

Resúmenes de trabajos presentados en el 42º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

0014 - ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO DE VENTILACION MECÁNICA (VM) DE SDRAP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFLUENZA A H1 N1 Y ARDSE DE OTRAS ETIOLOGÍAS

Alex Gustavo TAMAYO | Brenda FERNANDEZ | Marcos WILCHES | Felipe CARVAJAL | Lorena MOLOEZNIK | Gabriela RÓDRIGUEZ | Walter VIDETTA | Joge ALBARRACIN | Ricardo REINHARDT
HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERÓN DE MERLO

Introducción: Realizamos manejo de ventilación mecánica (VM) con estrategia protectora (EP) y maniobras de reclutamiento (MR) en SDRAP en nuestras UCIs durante dos años. **Objetivo:** Nuestro objetivo principal fue evaluar la mortalidad y complicaciones mayores después de aplicar un protocolo de manejo ventilatorio y describir algunas características clínicas de los pacientes, siguiendo las recomendaciones y normas de estrategia ventilatoria del NHLBI en pacientes con SDRAP.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de un período de 2 años (25/05/09 al 25/05/11) en dos UCIs de los datos médicos y registros de enfermería, de los ingresados en la UCI con SDRAP (definición de la AECC), el primer grupo de pacientes con ARDSe de etiología primaria con neumonía grave y alta sospecha de influenza A H1N1 y otro grupo de ARDSe de etiología secundaria. Los pacientes fueron colocados inicialmente en modo VCV (control de volumen). Utilizamos Vt bajo, como se establece en el protocolo de ventilación de ARDS Network (Anexo 1), con 6 ml/kg PBW como estrategia de protección y apertura de pulmón (AP) (Anexo 2). Con presión meseta (Pp) < 30 cm H₂O y titulando la PEEP según la MR de Kacmarec (anexo 3). Escala de Ramsay 5 e incluso BNM fueron utilizados. Practicamos radiografía de tórax para descartar barotrauma. **Resultados:** Registramos 76 pacientes, 44 (57%) hombres y 32 mujeres (43%), 36 (47%) fueron 65 < años. Comorbilidades 48%. Apache II: 20, LIS (Score de Injuria Pulmonar) > 2.5, SOFA puntuación: 9.6; CURB - 65 de 2.5 PSI: IV a la admisión del grupo de Influenza y APACHE II:16; LIS 2.5; SOFÁ puntuación: 10 en el grupo de ARDSe. Sesenta pacientes en VM divididos en dos grupos, 30 pacientes con alta sospecha de gripe A H1 N1 y 30 con SDRAP de otras etiologías, ambos grupos con una (PS) en las modalidades VCV o presión de control (PC) con Vt-6 ml/Kg y PEEP alta > 10 cm H₂O, ajustado de acuerdo al protocolo de la ARDS Network tratando de mantener (Pp) < 30 cm H₂O y con (MR) según las guías de SDRAP y graduación de la PEEP. La VCV con flujo constante fue la modalidad ventilatoria habitual al principio con el Vt 5-7 ml/Kg y luego el modo PCV. Se requirió algún vasopresor para mantener la presión arterial. La Estrategia de Reclutamiento Alveolar Progresivo (ERAP) fue eficaz para mejorar la Compliance estática (Cst), la SatO₂ y el PafIO₂. Hubo una complicación (3%), un neumotórax iatrogénico resuelto con drenaje. La mortalidad per se fue de 24 (66%) en influenza y 20 (60%) en ARDSe.

Conclusiones: Se brinda el uso de la Vt según peso corporal predecible (PBW) y el uso de una estrategia uniforme que llegue a ser familiar a todo el equipo de cuidado de salud. La ERAP

mejoró la Crs que sirvió para titular la PEEP con mejora de SaO₂ y PafIO₂. No había ninguna complicación mayor debido a la estrategia practicada en ambos grupos y la mortalidad global fue el 60%.

0016 - ACTIVIDAD DE COMPUESTOS AZÓLICOS FRENTE A AISLAMIENTO CLÍNICO DE M. TUBERCULOSIS

Belén Rocío IMPERIALE(1) | Angel CATALDI(2) | Nora MORCILLO(1)
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO (1); INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA AGROPECUARIA (2)

Objetivos: Evaluar la actividad in vitro de compuestos azólicos; imidazoles (Econazol, ECO y Clotrimazol, CLO) y nitroimidazoles (Metronidazol, MZ e Iprnidazol, IPZ) frente a aislamientos clínicos de TB-MDR. Considerar su potencial papel en la terapéutica combinada de la TB-MDR y en el tratamiento de la forma latente de esta enfermedad (TT-MDR-L).

Materiales y Métodos: Tipo de estudio: retrospectivo. Se incluyeron 55 cepas de TB-MDR aisladas de pacientes diagnosticados en el Laboratorio de Referencia del Programa de Control de la Tuberculosis del Hospital Dr. Antonio A. Cetrángolo. Como referencia fue empleada la cepa de M. tuberculosis H37Rv sensible a todas las drogas anti-tuberculosas. La actividad de ECO y CLO se evaluó mediante la determinación de la concentración inhibitoria mínima (CIM) por el método colorimétrico en placa con el siguiente intervalo decreciente de concentraciones: 32,0 a 1,0 µg/mL. Para determinar la actividad de MZ (8,0 µg/mL y 32,0 µg/mL) e IPZ (8,0 a 128,0 µg/mL), se adaptó el sistema de cultivo en medio líquido y en condiciones de hipoxia descripto por Wayne y col. empleando tubos al vacío (Vacutainer, BD, Argentina), ya que se postula que estos compuestos actúan sobre microorganismos en estado de latencia o durmientes (metabolismo disminuido, baja replicación). El software MedCalc v12.4.0 fue utilizado para realizar la estadística descriptiva y analizar la posible actividad de las drogas frente a M. tuberculosis.

Resultados: Ambos sistemas utilizados permitieron determinar la actividad de las drogas estudiadas. Para ECO se obtuvieron valores de CIM entre 0,5 y 4,0 µg/mL, mientras que para CLO los valores de CIM estuvieron entre 0,5 y 16,0 µg/mL. MZ e IPZ, en las concentraciones estudiadas, mostraron un efecto inhibitorio reversible frente a los aislamientos de M. tuberculosis. Mientras que no hubo diferencia significativa en cuanto a la actividad entre las concentraciones ensayadas de MZ, el IPZ mostró un incremento de actividad acorde con incremento en la concentración de droga.

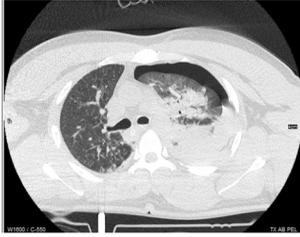
Conclusiones: Este estudio permitió demostrar que los compuestos azólicos estudiados fueron activos frente a aislamientos clínicos de TB-MDR; tanto el MZ como el IPZ tuvieron un efecto bacteriostático. Esto sugiere que, tal vez, podrían utilizarse estos compuestos en combinación con otras drogas anti-tuberculosas para el tratamiento de la TB-MDR. El mantenimiento constante de los niveles séricos terapéuticos de MZ/IPZ podría potencialmente prolongar el efecto inhibitorio de estas drogas. Dado que ambas actúan en hipoxia podría plantearse el uso de IPZ en el TT-MDR-L. Con respecto a ECO y CLO, los valores de CIM encontrados también sugerirían su uso en combinación con otros agentes anti-tuberculosos.

0018 - TRAUMA DE TORAX POR LESIONES DE ARMA DE FUEGO EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA: ANÁLISIS DE 153 CASOS

Adriana FELDMAN | Gabriela SIBILA | Pablo REVEL CHION | Alberto MARINO | María GUAYMAS
COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

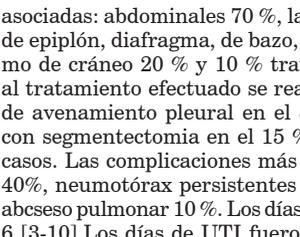
Objetivos: Describir las características clínicas, tratamiento y resultados de pacientes con herida de bala (HB) en torax

TABLA: RESULTADOS COMPARATIVOS	ARDSp (I.A. H1N1) (n=30)	ARDSe (n=30)
< 66 años	80% (n=24)	50% (n=15)
APACHE II	20	16
SOFA Score	9,8	9
CURB-65	2	
PSI	4	
Comorbilidad	55%	48%
Complicación	3%	
Duración de permanencia en UTI, d	10	12
Duración de estancia hospitalaria, d	22(1-246)	
Tiempo de VM, d	9,4	11
Duración del Weaning	4,5	5
Mortalidad	24 (66%)	60%
Mortalidad al día 28	58%	53%
LIS	>2,5	2,5



rácicas, tratamiento, complicaciones, días de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media \pm DS, mediana \pm RI y %.

Resultados: Ingresaron 426 pacientes con herido de bala, de los cuales 153 (36%) eran (HB) en torax, la edad fue de 39 ± 10 años, APACHE II fue de 14 ± 10 , TSR 6. Las complicación torácicas más frecuentes fueron: neumotórax 80 %, hemotórax 70%, contusión pulmonar 70%, fracturas costales 20% y fractura de clavícula 10%. Lesiones extra torácicas



asociadas: abdominales 70 %, las que correspondían a lesiones de epiplón, diafragma, de bazo, hígado y estómago, traumatismo de cráneo 20 % y 10 % trauma raquimedular. En cuanto al tratamiento efectuado se realizó drenaje de torax con tubo de avenamiento pleural en el 80% de los casos, toracotomía con segmentectomía en el 15 % y lobectomía en el 5% de los casos. Las complicaciones más frecuentes fueron atelectasias 40%, neumotórax persistentes 30 %, derrame pleural 20 % y absceso pulmonar 10 %. Los días de ventilación mecánica fueron 6 [3-10]. Los días de UTI fueron de 12 [3-14] y la mortalidad fue del 12 %.

Conclusiones: En nuestro estudio y al igual que en la literatura, la gran mayoría de los pacientes con traumatismo torácico son del sexo masculino y con una edad promedio baja. En cuanto al tratamiento a diferencia del abdominal penetrante, 80% de los traumatismos torácicos pueden tratarse en forma conservadora con tubo de avenamiento pleural. El neumotórax fue la lesión torácica más frecuente.

0019 - RESCATE MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Adriana FELDMAN | Gabriela SIBILA | Daniel VARELA | Norberto TIRIBELLI | Ariel PASQUINI | Pablo REVEL CHION | Alberto MARINO | María GUAYMAS
COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

Objetivos: Describir la prevalencia microbiológica en pacientes con infección respiratoria en la UTI de nuestro hospital.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes ingresados por (NAC) a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/11/2013 hasta 1/03/2014 que requirieron ARM. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, comorbilidades, Patrones radiográficos, etiología, días de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media y DS, mediana, RI y %.



Resultados: Ingresaron a UTI 190 pacientes, 98 (51 %) requirieron ARM, de ellos 16 pacientes (16%) eran NAC. La edad fue de 64 ± 14 , el 60 % hombres, APACHE II 24 ± 9 , riesgo de mortalidad 35%. El 60% tenían patrón alveolar (PA), 10% inmunodeprimidos, con un aislamiento bacteriológico del 40% con predominio de *S. pneumo-*



niae. A las neumonías con patrones intersticiales (PI) se les realizó lavado broncoalveolar (BAL), 40% inmunodeprimidos, encontrando: virus influenza estacional M2 30%, H1N1 20%, *P. jiroveci* 20%, virus sincicial respiratorio 10%, citomegalovirus 10%, y herpes simplex tipo I 10%. Los días de ARM fueron de 5 [3-13], la estadía en UTI 10 [6-13] días y la mortalidad de 80%. **Conclusiones:** La población estudiada fue añosa, muy grave. Si bien las bacterias siguen teniendo un papel predominante en NAC con patrón alveolar, en las que tienen patrón intersticial se hallaron mayormente patógenos virales por preponderancia de inmunodeprimidos se debe considerar el BAL debido a que en estos pacientes no se puede realizar biopsia pulmonar por la gravedad. Los virus han aumentado por la mayor expectativa de vida, comorbilidades y las pruebas de diagnóstico mejoradas.

0020 - ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN HIV QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

Adriana FELDMAN | Vanesa NUNES VELLOSO | Gabriela SIBILA | Ariel PASQUINI | Pablo REVEL CHION | Alberto MARINO | María GUAYMAS
COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

Objetivos: Conocer la etiología de las neumonías en pacientes con HIV que requieren ARM.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados por HIV a la Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/11/2013 hasta el 1/03/2014 que requirieron ARM. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, motivo de ingreso, etiología, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 190 pacientes, 98 (51 %) requirieron ARM, de ellos 3 pacientes (3%) eran HIV a los cuales se le realizó BAL. La edad fue de 63 ± 14 y el 60 % eran hombres, el APACHE II fue de 24 ± 9 con un riesgo de mortalidad del 35%. Los tres pacientes tenían un recuento de linfocitos CD4 < 200 células/mm³. El 100 % presentó shock séptico, 66% insufici-

ciencia renal y 66% neumotorax. Se hallaron en el BAL *Pneumocystis jiroveci* (66%), citomegalovirus (33%) y *Mycobacterium tuberculosis* (33%). Los días de ARM fueron de 5 [3-13], la estadía en UTI fue de 10 [6-13] días y la mortalidad fue del 66%.

Conclusiones: La población estudiada fue añosa, muy grave, con predominio de hombres. La neumonía fue la primera manifestación de infección por VIH, tenían un recuento de CD4 < 200 células/mm³ y no estaban recibiendo terapia antirretroviral. La etiología más frecuente fue *P. jiroveci*, seguida por citomegalovirus y *Mycobacterium tuberculosis*. La inmunofluorescencia en el BAL sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de *P. jiroveci*. Debido a su alto rendimiento y baja tasa de complicaciones, fibrobroncoscopia sigue siendo el procedimiento de elección para el diagnóstico de enfermedades pulmonares en los pacientes infectados por el VIH.

0022 - VARIABILIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO DE VALORES ESPIROMÉTRICOS EN NIÑOS PREESCOLARES SANOS (NPS)

Luciano Enrique BUSI(1) | Peter David SLY(2) | Ricardo TOURRES(1)
HOSPITAL DE TRELAW (1); CHILDREN'S HEALTH AND ENVIRONMENT PROGRAM, QUEENSLAND CHILDREN'S MEDICAL RESEARCH INSTITUTE (2)

Objetivos: Hasta donde llega nuestro conocimiento, no se ha publicado a nivel mundial ningún estudio que analice la variabilidad a corto y largo plazo de espirometrías (ES) en NPS de la población general (jardines de infantes [JI]). Nuestro objetivo entonces es determinar la variabilidad intra e intersesión a corto y largo plazo de ES en NPS.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y transversal.

Población: NPS de 3 a 5 años edad provenientes de JI seleccionados al azar de la ciudad de Trelew (n=542).

Criterios de exclusión: patologías que impidan la correcta realización de ES a juzgar por el médico neumonólogo infantil (MNI), patologías respiratorias incluyendo asma y pacientes que ya hayan realizado previamente alguna ES. Se realizó ES según las normas de la American Thoracic Society propuestas para preescolares en 2007, repitiéndose dentro de las 6 horas y en 8 semanas. Se analizó la variabilidad intrasujeto intrasesión con test de t. Se calculó el coeficiente de repetibilidad (intrasesión, CIntra) como el doble del desvío estándar (DE) de la diferencia intrasujeto entre las dos series de mediciones del mismo día. Se calculó el coeficiente de reproducibilidad (intersesión, CInter) como el doble del DE de la diferencia intrasujeto entre dos series de mediciones en un período de 8 semanas. Se compararon valores basales de espirometría, CIntra y CInter utilizando test de t y ANOVA. Se utilizó el análisis de la varianza multivariante para el análisis de variables independientes cualitativas (ej. presencia de humo de tabaco, sexo) frente a variables dependientes cuantitativas (ej. CInter y CIntra). Se utilizó regresión lineal múltiple para el análisis de variables independientes cuantitativas (ej. talla, peso) frente a variables dependientes cuantitativas. Se utilizó el software SPSS versión 20.0. El protocolo fue aprobado por los comités de Bioética y Docencia e Investigación del Hospital de Trelew.

Resultados: Los valores de CIntra y CInter fueron de 12,0% y 12,3% para FVC; 11,8% y 11,9% para FEV0,75; 11,6% y 11,9% para FEV1; 30,4% y 32,2% para FEF25-75, sin diferencias significativas entre CIntra y CInter en ninguna de las variables (p>0,05). Tampoco hubo diferencias significativas en los análisis multivariados.

Conclusiones: Si bien no se encontraron diferencias significativas en la variabilidad de corto y largo plazo, deben tenerse en cuenta los altos valores de variabilidad intrasujeto en la aplicación de tests para la discriminación de patologías.

0023 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTE CON FIBROSIS PULMONAR. UNIFICANDO DIAGNÓSTICOS.

Brenda Elena VARELA | Carlos NIGRO | Ernesto PRIETO | Silvana MALNIS | Cintya BERGER
HOSPITAL ALEMÁN

Introducción: El diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática requiere la exclusión de causas secundarias de patología intersticial (exposición ambiental, colagenopatías y toxicidad por drogas entre otras) asociado a un patrón tomográfico característico (compromiso bibasal, subpleural, patrón reticular con o sin bronquiectasias, paralización y ausencia de hallazgos inconsistentes con Neumonía intersticial Usual).

La Fibrosis Pulmonar es una manifestación de la granulomatosis con poliangeítis (granulomatosis de Wegener). Es habitual que dicho compromiso intersticial preceda su detección. Esta asociación requiere un alto índice de sospecha y en general se asocia a peor pronóstico.

Caso clínico: Paciente de 61 años consulta por fiebre, sudoración profusa, pérdida de peso (4 kg en el último mes), mialgias, artralgias generalizadas y astenia. Tiene antecedentes de hipotiroidismo, polimialgia reumática (recibió tratamiento con 20 mg de meprednisona que suspendió por su cuenta un mes previo a la consulta) y fibrosis pulmonar de reciente diagnóstico.



Al examen físico:

Datos positivos: rales tipo velcro bibasales

Datos positivos de laboratorio:

Hcto: 31.9 % Hb: 10.4 g/dl GB: 9090/mm³ (82.6 %/ 9.6 %) ESD: 127 mm PCR: 181.6

Glu: 100 mg/dl Urea 80 mg/dl (previa 48) Creat: 2.80 mg/dl (previa 0,98)

Colagenograma previo negativo.

Proteinuria de 24 horas: 0.11 gr / 24 hs. Diuresis: 2746 ml
Espuito (representativo): Sin desarrollo (baciloscopia negativa)
Hemocultivos por 2: sin desarrollo y Urocultivo sin desarrollo
FAN, Anti SCL70, Anticentrómero, ASTO, anticardiolipinas,
Anti membrana basal: negativos

FR y AntiCCP negativos, complemento normal

ANCA: ANCAp + ANCAc-. ELISA: Anti Mieloperoxidasa.

Proteingrama: normal

Sedimento Urinario GR 10-15 por campo 90% Eumórficos 2% Dismórficos

Biopsia renal: glomerulonefritis focal y segmentaria asociada con vasculitis de los vasos intrarrenales con depósitos autoinmunes focales en paredes vasculares.

Examen funcional respiratorio completo:

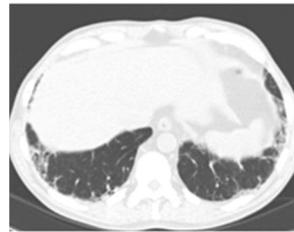
CVF 3.38 82%

VEF 2.87 92%

TLC 78%

DLCO 45%

La asociación entre fibrosis pulmonar y vasculitis ANCA + no es tan infrecuente. Una serie publicada menciona hasta un 37% de fibrosis pulmonar en dichas vasculitis. El patrón tomográfico



observado puede ser Neumonía Intersticial Usual, Neumonía Intersticial No Específica o Síndrome Combinado (fibrosis pulmonar mas enfisema).

Es habitual que el debut de la enfermedad sea la fibrosis pulmonar y con el tiempo aparezcan síntomas que hagan sospechar la presencia de una vasculitis ANCA +.

Debe tenerse en cuenta que el pronóstico de esta asociación es peor que Fibrosis pulmonar idiopática así como es diferente el tratamiento.

En nuestro caso, este paciente en el momento del diagnóstico no presentó ningún síntoma o dato de laboratorio que haga sospechar en una vasculitis. Sin embargo, meses después (coincidiendo con la suspensión del tratamiento con corticoides por su aparente polimialgia reumática) ingresó con insuficiencia renal aguda. Esto obliga a unificar diagnósticos.

Conclusiones: Dentro de la evaluación inicial de los pacientes con sospecha de fibrosis pulmonar idiopática se debe realizar una extensa historia clínica y un laboratorio que incluye un perfil reumático abreviado como el Factor Reumatoideo o el FAN. No se incluye el ANCA dentro de dicha evaluación. Sin embargo, cada vez son más frecuentes las publicaciones que mencionan la asociación de la fibrosis pulmonar con vasculitis ANCA+. Esta asociación cursa con peor pronóstico y el tratamiento es totalmente diferente. Requieren habitualmente inmunosupresores (de primera elección ciclofosfamida) más corticoides. El enfoque terapéutico de los pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática es aún controvertido y distinto.

0024 - FISTULA ANAL TUBERCULOSA

Carlos Mario BOCCIA | Franco GIULIANO | Omar AIDAR | Graciela CASADO | Jorge ARRIGONE | Jorge CASTAGNINO | Domingo PALMERO
HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS FRANCISCO JAVIER MUÑOZ

Introducción: La fístula anal de etiología tuberculosa es muy poco frecuente. Representa menos del 1% de las localizaciones gastrointestinales. Presentamos un caso en paciente HIV negativo.

Caso Clínico: Una paciente de 18 años ingresa al hospital con tuberculosis (TB) pulmonar avanzada. Refería tos, pérdida de peso, sudoración vespertina de 2 meses de evolución y dolor en región anal.

Examen físico: buen estado general, rales crepitantes bilaterales, y lesión en sacabocado en línea media posterior del ano con secreción seropurulenta. Análisis: VSG: 70 mm y Hb 9,6 g%. Baciloscopia y cultivo de espuito: positivos para M tuberculosis. Hisopado del orificio externo de la fístula: BAAR (++) . Radio-

grafía y TAC de tórax: cavidades bilaterales en campos medios y superiores y en TAC árbol en brote biapical.

Ecografía abdominal, renal y ginecológica: normales.

La TAC de abdomen mostró pequeñas colecciones líquidas con contenido aéreo perirrectales.

Exámen proctológico: orificio fistuloso externo en sacabocado a 3 cm del margen anal con secreción serosa turbia. Tacto rectal: induración en canal anal en posterolateral izquierdo con dolor a la compresión en dicha región. Rectosigmoidoscopia: mucosa eritematosa y edematizada en línea media posterior. Se canuló con estilete el orificio externo observándose fistula submucosa con orificio interno en línea media posterior a 1 cm del margen anal.

El dolor desapareció y la baciloscopia del hisopado fue negativa a los 90 días de tratamiento anti TB. Pero la lesión persistió sin cerrar, por lo cual se realizó destechamiento de la fistula, logrando la curación.

Discusión:

La forma de contagio más frecuente es por deglución de material infectante, alimentos contaminados o secreciones respiratorias. Este inóculo sería la principal causa de diseminación hacia el tubo digestivo. Desde la luz del mismo, el MTB puede alojarse en una cripta de Morgagni del ano y producir una criptitis desde la cual se desarrolla luego el trayecto fistuloso.

Se presentan como las fistulas inespecíficas: con dolor, secreción purulenta intermitente y/o descargas fecaloideas. Se sospecha cuando se asocia a linfadenopatía inguinal, múltiples bocas fistulosas y ante la recurrencia luego del tratamiento quirúrgico. Nuestra paciente tenía TB pulmonar avanzada con baciloscopia positiva; se descartó la localización intestinal porque en la ecografía abdominal no se halló engrosamiento de la región ileocecal, ascitis, ni otras alteraciones.

El examen directo y el cultivo positivo para M tuberculosis en el tejido fistuloso y la secreción confirmaron el diagnóstico, pero como sucede en las TB extrapulmonares, los exámenes bacteriológicos tienen un bajo rédito. En nuestro caso la presencia de TB pulmonar activa y la bacteriología confirmaron el diagnóstico. El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad de Crohn. Otros más raros son: lesiones venéreas, amebiasis, neoplasias (particularmente cáncer de colon variedad coloides), lesiones por cuerpos extraños y granuloma piogénico.

El tratamiento se basa en la administración de fármacos anti TB. Si no hay mejoría luego de 3 meses, está indicado el destechamiento de la fistula. Si la misma es compleja o recidivada, o cuando los esfínteres tienen participación importante puede optarse por la colocación de un sedal a modo de drenaje para lograr la epitelización del trayecto destechado minimizando la posibilidad de incontinencia. Otra opción más utilizada en fistulas altas supra o extraesfinterianas es la confección de un colgajo de avance endorrectal.

Cuando se presenten colecciones y abscesos está indicado el drenaje para aliviar la sintomatología más rápidamente.



Conclusiones: La fistula anal por TB es poco frecuente, pero debe sospecharse cuando hay fistulas recurrentes o múltiples orificios perianales en pacientes provenientes de países con alta prevalencia de TB o bien en aquellos con TB pulmonar muy avanzada y/o abdominal.

0025 - PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIO Y VENTILACIÓN NO INVASIVA (BIPAP/CPAP) EN LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE MENDOZA, 1752 PACIENTES EN EL PERÍODO 2004-2014

Raúl LISANTI(1) | Videla HECTOR(2) | Javier ABAL(2) | David GATICA(2) | Lucas DI GIORGI(2)

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN (1); HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN (2)

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas, prevalencia, causas de prescripción, tiempo de estadía en el programa,

causa de baja del programa de Oxigenoterapia y VNI de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de historias clínicas y base de datos de los pacientes de la Obra Social desde enero del 2004 a enero del 2014. Se analizaron las características epidemiológicas, tiempo de estadía, causa de prescripción y de baja de oxigenoterapia y VNI. Se dividen a los pacientes de oxigenoterapia en oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), que son los que reúnen los criterios clásicos y Oxigenoterapia transitoria (OT), que no reúnen criterios de OCD y que se han incorporado debido a la necesidad de cobertura en enfermos oncológicos terminales, enfermedades cardiovasculares discapacitantes o para propiciar el alta precoz hospitalaria en pacientes con insuficiencia respiratoria transitoria (Saturación de oxígeno <90% o <60 mmHg de PaO₂). Ventilación no invasiva domiciliaria: incluye tanto enfermos con uso de equipos binivelados (BiPAP) como con presión continua (CPAP) con o sin uso asociado de oxígeno.

Resultados: Ingresaron al programa 1752 pacientes, 44,58% mujeres y 55,42% hombres. El 95,38% adultos y 4,62% niños (menores de 16 años). Edad promedio fue de 64,82 años (rango de 0,5-102; SD 18,69). El 84% de los pacientes (1473) recibían Oxigenoterapia (78% exclusiva y 6% combinado con VNI). De los pacientes con oxigenoterapia, el 50,1% recibían OCD, el 42,77%, OT y el 7,13% OCD/OT+VNI. El 16% de los pacientes (279) recibían VNI (CPAP/BIPAP) exclusiva. La prevalencia anual en 2013 para oxigenoterapia fue de 90,47 y para VNI de 58,07/100.000 habitantes.

Cantidad de pacientes activos por año: la cantidad de pacientes activos en OCD al final del 2004 eran 79, en 2010: 123 y en 2013: 241. En OT, en 2004: 15 pac, en 2010: 30 y en 2013: 108 y en cuanto a VNI; en el año 2004: 15 pac, en 2010: 97 y en 2014: 224. Al comparar mediante tablas de contingencia los períodos de 2004, 2010 y 2013 se ve un Chi-cuadrado de 40,54 DF 4 y p<0,0001. Si se compara los períodos de 2011, 2012 y 2013, se obtuvo un Chi-cuadrado de 2,12 DF 4 y p=0,7137.

Motivos de uso: OCD: el 64,3% (526) por EPOC y el 16,99% por Fibrosis. OT: 25,54% por cáncer no pulmonar, 22,63% por cáncer de pulmón y el 14,98% por neumonía. VNI: el 91,04% fue por Síndrome de Apneas del Sueño o Hipoventilación-Obesidad y el 6,09% por enfermedades neuromusculares.

Estadía: promedio de estadía fue de 17,18 meses. OCD: 20,64 meses, OCD/VNI: 31,57 meses, OT: 6,57 meses. OT/VNI: 14,88 meses y VNI: 27,95 meses. El 14,95% fue dado de baja al cumplir el mes, el 30,88% entre el mes y los 5 meses, el 14,67% entre los 6 y 11 meses, el 15,75% en el segundo año, el 9,47% en el tercer año y un 14,27% permanecen más de tres años.

Causa de baja: 69,83% por óbito, 13,36% pedido médico, 13,52% voluntaria y 3,30% otras.

Equipos: el 19,07% freebox (mochila con reservorio), 57,17% concentrador, 1,77% tubo exclusivo, 8% BiPAP y un 13,99% CPAP.

Conclusiones: Desde el comienzo del programa se ha visto un crecimiento en el número de pacientes a lo largo de los años. Si analizamos la cantidad de pacientes activos (ingresos menos bajas) observamos un cambio estadísticamente significativo en los últimos tres años en OCD y OT en comparación con años previos; siendo más notorio en el caso de OT. En cuanto a VNI el crecimiento ha sido paulatino y sostenido.

0026 - PREVALENCIA Y ESTÍMULOS PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Julio Cesar SPINOSO | Sandra ZEUGER | Maria Julieta PAMPIN

HTAL GRAL. DE AGUDOS DR. ABEL ZUBIZARRETA

Objetivos: 1- Evaluar la prevalencia del consumo de tabaco en la población adolescente y determinar cuáles son los estímulos más trascendentes de los adolescentes para iniciar y mantener el consumo de tabaco.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta anónima a 2891 escolares de entre 10 y 18 años de los niveles educacionales primario y medio de las escuelas públicas dependiente del GCBA

bajo la cobertura del área programática de salud. Los datos se analizaron mediante el programa Excel de Microsoft office 2007 Resultados: Fueron encuestados 2891 alumnos y se desestimaron 133 por falta de datos resultando una población total de 2758 alumnos, conformada por 1392 varones (M) (50,5%) y 1366 mujeres (F) (49,5%). De ellos 978 (35,5%) han probado el tabaco y 1780 (64,5%) no lo hicieron. Respecto de los que probaron el tabaco el 51,6% son mujeres (n=505) y el 48,4% varones (n=473). En el grupo de 10 a 12 años predominan los varones casi triplicando a las mujeres (28, 7,0% vs 9, 2,4%) respectivamente. En los dos grupos siguientes, de 13 a 15 años y de 16 y mas, la predominancia por género se invierte, (F) 204 (39,4%) vs (M) 174 (32,6%) para el primer grupo y (F) 292 (62,5%) vs (M) 271 (59,0%) para el segundo grupo. En la grupo total se ve una ligera predominancia de las mujeres respecto de los varones (18,3% vs 17,1%). La edad de inicio de la prueba de tabaco para la mayoría de los adolescentes se sitúa entre los 10 y 15 años siendo ligeramente más precoz para los varones que para las mujeres con mayor incidencia entre los 12 y 14 años. A partir de los 15 años el inicio del consumo toma una vertiente negativa hacia los 18 años donde se registran el menor número de iniciadores en el hábito.

Las motivaciones que los participantes reconocen incidir en su decisión de probar el tabaco son: curiosidad 25%, imagen 18%, alteraciones emocionales 13%, invitación 11%, voluntad propia 2%, amigos 1%, adicción 1%. No contestan el 29%. Diferenciando por género la curiosidad es del 27% en el femenino y 23% en el masculino, la imagen alcanza el 17% en las mujeres y 18% en los varones, las alteraciones emocionales 15% en las mujeres y 11% en los varones, la invitación 12 % de los hombres y 10% de las mujeres.

Las motivaciones que mas se destacan para la mantención del hábito de fumar, la adicción era la manifestación más frecuente 33% sin variación entre los géneros, la voluntad propia (9%) -(M 9% - F 8%), las alteraciones emocionales (8%) con preponderancia de las mujeres (10% vs 5%), la imagen personal (3%) -(M 4% - F 3%). El 46% de los participantes no han respondido esta inquietud.

Conclusiones: El fumar es un importante condicionante en la salud actual y futura. La adolescencia es una etapa de la vida de alta permeabilidad a influencias externas que condicionarán el inicio y continuidad o no de los hábitos en la vida adulta. La importancia de los pares y la pertenencia a grupos determinados son situaciones psicosociales de gran importancia durante el desarrollo de la adolescencia. Los procesos que vinculan estas situaciones son bastante complejos y uno de los aspectos centrales de ellos es la situación endógena de cada adolescente, los pares con los que se vinculan, las redes que conforman, etc. Es notoria la prevalencia de consumo en el género femenino respecto del masculino entre los 12 y los 15 años. En la búsqueda por disminuir el riesgo de morbimortalidad, por enfermedades asociadas al consumo de tabaco, el abordaje de esta situación es esencial y prioritario para realizar las tareas de prevención y cesación en esta población. Es necesario intervenir desde edades muy tempranas, informando y educando a los adolescentes, para desarrollar en el proceso de maduración la convicción adecuada para evitar el inicio de esta adicción

0028 - CAVITACIONES PULMONARES BILATERALES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE Y ASINTOMATICA

Fernando SALDARINI(1) | Jose Manuel VIUDES(1) | Juan Arturo PRECERUTTI(1) | Graciela Noemi SVELITZA(1) | Lilian CAPONE(2) | Susana POGGI(3)
SECCION NEUMONOLOGIA HOSPITAL ITALIANO (1); INSTITUTO TISIONEUMONOLOGICO PROF. DR. RAUL VACCAREZZA UBA (2); INSTITUTO VACCAREZZA LABORATORIO CETRANGOLO (3)

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas, clínicas, imagenológicas, y respuesta al tratamiento en una paciente con micobacterium kansasii con compromiso pulmonar. Caso clínico: Paciente de 29 años de edad, femenino, con antecedentes de ex tabaquismo de 10 p/y, consulta en junio del 2012 para control clínico por bajo peso, en ese contexto se solicita laboratorio que evidencia anemia y vsg elevada,rx de



tx que evidencia cavidades en ambos lobulos superiores, por lo que se realizo tac de torax donde se informa multiples cavidades bilaterales. Se sospecha tbc, se realiza fbc con bal, cultivos negativos, se estudiaron otros diagnosticos diferenciales. Reumatograma solo fan positivo 1/160 moteado fino y serologias virales negativos. Se solicita nueva tac sin cambios, se plantea vats. Se niega por estar asintomatica. Se indica btb y se envia muestra para pcr para mai y koch negativos como los cultivos. La a-p parenquima y bronquio normal. Se indica vats se niega, se controlo con laboratorios y tac durante todo el año 2013 que no evidenciaban cambios tomograficos y laboratorio normal hasta diciembre del 2013 donde presento tos y aumento de los reactantes de fase aguda con progresion tomografica, nueva fbc cultivos negativos, se realiza vats en febrero del 2014. La anatomia patologica informo lesiones granulomatosas con un solo elemento positivo para baar. Se realiza pcr koch negativo, pcr mai positivo. Se envia cultivo. Comenzo tratamiento con claritromicina 1000mg/d rifampicina 600mg/d etambutol 1200 mg/d con buena tolerancia.cultivo positivo para micobacterium kansasii. s rifampicina y etambutol y risoniazida y pirazinamida.

Discusión: Se expuso el caso de una paciente joven, con lesiones cavitadas, asintomatica durante un año y medio que hizo sospechar varios diagnosticos diferenciales, la encrucijada del medico frente a un paciente asintomatico de realizar diagnostico a travez de un metodo minimamente invasivo hasta un invasivo para llegar al diagnostico.

Conclusiones: Proceso respiratorio cronico, generalmente con afectacion de los lobulos superiores, con lesiones cavitadas, infiltrados en arbol de brote, e imagenes de ocupacion alveolar, con caracteristicas semejantes a la tuberculosis, es la afectacion mas frecuente del micobacterium kansasii.

Debe realizarse cultivo y antibiograma para un tratamiento adecuado a largo plazo. La pcr es un elemento mas para el diagnóstico.

0029 - ENFERMEDAD DE STILL CON COMPROMISO PULMONAR

Fernando SALDARINI(1) | Jose Manuel VIUDES(1) | Juan Arturo PRECERUTTI(1) | Graciela SVELITZA(1) | Javier ROSA(2)
SECCION NEUMONOLOGIA HOSPITAL ITALIANO (1); SECCION REUMATOLOGIA HOSPITAL ITALIANO (2)

Objetivos: Descripcion de una enfermedad característica de personas jóvenes con compromiso autolimitado y la rareza del compromiso pulmonar.

Caso clínico: Se describe un paciente de 38 a, masculino, que comienza en diciembre del 2008 con fiebre 38°, odinofagia, poliartralgias, erupcion cutanea y disnea cf ii, con diagnostico de enfermedad autoinmune en estudio, se decide tratamiento inmunosupresor con meprednisona 60 mg/dia. Se realiza laboratorio con fan

1/1280 patron heterogeneo, vsg 100, pcr 20, ferritin mayor a 5000, efr con restriccion moderada (fvc 65%), dlco disminuida, tac de torax con infiltrados pulmonares bilaterales. Buena evolucion, disminuyendo la temperatura y la disnea. Queda con bajas dosis de corticoides, se agrega mtx 15 mg semanal e hcq 200 mg/d con mala respuesta. Aumento de la disnea, por lo que suspenden mtx y aumentan corticoides. Se realiza diagnostico clinico de enfermedad de still biopsia de piel con diagnostico de urticaria. En el año 2011 presenta nueva reagudizacion de enfermedad con los mismos sintomas. Continua con corticoides



10 mg día y profilaxis para pcp y osteoporosis. Ecocardiograma normal. Tc de torax con disminución de los infiltrados. Enero del 2013 estando con bajas dosis de corticoides presenta nuevo cuadro de temperatura, disnea cf ii progresión de infiltrados pulmonares odinofagia erupción cutánea generalizada, poliadenopatías, biopsia de ganglio histiocitosis x. Se comienza con altas dosis de corticoides y se reevalúa el tratamiento. Se interpreta como enfermedad de still con compromiso pulmonar resistente a corticoterapia. Se decide comenzar con tocilizumab (inhibidor de il 6) en dosis mensuales. Presenta excelente respuesta al tratamiento con disminución de corticoides hasta suspender, disminución de la disnea, test 6 minutos borg 0 de inicio 550 metros recorrido borg 2 al final sin desaturación, mejoría del fvc, restricción leve y dlco disminuido en forma leve. Lleva un año de tratamiento con buena respuesta, y sin nuevo episodio de reagudización.

Discusión: Descripción de un caso de enfermedad de still con

REGISTROS	FVC	FVC/%	DLCO
2009	2,80 65%	82%	16,30% 55%
2014	3,61 74%	79%	20,43% 61%

compromiso pulmonar resistente a terapia inmunosupresora convencional. La necesidad de terapia

con ac. Contra mediadores inflamatorios, varios trabajos transpararon la experiencia en ar. Con tocilizumab sobre still. Conclusiones: Tratamiento inmunosupresor contra mediadores inflamatorios, en paciente con enfermedad sistémica. La decisión de no realizar biopsia pulmonar y el seguimiento con efr, dlco, test de 6 minutos, interpretándose la enfermedad de base como la causante del compromiso pulmonar.

0030 - CORRELACIÓN EN LA CUANTIFICACIÓN INVASIVA Y NO INVASIVA DE LA PRESIÓN PULMONAR SISTÓLICA EN NUESTRA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN PULMONAR.

Fernando SALDARINI(1) | Adrián LESCANO(2) | Gastón GOMEZ(3) | Hector PLAUL(1) | Susana MATOS(1) | Lucrecia LOPRETE(1)

SECCION NEUMONOLOGIA HOSPITAL DONACION F. SANTOJANNI (1); SANATORIO SAN JOSE (2); SANATORIO DE LA TRINIDAD (3)

Objetivos: Determinar la correlación entre el ecocardiograma doppler y el cateterismo cardíaco derecho en relación a los pacientes con HP.

Materiales y Métodos: La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad clínica multifactorial, con elevada morbi-mortalidad y que requiere de un diagnóstico hemodinámico. Dentro del algoritmo de estudios de screening recomendados, el ecocardiograma doppler (a través del flujo tricuspideo) calcula el valor de presión pulmonar sistólica (PPS). Sin embargo, el cateterismo cardíaco derecho es indispensable para establecer el diagnóstico de certeza de HP, con un valor de PP media > 25 mm Hg. Se analizaron los pacientes derivados al servicio de HP, con diagnóstico establecido (PP media > 25 mm Hg), desde Marzo de 2012 hasta Marzo de 2014. Se confeccionó la historia clínica donde se identificaron los datos de filiación, tipificación del grupo de HP, características clínicas, parámetros hemodinámicos directos y funcionales (test de marcha de 6 minutos) según las recomendaciones de las guías internacionales. Las variables ecocardiográficas fueron obtenidas por 3 operadores con experiencia, con un equipo Esaote Mylab50 y 30 Gold, un traductor de 2,5 mherz y con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se registró: función sistólica del ventrículo derecho (FSVD), excursión longitudinal de la pared lateral del anillo tricúspideo (TAPSE), presiones pulmonares, diámetros de cavidades cardíacas y la presencia de derrame pericárdico (DP). La PP sistólica se obtuvo a través de la sumatoria de la ecuación de Bernulli modificada de la velocidad del flujo tricuspideo y la presión de aurícula derecha (diámetro de vena cava inferior y presencia de colapso inspiratorio). La confirmación hemodinámica se realizó con el cateterismo cardíaco derecho. La técnica consistió en la introducción de un catéter de Swan Ganz, y el acceso hacia las cavidades derechas y arteria pulmonar. De esta manera, se obtiene el registro y cuantificación de las presiones (aurícula derecha, PP sistólica, media, diastólica; presión capilar pulmonar, índice cardíaco, resistencia vascular pulmonar y sistémicas). Los estudios fueron realizados con una diferencia

inferior a las 24 horas. Los resultados fueron incorporados en la base de datos Access y se compararon los valores de presión pulmonar sistólica por los 2 métodos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y se analizaron las variables de correlación con el coeficiente de Kappa.

Resultados: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, consecutivo y prospectivo, que incluyó a 41 casos incidentales con diagnóstico hemodinámico de HP. La edad media de la población es 54,4 años, sexo femenino 61%. El diagnóstico de HP fue Grupo (G) I: 27 p (66%), G II (19%), G III (7%), G IV (5%) y G V (2%). La CF es: I 2 (5%), II 21 (50%), III 12 (29%) y IV 6 (15%). La hemodinamia directa demostró valores promedio de: PP sistólica 83,6 mm Hg, PP media 54,4 mm Hg, PP diastólica 38 mm Hg, presión de aurícula derecha 10 mm Hg e índice cardíaco de 2,68 litros/min/mts² y PPS mediana de 80 mm Hg (54-135). Entre los hallazgos ecocardiográficos observamos: FSVD conservada 20%, deterioro 80%, con un valor de TAPSE promedio 16,7 mm. La PP sistólica mediana fue de 75 mm Hg (50-103). El coeficiente de correlación de Kappa entre las medianas demostró adecuada correlación (valor de 0.80). El área bajo la curva ROC es de 0.88 (IC 95% 0.76-1.00), con una sensibilidad de 93% y especificidad de 23% con una PPS de 75 mm hg por ecocardiografía.

Conclusiones: La población analizada con diagnóstico de HP, observamos una buena correlación en la cuantificación de la PP sistólica entre el ecocardiograma doppler y el cateterismo derecho.

0032 - 6MWT EN EPOC. FACTORES QUE PERMITEN PREDECIR LA DISTANCIA RECORRIDA, EL GRADO DE DISNEA O LA DESATURACIÓN

Guillermo A. RAIMONDI | Pablo S. PELEGRI | Nicolás GODACHEVICH | Guillermo P. MOYANO | Laura L. FALCÓN | Leandro L. URRUTIA
FLENI

Objetivos: La 6MWT es una prueba aceptada y de utilidad para el seguimiento de pacientes con EPOC. Permite estimar la capacidad funcional, identificar la desaturación en actividades diarias y hasta es pronóstica mediante algunas fórmulas. Estudiamos en un grupo de pacientes si la distancia alcanzada, el grado de disnea o la desaturación durante la prueba pueden ser predichas mediante distintas variables fisiológicas.

Materiales y Métodos: En 54 pacientes con EPOC estable (6, 23, 20 y 5 estadios I a IV, respectivamente) con %FEV1 53.5±20.1% se realizaron pruebas de 6MWT (según ATS) y determinaciones espirométricas, volúmenes pulmonares pletismográficos, resistencia de la vía aérea (Raw) y difusión de monóxido de carbono (DLCO). Asimismo se estimaron volúmenes pulmonares tomográficos a máxima inspiración por medio de reconstrucción tridimensional y mediciones densitométricas calculados con atenuación <600H y el volumen de enfisema pulmonar con una atenuación <950H (vol<950H). Con estos valores se calculó el porcentaje de volumen pulmonar con enfisema (%vol<950H). Se realizaron determinaciones de dimensiones bronquiales en el segmento apical del bronquio del LSD y cálculo del grosor de la pared de la vía aérea/área luminal (%WA) mediante la técnica de Nakano. Se correlacionó la distancia recorrida (6MWTDist), el %teórico de la misma (%6MWTDist), la saturación mínima (SpO2Min) y el índice de Borg máximo (BorgMx) con las variables antes citadas. Se utilizó el cálculo de correlación de Pearson y de correlación múltiple. Se aceptó como diferencia significativamente estadística p < 0.05

Resultados: La 6MWTDist correlacionó significativamente con: %TLC (r= -0.64, p<0.0000), %RV (r= -0.57, p<0.0000), RV/TLC (r= -0.44, p<0.001), Raw (r -0.41, p<0.002), FEV1BD (r=0.54, p<0.0000), vol950H (= -0.49, p<0,0002) y %vol<950H (r= -0.42, p<0.002). El %6MWTDist, correlación significativamente con: %TLC (r= -0.63, p<0.0000), %RV (r= -0.58, p<0.0000), FEV1BD (r=0.46, p<0.0005), %FEV1BD (r=0.52, p<0.0001), vol950H (r= -0.59, p<0.0000), %vol<950H (r= -0.59, p<0.0000), FC de reposo (r= -0.48, p<0.0002) y DLCO (r=0.44, p<0.001). La SpO2Min correlación significativamente, aparte de la saturación en reposo (r=0.67, p<0.0000) con: RV (r= -0.33, p<0.01), RV/TLC (r= -0.36, p<0.07), %vol<950H

($r = -0.51, p < 0.0001$), %FEV1 ($r = 0.57, p < 0.0000$) y %DLCO ($r = -0.50, p < 0.0002$). El BorgMx correlacionó con: % FEV1 ($r = -0.50, p < 0.0002$), % FEV1BD ($r = -0.49, p < 0.0002$), %vol<950H ($r = 0.38, p < 0.005$), DLCO ($r = -0.37, p < 0.005$), %DLCO ($r = -0.48, p < 0.0002$). El %WA solo correlacionó levemente con algunos parámetros de hiperinflación pulmonar. Correlaciones múltiples: 6MWTDist: r_2 adj 0.327, $p < 0.0002$; %6MWTDist: r_2 adj 0.283, $p < 0.0002$; SpO2min: r_2 adj 0.451, $p < 0.000001$; BorgMx: r_2 adj 0.183, $p < 0.04$

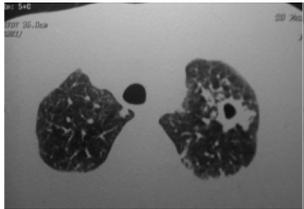
Conclusiones: Los resultados indican que tanto la distancia recorrida, la desaturación y la disnea en un paciente con EPOC durante la 6MWT será peor, cuanto mayor sea la obstrucción de la vía aérea, la hiperinflación y el déficit de difusión. Estas 2 últimas características describen al enfisematoso predominante o "pink puffer", que en esta prueba estará más limitado que el "blue bloater" a igual obstrucción de la vía aérea. Asimismo mediante correlación múltiple, contando con datos de hiperinflación pulmonar, obstrucción de la vía aérea y difusión se puede aproximar la desaturación, disnea o distancia que presentará un determinado paciente durante la 6MWT. En cuanto a la hiperinflación, las determinadas por TAC fueron más sensibles que las pletismográficas en varias de las correlaciones.

0036 - COINFECCION PARACOCIDIOMICOSIS Y TUBERCULOSIS. A PROPOSITO DE

Mauro SCHNEIDER | María de Los Milagros SUSSINI | Mario A SUSSINI | María C RIOS | Alfredo AQUINO | Lucía CUPER | María SALAZAN | Rocío CARDOZO | Nancy JAKIMCZUK
HOSPITAL ESCUELA GRAL SAN MARTIN

Objetivos: Presentar un caso de presentación clínica atípica, donde coexisten dos enfermedades infecciosas prevalentes de la región, pero cuya asociación es infrecuente de observar en la práctica diaria.

Caso clínico: Paciente femenino, 50 años, tabaquista 75 paq/año, etileno lista 100 gr/día, diabetes tipo 2. Refiere iniciar 8 meses previa a la consulta con inestabilidad de la marcha, acompañados de temblores en MS y MI, agregando 4 meses posteriores disartria, hemiparesia derecha, visión borrosa ojo derecho y trastorno de la deglución, por lo que consulta a facultativo quien solicita RNM de cerebro c/c donde se evidencian múltiples imágenes nodulares iso-hipointensas en T1 e hipointensas en T2 en región lateral e izquierda de mesencéfalo que no superan 15 mm de diámetro, realzan con gadolinio. Examen físico: IMC 17, marcha atáxica, asimetría facial, pupilas anisocóricas, hemiparesia derecha 3/5 y compromiso del III par. Lesión ulcero costrosa de 2x2cm periareolar derecha, lesiones pápulo-vesiculosas color rojo vinosas en paladar blando. Se asume como probables metástasis cerebrales, se inician examen complementarios en búsqueda de tumor primario, por lo que se realiza biopsia de lesión en piel, TAC de tórax c/c que evidencia opacidades nodulares, y algunas imágenes cavitadas en ambos lóbulos superiores. Se realiza biopsia de pleura y BAL que informa directo negativo para BAAR, gérmenes comunes, y Hongos. Citológico negativo para malignidad. La paciente evoluciona con registros febriles diarios, leucocitosis y progresión en la semiología pulmonar.



Biopsia de piel que informa lesión compatible con Paracoccidioidomicosis. Inicia tratamiento con Anfotericina B dexocilato + vancomicina + piperacilinatzobactam; evolucionado con insuficiencia respiratoria pasa a UTI, realizándose IOT y es conectada a ARM. Se realiza un nuevo BAL que informa BAAR (+). Agregándose al tratamiento triple asocia-

ción más Etambutol. Presenta fallo multiorgánico y posterior óbito de la paciente. Se reciben cultivo de biopsia de pulmón y pleura que informan micológico positivo para Paracoccidioides Brasiliensis y positivo para BAAR .EL cultivo del BAL fue positivo para BAAR y negativo para Hongos. La serología para Paracoccidioides fue positiva.

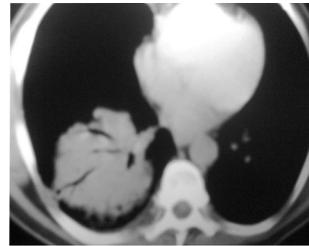
Conclusiones: La paracoccidioidomicosis es una micosis frecuente en nuestra área, su ambigüedad clínica y a veces inespecífica crea confusiones diagnósticas. Es bien conocida la asociación de esta micosis con la tuberculosis. Se cree que alrededor de 5 al 20% de la paracoccidioidomicosis se coinfectan con micobacterium tuberculosis.

0037 - LINFOMA PULMONAR TIPO MALT- A PROPOSITO DE UN CASO

María de Los Milagros SUSSINI | Mario A. SUSSINI | Alfredo AQUINO | Ana María CESCHAN | Lucía CUPER | Rocío CARDOZO | María SALAZAN | Diana SARLI
HOSPITAL ESCUELA GRAL SAN MARTIN

Objetivos: Presentar un caso de Linfoma Pulmonar, entidad poco frecuente, siendo su diagnóstico difícil tanto por la escasa incidencia y por la ambigüedad de la clínica que presenta.

Caso clínico: masculino, 60 años de edad, ex tabaquista ocasional 10 paq/año, abandono hace 20 años. Comienza 7 meses previa a la consulta con tos seca, ocasionalmente productiva de aspecto mucoso, agregándose 3 meses después dolor en hemitórax derecho tipo punzante, acompañado de disnea CF II, por lo que consulta. Ex. Físico:



disminución de murmullo vesicular en hemitorax derecho. Estudios complementarios: Lab GB 13.800g/dl. Hto 41.9 %. Plaquetas 286.000/uL. Creat 0.88 mg/d. Hepatograma Bil T 1.06 mg/d. GPT 49 u/L, GOT 70 u/L., Prot T 8.03 g/d., Alb 2.96 g/dl. Coagulograma TP 15´´. CP 74%. RIN 1.26. HIV(-). ECG normal. Rx tórax opacidad localizada de ocupación alveolar, segmentaria en campo inferior pulmonar derecho. Espirometría: defecto no obstructivo, de grado leve. FEV1: 89.9%. FVC: 78%. FEV1: 92%. Sat O2 98. FiO2 21%. TC de tórax: mediastino centrado y sin evidencia de adenomegalias. Derrame pleural derecho mínimo. Opacidad parenquimatosa centro y periférica difusa, de tipo alveolar, con broncograma aéreo, compromete principalmente segmentos lateral y posterior del lóbulo inferior derecho (infeccioso). Imagen micronodular, bordes regulares, límites bien definidos, en región antero-superior del segmento lateral del lóbulo inferior derecho. FBC que no evidencia lesiones endobronquiales. Se realiza BAL en lóbulo inferior derecho, en segmentos 7, 8 y 9. Examen micológico negativo. Baciloscopia Negativa. Examen citológico Negativo para células malignas. Mediastinoscopia: biopsia por congelación de ganglio de región 4R y 7R, negativo para malignidad. V.A.T.S: biopsia pulmonar por congelación la cual es no concluyente para diagnóstico. Se decide en el intraoperatorio realizar lobectomía inferior derecha, con posterior estudio anatómico-patológico e inmunohistoquímico, donde se realizaron técnicas de inmunomarcación para la demostración de CKAE1-AE3, CD45, CD20, CD3, CD15, CICLINA D1 y BCL-2. Las células neoplásicas fueron positivas con CD20. El cuadro morfológico en correlación con los hallazgos inmunohistoquímicos sugieren en primer lugar un linfoma de MALT. Anatomía patológica: linfoma B de bajo grado compatible con linfoma de MALT Ecografía abdominal: normal VEDA; gastropatía congestiva. Paciente en seguimiento evoluciona asintomático.

Conclusiones: Los Linfomas Primarios en pulmón son poco frecuentes, más aún el subtipo llamado MALT (linfoma de tejido linfóide asociado a mucosas), el cual nos concierne. Así, representa el 3-4% de los linfomas no Hodgkin de localización extranodal y el 0,5-1% de todos los tumores malignos pulmonares. Para el diagnóstico de linfoma pulmonar primario es necesario cumplir los criterios establecidos por Saltzstein:

afectación pulmonar uni- o bilateral, con o sin adenopatías mediastínicas o hiliares y sin evidencia de enfermedad extratorácica en los 3 meses siguientes al diagnóstico, presentándose dichos criterios en este caso.

0038 - TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLASTICA. ACERCA DE UN CASO.

Adrian GASER | Juan Martin VIRGINILLO | Alfredo BUZZI | Gaston Emiliano LEITES ROMANO
DIAGNOSTICO MEDICO

Objetivos:

Presentar las características clínicas y hallazgos imagenológicos patognomónicos de una patología poco prevalente a través de la presentación de un caso clínico.

