esputo: flora mixta 52,3%, pseudomona 20,8%, H. influenzae 8,3%, S. aureus 6,2%, BAAR 4,2%, acinetobacter 4,2%, aspergillus 2%, MAC 2%. Gasometría: normal 37,5%, hipoxemia 39,5%, hipercapnia 6,4%, mixta 16,6%. Espirometría: mixta 60,4%, restrictiva 20,9%, obstructiva 10,4%, normal 8,3%. Etiología: post infecciosa 39,5%, EPOC 23%, asma 14,5%, idiopáticas 14,5%, FQ 4,5%, aspergillus 2%, déficit de alfa 1 antitripsina 2%.

**Conclusión:** nuestra estadística está acorde con la bibliografía internacional predominando en mujeres. El tabaquismo coadyu-

vó a la presencia de las mismas. Las causas más frecuentes en nuestro trabajo fueron la post infecciosa en primer lugar y la EPOC en segundo, tener en cuenta que no se ha encontrado causalidad entre ésta y BQ. Hubo asociación frecuente con sinusitis y el hallazgo de P. Aeruginosa predominó en nuestra casuística en BQ quística.

#### TL007

##### 0079. HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELOIDE PULMONAR. PRESENTACION DE UN CASO.

M Gonzalez Vara<sup>1</sup>, E Fonaroff<sup>1</sup>, C Capitaine Funes<sup>2</sup>, J Ferrer<sup>2</sup>, M Tatangelo<sup>2</sup>, JC Figueroa Casas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina., Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Parque, Rosario, Santa Fe, Argentina., Argentina.

**Introducción:** El hemangiendotelioma epiteloides pulmonar (HEP) es un tumor vascular raro, con un bajo grado de malignidad y de pronóstico impredecible.

**Propósito:** Sólo 80 casos de HEP han sido publicados en la literatura franco-anglosajona hasta el año 2005 y un pequeño número de casos individuales posteriormente, constituyendo una patología de excepción. La comunicación de un caso de este inusual tumor es el motivo de esta presentación.

**Caso clínico:** Mujer de 26 años, sin antecedentes patológicos, quien consulta por dolor torácico pósterolateral derecho, tos seca, astenia y pérdida de 2 kg. en tres meses de evolución. El examen físico no ofrecía alteraciones.

Rx de Tórax 11/08: Normal. Rx de Tórax y TAC de tórax: 5/10: Nódulos pulmonares bilaterales múltiples a predominio bibasal. TAC de abdomen y pelvis, ecografía de tiroides, abdominal y ginecológica: normales.

Ex. laboratorio normal, excepto ESD 65 mm y PCR 24 mg/L. HIV, VDRL y FR no reactivos. TSH y T4 normales. CEA, Ca 125 y Alfa fetoproteína normales. Subunidad β: 6 mUI/ml Punción aspirativa pulmonar: citología negativa. Biopsia pulmonar quirúrgica por videotoracoscopia: Hemangiendotelioma epiteloides.

**Conclusión:** El hemangiendotelioma epiteloides pulmonar prevalece en mujeres jóvenes, se presenta con nódulos pulmonares y pleurales múltiples en el 61% de los casos siendo en 50% de los casos un hallazgo radiológico fortuito. Su dudoso carácter multifocal/metastásico ha sido largamente debatido. Su pronóstico es impredecible, rara vez da metástasis y suele presentar largas supervivencias.

Nuestro caso ilustra los caracteres más salientes de esta rara patología. Si bien el HEP es una rara entidad, debe ser tenida en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales en una mujer joven con lesiones multinodulares pulmonares y pleurales que no presenta evidencias de un origen extra-pulmonar.

#### TL008

##### 0084. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR

B Varela, M Díaz, R Gigliotti, E Rhodius  
Hospital Alemán, Argentina.

**Introducción:** La obstrucción de la gran vía aérea puede ser difícil de diagnosticar y su subdiagnóstico poner en riesgo la vida de los pacientes. La identificación temprana y tratamiento precoz de la misma son esenciales para el éxito del tratamiento.

**Caso clínico:** Paciente de 38 años de sexo femenino, ex tabaquista de 10 p/año, no refiere otros antecedentes ni toma medicación. Comienza con disnea de esfuerzo hace 6 meses sin referir tos, sibilancias ni otros síntomas de importancia. Consulta para realizar una espirometría computarizada para el estudio de la disnea donde se evidencia obstrucción muy severa al flujo aéreo: CVF 1.71L ( 52%), VEF<sub>1</sub> 0.53L( 19%), VEF% 31%, FEF max 1.93 L/sec (30%), rama inspiratoria con flujos normales ( no había amputación del PEF). Se realiza prueba post broncodilatadora sin respuesta significativa. Se realizan volúmenes pulmonares: TGV 3.41 L(140%), RV 1.81 L (137%), TLC 5.27 L(117%), RV/TLC 118%. Radiografía de tórax frente y perfil normal. Auscultación normal. Se realiza TAC de tórax sin contraste que muestra a nivel de la pared posterior

del tercio medio de la traquea, una masa de bordes lobulados que disminuye la luz traqueal e infiltra la grasa mediastínica adyacente. Mide 34 por 23 mm en el plano axial y 41 mm en la extensión cefalocaudal. La luz traqueal tiene un diámetro anteroposterior de 4.3 mm y transverso de 16 mm. Se decide realizar broncoscopia diagnóstica y terapéutica con el fin de desobstruir la vía aérea. Se observa obstrucción mayor al 90% de la luz traqueal por formación de aspecto sésil, se realiza resección con radiofrecuencia logrando una luz traqueal del 90%. Anatomía patológica: Carcinoma adenoides quístico. Nueva espirometría post procedimiento endoscópico: VEF 2.08 L (76%), CVF 3.47 L(106%), VEF% 60%, FEFmax.2.30 L/sec 36%, patrón de curva con obstrucción fija, posiblemente relacionada a traqueomalacia post procedimiento endoscópico. Se repite espirometría a los 15 días: CVF 3.82L 116%, VEF<sub>1</sub> 3.06L 112%, VEF% 80% FEFmax. 4.31 L/sec 67%.

Se realizó posteriormente resección traqueal de tres anillos traqueales con anastomosis terminoterminal sin evidencia de compromiso esofágico.

Se decide presentar el caso para mostrar una causa infrecuente de obstrucción de la gran vía aérea y su evolución desde el punta de vista funcional a posteriori de la resección parcial con láser y total con cirugía traqueal.

#### TL009

##### 0088. COMBINADO FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA

A de la Canal, J Precerutti, G Svetliza, J Villarroel, E Wainstein, M Las Heras, C Dubra, H Benito, J Viudes, J Rodriguez Gimenez  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Hasta la última década del siglo XX la posibilidad de una combinación de fibrosis pulmonar con enfisema era sólo una asociación accidental. En 2005 Cottin et al. publica en forma retrospectiva una serie de casos con la combinación de enfisema y fibrosis pulmonar.

El síndrome consiste en la presencia del enfisema en los lóbulos superiores del pulmón y fibrosis en las zonas inferiores evaluadas por tomografía computada de tórax, hipoxemia grave, con poca reducción de volúmenes pulmonares, a menudo acompañada de hipertensión pulmonar. Las pruebas de función pulmonar pueden ser normales o mostrar una obstrucción o restricción leve. Muy típica de esta enfermedad es una disminución importante en la difusión de monóxido de carbono.

**Objetivo:** mostrar una serie de 7 casos con esta patología, observados en la Sección de Neumonología del Hospital Italiano de Buenos Aires durante el año 2009

**Resultados:** el 100% de los pacientes fueron de sexo masculino. Ex fumadores de 40 pack/año promedio. Edad mediana: 70 años (63-76 años) En la tomografía computada de tórax el 86% presentó enfisema centrolobulillar en vértices y solamente en un paciente enfisema panacinar, acompañado en todos los casos de fibrosis pulmonar en bases.

Los datos de la funcionalidad respiratoria, Presión pulmonar (PAP) se observa en las siguientes tablas:

Pac.	Edad	CV	Vef1	Tifenaud
1	70	90%	65%	71%
2	76	78%	69%	89%
3	63	86%	61%	72%
4	66	83%	64%	73%
5	76	81%	67%	74%
6	76	97%	97%	77%
7	70	71%	69%	93%

Pac	CPT	RV	DLCO	Test 6'	PAP
1	86%	105%	30%	92/85	48
2	83%	102%	46%	94/87	No
3	82%	97%	52%	95/88	35
4	94%	105%	40%	87/81	30
5	70%	51%	31%	83	65
6	77%	59%	52%	96/87	28
7	64%	62%	40%	95/89	No

**Conclusiones:** El objetivo de este trabajo fue llamar la atención sobre la coexistencia de fibrosis pulmonar y enfisema donde es indispensable evaluar TC de tórax y funcional respiratorio ya que cursa con espirometría casi normal pero con importante hipoxemia, descenso de DLCO e hipertensión pulmonar.

## TL010

### 0089. NEUMONIA LIPOÍDICA

A de la Canal, D Smith, J Precerutti, A Dalozzo, L Dalurzo, G Svetliza, E Beveraggi, G Svetliza, C Dubra, E Wainstein, M Las Heras, H Benito, J Villarreal  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La neumonía lipoidea, descrita en 1925 por Laughlen, es hoy en día una enfermedad poco común.

Puede presentarse de dos formas muy distintas, exógena o endógena. La primera está causada por inhalación de aceite mineral y la segunda es secundaria a obstrucción bronquial por neoplasia

Las manifestaciones clínicas pueden ser muy inespecíficas, como tos, disnea, dolor pleurítico o hemoptisis, y, en muchas ocasiones los pacientes están asintomáticos.

La radiografía convencional de tórax muestra un patrón alveolar, intersticial o mixto, pero también puede manifestarse como uno o varios nódulos o una masa. Afecta predominantemente a campos inferiores, donde el aceite llega por acción de la gravedad. La Tomografía computada de tórax (TAC) confirma los hallazgos descritos anteriormente y puede mostrar material de baja atenuación (grasa) dentro de una opacidad pulmonar. El objetivo de esta presentación es mostrar la dificultad diagnóstica en un paciente con neumonía lipoídica

**Presentación del Caso:** paciente de sexo masculino de 62 años de edad con antecedente de tabaquismo de 30 pack/year que consulta por presentar en Rx y tomografía de tórax dos imágenes redondeadas en lóbulos inferiores. Se efectuó PET mostrando captación en dichas imágenes.

- Fibrobroncoscopia: BAL, sin gérmenes y sin evidencias de neoplasia. Biopsia transbronquial :ausencia de células atípicas con presencia de algunas células aisladas multinucleadas. Bacteriológico: sin gérmenes

- Punción bajo TAC: ausencia de células atípicas

- Se decide toracotomía con Segmentectomía pulmonar izquierda Biopsia: neumonía lipoídica.

Reinterrogando al paciente utilizaba gotas nasales en forma frecuente. Además presentaba trastornos deglutorios y reflujo gastroesofágico por estudios complementarios.

Se presenta este caso por lo poco frecuente de la manifestación como masa de una neumonía lipoídica.

El diagnóstico siempre es anatomopatológico y es necesario descartar una neoplasia.

## TL011

### 0101. ENFERMEDAD CRÓNICA DE MONTAÑA EN JUJUY - ARGENTINA

G Lazarte<sup>1</sup>, P Meyer<sup>1</sup>, A Locurscio<sup>1</sup>, E Elias<sup>1</sup>, J Figueroa Turienzo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Privado de Medicina de Montaña, Argentina. <sup>2</sup> CIRES - Fundación P. Cassará, Argentina.

La presión parcial de oxígeno cae a mayor altitud sobre el nivel del mar, por ello los habitantes de altura desarrollan numerosas respuestas fisiológicas, como la eritrocitosis. La enfermedad crónica de montaña (ECM) es un cuadro que se presenta en personas que viven a grandes altitudes, se caracteriza por eritrocitosis excesiva, hipoxemia severa y/o hipertensión pulmonar con/sin insuficiencia cardíaca derecha. La ECM en La Paz-Bolivia y en Cerro de Pasco-Perú, tienen una prevalencia de 5,2% y 18,2-14,8% respectivamente. Jujuy se ubica al norte de La Argentina, y presenta hacia el oeste la región Andina, zona montañosa de gran altitud. No hay reportes de esta enfermedad en la provincia. El objetivo de este trabajo fue describir pacientes con ECM en Jujuy, evaluados durante año 2010.

Fueron evaluados 4 pacientes con diagnóstico de ECM, todos residentes en localidades de gran altitud. Consultaron por cefalea intensa, cansancio y disnea a esfuerzos moderados, el Score de Qinghai dió un puntaje >15 (severo) para 3 de ellos y 10 (leve) para el paciente restante. Ninguno presentó cardiopatías, ni

otros antecedentes patológicos, no refirieron hábitos tóxicos, ni consumo de medicación.

Al examen físico todos presentaron cianosis peribucal, dilatación de venas en ambos miembros superiores e inferiores y eritrodermia en las palmas de las manos. Al examen torácico, en todos, se auscultó buena entrada de aire bilateral, sin ruidos respiratorios agregados.

	Sexo	Edad (años)	SeO <sub>2</sub> * (%)	Hemoglobina (%)	Hemoglobina (Gr/dl)
1	Masculino	55	92	76	24,10
2	Masculino	39	88	78	21,01
3	Femenino	46	87	65	21,00
4	Masculino	47	92	61	19,80

Tabla 1: Descripción de pacientes con ECM, Jujuy - 2010.

\* Oximetría de pulso en reposo, respirando aire ambiente.

En todos la radiografía de tórax, el electrocardiograma, y la espirometría fueron normales. En 2 pacientes se realizó ecocardiograma que fue normal. En un paciente se realizó medulograma que mostró un incremento de la serie eritroblástica y el examen de médula ósea reveló un incremento de la serie eritroide. En 3 pacientes se realizó el test marcha de 6 minutos, todos recorrieron más de 450 m, con caídas en la oximetría y taquicardia con un puntaje de Borg entre 1 y 2, al final de la misma. En 2 de ellos se evaluó la oximetría de pulso durante el sueño, se registraron caídas en la oximetría hasta valores entre 78-80% respirando aire ambiente, sin taquicardia.

Podemos concluir que es necesario más estudios que permitan identificar la prevalencia de la ECM, desarrollar estrategias para el diagnóstico y tratamiento, como así también generar políticas de salud acorde a la región.

## TL012

### 0103. NEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA

E Wainstein, H Benito, M Las Heras, G Svetliza, C Dubra, J Rodríguez Gimenez, J Precerutti, A De la Canal  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La neumonía eosinofílica aguda fue descrita por primera vez en 1989 y existen solamente alrededor de 100 casos publicados hasta la actualidad. Se requieren los siguientes criterios para su diagnóstico:

1. Enfermedad febril de menos de un mes de duración.
2. Insuficiencia respiratoria.
3. Radiografía con infiltrados pulmonares bilaterales.
4. Lavado bronquioalveolar (BAL) con recuento de eosinófilos mayor de 25%.
5. Ausencia de otra causa de eosinofilia pulmonar.

El laboratorio evidencia característicamente leucocitosis neutrofílica sin eosinofilia al inicio de la enfermedad. El recuento de eosinófilos aumenta con el transcurso del tiempo produciéndose su pico entre los 7 y 30 días del inicio de los síntomas.

Se desconoce su etiología pero se especula que se trata de una reacción de hipersensibilidad a un antígeno no identificado. Se han descrito varios posibles desencadenantes, como la exposición a polvo y el inicio reciente de tabaquismo.

El tratamiento consiste en la administración de corticoides. Se ha observado una rápida respuesta y a diferencia de la neumonía eosinofílica crónica no se han descrito recidivas.

**Presentación de caso.** Paciente de sexo femenino de 46 años que consultó por disnea y fiebre de 48 hs de evolución hasta clase funcional IV. En la semana previa a la consulta había retomado el hábito tabáquico y 48 hs previas había manipulado un hormiguicida en un ambiente abierto. Al examen físico presentaba fiebre, taquipnea y mala mecánica ventilatoria con saturación de oxígeno de 90% respirando aire ambiente. El laboratorio evidenció leucocitosis neutrofílica y la radiografía de tórax infiltrados bilaterales. Se procedió a su intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica. Se realizó fibrobroncoscopia con toma de BAL y se inició tratamiento antibiótico empírico. A las 12 hs se obtuvo el resultado de la citología de líquido obtenido por BAL: 75% de eosinófilos. Se inició tratamiento con metilprednisolona con rápida respuesta clínica y radiológica.

**Discusión.** Presentamos el presente caso por ser un diagnóstico diferencial infrecuente de neumonía severa de la comunidad cuyo diagnóstico solo puede confirmarse con la realización de fibrobroncoscopia con toma de BAL.

#### TL013

##### 0106. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y GENÉTICOS DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN LA PROVINCIA DE JUJUY-ARGENTINA

P. Meyer<sup>1</sup>, G. Lazarte<sup>1</sup>, G. Zamora<sup>1</sup>, H. Tanuz<sup>2</sup>, J. Figueroa Turienzo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> "NEUMO" Infantil - Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Niños "H. Quintana", Argentina. <sup>3</sup> CIRES - Fundación P. Cassará, Argentina.

La Fibrosis Quística (FQ), es la enfermedad multisistémica de origen genético, más frecuentemente diagnosticada en la raza caucásica. Por consenso para el diagnóstico de la misma se requieren 2 test de sudor positivos o estudio genético molecular compatible con FQ, siendo el más frecuente homocigota  $\Delta F508$ . La incidencia de FQ en la población caucásica es de 1/2500-3000 recién nacidos vivos (RNV). En Argentina los únicos datos sobre la incidencia de esta enfermedad surgieron a partir del plan detección neonatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuya incidencia para FQ fue de 1/6000 RNV y la variedad genética más frecuente es homocigota  $\Delta F508$  entre el 64-55%. En la provincia de Jujuy no hay reportes sobre epidemiología y genética para esta enfermedad. El objetivo del presente trabajo es describir los datos epidemiológicos y genéticos de un grupo de pacientes con diagnóstico de FQ, seguidos en un centro de referencia de la provincia de Jujuy, desde el año 2006 hasta la actualidad. Fueron incluidos 11 pacientes con estudio genético molecular para FQ. La media de edad de diagnóstico fue 10 años (rango <1 a 54 años, moda <1 año), el 63% de sexo masculino. El 63,6% heterocigota, el 27,3% homocigota  $\Delta F508$  y en el 9,1% el estudio genético molecular para 29 determinaciones fue negativo. Desde enero de 2009 hasta junio de 2010 se realizaron 113 test de sudor, de los cuales 3 fueron positivos, de ello inferimos que la tasa de incidencia, para el grupo de pacientes con sospecha de FQ, para los últimos 18 meses, fue de 6%. Estimamos una tasa de prevalencia de morbilidad para FQ, en Jujuy, en el año 2010 de 2,08 x 100000. La mortalidad en el grupo de estudio fue de 9,1%.

Consideramos que se requieren más estudios y durante más tiempo sobre esta enfermedad. Sin embargo, concluimos que la FQ en nuestra provincia tiene un diagnóstico tardío, es más frecuente en el sexo masculino, tiene una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Y genéticamente es más frecuente la variedad heterocigota.

#### TL014

##### 0108. UN CASO DE HIPERCAPTACIÓN PULMONAR DIFUSA DE FLUORDEOXIGLUCOSA SIN EVIDENCIA RADIOLÓGICA DE PATOLOGÍA PULMONAR

E. Wainstein, H. Benito, J. Villarreal, M. Las Heras, G. Svetliza, C. Dubra, J. Rodríguez Gimenez, J. Precerutti, A. De la Canal

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La hipercaptación pulmonar difusa de fluorodeoxiglucosa (FDG) en la tomografía por emisión de positrones (PET) ha sido descrita en enfermedades pulmonares difusas como linfoma, toxicidad pulmonar por fármacos, infección por H1N1 y síndrome de distress respiratorio, siempre acompañada de alteraciones radiológicas. Presentamos un caso de hipercaptación difusa de FDG en el PET en un paciente sin sintomatología respiratoria ni evidencia de compromiso pulmonar por radiografía ni tomografía.

##### Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 71 años de edad que consultó por hiporexia, pérdida de 9 kg peso, sudoración y dolores difusos articulares de tres meses de evolución. Al examen físico no presentaba otra alteración que esplenomegalia. La Rx de tórax fue normal. La TC de tórax, abdomen y pelvis, salvo por la esplenomegalia de 16cm, fue normal. El laboratorio mostró discreta disminución de glóbulos blancos (4.100/mm<sup>3</sup>) y plaquetas (65.000/mm<sup>3</sup>). La punción de médula ósea fue normal. Con el objetivo de encontrar alguna adenopatía u órgano hipercaptante que permitiera una biopsia más sencilla que una esplenectomía,

se realizó un PET corporal total. Éste mostró hipercaptación difusa en ambos pulmones, en bazo y algo más leve en médula ósea. Se decidió realizar FBC con BAL. Se realizó citometría de flujo del mismo mostrando células clonales B. Una biopsia pulmonar por VATS confirmó una infiltración vascular pulmonar por linfoma de células B CD 20+.

**Comentario.** Presentamos un caso inusual de hipercaptación difusa de pulmón con estudios previos y presentación clínica que no hacían prever afectación pulmonar. Esta hipercaptación ya había sido descrita en pacientes con linfoma (pero con anomalías radiológicas) y luego del tratamiento del mismo (sugiriendo en este caso toxicidad pulmonar).

#### TL015

##### 0111. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE FIBROSIS QUÍSTICA EN LA PROVINCIA DE JUJUY-ARGENTINA

P. Meyer<sup>1</sup>, G. Lazarte<sup>1</sup>, H. Tanuz<sup>2</sup>, J. Figueroa Turienzo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> "NEUMO" Infantil - Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Niños "H. Quintana", Argentina. <sup>3</sup> CIRES - Fundación P. Cassará, Argentina.

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad multisistémica, de origen genético, que compromete las glándulas de secreción exócrina, cuyo pronóstico depende de múltiples factores, entre ellos, la edad de detección, la genética y el grado de compromiso pulmonar. La forma clínica de presentación más frecuentemente descrita en la bibliografía internacional es la afección sinusopulmonar con insuficiencia pancreática, coincidiendo esto con lo descrito en nuestro país. En el 2% de los casos, se describe un fenotipo atípico caracterizado por enfermedad pulmonar crónica, suficiencia pancreática y concentraciones de cloruros en sudor normales o con valores límites, y con presentaciones monosintomáticas, por ejemplo anomalías en los electrolitos, pancreatitis, enfermedad hepática, sinusitis o azoospermia obstructiva. La Provincia de Jujuy no cuenta con reportes en la bibliografía sobre esta enfermedad y su forma de presentación. El objetivo de este trabajo fue describir la forma de presentación clínica en una población de pacientes con FQ evaluados en un centro de referencia de nuestra Provincia, desde el año 2006 hasta la actualidad. Se incluyeron 11 pacientes con diagnóstico de FQ, el 63,2% de sexo masculino, y la media de edad para el diagnóstico fue de 15 años (rango <1 a 54 años, moda <1 año). El 63,8% presentó enfermedad sinuso-pulmonar más insuficiencia pancreática, el 18,2% solo enfermedad sinusopulmonar, el 9% enfermedad sinusopulmonar con test de sudor con valores límites, y el 9% azoospermia. Consideramos que es necesario que se realicen más trabajos sobre esta enfermedad, sin embargo podemos concluir que en Jujuy las formas de presentación de fibrosis quística comparten los patrones fenotípicos a nivel mundial.

#### TL016

##### 0114. TOMOGRAFÍA DE TÓRAX Y CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE AFECTACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN LA PROVINCIA DE JUJUY-ARGENTINA

P. Meyer<sup>1</sup>, G. Lazarte<sup>1</sup>, H. Tanuz<sup>2</sup>, J. Figueroa Turienzo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> "NEUMO" Infantil - Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Niños "H. Quintana", Argentina. <sup>3</sup> CIRES - Fundación P. Cassará, Argentina.

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética, multisistémica, que compromete las glándulas de secreción exócrina, cuyo pronóstico de sobrevida depende de múltiples factores, entre ellos, la edad de detección, la genética y el grado de compromiso pulmonar. En fibrosis quística, la tomografía de tórax de alta resolución identifica y localiza con gran precisión las lesiones pulmonares. Asimismo, mediante el uso de puntajes clínicos, se puede cuantificar la gravedad de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y el pronóstico. Para ello, se utilizan el puntaje clínico de Shwachman, el radiológico de Brasfield, la oximetría de pulso y la función respiratoria, como así también, el puntaje tomográfico de Bhalla modificado. El objetivo de este trabajo fue describir las lesiones pulmonares por tomografía de tórax de alta resolución y la clasificación del grado de afectación de la enfermedad, en pacientes con fibrosis quística evaluados en un centro de referencia de la Provincia de Jujuy, desde el año 2006 hasta la actualidad. Se incluyeron 9 pacientes con

diagnóstico de fibrosis quística y tomografía de tórax de alta resolución. El 66,7% fueron masculinos, la media de edad de diagnóstico 15 años (rango <1 a 54 años, moda <1 año). La tomografía de tórax demostró que el 88,8% presentó bronquiectasias, engrosamiento de la pared bronquial, perfusión en mosaico y enfisema, el 77,7% impactación de secreciones, el 55,5% colapso, el 33,3% bullas y el 22,2% saculaciones. En cuanto a la clasificación para el grado de afectación de la enfermedad, se observó que el 33,4% fue leve, el 55,6% moderado y el 11% severo. Son necesarios más trabajos en nuestra provincia, que aporten información sobre esta enfermedad. Sin embargo, podemos concluir que los pacientes con fibrosis quística presentan lesiones pulmonares severas y la mayoría muestra un importante compromiso en el grado de afectación de la enfermedad, coincidente con el diagnóstico tardío y la falta de tratamiento oportuno.

#### TL017

##### 0122. DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO CLINICO PARA LA IDENTIFICACION DE PACIENTES CON ALTO RIESGO DE EPOC

R. Gene<sup>1</sup>, D. Antuni<sup>1</sup>, R. Aguirre<sup>1</sup>, I. Boyeras<sup>1</sup>, L. Pereyra<sup>2</sup>, L. Landolfi<sup>2</sup>, L. Bettati<sup>2</sup>, C. Peralta<sup>2</sup>, A. Castronuovo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. <sup>2</sup> Novartis, Argentina.

**Propósito del estudio.** Investigar la efectividad de un cuestionario de datos clínicos y demográficos para el rastreo de pacientes con alto riesgo de EPOC.

**Métodos.** Entre el 16 y el 20 de Noviembre del 2009 (difusión por medios de comunicación), se convocó en el Hospital de Clínicas José de San Martín, en la semana del EPOC a tabaquistas de 10 o más años y ex-tabaquistas, mayores de 40 años. Se diseñó un cuestionario sobre la sintomatología respiratoria y datos demográficos, realizándose luego una espirometría. Un diagnóstico de EPOC fue definido por una relación VEF1/CVF < 0.70. Se excluyeron pacientes con asma. Las variables continuas fueron analizadas mediante el test de T o Mann Whitney y las categóricas mediante  $\chi^2$ . Se realizó regresión logística múltiple y las variables estadísticamente relevantes se modelaron para testear su sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva ROC.

**Resultados.** 425 pacientes tabaquistas y ex-tabaquistas se acercaron a la consulta. 26 pacientes asmáticos fueron excluidos, quedando para el análisis 399 pacientes. 135 (33,8%) presentaron diagnóstico espirométrico de EPOC. En el análisis univariado los pacientes con EPOC tuvieron mayor edad (62,3 años vs 57,8 años;  $p < 0,001$ ), mayor incidencia de sexo masculino (41,7% vs 24,6%;  $p < 0,001$ ), de tos crónica (42,1% vs 30,2%;  $p = 0,02$ ), de sibilancias (42,4% vs 30,2%;  $p = 0,01$ ), sibilancias sin infección (48,1% vs 30,2%;  $p = 0,002$ ), disnea en ejercicio o reposo (45,6% vs 33,1%;  $p = 0,047$ ), estufa en domicilio (52,2% vs 32,7%;  $p = 0,056$ ) y profesión de riesgo (45,6% vs 31,9%;  $p = 0,042$ ). No se observó diferencia significativa en el BMI (27,6 vs 28,3;  $p = 0,4$ ). Finalmente se seleccionaron para el análisis multivariado –dividiendo las variables continuas por los cuartiles de mayor riesgo–: edad > 59 años (OR 1,66, IC95% 1,06-2,85;  $p = 0,024$ ), sexo masculino (OR 2,38, IC95% 1,53-3,69;  $p < 0,001$ ), flema crónica (OR 1,06, IC95% 0,057-1,79;  $p = 0,95$ ), tos crónica (OR 1,27, IC95% 0,72-2,26;  $p = 0,39$ ), disnea en ejercicio o reposo (OR 1,66, IC95% 0,94-1,51;  $p = 0,08$ ), sibilancias sin infección (OR 1,80, IC95% 1,06-3,05;  $p = 0,029$ ), > 15 P.A (OR 0,89, IC95% 0,53-1,51;  $p = 0,68$ ) y presencia de estufa (OR 1,87, IC95% 0,79-4,35;  $p = 0,15$ ). El resto de las variables no aportaron significancia al modelo. La ausencia o presencia de estas ocho variables (edad > 59 años, sexo, tos crónica, flema crónica, sibilancias sin infección, disnea en ejercicio o reposo, > 15 P.A y presencia de estufa) se testearon para la predicción de EPOC. El área bajo la curva ROC fue de 0,62 (IC95% 0,56-0,67,  $p < 0,001$ ). La presencia de al menos 2 de estas variables presentó una sensibilidad de 80,4% y una especificidad de 41,18%, un valor predictivo positivo (VPP) de 42,6% y negativo (VPN) de 79,43%. La presencia de al menos 4 variables presentó una sensibilidad de 16,22% y una especificidad de 95,22%, un VPP de 64,86% y un VPN de 67,62%.

**Conclusión.** Un cuestionario simple de datos clínicos y demográficos puede ser útil para el rastreo de EPOC en un ámbito de atención primaria.

#### TL018

##### 0133. INCIDENCIA DE TOS COMO VARIANTE DE ASMA

J. Villarreal, H. Benito, L. Orazi, J. Hidalgo, E. Wainstein, M. Las Heras, C. Dubra, J. Rodríguez Giménez, G. Svetliza, J. Viudez, J. Precerutti, A. De la Canal  
Hospital Italiano, Argentina.

**Introducción:** Tos representa 20% de consultas neumológicas, tos como variante del asma, descrita en 1960, presente en niños y adultos, es característico su positividad en el test de metacolina. **Objetivos** determinar la incidencia de tos como variante del asma, posibles factores asociados, el tiempo de inicio de los síntomas. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles. Población pacientes sometidos a test de metacolina por tos, desde el 01/01/2008 hasta el 31/12/2009. Resultados: 198 estudios, 50 positivos (casos) y 60 negativos (control), 45% de incidencia, Sexo femenino 60% control y 80% grupo casos, edad: 73% grupo control 30-64 años y 40% > 65 años y 35% grupo 30-64 años, tiempo de tos: 66% menor a 6 meses grupo control y el 80% más de seis meses para los casos. Los factores asociados más frecuentes asociados para el grupo casos fueron eosinofilia, atopía, pirosis y antecedentes familiares de asma, mientras que el grupo control fue más frecuente no tener síntomas asociados y tabaquismo. Número consultas 3 a clínica médica en ambos grupos y de 3 en neumología para el grupo casos y de 5 para el grupo control. **Conclusiones:** Predominio del sexo femenino para ambos grupos, la frecuencia fue mayor para > 65 años en el grupo casos, a mayor tiempo de tos mayor probabilidad de tener test (+) de hiperreactividad bronquial, los factores asociados más frecuentes fueron la eosinofilia y la atopía. El grupo control tenían mayor número de consultas neumológicas.

#### TL019

##### 0159. EVALUACION INFLAMATORIA DE LA ASOCIACION ASMA-OBESIDAD

MA Martínez Cortizas<sup>1</sup>, P. Pascale<sup>1</sup>, S. Alvarez<sup>1</sup>, CN Artana<sup>1</sup>, JM Figueroa<sup>2</sup>, MP Pereiro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Fiorito, Argentina. <sup>2</sup> CIREs- Fundación Pablo Cassará, Argentina.

La obesidad y el asma son enfermedades crónicas, de perfil inflamatorio, cuya prevalencia ha aumentado mundialmente en forma considerable en los últimos años. Entre ambas existe una interrelación clínica aun no debidamente aclarada. Para algunos la obesidad podría ser causal de asma, mientras que para otros resultarían ser dos entidades con evolución paralela.

**Objetivos:** Analizar los mecanismos inflamatorios presentes en la población de asmáticos obesos, en relación con el deterioro de la función pulmonar.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron neumológicamente pacientes de ambos sexos no fumadores sin uso de corticoides inhalatorios y/o sistémicos en los 30 días previos, según edad, peso, talla, Índice de Masa Corporal (BMI), pliegue cutáneo, circunferencia de cintura, Proteína C Reactiva (CRP), glucosa, insulinemia, HOMA, urea, creatinina, perfil lipídico, recuento de blancos, eosinófilos, perfil tiroideo e IgE. Se consignaron antecedentes de atopía familiar y personal, efectuándoseles en la entrevista inicial espirometría con prueba de broncodilatadores. Se excluyó mediante evaluación clínica completa a pacientes portadores de patología pulmonar no asmática, embarazadas, hipotiroideos y a aquellos con consumo de drogas broncoconstrictoras. Los resultados se expresan como promedio y desvío estándar. **Resultados:** 109 pacientes, edad promedio: 52 años, 83% femeninos. Se descartaron 6 por hipotiroidismo. Se conformaron 3 grupos según BMI y diagnóstico de asma: obesos asmáticos OA (51 p.), no obesos asmáticos NOA (42 p.) y obesos no asmáticos ONA (9 p.).

La PCR se mostró elevada en los tres grupos (OA:  $0,77 \pm 1,10$  mg%, NOA:  $6,02 \pm 10,2$  mg%, ONA:  $2,29 \pm 3,35$  g/l). La correlación entre PCR y porcentajes de deterioro de FEV1 y CVF en el grupo de OA fue de  $r: -0,33$  y  $-0,29$  y en ONA de  $-0,67$  y  $-0,77$  respectivamente. Hubo una correlación positiva entre

HOMA y FVC%  $r:0,49$ . Los OA y ONA mostraron porcentajes elevados de eosinófilos. No hubo correlación entre IgE y eosinófilos en ONA ( $r:0,12$ ), mostrando los NOA una correlación positiva ( $r:0,72$ ).

**Conclusión:** La PCR como marcador inflamatorio sistémico fue elevada en los tres grupos, mostrando una correlación negativa con los valores porcentuales de FEV1 y FVC en los OA.

Los ONA mostraron correlación positiva entre el HOMA y el % FVC lo que podría marcar una mayor predisposición al deterioro de la función pulmonar en estos pacientes.

En el marco de una gran controversia en la bibliografía internacional, nuestra población mostró diferencias de correlación entre IgE y el porcentaje de eosinófilos, que resultó positiva en NOA a diferencia de lo observado en ONA, lo que permitiría distinguir fisiopatogénicamente los mecanismos inflamatorios.

## TL020

### 0163. UNA DOSIS DIARIA DE INDACATEROL PROPORCIONA UNA BRONCODILATACIÓN SIGNIFICATIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA INDEPENDIEMENTE DE LA REVERSIBILIDAD BASAL

R Gené<sup>1</sup>, C Peralta<sup>2</sup>, R Owen<sup>2</sup>, C Lassen<sup>2</sup>, B Kramer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. <sup>2</sup> Novartis, Argentina

**Propósito del estudio:** Evaluar si el grado de reversibilidad basal a un SABA o un SAMA en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) predice la eficacia broncodilatadora a largo plazo de indacaterol.

**Métodos:** Se realizó análisis post-hoc a partir de un estudio randomizado sobre la efectividad de indacaterol en comparación con placebo. En este estudio participaron 1.683 pacientes todos mayores a 40 años con diagnóstico clínico de EPOC moderada a severa (VEF1 post-broncodilatación  $<80\%$ ,  $>30\%$  del predicho y VEF1/CVF  $<70\%$ ). Los pacientes asmáticos se excluyeron del estudio. La reversibilidad se la definió como el aumento en el VEF<sub>1</sub> expresado como un porcentaje del valor pre-broncodilator: 30 min después de inhalación del SABA (albuterol 360  $\mu\text{g}$ , 4 puffs) o 1 h después de la inhalación del SAMA (ipratropio 42  $\mu\text{g}$ , 2 puffs). Los pacientes fueron randomizados a indacaterol 150  $\mu\text{g}$  o 300  $\mu\text{g}$  o placebo, o tiotropio 18  $\mu\text{g}$ , una vez al día, durante 26 semanas. El desenlace primario fue el valle de VEF<sub>1</sub> (valor medio de las mediciones efectuadas luego de transcurridos 23 horas 10 min y 23 horas 45 min de administrada la dosis) a las 12 semanas. El desenlace primario fue analizado mediante el modelo ANCOVA de efectos mixtos.

**Resultados:** Los valores basales de espirometría y reversibilidad fueron similares en los distintos grupos de tratamiento. Para todos los subgrupos de reversibilidad a los SABA, en comparación con placebo todos los grupos de tratamiento experimentaron mejorías estadísticamente y clínicamente significativas en el nivel valle del VEF<sub>1</sub>. El indacaterol fue significativamente superior al tiotropio en el grupo de reversibilidad a SABA  $>12\%$  (diferencias de 80 ml para ambas dosis de indacaterol versus tiotropio). El indacaterol demostró mejorías estadísticamente significativas en todos los subgrupos de reversibilidad a los SAMA, y mejorías clínicamente significativas en los subgrupos con una respuesta a SAMA  $>5\%$ . El tiotropio demostró mejorías estadísticamente significativas en todos los subgrupos con SAMA, pero una mejoría clínicamente significativa sólo en el subgrupo con una respuesta a SAMA  $>12\%$ . El indacaterol fue significativamente superior al tiotropio en el grupo SAMA  $>12\%$  (diferencias de 60 ml para ambas dosis de indacaterol versus tiotropio). Fueron clasificados como respondedores los pacientes con un incremento del 12% o de 120 ml respecto del nivel basal en el valle VEF<sub>1</sub> en la semana 12. La proporción de pacientes que respondieron al tratamiento fue superior en los grupos de indacaterol 150  $\mu\text{g}$  y 300  $\mu\text{g}$  que en los grupos de tiotropio y placebo.

**Conclusiones:** Indacaterol una dosis diaria es un broncodilatador eficaz en los pacientes con EPOC, independientemente de su grado o tipo de reversibilidad.

## TL021

### 0170. LINFOMA TIPO MALT: PRESENTACION PULMONAR

E Surlin García<sup>1</sup>, E Elías<sup>1</sup>, O Marín<sup>2</sup>, A Reynaud<sup>1</sup>, M Aguiar<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital San Roque, San Salvador de Jujuy, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy, Argentina. <sup>3</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, Argentina.

El linfoma MALT es una proliferación linfocítica generalmente de aparato digestivo, y en menor grado de vías respiratorias. Se lo asocia a infección crónica por *Helicobacter pylori*, existiendo mayor predisposición en personas de origen asiático.

**Caso Clínico:** Paciente femenino de 73 años, argentina de origen japonés, con antecedentes de tabaquismo de 60 paquetes/año, EPOC severo, que refiere cuadro de aproximadamente un mes duración caracterizada por progresión de disnea habitual y tos seca persistente. Manifiesta además hiporexia, astenia y pérdida no cuantificada de peso. No fiebre. Al examen físico presentaba buen estado general, con buena mecánica ventilatoria e hipoventilación global, sin ruidos agregados. Antecedentes de HTA medicada con valsartán y EPOC medicada con tiotropio y salmeterol/fluticasona. En la Rx de Tórax presentaba dos opacidades nodulares en campo medio de hemitorax izquierdo de aproximadamente 2 cm de diámetro. En el Laboratorio ligera anemia y VSG 60 mm.

Se indica realizar punción biopsia guiada por TAC que informa LINFOMA, por lo que se deriva a Oncología donde se descarta la posibilidad de esta enfermedad. Posteriormente es evaluada por facultativos en Suiza que avalan la decisión del oncólogo. Nueve meses después la paciente concurre con pérdida de peso de aproximadamente 10 kg y disnea clase funcional III-IV, sin fiebre. Se constata derrame pleural izquierdo y masa pulmonar de bordes indefinidos. El líquido pleural es compatible con trasudado, con ADA de 22. Se procede a realizar biopsia por VideoToracosopia informándose por Anatomía Patológica (Histología e Inmunohistoquímica) Linfoma MALT. Presentamos dicho caso por lo infrecuente de la entidad en sí, lo infrecuente de su presentación pulmonar única y su asociación a tabaquismo severo. Concluimos que el Linfoma MALT si bien es de entidad rara, debería de sospecharse más en pacientes de etnia asiática mayores de 60 años, donde los esfuerzos diagnósticos deberían de considerarse hasta el último escalafón.

## TL022

### 0186. PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA (PERIODO DE 6 MESES) CON DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA Y SU RELACIÓN CON TABAQUISMO.

S Sanchez, R Lisanti

Hospital El Carmen, Argentina.

**Introducción y Objetivos:** con el objeto de conocer la distribución de la patología tumoral en pacientes internados en un Servicio de Clínica Médica y su relación con datos epidemiológicos y tabaquismo.

**Material y Métodos:** Se realiza una evaluación de pacientes internados en Servicio de Clínica Médica del Hospital El Carmen, durante el período de 1 de octubre 2008 al 31 de marzo 2009 (6 meses).

**Resultados:** En dicho periodo se internan 1752 pacientes, de los cuales 181 (10.33%) presentan diagnóstico de tumor actual o pasado (excluyendo tumores de piel no melanoma), 9 de los cuales presentan doble tumor.

De los 181 pacientes internados, 90 mujeres (49.72%) y 91 hombres (51.28%)

Edad media 66.44 años, en mujeres 65.2 años y en hombres 67.76 años, un BMI medio de 24.7

Tienen antecedentes de tabaquismo 103 pacientes (56.9%), con un Índice paquetes año de 37.3. Fumador actual 27 (14.9%), ex fumador 76 (42%) y nunca fumó 78 (43.1%)

Los 190 tumores según localización y tabaquismo:

Piel 4: fumador 3 (75%), Cabeza y cuello 9: fumador 6 (66.6%); Sistema Nervioso 13: fumador 6 (46.1%); Hematológico 31: fumador 20 (64.5%); Sarcoma 3: fumador 1 (33.3%); Digestivo

34: fumador 18 (52.9%); Urinario 11: fumador 10 (90.9%); Genital masculino 15: fumador 8 (53.3%); Genital femenino 46: fumador 21 (45.6%); Pulmón 21: fumador 17 (80.9%); Origen Desconocido 3: fumador 2 (66.6%).

**Conclusiones:** se destaca la importancia de la patología neoplásica que constituye un 10% del total de internación en un Servicio de Clínica Médica, siendo las localizaciones más frecuentes genital femenino, digestivo, hematológico y pulmón.

Se relacionan con tabaquismo (actual o ex fumador) en 56.9% con un índice paquetes año superior a 37.

#### TLO23

##### 0190. EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y CON Distrofia MUSCULAR DE DUCHENNE.

ELD De Vito, ELR Rojo, GS Semeniuk, MU Uzal, SV Vitale  
Instituto de investigaciones Alfredo Lanari, Argentina.

**Introducción:** Debido a la progresiva pérdida de funciones y autonomía, los pacientes con enfermedades neuromusculares progresivas pueden presentar depresión y ansiedad.

**Objetivos:** cuantificar la presencia de depresión y ansiedad (escala de Duke) en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y con distrofia muscular de Duchenne (DMD).

**Material y métodos:** Estudio piloto prospectivo descriptivo observacional, pacientes ambulatorios, atendidos en el Laboratorio Pulmonar en el momento de la evaluación funcional respiratoria de rutina. Diagnóstico confirmado de ELA y de DMD en cualquier estadio evolutivo, escala ALSFRS-R, Escala de ansiedad-depresión de Duke.

**Resultados:** ELA (n= 10): 57,5 ± 1 SD (4 Hombres), ALSFRS-R 23.8 ± 1SD. DMD (n= 14): 21.1 ± 1SD. Escala de Duke: síntomas de ansiedad y depresión excesivos para puntaje total ≥ 5: ELA 5/10 (50%); DMD 4/14 (28%), Relación ELA/DMD para puntaje ≥ 5: 1.75 (p NS).

**Conclusiones:** Estos resultados indican que los síntomas de ansiedad y depresión están presentes en pacientes con ELA y DMD y pueden ser mayores que los observados en la población control.

#### TLO24

##### 0193. CANCER DE PULMON EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA (PERIODO DE 6 MESES)

R Lisanti, S Sanchez, E Delaballe, L Gonzalez, G Moreno, M Grañana, D Gatica  
Hospital El Carmen - OSEP - Mendoza, Argentina.

**Introducción y Objetivo:** Con el objeto de conocer las características de los pacientes internados con diagnóstico de Cáncer de Pulmón en un Servicio de Clínica Médica y su relación con datos epidemiológicos y tabaquismo.

**Material y Métodos:** Se realiza una evaluación de pacientes internados en Servicio de Clínica Médica del Hospital El Carmen, durante el periodo de 1 de octubre 2008 al 31 de marzo 2009 (6 meses).

**Resultados:** En dicho periodo se internan 1752 pacientes, de los cuales 181 (10.33%) presentan diagnóstico de tumor actual o pasado (excluyendo tumores de piel no melanoma), 9 de los cuales presentan doble tumor. De los 181 pacientes internados, 90 mujeres (49.72%) y 91 hombres (51.28%). Edad media 66.44 años, en mujeres 65.2 años y en hombres 67.76 años, un BMI medio de 24.7.

21 pacientes (11.6%) tienen diagnóstico de Cáncer de Pulmón, con una edad media de 67.1 años, 8 mujeres (38%), con rango de edad de 60-89 años, y 13 hombres (62%), con rango de edad de 51 a 84 años. Internaciones previas en 4 pacientes (19%), Tratamientos quirúrgicos en 2 pacientes. Con un Índice de masa Corporal (BMI) entre 16 y 30, igual o menor a 20 en 7 pacientes (33.3%)

Índice de Karnofsky igual o menor de 20 en 4 pacientes, 21 y 40 en 7 pacientes, 41 a 60 en 6 pacientes e igual o mayor a 61 en 4 pacientes. Se realizó diagnóstico en el año 2006 en 1 paciente, 2007 en 2 pacientes, 2008 en 14 pacientes y 2009 en 4 pacientes. Del total de pacientes del estudio con diagnóstico de neoplasia (181), el año de diagnóstico desde 1978 a 2005

incluye a 70 pacientes, ninguno con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. Con respecto al Tabaquismo son fumadores actuales 8 (38%), ex fumadores 9 (42.8%) y no fumadores 4 (19.2%), estos últimos todas de sexo femenino. Fumadores y ex fumadores tienen un Índice paquetes año de 10 a 100, siendo igual o menor a 30 en 2 pacientes, de 31 a 50 en 9 y mayor a 51 en 6. Se destacan como enfermedades asociadas diabetes en 1 paciente e hipertensión arterial en 10. La albuminemia estaba en valores superiores a 3,5 gr/l en 5 pacientes (23.8%). El Hematocrito igual o menor a 35 en 6 pacientes (28.5%), de 36 a 40 en 7 pacientes y de 41 o más en 8 pacientes. El estado al alta fue fallecido en 3 pacientes.

**Conclusiones:** se destaca la importancia del Cáncer de pulmón que constituye más del 10% de los tumores de pacientes internados, y la alta mortalidad de esta patología que hace que no existan pacientes con diagnóstico de más de 5 años. Por índices de calidad de vida y datos de laboratorio se observa que los pacientes tienen una enfermedad avanzada. La relación con tabaquismo esta presente en un 80.8% de los pacientes, con alto Índice paquetes año superior a 30 en el 71%. Los no fumadores correspondían todas al sexo femenino

#### TLO25

##### 0205. EVALUACIÓN DE SALBUTAMOL, LEVOSALBUTAMOL Y FORMOTEROL CON RELACIÓN AL VEF1 Y FRECUENCIA CARDÍACA

MA Acosta, AM Sosa, JE Arias, GV Kevorkof  
Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Argentina.

**Antecedentes:** Salbutamol racémico es una mezcla 50/50 de dos isómeros (R) y (S). (R)-salbutamol (Levosalbutamol) es responsable de los efectos broncodilatadores rápidos de la mezcla y terapépticamente activo. (S)- salbutamol no tiene propiedades broncodilatadoras y podría exagerar la reactividad de la vía aérea. Formoterol tiene propiedades similares a las de Salbutamol racémico, con duración de la acción prolongada, pero con inicio de acción rápido. **Objetivos:** Comparar los efectos de Salbutamol, Levosalbutamol y Formoterol, evaluando tiempo de respuesta espirométrica y frecuencia cardíaca. **Métodos:** Se evaluaron 90 pacientes con diagnóstico clínico presuntivo de asma bronquial, con obstrucción medida por VEF1/CVF y Vef1 >50%. La muestra se dividió en tres poblaciones; 30 pacientes fueron asignados en forma aleatoria para utilizar Levosalbutamol nebulizado, otros 30 para Salbutamol nebulizado y en los 30 restantes Formoterol en polvo seco. Se analizó la respuesta en porcentaje de mejoría del Vef1 a los 5', 10' y 20', con registro de la frecuencia cardíaca pre y post broncodilatador. **Resultados:** El análisis de varianza demostró que cuando se comparan Levosalbutamol y Salbutamol, la respuesta media de porcentaje de mejoría del Vef1 para Levosalbutamol fue significativamente mayor a los 20' (p<0,01), no difirieron a los 5' ni a los 10'. Formoterol difiere significativamente de Levosalbutamol y Salbutamol, sin importar el momento de la comparación, siendo sus valores medios de porcentaje de mejoría siempre menores. Formoterol y Salbutamol producen incremento significativo de la frecuencia cardíaca (p<0,05) no difieren estadísticamente entre ambos. Levosalbutamol no modificó estadísticamente la respuesta ya que produjo disminución de la frecuencia cardíaca, diferenciándose significativamente de las anteriores (p<0,05). **Conclusión:** Levosalbutamol mostró un efecto broncodilatador superior a Salbutamol, con disminución de la frecuencia cardíaca. Formoterol alcanzó un porcentaje de mejoría a los 5', 10' y 20' menor a Levosalbutamol y Salbutamol, pero válido como recurso adicional para el tratamiento del broncoespasmo agudo.

#### TLO26

##### 0206. QUISTE BRONCOGENICO MEDIASTINAL

NA Balbo, MF Carrizo, M Maldonado, EE Oviedo, MA Acosta, GV Kevorkof  
Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Córdoba, Argentina.

**Introducción:** Los quistes broncogénicos (QB) representan porciones del árbol traqueobronquial separadas de las vías

aéreas normales en el proceso de ramificación que no experimentaron un desarrollo ulterior; se producirían entre el 26° y el 40° día de vida intrauterina, si el defecto es temprano el esbozo permanecerá en mediastino, y si es tardío es probable que se localice en el interior del pulmón; aproximadamente un 65 a un 90% de los QB se localizan en mediastino, el resto son intrapulmonares. Son por lo general solitarios, uniloculares de pared delgada y más o menos esféricos. Están ocupados por líquido mucoso o seroso y no se comunican con el árbol bronquial salvo que experimenten infección. La aspiración del quiste así como la histología de la pared son importantes para el diagnóstico, especialmente la presencia de cartílago. Los QB mediastínicos se pueden clasificar en 5 tipos según el sitio de origen: paratraqueales, carinianos, hiliares, paraesofágicos y diversos (originados en el timo, pericardio, y la cara anterior de un cuerpo vertebral torácico); los dos primeros tipos mencionados son los más frecuentes. *Objetivo:* Presentación clínica inusual: disfagia. Caso clínico: Varón de 30 años refiere disfagia progresiva para sólidos y líquidos de 30 días de evolución, dolor retroesternal irradiado a dorso, que aumenta con el decúbito, y tos seca de 48 hs de evolución. APP: asma bronquial controlada, APTóxicos: tabaquismo activo, consumo de drogas ilícitas. Radiografía de tórax: imagen radiopaca, esférica de contornos definidos, densidad homogénea, de localización hilar derecha y posterior. Fibrobroncoscopía: aspecto normal. FEDA: compresión extrínseca en 1/3 medio esofágico, cara anterior. TAC de tórax contrastada: imagen de atenuación homogénea, de baja densidad, contornos regulares, de 58 mm, retroauricular izquierda. RMN de tórax: imagen de señal líquida, hiperintensa en T2, en contacto con esófago, pared inferior de bronquio fuente derecho y región paravertebral homolateral de 58 x 42 mm.