Caso clínico:

Presentamos un paciente de 52 años de edad, quien consulta por



tos no productiva y dificultad respiratoria con leve estridor espiratorio. Ante la sospecha de estenosis traqueal, se solicitó estudio de tomografía computada multidetector (TCMD), donde se advierte disminución del calibre de la tráquea y bronquios fuentes a partir de múltiples engrosamientos nodulares de densidad cálcica que respetan

la pared posterior de la tráquea, hallazgos imagenológicos compatibles con Traqueobroncopatía Osteocondroplástica (TBOC) (Fotos 1 y 2)

Discusión:

El abanico de presentación clínica varía desde el hallazgo incidental en pacientes asintomáticos hasta la obstrucción severa de la vía aérea.

La TBOC habitualmente compromete las paredes de la tráquea, bronquios principales y menos frecuentemente región subglótica y laringe. El compromiso laríngeo y subglótico se describe hasta en el 40% de los pacientes.

Resulta interesante mencionar que hay algunos estudios que proponen una relación de la TBOC con formas de rinitis atrófica con descarga mucopurulenta, mucosa nasal costrosa y fetor. Deben establecerse los diagnósticos diferenciales con otras entidades que se presentan con múltiples imágenes nodulares en la pared del árbol traqueobronquial como la papilomatosis, amiloidosis, sarcoidosis o tumores.

La evaluación broncoscópica muestra múltiples nódulos submucosos que protruyen hacia la luz de la tráquea y los bronquios principales adoptando una apariencia de "empedrado".

Al momento no se dispone de guías estandarizadas para el tratamiento de ésta enfermedad, dependiendo éste del cuadro clínico presentado por el paciente. En casos leves el tratamiento incluye el manejo sintomático con broncodilatadores, corticoides inhalados y manejo de potenciales infecciones respiratorias. En casos avanzados se propusieron terapias broncoscópicas y/o resoluciones quirúrgicas.



Conclusiones: La TBOC es una enfermedad de baja frecuencia que afecta principalmente las paredes de tráquea y bronquios principales. La laringe y región subglótica sólo se comprometen en el 40% de estos pacientes, pudiendo incluso producir una estenosis subglótica que requiera traqueostomía. La presentación clínica de la enfermedad varía desde el diagnóstico incidental hasta la enfermedad severa con obstrucción importante de la vía aérea. El diagnóstico se hace mediante la fibrobroncoscopia y la TCMD. Frente al diagnóstico diferencial de disnea y tos crónica de origen no precisado se debe tener presente la TBOC.

El diagnóstico se hace mediante la fibrobroncoscopia y la TCMD. Frente al diagnóstico diferencial de disnea y tos crónica de origen no precisado se debe tener presente la TBOC.

0039 - ¿SARCOIDOSIS CON COMPROMISO ARTICULAR O COEXISTENCIA CON ARTRITIS REUMATOIDEA?

Brenda Elena VARELA | Carlos NIGRO
HOSPITAL ALEMAN

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica que puede comprometer muchos órganos y tejidos. El compromiso musculoesquelético ha sido reportado entre un 15-25%. La sarcoidosis puede imitar o acompañar una enfermedad reumatólogica primaria.



Caso clínico: Paciente de 41 años con antecedentes de sobrepeso, DBT 2, hipotiroidismo y dislipemia. Consulta por insomnio. Como causa: dolor cervicobraquial izquierdo. Se realiza RMN cervical y dorsal por dicho dolor que informa mínimas protrusiones discales de C2-

3-4. Una imagen compatible con neurinoma a nivel de C2-3 y como hallazgo se observan múltiples adenopatías mediastinales. Al momento de la consulta no refiere síntomas respiratorios ni sistémicos.

Medicación habitual:

-Glimepirida -Metformina -Gabapentin -Clonazepam -Ami-triptilina

Se realiza Tomografía de Torax que muestra: Imágenes nodulillares en ambos lóbulos superiores. Múltiples adenopatías mediastinales en rango adenomegálicas. También se observan adenopatías supraclaviculares y axilares en rango no adenopáticos.

Mediastinoscopia

Reacción granulomatosa con reacción fibrosa. Abundantes células gigantes con cuerpos asteroides citoplasmáticos. Reacción tipo sarcoidal.

PPD 2UT 10 mm

ECA 37

Pruebas de Función pulmonar con DLCO : dentro de valores de referencia.

Ecocardiograma Doppler y Hoter sin alteraciones.

Se decide conducta expectante y observación.

Luego de 4 meses, la paciente refiere comenzar con dolores articulares en codos, hombros y manos. Refiere rigidez matutina en ambas manos y continúa con dolores cervicales.

Laboratorio

Eritrosedimentación 44 Proteína C reactiva 6.1

FAN - AntiDNA -

Factor Reumatoideo 111.7 Anticuerpos Anticitrulinados 166

Rx de manos, muñecas, codos y pies sin alteraciones.

Nueva TAC de tórax (casi 8 meses luego de la anterior):

Persisten imágenes nodulillares en ambos lóbulos superiores. Franca reducción de tamaño de las adenopatías mediastinales.

El compromiso articular en la sarcoidosis puede ser agudo o



crónico. El primero es el más frecuente. Puede ser uni o bilateral y afecta rodillas, tobillos y muñecas. En general se acompaña de síntomas constitucionales, artralgias generalizadas, fiebre y debilidad. El compromiso crónico es menos común y afecta rodillas, muñecas, interfalángicas proximales y falanges metatarsianas.

En la Artritis Reumatoidea, en general el compromiso articular frecuentemente precede al compromiso pulmonar o de otros órganos. Sin embargo, en algunos casos puede ocurrir lo contrario. Un alto índice de sospecha y la presencia de un perfil reumatológico alterado debe alertarnos. Anticuerpos tales como los anti-citrulinados o el Factor Reumatoideo pueden ser positivos mucho tiempo antes de que la enfermedad se manifieste. Los Anticuerpos Anti-citrulinados son más específicos que el factor reumatoideo (S 95% versus 90%) en el diagnóstico de

arthritis reumatoidea. Dichos anticuerpos son detectados en estadios tempranos de la enfermedad y son asociados con una forma más agresiva.

Conclusiones: Si bien la asociación entre sarcoidosis y artritis reumatoidea es infrecuente y rara de observar, puede existir. Tanto el pronóstico como el tratamiento de dichos pacientes son diferentes que si dichas entidades se manifiestan por separado. Dependiendo del contexto clínico, tomográfico y funcional, el compromiso articular en la sarcoidosis puede llegar a ser una indicación de terapéutica con corticoides. La coexistencia de sarcoidosis y artritis reumatoidea puede obligar a iniciar tempranamente tratamiento inmunosupresor.

En esta paciente, el diagnóstico de Artritis reumatoidea temprana fue realizado de acuerdo a los criterios de la American College of Rheumatology.

0040 - COLESTIMETATO SODICO INHALADO PARA LA TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA PRODUCIDA POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES

Luis Patricio MASKIN | Pablo O RODRIGUEZ | Mariano SETTEN | Ignacio BONELLI | Ricardo VALENTINI

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS (CEMIC)

Objetivos: Evaluar la erradicación de gérmenes multirresistentes en traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica por medio de colistin aerosolizada.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes adultos consecutivos con criterios de traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica (TAV), definida como la aparición de secreciones muco-purulentas en pacientes en ARM > 48 hs, con tinción de gram para bacilos negativos; sin nuevos infiltrados, ni criterios de neumonía asociada al respirador (NAV), según criterios ATS-CPIS. Se administró colestimetato sódico (CMS) nebulizado (50 mg c/12 hs), durante 7 días. Se registraron datos demográficos: edad, sexo, APACHE II, comorbilidades; así como leucocitos y creatinina diarias. Se categorizó el volumen (1- escaso / 2- normal / 3- abundante), y purulencia (1- mucosa / 2- purulenta / 3- francamente purulenta) de las secreciones, evaluadas diariamente por un terapeuta físico. Se realizó un aspirado traqueal al 7° día de tratamiento. Se observaron efectos adversos y la aparición de infecciones respiratorias a los 30 días y al alta. Los datos se expresan como mediana (IQ 25-75), o porcentaje. Se utilizó test Chi2 para el análisis de datos no paramétricos.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (septiembre/09 -Diciembre/12), 75% masculinos; con una edad de 67 (56-76). APACHE II: 23 (18-28). La mediana de días en ARM previo a la TAV fue de 40 (30-46) días, y 90% estaban traqueos-tomizados. Cultivos: Pseudomonas 85% (17 pacientes), y Acinetobacter 15% (3 casos), todos los casos solo sensibles a colistin y aminoglicósidos. La erradicación de los gérmenes multirresistentes se dio en el 95% de los casos, en el cultivo del 7º día. La purulencia de las secreciones fue significativamente menor (3(2-3) vs 1(1-1), p<0.001), al igual que el volumen de las mismas (3(3-3) vs 1(1-2), p<0.0001), luego del tratamiento con CMS inhalado. Se observó un descenso del score CPIS durante el tratamiento (3.5(3-4) vs 1(1-2), p<0.0001). No se evidenciaron diferencias pre- y post- nebulizaciones, en el conteo de leucocitos (9.400(7.450-11.950) vs 8.000 (6.200-8.800), p: 0.14) ni en la creatinina (0.55 (0.5-1.02) vs 0.64 (0.53-0.92), p: 0.63). Solo dos pacientes presentaron injuria renal (creatinina > 50% basal, clasificación RIFLE), pero revirtió al final del tratamiento. Dos pacientes tuvieron 1 episodio de broncoespasmo no severo, autolimitado, sin necesidad de tratamiento broncodilatador. Un paciente con trauma de cráneo presentó un episodio compatible con convulsiones, por lo cual suspendió el tratamiento. Solo dos pacientes desarrollaron infecciones respiratorias dentro de los 30 días, pero ninguna fue por gérmenes multirresistentes.

Conclusiones: La utilización de CMS inhalado disminuye el volumen y la purulencia de las secreciones, así como la carga bacteriana en pacientes con TAV secundaria a gérmenes gram negativos multirresistentes. Esta mejoría podría reducir el riesgo de NAV.

0043 - HIDATIDOSIS CARDIOPERICARDICA

Juan Rodrigo ALDERETE | Daniel CORNEJO | Marina VAZQUEZ | Susana TABOADA | Javier JUAN | Ezequiel RODRIGUEZ VILLEGAS | Enrique DOMINE | Alfredo HIRSON PRADO

HOSPITAL RIVADAVIA

Objetivos: Analizar el caso de un paciente de sexo masculino de 53 años con antecedentes de Quiste hidatídico pulmonar y hepático con resolución quirúrgica hace 3 y 5 años respectivamente. Inicia con disnea CF IV progresiva, edemas en miembros inferiores y registros febriles de 48 hs de evolución.

Materiales y Métodos: Se realiza Ecocardiograma: FSVI levemente deteriorada. Movimiento paradójico del SIV, hipoquinesia global. Descenso de la velocidad de onda E y A del flujo mitral durante la inspiración del 25%. Colapso parcial en sístole de AD. IT leve a moderada. PSAP 35 mm Hg y PDAP 20 mm Hg. Pericardio con engrosamiento visceral a predominio anterolateral y apical de ventrículo izquierdo y pared libre de ventrículo derecho con severo derrame pericárdico anterior y posterior. Partículas hiperecoicas en movimiento, múltiples, intrapericárdicas.

Conclusiones: La Hidatidosis Pericardica se encuentra en el 0,2 a 2% de los casos.

En el presente caso clínico, el paciente inició el tratamiento con Albendazol durante tres semanas y posteriormente se realizó pericardiectomía y extirpación del quiste pulmonar en el mismo acto quirúrgico.

0044 - FACTORES QUE PREDICEN HIPERCAPNIA EN PACIENTES OBESOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Mirta Azucena CORONEL(1) | María Eugenia LIC. MATAS(2) | Jorge Alejandro DR. AVILA(3)

HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA (1); DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ORIENTACIÓN ESTADÍSTICA F DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL (2); HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA - CENTRO DE ENFERMEDADES DEL SUEÑO (3)

Objetivos: Poco es conocido sobre la real prevalencia del Síndrome de Hipoventilación asociado a Obesidad (OHS) en pacientes obesos ambulatorios, en el rango estimado entre 0.3 a 0.4% de la población general y hasta 30% en pacientes hospitalizados con Índice de Masa Corporal (IMC) > 35 Kg/m². Debido a la importancia de esta enfermedad en los pacientes obesos debe buscarse su detección precoz. Investigamos un número de variables y su rol potencial en predecir OHS.

Objetivos:

1- Conocer la prevalencia de los pacientes con Bicarbonato (Bic) > 27 o Exceso de Base (EB) > 3 entre pacientes obesos eucápnicos con con Trastornos Respiratorios Vinculados con el Sueño (TRVS).

2- Conocer el porcentaje del tiempo total con Sat. O₂ < 90% en la oximetría de pulso nocturna realizada en pacientes obesos. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y analítico de corte transversal, de historias clínicas de pacientes evaluados en Unidad Respiratoria del H. Padilla de Tucumán. Se revisaron 107 historias clínicas de pacientes con IMC > 30 Kg/m², FEV1/FVC > 70% y con TRVS: Escala de Somnolencia de Epworth (ESS), Grado de Obesidad: I, II, III según IMC, diagnóstico de TRVS, gases en sangre arterial, función pulmonar y dentro de los estudios de sueño en la oximetría nocturna analizamos el porcentaje del tiempo total con SpO₂ < 90%, IDO (Índice de Desaturación de Oxígeno) > 4% y Saturación de oxígeno media nocturna. Los resultados se presentaron por medidas resumen e intervalos del 95% de confianza. Se consideró un nivel de significación del 5%. Para la comparación de medias en ambos grupos se aplicó el test t previo estudio de comparación de varianzas mediante el test F.

Resultados: Del total de pacientes evaluados (107) fueron obesos Hipercápnicos 33% (35) y 67% (72) obesos Eucápnicos. Entre los Hipercápnicos el 74% eran de sexo masculino y de los Eucápnicos el 56%. De los 72 pacientes Eucápnicos estudiados la distribución de frecuencias de pacientes que tenían BIC > 27 ó EB > 3 fue del 4 % (3). Comparado el grupo de pacientes obesos Hipercápnico con el de obesos Eucápnico los primeros tuvieron mayor IDO > 4% 59.82 (49.26 - 70.37) vs. 36.06 (29.65 - 42.47) p=0.0001, menor Sat. O₂ media nocturna 81.94 (79.19 - 84.69)

vs. 89.44 (86.75 – 92.15) $p=0.0002$ y el porcentaje de tiempo total con $SpO_2 < 90\%$ fue significativamente mayor 70.56 % (59.66 – 81.47) vs. 22.27 (16.77 – 27.77) $p= <0.0001$.

Conclusiones: En nuestra experiencia entre los pacientes obesos eucápnicos con TRVS el Bicarbonato > 27 o Exceso de Base >3 fue del 4%. Por lo cual se debe seguir la evolución de los pacientes eucápnicos y estudiar en especial a los que tienen BIC > 27 o EB > 3 para corroborar que estos parámetros son predictores de hipercapnia. El porcentaje de tiempo total de $SpO_2 < 90\%$ fue significativamente mayor en el grupo de obesos con hipercapnia. Esto nos ayudaría en la toma de decisión clínica para la terapéutica en este grupo de pacientes (Ventilación No Invasiva en lugar de CPAP).

0045 - ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LA DISNEA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO.

Lucas ANGIÓN(1) | Gabriela Elizabet GUTIERREZ(1) | Valeria MORANDI(2) | Patricia MALAMUD(2) | Agustín NASEP(1) | Marcos Alberto PETTI(1) | HIGA EVA PERON SAN MARTIN (1); HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO (2)

Objetivos: Mostrar la multifactorialidad de la disnea en una paciente joven con hipertensión arterial pulmonar asociada a enfermedad del tejido conectivo.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 19 años con disnea CF II/III de la NYHA de 2 años de evolución.

La paciente presenta diagnóstico de artritis reumatoidea a los 15 años y esclerosis sistémica forma limitada a los 16 años. Ulceras digitales y Síndrome de Raynaud asociado; en tratamiento con corticoide sistémico. Durante el tamizaje con ecocardiograma Doppler para diagnóstico de hipertensión pulmonar se realiza CCD. Se confirma hipertensión pulmonar precapilar (PmAP 30 mmHg, presión de oclusión pulmonar 14mmHg). Con el fin de caracterizar el grupo clínico al que pertenece se realizan los estudios complementarios acorde a algoritmo diagnóstico de NIZA 2013.

Se detallan los resultados positivos: TC de Tórax: Nodulillos centroacinares en vidrio esmerilado de distribución cefalocaudal de bordes mal definidos. Engrosamiento pleural irregular en LID, elevación del diafragma derecho, con movilidad disminuida confirmada por radioscopia. Derrame pericárdico leve. Esófago dilatado en tercio superior.

Pruebas funcionales respiratorias: (sentado) FEV1:1,55 L (44%), CVF: 1,75 L (44%), % 89, CPT 3,13 L (58%), VR:1,70 L (135%), VR/CPT: 54%, DLCO: 7,7 ml/min/mHg 29%, DL/VA: 3,75 (75%). PIMAX -35 cmH₂O (38%), PEMAX 26 cmH₂O (16%). Tanto el VEF1 como la CVF disminuyen $>$ de 20% en el decúbito supino. La poligrafía no mostró repercusión en la oximetría nocturna y el EAB matutino no mostró hipoxemia ni hipercapnia (7,4/38/86,5/23/96% en posición supina). Caminata de 6 Min con el 64% de distancia recorrida, 8% de caída en la saturación y un Borg percibido de 8/10

Conclusiones: Esta paciente tiene como posibles causas de su disnea las siguientes patologías: Hipertensión Arterial Pulmonar, restricción ventilatoria con atrapamiento aéreo probablemente vinculada a rigidez de la caja torácica y movilidad disminuida de diafragma derecho más compromiso obstructivo por Artritis Reumatoidea y RGE.

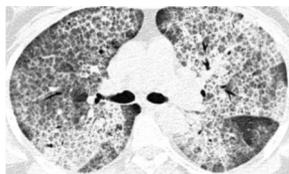
Este caso nos ilustra sobre la necesidad de continuar investigando causas alternativas de disnea en Hipertensión Arterial Pulmonar asociada a ETC.

0046 - PROTEINOSIS ALVEOLAR AL LÍMITE: UN CASO EXITOSO DE LAVADO PULMONAR TOTAL BAJO OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

Esteban WAINSTEIN | Marcos LAS HERAS | Rodrigo CASTRO | Horacio CASTRO | Graciela SVETLIZA | Laura ORAZI | Jaime LOPEZ | Julio VILLARROEL | Juan COSTABEL | Juan PRECERUTTI
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Describir un caso de insuficiencia respiratoria por proteinosis alveolar (PA) tratada con lavado pulmonar total bilateral en una sola sesión bajo membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) veno-venosa.

Caso clínico: Una mujer tabaquista de 47 años fue derivada



para evaluación de trasplante pulmonar por enfermedad intersticial en clase funcional IV e insuficiencia respiratoria crónica. La tomografía computada evidenció imágenes sugestivas de PA por lo que se realizó un lavado bronquioalveolar que fue diagnóstico de PA. Evolucionó con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica invasiva (ARM) con una PAO_2/FIO_2 de 112 mmHg. Se realizó como tratamiento un lavado pulmonar total bilateral en una sesión bajo ECMO veno-venoso. Se instilaron y recuperaron 17 litros al pulmón izquierdo y 14 al derecho.

La paciente requirió ECMO por 48 hs y ARM por 7 días. Presentó como complicación trombosis de los sitios de canulación.



Las imágenes pulmonares mejoraron progresivamente. A un año del tratamiento se encuentra en clase funcional I con una DLCO del 70%. Ha dejado de fumar y no ha requerido otras sesiones de lavado pulmonar.

Conclusiones: La PA es una enfermedad infrecuente y su presentación en forma tan severa lo es aún más. El lavado pulmonar total puede realizarse en forma segura y agresiva bajo ECMO. No estamos al tanto de ningún caso similar publicado en América Latina.

0047 - AISLAMIENTO DE STRONGYLOIDES STERCORALIS Y SIDA.

Maria Laura CRISTALDO | Adrian CECCATO | Gabriel YUSTI | Mariano FIELLI | María BIGOT | María de Los Angeles GALPERIN | Alejandra GONZALEZ
HOSPITAL POSADAS

Introducción: La infección por strongyloides stercoralis puede ser asintomática, causar síntomas abdominales leves a moderados o cuadros de hiperinfección o diseminación. Los pacientes con VIH tienen alto riesgo de diseminación y puede ocurrir sin elevaciones de IgE y eosinofilia.

Presentamos dos casos de strongiloidiasis con severas complicaciones.

Caso 1: Paciente de 32 años, masculino, serología positiva para HIV. Consulta por cuadro de 7 días de evolución de disnea progresiva, tos con expectoración mucopurulenta y fiebre. Presenta diarrea de 15 días de evolución. Al ingreso: mal estado general, febril, taquicárdico, taquipneico, con hipotensión arterial que responde a expansión con cristaloides. Muguet oral. Rx Tx: infiltrado intersticial bilateral. Laboratorio: Hto 20%, CD4: 15/mm³.

Se interpreta inicialmente el cuadro como infección respiratoria en paciente HIV. Se inicia tratamiento empírico con Ampicilina-Sulbactam (AMS) y Trimetoprima-Sulfametoxazol (TMS) + Prednisona.

Por anemia sintomática se transfunden al ingreso 2 UGR. Se realiza FBC y BAL en segmento anterior LSD obteniéndose material sanguinolento compatible con hemorragia alveolar. Aislamiento en HMC 1/2 de Salmonella multisensible se rota tratamiento según sensibilidad.

Se obtiene resultado de citológico del BAL: 1) Coloración de Perls: (+) para hemosiderófagos. 2) Presencia de Pneumocystis Jiroveci. 3) Presencia de Strongyloides Stercoralis.

Se interpreta como hemorragia alveolar secundaria a hiperinfección por Strongyloides y neumonía por Pneumocystis Jiroveci, por lo que se agrega tratamiento con Albendazol por 7 días. Evoluciona con mejoría clínica, sin hemoptisis, se externa a los 10 días en tratamiento con TMS y Prednisona (a completar 21 días), Albendazol y Fluconazol.

Caso 2: Paciente masculino de 42 años de edad, serología positiva HIV, CD4 50/mm³, tuberculosis pulmonar con tratamiento completo hace 15 años, Strongyloidiasis en 2008 con tratamiento con Ivermectina

Antecedentes de internación previa por abdomen agudo quirúrgico y meningitis sin aislamiento bacteriológico. Reingresa por sepsis a probable foco abdominal. Evoluciona con insuficiencia

respiratoria aguda, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Se realiza broncoscopia, se realiza lavado broncoalveolar que presenta características de lavado de carne: se aísla *Strongyloides stercoralis*. Se inicia tratamiento específico con mala evolución.

Conclusiones: La hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* es una rara entidad en pacientes con SIDA al igual que la hemorragia alveolar. Estos casos demuestran la utilidad de estudios invasivos en pacientes con SIDA con síntomas respiratorios para confirmar la etiología y la posible coinfección en estos pacientes.

0048 - COMPARACION DE DOS COHORTES DE PACIENTES INTERNADOS CON INFLUENZA A H1N1 EN 2009 Y EN 2013

Adrian CECCATO | Mariano FIELLI | María de Los Angeles GALPERIN | María Laura CRISTALDO | Nancy SANCHEZ | Gabriel YUSTI | Elsa OSHIRO | Liliana AGUILAR | Marcelo VILLAVERDE | Graciela CABRAL | Alejandra GONZALEZ
HOSPITAL POSADAS

Objetivos: La primera pandemia del siglo se produjo en 2009 por el virus de la influenza A H1N1. Si bien después de la pandemia se han producidos casos causados por Influenza A (H1N1) pdm09, este no ha sido el virus predominante. Durante el 2013 se observó un aumento de los casos causados por influenza A (H1N1) pdm09, convirtiéndose en el subtipo más común.

	2009 n= 303	2013 n=84	Valor de P
Sala General	n= 265 (87%)	n= 65 (77%)	
Edad (media ±DE)	47.15 ± 18.15	54.4 ± 17.94	< 0.01
Embarazo	5%	0%	NS
Obesidad	7%	23%	< 0.01
EPOC	6%	18%	< 0.01
Insuficiencia Cardiaca	9%	21%	< 0.01
Media inicio de síntomas (media ±DE)	5.10 ± 5.31	4.14 ± 2.41	NS
SpO2 (media ±DE)	92.71 ± 10.50	92.02 ± 4.51	NS
Días de estadía hospitalaria. (media ±DE)	4.92 ± 4.02	5.81 ± 3.57	NS
Mortalidad	0%	8%	< 0.01
Unidad Terapia Intensiva	n= 38 (13%)	n= 19 (23%)	0.02
Edad (media ±DE)	44,11 ± 12,52	55,35 ± 14,13	< 0.01
Embarazo	16%	5%	NS
Obesidad	31%	36%	NS
Media inicio de síntomas (media ±DE)	6.68 3.80	6.68 3.80	NS
SpO2 (media ±DE)	87.2 ± 8.75	87.71 ± 10.7	NS
Días de estadía hospitalaria. (media ±DE)	10.21 ± 12.28	13.5 ± 9.66	NS
Ventilación Mecanica	92%	74%	NS
Mortalidad	50%	42%	NS

El objetivo de este estudio fue comparar los casos producidos por la gripe A (H1N1) pdm09 en 2013 con los producidos en el 2009. Materiales y Métodos: Un análisis comparativo de dos cohortes de pacientes hospitalizados adultos con influenza A H1N1pdm09 confirmados por hisopado nasofaríngeo y RT-PCR, durante 2009 y 2013.

Resultados: Trescientos tres pacientes fueron hospitalizados con influenza A (H1N1) pdm09 en 2009 y 84 en 2013. En 2013 los pacientes presentaron mayor edad que en 2009 y tenían más comorbilidades entre ellas las respiratorias[Tabla 1]. La mortalidad en 2013 fue mayor en sala general, aunque no lo fue en la unidad de cuidados intensivos. Solo 10 pacientes en 2013 se encontraban vacunados.

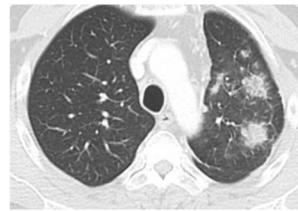
Conclusiones: Se observó un cambio en la epidemiología en los pacientes afectados por la gripe A H1N1. Los requerimientos de UTI y la mortalidad en 2013 fue mayor

0049 - ESTENOSIS DE VENAS PULMONARES: NO TODO LO QUE BRILLA EN EL PET ES CÁNCER

Esteban WAINSTEIN | Horacio CASTRO | José RODRÍGUEZ GIMÉNEZ | Marcos LAS HERAS | Hernan BENITO | Graciela SVETLIZA | Juan PRECERUTTI
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Presentar un caso de estenosis de venas pulmonares post ablación de fibrilación auricular (FA) que se manifestó

radiológica y endoscópicamente en forma similar a una neoplasia de pulmón.



Caso clínico: Un hombre tabaquista de 57 años fue derivado para realizar una fibrobroncoscopia (FBC) por tos, hemoptisis y nódulos pulmonares izquierdos captantes de 5-FDG en el PET. Nueve meses previos a la consulta se había realizado una ablación por radiofrecuencia de FA.

La FBC evidenció una mucosa bronquial izquierda congestiva en forma difusa, sangrante al roce del instrumental y una carina secundaria engrosada, la cual fue biopsiada. La anatomía patológica evidenció mucosa normal y vasos submucosos congestivos.



Jerarquizando el antecedente de la ablación se realizó una tomografía computada cardíaca que evidenció obstrucción completa de las venas pulmonares izquierdas. Posteriormente se realizó una angiografía en la que no se logró dilatar ni colocar stent.

Conclusiones: La estenosis de venas pulmonares sintomática luego de ablación por radiofrecuencia de arritmias auriculares es infrecuente pero ha sido bien descrita. Sus manifestaciones (lejos de sugerir un trastorno vascular) son tos, disnea, hemoptisis e infiltrados pulmonares. Es indispensable jerarquizar el antecedente de ablación para no embarcarse en estudios diagnósticos innecesarios.

0050 - PREVALENCIA DE LA EXPRESIÓN DE C-MET EN ESTADIOS TEMPRANOS DE CÁNCER DE PULMÓN NO PEQUEÑAS CÉLULAS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN ARGENTINA

Ana Karina PATANÉ | Gabriela GUMAN | Atilio REGINATTO | Patricia VEGA | Mercedes RAYÁ | Guillermo MENGA | José Luis MORERO | Claudio MARTIN
HOSPITAL MARÍA FERRER

Objetivos: Antecedentes: la señal MET está correlacionada con pobre pronóstico en cancer de pulmón no células pequeñas (NSCLC). También se ha propuesto como factor predictivo de beneficio para el tratamiento con inhibidores de tirosinkinasa. La prevalencia de la expresión de c-met en estadios tempranos del cáncer de pulmón no células pequeñas es incierta. Evaluamos la expresión MET en pacientes con cancer de pulmón resecaados estadios I-IIIa.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de expresión de c-met en una población de pacientes con cáncer de pulmón resecaados, estadios I-IIIa

Materiales y Métodos: los tejidos de biopsia tumoral provenientes de piezas quirúrgicas de pacientes llevados a cirugía en nuestra institución desde enero de 1990 a diciembre del 2013, con estadios I a IIIa, fueron evaluados. Para determinar la expresión de MET se utilizó tinción por inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales de conejo (SP44).

Se estableció un score clínico que determinó el diagnóstico como negativo cuando el nivel de tinción era de 0 a 1 +, mientras que aquellos casos con score de 2+ o 3 + fueron asignados como positivos.

Resultados:122 muestras de tejido tumoral fueron evaluadas para la expresión de MET. 88 (72%) hombres y 24 (28%) mujeres. Mediana de edad 63 +/- 9 años. 87 (71,31%) eran fumadores activos al momento del diagnóstico, 3 (2,46%) ex-fumadores y 10 (8.2%) no tabaquistas. No obtuvimos datos sobre este antecedente en 22 (18,03%) pacientes. 35 fueron Estadio Ia (29%), 34 Ib (28%), 25 IIa (20%), 18 Ib (15%) y 10 (8%) IIIa. 71 (62,28%) fueron adenocarcinomas, 27 (32,46%) carcinoma escamoso, 4 (3,51%) carcinoma de células grandes, 1 (0,88%) carcinoma neuroendócrino de células grandes y 1 (0,88%) NOS. Sobre la población en estudio, MET fue clasificado como positivo

en 10 pacientes (8 %) y negativo en 112 (92%). La expresión de MET fue positiva en 5/70 (7.1%) adenocarcinomas y 4/37 (10.81%) carcinomas escamosos. Según la 7th Edition de la clasificación TNM, 2 casos fueron Ia, 3 Ib, 2 IIa y 3 IIb. 8/10 pacientes MET + eran fumadores activos, 1 No fumador y en un caso no hubo datos disponibles

Conclusiones: La prevalencia de expresión de c-met en nuestra población es similar a otras series publicadas

0052 - EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA.

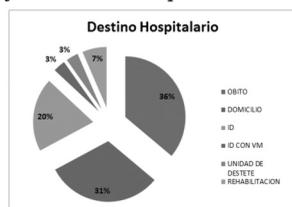
María Sofía VENUTI | Sergio Eduardo GIANNASI | Alejandro MIDLEY | Nicolás ROUX | Marcos José LAS HERAS | Juan Eduardo SAN ROMÁN
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Describir y analizar la incidencia de las diferentes patologías respiratorias en ancianos que son atendidos en la terapia intensiva de un centro universitario de tercer nivel en CABA, y conocer su evolución durante la internación.

	media	min	maxima
Edad en años	77.33	64	97
Sexo Masculino	31 (52%)		
Apache II	21.11	9	38
Chalson	6.3	2	13
AVD	5.4	2	6
Días de UTI	24.6	2	140
Días de Internación	42	4	254
Días de AVM	19.5	2	140
Mortalidad en UTI	17 (27%)		
Mortalidad Hospitalaria	22 (36%)		

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de datos extraídos de una cohorte prospectiva de pacientes ancianos internados en terapia intensiva de adultos de nuestro centro desde enero de 2012 a diciembre de 2013. De los 244 pacientes mayores de 64 años que ingresaron a la terapia intensiva y requirieron ventilación mecánica invasiva (VMi) por un período mayor de 48hs, fueron seleccionados para el análisis sólo aquellos pacientes que cursaron internación por enfermedad respiratoria. Se excluyeron los pacientes que ingresaron por postoperatorios de cirugía torácica y de vía aérea superior, y aquellos que requirieron AVi por shock séptico.

Resultados: Se analizaron los datos de 60 pacientes consecutivos, ancianos, con requerimiento de VMi, que cursaron internación en terapia intensiva (tabla 1). El 52% (32 pacientes) fue de sexo masculino, con una edad media de 77.4 años. 44 requirieron internación por Neumonía aguda de la comunidad (NAC), 11 por EPOC reagudizado, 4 por reagudización de su enfermedad intersticial. Todos los pacientes requirieron, con una duración promedio de 19 días. La estadía en UTI y hospitalaria promedio fue de 24 y 42.6 días respectivamente. El APACHE II promedio 21.34, con una mortalidad global en UTI de 27% (17 pacientes) y mortalidad hospitalaria de 36% (22 pacientes). En cuanto al destino de los pacientes (gráfico 1), 39 fueron dados de alta con vida del hospital, 19 a domicilio, 12 con internación domiciliaria (ID) sin requerimiento de VM, 2 con ID y VM, 2 a una unidad de destete para ventilados crónicos y 3 a un centro de rehabilitación.



Conclusiones: La patología respiratoria más prevalente en ancianos que requieren cuidados intensivos en nuestro centro es la neumonía, seguida de lejos por el EPOC reagudizado. Si bien la mortalidad es la correspondiente a la predicha por APACHE II; estos pacientes requieren cuidados prolongados durante la internación y más de la mitad requerirán cuidados en centros para pacientes crónicos a la externación.

0053 - EXPERIENCIA CON ECMO EN TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS (UTIA)

Nicolas CIARROCCHI | María Sofía VENUTI | Sergio Eduardo GIANNASI | Marcos José LAS HERAS | Sonia VILLARROEL | Ignacio FERNANDEZ C | Juan Eduardo SAN ROMAN
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La utilización de ECMO ha ganado espacio en el manejo de la insuficiencia respiratoria y hemodinámica de múltiples causas. Hay pocos datos respecto a su uso en UTIA de nuestro país, por lo que investigación epidemiológica es necesaria para conocer sus alcances y limitaciones. El objetivo es describir indicaciones, complicaciones y resultados de la utilización de ECMO en una UTIA de la CABA.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 22 pacientes tratados con ECMO por > 24hs desde enero de 2011 a Mayo de 2014.

	N	%
Sexo Masculino	7	31
HTA	4	17
DB	1	4
EPOC	7	30
Edad (media/min/max)	36 (19-67)	
Charlson (media/min/max)	1 (0-7)	
Apache II (media/min/max)	19 (11-38)	
Trasplante Pulmonar	15	68
ECMO Venovenoso	18	82

	N	%
Disfunción de Canula	1	5
Hemorragia	11	55
Trombocitopenia	11	55
Coagulopatía	5	25
Isquemia MMII	2	10
Complicaciones NO relacionados al ECMO		
NAV	9	45
Falla Renal Aguda	9	45
Hemodialisis	8	40
Neumotorax	6	30
Arritmias	5	25
Infección Partes Blandas	3	15

Resultados: En la tabla 1 se observan los datos de la población. En 15 pacientes, ECMO se indicó en perioperatorio de trasplante pulmonar, y en los 7 restantes como medida de sostén en síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) con hipoxemia refractaria. En la tabla 2 se observan las complicaciones presentadas durante la internación. La mortalidad fue de 35%; las principales causas fueron hipoxemia, FMO y shock séptico. La mortalidad entre pacientes trasplantados fue del 23% y en no trasplantados 57% (Tabla 3).

	media	minima	máxima
Duración ECMO (días)	5	1	15
Duración AVM (días)	23	1	56
Estadía UTI (días)	33	6	79
Estadía Hospitalaria (días)	96	6	237
Mortalidad Hospitalaria	7 (31%)		

Conclusiones: Dada la gravedad que tienen los pacientes en lo que se usa ECMO, este soporte es seguro y con baja incidencia de complicaciones graves. Las complicaciones hemorrágicas fueron frecuentes aunque con poca repercusión clínica. La mortalidad se encuentra dentro de los niveles reportados, sin embargo entre los No trasplantados es elevada, esto nos obliga a discutir el momento de la instauración y el modo ventilatorio utilizado, entre otras.

0054 - TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE A PROPOSITO DE UN CASO

Victoria Rosa FERNANDEZ GOMEZ | Virginia GIANFRANCISCO | Monica CARRIZO | Rosa AMAYA | Norma NAVAL | Fabian GONZALEZ | Osvaldo MARQUEZ | Rafael DEL RIO | Carolina MORENO | Ariel SAIQUITA | Felix TRIGUERO | Marcela USANDIVARAS | Stella FABIO
HOSPITAL ANGEL C PADILLA

Introducción: La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad por un agente infeccioso después del SIDA, con más de un millón de muertes anuales. La TB fármaco resistente presenta una tendencia ascendente, denominándose TBMR a la que presenta resistencia a ISONIACIDA y RIFAMPICINA. Esta situación, denominada “la nueva TB”, durante los años 90, se instala como un importante problema global, potenciado por la pandemia HIV/SIDA.

Caso clínico: Paciente femenino ,31 años, profesión bioquímica, sin comorbilidades, HIV (-) con diagnóstico de TBC unilateral con caverna en abril de 2013, con BAAR directo (+) en esputo. Inicia tratamiento con INH, RAMP,ETB, PZ. En el mes 06/13, inicia 2ª fase con BAAR directo(-) en esputo. En el mes 10/13 esputo BAAR directo (+). Continúa con tratamiento de 2 fase. LB de 11/13 BAAR homogeneizado (+), cultivo (+ + +), se envía a tisoantibiograma. Consulta en Enero del 2014 por hemóptisis y fiebre. RxTx: Radioopacidad heterogénea en LSI. TC: cavidades en LSI, bronquiectasias por tracción, e imágenes de árbol brotado bilateral. LB: BAAR (+ + +).

Tisoantibiograma: (LB del 14/11/13) Resistencia: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida. Sensible: Estreptomina, PAS, Cicloserina, Kanamicina, Ofloxacina. No interpretable: Etionamida.

Inicia tto 31/01/14: Etambutol, Moxifloxacina, PAS, Estreptomina y Etionamida, presentando buena tolerancia y evolución clínica. BAAR directo (-) y Cultivo (-) en esputo del 06/04/14. LB del 11/6/14: BAAR homogeneizado (-).

Conclusiones: La TBMR tiene una cifra ascendente. A nivel mundial se registran 400.000 casos nuevos por año; el Argentina 150 a 200. En Tucumán se encuentran actualmente en tratamiento 12 casos. Se debe sospechar TBMR en base a la historia clínica y datos epidemiológicos, realizando pruebas de sensibilidad en pacientes con antecedentes de tratamientos previos(recaídas, fracasos, abandonos); contactos con casos TB-MR(contactos domiciliarios, trabajadores de la salud, provenientes de prisiones);adictos al alcohol u otras drogas; residencia en países con alto nivel de resistencia a fármacos; Inmunocomprometidos (HIV(+) y diabéticos); cuando no se ha logrado la conversión bacteriológica del esputo en el 2do mes de tratamiento o posteriormente; en diagnóstico con BK (-) que se convierte a BK(+) durante el tratamiento; mala adherencia al tratamiento; prescripción de regímenes inadecuados. Es trascendente la sospecha de la resistencia farmacológica debido a que el costo del tratamiento individualizado es muy elevado, la eficacia de los fármacos de 2da línea es menor, el tiempo de tratamiento es más prolongado, los efectos adversos son muy

frecuentes y necesita una atención médica especializada. La TBMR es una amenaza global con gran implicancia en la Salud Pública. Intentar disminuirla obliga a realizar un diagnóstico precoz, un tratamiento curativo estrictamente supervisado y gratuito, consiguiendo una reserva de fármacos de 2da línea que permita la curación.

0055 - PRIMERA SERIE DE PACIENTES CON TB-XDR Y PRE-XDR TRATADOS CON MEROPENEM-CLAVULANATO EN ARGENTINA.

Ana GARCÍA | Mónica CUFRE | Marisa VESCOVO | Marcela NATIELLO | Aldo MARANZANA | Jorge CASTAGNINO | Pablo Javier GONZÁLEZ MONTANER | Domingo Juan PALMERO | Susana POGGI
HOSPITAL FRANCISCO JAVIER MUÑOZ - INSTITUTO RAÚL F. VACCAREZZA, FACULTAD DE MEDICINA, U. B. A.

Objetivos: Se define TB-XDR como la provocada por cepas de Mycobacterium tuberculosis resistentes como mínimo a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona anti-TB (FQ) y un inyectable de segunda línea (ISL: kanamicina, amikacina o capreomicina). Pre XDR-TB es una condición previa en la que existe, además de la multiresistencia, resistencia como mínimo a una FQ o a un ISL. Ambas situaciones comprometen gravemente el pronóstico, especialmente cuando se suma resistencia adicional al resto de las drogas de primera y segunda línea. El M. tuberculosis es sensible a beta lactámicos pero productor de beta lactamasas (BL), por lo que la combinación de carbapenems combinados con un inhibidor de BL muestra actividad antibacilar tanto in vitro como in vivo. Estas drogas pertenecen al grupo V de la OMS.

Materiales y Métodos: análisis retrospectivo de todos los pacientes con TB pre-XDR y XDR asistidos entre el 1 de Diciembre de 2013 a Junio de 2014 y medicados con regímenes que incluyeron por lo menos 6 meses de meropenem-clavulanato (MPC) EV en una dosis inicial de 2 g c/8 hs hasta obtener un cultivo negativo y luego 1 g c/6hs.

Resultados: fueron tratados 10 pacientes, 9 de ellos con un extenso patrón de resistencia con un mínimo de 6 drogas y 1 por RAFAs e interacciones medicamentosas (trasplantada). Los regímenes incluyeron (además del MPC) algunas de las siguientes drogas: capreomicina, moxifloxacina, linezolid, clofazimina, isoniacida en alta dosis, PAS y en un caso bedaquilina. Ocho de los 10 pacientes tratados, hicieron la conversión bacteriológica del esputo (2 cultivos mensuales consecutivos negativos) en un lapso de 2 a 8 meses (4 de ellos al 4º. mes), y dos fallecieron (uno con fracaso terapéutico por insuficiencia respiratoria crónica terminal por múltiples abandonos, otro con cultivo negativo y muerte súbita).

El MPC fue bien tolerado sin efectos adversos de consideración excepto el problema de su prolongada administración EV, que obligó en dos de los pacientes a colocar un dispositivo subcutáneo (port-a-cath). También tuvieron que permanecer internados todo el período de tratamiento.

Conclusiones: Conclusiones: la adición de MPC a regímenes con drogas de segunda y tercera línea mostró ser efectiva y bien tolerada en pacientes con TB-XDR y pre-XDR. Dado que es considerado empíricamente de mayor efectividad que el imipenem-cilastatin-clavulanato constituye una buena opción terapéutica en pacientes con altos niveles de resistencia a las drogas anti-TB. Un aspecto importante son los costos que implica su administración, tanto por el del medicamento como por el estándar de cuidado necesario para su aplicación.

0056 - ASPERGILOSIS INTRACAVITARIA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Claudia Alejandra GUTIERREZ | R FARFÁN | R ROLDAN | G GRAMBLICKA | C GONZALEZ GINESTET | V GALLARDO | G TABAJ | P CSIPKA | L PEYRANO | P. MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Presentación de dos casos de aspergilosis intracavitaria en bronquiectasias seculares de tuberculosis
Caso 1: Paciente femenina de 48 años, ex tabaquista de 17 paquetes/año con antecedentes de tuberculosis pulmonar en

dos oportunidades con secuelas múltiples bilaterales (presencia de bronquiectasias e imágenes cavitarias residuales). Consulta por hemoptisis de 150 ml. Recibe tratamiento antibiótico con ciprofloxacina con buena evolución clínica. En la TC de tórax se evidencia cavidad de paredes gruesas en lóbulo superior derecho con imagen nodular en su interior y engrosamiento pleural adyacente. Se interpreta el cuadro como aspergilosis intracavitaria (micetoma).

Caso 2: paciente femenina de 67 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico y bronquiectasias bilaterales secundarias a secuela de tuberculosis pulmonar, que consulta por tos con expectoración mucopurulenta y en ocasiones estrías hemoptoicas de varias semanas de evolución. Presentaba infección crónica por pseudomona aeruginosa por lo que recibió múltiples esquemas antibióticos. En TC se constata imagen nodular intracavitaria en lóbulo superior izquierdo, no presente en TC previa. Además ID para aspergillus flavus positivo y presencia de hongos filamentosos en el esputo. Debido a la posibilidad de una forma seminvasiva de aspergilosis en el contexto de una paciente inmunocomprometida se decide

Conclusiones: El espectro de afectación pulmonar por aspergillus va a depender fundamentalmente del tipo de paciente. En el caso de un sujeto asmático o con fibrosis quística, la forma dominante es la de hipersensibilidad (Aspergilosis broncopulmonar alérgica), en los casos de pacientes con alteraciones estructurales del parénquima pulmonar (secuelas, bronquiectasias, cavidades detérgidas) el aspergillus puede alojarse produciendo colonización. En cambio, en aquellos pacientes inmunocomprometidos, las formas diseminadas o invasivas son las más prevalentes. En algunos casos, una vez localizado el hongo en el pulmón dañado el microorganismo puede crecer formando una "bola fúngica" o invadir el parénquima pulmonar adyacente y causar o expandir cavidades preexistentes. El gold standard para el tratamiento de las formas intracavitarias es la cirugía, pero lamentablemente no todos los pacientes son buenos candidatos quirúrgicos. Los tratamientos con antifúngicos intracavitarios no han demostrado beneficios y se debe evaluar de manera personalizada cada caso ya que en aquellos pacientes inmunocomprometidos o que van a requerir inmunosupresión sería razonable el tratamiento con agentes sistémicos como el itraconazol o el voriconazol.

0057 - ASMA SEVERA. REPORTE DE UNA EXPERIENCIA.

Claudio Daniel GONZÁLEZ

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA, CABA

Objetivos: el propósito de este trabajo fue describir las características de una población con AS y compararla con una con Asma No Severa (ANS).

Materiales y Métodos: entre el 30-6-2005 y el 30-6-2014, 433 pacientes con diagnóstico de Asma Bronquial (AB), pertenecientes tanto al sistema público como privado de salud, fueron evaluados. Se definió AS de acuerdo a los documentos GINA (2005-2008), NAEPP-Report 3 (2007) y OMS (2010). Las siguientes variables fueron consignadas al estudio: edad, sexo, escolaridad (nivel secundario completo o no), antecedentes familiares de asma, tiempo de evolución del padecimiento, comorbilidades (rinitis, sinusitis, reflujo gastroesofágico, poliposis y alergias), frecuencia de Asma de Dificil Control (ADC) y Asma Casi Fatal (ACF), requerimiento de esteroides sistémicos o internaciones, Volumen Espiratorio Forzado al Primer Segundo (VEF1) basal expresado como porcentaje del teórico, respuesta β_2 agonistas, niveles de control (Asma Controlada-AC, Parcialmente Controlada-APC y Asma No Controlada-ANC), uso de broncodilatadores de acción prolongada más esteroides inhalados (LABA-ICUs) y experiencia o no del paciente en el uso de Medicinas Complementarias-Alternativas (MCA) para el asma. Los datos se presentan como media \pm desvío estándar o mediana y rango para variables numéricas y porcentajes para variables categóricas. Para comparar proporciones en dos grupos o más se utilizó prueba de chi cuadrado. Para comparar medias en dos grupos se utilizó prueba t de Student para muestras independientes. En todos los casos se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: un total de 179 pacientes (41.3%) reunieron criterios de AS. Frente a aquellos pacientes con ANS, los pacientes con AS solían ser de mayor edad (51.5 ± 17.4 años vs. 43.13 ± 17.1 , $p < 0.0001$), tenían niveles menores de escolaridad (secundaria completa 74, 41.3% vs. 147, 57.8%, $p = 0.001$) y un tiempo de evolución más prolongado (32.4 ± 19.9 años vs. 24.7 ± 16.3 , $p < 0.0001$). Entre las comorbilidades, la rinitis fue menos frecuente en pacientes con AS (81, 45.2% vs. 146, 57.4%, $p = 0.01$). Estos pacientes registraron mayor frecuencia de ADC (6, 3.3% vs. 0, $p = 0.01$), ACF (21, 11.7% vs. 6, 2.3%, $p < 0.0001$), uso de esteroides (124, 69.2% vs. 121, 47.6%, $p < 0.0001$) internaciones (67, 37.4% vs. 41, 16.1%, $p < 0.0001$) y mayores niveles de obstrucción (VEF1 $50.4 \pm 14.5\%$ vs. $77.5 \pm 11\%$, $p < 0.0001$) con respuesta significativa a broncodilatadores (99, 55% vs. 84, 34.2%, $p < 0.0001$). Ninguno de los pacientes con AS alcanzó el nivel de control AC (vs. 92, 36.2% de ANS, $p < 0.0001$), el nivel APC fue menor que en los pacientes con ANS (23, 12.8% vs. 162, 63.8%, $p < 0.0001$) y el nivel de ANC mayor (156, 87.2% vs. 0, $p < 0.0001$). El empleo de LABA/ICUs fue más frecuente entre pacientes con AS (166, 92.7% vs. 87, 34.2%, $p < 0.0001$).

No se registraron deferencias estadísticamente significativas en otras variables bajo estudio.

Conclusiones: utilizando las definiciones de AS contextualizadas para nuestra realidad, la frecuencia del padecimiento resulta elevada, y ameritaría estudios epidemiológicos adecuados para la identificación de subgrupos de pacientes que requerirían diferentes abordajes clínicos y terapéuticos.

0058 - ENCUESTA SOBRE REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSIS, SECCIÓN TUBERCULOSIS, AAMR

Elsa BISERO(1) | Lucrecia CAMPOS(2) | José DE SANDRO(3) | Gladys FRUHWALD(4) | Cristina GAITÁN(5) | Claudio GONZÁLEZ(6) | Leticia LIMONGI(7) | Graciela LUQUE(1) | Alejandra POROPAT(2) | Ana María PUTRUELE(7) | María Cristina CERQUEIRO(4) | Domingo Juan PALMERO(4)
HOSPITAL POSADAS (1); HOSPITAL PIÑERO (2); HOSPITAL SAN MARTÍN, LA PLATA (3); SECCIÓN TUBERCULOSIS AAMR (4); HOSPITAL PRESIDENTE PERÓN, AVELLANEDA (5); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (6); HOSPITAL ESCUELA GRAL SAN MARTIN (7)

Objetivos: Las reacciones adversas a fármacos anti-TB (RAFAs) son causa de fracaso terapéutico y potencial compromiso vital para el paciente. Se denominan RAFAs graves aquellas que obligan a la suspensión del tratamiento. Con el objeto de conocer la incidencia y características de las RAFAs graves a drogas de primera línea (DPL) se efectuó una encuesta en 6 hospitales públicos de CABA, Conurbano y La Plata.

Materiales y Métodos: Período informado 1/1/2010 a 31/12/2012. Se utilizó una planilla de recolección de datos online.

Resultados: Se recibió información sobre 1.533 tratamientos con una incidencia global de RAFAs de 4,04% (65 casos). La proporción por centro hospitalario fue variable (1,79%-11,8%). Del análisis de los 65 casos de RAFAs graves se desprende que, el promedio de edades fue de 37,4 años (DS=16,5); 53,8% fueron de sexo femenino; 43 casos fueron TB pulmonar exclusivamente, en tanto que 22 pacientes (33,8%) presentaron formas extrapulmonares o diseminadas. Se halló seropositividad al VIH en 15/51 casos estudiados (29,4%). Todos los pacientes habían iniciado 4 drogas (isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida) y en los 7 casos estudiados por sospecha de fármacorresistencia (retratamientos o inmunodepresión) no se halló esta condición. Respecto de comorbilidades, 5 presentaron etilismo grave, 3 diabetes y 3 HCV (asociado al VIH).

Varios pacientes presentaron más de una RAFAs. La más frecuente fue la hepatitis tóxica en 44/65 casos (67,6%); seguida por intolerancia digestiva, 21 casos (32,3%) y rash en 12 /65 casos (18,5%). Dentro de las reacciones cutáneas se diagnosticó un síndrome de Stevens Johnson y 2 eritrodermias. Dos pacientes presentaron DRESS, 2 polineuropatías y 2 RAFAs hematológicas (mono y tricopenia).

En 43 casos se pudo identificar una droga sospechosa (R, 18; Z, 12; H, 11 y E, 2), en los restantes 22, varias o todas las DPL pudieron ser las responsables.

El tiempo promedio de aparición de las RAFAs luego de iniciada la terapia específica fue de 37,1 días (DS=19,7) y

8 casos (12,3%) presentaron RAFAs antes de los 30 días de tratamiento.

La aparición de RAFAs determinó cambios de esquema, administración de drogas por separado o esquemas subóptimos temporarios. En todos los casos se demoró la finalización del tratamiento respecto del esquema estandarizado. Dos pacientes fallecieron a causa de las RAFAs, uno de ellos con enfermedad VIH/sida.

Conclusiones: En el estudio efectuado en 6 centros hospitalarios se halló una proporción variable de aparición de RAFAs en pacientes tratados con DPL. El promedio fue similar al informado en varios estudios internacionales. Del estudio de los 65 casos hallados y en comparación con la TB en el área, se concluye que el promedio de edades es superior al esperado, hay mayor proporción respecto del promedio nacional de formas extrapulmonares y diseminadas, así como de VIH/sida (situaciones relacionadas), coexistieron más de una RAFAs por paciente y su aparición en general ocurrió luego del mes de tratamiento, siendo la droga más relacionada la rifampicina. La gravedad de las RAFAs se refleja en el 3% de mortalidad atribuible exclusivamente a ellas, el requerimiento de internación -a veces prolongada- y las dificultades que plantean para completar un tratamiento anti-TB adecuado.

0059 - TAMIZAJE EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO PARA DETECCIÓN DE HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR

Gabriela Elizabet GUTIERREZ(1) | Valeria MORANDI(2) | Patricia MALAMUD(2) | Juan Carlos RIVAS(1) | Vanesa ROMERO(1) | Agustín NASEP(1) | Lucas ANGIONO(1) | Marcos PETTI(1) | HIGA EVA PERON SAN MARTIN (1); HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO (2)

Objetivos: Detectar la presencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP) en una población con diagnóstico de enfermedades del tejido conectivo (ETC) mediante técnica de tamizaje.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, realizado desde marzo de 2013 a junio de 2014.

Criterios de inclusión:

Adultos >= a 18 años en control y seguimiento reumatológico con diagnóstico de ETC sintomática o Esclerosis sistémica/ enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) tanto sintomática como asintomática.

Criterios de exclusión:

Paciente embarazada, diagnóstico previo de HP, inestabilidad en su enfermedad de base, exposición a fármacos o tóxicos, valvulopatía primaria moderada o severa, cardiopatía congénita, Fey <45%, CVF o VEF1 <60% del predicho, TCAR con anomalía parenquimatosa o de la vía aérea relevante.

Aquellos pacientes con anomalías ecocardiográficas sugestivas de HP con y sin síntomas fueron cateterizados (CCD). HP se definió: PmAP >= 25 mmHg, HP precapilar <= 15 mmHg, HP postcapilar > 15 mmHg.

El paciente que presentó HP precapilar completó los estudios requeridos para determinar el grupo clínico de pertenencia.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes, 82 mujeres (91%), con una edad mediana de 52 años y rango intercuartílico (RIQ) de 43-61; los pacientes se hallaban distribuidos según su patología de base, de la siguiente manera: esclerosis sistémica 54 (60%), artritis reumatoidea 18 (20%), EMTC 8 (9%), lupus eritematoso sistémico 8 (9%), Sjögren 1 (1%), polimiositis 1 (1%). El tiempo desde el inicio de la ETC hasta el momento de la evaluación presentó una mediana de 60 meses (RIQ 24-132). La presencia de disnea fue referida en 60 pacientes (67%); un total de 12 pacientes (13%) presentaron alta presunción de HP y se les realizó CCD, confirmando el diagnóstico de HP en 9 (10%), siendo 7 del grupo I (hipertensión arterial pulmonar) y 2 del grupo II (hipertensión pulmonar causada por cardiopatía izquierda). Los pacientes con HP del grupo I se encontraban distribuidos según clase funcional (CF) de la NYHA, de la siguiente manera: 1 en CF III, 5 en CF II y 1 en CF I.

Conclusiones: El tamizaje permitió diagnosticar HAP en pacientes con ETC.

0062 - DETECCIÓN DE CASOS DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PUMA

Gustavo ZABERT(1) | Eduardo SCHIAVI(2) | Sandra MERCURIO(3) | Valentina DI BOSCIO(3)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD DEL COMAHUE (1); HOSPITAL MARÍA FERRER (2); DEPARTAMENTO MÉDICO ASTRAZENECA (3)

Objetivos: Describir la prevalencia de EPOC entre pacientes de riesgo que acuden al primer nivel de atención de la salud en 4 países de Latinoamérica y Argentina en particular.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, transversal, realizado en Argentina, Colombia, Uruguay y Venezuela (NCT01493544). Se incluyeron pacientes > o= a 40 años, fumadores o ex fumadores > 10 paquetes/año y/o expuestos a combustión de biomasa que acudieron espontáneamente a consultas de atención primaria (médicos clínicos, de familia o generalistas). Los pacientes elegibles realizaron espirometrías pre y post broncodilatador, oximetría y respondieron cuestionarios estandarizados sobre datos demográficos, hábito tabáquico, exposición a contaminación ambiental/doméstica, síntomas/antecedentes y manejo de enfermedades respiratorias, comorbilidades y uso de recursos sanitarios.

Resultados: Participaron 57 centros en los 4 países, 30 en Argentina distribuidos en 14 ciudades. Se reclutaron 1907 pacientes en total, 506 en Argentina. 1743 completaron el Cuestionario PUMA, 454 de Argentina y de éstos 1540 de la muestra total (88.4%) realizaron espirometrías validadas. En el caso de Argentina 446 pacientes tuvieron espirometrías validadas (98.2% de los que fueron estudiados en forma completa). La prevalencia general de EPOC según criterios GOLD fue de 20.5% (315/1540 pacientes), con un rango de 30.9% en Argentina y 11% en Venezuela. El 74.9% de todos los pacientes EPOC eran GOLD 1 y 2 según severidad de la obstrucción y 75.3% lo eran en el caso de Argentina. Según el criterio del límite inferior normal la prevalencia de EPOC fue 14.9% en toda la muestra y 19.7% para Argentina. La prevalencia de EPOC fue mayor en paciente añosos (40-49 años 2.7% vs. 50-59 años 13.5% vs. > o= 60 años 33.5%; p <0.01), con consumo de tabaco > 20 pack-years (25.5% vs. 11%; p <0.01) y menor índice de masa corporal IMC (< 24.9 kg/m2 31.8% vs. 25-29.9 kg/m2 18% vs. > o= 30 kg/m2 13.2%) en toda la población y en la de Argentina en particular.

No hubo diferencia significativa según género en Argentina pero en la muestra total del estudio la prevalencia fue mayor en hombres (23.1% vs. 18%; p=0.01).

Conclusiones: PUMA es el primer estudio multicéntrico realizado en Latinoamérica y Argentina para detección de EPOC en pacientes de alto riesgo asistidos en atención primaria. La obtención de 98.2% de espirometrías válidas del total de encuestados en nuestro país, sugiere la factibilidad de realizar detección de casos oportunista de EPOC en el primer nivel asistencial. Esto es consistente con el porcentaje de espirometrías válidas en todo el estudio. En todos los países se observó una alta prevalencia de la enfermedad, mayor aún en Argentina. La misma estuvo asociada en general con la edad, mayor consumo de tabaco, menor IMC y género excepto en Argentina donde no hubo diferencia para esto último. En todo el estudio la mayoría de los pacientes se encontraron en estadios tempranos de la enfermedad según GOLD. Esto confirma la oportunidad diagnóstica que brinda la estrategia de detección oportunista de casos de EPOC.

Estudio patrocinado por AstraZeneca

0063 - POLICONDRITIS RECIDIVANTE

Claudia Alejandra GUTIERREZ(1) | Carlos PARGLIONE(2) | Santiago ROSSI(3) | Fernando ABDALA(4)

HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ (2); CENTRO DE DIAGNÓSTICO ENRIQUE ROSSI (3); SANATORIO DE LOS ARCOS (4)

Objetivos: Presentación de un caso

Caso clínico: Paciente de 49 años, sexo femenino que consulta por tos seca, congestión de vías aéreas con secreción mucosa. Concurre con diagnóstico de uveítis sin causa aparente.

Aporta análisis de sangre con VSG 104, FAN 1/320, ANCA y p negativos, ECA normal, TC de tórax con malas imágenes que muestran infiltrados en vidrio esmerilado en ambas bases con características segmentarias, espirometría con patrón obstructivo severo con curva compatible con obstrucción fija extratorácica.

Al examen físico se observa nariz en silla de montar, hipoacusia, roncus aislados.

Se solicita nueva TC de tórax que se informa como compatible con policondritis recidivante.

Se indica CPAP que no tolera, meprednisona 40 mg/día con protector gástrico y se solicita colocación de stent.

La BFC informa CV engrosadas y móviles, tráquea con colapso espiratorio marcado hasta bronquio fuente. No se logra colocar stent y se realiza traqueostomía con requerimiento de ARM y es derivada a clínica de rehabilitación, en ella se logra weaning exitoso y alta sanatorial con válvula fonatoria.

Conclusiones: Debido a que es una patología poco frecuente de etiología desconocida, con una alta morbimortalidad y escasa respuesta al tratamiento antiinflamatorio e inmunosupresor, es importante el diagnóstico precoz a fin de ofrecer la posibilidad de un tratamiento intervencionista con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes

0064 - DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO EN EL SEGUIMIENTO DE CONTACTOS DE ENFERMOS DE TBC

Alejandra Azucena DOVAL(1) | Liliana MENDEZ CASTELLS(2) | German STAHRINGER(3) | Patricio DONNELLY KEHOE(4)

PROGRAMA PROVINCIAL DE TUBERCULOSIS DEL MINISTERIO DE SALUD DE ENTRE RÍOS (1); FACULTAD BIONINGENIERIA (2); FAC BIOING (3); FAC BIOING (4)

Objetivos: Concientizar a los diferentes efectores de salud, de la importancia del estudio de contactos de pacientes con TBC
Diseñar un sistema informático de seguimiento para los contactos de enfermos de TBC.

Acotar la cantidad de campos a relevar al mínimo posible, para facilitar la implementación del sistema.

Testear el sistema a través de un equipo interdisciplinario,
Materiales y Métodos: El diseño está dividido en tres etapas: (1) Determinación de los campos de interés y (2) Diseño de las planillas de relevo. (3) Implementación informática del sistema de relevo

2.1. Determinación de los campos de interés

- a) Datos generales del caso de TBC.
- b) Centro de Salud que maneja el caso.
- c) Datos generales del contacto.
- d) Comorbilidades: factores que pueden aumentar el riesgo de contraer TBC.
- e) Examen Clínico.
- f) Prácticas Realizadas para descartar TBC.
- g) Situación Socio-Económica: indicadores de situación socio-económica, y relacionados con el nivel de escolarización y la situación laboral.
- h) Quimioprofilaxis: posibilidad de realizarla supervisada.
- i) Observaciones de retroalimentación para el proyecto: para contribuir al mejoramiento del sistema.

2. Diseño de las planillas de relevo.

Se realizó un diseño compacto y de llenado rápido. Se resaltó la delimitación de secciones para permitir un buen trabajo modular en instituciones en las que el manejo se realiza de manera interdisciplinaria. Se realizaron talleres de capacitación y sensibilización al personal encargado del llenado de las planillas.

3. Implementación informática del sistema de relevo.

Se desarrolló una aplicación informática sumamente sencilla, que permitiera la carga de datos, exportación/importación e impresión de informes, se estableció que el sistema pudiese funcionar bajo el sistema operativo Windows, ser de fácil instalación.

Resultados: La programación del Software se realizó con el lenguaje C++ a través de un Entorno Integrado de Desarrollo (IDE). También se diseñó un instalador para la aplicación, utilizando la herramienta Inno Setup Compiler. Además el instalador configura a través de un driver ODBC la conexión entre la aplicación y el Servidor de la Base de Datos.

Se decidió crear una base de datos local en cada Institución. El sistema tiene la capacidad de exportar la información recopilada en un archivo para luego ser importada en un sistema central, de manera de poder establecer conclusiones epidemiológicas multicéntricas.

El software está concebido con una arquitectura de tres niveles y la metodología de programación es orientada a objetos. La arquitectura de tres niveles se seleccionó para poder independizar etapas de desarrollo y para posibilitar el agregado de nuevas funcionalidades de forma sencilla en un futuro. Es posible cambiar la interfaz con el usuario sin que el procesamiento de la información cambie, posibilitando utilizar algoritmos ya probados y validados.

La interfaz visual se diseñó teniendo el objetivo de minimizar la carga visual lo más posible.

Permite la generación de planillas de cálculo con la información cargada en la base de datos de manera organizada por fecha y por diferentes categorías.

Conclusiones: Se ha obtenido un sistema informático para el relevo y seguimiento de los contactos de enfermos de TBC, logrando articular de forma interdisciplinaria un abordaje integral que va desde la selección de datos, hasta la capacitación y concientización de los diferentes actores implicados en el buen funcionamiento del sistema.

El sistema ha sido implementado para su validación en cinco Instituciones de salud de la pcia de E. Ríos. Proveer del mismo a todas las Instituciones encargadas de realizar ECC, es el desafío para evaluar si con su uso mejora la prevención, y tratamiento de TBC.

0067 - NEUMOCONIOSIS EN DOS HERMANAS MECÁNICAS DENTALES: PRESENTACIÓN DE CASOS

Patricia CASTRO(1) | Magdalena MERCURI GUILLEMI(1) | Santiago ROSSI(2)
HOSPITAL MARÍA FERRER (1); CENTRO DE DIAGNÓSTICO ENRIQUE ROSSI (2)

Objetivos: Describir dos casos de neumoconiosis en mecánicas dentales.

Casos clínicos: Se trata de dos hermanas gemelas homocigotas de 52 años, las cuales se desempeñan como mecánicas dentales por más de 30 años. Sin antecedentes médicos de relevancia y no tabaquistas.

Una de ellas consulta (Caso 1) para realizar chequeo médico, en la radiografía de tórax se observa sutil área de radiopacidad en vértice pulmonar izquierdo que lleva a realizar TACAR observándose engrosamiento de septos interlobulillares, asociado a nodulillos a predominio centrolobulillar con mayor compromiso en lóbulos superiores. Se observan nódulos y masas por confluencia de dichos nodulillos. Teniendo en cuenta el antecedente exposicional se solicita TACAR a la segunda hermana (caso2), observándose imágenes pulmonares de similares características aunque con un menor compromiso. Ambas se encontraban asintomáticas al momento del diagnóstico, con adecuada oxigenación, sin hallazgos al examen físico y estudio funcional respiratorio dentro de la normalidad.

Al caso 1 se solicita perfil inmunológico con resultados negativos (ANCA, FAN, FR). Se realiza FBC con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial sin hallazgos anatomopatológicos y bacteriológicos significativos. (No se realiza evaluación bajo luz polarizada.)

Teniendo en cuenta el antecedente exposicional de ambos casos, con las imágenes tomográficas características se interpreta el cuadro como neumoconiosis, con mayor sospecha de beriliosis pulmonar. No se indicó tratamiento específico, aunque sí medidas de bioseguridad y seguimiento.

Conclusiones: Se ha descrito el riesgo de desarrollar neumoconiosis en los mecánicos dentales por presentar exposición a metales pesados y sustancias inorgánicas como el sílice y el berilio. En esta oportunidad se presenta el caso de dos pacientes hermanas homocigotas de 52 años que se desempeñaron como mecánicas dentales por más de 30 años, con exposición a berilio y otros compuestos inorgánicos. Presentan como hallazgo imágenes tomográficas compatibles con neumoconiosis.

0068 - SECUESTRO PULMONAR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Martin SANCHEZ | Roberto FARFÁN | Gabriela TABAJ | Georgina GRAMBLICKA | Valeria MORANDI | María Victoria GALLARDO | Laura GRODNITZKY | Carlos CAPUNAY | M ROSADO | Cecilia María GONZALEZ GINESTET | Patricia MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Presentación de dos casos con secuestro pulmonar de diferente resolución

Introducción: La vascularización anómala aislada de un lóbulo pulmonar es una rara anomalía congénita que podría encuadrarse en el más amplio espectro de las alteraciones de la vascularización pulmonar, categoría en la que se incluirían también el secuestro pulmonar y el síndrome del pulmón hipogénico

Casos Clínicos:

Caso 1: Paciente femenina de 18 años de edad derivada por hemoptisis de 4 días de evolución (75 ml diarios), rojo rutilante. Como antecedentes personales presentaba transposición de grandes vasos con corrección quirúrgica (Cirugía de Senning) a los 4 meses de edad. La fibrobroncoscopia puso de manifiesto sangrado activo, pulsátil, proveniente de lóbulo inferior derecho (LID). Se realizó TC de tórax con contraste endovenoso que evidenció rama colateral aórtica de 3 mm de diámetro, originada a nivel de D7 que se dirige a LID, en relación a las estructuras bronquiales basales. Se observa otra estructura vascular de trayecto sinuoso que se localiza en el mismo sector pulmonar. Se solicitó arteriografía de arterias bronquiales con embolización y se realizó el procedimiento sin complicaciones con resolución de la hemoptisis a la fecha.

Caso 2: Paciente masculino de 21 años con antecedentes de tabaquismo (2p/y), consumo marihuana y cocaína. En estudio por hemoptisis recurrente de 4 años de evolución, refería historia de neumonías a repetición, siendo internado por un episodio de hemoptisis moderada. La TC puso de manifiesto, a nivel de la región paravertebral del lóbulo inferior izquierdo, una hiperdensidad alargada con sutil vidrio esmerilado periférico que impresiona tener relación con los vasos pulmonares del lóbulo inferior izquierdo. Se realiza arteriografía que informó nacimiento anómalo de una rama de la aorta descendente que irriga el lóbulo inferior izquierdo. Debido al diámetro del vaso anómalo, se decide conducta quirúrgica, actualmente en plan de resolución por cirugía de tórax.

Conclusiones: Revisión Bibliográfica: se define como secuestro pulmonar a un segmento de parénquima sin comunicación con el árbol traqueobronquial y que recibe su aporte sanguíneo de una arteria sistémica (usualmente rama de la aorta) y no por una rama de la arteria pulmonar. Se clasifican en intralobar (rodeado de pleura visceral normal) y extralobar (separado completamente y revestido por su propia pleura). En la mayoría de los casos se recomienda el tratamiento quirúrgico con resección del lóbulo o segmento afectado con eventual embolización previa del vaso anómalo.

0069 - INFECCIÓN PULMONAR POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS

Gabriela RANDO | Mariana SALOMON | Damian LAVACCARA | Martin SANCHEZ | Cecilia María GONZALEZ GINESTET | Laura GRODNITZKY | Valeria MORANDI | Gabriela TABAJ | Nora MORCILLO | Patricia MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Presentar un caso de infección pulmonar por *Mycobacterium Abscessus*

Caso Clínico: Paciente masculino de 39 años, ex tabaquista de 16 paquetes/año con bronquiectasias bilaterales de etiología no filiada en plan de trasplante pulmonar que consultó por fiebre, disnea y adinamia de 3 días de evolución. Se constató insuficiencia respiratoria y es internado en unidad de cuidados intensivos con requerimientos de ventilación mecánica no invasiva. Recibió tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactam y vancomicina por 10 días. Se recibieron los resultados de dos cultivos de esputo con desarrollo de *Mycobacterium Abscessus* en 2 oportunidades sensible a rifampicina, moxifloxacin, levofloxacin y linezolid.

Se indicó tratamiento endovenoso con: rifampicina, claritromicina, levofloxacin, linezolid y cefotaxima.

Conclusiones: Revisión Bibliográfica: Las micobacterias de crecimiento rápido (MCR) son aquellas cuyo crecimiento se manifiesta en un medio sólido de cultivo dentro de los primeros 7 días. Son microorganismos ubicuos en el medio ambiente y cada vez más se reconocen como patógenos importantes para el ser humano. El *mycobacterium abscessus* se asocia con el 65 a 80% de las enfermedades pulmonares causadas por MCR, es resistente a muchos de los antibióticos y es muy difícil de erradicar. Las guías American Thoracic Society (ATS)/ Infectious Diseases Society of America (IDSA) recomiendan el tratamiento endovenoso con amikacina con cefoxitima o imipenem y un macrolido oral.

0070 - LAVADO PULMONAR TOTAL EN UN CASO DE PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR

Romina ROLDAN | Manuel GIAYETTO | Gabriela TABAJ | Luciano PEYRANO | Ricardo BRACCO | Mirta SCARINCI | Georgina GRAMBLICKA | Andrea WERBACH | Cecilia María GONZALEZ GINESTET | Mariana SALOMON | Victoria GALLARDO | Virginia CASTILLO | Patricia MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Presentar un caso de proteinosis alveolar pulmonar (PAP) que requirió lavado pulmonar total.

Caso Clínico: Paciente femenina de 34 años, ex tabaquista de 1 paquete/año que consultó por tos seca y disnea progresiva de varios meses de evolución hasta mMRC 2 asociada a descenso de 8 kg. Al examen físico presentaba estertores crepitantes bilaterales.

La telerradiografía de tórax puso de manifiesto opacidades de tipo alveolar bilateral confluentes con aspecto "en alas de mariposa". La tomografía computada de alta resolución evidenció zonas de atenuación en vidrio esmerilado asociada a engrosamiento de los septos intra e interlobulillares conformando un patrón en "crazy paving" bilateral.

Laboratorio: hemograma, función renal y hepatograma normal, LDH 511, HIV ELISA x 2 negativo. EAB 21% 7.38/38/83/22/96%. Examen de Función Pulmonar: CVF 1,68 (50%), VEF1 1,57 (55%), % 94, CPT 2,53 (55%), VR 0,89 (68%), DLCO 19,72 (49%), kCO 3,82 (88%), PM6M descenso de la SpO2 basal de 93 a 85% distancia recorrida 510 metros. Shunt: 7%.

Se realizó fibrobroncoscopia sin imágenes endoscópicas. LBA: líquido turbio con material granular precipitado y cuerpos eosinófilos PAS +. Recuento celular: macrófagos 65%, linfocitos 3%, leucocitos 17%, células cilíndricas 15%. Diagnóstico: Proteinosis Alveolar Pulmonar (PAP). Se realizó lavado pulmonar total (LPT) del pulmón derecho y luego de 7 días del pulmón izquierdo con 12 litros cada uno. La paciente evolucionó de manera favorable con mejoría de la función pulmonar así como tomográfica. Actualmente se encuentra sin disnea con TC de tórax sin imágenes patológicas.

Conclusiones: Revisión Bibliográfica: La PAP se caracteriza por una acumulación excesiva de fosfolípidos (FL) y material proteináceo en alvéolos y vía aérea distal. La mayoría (90%) son autoinmunes, pero también se han descrito formas asociadas a infecciones, exposiciones o neoplasias. La congénita se da en recién nacidos a término, por deficiencia hereditaria de la proteína B del surfactante o por mutación del gen que codifica el R del GM-CSF. El 30% presenta remisión espontánea pero el gold standard de tratamiento es el LPT. Es altamente efectivo y se indica en pacientes cuyos síntomas respiratorios alteran la vida diaria del paciente o presentan progresión funcional. En pacientes inestables para LPT se puede intentar lavados broncoscópicos segmentarios.

0071 - CARCINOIDE ATÍPICO DE TIMO

Romina ROLDAN | Roberto FARFAN | Mariana SALOMON | Nicolas ITCOVICI | Gabriela TABAJ | Georgina GRAMBLICKA | Victoria GALLARDO | Cecilia María GONZALEZ GINESTET | Andrea WERBACH | Javier BLANCO | Carlos CIMINO | Karen SIMON | Patricia MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Presentar una causa atípica de tumor mediastínico anterior

Caso Clínico: Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de hipertiroidismo en tratamiento con metimazol que consulta por disnea progresiva hasta mMRC2 y tos seca de tres meses de

evolución. Se constata en telerradiografía de tórax una opacidad en mediastino anterior de más de 15 cm, por lo que se realiza TCAR que pone de manifiesto una masa mediastínica de 13 x 18 cm con densidad heterogénea, multilobulada, con plano de clivaje con las estructuras adyacentes.

Se decide realizar mediastinostomía con toma de biopsia. La anatomía patológica informó proliferación tumoral constituida por células poligonales uniformes con nucléolos pequeños, cromatina granular y citoplasma eosinófilo; dispuestos con pequeños nidos y trabéculas inmersas en un rico estroma vascularizado. Índice mitótico: 5 mitosis en 10 campos de gran aumento. Diagnóstico: tumor carcinoide atípico tímico.

Conclusiones: Revisión Bibliográfica:

El carcinoide tímico es un tumor muy infrecuente con una prevalencia aproximada de 1.5 casos por cada 100.000 habitantes. Se ve en el 2 a 4% de los tumores de mediastino anterior y es de crecimiento lento y con un curso asintomático, pudiendo manifestarse a través de sus metástasis o bien cuando presentan el síndrome carcinoide (<10%). Es más agresivo que los carcinoide bronquiales y presenta similitud histológica con carcinoide bronquiales atípicos. Radiológicamente, se manifiestan como masas voluminosas en el mediastino anterior llegando a alcanzar de 6 a 20 cm de diámetro. Puede invadir estructuras adyacentes, dando metástasis a ganglios linfáticos vecinos, piel, glándulas suprarrenales y hueso. La terapia de elección es la quirúrgica para el tumor primario y sus metástasis. La quimioterapia y radioterapia adyuvante han sido empleadas con algún éxito.

0072 - SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN Y TUBERCULOSIS.

PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Carlos BRESACIN | Cecilia María GONZALEZ GINESTET | Gabriela TABAJ | Victoria GALLARDO | Mariana SALOMON | Roberto FARFAN GOMEZ | Luciano PEYRANO | Silvia POSLIGUA | Georgina GRAMBlickA | Patricia MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Presentación de un caso de hemorragia alveolar difusa secundario a poliangeítis microscópica asociada a infección pulmonar por *Micobacterium Tuberculosis*.

Introducción: El síndrome pulmón-riñón, se caracteriza por la presencia de vasculitis de pequeños vasos y capilares, afectando principalmente la capilaridad responsable del filtrado glomerular y hematosi alveolar.

La tuberculosis (TBC) en nuestro país presenta una prevalencia aproximada de 30 casos cada 100.000 habitantes. El diagnóstico de certeza requiere evidenciar el agente causal en muestras de secreciones orgánicas o muestras de tejidos. El síndrome de impregnación, sudoración nocturna y tos con o sin hemoptisis, suelen ser los signos habitualmente referidos.

La similitud de signos y síntomas compartidos entre vasculitis e infección por TBC, nos posiciona ante dos hipótesis diagnósticas con esquemas terapéuticos diferentes, haciendo fundamental el correcto diagnóstico diferencial o de coexistencia.

Caso Clínico: Mujer de 65 años, que consultó por hemoptisis de 20 días de evolución, asociado a escalofríos, lo que motivo su internación. Al examen físico presentaba crepitanes húmedos bibasales y petequias en paladar y miembros inferiores. En el laboratorio se constató hipoxemia e insuficiencia renal. Evolucionó con deterioro de los parámetros de función renal y progresión de la hipoxemia, decidiéndose su pase a unidad de cuidados intensivos. Se realizó broncoscopia con lavado broncoalveolar (LBA) con características macroscópicas de hemorragia alveolar. Se indicó tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 gramo diario por tres días consecutivos. Se recibe resultado de baciloscoopia positiva del LBA iniciándose tratamiento antifímico y ante la necesidad de diagnóstico histológico de certeza, se realizó biopsia renal que informa glomerulonefritis extracapilar difusa paucimune en evolución a fase esclerosante. ANCA C (PR3) positivo. Se interpretó el cuadro como una poliangeítis microscópica y actualmente, finalizó tratamiento para tuberculosis y se encuentra en plan de diálisis trisemanal.

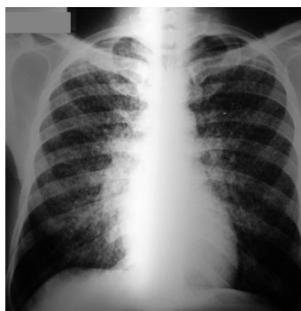
Conclusiones: La asociación entre vasculitis y TBC continua siendo incierta, aunque existen publicaciones que hablan de

positividad del 50 % ANCA (p) y 30% de ANCA en pacientes con diagnóstico confirmado de TBC. La correcta interpretación semiológica asociada a estudios complementarios específicos, hacen una sumatoria para arribar a un diagnóstico correcto y de esta manera, diagramar un esquema terapéutico oportuno, principalmente en las situaciones especiales que requieren de manera urgente de toma de conducta inmunosupresora ante la hemoptisis amenazante de vida con sospecha de vasculitis.

0073 - HISTOPLASMOSIS PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra ALBERTI | Elisa BEGUE | Silvina Rocio D' AQUILA | Miguel FEOLA | Natalia RAIMONDI | Cecilia SERNAQUE | Miguel VALLEJO
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Objetivos: Plantear diagnósticos diferenciales de Tuberculosis miliar



Caso clínico

Presentamos un caso clínico de histoplasmosis pulmonar en un paciente HIV (+) de 33 años. La histoplasmosis es una micosis sistémica endémica producida por el hongo *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum*. La fuente de infección son las microcoidias que habitan la tierra, especialmente aquella rica en heces de aves o murciélagos.

La infección se produce por vía inhalatoria, no habiendo transmisión interpersonal, asintomática en la gran mayoría de los casos y cuando presenta manifestaciones clínicas, éstas son respiratorias, leves y con tendencia a la involución espontánea. El surgimiento de la pandemia de HIV significó la aparición de formas diseminadas de histoplasmosis, siendo una enfermedad marcadora de SIDA, que en el 90% de los casos afecta a pacientes con menos de 100 CD4.

Caso clínico: Varón de 33 años, que presenta desde hace un mes disnea progresiva hasta clase funcional IV asociado a tos mucopurulenta y hemoptisis.

Refiere presentar desde hace 3 meses, astenia, adinamia, pérdida de peso de aprox. 6 kilos, asociado a sudoración nocturna y fiebre de 38 °C.

Tabaquista (26 pack/year), adicto a drogas inhalatorias y presentaba promiscuidad sexual.

Al ingreso a clínica se encontraba hipertenso, taquicárdico, taquipneico y febril 39,9°C SAT 83%(0,21). Lúcido. Pequeños condilomas acuminados y ulceración de 1x1 cm en pene. Mughet oral. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. En la Rx del Torax: patrón miliar en ambos campos pulmonares. Laboratorio: Hematocrito 28%, hemoglobina: 10.8 g/dl., leucocitos: 8340/mm³, plaquetas 295000/mm³, urea 21 mg/dl, creatinina: 0.53 mg/dl, albumina: 2.20 g/dl, EAB:7.43/32/66/20.6/-2.6/95.5% (0.21). ELISA HIV: reactivo.

Se realiza TAC de torax: en ambos lados patrón micronodular aleatorio que se extiende desde los vértices a los lóbulos inferiores, interesando tanto en la región central como en la periférica. Dado a que la sospecha era una tuberculosis miliar asociado a infección por PCP se inicia tratamiento con TMS forte 2 comprimidos cada 8 hs VO, Deltisona 40 mg/12 hs y antifímicos con rápida mejoría sintomática en las siguientes 24 hs, persistiendo con fiebre, disnea y tos. Se realiza FBC con Bal obteniéndose en el examen directo y cultivo: *Histoplasma* spp. Por lo que se decide administrar anfoterina



cina endovenosa con buena respuesta clínica

Conclusiones: En pacientes HIV la histoplasmosis representa la tercera micosis sistémica más frecuente luego de la neumocistosis (25% casos coexistentes) y la criptococosis. Las formas

de presentación más frecuentes son las respiratorias, cutáneas y mucosas. El diagnóstico de certeza consiste en el aislamiento del hongo por esputo/BAL, biopsia o escarificación de la lesión en piel hasta hemocultivos. El tratamiento de elección de la enfermedad diseminada grave es anfotericina B liposomal 3mg/kg/d por 1-2 semanas seguidas de itraconazol 600mg/d los 3 primeros días y luego 400 mg/d por un año, manteniendo la profilaxis secundaria (200mg/día) hasta CD4 mayor a 150 por seis meses. Se presenta este caso clínico por tratarse de un paciente con sintomatología y estudios complementarios altamente sugestivos de TBC miliar en quien se arribó finalmente al diagnóstico de histoplasmosis pulmonar, lo cual destaca la importancia que reviste el planteo de diagnósticos diferenciales.

0074 - UN CASO INFRECUENTE DE HEMOPTISIS: SÍNDROME DE LANE HAMILTON

Roberto FARFAN | Mariana SALOMÓN | Romina ROLDAN | Cecilia Maria GONZALEZ GINESTET | Laura GRODNITZKY | Valeria MORANDI | Gabriela TABAJ | Silvia POSLIGUA | Carlos BRESACIN | Patricia MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Presentar una caso atípico de hemorragia alveolar difusa

Caso Clínico: Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de tabaquismo de 9 p/y con diagnóstico de celiaquía, que refiere episodio de hemoptisis autolimitado y posteriormente consulta por fiebre y disnea de 3 días de evolución. En guardia se constata hipoxemia, descenso del hematocrito y opacidades pulmonares bilaterales. Se realiza broncoscopia con lavado broncoalveolar con características macroscópica de hemorragia alveolar. Se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam, claritromicina y trimetoprima sulfametoxazol y recibe pulso de metilprednisolona 1 g endovenoso con buena evolución clínica. Estudios Complementarios: HIV ELISA negativo, ANCA por IFI negativo, ELISA para MPO y PR3 negativos, Ac anti MBG, látex AR, FAN negativo, ESD 25, orina normal. LBA directo y cultivos negativos para GC, BAAR y hongos. TC de alta resolución: vidrio esmerilado bilateral con engrosamiento de los septos interlobulillares conformando una patente en "crazy paving" de distribución en alas de mariposas. LBA: 80% de macrófagos cargados con hemosiderina Perls positivo compatible con Hemorragia Alveolar.

Dada la evolución clínica, gasométrica y radiológica con resolución completa de las opacidades pulmonares, se decide la no realización de otros procedimientos invasivos y debido a la negatividad de los autoanticuerpos se interpreta el cuadro como hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI) en el contexto de un paciente con enfermedad celíaca (EC) se establece el diagnóstico de síndrome de Lane Hamilton.

Conclusiones: Revisión Bibliográfica:

La asociación de HAD y enfermedad celíaca fue descrita por Lane y Hamilton en 1971. Aunque ambas están mediadas inmunológicamente, su relación patogénica se desconoce. Debido a la posibilidad de esta asociación se debería descartar celiaquía en todo paciente con HPI, aún en ausencia de síntomas gastrointestinales ya que una dieta libre en gluten es efectiva para remitir ambas enfermedades (EC e HPI).

El abordaje terapéutico es controversial, los esteroides disminuirían la recaída de hemoptisis y así evitarían el desarrollo de fibrosis pulmonar aunque en algunos estudios su uso no modificó el pronóstico de la enfermedad.

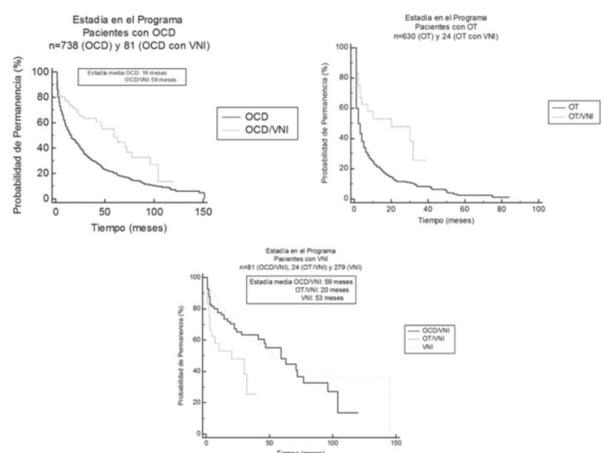
0075 - CURVAS DE SUPERVIVENCIA EN 1680 PACIENTES DEL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA CRÓNICA/ TRANSITORIA Y VENTILACIÓN NO INVASIVA (CPAP/BIPAP), PERÍODO 2004-2014

Raul LISANTI | Hector VIDELA | Javier ABAL | David GATICA | Lucas DI GIORGI
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Objetivos: Conocer la supervivencia de los pacientes incluidos en el programa de oxígeno terapia y ventilación no invasiva (VNI) de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP).

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo observacional, se analizaron bases de datos de pacientes mayores de 16 años en el Programa de Oxígeno terapia y VNI de la OSEP en el período comprendido entre enero del 2004 y enero del 2014. Se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier el tiempo de estadía en el programa global (mediana en meses), se compararon según sexo, tipo de prescripción: oxígeno terapia crónica domiciliaria (OCD), oxígeno terapia transitoria (OT) y VNI (CPAP/BiPAP) y permanencia por patología.

Resultados: Se analizaron 1680 pacientes; 1305 recibían oxígeno terapia exclusiva; 288 VNI exclusiva y 96 pacientes oxígeno terapia más VNI. Pacientes en oxígeno terapia (1401 pacientes): tiempo de permanencia global: 7 meses. Según sexo se observa una mediana de 7 meses (mujeres) y 8 meses (hombres), Chi2 0,27 p=0,598. Según tipo de prescripción se observó una mediana de 17 meses para OCD y de 2 meses para OT; con un Chi2 231,81 p<0,0001 Hazard Ratio 2,252 (IC 95%: 1,97-2,57). Permanencia según patología se observó en EPOC una estadía de 18 meses, Intersticiopatías 10 meses, Neumonía 3 meses y oncológico 1mes (Chi2 232,31 p<0,0001). Indicaciones de OT vemos que de la permanencia para Cáncer no Pulmonar fue de 1 mes, para Cáncer Pulmonar fue de 2 meses y Otras causas 5 meses (Chi2 53,17 p<0,0001). Causa de Baja (oxígeno terapia): Para OCD el 70,43% fue por óbito, mediana de 10 meses; el 16,84% por indicación médica, mediana de 4 meses; el 10,21% fue voluntaria, mediana de 4 meses y el 2,52% otras con una mediana de 27 meses. Chi2 29,04 p<0,0001. Para OT el 81,16% fue por óbito con una mediana de 2 meses; el 7,18% por indicación médica con una mediana de 2 meses; el 8,93% voluntaria con una mediana de 2 meses y 2,73% otras con una mediana de 4,5 meses. Chi2 3,52 y p=0,318. Pacientes con VNI (384 pacientes): el tiempo de permanencia global fue de 53 meses. Al analizar si la VNI era exclusiva o asociada a oxígeno terapia se vio una mediana de 53 meses para VNI exclusiva, 59 meses para VNI+OCD y 20 meses para OT+VNI (Chi2 10,78 y p=0,0046). La permanencia por patología para Síndrome de Apneas Hipopneas y/o Hipoventilación Obesidad (SAO/HO) fue de 59 meses, pacientes neuromusculares (NM) 41 meses, EPOC 28 meses y otras patologías (O) 17 meses. Chi2 15,67 y p=0,0035. Causa de Baja (VNI): el 38,99% fue por óbito, mediana de 17 meses; el 16,35% por indicación médica, mediana de 6,5 meses; el 37,73% voluntaria, mediana de 11 meses y el 6,93% otras con una mediana de 20 meses (Chi2 12,54 p=0,0057)



Conclusiones: Durante el período analizado de 10 años en un total de 1680 pacientes se demuestra una permanencia en el programa de oxígeno terapia de 7 meses (mediana). No se encontró diferencia estadística en cuanto al sexo y el tiempo de permanencia. Se obtuvieron diferencias estadísticas en el tiempo de estadía para OCD y OT. En OCD la EPOC fue la que permaneció mayor tiempo y los oncológicos el menor (p<0,0001). El tiempo de permanencia de VNI fue de 53 meses. Pese a que globalmente el tiempo de permanencia para OT es

de un mes podemos ver que esto es variable dependiendo de la patología oscilando entre 1 mes para pacientes oncológicos, 3 meses neumonías y 5 meses para otras causas. Es importante conocer los tiempos de permanencia en estos programas y los determinantes a los cuales se asocia una mayor o menor estadía.

0076 - RESULTADOS TEMPRANOS Y ALEJADOS DEL TRASPLANTE PULMONAR EN EL ENFISEMA AVANZADO.

Julia VASQUEZ | Juan OSSÉS | Jorge CÁNEVA | Juana AHUMADA | Graciela WAGNER | Alejandro BERTOLOTTI | Carmen GÓMEZ | Roberto FAVALORO
FUNDACION FAVALORO

Objetivos: evaluar las características demográficas y funcionales de pacientes con enfisema, revisar los resultados del TP y analizar el beneficio del procedimiento en términos de supervivencia.

Materiales y Métodos: se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de enfisema pulmonar que recibieron TP entre junio de 1994 y marzo de 2012. Se obtuvieron datos de las historias clínicas y se analizaron retrospectivamente las características demográficas y funcionales pretrasplante, la evolución posoperatoria inmediata y la supervivencia a largo plazo. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para el análisis de supervivencia.

Resultados: se realizaron 218 trasplantes pulmonares en 212 pacientes. Ciento veintinueve fueron unipulmonares (59%) y 89 bipulmonares (41%). De los 212 pacientes trasplantados, 84 (40%) tenían diagnóstico de enfisema pulmonar, 12 (14%) por déficit de alfa-1 antitripsina y 72 (86%) debido a EPOC. En ellos, se realizaron 71 trasplantes unipulmonares (84%) y 13 trasplantes bipulmonares (16%); 70 de ellos se encontraban en situación electiva (83%) y 14 en emergencia/urgencia (17%). La edad promedio fue de $54,95 \pm 6,10$ años, 54 pacientes de sexo masculino (64%). Al momento de la evaluación como candidatos para ingresar a la lista de espera para trasplante, las características funcionales respiratorias y hemodinámicas fueron: VEF1 $0,60 \pm 0,28$ L ($20 \pm 9\%$ del valor de referencia); CVF $1,78 \pm 0,62$ L ($46 \pm 16\%$); PAPm $21,08 \pm 5,79$ mmHg; PaO2 $67,54 \pm 12,27$ mmHg; PaCO2 $46,40 \pm 8,04$ mmHg, distancia total recorrida a la prueba de marcha de los 6 minutos $225,59 \pm 113,67$ m. La mortalidad hospitalaria fue del 16% (13/84). La supervivencia global estimada al año fue de 67%, a los 3 años 53%, a los 5 años 40%, a los 7 años 27% y a los 10 años 13%. La supervivencia condicional estimada (excluyendo el primer año posttrasplante) a los 3 años fue 79%, a los 5 años 59%, a los 7 años 41% y a los 10 años 20%. No se encontraron diferencias en la supervivencia global de los pacientes según su estado clínico al momento del trasplante, electivo vs. emergencia/urgencia. Tampoco se encontraron diferencias en la supervivencia global de los pacientes según el tipo de trasplante realizado, unipulmonar vs. bipulmonar.

Conclusiones: los resultados del trasplante pulmonar en pacientes con enfisema, a corto y largo plazo son comparables a los publicados en registros internacionales.

0079 - DE LA ENDOSCOPIA A LA CIRUGIA NUESTRA EXPERIENCIA EN ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA

Alejandro Ricardo SANSOSTERA | Alejandra BRIOZZO | Alvaro ORTIZ NARETTO | Roberto DURÉ | Analía MORALES | Darío AIZENSCHER
HOSPITAL FRANCISCO JAVIER MUÑOZ

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en el manejo de la estenosis traqueal benigna (ETB) desde la endoscopia con el aporte de la cirugía en su resolución en forma definitiva.

Materiales y Métodos: Entre enero de 2006 y mayo de 2014 se incorporaron 208 pacientes (hombres 145, mujeres 63) con ETB (ETB simple: 127; estenosis subglótica: 11; estenosis subglótica+traqueal: 17; estenosis subglótica+disfunción cordal: 1; ETB compleja: 41; malacia: 1; fistula traqueoesofágica: 8 [5 con ETB]; ETB por infección: 2; estenosis laríngea: 1). Edad promedio 37,41 años (12 a 82 años). Todos los pacientes fueron estudiados con broncoscopia flexible, para el diagnóstico de situación, el uso de la broncoscopia rígida se dejó para la terapéutica (dilatación con Chevallier Jackson n° 7, 8 y 9 a

visión directa y broncoscopia tipo Dumon junto con el Chevallier Jacson para la colocación prótesis). A todos se les realizó una espirometría con curva flujo volumen, se realizó tomografía lineal y en algunos casos se utilizó la tomografía computada con reconstrucción en 3 D.

Resultados: Del total de pacientes ingresados 38 no eran quirúrgicos desde el inicio; se operaron 83 pacientes a los cuales se les reseccionaron entre 3 y 7 anillos (promedio: 4,49 anillos), 7 pacientes salieron de la cirugía con una prótesis tipo Montgomery por un tiempo de 6 meses. Las complicaciones postquirúrgicas fueron: reestenosis: 2 [1 se dilata y queda con una luz del 70%, el otro estabiliza en una luz del 75%]; granulomas en la sutura: 9 [se resecan en 2 pacientes, el resto mejoran con el uso de corticoides vía oral e inhalatoria. La luz traqueal luego de la cirugía fue en promedio mayor al 90%. Fallecidos: 14 pacientes (en dilatación: 2; no quirúrgicos: 3 [por otra causa]; por la ETB: 3 [1 suicidio, los otros por la ETB]); post-cirugía: (causas ajenas a la misma); otras causas: 3. Se colocaron 67 prótesis traqueales (tipo Montgomery: 43; subglóticas: 3; traqueales no estenóticas: 21). Se realizaron 141 dilataciones, todas realizadas con broncoscopia Chevallier Jackson n° 7, 8 y 9, todas a visión directa.

Conclusiones: La ETB es una patología que en los últimos 10 años ha ido en aumento dado que hay más pacientes que son sometidos a asistencia ventilatoria mecánica (AVM), siendo la mayor causa de la misma el politraumatismo, en su mayoría por accidentes en la vía pública con auto y/o moto, siendo la población más joven la que mayormente es afectada, en nuestra estadística la edad promedio fue de 26,06 años (15 a 53 años). Dado que la patología va en aumento y siendo el servicio de emergencias el primer lugar de consulta del paciente es que la ETB debería ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial de la obstrucción aguda de la vía aérea. También sería interesante poder armar una red de atención de estos pacientes entre los servicios de endoscopia respiratoria que puedan resolverla y el resto de los hospitales.

0080 - NEUMONIA NECROTIZANTE Y BACTERIEMIA POR RHODOCOCCLUS EQUI EN PACIENTE HIV POSITIVO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO. REPORTE DE UN CASO.

Viviana ALONSO(1) | Andrea APPENDINO(1) | Ricardo BRACCO(1) | Patricia CASTELLARO(1) | Fernanda CONTRERAS(2) | Graciela GARCÍA(1) | Alberto LÓPEZ ARÁOZ(1) | Mariana SALOMÓN(1) | Mirta SCARINCI(1) | Silvina Gabriela TARTARA(1)
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO (1); HOSPITAL DR. BERNARDO HOUSSAY (2)

Introducción: El Rhodococcus equi es una bacteria intracelular, del orden de los Actinomycetales, que se aísla en materia fecal de animales herbívoros. Produce morbi-mortalidad en huéspedes inmunocomprometidos; afecta pulmón causando una neumonía de lenta resolución.

Caso clínico: Paciente masculino de 40 años, paraguayo, trabajador rural (con ganado) hasta los 15 años. Desde hace 20 años vive en Buenos Aires, empleado gastronómico, hábito homosexual. En noviembre del 2013 comenzó con tos productiva y fiebre, recibió amoxicilina-ácido clavulánico sin respuesta.

En marzo de 2014 se interna con fiebre, tos con expectoración, toracodinia, y pérdida de peso de 7 kg., muguet oral, Sat. 98% FIO2 21 %, GB 12400, Hto 33%, Rx de tórax: opacidad en tercio medio de hemitórax izquierdo, cavitada. Inicia tratamiento empírico con Ciprofloxacina + Clindamicina IV. HIV (+), BAAR (-): directo y cultivo de esputo (x3) y serologías para hongos negativos. Se aísla en esputo y hemocultivos 2/2: Rhodococcus equi. CD4 86 cel/mm3 (5%), carga viral 9560 copias/ml (log 3.9). Se rota a Rifampicina + Claritromicina IV. Fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar (BAL): lesiones vesiculosas y en siembra, de aspecto miliar en mucosa de pared posterior de tráquea, lóbulo superior izquierdo (LSI): espolón con lesión tumoral en la entrada de la llingua, que obstruye el 70% de la luz, se toman muestras. Anatomía Patológica: proceso inflamatorio crónico activo necrotizante, elementos GRAM (+) intracelulares, células neoplásicas

(-). Cultivos del BAL para TBC, bacteriológicos y micológicos negativos. Se realiza Eco Doppler Cardíaco sin vegetaciones valvulares. TAC de Tórax: imágenes ganglionares en región

prevascular, paratraqueal inferior derecha y ventana aorto pulmonar; en LSI consolidación con áreas cavitadas. A 10 días de diagnóstico bacteriológico: HC (-), persiste febril, se rota a Imipenem + Vancomicina por 4 semanas. Buena evolución clínica pero sin resolución radiológica. Inicia tratamiento antirretroviral. Alta el 25/4/14 con Rifampicina + Eritromicina vía oral, continúa seguimiento ambulatorio.

Comentario: Esta patología es infrecuente, actualmente el 88% de los casos son pacientes con HIV/SIDA, con bajos recuentos de CD4, el 66% cursan con bacteriemias, siembras hematógenas y mortalidad del 55%; el resto son pacientes inmunosuprimidos por neoplasias y/o trasplantes. Se presenta como neumonía necrotizante, frecuentemente cavitada o de aspecto tumoral. El gérmen crece en placas de agar sangre a las 48 hs., como colonias mucoides de color coral. El tratamiento antibiótico debe incluir drogas activas intracelularmente como rifampicina, macrólidos, quinolonas, carbapenems y vancomicina durante un período mínimo de 6 meses.

Conclusiones: Diagnósticos diferenciales: infecciones por M. tuberculosis, Nocardia, y tumores de vía aérea.

0081 - SARCOMA DE KAPOSI CON MANIFESTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES HIV POSITIVOS, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. ANTONIO CETRÁNGOLO DURANTE EL PERÍODO DE UN AÑO.

Viviana ALONSO(1) | Ricardo BRACCO(1) | Patricia CASTELLARO(1) | María Pía COPPOLA(1) | Graciela GARCIA(1) | María Elena LOSPENNATO(2) | Alberto LOPEZ ARAOZ(1) | Mirta SCARINCI(1) | Silvana Gabriela TARTARA(1)
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO (1); HOSPITAL DR. BERNARDO HOUSSAY (2)

Objetivos: Presentar las características clínica, radiológicas y endoscópicas de 5 pacientes consecutivos con sarcoma de Kaposi rápidamente evolutivo evaluados entre los meses de marzo del 2012 a abril de 2013.

El Sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor mesenquimatoso que compromete los vasos sanguíneos y linfáticos, con marcada actividad angioproliferativa. Afecta piel, mucosas, ganglios, y con menor frecuencia produce lesiones pulmonares y gastrointestinales con imágenes endoscópicas características. Es 20 veces más frecuente en varones homosexuales HIV positivos, se asocia al Herpes Virus Humano 8 (VHH8). En las formas diseminadas se indica quimioterapia (QT) con doxorubicina liposomal por 12 meses y tratamiento antirretroviral (TARV). Cursa con alta mortalidad.

CASO 1: paciente femenina 40 años, ingresa por compromiso intersticial pulmonar y lesiones en piel máculopapulares. Se diagnostica infección por HIV, CD4 50 cel/mm3 (8%) Fibrobroncoscopia (FBC): lesiones macroscópicamente compatibles con SK y neumopatía por Pneumocystis Jirovecii (PCP) Diagnóstico de anatomía patológica (AP): SK variante (macular) en piel y pulmón. VHH8(+) por Inmunohistoquímica (IHQ). Se pierde seguimiento.-

CASO 2: paciente masculino 27 años, homosexual. Ingresa por neumopatía y lesiones en piel máculo papulares. Diagnóstico HIV(+). CD4 118 cel/mm3 (15%). FBC: lesiones macroscópicas compatibles con SK. Diagnóstico AP: adenopatía cervical y biopsia cutánea: SK. VHH8(+) por IHQ y BAAR(+). 7mo ciclo de QT con mala respuesta. Recaída de TBC intratratamiento con pleuresia tuberculosa. Obito.-

CASO 3: paciente masculino 31 años, homosexual, neumonía intersticial y lesiones en piel rojo vinosas. Diagnóstico HIV(+). CD4 52 cel/mm3 (6%). FBC: lesiones compatibles con SK. AP de biopsia pulmonar y cutánea: SK. VHH8(+) por IHQ. Completó tratamiento QT, con evolución favorable.

CASO 4: paciente masculino 36 años, homosexual, HIV (+) desde el 2007, Síndrome Febril Prolongado. CD4 24 cel/mm3, lesiones maculares faciales, adenomegalias. FBC: lesiones compatibles con SK. AP de biopsia cutánea y ganglionar: SK. VHH8(-) por IHQ. 5to ciclo de QT con mala respuesta. Obito por neumonía intrahospitalaria con aislamiento de Micobacteria No tuberculosa (MNT).-

CASO 5: paciente masculino 68 años, homosexual. HIV(+ desde 1999. Carga viral: indetectable desde el año 2000 con TARV. Adenopatías cervicales, compromiso de mucosas y lesiones cutáneas máculo papulares. Biopsia ganglionar: SK. FBC, no se realizó por negativa del paciente. CD4: 345 cel / mm3

(15%).VHH8(+) por Inmunohistoquímica (IHQ). 4to ciclo de QT con mala respuesta. TBC pulmonar por rescate en cultivo de esputo. Obito.

Conclusiones: En los pacientes presentados se observó asociación de SK con enfermedades vinculadas a la inmunodepresión como PCP, TBC y MNT. La evolución fue desfavorable en 3 de 4 pacientes que cumplieron tratamiento QT y TARV. En un paciente se perdió el seguimiento.

En 3 de 5 pacientes el SK se presentó como enfermedad marcador de HIV/SIDA. Se observó VHH8(+) por IHQ en 4 de 5 casos. Se destaca la importancia de la FBC para el diagnóstico y estadificación de SK por las lesiones pulmonares características. Otros reportes de casos han observado un descenso en la prevalencia y agresividad del SK debido a la introducción de terapia antirretroviral de alta eficacia. (HAART).

0082 - HISTIOTICITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS PULMONAR CON POLIDIPSIA, POLIURIA E HIPERNATREMIA

María Eugenia VETRISANO | Magdalena MERCURI GUILLEMI, | María Laura ALBERTI | Federico CAMPINS | Juan Manuel LUCCHELLI | Evelyn SUREDA | Dora LOMBARDI
HOSPITAL MARÍA FERRER

Introducción: La Histiocitosis de Células de Langerhans Pulmonar (HCLP) es una enfermedad intersticial quística y poco común que forma parte del grupo I de los Trastornos Histiocitarios, los cuales se subclasifican según la extensión del compromiso orgánico. El compromiso pulmonar puede ser aislado o presentarse en el contexto de una enfermedad multisistémica. Las formas pediátricas de la enfermedad se manifiestan con compromiso multisistémico y tienen peor evolución que la forma de presentación en el adulto que compromete casi exclusivamente el pulmón y tiene una evolución más benigna.

La HCLP se presenta en adultos jóvenes y tabaquistas. Compromete principalmente el pulmón pero en un 15% pueden aparecer manifestaciones extrapulmonares. El objetivo de esta comunicación es describir un caso clínico de HCLP en un adulto con compromiso pulmonar inicial y que desarrolló Diabetes Insípida como expresión de compromiso extrapulmonar

Caso clínico: Se describe el caso clínico de un paciente con diagnóstico previo de HCLP que durante su seguimiento por Consultorio Externo desarrolla Diabetes Insípida.

Paciente de sexo masculino de 26 años de edad, tabaquista, que presentó episodios reiterados de neumotórax. En la TAC de tórax se observaron múltiples imágenes de disminución de la atenuación de paredes finas, y algunas de ellas con tendencia a confluir. Se realizó biopsia quirúrgica de pulmón con hallazgos en la Anatomía Patológica compatibles con Histiocitosis de Células de Langerhans. El examen funcional respiratorio evidenció obstrucción severa al flujo aéreo sin respuesta broncodilatadora significativa, atrapamiento aéreo, difusión de CO (DLco) severamente disminuida. Evolución con hipertensión pulmonar severa y requerimientos de oxígeno suplementario para la actividad física. En marzo del 2014 presentó episodio súbito de obnubilación seguido de pérdida del conocimiento por lo cual fue hospitalizado. La bioquímica sanguínea mostró hipernatremia con osmolaridad plasmática aumentada, volumen urinario de 12 litros/24 hs con Sodio, Potasio y Cloro disminuidos en la orina, densidad urinaria baja, cortisol libre urinario (CLU) y hormonas tiroideas dentro de valor normal. En TAC de cerebro no se observan áreas sugestivas de sangrado agudo y se complementa con RNM de cerebro en la que no se observan cambios significativos en la intensidad de señal a nivel del eje hipotálamo-hipofisario. Se interpretó el cuadro como

Diabetes Insípida secundaria al compromiso de la neurohipofisis por la enfermedad de base y se inició terapia de reemplazo hormonal con desmopresina luego de la cual el paciente presentó mejoría sintomática y normalización de las pruebas de laboratorio. Conclusiones: En todo pa-



ciente en el que se diagnostica HCLP debe tenerse en cuenta la posibilidad de afección extrapulmonar, en particular en piel, hueso e hipófisis.

0083 - CÁLCULO DE LA PRESIÓN DE TRABAJO DEL CPAP USANDO UNA ECUACIÓN DE PREDICCIÓN EN PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO

Eduardo Enrique BORSINI | Fernando GRASSI | Fernando DI TULLIO | Jerónimo CAMPOS | Glenda ERNST | Miguel BLASCO | Julio CHERTCOFF | Reynaldo SMITH | Alejandro SALVADO
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Los objetivos del tratamiento con CPAP en el síndrome de apneas del sueño (SAHOS) son corregir síntomas y prevenir las complicaciones vasculares. La presión efectiva es titulada tradicionalmente con polisomnografía (PSG) aunque se acepta el uso de equipos de AutoCPAP (APAP). La experiencia con fórmulas de titulación (FT) es limitada.

Objetivo: Establecer la relación entre la presión efectiva adquirida por APAP y la FT. Evaluar si las presiones calculadas difieren de las del APAP.

Materiales y Métodos: Estudio transversal en pacientes referidos para titulación autoajutable domiciliar con APAP. Se incluyeron individuos con IAH > 15/hora. La titulación se efectuó con equipos System One (Philips-Respironics). Durante el procedimiento se realizó una demostración de máscaras seleccionadas por especialistas. Los datos fueron procesados con software Encore Pro 2, mediante análisis visual de la curva presión tiempo en relación a fuga < 30 l/m. Solo se aceptaron registros con uso medio > 4 hs/noche. Se constataron; fuga media, IAH residual (IAHr) y presión efectiva de titulación. Se compararon con la fórmula de Hofftein: $(0.16 \times \text{BMI} + 0.13 \times \text{Circunferencia del cuello en centímetros} + 0.04 \times \text{IAH basal} - 5.12 = \text{presión efectiva})$. Se ejecutaron análisis de student para muestras relacionadas y cálculo del coeficiente de correlación intraclass (CCI).

Resultados: Entre febrero y mayo del 2014 estudiamos a 64 pacientes; 18 mujeres (28.12%) y 46 hombres diagnosticados por PSG (45%) o poligrafía respiratoria (55%) con las siguientes características (media y desvío estándar); edad: 57.42 (SD: 11.64), BMI; 36.37 kg/m² (SD: 10.43), Escala de Epworth (ESS); 9.21 (SD: 4.84), Circunferencia del cuello; 43.45 (SD: 3.76) e IAH basal; 38.2 (SD: 18.42).