Se realiza toracotomía posterolateral derecha con extirpación de la lesión. Histología: epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado y cartílago hialino. Diagnóstico: Quiste broncogénico.

#### TLO27

##### 0216. TRASPLANTE BIPULMONAR EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A TROMBOEMBOLISMO CRÓNICO RECURRENTE NO QUIRÚRGICO

JM Osses, G Wagner, R Ahumada, J Cánave, J Vasquez, A Bertolotti, D Absi, RR Favalaro  
Hospital Universitario - Fundación Favalaro, Argentina.

*Introducción:* La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es el resultado del tromboembolismo (TEP) único o recurrente y representa el 0.1-5% de los casos agudos. El trasplante de pulmón (TXP) es una opción terapéutica válida para pacientes no candidatos a tromboendarterectomía pulmonar (TEAP) cuando se agotan las medidas médicas y la sobrevida se encuentra comprometida.

Se presenta un paciente con HPTEC secundario a TEP recurrente no quirúrgico que recibe trasplante bipulmonar (TXBP).

*Caso clínico:* Paciente de sexo masculino de 36 años de edad, sin antecedentes patológicos que consulta en julio del año 2005 por disnea súbita clase funcional (CF) III-IV, diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo por Centellograma V/Q; Arteriografía: trombos en ramas subsegmentarias en ambos campos pulmonares; Ecocardiograma: deterioro severo del ventrículo derecho (VD), presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) de 74 mmHg; Ecodoppler de miembros inferiores normal. Se realiza trombolisis e inicia anticoagulación (ACO).

Evoluciona con persistencia de la disnea, aumento progresivo de la PSAP, una nueva arteriografía pone en evidencia persistencia de los trombos periféricos. Se descarta trombofilia y se coloca filtro en vena cava inferior. Debido a la imposibilidad de TEAP comienza tratamiento médico con vasodilatadores pulmonares sin mejoría clínica. El 08/12/2010 se le realiza trasplante bipulmonar secuencial, en el post operatorio evoluciona sin injuria de reperusión. Actualmente se encuentra en CF I, con triple esquema de inmunosupresión: tacrolimus, micofenolato y deltisona. Ecocardiograma de junio/2010: función sistólica del ventrículo izquierdo y VD conservadas, PSAP 38 mmHg.

*Conclusión:* El TXBP representa un beneficio para la sobrevida de pacientes con HPTEC no quirúrgico que no responden al tratamiento vasodilatador; por lo que debe considerarse la posibilidad de evaluarlos para Tx ante el deterioro clínico.

#### TLO28

##### 0218. TUMOR NEUROGENICO Y ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN - A PROPOSITO DE UN CASO

MF Carrizo, NA Balbo, M Maldonado, EE Oviedo, MA Acosta, GV Kevorkof  
Hospital Transito Caceres de Allende, Córdoba, Argentina.

*Objetivo:* presentar un caso clínico de Enfermedad de Von Recklinghausen sin diagnóstico, entidad poco frecuente, con presencia de tumor mediastínico neurogénico: neurofibroma.

*Introducción:* Los tumores neurogénicos constituyen aproximadamente el 90% de las lesiones que ensanchan el área paraespinal. Representan el segundo tumor mediastínico en frecuencia después del bocio retroesternal. Existen formas benignas y malignas, siendo más frecuentes las primeras. Los neurofibromas representan una cuarta parte de los tumores neurogénicos, son de origen mixto, neuroconjuntivo. Estos tumores son esféricos o con forma de huso (más frecuente en los ganglionares), circunscriptos, encapsulados y voluminosos. Pueden ser libres o adheridos a planos vecinos. Es fundamental para el diagnóstico: localización paravertebral y presencia de cambios óseos y reactivos en las vértebras y costillas adyacentes. La neurofibromatosis es un trastorno hereditario autosómico dominante. Existen 2 tipos: Neurofibromatosis periférica o tipo 1 o Enfermedad de Von Recklinghausen, caracterizada principalmente por manifestaciones cutáneas y ocasionalmente complicaciones: gliomas ópticos y neurofibromas, entre otras. El tipo 2 o Neurofibromatosis central, menos frecuente, caracterizada por neurinomas del acústico bilaterales. *Caso clínico:* Varón, 51 años, sin APP, consulta en departamento de emergencias por presentar disnea clase funcional II acompañado de tos seca de 30 días de evolución. Examen físico: nódulos superficiales múltiples, elásticos, no adheridos a planos profundos, no dolorosos, en antebrazo y tronco, máculas color café con leche de bordes definidos de forma algunas redondeadas y otras ovales en las mismas localizaciones, resto sin particularidades. Radiografía de tórax: imagen radiopaca de bordes definidos, heterogénea, en segmento apical del lóbulo inferior derecho. Parámetros de laboratorio, incluyendo VSG y hepatograma dentro de valores de referencia. Tomografía Axial Computada (TAC) de tórax con contraste: imagen heterogénea, sólida, de 94 x 81 x 84 mm, en región media paravertebral derecha. Examen tomográfico de abdomen y pelvis: sin alteraciones. Biopsia transtorácica de masa pulmonar: hallazgos histopatológicos y de inmunomarcación compatibles con tumor neurogénico: Neurofibroma. Se realizó exéresis quirúrgica completa del tumor.

#### TLO29

##### 0220. BILITÓRAX – REPORTE DE UN CASO

SM Vergottini, C Flachs, R Del Valle, MA Acosta, EE Oviedo, GV Kevorkof  
Hospital Transito Caceres de Allende, Argentina.

*Introducción:* El bilitórax es la presencia de bilis en el espacio pleural. El cociente bilirrubina pleural/ sérica > a 1 realiza el diagnóstico. Las fistulas biliopleurales o el derrame pleural son una complicación infrecuente secundaria a diferentes patologías del árbol biliar. No hay consenso sobre el diagnóstico y conducta terapéutica pero la intervención temprana disminuye la morbimortalidad.

*Objetivo:* Presentación de complicación postquirúrgica infrecuente de colecistectomía.

*Material y Métodos:* Varón 38 años, colecistectomizado por vía convencional sin complicaciones 15 días previos a la consulta. Refiere dolor de aparición brusca en hemitórax derecho de 3 días de evolución, disnea progresiva hasta CF IV y fiebre. Exámen físico: TA: 100/80 FC: 94 FR: 32 T°: 37.5°. Murmullo vesicular y vibraciones vocales abolidas 2/3 inferiores de hemitórax derecho y matidez. Rx de Tórax: imagen radiopaca,

densidad homogénea, curva de Damoiseau en 2/3 de pulmón derecho evocador de derrame pleural. Tóraxcentesis: se extraen 4700cc en tres ocasiones en el transcurso de la internación. Características del líquido pleural: tinte verdoso, físico/químico: Ph: 7.4 glucosa: 91 mg% LDH: 301UI/L proteínas: 6.4g/L recuento celular: 3960 predominio polimorfonucleares Bilirrubina Total: 1.93mg% BD: 0.22mg% BI: 1.71mg%. Relación bilirrubina líquido pleural/ bilirrubina plasmática = 1.93/0.29 = 6.65. Conducta: tratamiento antibiótico, Ecografía abdominal y TAC tóracoabdominal con doble contraste que informaron derrame pleural derecho con engrosamiento pleural; hígado inhomogéneo, sin líquido libre en cavidad. Colangiografía: vía biliar extrahepática normal, presencia de líquido perihepático y derrame pleural derecho. Cirugía de Tórax efectúa toracotomía mínima, cierre de fistula biliar pancreática con decorticación pleural y rafia diafragmática. Evolución favorable y externación.

**Resultados:** El acto quirúrgico permitió la resolución del bilitórax.

**Conclusión:** Complicación postquirúrgica infrecuente de colecistectomía convencional. La intervención quirúrgica precoz evitó la destrucción del parénquima pulmonar permitiendo una cirugía conservadora sin llegar a la segmentectomía o lobectomía. El diagnóstico inmediato y certero y el tratamiento adecuado disminuyen la morbimortalidad. Existen pocos casos reportados y la revisión bibliográfica es escasa sobre esta patología.

**Palabra Clave:** Bilitórax.

#### TL030

##### 0223. SÍNDROME DE APNEAS HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO(SAHOS): PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR(ECV)

N Egea<sup>1</sup>, R Gonzalez<sup>1</sup>, A Cazaux<sup>1,2</sup>, H Cambursano<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Rawson, Argentina. <sup>2</sup> Centro Lazaro Langer, Argentina.

**Introducción:** El SAHOS se caracteriza por somnolencia diurna excesiva, trastornos cardiorrespiratorios, metabólicos y cognitivos, secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño. Su prevalencia es 4% y 2% en hombres y mujeres de edad media, con mayor incidencia en obesos. Las ECV asociadas con SAHOS son HTA, arritmias, ACV, cardiopatía isquémica(CI), insuficiencia cardíaca(IC) y Muerte Súbita(MS). Es un factor de riesgo(FR) independiente en el desarrollo de HTA esencial, ACV y muerte por todas las causas. SAHOS severo impone un doble riesgo para arritmias ventriculares nocturnas y 6 veces para fibrilación auricular.

**Objetivos:** Describir la prevalencia y tipo de ECV en una población con diagnóstico de SAHOS.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de cuestionarios autoadministrados de pacientes con diagnóstico de SAHOS; desde el año 2005. Se definió presencia y tipo de ECV a partir del diagnóstico autorreferido y uso de medicación específica. Se presenta un caso de fibrilación ventricular nocturna en paciente con SAHOS.

**Resultados.** Pacientes 147. Hombres 109(74.14%). Edad mediana, años. Hombres 54(14-83). Mujeres 52(20-77) IMC 32.15(16-66). Hombres 31.74(16-66). Mujeres 33.32(21-57). Pacientes con ECV: 78.23%(115). HTA 76.52%(88). Arritmias 42.6%(49). CI 13.91%(16). ACV 10.43%(12). IC 8.69(10)

En 67 pacientes coexistieron más de una ECV(58.26%)

Caso: Paciente masculino de 56a. MS nocturna (fibrilación ventricular). RCP Se coloca cardiodesfibrilador implantable (CDI) el cual se activa en 3 oportunidades durante la noche. Ablación en dos oportunidades. Diagnóstico de SAHOS severo e indicación de CPAP. 4 años de evolución sin activación del CDI.

**Conclusiones.** Nuestros hallazgos sugieren que la asociación de ECV y SAHOS es frecuente en esta población. Debería considerarse el diagnóstico de SAHOS en pacientes con ECV.

#### TL031

##### 0227. BRONQUIECTASIAS (BQC). EXPERIENCIA EN HOSPITAL RAWSON

B Guayquilaf, D Ré, L Orellano, A Cazaux, VH Cambursano, JR Cortés  
Hospital Rawson Córdoba, Argentina.

**Introducción** Las BQC constituyen una entidad anatomopatológica caracterizada por dilatación permanente y engrosamiento de la pared de bronquios y/o bronquiolos.

La descripción clásica de las BQC, como una enfermedad caracterizada por broncorrea voluminosa y mucopurulenta cotidiana, podría no permitir el reconocimiento de la enfermedad en un grupo de pacientes que se presentan sin las características citadas.

Con frecuencia, las manifestaciones clínicas son solo las infecciones bacterianas recurrentes o la dificultad respiratoria, intermitente o permanente, difícilmente distinguibles de EPOC o asma, con las cuales frecuentemente se superpone.

**Objetivo** describir las formas clínicas de las bronquiectasias en la población de nuestro hospital.

**Métodos** Estudio descriptivo retrospectivo de 28 pacientes con BQC atendidos en los últimos 10 años.

Se seleccionaron los pacientes en base al diagnóstico tomográfico (TACAR) y se describen sus características clínicas.

**Resultados** 46% fueron hombres, promedio de edad 49a(19-80). En 5 pacientes fue posible inferir el diagnóstico causal (Tuberculosis). 6 pacientes (21%) eran fumadores o ex fumadores. No identificamos inmunocompromiso en ningún caso.

En relación a la forma de presentación, 14(50%) se presentaron como infecciones recurrentes, 10(35%) con la presentación clásica y 4(15%) como disnea crónica o intermitente.

**Discusión** Se describen tres formas de presentación clínica de BQC, en donde las infecciones recurrentes fueron la forma más frecuente.

**Conclusiones** Si bien la broncorrea mucopurulenta constituye un dato sugestivo de BQC existen dos patrones clínicos adicionales.

La presentación clínica de BQC no siempre ofrece el dato clásico de la broncorrea voluminosa, aun con lesiones severas y extensas, sugiriendo la necesidad de incrementar la sospecha de BQC en pacientes con enfermedades obstructivas difusas de la vía aérea o infecciones recurrentes.

#### TL032

##### 0228. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y HEMODINÁMICAS DE PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR Y DESCENSO ≥ 30% EN LA RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR A LA PRUEBA AGUDA DE VASORREACTIVIDAD PULMONAR

R Ahumada, J Cáneva, G Wagner, J Ossés, J Vasquez, L Valdivieso, O Méndiz, L Talavera, M Díez, L Favaloro  
Hospital Universitario. Fundación Favaloro, Argentina.

**Introducción:** el cateterismo cardíaco derecho (CCD) complementado con prueba aguda de vasorreactividad pulmonar (PAVRP) en la metodología de diagnóstico y evaluación de los pacientes con hipertensión pulmonar (HP) se ha convertido en una fuerte recomendación con diferentes niveles de evidencia al caracterizar a estos pacientes.

**Objetivo:** caracterizar una población de pacientes con diagnóstico de HP que manifestaron un descenso > 30% en la resistencia vascular pulmonar (RVP) al realizárseles una PAVRP con iloprost inhalado.

**Material y métodos:** se realizaron en forma consecutiva 170 CCD con PAVRP entre octubre de 2000 y junio de 2010. Se analizaron las características clínicas, funcionales y hemodinámicas de 55 (32%) pacientes (ptes) con descenso > 30% en la RVP a la prueba.

**Resultados:** 40 ptes de sexo femenino (72%), edad 49 años (rango 16-75). Etiologías:

HP idiopática 38 (69%), cardiopatía congénitas con cortocircuito sistémico pulmonar 4 (7%), asociada a enfermedades del tejido conectivo 6 (11%), tromboembólica crónica 4 (7%), HIV 1 (1,8%), sarcoidosis 1 (1,8%), otras neumopatías 1 (1.8%).

La presión media de arteria pulmonar (PAPm) 53 mmHg (rango 26-94 mmHg) distribuidas como PAPm leve (media 28,3 mmHg): 6 ptes (11%), moderada (media 40 mmHg) 9 ptes (16,3%) y severa (media 53 mmHg) 40 ptes (72%). Clase funcional (CF, NYHA): CF I 5 ptes (9,25%), CF II 22 ptes (40%), CF III 26 ptes (47%) y CF IV 2 ptes (3,5%). Distancia recorrida en la prueba de marcha de los 6 minutos 356 m (rango 72-600 m); desaturación oximétrica de pulso al esfuerzo > 4%: 27 ptes (49%). La distribución de ptes por nivel de severidad por la PAPm fue de 7 (12,7%) para los leves, 8 (14,5%) para moderados y 40 (72,8%) para severa.

**Conclusión:** casi un tercio de los pacientes con HP presentan un descenso > 30% en la RVP a la PAVRP. Dado que la contribución de los pacientes con mayor severidad de la PAPm fue el que mostró mayor representatividad en la población analizada por aquel parámetro hemodinámico, esto sugiere que aún en estadios más severos se conserva el mecanismo de vasoconstricción / vasodilatación a identificar como potencial parámetro pronóstico y eventualmente como parámetro de contribución a decisiones terapéuticas.

#### TL033

##### 0229. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y HEMODINÁMICAS DE PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR LEVE Y MODERADA

R Ahumada, J Cáneva, G Wagner, J Ossés, J Vasquez, L Valdivieso, O Méndiz, L Talavera, M Díez, L Favalaro  
Hospital Universitario. Fundación Favalaro, Argentina.

**Introducción:** el cateterismo cardíaco derecho (CCD) es la prueba que confirma el diagnóstico de hipertensión pulmonar (HP) y permite establecer los niveles de severidad. Dado que los registros históricos se han focalizado en las formas más severas de la misma, poco se conoce de las formas leves y moderadas de HP.

**Objetivo:** caracterizar una población de pacientes con diagnóstico de HP leve y moderada.

**Material y métodos:** se realizaron en forma consecutiva 170 CCD confirmatorios de HP complementado con prueba aguda de vasorreactividad pulmonar (PAVRP) entre octubre de 2000 y junio de 2010. Se analizaron las características clínicas, funcionales y hemodinámicas de 50 pacientes (ptes) (29%) con diagnóstico de HP leve y moderada. Se definió HP leve la presencia de una presión media en arteria pulmonar (PAPm) de 25 a 35 mmHg e HP moderada de 36 a 45 mmHg.

**Resultados:** presentaron HP leve 25 ptes (50%) con una PAPm 29 mmHg (rango 25-35 mmHg) e HP moderada 25 ptes (50%) con una PAPm 40 mmHg (rango 36-44 mmHg).

**Etiologías:** 29 ptes (58%) hipertensión arterial pulmonar idiopática, 7 ptes (14%) portadores de HP tromboembólica crónica, 5 ptes (10%) con HP asociada a enfermedades del tejido conectivo, 2 ptes (4%) con cortocircuitos cardíacos sistémico-pulmonares, 1 pte (2%) con HP portopulmonar, 1 pte (2%) con enfermedad cardíaca valvular, 1 (2%) pte con fibrosis pulmonar idiopática, 2 ptes (4%) EPOC, 1 (2%) portador de apnea y sueño y 1 pte (2%) con sarcoidosis. Clase funcional (CF, NYHA): CF I: 5 ptes (10%) con HP leve 2 ptes e HP moderada 3 ptes; CF II 22 ptes (44%) con HP leve 9 ptes e HP moderada 13 ptes; CF III 18 ptes (36%) con HP leve 10 e HP moderada 8; CF IV 5 ptes (10%) con HP leve 2 e HP moderada 3. Distancia recorrida a la prueba de caminata de los 6 minutos (PC6m) 311 m (rango 24-600m): HP leve: 303 m (24-600m), HP moderada 270 m (rango 48-528m). Desaturación arterial oximétrica de pulso al esfuerzo  $\geq$  4%: 23 ptes (46%); HP leve: 10 ptes (20%), HP moderada 13 ptes (26%). A la PAVRP, considerando un descenso de la resistencia vascular pulmonar > 20%, 21 ptes (42%) cumplieron con este comportamiento: 13 ptes HP leve y 8 ptes HP moderada.

**Conclusión:** un elevado porcentaje de ptes con HP leve y moderada se presentan en CF III; al mismo tiempo muestran un amplio rango de distancia total recorrida a la PC6m, un elevado porcentaje de ellos mostraron un desaturación significativa al esfuerzo; por otra parte se puede objetivar un elevado porcen-

taje de ptes con descenso significativo de la RVP a la PAVRP lo cual tiene implicancia pronóstica y terapéutica.

#### TL034

##### 0240. PATOLOGIA PLEURAL EN UNA PACIENTE DE 54 AÑOS

M Maldonado, SE Vergottini, MF Carrizo, NA Balbo, MA Acosta, EE Oviedo, GB Kevorkof  
Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Córdoba, Argentina, Argentina.

Se presenta una paciente de 54 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquista activa (1paq/año) y de profesión costurera.

Refiere comenzar con disnea clase funcional 2 y dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, intermitente, irradiado a dorso homolateral, cediendo con AINES. En el examen físico: afebril, hipoventilación en base pulmonar izquierda, vibraciones vocales disminuidas, matidez en dicha región y dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo. SaO<sub>2</sub> 96%. El laboratorio muestra: hematócrito 29%, hemoglobina 9,3g/dl, eritrosedimentación 78mm, hepatograma en rango normal, ph 7,44, po<sub>2</sub> 83, pco<sub>2</sub> 31, HCO<sub>3</sub> 21.

La radiografía de tórax de ingreso exhibía opacidad homogénea ocupando los dos tercios del hemitórax izquierdo, velamiento del seno costofrénico izquierdo, asociada a engrosamiento pleural homolateral (fig.1). La ecografía de abdomen revelaba: litiasis vesicular, asas distendidas en colon descendente.

En la T.A.C. tórax con contraste e.v. se evidenció engrosamiento pleural difuso, mamelonado, sin adenopatías mediastínicas y escaso derrame pleural izquierdo (fig. 2).

Debido a la mala evolución clínica con persistencia de los síntomas, añadiéndose omalgia homolateral y bradipsiquia, se le realiza toracocentesis (la cual fue ineficaz); T.A.C. abdominal con doble contraste (sin alteraciones) y por último T.A.C. de cerebro con contraste e.v. (múltiples lesiones nodulares localizadas a nivel infra y supratentorial asumiendo características de implantes secundarios). Posteriormente se procede a una biopsia transtorácica revelando proliferación mesenquimal difusa de células fusadas con núcleos macrocarióticos e hipercrómicos, citoplasma acidófilo, dispuestas en haces. Citología: colgajos de células sarcomatoides, de núcleos grandes, hipererómicos y citoplasma acidófilo.

Se diagnosticó mesotelioma pleural maligno de estirpe sarcomatoide.



Fig. 1

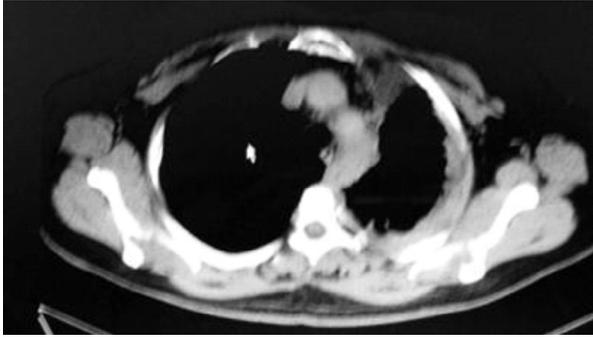


Fig. 2

## TL035

## 0242. ASISTENCIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA (ARD). EXPERIENCIA DE 7 AÑOS.

S Villalba, N Sanchez, S Giorda, A Cazaux, MD Langer, VH Cambursano  
Centro Lázaro Langer. Córdoba., Argentina.

**Introducción.** ARD es la implementación de intervenciones médicas, técnicas, educativas y sociales para asegurar la resolución y/o manejo de un problema médico en el domicilio. En pacientes seleccionados y de manera segura brinda resultados comparables a los de la hospitalización y con beneficios establecidos en calidad de vida, satisfacción, ahorro de recursos hospitalarios y costos. Incluye la vigilancia clínica, hospitalización domiciliaria, control de equipamiento, rehabilitación y cuidados paliativos y se articula con los otros eslabones del sistema de salud.

**Objetivos.** Difundir esta opción terapéutica y sus ventajas, presentar la logística y funcionamiento del programa e interesar a otros grupos asistenciales sobre la implementación de esta modalidad.

**Método.** Se describe la logística y organización del programa, la población y los resultados en una experiencia de 7 años.

## Resultados

Enfermos	36
Mujeres	21(58.33 %)
Edad media, años	62.53
Seguimiento medio, m	17.12 [0.5-48]
Patologías	
EPOC	15
Enfermedades neuromusculares	9
Asma	7
Alteraciones de la caja torácica	3
Neoplasias	1
Otros	1
Oxigenoterapia crónica	13(36.1 %)
VNI	12(33.33%)
Rehabilitación respiratoria	25(69.44%)
Evolución	
Continúan en plan	12
Alta/Abandono	9
Fallecieron	13
Causa respiratoria	7
Causa no respiratoria	6
Se desconocen datos	2

**Conclusiones** . La patología más frecuente fue EPOC, 66% en estadio IV, seguido de enfermedades neuromusculares progresivas. 30% requirieron oxigenoterapia y equipamiento de asistencia ventilatoria y 70% rehabilitación respiratoria.

Nuestra observación sugiere mejores resultados en términos de calidad de vida cuando se comparó con el periodo previo a ARD. Una ventaja del programa fue la detección y asistencia precoces de exacerbaciones.

Este estudio expresa los resultados de un programa de ARD, el perfil de patologías, su severidad y describe la logística, organización y aplicabilidad del mismo.

## 2 - Neumonología crítica

## TL036

## 0048. ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA: APROPOSITO DE UN CASO

A Feldman, B Sabastano, G Valido, M Visciglia, S Gonzalez, M Valdez, M Rolando  
Hospital Pirovano Servicio de Terapia Intensiva, Argentina.

**Introducción:** La tuberculosis de la columna vertebral se presenta en menos de 1% de los pacientes con tuberculosis y se asocia con tuberculosis pulmonar en el 10%. La espondilodiscitis se ha definido como una infección granulomatosa de la columna vertebral y los tejidos blandos adyacentes, con vía de diseminación hematogénica o a través de los linfáticos de origen pulmonar, cuando se complica con absceso epidural espinal existe acumulación de material purulento y tejido de granulación en el espacio epidural. La resonancia magnética es el método de elección para el diagnóstico de la localización y extensión del proceso.

**Caso clínico:** Se presenta un paciente de sexo masculino de 37 años de edad con antecedentes de drogadicción, contacto con portador de tuberculosis. Que consulta por presentar dolor lumbar de un año de evolución amedacado con analgésicos. Evolución con hemiparesia braquiocrural derecha hipertermia, sudoración nocturna y tos seca. Se realiza radiografía de tórax y resonancia magnética nuclear (RMN) de la columna lumbo-sacra que evidencia lesión expansiva en vértebra dorsal 9 con compromiso del saco dural y proceso espondilodiscítico localizado en D-9. Se realiza biopsia guiada por tomografía computada obteniéndose material purulento que se envía a cultivo para gérmenes comunes, Koch y hongos. Hemocultivos y PPD. Se solicitan tomografía computada de abdomen, pelvis, tórax evidenciándose un patrón intersticial con imágenes micronodulares en los campos inferiores y dado que deteriora el sensorio presentando mala mecánica ventilatoria se realiza intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica por lo cual ingresa a terapia intensiva. Se realiza tomografía de cerebro evidenciando imagen hipodensa parieto occipital izquierda con efecto de masa por lo cual se indica tratamiento antiedema cerebral y se inicia el tratamiento con cuatro drogas para tuberculosis, meropenem y vancomicina y dexametasona 32 mg. La serologías solicitadas para HIV, toxoplasma, Chagas y hepatitis fueron negativas. El cultivo MGIT960/tubo 7ml (+) resultado positivo para el Bacilo Ácido Alcohol Resistente (BAAR) Mycobacterium tuberculosis. El paciente evoluciona favorablemente con un Glasgow de 15/15, y aumento de las transaminasas por lo cual se rota esquema antituberculoso a drogas de segunda línea.

**Conclusiones:** La espondilodiscitis tuberculosa afecta la región dorsal baja y las lumbares superiores en los adultos. Alcanza el cuerpo vertebral destruyéndolo junto con el disco intervertebral. En fases avanzadas, el colapso anterior de los cuerpos vertebrales produce una cifosis o giba. La espondilodiscitis tuberculosa es una enfermedad infrecuente y el diagnóstico depende de un alto grado de sospecha clínica.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras espondilitis infecciosas, como las provocadas por Staphylococcus aureus, Brucella o Salmonella.

## TL037

## 0075. ESTRATEGIA BACTERIOLOGICA EN LAS NEUMONIAS ASOCIADAS A LA VENTILACION MECANICA: TECNICAS INVASIVAS VERSUS NO INVASIVAS

LA Vegetti<sup>1</sup>, R Roselli<sup>1</sup>, A Ballina<sup>1</sup>, S Wustten<sup>1</sup>, A Bergesio<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Jose Maria Cullen, Santa fe, Argentina. <sup>2</sup> Laboratorio de Investigaciones y Servicios en Bioestadística, FBCEB, UNL, Argentina.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (nav) es la infección nosocomial de mayor frecuencia en las unidades de cuidados intensivos. Para mayor aproximación diagnóstica se utiliza una estrategia bacteriológica con cultivos de muestras respiratorias. Con técnicas invasivas como la broncofibroscopia

(bfc) se realiza lavado broncoalveolar(bal) del lóbulo afectado, requiere equipo y personal especializado, serian superiores en el manejo de la terapia atb y documentación de organismos resistentes pero sin diferencia en la evolución. Las técnicas no invasivas como el minibal(mb) y aspirado traqueal(at) son a ciegas, rápidos y de bajo costo. Incidencia de nav c/1000 ds en nuestra UCI es de 26%.

**Objetivo:** rédito de la bfc vs técnicas no invasivas, conocer agentes etiológicos y sensibilidad atb.

**Métodos:** estudio retrospectivo desde diciembre 2006 hasta diciembre 2009. Se utilizó el CPIS como criterio dx. La técnica usada fue según la disponibilidad del equipo, día de internación y lóbulo pulmonar afectado. El mb se obtuvo a través de un catéter instilando alícuotas de 20 cm<sup>3</sup> de líquido. El at se obtuvo aspirando secreción por una sonda. Se analizó % de células, directos, cultivos cuantitativos y UFC. Punto de corte de 104 para bal y mb y 106 para at.

**Resultados:** se realizaron 249 bal, 140 mb y 19 at; 85,5% de bal y 85,2% de mb y at presentaron cultivos positivos. La bfc se realizó a los 8,3 ds de internación promedio.

Agente etiológico	BAL N° y %	Minibal y at
<i>Pseudomona aeruginosa</i> (PA)	43(20,1%)	27(21%)
<i>Acinetobacter</i> (ACI)	51(24)	30(23,6)
<i>Citrobacter freundii</i>	2(0,9)	
<i>Escherichia coli</i>	7(3,2)	6(4,7)
<i>Enterobacter</i>	4(1,8)	
<i>Haemophilus influenzae</i> (HI)	35(16,4)	17(13,3)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	11(5,1)	8(6,3)
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (SP)	21(9,8)	21(16,5)
<i>Proteus mirabilis</i>	11(5,1)	13(10)

### 3 - Epidemiología y tabaco

#### TL038

##### 0046. EXPERIENCIA DE UN AÑO EN LA UNIDAD DE CESACIÓN TABÁQUICA, HOSPITAL SAN ROQUE, SAN SALVADOR DE JUJUY

H Sodero, A Otero Abraham, A Alaniz, E Elias

Hospital San Roque, San Salvador de Jujuy, Argentina

**Propósito.** Evaluar resultados de los pacientes que ingresaron al Programa de Cesación Tabáquica, en la Unidad de Cesación Tabáquica del Hospital San Roque que habían cumplido 12, 9 y 6 meses de abstinencia continua, desde mayo del año 2009 a mayo del 2010.

**Material y Métodos.** Se revisaron 37 historias clínicas de pacientes que habían recibido tratamiento farmacológico con Vareniclina durante 12 semanas, tratamiento cognitivo conductual con consultas individuales y asistencia al Grupo de autoayuda semanalmente, hasta completar 12, 9 y 6 meses de seguimiento, comprobando la abstinencia con medición de CO en aire espirado con un valor menor de 7ppm.

De las 37 Historias Clínicas se excluyeron 3 por no haber llegado al mínimo de 6 meses del día D (día del abandono del tabaco) Se los dividió en tres grupos.

Grupo 1. Completaron 12 meses desde el día D

Grupo 2. Completaron 9 meses desde el día D

Grupo 3. Completaron 6 meses desde el día D

**Resultados.**

Grupo 1. Completaron 12 pacientes, 6 pacientes (50%) en, abstinencia, y 6 pacientes (50%) habían recaído.

Grupo 2. Completaron 14 pacientes, 8 pacientes (57%) en abstinencia, y 6 pacientes (43%) habían recaído

Grupo 3. Completaron 8 pacientes, 4 pacientes (50%) en abstinencia, y 4 pacientes (50%) habían recaído.

**Conclusiones.**

Si bien la representatividad del número de pacientes es aún limitada, la abstinencia continua lograda en los tres grupos es muy buena. Atribuimos estos resultados al otorgamiento de

medicación en forma gratuita, al seguimiento cognitivo conductual, y al grupo de autoayuda en forma intensiva, lo que motiva a estos pacientes en mantenerse en abstinencia continua.

#### TL039

##### 0051. NEUMONÍA COMO CAUSA DE MUERTE EN ADULTOS DE 25 A 64 AÑOS EN ARGENTINA: MAGNITUD, DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA 1980-2008

JC Bossio, SJ Arias, HR Fernández, DA Garcilazo, FO Landra

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Argentina.

**Propósito del Estudio:** Describir la magnitud, distribución y tendencia de la mortalidad por neumonía en adultos de 25 a 64 años en Argentina para el período 1980-2008.

**Métodos empleados:** Se analizaron los datos oficiales de mortalidad de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud de la Nación (1980-2008) y de la Organización Mundial de la Salud para la comparación internacional (1980-2005). Se ajustaron las tasas por edad y sexo, para comparar jurisdicciones y países. Se describió la mortalidad por edad, sexo, jurisdicción, atención médica, nivel de instrucción y lugar de ocurrencia de la muerte. Se analizó la tendencia 1980-2008 con el descenso anual promedio mediante regresión lineal para el total del país, por jurisdicción, por edad y sexo, y para otros países. Se utilizaron los programas Epiinfo 3.5.1 y Epidat 3.1.

**Resumen de los resultados:** En 2008 se registraron 2116 muertes por neumonía de 25 a 64 años, el 3% de las muertes totales por causas definidas. La tasa ajustada por edad y sexo fue 11,2 por 100000.

La tasa de Argentina fue similar a la de Brasil (10,7 por 100000) y Cuba (10,0 por 100000), 50% más alta que la de Uruguay (6,7 por 100000), cuatro veces mayor que la de Chile (2,6 por 100000) y España (2,4 por 100000), cinco veces mayor que la de Canadá (2,1 por 100000) y nueve veces más alta que la de Italia (1,1 por 100000).

La tasa de mortalidad fue diferente entre jurisdicciones: diez veces mayor en Santa Cruz que en Neuquén: 19,5 y 2,0 por 100000, respectivamente.

El 57,6% de las muertes ocurrió en establecimientos públicos y solo el 2,7% no recibió atención médica. Entre los fallecidos el 24,2% no había completado el nivel de instrucción primario. La tasa de mortalidad fue 16 veces mayor de 60 a 64 años que de 25 a 29 años (42,3 y 2,9 por 100000, respectivamente); y el doble en varones que en mujeres: 15,2 y 7,5 por 100000, respectivamente.

La mortalidad por neumonía de 25 a 64 años aumentó 1,6% anual (IC 95% 0,8-2,3) de 1980 a 2008. Desde 1994 el aumento fue mayor: 4,4% anual (IC 95% 3,3-5,5) y, en 2008, se registraron 1000 muertes más que en 1994 y la tasa fue 92% más alta. El aumento no se registró en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que se redujeron 1,6% anual (IC 95% -0,4% a -2,6%).

El aumento no se observó en Chile (-11% anual), México (-3% anual) o Brasil (-0,6% anual); y fue significativamente mayor al aumento de Uruguay (+0,2% anual) y Cuba (+1,6% anual).

**Conclusión:** El riesgo de morir por neumonía entre los 25 y 64 años en Argentina es más elevado que en otros países del Cono Sur, muestra grandes brechas entre jurisdicciones y es mayor en varones que en mujeres. La mayoría de las muertes ocurrió en establecimientos públicos y recibió atención médica. La neumonía ocasiona cada vez más muertes de personas de 25 a 64 años en Argentina como muestra su tendencia al aumento en los últimos 14 años, que no se observa en otros países.

#### TL040

##### 0052. MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ESTRATIFICADA POR EDAD EN ARGENTINA DE 1980 A 2005

R Gulle, M Sivor, D Pascansky, C Saenz

Hospital Dr. J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Nuestro grupo publicó el único trabajo sobre tasa de mortalidad por EPOC en Argentina (Medicina Buenos Aires 2001). En él no se consideró la tasa ajustada por grupos etéreos.

**Objetivo:** Determinar la tasa global de mortalidad por EPOC, ajustada por grupos etáreos y género entre 1980 y 2005 en Argentina.

**Material y Método:** Se revisó la base de datos de certificados de defunción del Ministerio de Salud de Nación, considerando los códigos CIE-9: 490 - 96 hasta el año 1996 y luego CIE10: J-40 - 47. Los datos poblacionales fueron provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, obteniendo valores cada 5 años. Se calculó la tasa de mortalidad en menores de 49 años, de 50-59, de 60-69, de 70-79, y mayores de 80 años cada 100.000 habitantes, dividiendo a su vez cada grupo según sexo.

**Resultados:** La tasa global de mortalidad por EPOC por 100.000 hab. se comportó de la siguiente manera para cada grupo etáreo:

edad (años)	1980	1985	1990	1995	2000	2005
< 49	0.24	0.56	0.7	1	1.31	1.02
50 - 59	1.74	4.42	6	9.31	9.29	10.6
60 - 69	4.61	12.53	22	31.56	30.52	37.22
70 - 79	17.49	56.54	65	85.07	83.52	90.91
> 80	0.67	4.56	150	213.72	221.37	203.04

En la mortalidad ajustada por sexo se observaron comportamientos en cada grupo etáreo similares al global, aunque el hombre en general duplica la tasa femenina.

**Conclusión:** Se observó un incremento de la tasa de mortalidad dependiente de la edad, excepto para los mayores de 80 años en los registros de 1980 y 1985, no registrándose diferencias relevantes por género. Se determinó un incremento progresivo de la mortalidad a lo largo de los años para todos los grupos etáreos, y especialmente a partir de 1990 en los pacientes mayores de 80 años. En los últimos 10 años analizados se visualiza una tendencia a la estabilidad de las tasas. Es la primera comunicación en nuestro país de este tipo de análisis.

#### TL041

##### 0064. TABAQUISMO EN MUJERES EMBARAZADAS A TERMINO.

O Díaz, D Flores, F Gonzalez, C Medina, A Rovarini, H Sale  
Clínica Mayo Tucumán, Argentina.

**Introducción:** Las mujeres en el embarazo se encuentran expuestas en forma directa o indirecta al humo de tabaco. Siendo esta una etapa importante para lograr cesación, nuestro objetivo fue conocer el grado de exposición, el cese de tabaquismo durante el embarazo, exposición al humo como fumadoras pasivas, y la reducción de la exposición durante el mismo.

**Material y Método:** se realizó una encuesta adosada a la historia clínica de ingreso al servicio de Obstetricia, de mujeres a término sin complicaciones, completadas en forma personal o con ayuda de las obstétricas a su cargo, desde el 02/01/2009 al 30/12/2009. Las encuestas fueron retiradas al alta. **Resultados:** se entregaron 912 encuestas a mujeres entre 16 y 40 años. La edad de ingreso media 25.3 años, 17 no se completaron. N° Total 895. Nunca fumaron 530 (59%). 340 (37%) fumaban al momento del diagnóstico de embarazo. 25 (2%) ex fumadoras. 1 gestante continuo fumando durante su embarazo 1 a 2 c/d. La media de consumo día fue de 10.5 cigarrillos. con edad estimada de inicio de tabaquismo de 16.6 años. 299 (88,2%) dejó de fumar en el primer trimestre, 36 (10,7%) en el segundo y 1 en el tercero. El 78% seso por iniciativa propia el 22% restante por indicación medica. El 49% no fue interrogada sobre tabaquismo por su obstetra en la primera consulta. El 91% de las gestantes atribuyen algún efecto nocivo al humo de tabaco, el 88% sobre la salud fetal. El 64% tiene pareja fumadora, cesando solo el 4,3% de los mismos. De la población general estaban expuestas a humo de tabaco en su casa o en ambiente laboral por mas de 1 hora el 85.7%. Solo el 34,6 refiere disminución de la exposición. **Conclusión:** Dado el número de abandonos en el embarazo, deben establecerse medidas de control del tabaquismo, vigilancia e información a partir de la atención inicial especializada. La sociedad todavía no toma conciencia respecto a los efectos negativos del humo del cigarrillo en las embarazadas expuestas. Llama la atención la no inclusión del tabaquismo como parte de la H.. Clínica inicial de las gestantes.

#### TL042

##### 0131. LEGISLACIÓN MUNICIPAL SOBRE ESPACIOS CERRADOS 100% LIBRES DE HUMO EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA. MODIFICACIÓN DE LA ORDENANZA 11039

B Lungo, J Talamoni, G Talamoni  
ALIAR CÓRDOBA, Argentina.

**Introducción.** La vigencia de la ley 9113 sancionada en la Provincia de Córdoba en mayo de 2006 generó el Programa Provincial Permanente de Prevención y Control del Tabaquismo, la municipalidad se adhiere mediante la ordenanza municipal N° 11.039 que regula la conducta de fumar en lugares cerrados que alcanza solamente bares, restaurantes y confiterías. Sin embargo, no se logró proteger los locales nocturnos, que no acataron la restricción de fumar. La medición efectiva de la contaminación en estos lugares proporcionó la argumentación para aprobar la ordenanza municipal N° 11.658 que prohíbe el uso de tabaco en todo espacio cerrado de acceso público.

**Objetivos.** 1. Realizar una encuesta telefónica aleatoria para investigar actitudes de los entrevistados acerca del humo de tabaco ambiental.

2. Determinar la contaminación del aire por partículas  $\leq 2.5 \mu\text{m}^3$  liberadas por la combustión de tabaco en espacios cerrados de bares-restaurantes, discotecas, salas de entretenimiento, universidades.

**Material y Métodos.** 1. Se utilizó el equipo TSI sidepack, dispositivo validado que mide en tiempo real la cantidad de partículas respirables de  $\leq 2.5 \mu\text{m}^3$  utilizado en estudios de polución ambiental por humo de tabaco provisto por el Instituto del Cáncer Roswell Park de Nueva York. Las mediciones se realizaron en periodos de 30' y se registró el número de fumadores en el local, y la superficie del establecimiento.

2. Se aplicó la encuesta telefónica a 160 sujetos divididos en dos grupos etáreos, el primero de 15 a 29 años y el segundo de 30 a 74 para conocer sobre la percepción y aceptación de cumplimiento de la ley provincial 9.113

**Resultados.** El 98 % de los entrevistados se manifestó de acuerdo con implementar leyes de ambientes 100% libres de humo de tabaco en lugares públicos y laborales. El 60% de los jóvenes están expuesto al humo ambiental en sitios públicos. El 65% de la población considera que la ordenanza que regula el consumo de tabaco en la ciudad se cumple. Estos valores son similares a los valores medios obtenidos a nivel nacional en ciudades con leyes de ambientes 100% libres de humo.

En 28 mediciones del equipo TSI sidepack (62%) efectuadas en pubs y discotecas el nivel de partículas alcanzo un promedio de  $164 \mu\text{g}/\text{m}^3$  PM (2.5), incrementado en 11 veces el promedio considerado como seguro de  $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$ . Por el contrario, en las 12 mediciones (38%) registradas en bares, facultades y restaurantes diurnos el promedio obtenido de  $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$  es la medida dentro del umbral de seguridad.

**Conclusiones.** El informe científico obtenido en este experimento proporcionó el argumento convincente proveído por los resultados de la encuesta y por las mediciones de partículas, que facilitaron la abogacía en las comisiones de salud y legislación del Concejo Municipal. Como epílogo, recientemente se aprobó con el consenso unánime la Ordenanza 11.658, que contempla la instalación de espacios 100 % Libres de Humo en lugares de diversión nocturna, luego de postergar por un año la decisión.

#### TL043

##### 0135 MORTALIDAD POR ENFERMEADES RESPIRATORIAS EN ADULTOS ENTRE 65 Y 74 AÑOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 1980 - 2008.

DA Garcilazo, JC Bossio, SJ Arias, HR Fernández, FO Landra  
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Argentina.

**Propósito del estudio:** Determinar la ocurrencia, distribución y tendencia del riesgo de morir por enfermedades respiratorias en adultos mayores en la República Argentina durante el período 1980 - 2008.

**Métodos empleados:** Se analizó la información de muertes por enfermedades respiratorias excluyendo los tumores del aparato

respiratorio y la tuberculosis (Códigos 460 a 519 de la CIE-9 y Capítulo X de la CIE-10) que fue suministrada por la Dirección de Estadísticas en Salud del Ministerio de Salud de la Nación para el período 1980 a 2008. Los datos sobre las poblaciones por jurisdicción, para el total del país y proyecciones se obtuvieron del INDEC. Se calcularon tasas por 10.000 habitantes, razones y proporciones. Para el análisis de tendencias se utilizó la variación anual promedio mediante regresión lineal.

**Resumen de los Resultados:** En Argentina durante 2008 ocurrieron 7.370 muertes debidas a enfermedades respiratorias en adultos entre 65 y 74 años. Esto significó una tasa de 31,5 defunciones por 10.000 habitantes, ubicando a los problemas respiratorios en el tercer lugar como causa de muerte luego de las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores. La mitad de estas muertes fueron por: neumonía, gripe y enfermedades respiratorias crónicas de las vías aéreas inferiores. A lo largo del año, el mayor número de muertes ocurrió durante los meses de invierno Julio y Agosto. El 60% de los fallecidos eran varones y la razón de tasas (varones/mujeres) fue de 2,1. La tasa de mortalidad por todas las causas en el grupo de edad de 65 a 74 años ha tenido un descenso significativo durante 1980-2008. En 1980 la tasa fue 18 personas fallecidas cada 10.000 habitantes mientras que en 2008 este valor aumentó un 75%. Si bien la tendencia a lo largo del período fue en ascenso (variación anual promedio +3,11% [IC95% +2,46% a +3,77%]) este aumento se concentró entre 1989 y 1998, cuando la tasa aumentó 7% anual [IC95% +4,49 a +9,74]. Durante el período 1999-2008 la tendencia fue al ascenso pero con una variación anual promedio mucho menor (0,90%) y un intervalo de confianza [IC95% -0,79 a +2,62%] que indica que podría haber incluso descendido. En el bienio 2007-2008 las jurisdicciones con un riesgo mayor al promedio nacional (33,33 por 10.000 hab.) fueron en orden decreciente: San Juan, Provincia de Buenos Aires, Chaco, Misiones y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Conclusión:** Las enfermedades respiratorias, exceptuando los tumores y la TB, son una de las principales causas de muerte en adultos mayores entre 65 y 74 años en la República Argentina. La neumonía y gripe son las principales entidades en este grupo que aportan muertes y los varones tuvieron un mayor riesgo de morir que las mujeres. Si bien la tendencia a lo largo del período 1980-2008 fue al ascenso, en los últimos diez años el aumento anual promedio fue menor. Cinco jurisdicciones presentan las mayores tasas de mortalidad por esta clasificación.

#### TL044

##### 0149. Trabajo postulado para Premio ¿ES EL HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN UN AMBIENTE LIBRE DE HUMO?

ML Rolando, AR Aguirre, VS Giovini, I Palma, P Fescina, A Putruele, L Limongi  
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Argentina.

**Introducción:** Dentro del marco del Programa Nacional de Control de Tabaco, y cumpliendo con el objetivo de reducir la exposición al humo ambiental de tabaco en la población, el Poder Ejecutivo de la Ciudad promulgó el 29 septiembre del 2005 la Ley de Control Antitabaco N° 1.799, que establece la prohibición absoluta de fumar en los establecimientos de salud y educación de la Ciudad de Buenos Aires.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del hábito tabáquico en los trabajadores de nuestro hospital y evaluar de esta manera si el mismo es un ambiente libre de humo

**Material y Método:** Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario estructurado autoadministrado anónimo. Se recogió información sobre características sociodemográficas (edad, sexo y categoría laboral) y consumo de tabaco en el hospital. Se midió el grado de stress a través de un score de 0 a 10 pts. Se consideró un nivel de stress bajo un puntaje d" 5 pts y alto > 5 pts. Para el cálculo estadístico se utilizó chi cuadrado de Pearson y Estadístico de Fisher cuando fuera necesario.

**Resultados:** La edad promedio de los encuestados fue 38.8 ± 10.8. De ellos 155 (60.5%) fueron mujeres y 101 (39.5%) hombres. 256 encuestas (64%) fueron respondidas de un total de 400 entregadas. Del total, 178 (69.5%) tenían nivel universitario.

99.2% conocen el efecto perjudicial del humo sobre la salud y el 78.1% conocen la prohibición de fumar en el hospital. La prevalencia global de fumadores fue 30.8%. De ellos, 64.5% fuma en el hospital, con mayor prevalencia médicos (44.4%) y enfermeros (25.3%). En nuestro análisis se encontró relación entre el grado de stress en el trabajo y la prevalencia de tabaquismo con una diferencia estadísticamente significativa (p=0.013)

**Conclusión:** El Hospital de Clínicas no es un ambiente libre de humo. La prevalencia de fumadores entre el personal sanitario en nuestro hospital es similar que en la población general en Argentina (30.8% vs 33.3%), lo cual actúa de forma negativa en la percepción del riesgo por los propios profesionales y por la población. Esta información podrá servir de base para la implementación de un programa para la disminución del hábito tabáquico en el hospital y finalmente llegar a ser un hospital libre de humo.

#### TL045

##### 0155. PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AR Aguirre, ML Rolando, VS Giovini, I Palma, V Martín, A Putruele, L Limongi  
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

**Introducción:** Los profesionales que trabajan en el hospital, tanto sanitario como no sanitario, son percibidos por la población como un modelo para seguir hábitos saludables. En ocasiones, la prevalencia de fumadores entre el personal sanitario es superior a la de la población general siendo necesario continuar con programas para desalentar el consumo del tabaco entre profesionales de la salud.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia y características del hábito tabáquico entre los trabajadores del Hospital de Clínicas José de San Martín .

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario anónimo y autoadministrado sobre hábitos demográficos, hábito tabáquico, actitudes y opiniones respecto al consumo de tabaco en el hospital, de profesionales hospitalarios sanitarios y no sanitarios.

**Resultados:** Se analizaron 256 (64%) encuestas válidas (de un total de 400 encuestas). La prevalencia global de fumadores fue del 30.8%, 58.2% no fumadores, 10.9% ex-fumadores. De los que fuman actualmente la edad promedio 38.1 ± 11.5 años (rango: 17-64), el 58.2% son mujeres, 81% tienen un nivel educativo terciario y universitario, el promedio de edad de inicio al tabaquismo fue de 18.4 ± 5.3 años, con un promedio de paquetes/año: 15.1 ± 8.2. De los que fuman actualmente los grupos de mayor porcentaje son los médicos (44.4%) y enfermeros (25.3%). Medida por el test de Fagerström, el 6.3% tenía una dependencia alta, 7.5% dependencia moderada y 86% dependencia baja. Se realizó diagnóstico de fase (Prochaska-Di Clemente): 60.7% se manifestaron pre-contempladores, 16.4% en etapa contemplación, y solo 22.7 % reportaban estar preparados "para dejar de fumar en el próximo mes". El 61.2% dijeron necesitar ayuda para dejar de fumar. Todos consideran que el humo del tabaco es perjudicial para la salud y el 87.3% conocen de la ley de prohibición de fumar en hospitales.

**Conclusiones:** La prevalencia de fumadores en el personal sanitario en conjunto es similar que en la población general, siendo entre los médicos de nuestro hospital mayor que lo reportado en la literatura internacional. Es por esto que consideramos como prioridad concientizar a los médicos sobre los efectos nocivos del tabaquismo y su importancia en su papel ejemplificador en la prevención de este hábito en la sociedad.

#### TL046

##### 0187. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ASOCIADAS EN PACIENTES INTERNADOS EN RELACIÓN A SU CONDICIÓN DE FUMADOR

R Lisanti, D Gatica, E Delaballe, L Gonzalez, G Moreno, M Grañana, H Videla  
Hospital El Carmen Mendoza, Argentina.

**Objetivo:** Conocer datos epidemiológicos sobre tabaquismo y enfermedades asociadas en pacientes que son dados de alta de una internación en Clínica Médica

**Material y Métodos:** Se realiza una encuesta en pacientes internados en Servicio de Clínica Médica del El Hospital El Carmen, La misma se realiza horas previas al alta hospitalaria, durante 30 días, desde el 7 de setiembre al 6 de octubre de 2009.

La encuesta es voluntaria, rechazando su realización solo un paciente.

En dicho periodo se dan 254 altas y se encuestaron 173 (68,11%) pacientes. Los no encuestados corresponden a 26 defunciones, uno no acepta la encuesta y el resto derivaciones de urgencia a otros centros o altas producidas fines de semana y feriados.

La encuesta fue realizada por un medico residente de neumonología, sin previo aviso al personal del servicio del contenido de la misma.

**Resultados:** De los 173 pacientes encuestados, tienen una edad media de 63.43 años (hombres 64.54 años y mujeres 62.63 años), con un rango de 15 a 96 años.