La media de uso del APAP fue de 3.17 noches (SD: 0.72) y 355 minutos (5.21 horas/noche con un IAHr de 4.64 (SD: 2.5 ev/h). Las presiones efectivas en cm de H₂O fueron; APAP: 9.86 (CI95%: 9.39-10.33) y FT; 7.87 (CI95%: 7.33-8.42). La diferencia media entre ambas fue de 1.98 (CI95%: 1.48-2.49) p = 0.0001. La representación en plot de la correlación de presiones mostró un intercept (ordenada al origen) de 6.36, Beta: 0.519 y R²: 0.269 (p = 0.001). El 26% de las titulaciones concordaron entre ambos métodos con una notoria subestimación de las presiones por FT de Hofftein. El ICC fue de 0.678 (CI95%: 0.47-0.80) con p = 0.0001, mostrando un bajo grado de correlación.

Conclusiones: En esta experiencia la FT mostró escasa correlación con la presión sugerida por APAP con subestimación de la presión efectiva que podría representar corrección sub-óptima del trastorno, eventos residuales y riesgo vascular.

0085 - DESCRIPCIÓN DE UNA CÁNULA SIN BALÓN MODIFICADA PARA COLAPSO TRAQUEAL EXTENSO

Damian Alejandro VIOLI | Bibiana VAZQUEZ | Sebastian GANDO | Alejandro SANSOSTERA | Roberto DURE
HOSPITAL MUÑIZ

Objetivos: Introducción: En pacientes críticos crónicos, el colapso dinámico excesivo de la vía aérea suele ser una complicación en el destete y la decanulación. El colapso traqueo bronquial extenso genera dificultad para el uso de cánulas estándar a las necesidades de cada paciente.

Objetivo: Describir una cánula sin balón tipo Bielsalsky modificada como terapéutica transitoria en el colapso traqueal extenso en un paciente crítico crónico.

Materiales y Métodos: 1º paso Desarrollo del dispositivo: Se utilizó una cánula Bielsalsky, a la cual se adicionó una prolongación



de una prótesis siliconada, adherida con un adhesivo antiséptico (resina de colofonia). Se pulieron ambos extremos. 2º paso Prueba de laboratorio: Se sometió la cánula a condiciones extremas controladas de calor (40º) y Humedad (100%) en un humidificador activo Fisher&Paykel, por

un periodo de 30 días corridos. Se realizaron controles diarios registrados en una planilla Excel. Diariamente se introdujo una cánula simulando un procedimiento de aspiración.

3º paso Colocación en paciente: Previa esterilización de la cánula en un paciente. Se observó la evolución del paciente. Resultados: En la etapa de laboratorio se observó la pérdida de adherencia en el día 18, sin desplazamiento de sus extremos hasta la finalización del periodo observado.

Reporte del caso: Femenino de 18 años con antecedentes de agenesia del cuerpo calloso, hipotiroidismo y diabetes. Ingresó a un centro de rehabilitación traqueostomizada y en asistencia respiratoria mecánica por un evento agudo de mal epiléptico con encefalopatía post anoxia y neumonía. Luego del destete presenta varios episodios de atelectasia y aumento del trabajo respiratorio. Fibrobroncoscopia Colapso dinámico excesivo de la vía aérea extenso que compromete la tráquea en toda su extensión y bronquio fuente izquierdo.

Se decide colocación de dicha cánula con prolongación como paso previa a Stent torácico en T tipo Montgomery solicitada a su obra social. Durante el periodo observado no presentó atelectasia ni aumento del trabajo respiratorio. Solo un episodio de bronquitis con aislamiento bacteriológico y tto dirigido, con buena evolución.

Conclusiones: La utilización de este dispositivo adaptado podría ser una alternativa hasta la prótesis definitiva.

0086 - CARACTERÍSTICAS DE LAS APNEAS OBSTRUCTIVAS DE SUEÑO EN PACIENTES CON DIFERENTES GRADOS DE OBESIDAD

Glenda ERNST | Fernando GRASSI | Jerónimo CAMPOS | Tamara DECIMA | Martín BOSIO | Miguel BLASCO | Alejandro SALVADO | Julio CHERTCOFF | Eduardo Enrique BORSINI
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La obesidad está fuertemente asociada con la apnea obstructiva de sueño (SAHOS). Se ha descrito previamente que un 40% de los sujetos con obesidad presentan SAHOS. La asociación entre la ganancia de peso parecería estar acompañada de la severidad del SAHOS, mientras que la pérdida de peso podría mejorarla. Los objetivos de este estudio fueron evaluar los parámetros obtenidos de la poligrafía domiciliar respiratoria (PR) de pacientes con normopeso, sobrepeso y diferentes grados de obesidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes que requirieron una PR (nivel III). Se analizaron 648 sujetos con SAHOS (definidos por un índice de apneas/hipoapneas IAH > 5); 195 de los cuales fueron mujeres y 453 hombres. Del total de sujetos 8.8% tuvieron un peso normal (BMI > 18.5 Y < 24.9); 31.8% sobrepeso (BMI entre 25 y 29.9); 25.9% obesidad grado I (BMI > 30 y < 34.9), 14.0% obesidad grado II (BMI > 35 y < 39.9) y finalmente 19.4% obesidad mórbida (BMI > 40 kg/m²). Para determinar la relación entre las variables estudiadas se utilizó chi cuadrado y el test no paramétrico de Bonferroni. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0.05. Los resultados fueron expresados como media y desvío estándar.

Resultados: Se encontró un significativo incremento de IAH en los pacientes con obesidad severa grado I (24.2 ± 18.0) y grado II (27.6 ± 22.0) comparados con los sujetos con peso normal (16.2 ± 9.5); p < 0.05. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre los valores de IAH de los sujetos con sobrepeso (21.1 ± 14.4) y obesidad mórbida (23.52 ± 20.63) comparados con los sujetos con normopeso. Cuando se analizaron los valores del índice de desaturaciones por hora (IDO) se encontró un incremento en los sujetos con obesidad respecto de los sujetos normopeso que mostraron un IDO = 16.38 ± 9.47;

vs sujetos con sobrepeso con IDO = 21.72 ± 14.19 ; obesidad grado I con IDO = 26.95 ± 17.91 , obesidad grado II con IDO = 31.14 ± 21.27 y finalmente los sujetos con obesidad mórbida con IDO = 29.46 ± 23.11 ($p < 0.0001$).

Conclusiones: No se encontró relación entre el BMI y el IAH en los pacientes con obesidad mórbida. Estos hallazgos muestran que serían necesarios más estudios para comprender la fisiopatología del SAHOS en pacientes con BMI mayor a 40.

0087 - PREVALENCIA DE IAH >5/H EN PACIENTES CON PESO NORMAL

Jerónimo CAMPOS | Fernando DU TULLIO | Tamara DECIMA | Glenda ERNST | Martín BOSIO | Miguel BLASCO | Julio CHERTCOFF | Alejandro SALVADO | Eduardo Enrique BORSINI
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La obesidad es un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de eventos respiratorios relacionados al sueño. El reconocimiento de IAH elevado en los pacientes de peso normal no se conoce en nuestro medio. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de alteraciones respiratorias durante el sueño en pacientes con peso normal y sus características.

Materiales y Métodos: Estudio transversal en pacientes referidos para poligrafía respiratoria nivel III (PR) por ronquido o excesiva somnolencia diurna. Se relacionaron los hallazgos de la PR en relación al peso y al índice de masa corporal. Se considero peso normal a un IMC entre 18 y 25 kg/m².

Resultados: Durante un año estudiamos a 869 sujetos; 312 mujeres y 557 hombres. Del total, 648 tenían AHI >5 por hora, 57 (8.8%) de los cuales tenían peso normal (IMC entre 18.5 y 24.9). 42 fueron hombres (73.68%) y 15 mujeres. Las medias para edad fue de 41.29 años.

La media del tiempo total de registro fue de 416 minutos (SD: 73.69) y el conteo manual de eventos mostró (medias y desvío estándar); AO: 41 ± 39.4 , AC: 3.5 ± 6.4 , IH: 68.5 ± 45.6 , IAH global: 16.27 ± 9.47 , IDO: 16.38 ± 9.47 , tiempo de saturación debajo de 90% (T<90): 10.5 ± 18.34 . Existieron diferencias con la población de sobrepeso y obesidad en el cuestionario de Berlín (alto riesgo) (92% vs. 75.44%) $p = 0.0001$ y en la prevalencia de HTA, siendo esta co-morbilidad identificada en el 28.07% (vs. 57% de los obesos) con $p = 0.0001$. El 22.81% (13) tuvieron Epworth (ESS) >11 puntos y este parámetro no fue diferente a aquellos con sobrepeso u obesidad (25%) $p = 0.582$.

Conclusiones: En nuestro centro el 8.8% de los pacientes derivados por sospecha clínica de SAHOS y normopeso tienen un IAH patológico. Predominan los hombres jóvenes con IAH elevado en grado moderado y escasos síntomas diurnos.

0088 - UTILIZACIÓN DE LA POLIGRAFÍA EN TERAPIA INTENSIVA

Jerónimo CAMPOS | Tamara DECIMA | Fernando DI TULLIO | Fernando GRASSI | Glenda ERNST | Florencia BALLESTERO | Miguel BLASCO | Martín BOSIO | Julio CHERTCOFF | Alejandro SALVADO | Eduardo Enrique BORSINI
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Valorar la utilidad de la poligrafía respiratoria (PR) en pacientes con ventilación no invasiva en el ámbito de la terapia intensiva.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de registros adquiridos en Terapia Intensiva con polígrafos Alice PDX y Embletta Gold conectados a dispositivos de ventilación de flujo continuo entre mayo del 2012 a mayo del 2014. Se registraron motivo de ingreso, la indicación y modo de VNI y el impacto sobre el tratamiento que tuvieron los hallazgos de la PR.

Resultados: Fueron estudiados 40 pacientes; 32 hombres (80%), media de edad 62 ± 12.9 años, BMI; 33 ($SD \pm 11.1$), Epworth basal; $15.5 (SD \pm 3.4)$ puntos. Todos ingresaron por insuficiencia respiratoria con hipoxemia y 25 casos estaban hipercápnicos (62.5%); PCO₂ media: 57.35 mmHg.

Los diagnósticos fueron; SAHOS (n=5; 12.5%), obesidad e hipoventilación (n=13; 32.5%), síndrome de overlap (3; 7.5%) enfermedad neuromuscular (n= 6; 15%), enfermedad restrictiva (n=2; 5%), apneas centrales y respiración periódica (10; 25%) y EPOC (n= 1; 2.5%). En todos los casos el tratamiento con presión positiva fue indicado durante la internación y en 39

casos la misma debió ser continuada al alta (97.5%). El 87.5% usaron máscaras nasobucales (n=35). Los indicadores poligráficos mostraron (medias y SD): TTR; 421 minutos (SD ± 69), IAH residual; 13 (SD ± 15.8) ev/h, IDO, 22 ev/h (SD ± 21.7), T<90%; 20 (SD ± 66) minutos, fuga 30 l/m (SD ± 12.7) y VT; 400 (SD ± 113.3). Luego de la PR se cambiaron las máscaras en 3 casos (3/7.5%), se indicó O2 suplementario (14/35%) y se modificaron: los trigger por asincronía (2/5%), %, la EPAP; (disminución; 1: 2.5% e incremento en 11: 27.5%), la IPAP; (disminución; 4: 10% e incremento en 16: 40%) cambiando el modo ventilatorio en 4 pacientes (10%).

Conclusiones: En nuestra experiencia la PR determinó modificaciones de la programación en 30 pacientes (75%). La simplicidad y la rapidez de su aplicación y el amplio rango de datos registrados permiten la toma de conductas que mejoran la aplicación de los métodos de VNI.

0089 - PREVALENCIA DE IAH ELEVADO EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Tamara DECIMA | Fernando DI TULLIO | Glenda ERNST | Eduardo Enrique BORSINI | Martín BOSIO | Alejandro SALVADO | Julio CHERTCOFF | Alejandro SALVADO | Renzo VILLAGÓMEZ | Silvia QUADRELLI
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una entidad crónica y progresiva de causa desconocida que puede alterar la función pulmonar. Ha sido descripta una prevalencia elevada de eventos respiratorio de mecanismo obstructivo relacionada al sueño usando polisomnografía (PSG).

Objetivos: Describir los hallazgos de la poligrafía respiratoria domiciliar (PR) auto-administrada e identificar factores predictores del síndrome de apneas del sueño (SAHOS) en pacientes con FPI. Materiales y Métodos: Se describen datos obtenidos de pacientes con criterios diagnósticos de FPI (consenso ATS/ERS 2013). Todos completaron el cuestionario STOP-BANG y la escala de somnolencia diurna de Epworth (ESS). Fueron clasificados según el índice de apneas e hipopneas del sueño (AHI) en grados; normal IAH <5/h, leve: AHI entre 5.1 y 15 ev/h y moderado a severo: AHI > 15 ev/h. Se ejecutó un análisis de correlación no paramétrico de Spearman.

Resultados: Diecisiete pacientes fueron estudiados, 10 hombres y 7 mujeres. Las medias fueron para edad; 66.4 ± 2.3 años, y en BMI; 28.7 ± 1.2 . Tres de ellos tuvieron criterios diagnósticos de respiración periódica tipo Cheyne Stokes. Hallamos 8 casos con IAH normal (47.1%), 8 con IAH elevado en grado leve (47.1%), un único caso de IAH elevado severo (5.8%). La relación entre BMI e IAH no fue significativo (spearman $r = 0.37$ con $p = 0.13$).

De manera similar a publicaciones previas no encontramos correlación entre la espirometría (FVC: $r = 0.19$ y $p = 0.49$) y DLCO ($r = 0.33$ y $p = 0.25$) y el IAH en la PR. El cuestionario de STOP-BANG detectó más pacientes con IAH elevado en comparación al grado de somnolencia subjetiva por ESS (75% de los pacientes tuvieron >3 componentes en STOP-BANG y el 60% tuvo puntuación >11 en ESS).

Conclusiones: Encontramos 52.9% de prevalencia de IAH patológico en un grupo de pacientes con FPI. Esta prevalencia es similar a la reportada con PSG. No existió correlación entre el IAH y las pruebas de función pulmonar.

IMPLICACIONES CLÍNICAS: PR no es un test de rutina recomendado por guías de manejo en pacientes con enfermedades parenquimatosas difusas. Su sencillez de aplicación y la alta prevalencia de anomalías nocturnas en pacientes con FPI hacen atractivo su uso.

0090 - SÍNDROME DE OBESIDAD E HIPOVENTILACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Jerónimo CAMPOS | Martín BOSIO | Miguel BLASCO | Fernando GRASSI | Glenda ERNST | Florencia BALLESTERO | Renzo VILLAGÓMEZ | Alejandro SALVADO | Lorena MALDONADO | Eduardo Enrique BORSINI | Julio CHERTCOFF
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El Síndrome de Obesidad e Hipoventilación (SOH) incluye hipercapnia (PaCO₂ >45 mmHg), trastornos del sueño

y obesidad (IMC >30 kg/m²) cuando otras causas de hipoventilación han sido excluidas. Frecuentemente no se reconoce hasta que se presentan complicaciones.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de pacientes con falla respiratoria hipercapnica en UTI y revisión de los datos de las historias clínicas a quienes se diagnosticó SOH durante la internación en UTI en el Hospital Británico de Buenos Aires entre noviembre del 2011 y noviembre del 2013. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de EPOC, síndrome de overlap, enfermedad músculo esquelética o neuromuscular, enfermedad pulmonar parenquimatosa difusa, embolia pulmonar, hipoventilación relacionada a drogas o cualquier otra razón conocida para justificar la hipoventilación diurna. Los datos clínicos recabados incluyeron; datos antropométricos y demográficos, antecedentes clínicos, días de internación en UTI, gases en sangre a la admisión y al alta, indicadores del estudio de sueño y del tipo y parámetros de las estrategias ventilatorias utilizadas.

Resultados: En 24 meses se identificaron 13 pacientes, 9 hombres (69.23%), medias para edad de 58.6 años (SD ± 12.4) y IMC; 48.5 kg/m² (SD ± 9.1). La espirometría mostró relación FEV1/FVC >70 con FVC <80% en 12 pacientes. Un único paciente tuvo espirometría normal. Los gases en sangre al ingreso mostraron (medias y desvío estándar); PH: 7.34 (SD ± 0.056), CO₂: 56 (SD ± 13.3), PO₂: 63 (SD ± 9.6), HCO₃ 31.8 (SD ± 5.8). Los motivos de internación fueron: fallo respiratorio severo en 8 (61.53%), adaptación y titulación de la VNI por falla respiratoria crónica en 3 (23.07%) y evento coronario agudo en 2 (15.38%). El tiempo medio de internación fue de 8.9 días. Ningún paciente tenía estudio de sueño. La media de la escala de Epworth (ESS) basal fue de 18 puntos (SD ± 3.98). En 11 casos (84.6%) se realizó una poligrafía respiratoria (PR) durante la internación cuyos indicadores (medias y desvío estándar) fueron; índice de apneas de hipopneas por hora de registro (IAH) de: 59.6 (SD ± 28.51) e índice de desaturaciones/hora (IDO) de 63.2 (SD ± 27.59). Todos los pacientes tuvieron IAH >5/hora y el 90.9% un IAH elevado severo (>30/h). Se utilizó VNI en modalidad bilevel (S/T) con presiones en cm de H₂O (medias y desvío estándar); IPAP de 23 (SD ± 4.17), EPAP de 12 (SD ± 4.25), frecuencia respiratoria de 18 por minuto (SD ± 1.7). Se realizaron 13 pruebas de titulación, 11 (84.62%) con PR y 2 (15.38%) con polisomnografía. El IAH residual medio fue de 9.38/ eventos por hora (SD ± 6.8). Cuatro casos (30.77%) requirieron modalidad presométrica con volumen asegurado (AVAPS) con un Vt promedio asegurado de 580 ml. Luego de la VNI existieron cambios significativos para PH arterial (p= 0.0019), PO₂ (p= 0.0001), PCO₂ (p= 0.0001) y HCO₃ (p= 0.008) y la media de ESS al alta (6.23 ± 2.20) mostró disminución significativa (p= 0.0001). Ningún paciente requirió IOT ni se registraron fallecimientos. Todos egresaron con equipos de VNI con interfases nasobucales e indicación de uso nocturno. En cuatro pacientes se indicó además O₂ suplementario.

Conclusiones: En nuestra experiencia la mayoría de las admisiones se debieron a falla respiratoria con hipercapnia y recibieron tratamiento con bilevel y máscaras nasobucales. Con frecuencia el trastorno no se conocía. La PR al lado de la cama del paciente permitió el monitoreo de la VNI.

0091 - USO DE OXIMETRÍA EN TITULACIONES DE CPAP AUTOMÁTICA EN DOMICILIO

Josefina SAENZ DE REGADERA | Magalí BLANCO | Lorena RENNA | Martín BOSIO | Lorena MALDONADO | Julio CHERTCOFF | Alejandro SALVADO | Eduardo Enrique BORSINI
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La titulación no vigilada con equipos de CPAP automáticos esta aceptada en el Síndrome de Apneas del Sueño (SAHOS). El uso adicional de la oximetría junto a la lectura de las curvas de flujo, presión y fugas puede dar información de utilidad aunque no ha sido suficientemente explorada en nuestro medio.

Objetivos: Describir la técnica de auto-titulación con oximetría y la utilidad de la señal accesoria de saturometría durante la

lectura de registros de CPAP automático domiciliario e identificar predictores de desaturaciones durante el uso de terapia con CPAP.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de titulaciones con CPAP automático realizadas entre junio del 2012 y marzo del 2014 en pacientes con SAHOS moderado y severo. Se utilizaron equipos Autoset S8 (ResMed) con módulo de oximetría ResLink. Los datos de la titulación se obtuvieron luego de descargar la información con software ResScan 3.16. Los datos de presión efectiva (P95) fueron obtenidos de la curva de presión/tiempo, excluyendo fugas mayores a 25 L/m. Se extrajeron datos de cumplimiento, fuga media y de índice de apneas e hipopneas (IAHr) residual. Se correlacionaron con el IDO (índice de desaturaciones definidas por caídas de la oximetría con umbral de 3%) >5/h y T < 90 (tiempo de saturación por debajo de 90%) >5% del registro. Se calcularon las diferencias con el test no paramétrico de Mann Whitney y Bonferroni.

Resultados: Se titularon 60 pacientes diagnosticados con poligrafía respiratoria (PR) 39 casos (65%) o polisomnografía (PSG) en 21 (35%). 48 pacientes fueron hombres (86.3%). Las medias fueron; edad: 55.2 años (SD: 14.2), BMI: 35.3 (SD: 5.8), escala de Epworth (ESS) inicial: 10.8 (SD: 4.0), IAH medio de 36.8 eventos/hora (SD: 18.1). Veintidós pacientes (36.7 %) fueron obesos (BMI >30 kg/m²) y 16 (26.7%) obesos mórbidos (BMI >40 kg/m²). La media de uso de CPAP fue de 344.5 minutos (SD: 149.0) equivalentes a 4.6 horas/noche (SD: 0.7). La presión efectiva en toda la población fue de 9.7 cm de H₂O (SD: 1.6) con una fuga media de 16.2 litros/m (SD: 8.1).

17 pacientes (grupo 1) tuvieron una titulación con IDO <5/h y T <90 = < 5% del período de registro; 13 hombres (76.4%) con una saturación media de 95.6% (SD: 1.87) y un IDO residual de 2.65 (SD: 1.62). 16 pacientes (grupo 2) tuvieron ambos criterios: IDO >5/h y T <90 = >5% durante el uso de CPAP; 10 hombres (62.5%) con una saturación media de 91.5% (SD: 0.63) y un IDO residual de 24.5/h (SD: 3.8). En el grupo dos 14 tuvieron IDO >10/h.

No fue posible hallar diferencias entre ambos grupos (medias) en la edad; 56 vs. 56.8 (p= 1.0), severidad por IAH basal; 34.8 vs. 34.8 (p= 0.96), ESS; 9.6 vs. 11.3 (p= 0.17), P95; 9.2 vs. 9.7 (p= 0.49), fuga; 12.9 vs. 19.3 (p= 0.14), IAH residual; 8.3 vs. 8.7 (p= 0.67). Sin embargo existieron diferencias significativas en el BMI (27.2 vs. 42.9) p= 0.001.

Un tercer grupo (27 pacientes) cumplieron un único criterio oximétrico (25 con IDO >5 y 2 por T <90 >5%). De manera similar, la única diferencia significativa con el grupo 1 fue el BMI; 35 vs. 27.2 (p= 0.001). Doce casos mostraron un IDO >10/h y todos fueron pacientes con BMI >30 kg/m².

Conclusiones: La obesidad es un factor relacionado a cambios oximétricos a pesar de una reducción satisfactoria de los indicadores obtenidos del CPAP. El uso de oximetría acoplada al CPAP podría ser útil para guiar titulaciones de pacientes obesos. En esta experiencia, el T <90 y el IDO fueron indicadores que permiten identificar pacientes que requieran titulación por PSG o cambio de modalidad terapéutica.

0092 - RED DE COMPLEJIDAD CRECIENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE SAHOS

ESTRATEGIA DE TRANSMISIÓN DE DATOS CON EQUIPOS DE NIVEL III

Eduardo Enrique BORSINI | Tamara DECIMA | Lorena RENNA | Carlos GONZALEZ | Martín BOSIO | Glenda ERNST | Silvia QUADRELLI | Alejandro SALVADO
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El diagnóstico de alteraciones respiratorias vinculadas al sueño requiere confirmación por Polisomnografía (PSG) o poligrafía respiratoria (PR). Estos recursos requieren personal entrenado y con experiencia, son costosos y están habitualmente alejados del domicilio del paciente. La toma de registros de PR en domicilio con técnica de auto-colocación y transmisión de datos crudos mediante internet podría facilitar el acceso al diagnóstico en poblaciones alejadas y revisión de los registros por personal experto.

Objetivos: Describir una experiencia piloto en telemedicina mediante la aplicación de la técnica de PR auto-administrada

con equipos de nivel III en centros de atención ambulatoria (CAA) satélites al Hospital Británico de Buenos Aires (HB) en el período marzo del 2013 a marzo del 2014.

Materiales y Métodos: Durante enero a marzo del 2013 técnicos en prácticas cardiológicas encargados de la toma de registros holter de los centros de atención ambulatoria del HB (CAA Vicente López y CAA Barrio Norte) fueron entrenados en la adquisición de cuestionarios específicos para probabilidad clínica de SAHOS (Escala de Epworth, cuestionarios de STOP-BANG y Berlín) y en la programación y manejo de equipos de PR de nivel III Apnea Link Plus (ResMed, Australia). Se utilizó software versión 9.0 conectado en red a intranet para enviar las señales crudas al HB central donde expertos realizaron la puntuación, interpretación e informe definitivo. Se documentaron demoras, dificultades y causas de pérdida o repetición de registros.

Resultados: En 12 meses se realizaron 103 PR en 99 pacientes; 72 hombres (72.7%) con las siguientes características (medias y desvío estándar): edad; 55.77 años (SD: 14.53), BMI; 30.63 (SD: 7.3) y Epworth; 8.39 (SD: 4.92). Todos tuvieron algún grado de escolaridad (10/10.1% exclusivamente primaria), 93.9% tuvieron alto riesgo de SAHOS por Berlín y el 26.3% un ESS >11 puntos.

Los motivos de derivación para PR más frecuentes fueron; ronquido frecuente (73%), apneas observadas (55.5%), cansancio o sueño poco reparador (73.7%), y comorbilidad cardiovascular (58.6%).

El peso medio del archivo crudo alcanzó 4.69 Megabites (SD: 1.11) y las demoras (medias) fueron; para adquisición del registro: 5.3 días hábiles (SD: 3.7), transmisión de señales crudas; 1.64 días (SD: 2.3), devolución del informe definitivo; 1.1 días (SD: 0.9). No se perdió información en ningún caso durante la transmisión de datos.

Los indicadores poligráficos medios en toda la población fueron; TTR: 443.6 minutos (SD: 99.26), tiempo válido para el análisis manual: 368.2 (SD: 115.7), IAH: 16.98 (SD: 18.61), IDO (criterio 3%): 17.61 (SD: 17.49), y tiempo debajo de 90% (T<90): 19% (SD: 24.3). La distribución de los diagnósticos fue; roncadores (29/30%), leves (29/30%), moderados (21/22.2%) y severos (20/20.2%). Se indicó CPAP a 32 pacientes (32.3%).

Cuatro registros (4%) se consideraron inválidos y debieron repetirse una segunda noche, en todos los casos por desconexión de la cánula con TTR < 240 minutos válidos para el análisis manual. Se sugirió completar con PSG en el HB central en 12 (12.1%) casos (SAHOS leve o IAH normal con ESS elevado o enfermedad cardiovascular).

Conclusiones: La estrategia de gestión de equipos de nivel III a distancia mostró demoras aceptables, transmisión segura de datos y una tasa de pérdida de registros baja, permitiendo la indicación de tratamiento a un tercio de la población estudiada.

0093 - UTILIDAD DE LOS COMPONENTES DE LA ESCALA STOP-BANG PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO

Eduardo Enrique BORSINI | Glenda ERNST | Miguel BLASCO | Martín BOSIO | Silvia QUADRELLI | Julio CHERTCOFF | Tamara DECIMA | Marina KOURHY | Alejandro SALVADO

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Los cuestionarios para calcular la probabilidad de padecer apneas del sueño (SAHOS) tienen utilidad variable y resulta interesante conocer el desempeño del cuestionario STOP-BANG con métodos simplificados.

Objetivo: Evaluar el desempeño de STOP-BANG y su capacidad de predicción para identificar índice de apneas e hipopneas por hora de registro (IAH) >5/eventos por hora, >15 y >30/hora en pacientes con sospecha de SAHOS derivados para la realización de una poligrafía respiratoria domiciliar auto-administrada (PR) de nivel III.

Materiales y Métodos: Estudio longitudinal en pacientes referidos para PR durante 26 meses. Se evaluó STOP-BANG para cada punto de corte propuesto en el IAH manual y se construyeron modelos de regresión logística múltiple calculando el área bajo la curva ROC.

Resultados: Se estudiaron 869 pacientes. 557 fueron hombres (64.1%), media de 52.82 años (SD: 14.43), IMC de 32.88 (SD:

8.51) y Escala de Epworth de 7.95 (SD: 5.17) puntos. Para IAH >5/hora los desempeños por el área bajo la curva ROC fueron; STOP: 0.62, BANG: 0.66 y STOPBANG 0.69. La mejor relación sensibilidad (S) y especificidad (E) para la identificación de IAH >5/h se obtuvo con 5 componentes en cualquier combinación posible (S: 56.02%; E: 70%). Para IAH >30/h fueron; 0.68, 0.66 y 0.73 y la mejor relación S-E se obtuvo con 5 componentes (S: 68% - E: 63.6%). Utilizando un selector automático de variables (Forward Stepwise) para los ocho componentes hallamos un modelo para predecir IAH >30/hora conformado por seis variables; ronquido (S): OR: 2.39 (CI 95%: 1.42-4.00) p= 0.001, apneas observadas (O): OR: 2.06 (CI 95%: 1.36-3.13) p= 0.001, HTA (P): OR: 1.73 (CI95%: 1.16-2.56) p= 0.006, IMC >35 (B): OR: 1.91 (CI95%: 1.24-2.95) p= 0.003, circunferencia del cuello > 40 cm (N): OR: 1.70 (CI 95%: 1.10-2.63) p= 0.015, sexo masculino (G): OR: 3.85 (CI95%: 2.25-6.58) p= 0.001. Área bajo la curva; 0.76. Bondad de ajuste: 0.076.

Conclusiones: STOP-BANG muestra una moderada capacidad de discriminación para IAH >5 y >30/hora cuando se utiliza PR. Cinco componentes de STOP-BANG en cualquier combinación tienen una S diagnóstica aceptable para identificar pacientes con alteraciones respiratorias del sueño de grado severo. Mostraron buen desempeño como predictores 6 variables (SOP-BNG) siendo esta última la de mayor peso para identificar IAH patológico (>5/hora) y >30/h.

0094 - INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO Y RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS EN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL MONOVALENTE RESPIRATORIO.

María Laura ALBERTI | Santiago AUTERI | María José GALLEGGO | Margarita RAINIERI | Barbara COCO | Alejandra VILLAR | Dora LOMBARDI | Guillermo MENGA
HOSPITAL MARÍA FERRER

Objetivos: La morbilidad y mortalidad relacionada a enfermedades infecciosas del tracto respiratorio es elevada. En los pacientes con infecciones severas y que requieren internación, la evolución se relaciona con un tratamiento empírico inicial adecuado. El conocimiento de la prevalencia de los distintos gérmenes y su sensibilidad local permite adecuar el tratamiento y hacer un uso racional de los antimicrobianos. Los pacientes con enfermedad respiratoria crónica, que son los que consultan a hospitales especializados, presentan un daño estructural de la vía aérea, mayor riesgo de internaciones y concurrencias a instituciones hospitalarias y tratamientos antibióticos reiterados lo que aumenta el riesgo de gérmenes multirresistentes. La información disponible en este grupo de pacientes en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires es escasa y es necesaria para su tratamiento racional.

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la prevalencia de microorganismos y su sensibilidad a los antimicrobianos y describir cual es el foco infeccioso relacionado al rescate de cada germen.

Materiales y Métodos: Se estudiaron los gérmenes aislados de la vía aérea en todos los pacientes con infección respiratoria que se internaron en la institución desde septiembre 2012 a agosto 2013. Se describió el foco de infección según las definiciones de las guías IDSA y el programa VIDHA y se registraron los antecedentes respiratorios de los pacientes

Resultados: Se obtuvieron 154 aislamientos. En pacientes con neumonía adquirida de la comunidad (NAC) se obtuvieron 70 resultados positivos. Durante este período el 28% presentó un estudio para influenza A H1N1 positivo. La bacteria más frecuente fue *Streptococcus pneumoniae* en un 21% (todos fueron sensibles a penicilina, un caso presentó resistencia a levofloxacina). También se aislaron *Mycobacterium* spp (8.5%) y *Pseudomonas aeruginosa* (PA) (7%). En pacientes con exacerbación infecciosa de bronquiectasias (80% no fibrosis quística) se obtuvieron 54 aislamientos. 19 de ellos cumplían criterios para colonización previa por PA. El germen hallado con mayor prevalencia fue PA (66,7%). La resistencia de dicho germen a los antimicrobianos fue gentamicina (GEN) 48 %, ciprofloxacina (CIP) 44%, imipenem (IMI) 37% y meropenem (MER) 40%. Los que presentaron menores tasas de resistencia fueron piperacilina /tazobactam (PTZ) 25%, cefepime 25% y colistin

(COL) 0 %. En las infecciones intrahospitalarias se aislaron 23 gérmenes asociados a neumonía asociada al ventilador (NAV) tardía y 20 en neumonía intrahospitalaria. El germen más prevalente en ambas fue PA (56,5% y 20% respectivamente), seguido por *Klebsiella pneumoniae*. La PA que se aisló en este grupo de pacientes presentó alta tasa de resistencia a cefalosporinas antipseudomónicas y GEN (77%), IMI y MER (84.6%) y CIP (69%). Los antimicrobianos con menor tasa de resistencia fueron PTZ (53,8%) y COL (0%).

Conclusiones: En el grupo estudiado hallamos que el germen más frecuentemente aislado es PA. Además observamos que este germen presenta una elevada tasa de resistencia a diferentes antimicrobianos, sobre todo a los carbapenemes. Según la información obtenida en este estudio en el esquema empírico inicial para un paciente con patología estructural pulmonar, sobre todo bronquiectasias y en el caso de la NAV, se debería considerar la inclusión de PTZ y/o COL. Los datos obtenidos en este estudio pertenecen a un grupo de riesgo atendido en la Ciudad de Buenos Aires y, si bien pueden ser útiles para otros centros podrían no ser similares por lo que los estudios locales podrían ayudar a la adecuación de los tratamientos en cada centro asistencial.

0095 - CUANDO EL DIAGNÓSTICO DE ASMA NO ES SUFICIENTE PARA EXPLICAR EL CUADRO CLÍNICO

María Laura ALBERTI | Federico CAMPINS | Juan Manuel LUCHELLI | Magdalena MERCURI GUILLEMI | María Eugenia VETRISANO | Dora LOMBARDI | Pedro GRIMBLAT | Hector RIVERO | Karina PATANÉ | Adolfo ROSALES | Oscar ROJAS | Mercedes RAYÁ | Gabriela GUMAN | Atilio REGINIATTO | Guillermo MENGA
HOSPITAL MARÍA FERRER

Objetivos: Se presenta el caso clínico de una paciente con antecedentes de asma, que se interna por un cuadro de exacerbación de su disnea habitual; que evoluciona tórpida requiriendo de un manejo multidisciplinario para la resolución de su patología.

Caso clínico: Se presenta una paciente de sexo femenino de 23 años que refería diagnóstico de asma el año previo con mal control de la enfermedad a pesar del tratamiento con budesonide 800 ug + salbutamol a demanda. Se interna por disnea con VEF1 de 590 ml (18% del teórico), hipoxemia y leucocitosis sin eosinofilia. En la radiografía de tórax se observa una opacidad en base



izquierda y se interpreta como una exacerbación de asma con neumonía de la comunidad. Se inicia tratamiento con esteroides, broncodilatadores y antibióticos. En los controles espirométricos realizados durante la internación se constata dificultad en la realización de maniobras; sin cumplir criterios de aceptabilidad y repetibilidad, con amputación de flujos en forma variable y curvas aserradas. Evoluciona con empeoramiento de los signos de obstrucción bronquial y sin mejoría espirométrica por lo que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de los estudios complementarios se solicita Ig E: 246 UI/ml, Prick test negativos, alfa 1 AT: 154 mg/dl. Desarrolla enfisema subcutáneo secundario y neumomediastino e insuficiencia respiratoria con hipercapnia requiriendo intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realiza fibronoscopia ingresando a través del tubo orotraqueal observándose una carina sin alteraciones y obstrucción de los bronquios por tapones mucosos tipo molde que se retiran (en estudio anatómopatológico material mucoide con escasos neutrófilos y cultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae*) y abundantes secreciones adherentes que se aspiran. Posteriormente se pudo realizar el destete de la ARM. Por la evolución tórpida de la paciente se decide realizar tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) de tórax donde se observe una imagen redondeada que ocupaba la luz en tercio

inferior de tráquea con compromiso por fuera de la pared. Se realiza broncoscopia rígida (BCR) que evidencia una lesión exofítica en tráquea distal a 3 cm de la carina que obstruía el 80% de la luz y que se reseca endoscópicamente. Se recibe el informe de Anatomía Patológica: tumor mucoceludermóide de bajo grado. Luego de la resección de la lesión se observa una mejoría espirométrica parcial. Se realiza tratamiento quirúrgico del tumor que requiere la exéresis del 50% de la longitud traqueal y carina a fin de obtener márgenes libres, con necesidad de neocarina. Evoluciona con una fistula a nivel de la sutura por lo que requiere la colocación de un stent en J. La paciente evoluciona, luego del procedimiento, favorablemente por lo que es dada de alta.

Conclusiones: Los tumores traqueales deben ser sospechados ante todo paciente con diagnóstico presuntivo de asma que no presenta mejoría con el tratamiento estándar. La FBC, BCR y la TACAR de tórax son herramientas útiles que ayudan al diagnóstico y a la delimitación de la extensión de las lesiones. Por otra parte es de suma importancia el manejo multidisciplinario que incluya neumonólogos, un equipo de médicos endoscopistas y cirujanos especializados en la resolución de tumores traqueales para un manejo óptimo de esta patología.

0096 - DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON FPI CON AUTO ANTICUERPOS Y ENFERMEDAD NO CARACTERIZADA DEL TEJIDO CONECTIVO CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

María Laura ALBERTI | Fabián CARO | Martín FERNANDEZ | Francisco PAULIN
HOSPITAL MARÍA FERRER

Objetivos: El hallazgo de auto anticuerpos en pacientes con enfermedad intersticial pulmonar (EPID) nos obliga a descartar la presencia de enfermedad del tejido conectivo, entre ellas la enfermedad no caracterizada (ENCTC). Nos proponemos en este trabajo describir las diferencias entre esta entidad y la FPI con auto anticuerpos (FPI seropositiva).

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo analítico. Se incluyeron los pacientes que asistieron a un consultorio especializado en EPID entre marzo 2012 y Marzo 2014. Se analizaron sólo aquellos pacientes con FPI con auto anticuerpos circulantes y los pacientes que cumplieron criterios para ENCTC - EPID, definida como la presencia de por lo menos 1 característica clínica sugestiva de enfermedad del tejido conectivo (ETC) y la positividad para auto anticuerpos; con ausencia de criterios suficientes para enfermedad del tejido conectivo definida por el Colegio Americano de Reumatología. Los anticuerpos testeados fueron: FAN por técnica de inmunofluorescencia y Factor Reumatoide por Nefelometría, considerando positivos valores de FAN >= 8805; 1 / 80 y FR >= 8805; 35 UI/ml.

Se analizó con SPSS 17.0. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando test del Chi², test exacto de Fisher, test de Student o Mann Whitney según corresponda.

Resultados: Se seleccionaron 14 pacientes con ENCTC - EPID y 8 con FPI seropositiva. Observamos en el grupo con ENCTC mayor proporción de mujeres [78% vs. 37%; p=0.081] y mayor positividad de fan [100% vs. 62%; p=0.036]. En cuanto al examen funcional respiratorio, los pacientes con FPI seropositiva presentaban menor %FVC [65,21 ± 14.8 vs. 47.88 ± 14.78; p=0.02] y %DLCO [45.46 ± 12.78 vs. 31.20 ± 7.69; p=0.03].

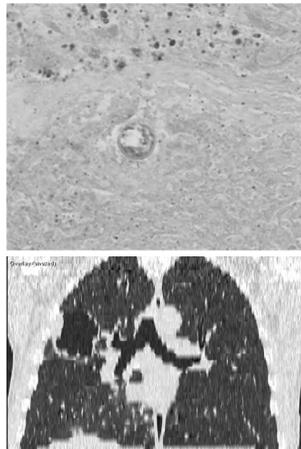
En la tomografía de tórax, el grupo con ENCTC presentó menor frecuencia de patrón de neumonía intersticial usual típica [14.2% vs. 87.5 %; p= 0.001]. No encontramos diferencias entre grupos en cuanto a: edad al debut y positividad de FR. Por último, la presencia de FAN en un título mayor a 1/320 fue mayor en pacientes con ENCTC [50% vs. 12.5%] aunque sin alcanzarse significancia estadística (p=0.167).

Conclusiones: Los pacientes con FPI seropositiva parecerían ser más frecuentemente hombres, con tomografía típica de NIU, menor positividad de FAN y con peores valores en el funcional respiratorio. Poder distinguir este grupo respecto de aquellos que presentan ENCTC es de suma importancia puesto que tanto el tratamiento, y quizás, la evolución de los mismos es diferente.

0097 - COCCIDIOMICOSIS PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Raúl LISANTI | Lucas DI GIORGI | David GATICA | Elena DELABALLE | Javier ABAL | Gonzalo MORENO | Gustavo PERRONE | Luis GONZALEZ
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Objetivos: Coccidioides es un hongo dimórfico ubicuo que habita en el suelo de América y puede producir infección y enfermedad por distintos mecanismos: alergia, colonización o invasión. La infección es adquirida por la inhalación de artroconidias, presentando mayor riesgo de enfermedad pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, embarazo y enfermedad cardiovascular. La presentación clínica más frecuente, es como una enfermedad pulmonar aguda o subaguda, resultando en un 5 a 10% en lesiones pulmonares seculares (nódulos o cavidades periféricas) y de un 0,5 a 1% enfermedad diseminada extrapulmonar



Resultados: A continuación se presenta un caso clínico de un paciente masculino, de 47 años de edad, barrendero municipal, oriundo de Mendoza sin viajes fuera de la provincia, tabaquista actual (IPA 14), diabético tipo 2 mal controlado, que ingresa por Cetoacidosis diabética. Al interrogatorio dirigido refiere un cuadro de un mes de evolución, de tos con expectoración mucosa con episodio único de tipo hemoptoico, pérdida de 10 kg y equivalentes febriles. Al examen físico presenta regular estado general, adelgazado, taquicárdico, disminución de

murmulo vesicular y rales crepitantes aislados en campo medio de hemitórax derecho con broncofonía en mismo nivel. Radiografía de tórax: lesión cavitada redondeada en proyección a LSD subpleural de 5 cm de diámetro con nivel hidroaéreo. Como antecedente radiológico presentaba radiografía de tórax con similares características un mes previo (Evaluado por médico, se le solicitaron estudios, pero el paciente no concurre). Laboratorio: glóbulos blancos 11050/ml (NS 70-NC 0-E 9-L 15-M 5) - Glucemia 611 mg/dl- EAB: Ph 7,39 pO₂ 85,5mmHg pCO₂ 31,8 mmHg HCO₃ 19,2mEq/l Sat O₂ 98,3%. Cetonuria. Hemocultivos negativos, baciloscópico de esputo (no BAAR); y serología para hidatidosis negativa. Se realiza TACAR: lesión cavitada lóbulo superior derecho B2, imágenes nodulares; árbol en brote en Lóbulo Inferior Derecho. FBC con BAL: 1-Anatomía Patológica: citología neoplásica negativa. 2-Bacteriológico: BAAR negativo y S. Aureus >104UFC/ml]. Posteriormente se decide realizar toracotomía con biopsia pulmonar la cual resulta en la identificación de elementos micóticos esferuloides (80 μm) entremezclados con micelios, vinculable a Coccidiomicosis pulmonar. Se inicia tratamiento antimicótico (Itraconazol 400mg/día) según esquema propuesto por Guías IDSA (Infectious Diseases Society of América)

Conclusiones: el diagnostico etiológico de una lesión cavitada en un paciente inmunodeprimido- diabético, constituye siempre un desafío en el que hay que embarcarse pudiendo ejemplificar con nuestra experiencia un camino posible frente a esta situación.

0098 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena DELABALLE | Lucas DI GIORGI | David GATICA | Javier ABAL | Luis GONZALEZ | Raúl LISANTI
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) constituye una manifestación grave de distintas enfermedades vasculíticas, que necesitan de un diagnóstico y tratamiento rápido porque comprometen la vida. Representa una emergencia médica, porque afecta la función respiratoria, requiriendo manejo agresivo en unidad de cuidados críticos. Es una forma distinta de he-

morragia pulmonar originada en la microcirculación pulmonar, que se debe sospechar ante la “tríada” de infiltrados alveolares difusos, hemóptisis (ausente en un tercio de los pacientes) y descenso del hematocrito o hemoglobina.



Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 63 años, con antecedente de tuberculosis pulmonar en la infancia tratada, la que consulta por disnea progresiva de mMRC 2 a 4 de una semana de evolución, acompañado de tos escasa sin expectoración, equivalentes febriles, artralgias simétricas de miembros superiores de 3 semanas de

evolución (medicada con AINES, betametasona intramuscular y metotrexato), y congestión nasal. Examen físico: en regular estado general, palidez cutáneo mucosa, frecuencia cardíaca 110 latidos/min, frecuencia respiratoria 24 resp/min, Saturación de O₂ 88% aire ambiente, tensión arterial 110/70 mmHg, T° 36,6°C, disminución de murmullo vesicular generalizado y rales crepitantes bilaterales.

Radiografía de tórax: infiltrados alveolares bilaterales parcheados multilobar, con predominio pulmonar izquierdo. Laboratorio: glóbulos rojos: 2,82 x 10⁶/ml, hematocrito 21,9%, hemoglobina 7,4 g/dL, Leucocitos: 6820/ml (NS 86/NC 0/ L 12/ M2), plaquetas 426.000/ml, TP 94% TTPK 33,9 segundos, Uremia 184 mg/dL, Creatinina 5 mg/dL. Orina: 60 hematíes/campo. EAB: pH 7,36 PCO₂ 25,7 mmHg PO₂ 55,9 mmHg HCO₃-14,3 meq/l SatO₂ 86,6% Laboratorio de una semana previa a ingreso: glóbulos rojos: 4,12 x 10⁶/ml, hematocrito 32%, hemoglobina 10,46 g/dL, Uremia 43 mg/dL, Creatinina 1,21 mg/dL, VSG 120 mm/hora, PCR (+). Orina 90 hematíes/campo. Se realiza TACAR (múltiples opacidades multisegmentarias consistentes en áreas de vidrio esmerilado asociado a imágenes lineales y áreas de consolidación en ambos lóbulos superiores) y posteriormente FBC de urgencia donde se observa sangrado espontáneo proveniente de ambos hemiarboles bronquiales. Se realiza BAL de lóbulo superior izquierdo y biopsia transbronquial del segmento apicoposterior de lóbulo superior izquierdo. Se envía muestra a bacteriología y anatomía patológica. Se solicita inmunológico de urgencia (ANCA-c, ANCA-p, FAN, Anti-Dna, Anti-MBG) y se interna a la paciente en unidad de cuidados intensivos con soporte ventilatorio y renal, presentado descompensación hemodinámica. A las 6 horas se recibe ANCAc y PR3 (+) e informe preliminar bacteriológico y baciloscópico negativo. Se decide de manera interdisciplinaria la realización de pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida, previa profilaxis con isoniazida y TMP-SMX. Al día siguiente con estabilidad hemodinámica se realiza plasmáferesis. La paciente presenta buena evolución, con cese completo del sangrado alveolar y mejoría parcial de función renal.

Conclusiones: La hemorragia alveolar difusa es una manifestación grave de distintas enfermedades, que pone en riesgo de vida al paciente, y se debe diagnosticar rápidamente para poder iniciar el tratamiento en forma acorde. No se debe dudar en recurrir a la realización de la fibrobroncoscopia como soporte diagnóstico y para permitir excluir otras enfermedades, como las de origen infeccioso.

0099 - PSEUDOQUILOTÓRAX Y ARTRITIS REUMATOIDEA PRESENTACIÓN DE UN CASO Y BREVE REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Sabrina Soledad ALVAREZ(1) | Javier ABDALA(2) | Enrique BARIMBOIN(2) | Julio GONZALEZ FABREGA(3)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO (1); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (2); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (3)

Objetivos: El pseudoquilotorax es una entidad poco frecuente generalmente asociada a otras patologías, en el 54% de los casos a tuberculosis y solo 9% a pleuresía reumatoidea crónica. Con el objeto de destacar una forma infrecuente de patología pleural y revisar brevemente la literatura, planteamos el siguiente caso.

Caso clínico: Mujer de 70 años, no fumadora, antecedente de artritis reumatoidea de 14 años de diagnóstico. Clínicamente presentaba disminución de murmullo vesicular y matidez percutánea en campo inferior izquierdo. Espirometría: probable incapacidad restrictiva moderadamente severa (FEV1/FVC: 81.5 (103%); FVC: 1.35 (56,6%). Tomografía de tórax (TC), con elevación de hemidiafragma izquierdo, derrame pleural leve a moderado parcialmente encapsulado. Anticuerpo anti péptido anticitrulinado: 127 UI. Se realizó toracocentesis diagnóstica, dando como resultado: color amarillo turbio; pH: 7,21; glucosa: 0.14g/l; LDH: 2300 UI/l; proteínas: 42,4 g/l; colesterol total: 300 mg/dl; TAG: 30 mg/dl; albumina: 23 g/l. Cultivo negativo. Anatomía patológica: numerosas células epiteliales agrupadas de núcleos redondos, normocromáticos y escasos monocitos mononucleares y polimorfonucleares. Citología oncológica negativa. Conclusiones: Las causas más comunes de pseudoquilotórax son la tuberculosis y la artritis reumatoidea. La patogénesis no ha sido sistemáticamente investigada y por lo tanto su tratamiento óptimo no está claro. Se ha postulado que la concentración de colesterol en el líquido pleural (que le otorga aspecto blanquecino al mismo), provendría de la lisis celular (eritrocitos, neutrófilos) con liberación de colesterol y complejos de lecitina que quedan atrapados en la pleura engrosada que bloquea el drenaje linfático. Otra teoría propone que la precipitación de colesterol tendría que ver con la pérdida de la relación albúmina/globulina del líquido. No hay evidencia que demuestre que el colesterol sistémico tenga que ver con su concentración en el líquido de la pleura. Muchos pacientes con este tipo de patología tienen derrame de larga data con calcificaciones y engrosamiento o fibrosis de la pleura. El diagnóstico no es difícil. Si se obtiene líquido lechoso luego de una toracocentesis, solo hay dos posibilidades, quilotórax o pseudoquilotórax. A diferencia del quilotórax que por lo general tiene una forma de presentación más aguda, el pseudoquilotórax clínicamente suele ser asintomático ya que responde a una afección subaguda o crónica. Radiológicamente suelen hallarse calcificaciones y otras alteraciones de las membranas pleurales. El curso clínico suele ser benigno pero si el paciente se vuelve muy sintomático o empeora la disnea, se debe aliviar mediante toracocentesis para prevenir complicaciones. El tratamiento es aún un desafío por la baja prevalencia de la patología. En series de casos se ha planteado el tratamiento agresivo de la enfermedad de base (artritis reumatoidea) que ha coincidido con la resolución del pseudoquilotórax, pero esta relación no se puede establecer sin estudios randomizados.

0101 - PANBRONQUIOLITIS DIFUSA; ¿UNA ENFERMEDAD RARA EN PAÍSES OCCIDENTALES?

Juan Jose RODRIGUEZ MONCALVO | Evelin SUREDA | Mercedes RAYA
HOSPITAL MARÍA FERRER

Introducción: La panbronquiolitis difusa (PBD) es una afección caracterizada por un proceso inflamatorio bronquiolar crónico, progresivo y de etiología desconocida, originalmente descrito en pacientes asiáticos. Pese a que inicialmente se consideró que podría afectar casi con exclusividad a la raza amarilla, recientemente se han reportado casos en sujetos caucásicos. La PBD se caracteriza por disnea de esfuerzo, tos productiva y obstrucción al flujo aéreo. Los hallazgos radiológicos consisten en micronódulos pulmonares difusos, "árbol en brote", y ocasionalmente bronquiectasias. Se presenta la historia de una paciente con PBD.

Caso clínico: Mujer de 59 años nacida en Argentina, raza caucásica, no tabaquista. Tuberculosis pulmonar a los 15 años de edad tratada con tuberculostáticos. Consulta por disnea de esfuerzo progresiva de varios años de evolución, sibilancias, tos productiva y episodios recurrentes de expectoración hemoptoica. Con diagnóstico de asma/EPOC, fue tratada con corticosteroides inhalados y broncodilatadores con escasa respuesta. Prick test negativos para aeroalergenos comunes. Baciloscopia y esputo seriado sin rédito bacteriológico. Examen físico: rales de fin de inspiración en la base de ambos hemitórax. Laboratorio normal, excepto VSG 72 mm/1° hora, factor reumatoide de 70 UI/ml (normal <20), hipergamaglobulinemia 2,35 g%. TAC de

tórax: dilataciones bronquiolares cilíndricas, cavidades pequeñas en lóbulos superiores a predominio izquierdo, múltiples imágenes nodulillares centrolobulillares bilaterales. EFR: obstrucción moderada flujo aéreo (FEV1 54%) sin respuesta a broncodilatadores inhalados, atrapamiento aéreo (RV/TLC 55%), hiperinsuflación pulmonar (TLC 120%), DLco levemente disminuida (69%). Test de marcha de 6 min: 420 metros (78%), con disminución de la saturometría transcutánea del 98 al 90%. Ecocardiograma normal. FBC/BAL: sin lesiones endobronquiales, sin desarrollo bacteriológico, hongos o BAAR. BTB: pared bronquial y parenquima pulmonar con cambios inflamatorios inespecíficos.

Resultados: Ante la progresión de las imágenes nodulillares en la TAC y el deterioro funcional respiratorio se realiza una biopsia pulmonar quirúrgica. Estudio anatomopatológico: inflamación crónica localizada principalmente en los bronquiolos respiratorios, predominantemente linfocitaria con células plasmáticas e histiocitos espumosos en la pared bronquiolar, compatible con PBD. Se inicia tratamiento prolongado con macrólidos vía oral y al cabo de un año la paciente presenta disminución de la expectoración, mejoría de la disnea y reducción del atrapamiento aéreo (RV/TLC 46%).

Conclusiones: Esta sería la primera comunicación de un caso de PBD en un sujeto de raza blanca en la Argentina. El cuadro clínico de esta afección puede ser confundido fácilmente con el de otras enfermedades obstructivas crónicas. Tomando en cuenta el número creciente de publicaciones internacionales describiendo series de casos en pacientes caucásicos, la PBD debería considerarse también una alternativa diagnóstica en nuestro medio para evitar su subdiagnóstico.

0102 - ADALIMUMAB PROBABLE CAUSA DE FIBROSIS PULMONAR

María José MARACINI | M. HERRERO | M. E. DAVE | P. DI FONZO | B. PEREYRA
NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE

Introducción: La Fibrosis Pulmonar es una enfermedad que puede estar asociada a enfermedades del colágeno y también causada por agentes externos, como determinadas drogas.

Los fármacos antagonistas del Factor de Necrosis Tumoral (TNF) están siendo utilizados cada vez con mayor frecuencia, demostrando su eficacia en enfermedades, como la Artritis Reumatoidea pero, como toda droga, puede presentar reacciones adversas algunas más comunes como las infecciones, alteraciones hepáticas, etc y otras menos comunes pero importantes como la Enfermedad pulmonar intersticial o Neumonitis.



Caso clínico: A continuación presentamos el caso de un paciente con Artritis Reumatoidea que presentó enfermedad pulmonar intersticial luego de tratamiento anti-TNF.

Paciente masculino de 75 años residente de Río Ceballos, jubilado (ex- electromecánico)

APP: Artritis Reumatoidea (Dx 25 años antes) Litiasis biliar A. Tóxicos: ex TBQ 9 pack/years Medicación: Adalimumab (desde 2011)

MdC (28/08/12): Valoración pre-quirúrgica.

AEA: Concurra para valoración prequirúrgica de colecistectomía, refiere haber presentado 20 días previos a la consulta, Neumonía por lo que recibió tto ATB por 5 días, mejoró persistiendo disnea a esfuerzos moderados. Niega otros síntomas. E. F: SatO₂ 88% aa FC 72 lat/min, disminución de la entrada bilateral de aire, rales tipo velcro en campos pulmonares medios e inferiores. Sin movilización de secreciones.

LBT: Hcto 41% Hb 13 g/dl GB 6300 (PMN 46% EO 6% Linf 41% Mono 7%) VSG 20

FR (+) PH 7,42 PCO₂ 40 PO₂ 65 CO₃H 25,7 E.B 1,5 SATO₂ 93% Hepatograma S/P

Rx de Tórax: infiltrados intersticiales bibasales, peribronco-vasculares con áreas de confluencias.

Tac de Tórax: presencia de múltiples áreas de condensación del parénquima pulmonar, fundamentalmente en lóbulos inferiores y de localización periférica asociados a infiltrados intersticiales irregulares y engrosamiento del intersticio peribroncovascular. Engrosamientos septales subpleurales. Sin áreas de panalización. Engrosamientos intersticiales apicales bilaterales.

Espirometría: estudio dentro de límites normales.

Test de marcha: recorrió 370 metros (lim. Sup 497, lim. Inf 343) SatO₂ inicial de 93% escala de Borg de disnea de 0 y Fatiga 0 presentando a los 6' una caída de la Saturación de 3 puntos con un Borg de 0,5 normotenso y taquicárdico al final del estudio. FBC: paciente se niega al estudio.

DCLO: no se realiza por falta de autorización de obra social. Dx Presuntivo: EPID 2º a Colagenopatía vs toxicidad por fármacos (anti TNF)

Conducta: Se suspende tto con Adalimumab. Control evolutivo. Evolución: franca mejoría clínica y radiológica

Dx definitivo: EPID 2º A TOXICIDAD POR ANTI TNF

Tto Actual: Rituximab

Conclusiones: Conclusión: el objetivo de la presentación es concientizar sobre la importancia del seguimiento de aquellos pacientes que inician tratamiento con agentes biológicos para detectar en forma precoz efectos adversos graves e irreversibles.

0104 - CUANDO EL TÓRAX DUELE: TUMORES RAROS

María Eugenia DAVE | M HERRERO | M.J MARACINI | B PEREYRA | P. DI FONZO
NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE

Introducción: El dolor torácico es uno de los síntomas más frecuentes que representa un desafío diagnóstico para el médico. Se estima que origina de un 5 a un 7 % de las consultas. Una amplia gama de enfermedades puede provocarlo, entre las más frecuentes NAC, neoplasias, traumatismos, etc. El diagnóstico inicial es imagenológico, siendo el definitivo confirmado a través de la biopsia y la resección quirúrgica.

Se describen tres casos de tumores infrecuentes que se presentaron con dolor torácico como síntoma inicial

Caso 1

Masculino, 62 años, Albañil, APP: ex tabaquista 60 pack/years AQX: aneurisma cerebral. MC: dolor torácico derecho AEA: dolor en hemitórax derecho de 3 meses de evolución, no irradiado, sin cambios con los movimientos, pérdida de peso 10kg en los últimos 15 días, cambios en el hábito intestinal. E.F: palidez, FC 96lpm, FR 22rpm, Sat O₂ 91%, no adenopatías, Ap. Resp: mecánica conservada, VV disminuidas y MV (-) en ½ inferior de pulmón derecho. Lab: Hcto 26%, GB 15800 mm, VSG 21mm urea 67mg/dl creat. 1,59 mg/dl, PH 7,36, Pco2 42, PO2 54, CO₃H 27, EB -1,4 sat O₂ 86,3% Rx tórax: ICT>0,50, opacidad de forma triangular de base pleural, bordes netos, sin broncograma aéreo, SCD ocupado. TAC de Tx y Abd: derrame pleural derecho de densidad heterogénea con extensión a la cisura menor, atelectasia parénquima adyacente en LSD imágenes nodulares milimétricas. Eco. abd: meteorismo, resto s/p.. Colonoscopia: hemorroides externas. VEDA: gastropatía congestiva Biopsia pleural y Cx. de tórax: decorticacion pleural derecha. AP: adenocarcinoma mucosecretor .Marcadores tumorales: AFP:(-) Ca 19.9 (+) CEA: (+) PSA: (-) IHQ: probable origen colónico.

Caso 2.

Masculino, 61 años. Albañil. TBQ (-) MC: dorsalgia izquierda de 1 mes de evolución AEA: dolor punzante, no irradiado, disnea grado II. E. F: sat O₂ 95%, FC: 76lpm. Lab: Hto: 47%, GB: 7100, VSG: 4mm.Ap. Resp: mecánica respiratoria conservada, MV +, no RSA. RX tórax: imagen nodular en lóbulo superior de parénquima pulmonar izquierdo. TAC de Tx c/c.: lesión sólida periférica en llingula con ángulos de implantación agudos en íntimo contacto con la pleura, no presenta compromiso costal, diámetro 41mm. Enfisema centrolobular. Cx. de tx: toracotomía posterolateral izq. + tumorectomía + segmento costal. AP: Neurilemoma (schwannoma).

Caso 3

Masculino, 53 años. Trabajador rural. TBQ (-) MC: dorsalgia AEA: dorsalgia izquierdo tipo punzante, intensidad 8/10 de 1 mes de evolución, disnea CF I de 1 año de evolución, que en los últimos 3 meses aumento a CF II. E. F: sat O₂ 97%, FC: 86lpm. Ap. Resp: buena mecánica respiratoria, MV +. Lab: s/p. TAC de Tx c/c: Lesión paravertebral izq de bordes netos y contorno lobulado de 5,5 mm en íntima relación a 6° y 7° arcos costales posteriores y con la pleura vecina. Punción con aguja de corte y Cx. de tx: Decorticacion pleural y resección de la tumoración. AP: Tumor fibroso solitario.

Conclusiones: Conclusión: el dolor torácico es un síntoma inespecifico y subestimado tanto por el paciente como por el médico. En nuestro caso tres patologías infrecuentes lo provocaron, adenocarcinoma mucosecretor, el Neurilemoma y el tumor fibroso solitario. El dolor en la región torácica se correspondió con la localización del tumor en los estudios de imagen y posteriormente con la localización quirúrgica.

0105 - SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA: MAGNITUD, DESIGUALDAD EN LA DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA DEL PROBLEMA, 1980-2012

Juan Carlos BOSSIO | Sergio Javier ARIAS | Hugo Roberto FERNÁNDEZ | Diego Augusto GARCILAZO | Flavio Osvaldo LANDRA | María Gimena LUQUE | Rosa Elvira LÓPEZ | Gustavo Ariel ARMANDO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS

Objetivos: Describir la magnitud, distribución y tendencia de la tuberculosis en Argentina en el período 1980-2012.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y de serie temporal, para el período 1980-2012. Se analizaron los datos de notificación de casos de tuberculosis de las 24 jurisdicciones del país, estratificados por jurisdicción y departamento. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes para 2012 estratificadas por sexo, grupos de edad y jurisdicción de residencia. Las tasas por departamento se calcularon para el bienio 2011-2012. Se utilizaron las estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo. La desigualdad se analizó con la razón de tasas (RT) y con el índice de Gini (valor central e intervalo de confianza del 95%). La tendencia se analizó con un modelo exponencial y el coeficiente de regresión se expresó como variación anual promedio porcentual, con su intervalo de confianza del 95%.

Se utilizaron los programas Excel 2010 y R Project.

Resultados: En 2012 se notificaron 9.070 casos nuevos de tuberculosis en todo el país, 21,9 casos por cada 100.000 habitantes. La tasa de notificación fue 1,39 (1,33; 1,45) veces superior en varones que en mujeres: 25,64 y 18,44 por 100.000, respectivamente (p<=,001); y alcanzó su mayor valor entre los jóvenes de 20-24 años, con una tasa 1,19 veces mayor (1,05; 1,36) en varones y 2,11 veces mayor (1,81; 2,47) en mujeres, que entre los adultos de 65 a 74 años.

La tasa varió entre jurisdicciones y fue 7,30 por 100.000 en La Rioja y 48,5 por 100.000 en Jujuy, tasa 6,6 veces superior (p<0,001). La desigualdad entre jurisdicciones medida por el índice de Gini fue 0,288 (0,200; 0,377). La brecha entre departamentos fue mayor que entre jurisdicciones. En 86 departamentos no se registraron casos durante el bienio 2011-2012 y, entre los departamentos restantes, la tasa varió entre 1,09 por 100.000 en General Alvear (Mendoza) y 213,69 por 100.000 en Matacos (Formosa), cifra 196 veces superior (p<0,001). La desigualdad entre departamentos fue superior a la registrada entre jurisdicciones: índice de Gini=0,378 (0,352; 0,404).

La tendencia de la notificación de casos en Argentina fue al descenso: -2,52% anual (-2,90; -2,14); entre 1980 y 2012. El ritmo de descenso fue similar durante el último decenio (2003-2012): -2,45% anual (-3,51; -1,37); y hubo marcadas diferencias entre jurisdicciones: -12,01% anual (-17,11; -6,59) en Río Negro y -0,53% anual (-2,29; 1,25) en Ciudad de Buenos Aires.

Conclusiones: La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en Argentina expresado en el mayor riesgo de enfermedad entre los jóvenes de 20 a 24 años, y en las grandes brechas entre las jurisdicciones y entre sus departamentos. La tuberculosis ha disminuido pero el descenso ha sido menor al 3% en los últimos treinta años, con jurisdicciones que muestran una tendencia estable, sin reducción del problema.

0106 - MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN POBLACIÓN DE 40 A 74 AÑOS EN ARGENTINA 1980-2012: MAGNITUD, TENDENCIA Y DIFERENCIAS POR JURISDICCIÓN Y SEXO

Juan Carlos BOSSIO | Sergio Javier Arias ARIAS | Gustavo Ariel ARMANDO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS

Objetivos: Describir la magnitud y tendencia de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre los 40 y los 74 años en Argentina y analizar la desigualdad por jurisdicción, sexo y grupos de edad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y de serie temporal, para el período 1980-2012. Se analizaron los datos de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (códigos CIE 9: 490-492 y 494-496; y CIE 10: J40-J44, y J47) de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Se estratificó la información para las 24 jurisdicciones del país, por grupos de edad y sexo. Se calcularon tasas bianuales ajustadas por 100.000 habitantes por jurisdicción, para ambos sexos, varones y mujeres. Se utilizaron las estimaciones y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Para el análisis de la tendencia se calcularon tasas anuales ajustadas por edad, para ambos sexos, varones y mujeres, para el período 1980-2012.

Se utilizó la población de Argentina del Censo 2010 como población de ajuste.

La desigualdad entre jurisdicciones y grupos de edad se analizó con la razón de tasas (RT) y, para las jurisdicciones, se utilizó también el índice de Gini (valor central e intervalo de confianza del 95%).

La tendencia se analizó con un modelo exponencial y el coeficiente de regresión se expresó como variación anual promedio (VAP) porcentual, con su intervalo de confianza del 95%.

Se utilizaron los programas Excel 2010, Joinpoint Regression Program 4.1.0 y Epi Dat 3.1.

Resultados: En 2012 se registraron 2.301 muertes por EPOC entre los 40 y los 74 años, 4.651 en el bienio 2011-2012, con una tasa bianual ajustada de 19,41 por 100.000 habitantes.

La tasa bianual en Mendoza fue 6,0 veces mayor que la de La Rioja en ambos sexos (32,42 por 100.000 y 5,37 por 100.000, respectivamente; $p < 0,001$) y 7,9 veces mayor en varones (51,24 por 100.000 y 6,46 por 100.000, respectivamente; $p < 0,001$). En mujeres, la tasa de Misiones fue 6,5 veces mayor que la de Catamarca: 17,95 por 100.000 y 2,77 por 100.000, respectivamente; $p < 0,001$).

La desigualdad entre jurisdicciones, medida con el índice de Gini, fue 0,220 (0,159; 0,281) en ambos sexos y también fue mayor en varones que en mujeres: 0,240 (0,177; 0,302) y 0,208 (0,136; 0,280), aunque los intervalos de confianza del 95% se superponen.

La mortalidad aumentó 3,5% anual (2,4%- 4,1) entre 1980 y 1995 y pasó de 11,90 por 100.000 a 21,28 por 100.000. A partir de 1995, la tendencia fue estable (no fue distinta de cero; $p = 0,15$) con una variación anual de -0,6% (-1,4; 0,2).

La tendencia de la mortalidad por EPOC fue diferente en varones y en mujeres.

En los varones, la mortalidad aumentó 3,4% anual (2,3; 4,5; $p < 0,001$) entre 1980 y 1995 pero, a partir de ese año, se redujo y la VAP fue -1,5% anual (-2,3; -0,6; $p = 0,001$).

En mujeres, la mortalidad aumentó en forma continua hasta 2012 ($p < 0,001$) a un ritmo de 3,6% anual (3,2; 3,9).

Conclusiones: La mortalidad por EPOC entre los 40 y los 74 años de edad se incrementó en Argentina. Mientras el aumento fue continuo hasta 2012 en las mujeres, en los varones la mortalidad comenzó a decrecer a partir de 1995. Hay una marcada brecha en la mortalidad por EPOC entre jurisdicciones, que es mayor en varones que en mujeres. Las razones del aumento continuo de la mortalidad en mujeres, así como las brechas entre jurisdicciones, deben ser motivo de investigación adicional.

0107 - PRUEBA DE SIMULACION DE ALTURA EN EPOC. ¿SE PUEDE PREDECIR LA DESATURACION DURANTE LA MISMA?

Guillermo A. RAIMONDI(1) | Nicolás GODACHEVICH(1) | Guillermo P. MOYANO(1) | Guillermo MENGA(2) | Laura L. FALCÓN(1) | Leandro L. URRUTIA(1) | FLENI (1); HOSPITAL MARÍA FERRER (2)

Objetivos: La prueba de simulación de altura es de utilidad para predecir la saturación de oxígeno (SpO_2) que eventualmente un paciente va a tener durante un viaje aéreo en el cual la cabina está presurizada a una altura de 2500 mts. El objetivo de este estudio es observar si la saturación alcanzada durante esta prueba puede ser predecida por medio de algún estudio fisiológico.

Materiales y Métodos: En 35 pacientes con EPOC estable (1, 13, 17 y 2 estadios I a IV, respectivamente) con %FEV1 $51.2 \pm 18.8\%$ se realizaron pruebas de simulación de altura con la técnica de Vohra KP et al. Asimismo se efectuaron pruebas de 6MWT (según ATS), determinaciones espirométricas, volúmenes pulmonares pletismográficos, resistencia de la vía aérea (Raw) y difusión de monóxido de carbono (DLCO). Se estimaron volúmenes pulmonares tomográficos a máxima inspiración por medio de reconstrucción tridimensional y mediciones densitométricas calculados con atenuación $< 600H$ y el volumen de enfisema pulmonar con una atenuación $< 950H$ ($vol < 950H$). Con estos valores se calculó el porcentaje de volumen pulmonar con enfisema, es decir con atenuación $< 950H$ ($\%vol < 950H$). Se realizaron determinaciones de dimensiones bronquiales en el segmento apical del bronquio del LSD y cálculo del grosor de la pared de la vía aérea/área luminal (%WA) mediante la técnica de Nakano. Se correlacionó la SaPO2 mínima durante la prueba (SaPO2Min) con las variables antes citadas. Se utilizó el cálculo de correlación de Pearson y de correlación múltiple. Se aceptó como diferencia significativamente estadística $p < 0.05$

Resultados: No se encontraron correlaciones significativas entre la SaPO2Min durante la prueba y los volúmenes de enfisema o engrosamiento bronquial tomográficos, medidas de difusión, la distancia o el Borg máximo durante la 6MWT. Se obtuvieron correlaciones significativas entre la SaPO2Min y el FEV1 ($r = 0.419$, $p < 0.03$), FEV1 post-broncodilatadores (FEV1BD) ($r = 0.394$, $p < 0.04$), %FEV1BD ($r = -0.395$, $p < 0.04$), Raw ($r = 0.400$, $p < 0.04$), SaPO2 reposo ($r = 0.685$, $p < 0.0001$), SaPO2Min6MWT ($r = 0.455$, $p < 0.02$) y RV/TLC ($r = -0.376$, $p = 0.05$). Mediante correlación múltiple $SaPO2Min = 2.37 \times FEV1BD - 0.01 \times Raw + 0.15 \times SaPO2Min6MWT + 1.8 \times SaPO2 \text{ reposo} - 120$ (r^2 ajustada = 0.456, $p < 0.001$)

Conclusiones: Si bien las correlaciones significativas halladas entre la SaPO2Min y distintas variables nos permiten inferir que los pacientes que tendrán más caída de la saturación durante la prueba de simulación serán aquellos que tienen saturación basal mas baja, estén mas obstruidos o que desaturan mas durante la 6MWT, la debilidad de estas correlaciones impiden realizar una correcta predicción. Lo mismo ocurre con la correlación múltiple, que aunque significativa tiene una importante dispersión, siendo sus resultados solo orientativos.

0108 - EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON EPOC EXACERBADO

Roxana Noemi GUIDA | Noelia PEÑA | María Candela POZO
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Objetivos: Evaluar la relación entre índices nutricionales y parámetros funcionales respiratorios en pacientes con diagnóstico de exacerbación de EPOC.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo transversal de 120 historias clínicas de pacientes internados consecutivamente por exacerbación de EPOC durante un año. Se excluyeron los pacientes con enfermedades crónicas concomitantes. Los parámetros evaluados fueron talla, peso actual, peso habitual, índice de masa corporal (IMC), albumina, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), capacidad vital forzada, relación FEV1/FVC. En una muestra se evaluó pliegue tricipital, circunferencia del brazo y circunferencia muscular media del brazo. El diagnóstico nutricional se calculó según IMC y el grado de EPOC según guías GOLD. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 16.0.

Resultados: Se incluyeron 120 pacientes, 74 (62%) hombres y 46 (38%) mujeres, con una mediana de 61 años de edad. El 52% presentó sobrepeso y obesidad y el 27% bajo peso. El 59% tuvo pérdida de peso en los 6 meses previos y el 41% de ellos con desnutrición. El 55% mostró depleción de masa magra, siendo

el 46% de ellos con bajo peso según IMC y un FEV1 menor a 50%, el 36% con peso normal y el 18% restante con sobrepeso y obesidad ambos con FEV1 mayor a 80%. El 73% de los pacientes presentó albumina plasmática normal o elevada.

Conclusiones: La prevalencia de malnutrición en pacientes con EPOC es alta, por exceso o déficit de peso, con alta incidencia de pérdida de masa magra que se incrementa en los estadios más avanzados de la enfermedad aun con IMC normal o aumentado. El FEV1 es el mejor predictor del estado nutricional. La albumina plasmática no se relaciona con el estado nutricional ni con el grado de EPOC. La evaluación nutricional de los pacientes de EPOC de rutina debería incluir evaluación de masa muscular, función pulmonar y riesgo de síndrome metabólico.

0109 - NEUMONÍA AGUDA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE, STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN UN VARÓN ADULTO CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE.

Liliana CASTRO ZORRILLA(1) | Viviana GALACHE(2) | María Teresa GUILLAUX(2) | Guillermo María ONIS(2) | Dora Del Valle PUGLIESE(2) | Karin Denise SEMORILE(3) | Diana Mariel TRONCOSO(1) | Nuria Julia LÁZARI(1) | Luis TROMBETTA(2) INSTITUTO TISIONEUMONOLÓGICO PROF. DR. RAUL VACCAREZZA UBA (1); HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑOZ (2); HOSPITAL FRANCISCO JAVIER MUÑOZ (3)

Introducción: La infección pulmonar aguda puede indicar un defecto de la inmunidad del huésped.

La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es un trastorno inmunitario primario que afecta a ambos sexos con mayor incidencia entre la segunda y tercera década de vida.

Clínicamente posee presentación heterogénea, con infecciones bacterianas recurrentes respiratorias y digestivas.

La identificación de tres agentes etiológicos bacterianos en un varón adulto con neumonía aguda de la comunidad con antecedentes de catarro de vías aéreas superiores (CVAS) recurrentes sugirió un trastorno inmunológico subyacente.

Caso clínico: Paciente masculino de 27 años de edad con antecedentes reiterados de CVAS, internado con disnea CF III-IV, tos productiva mucopurulenta y hemoptoica, descenso de peso corporal y toracodinia bilateral.

Radiología de tórax y TAC sin contraste: derrame pleural bilateral con predominio izquierdo y consolidación pulmonar en lóbulo superior derecho. Se realizó toracocentesis obteniéndose líquido pleural turbio (derrame paraneumónico no complicado). Cultivo del esputo y antibiograma: aislamiento de Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus (MS); se identificó antígeno urinario positivo para Streptococcus pneumoniae.

Proteinograma electroforético: hipogammaglobulinemia severa (0.02 g% - VN: 0.8-1.3 g%). Título de la isohemaglutinina anti A: 2 y anti B: 0.

Cuantificación de inmunoglobulinas (por nefelometría): IgA 44 (VN: 70-360mg%), IgG no dosable (VN: 650-1800 mg%) e IgM 23 (VN: 40-260mg%). Cuantificación subpoblaciones linfocitarias: CD3, CD4, CD8 normales.

Dosaje de CD 19 y CD 20: 2% (VN: 10-16 %).

Serología para VIH negativa.

Discusión: La infección pulmonar aguda indica una alteración de la inmunidad del huésped, una exposición a microorganismos particularmente virulentos o una inoculación extremadamente virulenta.

La identificación de 3 agentes etiológicos bacterianos en un adulto joven con antecedentes de CVAS recurrentes, en presencia de una neumonía con derrame pleural bilateral, sugirió una alteración de la inmunidad subyacente. Si bien la mayoría de los defectos congénitos de la inmunidad aparecen en la infancia, la IDCV puede aparecer por primera vez en la madurez asociada a neumonía recurrente.

En este caso, la neumonía fue precedida de CVAS recurrente y los estudios inmunológicos confirmaron la IDCV, que es una de las inmunodeficiencias primarias más frecuentes, luego del déficit selectivo de IgA y de presentación clínica heterogénea, con infecciones respiratorias, digestivas, manifestaciones autoinmunes y neoplasias.

Se inició tratamiento antibiótico con ampicilina/sulbactam 1,5 g por vía endovenosa (ev) cada 6 horas, durante 21 días.

Se administró inmunoglobulina humana líquida pasteurizada 30 g por vía ev (dosis: 500-600 mg/k/día cada 20 días para 60 kg de peso corporal).

Su evolución fue favorable y se indicó el alta de internación.

Conclusiones: La neumonía en un adulto joven VIH negativo, precedida de episodios de CVAS recurrentes, la identificación de tres agentes etiológicos bacterianos y la hipogammaglobulinemia severa, orientan al diagnóstico de una inmunodeficiencia primaria. La IDCV debe ser confirmada mediante la cuantificación de las inmunoglobulinas, el dosaje de CD 19 y CD 20 y pruebas que demuestren la ausencia de anticuerpos frente a antígenos específicos.

0110 - PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SALUD RESPIRATORIA EN POBLACIÓN EXPUESTA A CENIZA VOLCÁNICAS.

Ignacio ZABERT(1) | Sergio BENITEZ(2) | Agustina Elisa MARTINEZ(3) | Cecilia CREMER(1) | Gustavo E. ZABERT(1) FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD DEL COMAHUE (1); SANATORIO SAN CARLOS (2); DATA ANALYSIS (3)

Objetivos: Determinar la percepción de riesgo de la población adulta a la exposición de ceniza volcánica tras 3 años de la erupción del complejo Puyehue-Caulle

Materiales y Métodos: Estudio de Corte Transversal por encuesta telefónica de la Ciudad de Bariloche, Río Negro. Se encuestaron a adultos que residían en la ciudad de Bariloche durante el evento ocurrido en el 2011. Se adaptó un cuestionario de percepción de riesgo en salud respiratoria previamente validado. La encuesta fue realizada por un sistema de respuesta interactiva de voz (IVR), y los casos reclutados fueron seleccionados al azar automáticamente de una base de datos de telefonía fija hasta alcanzar el tamaño muestral requerido.

Genero Femenino %(IC95)	66,7 (61,9-71,2)
Edad media (DS)	47,2 (±17,1)
Buen estado de Salud %(IC95)	80,4 (73,2-86,4)
Síntomas Respiratorios último año %(IC95)	26,5 (22,4-31,1)
Consulta último año %(IC95)	21,7 (17,8-26,0)

Resultados: Se encuestaron 410 sujetos, con un media de edad de 47,2 años (DS ± 17,1) y 66% correspondían al género feme-

Contacto con ceniza %(IC95)	84,4 (80,5-87,7)
Ceniza suspendida en el aire %(IC95)	67,9 (63,1-72,3)
Exposición afección a la salud %(IC95)	84,9 (81,0-88,2)
Tiempo de afección Corto %(IC95)	11,9 (9,0-15,6)
Tiempo afección Mediano %(IC95)	38,2 (33,5-43,1)
Tiempo afección Largo %(IC95)	36,5 (31,9-41,4)
Afecta salud respiratoria %(IC95)	23,1 (19,2-27,6)

nino. Se reportó 24,8% de Fumadores actuales, sin embargo, el 80% percibe tener un buen estado de salud. El 26% refiere síntomas respiratorios en el último año y 21% acudió al médico por problemas respiratorios. (Tabla 1). El 84% manifestó haber estado en contacto con cenizas y el 66% percibe que aún persiste la ceniza en suspensión. El 85% de los encuestados considera que la ceniza volcánica afecta la salud y el 23% reportó que su salud respiratoria se vio perjudicada por la exposición, además el 74% cree que las consecuencias se sufrirán a mediano y largo plazo.

Conclusiones: Este es el primer que explora la percepción del impacto sobre la salud respiratoria en población expuesta a ceniza volcánica, evidenciando que la población percibe que su salud se vio afectada por la exposición y prevén posibles mayores consecuencias en el futuro.

0111 - PRIMERA APLICACIÓN DE UN ENSAYO DE LIBERACIÓN DE INTERFERÓN GAMMA PARA DETECTAR INFECCIÓN LATENTE EN TRABAJADORES DE SALUD DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN TUBERCULOSIS

Luciana V LOMBARDO(1) | Ana Inés FRÍAS(1) | Delfina PEÑA(2) | Ana ROVETTA(3) | María A SAAB MARÍA(1) | Mabel B VISCA(1) | Verónica GARCÍA(4) | Rosa M MUSELLA(1) | Domingo Juan PALMERO(1)
HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑIZ (1); IQUIBICEN UBA-CONICET (2); IQUIBICEN UBA-CONICET (3); IQUIBICEN UBA-CONICET (4)

Objetivos: Se define infección latente por *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) como la existencia de una prueba tuberculínica (PT) con PPD2UT positiva, sin evidencia clínica o radiográfica de enfermedad. Son factores limitantes de la PT los resultados falsos positivos en vacunados con BCG o infectados por micobacterias ambientales. En contraste a la PT, los ensayos de liberación de interferón-gamma (IGRAs), consisten en la estimulación de linfocitos de sangre entera con antígenos específicos del patógeno y la posterior detección de los niveles de IFN-gamma producidos en respuesta a dicho estímulo. Específicamente, el ensayo comercial QuantiFERON Gold In tube (QF, Cellestis), utiliza los antígenos ESAT-6, CFP-10 y TB7.7 presentes en cepas patógenas de *M. tuberculosis*, pero ausentes en la mayoría de las micobacterias ambientales y en el *M. bovis* BCG. Su sensibilidad es similar a la PT pero la especificidad es notablemente mayor. Cabe resaltar que en VIH/sida con menos de 100 CD4, ni la PT ni los IGRAs resultan eficaces para detectar ILTB.

Materiales y Métodos: En este estudio se convocó a trabajadores de la salud (TS) del Hospital de Infecciosas Dr. F. J. Muñiz interesados en hacerse voluntariamente una prueba de QF tras la firma de un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el CEI del hospital. Luego de la extracción de sangre para el ensayo, se efectuó PPD 2 UT (excepto los que tenían PPD positiva previa dentro del año). Se tomó como positivos todos los nódulos >10 mm o la reacción flictenular. Todos los TS QF + fueron investigados mediante Rx de tórax y baciloscopia en caso de ser sintomáticos respiratorios, se descartó enfermedad en todos y a los menores de 35 años se les ofreció quimioprofilaxis con INH.

Resultados: Se efectuó el QF en 54 TS, 22 médicos y 32 enfermeros o técnicos con edad promedio de 42,7 años (1 DS=12,3). Todos los individuos estaban vacunados con BCG (2 y 3 dosis). Fueron positivos a la PT, 21 TS (38,9%) y al QF, 14 (25,9%). De los 14 QF positivos, 1 fue PPD negativo (7,2%), mientras que 7 TS PPD + fueron QF negativos (33,3%). Resultaron QF positivos el 31,8% de los médicos y el 21,1% del personal no médico. Dentro de los 21 TS positivos a la PT, 14 tenían antigüedad en el hospital mayor a 10 años, mientras que 7 eran menos antiguos. Ninguno de los 14 TS QF+ presentó TB activa.

Conclusiones: Se observó una mayor proporción de PT positivas en los TS del Hospital Muñiz respecto de la estimación en población general (38,9 vs. 30%). Los resultados obtenidos permitieron establecer una diferencia importante entre TS PT + (21) y QF + (14), lo cual se relaciona con la mayor especificidad de los IGRAs para detectar infección latente, permitiendo diagnosticar a las personas con ILTB con mayor precisión y ahorrar quimioprofilaxis innecesarias. No obstante, debe tenerse en cuenta que una limitación del estudio fue su realización en individuos voluntarios, por lo que es previsible un sesgo de selección.

Si bien en Argentina los IGRAs plantean una utilidad limitada por su alto costo (aproximadamente 30 USD por determinación), su mayor especificidad en comparación con la PT, como también muestra este ensayo, los torna atractivos para ser usados en determinadas situaciones como TS, pacientes pre-trasplante o pre inmunodepresión en general.

0112 - MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN-PARAGUAY

Diego MEDINA | Felipe FERNÁNDEZ | Gustavo MELGAREJO | Sergio CABRAL
HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Objetivos: 1-Evaluar respuesta al tratamiento específico para HAP mediante prueba de caminata de 6 minutos (PC-6min). 2-Valorar eficacia de monoterapia vs terapia combinada. 3-Comparar valores de Presión arterial pulmonar media (PAPmedia) por Ecocardiografía vs cateterismo cardiaco derecho (CCD).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal, con componente analítico, donde se evaluó respuesta al tratamiento específico para HAP, en pacientes que acudieron al consultorio de la UTCP-HCIPS, del 01/03/12 al 28/02/14. Criterios de inclusión: ambos sexos, PAPmedia por CCD & #8805; 25mmHg, cumplir el tratamiento, ecocardiografía en los 3 meses previos al cateterismo, ficha clínica completa. El cálculo Ecocardiográfico de PAPmedia se realizó por fórmula: PAPmedia=PPS*0,61+2mmHg y por método Fick en CCD. El procesamiento y análisis de datos se hizo mediante Microsoft Excel. Se consideró significativa p & #8804; 0,05.

Resultados: De 29 pacientes con HAP, 18 cumplían criterios de inclusión. Sexo: masculino 3/18(17%), femenino 15/18(83%). Edad: media 43±15 años. PAPmedia-Ecocardiografía: 40±15mmHg, PAPmedia CCD: 43±11mmHg. (p: 0,41). La Ecocardiografía supra-estimo PAPmedia en 5/18(27%), infra-estimo PAPmedia en 7/18(39%).

Terapéutica: Sildenafil 7/18(39%), Iloprost 1/18(5,5%), sildenafil + iloprost 5/18(28%), sildenafil + bosentan 4/18(23%), Sildenafil + bosentan 1/18(5,5%).

PC-6min: Ingreso: 176±157m. A los 6 meses. 365±148m. (p<0,001).

PC-6min monoterapia: Ingreso 8/18(45%): 220±208m. A los 6 meses: 465±115m. (p<0,01).

PC-6min terapia combinada: Ingreso 10/18(55%): 140±99m. A los 6 meses; 285±123m. (p<0,001).

Conclusiones: Con el tratamiento médico se observó mejoría clínica significativa valorada mediante PC-6min. Ambas terapias tuvieron respuesta significativa. La PAPmedia por ecocardiografía es equiparable a la PAPmedia por CCD, aunque esta la infra-estimó en un 39% y supra-estimó en un 27%.

0113 - ESPOROTRICOISIS EXTRACUTANEA (PULMONAR)

María Cristina REYES ARMUA(1) | Andrea KUSZMIRUK(1) | Hector Martin FERNANDEZ(1) | Anibal ALEGRE(1) | Jose GARAY(1) | Hugo GONZALEZ(1) | María de Los Angeles SOSA(2)

HOSPITAL J. R. VIDAL (1); INSTITUTO DE MEDICINA REGIONAL (2)

Caso Clínico:

Paciente de 65 años, masculino, de Santa Lucía, Corrientes. Antecedentes de infarto agudo de miocardio, cirugía de revascularización miocárdica, tuberculosis pulmonar hace 10 años, con confirmación bacteriológica, realizando tratamiento completo y Diabetes Mellitus tipo 2 insulinorequiere.

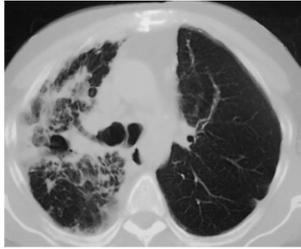
Consulta el 20/11/2013 por presentar hace 3 meses tos y expectoración hemoptoica que progresa con fiebre y hemoptisis de 50 ml, se decide su internación.

Al examen físico, crónicamente enfermo, signos vitales conservados. A la semiología respiratoria síndrome de consolidación supraescapular e interescapulovertebral derecho. No se evidencian lesiones cutáneas, adenomegalias ni osteoartritis.

En radiografía de tórax, secuela en vértice pulmonar derecho con desplazamiento y ensanchamiento del mediastino homolateral, mínimo compromiso intersticial difuso pulmonar izquierdo. Laboratorio hematócrito 32%, globulos blancos 8600/mm3, glucemia 198 mgr/ml, eritrosedimentacion (VSG) 120, presión arterial de oxígeno 60 mmHg. Baciloscopia seriada de esputo y cultivo para tuberculosis y serología para micosis profundas negativos. Cumplió tratamiento con Amoxicilina Acido Clavulanico 2 gr/día vía oral por 7 días y se solicita tomografía de tórax con contraste se observa desplazamiento del mediastino hacia la derecha, adenomegalias mediastinales, imágenes secuenciales, engrosamiento pleural y tractos fibroticos densos en lóbulo superior derecho, compromiso retículo micronodular en llingua y lóbulo medio.

Evoluciona en Enero de 2014 con reaparición de sintomatología, se efectúa broncoscopia evidenciándose signos de inflamación aguda en bronquio del lóbulo superior derecho; se toma muestra de Lavado Bronquioalveolar con cultivo positivo para

Sporothrix schenckii. Se inicia tratamiento con Anfotericina B, continuando con Itraconazol 400 mg/día. Con mejoría clínica y buena tolerancia.



Conclusiones: Comentario:

La esporotricosis es una infección micótica causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*. La distribución geográfica es amplia, predominando en lugares de clima tropical o subtropical, tanto húmedo como semiárido.

Las infecciones se pueden dividir en formas cutáneas (más frecuente), extracutáneas y

extracutánea multifocal. Las formas cutáneas diseminadas, con o sin compromiso visceral, las osteoarticulares, las pulmonares y las sinusales, son poco frecuentes y los pacientes suelen tener alteraciones de la inmunidad celular.

La esporotricosis pulmonar esta descripta en hombres, de 30 a 60 años. Se pueden encontrar asintomáticos, o presentar tos productiva, fiebre, pérdida de peso. Cursa con elevación de la VSG. Las radiografías de torax muestran lesiones cavitarias uni ó bilaterales, con infiltrado parenquimatosos asociado. El cultivo de esputo confirma el diagnóstico. El diagnóstico diferencial incluye infecciones por micobacterias, histoplasmosis y coccidioidomicosis.

Aunque la información publicada sobre tratamiento es limitada, se indica Anfotericina-B de inicio, seguida por Itraconazol durante uno a dos años; cuando este indicado se podrá completar con lobectomía quirúrgica.

0114 - ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salvador MOYANO | Cristina BENCHIMOL | Jorge Andrés GARCIA GONZALEZ | Susana Del Carmen VANONI | Alberto Jorge NEVADO | Elisa Margarita URIBE ECHEVERRIA
SANATORIO ALLENDE (SEDE NUEVA CORDOBA)

Caso clínico: varón de 36 años de edad, oriundo de Catamarca, tabaquista de 3 paq/año. Se dedica a recolección de uvas, procesamiento de vino, lavado de piletones y botellas con hipoclorito e hiposulfito de sodio y remoción de mosto desde hace 7 años, sin medidas de protección adecuadas. Fue derivado desde su localidad por tos seca incoercible y disnea clase funcional II. Había comenzado 4 semanas antes con los mismos síntomas y permanecido internado 15 días con tratamiento antibiótico en dos oportunidades sin cambios clínicos excepto la hipertermia que no reiteró. Al examen físico presentó solo estertores crepitantes bibasales tipo velcro. El laboratorio evidenció leve leucocitosis con eosinofilia (12%), PaO₂ = 68 y PCR: 3,7 mg % (VN 0,5). El par radiológico mostró infiltrado micronodulillar difuso en ambos parénquimas pulmonares. La tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) evidenció múltiples nódulos milimétricos de distribución universal a predominio subpleural, sin gradiente vértice-base, con parches de vidrio esmerilado. Se solicitaron estudios de laboratorio complementarios, incluyendo serología para enfermedades infecciosas, autoinmunes y dosaje de Ig. En los estudios funcionales respiratorios se identificó leve alteración funcional restrictiva y ligero compromiso de la capacidad de difusión. Se realizó broncofibroscopia (BAL y biopsia), con 71% de eosinófilos en el recuento celular poblacional como único hallazgo.

Ante la persistencia de los síntomas, se decidió realizar toracoscopia videoasistida (VATS) y biopsia pulmonar. La misma indicó "parénquima pulmonar con granulomas de células gigantes multinucleadas, con relación a elementos de aspectos parasitario compatibles con larvas de helmintos". Se solicitó coproparasitológico seriado que resultó negativo. Se envió biopsia pulmonar para valoración por parasitóloga, quien informó infección por strongyloides stercoralis. Cumplió tratamiento con tiabendazol durante 10 días con resolución completa de las manifestaciones.



Discusión: Las geohelmintiasis se encuentran dentro del grupo de las llamadas enfermedades tropicales olvidadas. Afectan al 30% de la población latinoamericana. En Argentina la prevalencia es variable (3-38,7%) y las zonas endémicas corresponden al NE y al NO del país. *S. stercoralis* es subdiagnosticado por su casi nula sensibilidad a las técnicas parasitológicas habituales. Además, los signos y síntomas clínicos y los cambios radiológicos son muy inespecíficos. El pulmón es el órgano extraintestinal afectado con mayor frecuencia. El tratamiento con esteroides puede agravar el cuadro clínico provocando un síndrome de hiperinfección. El diagnóstico definitivo depende de la demostración de la larva. El tratamiento está dirigido a la erradicación total del parásito y su larva.

Conclusiones: el paciente padecía una intersticiopatía de etiología poco frecuente. Es importante recordar a las parasitosis junto a otras infecciones como causas de enfermedad difusa pues el diagnóstico y tratamiento oportuno resultan en la cura de la patología. Asimismo, los esteroides no deberían ser empleados empíricamente de manera sistemática pues podrían agravar la evolución

0115 - EVALUACIÓN DEL ÁREA SECCIONAL POR TAC EN PACIENTES SAHOS Y LA DECISIÓN DE CIRUGÍA DE VÍA AÉREA SUPERIOR, CAMBIO DE LAS VARIABLES POLIGRÁFICAS O DE LA PRESIÓN TERAPÉUTICA CON CPAP O USO DE DOAM

Claudio Cesar BECERRA(1) | Gustavo CUEVAS(2) | Laura GARDES(3) | Viviana MARCO(4) | Sergio HOMANN(5) | Julio SILIO(6) | María Constanza BECERRA(7) | Celeste ZANONI(8)
CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS AERO (1); CLINICA MOGILLINSKY (2); CLINICA SAN AGUSTIN (3); A PRUEBA (4); CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS AERO (5); IFAROS (6); HOSPITAL MISERICORDIA (7); FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD DEL COMAHUE (8)

Objetivos: evaluar áreas faríngeas describir lesiones nasosinusales si pueden incidir en el status del SAHOS, las presiones de la vía aérea, la decisión terapéutica y la adaptabilidad del paciente al uso de un dispositivo para mejorar su patología.

Materiales y Métodos: los pacientes con sahos fueron sometidos a tac según severidad y/o mediciones y lesiones fueron asignados a un tratamiento específico, se incluyó quienes presentaban alta intolerancia a titulación o cpap

Se estudiaron 36 pacientes se incluyeron 16 que fueron en los que se obtuvieron todos los registros de consultas y seguimiento no menor de 6 meses

Resultados: rango de edad, entre los 30 y 72 años. El promedio de edad 49 años.

El 100% síntomas nocturnos relatadas por testigos Epwroth 93% de los pacientes presentaban una score moderado a severa. El 66% eran obesos 33%, con actividades laborales críticas, tales como chofer o controles en pozos petroleros. 80% con IPR mayor de 30.

De los SAHOS severo, el 50% de ellos refirió intolerancia durante el periodo de titulación o el tratamiento.

La TAC mostro 73% con área faríngea normales, 20% mostraron área orofaríngea crítica. Las alteraciones en el tabique como en los cornetes, que producían reducción del radio y fue del 66%. Igual número de pacientes fueron sometidos a una cirugía con criterio de reducción de resistencia,

De los que fueron a cirugía, 8 tenían SAHOS severo, 7 de los mismos cambiaron su estatus, 3 a SAHOS moderado y 4 a leve. En el paciente con SAHOS severo sin alteraciones de las resistencias nasales, demostró intolerancia repetida a la titulación, y que el área orofaríngea por TAC era crítica, se agregó un DOAM, que logró la tolerancia CPAP.

La titulación posquirúrgica, redujo sustancialmente las presiones de CPAP, La decisión terapéutica final en 9 pacientes fue CPAP, con presiones bajas y bien toleradas (en uno de ellos asociado a DOAM), en 4 pacientes DOAM.

Los 15 pacientes se mantuvieron en seguimiento nutricional. UN PACIENTE HTA severa, y uso de 3 antihipertensivos en los meses posteriores estabiliza su presión arterial solo con el uso de enalapril.

La mayoría de los pacientes con actividades críticas evolucionaron favorablemente y el cociente de uso fue alto.

Resalto la edad temprana de consulta de algunos pacientes.

Conclusiones: evaluamos si nos puede dar una idea de la magnitud del problema y la repercusión de estas alteraciones sobre la terapia con presiones. Otro de los objetivos era evaluar si las correcciones en la resistencia permitirían una relación más "amigable" entre el paciente y los equipos

Con TAC se pudo observar un número no menor de alteraciones siendo las más significativas en el área nasal 66%, dichas lesiones en general repercutían en la ventilación y severidad del SAHOS y las presiones que deberían usarse para lograr una reversión de las perturbaciones durante el sueño, donde fue posible de mejorar tanto el radio como la reducción de presiones de la enfermedad.

Nos resulto muy útil para observar lo crítico del área orofaríngea, nos sorprendió ver a pacientes con áreas inexistentes aunque estuviesen despiertos y nos ayudó, sin sacar conclusiones definitivas, a decidir el uso conjunto de CPAP y DOAM para mejor adaptación del paciente mejorando el cociente de uso y poder resultar una herramienta útil que ayude al tratamiento, ayudando al cociente de uso.

0116 - PROGRAMA PROVINCIAL DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN NEUQUEN: ANALISIS DE SITUACION

Noelia BALBO | Julián CIRUZZI | Sergio HOMANN
HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN "DR. EDUARDO CASTRO RENDÓN"

Objetivos: Se realizó el presente trabajo con la finalidad de analizar la situación actual de los pacientes con Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) del Programa Provincial, relevamiento del número de pacientes, características demográficas, diagnóstico, incremento anual, tasa de abandono, tipo de equipo, estado nutricional, historia de tabaquismo, etc

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y transversal, que incluyó pacientes de la provincia de Neuquén, Argentina, entre Enero 2013 y Junio 2014. Criterios de Inclusión: mayor de 18 años que cumplieran con los requisitos de prescripción de VMNI. Se excluyeron pacientes con obra social. Los pacientes fueron reclutados por vía telefónica y citación directa.

Resultados: Total 109 pacientes: 8 fallecidos, 12 con obra social, 7 abandonos voluntarios y 13 no concurrieron. Total n: 69. Sexo masculino 70% (n=48). Edad promedio 53,58 ± 11.65 años. Dentro de las patologías el 88% (n=61) fue SAHOS, 3% SHO, 3% EPOC y 3% Síndrome Overlap. Enfermedad Neuromuscular y cifoescoliosis compartieron un 1% cada uno. El diagnóstico de SAHOS fue la indicación predominante en ambos sexos. El IMC del total estudiado fue de 40,69 ± 10,17 kg/m².

Subgrupo SAHOS: edad 53,64 ± 11,72. IMC: 41,14 ± 9,04. La prevalencia de sobrepeso fue del 6.6% y de obesidad 93.33% (obesidad grado I (n = 10) 17.85%, obesidad grado II (n = 19) 33.92%, obesidad grado III o extrema (n = 27) 48.21%). IMC en el sexo femenino fue de 44.32 ± 10.29 y en el masculino 40 ± 8.39.

El cumplimiento pudo estimarse en el 71.01% (n= 49) de los casos. De ese total el 87.75% (n=43) refirió uso diario, y la media de uso por noche fue de 6,30±1,55 horas. La tasa de abandono fue de 6.42% (n= 7) de los cuales 6 pacientes tuvieron diagnóstico de SAHOS y 1 Overlap.

Tipos de ventiladores: CPAP 74% (n= 51), autoCPAP 16% (n=11) y BIPAP 10% (n=7). El 7% (n=5) requería de oxígeno suplementario y el 65% (n=45) el agregado de un termohumidificador. El número de prescripciones por año se incrementó en el período 2012- 2014, más precisamente en el 2013 (33.33%). El paciente más antiguo en el Programa data del año 2004 y el diagnóstico es SAHOS. El 46% de los pacientes eran ex tabaquistas.

Conclusiones: 1. La principal causa de prescripción de VMNI es el SAHOS.

2. Existe alta prevalencia de obesidad, la cual es más acusada en las mujeres.

3. La tasa de abandono global es baja en relación a otros grupos de estudio, aunque la mayoría existe en el grupo de SAHOS. Esto refleja una problemática creciente en referencia a carga de enfermedad y morbimortalidad.

4. Quedan aspectos por analizar: cumplimiento objetivo y registro de efectividad de esta terapéutica, lo que nos motiva e impulsa a realizar futuras investigaciones.

0118 - TUBERCULOSIS INTESTINAL: UNA LOCALIZACIÓN DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y QUE NO DEBEMOS OLVIDAR

Miguel Bernardo ZAPPÍA | Lorena CIALLELLA | Santiago ABAD | Gastón DE STÉFANO | Jorge P. CASTAGNINO | Domingo PALMERO
HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑIZ

Objetivos: En los últimos 20 años se ha registrado una incidencia creciente de nuevos casos de tuberculosis (TB) intestinal no sólo en países subdesarrollados, sino también en países centrales donde la inmigración, el sida, los tratamientos inmunosupresores y la resistencia a fármacos anti TB, podrían ser la causa del resurgimiento de esta patología.

El objetivo de este trabajo es analizar la frecuencia y características clínicas y epidemiológicas de pacientes con TB intestinal. Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes internadas en una sala de mujeres entre 2012 y 2014. Se consideró la edad, nacionalidad, síntomas, radiología, comorbilidades, los hallazgos ecográficos y los resultados de baciloscopia y cultivo. Definimos TB intestinal como aquella que se presentaba con anatomía patológica concordante o bien hallazgos característicos en estudios ecográficos y/o endoscópicos digestivos, en el contexto de pacientes con aislamiento del germen en otra localización. También evaluamos la respuesta al tratamiento anti TB.

Resultados: De las 216 pacientes que ingresaron con diagnóstico de TB, 10 (4,63%) presentaron TB pulmonar e intestinal. El promedio de edad fue 33,2 años. Cinco (50%) eran de nacionalidad boliviana, 5 (50%) presentaban sintomatología abdominal al momento de su ingreso, 4 (40%) tenían además, afectación renal y 1 (10%) compromiso ganglionar y genital. El 50% presentaron patrón miliar en la radiografía de tórax. Todos los casos tuvieron confirmación bacteriológica de al menos una localización, siendo la más frecuente la obtenida de muestras respiratorias; 1 (10%) tuvo también anatomía patológica que demostró necrosis caseosa en la biopsia intestinal. Los hallazgos ecográficos en todas las pacientes fueron hepatomegalia, adenopatías mesentéricas o retroperitoneales y engrosamiento de las paredes del colon y/o íleon terminal, compromiso de la válvula ileocecal y presencia de mínima ascitis. A 2 pacientes se les realizó videocolonoscopia, la cual evidenció granulomas y úlceras colónicas en ambos casos. Seis pacientes (60%) tuvieron comorbilidades: 2 adicción a drogas, 2 alcoholismo, 1 VIH y 1 artritis reumatoidea en tratamiento inmunosupresor. Todas las pacientes evolucionaron favorablemente con el tratamiento. Conclusiones: La TB intestinal es poco frecuente pero de difícil diagnóstico. Hay que sospecharla cuando un paciente presenta TB pulmonar avanzada y/o signos de diseminación hematológica (miliar) y comorbilidades, con o sin síntomas abdominales (la mitad de nuestras pacientes no los presentaba). Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y diarrea. Generalmente está asociada a afectación peritoneal. La colonoscopia desempeña un papel importante porque permite confirmar el diagnóstico de sospecha clínica por los hallazgos endoscópicos y también permite confirmar la enfermedad por el estudio histológico y microbiológico de la mucosa del colon. Sin embargo, recomendamos la realización de ecografía abdominal, por un operador experimentado, porque el hallazgo de engrosamiento de las paredes del colon y/o íleon terminal es muy frecuente en esta enfermedad. La respuesta al tratamiento fue buena en todas las pacientes.

0119 - SUBDIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PUMA

Eduardo SCHIAVI(1) | Gustavo ZABERT(2) | Sandra MERCURIO(3) | Valentina DI BOSCIO(3)
 HOSPITAL MARÍA FERRER (1); FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD DEL COMAHUE (2); DEPARTAMENTO MÉDICO ASTRAZENECA (3)

Objetivos: Describir el subdiagnóstico y diagnóstico erróneo de EPOC en pacientes en riesgo que acuden al primer nivel de atención de la salud en 4 países de Latinoamérica y Argentina en particular.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, transversal, realizado en Argentina, Colombia, Uruguay y Venezuela (NCT01493544). Se incluyeron pacientes >0= 40 años, fumadores o ex fumadores > 10 paquetes/año y/o expuestos a combustión de biomasa que acudieron espontáneamente a consultas de atención primaria (médicos clínicos, de familia o generalistas). Los pacientes elegibles realizaron espirometrías pre y post broncodilatador, oximetrías y respondieron cuestionarios estandarizados sobre datos demográficos, hábito tabáquico, exposición a contaminación ambiental/doméstica, síntomas/antecedentes y manejo de enfermedades respiratorias, comorbilidades y uso de recursos sanitarios.

Resultados: Participaron 57 centros en los 4 países, 30 en Argentina distribuidos en 14 ciudades. Se reclutaron 1907 pacientes en total y Argentina contribuyó con el 26% de la muestra (n=506). 1743 pacientes en todo el estudio completaron el Cuestionario PUMA, 454 de Argentina y de éstos 446 (98.2%) realizaron espirometrías validadas. En la muestra total 1540 pacientes realizaron espirometrías validadas para diagnóstico (88.4% de los pacientes que fueron estudiados en forma completa).

En todo el estudio 244/315 pacientes con EPOC (77%) carecían de diagnóstico previo (subdiagnóstico) y 31/102 (30.4%) pacientes con diagnóstico médico previo de EPOC tenían espirometría normal (diagnóstico erróneo). El subdiagnóstico de EPOC en Argentina fue del 79% y el diagnóstico errado de 19.4%.

De todos los pacientes estudiados (siendo criterio de inclusión presentar factores de riesgo para EPOC) sólo 13.4% tenía registro de espirometría previa y el 18.2% en el caso de Argentina.

Conclusiones: PUMA es el primer estudio multicéntrico realizado en Latinoamérica y Argentina para detección de casos de EPOC por espirometría en pacientes de alto riesgo que acuden atención primaria de la salud. Este estudio reflejó alta prevalencia de subdiagnóstico y diagnóstico errado de la enfermedad en la población estudiada. La subutilización de la espirometría es una limitación mayor a la hora de efectuar el diagnóstico de EPOC en el primer nivel asistencial.

**Estudio patrocinado por AstraZeneca
 0120 - ATELECTASIA REDONDA**

Horacio Pablo BARRAGAN | Horacio RENON | Victoria ÁVALOS | Alejandro MARTÍNEZ FRAGA | Pablo JORDÁN | Andrés ROMERO | Victoria VINCENT | Alejandro PATTIN | Gabriel BOTTE
 HOSPITAL CHURRUCA VISCA

Caso Clínico

La Atelectasia Redonda (AR), también denominada Pulmón Plegado, Síndrome de Blesovsky, Pseudotumor Atelectásico, es una forma rara de colapso pulmonar periférico no segmentario adyacente a la superficie pleural. Fue descrito por primera vez en 1928 por Loesche. Si bien la causa más frecuente es la exposición al asbesto, se sabe que cualquier inflamación pleural puede dar origen a una AR.

La AR está infradiagnosticada en todo el mundo, así como las enfermedades asociadas al asbesto. Su presentación como masa pulmonar hace que el diagnóstico diferencial con las neoplasias (también asociadas a la exposición al asbesto) sea dificultoso, conduciendo en ocasiones a confusiones diagnósticas que obligan a exponer a los pacientes estudiados a técnicas invasivas a veces innecesarias. Los hallazgos radiológicos son específicos de esta entidad, por lo que Doyle and Lawler establecieron criterios mayores y menores que cuando se presentan no requieren más evaluaciones diagnósticas.

Dado que la AR y el carcinoma broncogénico tiene factores patogénicos comunes, y rara vez pueden coexistir, de presen-

tarse dudas diagnósticas o constatar aumento del tamaño de la lesión, debería realizarse procedimientos diagnósticos para confirmar su naturaleza.

Cabe aclarar que no hay estudios a largo plazo que estipulen cómo y cuando deben controlarse los pacientes.

Presentamos dos casos de AR diagnosticadas en el Hospital Churruca Visca de la PFA con control por más de ocho años.

Caso 1: Paciente de 51 años, extabaquista severo (40 p/y), EPOC moderado, bombero con exposición conocida al asbesto (exposición laboral) que se presenta en 2004 con hemoptisis leve en contexto de reagudización bronquial. En la radiografía de tórax se observa aplanamiento de los diafragmas con placas calcificadas bilaterales. En TAC se observa una formación heterogénea de 3 cm de diámetro, en el segmento posterior de LID con contacto pleural asociado a engrosamiento pleural con signo “cola de cometa”. Se realiza FBC no observando lesión endobronquial con citología negativa en el BAL. Posteriormente se realizó una punción guiada por TAC no observando células atípicas en la muestra. De acuerdo a las características radiológicas se estableció el diagnóstico de AR, explicando las posibilidades diagnósticas y los riesgos al paciente, asumiendo el control evolutivo. Continúo en control hasta la fecha, no observando cambios en la lesión derecha, pero si con progresión marcada de las placas pleurales y presentando una nueva lesión en LII de iguales características.

Caso 2: Mujer de 68 años, ex tabaquista leve (5 p/y), ama de casa, derivada en 2006 al servicio de neumonología por una radiografía de tórax patológica, encontrándose asintomática. En esta radiografía presenta calcificaciones pleurales no segmentarias bilaterales. En la TAC se confirman las placas pleurales calcificadas y una lesión redondeada en el segmento posterior del LII, compatible con una AR. Negaba contacto conocido con asbesto hasta que por información de la hermana (diagnosticada de asbestosis pleural en otra provincia) conoció su exposición en la infancia (exposición domiciliaria). Persiste asintomática hasta la fecha, realizando controles ahora esporádicos, no observando cambios tomográficos de sus lesiones.