73 sexo masculino (42.20%) y 100 femenino (57.80%)

Con respecto a la condición de fumador: fumador actual 33 (19.08%), Ex fumador 59 (34.10%) y No fumador 81 (46.82%)

Enfermedades Respiratorias asociadas en el grupo fumadores actuales 11 (33.3%), ex fumadores 19 (32.2%) y nunca fumaron 9 (11.1%). Con una p 0.004 y 0.002 respectivamente

EPOC 5 pacientes (45.4%) en fumador actual y 11 pacientes (57.9%) en ex fumador, ninguno en nunca fumaron.

Neumonía 2 pacientes (18.2%) en fumador actual, 11 pacientes (57.9%) en ex fumador y 7 pacientes (8.6%) en nunca fumaron.

También se presentaron en el grupo de fumadores actuales: Gripe 1 (9.9%), Neumotórax 1 y Tuberculosis 1.

**Conclusiones:** la condición de fumador actual disminuye con respecto a la población no internada, pero entre la población fumadora actual y ex fumadora constituye más del 50 % de los pacientes internados, y la presencia tanto de ser fumador actual o ex fumador incrementa en forma significativa la presencia de enfermedades respiratorias comparada con la población no fumadora

#### TLO47

##### 0191. CONDICIÓN DE FUMADOR EN PACIENTES INTERNADOS, SALA DE ESPERA Y CONSULTORIO EXTERNO DE NEUMONOLOGÍA

R Lisanti, D Gatica, E Delaballe, L Gonzalez, G Moreno, M Grañana, H Videla  
Hospital El Carmen Mendoza, Argentina.

**Objetivo:** conocer la condición de fumador en distintas etapas de la atención médica.

**Material y Métodos:** se realiza una encuesta a pacientes en sala de espera general, consultorio externo de Neumonología y pacientes internados en Clínica Médica.

**Resultados:** se encuestaron 460 pacientes desde noviembre 2009 a marzo 2010.

En sala de espera general 122 pacientes, consultorio externo de Neumonología 215 e internados 173. Encuestados en sala de espera general: 122 pacientes, fumador actual 41 (33.6%): 22 hombres (53.6%) y mujeres 19 (46.4%), edad media 44.66 años; ex fumador 31 (25.4%): 18 hombres (58%) y 13 mujeres (42%), edad media 63 años; no fumador 50 (40.9%): 20 hombres (40%) y 30 mujeres (60%), edad media 50.12 años

Encuestados en consultorio externo de Neumonología: 215 pacientes, fumador actual 39 (18.1%): 16 hombres (41%) y 23 mujeres (59%), edad media 47.5 años; ex fumador 86 (40%): 51 hombres (59.3%) y 35 mujeres (40.7%), edad media 63.6 años; no fumador 90 (41.8%): hombres 25 (27.7%) y 65 mujeres (72.2%), edad media 51 años

Encuestados en internación en Clínica Médica: 173 pacientes, fumador actual 33 (19.07%): 18 hombres (54.5%) y 15 mujeres (45.5%), edad media 47.49 años; ex fumador 59 (34.1%): 33 hombres (55.9%) y 26 mujeres (44.1), edad media 65.16 años; no fumador 81 (46.8%): 22 hombres (27.1%) y 59 mujeres (72.9%), edad media 68.59 años.

**Conclusiones:** la condición de fumador varía según el momento de su atención en el sistema de salud, siendo la condición de fumador actual mayor (33.6%) en los pacientes de sala de espera general y dicho porcentaje disminuye cuando son pacientes de consultorio de Neumonología (18.1%) o internados en Clínica Médica (19.07%).

A mismo tiempo la condición de Ex fumador es menor en sala de espera general (25.4%), con respecto a internados (34.1%) y consultorio de neumonología (40%)

Lo que demuestran estos datos es que la condición de fumador tiene que ver con la presencia de enfermedades asociadas, predominantemente las referidas al aparato respiratorio.

#### TLO48

##### 0192. EDAD DE INTERNACION EN CLINICA MEDICA SEGÚN CONDICION DE FUMADOR

R Lisanti, D Gatica, E Delaballe, L Gonzalez, M Grañana, G Moreno, H Videla  
Hospital El Carmen Mendoza, Argentina.

**Objetivo:** Como es conocido el tabaquismo disminuye la expectativa de vida y en este trabajo obtenemos datos epidemiológicos para demostrar si también se modifican las edades de internación en relación con la condición de fumador.

**Material y Métodos:** Se realiza una encuesta en pacientes internados en Servicio de Clínica Médica del El Hospital El Carmen, La misma se realiza horas previas al alta hospitalaria, durante 30 días, desde el 7 de setiembre al 6 de octubre de 2009

En dicho periodo se dan 254 altas y se encuestaron 173 (68,11%) pacientes. Los no encuestados corresponden a 26 defunciones, uno no acepta la encuesta y el resto derivaciones de urgencia a otros centros o altas producidas fines de semana y feriados.

Se obtienen datos epidemiológicos y condición de fumador motivo internación,

**Resultados:** De los 173 pacientes encuestados, tienen una edad media de 63.43 años (hombres 64.54 años y mujeres 62.63 años), con un rango de 15 a 96 años. 73 sexo masculino (42.20%) y 100 femenino (57.80%)

Con respecto a la condición de fumador: fumador actual 33 (19.08%), Ex fumador 59 (34.10%) y No fumador 81 (46.82%)

Fumadores actuales: 33, masculino 18 (54.5%) y femenino 15 (45.4%), edad media 47.49 años, menores de 50 años 18 (54.5%) y mayores de 70 años 5 (15.15%), con una diferencia significativa con respecto al grupo no fumadores ( $p < 0.0001$ ). Edad de inicio del tabaquismo menor a 19 años en 17 (51.5%), Índice paquete/año mayor de 15 en 15 (45.4%).

Ex Fumadores: 59, masculino 33 (55.93%) y femenino 26 (44.07%), edad media 65.16 años, menores de 50 años 9 (15.25%) y mayores de 70 años 27 (45.76%). Edad de inicio menor a 19 años 52 (88.13%). Índice paquetes/año mayor a 15 en 40 (67.79%). Edad de cesación media 49 años, cesación después de los 50 años en 31 (52.54%).

No Fumadores: 81, masculino 22 (27.16%) y femenino 59 (72.84%), con una diferencia significativa con respecto a fumador y exfumador ( $p < 0.005$ ), edad media 68.59 años, menores de 50 años 12 (14.8%) y mayores de 70 años 45 (55.55%).

**Conclusiones:** la condición de fumador es menor que la observada en población general, lo que esta en relación con enfermedades asociadas. La edad media del grupo de fumadores es 15 años menor que los grupos de ex fumadores y que nunca fumaron, al igual que una predominancia con respecto a los otros grupos de menores de 50 años, lo que pone de manifiesto la presentación 15 años antes de necesidad de internación asociada con el tabaquismo.

## 4 - Enfermedades obstructivas e inmunología

#### TLO49 - Trabajo postulado para Premio

##### 0022. CAMBIOS EN LA PREVALENCIA (1998 - 2008) Y CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS DE 6-7 AÑOS EN LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA

CA Fiore, MN Gonzalez Ros, JE Bettini

Htal Municipal de Agudos "Dr L Lucero". Bahía Blanca, Argentina.

**Propósito del estudio:** Conocer la prevalencia de asma y síntomas indicadores de la enfermedad en niños de primer grado en la ciudad de Bahía Blanca en el año 2008, los cambios producidos en la misma entre 1998-2008 y determinar si la zona portuaria y de radicación industrial (química, petroquímica y otras) de la ciudad sigue teniendo mayor prevalencia como

en el primer estudio, conocer cuáles son las formas clínicas preponderantes y evaluar la percepción del control de los síntomas de la misma.

**Métodos empleados:** Encuesta realizada a los padres de los niños de primer grado en las escuelas públicas de Bahía Blanca, utilizando el cuestionario del Estudio de Asma y Alergia en Niños (ISAAC), prueba de Control del Asma para niños de 4 a 11 años (C-ACT) y las formas clínicas según la Iniciativa Mundial contra el Asma (GINA).

**Resumen de los resultados:** En 1998 se recolectaron 2362 encuestas, el 68.9% de las entregadas, en el 2008, 1377, el 66%. No encontramos diferencias significativas de sibilancias en el último año (SUA) entre 1998 - 2008 (13.6% en ambos períodos), sí las hubo en sibilancias alguna vez en la vida (SAV) (25.4% - 28.6%. P 0.03), en asma (4.3% - 6.9%. P 0.00) y sibilancias inducidas por ejercicio (3.9% - 5.0%. P 0.00). En el año 1998 había diferente prevalencia de SUA entre la zona portuaria-industrial y el resto de la ciudad con criterios estadísticos válidos, no ocurrió lo mismo en el 2008. En cuanto a las formas clínicas hubo aumento en las graves y disminución en las moderadas (1998: leves: 114 casos (35.4%), moderadas: 135 (41.9%) y graves: 65 (20.2%); 2008: 65 (34.8%), 70 (37.4%), 50 (26.7%) respectivamente, pero no hubo significancia estadística. El 66.1% de los encuestados con SUA refirió tener su asma controlado considerando un C-ACT > 20 puntos, correspondiendo el 90.3% a casos leves, el 78% a moderados y el 37.2% a graves.

**Conclusiones:** No hubo cambios en ambos períodos en SUA; sin embargo aumentó el número de niños con diagnóstico de asma. El nivel de percepción de control de los síntomas referido por los encuestados es alto. Aunque no se evidenciaron diferencias en la prevalencia de SUA entre la zona portuaria e industrial y el resto de la ciudad creemos necesario seguir el monitoreo debido a las diferencias previas.

#### TL050

##### 0031. SOBREVIDA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON EPOC: RELACION CON LA CAPACIDAD AEROBICA

M Sivorj, C Saenz

Laboratorio Pulmonar.Unidad Neumotisiología. Hospital "J.M.Ramos Mejía", Argentina.

Oga y col. (Am J Respir Crit Care Med 2003) comunicaron la sobrevida a 5 años de 144 hombres con EPOC, analizando la cohorte según el consumo de oxígeno pico (VO<sub>2p</sub>) expresado en valores absolutos.

**Objetivos:** Evaluar el comportamiento en la sobrevida de una cohorte de pacientes con EPOC hasta 7 años según el consumo de oxígeno pico ajustado por peso, y comparando los diferentes grados de severidad con índices funcionales y de calidad de vida.

**Materiales y Métodos:** Se evaluó sobrevida a Enero de 2010 de pacientes con EPOC (definición GOLD) seguidos por esta Unidad. Se dividió a la cohorte en cuartiles de VO<sub>2p</sub> ajustado por el peso obtenido en una prueba cicloergométrica máxima con medición de gases espirados al inicio del seguimiento. Además se obtuvo espirometría, gases en sangres, BODE y calidad de vida (SGRQ). Se usaron técnicas estadísticas convencionales y para el cálculo de sobrevida la prueba de Kaplan-Meier.

**Resultados:** 70 pacientes con EPOC seguidos a 50.39 ± 28.23 meses, edad 68.38 ± 7.71 años (63% masculino); PaO<sub>2</sub>: 70.66 ± 7.2 mmHg; PaCO<sub>2</sub>: 39.95 ± 2.09 mmHg; %FEV<sub>1</sub> postBD: 39.59 ± 13.1; BODE: 5.75 ± 1.68; prueba de caminata de 6 minutos (T6M): 284.2 ± 126.7m; SGRQ: 53.37 ± 11.52; VO<sub>2p</sub>: 0.79 ± 0.24 L/min, 9.25 ± 3.17 ml/kg/min.

La sobrevida considerando los cuartiles del VO<sub>2p</sub> ajustado al peso corporal es para el primer cuartile (N=19 pac.: <6.85 ml/kg/min): 37% a 51 meses; para el segundo cuartile (N=19 pac.: 6.86-8.9 ml/kg/min): 58% a 53 meses; para el tercer cuartile (N=16 pac.: 8.91-10.63 ml/kg/min): 70% a 53 meses; para el cuarto cuartile (N=16 pac.: >10.64 ml/kg/min): 81% a 81 meses (p<0.001).

Comparando el primer y cuartile del VO<sub>2p</sub> con diferentes variables sólo son significativas las diferencias entre ellos en: BODE (6.78 ± 1.32 vs 5.68 ± 1.53, p=0.03); SGRQ (60 ± 7.09 vs. 50.53 ± 9.56, p=0.008) y T6M (224.2 ± 75.92m vs. 319.3 ± 151.9m,

p=0.045), pero no hubo diferencias con la edad, BMI, %FEV<sub>1</sub> y N° paquetes de tabaquismo. El VO<sub>2p</sub> correlacionó de manera negativa y significativa con el SGRQ (r= -0.32) y el BODE (r= -0.37), (ambos p<0.05).

**Conclusión:** Se obtuvo la sobrevida actuarial a 7 años de una población de pacientes (hombres y mujeres) con EPOC severa, relacionándola al VO<sub>2p</sub> ajustado al peso corporal, dividiendo el análisis en cuartiles y obteniendo diferencias significativas entre el primer y cuarto cuartile del VO<sub>2p</sub> con un índice multidimensional (BODE), prueba de ejercicio y calidad de vida entre las variables estudiadas.

#### TL051

##### 0038. CAT EN LA SALA DE ESPERA DE UN LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR

J Brizuela, C Deleo, P Espinosa, G Vampa, H Cherry, CO Deleo, G Pellegrino, G García CENASMA, Argentina.

El CAT (COPD Assessment Test) representa una herramienta recientemente validada para conocer el estado actual y acceder al impacto que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica genera en los pacientes que la padecen. Con el objetivo de conocer el estado actual con el que los pacientes concurren a un laboratorio de función pulmonar decidimos conducir el siguiente estudio. Durante los meses de marzo y abril del 2010, pacientes con diagnóstico de EPOC quienes concurren al laboratorio se los invitó a completar un test CAT en la sala de espera antes de la realización de espirometría y pletismografía pre y post Bd. De acuerdo a la severidad según GOLD se analizaron los primeros 20 sujetos para cada grado. Ochenta pacientes completaron el test, 20 para cada grado GOLD, edad media 65 ± 9 años, 67 hombres, VEF1% post bd 64 ± 23 y un puntaje CAT de 16 ± 11. De acuerdo a la clasificación de severidad según GOLD el puntaje promedio para cada grupo fue: GOLD I 6,1 ; GOLD II 13,3 ; GOLD III 26,4 y GOLD IV 30,1. (p<0,001) Si bien no existió una correlación positiva al relacionar VEF1 vs CAT, existió una tendencia lineal r<sup>2</sup> 0,96 cuando relacionamos el grado GOLD vs CAT

**Conclusión.** La correlación estrecha entre el CAT y el grado GOLD hallada en nuestro estudio nos alienta a proponer la utilización del CAT en todos los pacientes EPOC quienes concurren a un laboratorio de función pulmonar.

#### TL052

##### 0042. TEMPERATURA DEL AIRE EXHALADO Y CONTROL DEL ASMA

G García<sup>1</sup>, M Bergna<sup>2</sup>, A Yañez<sup>3</sup>, E Uribe<sup>6</sup>

<sup>1</sup> CENASMA - La Plata, Argentina. <sup>2</sup> Htal Cetrángolo, Argentina. <sup>3</sup> Htal Cetrángolo - V. López, Argentina. <sup>5</sup> Inst INAER - Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup> Inst Fisiopatología Torácica - Htal Italiano Córdoba, Argentina.

Incremento de la vascularidad en la mucosa bronquial ha sido hallado previamente en sujetos con asma bronquial, produciendo pérdida de calor en las vías aéreas. Se ha sugerido que las vías aéreas inflamadas pueden aumentar la temperatura del aire exhalado (EBT). La prueba de control del asma (ACT) es un instrumento validado, práctico para estimar control del asma. Por lo tanto evaluamos la relación entre el ACT y EBT usando un instrumento simple para medir temperatura del aire exhalado. La función pulmonar mediante espirometría, el ACT y EBT fueron medidos en 100 pacientes con asma persistente y 50 voluntarios sanos. Las características basales de los sujetos con asma fueron: 63 mujeres (el 56%) edad media de 42 ± 16 y FEV<sub>1</sub>, 67 ± el 6%.

Un incremento significativo de la EBT fue hallado en los sujetos asmáticos no controlados (n=50) (puntos ACTd<sup>19</sup>) de EBT 34,9 ± 0,8 °C vs 33,7 ± 0,8 °C en con asma controlada (el ≥ 20 del ACT), comparando con 33,2 ± 0,2 °C de EBT en los voluntarios sanos (p<0,0001)

El siguiente estudio demostró que la temperatura del aire exhalado en sujetos asmáticos no controlados se halla significativamente elevada respecto a los pacientes controlados. El incremento de la temperatura del aire exhalado podría reflejar por lo tanto el estado inflamatorio de la vía aérea presente en el asma bronquial.

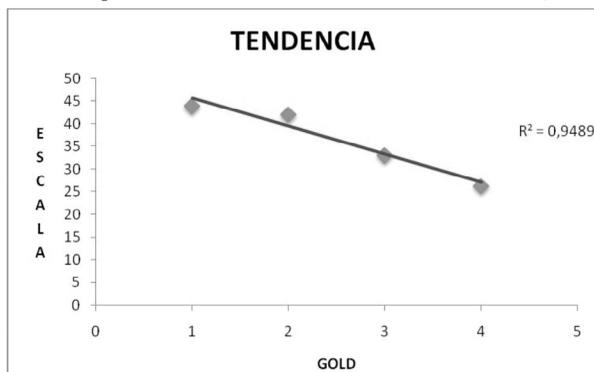
## TL053

## 0107. ESCALA DEL NIVEL DE DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN SUJETOS CON EPOC DEL HOSPITAL ROSSI

V Pistorio, N Granero, CO Deleo, B Hendriksen, E Baran, S Parra, G Garcia  
Servicio de Neumología - Htal Rossi - La Plata, Argentina.

El desempeño en las actividades de la vida diaria básicas (AVDB) se halla alterado en sujetos con EPOC, afectando a su calidad de vida y limitando la posibilidad de realizar efectivamente sus autocuidados. Con el objetivo de establecer el nivel de desempeño logrado para las AVDB, desarrollamos la siguiente escala, basada en un cuestionario de 15 preguntas. Sobre cinco AVDB mundialmente aceptadas (Vestido, baño, aseo, movilidad funcional y cuidados en relación a la medicación) se establecieron 4 niveles de desempeño: 1) Realiza la actividad solo y sin dificultades, 2) Realiza la actividad con modificación de la tarea, 3) Realiza la actividad con ayuda de otra persona y 4) No realiza la actividad, se la hacen.

Cien sujetos con diagnóstico de EPOC, fueron encuestados cuya edad promedio fue  $61 \pm 8$  años, 59 masculinos y  $VEF1 \%56 \pm 24$ . Los sujetos fueron agrupados en igual número de acuerdo a la severidad según GOLD, El puntaje promedio para cada grupo fue: GOLD I de 43,96; GOLD II de 42,08; GOLD III de 33,12 y GOLD IV de 26,32 ( $p < 0,0001$  para todas las comparaciones). La tendencia lineal para la escala en relación al GOLD fue de 0,95 (Figura 1) mientras que la relación de la escala con el  $VEF\%$  fue de 0,65.



**Conclusión:** Podemos concluir que el desempeño de las AVDB se encuentra profundamente afectado en los sujetos con EPOC. La estrecha correlación hallada entre el puntaje de desempeño según nuestra escala y el grado GOLD, nos alienta a proponer a la misma como una herramienta de suma utilidad a la hora de evaluar las AVDB en pacientes con EPOC.

## TL054

## 0137. BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS A BROTE DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F Rodríguez, A Chirino Navarta, A González, E Alchapar, ML Bockett  
Hospital Luis Lagomaggiore, Argentina.

**Introducción.** Entre las afectaciones pulmonares asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) encontramos estenosis de vía aérea central, bronquiectasias e intersticiopatías. Es más frecuente en pacientes con colitis ulcerosa (CU), y hay paralelismo en los brotes de ambas patologías. Presentamos un caso de bronquiectasias asociada a brote de CU.

**Caso clínico.** Varón de 37 años con diagnóstico de CU. de 20 años de evolución, tratado con colectomía total (2002). Se diagnosticó bronquiectasias por TAC de tórax en 2005. En Agosto 2009 el paciente se internó por presentar fiebre, tos, expectoración purulenta con fetidez, pérdida de peso (7 kg) desde 2 meses previos y acompañado de proctorragia y dolor rectal. Al examen físico se encontraba adelgazado, TA: 110/60, con rales crepitantes en campo medio izquierdo.  $SatO_2$ : 96% (AA). Se evidenció fístula recto-cutánea. Al tacto rectal: doloroso y sangrante. Rx tórax: imagen redondeada con nivel hidroaéreo que impresionaba absceso pulmonar en lóbulo superior izquierdo. Fibrobroncoscopia: Abundante secreción purulenta que fluye desde

lóbulo superior e inferior izquierdo. Espirometría: Obstrucción severa sin respuesta a broncodilatadores. TAC: absceso en LSI y bronquiectasias bilaterales difusas. Rectoscopia: EII activa de recto. Se inicia tratamiento con piperacilina/tazobactam IV. El paciente se torna afebril al 3er día, con mejoría del estado general y detenimiento del sangrado rectal. Es dado de alta a los 17 días en buen estado.

**Conclusión.** Es importante considerar la afectación pulmonar en pacientes con colitis ulcerosa. Las bronquiectasias son más frecuentes en CU que en Enfermedad de Crohn., y ocurren desde días a años tras el inicio de la EII. El curso paralelo de exacerbaciones respiratorias con brote de síntomas intestinales ha sido descripto, como en nuestro caso. Una posible explicación es que ambos órganos tienen el mismo origen embrionario, y similitud histológica. Por esta u otras razones, la reacción inflamatoria desencadenada en el aparato respiratorio se asocia a brote inflamatorio en el muñón rectal de nuestro enfermo y que la resolución de la primera se acompañó de desactivación de lo segundo. Esta relación también podría explicar la aparición de bronquiectasias tras colectomía.

## TL055

## 0150. MORFOLOGÍA DEL NEUTRÓFILO DEL ESPUTO INDUCIDO Y SU IMPLICANCIA EN LA FISIOPATOGENIA DE LA EPOC.

EM Uribe Echevarría<sup>1</sup>, J Olguín<sup>2</sup>, L García<sup>3</sup>, C Leimgruber<sup>3</sup>, A Quintar<sup>3</sup>, C Maldonado<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Italiano - Centro de Microscopía Electrónica FCM UNC, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Italiano - Córdoba, Argentina. <sup>3</sup> Centro de Microscopía Electrónica FCM UNC, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar el perfil ultraestructural de neutrófilos del esputo inducido de pacientes con EPOC, en comparación con fumadores sanos.

**Materiales y métodos:** Se indujo esputo con soluciones salinas hipertónicas crecientes, en tres fumadores sanos y en siete pacientes con EPOC; se seleccionaron los grumos mucosos, se los fijó y procesó para microscopía electrónica obviando dispersión con ditiotreitolo.

**Resultados:** El esputo de los fumadores se caracterizó por la presencia de neutrófilos con intensa actividad fagocítica y frecuentemente apoptóticos, según parámetros morfológicos. Entre los pacientes EPOC, fue escasa la presencia de apoptosis, aún cuando los pacientes seguían fumando; todos los casos presentaron dos perfiles de neutrófilos; el primero mostraba núcleo atípico con cromatina puntiforme, sin diferenciación de hétero y eucromatina, numerosos gránulos y vacuolas fagocíticas y grandes pseudópodos. El segundo presentó morfología compatible con "muerte" no apoptótica, reducidos a una masa laxa y puntiforme, probablemente restos de cromatina sin membrana nuclear, y organelas alrededor. La proporción de cada perfil varió en los esputos analizados.

Estas observaciones permiten concluir que si bien en ambas condiciones el neutrófilo está muy estimulado, en el fumador sano muere por un mecanismo natural no agresivo; en la EPOC, el neutrófilo experimenta alteraciones que lo llevan a morir liberando su contenido nuclear y citoplasmático. El perfil de muerte encontrado es compatible con la "netosis", que podría estar involucrada con la fisiopatogenia de la EPOC.

## TL056

## 0213. ESTUDIO DEL IMPACTO DE TIOTROPIO SOBRE EXACERBACIONES DE EPOC Y COSTOS

A de la Canal<sup>1</sup>, J Villarreal<sup>1</sup>, M Bellomo<sup>1</sup>, L Garfi<sup>1</sup>, M Las Heras<sup>1</sup>, E Wainstein<sup>1</sup>, J Pre-  
cerutti<sup>1</sup>, G Svetliza<sup>1</sup>, C Dubra<sup>1</sup>, J Rodríguez Gimenez<sup>1</sup>, J Viudes<sup>1</sup>, E Benito<sup>1</sup>, M Sivori<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Ramos Mejía, Argentina.

**Introducción:** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) se ha convertido en las últimas décadas en una de las enfermedades más frecuentes, con importantes gastos en salud. El control de las exacerbaciones es central desde el punto de vista clínico y económico. Tiotropio ha demostrado en varios trabajos que prolonga el tiempo hasta la primera exacerbación., reduce el número de exacerbaciones, la probabilidad de hospitalizaciones, mejora la disnea y el VEF1. También es controvertido en la literatura su incidencia en los costos.

**Objetivo:** Objetivo primario de nuestro trabajo es determinar la disminución de las exacerbaciones en pacientes tratados con Tiotropio en comparación al año previo de tratamiento. Objetivo secundario determinar la disminución de hospitalizaciones y de los costos directos en pacientes tratados con Tiotropio en comparación al año previo de tratamiento.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, con evaluación de historias clínicas electrónicas. Criterios de inclusión: Mayores de 40 años, con antecedente de tabaquismo, diagnóstico y tratamiento de EPOC según normativas GOLD, con incorporación de Tiotropio al tratamiento habitual. Se evaluó evolución un año antes y otro después de la incorporación de Tiotropio. Se consideró: Hospitalizaciones en Guardia, Piso y Terapia Intensiva, consultas a guardia, domiciliarias, ambulatorias, N° de exacerbaciones, días de antibióticos y corticoides, fármacos habituales, vacunas, oxigenoterapia, estudios funcionales respiratorios, Rx de tórax, cultivo de esputo. Los costos de todos ellos.

**Resultados:** Se estudiaron 52 pacientes con edad mediana de 65 años. Sexo masculino: 58%. El 19% presentaba E II de GOLD, 52% en E III y 29% E IV.

Luego del tratamiento con Tiotropio mejoró el Vef1 en promedio alrededor del 20%. Mejoró la disnea en el 78% de los pacientes. Menos consultas a guardia y domicilio, no cambios en las ambulatorias. Las exacerbaciones disminuyeron de 2.01 a 0.90/pac/año, las internaciones en piso de 0.23 a 0.07/pac/año y UTI de 0.019/pac/año a 0 luego de tratamiento con Tiotropio. Menos N° de ciclos y días de antibióticos (de 1,8 a 0.86/pac/año) y corticoides (de 1.7 a 0.94/pac/año). Desde el punto de vista de costos, disminuyeron en internación de \$ 3.990,33 a \$611,05/pac/año, pero el costo de la medicación aumentó en forma ambulatoria debido al mayor costo de Tiotropio. Los costos directos (pre- tratamiento \$7.221,44/pac/año post-tratamiento: \$6.670,68/pac/año) arrojó un ahorro de \$550,76/pac/año en el año siguiente a recibir tratamiento con Tiotropio. La distribución del gasto: 55% para la internación, 40% para los fármacos, 2% para estudios y 3% para las consultas en el período pre- Tiotropio y luego del tratamiento los cambios para Internación 9% y fármacos: 86%.

**Conclusiones:** A un año de recibir tratamiento con Tiotropio mejoró en un 78% la disnea, el vef1. Menos: exacerbaciones, días de internación, ATB y corticoides orales, asistencia a domicilio y guardia. Menor costo en la atención de los pacientes con EPOC.

## 5 - Enfermedades infecciosas

### TL058

#### 0018. HIDATIDOSIS PULMONAR BILATERAL - A PROPOSITO DE UN CASO

E Tomasella, V Llanes, M Ocelllo, R Ledesma, M Vega, V Guzman, J Bazan, R Zanin, J Rahja, M Maidana, C Bordon, I Lezcano, A Palomar, P Mendoza, L Gonzalez Hospital Central, Formosa, Formosa, Argentina.

**Introducción:** La Hidatidosis humana es una antropozoonosis de distribución mundial particularmente endémica en la Patagonia y región mesopotámica Argentina con escaso registro estadístico en la región norte. Las localizaciones más frecuentes del quiste hidatídico son la hepática (68%) y pulmonar (23%) siendo solo el 13% de compromiso bilateral. Presentamos un caso clínico de un paciente de 27 años con enfermedad pulmonar bilateral diagnosticada mediante observación directa en esputo de escolices de *Echinococcus granulosus* y radiografía de tórax compatible, siendo el tratamiento de resorte médico-quirúrgico. (Palabras Clave: Quiste Hidatídico, Equinocosis Pulmonar Bilateral).

**Caso clínico:** varón de 27 años oriundo del interior de la provincia de Formosa (Comandante Fontana) cuyo trabajo se encuentra íntimamente ligado al ganado y convivencia con cánidos. Sintomatología de inicio brusco con episodio de tos seca que en horas evolucionó a productiva con vómica única de aproximadamente 15-20 cc3 de material gelatinoso, color

marrón oscuro y sabor salado. Consulta por tal motivo a facultativo quien constata paciente lúcido con signos vitales dentro de parámetros normales, en regular a buen estado general. Semiológicamente, se advirtió hipoventilación en campo pulmonar medio derecho con soplo cavitario. El resto del examen físico fue normal decidiéndose su internación en sala para evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Laboratorio: Hematocrito 40% - Eritrosedimentación 58/mm - Leucocitos 9.100 (N.Seg 68/ Eos 8/ Linf 20/ Mono 4) - Plaquetas 215.000/mm<sup>3</sup> - Glucemia 0.81 - Urea 0.23 - Creatinina 1.09.

Directo de esputo: positivo para escolices de *Echinococcus granulosus*.

Radiografía de Tórax de Frente y Perfil: imagen nodular en campo izquierdo de límites bien definidos; y en campo medio derecho imagen radio lúcida de contornos engrosados con nivel hidroaéreo.

TAC de Tórax con contraste: en campo pulmonar medio derecho, formación cavernomatosa con engrosamiento denso de sus paredes, contenido aéreo e infiltrado intersticial periférico. En campo pulmonar inferior izquierdo formación hipodensa de contornos regulares con pared propia diferenciada y contenido compatible con líquido, no se observan nódulos ni adenomegalias.

Manejo: médico con Albendazol 800 mg/día; y quirúrgico (cirugía programada)

**Conclusión:** La Hidatidosis es una enfermedad de la cual se cuentan con registros epidemiológicos en varias regiones de la argentina pero con baja notificación de casos en el norte. Además, es infrecuente su presentación en sujetos sintomáticos con compromiso pulmonar bilateral y observación de escolices en el examen directo. Este trabajo intenta demostrar la utilidad del examen directo para el diagnóstico y la rareza en la forma de presentación clínica; siendo de vital importancia realizar registros epidemiológicos actualizados de una enfermedad conocida hace más de 2000 años.

### TL058

#### 0034. PARACOCCIDIOMICOSIS CON COMPROMISO TRAQUEOBRONQUIAL EXTENSO

LM Bustamante, DN Lavagnino, FS Delgado, M Alonso, RF Gullo, MA Barth, VD Pascansky, CD Gonzalez, CB Saenz  
Unidad de Neumotisiología, Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía, CABA, Argentina.

**Caso clínico:** Masculino; 43 años; misionero; reside en CABA desde hace 20 años.

Consulta 12/05/10: hemoptisis, pérdida de peso de 15 kg, disnea CF I y equivalentes febriles de 2 meses de evolución.

Antecedentes: Tabaquista de 50 pack/year; enolista. Laborales: herrería, albañilería.

**Exámenes al ingreso:** Rx de tórax: opacidades reticulono-dulillares bibasales; esputo seriado para BAAR x 3: negativos; esputo para micosis profundas: directo y cultivo negativos; reacción cutánea con paracoccidiodina: anérgica; serología para virus de hepatitis B: reactiva (en seguimiento por hepatología).

TAC de tórax: lesiones nodulares subpleurales, escasas, a predominio bibasal con vidrio esmerilado, también escaso. Mucosa traqueal impresiona irregular.

Por persistir febril y sin diagnóstico, se decidió realizar fibrobroncoscopia: carina deformada, infiltrada y mamelonada. En cara anterior y posterior del segmento medial e inferior de la tráquea y todo el árbol bronquial derecho, también se observó mucosa infiltrada, mamelonada, en forma de empedrado, de fácil sangrado.

Se realizó BAL en el lóbulo inferior derecho y luego se tomaron varias biopsias bronquiales y se enviaron muestras para anatomía patológica y cultivo para gérmenes comunes, micosis y tuberculosis.

Diagnóstico: observación directa de levaduras compatibles con paracoccidiodomicosis en biopsia de mucosa bronquial.

**Discusión:** La paracoccidiodomicosis es la micosis sistémica más frecuente en nuestro medio. El pulmón es el órgano más afectado.

La afectación de la vía aérea es rara (2.25%). En caso de estar comprometida, la localización traqueal superior es el hallazgo

más común. En nuestro caso pudimos observar lesión, en carina y árbol bronquial derecho, de gran magnitud, con escaso compromiso parenquimatoso, una forma de presentación poco habitual según lo reportado en la literatura.

Aunque la TAC mejora la detección y caracterización del compromiso de la vía aérea central, la broncoscopia es el estándar de oro para su diagnóstico.

#### TL059

##### 0054. SIDA, INFILTRADO PULMONAR Y ANCA POSITIVO

M Estrada, R Baldasarria, J Irueta, D Litewka, L Germani

Hospital General de Agudos Juan A. Fernandez, ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 37 años, HIV+ (desde hace 16 años), con TARV, CD4: 180 células/mm<sup>3</sup>, TBC pulmonar (1990) con internaciones en dos oportunidades por neumonía con mala respuesta al tratamiento con antibiótico, sin aislamiento de germen, BAAR negativo. En radiografía de tórax se evidencia imagen de consolidación en base y campo medio derecho. En TC se constata imagen confluyente con broncograma aéreo, infiltrado perilesional en vidrio esmerilado. Se realiza punción biopsia guiada por TC que informa granuloma necrotizante, serología para ANCA-c y PR3 positivo. Sedimento urinario sin alteraciones y ausencia de proteinuria. Se interpretó como probable Granulomatosis de Wegener e inicia tratamiento (metilprednisolona y ciclofosfamida) presentando mejoría clínica.

Dos meses después consulta nuevamente por similar sintomatología, evidenciándose progresión de las imágenes previas en la TC, mas adenopatías mediastinales. Se realiza FBC no evidenciándose lesiones endoluminales, BAL negativo, BTB que informa linfoma B de alto grado y BCL-2+ en inmunohistoquímica e inicia tratamiento quimioterápico

**Conclusión:** Los pacientes que reúnen dos o más de los cuatro criterios de la American College of Rheumatology, se pueden diagnosticar Enfermedad de Wegener con una sensibilidad del 88% y especificidad de 92%. En las vasculitis sistémicas los ANCA-c y PR-3, son considerados marcadores serológicos altamente específicos en un 90% y con una sensibilidad del 73% para la Granulomatosis de Wegener, desorden multisistémico autoinmune caracterizado por inflamación granulomatosa necrotizante y grados variables de vasculitis que involucra las vías aéreas superiores, pulmones y riñones. Sin embargo no todos los que presentan ANCA-c y PR-3 positivos son afectados por dicha enfermedad, como se ve en la paciente que presentamos, pudiendo ser falsamente positivos entre el 20 y 83% de los casos, siendo secundario a la activación policlonal de las células B. Otras causas de falsos positivos descriptos son: consumo de cocaína, hidralacina, minociclina y propiltiouracilo.

El linfoma más frecuente relacionado al SIDA es casi exclusivamente no Hodgkin usualmente de alto grado tipo B, siendo identificado histológicamente en el SNC, GI, hígado, bazo y médula ósea, los torácicos ocurren en menos del 10% de los casos (derrame pleural, interstioalveolar, ocasionalmente adenopatías hiliares y mediastinales)

El linfoma pulmonar primario relacionado a SIDA se define por compromiso parenquimatoso linfoproliferativo, sin otro sitio afectado al momento del diagnóstico o dentro de los tres meses siguientes al mismo.

#### TL060

##### 0078. INFLUENZA- ¿QUE NOS PASO EN TUCUMAN?

O Díaz S, N Fernández, D Flores, M Lima Salado, C Medina, N Naval, A Rovarini, H Sale, S Sugimori

Clinica Mayo-Tucumán. Argentina, Argentina.

Tucumán no escapa al reporte de la epidemia de H1N1 mundial. El sistema de salud y la población general participo de la alarma, y de las medidas tendientes a mitigar su impacto y prevenir complicaciones.

Estudio de corte transversal de periodo, mediante ficha de caso con utilización de medicación. 21.478 registró, cumplieron los

criterios de inclusión 20.212. Se notificaron en todos los grupos de edad, de los cuales el 52% fueron del sexo femenino (p>0,05).

El 80% atendidos por el sistema público. El primer caso confirmado inició síntomas el 3 de junio de 2009; caso importado de Bs. As. A finales de octubre se confirmó el último caso. Durante la epidemia circularon al menos 4 virus respiratorios, el Sincicial Respiratorio, en franco descenso. El mayor n° de consultas entre los 5 y 29 años. El receso escolar de la semana 27 a la 30, habría evitado gran cantidad de casos nuevos en la población escolar de 5 a 17 años.

887 (83%) pacientes se internaron en hospitales y 186(17%) en serv. Privados .Los grupos extremos de edad, y embarazadas, tuvieron mayor indicación de internación. Fallecieron 62 pac. Con diagnóstico clínico 34 y 28 por laboratorio. 29 mujeres y 33 hombres, 40 (64.5%) con comorbilidad. Consultaron 6.059 mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años. 241 fueron embarazadas 97 se internaron. 2 Fallecidas atribuibles a Gripe A Letalidad: 8/1000 (2/241).

En personal de salud, se reportaron 71 personas, 5 internados 1 fallecido, (letalidad 14/1000). Las comorbilidades mas frecuentes fueron: Obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes, Cardiopatía, Inmunosupresión, Nefropatía, Embarazo y puerperio, Tabaquismo, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Asma, Síndrome bronquial obstructivo y VIH/SIDA.

**Conclusión:** La gripe pandémica afecto durante 4 meses a Tucumán con un pico en el mes de julio, la epidemia compartió terreno con otras como Dengue y VSR, que favorecieron las acciones y medidas de prevención, con un alto impacto en consultas en niños y jóvenes, las edades extremas, las comorbilidades el embarazo y puerperio presentaron mayor gravedad.

#### TL061

##### 0091. NOCARDIOSIS PULMONAR EN PACIENTE HIV

G Baraj, MV Sermasi, LP Plana, V Acuña, J Pretera, B Paradiso

Hospital I. Carrasco. Rosario, Argentina.

**Introducción:** Las infecciones por Nocardia son raras en seres humanos y suelen ocurrir en pacientes inmunodeprimidos (ID) incluidos pacientes con HIV. La afectación pulmonar es la más característica. Hasta en un 50% puede producirse diseminación a SNC y tejidos subcutáneos.

**Caso clínico:** Hombre de 47 años, tabaquista, con cirrosis hepática, SIDA(recuento CD4 30, carga viral 40000) en tratamiento antirretroviral que consulta por síndrome de impregnación de 4 meses de evolución.

**Examen Físico:** Adelgazado. Palidez cutáneo-mucosa. Murmullo vesicular disminuido generalizado.

Laboratorio: Hcto 23%, Hb 7.7g/dl, GB 4500/mm<sup>3</sup>, plaquetas 111000/mm<sup>3</sup>, VES 92 mm/h, Proteínas 6.7g%, Albúmina 2.3g/dl, colesterol 66mg%, triglicéridos 84mg%

Radiografía tórax: Radiopacidad parahiliar izquierda redondeada de bordes difusos.

Tomografía tórax: múltiples condensaciones y signos de cavitación en ambos campos pulmonares. Adenopatías. Derrame pleural bilateral.

Broncofibroscopia: signos de compresión extrínseca. Lavado broncoalveolar: cultivo bacteriológico, micológico y BAAR negativos. Cepillado bronquial negativo para células neoplásicas.

Punción biopsia nódulo pulmonar izquierdo: Anatomía patológica: infiltrado inflamatorio sin células neoplásicas. Cultivo: Nocardia sp (pendiente identificación especie)

**Discusión:** Las Nocardias son bacterias aerobias gram positivas. Se adquieren por vía aérea o inoculación cutánea. N. Asteroides es responsable de la mayoría de las infecciones invasivas. La infección pulmonar se manifiesta habitualmente como múltiples abscesos necrotizantes, pudiendo simular tuberculosis, infección micótica o metástasis. El cuadro clínico es inespecífico con malestar general, fiebre, tos, esputos purulentos o hemoptoicos y anorexia. Los hallazgos radiológicos incluyen infiltrados alveolares, consolidaciones multilobares y nódulos con tendencia a la cavitación. La infección puede progresar hasta la aparición de empiema o la diseminación sistémica con compromiso de SNC. El aislamiento y tipificación del germen

es difícil, con bajo rédito del esputo siendo necesario el lavado broncoalveolar. Los hemocultivos suelen ser negativos.

El tratamiento de elección es trimetropina-sulfametoxazol. En pacientes ID suele durar de 3 meses a 1 año después de la mejoría clínica. La mortalidad es del 30 al 60%, especialmente la forma diseminada.

**Discusión:** Presentamos un caso de nocardiosis pulmonar en paciente HIV. Debido a la similitud con otros procesos más frecuentes, la nocardiosis debe ser incluida como diagnóstico diferencial principalmente en pacientes ID. Es fundamental un alto índice de sospecha clínica para establecer un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

## TL062

### 0099. NEUMONÍA POR SAMR DE LA COMUNIDAD

S. Pilheu, P. Lamari, S. De Ambrosi, C. Canepa, M. Torres, O. Maimone  
Hospital Rivadavia, Argentina.

El objetivo de este trabajo es presentar 3 casos de neumonía adquirida en la comunidad provocada por *Staphylococcus Meticilino Resistente (SAMR)*. El diagnóstico se realizó en 2 casos por aislamiento del SAMR, el tercero por las características clínicas y la respuesta a la antibioticoterapia específica.

#### Presentación de casos:

1. Paciente de 48 años, antecedentes de: diabetes tipo 2 y artritis reumatoidea tratada con metotrexate. Ingresó por dolor abdominal y fiebre. Leucocitosis (GB 24200 a predominio PMN), alteración de la función renal y del hepatograma con elevación de la eritrosedimentación (ESD). Evolución febril persistente, con neutropenia, compromiso pulmonar e hipoxemia ( $PO_2$  de 66,8 a  $FIO_2$  0.21). TAC de tórax muestra consolidación pulmonar en ambas bases a predominio izquierdo. En los hemocultivos (HC) de ingreso (4 de 4) cultiva SAMR, sensible a Vancomicina, Rifampicina y TMS. Se rota el esquema empírico de ingreso a Vancomicina más Rifampicina, con evolución favorable.

2. Paciente de 22 años, sin antecedentes patológicos. Ingresó por dolor torácico, fiebre, edema de labio superior, lesión impetiginizada en fosa nasal derecha. Presentaba leucocitosis (GB 15700 con 95% neutrófilos), aumento en los valores de LDH y ESD. La Rx de tórax y la evaluación cardiológica de ingreso no mostraron alteraciones patológicas. Persiste con fiebre, agregando hipoxemia y clínica de derrame pleural. Las nuevas imágenes mostraron consolidación y derrame en base derecha y múltiples imágenes bilaterales. El derrame pleural fue un exudado y cultivó al igual que los HC realizados al ingreso (2 de 2) SAMR. Con Vancomicina presenta mejoría clínica e imagenológica cavitando las lesiones iniciales antes de su completa resolución.

3. Paciente de 50 años. Sin antecedentes patológicos. Ingresó por fiebre de 7 días asociado a dolor en hemitórax izquierdo. Lesión a nivel del labio superior, auscultación pulmonar patológica. Laboratorio: GB 13100/mm<sup>3</sup> con 90% de neutrófilos, GOT 208, GPT 154, FAL 448, hipoxemia. Rx de tórax de ingreso: opacidad heterogénea en la base pulmonar izquierda, ecopleura: leve derrame. Interpretado como NAC se cubre con Ceftriaxona. No modifica la curva térmica, progresan imágenes radiológicas y aumenta requerimiento de  $O_2$ . Requiere pase a UTI para manejo de VNI y se rota esquema a Piperacilina-Tazobactam más Vancomicina. La nueva radiografía muestra infiltrados bilaterales. Evolución en forma favorable corrigiendo todos los parámetros, tanto los HC como el del líquido pleural fueron negativos.

Las diferentes características epidemiológicas de los tres casos: edades diferentes, patologías de base, presentación radiológica, lesiones cutáneas, hace relevante la exposición de los mismos. Su presentación en un mismo centro en un corto período de tiempo (6 meses) alerta sobre la circulación del SAMR en la comunidad.

## TL063

### 0145. ENFERMEDAD DISEMINADA POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO MILLERI EN UN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE

A. González, A. Chirino Navarta, F. Rodríguez, E. Alchapar, G. Chirino Navarta, ML Bocklet

Hospital Luis Lagomaggiore, Argentina.

**Introducción:** Los estreptococos del grupo milleri son causa infrecuente de neumonía y endocarditis infecciosa. Factores predisponentes son la edad, condiciones comórbidas e inmunocompromiso. Presentamos este caso ilustrativo de infección diseminada en un huésped sin claros factores de riesgo.

**Caso clínico:** Varón de 50 años con antecedentes de HTA y tabaquismo actual que consulta por fiebre de hasta 39 °C de 1 mes de evolución, además refiere dolor torácico. Refiere pérdida de peso de 20 kg en los últimos 6 meses. Al examen se encuentra lúcido, BMI: 24,52 Kg/m<sup>2</sup>, T° axilar 38,5°C. Boca en mal estado con caries dentarias. FR 26/min, SpO<sub>2</sub> AA 91%, murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho. FC 84/min, TA: 80/50 mmHg. Se inicia tratamiento con ceftriaxona + clindamicina IV. La punción pleural revela empiema con cultivo positivo para *Streptococcus* del grupo milleri. A las 24hs se coloca tubo de drenaje pleural. El paciente continúa febril persistente observándose en TAC de tórax infiltrado pulmonar con engrosamiento pleural importante por lo que se realiza decorticación pleuropulmonar. Al 10° día de internación se ausculta un nuevo soplo sistólico, de intensidad 3/3 en foco mitral. Un ecocardiograma transtorácico revela vegetación de 15 x 9 mm en válvula Mitral. El paciente cumple con tratamiento antibiótico estabilizándose paulatinamente, sin presentar fallo cardíaco ni respiratorio. Es dado de alta al mes en buen estado.

**Discusión:** La infección diseminada por S del grupo milleri es infrecuente. Habitualmente éste patógeno poco virulento se encuentra colonizando la boca y faringe, causando en general infecciones lentas con tendencia piógena como en este caso. El mal estado de piezas dentarias en pacientes con infecciones piógenas debe hacer sospechar este germen, habitualmente sensible a penicilina pero con comportamiento destructivo localmente y capacidad de diseminación.

## TL064

### 0151. SIGNIFICADO DE LA ERITROSEDIMENTACIÓN ACELERADA EN NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD

A. Chirino Navarta, E. Alchapar, F. Rodríguez, A. González, G. Chirino Navarta, ML Bocklet

Hospital Luis Lagomaggiore, Argentina.

**Propósitos del estudio:** Describir la asociación entre la eritrosedimentación (VSG) acelerada y la dinámica de la respuesta inflamatoria, evaluada con mediciones seriadas de proteína C reactiva en suero (PCR), en pacientes con NAC que se hospitalizan.

**Métodos empleados:** Se estudiaron 16 pacientes consecutivos que ingresaron por NAC en sala general de un hospital general de agudos. Se estudiaron variables clínicas y biológicas, incluyendo la VSG al ingreso y la determinación seriada de PCR en suero los días 1 a 7 de evolución. Se separaron dos grupos de acuerdo al valor de VSG en VSG >50 mm/h (9 pacientes) y VSG < de 50 mm/h (7 pacientes). Se comparó la dinámica de la respuesta inmune entre ambos grupos a través de mediciones diarias de PCR, además de evolución clínica, tiempo de estabilización y estadía hospitalaria. Se utilizó test de Fisher o test de T para comparar variables según correspondiera. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la institución.

Resumen de los resultados: La edad promedio fue de 53 versus 56 años en el grupo de VSG >50 mm/h y VSG < de 50 mm/h respectivamente (p= NS). La clase de riesgo del índice de severidad de la neumonía fue III (mediana) en ambos grupos (p=NS), el score CURB65 (Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, 65 años ó+) fue de 3 (mediana) similar en ambos grupos. Se aisló un agente causal en 7 casos (6 casos neumococo, 1 caso *Klebsiella pneumoniae*) en muestras de sangre y esputo. En el grupo VSG >50 mm/h la VSG promedio fue 89 mm/h vs 27 mm/h en el grupo VSG < de 50 mm/h (p< 0,001). En el grupo de VSG < de 50 mm/h se observó una reducción significativa de la PCR al día 3 ( un 78% menos) comparada con el ingreso (p< ,001), mientras que no hubo diferencia significativa en los niveles de PCR entre el día 1 y 3 en el grupo de VSG >50 mm/h. Un paciente en el grupo VSG >50 mm/h presentó fallo terapéutico por empiema pleural que requirió drenaje. Los restantes sujetos alcanzaron la estabilidad clínica. Sin embar-

go, en el grupo VSG <50 mm/h el tiempo medio para lograr la estabilización fue de 3,5 días versus 6,7 en el grupo VSG >50 mm/h ( $p=0,01$ ). La estadía hospitalaria fue de 5,3 vs 8,5 días, respectivamente ( $p=0,01$ ).

**Conclusión:** La VSG es una medición inespecífica pero sencilla de uso habitual en la práctica diaria. En nuestro estudio la VSG acelerada se asoció a una más lenta resolución de la respuesta inflamatoria, medida con niveles seriados de PCR, a una estabilización clínica más tardía y a mayor estadía hospitalaria. Estos datos son consistentes con otros trabajos del grupo donde encontramos una relación independiente entre la VSG acelerada el retardo en lograr la estabilización clínica. Estos hallazgos preliminares sugieren que el nivel de VSG se correlaciona con el grado y duración de la respuesta inflamatoria y apoyan su utilidad en predecir de manera sencilla el curso evolutivo de la neumonía.

#### TL065

##### 0184. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO LOCAL DE LAS NOTIFICACIONES DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA DURANTE LOS AÑOS 2009-2010 EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

L. Cusmano<sup>1</sup>, M Romano<sup>1</sup>, C Falcone<sup>1</sup>, J Zarra<sup>1</sup>, M Bouzas<sup>2</sup>, S Ruano<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Promoción y Protección. Hospital F.J. Muñiz, Argentina. <sup>2</sup> Unidad Virología. Hospital F.J. Muñiz, Argentina.

**Introducción.** El Sistema de Vigilancia de la Salud y el Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires (SVSCE) tiene como principal propósito brindar información oportuna para el control de las enfermedades emergentes. En Argentina, desde la semana epidemiológica 16 del año 2009, se registró un incremento de casos estacionales de ETI, que puso en alerta al Sistema Nacional de Salud, con la detección de la circulación en el país del virus pandémico Influenza A/H1N1/2009. El Hospital F.J. Muñiz fue uno de los centros de referencia en la atención de los pacientes con esta patología respiratoria, siendo uno de las instituciones con más casos notificados de Enfermedad Tipo Influenza (ETI). El presente estudio tiene como objetivo describir y comparar el perfil epidemiológico de las notificaciones de ETI de los pacientes asistidos en la institución durante el año 2009 y en el primer semestre del 2010.

**Material y Métodos:** Se analizaron las notificaciones de ETI por semanas epidemiológicas (SE) de los pacientes asistidos en el Hospital F. J. Muñiz durante del año 2009 (SE: 1-52) y el año 2010 (SE-24)

Se tabularon los datos demográficos: como grupo etareo y lugar de residencia. El diagnóstico virológico se realizó por IFD en muestras de hisopado nasofaríngeo para RSV, ADV, Parainfluenza: 1, 2 y 3, Influenza A y B, MNV y PCR en tiempo real para Influenza A porcina (gen M 2 y SwH1). Se utilizó como base de datos el programa Excel 2007.