0121 - UTILIDAD DE LAS FÓRMULAS MATEMÁTICAS PARA LA TITULACIÓN DE CPAP EN NUESTRO MEDIO.

Alejandro MARTINEZ FRAGA | Pablo JORDÁN | Victoria ÁVALOS | Horacio RENON | Andrés ROMERA | Victoria VINCENT | Horacio BARRAGÁN | Alejandro PATTIN | Gabriel BOTTE
 COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

Objetivos: Comparar los valores de presión de CPAP obtenidos bajo PSG, con los obtenidos por 3 diferentes fórmulas matemáticas publicadas.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes a los que se les indicó iniciar un tratamiento con CPAP por SAHOS durante el periodo entre Marzo del 2013 y Marzo del 2014. Con el valor de presión de CPAP obtenido por titulación bajo PSG se comparó con el valor obtenido a partir de 3 ecuaciones matemáticas publicadas:

Formula 1 (Hoffstein) Chest 2000; 117:1061-1064
 $P \text{ predicha } 1 = (0,16 \times \text{BMI}) + (0,13 \times \text{circunf cuello}) + (0,04 \times \text{AHI}) - 512$

Formula 2 (Grupo Grecia) Respir Care 2013; 58(5):810-815
 $P \text{ predicha } 2 = 5,16 + (0,003 \times \text{pack/y}) + (0,054 \times \text{BMI}) + 0,016 \times \text{IAH} - 0.403 \text{ hombres}$

$P \text{ predicha } 2 = 5,16 + (0,003 \times \text{pack/y}) + (0,054 \times \text{BMI}) + 0,016 \times \text{IAH} - 0.806 \text{ mujeres}$

Formula 3 (Grupo Asia) Sleep Breath (2011) 15:417-423
 $P \text{ predicha } 3 = 6,656 + 0,156 \times (\text{BMI}) - 0.071 \times \text{min SatO}_2 + 0,041 \times \text{IAH} + 0,094 \times \text{ESS}$

Se utilizaron métodos estadísticos convencionales para el análisis de los datos.

Resultados: Se analizaron los datos de 21 pacientes a los que se les indicó iniciar tratamiento con CPAP.

El 57,14% sexo masculino con una edad media de 60,3 (±11,8), un BMI de 36,84 (±5,17). El 38% del total presentaban SAHOS leve, el 47,6% moderado y el 14,3% severo.

El valor medio de presión de CPAP obtenido por PSG fue de 9,38 (±2,06). El valor obtenido por fórmula 1 fue de 7,37 ±1,08

(delta $2,00 \pm 1,96$), con la fórmula 2 fue de $7,13 \pm 0,32$ (delta $2,94 \pm 1,99$) en hombres y de $6,69 \pm 0,27$ (delta $1,75 \pm 0,27$) en mujeres. Por último el valor medio de la fórmula 3 fue de $9,09 \pm 1,4$ (delta $0,29 \pm 2,39$).

Con la fórmula 1 la presión varió $\pm 1 \text{cmH}_2\text{O}$ en el 66,60%, ± 2 en el 71,42%, ± 3 en el 80,95%.

Con la fórmula 2 la presión varió $\pm 1 \text{cmH}_2\text{O}$ en el 33,33%, ± 2 en el 50% y ± 3 en el 75% en el sexo masculino (n=12), y en 66,66%, 66,66% y 77,7% en sexo femenino respectivamente. (n=9)

Con la fórmula 3 la presión varió $\pm 1 \text{cmH}_2\text{O}$ en el 61,90%, ± 2 en el 80,9% y ± 3 en el 95,23%

Fórmula 1 (n=21)	Fórmula 2 (n=12)	Fórmula 3 (n=21)	
%	%	%	
0	23,81	0	28,57
± 1	66,66	± 1	61,9
± 2	71,42	± 2	80,9
± 3	80,95	± 3	95,23

Conclusiones: Dentro de las fórmulas analizadas, la ecuación 3 fue la que obtuvo valores más cercanos a los finalmente prescritos por la titulación bajo PSG en nuestra población. Sin embargo, consideramos que dichas ecuaciones no reemplazan a la titulación convencional aunque pueden ser consideradas como una rápida alternativa en espera de la confirmación con otros métodos.

0122 - FALLO RESPIRATORIO AGUDO EN PATOLOGÍA INTERSTICIAL

Cecilia Rosario CERVANTES MICHEL | Silvana GUENDULAIN | Anibal BERMUDEZ | Viviana MOYANO | M. Elisa URIBE
SECCION NEUMONOLOGIA HOSPITAL ITALIANO

Objetivos: Demostrar la importancia de considerar neumonía intersticial aguda como causa de fallo respiratorio agudo.

Caso clínico: Paciente sexo femenino de 75 años de edad.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial- gastritis- hipotiroidismo.

Antecedentes medicamentosos: paxon 50, levotiroxina 25 mg, alprazolam 0,5 mg, clexane 0,4.

Antecedentes quirúrgicos: reemplazo de rodilla izquierda (una semana previa a la internación).

Antecedentes alérgicos, tóxicos y epidemiológicos: negativos.

Motivo de consulta: Disnea y tos.

Paciente refiere comenzar con disnea progresiva de cuatro días de evolución, grado iv acompañada de tos con escasa expectoración mucosa. Examen físico taquipnea, crepitantes bilaterales bibasales, ingurgitación yugular y afebril.

Se decide internación con diagnósticos diferenciales de tromboembolismo pulmonar agudo - insuficiencia cardíaca izquierda. Laboratorio de internación: Hb 9,4 g/dl; Hto 27,5 %, GB 8730, EAB: 7,48/32,5/1,4/84/44; procalcitonina 0,28. Hemocultivos y urocultivo negativos, ANA NEG. ANCA NEG, ANTI SM NEG. ANTI RNP NEG. ANTI RO NEG. ANTI-LA NEG. ANTI JO I NEG. Serología para neumonías atípicas: negativas.

Ecocardiograma: Función sistólica global conservada, presión sistólica de VD 52 MMHG, no hay alteraciones estructurales. Insuficiencia tricúspida y mitral leves. Disminución de la relajación de VD. Ecodoppler de miembros inferiores: negativo para trombosis venosa profunda.

Radiografía de tórax: Relación cardiotorácica dentro de límites normales. Elongación aórtica. Infiltrado alveolo-intersticial en LSD Y LMD.

Tacar de tórax: Patrón en vidrio esmerilado de distribución difusa en ambos campos pulmonares, asociado a engrosamiento septal interlobulillar. Imagen nodulillar subpleural en segmento anterior de LSD. Ausencia de engrosamiento o derrame pleural. Paciente con insuficiencia respiratoria hipoxémica refractaria por lo que requiere intubación orotraqueal en ARM.

Se decide realizar broncofibroscopia con lavado bronquiolo alveolar + biopsia transbronquial.

Cultivos de muestras (líquido de lavado bronquiolo alveolar): negativos para B.A.A.R, germenes comunes, atípicos y hongos. Anatomía patológica: Activa proliferación fibroblástica intersticial e intra-alveolar, intenso infiltrado inflamatorio mono-

nuclear, signos de hiperplasia con atipia reactiva del epitelio alveolar, con focos de metaplasia escamosa, macrófagos intra-alveolares y áreas de hemorragia, compatible con neumonía intersticial aguda.

Paciente evoluciona en forma desfavorable, fallece a las 72 hs. Posteriores.

Conclusiones: La neumonía intersticial aguda, es una forma poco frecuente de daño pulmonar agudo. Se desarrolla súbitamente y su patrón histopatológico es el daño alveolar difuso. Se presenta con insuficiencia respiratoria severa; el tratamiento principal está determinado por la aplicación de medidas de soporte.

El pronóstico de este síndrome generalmente es incierto, con una mortalidad superior al 60% dentro de los primeros 6 meses. La importancia de la presentación de este caso es que debe considerarse como diagnóstico diferencial de insuficiencia respiratoria grave con infiltrados difusos bilaterales.

0123 - SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO E INFILTRADO PULMONAR

Cecilia Rosario CERVANTES MICHEL | Silvana GUENDULAIN | Anibal BERMUDEZ | Viviana MOYANO | M. Elisa URIBE
SECCION NEUMONOLOGIA HOSPITAL ITALIANO

Caso clínico: Paciente sexo masculino 63 años de edad

App: HTA- hipercolesterolemia. A. Tóxicos y quirúrgicos: negativos. A. Medicamentosos: enalapril 10mg. A. Epidemiológicos: viaje a Cancún (Méjico) 20 días previos a la consulta.

Paciente refiere comenzar hace aproximadamente 20 días previos a la consulta, permaneciendo 7 días en Cancún, con rinorrea acuosa y fiebre acompañados de tos seca y astenia. Consulta con facultativo quien diagnostica síndrome gripal e indica tratamiento sintomático.

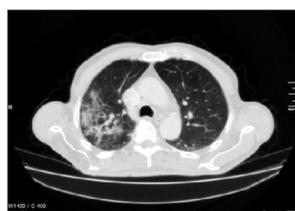
Paciente febril persistente, consulta en centro de salud donde se realizan RX de tórax y laboratorio y es internado con diagnóstico de nac recibiendo tratamiento con teicoplanina y moxifloxacina (EV) durante 72hs; dado de alta con levofloxacina y sanamivir. Paciente con registros subfebriles regresa al país. Laboratorio de internación (en Cancún): HB 14 HTO 44 GB 13100 (LINF 10/ MONO 3/ EO 2/ SEG 81) PLAQ 212000 urea 42 creatinina 1.48. AC anti dengue IGG E IGM negativos. AC antitífico O y H negativos AC paratíficos A y B negativos. Brucella y proteus negativos. Virus gripe A y B negativo.

Al consultar en servicio de neumonología, paciente lúcido, vigil, O.T.E, normotenso, FC 80 LAT.X', SAT. De oxígeno 97%, T⁹ 37,8 °C. Se decide internación y se realiza:

RX de tórax: consolidación en LSD.

Laboratorio: HB 12.5 HTO 36.2 GB 4420 PLAQ 211000 APP 59% KPTT 34.4 CR 1.05 glucemia 106 ionograma 133/3.9/102 AC láctico 11 VSG 28 PCR 1.55 PCT 0.12 FAL 247 GGT 64 GOT 29 GPT 17 BT 0.25 BD 0.10 BI 0.15 LDH 557 EAB 7.49/29.3/0.2/22/96/ 72.5. ANA y ANCA negativos. HIV negativo. Antígeno temprano para CMV: positivo 133/100000. Hemocultivo y urocultivo: negativos

TACAR de tórax: Opacidades alvéolo intersticiales a nivel del segmento posterior del lsd y ambas bases pulmonares. Pequeña atelectasia basal anterior derecha.



Ecografía abdominal: Hígado de tamaño superior al normal, contornos regulares y ecogenicidad difusamente disminuida, inhomogénea. Hallazgos sugestivos de hepatitis.

Ecocardiograma: dilatación de cavidades cardíacas, hipertrofia excéntrica de VI. Buena función biventricular. Aneurisma del septum IA. Insuficiencia tricúspida y mitral leve PSVD 29 MMHG. Disminución de la relajación de VI.

BFC: CV normales, enrojecimiento supraglótico, se-

creciones amarillo verdosas. T redondeada, mucosa enrojecida, secreciones blanquecinas. C fina y móvil. ABDeI mucosa roja y edematosa, espolones finos, secreción filante blanquecina. Biopsia TB: Parénquima pulmonar con áreas conservadas y otras con proliferación de fibroblastos jóvenes inmersos en un estroma laxa, a modo de cuerpos de mansson en vía aérea distal y luces alveolares. A nivel septal se observa un discreto infiltrado inflamatorio mononuclear, con escasos pmn neutrófilos y eosinófilos, macrófagos intra-alveolares. Biopsia TB con signos de neumonía organizada.

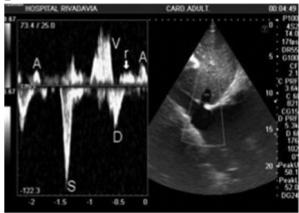
Conclusiones: La neumonía por CMV es causa de morbilidad y mortalidad en pacientes inmunocomprometidos.

Este caso demuestra la importancia de considerar patógenos atípicos en pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad; a pesar de que el compromiso pulmonar no es frecuente. No está especificado el tratamiento a realizar, solo se reserva para los casos graves y en relación al costo beneficio de su aplicación.

0124 - PERICARDITIS CONSTRICTIVA TUBERCULOSA

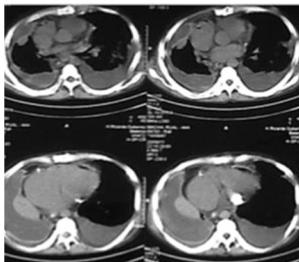
Juan Rodrigo ALDERETE | Daniel CORNEJO | Carolina BARRROS | Priscila CARDOZO | Roberto GUTIERREZ | Ji KIM | Erica CACHI | Enrique DOMINE | Alfredo HIRSON PRADO
HOSPITAL RIVADAVIA

Objetivos: Analizar el caso de un paciente de 44 años con antecedentes de Tuberculosis, Insuficiencia Cardíaca crónica de etiología no filiada, Fibrilación Auricular de inicio incierto. Inicia con disnea CF III progresiva, sin signos de falla de bomba, signo de Kussmaul +, Dressler +, hipoventilación en campo pulmonar derecho.



Se realizo Ecocardiograma que informa: Dilatación biauricular, función y diámetros VI conservados, pericardio imprensión calcificado, flujo de vena suprahepática con onda retrograda, patognomónica de fisiología constrictiva. Ventrículo Derecho hiperdinámico con deterioro severo de la

función, leve hipertrofia y dilatación. PSAP de 48mmhg. Tomografía axial computada: disminución del volumen del pulmón derecho, desviación del mediastino, hidroneumotorax asociado a colapso del parénquima pulmonar, desprendimiento de la pleural parietal, ensanchamiento del espacio peripleural, derrame pleural izq. múltiples calcificaciones del pericardio.



Conclusiones: La pericarditis tuberculosa (PT) es una manifestación extrapulmonar rara, que se encuentra en aproximadamente el 1% de las autopsias por tuberculosis y 1-2% de casos de TBC pulmonar. La mortalidad de la pericarditis tuberculosa es alta, entre el 20 y 40%, y aproximadamente 16% de estas muertes ocurren en la

fase aguda como resultado del taponamiento cardíaco. En el presente caso clínico, el paciente inicio el tratamiento con los cuatro fármacos antifímicos clásicos y se realizó la pericardiectomía subtotal, con buena evolución clínica.

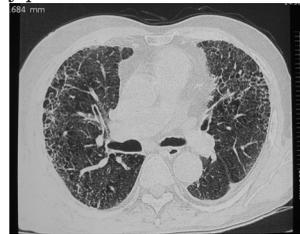
0125 - PRESENTACION INUSUAL DEL SINDROME COMBINADO DE FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CPFE) EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Maria Laura CRISTALDO | Mariano FIELLI | Lucía ZÁRATE | Marcelo FERNANDEZ CASARES
HOSPITAL POSADAS

Caso clínico: Paciente masculino, de 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y ex tabaquismo de 120 paquetes/año.

Se realizó diagnóstico de síndrome de Fibrosis Pulmonar Idiopática y Enfisema pulmonar (CPFE) en el año 2010. Se le realizaron serologías para el estudio de patología autoinmune que resultaron negativas. Fue tratado con broncodilatadores y corticoides inhalados. Evolucionó desfavorablemente, con deterioro del intercambio gaseoso y múltiples internaciones por reagudización de la EPOC. Se indicó oxígeno suplementario en 2011.

En enero de 2013 consultó por cuadro de dos semanas de evolución de artralgias de pequeñas y grandes articulaciones con rigidez. Además presentó astenia, hiporexia y pérdida de peso. En el laboratorio se constató Factor Reumatoideo de 519 UI/ml y Anticuerpos Antipéptidos citrulinados >250 UI/ml. Fue evaluado por Reumatología realizándose el diagnóstico de Artritis Reumatoide e iniciándose tratamiento con prednisona y posteriormente hidroxiquina.



La asociación de fibrosis pulmonar y enfisema (CPFE), es un síndrome caracterizado por el antecedente de tabaquismo, disnea severa y un perfil funcional respiratorio con volúmenes pulmonares normales o mínimamente alterados y una severa alteración de la difusión del monóxido de carbono (DLCO).

La hipertensión pulmonar es una complicación frecuente y agrava sensiblemente el pronóstico en este síndrome. Las imágenes muestran enfisema centrolobulillar y/o paraseptal en lóbulos superiores y fibrosis pulmonar en lóbulos inferiores.

El CPFE fue primeramente descrita en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática junto con enfisema. Si bien esta es la más frecuente asociación, posteriormente se reportaron casos de combinación de enfisema con otro tipo de enfermedad intersticial, entre ellas las asociadas a enfermedad del tejido conectivo (CVD), principalmente artritis reumatoide y esclerodermia. En esta última asociación, en más de la mitad de los pacientes el síndrome CPFE se manifiesta a posteriori del diagnóstico de la CVD. En el resto de los casos ambas entidades se diagnostican concomitantemente.

Conclusiones: El diagnóstico de CPFE seguido tiempo más tarde por la aparición de una CVD es una situación raramente reportada. El caso que comentamos presenta esa peculiaridad.

0126 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ASPERGILOMA PULMONAR: 20 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA.

Sua Amancay OTERO | Ana Karina PATANE | Nadia Soledad FONTANET | Héctor Manuel RIVERO | Adolfo ROSALES | Oscar ROJAS
HOSPITAL MARÍA FERRER

Objetivos: Describir la experiencia de nuestra institución en los casos de Aspergilomas en los que la cirugía constituyó la conducta terapéutica de elección.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aspergiloma tratados quirúrgicamente desde enero de 1993 hasta diciembre del 2013. Las variables estudiadas fueron: edad, género, síntomas al momento del diagnóstico, hallazgo tomográfico, tipo de cirugía realizada y complicaciones. Los resultados están expresados en medianas y promedios para las variables continuas y porcentajes para las categóricas.

Resultados: 8 mujeres (73%) y 3 hombres (27%), mediana de edad 34 años (20-59) fueron analizados. Sólo tres pacientes presentaban antecedentes de tabaquismo (mediana 17 paquetes/año, rango 4-28). El diagnóstico de aspergiloma se realizó por tomografía computada en 5/11 casos (45%) y todos, excepto uno, fueron clasificados como complejos. Las lesiones se localizaron preferentemente en: lóbulo superior izquierdo (4;36%), lóbulo superior derecho (3 ;27%) , lóbulo inferior derecho (3;27%) y lóbulo inferior izquierdo (1;10%). El 36% de los pacientes presentó como enfermedad pulmonar subyacente tuberculosis, seguida en frecuencia por bronquiectasias. El promedio

de VEF1 fue de 2,22l (1.5L-3.12 L), que equivale al 71% del predicho para la población analizada (rango: 55%-101%). 6/11(56%) recibieron tratamiento antifúngico preferentemente con Itraconazol, en un caso asociado a albendazol y en otro sólo se describe la utilización de anfotericina B como tratamiento. Los restantes no recibieron tratamiento preoperatorio. El tratamiento quirúrgico de elección fue la lobectomía (8, 73%), seguida de la bilobectomía (1), segmentectomía reglada (1) y resección en cuña (1). La tasa de complicaciones posoperatorias ascendió al 63%: falta de expansión pulmonar (3), hematoma parenquimatoso (1), empyema (2) y sangrado postoperatorio (1) que requirió reintervención. Ningún paciente falleció en el postoperatorio inmediato ni presentó recaída de su enfermedad durante el tiempo de seguimiento. El tiempo promedio de internación fue de 16 días (5-81).

Conclusiones: El diagnóstico de aspergiloma debe ser considerado en poblaciones con factores predisponentes conocidos. La cirugía, pese a la alta tasa de complicaciones, es un tratamiento efectivo, debiéndose considerar las resecciones regladas en los aspergilomas complejos, debido a la enfermedad pulmonar subyacente.

0128 - WEANING DE LA VENTILACION MECANICA INVASIVA: CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES DESTETADOS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES. UN ESTUDIO MULTICENTRICO

María Lucía GIMENEZ(1) | Iris SALVATI(2) | Sacha Alexis VIRGILIO(3) | Gabriel CARQUEIJEDA ROMAN(2) | Gabriel Alejandro VERDE(3) | Paola BUSTAMANTE(1) | Walter TOZZI(1) | Marco BEZZI(2) | Adriano CURA(3) | Nicolas IEZZI(1) | Silvina BORELLO(2) | Noel NOVO(3) | Nicolas GOLDFARINI(1) | María Paula PEDACE(2) | Matías VILLARRUEL(3) | Graciana MARINO(1) | María Florencia ESMORIS(1) | Lucía TUYA(3) | Luciano Sebastián PIPOLLO(1) | Gastón MUHAFARA(3)
HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTÍN" (1); HOSPITAL DONACION FRANCISCO SANTOJANNI (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" (3)

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de aquellos pacientes que se desvincularon exitosamente de la Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en tres Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Secundariamente se establecieron asociaciones entre los tipos de weaning según la nueva clasificación y las variables que influyeron en la evolución de los mismos asociadas a la mortalidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo y longitudinal en tres hospitales ubicados en la CABA, desde el 1º de agosto de 2013 al 31 de enero de 2014. Se incluyeron a pacientes con requerimiento de VMI mayor a 12hs y que lograron la desvinculación exitosa según los criterios de la Conferencia Consenso Internacional del 2007. Resultados: El 57,6% (182/316) de los pacientes que ingresaron a la UTI lograron desvincularse exitosamente de la VMI, con una media de edad de 57,7 ± 22 años y una media de APACHEII 21,25 ± 8,19 puntos. El principal motivo de VMI fue la insuficiencia respiratoria aguda (72,5%). La mediana de días de VMI fue de 5 días (R 0-67), la estancia en la UCI y hospitalaria fue de 9 (R 1-76) y 24 días (R 3-176), respectivamente. La mortalidad en UCI fue del 16,5%. La prevalencia del weaning simple, difícil y prolongado correspondió a un 52,2% (95/182), 25,8% (47/182) y 22% (40/182), respectivamente. Se halló un aumento del promedio de días de VMI de 3,5 cada vez que cambió la categoría (Coeficiente B: 3,5; SE 0,6). Aquellos pacientes que fallaron la extubación presentaron mayor riesgo de realizar weaning prolongado (OR=23; IC95%: 3,55-149,45). Se halló una correlación entre TQT y tipo de weaning (OR=7,06; p=0,04) en contraposición, no se halló asociación entre la mortalidad y el tipo de weaning (OR=0,68; IC95%: 0,31-1,51).

Conclusiones: Este estudio nos permitió conocer las características epidemiológicas de los pacientes que lograron la desvinculación exitosa de la VMI en tres UTIs de la CABA. No se asoció el tipo de weaning con mortalidad en UTI, mientras que el riesgo de ser traqueostomizado aumenta cada vez que el tipo de weaning cambia de categoría. La falla de extubación, la TQT y el delirio se asocian con aumento en los días de VMI.

Características según tipo de weaning				
Variable	Weaning Simple n=95	Weaning Difícil n=47	Weaning prolongado n=40	Valor p ¹
Edad				
Mediana (Rango-Min-Max)	53,5 (18-96)	64 (18-88)	62 (18-88)	0,09
Sexo				
Femenino n (%)	51 (53,7)	23 (48,9)	23 (57,5)	0,72
APACHE II				
Media ±DS	20,8 ±8,19	19,9 ±7,11*	22,9 ±8,51*	N/S
Motivo de VMI n (%)				
IRC	2 (2,1)	2 (4,3)	2 (5)	
IRA	66 (69,5)	36 (76,6)	30 (75)	0,61
Cema	27 (28,4)	9 (19,1)	8 (20)	
Días de VMI mediana (RIQ)				
Días Totales VMI	2 (1-4)	7 (3-30)	18 (13-24)	
Días TQT previos al Weaning	2 (1-3)	4 (2-8)	6 (2-19)	0,01
Días de Weaning	0	2 (1-6)	10,5 (7-15)	
Intercurrencias				
NAVMI n (%)	6 (6,3)	12 (25,5)	20 (50)	
Tranquea	4 (4,2)	4 (8,5)	3 (7,5)	<0,01
Tarbia	2 (2,1)	8 (17)	13 (32,5)	
IPC (n=106) n (%)	3 (6,1)	11 (23,3)	17 (42,5)	<0,01
Delirio (n=134) n (%)	30 (31,6)	28 (59,6)	25 (62,5)	<0,01
Falla Extubación n=136				
n (%)	0	7 (16,3)	14 (35)	<0,01
TQT				
n (%)	1 (1,1)	4 (8,5)	25 (62,5)	<0,01
Mortalidad				
n (%)	12 (12,6)	6 (12,7)	12 (30)	0,01

0129 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DE PRESENTACION UNILATERAL

Hugo Rubén Andrés KARLEN | Hernán DIFFILIPPO | Jaime GUILLEN | Sebastián LAMOT | Marcos HERNÁNDEZ | Silvia QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Introducción: Las manifestaciones clínicas de la hemorragia alveolar difusa (HAD) incluyen hemoptisis, disnea, anemia e infiltrados pulmonares difusos bilaterales. La sospecha clínica lleva a la realización del lavado broncoalveolar (BAL) que permite usualmente certificar el diagnóstico.

Caso clínico: Paciente masculino de 62 años, repositor de supermercado, que consulta por hemoptisis de 3 días de evolución (60 ml en últimas 12 hs). No refiere antecedentes similares, personales, ni heredo-familiares. No tabaquista. Presenta concomitantemente pérdida de peso de 4kg en los últimos 2 meses, con apetito conservado, astenia, adinamia y equivalentes febriles. Al examen físico se encuentra en regular estado general, SaO2 95% a 0,21. A nivel de miembros inferiores se observan máculas eritematosas, vitropresión negativa, no dolorosas, en región pretibial de 2 meses de evolución. En la radiografía (Rx) y TC de tórax de alta resolución (TCAR) se pone en evidencia velamiento tipo espacio aéreo ocupado, de bordes difusos, con broncograma aéreo, que compromete lóbulos superior y medio de campo pulmonar derecho. Al día siguiente del ingreso, presenta caída de 6 puntos en el hematocrito (33 a 26%), ERS 100 mm/1^a hora, hemostasia y función renal dentro de parámetros normales, hematuria con eritrocitos dismórficos, por lo cual se sospecha vasculitis y se realiza BAL que muestra 10% de macrófagos con depósitos hemisiderínicos, bacteriología negativa y directo para BAAR negativo iniciándose tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida. El paciente presentó franca mejoría de la SaO2 y desapareció la fiebre. Una nueva TCAR a los 5 días de la primera (recién iniciado el tratamiento) había mostrado progresión de los infiltrados que se hicieron bilaterales. Las biopsias de parénquima renal y piel y el ANCA-P 1/160 confirman posteriormente la presencia de vasculitis asociada a ANCA.

Conclusiones: La TCAR tiene una sensibilidad mayor al 90% para el diagnóstico de HAD pero baja especificidad. Los hallazgos radiográficos consisten en infiltrados alveolares focales, irregulares, difusos y bilaterales. En el caso presentado se destaca la presencia de imagen unilateral al comienzo de la enfermedad, jerarquizando el valor de la sospecha clínica por los hallazgos extratorácicos que permitieron hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento tempranamente.

0130 - ROL DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA EN LA VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AL TEST DE HISTAMINA

Tamara DECIMA | Glenda ERNST | Martin BOSIO | Jeronimo CAMPOS | Fernando GRASSI | Fernando DI TULLIO | Eduardo BORSINI | Alejandro SALVADO
HOSPITAL BRITANICO

Objetivos: Determinar si el FEF 25-75% puede ser usado como predictor de reactividad del test de histamina en la espirometría inicial en los pacientes con síntomas sugestivos de asma.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico presuntivo de asma, con espirometría inicial sin defecto obstructivo, y estables clínicamente. Los pacientes fueron sometidos al Test de Bronco-provocación utilizando para el análisis los resultados de los extremos de las diluciones con histamina: 0.5; 4 y 8 (mg/ml), como así también el resultado de la nebulización con solución fisiológica, representando de esta manera a los pacientes con mayor y menor reactividad de la vía aérea. En los pacientes que presentaron un test de Histamina positivo (caída en el VEF1 <#8805;20%) se les aplicó broncodilatador y una nueva espirometría.

Se evaluaron las variaciones espirométricas del VEF1; CVF; FEF 25-75; PEF y VEF1/CVF obtenidos en el examen funcional respiratorio inicial en los pacientes con respuesta positiva y negativa a dicho test.

Los resultados se analizaron utilizando el Graph-Pad PRISM 5, se expresaron como media y error estándar, considerando como estadísticamente significativa una p<0.05. Para comparar el grupo de sujetos no reactivos y el grupo de pacientes reactivos se utilizó el test no paramétrico de Mann Whitney.

Resultados: Se estudiaron 100 pacientes, 50 reactivos a la histamina y 50 con bronco-provocación negativa. El grupo no reactivo tuvo 60% de mujeres y 40% hombres; la edad fue de 45.16 ± 1.91 años; el BMI de 25.78 ± 0.68. Los pacientes reactivos fueron 54% hombres y 46% mujeres, los mismos tuvieron una edad de 43.12 ± 2.39 años; un BMI de 26.39 ± 0.71. La Tabla 1 muestra una disminución estadísticamente significativa en la relación VEF1/CVF; VEF1 (%) y en FEF 25-75 tanto en % del predicho como en litros (L), en la espirometría basal del grupo reactivo.

RELACIÓN VEF1/CVF	83.0 ± 0.9	78.3 ± 1.0	P < 0.001
VEF1 PRE-H (L)	3.10 ± 0.11	3.03 ± 0.11	P > 0.05
VEF1 PRE (%)	98.74 ± 1.77	92.64 ± 1.99	P < 0.05
CVF PRE-H(L)	3.76 ± 0.14	3.89 ± 0.15	P > 0.05
CVF PRE-H (%)	93.46 ± 2.01	92.86 ± 2.25	P > 0.05
FEF 25-75 PRE-H (L)	3.34 ± 0.14	2.72 ± 0.14	P < 0.05
FEF 25-75-PRE-H (%)	104.10 ± 3.51	81.22 ± 3.55	P < 0.001
PEF PRE-H (L/SEG)	7.16 ± 0.29	7.15 ± 0.31	P > 0.05
PEF PRE-H (%)	94.9 ± 2,8	90.8 ± 2.8	P > 0.05
	No Respondedores (n=50)	Respondedores (n=50)	P

Conclusiones: Conclusiones y Discusión: Los pacientes con síntomas sugestivos de asma, con espirometría inicial sin defecto obstructivo pero con HVA en el test de Histamina presentaron una reducción significativa en el FEF 25-75% basal sugestivo de obstrucción de la pequeña vía aérea.

Implicancias Clínicas: De acuerdo con resultados previamente publicados en pacientes desafiados utilizando Metacolina, nuestros hallazgos confirman que un bajo FEF 25-75% basal representa un factor de riesgo de HVA.

0131 - PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ASMA EN NIÑOS EXPUESTOS A CENIZA VOLCÁNICA.

Ignacio ZABERT(1) | Sergio BENITEZ(2) | Gustavo E ZABERT(1)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD DEL COMAHUE (1); SANATORIO SAN CARLOS (2)

Objetivos: Determinar la prevalencia de síntomas de Asma en niños de 13 y 14 años tras 2 años de la erupción del complejo Puyehue-Caulle y compararla con la prevalencia previa de asma. **Materiales y Métodos:** Estudio de Corte Transversal en 11 colegios secundarios seleccionados al azar de la Ciudad de Bariloche, Río Negro. Se aplicó el cuestionario ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Children) a niños de 13 y 14 años,

luego se les realizó a cada uno espirometría (EasyOne, Ndd®) y coximetría (COesp, Micro Smokelizer Bedfont®).

Los criterios de inclusión fueron niños y niñas de 13 y 14 años de edad que se encontraban viviendo en la ciudad de Bariloche al momento de la erupción. Fueron excluidos aquellos que emigraron o inmigraron de la ciudad entre la erupción y el momento del estudio, tampoco fueron incluidas las escuelas de enseñanza especial. El cuestionario autollenado, consistía en 16 preguntas que incluyeron datos demográficos, estatus de fumadores y la Encuesta ISAAC. Una vez finalizada la encuesta, se procedía a realizar mediciones antropométricas, la realización de COesp y Espirometría. La espirometría se realizaba bajo los criterios de ATS/ERS

Resultados: Se encuestaron 303 sujetos, el 56% eran masculinos. Los datos demograficos obtenidos 53% correspondían al sector público, 1,6% de fumadores activos y 26,7% reporto haber tenido contacto con ceniza volcánica (Tabla 1). El cuestionario ISAAC reporto que el 27% presentó de Sibilancias alguna vez en la vida y el 14% de sibilancias en el último año. No obstante la espirometría evidencio obstrucción bronquial en el 1% (Tabla 2).

Género (Masc.) % (IC95)	57,10 (51,3-62,7)
Edad años media (SD)	13,46 (0,6)
Talla mts media (SD)	1,61 (0,1)
Peso kg media (SD)	56,98 (11,6)
IMC mt2/kg media (SD)	21,98 (3,6)
Gestión Escolar Privada % (IC95)	53,14 (47,3- 58,8)
Fumador Pasivo % (IC95)	17,80 (13,7-22,7)
Experimentador % (IC95)	23,76 (19,1-29,0)
Fumador % (IC95)	12,68 (5,9-22,7)
Fumador Actual % (IC95)	1,63 (1,51-72,3)
Ceniza % (IC95)	26,73 (21,9-32,16)
COespmedia (SD)	0,23 (0,9)

Alguna vez sibilancias% (IC95)	27,72 (22,8-33,2)
Silbidos últimos 12 m% (IC95)	14,19 (39,5-61,6)
Palabra entrecortada% (IC95)	5,28 (3,15-8,60)
FEV1 (L) media (SD)	3,26 (0,58)
FVC(L)media (SD)	3,74 (0,67)
FEV1/FVCmedia (SD)	0,87 (0,06)
FEV1/FVC menor 0.7%	1,04

Conclusiones: Este estudio sugiere que el incremento en la prevalencia de síntomas de asma en la población de niños de la ciudad de San Carlos de Bariloche, comparado con estudio previo a la exposición que reportó una prevalencia de 7%. Además, hemos hallado una disminución en la prevalencia de tabaquismo activo respecto a la población general, este resultado fue confirmado por COesp.

Por lo tanto, concluimos que el incremento de síntomas asma pudiera estar relacionado con la exposición a ceniza volcánica. Sin embargo, el diseño de este estudio no determina una relación causal entre la ceniza y síntomas respiratorios, por lo tanto entendemos que faltan más estudios para tener mejor comprensión de la relación del fenómeno ambiental y la salud de las personas expuestas.

0132 - FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL POSOPERATORIO NO COMPLICADO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: PRIMERA ENCUESTA REALIZADA EN ARGENTINA.

Pablo POLICASTRO | Javier, Hernán DORADO | María Francisca DOMÍNGUEZ | Ana, Belén REINER | Eliana, Cecilia PÉREZ CALVO | Daniela, Inés GILGADO | Gregorio GIL ROSSETTI | Adriel, Eric CHARA | María Emilia ANDRICH | Emiliano NAVARRO
HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Objetivos: Conocer las herramientas terapéuticas utilizadas y el grado de participación del kinesiólogo en diversas instituciones de la República Argentina en la atención de pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en el posoperatorio (POP) no complicado.

Materiales y Métodos: La encuesta se envió por correo electrónico, incluyó 14 preguntas relacionadas con las características de los centros de salud, el personal a cargo y las intervenciones que se realizan. Los encuestados (n=35) fueron kinesiólogos con experiencia en la atención de pacientes sometidos a CRM de diferentes áreas del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (19), Gran Buenos Aires (8), Rosario (2) y Córdoba (6).

Resultados: Se enviaron 48 correos electrónicos y se obtuvieron 35 respuestas (73%). Un 46% de los encuestados trabaja en instituciones públicas y privadas. Un 46% no efectúa ningún tipo de evaluación preoperatoria y el 80% no tiene en cuenta la evaluación del riesgo de complicaciones pulmonares posoperatorias (CPP) y/o mortalidad. Aproximadamente el 70% aborda a todos los pacientes en el POP de forma profiláctica. El 80% de los profesionales comienza la atención en el POP inmediato. En todos los casos se realiza sedestación y marcha, y en el 91%, ejercicios para miembros inferiores. Las intervenciones que se aplican en mayor proporción son: protocolos de movilización temprana (97%), ejercicios de respiraciones profundas (ERP) (83%) y terapia de higiene bronquial (THB) (77%). Todos los encuestados realizan recomendaciones sobre el cuidado de la esternotomía.

Conclusiones: Se provee información sobre la práctica kinésica actual en la atención de pacientes sometidos a CRM. El paciente se aborda habitualmente en el 1er día POP. Se aplican generalmente protocolos de movilización temprana, ERP, THB, ejercicios de miembros inferiores en la cama y posicionamiento. En todos los casos se realiza sedestación al borde de la cama, fuera de ella y marcha, en el 1er, 2do y 3er día POP respectivamente. La mayoría no realiza una evaluación prequirúrgica, no utiliza planilla de adherencia ni evalúa el riesgo de CPP y/o mortalidad.

0133 - UNA CAUSA INFRECUENTE DE BRONQUIECTASIAS DIAGNOSTICADAS EN EDAD ADULTA

Silvia POSLIGUA | Cecilia María GONZALEZ GINESTET | Damian LAVACCARA | Mariana SALOMON | Laura GRODNITZKY | Valeria MORANDI | Gabriela TABAJ | Martin SANCHEZ | Carlos BRESCACIN | Patricia MALAMUD
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad genética autosómica recesiva, caracterizada por la disfunción de las glándulas exócrinas. Se estima su incidencia en 1/6100 recién nacidos, con una prevalencia de portadores sanos de la mutación estimada de 1/40. Su detección en edades tempranas, así como el manejo multidisciplinario permite una mejor supervivencia de estos pacientes.

Objetivo: Presentación de un caso de Fibrosis Quística (FQ) con diagnóstico en edad adulta.

Caso clínico: Paciente masculino de 31 años de edad, oriundo de Perú, sin hijos, que presentaba historia de múltiples consultas ambulatorias por tos productiva y disnea desde la adolescencia. En el año 2012 se realizó diagnóstico de bronquiectasias mediante una TC de tórax de alta resolución. Desde ese momento curso reiterados episodios de sobreinfección algunas de ellas con internación, evoluciono con requerimientos de oxigenoterapia crónica domiciliar y luego es hospitalizado por insuficiencia respiratoria con acidosis hipercápnica con requerimiento de ventilación no invasiva. Se solicitó laboratorio bioquímico que no mostraba alteraciones: inmunoglobulinas, autoanticuerpos. ELISA HIV negativa, Valores normales de química, TSH y Alfa 1 antitripsina Microbiología: esputo BAAR directo y cultivo negativos, gérmenes comunes con flora polimicrobiana, cultivo para hongos positivo para *Aspergillus fumigatus*. Inmunodifusión positiva para *Aspergillus* (en contexto de reagudización del paciente se trató con itraconazol por un año). Posteriormente, aislamiento en esputo de *Micobacteria* no *Tuberculosis* actualmente en tratamiento con Claritromicina, Etmabutol y Levofloxacina.

Estudios Complementarios:

Examen funcional respiratorio: Defecto ventilatorio obstructivo se severo

TC de tórax (Mayo 2014): bronquiectasias centrales bilaterales, con progresión de las mismas respecto de TC previa (2012),

mayor compromiso de la pequeña vía aérea (impactación mucosa con árbol en brote).

Test del Sudor: Positivo para FQ, con cristalización "en helado".

Diagnóstico: Bronquiectasias secundarias a FQ y se inició tratamiento con Solución Salina hipertónica y tobramicina inhalada, proquinéticos, kinesiología respiratoria y oxigenoterapia domiciliar.

Actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio por Neumonología, Nutrición y Gastroenterología.

Conclusiones: El diagnóstico tardío de pacientes con FQ se ha reducido debido a la pesquisa de casos en edades tempranas. Mientras más tardío es el diagnóstico, se incrementa la morbimortalidad de estos pacientes. Es importante la detección temprana de estos casos y el inicio precoz de tratamiento específico con manejo multidisciplinario y de este modo se espera un aumento en la sobrevida de los pacientes afectados con FQ.

0134 - VALORES DE REFERENCIA DEL TEST DE MARCHA DE 6 MINUTOS DE LA POBLACIÓN ADULTA SANA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Emiliano NAVARRO(1) | Adriel, Eric CHARA(1) | Javier Hernán DORADO(1) | Pablo, Oscar POLICASTRO(1) | María Francisca DOMÍNGUEZ(1) | Daniela, Inés GILGADO(1) | Eliana, Cecilia PEREZ CALVO(1) | María Emilia ANDRICH(1) | Gregorio GIL ROSSETTI(1) | Ana Belén REINER(1) | María Victoria MOTTI(2) | Silvina DELL'ERA(1) | Rita LANTSCHNER(2) | Matías ACCOCE(2) | Romina DIAZ(1) | Sandra SALZBERG(1) | Bruno BALDO(1) | Violeta, Yael BUSTAMANTE(2)
HOSPITAL CARLOS G. DURAND (1); HOSPITAL CARLOS G. DURAND (2)

Objetivos: Generar una ecuación que permita predecir el valor normal esperado de metros recorridos (MR6M) en el test de marcha de 6 minutos (TM6M) en una muestra de adultos sanos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Secundariamente, comparar el poder predictivo de la ecuación generada en el presente estudio con el de ecuaciones publicadas previamente.

Materiales y Métodos: Se reclutaron 129 voluntarios sanos de entre 20 y 65 años de nacionalidad argentina y residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se registraron los siguientes datos: sexo, edad, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), Inventario de depresión de Beck (IDB), intensidad del esfuerzo medido con el porcentaje de frecuencia cardíaca máxima teórica (%FCMáx), nivel socioeconómico según la tabla de asignaciones publicada por la Comisión de Enlace Institucional, nivel de actividad física (IPAQ), y se obtuvo la distancia recorrida en metros durante 2 pruebas del TM6M, eligiendo la mayor distancia recorrida para el análisis de los datos. Se calcularon los valores de metros recorridos esperados según ecuaciones identificadas en la literatura en la población sudamericana o en otras poblaciones con un cociente de determinación (R²) >0,65.

Resultados: Se analizaron los datos de 57 hombres y 72 mujeres, con edad promedio 36,60 ± 12 años, talla promedio 168,31 ± 10 cm, peso promedio 68,89 ± 12 kilos, IMC promedio de 24,24 ± 3, mediana de IDB de 4 (P25=2; P75=8), promedio de %FCMáx de 79,14 ± 12, mediana de nivel socioeconómico de 5 (rango=2-7). El 43,75% tenía un nivel de actividad física bajo, 7,81%, moderado y 48,44% alto. La media de la mejor distancia recorrida en el TM6M fue de 654,29 ± 83 m. En la tabla se presentan los valores obtenidos aplicando las fórmulas identificadas.

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple: edad (β = -0,325), peso (β = -0,328), estatura (β = 0,300), porcentaje de frecuencia cardíaca máxima teórica (β = 0,447) y el sexo (β = -0,298). A partir del análisis se generó la ecuación de predicción de MR6M [MR = 262 - Edad x 2,28 + Altura x 2,46 - Peso x 2,21 + %FCMáx x 3,05 - Sexo x 50,13 (siendo 1 en mujeres y 0 en hombres)], con un valor de R² = 0,565.

AUTOR	POBLACIÓN	METROS PREDICHOS medias±DS	DIFERENCIA METROS PREDICHOS - mediana (rango)	R ²
Saad	Túnez	747,1 ± 109	88,82 (-108,65 - 316,93)	0,32
Poh	Singapur	723,98±112	74,2 (-149,48 - 267,85)	0,52
Troosters	Bélgica	787,47±94	134,04 (-68,13 - 327,37)	0,33
Osses	Chile	679,39±56	24,79 (-135,4 - 234,7)	0,34
Soarez	Brasil	613,62±43	-40,16 (-241, 73-169,38)	0,30
Dourado	Brasil	684,41±60	30,11 (-129,93 - 231,74)	0,35

Conclusiones: En el presente estudio se evaluó el poder de predicción de diferentes ecuaciones para estimar los metros recorridos en el TM6M, pero la adecuación a la muestra analizada fue pobre. Se construyó una nueva ecuación, siendo el coeficiente de determinación superior a los logrados con ecuaciones extranjeras. Los resultados sugieren que la capacidad para lograr predecir los valores de metros recorridos en TM6M mediante una ecuación resulta poco precisa.

0135 - MICOBACTERIOLOGIA: NUEVAS HERRAMIENTAS DISPONIBLES PARA DETECTAR RESISTENCIAS

María Juliana ANNONI | Juan Pablo SALIM | Regina HABERLE | Marisa GUTIERREZ
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNU
Objetivos:

Describir y comparar nuevos metodos disponibles en un Centro de Referencia en Micobacterias, para la deteccion rapida de resistencias en micobacterias.

Materiales y Métodos:

-Se procesan muestras respiratorias con baciloscopia positiva y negativa, mediante cultivo y posterior sensibilidad a las drogas, tanto por metodos fenotipicos como genotipicos. En nuestro laboratorio disponemos en la actualidad de las siguientes herramientas:

CULTIVO:

MF: medios sólidos, lento desarrollo (Lowenstein Jensen), de laboriosa elaboración, pero económicos y que facilitan ver la morfología y características de las colonias; medios líquidos, rápido desarrollo (caldo Middlebrook-MGIT 960), sistema de lectura continua, caro, mayor complejidad para la interpretación de los resultados.

MG: la PCR real time(PCR RT) de ELIGene, a partir de muestra directa: resultados muy rápido (horas), pero con falsos positivos y se requiere mayor infraestructura física.

-SENSIBILIDAD:

MF en medio sólidos: método de las proporciones, resultado en 40 días; en medios líquidos, MGIT 960 SIRE: resultados en 8 días.

MG en medio líquido: dos métodos por PCR RT:

1) Hain MTDR plus: detecta las mutaciones más frecuentes a I y R a partir de muestra baciloscopia positiva o cultivo en 48 a 72 hs

2) Gen Xpert a partir de muestra directa determina identificación y resistencia a R, en 3 hs.(escasa experiencia)

METODO	Sensibles a I + R	Resistentes a I + R	MonoResistente R	MonoResistente R
MGIT 960	56	28	6	47
MTDR plus	64	28	8	37

Resultados:

El estudio de 137 muestras evaluadas en paralelo por MGIT 960 y Hain MTDR plus, se observa en la siguiente tabla:

Conclusiones:

Los MG detectan las mutaciones más frecuentes predictoras de resistencia a (I) y (R), en forma rápida, sin embargo, como se evidencia en los resultados, en relación a la (I) hay mutaciones y variables que no son detectadas por este MG. Aunque con mejor performance en la resistencia a (R), este MG ha detectado algunas resistencias no expresadas por los MF.

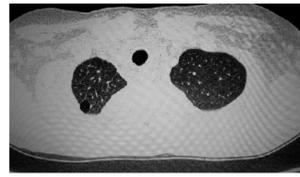
A la luz de esta experiencia, surge que, la decisión de implementar este tipo de técnicas rápidas, novedosas, pero a la vez costosas y con complejidad en su interpretación, va a depender de contar con la infraestructura física necesaria, asociadas a la disponibilidad de microbiólogos capacitados, que deberán interactuar con los medicos tratantes, para poder llegar a la correcta interpretación de los resultados obtenidos por técnicas moleculares.

0137 - LA CARA OCULTA DEL QUILOTORAX

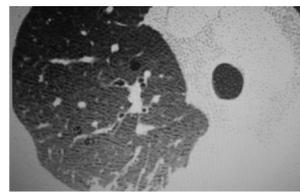
Gonzalo Alberto CADAMURO | Jose SARQUIS | Vanesa CERVIO | Jorge RODRIGUEZ | Raul GARAT | Jose REPETTI | Jessica ELLENA | Pia ARZUBI
HOSPITAL MISERICORDIA

Objetivos: El quilotorax es una complicación caracterizada por la acumulación de quilo en la cavidad pleural. Dentro de las

causas, el 50% es neoplásica, le siguen los traumatismos espontáneos o quirúrgicos, un 15% se consideran idiopáticos y un 10% defectos congénitos de los linfáticos o linfangioleiomiomatosis.



Caso clínico: Paciente femenina de 30 años, vegetariana, cocainómana y tabaquista, comenzó 3 semanas atrás con tos seca y dolor torácico tipo pleurítico. Inició tratamiento antibiótico sin mejoría, realizó Rx de Tórax que mostró masivo derrame pleural derecho; se la internó y colocaron tubo de drenaje pleural el cual drenó material quiloso. Por alto débito (2000 ml/día), luego de 14 días se derivó a nuestra Institución. Al ingreso: paciente pálida, afebril, estable, anémica. Rx tórax: opacidad en 2/3 inferiores del pulmón derecho. Ecografía pleural y TAC de tórax: derrame pleural derecho moderado sin tabiques ni adenopatías. Bacteriología y citología de líquido pleural negativas. Serología y Perfil reumatoideo negativos. Espirometría obstructiva leve. A pesar de la alimentación parenteral continuó con alto débito, se realizó pleurotomía con decorticación, cierre del conducto torácico y pleurodesis con talco. Biopsia pleural: infiltrado inflamatorio inespecífico. Durante su estadía presentó intercurriencia infecciosa: shock séptico 2° a NIH que evolucionó a distress respiratorio con necesidad de ARM y luego oxígeno permanente. Al retomar la ingesta oral presentó episodios de disnea y tos productiva muy abundante y hemoptisis, se analizó el esputo y se diagnosticó quiloptisis. Nueva TACAR Tóracoabdominal (imagen) y la biopsia pleuropulmonar informó fibrosis, infiltrado inflamatorio crónico y agudo, pleuritis granulomatosa tipo cuerpo extraño. Se instauró alimentación parenteral y dieta específica y se



inició tratamiento con octreótido, con excelente respuesta clínica.

Conclusiones: El quilotórax respondió a las medidas nutricionales específicas y aunque la biopsia no demostró la etiología del mismo, nuestra sospecha por las caracterís-

ticas epidemiológicas y las imágenes tomográficas es una Linfangioleiomiomatosis.

0138 - APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING Y SUS RESULTADOS EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

Alex Gustavo TAMAYO | Marcos WILCHES | Felipe CARVAJAL | Brenda FERNANDEZ | Rodriguez GABRIELA | Walter VIDETTA | Lorena MOLOCZNIK | Jorge ALBARRACIN | Sebastian BERTOZZI
HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERÓN DE MERLO

Objetivos: El principal fue implementar un protocolo de actuación para la pronta retirada de la Ventilación Mecánica (VM) y evaluar la mortalidad y complicaciones mayores además de mejorar la manera en que se realiza el Weaning y disminuir el número de extubaciones fallidas

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de un periodo de Julio/2013 a Mayo/2014 en pacientes ventilados más de 24 horas. Enfermos excluidos: traqueostomizados al ingreso, los que no llegaron a una Prueba de Respiración Espontánea (PRE) y extubados en menos de 24 horas. Los resultados fueron expresados en porcentajes y se hizo una análisis de ciertas variables clínicas. Nuestro protocolo de destete aplicados en 3 pasos (Prueba de aptitud, PRE y Extubación) (Ver Anexo 1) se baso en las actuales recomendaciones publicadas por Esteban, ATS y del ARDS Network, con uso de escalas de anlgosedación y su interrupción diaria para una PRE.

Resultados: (Ver tabla): Registramos 60 pacientes en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), aplicando el protocolo en 41 enfermos, 31 (75,61 %) hombres y 10 (24,39 %) mujeres. Las comorbilidades influyeron en forma significativa en el tiempo de destete. Estadísticamente el TEC grave (29 %) y politraumatismo, Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) (24%) fueron

HOSPITAL EVA PERÓN DE MÉRLO
 PROTOCOLO DE WEANING

NOMBRE:	Nº DE CAMA:	EDAD:	APACHE:
MOTIVO DE INGRESO:	GUARDIA/UCI/SALIDA:	TET Nº:	
FECHA DE IOT (OT-INTENS):		FECHA DE T0/T0VIA:	
FECHA DE T0/T0VIA:			
ANTECEDENTES:			
EVALUACION DIARIA DE APTITUD PARA PRUEBA DE RESPIRACION ESPONTANEA			
FECHA:			
VASOPRESORES EN DESCENSO O AUSENTE	S/NO	Pa (> 5 mmHg)	S/NO
(DOFA o < 5 ug/kg/m, NA10.05 ug/kg/m)		Pa corporal (< 38 ° C)	S/NO
SEDACION SUSPENDIDA	S/NO	Mb (> 0.8-10 ug/kg)	S/NO
PaO2 > 8	S/NO	PaVT (< 105 mmHg) en CPAP 5 y P5 10	S/NO
RASS/AMASS/VS	RAMSAY	NUTRICION ACEPTABLE	S/NO
PAHO2 (IOT) (175-200)	S/NO	CONDICION PSICOLOGICA ACEPTABLE (Defecto controlado)	S/NO
PaO2 (> 60 mmHg)	S/NO	OX CON ANESTESIA GIAL DENTRO DE 24 HS	S/NO
PEEP (< 5-8 cm H2O)	S/NO	PC < 20 mmHg	S/NO
PI (< 35 x)	S/NO	ALTERACION METAB, ENDOCRINA AUSENTE	S/NO
3 min de T1 / CPAP 5-7 cmH2O	S/NO	MEJORA O RESOLUCION DEL MOTIVO DE ARM	S/NO
SUPERA MONITORIO	S/NO		
PRUEBA DE RESPIRACION ESPONTANEA			
T1 / CPAP 5 + PSV 7	30-120 MINUTOS		
FECHA:			
HORA COMIENZO:			
HORA FINAL:			
PI (< 35 X)	S/NO	S/NO	S/NO
PC (< 140)	S/NO	S/NO	S/NO
PaO2 (< 180 mmHg)	S/NO	S/NO	S/NO
SaO2 (> 90%)	S/NO	S/NO	S/NO
MECANICA VENTILATORIA:			
BIENA,	S/NO	S/NO	S/NO
REGULAR,	S/NO	S/NO	S/NO
RESP PARADOXAL,	S/NO	S/NO	S/NO
USO DE MUSIC ACCES	S/NO	S/NO	S/NO
ESTADO DE CONCIENCIA:			
AGITACION,	S/NO	S/NO	S/NO
ANSIEDAD,	S/NO	S/NO	S/NO
SOMNOLENCIA,	S/NO	S/NO	S/NO
SLANGOW (= 0 > 8)	S/NO	S/NO	S/NO
SUDORACION AUSENTE	S/NO	S/NO	S/NO
SUPERA PRE (30-120 MIN)	S/NO	S/NO	S/NO
EXUBACION:			
SECS = 0 > 8/10	S/NO	S/NO	S/NO
ROS (ESPONTANEA O A LA ASPIRACION)	S/NO	S/NO	S/NO
CANTIDAD DE SECRECIONES (*)	S/NO	S/NO	S/NO
(ESCALA, MODERADA, ABUNDANTE)			
APTO PARA EXTUBAR	S/NO	S/NO	S/NO
Pmax (= 0 > 25 -25 cm H2O) (Eusial)	S/NO	S/NO	S/NO
RESOLUCION AUTOMATICA	S/NO	S/NO	S/NO
EXTUBACION A VNI (**)	S/NO	S/NO	S/NO
EXTUBACION:	S/NO	HORA:	
REINTUBACION:			
MOTIVO DE FALLO/COMENTARIOS:			

las mayores causas de ARM y quienes ocuparon más tiempo de weaning. El fracaso estuvo presente en 11 (26,6%) por mala mecánica y desaturación durante la PRE comparado con 36% pre-protocolo. Reintubación ocurrió en 4 (9,75%) siendo hasta del 15% de acuerdo a protocolos aceptados en la literatura y con disminución de una previa del 14% pre-protocolo también, con una mortalidad del 26,83% (11 casos). Al ingreso presentaron APACHE de 20; Lung Injury Score (LIS) (Murray) > 2,5 en pacientes con ARDS: CURB 65 de 2 y Índice de Severidad de Neumonía (PSI) de IV en IRA por Neumonía. La Neumonía Asociada a la Ventilación / Traqueobronquitis (NAV/TAV) 24 y 14.6% respectivamente, fueron las complicaciones más presentes, con rangos de 9 a 27% y de 3.7 a 10% según la literatura publicada, con días de ARM 13,3 y de weaning 2,77 (21.13% del tiempo total de ARM), comparados con los 16,6 y 8,63 días respectivamente de 50 pacientes extubados antes de la puesta en práctica del actual protocolo.

Conclusiones: Se determinó el inicio del procedimiento a partir de un número de índices predictores que incluyen parámetros clínicos, mecánicos y de laboratorio (Prueba de aptitud), integrados en nuestro protocolo y la realización del mismo en pasos, lo que garantiza el éxito del destete y reduce las complicaciones mayores ya mencionadas, cantidad de reintubaciones 9,75% y los tiempos de VM, weaning 3 días, con una mortalidad del 26,83% en quienes se aplicó dicho protocolo.

0142 - MIASIS EN TRAQUEOSTOMIA: A PROPOSITO DE UN CASO

Gabriel YUSTI | María BIGOT | Carlos TUMMINO | Artemio GARCÍA | Graciela PELUFFO | Carolina MENDIONDOU | Eduardo DEL VALLE
 HOSPITAL POSADAS

Introducción:

La miasis es una enfermedad parasitaria, ocasionada por las larvas de moscas que se alimentan de los tejidos vivos y muertos de los huéspedes. Lo común es que la infestación ocurra en heridas abiertas o mucosas. Los reportes de la bibliografía médica sobre miasis en el traqueostoma son escasos. Nuestra intención es presentar un caso de miasis en la traqueostomía, su diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico:

La enfermedad se presentó en un paciente masculino de 48 años de edad que sufre de EPOC severa. La reagudización de esta patología requirió múltiples internaciones en las cuales necesitó ARM. Desde hace un año se diagnóstica estenosis traqueal posintubación, se maneja la vía aérea con traqueostomía permanente.

El paciente observa sangrado, larvas a nivel del traqueostoma y salida de las mismas por la cánula de traqueostomía. Los médicos que lo atienden observan larvas en la zona del ostoma, diagnosticando miasis.

Para determinar si existe compromiso de la vía aérea se realiza FBC. Se observan larvas en la mucosa de la pared posterior y lateral de la tráquea, a nivel de la subglotis. Se indica internación. Ninguno de los especialistas consultados tenía experiencia en un caso con este diagnóstico. Se adoptó en principio el tratamiento para la miasis sugerido por los dermatólogos. Se medicaron 12 mg de ivermectina vía oral. Simultáneamente se efectuó la extracción manual de las larvas en forma repetida. Luego de revisar la bibliografía específica se decidió facilitar la extracción manual favoreciendo la salida de las larvas mediante la aplicación local de hojas de albahaca y el empleo de gases embebidos con éter.

El cuadro mejoró durante los días siguientes, al cuarto día de tratamiento no se observaban larvas. Se realiza FBC que no mostró larvas en la vía aérea.

Discusión: Existen múltiples publicaciones referidas a la miasis de oídos, nariz y garganta, es muy infrecuente la infestación del traqueostoma, y existen unos pocos reportes referidos a casos individuales. La bibliografía describe casos con infestación de importante cantidad de larvas, cuadros de extrema gravedad donde los detritus y las larvas obstruyen la cánula.

El diagnóstico se efectúa al observar la presencia de larvas en el tejido de los huéspedes y puede estar asociado a infección bacteriana.

RESULTADOS	DE CIERTAS	VARIABLES:
MOTIVO DE ARM:	n	%
TEC	12	29
IRA	10	24
POLITRAUMATISMO	7	17
POP COMPLICADO	6	14
ACV	4	9,7
NEUMONÍA	4	9,7
SEPSIS	4	9,7
CONTUSIÓN PULMONAR	3	7
COMORBILIDADES:		
HTA	10	24
TABAQUISMO	10	24
ADICCIÓN A DROGAS	6	14,6
ALCOHOLISMO	5	12
OBESIDAD	4	9,76
ESQUIZOFRENIA	4	9,76
ICC/MCP DILATADA	4	9,76
DBT	3	7
COMPLICACIONES:		
NAV	10	24 (9-27% LITERATURA)
TQT	6	14,6
MALA MECÁNICA/DESATURA	6	14,6
AGITACIÓN	5	12
REINTUBACIÓN	4	9,74 (HASTA 15% LITERATURA)
TAV	3	7 (3,7-10% LITERATURA)

El tratamiento tiene como un pilar fundamental el retiro manual de las larvas empleando anestesia. Se utilizan diferentes sustancias para facilitar la extracción. La albahaca es considerada un “repelente” de las larvas, el éter ocasiona su asfixia; ambos provocan la salida al exterior de las larvas.

El uso de ivermectina oral es otro pilar del tratamiento, provoca la muerte por asfixia de las larvas por parálisis muscular. Conclusiones: El diagnóstico de la miasis se obtiene por la observación de las larvas. Para evaluar la extensión del daño en el caso de la miasis en la traqueostomía fue útil el empleo de la FBC. Se aplicó como herramienta diagnóstica para detectar la presencia de larvas en la pared traqueal.

Se recurrió al uso de ivermectina y a la extracción manual de las larvas, valiéndonos de algunas herramientas descritas en la bibliografía para facilitar el procedimiento. El resultado fue exitoso, corroborando la eliminación completa de las larvas en pocos días, mediante un tratamiento que fue mínimamente cruento para el paciente.

El manejo de la miasis de la traqueostomía requirió máxima precaución para evitar la aspiración de las larvas y de los productos químicos utilizados en el tratamiento.

Si bien se detectaron larvas en la pared traqueal, no fue necesario intervenir sobre la misma. Especulamos que estas larvas fueron eliminadas a través de la cánula, mediante la tos.

La miasis es una patología que se presta a prejuicios, que impresionan e impacta en el ánimo del paciente. Se requiere que el médico deje de lado prejuicios y brinde su apoyo al paciente acompañándolo a través del tratamiento.

0143 - MOTIVOS DE CONSULTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN PACIENTES QUE PARTICIPAN DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA

María Virginia BENZO | Diego Fernando RICCI
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION PSICOFISICA DEL SUR

Objetivos: La rehabilitación cardiovascular y respiratoria procura un abordaje integral del individuo con el objetivo de mejorar

la capacidad funcional, la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad. Habitualmente el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación (MFyR) o fisiatra no es incluido en estos programas. En el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur el fisiatra participa en todos los programas de rehabilitación. Este estudio evaluará los motivos de consulta de los pacientes que concurren a la consulta de MFyR en el contexto de su rehabilitación cardiovascular (RCV) y rehabilitación respiratoria (RR).

Materiales y Métodos: Se estudiaron los pacientes incluidos en los programas de RCV y RR de manera retrospectiva valorando los motivos de consulta en MFyR.

Resultados: El 66,66% de los pacientes consultaron al especialista en MFyR. Los principales motivos de consulta fueron lumbalgia y cervicalgia (17,39% y 16,52% respectivamente). Las alteraciones músculo

esqueléticas fueron las consultas mas frecuentes. Otros motivos de consultas fueron gonalgia, parestesias, ciatalgia, coxalgia, omalgia, precordialgia, calambres, disnea, obesidad, fatiga, dolor de muñeca, paresias, poli artralgia, claudicación de miembros inferiores, dolor en miembros inferiores y superiores, cefalea, ansiedad, dolor de tobillo, metatarsalgia, edema de miembros inferiores, trastorno del equilibrio, parálisis facial, certificado único de discapacidad, prescripción de ejercicio, caídas.

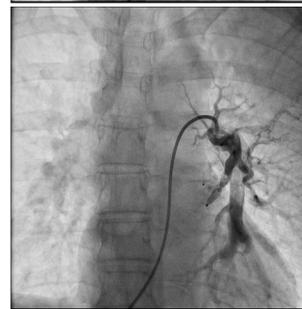
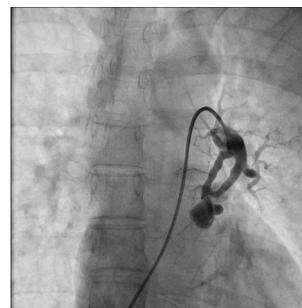
Conclusiones: Encontramos alta prevalencia de lumbalgia y cervicalgia entre otras alteraciones músculo esqueléticas en los motivos de consulta de los pacientes. El medico especialista en MFyR tiene la capacidad de diagnosticar y tratar las alteraciones músculo esqueléticas que presentan frecuentemente los pacientes en RCV y RR. Se destaca que los resultados de este estudio orientan a que la demanda del fisiatra es principalmente de origen musculo esquelético. Esto esta condicionado dado que en el equipo interdisciplinario puede ser muy variado ampliando o reduciendo las variantes de los motivos de consultas. Tal es el caso que la prescripción del ejercicio puede ser indicada por el medico rehabilitador según el programa. La presencia del medico fisiatra evita que el proceso de rehabilitación se vea obstaculizado ya que realiza un monitoreo integral del mismo, desde el tratamiento de las interurrencias musculoesqueleticas y neurologicas hasta la supervicion en el gimnasio de la prescripcion de ejercicio, talleres educativos, entre otras actividades de apoyo.

0144 - EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR

Juan Rodrigo ALDERETE | Martin FIORUCCI | Martin MONTEVERDE | Cristian AVILAR | Salvador LIOTTA | German ENESTROSA | Eduardo BARRERA | Roberto FERNANDEZ | Sara BERENSZTEIN
HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTÍN"

Objetivos: Evaluar el caso da una paciente de sexo femenino de 55 años con antecedentes de enfermedad de Rendu Osler Weber diagnosticada hace diez años, embolización de malformacion arteriovenosa pulmonar (MAV) de pulmón derecho hace 3 años y corrección de MAV nasal hace 3 años a la cual se le diag-

nosticó una MAV izquierda decidiéndose su tratamiento endovascular con dos Plugg vascular Amplatzer tipo II . Materiales y Métodos: Se realiza punción venosa femoral derecha con técnica de sel-dinger colocando un introductor valvulado de 7 french de diámetro , luego de lo cual con cateter multipropocito bajo protección con guía metálica con punta blanda se asciende hasta encontrar la MAV en pulmón izquierdo ,se realiza inyección selectiva de contraste para identificar la misma ,para luego posicionar los dos Plugg vascular Amplatzer tipo II de 8 x 10 mm y 10 x 10 mm , dicho procedimiento tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente permanecio internada por 24hs otorgandose el alta nosocomial a las 24hs asintomatica, con signos vitales estables .



Resultados: Embolización efectiva de dos MAV pulmonar izquierda sin complicaciones.

Conclusiones: La telangiectasia hemorrágica heredo-familiar (THH) o síndrome de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad sistémica infrecuente que se asocia con malformaciones vasculares pulmonares (MPAV). La morbimortalidad total a los 6 años es del 20 al 30% según las distintas series, y el tratamiento endovascular con embolización de las mismas es cercano al 100%.

Tabla 1 Motivos de Consulta en Medicina Física y Rehabilitación

MOTIVO DE CONSULTA	PORCENTAJE (%)
LUMBALGIA	17,39130435
CERVICALGIA	16,52173913
GONALGIA	6,956521739
PARESTESIAS MMSS	6,956521739
CIATALGIA	6,086956522
DORSALGIA	5,217391304
COXALGIA	3,47826087
PARESTESIAS MMII	3,47826087
OMALGIA	2,808695652
PRECORDALGIA	2,808695652
CALAMBRES	2,808695652
DISNEA	2,808695652
OBESIDAD	1,739130435
FATIGA	1,739130435
DOLOR MUNECA	1,739130435
DOLOR BASE DEL PULGAR	1,739130435
PAREIA MMSS	1,739130435
POLIARTRALGIA	1,739130435
CLAUDICACION MMII	0,869565217
DOLOR MMII MMSS	0,869565217
CEFALEA	0,869565217
PAREIA MMII	0,869565217
ANSIEDAD	0,869565217
DOLOR TOBILLO	0,869565217
METATARSALGIA	0,869565217
EDEMA MMII	0,869565217
HEMIPAREIA	0,869565217
TRASTORNO DEL EQUILIBRIO	0,869565217
PARALISIS FACIAL	0,869565217
CUD	0,869565217
LESIONES PIEL	0,869565217
PRESCRIPCION DE EJERCICIOS	0,869565217
CAIDAS	0,869565217

Resultados: Se analizaron 43 pacientes, 20 del grupo tratamiento y 23 del grupo control. Se presentaron 5 neumonías, dos del grupo tratamiento y tres del grupo control ($p=0,56$). La mediana de estadia hospitalaria fue de 5 días (3-45) en el grupo tratamiento vs. 5 días (3-22) en el grupo control ($p=0,57$). Falleció un paciente del grupo tratamiento ($p=0,46$). Se presentaron 10 CPP en el grupo tratamiento y 8 en el control.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos no es posible afirmar que una guía kinésica prequirúrgica implementada un día previo a la cirugía de resección pulmonar sea efectiva en reducir la presencia de neumonía ni modificar los días de estadia hospitalaria, mortalidad y presencia de CPP.

0148 - RELACION ENTRE SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO Y LA PRESENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO.

Cristina BENCHIMOL | Salvador MOYANO | Susana Del Carmen VANONI | Jorge Andrés GARCÍA GONZÁLEZ | Alberto Jorge NEVADO | Elisa Margarita URIBE ECHEVERRIA
SANATORIO ALLENDE (SEDE NUEVA CÓRDOBA)

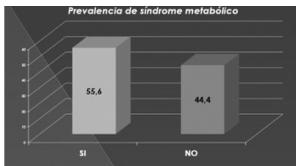
Objetivos: Primario:

Establecer si los pacientes con SM presentan un SAHOS de mayor severidad cuantificado por el IAR.

Secundarios:

Determinar la prevalencia de SM en los pacientes con SAHOS. Establecer relación entre la severidad del SAHOS y distintos componentes del SM.

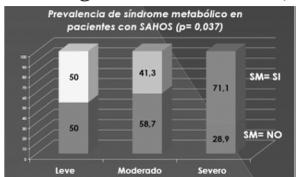
Establecer si la magnitud del IAR se relaciona de manera directa con el índice de masa corporal (IMC).



Materiales y Métodos: Diseño descriptivo, analítico, de corte transversal y retrospectivo. El muestreo se realizó de manera intencional no probabilístico incluyendo todos los pacientes que realizaron una PSG positiva para SAHOS durante

un período de 12 meses consecutivos seleccionado al azar de la base de datos de registro. La severidad del SAHOS se clasificó por el índice de alteración respiratoria (IAR) en leve (IAR=5 a 14,9 eventos/hora) moderado (15 a 29,9) y severo (≥ 30/hora). Para el síndrome metabólico se aplicaron los parámetros diagnósticos establecidos por la Federación Internacional de Diabetes y reemplazando el perímetro de cintura por el IMC cuando fue mayor a 30. Los criterios de inclusión fueron la edad (18 años o mayor) y la disponibilidad del registro polisomnográfico y la historia clínica para obtener los datos pertinentes para el diagnóstico de síndrome metabólico. Los criterios de exclusión, haber recibido cirugía bariátrica o encontrarse bajo ventilación no invasiva por la presencia de SAHOS. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS v 15 (español-Illinois). (El proyecto fue aprobado por el comité de ética institucional).

Resultados: Aproximadamente, uno de cada dos pacientes con diagnóstico de SAHOS, padecía también SM.



De 99 pacientes, 32 pacientes con diagnóstico de SAHOS leve, el 50%reunía también criterios diagnósticos de SM. De los 29 pacientes en los que estuvo presente el SAHOS de grado moderado, el 41,3% tuvieron diagnóstico de SM. De los 38 pacientes que demostraron SAHOS severo, el 71% tenía criterios diagnósticos de SM. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en cada grupo.

La relación de SAHOS con los componentes del SM resultó estadísticamente significativa en cada caso, salvo en la relación de SAHOS y TA (tensión arterial). Se analizó la prevalencia de IMC mayor a 30 en los distintos puntos de corte del IAR, obteniéndose una relación estadísticamente significativa.

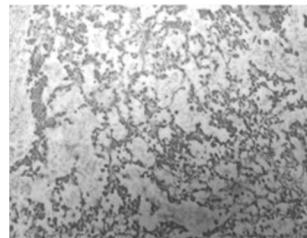
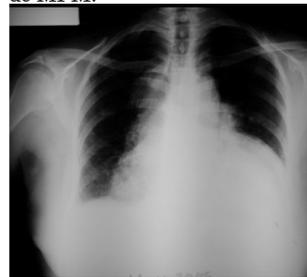
Conclusiones: La investigación demostró la asociación entre SM y SAHOS, particularmente severo. Esta relación no se demuestra cuando se emplea sólo el IMC. Por ende, el SAHOS no parece ser sólo un epifenómeno de la obesidad. La concurrencia de ambos síndromes incrementa de manera significativa el riesgo cardiometabólico de los pacientes y se requieren decisiones terapéuticas adecuadas para reducirlo.

0149 - DERRAME PERICÁRDICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

Mirta Beatriz SCARINCI | Andrea WERBACH | Maria Pia COPPOLA | Alejandro GIGENA | Nora FALCOFF
HOSPITAL DR ANTONIO A. CETRÁNGOLO

Introducción: El Mesotelioma Pleural Maligno (MPM), es la neoplasia pleural primaria maligna más frecuente, de baja incidencia en la población general se caracteriza por ser de difícil diagnóstico y mal pronóstico.

Objetivo: Presentamos el caso clínico de una paciente que desarrolló derrame pericárdico como primera manifestación de MPM.



Caso clínico: Mujer de 68 años de edad que consulta por disnea progresiva de 2 meses de evolución. Niega cualquier tipo de signo-sintomatología respiratoria previa. Hipertensión arterial en tratamiento con atenolol y amlodipina. Ama de casa. Sin antecedentes de tabaquismo. Ni ella, ni su familia registraban exposición laboral relacionada con asbesto.

Su residencia habitual se encuentra próxima a fábrica siderometalúrgica. Se realiza Rx de tórax que evidencia imagen compatible con derrame pericárdico que se confirma por ecocardiografía.

Se procede a Toracotomía

Diagnóstica.

Conclusiones: Presentamos este caso, por la inusual forma de presentación clínica de MPM y por la baja frecuencia del subtipo histológico diagnosticado.

0150 - DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE TRANSFERENCIA DE MONÓXIDO DE CARBONO Y SU RELACIÓN CON LAS DIVERSAS ETIOLOGÍAS DE ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA

Salvador MOYANO | Cristina BENCHIMOL | Jorge Andrés GARCÍA GONZÁLEZ | Susana Del Carmen VANONI | Alberto Jorge NEVADO | Elisa Margarita URIBE ECHEVERRIA
SANATORIO ALLENDE (SEDE NUEVA CÓRDOBA)

Objetivos: OBJETIVOS:

PRIMARIO: Determinar si el deterioro de la capacidad de difusión pulmonar tiene relación con la etiología de la enfermedad hepática de pacientes en lista de espera pre-trasplante hepático. **SECUNDARIO:** Evaluar si existe relación entre el score CHILD PUGH con el deterioro de la DLCO

Materiales y Métodos: MATERIALES Y MÉTODOS:

Es un estudio de tipo descriptivo, analítico de corte transversal, retrospectivo. Se revisaron las bases de datos de los Servicios de Neumonología y hepatología desde el 01 de Enero del 2010, hasta el 25 de julio del 2012. Se incluyeron por muestreo simple todos los pacientes en lista de espera pre trasplante hepático derivados al servicio de Neumonología del Sanatorio Allende Nueva Córdoba para evaluación funcional respiratoria.

Las variables analizadas fueron la edad, género, exposición a tabaco, etiología de la hepatopatía, valores de la extracción de sangre (bilirrubina, creatinina, tiempo de protrombina, albumina) que permitieron calcular el CHILD-PUGH.

Los resultados fueron informados en valores absolutos y porcentuales de acuerdo al teórico para cada paciente según edad, raza, género, altura y hemoglobina en el caso de la DLCO. La capacidad de difusión se realizó mediante el test de respiro único, corregido por hemoglobina y según las normas estandarizadas internacionales, al igual que la interpretación de los valores que definen el grado del deterioro.

Los test de función pulmonar fueron realizados e interpretados e informados por dos especialistas en Neumonología con similar y adecuada experiencia en estudios funcionales respiratorios. Se documentó la exposición a tabaco y se revisaron todos los informes de los estudios por imágenes (tomografía de alta resolución, radiografías, ecografías y resonancia magnética).

El software y hardware del laboratorio de función pulmonar fueron Cosmed y PFT Quark 4 respectivamente.

Los datos fueron almacenados en planillas de Office Excel 2007 y los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS Ver.1.05.

ETICA DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo ha sido evaluado por el Comité de Ética de las Investigaciones en Salud del Sanatorio Allende. Se obtuvo autorización para realizar la inclusión de pacientes de manera anónima y sin consentimiento informado en virtud de la imposibilidad de obtenerlo (estudio retrospectivo). Esta posibilidad se encuentra amparada en nuestro país por la resolución ministerial 1480/11 que regula las investigaciones en salud.

Resultados: Se analizaron en total 242 historias clínicas. Luego de los criterios de exclusión quedaron 119 pacientes.

El género predominante fue el masculino con el 52,9%(63 pacientes) .

La edad promedio fue de 52 años (Ds \pm 12,65).

El 73% de los pacientes poseían una DLCO anormal.

La etiología más frecuente fue la alcohólica con el 29%(29 pacientes), le siguen autoinmune con el 27%(27 pacientes), Infección por Virus Hepatitis "C" 18%(18 pacientes), citogenética 18%(14 pacientes) y otras 11%(9,2%).

Luego del análisis de variables no hubo relación estadísticamente significativa entre el deterioro de la DLCO y las etiologías de la afección hepática. ($p=0,419$).

Se encontró relación estadísticamente significativa entre los grados del score y el deterioro de la DLCO. ($p=0,0001$).

Conclusiones: CONCLUSIONES

La capacidad de difusión de monóxido de carbono resulta uno de los parámetros más confiables a la hora de definir el compromiso pulmonar en pacientes con enfermedad hepática avanzada. Por lo tanto es fundamental no limitar dentro de la valoración respiratoria de estos pacientes solo a una espirometría.

Una adecuada valoración respiratoria es fundamental para la detección de morbimortalidades perioperatorias.

0151 - INFECCIONES CUTÁNEAS Y DE PARTES BLANDAS POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS. PRESENTACIÓN DE CASOS EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES E INMUNOCOMPROMETIDOS EN UN LABORATORIO DE MICOBACTERIAS.

Nora Irene COSTA(1) | Mario José MATTEO(2) | María Cecilia LATINI(2) | Ricardo MARINO(1) | Liliiana NEIRA(1) | Micaela DAVICINO(1) | Susana POGGI(2)
HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑOZ (1); INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGÍA "PROF. DR. RAÚL VACCAREZZA"- LABORATORIO CETRÁNGOLO (2)

Objetivos: Determinar la cantidad de aislamientos de micobacterias no tuberculosas (MNT) con localización cutánea y de partes blandas, la diversidad de especies y su relación con la fuente de infección y la forma de presentación según la inmunidad del paciente.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con aislamientos de MNT en biopsias de piel, de partes blandas y material de fistula procesados entre el 1/1/2008 al 31/12/ 2013 en un Laboratorio de Micobacterias. Las muestras se sembraron en Löwenstein-Jensen y Stonebrink a 37°C y a temperatura ambiente. Los cultivos se analizaron macro y microscópicamente (velocidad y temperatura óptima de crecimiento, morfología y pigmentación de las colonias, pruebas bioquímicas).

Se identificaron especies por las pruebas de NAP (BACTEC

ESPECIE AISLADA	PACIENTE Nº	SEXO	EDAD	HIV	DIRECTO	CUANTIFICACION CULTIVO
M.marinum	1	F	34	-	-	6 colonias
M.marinum	2	M	34	-	-	12 colonias
M. marinum	3	M	68	-	-	1 colonia
M.abscessus	4	F	40	-	+	++
M. chelonae	5	F	39	-	+	+++
M.chelonae	6	M	30	-	+	+
M. fortuitum	7	M	42	-	+	+
M. chelonae	8	F	33	-	+	++
M. intracellulare	9	M	sin datos	-	+	2 colonias
MAC	10	M	36	+	+	3 colonias
M.intracellulare	11	M	55	+	+	++

460) y Test de Identificación TBc ID (BD MGIT) y por pruebas de biología molecular (PRA).

Resultados: Se recibieron 533 muestras de piel y partes blandas de 446 pacientes HIV negativos; en 38 muestras se aisló Complejo Mycobacterium tuberculosis (CMT) (7%) y en 9 MNT(1.67%) . Se identificaron: 3 M.marinum en pacientes con antecedentes epidemiológicos (contacto con pecera o con agua); 6 micobacterias de desarrollo rápido: 3 M.chelonae, 1 M.abscessus, 1 M.fortuitum y 1 M. intracellulare (de desarrollo rápido), 4 de estos 6 pacientes tenían antecedentes de prácticas estéticas y cosméticas (implante mamario, mesoterapia)

De 37 pacientes HIV+ se recibieron 37 muestras de las cuales 5 fueron positivas para CMT (13.5%) y 2 fueron positivas para MNT (5.4%), correspondiendo a 2 pacientes que presentaron CD4 menores a 50/mm³, teniendo uno de ellos varias localizaciones extrapulmonares. Los 2 aislamientos fueron identificados como Complejo M avium- intracellulare (MAC).

En la tabla adjunta se detalla la distribución de los casos según: edad, sexo, HIV, directo, cuantificación del cultivo y especie identificada.

Conclusiones: La presentación de MNT aisladas en piel y partes blandas se puede dividir en tres grupos:

- Las relacionadas con epidemiología de M.marinum: contacto con pecera y con agua.
- Las relacionadas con las prácticas estéticas y cosméticas, en las que las MNT de crecimiento rápido son las especies encontradas.
- Las relacionadas con la diseminación hematogena, en pacientes HIV+, en este grupo el MAC fue la micobacteria aislada.

El conocimiento de las MNT, como agentes etiológicos causantes de infecciones en piel y partes blandas así como sus formas de presentación clínica, permite el diagnóstico precoz y puede ayudar a disminuir la morbilidad en este grupo de pacientes.

0152 - HISTIOCIITOSIS PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO PROBABLE

Andrea ESPONDA | Tomas ALVAREZ | Nanci SOLANO | Marcela MARCHESINI | Cristina BOGUE
HOSPITAL INTENDENTE CARRASCO DE ROSARIO

Objetivos: La histiocitosis pulmonar de células de Langerhans (HPCL) es una enfermedad rara, de adultos jóvenes, generalmente fumadores, que se caracteriza por la proliferación de células de Langerhans que infiltran y destruyen los bronquiolos respiratorios. El curso de esta enfermedad es impredecible, oscilando desde formas benignas autolimitadas hasta formas malignas con evolución progresiva hacia la insuficiencia respiratoria y la muerte. Su causa es desconocida, y la mayor parte de los autores creen que se debe a una alteración en la regulación del sistema inmunológico.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente derivado al consultorio de neumonología, en el cual se llega al diagnóstico de una probable de Histiocitosis Pulmonar de células de Langerhans por imágenes radiológicas, tomográficas, clínica y evolución compatibles, aunque la inmunohistoquímica de la biopsia pulmonar no fue positiva para el marcador CD1a, en el contexto del estudio de una presunta intersticiopatía asociada al ámbito laboral.

Caso Clínico: Paciente varón de 44 años, tabaquista de 20 paquetes/ años, que trabaja en el área metalúrgica y en el pulido de cerraduras. Refiere disnea a moderados esfuerzos y

mal descanso nocturno por lo cual es derivado por el médico laboral al neumólogo. Niega otros síntomas y antecedentes. En el examen físico presentaba murmullo vesicular disminuido, sin ruidos agregados, sin otras particularidades.

Se solicitó radiografía de tórax, donde se aprecia un patrón intersticial de predominio micronodular bilateral en campos medios y superiores. Se realiza espirometría que muestra un leve componente obstructivo a nivel de la pequeña vía aérea con respuesta positiva al broncodilatador. En la TAC de tórax se evidencian formaciones micronodulillares, centrilobulillares mal definidas que predominan en ambos lóbulos superiores. Se realiza videobroncoscopia con lavado bronquial donde se obtuvieron células cilíndricas del revestimiento endobronquial, numerosos macrófagos alveolares y células gigantes multinucleadas.

Por continuar con episodios de disnea se realiza toma biopsia pulmonar mediante toracoscopia que informa alteraciones consistentes con bronquiolitis respiratoria, inflamación mononuclear septal con presencia de numerosos histiocitos y tendencia al enfisema centro lobulillar. El inmunofenotipo confirmó el origen histiocitario de las células evaluadas siendo CD 68+ y la proteína S-100 + focal, pero la negatividad del CD1a no permite corroborar el diagnóstico.

Con éstos resultados se recomendó al paciente el abandono del hábito tabáquico como principal estrategia para tratar la enfermedad junto con budonide y formoterol inhalados, con lo cual se consiguió una mejoría clínica importante que se hizo evidente también en las imágenes tomográficas posteriores.



Conclusiones: Hemos considerado interesante la presentación de este caso por ser la HPCL una enfermedad muy poco frecuente, de difícil diagnóstico, que puede cursar de forma asintomática, remitir espontáneamente o llegar a fases avanzadas donde la biopsia pulmonar

puede no ser concluyente. Consideramos al diagnóstico como probable, basándonos en la compatibilidad de la clínica, imágenes y evolución del paciente, ya que pese a la negatividad del CD1a, la muestra no pudo ser procesada para microscopia electrónica en busca de los gránulos de Birbeck y por falta de disponibilidad para el marcador CD207.

0153 - SIGNO DEL HALO INVERTIDO. UN HALLAZGO ORIENTADOR.

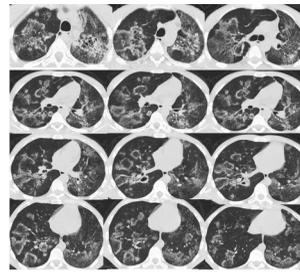
Nicolas LANFRANCO(1) | Daniel Eduardo AIMONE(2) | Ayelen Paula FERNANDEZ(1) | María de Los Angeles ZORRILLA(2) | HOSPITAL EVITA PUEBLO DE BERAZATEGUI (1); HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE S.A.M.I.C. (2)

INTRODUCCIÓN: El signo del Halo Invertido corresponde al hallazgo de una opacidad en vidrio esmerilado rodeado por una zona anular de mayor atenuación que corresponda como mínimo a de tres cuartas partes de un círculo, de al menos 2mm de grosor. Fue descrito por primera vez por Voloudakiet en 1996 en dos casos de neumonía organizada criptogenética. Posteriormente se ha asociado a otras patologías pulmonares distintas a neumonía organizada criptogenética o secundaria, siendo los principales diagnósticos diferenciales la Paracoccidiomicosis pulmonar, Sarcoidosis, Neumonía Intersticial No Específica y en la Granulomatosis Linfomatoidea.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 26 años que consulta por disnea clase funcional III, pérdida de peso y episodios recurrentes de tos con expectoración mucosa. Al examen físico presentaba buen estado general, TA 110/60 FC 81 FR 20 T° 36,5. SatO2 96% Hipoventilación global con rales crepitantes. No refiere hábitos tóxicos ni exposición laboral o ambiental de relevancia.

Laboratorio: Hto40% Hb 13.3 g/dl G. Blancos 8.57 K/ul Neutrofilos 56% Linfocitos 29% Eosinófilos 3%. Plaquetas 307 K/ul. T. de protrombina 62%.

Espirometría: FEV1/FVC: 76 FVC 2.87 (54%) FEV1 2.17 (50%) Prueba broncodilatadora negativa.



Volumenes pulmonares: TLC 93% RV 248% FRC 142% RV/ TLC 266% CI 51% DLCO Hb: 39% DLCO/VA: 74%

TACAR: consolidación del espacio aéreo a nivel de lóbulo superior izquierdo asociado a bronquiectasias y atelectasia. Múltiples opacidades en vidrio esmerilado algunas rodeadas de una zona

de mayor atenuación configurando el signo del halo invertido principalmente a nivel de lóbulos inferiores. No se observan adenomegalias mediastinales.

Debido a al compromiso por estudios funcionales y tomográfico y ante el hallazgo de múltiples imágenes con signo del halo invertido se plantean los diagnósticos diferenciales de Neumonía Organizada, Micosis pulmonares, tuberculosis y sarcoidosis por lo que se decide realizar fibrobroncoscopia.

Fibrobroncoscopia: sin lesiones endoluminales. Bacteriología negativa para gérmenes comunes, BAAR y micología. Anatomía Patológica: negativa para células atípicas.

Ante la falta de diagnóstico se decide realizar biopsia pulmonar de lóbulo inferior y lóbulo superior derechos por Videotoracoscopia que informa: estructuras foliculares con células multinucleadas tipo Langhans y fibrosis. A través de técnicas de inmunohistoquímica no se evidenciaron hongos ni bacterias. Histoquímica: Grocott, Gram, Ziehl Neelsen, Kin Youn y Pas: negativos. Conclusión: enfermedad granulomatosa. Se sugiere descartar en primer lugar sarcoidosis.

Se inició tratamiento con 40 mg de metilprednisona con buena respuesta clínica y radiológica.

CONCLUSIÓN: No existe una prueba totalmente diagnóstica en sarcoidosis. Muchas veces el cuadro clínico y las imágenes típicas confieren más seguridad que la anatomía patológica. Sin embargo debemos tener presente las manifestaciones tomográficas atípicas de esta enfermedad. De la misma manera debemos tener en cuenta que el signo del halo invertido sugiere pero no es patognomónico de neumonía organizada y debemos utilizar todos los métodos diagnósticos con los que contemos para llegar al diagnóstico correcto de cada paciente.

0154 - ¿SON DIFERENTES LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA Y LA NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO?

Francisco PAULIN | María Laura ALBERTI | Martín Eduardo FERNÁNDEZ | Fabián CARO | HOSPITAL MARÍA FERRER

Objetivos: Es bien conocido el comportamiento clínico de la neumonía intersticial usual (NIU) en su forma idiopática (Fibrosis Pulmonar Idiopática o FPI). Sin embargo no está claro si los pacientes con enfermedad del tejido conectivo (ETC) y NIU tienen un comportamiento similar. Tampoco se conoce que implica la presencia de auto anticuerpos en los pacientes con FPI (FPI seropositiva). El objetivo del trabajo fue intentar despejar estos interrogantes.

Materiales y Métodos: Estudio analítico, retrospectivo. De los 254 pacientes que asistieron a un consultorio especializado en enfermedades pulmonares intersticiales entre marzo 2012 y marzo 2014 se seleccionaron aquellos con diagnóstico de FPI según criterios vigentes (clínico/tomográficos o anatomopatológicos) y se los clasificó según la positividad o no de FAN (inmunofluorescencia indirecta con un corte de 1/80) y/o FR (nefelometría con corte de 35 UI/ml). También se seleccionaron los pacientes con ETC cuya TAC o informe anatomopatológico fuera compatible con NIU. Se compararon FPI con NIU asociada a ETC, y posteriormente FPI seropositiva con FPI seronegativa. Para el análisis se utilizó el test de la t o Chi2 según el tipo de variable. Se analizó con SPSS Statistics 17.0.

Resultados: Se identificaron 9 pacientes con NIU ETC (4 AR, 2 Enfermedad no caracterizada del tejido conectivo, 1 Miositis, 1 Sjogren y 1 Enfermedad Mixta) y 49 pacientes con FPI (29

seronegativos, 9 seropositivos y 11 sin la determinación de anticuerpos).

Se compararon FPI con NIU ETC y no se encontraron diferencias en cuanto a sexo femenino [26.53 vs 33.3% (p=0.696)], media de edad en años [64.92 ± 8.16 vs 58.78 ± 16.8 (p=0.092)], tabaquismo [67.3 vs 55.5% (p=0.704)], síntomas de reflujo-gastroesofágico (RGE) [41.3 vs 33.3% (p=0.727)], grado de disnea mMRC (p=0.707) y medias de CVF% [59.67 ± 15.34 vs 68.00 ± 18.07 (p=0.154)], y DLCO % [39.86 ± 12.38 vs 51.44 ± 22.94 (p=0.177)].

También se compararon FPI seropositivas con seronegativas, no encontrándose diferencia en cuanto a sexo femenino [27.5 vs 33.3% (p=1)], media de edad en años [64.79 ± 9.17 vs 63.44 ± 8.58 (p=0.698)], tabaquismo [55.5 vs 72.4% (p=0.423)], síntomas de RGE [55.5 vs 34.4% (p=0.436)], medias de CVF% [61.88 ± 14.58 vs 51.22 ± 14.61 (p=0.068)], y DLCO % [42.65 ± 13.44 vs 33.67 ± 9.15 (p=0.080)].

Conclusiones: Según este trabajo los pacientes con NIU ETC y FPI parecieran presentar al debut similitudes en sus características demográficas, clínicas y funcionales. A su vez pareciera que la presencia de auto anticuerpos en los pacientes con FPI no se acompaña de diferencias en las variables estudiadas. Hacen falta trabajos prospectivos y con mayor cantidad de pacientes para poder definir estos interrogantes.

0155 - NETOSIS DE NEUTRÓFILOS Y EOSINÓFILOS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN ESTUDIO DE CITOLOGÍA BRONQUIAL POR ESPUTO INDUCIDO. IMPLICANCIAS FISIOPATOGÉNICAS Y TERAPÉUTICAS

Elisa Margarita URIBE ECHEVARRIA(1) | Ln GARCIA(2) | C LEIMGRUBER(3) | Ja GARCÍA GONZÁLEZ(1) | A NEVADO(1) | Aa QUINTAR(4) | Ca MALDONADO(4) | SANATORIO ALLENDE (CENTRO) (1); CENTRO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA, INICSA-CONICET-UNC (2); CENTRO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA, INICSA-CONICET-UNC (3); CENTRO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA, INICSA-CONICET-UNC (4)

Objetivos: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) aumenta cada década su importancia como causa de morbi-mortalidad. La inflamación neutrofílica crónica de la vía aérea puede estar presente en fumadores, y el proceso del deterioro en el 20% de los pacientes que dejan de fumar es oscuro. En otras patologías crónicas pulmonares se ha descrito un mecanismo de muerte del neutrófilo llamado netosis que consiste en la descondensación y extrusión de la cromatina para formar redes extracelulares (NETS) formadas por DNA y proteínas granulares. Sin embargo escasamente se conoce acerca de este fenómeno en la fisiopatología de la EPOC. El objetivo de este trabajo fue evaluar la presencia de la NETosis en la EPOC y correlacionarlo con los distintos perfiles clínicos. Materiales y Métodos: Se analizaron muestras de esputo inducido en pacientes EPOC en los diferentes estadios (GOLD 2014), y en fumadores sanos de más de 20 P/Y. Los grupos eran de ambos sexos, ≥ 60 años y no tratados. Las muestras se procesaron para identificar NETosis por microscopía electrónica y por inmunofluorescencia mediante colocalización de la elastasa de neutrófilos con ADN identificado con DAPI.

Resultados: Tanto los fumadores sanos (FS, n=5) como los pacientes EPOC A (n=4) presentaron neutrófilos muy activos y frecuentemente apoptóticos y sin signos de NETosis; en cambio, los pacientes EPOC B (n=7), C (n=9) y D (n=10) mostraron neutrófilos en NETosis y/o en estado "prenetótico"; en pacientes cuyo recuento celular incluía neutrófilos y eosinófilos, se observaron además imágenes de NETosis de eosinófilos, coincidiendo con una mayor destrucción celular. Para evaluar el impacto de la NETosis de eosinófilo, los pacientes se reclasificaron según fenotipos celulares, en eosinofílicos (Eo), neutrofílicos (Neu), mixtos (M), y paucigranulocíticos (Pg). Tanto los FS como EPOC A eran Neu o Pg; el único FS que fue Eo presentó 2 exacerbaciones al año; los restantes grupos de EPOC eran Eo ó M. En conjunto estos resultados indican que FS y EPOC A presentan citología de bronquitis neutrofílica con apoptosis y ausencia de NETosis, la cual sí estuvo presente en los restantes EPOC. La mayor severidad inflamatoria estuvo asociada a la coexistencia de NETosis en neutrófilos y eosinófilos.

Conclusiones: Estos resultados marcan la importancia de evaluar el estado inflamatorio del fumador clínicamente consi-

derado sano en el momento de abandonar el hábito tabáquico; es significativo el hallazgo de eosinófilos en NETosis ya que proporciona un objetivo potencial para una terapéutica específica y evitar la progresión de la enfermedad.

0157 - DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Fabián Matías CARO | María Laura ALBERTI | Martín FERNANDEZ | Francisco PAULIN | HOSPITAL MARÍA FERRER

Objetivos: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una enfermedad con mayor incidencia en el sexo masculino. Se han descrito diferencias entre géneros pero no se dispone de suficiente evidencia para confirmar las mismas. El objetivo de este estudio es conocer las diferencias entre géneros en una población de pacientes con FPI diagnosticados en un consultorio especializado en enfermedades pulmonares intersticiales (EPID).

Materiales y Métodos: Estudio analítico, retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con FPI que asistieron al consultorio EPID (marzo 2012 - Marzo 2014). Se analizaron aquellos con criterios definitivos de FPI. Se excluyeron los pacientes con patrón tomográfico posible de neumonía intersticial usual (NIU) que no realizaron confirmación por biopsia pulmonar quirúrgica y aquellos con enfisema combinado. Se utilizó para el análisis estadístico el programa Epi Info 3.5.3. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando test del Chi², test exacto de Fisher, test de Student o Mann Whitney según corresponda.

Resultados: Se encontraron 50 pacientes con criterios definitivos de FPI. Se compararon las características entre 37 hombres (74%) y 13 mujeres (26%). Se hallaron las siguientes diferencias significativas: las mujeres presentaban menos antecedentes de tabaquismo [31 vs 75% (p=0.006)], menos frecuencia de clubbing [39 vs 71% (p=0.04)], mostraban signos tomográficos inconsistentes con NIU con mayor frecuencia [31 vs 3% (p=0.001)] y requirieron biopsia quirúrgica en mayor proporción para el diagnóstico [39 vs 11% (p=0.04)]. Además, las mujeres presentaban peor media de CVF % [52 ± 14 vs 62 ± 14 (p=0.04)], peor media de DLCO % [31 ± 9 vs 42 ± 12 (p=0.01)] y presentaron peor evolución (caída mayor a 10% de CVF y mayor a 15% de DLCO) a los 6 meses más frecuentemente [54 vs 19% (p=0.04)]. Además las mujeres habían recibido esteroides ± inmunosupresores con más frecuencia [50 vs 18% (p=0.04)] y referían más frecuentemente síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE) [61 vs 33% (p=0.04)] comparando con los hombres.

Conclusiones: Nos encontramos con una población de mujeres con FPI que presentaron diferencias significativas con respecto a los hombres. Resulta interesante que las mujeres con FPI presentaban más síntomas de RGE y sobre todo, habían recibido esteroides ± inmunosupresores en mayor proporción previo al diagnóstico de FPI. Esto quizás justifique la peor evolución encontrada en el sexo femenino.

Por último, las mujeres con FPI requirieron biopsia quirúrgica con mayor frecuencia para el diagnóstico. Teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad que predomina en hombres, resulta entendible que podrían existir ciertas dificultades para el diagnóstico en el sexo femenino.

0158 - INFECCIONES PULMONARES POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS.

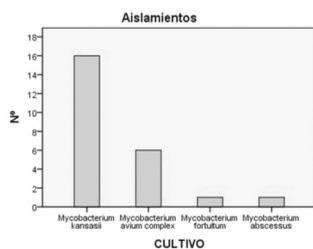
Adrian CECCATO | Mariano FIELLI | Yanina ASQUINEYER | Marcela HERES | Alejandra ZAPATA | HOSPITAL POSADAS

Objetivos: Dentro de las infecciones pulmonares por micobacterias la más común es la tuberculosis, aunque las infecciones por micobacterias no tuberculosas han tenido un incremento en las últimas décadas. La infección por *Mycobacterium avium* Complex es la más reportada, sin embargo puede variar de acuerdo a la región y a las características de la población. El objetivo de este estudio es reportar la experiencia y describir las características de los pacientes con enfermedad pulmonar causada por micobacterias atípicas en un hospital general de agudos de la provincia de Buenos Aires.

	N:24 (%)
Edad (media ±DE)	49 ±17
Sexo M/H	10/14 (42/58)
Muestras LB/esputo	16/10 (67/33)
Comorbilidades no pulmonares	5 (20%)
Inmunosupresion	3 (12%)
Fibrosis quistica	1 (4%)
Asbestosis	1 (4%)
Tumor de pulmon	1 (4%)
Bronquiectasias	2 (8%)
Infiltrado cavitario	16 (66%)
EPID	1 (4%)
secuela TBC	2 (8%)
EPOC	2 (8%)
Tabaquismo	9 (37%)
Hemoptisis amenazante	2 (8%)
Mortalidad	3 (12%)

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con cultivos de muestras respiratorias para micobacterias no tuberculosis entre Enero del 2010 a Junio del 2014. **Criterios de inclusión:** pacientes adultos que cumplen criterios diagnósticos de ATS/IDSA para enfermedad pulmonar por micobacterias no tuberculosis. **Criterios de exclusión:** pacientes con serología positiva para VIH.

Resultados: Sobre un total de 978 cultivos para micobacterias positivos, 99 (10%) fueron positivos para micobacterias no tuberculosis. Veinticuatro pacientes cumplieron los criterios de inclusion y exclusion, y fueron incluidos en el análisis. Se aisló



M. kansasii en 16 pacientes (66%) (Fig. 1). La edad media fue de 49 años DE ± 17, un 33% presentaba antecedentes de enfermedad pulmonar previa, un 37% tenía historia de tabaquismo y un 66% se presento con formas cavitarias siendo significativamente mas frecuente *M. kansasii* (86% p:0.02) (tabla1). Los pacientes que

presentaron micobacterias de rápido crecimiento tenían enfermedad estructural previa (Fibrosis quistica y cáncer de pulmón). Tres pacientes murieron uno por su enfermedad de base (Leucemia mieloide aguda) y dos relacionadas con su patología. Dos pacientes presentaron hemoptisis amenazante. **Conclusiones:** La enfermedad pulmonar por micobacterias no tuberculosis es poco frecuente, en nuestro medio el germen mas común fue el *Mycobacterium kansasii*, siendo mas común las formas cavitarias.

0159 - SIGNIFICACION DE LA TROMBOSIS DEL MUÑÓN RESIDUAL DE LA ARTERIA PULMONAR POSTLOBECTOMIA: REPORTE DE UN CASO

Fernando GRASSI | Lorena MALDONADO | Miguel BLASCO | Eduardo BORSINI | Martín BOSIO | Alejandro SALVADO | Julio CHERTCOFF
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La trombosis del muñón residual de la arteria pulmonar post neumonectomía o lobectomía ha sido descrita

por hallazgos en la autopsias o recientemente en estudios tomográficos; su significación y la conducta ante su presencia no esta claramente definida. Nosotros reportamos un caso de un hallazgo del mismo en un control postoperatorio de un paciente en que se realizo una bilobectomía por cáncer de pulmón. **Caso clínico:** Paciente de 68 años, femenina, sin antecedentes de importancia no fumadora que se le efectúa una bilobectomía (lóbulo inferior derecho y lóbulo medio) por un nódulo pulmonar el 08/2013. Asintomática concurre para control donde se realiza tres meses después (11/2013) una Tomografía computada helicoidal (TACH) de Tórax que demuestra la presencia de trombosis de la porción de la arteria pulmonar remanente de la lobectomía inferior (Figuras 1 y 2). Se efectuó un ecocardiograma y eco-doppler de miembros inferiores que son negativos. Se decide antiagregación con aspirina y alta de la misma. Control clínico a los 3 meses asintomática.

El tromboembolismo de pulmón (TEP) en el postoperatorio inmediato de la cirugía torácica especialmente postneumonectomía es una complicación acompañada de alta mortalidad,(20-50%), el estado postoperatorio, el reposo, y la presencia de enfermedad maligna son factores predisponentes. En cambio el hallazgo de trombos en el muñón residual postcirugía no tiene hasta el momento clara significación y conducta. Suelen predominar en el lado derecho por la mayor longitud de arteria residual y pueden ser sintomáticos con clínica de TEP o ser solo hallazgos de seguimiento como en nuestro caso, hay una descripción de hipertensión pulmonar tromboembólica tardía y la conducta de anticoagular o no han sido variables algunas basadas en la presencia de concavidad o convexidad (lo que significaría mas agudo) en el trombo hallado.

La serie más importante mostro la incidencia del 12 % en seguimientos de control tomográficos postneumonectomía y no mortalidad atribuible a TEP en los 6 meses.

Conclusiones: Reportamos un caso de hallazgo de trombo del muñón residual en arteria pulmonar en una paciente asintomática no tratada con buena evolución a los 6 meses de seguimiento. Creemos que los reportes de estos casos probablemente aclaren la conducta a seguir ante su presencia.

0168 - ANÁLISIS DE UTILIZACION DE FILTROS REMOVIBLES DE LA VENA CAVA INFERIOR: EXPERIENCIA EN PACIENTES CRÍTICOS DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD.

Fernando GRASSI | Glenda ERNST | Tamara DECIMA | Miguel BLASCO | Eduardo BORSINI | Martín BOSIO | Alejandro SALVADO | Julio CHERTCOFF
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Describir la frecuencia de uso del Filtro de VCI, sus indicaciones y tasa de remoción.

Evaluar mortalidad a los 3 y 6 meses en pacientes críticos con diagnóstico de TEP con y sin filtro transitorio de vena cava inferior. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo sobre una base de datos de pacientes con TEP internados en el área de cuidados críticos.

Resultados: Sobre un total de 46 pacientes con diagnostico tomográfico de TEP internados en la unidad de cuidados críticos (julio de 2011 - febrero de 2014). Se colocaron filtros removibles en 9 pacientes quienes tuvieron contraindicada la anticoagulación; 2 de ellos eran hombres y 7 mujeres con una edad promedio de 62.7 ± 2.8 años. La incidencia de TVP en el subgrupo con filtro fue de 44.4% mientras que en el grupo de pacientes sin filtro fue de 56 % (P:0.7). El motivo de colocación fueron; hematomas en el SNC (2 casos), POP de cirugías de abdomen (3 casos), previo a cirugía de tórax (3 casos) y por complicación de cirugía traumatológica (1 caso).

Los filtros fueron retirados en 3 de los 9 pacientes, al cuarto día en 2 casos, y en el restante a los 20 días sin complicaciones. Se decidió no remover el filtro por trombos adheridos en 2 casos y en 1 caso por desplazamiento del mismo.

No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad entre los grupos con y sin filtro. La mortalidad a los 3 meses y 6 meses fue de; 11.1% y 22.2% vs 19.4% y 36.1% respectivamente (P:> 0.05). **Conclusiones:** Este serie de un único centro, muestra que el uso de filtros removibles de VCI es frecuente(19,5%), con una

tasa de remoción baja (33%) y, si bien la morbilidad a corto y largo plazo no fue analizada, no se encontraron diferencias en la mortalidad a 3 y 6 meses entre ambos grupos

0169 - HIDATIDOSIS PULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO

Cristina Norma RIZZO | Elsa BISERO, | Graciela LUQUE | Alejandro LUTZ | Anabel VALDEZ

HOSPITAL POSADAS

Objetivos: Presentar un caso de hidatidosis pulmonar y sus complicaciones.

Caso clínico: Niño de 8 años y 10 meses de edad, eutrófico, sin antecedentes personales de importancia, proveniente de la localidad de Tapalque. Pcia. de Bs. As.

Con antecedente de internación en Htal de Tapalque por neumonía izquierda en febrero/14. . Imagen N° 1 y 2

Se efectuó estudio serológico para hidatidosis. Detección de anticuerpos anti *Equinococcus granulosus* IFI: negativo. Consulta al hospital en mayo/14, por provenir de zona endémica y radiografía de tórax se diagnostica Hidatidosis pulmonar y comienza tratamiento con albendazol 400 mg/día vía oral.

El 12/05/14 es traído al hospital por personal médico del Hospital de Tapalque por presentarse en REG, febril, palidez, taquicardia, taquipnea e hipoxemia. Presenta leve tiraje supraesternal, regular entrada de aire bilateral. Hipoventilación en campo medio e inferior izquierdo con subcrepitantes, broncofonía y soplo tubario.

Se decide su internación para control clínico, diagnóstico y tratamiento. Se planteó como diagnóstico de ingreso: Hidatidosis pulmonar complicada y como diagnósticos diferenciales: malformación pulmonar infectada y tuberculosis pulmonar grave, por lo que quedó con antibióticos y esquema de 4 drogas antifúngicas. Laboratorio de ingreso: leucocitos 13800/mm³ Frotis de sangre periférica: 14% eosinófilos, 47% neutrófilos, 35% linfocitos, 2% monocitos. Hto 35,4%, Hb 11,3g/dL, plaquetas 410000/mm³, PCR 33,3 mg/dL, Urea, creatinemia, glucemia, medio interno y coagulograma normales. HMC(x2)negativos. Radiografía de tórax frente: Imagen N° 3.

Ecografía pleural: hemitorax izquierdo: condensación con broncograma aéreo en campos superior e inferior. 4 mm despegamiento pleural izquierdo. Se observa en campo medio posterior, imagen heterogenea hipoeoica no vascularizada de 4 x 3 cm aproximadamente.

PPD 2UT: 0 mm (aplicada en hospital de Tapalque) B.C.G c/c Ecografía abdominal: normal.

Evaluación cardiológica: normal. Análisis parasitológico de materia fecal. Muestra seriada: examen microscópico: no se observan anillos ni restos de helmintos. Examen microscópico: no se observan huevos ni formas quísticas de parásitos. Se observan elementos levaduriformes. Escobillado anal, método de Graham, 3 muestras seriadas: no se observan huevos de parásitos. TACAR de tórax: Imagen quística en LII de paredes finas de 70 x 60, unilocular. Resto normal. Imagen N° 4.

Al 3er. día de internación se recibe: Espudo x 1: Parasitológico: ganchos de escólex, *Equinococcus* sp. ZN negativo. C negativo. Se suspende tratamiento antibiótico y antituberculoso.

Hidatidosis Test de ELISA 0,108 (negativo). Western Blot negativo. (Hospital Malbran). Departamento de parasitología: los ganchos rostellares y protoscolices observados son compatibles con la especie *Echinococcus granulosus*.

Conclusiones: El conocimiento acabado del ciclo vital del parásito lleva a optimizar el manejo de estos pacientes evitando complicaciones potencialmente mortales. La estrategia consiste en romper el ciclo biológico del parásito, con particular énfasis en las zonas endémicas. El uso del albendazol no garantiza la posibilidad de complicación del quiste hidatídico.

0170 - DECANULACIÓN ACCIDENTAL EN ESTENOSIS TRAQUEAL, MANEJO DE URGENCIA INTERDISCIPLINARIO. REPORTE DE UN CASO

Dafne FREIJO | Jessica VAZQUEZ | María BIGOT | Carlos TUMINO | Aldo MONZON | Ladislao DIAZ BALLVE | Artemio GARCIA | Jaime SEGOVIA

HOSPITAL POSADAS



Introducción:

La estenosis traqueal causa habitualmente un manejo dificultoso de la vía aérea. Nuestra intención es presentar un caso de pérdida del acceso a la vía aérea en un paciente traqueostomizado debido a una doble estenosis traqueal; exponer los indicadores sensibles empleados para el diagnóstico oportuno; la forma mediante la cual se manejó la urgencia para su posterior resolución terapéutica y el rol coordinado que desempeñó cada profesional interviniente

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 48 años de edad, con diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) severo (VEF 19%). Tiene antecedentes de reagudización de su enfermedad de base que requirieron múltiples internaciones con ventilación mecánica prolongada y repetidas intubaciones. Un año atrás se le diagnosticó una estenosis subglótica que

requirió traqueostomía para el manejo de la vía aérea permaneciendo con una cánula tipo Biesalsky n°9, luego se efectuó el diagnóstico de una segunda estenosis en el tercio medio de la tráquea que no requirió tratamiento.

Ingresa a la guardia del hospital con insuficiencia respiratoria aguda hipercapnica (Pco₂ 136 mmHg), se instaura asistencia respiratoria mecánica, debido a lo cual se debe cambiar la cánula por una con balón de neumotaponamiento N°7. El cambio de la misma resulta dificultoso.