**Resultados.** Se notificaron a Promoción y Protección de la Salud 2277 casos de ETI durante el año 2009, de los cuales 1098 residían en Ciudad de Bs As y 1179 en Prov de Buenos Aires. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 25 y 34 a. con el 25,4% de los casos (n: 566). Las SE 26 y 27 del 2009 fueron las que registraron el mayor número de casos (n=812). Se confirmaron virus pandémico en 75 casos, 14 en la SE 26. Durante el año 2010 (SE 1 a 24), se notificaron 155 casos de ETI. 52,2% con residencia en ciudad de Bs As. El grupo de edades más afectado fue el comprendido entre 25 y 34 a. con el 28,3% del total. En los hisopados procesados no hubo confirmación de virus pandémico.

La SE con mayor número de casos del 2010 fue la 21 (— al—de junio) con 14 casos.

En la SE 24 del 2009, se registraron 172 casos, a diferencia del 2010 donde no se notificó casos en esa semana.

#### Conclusiones

-La población asistida en el Hospital F. J. Muñiz con ETI fue en su mayoría adultos jóvenes.

-Las SE epidemiológica 26 y 27 fueron las de mayor notificación durante el 2009.

-En el año 2010, hubo un descenso notable de casos de ETI, siendo el grupo etareo afectado similar que en el 2009, pero sin documentación de circulación de virus pandémico.

Las actividades de la Vigilancia Epidemiológica son de vital importancia en este período de la pandemia, dado que permite identificar los grupos de riesgo en la población general, evaluar en un futuro el impacto de la nueva campaña de vacunación antigripal y calcular los recursos necesarios para la asistencia médica de la comunidad.

#### TL066

##### 0189. SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS (SPH). CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN UN CENTRO ESPECIALIZADO.

ML Romano, LG Cusmano, JA Zarra, C Falcone, SM Ruano

Hospital F.J. Muñiz. División Promoción y Protección de la Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El síndrome pulmonar por hantavirus es una enfermedad emergente en nuestro país con las regiones endémicas norte, centro y zona andina. Siendo el virus Andes el genotipo más frecuente. En las últimas décadas, aumentó la incidencia de infecciones por hantavirus, atribuible a cambios del medio ambiente, y en el patrón socioeconómico de las áreas endémicas. Los hantavirus han evolucionado con sus reservorios de manera específica y cada serotipo con una especie de roedor-hospedador particular. Los serotipos que producen el SPH se adaptaron a roedores americanos subfamilia de los sigmodontinos. La tasa de infección en roedores es variable según las especies involucradas, regiones y períodos estudiados. En las regiones argentinas las tasas de infección en roedores son variables y con fluctuaciones estacionales. El objetivo es describir el perfil epidemiológico de los casos clínicos asistidos en un centro especializado en enfermedades infecciosas de la CABA.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo, revisión de las historias clínicas de pacientes egresados de nuestro hospital durante 1999-2010 con diagnóstico confirmado de SPH. Se obtuvieron los datos: edad, sexo, área geográfica de exposición a fuente infectante y su relación con la actividad laboral. Se calculó la tasa de letalidad del período.

**Resultados:** Egresaron 23 pacientes con SPH, con una distribución anual de: 1 caso en 1999-2000-2001-2003-2005-2008-2010, 3 en 2006-2007, 5 en 2002-2004. La edad promedio fue de 31 años (DE  $\pm 11,07$ ), media 33 años y rango etáreo de 14-51 y la razón de masculinidad fue de 3,6/1. El riesgo de exposición al virus fue: ocupacional en 12 casos, recreacional en 3, probable contagio interhumano en 4 y otras causas en 4. El 53,52% del total tuvieron contacto con el virus en zona rural. Las regiones sanitarias de la provincia de Bs.As involucradas fueron: XI y VI ambas el 26,08% de los casos, V el 17,39%, X el 13,04% y la IV el 4,34%. CABA presentó el 13,04% con 1 caso de posible contacto interhumano. El tiempo hasta la consulta médica fue de 5 días, siendo los síntomas más frecuentes hipertermia, mialgia, cefalea, y cuadro respiratorio. De los cuales 12 requirieron asistencia respiratoria mecánica. El promedio de estadía hospitalaria fue de 12,7 días. La confirmación serológica se realizó por método de ELISA Ig.M/Ig.G positiva para virus Andes. De 23 casos asistidos, 4 fueron fatales lo que corresponde a una tasa de letalidad del 17,39%.

**Conclusiones:** 1) SPH es una enfermedad emergente con características epidemiológicas en Argentina: predominio en el sexo masculino asociado a la actividad laboral y mayor frecuencia en la región sanitaria XI y VI. 2) El antecedente epidemiológico es un elemento central en la sospecha del diagnóstico etiológico permitiendo un tratamiento oportuno de sostén. 3) La prevención de la enfermedad se basa en la educación de la población respecto a los modos de transmisión, el control de roedores en domicilio y peridomicilio, y una adecuada protección de los trabajadores en riesgo ocupacional.

## TL067

**0200. ENFERMEDADES PULMONARES EN PACIENTES HIV EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD. NUESTRA EXPERIENCIA.**

*O Díaz, P Chacana, M Collante, S Fonio, C Medina, S Mena, A Rovarini, E Salazar, H Sale*

Servicio de Infectología y Neumonología, Hospital Nicolás Avellaneda, Tucumán, Argentina.

Las enfermedades pulmonares son muy frecuentes en las personas infectadas con VIH. Variando su presentación de acuerdo al grado de inmunodepresión, utilización de medicación antirretroviral, otras adicciones y comorbilidades, al momento de la consulta en nuestro Hospital.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, basados en historias clínicas de todos los pacientes infectados con VIH que presentaron enfermedad respiratoria y fueron evaluados por ambos servicios desde el año 1998 a enero del 2010.

**Resultados:** Asistimos 114 pacientes 71 hombres (62,2 %) y 43 mujeres, cuyas edades fueron de 16 a 58 años. Con una media de 33 años. Presentaron enfermedad pulmonar como diagnóstico inicial 46 pac. (40,3%) Con diagnóstico previo al primer evento 22 pac, 19,3%. Realizaban tratamiento antirretroviral al ingreso a sala con HAART previo al evento 12 pac. (10,5%). Todos los pacientes diagnosticados comenzaron tratamiento en el servicio.

Recibían profilaxis al momento del evento pulmonar 2 (1,7%) para pneumocystis carinii. Ningún paciente al ingreso realizaba profilaxis para TBC. Los diagnósticos realizados fueron: PCP 20 (43,47%) - TBC sola 9 (19,56%) - N.A.C: 7 (15,21%) - Histoplasmosis: 4 (8,69%) - TBC asociada 3 (6,52%) - 1 PCP - 1 Strongyloides - 1 micosis profunda Asperghillus F.+PCP PCP asociado 2 (4,34%) 1 con Histoplasmosis 1 con Strongyloides. Supuración pleura pulmonar 1 (2,17%) Klepsiella P El 24,6% eran tabaquistas activos, y el 28,7 % consumía alcohol en forma frecuente, el 9,6% 11pac. Refieren abuso de sustancias. 4 adictos E.V ocasionales.

Según Nivel de instrucción: Analfabetos 2 (1,75%) - N. Primario 56 (49,12%) - Secundario 38 (33,33%) - Terciario 3 (2,63%) - Universitario 10 (8,77%) - S/D 5 (4,38%).

Se encontraban desocupados al momento del ingreso 54 (47,36%). Presentaron evento pulmonar como 1º oportunista 41 pac. (36%)

Diagnóstico de SIDA al momento del evento pulmonar 102 (89,47%). Óbitos totales 35 (30,7%) con un óbito relacionado con la enfermedad pulmonar 16 (45,71%).

**Conclusiones:** Las enfermedades respiratorias infecciosas son una manifestación frecuente de inicio y o una complicación de pacientes HIV, tratados o no en Tucumán, estos requieren hospitalización en algún momento de su evolución, debemos conocer cuales son las infecciones respiratorias mas frecuentes en nuestro medio, para actuar anticipadamente, dadas las dificultades para lograr diagnósticos tempranos en nuestro hospital.

## TL068

**0201. LEPTOSPIROSIS COMO CAUSA DE HEMORRAGIA ALVEOLAR**

*A Gonzalez, M Heres, A Santos, E Del Valle, A Monteverde*  
Hospital Nacional A Posadas, Argentina.

**Introducción:** La leptospirosis es una zoonosis con amplia distribución mundial. La hemorragia alveolar es una complicación grave, relacionada con un proceso de vasculitis.

**Caso 1:** paciente de 29 años con antecedentes de: tabaquismo, cartonero, necesidades básicas insatisfechas. Consulta por cuadro de 5 días de evolución de síndrome febril, mialgias, artralgias, cefalea, tos con expectoración mucopurulenta y hemoptoica. Examen físico: febril, crepitantes bibasales. Laboratorio: Hto 31%, Blancos 10400/mm<sup>3</sup>, plaquetas 185000/mm<sup>3</sup>, urea 0.52 g/L, creatinina 1.1, TGO 41 UI/L, TGP 47UI/L, Bilirrubina 1.1 mg%, EAB 744/29/66/19.1/-3.5/93.3. Rx Tórax: infiltrado intersticio-alveolar bilateral. Se realizan hemocultivos y esputo. Diagnóstico presuntivo neumonía grave/TBC.

Comienza tratamiento con Ampicilina/sulbactan, claritromicina y antifímicos con 4 drogas.

A las 24 horas del ingreso presenta hemoptisis de 100ml, se evidencia disminución del Hto de 8 puntos, evoluciona con taquipnea, mala mecánica respiratoria, PAFI 180, se solicita su pase a UTI. Serología para VIH negativa. Rx Tórax: infiltrado alveolar bilateral. Broncoscopia: abundante sangre roja en ambos árboles bronquiales, BAL: aspecto de lavado de carne. Con diagnóstico de hemorragia alveolar se solicita FAN, ANCA, C3, C4, anti-membrana basal, sedimento de orina normal y se realizan pulsos de corticoides endovenosos.

Evoluciona en forma favorable, al tercer día se encuentra asintomático, sin hemoptisis. Colagenograma negativo. TAC Tórax día 11 normal. Se solicita serología para leptospira primera y segunda muestra positivas.

**Caso 2:** paciente de 51 años, antecedentes tabaquismo, pintor. Consulta por cuadro de 5 días de evolución de tos mucopurulenta y hemoptoica, fiebre, cefalea y disnea. Examen físico: crepitantes bibasales. Laboratorio: Hto 33%, Blancos 7600/mm<sup>3</sup>, plaquetas 250000/mm<sup>3</sup>, urea 0.74 g/L, creatinina 1.4mg%, TGO 66, TGP 170, EAB 746/31/65/21.8/0.4/92% (0.5%) PAFI 130. Rx Tórax infiltrado alveolar bilateral. Diagnóstico: neumonía grave. Comienza tratamiento con Ampicilina/sulbactan y claritromicina. TAC Torax: infiltrado alveolar bilateral. Se realiza BAL: lavado de carne. Se solicita colageno-grama (negativo) y serología para leptospira positiva.

Evoluciona en forma favorable, asintomático al tercer día. No recibe corticoides.

**Conclusión:** Considerar la infección por leptospirosis como causa de hemorragia alveolar. Las drogas inmunosupresoras podrían ser de ayuda en el tratamiento en pacientes gravemente comprometidos, diversos trabajos concluyen que éstas reducen la mortalidad y mejoran la evolución cuando se usan tempranamente.

## TL069

**0212. INFECCIONES PULMONARES MÚLTIPLES EN EL HUÉSPED INMUNOCOMPROMETIDO**

*MA Elias, VV Abrate, AE Blua, AM Lopez*  
Hospital Privado Córdoba, Argentina.

En el huésped inmunocomprometido (HIC), el 15% de las infecciones son polimicrobianas por alteraciones inmunitarias. El abordaje diagnóstico invasivo es dificultoso por severidad clínica y/o alteración de la coagulación, también por potenciales patógenos en la flora normal, no procesamiento de muestras por contaminación o por considerarlas falsamente no aptas.

Presentamos 2 pacientes HIC por distintas causas, con infecciones polimicrobianas.

**Caso 1:** Masculino 38 a. NAC 1 mes antes: Levofloxacina 500 mg y oseltamivir 75 mg, disnea G II, tos seca, fiebre, anorexia y pérdida de peso

Febril FR:22', FC:120', Muguét. Sat Hb. 97 % FiO 0,28. Rx tx: Infiltrado reticulonodulillar bilateral, ventana aortopulmonar ocupada, consolidación paracardíaca derecha. TAC de tórax de alta resolución (HRCT): infiltrado en parches bilateral: alveolar y en vidrio esmerilado, campos superiores e inferiores, LBT: GB: 10600 (N:45, L:38, Eo:10, M:7) PCR: 5,26mg/dl, GSA 7,47/30/21,5/-0,9/53 AA. Serología: HIV (+); IgM Anti Mycoplasma pneumoniae (Reactivo), IgG anti Mycoplasma pneumoniae (Reactivo 1/512). Broncofibroscopia (BFC): Lavado broncoalveolar (BAL): escasos bacilos Ziehl Neelsen (+) vinculables a Mycobacterium tuberculosis. Biopsia transbronquial (BTB): Hemorragia intraalveolar, infiltrado linfocitario intersticial, frecuentes colonias de Pneumocystis jiroveci.

Impresión Diagnóstica: SIDA diagnosticado simultáneamente con coinfecciones respiratorias por Mycoplasma pneumoniae, TBC y Pneumocystis jiroveci

**Tratamiento:** Nistatina oral, TMP-SMX, Claritromicina, INH-RAMP-PZA-EMB.

Mejoría; fiebre, rash y leucopenia por TMP-SMX (rota a Pentamidina).

Caso 2: Masculino 46 a. Trasplante renal 6 m antes por poliquistosis (donante vivo). CMV Donante (+)/Receptor (-), tratamiento: Tacrolimus 4mg/d, Micofenolato mofetil 1440 mg/d, Prednisona 7,5 mg/d, TMP-SMX 800-160/día, Aciclovir 400 mg/d. Espudo: Pseudomona multisensible sin respuesta a Ciprofloxacina; luego Cefepime 10 d. Persiste tos seca, aparece fiebre y disnea G II. Inicia Piperacilina-Tazobactam + Macrólido sin mejoría. Sat Hb 96% AA, crepitantes bibasales. Rx Tx: Normal. HRCT: Infiltrado alveolar en parches subpleural, imagen nodular de 18 mm con halo perilesional en vidrio esmerilado.

LBT: GB: 8000 (NC:12) Creat: 1.98 mg/dl. PCR: 6.92 mg/dl, PCR sérica: CMV(+). BFC: Candidiasis traqueobronquial. BAL: Aspergillus (PCR +) CMV: (PCR +). BTB: Infiltrado linfocitario intersticial difuso.

Impresión Diagnóstica: HIC por drogas inmunosupresoras post trasplante y coinfección respiratoria por Aspergilosis Invasiva y CMV y CMV.

Tratamiento: Anfotericina 70 mg/d (nefrotoxicidad) rota a Voriconazol 400mg/d, Ganciclovir, luego Valganciclovir 450 mg/d, Nistatina. Mejoría clínica.

Comentario: El manejo óptimo de las infecciones pulmonares múltiples requiere una integración epidemiológica y clínica, para identificar todos los potenciales patógenos, factores predisponentes, interacciones microbianas y establecer adecuados protocolos de profilaxis y tratamiento. Destacamos, el valor diagnóstico de la BFC y la HRCT integradas al contexto clínico.

## TL070

### 0217. INFECCION POR RHODOCOCCLUS EQUI EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. PRESENTACION DE UN CASO

MA Solís, FM Caro, ME Fernandez, M Berazategui, MJ Gallego, B Coco, SM Otheguy, G Menga, D Lombardi

Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", Argentina.

**Propósito:** *Rhodococcus equi* (Re) es un bacilo Gram positivo pleomórfico, asociado a patología animal, que desde el primer caso reportado en humanos en 1967 continúa siendo una patología infrecuente y actualmente forma parte de las infecciones oportunistas en individuos inmunocomprometidos.

El propósito de este trabajo es informar un caso de un paciente con diagnóstico concomitante de virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y aislamiento de *Re* en Hemocultivos y Lavado Broncoalveolar (BAL).

**Resultados:** Hasta el advenimiento del HIV sólo se describieron 20 casos de *Re* en humanos. En la actualidad se han informado casos de *Re* en pacientes con HIV siendo aún causa infrecuente de infección en este grupo.

Presentamos un paciente de sexo masculino de 37 años, tabaquista (20 P/Y), enolista y ex-consumidor de cocaína inhalada, que ingresa por un cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por tos seca, fiebre, disnea, astenia y adinamia. Por Tomografía Computada de Tórax de Alta Resolución se evidenció una consolidación cavitada localizada en el lóbulo medio del pulmón derecho. El test rápido para HIV fue positivo. Se tomaron muestras de hemocultivos y BAL de lóbulo medio por fibrobroncoscopia con desarrollo de bacilos Gram positivos en ambos. La identificación se realizó mediante una tinción de Kinyoun positiva (ácido-alcohol resistencia parcial), con una morfología bifásica característica en la tinción de Gram al incubar la colonia en agar BHI (infusión cerebro corazón): a las 6 horas de incubación aeróbica a 35°C se observaron elementos bacilares al Gram y al continuar la incubación hasta las 24 horas se observaban elementos coccoides. El desarrollo en placas de agar sangre de cordero mostró a las 72 horas de incubación colonias mucoides de color salmón. Se realizaron las pruebas bioquímicas en una galería API Coryne® (Biomérieux). Por estas pruebas y por las características macroscópicas se informó *Rhodococcus equi* como único germen por lo que se inició tratamiento antibiótico

con Levo-floxacina, Claritromicina y Vancomicina con buena evolución posterior.

**Conclusiones:** La infección por *Re* en pacientes HIV puede tener distintas localizaciones siendo la forma de presentación más frecuente el compromiso pulmonar. Se debe realizar diagnóstico diferencial con tuberculosis e histoplasmosis pulmonar. Tanto el esquema antibiótico como la duración del tratamiento son controvertidos pero se recomienda prolongar el mismo no menos de 6 meses y evitar la monoterapia.

Este caso tiene la particularidad de que el hallazgo de *Re* fue coincidente con el diagnóstico de infección por HIV.

El diagnóstico y tratamiento precoz de *Re* en pacientes HIV con CD4 < 200/mm<sup>3</sup> es muy importante. Es una patología asociada al HIV con elevada morbi-mortalidad y subdiagnosticada por lo que ante pacientes con estas características debe ser uno de los diagnósticos diferenciales para poder iniciar tratamiento precoz y mejorar así el pronóstico y la sobrevida.

## 6 - Tuberculosis

### TL071

#### 0014. TUBERCULOSIS CONGÉNITA: IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN PRECOZ. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

M Rodríguez<sup>1</sup>, V Rizzotti<sup>1</sup>, C Patallo<sup>1</sup>, M Moscoloni<sup>1</sup>, M Cervetto<sup>2</sup>, D Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Parmenio Piñero, Argentina. <sup>2</sup> MATERNIDAD SARDÁ, Argentina.

La tuberculosis congénita es una forma clínica de difícil diagnóstico que requiere alto grado de sospecha. Criterios propuestos por Cantwell definen el cuadro con una o más condiciones: 1) lesión en la primera semana de vida 2) complejo primario hepático con granulomas caseosos 3) confirmación de tuberculosis (TB) en placenta o tracto genital materno 4) exclusión de exposición post-natal a foco bacilífero. **Caso 1:** Paciente masculino, nacido por cesárea, prematuro, 1.800 g de peso, de madre primigesta con embarazo no controlado. A la segunda semana presenta letargo, fiebre, rechazo alimentario, detención en curva ponderal, y absceso en tobillo izquierdo. Se solicitan hemocultivos y cultivo de punción de absceso. En ambos desarrolló *Staphylococcus aureus* metilicilino sensible. Paralelamente, por sospecha médica, se envía material de supuración de herida crónica de ganglio cervical materno, para búsqueda del foco de sepsis neonatal. Se recibe informe de baciloscopia positiva (+), diagnosticándose TB ganglionar. Se re-interroga a la madre quien refiere haber concurrido durante el sexto mes de gestación al servicio de cabeza y cuello donde se realizó punción por sospecha de escrófula cervical, resultados nunca retirados por la paciente. Se solicita lavado gástrico (LG), líquido cefalorraquídeo (LCR), secreción de tobillo y hemocultivos para búsqueda de *Mycobacterium tuberculosis* al neonato. Se informa baciloscopia positiva (+) de muestras de LG con posterior confirmación bacteriológica. Se instaura tratamiento con rifampicina (R), izoniacida (I), etambutol (E) y pirazinamida (PZA). Por mala progresión del absceso y necesidad de drenaje quirúrgico se lo traslada a un centro pediátrico especializado. **Caso 2:** Paciente masculino, nacido por cesárea, prematuro, 1490 g de peso; de madre oriunda de Bolivia quien ingresa en trabajo de parto, sin control previo. Durante la cirugía obstétrica se observan infiltrados miliares múltiples diseminados en cavidad peritoneal y órganos macroscópicamente compatibles con TB. Se envían para estudio muestras de líquido peritoneal y placenta, reportándose en ésta baciloscopia (+) por lo que se le inicia tratamiento antituberculoso. Se estudia LCR, sangre y LG del bebé y se instaura quimioprofilaxis (QP) con I y R. Estos cultivos al igual que los realizados finalizada la QP y los controles radiológicos fueron negativos. **Conclusión:** El retardo en el diagnóstico de TB durante la gestación puede obedecer a la presentación tardía de manifestaciones, falta de especificidad de los síntomas, cumplimiento deficiente a citas de control prenatal o la necesidad de diferir estudios radiográficos. El pronóstico depende del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. De los casos expuestos observamos en el segundo

la TB materna oportunamente diagnosticada permitiendo la pronta instauración de QP evitando el desarrollo de enfermedad neonatal; en contraste, con el primero donde el hallazgo de TB en el bebé se produjo tardíamente como consecuencia de falta de seguimiento de la gestante a pesar de haberse realizado el diagnóstico de su TB ganglionar.

#### TL072

##### 0017. RECUPERACION DE BACILOS ACIDO-ALCOHOL RESISTENTES EN MUESTRAS DE ESPUTO NO REPRESENTATIVAS

MJ Gallego, P Guerez, B Coco, MC Raineri, ML Canteros, SM Othequy  
Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

**Propósito** La muestra de esputo (EPT) mucopurulenta, que proviene del tracto respiratorio inferior es de elección para la búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). Las muestras de esputo salivas no se recomiendan para el diagnóstico *in vitro* de tuberculosis, pero deben observarse por microscopía óptica ya que a veces pueden contener BAAR retenidos en la cavidad oral. Es propósito de este estudio evaluar la utilidad de baciloscopías en muestras de esputos no representativas (nR).

**Materiales y métodos.** Se analizaron 5311 muestras de EPT recibidas en el laboratorio de bacteriología durante el período enero 2007-diciembre 2009. Se realizó búsqueda de BAAR por tinción de Ziehl Neelsen. Todas las muestras positivas se cultivaron para micobacterias en medio sólido (Lowenstein Jensen) y líquido con lectura por fluorescencia. La identificación se realizó en el Instituto Malbrán y Htal Piñero y desde el 2009 en nuestra institución. **Resultados.** De 5311 muestras, 4264 fueron representativas (R) y 747 nR. De 218 (4,1%) muestras BAAR positivas, 58 (26,6%) correspondió a muestras nR

AÑO	EPT	R	nR	BAAR (%)	BAAR nR (%)	Cultivos positivos
2007	1860	1661	199	62(3,3)	13(2,9)	62
2008	1514	1135	379	62(4,1)	13(2,9)	62
2009	1937	1468	469	94(4,9)	23(2,6)	94
Total	5311	4264	747	218	58	218

**Conclusiones:** Se recuperó el 26,6% de BAAR provenientes de muestras salivas nR con cultivos positivos. Si bien se observa un aumento de incidencia de baciloscopías positivas en el año 2009 respecto a los años anteriores, el porcentaje de recuperación de BAAR de muestras nR se mantuvo constante en las mismas condiciones de trabajo. De acuerdo a la literatura debe realizarse coloración de ZN a todo material de EPT independiente de la calidad de la misma ya que el hallazgo temprano de BAAR evita la realización de estudios invasivos y facilita la rápida iniciación del tratamiento adecuado.

#### TL073

##### 0025. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS: UNA EXPERIENCIA DE 30 AÑOS.

CD Gonzalez, CB Saenz, E† Hermann, MP Jajati, NG Hofmann, ML Sivori, VD Pascansky, PJ Kaplan, AO Garcia, MA Barth, AM Martinez Fraga, M Alonso, FS Delgado, LM Bustamante, DN Lavagnino, D Monzon, LA Chekherdemian  
Hospital Jose M. Ramos Mejia, GCABA, Argentina.

La Tuberculosis (TB) en el área metropolitana sigue constituyendo un desafío para el sistema de salud, con tasas de incidencia que en algunas zonas cuadruplican la tasa nacional, **Objetivos:** describir una experiencia en el tratamiento de la TB en un hospital general de agudos de la ciudad de Buenos Aires. **Material y método:** en un hospital de 450 camas y 60 egresos anuales por TB, entre el 1-1-1979 y 31-12-2009 fueron notificados 3389 casos. Se consideró como diagnóstico confirmado de TB a: dos muestras con baciloscopía positiva o una muestra de cultivo positiva o bien dos muestras respiratorias positivas en técnicas de amplificación de ácidos nucleicos más pretest clínico compatible. Se consideró diagnóstico presuntivo al hallazgo histológico sugestivo de TB más pretest clínico concordante o a un pretest clínico compatible más estudios que expresaban respuestas inmunes contra la bacteria. Para el tratamiento

se siguieron las normas emanadas del Programa Nacional de Tuberculosis.

**Resultados:** un 63,5% de los pacientes perteneció al sexo masculino, con una media de edad de  $36 \pm 16,6$  años. Entre los mismos, 13,5% (458/3389) tenían antecedentes de tratamiento previo, 71,9% eran de nacionalidad argentina, 8,4% peruana, 7,2% boliviana y otras 12,5%. Procedían de la Capital Federal el 61,7% de los pacientes. La mitad de los pacientes diagnosticados reunían condiciones de internación. Uno de cada cuatro pacientes registró comorbilidades, siendo la más frecuente la asociación con el VIH: 14,8% (502/3389). Alcanzaron confirmación bacteriológica el 63% de los casos (2135/3389). El compromiso pulmonar se demostró en 67% de los pacientes, 55,6% de los cuales tenían formas radiológicas cavitadas. El diagnóstico de certeza de las formas pulmonares fue del 85,2% (1654/1942). Otras formas clínicas fueron: pleural 15%, ganglionar 8%, formas primarias 3,9%, formas diseminadas 2,7% y el resto formas mixtas e infrecuentes. Un 19,4% de las cepas tipificadas como *M. tuberculosis* (66/340) fueron resistentes a drogas, casi la mitad de ellos multidrogoresistentes. Se tipificaron 3,4% de Micobacterias No Tuberculosas (12/352). Un 18,2% de los pacientes ingresó a Tratamiento Directamente Observado (TDO). Se registraron efectos adversos (EA) a drogas en 12,2% de los casos tratados (412/3380), principalmente gastrointestinales leves, hepatitis y reacciones cutáneas. Los EA irreversibles constituyeron el 5,3% del total. Completaron tratamiento satisfactoriamente un 48,7% de la muestra, con 21,9% de abandonos, 9,2% de defunciones, 15,1% traslados, 4,5% sin datos y 0,6% de error diagnóstico.

**Conclusiones:** en esta experiencia se observa fuerte asociación entre TB y VIH, alta prevalencia de formas clínicas contagiantes, escasa implementación de la modalidad de tratamiento TDO, tasas de finalización de tratamiento bajas y prevalencia de resistencias bacterianas y efectos adversos semejante a otras series.

#### TL074

##### 0027. EL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO: DEL SIGLO XX AL SIGLO XXI. UNA EXPERIENCIA DE TREINTA AÑOS.

CD Gonzalez, CB Saenz, E† Hermann, MP Jajati, PJ Kaplan, ML Sivori, NG Hofmann, VD Pascansky, AO Garcia, D Monzon  
Hospital Jose M. Ramos Mejia, GCABA, Argentina.

El Tratamiento Directamente Observado (TDO) de la Tuberculosis (TB) se utiliza en nuestro país desde la década de 1970 como estrategia para reducir la tasa de abandonos, la emergencia de resistencias bacterianas y la propagación de la enfermedad.

**Objetivos:** el objetivo primario de este trabajo fue describir una experiencia en la aplicación del TDO en una muestra de pacientes HIV No Reactivos; el objetivo secundario fue comparar los resultados obtenidos en dos poblaciones bajo TDO en diferentes períodos de observación.

**Material y método:** en un hospital con 450 camas y 60 egresos anuales por TB, entre el 1/1/1980 y el 31/12/2009 fueron notificados 3389 casos. De ellos, 582 ingresaron en TDO (17,1%). La muestra fue dividida en dos grupos: los pacientes que recibieron tratamiento entre los años 1980-1999 constituyeron el Grupo 1 (G1, n=424), y los que lo hicieron entre 2000-2009 el grupo 2 (G2, n=158). Tanto unos como otros recibieron esquemas diarios supervisados en primera fase. En la segunda fase, todos los pacientes recibieron tratamiento intermitente: los del G1 bisemanal y los de G2 tratamiento aleatorizado a bisemanal (n=80) o trisemanal (n=78). Para todos los esquemas terapéuticos se siguieron las normas emanadas del Programa Nacional de Tuberculosis. Las dosis para isoniazida en tratamientos bisemanales fue de 15 mg/kg y de 10 mg/kg en esquemas trisemanales y 10 mg/kg de rifampicina en ambas modalidades. Se emplearon métodos estadísticos convencionales, chi cuadrado para variables categóricas y test de Student para variables continuas; se consideró p significativa al valor  $\leq 0,05$ .

**Resultados:** 63.9% de la muestra global fueron varones (367/582); la media de edad fue 36.35±15.3 años. Un 69.6% eran de nacionalidad argentina, 12.7% peruana, 6.7% boliviana y otras. La proporción de argentinos fue menor en G2: 49.3% vs. 77.1% (p=0.000). Un 6.1% presentaban comorbilidades, 10.7% en G2, principalmente diabetes (p=0.000). Registraron tratamiento previo por TB 8.9% de los pacientes. Se confirmaron por bacteriología 70.6% de los casos, 65.3% en G1 vs. 84.8% en G2 (p=0.000). Un 76.6% de la muestra total tuvo compromiso pulmonar, con 86.3% de confirmación bacteriológica. Se tipificaron 35 muestras como *M. tuberculosis*, 28 de ellas en G2; 8 cepas fueron resistentes (1.4%), 7 de las cuales pertenecían a G2. Se observaron 9.5% de efectos adversos a drogas, 6.7% en G1 vs. 17% en G2 (p=0.004). Un 82% de los pacientes finalizó el tratamiento, 84.6% en G1 vs. 79.1% en G2 (p=0.008), un 10.8% hizo abandono del mismo, se registraron 1% de muertes, 4.5% de traslados y 9 pacientes se encontraban aún bajo tratamiento en G2. Entre las modalidades bi y trisemanal de G2 no se registraron diferencias significativas en los resultados.

**Conclusiones:** en los pacientes bajo TDO en la última década se advierte mayor prevalencia de extranjeros con respecto a dos décadas atrás, mayor proporción de comorbilidades no HIV, de formas contagiantes y efectos adversos a drogas, menores tasas de éxito terapéutico y similares tasas de abandono y defunciones.

#### TL075 – Trabajo postulado para Premio 0086. MONITOREO DE LA PUESTA EN TRATAMIENTO A LOS PACIENTES NOTIFICADOS POR LA RED DE LABORATORIO COMO BK (+) - PROV. DE FORMOSA 2004 – 2009

C. Colombo<sup>1</sup>, M Fantin<sup>2</sup>, W Fuentes<sup>1</sup>, R Olmedo<sup>1</sup>, S Acosta<sup>1</sup>, MJ Acuña<sup>1</sup>, MDH Agentes de Salud<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dispensario de Vías Respiratorias, Argentina. <sup>2</sup> Laboratorio de Referencia Provincial TB, Argentina. <sup>3</sup> Ministerio de Desarrollo Humano, Argentina.

El propósito de monitorear y calcular los indicadores es reconocer los éxitos y resolver los problemas. Para ello, debemos: Identificarlos. Investigar las causas. Diseñar las soluciones. Ejecutarlas. Evaluar

Hay una aceptable Red de Baciloscopia (23 centros) con cobertura superior a la media nacional. Con buena búsqueda de SR, 5150 BK realizadas (+90% de los SR est.) y 2% BK+, en promedio, acorde a los estándares de su situación epidemiológica. Para la evaluación hemos coordinado actividades con el Lab. de Referencia Prov., la Div. de Normatización Bioq. y el PPCTb. En el cruce de información se observó que un 11,7% (9p), en el año 2004, no era notificado ni puesto en tratamiento. Por lo cual, para el año 2005 hemos consensuado optimizar los registros de la: L2 y de búsqueda de SR, discriminarlos por lab. y domicilio. Así la brecha aumentó a un 21,6% (22p). Los laboratorios que tenían discordancia eran: I. Juárez 40,0%(8p) Lote8 10,0%(1p) Lomitas 16,3% (3p) Ibarreta 100% (1p) San MartínII 9,1%(1p) Lag Blanca 33,3%(2p) El Colorado 100%(1p) Pirane 50%(2p) LaViEpi 11,4%(4p) Hosp Central 11,1%(1p) \*El 100% de los dist., y el 43% de los laboratorios, presentaban discordancia en el cruce de información durante los años 2004-05.

Acciones: "Jornadas de Evaluación y Formulación de Compromiso de los Referentes Provinciales de la Lucha Antituberculosa". En la misma participaron todos los referentes provinciales (médicos, bioquímicos, enfermeros, Ag. Sanit., administrativos). Con la modalidad de taller se compartió la problemática y con la metodología Brain Storming se realizó un listado de problemas y probables soluciones con una propuesta de trabajo.

**Conclusiones:**\*No retiran los resultados\*No solicitan el resultado\*Falla en los datos filiatorios\*El nivel local no realiza autoevaluación \*Sobrecarga laboral de los laboratorios (polifuncional)\*No está jerarquizada la BK(+) como indicador de alarma\*No hay cuadernos de solicitud de BK en los efectores locales\*No hay trabajo en equipo\*Existen dificultades en la Referencia /contrarreferencia

**Compromiso:**\*Asumido el problema de discordancia, se comprometen a trabajar en equipo, para dar soluciones, acorde a sus situaciones individuales y generar acciones que reviertan la

situación, con eficiencia, eficacia y sustentabilidad. \*El PPCTB y el Lab. de Ref. Prov., se comprometen a acompañar las acciones generadas localmente y realizar supervisiones evaluativas / capacitantes en cada distrito.

**Resultados:**

Año	BK	BK+	%	Notif.	%	No Notif	%
2006	5041	109	2,2	95	92,2	9	8,3
2007	5317	131	2,5	126	96,2	7	5,3
2008	5193	104	2	102	98,1	2	1,9
2009	5488	92	1,7	90	97,8	2	2,2

**Reflexión final:** Este trabajo plantea: la necesidad de agregar, en la evaluación de programa, indic. de calidad de procesos, y la importancia de la interdisciplinariedad para tener impacto en el control de la TB.

#### TL076

#### 0141. ¿LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES INFLUYE EN LA PRESENTACION Y EVOLUCION DE LA TUBERCULOSIS?

V. Martín<sup>1</sup>, I Palma<sup>1</sup>, F Ramundo<sup>1</sup>, R Aguirre<sup>1</sup>, M Nastro<sup>2</sup>, N Kempf<sup>2</sup>, L Limongi<sup>3</sup>, A Putruele<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residentes de Neumología. División Neumología., Argentina. <sup>2</sup> Departamento de Bacteriología., Argentina. <sup>3</sup> Sección de Tuberculosis. Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires., Argentina.

**Introducción:** Se ha descrito que algs entidades comórbidas se comportan como factores de riesgo que pueden disponer a la enfermedad tuberculosa, o complicar su evolución y tratamiento, como las inmunodeficiencias adquiridas, los tratamientos inmunosupresores, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el tabaquismo, el etilismo y la DBT insulino-dependiente.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de las entidades comórbidas en pacientes con diagnóstico de tuberculosis (TB), evaluar las diferentes formas presentación de TB en estas entidades, la resistencia a las drogas y la evolución.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron pac. con diagnóstico de TB evaluados en nuestro Htal. en el lapso de Abril de 1997 a Marzo del 2010. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se utilizó el programa SSPS 15 para el análisis estadístico. Clasificamos las formas de presentación en TB pulmonar (TBP), TB extrapulmonar (TBE), TB mixta (TBMix) definida por localización pulmonar (TBP) y extrapulmonar, y TB miliares (TBM).

**Resultados:** Durante este período de tiempo, 687 pac. fueron tratados por TB. Las condiciones comórbidas más frecuentes halladas fueron: tabaquismo 14%; enolismo 4,8%; neoplasias 3,3%; EPOC y asma 5,6%; enfermedades hematológicas como leucemias y linfomas 2%; enfermedades autoinmunes 3,3%; DBT 3%; HIV 6,5%; IRC 1,2%. El tabaquismo se presentó más frecuentemente asociado a la forma pulmonar estricta (p=0.079), a diferencia de las enfermedades autoinmunes y hematológicas que se presentaron como formas miliares (p=0,001) y HIV como formas mixtas (p=0,002). La resistencia a drogas tuberculosas se presentó más frecuentemente en enfermedades autoinmunes (4%) y HIV (2%), sin valor significativo (p=0,779). La mayoría de los pac. con comorbilidades recibió tratamiento original como el resto de la población (p=0,989), salvo las enf. autoinmunes que recibieron retratamiento en 22% de los casos (p=0,049). Se obtuvo buena respuesta al tratamiento, otorgándose el alta en el 80% de los casos. La mayor cantidad de óbitos se observó en aquellos con enfermedades hematológicas asociadas (23%), y coinfección con histoplasmosis (25%) (p=0,008).

**Conclusiones:** La asociación de TB con comorbilidades se evidenció en forma significativa en pac. con compromiso de su inmunidad, como HIV, enfermedades hematológicas y autoinmunes. Esto se vio asociado a formas severas en la presentación y una evolución más tórpida de la enfermedad. No se evidenció aumento de la resistencia a drogas en este grupo de pac. Deberíamos contar con métodos más sensibles y específicos para determinar el tratamiento preventivo en este grupo de pacientes.

## TL077

## 0142. MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO: MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

SJ Arias<sup>1</sup>, JC Bossio<sup>1</sup>, MB Herrero<sup>2</sup>, CA Calabrese<sup>2</sup>, HR Fernández<sup>1</sup>, DA Garcilazo<sup>1</sup>, FO Landra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> INER «Emilio Coni» - ANLIS Malbran, Argentina. <sup>2</sup> Programa Nacional de Control de la Tuberculosis - Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. <sup>3</sup> CONICET, Argentina.

**Propósito del estudio:** La principal estrategia de control de la tuberculosis (TB) consiste en la identificación precoz, el tratamiento y la curación de los casos. Si el paciente es diagnosticado con TB en forma precoz y completa el tratamiento, la curación es superior al 95%. El propósito de este estudio es estimar la magnitud de la mortalidad por TB entre los pacientes que inician y las principales características de los casos que finalmente fallecen.

**Métodos empleados:** Se analizó la información sobre el total de casos de TB notificados en Argentina durante 2006 y 2007 al Sistema Nacional de Información del INER «Emilio Coni» (ANLIS Malbran) que tenían información sobre el resultado del tratamiento. Se compararon los porcentajes de fallecidos en el bienio 2006 y 2007 por provincias y también con otros países. Para 2007, se analizaron las siguientes características de las defunciones: Edad, Sexo, Infección con VIH, Antecedentes de tratamiento (nuevo o con tratamiento previo), Gravedad de la localización (menígea-diseminada frente al resto) y razón del examen (sintomático o contacto). Se compararon estas características entre los fallecidos y los no fallecidos. El tratamiento estadístico se hizo con la prueba t de Student para comparar la media de edad y con el cálculo del Riesgo Relativo (RR) en cada grupo, con su respectivo intervalo de confianza (IC).

**Resumen de los resultados:** La tasa de fallecidos entre los casos de TB (todas las formas) en tratamiento de Argentina fue, en 2007, del 7,2%. Entre jurisdicciones (2006-2007), la tasa de defunción más elevada se registró en San Luis (11,9%) y la más baja en Ciudad de Buenos Aires (2,5%). Los pacientes fallecidos tuvieron una edad mayor que los no fallecidos (media 53,3 años y 35,1 años, respectivamente) y la diferencia de medias fue estadísticamente significativa ( $p < 0,005$ ). El riesgo de morir fue mayor en los varones (6,5%) que en las mujeres (4,2%), RR: 1,5 (IC=1,3-1,8). Otras características asociadas a una mayor mortalidad fueron la condición de VIH Positivo, (RR: 4,0, IC: 3,2-5,0), Antecedentes de tratamiento previo (RR: 1,3, IC: 1,03-1,58), Tener una forma grave de TB, (RR: 5,70, IC: 4,41-7,36) y haber consultado como sintomático (RR: 5,65, IC: 2,36-13,58).

**Conclusión:** La defunción como resultado de tratamiento de la TB en Argentina sigue siendo un problema de importante magnitud, con disparidad en su peso según la jurisdicción. Se puede observar un riesgo mayor de morir durante el tratamiento de la TB en pacientes con algunas características que son fácilmente identificables al inicio del tratamiento, lo que permitiría fortalecer el seguimiento y control de los casos cuando estas se presentan.

## TL078

## 0168. TUBERCULOSIS GRAVE EN PEDIATRÍA

L Sclavo, LA Lombardero, E Bisero, A Zapata  
Hospital Posadas, Argentina.

**Objetivo:** Presentación de pacientes con Tuberculosis grave atendidos en nuestro hospital desde el año 2005 al 2008.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de 12 pacientes Tuberculosis grave atendidos en Neumonología Infantil de nuestro hospital, en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2008. Se analizaron formas de presentación, bacteriología, asociaciones morbosas y evolución. **Resultados:** Se recopilaron historias clínicas de 12 pacientes con Tuberculosis grave diagnosticada durante los años 2005 y 2008. 8 varones, 4 mujeres. Las edades oscilaron entre 0 y 14 años. Dos niños tenían serología positiva para HIV. Dos eran síndrome de down, uno de ellos con cardiopatía

congénita. Uno de los niños tenía diagnóstico de Leucemia Linfática Aguda. Las formas de presentación: miliar 2 casos, Broncogénica 5 casos, sepsis 3 casos, meningitis 1 caso, congénita 1 caso. Bacteriología: esputo, lavado gástrico y BAL (8 casos); BACTEC (2 casos); LCR (1 caso). Abandono de tratamiento 3 casos; muertes 2 casos. **Conclusiones:** La Tuberculosis Infantil se caracteriza por ser paucibacilar (dada la baja población de bacilos en las lesiones). El diagnóstico en la infancia es generalmente presuntivo. En los últimos años aumentó el número de pacientes con Tuberculosis grave en detrimento de la Tuberculosis gangliopulmonar (forma moderada o común de la clasificación en Pediatría). La presencia de bacilíferos en la población pediátrica sería un indicador de alarma en esta enfermedad.

## TL079

## 0180. HIV EN EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS

VS Giovini, AR Aguirre, ML Rolando, I Palma, N Kempt, L Limongi, AM Putruele  
Hospital de Clínicas Jose de San Martin, Argentina.

**Introducción:** La infección con virus de inmunodeficiencia humana (HIV) ocasiona inmunosupresión e incrementa la frecuencia y el riesgo infección por Mycobacterium tuberculosis. En la actualidad, la tuberculosis (TBC) ocupa el primer lugar entre las infecciones oportunistas marcadoras del SIDA. La disregulación del sistema inmune inducida por el VIH, aumenta la prevalencia de localización extrapulmonar en esta población. **Objetivo:** Determinar la forma de presentación, las características de la radiología y de los métodos diagnósticos de pacientes (pac) con TBC HIV. **Métodos:** Se analizaron pac con TBC evaluados en nuestro hospital en el lapso de Abril de 1997 a Marzo del 2009. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Para el diagnóstico de TBC se considero el examen directo de tres muestras de esputo o de tejido de acuerdo a la localización de la TBC, cultivo positivo para bacilos ácido alcohol resistente o presencia de granuloma mas respuesta clínica al tratamiento La serología para HIV fue expresada como seropositiva, seronegativa o desconocida. Se registraron diferentes comorbilidades al momento del diagnóstico (asma, tabaquismo, EPOC, enolismo, enfermedades hematológicas, diabetes e insuficiencia cardiaca, renal). **Resultados:** De un total de 619 pacientes, 40 (29 hombres y 11 mujeres) tenían diagnóstico de HIV al momento de la consulta. La edad promedio fue 38 años (rango: 18-79) Las formas de presentación clínica más frecuentes en pac HIV+ fueron la mixta (27.5%) y extrapulmonar (25%) y de estas la ganglionar (60%) Comparando HIV+ vs no HIV: la presentación pulmonar fue más frecuente en pacientes no HIV (15% vs 63%  $p < 0,005$ ) y la forma extrapulmonar mas frecuente en HIV, (15% vs 3.6%;  $p < 0,005$ ). En cuanto a las manifestaciones radiológicas, la forma miliar fue más frecuente en los HIV (15% vs 3,8%;  $p < 0,005$ ) La diferencia en el rendimiento de los métodos de diagnóstico para TBC pulmonar en este subgrupo de pacientes no fue significativa: los pacientes HIV vs no HIV encontramos esputo directo positivo 27% vs 28% ( $p: 0.758$ ), cultivo positivo 35% vs 45% ( $p: 0.907$ ), BAL directo 11% vs 8% ( $p: 0.656$ ) y cultivo 17% vs 18% ( $p: 0.799$ ), mientras que en las muestras extrapulmonares solo se halló diferencia estadísticamente significativa en la biopsia de ganglio 30% vs 5.4 ( $p < 0,005$ ). No encontramos diferencias entre las comorbilidades, tratamiento original ( $p: 0.34$ ) y retratamiento ( $p: 0.49$ ), resistencia, tasa de abandono comparando estos grupos **Conclusión:** la evaluación de la población presentada comprueba el predominio de formas extrapulmonares en pac HIV y, la forma mas frecuentemente observada fue la ganglionar. A nivel radiológico la miliar fue la forma más común de presentación en este grupo. No encontramos diferencias en la presencia de comorbilidades ni resistencia a las drogas. El abandono en el tratamiento no fue mayor en los pacientes con HIV Se destaca la importancia de un alto índice de sospecha diagnóstica que permita instaurar el tratamiento empírico oportuno y eficaz para mejorar la tasa de supervivencia.

## TL080

## 0233. TUBERCULOSIS EN MENORES DE 15 AÑOS EN ARGENTINA: CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS NOTIFICADOS, SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS 1990-2008

JC Bossio, FO Landra, SJ Arias, HR Fernández, DO Garcilazo

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Emilio Coni», Argentina.

**Propósito del estudio:** Determinar la ocurrencia, características, distribución y tendencia de los casos de tuberculosis en menores de 15 años en Argentina.

**Métodos empleados:** Se analizaron las bases de notificación de tuberculosis del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Emilio Coni», Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS «Carlos G. Malbrán»), Ministerio de Salud de la Nación (MNS) desde 1990 a 2008. Se describieron las características de los casos según edad, sexo, radiología, laboratorio y jurisdicción de residencia. Se analizó la tendencia mediante regresión lineal para el total del país. Se utilizaron los programas Epiinfo 3.5.1 y Epidat 3.1.

**Resumen de los Resultados:** En 2008 se notificaron 1.160 casos de tuberculosis en menores de 15 años, 11,4 por cada 100.000 habitantes, tasa que es un tercio de la del grupo de 15 años y más. La notificación registra diferencias entre jurisdicciones: 52,1 por 100.000 en Salta y 1,7 por 100.000 en Catamarca.

El 41,2% de los casos fue menor de cinco años. La tasa fue similar en varones y en mujeres (11,5 y 11,3 por 100.000, respectivamente); y fue mayor en menores de 5 (14,3 por 100.000) que en el grupo de 5 a 9 y en el de 10 a 14 (8,9 y 11,0 por 100.000, respectivamente).

El 81,5% de los casos fueron pulmonares, 9,8% primoinfecciones y 8,1% extrapulmonares (0,8% meníngeas y 7,4% otras localizaciones); y no hubo diferencias en la localización entre varones y mujeres.

La principal razón del examen diagnóstico fue por síntomas (64,9%), pero la frecuencia de diagnósticos a partir del estudio de contactos fue más elevada entre menores de 10 años (36,3%) que en el grupo de 10 a 14 (19,1%) y que en el grupo de 15 y más (1,9%) ( $p < 0,001$ ).

Entre los 772 casos pulmonares con información radiológica, 151 (19,61%) tenían lesiones bilaterales y 78 (10,1%) lesiones cavitadas. La proporción de casos con lesiones bilaterales y cavitadas fue mayor en el grupo de 10 a 14 (40,9% y 24,5%, respectivamente) que en el de 5 a 9 (25,9% y 3,9%) y en menores de 5 (28,2% y 8,7%).

De 401 casos pulmonares con baciloscopia 152 (37,9%) fueron positivos y 249 negativos. La proporción de casos pulmonares con examen directo positivo se incrementó con la edad: 12,6% en menores de 5, 20,0% en el grupo de 5 a 9 y 66,3% en el grupo de 10 a 14 y estas diferencias fueron significativas.

La tendencia de la notificación de casos fue al descenso y la tasa se redujo a menos de la mitad (-56,3%) entre 1990 y 2008. La variación anual promedio en ese período fue 4,26% al descenso (IC 95% 3,20 - 5,31). La tendencia al descenso fue mayor en menores de 5 años pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

**Conclusión:** La tuberculosis es un problema de salud en los menores de 15 años de Argentina y muestra diferencias entre jurisdicciones. A pesar del descenso de los últimos decenios, se siguen registrando casos graves, baciloscopia positiva y con lesiones pulmonares bilaterales o cavitadas. El diagnóstico continúa realizándose por consulta de síntomas, con una menor contribución del estudio de contactos.

## 7 - Enfermedades ocupacionales y ambientales

## TL081

## 0053. ASBESTOSIS EN TRABAJADORES DE ACERÍA

R Zurbriggen<sup>1</sup>, L Capone<sup>2</sup>, M Flores<sup>4</sup>, M Galassi<sup>1</sup>, B Balbi<sup>1</sup><sup>1</sup> Hospital Provincial del Centenario, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Muñiz, Argentina. <sup>4</sup> Centro Asistencial Villa Constitución, Argentina.

**Introducción:** En las últimas décadas se halló la presencia de material con amianto en una gran de acería. Los trabajadores expuestos no fueron estudiados en coherencia con esta exposición. No se han diagnosticados patologías relacionadas con el amianto ya sea por su período de latencia prolongado o porque no se ha realizado vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos.

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes con patología con exposición ocupacional al asbesto en la industria de acería.

**Material y métodos:** Sobre un registro de 153 trabajadores con exposición ocupacional al asbesto en una industria de acería (Villa Constitución), entre septiembre del 2006 y diciembre del 2009, se realizan estudios clínicos: espirometrías, radiografía de tórax, y TACAR sin contraste.

**Resultados:** Se analiza un registro de 153 trabajadores con exposición ocupacional al asbesto.

## 8 - Laboratorio pulmonar y Fisiopatología

## TL082

## 0071. ESPIROMETRIA EN LA TERCERA EDAD

D Violi, B Vazquez

Clinica Noguera - S.A. Padua-BsAs, Argentina.

**Objetivos primario:** Evaluar edad, sexo, BMI y tabaquismo como factores que influyen en una maniobra correcta espirométrica en adultos mayores de 60 años. **Objetivo secundario:** Describir el patrón prevalente espirométrico.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional. Se analizaron las espirometrías realizadas según las normativas de ATS, durante un período de 24 meses en paciente ambulatorios de una Clínica Prestadora de PAMI. Se utilizó un espirómetro SpiroBank G. Se midieron medias y medianas con rangos según corresponda. Análisis estadístico tabla 2X2. Diferencia significativa  $P = 0,05$

**Resultados:** Se analizaron 986 espirometrías realizadas durante dicho período. Se observó que 685 (70%) fueron consideradas correctas. De ellas la edad promedio fue 73 años (60-98), sexo femenino 368 (54%), y BMI 27.9 (15.4-44.1). Las maniobras consideradas incorrectas (303-30%) edad promedio 73 años (60-93), sexo femenino 177 (58%), BMI 26.9 (16-44.4). Se analizaron las maniobras correctas, según rango etario en 2 grupos. Grupo A rango 60-79 años, con 743 estudios los cuales 547 fueron correctos (73%) y 196 no (27%). Grupo B rango 80-98 años, con 243 estudios, los cuales 136 fueron correctos (56%) y 107 no (44%). Diferencia significativa en ambos grupos a favor de A  $p = 0,001$ . Grupo A estudio normal 208 (39%), obstructivo 230 (42%) restrictivo 109 (21%). Grupo B estudio normal 50 (38%), obstructivo 60 (46%) restrictivo 26 (16%).

**Conclusiones:** En los estudios espirométricos analizados, no se observó diferencia significativa entre las maniobras correctas e incorrectas en cuanto a sexo, y BMI. Al analizar la edad en rangos etarios, el grupo con mayor número de maniobras correctas fue entre 60-79 años, con diferencia significativa, observando un alto porcentaje de alteraciones en su patrón ventilatorio (63%). El patrón prevalente hallado fue obstructivo en ambos grupos. En la población estudiada la espirometría es una herramienta útil para el diagnóstico y seguimiento de patología respiratorias en adultos mayores. Grupo etario donde se plantea dificultades en cumplir las maniobras espirométricas.

## TL083

## 0123. COMPARACIÓN DEL ANÁLISIS MANUAL DEL APNEALINK™ ENTRE UN EXPERTO Y UN NO EXPERTO

S Malnis, CA Nigro, E Dibur, B Varela, EE Rhodiuz

Servicio Neumología, Hospital Alemán, Buenos Aires., Argentina.

**Objetivo:** Comparar el análisis manual del Apnealink (AL) entre un experto y un no experto para la identificación de sujetos con SAHOS. **Método:** Se estudiaron simultáneamente con polisom-

nografía (PSG) y AL 96 pacientes consecutivos con sospecha de SAHOS. El análisis del AL se realizó primero automáticamente (apnea: descenso FA  $\geq$  80% del basal  $\geq$  10s; hipopnea: caída  $\geq$  50% del basal  $\geq$  10s) y luego dos observadores hicieron la corrección manual en forma independiente y ciega (observador experto:  $\geq$  15 años en lectura de PSG y 3 años de experiencia con AL; observador no experto: 2 años de lectura del AL). Se calculó acuerdo interobservadores y entre los observadores y la PSG. Se realizó análisis ROC de cada observador. Resultados: Se excluyeron 6 sujetos (mala señal en PSG y/o AL). Se evaluaron 90 sujetos (21 mujeres), edad media 49.6 años (rango 21-78), IMC mediano 29.3 Kg./m<sup>2</sup> (rango 19.3-64.9) e IPR mediano de 13.9 (rango 0-103). La diferencia media del IAH manual del AL y el IPR de la PSG entre experto vs. no experto fue de  $-4.3 \pm 8.4$  y  $-2 \pm 9.3$  respectivamente. La diferencia media entre el experto vs no experto en el IAH manual del AL fue  $-2.3 \pm 3.3$ .

Definición SAHOS PSG = IPR $\geq$ 5 AL = IAH-m $\geq$ 5	ABC-ROC (EE)	Sensibilidad (IC95%)	Especificidad (IC95%)	RP+	RP-
Experto	0.88 (0.05)	89.3 (80.1-95.3)	86.7 (59.5-98.3)	6.7	0.12
No experto	0.83 (0.06)	93.3 (85.1-97.8)	73.3 (44.9-92.2)	3.5	0.09

Tabla 1: Exactitud del experto versus no experto

IAH-m = índice apnea/hipopnea manual. ABC-ROC (EE) = área bajo la curva ROC (error estándar)  
RP = razón de probabilidad positiva (+) y negativa (-).  
Conclusiones: El observador experto mostró una exactitud mayor respecto al no experto. El observador no experto sobrestimó el IAH del AL y así mostró una sensibilidad algo mayor pero con una menor especificidad que el experto.

#### TL084

0130. EXACTITUD DIAGNOSTICA DE LA OXIMETRÍA DE PULSO EN EL SÍNDROME APNEA/HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS): ROL DE LOS PARÁMETROS DE ADQUISICIÓN DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO.

CA Nigro, E Dibur, EE Rhodius

Servicio de Neumonología, Hospital Alemán, Buenos Aires., Argentina.

Introducción: La frecuencia de almacenamiento de la SO<sub>2</sub> puede influenciar el índice de desaturación de O<sub>2</sub>. Objetivo: Evaluar si la frecuencia de muestreo de un modelo de oxímetro puede influir en su capacidad diagnóstica para el SAHOS. Material y método: Se estudiaron consecutivamente en forma simultánea con polisomnografía y oximetría de pulso (3 oxímetros Nonin WristOx™ 3100) 116 pacientes con sospecha de SAHOS. Los oxímetros fueron configurados con diferentes frecuencias de muestreo (1/2/4 seg.). Hipopnea: "1 flujo aéreo (cánula nasal)  $\geq$  30% + desaturación de O<sub>2</sub>  $\geq$  3% o arousal. Se calculó el índice de desaturaciones de O<sub>2</sub>  $\geq$  2/3/4% (ID2, 3 y 4) mediante un programa (nVision 5.01). SAHOS: IPR  $\geq$  5. Se realizó análisis ROC para evaluar la exactitud de la oximetría de pulso con las diferentes frecuencias de muestreo. Resultados: 14 pacientes fueron excluidos (mala señal de los oxímetros y/o PSG); se analizaron 91 sujetos (25 mujeres), edad media 52.3 años (rango 18-81), IMC medio 28.7 Kg./m<sup>2</sup> (rango 18.4-48) e IPR mediano 22.3 (rango 0-104).

PSG (IPR)	ÍNDICE			DE DESATURACIONES DE			O <sub>2</sub> (ID)		
	IC3			IC3			IC4		
	ABC-ROC(EE)			ABC-ROC(EE)			ABC-ROC(EE)		
	Frecuencia Muestreo			Frecuencia Muestreo			Frecuencia Muestreo		
	1 SEG	2 SEG	3 SEG	1 SEG	2 SEG	3 SEG	1 SEG	2 SEG	3 SEG
=5	0.96	0.941	0.964	0.962	0.947	0.965	0.957	0.945	0.958
	(0.019)	(0.024)	(0.017)	(0.016)	(0.022)	(0.017)	(0.020)	(0.024)	(0.019)

$\geq$  5

IPR = Índice perturbación respiratoria. ABC-ROC (EE) = área bajo la curva ROC (error estándar).

\* + \*\* = p NS

Conclusiones: La frecuencia de muestreo del Nonin WristOx™ 3100 no influyó en su capacidad diagnóstica para el diagnóstico de SAHOS.

#### TL085

0158. PATRONES FUNCIONALES DE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS SEGÚN LAS PATOLOGÍAS ESTUDIADAS

A Bermudez, M Sosa, L Riso Patrón, M Uribe, EM Uribe Echevarría

Hospital Italiano de Córdoba, Argentina.

La prueba de caminata de 6 minutos (PC6') es útil y de bajo riesgo para evaluar pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias crónicas. Nuestro objetivo fue analizar las características funcionales de esta prueba en relación a las patologías cardiorrespiratorias estudiadas.

**Materiales y métodos:** Se reclutaron las PC6' realizadas en el servicio de Neumonología desde mayo 2008 hasta abril 2009. De las cuales se consideró: el diagnóstico de la patología, metros recorridos, frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), grado de disnea (BD) y fatiga de piernas (BP) según escala de Borg y oximetría de pulso. La técnica e interpretación según la ATS 2002.

**Resultados:** Se analizaron un total de 167 PC6'. 83 fueron mujeres y 84 hombre edades 63 (25-86) y 64 (15-86) respectivamente. Las patologías mas frecuentes analizadas fueron EPOC (56), intersticiopatías (I) (26), disnea no explicada (D) (21), Hipertensión arteria pulmonar (HTAP) (12), insuficiencia cardíaca compensada (ICC) (9), cardiopatías congénitas (CC) (4). Los metros recorridos 358 (104-532), 364 (169-504), 382 (224-560), 340 (140-476), 413 (336-448), 371(252-448) respectivamente. La frecuencia cardíaca fue similar en la mayoría de las patologías estudiadas con una media de 105 y una máxima de 130 por minuto; mientras que en la recuperación luego de 2' de descanso permanecieron mas taquicárdicos los pacientes con diagnóstico de EPOC, D e HTAP. Los pacientes con CC, I y HTAP presentaron FR, BD y BP mas elevadas al finalizar la prueba. Durante la caminata la desaturación de oxígeno presentó una caída significativa y rápida en la I y EPOC mientras que en la HTAP y CC el comportamiento fue ondulante, no habiendo desaturación significativa en ICC. Sólo la HTAP correlacionó los metros recorridos con BD y desaturación de oxígeno.

**Conclusiones:** La PC6' es una prueba de ejercicio sub-máxima cuyos resultados reflejan mecanismos fisiopatogénicos involucrados en las patologías estudiadas.

#### TL086

0207. FRACCIÓN EXHALADA DE OXIDO NÍTRICO Y CONCENTRACIÓN ALVEOLAR DE OXIDO NÍTRICO EN NIÑOS ASMÁTICOS

M Vocos<sup>1,2</sup>, C Velasco Suaréz<sup>1</sup>, D Primerose<sup>1</sup>, G Donth Leger<sup>1</sup>, M Roque<sup>1</sup>, A Balanzat<sup>1</sup>, JM Figueroa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hospital De Clínicas José de San Martín, Argentina. <sup>2</sup> Centro de Investigaciones Respiratorias y del Sueño CIREs, Argentina.

**Introducción:** La inflamación crónica es una característica del asma y se puede encontrar en toda la vía aérea. Observaciones en necropsias, biopsias transbronquiales y BAL han mostrado signos de inflamación en la pequeña vía aérea y alveolos. En el asma la oxido nítrico sintetasa inducible aumenta su actividad y produce oxido nítrico (NO). Este puede ser medido en el aire exhalado para inferir el grado de inflamación de la vía aérea de manera no invasiva. La ATS ha establecido un método estándar para evaluar la fracción exhalada de oxido nítrico (FeNO). Posteriormente Tsoukias y col. Definieron otro método que permite inferir el origen bronquial o la concentración alveolar del NO (Calv).

**Objetivos:** Describir el comportamiento del FeNO, la Calv y la espirometría en pacientes asmáticos estables.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron 79 niños con diagnóstico de asma controlado (GINA) en quienes se realizó la medición de oxido nítrico con flujo de 50 (medida estándar), 100 y 200 ml/s; obteniendo por calculo la Calv. En todos se realizó espirometría pre y post salbutamol. En un subgrupo de 21 pacientes se repitieron las mediciones 4 -8 semanas luego del descenso o suspensión de la medicación (step down GINA).

La medición de oxido nítrico se realizó con equipo NIOX (AE-ROCRINE, Sweden).

La espirometría se realizó según las normas de la ATS (Micro Lab ML3500, Micro Medical Ltd).

**Resultados:** La mediana fue de 26,9 ppb (14,6 -56,8) para la FeNO y de 2,2 ppb (0,7 - 5,7) para la Calv. No se encontró correlación con la espirometría ni los cambios con los broncodilatadores: la FeNO con delta VEF1 (r, 0,0001; P 0,92) y delta FEF (r, 0,0151; P 0,32); tampoco se vio correlación de la Calv con delta VEF1 (r, 0,0028; P 0,67) y delta FEF (r, 0,0024; P 0,705).

En el subgrupo de 2 mediciones no se observaron modificaciones entre las mediciones antes y después de variar el tratamiento (ver tablas).

CALV	1ª Evaluación ppb	2ª Evaluación ppb	P
Desconcién n=11	2,8 [0,13-13,48]	3,6 [0,76-10,2]	0,87 (NS)
Supendién n=10	2,12 [0,21-4,18]	5,03 [0,76-10,37]	0,036 (NS)

FeNO	1ª Evaluación ppb	2ª Evaluación ppb	P
Desconcién n=11	29,1 [8,8-186,3]	34,5 [14,1-90,5]	0,81 (NS)
Supendién n=10	8,8 [6,6-85,5]	48,55 [7,7-137,9]	0,15 (NS)

**Conclusiones:** En nuestra población podemos ver que la FeNO y la Calv expresan variables diferentes a la espirometría.

## 9 - Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

### TLO87

#### 0024. APNEAS CENTRALES EMERGENTES TRATADAS CON VENTILACION SERVOADAPTATIVA. PRESENTACION DE CASOS

MV Smurra, C Lerosse, C Bruno  
Hospital E.Tornú, Argentina

El Síndrome de Apneas Complejas consiste en la presentación de eventos respiratorios centrales emergentes o persistentes en el paciente con Síndrome de apneas-hipopneas de sueño (SAHS), luego de exposición a presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), una vez desaparecidos los eventos obstructivos.

La prevalencia según la literatura, varía entre el 13 y el 20% en las distintas series.

El objetivo de esta presentación es mostrar que en dos pacientes de nuestro Laboratorio de Sueño, la resolución de la patología fue sólo posible con uso de dispositivo de presión servoadaptativa y comparar las características en sus patrones de sueño y ventilación durante los 30 días del tratamiento

**Cuadro clínico:** DVJ. Edad: 67. Motivo de consulta: Mala calidad de sueño, ronquido, cansancio diurno.

08/2007: Polisomnografía (PSG) diagnóstica (noche dividida): SAHS severo, no corrige con CPAP/BiPAP simple, apneas centrales emergentes. 06 /2009: PSG con BiPAP con presiones de 12/8 cm de H<sub>2</sub>O. Índice de Perturbación Respiratorio (IPR) residual: 26,5. Se incrementó la presión a 17/9 cm de H<sub>2</sub>O. 09/2009: Somnolencia diurna. Tratamiento con equipo CS durante 30 días. Mejora tolerancia y calidad de sueño. IPR: 0,98/h

KF Edad: 79 Motivo de consulta: Mala calidad de sueño, somnolencia excesiva diurna. Insomnio de conciliación y mantenimiento. PSG con calibración de CPAP (noche dividida) 03/2006: calibración parcial. Apneas centrales emergentes. 06/2007: PSG con SAHS severo: IPR 28/h. Apneas Centrales. Parcial corrección con CPAP con 9 cm de H<sub>2</sub>O.

07/2008: intolerancia al CPAP, descenso de presión 7 cm de H<sub>2</sub>O. Se cambia a VNI con presiones de 12/7 cm de H<sub>2</sub>O.

08/2009: Tratamiento con servoadaptativa (Autoset CS2) por un mes. PSG de control: sueño superficial, aislados eventos respiratorios.

**Intervención terapéutica y evolución:** Durante el mes de tratamiento con presión binivelada se controlaron los eventos respiratorios y aunque los pacientes no refirieron significativa mejoría clínica, esta se observó parcialmente desde el punto de vista polisomnográfico. Por otra parte los pacientes tuvieron mejor tolerancia al dispositivo de presión servo-

daptativa. La respuesta de los patrones polisomnográficos y fundamentalmente el índice de perturbación respiratorio se corrigieron en forma completa con uso de sistema ventilatorio servo-adaptativo.

### TLO88

#### 0045. UTILIDAD DE LA OXIMETRIA DE PULSO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS VINCULADOS AL SUEÑO

M Coronel<sup>1</sup>, P Bueno<sup>1</sup>, M Lopez Garcia<sup>1</sup>, B Stivala<sup>1</sup>, F Triguero<sup>1</sup>, M D'Urso<sup>2</sup>, J Avila<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Unidad Respiratoria Hospital Padilla, Argentina. <sup>2</sup> Catedra Estadística - Facultad de Medicina -UNT, Argentina.

**Introducción:** En los últimos años los Trastornos Respiratorios Vinculados con el Sueño (TRVS) especialmente el Síndrome de Apnea Hiponea Obstructivas del Sueño (SAHOS) han generado un creciente interés en la comunidad médica. El SAHOS es un problema de salud pública similar al tabaquismo que aún no ha sido resuelto. Si bien para su diagnóstico se recomienda métodos con niveles de mayor complejidad, estos no están disponibles en el hospital público, donde accedemos a la oximetría de pulso la cual puede ser usada sin supervisión y con menor costo. Los objetivos de este trabajo son: 1-Evaluar los síntomas de consulta mas frecuentes de los pacientes estudiados con TRVS 2- Evaluar cuantos pacientes tuvieron diagnóstico positivo de TRVS con oximetría de pulso 3-Evaluar por el mismo método la respuesta al tratamiento.

**Material y metodos:** Estudio descriptivo y analítico de corte transversal realizado por evaluación de 84 historias clínicas de pacientes internados ( 2005 - 2009 ) en U.R. Hospital Padilla -Tucumán. A los pacientes se les realizó historia clínica, Escala de Epworth (ESS), medición de circunferencia de cuello, Body Mass Index(BMI) y oximetría de pulso. Los que tuvieron una oximetría de pulso patológica realizaron una 2ª noche con oximetría de pulso y tratamiento con CPAP o VNI (Ventilación No Invasiva), con lo que realizaron tratamiento 1 mes y fueron reevaluados con EES. Los resultados se presentaron por medidas resumen e intervalos del 95% de confianza.

**Resultados:** Se estudiaron 84 pacientes el 46% ( 39) de sexo femenino. Edad media 46 e IC95%(42.8; 49.4), BMI media 33,9 e IC95%(31.9; 36), c. de cuello cm. 43.1 IC95% (42; 44.2), EES 15,4 con un IC95% (13.8;17)y IDO (Oxígeno Desaturación Index) 26,4 e IC95%(21.8;30.9). De los pacientes estudiados el 75% (63) con un IC95%=(64%; 84%) tenía ronquido, el 63%(53) e IC95%=(52%;73%) tenían Hipersomnolencia y el 62% (52) e IC95%=(51%;72%) apneas. El 88% (74) presentó diagnóstico positivo por oximetría para TRVS con un IC95%=(79%; 94%), los diagnósticos fueron 60% (45) SAHOS, 12% (10) Síndrome de Hipoventilación asociada a Obesidad, 13% (11) Síndrome de Hipoventilación asociado a patología neuromuscular y de pared torácica, 8% (7) Roncador simple. El 60% (50) realizó tratamiento, de ellos el 68% (34) lo hizo con CPAP y 32% (16) con VNI. De los 50 pacientes que realizaron tratamiento todos lo hicieron con éxito.

**Conclusión:** Con la experiencia adecuada, en pacientes seleccionados y reconociendo las limitaciones la oximetría de pulso podría ser una importante herramienta para el diagnóstico y tratamiento en los TRVS especialmente SAHOS.

### TLO89

#### 0065. ANÁLISIS DE REGISTROS DE POLIGRAFIA CON AUTOCOLOCACIÓN DOMICILIARIA. COMPARACIÓN ENTRE POLÍGRAFOS DE DOS Y TRES CANALES

E Borsini, M Bosio, A Salvado, R Smith, F Lascar, S Quadrelli, M Blasco, J Chertcoff  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Las dificultades prácticas del montaje de la poligrafía respiratoria (PR) en el domicilio, y la colocación del equipo por parte del paciente han sido poco reportadas en nuestro medio. Presentamos nuestra experiencia con dos equipos abreviados.

**Objetivos:** Analizar las PR usando dos equipos diferentes; con dos y con tres canales, con la técnica de la autocolocación por el propio paciente, y relacionarlos con pérdidas de registros.

**Método:** Análisis retrospectivo y descriptivo basado en PR coordinadas por el laboratorio de función pulmonar del Hospital Británico de Buenos Aires. Los datos fueron analizados con software específico con scoring de edición manual por staff entrenado siguiendo las normativas AAMS. Se excluyeron durante el análisis manual los períodos del registro con señal demasiado pequeña, de mala calidad, o desconexión. En todos los casos se explicó al paciente la metodología para la auto-colocación del polígrafo y se entregó un instructivo ilustrado. Resultados: Entre 01/01/2008 hasta el 15/12/2009 se realizaron 192 registros con equipos Apnea Link Oxy (ResMed) de dos canales; con sensor de oximetría y cánula de presión nasal. Fue necesario repetir el estudio una segunda noche en cuatro pacientes (2.08%). El error en estos casos fue no encender correctamente el equipo. En 14 estudios (7,2%) existieron desconexiones que representaron pérdida de señales que invalidaron el registro (menos de 4 horas válidas para el análisis).

La población se distribuyó de la siguiente manera; 121 hombres (63 %) y 71 mujeres. La media de la edad fue de 52.9 años y del IMC de 33. La diferencia entre tiempo de registro y el tiempo con señales adecuadas para el scoring manual fue en promedio 102 minutos menor.

Desde 15/12/2009 al 15/05/2010 se realizaron 60 registros con equipos Apnea Link Plus (ResMed) que agrega además una banda tóraco-abdominal de esfuerzo. 39 fueron hombres (65%) y 21 mujeres. La edad media fue de 51 años (SD: 14.5), IMC medio; 32.4 (SD: 9.1). Fue necesario repetir 3 registros (5%) por problemas con el encendido. 7 estudios (11.6%) fueron menores a 4 horas de registro válido. La diferencia entre tiempo de registro y de evaluación fue en promedio de 60 minutos.

**Conclusiones:** No existieron diferencias de distribución por sexo, edad, o IMC ( $p=0.5$ ) entre ambos grupos. El botón de encendido accionado por el propio paciente es una causa de pérdidas de registros.

El Apnea Link Plus registró mayor pérdida de estudios y desconexiones. Sin embargo en éste grupo el tiempo de registro válido para el análisis fue mayor ( $p=0.01$ ).

#### TL090

##### 0066. COMO ACEDEN LOS PACIENTES A LA POLIGRAFIA DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

C Delgado, E Borsini, M Chertcoff, A Salvado, F Lascar, L Maldonado, S Quadrelli, J Chertcoff

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Las características del acceso a la poligrafía respiratoria (PR) en el domicilio han sido poco reportadas en nuestro medio. Presentamos nuestra experiencia en 252 registros en el período de 30 meses con dos equipos abreviados.

**Objetivos:** Analizar las derivaciones, las características de cobertura por el sistema de salud y las demoras en la realización de PR.

**Método:** Análisis retrospectivo y descriptivo basado en análisis de datos de pacientes derivados para la realización de PR, coordinadas por el laboratorio de función pulmonar del Hospital Británico de Buenos Aires.

**Resultados:** Entre 01/01/2008 hasta el 15/12/2009 se realizaron 192 registros con equipos Apnea Link Oxy (ResMed) de dos canales; sensor de oximetría y cánula de presión nasal.

La población se distribuyó entre; 121 hombres (63%) y 71 mujeres. La media de la edad fue de 52.5 años y del IMC de 33.

Desde 15/12/2009 al 15/05/2010 se realizaron 60 registros con equipos Apnea Link Plus (ResMed) que agrega una banda tóraco-abdominal de esfuerzo. 39 fueron hombres (65%) y 21 mujeres. La edad media fue de 51 años (SD: 14.5), IMC medio; 32.4 (SD: 9.1). El 73.3% tuvieron una escala de Berlín de alto riesgo y la media en la escala de Epworth fue de 9.4 (SD: 5.9). El tiempo de espera medio entre la prescripción del estudio y la fecha del registro fue de 9 días calendario.

Las poligrafías fueron solicitadas en el 73% de los casos por neumonólogos, y en 27% por otros especialistas distribuidas de la siguiente manera; 6% cardiólogos, 6% clínicos, 5% otorrinolaringólogos, 5% nutricionistas, 2% neurólogos y 3% otras especialidades.

La cobertura, en el 58% de los casos fue por Obra Social (17 obras sociales diferentes) y en el 39% por sistema de salud prepago (10 sistemas de prepagas). En 8 pacientes se realizaron sin cobertura (3%).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, un gran número de sistemas de medicina prepagas y obras sociales reconocen la PR. La demora media fue corta. La prescripción proviene con frecuencia de médicos neumonólogos. La indicación de PR por médicos generalistas fue infrecuente.

#### TL091

##### 0067. ENCUESTA A PACIENTES LUEGO DE LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA

G Peralta, E Borsini, A Salvado, R Smith, L Maldonado, S Quadrelli, J Chertcoff  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Las dificultades prácticas del montaje de la poligrafía en el domicilio y la percepción del paciente respecto del estudio han sido poco reportadas en nuestro medio.

**Objetivos:** Analizar las dificultades, el confort y la confianza de los pacientes en relación a los registros domiciliarios de poligrafía.

**Método:** Análisis descriptivo basado en una encuesta telefónica estandarizada diseñada por los autores y realizada por dos encuestadores en mayo del 2010. Desde el 15/12/2009 hasta el 15/05/2010, se realizaron 60 poligrafías domiciliarias, coordinadas por el laboratorio de función pulmonar del Hospital Británico de Buenos Aires. Todos los registros fueron realizados con equipos portátiles Apnea Link Plus (Resmed). Se utilizaron cánula nasal de presión, oximetría de pulso y banda tóraco-abdominal de esfuerzo. Se implementó la técnica de auto-colocación con la entrega de un instructivo gráfico.

Se encuestó sobre; comodidad, dificultades durante la auto-colocación y preferencias comparando la PR en relación a polisomnografía convencional (PSG). Fue posible encuestar a 50 sujetos. 10 no respondieron el llamado por viaje, mudanza o enfermedad.

**Resultados:** 36 pacientes (72%) refirieron montar el dispositivo sin ayuda y 14 (28%) con asistencia de algún familiar. 40 pacientes (80%) refirieron que la colocación fue nada dificultosa, 9 poco difícil (18%) y uno (2%) muy difícil. El 74% (37 sujetos) manifestaron que el instructivo gráfico no fue necesario y el restante 26% (13 pacientes) lo consideraron muy útil. Cuando se les ofreció la opción de un número telefónico para consultas la noche del estudio el 52% (26) lo consideró necesario.

La principales causas referidas de incomodidad durante la noche fueron; la cánula nasal (36%), el oxímetro de pulso (8%) y el registrador (6%).

12 pacientes (24%) tuvieron además una PSG (en un solo caso después de la PR) y cuando se encuestó que opción elegirían, todos prefirieron la PR. Cuando se indagó la posibilidad de realizar un nuevo registro de poligrafía en domicilio con el mismo método, 48 (96%) contestaron que aceptarían repetirlo.

40 pacientes (80%) refirieron confiar absolutamente en el resultado de la PR, 6 (12%) confían mucho y 2 pacientes (4%) no confían en el estudio.

Finalmente 41 pacientes (82%) creen que la PR los ha beneficiado.

**Conclusiones:** La PR con el método de la autocolocación es generalmente bien tolerada por los pacientes, quienes la prefieren por sobre la PSG e incluso repetirían el registro. Más del 80% confía en los resultados y cree haberse beneficiado con la poligrafía en domicilio.

#### TL092

##### 0068. RESPIRACIÓN PERIÓDICA EN LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA COMUNICACIÓN DE TRES CASOS IDENTIFICADOS CON REGISTROS DE TRES CANALES

G Peralta, E Borsini, L Maldonado, M Bosio, S Quadrelli, A Salvado, M Chertcoff, J Chertcoff

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Los métodos de registro poligráfico abreviados han sido validados para el diagnóstico del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas durante el sueño (SAHOS). Su papel en la identificación de trastornos no obstructivos aún no es clara.

**Objetivos:** Comunicar nuestra experiencia en la identificación del patrón respiratorio de tipo Cheyne Stokes (RCS) en poligrafías respiratorias (PR) usando equipos de tres canales. Reportar el desempeño del scoring automático de RCS con sensibilidad programada según recomendación del fabricante (sensibilidad del algoritmo de 0.5).

**Método:** Análisis descriptivo y retrospectivo basado en PR coordinadas por el laboratorio de función pulmonar del Hospital Británico de Buenos Aires.

Entre 15/12/2010 hasta el 15/05/2010 se realizaron 60 registros con equipos Apnea Link Plus (ResMed) de tres canales con sensor de oximetría, banda de esfuerzo y cánula de presión nasal. Los datos fueron analizados con software específico (Versión 9.0 con algoritmo de detección de RCS) con scoring de edición manual por staff entrenado en la lectura, siguiendo las normativas AASM.

Fue posible identificar tres pacientes (5% de las PR) con RCS:

**Caso 1:** Varón de 75 años. IMC 24. Antecedentes de IAM en 2001 y Angioplastia a descendente anterior. Miocardiopatía con fracción de eyección por ECO2D 2009: 25% y dilatación de VI. Tiene colocado MCPD bicameral desde 2002. Ritmo eléctrico: fibrilación auricular crónica.

Se realizó PR por apneas observadas y ronquido intermitente. (Figura 1)

**Caso 2:** Varón de 75 años. IMC: 25.9. Antecedentes de Aleteo auricular (ablación por radiofrecuencia en 2001). Anticoagulado. Sin consultas ni internaciones por ICC. ECO2D 2010: Dilatación biauricular. VI: no dilatado con FSVI: 45%.

Estenosis aórtica leve (área 28 cm<sup>2</sup>) e insuficiencia aórtica moderada. Insuficiencia mitral moderada. Refería ronquido, apneas observadas y somnolencia diurna con Epworth score de 15/24.

**Caso 3:** Varón de 68 años. IMC 37. Antecedentes de ACV mesencefálico en 2009. Lúcido y con hemiplejía izquierda. En internación domiciliaria y rehabilitación. Se solicitó la poligrafía por ronquido, somnolencia diurna con Epworth: 15/24 y descensos oximétricos constatados durante apneas observadas.

**Conclusiones:** La poligrafía de tres canales puede reconocer el patrón de Cheyne-Stokes. En nuestra experiencia el trastorno fue identificado correctamente por el autoscoring del software del equipo en los tres casos.

#### TL093

##### 0069. COMPARACIÓN DE TRES LECTURAS DE REGISTROS DE POLIGRAFÍA DOMICILIARIA

E Borsini, S Quadrelli, R Smith, A Salvador, C Delgado, M Bosio, M Blasco, J Chertcoff  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Los registros poligráficos requieren ser editados manualmente, tarea que insume tiempo y depende de la experiencia del operador. Comparamos la lectura automática del software, y dos lecturas manuales realizadas por experto y médicos en formación.

**Objetivos:** Analizar las diferencias en los valores de severidad expresados por IAH e índice de desaturaciones por hora de registro (IDO).

**Métodos:** Análisis prospectivo basado en 60 poligrafías domiciliarias en igual número de pacientes, desde el 15/12/2009 hasta el 15/05/2010. Todos los registros fueron realizados con equipos portátiles Apnea Link Plus (ResMed). Se utilizaron cánula nasal de presión, oximetría de pulso y banda torácica de esfuerzo. Los operadores estuvieron ciegos a los resultados de la otra lectura manual. Los registros se tomaron en el domicilio durante una noche. En todos los casos se utilizó la metodología de auto-colocación del polígrafo. Las señales fueron analizadas con software Apnea Link versión 9.0. Se registraron tres lecturas diferentes: 1. Lectura automática con criterios de AAMS

(tabla 1). 2. Lectura manual con mismos criterios, por médicos residentes (tres médicos residentes con < de 30 lecturas cada uno). 3. Médico experto (> de 300 lecturas).

**Resultados:** La población se distribuyó de la siguiente manera; 39 varones y 21 mujeres, edad media 51 años (SD: 14.5), IMC medio; 32.4 (SD: 9.1). El 73.3 tuvieron escala de Berlín de alto riesgo y la media en la escala de Epworth fue de 9.4 (SD: 5.9).

La diferencia media en el IAH entre la lectura automática y de residentes (gráfico 1) fue de 5.26 eventos por hora (SD: 9.9. IC 95%: 2.69/7.84).

La diferencia media en el IAH entre la lectura automática y del experto (gráfico 2) fue de 4.03 (SD: 8.8. IC 95%: 1.74/6.32). La diferencia media en el IAH entre las lecturas de residentes y del experto (gráfico 3) fue de -1.23 (SD: 2.83. IC 95%: -1.96/0.50).

El coeficiente de correlación intraclase para IAH entre ambos operadores fue de 0.89.

La diferencia media en el índice de hipopneas puro (IH) entre el automático y residentes fue de 6.36 eventos por hora (SD:32. IC; -1.8/14.5), y entre automático y experto de

-1.03 (SD: 24.7. IC; -7.4/5.3). La diferencia entre las lecturas de los dos operadores para hipopneas fue de 7.4 (SD: 18.3. IC; 2.6/12). La correlación del IDO (caída de saturación de 3 %) entre lectura automática y residentes (gráfico 4) fue de -3.05 (SD: 8.6. IC: -5.2/-0.82). La correlación entre IDO de automático y experto (gráfico 5) fue de 0.38 (SD: 1.41. IC 95%: 0.01/0.74). La correlación del IDO entre residentes y experto fue de 0.63 (SD: 5.4. IC 95%: -0.7/2.05).

**Conclusiones:** Existieron diferencias significativas para la lectura de las hipopneas entre automático y ambas lecturas manuales, y entre las lecturas manuales de ambos operadores, con IH mas elevados en los NO expertos. Sin embargo las diferencias observadas entre experto y NO expertos en la media del IAH (-1.23) e IDO (0.63) no fueron significativas y no tienen relevancia clínica.

#### TL094

##### 0081. INDICE DE APNEAS E HIPOAPNEAS RESIDUAL EN PACIENTES TRATADOS CON AUTO-CPAP CALCULADO MEDIANTE EL PROPIO ALGORITMO DE DETECCIÓN DEL EQUIPO.

JF Nogueira, S Grandval, P Micci

Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Argentina.

**Introducción:** Los equipos de CPAP Autoajutable (ACPAP) pueden ser utilizados para tratar el Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) y para titular la presión fija de CPAP efectiva. Un objetivo del tratamiento es normalizar el Índice de Apneas e Hipopneas (IAH). El algoritmo de detección de eventos respiratorios de estos equipos permite calcular el IAH residual (IAHr) bajo ACPAP.

**Objetivo:** Determinar la precisión de estos equipos en la determinación del IAHr en pacientes con SAHOS moderado severo bajo ACPAP.

**Métodos:** Pacientes con diagnóstico clínico y polisomnográfico de SAHOS moderado-severo e indicación de CPAP. Se efectuó una Titulación de CPAP mediante un equipo de ACPAP (Spirit, ResMed) controlada con polisomnografía (PSG). Un revisor experto revisó manualmente la PSG y se analizaron los datos recolectados del ACPAP: percentilo 95 (P95) de CPAP, fuga del circuito e IAHr. Se descartaron los casos con fuga mayor de 0.6 L/s durante al menos 1/3 del estudio. Se compararon los IAHr calculados automáticamente por el ACPAP con el obtenido por análisis manual de PSG. Se calcularon las diferencias entre ambos métodos y se clasificó a los pacientes en dos grupos según si la diferencia resultó > o < 5ev/h, como una evaluación de la precisión del ACPAP en la estimación del IAHr. Las poblaciones de sujetos con diferencias > o < 5ev/h fueron comparadas. Se calculó además la correlación entre ambos métodos en la identificación de pacientes con IAHr < 5ev/h.

**Resultados:** Sobre 90 casos se reclutaron 77 pacientes y 13 fueron descartados debido a fuga superior al nivel aceptado. 59/77 eran hombres; 54.0 ± 12.6 años de edad media; IMC 33.02 ± 7.4; IAH basal 34.1 ± 24.1ev/h; P95 de ACPAP 11.4 ± 2.8 cmH<sub>2</sub>O.

La media del IAHR calculado por el ACPAP fue  $6.2 \pm 10.03$  vs.  $4.8 \pm 9.6$  el obtenido por análisis de PSG. En 64/77 pacientes (83.1%) la diferencia entre ambos IAHR fue  $<5\text{ev/h}$ . La correlación en la categorización de pacientes según el IAHR por los dos métodos fue de 0.79 ( $p=0.05$ ). Las poblaciones de pacientes con diferencias  $> 0$  o  $<5\text{ev/h}$  resultaron similares.

**Conclusión:** Los equipos de ACPAP permiten medir el IAHR con bastante exactitud al compararlos con la medición de dicho índice mediante PSG. Esta determinación puede resultar sumamente útil a la hora de evaluar la eficacia del ACPAP, tanto en la titulación como durante el tratamiento del SAHOS, fundamentalmente en ámbitos y situaciones sin monitoreo polisomnográfico. El IAHR debería ser incluido en la evaluación rutinaria de los datos de adherencia, presiones efectivas de CPAP y fuga que los equipos de ACPAP nos entregan.

#### TL095

##### 0085. NUESTRA EXPERIENCIA EN TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y CRÓNICA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

M Coronel<sup>1</sup>, M Gomez<sup>1</sup>, P Bueno<sup>1</sup>, N Destefani Villafañe<sup>1</sup>, A Perez Renfies<sup>2</sup>, J Avila<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad Respiratoria Hospital Padilla Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Departamento Estadísticas -Facultad de Medicina - U. N.T., Argentina.

**Introducción:** El tratamiento con ventilación no invasiva con presión positiva es un método seguro y efectivo en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y Crónica (IRC). La selección de los pacientes y de las interfaces son esenciales para lograr buenos resultados terapéuticos y evitar complicaciones. Los objetivos de nuestro trabajo son 1. Conocer porcentaje de éxito de VNI en pacientes con IRA e IRC que ingresaron a U.C.I. 2. Conocer las causas del fracaso de la VNI. 3. Conocer las complicaciones más frecuentes con el uso de VNI.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo y analítico de corte transversal realizado por evaluación de 46 historias clínicas de pacientes internados en Unidad Respiratoria del Hospital Padilla desde abril de 2005 hasta abril de 2009, con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Aguda y Crónica que requirieron VNI.

**Resultados:** Se estudiaron 46 pacientes entre 15 y 72 años. El 50% de los pacientes eran de sexo femenino. Etiologías EPOC 21,8% (10), Neuromusculares 58% (27), Síndrome de Hipoventilación asociado a obesidad 19,5% (9). Del total de pacientes estudiados, el 91% (42) presentó IRA y el 9% (4) IRC. El 67% (31) presentó éxito y el 33% (15) fracaso. Del 33% de los pacientes en los que fracaso la VNI el 20% fue debido a intolerancia a la máscara, 20% por mal manejo de secreciones y 7% por escara facial. El 50% de los pacientes presentó complicaciones y de éstos el 52% (12) relacionadas con la interfase y el 22% (5) relacionadas con la ventilación.

**Conclusiones:** a partir de nuestra experiencia podemos concluir que la VNI fue una modalidad terapéutica exitosa aplicada en los pacientes seleccionados, siendo la complicación más frecuente la relacionada con la interfase.

El fracaso de la VNI estuvo relacionado con intolerancia a la máscara y el mal manejo de secreciones.

#### TL096

##### 0095. PRIMERA EXPERIENCIA DE SÍNDROME DE APNEA HIPOAPNEA DEL SUEÑO EN LA PROVINCIA DE FORMOSA.

L Valiente, E Cañete, V Llanes, N Wagner

Centro de Enfermedades Respiratorias Formosa, Argentina.

**Objetivo:** describir las características clínicas, factores de riesgo, comorbilidades y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Apnea Hipoapnea Obstructiva del Sueño (SAOHS).

**Materiales y Métodos:** análisis descriptivo, exploratorio y retrospectivo de historias clínicas en pacientes que consultaron al Centro de Enfermedades Respiratorias durante el período mayo 2009 a mayo 2010,  $>$  de 18 años, donde el diagnóstico de SAHOS se confirmó por Poligrafía Respiratoria y se clasificaron según el número de eventos respiratorios durante la noche: leve, si tenían un índice de Apnea Hipoapnea (IAH) de 5 a 15, moderado de 15 a 30 y severo  $>$  de 30.

**Resultados:** Se incluyeron 63 pacientes, 48% acudieron a la consulta en forma espontánea a través de medios de difusión. El 68% eran hombres, de los cuales el 65% tenían  $>$  de 40 años, el 95% de las mujeres  $= 0$   $>$  a 47 años. Se confirmó el diagnóstico de SAOHS en el 79%, siendo: leve el 32%, moderado el 31% y severo 37%. De las comorbilidades asociadas: hipertensión arterial el 60%, cardiopatía isquémica 18% y arritmia el 8% de los pacientes con SAOHS.

Según su severidad los hallazgos predominantes fueron:

**SAOHS leve:** de los síntomas apneas respiratorias referidas por el familiar y cansancio diurno, el 57% tenía sobrepeso, el 31% obesidad valorada por el índice de masa corporal (BMI), 62% presentaban enfermedades rinosinusales. Al examen físico: en el 56% la clasificación de Mallampati fue G III-IV. Tratamiento: además de las medidas generales indicadas en todos los grados de severidad, en el 25% se agregó el uso de presión positiva continúa en la vía aérea (CPAP).

**SAHOS moderado:** los síntomas que se destacaban eran los mismos que en el grupo leve, el 60% eran obesos, y 20% con sobrepeso. El 40% se asociaba con enfermedades rinosinusales. El 80% de las mujeres tenía una circunferencia del cuello  $= 0$   $>$  a 39.5 cm. La clasificación de Mallampati G III-IV se observó en el 100%. Se indicó CPAP u otra modalidad de ventilación en el 47%.

**SAOHS severo:** los síntomas que resaltaban además de los nombrados fue la excesiva somnolencia diurna (ESD) valorada por la escala de Epworth con un puntaje igual o mayor a 11, el 73% eran obesos y 21% con sobrepeso, 68% tenían enfermedades rinosinusales. En los hombres el 87% la circunferencia del cuello era  $>$  a 41 cm. Y todas las mujeres  $= 0$   $>$  a 39.5 cm. La clasificación de Mallampati G III-IV se evidenció en el 79%. Indicación de CPAP u otra modalidad: en el 90%.

**Conclusiones:**

- De los pacientes que concurren a nuestro Centro se observó que la consulta espontánea después de recibir información sobre el SAOHS por medios de difusión fue relevante.
- Se confirmó el diagnóstico en un porcentaje elevado por Poligrafía Respiratoria, estudio de tercer nivel validado para el diagnóstico cuando es controlado e informado por personal entrenado. En nuestra provincia no disponemos de polisomnografía que es el método gold estándar para el diagnóstico.
- De los datos obtenidos en la clínica, factores de riesgo, y comorbilidades corresponden a los descritos en la literatura.

#### TL097

##### 0121. IMPACTO DE DIFERENTES CRITERIOS DE HIPOPNEA EN LA SEVERIDAD POR IAH. COMPARACIÓN DE DOS LECTURAS AUTOMÁTICAS EN POLIGRAFÍA RESPIRATORIA

C Delgado, E Borsini, A Salvado, M Bosio, M Blasco, S Quadrelli, J Chertcoff  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** Varias definiciones de hipopnea se utilizan en la práctica clínica debido a que no existe actualmente un criterio uniforme. El uso de distintas definiciones propuestas puede llevar a cambios en la severidad del índice de apnea-hipopnea (IAH). Presentamos el análisis de dos lecturas automáticas en 196 registros de poligrafía domiciliaria utilizando los dos criterios de hipopnea (recomendado y alternativo) publicados en el «Manual para la puntuación del sueño y eventos asociados» de la AASM en 2007. **Objetivos:** Evaluar las diferencias en el IAH al analizar registros de poligrafías domiciliares usando las dos definiciones de hipopnea de la AASM.

**Método:** Estudio prospectivo y descriptivo de dos lecturas automáticas en poligrafías realizadas entre agosto de 2008 y mayo de 2010. Todos los registros fueron realizados con equipos portátiles Apnea Link (ResMed) con cánula nasal de presión y oximetría de pulso. Se incluyeron los registros con concordancia entre los periodos de evaluación de flujo y de oximetría. Fueron descartados aquellos con datos incompletos. Se ejecutaron dos nuevos análisis automáticos para cada registro utilizando las dos definiciones de hipopnea de la AASM. 1. Criterio 30/4 o alternativo (disminución al 30% del flujo y desaturación de 4%). 2. Criterio 50/3 o recomendado (disminución al 50% del flujo y desaturación del 3%). Para todos los casos, se utilizó el software Apnea Link 9.0. Finalmente se analizaron 196 registros.

**Resultados:** La tabla 1 resume las características demográficas de la población estudiada. La media de IAH del criterio 30/4 fue 17.8 (SD 20.7) vs. 15.9 (SD 21.18) del criterio 50/3, con un coeficiente de correlación intraclase de 1.002 (CI 0.97 a 1.03). Figura 1. Sin embargo, al analizar la concordancia del grado de severidad del IAH según AASM, comparando el criterio 30/4 contra el 50/3 respectivamente, encontramos a 59 (30.10%) vs. 80 (40.82%) registros normales (<5/h), 71 (36.22%) vs. 57 (29.08%) con IAH leve (5 a 15/h), 27 (13.78%) vs. 25 (12.76%) con IAH moderado (>15 a 30/h), y 39 (19.90%) vs. 34 (17.35%) con IAH severo. Figura 2. De los 196 registros, en 41 (20.92%) existieron diferencias en la clasificación de la severidad por IAH. En este grupo, el criterio 50/3 clasificó 22 pacientes normales, mientras el criterio 30/4 solo identificó uno. Por otro lado, el criterio 50/3 clasificó a un registro como severo, mientras que el criterio 30/4 a seis. Figura 3.

**Conclusiones:** Las lecturas automáticas con dos criterios para hipopneas pese a tener una buena correlación intraclase, muestra diferencias en la clasificación de severidad por IAH. El criterio 50/3 clasifica menor número de casos patológicos.

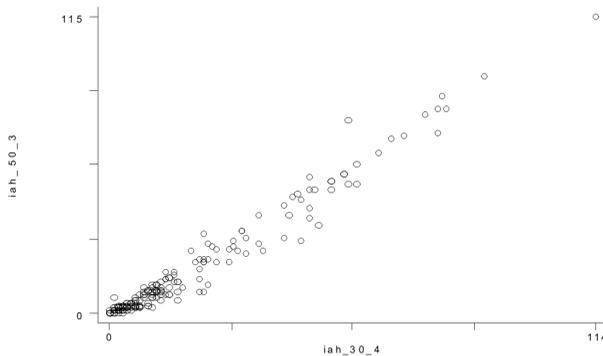


Fig. 1

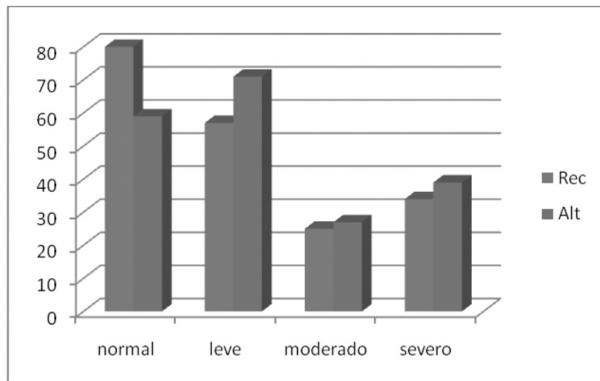


Fig. 2

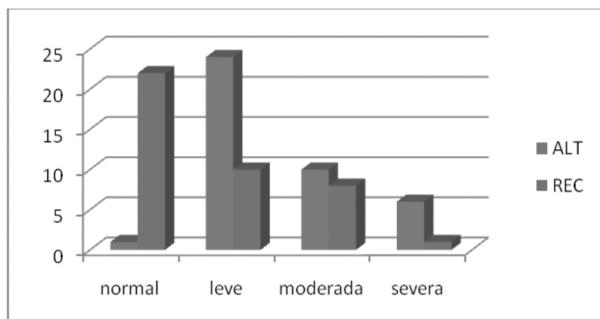


Fig. 3

**TL098**

**0128. REVALIDACIÓN DEL OXÍMETRO WRISTOX 3100™ PARA EL DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME APNEA/HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO DEL ADULTO (SAHOS).**

CA Nigro, E Dibur, EE Rhodius

Servicio Neumonología, Hospital Alemán, Buenos Aires., Argentina.

**Antecedentes:** El WristOx 3100™ ha sido previamente validado contra un método de referencia imperfecto (polisomnografía con evaluación del flujo aéreo mediante termistores). **Objetivo:** Reevaluar la exactitud del WristOx3100™ y su programa nVision (versión 5.1) para el diagnóstico de SAHOS. **Método:** Se estudiaron simultáneamente en el laboratorio de sueño mediante polisomnografía (método de referencia) y WristOx3100™ (método diagnóstico) 116 pacientes consecutivos con sospecha de SAHOS. La medición de flujo aéreo en la polisomnografía se realizó mediante presión nasal. El programa calculó las desaturaciones de O<sub>2</sub> ≥ 2, 3 y 4% y el índice de desaturación de O<sub>2</sub> ajustado de 2, 3 y 4% (IDA2, 3 y 4). SAHOS fue definido como un IPR ≥ 5. Se realizó análisis de las curvas ROC para el IDA2, 3 y 4. **Resultados:** Se excluyeron del análisis 9 sujetos (mala señal en PSG y/o oximetría). Se evaluaron 107 sujetos (27 mujeres) con una edad media de 53 años (rango 18 a 81), un IMC medio de 28.9 Kg./m<sup>2</sup> (rango 18.4 a 48) y un IPR mediano fue de 22.5 (rango 0 a 109).

Tabla 1. Valores oximétricos con mejor exactitud, sensibilidad y especificidad

Definición SAHOS IPR≥5	Sensibilidad (IC95%)	Especificidad (IC95%)	RP+	RP-
<b>Criterio Oximétrico</b>				
IDA2 > 19.5	85.7 (76.8 - 92.2)	93.7 (89.8 - 99.8)	13.7	0.15
IDA3 > 8.4	84.6 (75.5 - 91.3)	93.7 (89.8 - 99.8)	13.4	0.18
IDA4 > 3.7	84.6 (75.5 - 91.3)	93.7 (89.8 - 99.8)	13.4	0.18

**Conclusiones:** El WristOx 3100 tuvo una buena capacidad para confirmar el SAHOS (IDA2 > 19.5: especificidad 93.7%, RP+ 13.7) pero mostró una menor precisión para identificar a sujetos enfermos (IDA2 > 19.5: sensibilidad 85.7%, RP- 0.15).

**TL099**

**0132. UTILIDAD DEL CUESTIONARIO DE BERLIN Y EL MALLANPATI PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME APNEA/HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS).**

B Varela, CA Nigro, E Dibur, S Malnis, EE Rhodius

Servicio de Neumonología, Hospital Alemán, Buenos Aires., Argentina.

**Objetivo:** Comparar la exactitud del cuestionario de Berlin, el grado de Mallanpati y una combinación de ambos para el diagnóstico de SAHOS. **Material y método:** Se estudiaron consecutivamente 116 pacientes derivados por sospecha de SAHOS. Previo a la realización de la polisomnografía (PSG), los pacientes completaron el cuestionario de Berlin y un técnico evaluó el grado de Mallanpati. **PSG:** hipopnea: “! flujo aéreo (cánula nasal) ≥ 30% + desaturación de O<sub>2</sub> ≥ 3% o arousal; SAHOS: IPR ≥ 5. Se realizó análisis ROC para evaluar la exactitud de cada uno de los parámetros clínicos. **Resultados:** 9 pacientes excluidos por cuestionarios incompletos; se analizaron 107 sujetos (26 mujeres), edad media 53 años (rango 18-81), IMC medio 28.6 Kg./m<sup>2</sup> (rango 18.4-48) e IPR mediano 22.6 (rango 0-109).

Tabla 1. Exactitud de los parámetros clínicos para el diagnóstico de SAHOS

Criterio	AUC-ROC (EE)	S (IC95%)	E (IC95%)	VP+ (IC95%)	VP- (IC95%)
Berlin	0.745 (0.054)	73.96 (64.0-82.4)	75.00 (50.9-91.3)	93.4 (85.3-97.8)	37.5 (22.5-54.4)
Mallanpati (N=3)	0.56 (0.072)	64 (53.2-73.9)	44.4 (21.5-69.2)	85.1 (74.2-92.7)	20 (18.9-36.9)
Berlin (alt) pretest y Mallanpati (N=3)	0.856 (0.014)	86.5 (77.3-92.3)	86.9 (77.3-94.3)	87.5 (78.7-93.8)	36.8 (16.3-61.8)

**TL100**

**0164. OPTIMIZANDO EL TRABAJO EN LA UNIDAD DE SUEÑO. DIAGNOSTICO DE SAHOS CON POLIGRAFIA SUPERSIMPLIFICADA Y TITULACION AUTOMÁTICA CON AUTOCPPAP**

LD Larrateguy, DJ Dagnino, ID Bello, MJ Bergagna, ML Larrateguy, DV Murgan, LI Larrateguy, CM Pais

Unidad de Sueño, Centro Privado de Medicina Respiratoria, Argentina.

**Introducción:** Hemos validado un equipo de poligrafía respiratoria ultra abreviado monocanal (ApneaLink™) en el laboratorio de sueño y en el domicilio, comprobando que es una herramienta útil para el diagnóstico del SAHOS grave<sup>1</sup>.

Ha sido demostrado que la titulación con CPAP puede ser realizada en el domicilio con un equipo de titulación automática en una sola noche con resultados similares a la titulación convencional<sup>2-3-4</sup>.

**Objetivos:** Comunicar nuestra experiencia en el diagnóstico de SAHOS en el domicilio con un equipo de nivel IV (Apnea-Link Oxy™) y la titulación de CPAP en el domicilio en esos mismos pacientes con un equipo de Titulación Automática (Autoset Vantage de ResMed™) con módulo de oximetría Reslink™.

**Método:** Análisis retrospectivo de casos que consultaron por síntomas compatibles con SAHOS grave en la Unidad de Sueño del Centro Privado de Medicina Respiratoria de Paraná y fueron estudiados mediante poligrafías respiratorias domiciliarias supersimplificadas, entre junio de 2009 y mayo de 2010.

Los estudios se realizaron con equipos portátiles Apnea Link Oxy (Resmed) y se tituló la presión necesaria para el tratamiento con un equipo de Titulación Automática (Autoset Vantage de ResMed™) con módulo Reslink™.

Los registros de la poligrafía se tomaron en el domicilio durante una noche y dentro de la semana siguiente se realizó la titulación en domicilio. En todos los casos, se explicó en consultorio al paciente la metodología para la auto-colocación del polígrafo y del AutoCPAP.

**Resultados:** Se realizaron 33 poligrafías respiratorias con el equipo Apnealink Oxy™ para acortar los tiempos de espera en la Unidad de Sueño. Once pacientes tuvieron más de 30 eventos por hora con patrón de oximetría compatible con SAHOS grave. Todos tenían somnolencia diurna, apneas observadas y ronquidos fuertes, por lo que tenían indicación de titulación urgente de CPAP. Se les tituló la presión en domicilio con un equipo Autoset Vantage con módulo Reslink™ de ResMed lográndose en todos los casos buena tolerancia y adaptación al CPAP hasta el día de hoy.

Se consideraron aceptables todos los registros de poligrafía con más de tres horas válidas para la lectura de acuerdo a nuestra experiencia anterior en el estudio de validación. No fue necesario repetir el estudio poligráfico una segunda noche en ningún paciente.

Con respecto a la titulación, bastó una noche para indicar la presión adecuada utilizando la lectura visual de la gráfica y la corrección del patrón de oximetría.

**Conclusión:** La asociación de poligrafía simplificada con oximetría combinada con la titulación automática con oximetría en el domicilio, constituye una excelente herramienta en la Unidad de Sueño para acelerar los tiempos de tratamiento en pacientes con sospecha de SAHOS grave.

1- Durán et al. Am J Respir Crit Care Med 181;2010:A6748.

2- Masa et al. Am J Respir Crit Care Med Vol 170. pp 1218-1224, 2004

3- Cross et al. Sleep Vol. 29, No. 11, 2006

4- Roldán et al. Arch Bronconeumol. 2008; 44(12):664-70

#### TL101

##### 0165. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO

F. Gonzalez, O Diaz, C Medina, A Rovarini, N Naval, H Sale, E Lescano, S Salica  
Centro de Medicina Respiratoria, Argentina.

El síndrome de apnea/hipopnea del sueño es una patología con una prevalencia del 5% a nivel mundial. Siendo el tratamiento con CPAP la opción terapéutica más eficaz. El reporte de adherencia al tratamiento es muy variable en la bibliografía, lo que nos motivó a revisar nuestra experiencia.

Se estudio la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de síndrome de apnea/hipopnea del sueño con indicación de CPAP, que fueron estudiados desde junio del 2007 a junio de 2009 por nuestro centro y controlados con un programa de seguimiento.

Para ello se realizó una revisión retrospectiva de la ficha de indicación y seguimiento, la historia clínica; evaluando resultados de polisomnografía (IAH), cobertura social, IMC, escala de somnolencia de Epworth, horas de uso de CPAP por contador horario, adherencia a las visitas de control, causas de abandono.

**Resultados:** Se evaluaron 212 pacientes, 160 hombres con una edad media de 48 años, teniendo cobertura social el 83% de los pacientes. La somnolencia evaluada previo al estudio 12 puntos, y el IMC de la población fue de 29,6 k/m<sup>2</sup>, el IAH medio fue de 18 ev/hs.

Con respecto a la adherencia al uso de CPAP, lo continúan usando 196 paciente (92%) los que fueron chequeados en visitas de control (teniendo algunos que ser citados telefónica-mente). El promedio de horas de uso fue de 5,6 horas diarias. Las causas más comunes de abandono fueron: causas económicas 6, intolerancia a la máscara 2, intolerancia a la presión 4, otras causas 4.

**Conclusión:** El tratamiento con CPAP es el tratamiento más efectivo y de alta adherencia cuando a la indicación se la acompaña de contención, educación y seguimiento adecuado

#### TL102

##### 0171. POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NOCTURNA NIVEL III EN DOMICILIO ¿ES LO MISMO COLOCARLE AL PACIENTE LOS SENSORES QUE ENTRENARLO PARA QUE LO HAGA SOLO?

JF Nogueira, P Micci, S Grandval

Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Argentina.

**Introducción:** La Poligrafía Respiratoria Nocturna (PRN) nivel III realizada en el domicilio del paciente, es una herramienta válida para el diagnóstico de Disturbios Respiratorios del Sueño. Esta tecnología simplificada permite obtener señales cardio-respiratorias durante el sueño, mediante una menor cantidad de sensores que resultan más fáciles de aplicar que la tradicional Polisomnografía. La necesidad de un técnico para conectar y controlar el equipo en el momento del inicio del estudio, constituye un elemento de potenciales implicancias operativas y costo-efectivas que pueden resultar significativas.

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en términos de aceptabilidad de los trazados, pérdida de alguna de las señales y necesidad de repetición de estudios, en PRN nivel III realizadas a pacientes a los que se les colocó el equipo en su domicilio Vs. un grupo de sujetos que fueron entrenados para colocarse el dispositivo por sus propios medios.

**Métodos:** Pacientes adultos con domicilio en la CABA, con sospecha de SAHOS. Estos fueron randomizados en forma aleatoria en dos grupos, a los del Grupo A un técnico entrenado les colocó un Polígrafo Respiratorio (Stardust, Respironics) en su domicilio en el momento de disponerse a dormir, con un breve lapso de monitoreo posterior. Los sujetos del Grupo B fueron entrenados en la colocación de los sensores y uso del dispositivo y se les entregó el mismo para su auto-colocación en la noche del estudio.

Se compararon las poblaciones, así como también la pérdida de señales, la aceptabilidad de los trazados y la necesidad de repetición de estudios.

**Resultados** Se reclutaron 36 sujetos; 18 por rama; 54.2 ± 14.4 años; 25 hombres (69.4%); IMC 33.8 ± 8.1; la duración media de los registros fue de 458.8 ± 89.3 minutos; los tiempos de registro superaron en todos los casos las 4 horas y el Índice de Apneas e Hipopneas (IAH) de la población estudiada fue 20.9 ± 16.5ev/h. No se detectaron diferencias entre los dos grupos. Solo un estudio debió ser repetido en cada rama por pérdida de alguna de las señales, el resto de los trazados resultaron de calidad aceptable.

**Conclusiones:** La auto-colocación de sensores en pacientes sometidos a PRN domiciliar constituye una medida práctica y efectiva, que no implica un mayor porcentaje de pérdida de señales ni un incremento en la necesidad de repetición de estudios, al compararlo con la colocación in situ por un técnico especializado.

## TL103

## 0174. PROTESIS DE ADELANTAMIENTO MANDIBULAR EN EL TRATAMIENTO DEL RONQUIDO Y EL SINDROME DE APNEA / HIPOPNEA DEL SUEÑO

F Gonzalez, O Díaz, A Rovarini, C Medina, J Paez, E Lescano, S Salica  
Centro de Medicina Respiratoria, Argentina.

Las prótesis de adelantamiento mandibular para el tratamiento del ronquido y del síndrome de apnea/hipopnea del sueño es una medida terapéutica poco común, en nuestro país, existe poca experiencia, por lo que queremos compartir nuestra experiencia.

Se estudio la indicación y adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnostico de síndrome de apnea/hipopnea del sueño leve, síndrome de resistencia aumentada en vía aérea superior, y roncares estudiados en nuestro centro desde junio del 2007 a junio de 2010.

Para ello se realizo una revisión retrospectiva de las ficha de indicación y seguimiento, la historia clínica; evaluando resultados de polisomnografía (IAH), cobertura social, IMC, escala de somnolencia de Epworth, adherencia a las visitas de control, causas de abandono.

**Resultados:** Se evaluaron 18 pacientes, 12 hombres con una edad media de 39 años. La somnolencia evaluada previo al estudio 12 puntos y post tratamiento fue de 7 y el IMC de la población fue de 26 kg/m<sup>2</sup>, el IAH medio fue de 6 ev/hs.

De los 18 paciente con indicación 14 realizaron la prótesis mejorando inicialmente todos, lo que fue demostrado por interrogatorio y escala de somnolencia. Con respecto a la adherencia al uso de 13 continúan usando y solo 1 abandono por intolerancia.

**Conclusión:**

Las prótesis de adelantamiento mandibular para el tratamiento del ronquido y del síndrome de apnea/hipopnea del sueño fue una herramienta terapéutica útil, para pacientes leves sin indicación de CPAP

## TL104

## 0181. AUTO-COLOCACI3N DE SENSORES EN PACIENTES SOMETIDOS A POLIGRAFIA RESPIRATORIA NOCTURNA NIVEL III EN DOMICILIO, EXPERIENCIA DE UN AÑO

JF Nogueira, P Micci, S Grandval

Instituto Argentino de Investigaci3n Neurol3gica, Argentina.

**Introducci3n:** La auto-colocaci3n de sensores en pacientes sometidos a Poligrafía Respiratoria Nocturna (PRN) nivel III realizada en domicilio, en el marco del estudio por sospecha de Disturbios Respiratorios del Sueño (DRS), ha demostrado resultados similares en términos de aceptabilidad de los trazados, pérdida de alguna de las seales y necesidad de repetici3n de estudios, cuando se la compara con la colocaci3n directa de sensores por un técnico especializado.

**Objetivo:** Describir la experiencia de un año de auto-colocaci3n de sensores en pacientes con sospecha de DRS sometidos a Poligrafía Respiratoria Nocturna (PRN) nivel III domiciliaria.

**Métodos:** Pacientes adultos domiciliados en la CABA, atendidos en nuestro centro por sospecha de SAHOS, a los que se les realiz3 una PRN nivel III (Stardust, Respironics) en su domicilio, entre los meses de junio 2009 y mayo 2010. Los sujetos fueron entrenados en la colocaci3n de los sensores y uso del dispositivo por un técnico especializado y se les entreg3 el mismo para su auto-colocaci3n en la noche del estudio. Se analiz3 la poblaci3n, la calidad de los estudios, la pérdida de seales, la aceptabilidad de los trazados y la necesidad de repetici3n de PRN.

**Resultados:** Se estudiaron 99 sujetos, con una edad media de 57.0 ± 13.9 años; 73 eran hombres (73.7%); IMC 30.3 ± 6.25. La duraci3n media de los registros fue de 423.0 ± 115.3 minutos. En 6 casos (6%) el tiempo de registro fue inferior a los 200 minutos por interrupci3n precoz del estudio por parte del paciente; en dos de ellos el IAH super3 los 40ev/h por lo que se consider3 el trazado suficiente para el diagnóstico. En solo dos estudios (2%) se perdieron seales críticas que motivaron la repetici3n del mismo. El resto de los trazados resultaron de calidad aceptable. No se detectaron daos en el equipo ni en los sensores con la auto-colocaci3n.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia a un año de auto-colocaci3n de sensores en pacientes sometidos a PRN nivel II domiciliaria, reproduce los resultados obtenidos en la comparaci3n original contra colocaci3n de sensores por un técnico especializado. Estos resultados avalan la continuidad de esta técnica que implica ventajas operativas de consideraci3n.

## TL105

## 0182. EXACTITUD DE LA OXIMETRÍA DE PULSO Y LA CLÍNICA PARA LA INDICACI3N DE CPAP EN SUJETOS CON SOSPECHA DE SAHOS

CA Nigro, E Dibur, EE Rhodius

Servicio de Neumonología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la exactitud de la oximetría de pulso más la clínica para la indicaci3n de CPAP en sujetos con sospecha de SAHOS.

**Método:** Se estudiaron simultáneamente en el laboratorio de sueño mediante polisomnografía y oximetría de pulso 116 pacientes consecutivos con sospecha de SAHOS. Todos los pacientes completaron una historia clínica antes de hacerse la PSG. En funci3n de los resultados de la oximetría, la PSG y la historia clínica, dos observadores independientes y ciegos decidieron indicar o no CPAP. Las indicaciones de CPAP se basaron en el Consenso Espaol del 2005. Se desarroll3 una puntuaci3n basada en el índice de desaturaciones de O<sub>2</sub> ajustado de ≥ 2% en conjunci3n con la clínica. SAHOS fue definido como un IPR ≥ 5. **Resultados:** Se excluyeron del análisis 14 sujetos (mala seala en PSG y/o oximetría, falta de datos en la historia clínica). Se evaluaron 102 sujetos (26 mujeres) con una edad media de 52 años (rango 18 a 81), un IMC medio de 28.9 Kg/m<sup>2</sup> (rango 18.4 a 48) y un IPR mediano fue de 22.3 (rango 0 a 109).

Criterio para indicar CPAP	Sensibilidad (IC95%)	Especificidad (IC95%)	RP+	RP-
Oximetría + clínica = 11	88.4 (78.4 - 92.2)	93.9 (79.8 - 99.3)	14.6	0.12

RV = raz3n de probabilidad positiva (+) y negativa (-)

**Conclusiones:** La utilizaci3n de parámetros oximétricos previamente validados contra PSG en conjunci3n con criterios clínicos, permiti3 indicar confiablemente CPAP en casi el 90% de la poblaci3n evaluada.

## TL106

## 0226. 822 PACIENTES EN EL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA Y VNI DOMICILIARIA DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PUBLICOS (OSEP) - MENDOZA EN EL PERIODO 2004-2010

R Lisanti<sup>1,2</sup>, H Videla<sup>1</sup>, E Delaballe<sup>1</sup>, L Gonzalez<sup>2</sup>, G Moreno<sup>1</sup>, D Gatica<sup>1</sup>, M Grañana<sup>1</sup>, D Aguilar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital El Carmen OSEP mendoza, Argentina. <sup>2</sup> Programa de Oxigenoterapia y VNI - OSEP Mendoza, Argentina.

**Introducci3n y objetivos:** En marzo del año 2004 se crea el Programa de Oxigenoterapia y VNI domiciliaria de la OSEP, llamando a licitaci3n para la provisi3n de los equipos, y formulario de admisi3n que debe ser llenado por un Neum3logo, y reunir una serie de condiciones para su otorgamiento, segun consensos de la AAMR y/o situaciones especiales.

**Material y métodos:** Se evalúan las historias de pacientes del programa de oxigenoterapia y VNI de la OSEP, desde marzo 2004 a junio 2010.

La OSEP tiene en toda la provincia 350.000 afiliados, todo el suministro de Oxígeno y VNI domiciliario se realiza a través del Programa.

**Resultados:** En dicho periodo ingresan 822 pacientes, que se dividen en pediátricos (hasta 16 años) 31 y adultos 791. El total de equipos es de 858, ya que 36 pacientes tienen doble equipo (4.4%). Se dividen en: a) Oxigenoterapia: 722 pacientes (87.83%), edad media 64.38 años (en adultos 66.72 años y en niños 4.73 años, menores de 1 año en 13 pacientes), 345 mujeres y 477 hombres y b) Ventilaci3n No Invasiva: 136 (16.54%), edad media 55.65 años, 43 mujeres y 93 hombres

Los pacientes en Oxigenoterapia se dividen en: a) Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD), segun criterios internacionales, 445 pacientes, de los cuales reciben simultáneamente

VNI 31 pacientes, 161 mujeres y 253 hombres, con una edad media de 61.83 años. El equipo en domicilio es concentrador en 388 pacientes, freelo en 50 y tubo en 7. Los diagnósticos principales: EPOC en 295 pacientes (asociado a SAHOS en 9 y Cáncer de Pulmón en 9), Fibrosis pulmonar en 81 pacientes, Asma en 13 pacientes, bronquiectasias en 5 pacientes, Displasia Broncopulmonar en 5 pacientes. b) Oxigenoterapia en situaciones especiales (en enfermedades terminales o para favorecer el alta precoz hospitalaria): 277 pacientes, 5 con VNI simultánea, 144 mujeres y 133 hombres, con una edad media de 63.63 años. El equipo en domicilio es concentrador en 237 pacientes, freelo en 17 y tubo en 23. Los diagnósticos principales: Cáncer en 116 pacientes (Pulmón 67, mama 21, digestivo 12), Neumonía en 19 pacientes, Insuficiencia Cardíaca en 30 pacientes, EPOC en 15, Neurológico en 13, TEP en 11, Fibrosis en 8 y Asma en 8

Los pacientes en VNI: (136 pacientes), 36 están con oxigenoterapia simultánea, los equipos son CPAP en 95 pacientes y BiPAP en 41 pacientes, el diagnóstico corresponde a SAHOS en 103 pacientes.

**Conclusiones:** Se destaca la importancia del Programa de oxigenoterapia y VNI domiciliaria en la OSEP, al que durante un periodo de 6 años se han incorporado 822 pacientes, corresponden a oxigenoterapia el 87% de los pacientes y dentro esta la forma clásica de Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria donde la EPOC es la causa más prevalente de indicación (más del 50%), y en la forma de situaciones especiales donde las enfermedades tumorales ocupan un lugar destacado, y dentro de esta el Cáncer de Pulmón (más del 50%). La VNI corresponde fundamentalmente al uso de CPAP por Síndrome de Apnea Del Sueño.

#### TL107

##### 0236. EGRESOS DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA Y VNI DOMICILIARIA DESDE EL AÑO 2004 AL 2010

R Lisanti<sup>1,2</sup>, H Videla<sup>1</sup>, E Delaballe<sup>1</sup>, L Gonzalez<sup>2</sup>, G Moreno<sup>1</sup>, D Gatica<sup>1</sup>, M Grañana<sup>1</sup>, D Aguilar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital El Carmen OSEP Mendoza, Argentina. <sup>2</sup> Programa de Oxigenoterapia y VNI Domiciliaria -OSEP, Argentina.

**Introducción y objetivos:** En marzo del año 2004 se crea el Programa de Oxigenoterapia y VNI domiciliaria de la OSEP, se evalúan los egresos de dicho programa

**Material y métodos:** Se evalúan las historias de pacientes del programa de oxigenoterapia y VNI de la OSEP, desde marzo 2004 a junio 2010, evaluando la causa de egreso del programa, que se dividen en: por solicitud médica, óbito, voluntaria y otras.

**Resultados:** En dicho periodo ingresan 822 pacientes, El total de equipos es de 858, ya que 36 pacientes tienen doble equipo (4.4%). Se dividen en:

a) Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD): 445 pacientes, egresan 288 pacientes (64.7%), lo hacen por solicitud médica 77 pacientes, óbito 181 pacientes (62.84%), voluntaria 22 pacientes y otras 8 pacientes. El tiempo medio de estadía en el programa de los pacientes egresados fue de 14.43 meses, estando 12 meses o más 113 pacientes (39.23%).

b) Oxigenoterapia en situaciones especiales (OSE) (en enfermedades terminales o para favorecer el alta precoz hospitalaria): 277 pacientes, egresan 247 pacientes (89.16%), lo hacen por solicitud médica en 33 pacientes, óbito 191 pacientes (77.32%), voluntaria 14 pacientes y otras 9 pacientes. El tiempo medio de estadía en el programa de los pacientes egresados fue de 6.10 meses, estando 12 meses o más 30 pacientes (12.14%).

c) VNI domiciliaria: 136 pacientes, 36 están con oxigenoterapia simultánea, los equipos son CPAP en 95 pacientes y BiPAP en 41 pacientes; egresan 41 pacientes (30.14%), lo hacen por solicitud médica 10 pacientes, óbito 5 pacientes, voluntaria 21 pacientes (19 con diagnóstico de SAHOS) y otras 5. El tiempo medio de estadía en el programa de los pacientes egresados fue de 20.34 meses, estando 12 meses o más 23 pacientes (56.09%)

**Conclusiones:** Los pacientes en oxigenoterapia domiciliaria tienen una alta tasa de egresos, siendo el máximo en pacientes con OSE que llega al 89%, con una mortalidad del 77%, esto

también se refleja en el tiempo de estada, siendo en la OCD de doce meses o más en 39% de los pacientes, en OSE de 12% y en VNI del 56%. Los pacientes con VNI tienen como principal causa de egreso la voluntaria, más del 50%, en todos los caso SAHOS

#### TL108

##### 0238. EVOLUCION DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA Y VNI DOMICILIARIA DESDE EL AÑO 2004 AL 2010

R Lisanti<sup>1,2</sup>, H Videla<sup>1</sup>, E Delaballe<sup>1</sup>, L Gonzalez<sup>2</sup>, G Moreno<sup>1</sup>, D Gatica<sup>1</sup>, M Grañana<sup>1</sup>, D Aguilar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital El Carmen OSEP Mendoza, Argentina. <sup>2</sup> Programa de Oxigenoterapia y VNI Domiciliaria -OSEP, Argentina.

**Introducción y objetivos:** En marzo del año 2004 se crea el Programa de Oxigenoterapia y VNI domiciliaria de la OSEP, se evalúa la progresión de pacientes en oxigenoterapia domiciliaria crónica, oxigenoterapia en situaciones especiales y Ventilación no invasiva domiciliaria (CPAP y BiPAP) en los diferentes años.

**Material y métodos:** Se evalúan las historias de pacientes del programa de oxigenoterapia y VNI de la OSEP, desde marzo 2004 a junio 2010.

La OSEP tiene en toda la provincia 350.000 afiliados, que pueden ser atendidos en efectores propios o por el sistema de libre elección. Todo el suministro de Oxígeno y VNI domiciliario se realiza a través del Programa.

**Resultados:** En dicho periodo ingresan 822 pacientes, El total de equipos es de 858, ya que 36 pacientes tienen doble equipo (4.4%). Se dividen en: a) Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD): 445 pacientes (54.13%), b) Oxigenoterapia en situaciones especiales (OSE) (en enfermedades terminales o para favorecer el alta precoz hospitalaria): 277 pacientes (33.69%) y c) VNI domiciliaria: 136 pacientes (16.54%), 36 están con oxigenoterapia simultánea, los equipos son CPAP en 95 pacientes y BiPAP en 41 pacientes.

Al inicio del programa en el año 2004, estaban en la OSEP 42 pacientes (OCD: 36, OSE:4 y VNI: 2), durante el año 2004 ingresan 142 pacientes (OCD: 94, OSE: 39 y VNI: 9) y egresan 59 pacientes (OCD: 30, OSE: 26, VNI: 3) estando al final del año 125 paciente; durante el año 2005 ingresan 108 pacientes (OCD: 45, OSE: 48, VNI:15) y egresan 98 pacientes (OCD: 51, OSE: 43 y VNI: 4) estando al final del año 135 pacientes; durante el año 2006 ingresan 85 pacientes (OCD: 49, OSE: 24, VNI: 12) y egresan 75 pacientes (OCD: 42, OSE: 26, VNI: 7) estando al final del año 145 pacientes; durante el año 2007 ingresan 116 pacientes (OCD: 58, OSE: 45, VNI: 13) y egresan 99 pacientes (OCD:50, OSE: 44, VNI: 5) estando al final del año 162 pacientes; durante el año 2008 ingresan 138 pacientes (OCD: 72, OSE: 47, VNI: 19) y egresan 115 pacientes (OCD:58, OSE: 47, VNI:10) estando al final del año 185 pacientes; durante el año 2009 ingresan 141 pacientes (OCD: 68, OSE: 48, VNI: 25) y egresan 105 pacientes (OCD: 47, OSE: 49, VNI: 9) estando al final del año 221 pacientes; durante el año 2010 (hasta 30 junio) ingresan 50 pacientes (OCD: 24, OSE: 22, VNI: 4) y egresan 25 pacientes (OCD:10, OSE:12, VNI:3) estando al final del periodo 246 pacientes.

**Conclusiones:** Se muestra una progresión permanente del número de pacientes en el Programa, con una diferencia persistente entre mayor ingreso con respecto a egresos, lo que hace que desde el año 2004 al 2010 se duplica el número de pacientes. Lo que pone de manifiesto que la disponibilidad del uso de este Servicio determina un mayor uso. La mayor diferencia entre ingreso y egreso se da en pacientes tratados con VNI (CPAP), que presentan un menor número de egresos.

#### TL109

##### 0239. PACIENTES EN EL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA Y VNI DOMICILIARIA DURANTE EL MES DE JUNIO 2010

R Lisanti<sup>1,2</sup>, H Videla<sup>1</sup>, E Delaballe<sup>1</sup>, L Gonzalez<sup>2</sup>, G Moreno<sup>1</sup>, D Gatica<sup>1</sup>, M Grañana<sup>1</sup>, D Aguilar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital El Carmen OSEP Mendoza, Argentina. <sup>2</sup> Programa de Oxigenoterapia y VNI Domiciliaria -OSEP, Argentina.

**Introducción y objetivos:** se evalúan los pacientes que se encuentran en el Programa de Oxigenoterapia y VNI domiciliaria de la OSEP al finalizar el mes de junio de 2010, para conocer datos epidemiológicos, diagnóstico, año de ingreso al programa, equipo utilizado

**Material y métodos:** se revisan las Historias clínicas de pacientes que se encuentran en forma activa en el programa al finalizar el mes de junio 2010

**Resultados:** Se encuentran el programa 246 pacientes, ingresan en el año 2000: 3, 2001: 2, 2002: 4, 2003:3, 2004:13, 2005:11, 2006:18, 2007:22, 2008:49, 2009:44 y 2010:46.

Se dividen en: a) Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD): 157 pacientes (63.82%)(17 más VNI: 6 CPAP y 11 BiPAP), de estos tienen concentrador 137, FreeLox 18, y tubo de oxígeno 2. Edad media 64.5 años, 57 mujeres y 100 hombres, con diagnósticos principales de EPOC en 105 pacientes, fibrosis pulmonar 22 pacientes, Asma bronquial 5 pacientes, SAHOS 5 pacientes, Insuficiencia Cardíaca 3 pacientes y Bronquiectasias 2 pacientes. b) Oxigenoterapia en situaciones especiales (OSE): 30 pacientes (para pacientes terminales o situaciones que favorecen el alta precoz hospitalaria) (1 más CPAP), de estos tienen concentrador 22 pacientes, freeLox 3 pacientes y Tubos de oxígeno 5 pacientes.

Edad media 62.53 años, 18 mujeres y 12 hombres, con diagnósticos principales de Cáncer en 8 pacientes (6 de pulmón), Insuficiencia Cardíaca 4 pacientes, Neumonía 3 pacientes, TEP 2 pacientes, SAHOS 2 pacientes y Asma Bronquial 1 paciente.

c) Ventilación no Invasiva domiciliaria: 77 pacientes (18 tienen Oxígeno asociado: 7 con CPAP y 11 con BiPAP), tienen BiPAP 19 pacientes y CPAP 58 pacientes.

La edad media de 53.54 años, 15 mujeres y 62 hombres, con diagnóstico principales de SAHOS en 65 pacientes, Hiperventilación- Obesidad en 3 pacientes, Neuromusculares en 2 pacientes.

**Conclusiones:** se destaca que 36 pacientes están en el programa antes del año 2006, la mayor parte de pacientes corresponden a OCD (63.82%), y dentro de estos la EPOC (66.87%), y la principal forma de suministro es Concentrador de oxígeno. La OSE, una forma que hemos incorporado debido a la importancia de este grupo de pacientes que no reúnen los criterios clásicos de OCD, donde se destacan las enfermedades terminales, donde el Cáncer de pulmón ocupa más del 20%.

## 10 - Kinesiología

### TL110

#### 0059. RESPUESTA FISIOLÓGICA A LA EJERCITACIÓN PROPIOCEPTIVA EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA, CON VENTILACIÓN NO INVASIVA Y SIN APOYO RESPIRATORIO, DENTRO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS.

DL Torres, P Nieto, F Jorro Barón, S Ilutovich, D Noval, N Tiribelli, N Hernandez, G Avaca, M Bosso, M Ojeda, M Gramajo  
Sanatorio Trinidad Mitre, Argentina.

**Objetivos:** Los pacientes con permanencia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), están expuestos a complicaciones neuromusculares y articulares asociadas a su inmovilización prolongada. El objetivo de este trabajo es observar las modificaciones hemodinámicas y respiratorias ante una rutina de movilización/ejercitación de patrones propioceptivos.

**Material y Métodos:** Es un estudio prospectivo, transversal, observacional.

Se incluyeron pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio Trinidad Mitre de Marzo del 2009 a Junio del 2010. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, estables hemodinámicamente: frecuencia cardíaca (FC) entre 60-130 L/M, Tensión arterial sistólica (TAS) entre 90-160 mm Hg, sin arritmias, con o sin drogas vasoactivas, Saturación de  $O_2$  (Sat  $O_2$ ) >92% con  $FiO_2$  <0.6 y PEEP <10 cmH<sub>2</sub>O. Se excluyeron en cuidados paliativos y con fracturas inestables.

Se fijó una rutina de movilización/ejercitación con patrones propioceptivos de 20 minutos de duración (5 minutos por cada miembro, activos o pasivos), según sedación (escala RASS) y fuerza (Kendall). Se evaluó al comienzo y final: FC, Frecuencia respiratoria (FR), TAS, Sat  $O_2$  y Volumen minuto respiratorio (VMR) en Ventilación Mecánica (VM). Análisis estadístico: se utilizó el test de T apareado, los datos son expresados como media y desvío estándar, (significativa una  $p < 0.05$ ). Paquete estadístico, STATA 10.1.

**Resultados:** Se evaluaron 82 pacientes divididos en tres grupos, el A: aquellos con VM; (n=30): 22/8 (hombres/mujeres) 67.1 años (15.06), el B: en Ventilación no Invasiva (VNI); (n=23): 7/16, 69.9 años (15.28) y el C: sin apoyo respiratorio;(n=29): 16/13, 60 años (18.03). Causas: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), A: (n=24), B: (n=11) y C: (n=15), IRA sobre crónica A: (n=1), B: (n=9) y C: (n=1), Coma: A: (n=5), B: (n=3) y C: (n=13). Al inicio con drogas vasoactivas, Grupo A:15/30, B: 7/23 y el C: 7/29, analgesia y/o sedación; A:27/30, B:11/23 y el C:13/29, Score RASS de Grupo A: -4 (0.71), B: 0 (1.01), C: 1 (1.36). Tiempo de internación: A: 7.13 días (5.65), B: 6.56 días (5.03) y el C: 17.58 días (14.94). Kendall, A: índice 0 (0.40), B: 4 (1.55) y C: 2.55 (1.97). Para el Grupo A, VMR: Inicio 8.59 l/m (2.10), final 9.24 l/m (3.06) con una  $p=0.34$ . Un paciente se suspendió por disminución de la FC > de 20% del grupo A. FC l/m: Grupo A: Inicio/Fin, 86,3 (19.2) / 86.6 (15.6)  $p=0.94$ , Grupo B: 87.5 (10.1) / 93.9 (13)  $p=0.07$ , Grupo C: 90.3 (15.4) / 94.17 (14.5),  $p=0.32$ .

FR r/m: Grupo A: Inicio/Fin, 18,5 (4.6) / 20.76 (6.2)  $p=0.12$ , Grupo B: 21.9 (5.5) / 25.48 (8.2)  $p=0.09$ , Grupo C: 22.7 (4.1) / 22.41 (4.6),  $p=0.78$ .

Sat % $O_2$ : Grupo A: Inicio/Fin, 97.7 (2.2) / 97.52 (4.1)  $p=0.77$ , Grupo B: 95.13 (3.3) / 95.52 (3.7)  $p=0.71$ , Grupo C: 95.7 (2.9) / 96.17 (3.2),  $p=0.57$ .

TAS mmHg: Grupo A: Inicio/Fin, 119.8 (19.4) / 130.6 (24.4)  $p=0.07$ , Grupo B: 132.7 (19.6) / 140.5 (25.6)  $p=0.25$ , Grupo C: 140 (14.6) / 145.72 (20.3),  $p=0.22$ .

**Conclusión:** La implementación no produjo alteraciones hemodinámicas ni respiratorias y pudo aplicarse de manera segura. El grupo más sensible fue el de VNI.

### TL111

#### 0110. SEDESTACIÓN Y BIPEDESTACIÓN, RESPUESTA FISIOLÓGICA DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA RESPIRATORIA Y SIN APOYO RESPIRATORIO, RELACIÓN SEGÚN KENDALL Y MRC (MEDICAL RESEARCH COUNCIL SCORE). INFORME PRELIMINAR.

DL Torres, P Nieto, F Jorro Barón, S Ilutovich, D Noval, N Hernandez  
Sanatorio Trinidad Mitre, Argentina.

**Objetivo:** Los pacientes que se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan una inmovilización que disminuye el estímulo de la gravedad en los músculos, esencial para su tonicidad y posterior reajuste en el balance postural. El objetivo de este trabajo es observar el comportamiento hemodinámico y respiratorio, en sedestación y bipedestación estimulándolos.

**Material y Método:** Es un estudio prospectivo, transversal, observacional.

Se incluyeron pacientes de la Terapia Intensiva del Sanatorio Trinidad Mitre, de Abril a Junio del 2010. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, estables hemodinámicamente; frecuencia cardíaca (FC) entre 60-130 L/m, Tensión arterial sistólica (TAS) entre 90-160 mm Hg, sin arritmias, con o sin drogas vasoactivas, Sat  $O_2$  >92%,  $FiO_2$  <0.6 y PEEP <10 cmH<sub>2</sub>O. Se excluyeron con fracturas inestables y en cuidados paliativos. Se los dividió en dos grupos el A; en Ventilación mecánica (VM) y el B sin apoyo respiratorio. Se colocó al paciente sentado en 90° y en bipedestación, se evaluó cada 5 minutos cada uno hasta 15 la: FC, respiratoria (FR) Saturación de oxígeno (Sat), y TAS. Grupo A: (VM), Volumen minuto respiratorio (VMR). Análisis estadístico: se utilizó el test de T apareado, los datos son expresados como media y desvío estándar, (significativa una  $p < 0.05$ ). Se usó STATA 10.1 como paquete estadístico.

**Resultados:** Se evaluaron 30 pacientes, Grupo A (n=15): 12 hombres, 3 mujeres, 68 años (17.2) y Grupo B (n=15): 6 hombres, 9 mujeres, 57 años (18.07). Causas: Grupo A: Coma (n=8), Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) (n=3), posoperatorios (n=4), Grupo B: IRA: (n=6), IRA/ crónica (n=5), Otros (n=4). Al inicio con drogas vasoactivas : A:3/15, B:5/15, analgesia y/o sedación; A:9/15 B:6/15. Score RASS de Grupo A: -3 (1.7), B: 0 (1.22).Tiempo de internación: Grupo A 10.8 (7.64), B: 6.8 (5.62). Escala MRC : Grupo A: 3.13 (6.66), B: 44.8 (18.95), Kendall: A: 0.53 (0.99), B: 3.73 (1.57). VMR: Inicio 10.04 (2.08), final 10.7 (3.55) con una p=0.50. Solo 5 pacientes (Grupo B) continuaron con la bipedestación, dos por fatiga suspendieron a los 10 minutos de la misma: Inicio n=5 , final n=3. FC: p=0.64.Sat % O2: p=0.84.TAS: P=0.47.

Variable	Grupo A		p	Grupo B		p
	Inicio	Final		Inicio	Final	
FC (l/m)	90.73 (15.8)	90.06 (2.17)	0.92	96.56 (14.9)	104.47 (17.24)	0.19
SaO2 %	96.08 (2.30)	97.33 (2.06)	0.23	94.56 (3.7)	96 (2.82)	0.26
FR (ml)	18.66 (4.06)	18.60 (4.04)	0.96	20 (6.36)	21.6 (8.32)	0.59
TAS (mm Hg)	126.73 (11.6)	122.4 (23.6)	0.63	137.6 (11.32)	146.6 (20.83)	0.13

**Conclusión:** La implementación de la sedestación de 90° como importancia en la terapéutica respiratoria y estimulación motora no produjo alteraciones hemodinámicas ni respiratorias, la progresión de esta a la bipedestación se vio dificultada por razones de sedación, y escasos valores en los índices de fuerza.

## TL112

### 0172. ANALISIS DE PACIENTES LESIONADOS MEDULARES CON TRAQUEOSTOMIA EN REHABILITACION MOTORA Y RESPIRATORIA

MA Escobar, M Di María, ME Urdapilleta, G Morel, J Lebus, C Oses, E Rositti, L Del Valle, G Giuliano, V Eguiguren, W Torres, R Obligado, EL De Vito  
Unidad de Cuidados Respiratorios, Centro del Parque. Buenos Aires., Argentina.

**Introducción.** La atención de los pacientes lesionados medulares es multidisciplinaria. Entre los aspectos a considerar se encuentran la rehabilitación motora periférica y la descomplejización derivada de la condición respiratoria. Ambos aspectos pueden tener diferente evolución.

**Objetivo.** Caracterizar las etiologías y describir la evolución motora y respiratoria en pacientes lesionados medulares que ingresaron, luego del alta de Terapia Intensiva, para rehabilitación.

**Materiales y método.** Análisis retrospectivo (enero 2002-mayo 2010), adultos >18 años, lesionados medulares cervicales y torácicos con traqueostomía (TQT), con o sin asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se describirán la condición de ventilatoria, ASIA (American Spinal Injury Association) al ingreso y alta, el número de intentos para desvinculación será definido como la secuencia de Tubo en T (TT) durante 2 hs seguido de respiración espontánea 12 hs, ARM nocturna esa noche y comienzo de TT a la mañana siguiente. Se consignan aquellos intentos que superaron esas 24 hs. Éxito en la desvinculación es la permanencia en ventilación espontánea por más de 14 días de TT.

**Resultados.** 27 pacientes, (cervicales =25, torácicos =2), edad 41 ± 18 años (18 a 81 años, masculinos 21).

Diagnósticos: traumatismo =21 (76% vehicular, 14% caída de altura, 10% deportivo), arma de fuego =4, tumores =1, infecciosos =1.

**Condición al Ingreso:** ARM 24 hs =21, respiración espontánea =6.

ASIA A: 84%, B: 4%, C: 8%, D: 0, E: 4%.

Número de Intentos para Desvinculación: 1er intento n=10, 2do intento n=1, 3er intento n=1, 4to intento n=2 (BiPAP sobre tubo y VNI nasal). Sin posibilidades= 6 (debido a variables clínicas y funcionales).

Estadía: mediana 111días (rango 4 a 2984 días).

**Condición al Alta:** Desvinculados y Decanulados n=10, Desvinculados con TQT n=2 (Trastorno Deglutitorio n=1,

Paradoja de Cuerda Vocal n=1), Dependiente de la ARM n=1 (Capacidad Vital 0 ml), ARM <12hs/día n=2, VNI<12hs/día n=1, CPAP<12hs/día n=1 (apneas obstructivas), Derivados =9, Fallecido=1

ASIA A: 60%, B: 4%, C 16%, D 16%, E 4% (p =NS respecto del ingreso).

**Conclusiones.** La principal causa de lesión medular en nuestra muestra fueron los traumatismos raquímedulares debido a accidentes automovilísticos. Los pacientes lesionados medulares tienen mejor evolución respiratoria que motora. El nivel de descomplejización respiratoria (reducción o retiro de asistencia respiratoria mecánica y/o decanulación) es mayor que el logrado en la esfera motora periférica, cuyo déficit debe ser suplido con dispositivos a tal fin.

## TL113

### 0185. ANÁLISIS EN TIEMPO REAL DEL ESFUERZO RESPIRATORIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UNA PRUEBA DE CARGA CONSTANTE

M Madorno<sup>1</sup>, M Saadia Otero<sup>1</sup>, P Gross<sup>1</sup>, G Montiel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Julio Méndez, Argentina.

**Propósito del estudio:** Los pacientes con EPOC usualmente restringen el ejercicio por limitaciones en la mecánica respiratoria. Este trabajo tiene por objetivo analizar el esfuerzo respiratorio durante una prueba de carga constante.

**Metodología:** Se estudiaron ocho pacientes con EPOC (GOLD III-IV) que participaban de un programa de rehabilitación respiratoria. Las mediciones fueron realizadas durante una prueba de carga constante al 90% de la intensidad alcanzada en un test incremental con oxígeno suplementario. La prueba a carga constante fue realizada con 3 minutos de entrada en calor, 10 minutos de ejercicio y 3 de recuperación. El esfuerzo respiratorio se midió con un monitor de mecánica respiratoria, conectado al paciente por una interfase bucal con un neumotacógrafo y un balón esofágico.

**Resultados:** En la tabla se resumen las variables fisiológicas medidas en tiempo real: al primer minuto de la entrada en calor y al último minuto del ejercicio de carga constante.

El esfuerzo respiratorio total de la inspiración (PTPtot), medido respiración por respiración, se muestra discriminado en sus componentes: resistivo (PTPres), elástico umbral (PTPpeepi) y elástico no umbral (PTPnpeep).

	VTi ml	PTPtot cm H2O.s	PTPres cm H2O.s	PTPpeepi cm H2O.s	PTPnpeepi cm H2O.s	PEEPi cm H2O	CLdyn ml/cm H2O.l	PIF l/m.l
Inicio de calor	732	14.16	4.35	3.15	6.7	3.1	68	63.3
Fin del ejercicio	926	23.32	7.60	4.55	11.15	5.46	34.8	106.2
Variación	194	9.14	3.25	1.45	4.45	2.37	-33.2	39.9
%	27%	64%	75%	46%	66%	76%	-49%	63%

También observamos un incremento rápido del VTi, PTP y PEEPi durante la entrada en calor y el comienzo del ejercicio, luego se estabiliza hasta el comienzo de la recuperación. En el tercer minuto de la recuperación los valores son mayores que al comienzo del ejercicio.

**Análisis de los resultados:** En la tabla se observa que se produce un incremento del VTi del 27% y un incremento del esfuerzo total del 64%, reflejando una menor eficiencia en la traducción del esfuerzo de los músculos respiratorios en la generación del volumen. Los tres componentes de esfuerzo muscular inspiratorio aumentaron. Creemos que cada una de las causas de estos son: el incremento de la carga resistiva por un aumento del flujo inspiratorio pico (PIF), el aumento de la carga umbral por una mayor PEEPi y un aumento de la carga elástica por la disminución de la compliance pulmonar dinámica (CLdyn), a su vez, causada por la hiperinsuflación dinámica. En el trabajo se observa que en este ejercicio de carga constante hay una gran exigencia de los músculos respiratorios y a su vez señalamos que las propiedades mecánicas del sistema respiratorio pueden ser monitoreadas en tiempo real incluso en la actividad de rehabilitación diaria como en un paciente caminando en una cinta.

## 11 - Enfermedades intersticiales

TL114

### 0056. COMPLICACIONES PULMONARES DE LOS EXCIPIENTES DEL CONSUMO DE CRACK

M Bosio<sup>1</sup>, G Tabaj<sup>2</sup>, R Villagomez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Británico, Sanatorio San Lucas, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Cetrangolo, Argentina.

**Introducción:** La cocaína es una droga estimulante derivada de las hojas de coca que ha sido utilizada desde el siglo XVI, siendo actualmente una de las más consumidas en todo el mundo. Su consumo genera el mayor número de tratamientos en sala de emergencias por síntomas cardio-respiratorios y es la responsable de la mayoría de las causas de muerte relacionadas con drogas.

**Objetivo:** Se presenta un paciente con nódulos pulmonares bilaterales producidos por silicosis, relacionada a los adulterantes del crack y pasta base. **Caso clínico:** Paciente masculino de 30 años con antecedentes de consumo de tabaco (15 py), cocaína inhalada, marihuana desde la adolescencia y cocaína fumada en forma de pasta base y crack desde hace 5 años.

Es derivado por alteración en la placa de tórax con opacidades nodulares alveolares bilaterales. La tomografía de tórax de alta resolución reveló nódulos bilaterales con predominio en los lóbulos superiores y opacidades nodulillares bilaterales con patente de árbol en brote.

Broncoscopia con BAL y BTB que informó inflamación crónica inespecífica. Bacteriología sin resultados positivos.

Laboratorio normal, ELISA para HIV negativo en dos oportunidades, laboratorio inmunológico negativo.

Se decide realizar biopsia pulmonar por VATS que informa neumonitis crónica granulomatosa inespecífica con reacción gigantocelular de tipo cuerpo extraño. Presencia de micro partículas de entre 6 y 10  $\mu\text{m}$  compatibles con vidrio, relacionadas a una célula gigante multinucleada de tipo cuerpo extraño.

**Discusión:** De acuerdo con los Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en el año 2003, 34.9 millones de estadounidenses mayores de 12 años han declarado haber consumido cocaína en algún momento de su vida, con 7.9 millones en forma de «crack». La cocaína está disponible en 4 formas, hidroxilclorhidrato, pasta base, crack y bazuco. El hidroxilclorhidrato es el polvo blanco producto de la disolución del alcaloide en ácido clorhídrico, como no es estable al calor no puede ser fumado.

En todas las muestras de cocaína se encuentran adulterantes que pueden producir toxicidad adicional. Diferentes análisis de muestras en USA establecieron una pureza del 14% al 75%. Entre las adulteraciones más comunes se encontraron los anestésicos, azúcares, estimulantes como la cafeína o efedrina y compuestos inertes como talco, harina, calcio, aspirina o yeso.

Las complicaciones pulmonares derivadas del abuso de estas sustancias dependerán de la forma de administración, de la dosis, la frecuencia de exposición, y la presencia de sustancias asociadas. El tamaño medio de las partículas generadas es de 2,3 micrones, lo suficientemente pequeño como para depositarse en los alvéolos.

**Conclusiones:** Paciente con nódulos bilaterales múltiples relacionados al consumo de cocaína en forma de crack pero debido a la acumulación de sílice libre. Los clínicos y los patólogos que atienden pacientes que consumen crack deberían estar alerta sobre las posibles conexiones entre la cocaína y la silicosis.

TL115

### 0073. FASE ACCELERADA POST QUIRÚRGICA DE NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA EN UN PACIENTE NO FUMADOR. REPORTE DE UN CASO

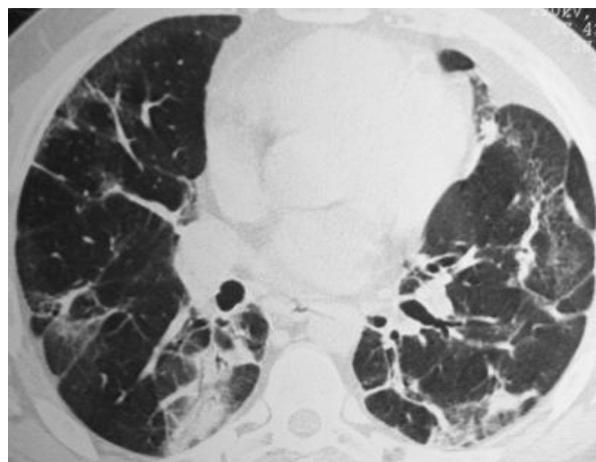
SJ Auteri, ME Fernandez, F Campins, FM Caro, C Poleri, R del Olmo, G Menga, D Lombardi

Hospital María Ferrer, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Paciente masculino de 42 años de edad, con antecedentes de haber trabajado en construcción desde el año 2000 en con-

tacto con el asbesto, aislantes térmicos y pulido de mármol, sin protección. Hipertenso en tratamiento, niega tabaquismo activo o pasivo, neumonía en el año 2006 y 2008 que evoluciona posteriormente con disnea de esfuerzo, por lo que fue tratado previamente en otra institución con meprednisona 90 mg/día con reducción total de la dosis en 6 meses, con mejoría de los síntomas respiratorios.

Consulta debido a Disnea progresiva hasta CF III en el último año asociado a tos seca. Examen físico: rales velcro, SaO<sub>2</sub> 92% (FiO<sub>2</sub>: 21%), hipoxemia para la edad, espirometría que sugiere restricción con DLCO corregida a hemoglobina de 31%. La tomografía de tórax de alta resolución demuestra bandas parenquimatosas bilaterales, áreas parcheadas en vidrio esmerilado y zonas de consolidación con broncograma aéreo (ver figura).



*Tomografía computada de alta resolución: bandas parenquimatosas bilaterales, áreas parcheadas en vidrio esmerilado y zonas de consolidación con broncograma aéreo.*

En otro nosocomio se realizó biopsia transbronquial en lóbulo inferior izquierdo con muestras no representativas para evaluar parénquima pulmonar. Dada la severidad del cuadro clínico y las imágenes atípicas de la tomografía se decide realizar en nuestro centro una biopsia quirúrgica de lóbulo inferior derecho y lóbulo superior derecho. Al 4º día postoperatorio evoluciona progresivamente hasta cumplir con parámetros clínico-radiológicos de SDRA y requerimiento de ARM, sin signos de infección ni de insuficiencia cardíaca. Se recibe informe anatomopatológico: Neumonía Intersticial Descamativa (DIP), por lo que se sospecha fase acelerada de DIP postquirúrgica, con lo cual se indica infusión endovenosa de metilprednisolona 500 mg/día por 3 días consecutivos, evolucionando con mejoría clínica, radiológica y gasométrica por lo que se realiza extubación al 7º día, con posterior evolución favorable.

**Conclusión:** Presentamos un caso inusual de Neumonía Intersticial Descamativa que se presenta en un paciente no fumador y se encuentra en relación a la inhalación de polvos inorgánicos (Asbesto), que evolucionó con fase acelerada posterior a la biopsia pulmonar quirúrgica con respuesta favorable a los glucocorticoides.

TL116

### 0112. A PROPÓSITO DE UN CASO: PROTEINOSIS ALVEOLAR (PA)

FJ Sotelo, JR Ayala, A García, R Gonzalez, JC Atencia, A Trujman, A Prieto  
Hospital de Alta Complejidad «Pte J:D Perón». Formosa, Argentina.

**Introducción:** La Proteinosis Alveolar ((PA) fue descrita por primera vez en 1958, es una entidad rara de curso variable, debido a un trastorno en el que se acumula un material lipoproteínico PAS (+) dentro de los alveolos pulmonares produciendo insuficiencia respiratoria. De etiología congénita o adquirida (inhalación de polvos inorgánicos ej: sílice o vapores tóxicos, tipos de cáncer hematológico, ciertas infecciones, inmunosu-

presión farmacológica). La prevalencia de la (PA) adquirida ha sido estimada en 0,37 por cada 100.000 personas. Su aparición es entre los 30 y 50 años, más frecuente en el varón, un 70% relacionado con el tabaquismo. Se encuentra dentro de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Raras.

**Propósito:** por su baja prevalencia y rara presentación se decide compartir nuestra experiencia con colegas.

**Caso clínico:** Mujer de 46 años, residente en la ciudad de Luque (Paraguay), niega antecedentes de enfermedades laborales o sistémicas. Comienza hace un año aproximadamente con disnea progresiva y tos no productiva, por lo que consulta en reiteradas oportunidades en su país, por no mejoría consulta a nuestro servicio. Estudios complementarios: Rx tórax: patrón de vidrio esmerilado con patrón reticular fino. TC Tórax: empedrado irregular con engrosamiento septal y líneas intralobulillares superpuestas, con aspecto de «empedrado loco» (crazy paving) (diagnósticos diferenciales: Ca bronquioloalveolar, PJP, SDRÁ, Neumonía Lipoidea) acompañado de vidrio esmerilado sin distorsión de la arquitectura anatómica. Se evidencian aéreas de consolidación por ocupación del espacio alveolar. Compatible con PA. (Ver fotos)

Espirometría: FVC: 1,57 (45%); FEV1: 1,33 (45%); FEV1/FVC: 84,7; PEF: 6,36 (90%) morfología de la curva flujo/volumen: RESTRICTIVA; 6 MWT: recorrió 522 metros (100%) del teórico; con descenso de 14 puntos de la saturación. Se realiza lavado bronquiolo-alveolar (BAL) se obtiene material de aspecto macroscópico lechoso cuya Anatomía Patológica (microscopio) informa un material amorfo granular PAS (+) compatible con Proteinosis Alveolar. BTB: compatible con PA. VIH: no reactivo; COLAGENOGRAMA: negativo.

**CONCLUSIÓN:** la PA es un desafío a tener presente dentro de las disquisiciones diagnósticas de las enfermedades pulmonares intersticiales por lo que debemos aunar esfuerzos con un enfoque multidisciplinario para llegar a su diagnóstico. (NEUMONOLOGO + IMAGENOLOGO + ANATOMO PATÓLOGO)

#### TL117

##### 0209. ALVEOLITIS ALERGICA EXTRINSECA

CL Besada<sup>1</sup>, DP Benedetti<sup>1</sup>, CM Bocchia<sup>1</sup>, A Pederñera<sup>2</sup>, MC De Salvo<sup>1</sup>, JA González<sup>1</sup>

<sup>1</sup> División Neumología. Hospital E. Tornú, Argentina. <sup>2</sup> Unidad Anatomía Patológica Hospital E. Tornú, Argentina.

**Introducción:** La Alveolitis Alérgica Extrínseca (AAE) es una enfermedad inflamatoria del pulmón, secundaria a la inhalación o ingesta de sustancias que comprometen el parénquima pulmonar, mediada por una exagerada respuesta inmunológica en pacientes susceptibles, no observándose en pacientes atópicos. No existen datos exactos sobre su prevalencia dada la multiplicidad de agentes etiológicos, habiéndose visto con menos frecuencia en pacientes fumadores ante la posibilidad de que el humo del tabaco impida de algún modo el desarrollo de AAE.

**Caso Clínico:** Paciente de 66 años de sexo femenino que ingresa por disnea CF II-III de 3 meses de evolución sin tos, ni expectoración, ni síndrome febril, coincidiendo con la ingesta de meloxicam 15 mg/día por artrosis generalizada. HTA medicada con enalapril 5 mg/día. El examen físico presentaba disnea CF II-III, estertores crepitantes bilaterales en campo medio e inferior. Saturación de O<sub>2</sub> 90%, FIO<sub>2</sub> 21%. Laboratorio: Eritro 84 mm resto sin particularidades. ECG: Normal. FBC: Normal. BAL: 134 cel/mm<sup>3</sup>: Linfocitos 61%, Macrófagos 37%, Eosinófilos 2%. Citológico, BAAR y Micológico negativos. Espirometría: FVC: 1.70 L (66%) FEV<sub>1</sub> 33 L (64%) FEV<sub>1</sub>/FVC: 80%. (patrón de tipo restrictivo). Test de marcha: Desaturación de 84% O<sub>2</sub> a los 200 mts.

Rx de Tórax: radiopacidad heterogénea campo medio e inferior bilateral.

TAC de Tórax: Patrón intersticial bilateral, en vidrio esmerilado, respetando ambos vértices, tenues imágenes de broncograma aéreo. Mediastino normal.

Inició tratamiento con deltisona 40 mg./día, O<sub>2</sub> con cánula nasal a 2 lts por minuto, suspendiéndose meloxicam presentando buena evolución clínica y radiológica.

Ante la presunción de AAE se realizó biopsia pulmonar a cielo abierto: parénquima con presencia de macrófagos y células gigantes, que tienden a formar granulomas, con infiltrados en parche de células linfomonocitarias y presencia de macrófagos en espacios alveolares correspondiendo a cuadro de AAE.

**Conclusión:** Se debe pensar en la posibilidad de una AAE: a) Sospecha clínica b) Exposición a sustancias capaces de producir reacciones de tipo antigénica c) Anticuerpos precipitantes en BAL d) Cuadro clínico y radiológico e) Hipoxemia de reposo que aumenta con ejercicio f) Espirometría con patrón de tipo restrictivo g) El estándar de oro es la biopsia pulmonar a cielo abierto.

#### TL118

##### 0235. COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS. EXPERIENCIA CON RITUXIMAB.

V Moyano, M Uribe, A Babini

Hospital Italiano, Argentina.

**Objetivos:** presentar una serie de casos, con compromiso pulmonar intersticial asociado a enfermedad reumatológica, con esquemas terapéuticos, previos sin respuesta, bajo tratamiento actual con rituximab.

**Caso 1:** 49 años mujer. Artritis Reumatoidea, 30 años de evolución, secuelar. Neumonías recidivantes, diagnóstico COP, respuesta a esteroides. Por enfermedad articular etanercept. Sepsis. Disnea progresiva, tos, crépitos y subcrépitos bilaterales. TACAR: vidrio esmerilado, bronquiectasias, áreas de bronquiolititis. FVC 60%. Inicia rituximab. Respuesta positiva clínica y funcional.

**Caso 2:** 51 años mujer. A. Reumatoidea, año 2006. Derivada para diagnóstico de Fibrosis pulmonar. Disnea, tos. FVC 50%. TACAR: patrón compatible con UIP Posterior artritis y sinovitis. Factor reumatoideo positivo. Esteroides, ciclofosfamida. Sepsis. Inicia azatioprina. Estabilidad pulmonar. Por mala evolución articular inicia etanercept. IRA, condensación lobulosa superior derecho, esteroides y antibióticos. Lenta respuesta. FVC 50%, desaturación en test de marcha. TACAR infiltrado alveolo intersticial subpleural derecho, engrosamiento septal, bronquiectasias por tracción. Mala respuesta a micofenolato. Inicia rituximab. Estabilidad funcional y clínica.

**Caso 3:** 46 años mujer. Esclerodermia – Sjögren, compromiso parotídeo bilateral, estenosis esofágica. TACAR: engrosamiento septos interlobares, bronquiectasias, panal basal bilateral. FVC 50%. Sin respuesta a ciclofosfamida, micofenolato. Leve mejoría con esquema de rituximab.

**Caso 4:** 26 años varón. Esclerodermia sistémica. TACAR: NSIP tipo fibrosis. FVC 40%. Test de marcha 77% saturación. 155 metros. Borg 8. Inicia micofenolato. Sin respuesta. Actualmente con rituximab. Test de marcha Borg 6, 200 metros, desaturación. Escaso cambio. Estabilidad clínica.

**Caso 5:** 25 años mujer. Lupus, 10 años de evolución. Año 2004, disnea. TACAR: vidrio esmerilado bilateral, áreas quísticas versus panalización. DLCO 60%. FVC 70%. Inicia ciclofosfamida. Luego micofenolato. Respuesta parcial. Año 2009, disnea progresiva. DLCO 60%. FVC 65%. Test de marcha detenido por disnea, no desaturación. TACAR: aumento de áreas de panal y vidrio esmerilado bilateral. Inicia rituximab. Buena respuesta clínica y funcional.

**Caso 6:** 21 años varón, A. Reumatoidea, 10 a. de evolución. Esplenectomía por anemia hemolítica. Retardo del crecimiento, secuelar articular, fumador. Internaciones repetidas por crisis de broncoespasmo, con escasa respuesta a tratamientos convencionales. TACAR: áreas bilaterales de bronquiolititis folicular. Previo esquema con etanercept. Sin respuesta, inicia rituximab. Mejoría clínica y radiológica.

**Conclusiones:** Los casos aquí descriptos presentan severo compromiso por la enfermedad de base, asociado a enfermedad moderada o severa respiratoria, con incapacidad funcional por ambas patologías.

Las entidades reumatológicas tienen antecedentes de larga evolución, salvo el caso 2 que debuta con compromiso respiratorio, siendo ellos jóvenes o en la etapa media de la vida.

Se obtiene mejoría objetivada con pruebas funcionales en 3 de los casos. En los 3 restantes se obtiene estabilidad clínica y funcional.

#### TL119

##### 0243. HISTIOCIOSIS X, UNA ENFERMEDAD HUÉRFANA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

M Arcaus, I Bazzino, S Tagliafico, P Curbelo, E Meerovich  
Instituto del Tórax, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

La Histiocitosis X integra el grupo de enfermedades llamadas «huérfanas», por su baja prevalencia y etiología aun no aclarada. Afecta predominantemente a adultos jóvenes, entre los 20 y 40 años, especialmente fumadores, comprometiendo en general un único parénquima, a saber: pulmonar, óseo, encefálico, siendo el compromiso múltiple infrecuente. A nivel pulmonar se caracteriza, desde el punto de vista histológico, por la presencia de granulomas integrados por células de Langerhans que filtran y destruyen bronquiolos distales condicionando la formación de cavidades quísticas múltiples. El tratamiento aun no esta pautado, y se individualiza a cada paciente; algunos de los regímenes terapéuticos incluyen Vinblastina con o sin Corticoides.

Analizamos tres casos clínicos de pacientes internados en el Hospital Maciel, Instituto del Tórax, Facultad de Medicina, en el período comprendido entre los años 2008 y 2009.

Se trataron de dos mujeres y un hombre, cuyas edades fueron 52,27 y 28 años respectivamente. Dos pacientes jóvenes con neumotórax espontáneo recurrente, uno de ellos con compromiso sistémico dado por afectación neurológica, y el tercero con debut tardío sin clínica orientadora. El caso con compromiso pulmonar y neurológico, asocio un proceso expansivo de topografía supraselar y de tronco encefálico, condicionando panhipopituitarismo y secreción inapropiada de hormona antidiurética. La confirmación en los tres casos fue mediante biopsia por videotoracoscopia. El tratamiento fue en base a cese del hábito tabáquico, corticoides sistémicos en dos casos y corticoides y ciclos semanales de Vinblastina en el paciente con afección neurológica. Se realizó pleurodesis en los pacientes con neumotórax. La evolución fue buena en todos los casos. En dos de ellos mejora la clase funcional y no recidiva el neumotórax. En el otro retrocede la sintomatología- sinología neurológica y las imágenes en la RNM así como la afectación endocrinológica con tratamiento sustitutivo.

## 12 - Oncología

#### TL120

##### 0011. MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO: CARACTERIZACIÓN Y ESTADIFICACIÓN CON 18FDG-PET/CT

C González, G Bruno, Y Blumenkrantz, A Osorio, P Parma  
Fundación Centro Diagnóstico Nuclear, Argentina.

**Propósito:** Evaluar la utilidad de 18FDG-PET/CT en la caracterización y estadificación del Mesotelioma Pleural Maligno (MPM).

**Palabras clave:** mesotelioma, FDG-PET/CT.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron retrospectivamente 6 pacientes con diagnóstico histológico confirmado de Mesotelioma Pleural Maligno, durante el período comprendido entre agosto de 2007 y mayo de 2010; 4 de ellos de sexo femenino y 2 masculino con un rango etario entre los 37 y 67 años (edad promedio 53 ± 10 años). Todos los pacientes fueron explorados con 18FDG-PET/CT de cuerpo entero en un equipo GE Discovery STE-16, una hora después de la inyección del radiofármaco.

Se excluyeron aquellos pacientes que previo a la realización del examen PET/CT fueron operados y/o recibido tratamiento quimioterápico.

En todos los casos se examinaron las lesiones desde el punto de vista morfológico (TC) y metabólico (PET) con medición

de la captación de 18FDG, cuantificable a través del Valor de Captación Estandarizado máximo (SUVmax).

**Resultados:** En todos los pacientes se objetivó el compromiso pleural (engrosamiento focal y/o difuso con o sin derrame asociado), siendo unilateral en 5 de ellos (3 izquierdos y 2 derechos) y bilateral en el restante. En todos los casos la lesión pleural primaria resultó positiva por PET con intensa captación de FDG, obteniéndose valores de SUVmax entre 6.3 y 14.7 (promedio de 10.6 ± 4).

En 4 pacientes se observó derrame pleural ipsilateral asociado. En 4 casos se constató compromiso adenopático hipermetabólico en ubicación supradiafragmática (regiones cervical, supraclavicular y mediastinal) e infradiafragmática (regiones retrocrustral, celiaca y retroperitoneal). En ningún caso se detectaron metástasis extraganglionares a distancia comprobables, ya que en 2 pacientes se identificaron nodulillos pulmonares únicos, situados por debajo del límite de la resolución espacial del PET.

Paciente	Edad	Sexo	Región	Adenopatía	SUVmax	Derrame Pleural
1	67	F	BILATERAL	MEDIASTINALES	7.6	+
2*	54	M	DERECHO	MED, MD	14.7	
3	48	M	DERECHO	RETROPERITONEALES	14.3	+
4	57	F	IZQUIERDO		13.3	
5*	37	F	IZQUIERDO		6.3	+
6	57	F	IZQUIERDO	MEDIASTINALES, RCB Y CELIACA	7.6	+

MSD: múltiples supradiafragmáticas, MID: múltiples infradiafragmáticas, RCB: retrocrustral bilateral. \* Pacientes con nódulo pulmonar milimétrico.

**Conclusión:** FDG-PET/CT es una excelente modalidad diagnóstica no invasiva para caracterizar la lesión pleural primaria (intensa captación de 18FDG), establecer el sitio adecuado de biopsia, determinar extensión locorregional y a distancia y poder definir los candidatos a la cirugía.

#### TL121

##### 0035. TUBERCULOSIS PULMONAR Y SARCOMA FUSOCELULAR.

DN Lavagnino, LM Bustamante, FS Delgadillo, M Alonso, RF Gullo, MA Barth, MP Jajati, CD Gonzalez, CB Saenz  
Unidad de Neumotisiología, Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía, CABA, Argentina.

**Introducción:** La tuberculosis y el cáncer son dos entidades clínicamente relacionadas. Hay situaciones en las que se sospecha tuberculosis y finalmente se confirma una neoplasia y en otros casos ocurre a la inversa. Además la tuberculosis puede preceder a un cáncer, aparecer sincrónicamente o acontecer tras el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 53 años de edad, ex tabaquista y ex enolista, que ingresa al servicio de Neumotisiología por fiebre, tos con expectoración mucopurulenta/hemoptoica y sudoración nocturna. Al examen físico regular estado general, buena mecánica ventilatoria, hipoventilación generalizada, rales crepitantes en campo medio izquierdo, resto dentro de parámetros normales. Se realiza radiografía de tórax que muestra opacidades heterogéneas difusas en ambos campos pulmonares, imagen redondeada en campo superior derecho, radiolúcida, compatible con cavidad. Espueto BAAR ++, PPD anérgica, HIV no reactivo. Diagnóstico: TUBERCULOSIS PULMONAR. Comienza tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol con mejoría clínica y radiológica.

Al mes de la internación intercorre con dolor axilar izquierdo y fiebre. No presenta cambios al examen físico. Se realizan hemocultivos X 2 (negativos) y urocultivo (negativo). La radiografía de tórax evidencia lesión radiopaca en campo superior izquierdo, en contacto con pleura, de borde convexo. Se inicia tratamiento antibiótico sin obtener respuesta. Se realiza TAC de tórax: en lóbulo superior izquierdo formación nodular con broncograma aéreo compatible con área de consolidación con cavitación cuyos bordes se impregnan con el contraste endovenoso con un centro necrótico de densidad líquida. Se programa punción aspiración guiada por TAC de lesión pulmonar: mate-

rial obtenido directo y cultivo para gérmenes comunes, BAAR y micológico negativos, citología negativa. Se decide realizar biopsia torácica por toracotomía posterolateral izquierda hallándose tumor de apariencia inflamatoria cavitado en lóbulo superior, adherido a pleura parietal que se libera con maniobras romas. Se realiza toma de biopsia de borde de la cavidad y de tumor sólido, se envía muestra a histopatología que informa carcinoma sarcomatoide. Inmunomarcación: Vimentina +, Keratina -, Proteína S100 -, Antígeno epitelial de membrana -, Actina de músculo liso -. Diagnóstico: SARCOMA FUSOCELULAR DE ALTO GRADO INDIFERENCIADO.

**Conclusión:** La coexistencia de tuberculosis pulmonar y neoplasias es infrecuente, lo más conocido es la asociación con cáncer de pulmón, con una frecuencia estimada de 2.2%. No hay bibliografía disponible de la asociación entre tuberculosis pulmonar y sarcoma fusocelular.

#### TL122

##### 0044. COEXISTENCIA DE BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONÍA ORGANIZADA Y ADENOCARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR

LM Bustamante<sup>1</sup>, VD Pascansky<sup>2</sup>, DN Lavagnino<sup>1</sup>, M Alonso<sup>1</sup>, FS Delgadillo<sup>1</sup>, MA Barth<sup>1</sup>, CB Sáenz<sup>1</sup>, F Abdala<sup>2</sup>, A Iotti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Neumotisiología. Hospital Ramos Mejía, C.A.B.A., Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio De Los Arcos, C.A.B.A., Argentina.

Caso clínico: Masculino; 66 años; argentino.

Consulta por neumonías a repetición de 5 meses de evolución con fiebre de 38°C y tos con broncorrea alternante entre mucosa y mucopurulenta. Previo a la consulta recibió múltiples tratamientos antibióticos con mejoría parcial y se había realizado fibrobroncoscopia (FBC) con BAL, biopsia y cepillado bronquial con resultados negativos para neoplasia y causas infecciosas. Al momento de la consulta presentaba buen estado general, pero persistía con tos y broncorrea.

Se realizó Rx de tórax en la que se observó opacidad en lóbulo inferior izquierdo en cuyo centro predominaban imágenes de tipo alveolares con halo de vidrio esmerilado. En la TACAR se corroboró ocupación del mismo lóbulo con imágenes similares a las descriptas previamente.

Se realizó nueva FBC con BAL, cepillado y biopsia transbronquial, con toma de muestras anatómicamente significativas.

**Diagnóstico:** bronquiolitis obliterante con neumonía organizada.

Luego de 24hs del procedimiento, el paciente refirió dolor torácico, tipo puntada de costado, diagnosticándose neumotórax. Se realizó VATS en donde se visualizó en lóbulo inferior izquierdo compromiso en toda su extensión con aspecto de esponja seca por lo que se decidió realizar lobectomía inferior.

**Diagnóstico final:** Adenocarcinoma bronquioloalveolar variedad mucinosa.

**Discusión:** Frecuentemente se pueden encontrar áreas de bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) en las zonas adyacentes a una neoplasia pulmonar, pero la coexistencia en zonas pulmonares alejadas de un carcinoma broncogénico y una BONO es excepcional.

Existe en la literatura reporte de un caso de coexistencia de BONO y carcinoma bronquioloalveolar (CBA).

Es interesante, que ambas enfermedades involucran al espacio aéreo y presentan características radiológicas similares. La BONO usualmente se presenta como áreas parcheadas multifocales bilaterales de consolidación o vidrio esmerilado y menos frecuentemente como áreas únicas de consolidación o patrón reticular difuso. El CBA presenta un amplio espectro de manifestaciones en TAC, que van desde nódulos solitarios hasta consolidación multilobar.

En nuestro caso, la forma de presentación del CBA como áreas de consolidación rodeadas de vidrio esmerilado, concuerda con lo descripto en la literatura.

**Conclusión:** Ante la persistencia de imágenes de ocupación de espacio aéreo, sugestivas de neumonía no resuelta con diagnóstico de BONO por endoscopia, debe considerarse la posibilidad de que exista una neoplasia subyacente, ya que

esta asociación, aunque infrecuente, puede darse y no debe quedar sin diagnóstico.

#### TL123

##### 0161. NUESTRA EXPERIENCIA EN CANCER DE PULMON Y FIBROBRONCSCOPIA. DURANTE EL PERIODO 2006-2009.

IL Vigil Torres, ML Liendo, JC Zazzetti, MA Zanotti  
Clínica Fusavim, Clínica San Martín, Argentina.

**Introducción:** El carcinoma broncogénico es una neoplasia de gran trascendencia y a pesar de múltiples avances tecnológicos, el pronóstico de la enfermedad ha mejorado poco. Diagnosticar mejor y manejar con más eficacia las posibilidades terapéuticas suponen una actividad médica compleja, pero es un esfuerzo justificado por la gravedad del problema.

**Objetivos:** Exponer nuestra experiencia en cáncer de pulmón e incidir sobre las manifestaciones clínicas y los hallazgos en la broncofibroscopia.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de tipo observacional mediante la revisión de Documentación propia de la consulta de nuestro servicio de los casos con diagnóstico de cáncer de pulmón durante el período de diciembre del 2006 hasta diciembre del 2009 inclusive.

**Resultados:** Se evaluaron 101 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón, 82 de sexo masculino y 19 de sexo femenino. La edad media fue de 65 años, con un rango entre 45 y 86 años. El 5% de los pacientes estaban asintomáticos al momento del diagnóstico. Los síntomas más frecuentes fueron la hemoptisis (45%) y la tos (21,25%). Se observó que el 98,5% presentaba lesión radiográfica, siendo la masa ocupante de espacio la más frecuente (78,5%). Se evidenció lesión broncoscópica en el 88,3% de los casos; infiltración submucosa en un 39,5%. El tipo histológico más común fue el carcinoma epidermoide (41,58%).

**Conclusión:** Nuestra serie engloba a un grupo de 101 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón, realizado mediante la obtención de biopsias bronquiales por broncofibroscopia. Los síntomas más comunes fueron la hemoptisis y la tos. En un alto porcentaje de pacientes se evidenció lesión broncoscópica (88,3%) al momento del diagnóstico. El pronóstico del cáncer de pulmón es malo y ha mejorado poco en los últimos años. Solo el estudio de la patología y el diagnóstico precoz permitirán una intervención terapéutica más eficaz.

#### TL124

##### 0234. UTILIDAD DEL CISPLATINO INTRAPERICÁRDICO EN EL TRATAMIENTO DEL DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO

AK Patané, C Pupareli, A Rosales, M Rosenberg, D Santos, N Gastaldello, M Zylberman

Instituto Médico Especializado Alexander Fleming, Argentina.

**Introducción:** El derrame pericárdico maligno recidiva en hasta el 62% de los pacientes luego de una pericardiocentesis. Debido a ello, se ha intentado completar el tratamiento con la instilación intrapericárdica de drogas luego del drenaje de la cavidad. El cisplatino ha demostrado que es útil y seguro para ese propósito.

**Objetivo:** Presentar la experiencia en nuestra institución del uso del cisplatino intrapericárdico en el tratamiento del derrame pericárdico maligno.

**Material y métodos:** Se incluyeron los pacientes ingresados en el Instituto Alexander Fleming entre enero de 2005 y mayo de 2010 con diagnóstico de taponamiento cardíaco o de derrame pericárdico grave tratados con drenaje percutáneo e instilación de cisplatino intrapericárdico (10 mg en 20 ml de solución fisiológica por 5 días). Se requirió: a) confirmación citológica de malignidad o b) hallazgo ecocardiográfico de lesiones compatibles con invasión neoplásica del saco pericárdico y c) poca expectativa de respuesta a un tratamiento sistémico.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes (8 hombres y 5 mujeres), edad media 61.5 años (51-69). El tumor primario fue pulmonar (n = 7), de mama (n = 2), de vejiga (n = 1), de esófago (n = 1), de riñón (n = 1) y de próstata (n = 1). La citología fue positiva

en 8 casos. El tiempo de permanencia del catéter fue de 7 días. Hubo efectos adversos en tres casos: dolor, fiebre y fibrilación auricular. Un solo paciente tuvo recidiva del derrame al mes. Diez pacientes fallecieron [tiempo medio a la muerte: 51 días (7-246)] y tres pacientes se hallan vivos sin recaída del derrame [tiempo medio de seguimiento: 61 días (8-246)].

**Conclusiones:** El cisplatino intrapericárdico resulta factible de realizar, se tolera bien y se observa un porcentaje bajo de recidivas, lo cual cumple con el objetivo del tratamiento.

#### TL125

##### 0244. ACROQUERATOSIS PARANEOPLÁSICA DE BAZEX. REPORTE DE UN CASO

I Bazzino, JP Salisbury, M Arcaus, E Quintana, J Bazzola, L Piñeyro, E Meerovich  
Instituto del Tórax, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Los síndromes paraneoplásicos constituyen, en ocasiones, la carta de presentación de algunos neoplasmas. En el cáncer de pulmón esto es próximo al 10%, siendo los síndromes paraneoplásicos cutáneos de muy baja incidencia. Su identificación permite sospechar el diagnóstico tumoral de manera precoz. El síndrome de Bazex o acroqueratosis paraneoplásica es una rara manifestación paraneoplásica cutánea observada en carcinomas de estirpe epidermoide del tracto aero-digestivo superior. Las lesiones son de tipo psoriasiforme, eritemato-descamativa, acompañada de zonas hiperqueratósicas, cuya distribución característica es palmo-plantar, lo cual permite alejar otras afecciones cutáneas similares tales como la psoriasis acral, la pitiriasis rubra pilaris, el lupus eritematoso y la enfermedad familiar hiperqueratósica palmoplantar. La patogenia del síndrome es incierta. Varios autores señalan un mecanismo autoinmune, planteando la existencia de un antígeno común entre las células tumorales y epidérmicas. Generalmente afecta a pacientes en la sexta década de la vida, precediendo en meses a el propio tumor y no suelen responder a tratamiento esteroideo ni queratolítico, resolviéndose en el 90%, parcial o totalmente, con la erradicación de la neoplasia.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 75 años, fumador, que un año previo a su ingreso, instala lesiones cutáneas de distribución predominantemente palmo-plantar, eritematosas, descamativas, pruriginosas, refractarias a múltiples tratamientos tópicos y sistémicos. Posteriormente agrega repercusión general y acentuación de su sintomatología respiratoria canalicular exudativa habitual, constatándose en la tomografía de tórax una masa excavada de 65mm de diámetro, de paredes gruesas e irregulares, con signo del peñón, topografiada en el lóbulo inferior derecho. La fibrobroncoscopia evidenció, a nivel del árbol bronquial derecho, disminución del calibre del segmento dorsal del lobar inferior a expensas de infiltración submucosa. El informe preliminar de la biopsia transbronquial es el de un carcinoma no oat cell.

El interés de este caso clínico radica en hacer hincapié en éstos síndromes paraneoplásicos cutáneos, aprender a identificarlos precozmente, con el objetivo buscar con más celeridad la neoplasia subyacente.

## 13 - Cirugía torácica

#### TL126

##### 0005. TUMOR DE BEDNAR (DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS PIGMENTADO): RARO TUMOR GIGANTE DE PARED TORÁCICA

OM Barrionuevo Bustos<sup>1,2</sup>, JC Segura<sup>1,2</sup>, RC Torres<sup>2</sup>, JL Sarquis<sup>2</sup>, J Cristiano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Clínica Privada SRL, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Regional de Villa Dolores, Argentina.

**Antecedentes:** El Tumor de Bednar es extremadamente raro, descrito por Bednar en 1957 se lo considera una variante pigmentada del dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP). Es un tumor de lento crecimiento que se encuentra casi exclusivamente en la dermis, desde donde invade el tejido subcutáneo. Es agresivo y localmente invasor con tendencia a la recurrencia locoregional. Las metástasis son poco frecuentes y tardías.

Involucra predominantemente individuos en la 3ª y 4ª década de la vida, pero puede ocurrir también en la infancia. Afecta a todos los grupos étnicos con una ligera predominancia en la raza negra. Corresponde al 5% de todos los DFSP, los cuales a su vez representan sólo el 0,1% de los cánceres de piel.

**Objetivo:** Comunicación breve de un tumor de presentación excepcional.

**Lugar de aplicación:** Centro privado.

**Diseño:** Presentación de caso.

**Población:** Paciente de 60 años de edad que presenta una tumoración de 35 x 25 cm de diámetro localizado en pared lateral de hemitórax derecho, de crecimiento exófito, friable, de coloración pardorrojiza con zonas necróticas, secreciones sanguinopurulentas fétidas y con presencia de adenopatías axilares homolaterales. Esta lesión llevaba una evolución de 6 años, habiéndose iniciado como un nevus pardonegrozco de 1 cm. no doloroso. Paciente en mal estado general, con ad-gazamiento marcado, fiebre y síndrome anémico. Se solicita Rx. de Tórax y TAC de Tórax.

**Método:** Resección amplia de la lesión, incluyendo en profundidad, el plano muscular, exponiendo la parrilla costal. El estudio patológico informa DFSP Pigmentado. Se decide mejorar el performan status de la paciente para emprender el vaciamiento axilar.

**Resultados:** Paciente muere 20 días después de la cirugía con marcado cuadro consuntivo.

**Conclusiones:** Las características biológicas de este tumor determinan que las posibilidades curativas se basen en una exéresis completa, sin embargo identificar estas lesiones en etapas tempranas constituye todavía un desafío.

#### TL127

##### 0007. CÁNCER DE PULMÓN CON METÁSTASIS A PIEL: ASOCIACIÓN INFRECUENTE

OM Barrionuevo Bustos, RC Torres, JL Sarquis, F Martínez, PM Oviedo  
Hospital Regional de Villa Dolores, Argentina.

**Antecedentes:** La enfermedad metastásica cutánea es poco frecuente. Es el resultado de la infiltración de la piel por un proceso neoplásico cutáneo o extracutáneo situado a distancia. Si bien las metástasis aparecen mucho tiempo después de establecer el diagnóstico de una neoplasia, pueden ser la manifestación inicial en algunos pacientes. Su incidencia oscila entre el 0,7 y el 5,3%, sin embargo se ha reportado en una frecuencia de un 10% en las neoplasias estadio IV. Pueden ser la manifestación inicial de una malignidad en un 0,8% de los casos. En el cáncer de pulmón las metástasis cutáneas son extremadamente raras y sólo un 1 a un 12% de los pacientes desarrollará metástasis en piel. Los tumores mas frecuentes que se reportan como productores de metástasis varían de acuerdo al sexo y los sitios de localización en orden de frecuencia son: tórax, abdomen, cuero cabelludo, miembros inferiores, región inguinal, cuello y cicatriz quirúrgica. Es difícil encontrar reportes con metástasis en la piel de región facial. El pronóstico del cáncer de pulmón con metástasis a piel es muy pobre con una sobrevida después de la metástasis a distancia que no supera los 3 meses.

**Objetivo:** destacar una localización infrecuente de metástasis en el cáncer de pulmón.

**Lugar de aplicación:** hospital regional con amplia zona de influencia.

**Diseño:** presentación de un caso clínico.

**Población:** paciente de 54 años de edad, tabaquista, con diagnóstico de Ca. de Pulmón (Ca. Epidermoide), estadio III B que inicia tratamiento con quimioterapia (carboplatino + paclitaxel) durante 6 ciclos. A los dos meses del diagnóstico presenta una tumoración redondeada y pediculada de 6 x 5 cm. de diámetro, localizada en la piel de región maxilar inferior izquierdo que muestra una forma irregular, polilobulada, duroelástica, de coloración rojovinosa, no dolorosa a la palpación. Se sospecha lesión metastásica.

**Método:** se realiza biopsia excisional amplia. La anatomía patológica informa una lesión compatible con metástasis de Ca. de Pulmón. Se realiza segunda línea de quimioterapia con docetaxel en 6 ciclos.

**Resultado:** buena respuesta al tratamiento oncológico, con una sobrevida de 18 meses desde el diagnóstico de la enfermedad. Fallece con síndrome de impregnación. Presentó buena calidad de vida.

**Conclusiones:** si bien las metástasis en piel del cáncer de pulmón son extremadamente raras y marcan la presencia de un estadio avanzado de la enfermedad, no revelan en sí mismas un pronóstico más sombrío que otra metástasis a distancia a pesar de que algunos trabajos lo asocian con un índice de sobrevida pobre y consideramos que se debe continuar con el tratamiento oncológico según los protocolos luego de la resección de las mismas.

#### TL128

##### 0097. TRATAMIENTO QUIRURGICO ALEJADO DEL TRAUMA BRONQUIAL. PRESENTACION DE UN CASO.

E. Muño Aguilar, N Perez, A Rosales, K Patane, O Rojas

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

**Introducción:** Las fracturas y laceraciones de la tráquea torácica, carina y bronquios fuentes, son frecuentes de ver en pacientes jóvenes, secundarias a trauma cerrado de tórax, sin evidenciar lesiones costales o esternales. Presentan una incidencia del 1,5%. El 74% de las lesiones son secciones transversales, con una incidencia del 4% para tráquea cervical, 12% para la tráquea intratorácica, 25% para el bronquio fuente derecho y del 17% para el bronquio fuente izquierdo.

**Caso Clínico:** Paciente femenina de 20 años de edad que ingresa derivada de otra institución para resolución definitiva de lesión de bronquio fuente izquierdo, previamente manejada con stent endobronquial con evolución torpida.

Presenta como antecedente trauma cerrado de tórax secundario a accidente automovilístico en marzo del 2009, momento en el cual se realiza fibrobroncoscopia, constatándose lesión traumática del bronquio fuente izquierdo, la cual se maneja durante 9 meses con stent bronquial, persistiendo con atelectasia del pulmón izquierdo secundaria a desplazamientos del stent por lo que se deriva a nuestro hospital donde se decide conducta quirúrgica.

Se realiza toracotomía izquierda, resección y plástica a nivel de la carina del bronquio fuente izquierdo.

Evoluciona en el post operatorio con atelectasia del LII requiriendo múltiples toilette bronquiales por fibrobroncoscopia, con buena evolución posterior.

**Discusión:** Las lesiones traqueo bronquiales producidas por trauma cerrado de tórax, son frecuentes en niños y adultos jóvenes. El mecanismo del trauma se encuentra en relación a un aumento de la presión intratorácica con glotis cerrada, o a desaceleración rápida.

Radiológicamente se pueden presentar con neumotórax, neumomediastino y atelectasias completas

La dificultad en reconocer estas injurias en la vía aérea o su mal manejo determina una obstrucción cicatrizal que impide una correcta resolución con complicaciones graves para el paciente.

Creemos que el correcto manejo de estas situaciones es la cirugía temprana a cargo de grupos con experiencia para asegurar la buena evolución de estos pacientes.

#### TL129

##### 0160. SOBREVIDA EN PACIENTES CON CANCER DE CELULAS NO PEQUEÑAS RESECADOS QUIRURGICAMENTE

M Hernández, S Lamot, P Jordan, G Lyons, D Chimondeguy, S Quadrelli

Oncología Torácica. Hospital Británico, Argentina.

**Objetivos:** con el fin de caracterizar el patrón y la sobrevida de los pacientes con con recurrencias luego de haber sido resecados quirúrgicamente, realizamos un estudio retrospectivo incluyendo todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía durante un periodo de 25 años de una misma institución.

**Material y métodos:** Se trata de un Estudio retrospectivo en donde se analizaron los datos recogidos en 485 pacientes sometidos a resección pulmonar por cancer de pulmon no celulas pequeñas entre 1985 y 2009 en una sola institucion se anali-

zaron. Los pacientes fueron incluidos cuando se aportan datos completos acerca de la naturaleza y el tiempo de recurrencia después de la cirugía.

**Resultados:** Se incluyeron 145 pacientes con una recurrencia, 100 (68,5%) de ellos tuvieron su primera reaparición como una metástasis a distancia. La mayoría de Los órganos con recurrencias frecuentes cerebral (37%) y hueso (22%) y múltiples sitios simultáneamente (23%). En comparación con los pacientes con recurrencias locales, los pacientes con metástasis a distancia, no fueron diferentes en edad ( $59,4 \pm 9,8$  vs  $61,4 \pm 9,4$ ,  $p = 0,242$ ) o el sexo. ( $25,0$  vs  $15,6\%$ ,  $p = 0,280$ ). La frecuencia de presentación como un nódulo pulmonar solitario ( $28,0$  vs  $31,1\%$ ,  $p = 0,697$ ), una sospecha clínica de N2 ( $13,0\%$  vs  $15,6\%$ ,  $p = 0,795$ ) o la localización del tumor (lóbulo superior derecho  $40,0$  vs  $37,8\%$ ,  $p = 0,856$ ) no fueron diferentes. Céntrico ( $28,0$  vs  $26,7\%$ ,  $p = 1,000$ ), la localización en los lóbulos inferiores ( $35,3$  vs  $26,1\%$ ,  $p = 0,180$ ), o en el lóbulo superior derecho ( $40,0\%$  vs  $37,8$ ,  $p = 0,842\%$ ) no fueron diferentes. La prevalencia de una neoplasia previa ( $7,0$  vs  $6,7\%$ ,  $p = 1,000$ ) no fue diferente. Durante la cirugía de la necesidad de una neumonectomía no había mostrado diferencias ( $27,0$  vs  $13,8\%$ ,  $p = 0,087$ ), ni la proporción de pacientes con una resección como curativa ( $80,0$  vs  $86,7\%$ ,  $p = 0,483$ ) o con un N2 patológico ( $34,0$  vs  $22,2\%$ ,  $p = 0,176$ ). El adenocarcinoma representó el tipo histológico más frecuente en ambos grupos ( $67,0$  vs  $62,2\%$ ,  $p = 0,577$ ) y la proporción de pacientes con afectación regional ( $53,0$  vs  $40,0$ ,  $p = 0,156$ ) o invasión de la pleura ( $25,0$  vs  $15,6\%$ ,  $p = 0,280$ ) no mostró diferencias. La embolia linfática ( $19,0$  vs  $15,6\%$ ,  $p = 0,815$ ), los émbolos vasculares ( $22,0$  vs  $17,8$ ,  $p = 0,661$ ) y la invasión perineural ( $3,0$  vs  $4,4\%$ ,  $p = 0,646$ ). La proporción de pacientes con una recurrencia temprana (menos de un año) fue similar ( $4,2$  frente a  $3,2\%$ ,  $p = 1,000$ ). La sobrevida media fue menor en los pacientes con DM ( $19,0 \pm 3,1$  vs  $54,0 \pm 6,9$  meses,  $p = <0,0001$ ).

**Conclusiones:** La incidencia de recidivas a distancia luego de cirugía no se puede predecir por cualquiera de las variables clínicas o histológicas. Los pacientes con recurrencias a distancias tienen un tiempo de supervivencia mucho más corto.

#### TL130

##### 0208. SINDROME DE DOEGE-POTTER POR TUMOR FIBROSO SOLITARIO GIGANTE DE PLEURA

R García, H Rivero, A Rosales, K Patané, O Rojas

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

**Introducción:** El primer tumor fibroso solitario de pleura fue descrito en el año 1870 por Wagner. Estos tumores son considerados benignos, no tienen relación con el asbesto y se originan de las células mesenquimáticas de la pleura visceral. Son más frecuentes después de los 50 años, con igual incidencia por sexo. Suelen ser asintomáticos, pero pueden producir tos, dolor torácico y disnea si adquieren gran tamaño y como síntomas extratorácicos hipoglucemia severa (sind. Doege-Potter), pérdida de peso y clubbing digital.

**Objetivo:** Presentar el manejo clínico-quirúrgico de una paciente con tumor Fibroso solitario pleural gigante con severas manifestaciones clínicas extrapulmonares.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 61 años de edad que debuta con derrame pleural en abril 2009. Se realiza videotoracoscopia y sellado pleural en otro centro, hallándose masa pleural la cual se biopsia con diagnóstico de Tumor Fibroso Solitario, iniciando en agosto Quimioterapia con Ifosfamida y doxorubicina.

En noviembre de ese mismo año ingresa a nuestro hospital presentando disnea progresiva G III-IV, hipoglucemias severas que requieren internación en UTI (Sind. de Doege-Potter), disfagia para sólidos y deterioro del sensorio. En nueva TAC de tórax se evidencia una gran masa pleural derecha que ocupa todo el hemitórax, desplazando el mediastino hacia la izquierda. Al examen físico presentaba somnolencia, hiperqueratosis seborreica/verrugosa a nivel dorso superior, base del cuello y submamario bilateral (signo de Léser Trelat), hipoxemia ( $58$  mmHg) e hipoglucemia severa ( $42$  mg/dl) y en el examen funcional severa incapacidad ventilatoria de tipo restrictivo

(FEV1/FVC 78%- FEV1=0.59 (27%) FVC=0.76 (26%)). Se realiza pleuroneumectomía derecha con normalización postoperatoria de los niveles de glucemia, oxígeno en sangre (PO2 80 mmHg) y valores espirométricos (FVC 0,88 32% FEV1 0,79 37% FEV1/FVC 90 115%). Informe anatómo-patológico Tumor Fibroso solitario pleural con criterios histológicos de malignidad y márgenes de resección de la pleura parietal focalmente infiltrados. Actualmente la paciente se encuentra ambulatoria, normoglucémica, bajo quimioradioterapia, con PS 0 y un recorrido de 260 metros (50%) sin desaturación en el test de 6 minutos.

**Conclusión:** Los tumores fibrosos solitarios de pleura son tumores benignos, por lo general asintomáticos y que rara vez comprometen la vida del paciente. En un 12% de los casos se presentan con un comportamiento clínico agresivo y con signos histopatológicos de malignidad. Aún en estos casos la mejor opción terapéutica es la cirugía, no sólo por la poca respuesta al tratamiento oncológico, sino para mejor manejo de los síntomas.

#### TL131

##### 0221. NEUMONECTOMÍAS POR CÁNCER DE PULMÓN: COMPLICACIONES Y SOBREVIDA ALEJADA

A Patané<sup>1</sup>, N Perez<sup>2</sup>, C Martín<sup>1</sup>, C Puparelli<sup>3</sup>, A Rosales<sup>1</sup>, O Rojas<sup>2</sup>, M Rosenberg<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer/ Instituto Alexander Fleming, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina. <sup>3</sup> Instituto Médico Especializado Alexander Fleming, Argentina.

**Introducción:** el rol de la neumonectomía en el tratamiento del cáncer de pulmón es discutido, debido a la alta morbi-mortalidad asociada a este procedimiento.

**Objetivo:** analizar la supervivencia alejada, tasa de complicaciones y mortalidad operatorias asociadas a la neumonectomía por cáncer de pulmón.

**Material y Métodos:** desde enero de 1997 hasta diciembre del 2008, 17/419 resecciones pulmonares correspondieron a neumonectomías por cáncer de pulmón. Trece hombres y 5 mujeres, media de edad 55 años (41-70), fueron tratados quirúrgicamente. Los diagnósticos histológicos fueron: Ca epidermoide(10), adenocarcinoma(5), Ca mucoepidermoide de bajo grado(1) y Ca bronquioloalveolar (1). Para la comparación de variables categóricas se utilizó el test de chi<sup>2</sup>, para las continuas el test de Student o Wilcoxon según la distribución de la variable y el análisis de supervivencia se realizó con el log Rank test y las curvas de Kaplan Meyer. En todos los casos se consideró un valor de p ≤ 0.05 como estadísticamente significativo. Los resultados están expresados en medias, medianas, rangos, desvíos standard, IC 95% y porcentajes.

**Resultados:** se practicaron 7 neumonectomías derechas, una de ellas asociada a resección parcial de aurícula, y 10 izquierdas, dos de ellas asociadas a plástica carinal. Los estadios preoperatorios fueron: Ib (2), IIb (5), IIIa (6) y IIIb (4). Se realizó neoadyuvancia en 6/17 pacientes (35%), obteniéndose respuesta completa en uno de ellos (16%). La morbilidad postoperatoria fue del 47% en los primeros 7 días y del 23% en el primer mes. El 75% de las complicaciones tempranas y el 100% de las tardías ocurrieron en las neumonectomías izquierdas (p=0.05), y el tiempo de internación fue significativamente más prolongado en los pacientes que las presentaron (15 vs 7 días, p=0.043 y 20 vs 8 días, p=0.032 respectivamente). El 33% de los pacientes que recibieron neoadyuvancia presentaron complicaciones tempranas vs el 55% de los que no realizó inducción (p=0.402), mientras que la tasa para las complicaciones tardías fue del 16.7% y 27% respectivamente (p= 0.622). Un paciente falleció en el postoperatorio inmediato por shock hemorrágico (5.8%). La supervivencia a 5 años fue del 23% (mediana 9 meses) y la supervivencia libre de enfermedad a 3 años fue del 15% (mediana 5 meses). Los sitios de recaída más frecuentes fueron cerebral y pulmonar (mediana 3 y 9 meses), seguido de compromiso ganglionar extrapulmonar (mediana 3 meses) y óseo (4 meses)

**Conclusiones:** la neumonectomía representa un procedimiento con alto riesgo de complicaciones y una tasa de mortalidad postoperatoria aceptable si se practica en centros especializados. Debe considerarse la utilidad de QT de inducción para

mejorar las posibilidades de resección en pacientes potencialmente quirúrgicos. El alto índice de complicaciones asociado a las neumonectomías debe ser tenido en consideración al decidir la táctica quirúrgica.

#### TL132

##### 0222. TRAUMATISMO TRAQUEOBRONQUIAL.

E Muño Aguilar, N Perez, A Rosales, K Patane, M Rosenberg, O Rojas  
 Hospital Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

**Propósito del estudio:** El traumatismo traqueobronquial es raro, presentando una incidencia menor al 2%. Requiere de un diagnóstico temprano, manejo preciso de la vía aérea y una resolución quirúrgica adecuada, para disminuir su mortalidad. Si bien la literatura es amplia, en general se trata de reportes sobre casos aislados, probablemente debido a que más del 80% de estos pacientes mueren en el sitio del accidente generando un sub-registro. Lo anteriormente citado explica que la experiencia en el tratamiento de estas lesiones sea escasa en la mayoría de los centros.

**Objetivo:** mostrar la experiencia de nuestro servicio en el tratamiento de las lesiones traumáticas de bronquio.

**Diseño:** Descriptivo, retrospectivo.

**Material y Métodos:** Se revisaron los registros de historia clínica de todos los pacientes con diagnóstico de lesión traumática de la vía aérea tratados en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer desde enero de 1978 hasta diciembre de 2009. Se evaluaron edad, sexo, mecanismo del trauma, tiempo transcurrido entre el trauma y la cirugía, tratamiento quirúrgico realizado y complicaciones postoperatorias. Los resultados están expresados en medias, rangos y porcentajes.

**Resultados:** Un total de 5 pacientes, 3 hombres (60%) y 2 mujeres (40%), con un promedio de edad de 14 años (rango 10 a 20) fueron analizados. En todos los casos el mecanismo de la lesión fue por traumatismo cerrado, con compresión anteroposterior del tórax y sin lesión de otros órganos. Tres lesiones de bronquio fuente derecho y 2 de bronquio fuente izquierdo fueron estudiadas, presentándose todos los casos con atelectasia pulmonar completa. Sólo en un caso se realizó tratamiento conservador con stent bronquial en otro centro, con pobres resultados. El tiempo promedio transcurrido desde el accidente hasta la cirugía fue de 5.4 meses (rango 1.5 a 10) para 4 pacientes, el caso restante falleció a las 36 hs del trauma por corrección quirúrgica incompleta. Se realizaron 3 plásticas bronquiales derechas y 2 izquierdas, mediante resección y anastomosis termino-terminal, comprobándose intraoperatoriamente la preservación de la compliance pulmonar mediante ventilación selectiva del bronquio seccionado. No hubo mortalidad operatoria y sólo un paciente presentó como complicación en el postoperatorio inmediato atelectasia del lóbulo inferior izquierdo, que requirió toilette endoscópica, con buena evolución posterior.

**Conclusión:** Las lesiones traumáticas de la vía aérea representan un desafío terapéutico siendo la plástica bronquial con preservación de parénquima el tratamiento de elección, teniendo en cuenta que se trata en la mayoría de los casos de pacientes jóvenes. El diagnóstico suele ser tardío pero ello no afecta la resolución quirúrgica ni los resultados a largo plazo.

#### TL133

##### 0230. RESECCIONES PULMONARES POR CANCER EN POBLACION SENIL.

P Bassan, J Moreno Negri, J Bassan, P Fernandez Lugea  
 Hospital Militar Central, Argentina.

**Antecedentes:** La creciente expectativa de vida, los avances diagnósticos y la evaluación funcional predictiva permiten efectuar intervenciones a pacientes cada vez más *longevos*.

**Objetivo:** Analizar la morbimortalidad operatoria en pacientes añosos sometidos a resecciones pulmonares por cáncer a células no pequeñas.

**Diseño:** Estudio observacional prospectivo.

**Población:** Pacientes de ambos sexos, mayores de 70 años, operados por cáncer de pulmón a células no pequeñas entre mayo del 2007 y abril del 2010.

**Método:** Se confeccionó base de datos considerando antecedentes, estadio, evaluación preoperatoria, resección efectuada, evolución y seguimiento a 3 meses.

**Resultados:** Han sido efectuadas 21 intervenciones (15 hombres) con edad promedio de 74 años (70-84 años): bilobectomía (1), lobectomías (11), resecciones económicas (9). El postoperatorio fue favorable en 16 pacientes (70%), presentando los demás: neumopatía (1), empiema pleural (1), ACV (1), síndrome confusional (1). Un paciente falleció a causa de neumonía bilateral. Los estadios pTNM: Ia (4), Ib (6), IIa (5), IIb (4), IIIa (2). **Conclusiones:** El grupo etario considerado representó el 35% de los pacientes con cáncer de pulmón no células pequeñas operados en el mismo período. La discreta morbimortalidad postoperatoria mediata observada en el muestreo refleja la factibilidad del tratamiento quirúrgico en pacientes adecuadamente seleccionados. La continuación del estudio permitirá incrementar la relevancia estadística.

## 14 - Endoscopia

### TL134

#### 0040. TRATAMIENTO DE LA HEMOPTISIS MASIVA CON TAPONAJE HEMOSTÁTICO

FS Delgado<sup>1</sup>, VD Pascansky<sup>1</sup>, MA Barth<sup>1</sup>, M Alonso<sup>1</sup>, LM Bustamante<sup>1</sup>, DN Lavagnino<sup>1</sup>, C Manzoldo Ares<sup>2</sup>, CB Sáenz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Neumotisiología. Hospital J.M.Ramos Mejía C.A.B.A, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Anestesiología Hospital J.M.Ramos Mejía C.A.B.A, Argentina.

**Caso clínico:** Paciente femenina; 42 años de edad; nacionalidad Uruguaya.

Consulta el día 02/12/09 por dolor torácico tipo punzante a predominio derecho, tos con expectoración hemoptoica, disnea progresiva CF II; nódulos subcutáneos en mamas, axilas abdomen, muslos e ingle y pérdida de peso de 5 Kg de dos meses de evolución, agregando en las últimas 24 horas 2 episodios de hemoptisis leve.

**Antecedentes:** Tabaquista de 42 pack/year.

**Examen físico:** Palidez cutáneo mucosa, nódulos múltiples supraclaviculares, axila derecha, muslos y zona inguinal; duros, adheridos a planos profundos; regular mecánica ventilatoria, matidez e hipoventilación en base derecha.

**Estudios complementarios:** Rx de tórax: Opacidad homogénea en base derecha.

**TAC de Tórax:** imagen de consolidación en lóbulo inferior derecho.

**Espuito seriado para BAAR x 3:** negativos.

Se realiza fibrobroncoscopia: En el árbol bronquial derecho se observa disminución de la luz del tronco de los basales, edema y sangrado espontáneo; se realiza topicación con sustancias vasoactivas con disminución del sangrado, toma de biopsia y cepillado bronquial; posterior a ésta presenta sangrado abundante; se instilan solución salina fría y sustancias vasoactivas según protocolo, persistiendo el sangrado de manera masiva; se procede a la intubación orotraqueal para asegurar la vía aérea. Se decide realizar taponaje hemostático con celulosa oxidada reabsorbible, con fragmentación de la misma en un diámetro aproximado de 1,5 cm x 1,5 cm, doblada en forma de hisopo. Se realiza sujeción del mismo por medio de pinza de biopsia previamente introducida en el canal de trabajo del broncoscopio flexible, procediendo al taponaje selectivo del bronquio del lóbulo inferior derecho, constatándose buena hemostasia posterior, sin complicaciones. En el transcurso del estudio la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable.

Veinticuatro horas posteriores al procedimiento, se realizó cateterismo observándose tronco intercostal bronquial dilatado, con imágenes de shunt y probable sangrado en el lóbulo inferior derecho, realizándose embolización selectiva de dicha zona. La paciente evolucionó sin hemoptisis.

**Diagnóstico:** Carcinoma poco diferenciado no oat cell.

**Discusión:** La hemoptisis masiva, es una condición con riesgo de vida, asociada con alta mortalidad (23 al 85%), se han empleado diversas estrategias terapéuticas para controlarla, todas con resultados variables.

En el presente caso se describe el abordaje terapéutico de la hemoptisis masiva mediante el taponaje hemostático con celulosa oxidada reabsorbible, obteniéndose con éxito el control del evento agudo. Existe poca bibliografía en la que se describe su uso. En una serie de 57 pacientes, tratados mediante taponamiento hemostático, se obtuvo el control en 56 pacientes con seguimiento a 10 meses. Nuestro grupo de trabajo considera esta técnica, como una herramienta muy útil y posible de usar en el abordaje terapéutico de la hemoptisis masiva considerando que dicho material existe en la mayoría de los centros hospitalarios y en la actualidad no es empleada en nuestro medio.

### TL135

#### 0076. INCIDENCIA DE LESIONES TRAQUEALES EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CRONICOS

F Planells<sup>1</sup>, N Roux<sup>1,2</sup>, D Villalba<sup>1,2</sup>, M Scrigna<sup>1,2</sup>, V Feld<sup>1,2</sup>, E Gogniat<sup>1,2</sup>, G Plotnikov<sup>1,2</sup>, N Ribero Vairo<sup>1,2</sup>, M Sartore<sup>1,2</sup>, M Bosso<sup>1,2</sup>, C Quiroga<sup>1,2</sup>, V Leiva<sup>1,2</sup>, F Puchulu<sup>1,2</sup>, E Distéfano<sup>1,2</sup>, E Diaz Nielsen<sup>1</sup>, D Noval<sup>1</sup>, P Buñirigo<sup>1</sup>, R Jofre<sup>1</sup>, F Guerrero<sup>1</sup>, J Scapellato<sup>3</sup>, D Intile<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Clínica Basilea, Argentina. <sup>2</sup> A.I.R.E. Kinesiología Respiratoria, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Anchorena, Argentina.

**Introducción y Objetivos.** La incidencia reportada de lesiones traqueales en pacientes intubados y traqueostomizados es muy variable (10 a 80%). Ha sido vinculada con distintos mecanismos fisiopatológicos (efecto de la presión del manguito, ARM prolongada, infecciones locales, uso de esteroides, reflujo gastroesofágico, EPOC, etc.).

El objetivo de esta comunicación es evaluar la incidencia de lesiones traqueales en pacientes traqueostomizados internados en Clínica Basilea para rehabilitación y desvinculación de ventilación mecánica, e intentar encontrar predictores de lesiones obstructivas severas.

**Pacientes y métodos.** Fueron revisadas retrospectivamente 112 fibrobroncoscopias realizadas a igual número de pacientes entre junio de 2006 y mayo de 2010. En todos los casos fueron realizadas por vía transnasal procediéndose a decanular al paciente luego de trasponerse las cuerdas vocales a fin de explorar tanto la región subglótica como el resto de la tráquea.

**Resultados.** Se clasificaron las lesiones según *tipo* (granuloma, estenosis y colapso), *localización* (subglótica, a nivel de ostoma y traqueal) y *magnitud*, considerándose severas aquellas mayores al 50%.

La edad promedio fue de 64 años (20 - 91), siendo el 55% de sexo masculino y el 45% femenino. El tiempo medio de vía aérea artificial fue de 118 días (21 - 718). De los 112 pacientes 107 (95%) tuvieron algún tipo de lesión, encontrándose lesiones severas en 37 pacientes (33%).

Se encontraron *granulomas* en 74 pacientes (66%) de los cuales 14 (19%) eran severos y de localización mayoritaria (54%) en región subglótica. Siete pacientes (6%) presentaron *estenosis* siendo en 6 mayores al 50%. La presencia de *colapso* traqueal se observó en 26 pacientes (23%) siendo severa en 17 de ellos (65%)

Se correlacionaron las lesiones con compromiso mayor al 50% de la luz con las siguientes variables:

*Edad* (P 0.44), *Sexo* (P 0.18), *nivel de albúmina* (P 0.18) y *tiempo de vía aérea artificial* (P 0.014).

Si bien el mayor tiempo de vía aérea artificial parece correlacionar con el riesgo de desarrollo de lesiones severas, este resultado no es confiable desde el punto de vista estadístico (falta de homogeneidad de varianzas).

**Conclusiones.** Se encontró una elevada incidencia de lesiones traqueales severas (33% del total incluyendo los tres tipos -granulomas, estenosis y colapso-). Entre ellas la más frecuente fueron los granulomas subglóticos.

No pudimos encontrar predictores de severidad de las lesiones en las variables estudiadas.

Estos hallazgos reavivan la discusión acerca de la indicación de realizar rutinariamente estudios endoscópicos en este grupo de pacientes, como sistemática previa a su decanulación.

#### TL136

##### 0092. PREDICCIÓN DE LA DESATURACIÓN DE O<sub>2</sub> DURANTE LA BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE DIAGNÓSTICA PROGRAMADA

A Davidovich, I Boyeras, M Heres, R Duré, E Sobrino, S Quadrelli  
Sanatorio Güemes - Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Dado su alto rendimiento diagnóstico y en ocasiones terapéutico, así como también su baja incidencia de complicaciones (0,3-1,7%) y mortalidad (0-0,1%), la fibrobroncoscopia es un procedimiento de uso frecuente en nuestra práctica clínica como neumonólogos.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y factores determinantes de los episodios de desaturación y otras complicaciones inmediatas asociadas a procedimientos broncoscópicos realizados de manera programada en el período 2008-2009 en un centro de alta complejidad.

**Material y Métodos:** Se revisaron de manera retrospectiva los informes de las broncoscopias realizadas en el período descrito.

**Resultados:** fueron 109 los informes de broncoscopias revisados (64,5% hombres). Las indicaciones de realización del procedimiento fueron radiografía de tórax anormal (72,7%), sospecha de infección (22,7%), hemóptisis (18,2%) y terapéutica (1,8%). Se utilizó algún tipo de sedoanalgesia en el 92,7% (midazolam 80%, fentanilo 83,6% y propofol 81,8%). La tolerancia al procedimiento fue mala en 0%, regular en 7,7%, buena en 40,4%, y muy buena en 44%. La frecuencia global de complicaciones inmediatas fue de 20,6%: sangrado < a 50cc (7,2%); sangrado de 50-200 cc (3,6%); sangrado > a 150 cc (0,9%); disnea severa (3,6%); bradicardia asociada a desaturación (0,9%) y tos incoercible (1,8%). No se registró ninguna muerte. Se utilizó oxígeno suplementario en el 100% de los pacientes. La Sat O<sub>2</sub> basal sin oxígeno fue de 92,9% DS 6,1 (rango 70-98%); Sat O<sub>2</sub> mínima 86% DS 12,9 (30-98%); y la Sat O<sub>2</sub> final 94,7% DS 2,6. Se constató caída de la sat > o igual a cuatro puntos durante el procedimiento en 35,4%; y mayor o igual a 10 puntos en 20,8%. Los pacientes que presentaron complicaciones no tuvieron diferente Sat O<sub>2</sub> basal (91,14% vs 93,65%, p=0,39); pero la Sat O<sub>2</sub> mínima fue significativamente menor (72,6% vs 89,4; p=0,0001). No se observó mayor frecuencia de complicaciones en relación al tipo de procedimiento (BAL, biopsia bronquial o BTB) realizado durante la broncoscopia, ni tampoco con respecto a las indicaciones. En un modelo de regresión logística ni las indicaciones ni el tipo de droga ni el tipo de procedimiento realizado predijeron una caída de la Sat O<sub>2</sub> mayor a 10 puntos, pero si lo hizo la presencia de complicaciones (OR 10,7; IC 1,7 a 67,2; p=0,01).

**Conclusiones:** La broncoscopia con sedación anestésica es un procedimiento seguro y bien tolerado. La caída de Sat O<sub>2</sub> es frecuente pero reversible. Ni las indicaciones del procedimiento, ni la Sat O<sub>2</sub> basal ni los procedimientos realizados predijeron la aparición de complicaciones ni la caída marcada de la Sat O<sub>2</sub> por lo cual todos los procedimientos deberían realizarse con disponibilidad de O<sub>2</sub> suplementario en un ámbito que permita el manejo y la resolución de las complicaciones.

#### TL137

##### 0100. PUEDE EL CAMBIO DE DECUBITO Y LAS MANIOBRAS KINESICAS AYUDAR A LA EXTRACCION DE UN CUERPO EXTRAÑO EN LA VIA AEREA DISTAL?

R Gigliotti<sup>1</sup>, M Diaz<sup>2</sup>, JC Rolleri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Durand Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Alemán Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La aspiración de cuerpos extraños puede poner en riesgo la vida. El cuadro clínico dependerá del tipo de cuerpo extraño y de su localización, pudiendo presentarse como cuadros totalmente inespecíficos hasta cuadros de obstrucción severa de la vía aérea. Los cuerpos extraños son más frecuentes en niños, en adultos la incidencia se incrementa con la edad y es máxima alrededor de los sesenta años. Existiría una relación

estrecha entre la naturaleza del cuerpo extraño, la edad del paciente, los factores predisponentes y el sitio de localización. La vía digestiva es el sitio de mayor impacto de los cuerpos extraños (mayor al 90% de los casos).

**Objetivo:** Evaluar si el cambio de decúbito del paciente y las maniobras kinésicas pueden ayudar a la extracción de cuerpos extraños de la vía aérea distal.

Se presenta el caso de una paciente de 55 años que durante la fase inspiratoria de un acceso de tos se aspira un clavo que tenía sujeto entre los labios.

Se realizaron estudios radiológicos que permitieron la visualización de una imagen de densidad metálica alojada en la base del campo pulmonar derecho.

Se realizó broncoscopia rígida visualizándose el cuerpo extraño en posición perpendicular a la rama B8bii del lóbulo inferior derecho.

Ante la imposibilidad de extracción del mismo con el uso de diferentes técnicas (fórceps rígido, fórceps flexible a través del uso combinado con fibrobroncoscopia, fórceps tipo canasta, fórceps con imán) y el sangrado secundario a estas que requirió tratamiento específico, se decidió cambiar el decúbito del paciente, de decúbito dorsal a decúbito lateral izquierdo, posición de Trendelenburg y realizar maniobras kinésicas en tórax. Posterior a estas medidas el clavo migró al hemitorax contralateral. El mismo adopto una nueva localización, lóbulo de la llingula (B4), con un alineamiento mas accesible y mas proximal que permitió su rápida extracción.

**Conclusión:** El cambio de decúbito y las maniobras kinésicas podrían ser útiles durante la extracción de cuerpos extraños pequeños y de difícil acceso ubicados en la vía aérea.

#### TL138

##### 0115. LIPOMA ENDOBRONQUIAL:PRESENTACIÓN DE UN CASO

R Bracco, M Scarinci, G Tabaj, N Falcoff, M Branda, A López Aráoz  
Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina.

**Introducción:** Los tumores benignos representan menos del 4% de las neoplasias broncopulmonares. Los lipomas pulmonares son tumores infrecuentes, habiéndose reportado en la literatura menos de 100 casos con un ligero predominio en el sexo masculino. Se considera que su frecuencia es alrededor del 0.1% de todos los tumores pulmonares y por lo general se originan a nivel endobronquial lobar o segmentario proximal.

Se presenta un caso de un paciente con lipoma endobronquial con tratamiento de desobstrucción fibrobroncoscópica con electrobisturí y anestesia tópica.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 59 años que consulta por tos de varios meses de evolución. Refiere episodios de neumonías recurrentes en lóbulo superior derecho (LSD). Se realiza TC de tórax que evidencia opacidades alveolares con componente de pérdida de volumen en LSD con compromiso de la vía aérea central. Ante la sospecha de una neoplasia se solicita FBC para diagnóstico y estadificación.

FBC. Laringe y traquea normales, carina fina móvil. Árbol izquierdo normal. Árbol derecho: bronquio fuente permeable, al final del mismo se observa una lesión endoluminal vegetante con mucosa lisa y brillante que proviene del LSD con obstrucción en un 50% del BI sin adherencias en su pared, se puede correr la misma y observar segmentos distales con espolones finos. Dicha lesión ocluye el BLSD en su totalidad. Resto normal.

Se realiza toma de biopsia que informa lesión compatible con lipoma endobronquial.

Se repite FBC con anestesia local y desobstrucción de la vía aérea con electrobisturí y extracción de lesión mayor de 1 cm.

**Revisión Bibliográfica:** El lipoma endobronquial se caracteriza por ser redondeado y oval, de superficie lisa, coloración amarillenta, con una base de implantación estrecha y recubierta por mucosa respiratoria. Microscópicamente consiste en una acumulación de adipocitos con tabiques conjuntivos y ejes vasculares, tapizada externamente por el epitelio cilíndrico ciliado de la vía respiratoria. En el momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes presentan síntomas como tos productiva, hemoptisis, fiebre o disnea. En los pacientes asintomáticos

el diagnóstico se establece como consecuencia de un hallazgo radiológico casual (atelectasia, nódulos o masas pulmonares, y excepcionalmente, derrame pleural). La resección quirúrgica mediante toracotomía (neumectomía, lobectomía o resección tumoral) ha sido empleada, aunque desde la descripción del primer caso de cirugía endoscópica en 1984 la resección por dicha vía se ha convertido en el tratamiento de elección del lipoma bronquial. Sin embargo, la extirpación quirúrgica está indicada cuando existe dificultad para obtener el diagnóstico definitivo mediante las técnicas existentes, ante la sospecha de asociación con un tumor maligno, cuando existe destrucción periférica del pulmón debido a atelectasias y neumonías de larga evolución, cuando coexiste crecimiento extrabronquial del tumor y, por último, cuando se prevén malas expectativas en el resultado de las técnicas endoscópicas por crecimiento multidireccional del tumor.

#### TL139

##### 0136. ROL Y UTILIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

M Las Heras, H Benito, J Villarreal, L Orazi, E Wainstein, J Hidalgo, C Dubra, J Rodríguez Gimenez, G Svetliza, J Viudez, J Precerutti, A De la Canal  
Hospital Italiano, Argentina.

**Introducción:** La fibrobroncoscopia flexible, constituye una herramienta de uso cada vez más frecuente para el neumonólogo en unidades críticas tanto para el diagnóstico y algunas veces para tratamiento, presentamos una revisión de broncoscopias realizadas en las unidades de cuidados críticos de nuestra institución.

**Objetivos:** Determinar las principales indicaciones de FBC en la cuidados intensivos, El valor del recuento bacteriológico en relación al lavado bronquioloalveolar, las complicaciones más frecuentes de la FBC en Pacientes con Cuidados Críticos y la prevalencia de granulomas post traqueostomía.

**Materiales y Métodos:** estudio de tipo transversal, descriptivo, población: todas las fibrobroncoscopias realizadas en UTI, UCCI, UTIM y Sala de Emergentología desde 01-06-2009 a 01-06-2010 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Resultados: Se realizaron 272 fibrobroncoscopias flexibles, las indicaciones más frecuentes fueron. Lavado bronquioloalveolar 84% en pacientes con sospecha de neumonía (12% en transplantados), 14% decanulación, 1,5% atelectasias y 1% hemoptisis; El servicio que más frecuentemente utilizó la FBC fue 53% UTI, 18% UCCI, 18% UTIM y 14% Emergentología, La vía de ingreso más frecuente fue por Tubo orotraqueal 50%, por nariz 26%, traqueostomía 15%. Se requirió anestesia general en el 75% de los casos. se encontró granulomas traqueales en un 25% de todas la decanulaciones. el recuento de lavado bronquioloalveolar fue de 85% recuento significativo (>105), poco significativo 10% (< 104) y 5% sin valor. en relación a las atelectasias el número de FBC fue de tres y la resolución fue del 75%, Las complicaciones fueron la hipoxemia, taquicardia, broncoespasmo. **Conclusiones:** Cada vez es más frecuente el uso de fibrobroncoscopia en unidades de cuidados intensivos, las indicaciones más frecuentes fueron el lavado bronquioloalveolar en sospecha de sepsis y la decanulación de pacientes con traqueostomía, la vía más utilizada fue la orotraqueal, en nuestro trabajo el recuento significativo fue elevado en comparación con otros trabajos. las complicaciones más frecuentes fueron la hipoxemia y la taquicardia.

#### TL140

##### 0138. LA BRONCOSCOPÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES FOCALES ÚNICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

M Chertcoff, G Peralta, M Blasco, E Borsini, M Bosio, C Delgado, S Quadrelli, R Smith, J Chertcoff  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Describir la rentabilidad diagnóstica en una serie de fibrobroncoscopias (FBC) realizadas en el servicio de neumonología del Hospital Británico de Buenos Aires a pacientes con sospecha de neoplasia y lesiones radiológicas focales y

únicas, durante el período comprendido entre enero del 2008 y diciembre del 2009.

**Materiales y métodos:** Análisis de datos retrospectivos a partir de historias clínicas, informes radiológicos, de laboratorio y de anatomía patológica. En 24 meses fue posible analizar 132 FBC en igual número de pacientes; edad promedio de 63 años, 73 hombres (55.3%). El 57.57% de los estudios se realizaron con sospecha de patología infecciosa y 42,42% (56) con alta probabilidad clínico-radiológica de malignidad. Se reconocieron 6 patrones radiográficos; lesión focal única, lesión focal múltiple, consolidaciones del espacio aéreo, vidrio esmerilado, árbol en brote y cavitación. Se correlacionaron los resultados de las muestras broncoscópicas en pacientes con patrón focal único.

**Resultados:** Las endoscopias se realizaron con videofibrobroncoscopio con canal interno de 2.6 mm. En todos los casos el procedimiento fue asistido por radioscopia. Las BTB se tomaron con fórceps de 100 cm y 1.8 mm. El número de tomas promedio por paciente fue de 6. En el subgrupo alta probabilidad de neoplasia (54) se reconocieron 48 casos (87,03%) con patrón radiográfico focal único, obteniendo diagnóstico de malignidad por BTB en 15 casos (31,25). 6 fueron adenocarcinoma, 4 oat cell, dos escamosos, un carcinoma de células grandes, un linfoma no Hodgkin, y un carcinóide.

Se revisaron las historias clínicas disponibles de los 33 pacientes restantes sin diagnóstico de neoplasia por BTB. Se obtuvieron los siguientes datos; en un caso el diagnóstico de neoplasia se realizó por citología del BAL y en otro por PAAF con aguja de Wang. Además, 2 casos tuvieron cultivo de BTB + BAAR, 5 BAL + para gérmenes comunes, y un cultivo BTB + Kelsbiella Pneumoniae. En 23 casos NO se obtuvo diagnóstico por FBC. De éstos, 10 casos finalmente tuvieron diagnóstico de neoplasia confirmados por métodos quirúrgicos (VATS, mediastinoscopia o pieza quirúrgica). 13 pacientes se perdieron del seguimiento y no fue posible conocer el diagnóstico definitivo.

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes con alta sospecha clínico radiológica de malignidad con lesión focal única la FBC obtuvo diagnósticos en el 52,08% de los casos. La rentabilidad diagnóstica de la FBC para neoplasia fue del 35,4%.

#### TL141

##### 0143. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA FIBROBRONCOSCOPÍA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN. INFLUENCIA DEL INMUNOCOMPROMISO Y DEL USO DE ANTIBIÓTICOS.

G Peralta, M Blasco, E Borsini, M Bosio, A Salvado, S Quadrelli, S Reyes, M Giovannakis, L Maldonado, J Chertcoff  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Analizar la rentabilidad diagnóstica de la fibrobroncoscopia (FBC), ante la sospecha de infección, en el huésped inmunocomprometido y su relación con el uso de antibióticos (ATB).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, basado en datos microbiológicos obtenidos del sistema centralizado del Hospital Británico de Buenos Aires y de la revisión sistemática de historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó una FBC por sospecha de infección pulmonar. Desde enero de 2008 a diciembre de 2009, se analizaron 132 pacientes; edad media de 63 años, 73 hombres (55.3%). Se correlacionaron con antecedentes de inmunosupresión y con el uso de ATB al momento de la toma de muestras broncoscópicas (BAL y biopsia transbronquial).

**Resultados:** En 24 meses se registraron 132 FBC, 69 fueron de urgencia y 63 (47,72%) programadas. 76 estudios (57.57%) se realizaron con sospecha de patología infecciosa y 56 (42,43%) con alta probabilidad pre-test de neoplasia.

De los 76 casos con sospecha de infección, el 60% (46 pacientes) se encontraban en estado de inmunocompromiso definidos de la siguiente manera; 13 neutropénicos febriles, 8 HIV, 12 LMA, 6 LNH, 3 Mielomas, 1 LLA, 15 post-quimioterapia y/o inmunosupresores o corticoides. De éstos 46, 17 recibían ATB al momento de la realización de la FBC. En este grupo (17) se obtuvieron resultados microbiológicos en 10 (58.1%), distribuidos de la siguiente manera; un único cultivo de gérmenes

comunes (*Pseudomona A.*), 2 inmunofluorescencias para PCP, 1 cultivo para *Cándida Sp.*, y 7 antígenos tempranos para CMV. Solo se realizaron 3 BTB (dos con cultivos negativos y una positiva para *Pseudomona* concordante con el BAL). En 7 casos no existieron rescates microbiológicos.

Los 29 pacientes inmunosuprimidos restantes NO recibieron antibióticos previos y se obtuvieron resultados microbiológicos en 19 (65%), y en ellos se hallaron; 11 cultivos para gérmenes comunes (3 SAMS, 1 SAMR, 2 E. Coli, 2 *Enterococo Faecium*, 1 *Haemophilus Influenzae*, 2 *Pseudomonas Sp* y 1 *Neumococo*), un directo para BAAR + (con cultivo final negativo), un H1N1, un VSR, 1 cultivos para *Cándida sp.*, 6 PCP y 9 antígenos tempranos de CMV. En éste grupo se realizaron 10 BTB. Sólo dos aportaron diagnóstico; 1 PCP y un cultivo de *Aspergillus Fumigatus*.

**Conclusiones:** En pacientes con inmunocompromiso, la FBC aporta datos microbiológicos en dos tercios de los casos. El uso de ATB al momento de la toma de muestras broncoscópicas disminuye la posibilidad de aislar gérmenes comunes (5.8 vs. 37.9). El cultivo de tejido se realizó en el 28% de los inmunosuprimidos y fue posible obtener aislamiento de gérmenes en el 23% de los mismos. La BTB incrementó el recate microbiológico en el 6.8% de los casos estudiados, exclusivamente en el grupo sin ATB.

#### TL142

##### 0162. PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE- REVISION DE CASOS 2000-2010 HALLAZGO DE COMPROMISO PULMONAR.

R Faifman, N Warlet, G Sica, M Alvarez, D Tista, A Allones, S Rossi, G Visco  
Servicio de Endoscopia Respiratoria del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (CABA), Argentina.

**Introducción:** La papilomatosis respiratoria recurrente causada por (HPV) se localiza frecuentemente en vía aérea alta, tiene una incidencia difícil de valorar y es discutida su forma de contagio. La evolución es imprevisible y la tendencia a la malignización y tratamiento sintomático justifican la permanente revisión del tema.

**Objetivo:** Comunicar nuestra experiencia en 2 pacientes que presentaron compromiso pulmonar con esta patología.

**Población:** 8 pacientes con PRR evaluados en nuestro servicio de los cuales 2 presentan imágenes de compromiso pulmonar en la actualidad.

**Material y métodos:** Trabajo retrospectivo, descriptivo. Revisamos las historias clínicas de pacientes con este diagnóstico en el periodo comprendido entre 1 de marzo 2000-1 de marzo 2010.

**Resultados:** de un total de 8 pacientes con PRR que llegaron a nuestra Unidad, (edad: 1-6 años al momento del diagnóstico), 5 fueron de sexo femenino (63%). Un paciente de sexo femenino y un paciente de sexo masculino presentaron imágenes pulmonares patológicas. En ambos pacientes se realizó exéresis por microcirugía laríngea y recibieron tratamiento con cidofovir. No se reportaron complicaciones ni mortalidad. Ninguno requirió traqueostomía.

**Conclusiones:** Dado que la presencia de imágenes pulmonares en la PRR es poco frecuente en la bibliografía, se describen las lesiones halladas: nódulos pulmonares (sólidos y cavitados) y compromiso del espacio aéreo (consolidación) y se destaca la importancia del control y seguimiento neumonológico en estos pacientes.

#### TL143

##### 0169. ESTENOSIS SUBGLÓTICA IDIOPÁTICA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

A Chirino Navarta, A Aragón, M Mondini, L Barbato, ML Bocklet  
Hospital Luis Lagomaggiore, Argentina.

**Introducción:** La estenosis traqueal idiopática es una rara condición que plantea problemas diagnósticos y terapéuticos. Presentamos 3 pacientes atendidos en nuestro centro que ilustran la complejidad de esta patología.

**Caso 1:** Varón de 27 años que consulta por disnea y estridor. La enfermedad se inició a los 6 años de edad y no fue estudiada anteriormente. No refiere intubación orotraqueal ni otra noxa traqueal. No tiene antecedentes patológicos conocidos. La broncoscopia revela estenosis subglótica con luz estimada de 4 mm. Se realiza resección y dilatación endoscópica exitosamente. El estudio inmunológico es normal. La TAC de cuello revela calcificación completa del primer anillo traqueal, sin otras anomalías. El paciente evoluciona con reestenosis progresiva a los 2 meses por lo que es nuevamente dilatado. Se deriva a centro de referencia donde se le realiza una resección traqueal y anastomosis exitosamente. Tres meses después el paciente está asintomático.

**Caso 2:** Varón de 35 años con antecedentes de rinosinusitis crónica que consulta por estridor y disnea. La broncoscopia revela estenosis subglótica crítica con luz aproximada de 8 mm con signos inflamatorios agudos. Se inicia tratamiento con Prednisona 1 mg/Kg/día VO por 1 mes, con mejoría clínica y espirométrica y el paciente suspende el tratamiento. El estudio inmunológico es normal. A los 2 meses repite la clínica de obstrucción, sin respuesta al tratamiento con corticoides, por lo que se decide dilatación endoscópica, con lo cual mejora. Seis meses posteriores a la consulta el paciente está estable, con estridor leve. La TAC de cabeza y cuello revela velamiento de senos maxilares y estenosis subglótica con luz de 12 mm. Un segundo estudio inmunológico arroja un ANCA p+. Se propone tratamiento con corticoides y el paciente se rehúsa. En el control al mes no hay cambios clínicos.

**Caso 3:** Mujer de 49 años que consulta por disnea y estridor, con antecedentes de rinosinusitis crónica. Se diagnostica estenosis subglótica con luz de 10 mm. Se propone dilatación endoscópica a lo cual la paciente se rehúsa. Presenta un FAN + 1/80 patrón moteado, ANCA-. Se inicia tratamiento con corticoides con buena respuesta clínica, suspendiéndose a los 3 meses. La paciente no concurre a controles por 2 años, cuando regresa por disnea a mínimos esfuerzos y estridor. Se diagnostica estenosis subglótica crítica con luz de 4 mm. Se realiza una dilatación endoscópica exitosamente y se planea resección traqueal con anastomosis.

**Discusión:** La estenosis subglótica idiopática es una infrecuente patología que muchas veces requiere tratamiento endoscópico paliativo y quirúrgico definitivo. Sin embargo, puede significar una manifestación de enfermedad de Wegener limitada u otros trastornos inmunológicos. En casos donde el componente inflamatorio es evidente, el tratamiento con corticoides puede ser una medida efectiva, pero la resolución quirúrgica es requerida en la mayoría de los casos.

#### TL144

##### 0183. LAVADO BRONQUIOALVEOLAR EN PACIENTES CON IMAGEN DE VIDRIO ESMERILADO EN LA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX.

G Peralta, E Borsini, M Blasco, A Salvado, M Bosio, S Quadrelli, J Chertcoff  
Hospital Británico, Argentina.

**Introducción:** Analizar los resultados del lavado bronquioalveolar (BAL) en los pacientes con imagen de vidrio esmerilado en la Tomografía Computada de Tórax.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, basado en datos obtenidos del sistema centralizado del Hospital Británico de Buenos Aires y de la revisión sistemática de historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó una FBC con lavado bronquioalveolar y biopsia transbronquial.

Desde enero de 2008 a diciembre de 2009, se analizaron 132 pacientes; edad media de 63 años, 73 hombres (55.3%). Se correlacionaron la imagen tomográfica que podía ser focal o difusa con las muestras broncoscópicas (BAL y biopsia transbronquial).

**Resultados:** Hallamos patrón en vidrio esmerilado en el 22,7% (30/132) a través del BAL se llegó al diagnóstico en el 90% de los casos (27/30) un solo caso de éstos se trató de sospecha neoplásica (era focal) pero con BAL negativo se diagnóstico luego por biopsia pulmonar por toracotomía una Neumonía

Intersticial Usual, de los 29 restantes (todos con sospecha de infección) 4 presentaban imagen focal (2 se diagnosticó infección por Citomegalavirus (CMV), 1 neumonía por Pneumocistis (PCP) y 1 negativo) y 25 imágenes bilaterales difusas, de éstos, 22 pacientes eran inmunosuprimidos (14/22 (63,6%) con rescate bacteriológico, donde 5 CMV, 6 PCP, 1 neumococo, 1 estafilococo meticilina resistente y 1 candida) y 3/25 no inmunosuprimidos (1 virus sincicial respiratorio, 1 Pseudo-mona Aureginosa y 1 negativo).

**Conclusión:** El patrón tomográfico en vidrio esmerilado se asocia generalmente a probable infección y el lavado broncoalveolar permite en nuestro medio el diagnóstico en la mayoría de los casos.

## 15 - Pediatría

TL145

### 0062. NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PEDIATRÍA

ME Ginestet, NE González, M Delgado, S Smith, V Pawluk, O Nobúa  
Hospital Pedro de Elizalde, Argentina.

**Introducción:** La neumonía necrotizante (NN) es una complicación severa de la neumonía aguda, caracterizada por licuefacción y cavitación del tejido pulmonar con aparición de imágenes radiolúcidas en áreas de consolidación. En los últimos años se ha incrementado la incidencia de NN en pediatría, siendo el agente etiológico más frecuente el *Streptococcus pneumoniae*. Habitualmente la NN se acompaña de efusión paraneumónica y es infrecuente su asociación con enfermedades subyacentes. El daño tisular sería provocado por la respuesta inflamatoria del huésped.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, de laboratorio y de la evolución de niños con NN internados en los últimos dos años en nuestro hospital que fueron seguidos posteriormente por la División de Neumotisiología.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de NN internados en nuestro hospital entre junio 2008 y mayo 2010. Se obtuvieron los datos de las historias clínicas. Se definió NN a los procesos neumónicos que presentaron durante su evolución múltiples imágenes de cavidades en su interior en la radiografía de tórax y/o en la tomografía de tórax.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes, 14 varones, de entre 11 meses y 15 años de edad (mediana de 3 años). Cinco niños padecían patología concomitante (asma, leucemia, artritis reumatoidea, endocarditis bacteriana). Todos presentaron fiebre previa al ingreso, en promedio de 4,9 días, 12/25 presentó dificultad respiratoria y 10/25 tos. En 19 casos la NN fue derecha, y el 88% se acompañó de efusión paraneumónica, confirmando la presencia de empiema en 14/17 casos. En 10/25 (40%) niños se aisló agente etiológico, 6 en hemocultivos y 5 en líquido pleural, encontrando *S. pneumoniae* en 5 casos, *S. aureus* meticilino-resistente en 3 y *S. pyogenes* en 2 casos. El valor promedio de la eritrosedimentación al ingreso fue de 92 mm, y 12/25 niños tuvieron leucocitosis mayor de 15000/mm<sup>3</sup>. En todos los casos el diagnóstico se estableció a partir de la radiografía de tórax y en 12/25 se confirmó con tomografía de tórax.

La mediana de persistencia de fiebre fue de 10,8 días y la de estancia hospitalaria de 30 días. El tiempo promedio de administración de antibióticos fue de 29 días y el de requerimiento de oxígeno de 7,8 días. De los 22 niños con efusión pleural uno fue decorticado, 2 requirieron toilette pleural, 13 avenamiento pleural y 2 paracentesis. La mediana de permanencia de avenamiento fue de 10 días. Como complicación 5 (20%) niños presentaron neumotórax, 3 (12%) de ellos fístula broncopleurales y 3 absceso pulmonar. El porcentaje de complicaciones coincide con el descrito en las publicaciones y ningún niño requirió resección pulmonar. Todos presentaron resolución clínica y en 21/25 (84%) se constató resolución radiológica completa en la evolución posterior.

**Conclusión:** La NN requirió tratamiento prolongado de antibiótico y de avenamiento pleural, con una larga estancia hos-

pitalaria. El manejo conservador presentó buenos resultados. La evolución fue favorable con mínimas secuelas.

### TL146 – Trabajo postulado para Premio 0087. VALIDACIÓN DE UNA BREVE ENCUESTA ESCOLAR DE DETECCIÓN PRECOZ DE ASMA EN ARGENTINA

LE Busi<sup>1,2</sup>, S Restuccia<sup>2</sup>, A Suppo<sup>2</sup>, S Dubois<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Comité de Neumonología de la Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Trelew, Chubut, Argentina.

**Introducción:** La detección precoz de asma en escuelas ha demostrado mejorar la morbimortalidad de esta enfermedad, según una revisión del año 2007 de la Sociedad Americana de Tórax (en inglés, ATS). Siendo las encuestas escritas a padres (EP) y alumnos (EA) la forma más sencilla de comenzar este proceso, no tenemos conocimiento de que se haya validado correctamente un instrumento como éste en Argentina.

**Objetivo:** Determinar la validez de una encuesta escolar de detección precoz de asma.

**Población:** La totalidad de los alumnos (Al) (n=625) de 1° a 6° grado de la Escuela N° 5 de Trelew.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Se distribuyeron 625 EP (Al de 1° a 6° grado) y 290 EA (4° a 6° grado). Las EP incluyeron: EP1 presencia de ruidos o «silbidos» al respirar; EP2 dificultad para respirar hondo; EP3 tos persistente; EP4 sensación de opresión torácica luego de actividad física; EP5 despertar a la noche tosiendo; EP6 despertar a la noche por dificultad respiratoria; EP7 toser mientras o después de actividad física. Las EA presentaron los mismos puntos (EA1 al 7). Se compararon las respuestas frente al diagnóstico tras evaluación completa del médico neumólogo infantil (MNI). Se utilizó el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** Se recibieron 99% de las 915 encuestas enviadas y evaluaron de forma completa 607 Al (97,9% de los 620 citados). El test de confiabilidad con Al elegidos al azar (n=50) no mostró diferencias significativas a las 2 semanas (p<0,01). EL MNI detectó 66 Al asmáticos (10,87% de prevalencia). La consistencia interna de las EP fue alta (á de Cronbach=0,86) y mayor que en las EA (á de Cronbach=0,71). La correlación de Spearman fue significativa (p<0,05) entre EP y EA. Las preguntas con mejores resultados con sus odds ratio, intervalo de confianza, sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo fueron: EP1 (16,07; 8,88-29,07; 72,73%; 85,77%; 38,40%; 96,27%), EP2 (15,87; 6,80-24,34; 65,15%; 89,46%; 43%; 95,46%), EP7 (30,30; 15,43-59,41; 81,82%; 87,06%; 43,55%; 97,52%), EA5 (16,35; 7,22-37; 60%; 91,60%; 51,22%; 93,97%), EA6 (16,99; 6,35-45,42; 37,14%; 96,64%; 61,90%; 91,27%) y EA7 (13,16; 5,85-29,61; 71,43%; 84,03%; 39,68%; 95,24%). La mejor combinación resultó 3 ó más respuestas afirmativas de EP (84,86; 32,93-218,66; 92,42%; 87,43%; 47,29%; 98,95%). Al comparar con el cuestionario original del Estudio Internacional de Asma y Alergias en Niños (en inglés, ISAAC), que se realizó también en todos los Al, encontramos que si bien los ítems originales tuvieron todos alta especificidad (>90%), su sensibilidad fue inaceptablemente baja (<40%).

**Conclusiones:** Las encuestas utilizadas son un método con alta sensibilidad y especificidad para la detección de asma en escuelas en la población estudiada. Podrían abreviarse las encuestas seleccionando las preguntas con mejores resultados, e incluso eliminarse las EA. La elección final de los ítems a utilizar debería depender de los recursos disponibles en el sistema de salud.

TL147

### 0198. A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE OSTEOSARCOMA CON METÁSTASIS PULMONARES EN PEDIATRÍA

S Giusti, K Moncada, M Pérez, C Casayes, C Melillo, L Lombardero, G Luque, E Bisero, A Picon, L Sclavo

<sup>1</sup> Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas, Departamento Materno Infantil, Servicio de Pediatría, Sección Neumonología Infantil, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas, Departamento Materno Infantil, Servicio de Pediatría, Sección Hemato-oncología Infantil, Argentina.

**Introducción:** El osteosarcoma (OS) es el tumor óseo maligno primario más frecuente en niños y adolescentes. La localización

típica es la diáfisis de los huesos largos. Se debe sospechar ante un paciente en edad de crecimiento rápido, que presenta dolor intenso que lo despierta de noche, sin respuesta a AINES. Frecuentemente tumores sólidos como el OS pueden presentar MTS pulmonares. Los protocolos actuales permiten realizar cirugía conservadora en tórax: Metastasesectomías ahorradoras de parénquima.

**Caso clínico 1:** Paciente femenino de 13 años de edad, con diagnóstico de OS en fémur derecho (2007). Se reseca quirúrgicamente y cumple tratamiento completo según protocolo quimioterápico (QT) correspondiente. 17 meses después presenta en Rx de tórax MTS única en LII, confirmada por TAC. Se realiza metastasesectomía. Inicia nuevo protocolo QT. Resulta refractario.

A los 11 meses, Rx de tórax: derrame pleural derecho, con MTS pulmonares, hepáticas y óseas (fémur izquierdo). Se efectúa bilobectomía derecha. Ingresa a terapia. Fallo multisistémico. Fallece.

**Caso clínico 2:** Paciente masculino de 16 años de edad, con diagnóstico de OS localizado en miembro inferior derecho. Dos años después presenta MTS pulmonares múltiples en LID. Se realiza metastasesectomías. Actualmente cumple nuevo protocolo QT.

**Conclusión:** El OS es una de las neoplasias malignas que suele dar MTS pulmonares tempranas que se manifiestan generalmente como nódulo solitario; en ocasiones no visibles por radiología, por lo cual es necesario el seguimiento evolutivo con TAC de tórax. Las MTS, cuando se encuentran en áreas limitadas del pulmón, deben ser reseçadas quirúrgicamente para permitir una mayor supervivencia.

Las MTS presentes al momento del diagnóstico disminuyen de un 70% a un 40% el índice de supervivencia, comparado con la enfermedad localizada.

## 16 - Rehabilitación

### TL148

#### 0083. ADAPTACION TECNICA A UNA PRUEBA DE EVALUACION

M Saadia Otero, I Capparelli, J Steimberg, M Brassesco, E Natal HRRMF, Argentina.

**Propósito del estudio:** Conocer si los pacientes deberían realizar un periodo de adaptación técnica previa a realizar un test máximo (Test Incremental) en cinta deslizante al inicio de un programa rehabilitación respiratoria.

**Métodos:** Se reclutaron 27 pacientes EPOC (GOLD II, III, IV), que no hubieran realizado rehabilitación previa, y que no tuvieran experiencia en caminar en una cinta deslizante (Treadmil). Se tomaron dos test incrementales máximos, uno el día de ingreso (T. INC 1), y otro luego de dos sesiones de adaptación técnica (T. INC2). Las sesiones de adaptación consistieron en enseñanza de la técnica de marcha en la cinta.

Las características de la población enrolada fue de: 15 Hombres y 12 mujeres, VEF1%: 0,97L (34,3%)  $\pm$  9,97; IMC: 24,92  $\pm$  4,77; BODE: 4,37  $\pm$  1,9; MRC: 2,33  $\pm$  1,14; PO2: 70,43 mmHg  $\pm$  8,94; T6M: 390,93 mts  $\pm$  100,98; SGRQ (T): 50,66  $\pm$  16,19.

**Resultados:** La velocidad máxima promedio del (T. INC 1) fue de: 5,09  $\pm$  1,28 Km/h; La velocidad máxima promedio del (T. INC 2) fue de: 5,70  $\pm$  1,12 Km/h. La diferencia entre ambos test fue de 12%.

**Conclusiones:** Los pacientes lograron velocidades máximas mayores luego de una breve adaptación a caminar en la cinta, 12%. Esto es de gran importancia dado a que la planificación del entrenamiento de resistencia se hará partiendo de una velocidad mayor y se respetará así el principio de estímulo eficaz de la carga para las sesiones de entrenamiento.

### TL149

#### 0147. CUANTIFICACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS CALÓRICOS EN PACIENTES DURANTE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA.

GPL Liberé, SG Guastavino, HJ Montemerlo, EL De Vito

Centro Del Parque de Rehabilitación Respiratoria, IADEIN, Instituto Argentino del Diagnóstico e Investigación en Nutrición.

**Introducción:** La cuantificación de los requerimientos calóricos puede ser estimada mediante la Ecuación de Harris- Benedict. En pacientes en rehabilitación respiratoria estables clínicamente, aunque con traqueostomía y asistencia ventilatoria los valores reales pueden diferir de los calculados. Esto es particularmente cierto si se consideran comorbilidades y otras variables tales como ecaras, etc

**Objetivos:** Cuantificar los requerimientos calóricos mediante calorimetría indirecta (CI) en pacientes durante rehabilitación respiratoria y compararlos con los calculados según la ecuación de Harris Benedict (HB) y con las calorías realmente suministradas en base a las correcciones estandarizadas (CR).

**Material y Método.** 44 pacientes (16 mujeres): 52  $\pm$  23 años; BMI 23  $\pm$  5 kg/m<sup>2</sup>. **Diagnósticos:** ELA 10, Duchenne 2, Traumatismo encéfalo craneano 5, Guillain Barré 5, Cuadruplejía 4, encefalopatía hipóxica 6, ACV 7, otras 5. CI (Deltatrac) y ecuación de HB, media y DS y análisis de regresión y correlación.

**Resultados.** Análisis de regresión y correlación lineal (y = pendiente x + ordenada al origen), r = coeficiente de correlación, p significativa < 0.01.

CI vs HB: y = 0.70 x + 589. r 0.691, p < 0.001

CI vs CR: y = 0.54 x + 1067. r 0.43, p < 0.01

HB vs CR: y = 0.38 x + 789. r 0.47, p < 0.01

A rangos altos de calorías (aproximadamente 2000 calorías), CI y HB fueron similares, pero HB las sobreestimó a bajos valores de CI. Las calorías calculadas según las correcciones (CR) se alejaron de los valores de HB y CI, debido a las múltiples variables que condicionan el ajuste (fiebre, escaras, etc). No parece haber una tendencia definida en estos comportamientos según las patologías.

**Conclusiones.** En nuestra población de pacientes, la ecuación de HB tendió a sobreestimar los requerimientos calóricos, se discuten los posibles mecanismos involucrados en esta observación

### TL150

#### 0167. CAMINATA AL AIRE LIBRE DE 3 KILOMETROS PARA PACIENTES EN REHABILITACIÓN RESPIRATORIA. SIMPLEMENTE LO HICIERON

S Gando, G Turón, A Alonso, F Lampe, M Saadia, I Capparelli, G Cisnero, M Sartore, I Guevera

Rehabilitación Respiratoria Zona Norte, Argentina. Instituto Lampe, Argentina. Hospital M Ferrer, Argentina. Instituto Marini, Argentina. Hospital Vicente Lopez, Argentina. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad de los pacientes en rehabilitación respiratoria de desarrollar una caminata de 3km al aire libre.

**Método:** Hay un conjunto de enfermedades respiratorias crónicas, principalmente la EPOC, que producen una disminución de la capacidad de los pacientes de desarrollar tareas habituales, tanto por la disnea de origen en la severidad del daño pulmonar como en el deacondicionamiento muscular.

La rehabilitación respiratoria es una intervención multidisciplinaria que tiene entre otros logros, revertir esa disnea y deacondicionamiento..

Uno de los objetivos es que el paciente adquiera la posibilidad de realizar caminatas al aire libre como parte de su tratamiento de mantenimiento de los logros adquiridos en la rehabilitación, sin embargo no hay evaluaciones que permitan asegurar que lo obtenido en el ámbito de la rehabilitación se pueda traducir en una mayor posibilidad de desarrollar ejercicio fuera de ese ámbito.

En el contexto del día mundial del EPOC se realizó una caminata de 3Km en un circuito costero de Vicente Lopez, Pcia. de Buenos Aires con pacientes en rehabilitación respiratoria. Se realizó un breve cuestionario a los pacientes, espirometría previa a la caminata, saturometría de pulso. Se entregaron equipos portátiles de O<sub>2</sub> a quienes lo requerían.

Participaron 45 pacientes, 23 mujeres y 22 hombres, Edad 61.7  $\pm$  11.4 años, EPOC 41, fibrosis quística 3 y asma 1. BMI 24.7  $\pm$  4.6. Espirometría en campo: FEV1 45  $\pm$  25%. 13 (29%) requirieron equipos portátiles de O<sub>2</sub> durante la caminata.

Resultados de la encuesta: Disnea Habitual 85%, escala de disnea de MRC  $1.42 \pm 1.03$ , tos habitual 33%, expectoración habitual 29%. 23 pacientes se atendían principalmente en ámbito público y 22 en privado. Diagnóstico de la enfermedad: < 5 años 33%, de 5 a 9 años 31%, de 10 a 14 años 16%, más de 15 años 20%. 9 pacientes (20%) con O2 domiciliario. 42 pacientes se encontraban en rehabilitación en fase de mantenimiento y 3 con ejercicios domiciliarios post rehabilitación. 21 pacientes (47%) realizaban ejercicios por fuera de la rehabilitación.

Resultados de la caminata. 44 de 45 pacientes completaron el recorrido. Una paciente abandonó por dolor articular en rodilla. El tiempo del primer paciente en llegar fue de 38 minutos y la última paciente llegó sobre el fin del tiempo propuesto como máximo, las 2 hs. Escala BORG de inicio  $0.67 \pm 0.77$  y final  $2.23 \pm 2.13$ . En la meta llegaron: Sin cansancio 20 (44%), cansado 22 (48%) Muy cansado 3(6%) extenuado 1(2%).

Conclusión: Un grupo seleccionado de pacientes en rehabilitación, la mayoría EPOC severos, lograron traducir sus logros adquiridos durante la misma, completando una caminata al aire libre de 3km con buena tolerancia y seguridad.

## 17 - Imágenes

TL151

### 0070. NEUMOTÓRAX COMUNICANTE.(TORAX DE BUFALO) PRESENTACIÓN DE UN CASO.

G Dova, F Ballester, M Chertcoff, C Delgado, E Borsini, M Blasco, J Chertcoff  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

El neumotórax bilateral constituye una enfermedad infrecuente, pero ha sido descrita en múltiples enfermedades pulmonares; asma bronquial, EPOC, neumotórax idiopático, linfangiomatosis, etc. A veces los traumatismos torácicos graves o la injuria de la vía aérea alta se acompañan de este cuadro y son en algunos casos causa de muerte.

El neumotórax bilateral con compromiso y conexión de ambas pleuras ha sido reconocido como tórax de búfalo por la literatura médica inglesa dada la presencia en ese animal de una cavidad pleural única y generalmente esta asociada a cirugía torácica, cardíaca y/o colocación de accesos venosos.

Nosotros presentamos un enfermo sometido a una cirugía de revascularización coronaria que en transcurso de su evolución presento dicho cuadro y mostramos la amplia comunicación existente entre ambos hemitórax.

Reporte del caso

Paciente masculino de 67 años de edad, con antecedentes patológicos de tabaquista severo (50 paquetes/año) y cardiopatía isquémica. Ingresó a terapia intensiva en el postoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Se complicó con una mediastinitis con necesidad de asistencia respiratoria mecánica prolongada. Se realiza apertura y posterior cierre mediastinal con plástica y colocación de drenaje pleural en ambas pleuras. Evoluciona con enfisema subcutáneo extenso y movimiento paradójico de la pared torácica anterior, se realiza tomografía de tórax donde se constata dehiscencia de la plástica mediastinal y cámara aérea mediastinal residual anterior en comunicación con ambas cavidades pleurales constituyendo un neumotórax bilateral (tórax de búfalo). (Figura 1 y 2).

Finalmente a los 85 días de la CRM se realiza cirugía en dos tiempos con decorticación pleural, lavado mediastinal y cierre de la esternotomía. Se realiza nueva TAC de tórax sin evidencia de neumotórax. Nueve días después el paciente fue destetado y 15 días más tarde es dado de alta.

Conclusión: Las cavidades pleurales salvo excepciones en que pequeñas fenestraciones existen (base fisiopatológica del hepatotórax) normalmente se encuentran totalmente aisladas, en algunos mamíferos como el elefante las pleuras se encuentran adosadas sin ninguna separación ni fenestración entre la visceral y la parietal, en otros como el búfalo o el bisonte americano ambas cavidades pleurales se encuentran totalmente comunicadas lo cual permitía la fácil captura de los mismos por los

indígenas con una sola herida de flecha dado que desarrollaban neumotórax hipertensivo bilateral. Por ello cuando patológicamente ambas cavidades pleurales se encuentran unidas se ha denominado tórax de búfalo su presencia.

TL152

### 0124. TOMOGRAFÍA MULTICORTE DE TÓRAX EN ESPIRACIÓN. INDICACIONES Y UTILIDADES

V.Rubio, S.Rossi, J.Lopez Moras, V.Franco, T.Vasconcelos  
Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi, Argentina.

El propósito del presente trabajo consiste en revisar las diferentes técnicas de adquisición en espiración y su aplicación, las indicaciones clínicas, los patrones de alta resolución que sugieren afectación de la vía aérea y su ejemplificación.

Se revisaron estudios de tomografía de tórax realizados en nuestro centro entre los años 2008 y 2010, todos ellos adquiridos en tomografía computada multicorte (TCMC) de 64 filas de detectores, con adquisiciones adicionales en espiración máxima con baja dosis de radiación. Se seleccionaron aquellos casos con hallazgos tomográficos sugestivos de atrapamiento aéreo, así como también aquellos estudios con alta sospecha clínica de afectación de la vía aérea.

Las adquisiciones adicionales en espiración máxima en la TCMC de tórax, facilitan la detección y evaluación de la patología de la vía aérea asociada a enfermedades pulmonares o sistémicas.

Tanto los hallazgos patológicos en estudios convencionales en inspiración máxima como la sospecha clínica de atrapamiento aéreo, justifican su aplicación de importante rédito diagnóstico.

La TCMC de tórax en espiración es de gran utilidad ya que no solo aporta información anatómica sino que también puede sugerir compromiso funcional respiratorio, sobre todo en aquellos casos donde la TCMC de tórax en inspiración no demuestra alteraciones significativas, pero existe una fuerte sospecha clínica.

## 18 - Misceláneas

TL153

### 0197. AGENESIA ARTERIAL PULMONAR IZQUIERDA EN ADULTO ASINTOMÁTICO

M Elías, V Abrate, A Blua, A López  
Hospital Privado Córdoba, Argentina.

*Introducción:* La agenesia unilateral de la arteria pulmonar es una anomalía congénita rara que se acompaña de un árbol traqueobronquial normal, frecuentemente asintomática hasta la adolescencia.

Presentamos un adulto, en el que el diagnóstico surge de hallazgos inespecíficos en sus estudios preocupacionales.

*Resumen:* Varón, 38 años, enfermero. NAC a los 6 años. No tabaquismo.

Rx de Torax preocupacional: reducción volumétrica pulmonar izquierda. Interconsulta a Neumonología: examen físico normal. Sat Hb 97% AA. Espirometría: obstrucción leve sin cambios post broncodilatador: CVF 3,84 LTS (77%) VEF1 3,82 LTS (76%). VEF1/CVF: 72% (normal 77%).

TAC de Tórax multicorte: disminución volumétrica pulmonar izquierda. Atresia de rama izquierda de arteria pulmonar. Aorta torácica derecha con divertículo pre-traqueal (arco aórtico) del cual emergen las arterias carótida primitiva y subclavia izquierda. Origen anómalo (izquierdo) del tronco braqueocefálico. Profusa circulación colateral sistémica que drena al sistema al venoso pulmonar (fistulas sistémicas - venosas pulmonares). Centellograma de perfusión pulmonar con Tc99-MAA: distribución uniforme del isótopo en el pulmón derecho y ausencia completa de perfusión pulmonar izquierda.

Pendiente de realizar: Ecocardiograma y cateterismo cardíaco para excluir cardiopatías congénitas asociadas

*Discusión:* La agenesia unilateral de la arteria pulmonar, frecuentemente se asocia con bronquiectasias y otras malformacio-



Caso Clínico 1



Caso Clínico 2

nes del pulmón enfermo, produciendo infecciones recurrentes y hemoptisis, que pueden requerir hasta neumectomía. En nuestro paciente:

1. Las vías aéreas son normales
  2. La perfusión del pulmón enfermo se realiza a través de shunts generados por la profusa circulación sistémica a partir de arterias bronquiales, diafragmáticas, intercostales, hipertrofia del sistema mamario interno, externo y torácico que desembocan en el sistema venoso pulmonar. Se trata de fistulas entre arterias sistémicas - venas pulmonares.
  3. El intercambio gaseoso en el pulmón sano que recibe toda la volemia es normal, (relación  $V/Q = 1$ ). Esto explica la saturación Hb de 97% AA. La ausencia total de perfusión pulmonar izquierda confirmada por la Angiotomografía y la Centellografía pulmonar, es causa de una relación  $V/Q$  infinita (ventilación de espacio muerto pulmonar izquierda).
- Conducta: en paciente asintomático solamente control evolutivo de posibles complicaciones.