Al día siguiente el paciente evoluciona con taquipnea, tiraje generalizado y dificultad respiratoria, imposibilidad de progresar la sonda de aspiración (k 32) a través de la cánula de traqueostomía, aumento de las presiones en la vía aérea y aumento de volumen tidal bajo en el respirador. Se retiran los vendajes y se constata que la cánula se encuentra desprogresada. Se intenta recolocar la misma sin éxito. Se desiste en el intento de recolocar la cánula. El paciente evoluciona con mayor dificultad respiratoria por lo cual el kinesiólogo asistido por el médico de emergencias coloca un tubo orotraqueal N°4 con balón a través del ostoma. Aplicando ventilación con bolsa de reanimación a través del tubo colocado.

Una broncoscopia rígida urgente diagnostica definitivamente la disminución de la luz del ostoma y estenosis traqueal en el 1/3 medio con una luz de 7 mm, tráquea en vaina de sable con colapso lateral con la tos. Se efectúa dilatación con broncoscopio rígido y se coloca cánula N°7 con balón de neumotaponamiento. **Discusión:**



Cuando se diagnostica la pérdida de acceso a la vía aérea, lo más importante es evitar el deterioro del paciente. Existen múltiples tecnologías para lograr restituir la permeabilidad, pero no existen algoritmos de trabajo precisos para situaciones tan

singulares. Lo apropiado será realizar aquello que minimice el daño y permita recuperar la vía aérea con prontitud.

La bibliografía recomienda siempre un trabajo interdisciplinario.

Conclusiones:

En cuanto se constata la decanulación y la imposibilidad de recanular conviene solicitar colaboración, y orientar los es-

fuerzos a los efectos de recuperar la permeabilidad de la vía aérea y la ventilación.

Cuando es imposible recanular un paciente en situación de emergencia el tubo orotraqueal es un recurso que puede emplearse para asegurar la vía aérea. Es una tecnología de fácil disponibilidad y existen en la bibliografía referencias sobre su uso. Esta práctica permite mantener permeable la vía aérea sin perder el ostoma, evita las posibles lesiones que resultarían de una intubación orotraqueal dificultosa y mantiene al paciente ventilado hasta que se implementen medidas terapéuticas definitivas.

En nuestra experiencia cada especialista desarrolló un rol definido e imprescindible. El kinesiólogo y el emergentólogo efectuaron el diagnóstico y mantuvieron la vía aérea permeable del paciente. Finalmente el endoscopista pudo reinstrumentar adecuadamente la vía aérea.

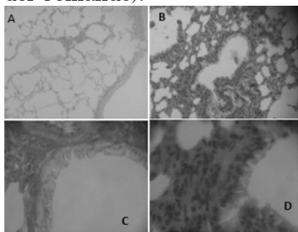
0171 - EFECTO DE LA CENIZA VOLCÁNICA A NIVEL PULMONAR, MODELO EXPERIMENTAL EN RATONES.

Ignacio ZABERT | Hernan CANALE | Federico CAMPANA | Daniel TRONCOSO | Sergio PEREZ | Victor DIAZ ESPINOZA | Cecilia CREMER
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD DEL COMAHUE

Objetivos: Evaluar efectos de la exposición a cenizas volcanicas sobre el sistema respiratorio en un modelo murino.

Materiales y Métodos: Se desarrolló modelo experimental en ratones hembras Balb-c, se mantuvieron en bioterio bajo las reglamentaciones éticas de manejos de animales. Se dividieron en 3 grupos de 10 ratones: 1) Control; 2) Exposición aguda, se expusieron a una concentración de 200gr/m3 durante 4 días; 3) Exposición Crónica, se expusieron a una concentración 100gr/m3 durante 30 días. A todos los ratones se les realizó medición sérica de Hematrocrito (Hto) y Proteína C-Reactiva (PCR, método de látex directo, Laboratorios Wiener). A todos los animales se les practico Lavado Broncoalveolar (BAL) y luego fueron sacrificados; se tomaron muestras histopatológicas del bloque pulmonar y fijándose en formol al 10%. El BAL se realizó con la canalización traqueal con aguja 22G, instilándose 0,5ml de solución fisiológica y aspiración. El material obtenido fue centrifugado, el sedimento se utilizó para el recuento celular y evaluación de la formula leucocitaria. En la evaluación histopatológica, los tejidos fueron fijados con hematoxilina-eosina para examinar celulas infiltrativas, y el recuento de células se basó en un score de cinco puntos que estima la severidad de la infiltración leucocitaria (0= sin células, 1: pocas células, 2: un anillo de una célula de espesor, 3: anillo de dos a cuatro células de espesor y 4: anillo de más de cuatro células de espesor).

Se realizó tamizaje de la ceniza volcánica hasta lograr obtener tamaño <5µ de diámetro, 4 tamizajes estándar y 2 tamizajes especiales realizados por GEA Laboratorio de Limnogeología y Tefrocronología INIBIOMA (CONICET-Universidad Nacional del Comahue).



Las fotos A y B corresponden a muestras del grupo control; panorámica y mayor aumento (200X y 1000X). Se puede apreciar que en el tejido peribronquial no hay células inflamatorias. Las fotos C y D corresponden a muestras del grupo de exposición crónica; panorámica y mayor aumento (200X y 1000X). Se puede apreciar el anillo de linfocitos score: 3 (2 a 4 células de espesor).

Resultados: Los resultados de la granulometría evidenciaron que el 8,89% correspondían a un tamaño menor o igual a 5 µ de diámetro. El dosaje serico de Hto y PCR no se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Sin embargo, el recuento celular del BAL se halló un incremento en el grupo de Exposición Crónica comparado con el Grupo control y Exposición Aguda (Tabla 1). Además, en el análisis histopatológico el score de severidad se observó

un incremento en el grupo de exposición Crónica respecto a grupo Control; 2,16 (±0,3) vs. 1,0 (±0,5), respectivamente. La exposición crónica a ceniza determinó infiltración, a predominio, linfocítico perivascular y peribronquial (Imagen 2)

BAL recuento celular	CONTROL	AGUDO	CRONICO
Recuento Celular (células/mm3)	200,20 ±36,8	179,20 ±10,4	475,10 ±96,4*
Neutrófilos (%)	5,20 ±0,9	2,44 ±0,41	8,90 ±2,8
Linfocitos (%)	94,50±1,0	97,33±0,44	90,30±3,17
Eosinófilos (%)	0,10 ±0,1	0,22 ±0,1	0,80 ±0,4

Conclusiones: Este modelo experimental puede concluir que existe una respuesta inflamatoria del sistema respiratorio a la exposición crónica de ceniza volcánica. No obstante, esta respuesta no se logró con la exposición aguda. Los resultados serológicos no presentaron diferencias entre los ratones expuestos y controles, aunque la histopatología observó un incremento en la infiltración peribronquial y perivascular de leucocitos a predominio linfocitario.

Lo resultados obtenidos en este estudio son similares a estudios experimentales realizados previamente, sin embargo los diseños y la forma de exposición fue diferentes. Estos hallazgos en modelo experimental reportados confirman una respuesta inflamatoria linfocítica a la exposición crónica de ceniza volcánica, pudiendo explicar incremento en los síntomas respiratorios de la población.

0172 - ATELECTASIA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS ENDOBRONQUIAL

Ramiro Horacio ROJAS MENDIOLA | Hernán BASILO VIGIL | Sabrina SABORIDO | Daniel BENEDETI | José Antonio GONZALEZ
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNU

Introducción: El compromiso endobronquial en la tuberculosis se ha encontrado de forma variable con una frecuencia entre 10 y 40 % según la literatura. Su importancia radica en la alta carga bacilar que presentan estos pacientes y en la alta tasa de complicaciones, principalmente estenosis bronquial, la cual determina la aparición de secuelas bronquiectásicas extensas.

Caso clínico: Paciente de 23 años oriunda de Perú que reside en Argentina hace 3 años, estudiante universitaria. Acude a consultorios externos por un cuadro de tos de 2 semanas de evolución con expectoración hemoptoica. Se realizó radiografía de tórax que evidencia atelectasia del lóbulo superior derecho con una imagen cavitada en campo medio homolateral. Se realiza Fibrobroncoscopia que informa estenosis concéntrica de la entrada al lobar superior derecho que ofrece una luz de 3 mm aproximadamente. TC de Tórax que confirma la atelectasia total del lóbulo superior derecho y muestra la imagen cavitada ubicada en el segmento apical del lóbulo inferior derecho con infiltrado perilesional en árbol en brote. Por la alta sospecha clínica y radiológica se instaura tratamiento específico antituberculosis a la espera de los resultados del BAL. Se decide además instaurar tratamiento con corticoides sistémicos para disminuir la secuela fibrótica. Evoluciona con mejoría clínica y radiológica de la lesión del apical del inferior, persistiendo con la atelectasia por lo que se decide suspender corticoides.

Conclusiones: Discusión y conclusiones: La tuberculosis endobronquial se puede desarrollar por extensión directa al bronquio de un foco parenquimatoso adyacente o de un foco ganglionar en la tuberculosis primaria, extensión bronquial directa o por vía hematogena. Las lesiones se presentan con mayor frecuencia en el bronquio fuente o en el del lobar superior. Algún grado de estenosis se observa en el 90 % de los casos, por lo que el tratamiento temprano, previo a la aparición de fibrosis, es la mejor alternativa para prevenir las secuelas. El tratamiento con corticoides asociados al tratamiento específico son de indicación relativa ya que no se ha demostrado un beneficio estadísticamente significativo en los estudios dirigidos. Las complicaciones estenóticas pueden tratarse mediante dilataciones repetidas, resecciones mecánicas o colocación de stents.

0173 - TAPONAMIENTO CARDÍACO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS

Ramiro Horacio ROJAS MENDIOLA | Marianela ALANIZ | Graciela FACCIOLI | Adriana Mercedes MIRANDA | German REDOLFI | José Antonio GONZALEZ
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNU

Introducción

La Tuberculosis pericárdica es una forma grave de difícil diagnóstico que resulta en una alta tasa de complicaciones de alta mortalidad y con escasas opciones terapéuticas.

Caso clínico

Paciente de 40 años oriundo de Bolivia, trabajador textil que consulta por un cuadro de 2 meses de tos con expectoración mucosa, registros térmicos aislados, astenia y adinamia. Agregándose en las últimas semanas ortopnea y dolor precordial. A su ingreso se constata hipotensión, taquicardia, ingurgitación yugular y pulso paradójico. La radiografía de tórax evidenció la presencia de derrame pericárdico masivo y el ECG presentaba complejos de bajo voltaje. Se realizó pericardiocentesis evacuándose 1500 ml de líquido serohemorrágico compatible con exudado, lográndose una mejoría clínica. Se interpreta el cuadro como probable etiología tuberculosa por lo que inicia tratamiento específico y corticoides sistémicos. El ecocardiograma de control muestra la persistencia de alrededor de 2000 ml de líquido en el pericardio sin signos de taponamiento. El mismo volumen se constató en el estudio realizado una semana después. Frente a la negatividad del líquido para BAAR, fue intervenido quirúrgicamente realizándose videotoroscopia que mostró engrosamiento pericárdico y presencia de tabiques, se toman muestras para anatomía patológica y bacteriología, los cuales resultaron con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. El paciente continúa el tratamiento en forma ambulatoria.

Conclusiones: Discusión y conclusiones

El taponamiento cardíaco en contexto de una tuberculosis pericárdica se observa en menos del 10 % de los casos. El tratamiento de elección es la pericardiocentesis evacuadora, para posteriormente realizar la investigación etiológica. La confirmación bacteriológica es difícil ya que el líquido pericárdico es solamente positivo en hasta el 42 % de los casos dependiendo de las series, mientras que el rédito del cultivo es de hasta el 75 %. El tratamiento específico es clave para disminuir la mortalidad, que pese al mismo se sitúa entre el 8 y el 17 %. La efectividad del tratamiento con corticoides sistémicos permanece siendo un tema controversial. Diferentes estudios han demostrado solamente una tendencia no significativa a reducir la mortalidad, sin efectos sobre la reaccumulación de líquido o la transformación a pericarditis constrictiva.

0174 - EVALUACIÓN POR TC DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL POST-INTUBACIÓN

Ramiro Horacio ROJAS MENDIOLA | Gerardo VILAS | Sabrina SABORIDO | Hernán BASILO VIGIL | German REDOLFI | José Antonio GONZALEZ
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNU

Introducción

La estenosis traqueal tiene múltiples etiologías, dentro de las cuales el trauma traqueal por intubación es uno de las más frecuentes. Los signos y síntomas se desarrollan cuando la estenosis alcanza un umbral crítico, es decir una luz menor a 10 mm. El diagnóstico por Tomografía Computada convencional tiene baja sensibilidad, pero con la adición de técnicas de reconstrucción multiplanar y tridimensional ésta aumenta considerablemente.

Caso clínico

Paciente de 51 años con antecedentes de tabaquismo de 35 paquetes/año, que cursó una internación previa en otro centro hospitalario por EPOC reagudizado con requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica por 9 días. Desde su egreso presentó tos y expectoración purulenta, disnea grado 4 mMRC progresando a disnea de reposo y estridor laríngeo motivo por el que consultó en varias oportunidades realizando 2 esquemas antibióticos y siendo tratada además con nebulizaciones con broncodilatadores. Por falta de mejoría es derivada a nuestro centro. A su ingreso se realizó Fibrobroncoscopia que mostró una estenosis traqueal subglótica, a 45 mm de las cuerdas vocales con una luz de 6 mm aproximadamente. Se complementó el estudio con una tomografía computada con reconstrucción tridimensional y fibrobroncoscopia virtual, lo que permitió medir la luz de la estenosis en 5 mm con una extensión de 3 cm,

datos que permitieron evaluar el tamaño del stent a colocar. Por Broncoscopia rígida se encontró una estenosis central con una luz de 4 - 5 mm. y una longitud de 3 cm. Se realizó dilatación hasta 12 mm. y posteriormente implante de stent 14-12-14 de 4 cm de longitud. La paciente evolucionó con mejoría clínica y con posterior control de imágenes que mostró al stent en su posición adecuada con una luz de 10 mm.

Conclusiones: Discusión y conclusiones

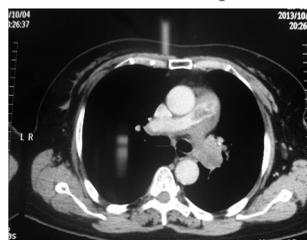
El manejo de las estenosis traqueales depende mucho del adecuado mapeo de la severidad y extensión vertical de la lesión. El procedimiento diagnóstico estándar incluye la TC y la Fibrobroncoscopia flexible, ambas con limitaciones técnicas. La endoscopia puede fallar en proveer la información suficiente cuando hay lesiones críticas, además de ser un procedimiento invasivo e incómodo para el paciente, con el riesgo agregado de la anestesia. La posibilidad de hacer reconstrucciones multiplanares, tridimensionales y más aún, la tomografía helicoidal con endoscopia virtual, permite "navegar" la vía aérea y evaluar el calibre más allá del sitio de la estenosis, siendo un procedimiento no invasivo y generalmente bien tolerado. Otra ventaja importante de la endoscopia virtual es que no es operador dependiente.

0175 - HIPERTENSION PULMONAR Y SARCOMA INTIMAL DE LA ARTERIA PULMONAR

Jhon BURGOS GOMEZ | Gabriel YUSTI | Analia SANTOS | Viviana CAO | Alejandra GONZALEZ | María Laura CRISTALDO
HOSPITAL POSADAS

Introducción

Los sarcomas primarios de la Arteria Pulmonar son raros, poco frecuentes y con mal pronóstico asociado. Su incidencia es < 1% de todos los tumores pulmonares. Su presentación clínica es inespecífica con disnea, dolor pleurítico, tos y hemoptisis, y muchas veces es interpretada erróneamente como TEP.



Caso clínico

Paciente de 67 años ex tabaquista que consulta por disnea de 3 meses de evolución. Se solicita para su estudio EFR normal y ETT que evidencia PSAP 74 mmHg y leve dilatación del VD. Se realizan exámenes complementarios para estudio de hipertensión pulmonar

(HTP), con centellograma V/Q que evidencia ausencia de perfusión pulmonar izquierda y del lóbulo superior derecho. Con diagnóstico de TEP se decide su internación, iniciando anticoagulación. Eco Doppler de miembros inferiores sin evidencia de TVP. Se realiza AngioTAC de tórax que informa patrón en mosaico e imagen heterogénea que compromete el hilio pulmonar izquierdo con invasión de la arteria pulmonar y ausencia de flujo en su rama izquierda. Evoluciona con episodios de hemoptisis.

Se realiza Fibrobroncoscopia (FBC), donde se evidencia en bronquio fuente izquierdo a 25 mm de la carina tumor endoluminal que obstruye el 100% de su luz. Se realiza electrocoagulación y biopsia. Se logra permeabilizar el bronquio fuente izquierdo, visualizando tumor sangrante que obstruye el lóbulo superior izquierdo (LSI).

Por alto riesgo de sangrando se decide suspensión de anticoagulación. La paciente fallece a los pocos días por insuficiencia respiratoria.



Posteriormente se recibe resultado de anatomía patológica que informa sarcoma intimal.

Conclusión

El sarcoma intimal de la arteria pulmonar es una entidad poco frecuente y que puede manifestarse en forma inespecífica, por lo que su diagnósti-

co precoz es difícil y requiere un alto grado de sospecha clínica. Es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de la disnea crónica y en casos de tromboembolismo pulmonar con mala respuesta a la anticoagulación, como es el caso de la paciente en discusión.

El sarcoma intimal de la arteria pulmonar se puede confundir con el tromboembolismo pulmonar crónico debido a la similitud de los signos y síntomas, así como a la progresión de la hipertensión pulmonar e insuficiencia ventricular derecha.

0176 - MUCORMICOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA. CASO CLINICO

María Victoria AVALOS | Horacio RENOM | Alejandro FRAGA | Pablo JORDAN | Andres ROMERA | Victoria VINCENT | Horacio BARRAGAN | Alejandro PATTIN | Gabriel BOTTE

COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 47 años de edad con antecedentes de tuberculosis a los 17 años, con tratamiento completo, Cáncer de mama estadio IV sin tratamiento ni seguimiento, con metástasis óseas, hepáticas y pulmonares, se interna de forma programa en sala de Ginecología para cirugía mamaria izquierda. Lesión mamaria izquierda: tumoración de 15 a 20 cm exofítica nerótica que infiltra la piel y reemplaza la mama. Presentaba tos productiva no efectiva, rales crepitantes bilaterales, hipoventilación apical izquierda.

A destacar en el laboratorio de ingreso: Hematocrito 32%, glóbulos blancos 18500/ ml, eritrosedimentación 120 mm.

Se realiza radiografía de tórax frente. Opacidad homogénea sin broncograma aéreo en campo superior izquierdo, engrosamiento pleural adyacente. Imágenes nodulares bilaterales predominantemente en base derecha, opacidad homogénea en proyección de mama izquierda.

Se realiza tomografía de tórax que evidencia voluminosa masa heterogénea, con densidad de partes blandas y de bordes lobulados en relación al sector lateral de la mama izquierda. Múltiples nódulos bilaterales compatibles con secundarismo. En lóbulo superior izquierdo imagen cavitada de paredes gruesas con contenido homogéneo en su interior.

Se realiza esputos seriados negativos para BAAR y hemocultivos Sin rescates bacteriológicos.

Se realiza videobroncoscopia evidenciándose en lóbulo superior izquierdo una lesión endoluminal de coloración blanco amarillenta con tonos marrones no adherida a paredes.

Anatomía patológica que informa la presencia de elementos micóticos gruesos bifurcados no tabicados compatibles con genero MUCOR.

La paciente inicia tratamiento con anfotericina B con buena tolerancia falleciendo posteriormente por su enfermedad de base avanzada.

0177 - ANEURISMA IDIOPÁTICO DE LA ARTERIA PULMONAR

Pablo IDOYAGA | Analía Veronica SANTOS | Alejandra GONZALEZ | Marcelo ZAMBONI | Mariano FIELLI | Gabriel YUSTI
HOSPITAL POSADAS

Introducción: El aneurisma de la arteria pulmonar es una entidad rara y de baja prevalencia. Representa menos del 1% de los aneurismas torácicos y frecuentemente son un hallazgo casual. Su presentación clínica suele ser asintomática e inespecífica y puede confundirse radiológicamente con adenomegalias, masas mediastínicas o pulmonares o encontrarse en autopsias.



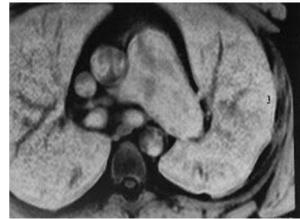
Caso clínico: Se presenta un paciente de 33 años de sexo masculino, tabaquista de 20 cigarrillos/día, que consulta por radiografía de tórax patológica hallada en un examen preoperatorio de otra índole.

Examen físico: normal. Radiografía tórax: arco medio prominente, sin infiltrados pulmonares. Ecocardiograma: normal. Se realiza angiografía de tórax que informa aneurisma

fusiforme del tronco de la arteria pulmonar (45mm) y de la rama pulmonar izquierda (36.8mm).

Ningún otro estudio pudo demostrar una asociación etiológica, por lo que se diagnosticó aneurisma de la arteria pulmonar idiopático.

Dado que el paciente no tenía hipertensión pulmonar, nunca tuvo hemoptisis y el aneurisma era menor a 6 cm se consideró con bajo riesgo de rotura, optándose por el tratamiento conservador y seguimiento cada 6 meses.



Conclusiones: El aneurisma de la arteria pulmonar constituye una rara anomalía vascular de difícil diagnóstico pero con riesgo de complicaciones fatales. Por ello su conocimiento es imprescindible para establecer su sospecha clínica, llegar a su diagnóstico y confirmar su etiología (congénita o adquirida). La indicación de tratamiento médico, endovascular o quirúrgico dependerá del riesgo de disección o rotura del aneurisma.

0178 - CONTROL DE FOCO DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL F.J. MUÑIZ. ¿CUAL ES LA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA EFECTIVIDAD?

Juan Antonio ZARRA | Monica ROMANO | Claudia FALCONE | Viviana ROTLLANT | Liliana CUSMANO
HOSPITAL FRANCISCO JAVIER MUÑIZ

Objetivos: Introducción: La TBC es uno de los motivos más frecuentes de internación, tanto en salas generales como en asociación con HIV como marcadora de SIDA. El control de foco de los contactos de pacientes con TBC es un tema importante en salud pública, y la concurrencia de los mismos es prioritario para optimizar el control de convivientes y la detección de nuevos casos entre los contactos. Objetivos: calcular el % cobertura de control de foco de casos índices internados por TBC y caracterizar el perfil epidemiológico de los contactos adultos evaluados. Materiales y Métodos: Se tabularon el total de ingresos anuales por TBC: casos índices(CI) durante el periodo 2011-2013. Se analizaron los CI con control de foco (CF) evaluados en el servicio por demanda espontánea y búsqueda pasiva. Se calculó la tasa de cobertura de CF (CI evaluados/CI internados x 100). Se analizaron las variables epidemiológicas de los contactos evaluados durante el CF (edad, procedencia, sexo, escolaridad, ocupación) y su situación clínica.

Resultados: Del total de pacientes ingresados a la institución durante el periodo en estudio, 1438 presentaron diagnóstico de TBC. Se evaluaron 3904 contactos adultos, de 852 casos índices (4,58 contactos por CI). La tasa de cobertura de control de foco fue de 59.24%. Las variables epidemiológicas más relevantes entre los contactos fueron: mediana de edad fue de 33 años, DE (+/- 13,94); rango etáreo de 18 a 86 años. El lugar de residencia correspondió a Provincia de Buenos Aires en el 62 % (n: 2420). La relación hombre/mujer fue de 0.72. El nivel de instrucción primaria completa superó el 70 %. En cuanto a la ocupación: ama de casa en el 35 %, costura/ otros trabajos informales 40 %, desocupados 10 %. Se detectaron 48 enfermos entre los contactos evaluados (n: 3904).

Conclusiones: La tasa de cobertura de CF del periodo en estudio fue subóptima, siendo prioritario un cambio de estrategia del CF para la concurrencia de los contactos a los servicios de salud. Es necesario un fortalecimiento de las actividades de atención primaria de la Salud, y así mejorar la accesibilidad a la información, concientizando sobre la patología y el control de la misma.

0180 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONARES EN PEDIATRIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Elsa BISERO | Graciela LUQUE | Cristina RIZZO | Mariela PÉREZ | Alejandra ZAPATA
HOSPITAL POSADAS

Objetivos: Objetivo primario: prevalencia de TBE entre los pacientes con TB Objetivo secundario: a) describir las caracte-

ísticas clínico-epidemiológicas de la población pediátrica con TBC extrapulmonar b) evaluar la adherencia al tratamiento en esta población

Materiales y Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de niños con diagnóstico de TBE, internados o atendidos en consultorios externos de neumonología infantil. Enero de 2005 a diciembre de 2013. Con tratamiento finalizado al 30 de junio de 2014. Menores de 15 años. Se excluyeron los niños con SIDA. Se definió TBE a la localización tuberculosa que afecta cualquier órgano que no sea el pulmón. Se definió abandono cuando un paciente no recibe tratamiento específico durante un mes o más, en cualquier fase del mismo

Resultados: Se atendieron 211 casos de tuberculosis. 61 casos correspondieron a TBE. Representaron el 28,9%

Las características epidemiológicas fueron: Edad: mediana de 9 (rango 7 m-14 años). 33 (55%) correspondieron al sexo femenino. 48 (78,68%) eran de etnia Argentina. Al ingreso 55 (90%) eran sintomáticos. La mayoría fueron eutróficos 35 (57,3%). Foco de contagio se detectó en 38 (62,29%) casos. El primer lugar correspondió a madre o padre, seguido por tío o tía y abuelo o abuela. La prueba tuberculínica al ingreso fue $> 0 = a 10\text{mm}$ en 8 (13,1%) pacientes. Presentaban B.C.G 49 (80,32%). Se efectuó VIH en 38/61 (62,29%). Ninguno fue positivo. Predominó la forma pleural, seguida por la ganglionar. Dos casos tuvieron compromiso de más de 3 órganos. En 8 (13%) pacientes se registró compromiso pulmonar concomitante. El rendimiento de la bacteriología sobre los 61 casos de TBE fue del 33%. El material con mayor rendimiento fue el ganglio, en segundo lugar el líquido pleural. Sobre el total de 20 aislamientos 18 fueron *Mycobacterium tuberculosis* y 2 *Mycobacterium bovis* (BCG). No hubo resistencias. La tasa de abandono fue del 22%. Comorbilidades se registraron en 8 (13,1%). Los RAFAs fueron 3 (4,9%), 2 hepatitis tóxicas y un Sdme. de Dress. El mayor porcentaje de TBE se registró en los últimos 3 años y correspondió a 36 (59%) de los casos. La mayoría de los niños provenían del área de influencia del hospital. No hubo fallecidos.

Conclusiones: dentro de las TBE el primer lugar lo ocupó la TB pleural, seguida por la ganglionar. En esta población se notó un incremento importante de TBE en los últimos 3 años.

0181 - IMPACTO DE LA FIBRINOLISIS EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBMASIVO

Agustín GARCÍA | Jorge CANEVA | Juan Manuel OSSES | Rosalía AHUMADA | Graciela WAGNER | Atenea GREGORIETTI | Cecilia KNIZ | Tania RODRIGUEZ
FUNDACION FAVALORO

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) submasivo o de riesgo intermedio se define como aquél con estabilidad hemodinámica y evidencia de disfunción ventricular derecha documentada por ecocardiografía, tomografía computada (TC), elevación de biomarcadores (BNP, pro-BNP) y marcadores de injuria miocárdica (troponinas). El uso de fibrinolíticos es tema de controversia. Actualmente, el uso de una dosis de fibrinolítico agregado al tratamiento con heparina no fraccionada reduce significativamente la combinación del colapso hemodinámico y el riesgo de muerte por cualquier causa en los 7 días siguientes al inicio de la terapia, con un discreto aumento en el riesgo de hemorragia intracraneal y mayor extracraneal comparado con placebo (2% vs 0,2% y 6,3% vs 1,2% respectivamente). Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de TEP submasivo tratada con fibrinólisis.

Caso clínico. Mujer de 75 años, hipertensa, con antecedente de hemorragia digestiva baja un año previo, secundaria a diverticulosis colónica y gastritis erosiva en tratamiento con omeprazol. Traumatismo de cráneo de larga data con convulsiones secundarias. Ingresó por disnea rápidamente progresiva hasta CF III y dolor torácico característico de 5 días de evolución. Presentaba semiología de trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo posteriormente confirmada por ecocardiografía Doppler en venas femoral, poplitea y tibial posterior izquierdas. La angiogramografía de tórax mostró imágenes compatibles con TEP agudo bilateral en ambas ramas principales, lobares y segmentarias. Ingresó estable hemodinámicamente, con signos

de sobrecarga sistólica y fallo del ventrículo derecho por ecocardiograma Doppler transtorácico y biomarcadores como se muestra en las Tablas 1 y 2. Con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio o submasivo y sin contraindicaciones para el uso de fibrinolíticos, se administraron 100mg de activador tisular de plasminógeno (rt-PA) en dos horas por vía endovenosa seguidos de heparina no fraccionada. Los cambios ecocardiográficos y de biomarcadores 24 horas posteriores a la infusión se muestran en las Tabla 1 y 2.

	BASAL	POSFIBRINOLISIS
Área de aurícula derecha	24 cm ²	18.8 cm ²
Presión sistólica estimada de arteria pulmonar (PSAP)	68 mmHg	No estimada por IR trivial
Insuficiencia tricúspida (IT)	Moderada	Trivial
Función sistólica del ventrículo derecho (VD)	Severo deterioro	Conservada
Tamaño del VD	Severamente dilatado	Normal

	INGRESO	24hs	POSTERIOR rTPA
Troponina I	0.102 ng/ml	0.16 ng/ml	0.03 ng/ml
BNP	457.2 pg/ml	752 pg/ml	110 pg/ml

Conclusiones: El presente caso evidencia la rápida y beneficiosa evolución de una paciente con TEP de riesgo intermedio por el uso de fibrinolíticos. No se han registrado en este caso, complicaciones asociadas al uso de rt-PA. Es probable que en el futuro se logre reducir el aumento en el riesgo de complicaciones hemorrágicas reduciendo la dosis del fármaco o modificando su forma de administración a fin de maximizar el evidente beneficio aportado en la evolución clínica de estos pacientes.

0182 - ENFERMEDAD INTERSTICIAL ASOCIADA A SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE-CIRROSIS BILIAR PRIMARIA (HA-CBP)

Josefina VILLA | Erica CUENCA | Hernán DIFILIPPO | Jaime GUILLEN | Hugo KARLEM | Nicolás ITCOVICI | Silvia QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Introducción: Las enfermedades autoinmunes son un grupo heterogéneo de trastornos que comparten un daño inmunológico que puede afectar a varios órganos. El síndrome de superposición de HA-CBP es una entidad caracterizada por manifestaciones clínicas, analíticas, inmunológicas e histológicas de ambas entidades. Hay escasas comunicaciones en la literatura sobre enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) asociada a enfermedades inmunológicas del hígado.

Caso clínico: Paciente varón de 72 años de edad, ex fumador de 20 paquetes/año, con diabetes diagnosticada en 1997 insulino dependiente, síndrome de superposición HA-CBP diagnosticada en 2006 en tratamiento con Deflazacort 30mg/d (en dosis decreciente), Azatioprina 50mg/d y Ácido Ursodesoxicólico 15 mg/kg/d con respuesta favorable (normalización de los parámetros de laboratorio y clínicos que se mantiene hasta la fecha). En 2011; púrpura trombocitopénica autoinmune, tratada con corticoides e inmunoglobulina intravenosa con remisión completa hasta la fecha. En 2013 comienza con disnea a esfuerzos moderados un mes antes de la consulta. Los estudios de función pulmonar muestran FVC 3.16 (70%), FEV₁ 2.59 (78%), FEV₁/FVC 82% TLC (N2) 5.64 (78%), RV/TLC 40% y DLCO 31.95 (97%). Test de caminata SaO₂ máxima 98%, mínima 95% distancia recorrida 480mts. La TAC de tórax muestra engrosamiento septal inter e intralobulillar a predominio bibasal asociado a aisladas bronquiectasias calificable como UIP probable (infiltrado reticular, predominio subpleural y de lóbulos inferiores, sin inconsistencias, pero sin panalización ni frías bronquiectasias de tracción). Al momento de la consulta el paciente recibía deflazacort 6mg/día. Ante el escaso compromiso funcional de la enfermedad pulmonar, se decide observación con DLCO cada tres meses. A los seis meses de seguimiento el paciente no ha mostrado caída de la función pulmonar.

Conclusiones: Existen unos pocos casos de EPI asociados a CBP, generalmente en pacientes con Raynaud y elementos de otras enfermedades del tejido conectivo. La única EPI descripta excepcionalmente en casos de HA es la neumonía linfocítica.

Hasta nuestro conocimiento este es el primer caso de una EPI asociada a síndrome de superposición HA-CBP. Este caso enfatiza la patogenia inmunológica de muchas EPI y la necesidad de búsqueda activa de EPI en pacientes con diagnóstico de otras enfermedades autoinmunes.

0186 - INJURIA PULMONAR AGUDA POR SOBRENADANTE DE CULTIVOS DE PSEUDOMONA AERUGINOSA: ESTUDIOS "IN VITRO" Y EN UN MODELO ANIMAL.

Fernanda ELIAS(1) | Mariana LICAUSI(1) | Mariana CALELLO(1) | Andrea Vanesa DUGOUR(1) | Adriana DUCHENE(2) | Eleonora MENGONI(1) | Juan Manuel FIGUEROA(1)

CENTRO DE BIOLOGIA RESPIRATORIA (CEBIR). FUNDACION PABLO CASSARA (FPC) (1); HOSPITAL ESCUELA FCV-UBA (2)

Objetivos: Una de las manifestaciones más graves de la infección por Pseudomona Aeruginosa (PA) es la Injuria Pulmonar Aguda (Acute Lung Injury, ALI). Recientemente un consenso de la ATS unificó los criterios que definen la ALI en modelos animales. La aplicación intrapulmonar de PA o de sus endotoxinas se ha utilizado en este tipo de modelos. PA produce sustancias, llamadas factores de virulencia, que son liberadas al medio sin lisis bacteriana y que facilitan la progresión de la infección y la invasión de los tejidos, pero existen menos datos sobre la participación de estas sustancias en la generación de ALI. 1) caracterizar la actividad de factores de virulencia en el sobrenadante de cultivos de PA; 2) evaluar la actividad de estos sobrenadantes en cultivos de células de epitelio bronquial humano (Calu 3); 3) evaluar si este sobrenadante en ratones produce ALI según los criterios de la ATS.

Materiales y Métodos: 1) se cultivó PA en medio LB y se valoró la presencia de elastasas, proteasas, piocianina, y acyl-homoserin lactonas (mediadores del quórum sensing) en el sobrenadante. 2) se cultivo una línea de células bronquiales humanas en monocapa. Un grupo fue expuesto al sobrenadante de los cultivos de PA libre de bacterias y el otro grupo a medio LB esteril. Se valoró: vitalidad celular (método MTS), actividad citotóxica (método Cytotox), producción de nitritos (NO2), producción de radicales de oxígeno y de nitrógeno (microscopía de fluorescencia), y producción de IL-8 por las células Calu3. 3) se utilizaron dos grupos de ratones adultos; fueron anestesiados y a un grupo se le instiló con un catéter intra-traqueal 0.3mL de sobrenadante de cultivo de PA. El grupo control fue instilado con medio de cultivo esteril. A las 24 hs los animales fueron nuevamente anestesiados y se les realizó un lavado broncoalveolar (BAL) en el que se midió la concentración de proteínas. Luego se sacrificó a los animales, se tomaron ambos pulmones, se fotografiaron, y se procesaron por separado: el pulmón izquierdo fue homogeneizado en sol.fis. y centrifugado y con el pellet resultante se realizaron frotis para conteo de hematiés y neutrófilos (Giemsa); el pulmón derecho fue procesado para histología (Hematoxilina-Eosina). En dos subgrupos de ratones (experimental y control) se evaluó la permeabilidad vascular mediante técnica de azul de Evans (colorante con afinidad para la albúmina: se perfunden por vía aórtica los animales con azul y con buffer limpiante sucesivamente; luego se remueven los pulmones y se determina por colorimetría la cantidad de azul extravasada).

Resultados: 1) los diferentes métodos confirmaron la presencia en el sobrenadante de los cultivos de PA de todos los factores de virulencia investigados. 2) la adición del sobrenadante de cultivos de PA a las monocapas de epitelio respiratorio indujo mortalidad celular, citotoxicidad, producción de nitritos y de radicales libres, y liberación de IL-8. 3) en los ratones el grupo experimental mostró un aumento en la concentración de proteínas en el BAL y grandes zonas de hemorragia y edema en la macroscopía de los pulmones. En los frotis del homogenato pulmonar se observó un significativo aumento de neutrófilos y eritrocitos y en la histología de los pulmones un infiltrado inflamatorio acompañado de hemorragia alveolar severa y grandes áreas de atelectasia. La técnica de azul de Evans confirmó gran extravasación de albúmina unida al colorante. Todos estos puntos completan los requisitos de la ATS para la definición de ALI experimental.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran el gran poder nocivo de los factores de virulencia de PA sobre el huésped, y su capacidad de generar ALI aún en ausencia de bacterias.

0188 - EFECTO DE LA ADICIÓN DE UN CONCENTRADO DE HUMO DE CIGARRILLO SOBRE LA LIBERACIÓN DE MEDIADORES EN UN MODELO DE EPITELIO ASMÁTICO IN VITRO.

Andrea Vanesa DUGOUR | Juan Manuel FIGUEROA

CENTRO DE BIOLOGIA RESPIRATORIA (CEBIR). FUNDACION PABLO CASSARA (FPC)

Objetivos: Introducción: las células Calu-3 son una línea de células epiteliales respiratorias de origen humano que, cultivadas en monocapa en interfase líquido-aire, presentan estructura, metabolismo, y funciones muy similares a las del epitelio bronquial in vivo. Son ampliamente utilizadas en estudios fisiológicos y farmacológicos. Al ser estimuladas con citoquinas proinflamatorias liberan mediadores que amplifican la inflamación y esto puede ser revertido por fármacos controladores del asma.

La inhalación de humo de cigarrillo (HC) es un importante factor de agravamiento en los pacientes con asma. El tabaquismo en los asmáticos se asocia con mayor inflamación de las vías aéreas, aumento de infiltración neutrofílica, y mayor remodelación. Entre los mediadores que son liberados por las células del epitelio bronquial en el asma y que podrían estar relacionados con estos fenómenos se encuentran la IL-6 (promotora de la respuesta TH2), la IL-8 (quimiotáctica para los neutrófilos), y el VEGF (promotor de la proliferación vascular).

Objetivos: evaluar, en células Calu-3 cultivadas en monocapa e inflamadas, el efecto de la adición de un concentrado de humo de cigarrillo sobre la liberación de IL-6, IL-8, y VEGF.

Materiales y Métodos: se cultivaron dos grupos de células CALU-3 en placas de cultivo de 96 pocillos. Un grupo se estimuló agregándoles IL-1β (50 ng/ml) y H2O2 (100 μM) (mediadores proinflamatorios presentes en las vías aéreas de los asmáticos). En el otro grupo se agregaron estas sustancias más un concentrado de humo de cigarrillo (CHC) durante 4 horas. Posteriormente se lavaron las células con medio de cultivo fresco, se las dejó en reposo 24 hs y se tomaron muestras del sobrenadante. Se cuantificaron, en ambos grupos, los niveles de IL-6, IL-8, y VEGF liberados por las células Calu-3 al sobrenadante (Elisa de captura).

Resultados y conclusiones: 1) la adición de IL-1β-H2O2 indujo, de manera persistente y significativa, la liberación de IL-6, IL 8, y VEGF 2) El agregado de CHC a este estímulo produjo una mayor elevación (efecto sinérgico) de todos los mediadores estudiados.

Esta observación coincide con datos obtenidos del BAL y el esputo de asmáticos fumadores, y es coherente con el comportamiento clínico de esos pacientes. El presente modelo podría ser útil en la evaluación inicial de estrategias terapéuticas destinadas al tratamiento de los asmáticos expuestos al humo de cigarrillo.

0190 - TENDENCIA DE LA NOTIFICACION DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN MENORES DE 20 AÑOS EN ARGENTINA 1990-2012

Juan Carlos BOSSIO | María Gimena LUQUE | Sergio Javier ARIAS | Hugo Roberto FERNÁNDEZ | Flavio Osvaldo LANDRA | Diego Augusto GARCILAZO | Rosa Elvira LÓPEZ

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS

Objetivos: Describir la tendencia de la notificación de casos de Tuberculosis en menores de 20 años en Argentina entre 1990 y 2012.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de serie temporal, de los casos notificados de tuberculosis al Programa Nacional de Control, desde los programas de las 24 jurisdicciones del país.

Se utilizaron las bases de datos de notificación de tuberculosis del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Se emplearon estimaciones de población por edad del Instituto

Nacional de Estadística y Censo para el período 1990–2012 y se calcularon tasas por 100.000.

Para el análisis de la tendencia se calculó la diferencia porcentual de tasas para todo el período con su valor de *p*. Luego se utilizó un modelo de regresión exponencial y la tendencia se expresó como Variación Anual Promedio (VAP) porcentual de la tasa de notificación, con su valor central e intervalo de confianza del 95%. La tendencia se estratificó por subgrupos quinquenales de edad y se evaluó la existencia de puntos de quiebre con Joinpoint.

Se emplearon los programas de computación Excel 2010, Joinpoint Regression Program 4.0 y Epi Info 3.5.1.

Resultados: En 2012 se notificaron 9.070 casos nuevos de tuberculosis de todas las edades en Argentina, 21,7 casos por cada 100.000 habitantes y 1752 fueron en menores de 20 años, 12,3 por cada 100.000 habitantes.

La tasa de notificación de TB en menores de 20 años se redujo 55,7% entre 1990 y 2012 ($p < 0,001$), con una VAP de -3,78% (-4,33; -3,22). Este ritmo de descenso fue mayor al registrado en el mismo período en todas las edades, cuya tasa disminuyó 47,8% ($p < 0,001$), con una VAP de -2,57% (-2,93; -2,21).

La reducción de la tasa fue mayor en menores de 10 años. Antes de los 5 años, la tasa se redujo 71,6% ($p < 0,001$) con una VAP de -5,90% (-6,79; -5,01) y en el grupo de 5 a 9 años la tasa se redujo 70,4% ($p < 0,001$), con una VAP de -5,62% (-6,70; -4,52). En los mayores de 10 años, la reducción de la tasa fue menor que en los dos grupos anteriores. De 10 a 14 la tasa se redujo 55,8% ($p < 0,001$), con una VAP de -3,54% (-4,47; -2,59) y de 15 a 19 años la tasa disminuyó 33,5% ($p < 0,001$), con una VAP de -1,60 (-2,06; -1,13).

La tendencia de la tasa de notificación de casos de tuberculosis en menores de 20 años fue mayor de 2004 a 2012 que de 1990 a 2004: -5,86% (-7,91; -3,76) y -2,94% (-4,10; -1,76), respectivamente.

Sin embargo, esto se observó solamente en menores de 15 años de edad ya que, entre los adolescentes de 15 a 19 años, la tendencia empeoró a partir de 2004: pasó a ser estable, -0,93% (-2,43; 0,60), luego de haber sido al descenso entre 1990 y 2004: -2,57% (-3,37; -1,77).

En menores de cinco años y de 5 a 9 la tendencia al descenso fue cercana o superior al 10% anual: la VAP en menores de 5 fue -9,74% (-13,04; -6,31) en 2004-2012 y había sido -3,90% (-5,41; -2,36) de 1990 a 2004; y de 5 a 9 años fue -11,61% (-14,94; 8,16), luego de haber sido -6,44% (-10,20; -2,52) hasta 2004.

Conclusiones: La tendencia de la tuberculosis pediátrica fue al descenso desde 1990 y la reducción fue mayor a la que se registró para todas las edades, especialmente en los menores de 10 años. Esto es compatible con el resultado esperado de las acciones de control y tratamiento que reducen el riesgo de infección de infección de la población sana, lo que se traduce primero en un menor número de casos en la infancia. La situación de los adolescentes muestra un comportamiento diferente y, en los últimos años, la tendencia del problema empeoró, permaneciendo estable.

0191 - ENFISEMA BULOSO Y NEUMOPERICARDIO

Fabio AVILA | Gabriel YUSTI | Vanessa PRADO | Mariano FIELLI | Adrian CECCATO | María Laura CRISTALDO | Nancy LLANQUIPACHA SANCHEZ | Alejandra GONZALEZ HOSPITAL POSADAS

INTRODUCCION

El neumopericardio es un trastorno poco frecuente pero potencialmente grave definido por la presencia de aire en la cavidad pericárdica, que habitualmente es secundaria a una enfermedad o a una manipulación de órganos adyacentes con contenido aéreo. Su presencia puede condicionar la aparición de compromiso hemodinámico capaz de amenazar o empeorar la situación clínica del paciente, requiriendo en ocasiones una identificación y un manejo adecuados



CASO CLINICO

Paciente masculino de 49 años, no tabaquista, con antecedentes de enfisema buloso e internación reciente por neumotórax espontáneo grado II, con colocación de tubo de avenamiento en otro centro. Espirometría previa: FVC 1.27 (32%), FEV1/FVC 79, FEV1 1.01.

Cursa internación en el servicio de Clínica médica por neumotórax bilateral con colocación de tubo de avenamiento pleural bilateral, con mala evolución clínica, con falta de re-expansión pulmonar. Se retiran drenajes.

Se solicita dosaje de alfa1-antitripsina dentro de parámetros normales,

Durante la internación evoluciona con progresión de la disnea asociada a toracodinia por lo que se realiza radiografía y TAC de tórax que informa progresión del neumotórax bilateral a predominio izquierdo asociado a neumopericardio. Se solicita ecocardiograma transtorácico, no se puede realizar por mala ventana ultrasónica por interposición de aire. Evaluado por cirugía torácica, se decide recolocación de tubo de avenamiento pleural izquierdo, con leve mejoría sintomática. Paciente evolución sin signos de taponamiento cardíaco



Conclusiones: El neumopericardio es una entidad clínica muy poco frecuente pero potencialmente grave, ya que puede provocar taponamiento cardíaco. En adultos la etiología más frecuente es la iatrogénica, complicación de procedimientos invasivos, canalización de vías centrales, pericardiocentesis, y ventila-

ción mecánica entre otras. También puede vincularse a crisis de asma, cáncer pulmonar, perforación esofágica y rotura de bullas subpleurales. El diagnóstico de neumopericardio puede realizarse con una simple radiografía de tórax que suele mostrar una banda radiotransparente paracardiaca en un paciente con dolor torácico de tipo pleuropericardico. La tomografía computarizada de tórax permite diferenciarlo del neumomediastino, ya que en el neumopericardio el aire cambia de posición al adoptar el decúbito supino. En la mayoría de los casos descritos en la bibliografía en los que no existe afección concomitante severa, el cuadro se resuelve aplicando únicamente medidas de soporte.

0192 - MORTALIDAD HOSPITALARIA POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y CONDICIONES SOCIALES EN LA PROVINCIA DE SANTA FE, 2010-2012

María Gimena LUQUE | Juan Carlos BOSSIO | Flavio Osvaldo LANDRA | Gustavo Ariel ARMANDO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS

Objetivos: Analizar la asociación entre la mortalidad hospitalaria y la condición social en pacientes de 20 a 74 años hospitalizados por enfermedades del sistema respiratorio en establecimientos públicos de la provincia de Santa Fe en 2010-2012. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, con la información de la Dirección General de Estadística de Salud de la Provincia de Santa Fe, sobre los egresos hospitalarios por Enfermedades del Sistema Respiratorio (Códigos J00-J99 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión) correspondiente a establecimientos públicos durante el trienio 2010-2012. Se estratificó la información por edad (20 a 44, 45 a 64 y 65 a 74) para las siguientes variables sociales: nivel de instrucción y cobertura de salud; y 20 a 44 y 45 a 64 (en varones) o 45 a 59 (en mujeres) para la situación laboral. Se analizó la asociación entre la causa del egreso (defunción o alta médica) y las variables sociales para el total y por grupos de edad, mediante el cálculo de la Odds Ratio con su intervalo de confianza del 95%.

Se emplearon los programas de computación Excel 2010 y Epi Dat 3.1.

Resultados: En el trienio 2010-2012 hubo 53.841 egresos por enfermedades del sistema respiratorio en hospitales públicos, el

12,1% del total de los egresos. El 28,2% de esos egresos (15.172) fue de 20 a 74 años de los cuales 12.833 (84,6%) fueron por alta médica y 271 (5,0%) por defunción.

Se encontró asociación entre la defunción como causa de egreso y el bajo nivel de instrucción, OR=2,24 (1,92; 2,61), y la carencia de obra social, OR=1,24 (1,05; 1,48), en el grupo de 20 a 74 años; y la desocupación, OR=1,79 (1,35; 2,38), en el grupo en edad laboral.

La asociación se encontró en los tres subgrupos de edad.

La defunción como causa de los egresos de 20 a 44 años se asoció al bajo nivel de instrucción: OR=2,74 (1,80; 4,17) y al desempleo, OR=2,05 (1,15; 3,66). También se encontró asociación con la falta de obra social: OR=1,75 (1,07; 2,85), pero para un nivel de confianza del 90%.

En el grupo de 45 a 64 años, la defunción se asoció al bajo nivel de instrucción: OR=2,59 (2,09; 3,20) y a la falta de obra social: OR=1,58 (1,22; 2,06) y en el grupo en edad laboral (45 a 64 en varones y 45 a 59 en mujeres) se asoció a la falta de trabajo: OR=2,09 (1,51; 2,92).

Finalmente, en el grupo de 65 a 74, la defunción como causa de egreso se asoció al bajo nivel de instrucción: OR=1,76 (1,33; 2,34) y a la falta de obra social: OR=1,85 (1,40; 2,44).

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria por enfermedades del sistema respiratorio en establecimientos públicos en pacientes de 20 a 74 años está asociada a condiciones sociales desfavorables como el bajo nivel de instrucción, la falta de cobertura de salud y la desocupación laboral. Es necesario profundizar las características de estas hospitalizaciones para identificar los factores asociados a su desenlace fatal, y para diseñar posibles intervenciones preventivas y terapéuticas que reduzcan el riesgo de morir.

0194 - TUBERCULOSIS PULMONAR Y HEMOPTISIS: ¿UNA ASOCIACIÓN FRECUENTE?

Ignacio Jose MARTIN | Nicolas CASCO | Jimena FALCO | Mayra GUILLEN | María Cecilia LA PIETTRA | Alberto LEVI | Bosco MENDOZA | Miguel Bernardo ZAPPIA | Jorge CASTAGNINO | Rosa MUSELLA | Domingo PALMERO
HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑOZ

Objetivos: La incidencia de tuberculosis (TB) es netamente superior al promedio del país en CABA y conurbano bonaerense, asociada a las condiciones socioeconómicas y migraciones, sin embargo existe escasa bibliografía publicada sobre hemoptisis asociada a esta entidad. Se realiza este estudio con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de esta asociación en un hospital de referencia.

Materiales y Métodos: Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes internados en el período abarcado entre enero de 2013 y junio de 2014. Todos los pacientes tenían diagnóstico definitivo o presuntivo de TB pulmonar. El motivo de ingreso de dichos pacientes fue hemoptisis. Se consideró edad, nacionalidad, comorbilidades, patrón radiológico, baciloscopia al ingreso, gravedad del cuadro, realización de endoscopia respiratoria y de embolización arterial selectiva.

Resultados: De un total de 375 pacientes ingresados en el período analizado, 59 (15,6%) presentaron hemoptisis; dentro de ese grupo, que es motivo de nuestro análisis, 32 (54%) fueron de sexo masculino y 28 (46%) de sexo femenino. La media de edad fue de 31 años (rango=17- 63). 29 (49%) eran de nacionalidad argentina, 26 (44%) boliviana, 3 (5%) peruana y 1 (2%) paraguaya. Del total de los pacientes 22 (37,2%) presentaban comorbilidades, las más comunes fueron enolismo, adicción a drogas inhalatorias, diabetes y tabaquismo. Un paciente tenía diagnóstico de aspergilosis intracavitaria. Tres pacientes estaban embarazadas.

45 (76,2%) de los pacientes no tenía tratamiento previo por TB, 14 (23,7%) sí. De estos últimos, 3 (5%), realizaron tratamiento incompleto, 9 (15%) abandonó el tratamiento previamente y 2 (3,3%) habían completado el mismo.

48 (81%) de los pacientes presentó baciloscopia de esputo positiva al ingreso.

En 42 (71%) la radiografía de tórax mostró una o mas imágenes cavitadas, siendo la forma radiológica más frecuente la unilateral cavitada en 24 (40%) pacientes.

En cuanto a la magnitud del sangrado se evidenció 31 casos (52%) de hemoptisis leve, 21 (35%) moderada, 5 (8,4%) grave y un caso de hemoptisis amenazante.

Requirieron internación en UTI 4 pacientes (6,7%). Solo 3 (5%) presentaron descompensación hemodinámica. Observándose 1 solo caso de insuficiencia respiratoria. Se constato óbito de 1 paciente.

Del total de pacientes con hemoptisis, se les realizó fibrobroncoscopia a 6 (10%) evidenciándose sangrado activo en 5 (8%) y efectuándose tratamiento endoscópico en 3 de ellos (5%). Por otro lado se decidió embolización arterial selectiva en 2 de los casos.

El 98% de los pacientes se retiro con alta médica, utilizando 56 de ellos (94%) fármacos antituberculosis de primera línea, 2 (3%) tratamiento alternativo no hepatotóxico y un caso de tuberculosis multirresistente con tratamiento ajustado según sensibilidad.

Conclusiones: Según los datos recopilados en este estudio, se llevo a la conclusión que la hemoptisis es una frecuente complicación en tuberculosis. Se observó en esta serie de pacientes que, en la mayoría de los casos la endoscopia no jugó un rol fundamental en el tratamiento; siendo la terapéutica convencional suficiente para el manejo de la misma, como muestra la evolución favorable de casi todos los pacientes. No obstante tanto la endoscopia como la embolización arterial selectiva fueron herramientas terapéuticas determinantes en los casos en que la hemoptisis comprometió la vida de los pacientes.

0195 - MICOBACTERIUM GENAVENSE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Gerardo Javier MALBERTI ALESSIO(1) | Sabrina Soledad ALVAREZ(2) | Javier ABDALA(1) | Enrique Mauricio BARIMBOIM(1) | Julio GONZALEZ FRAVEGA(1) | Selva RUFFOLO(1)
HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (1); POSGRADO DE NEUMONOLOGIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO (2)

Objetivos: Presentar un caso de paciente con HIV que consulta por fiebre y dolor abdominal, en la que se aísla micobateria (M.) atípica.

Caso Clínico: Femenino. 41 años, HIV desde hace 8 años, leucoencefalopatía multifocal progresiva hace un año, regular adherencia, CD4 67, CV 50 copias. Presenta fiebre y sudoración nocturna, con dolor abdominal y lumbar derecho de 10 días de evolución. Pérdida de peso de 15 kg aprox en 2 meses. Al examen T° 38,3, adelgazada, lesiones compatibles con herpes cicatrizal en T5 derecho, adenopatía submandibular derecha móvil dolorosa, abdomen distendido, dolor a palpación superficial y profunda en fosa ilíaca izquierda, sin reacción peritoneal, ruidos presentes, catarsis positiva. HTO 27, GB 4800 NS80 NC16 L3, amilasemia 32, sedimento de orina sin alteraciones. Ecografía abdominal: hepatomegalia, adenopatía latero-aórtica y retroperitoneales (1,4 a 2,6 cm), douglas libre. TAC abdomen: múltiples conglomerados adenopáticos, retroperitoneales, latero-aórticos izquierdo, retrocrurol y mesenterio todos >20mm. Se decide laparotomía exploradora con extracción de ganglios, impronta y biopsia informa histiocitos espumosos, linfocitos y PMN con detritus celulares y fibrina, no se reconoce parénquima ganglionar, citología neoplásica negativa. Se cultiva con búsqueda de BAAR, el cual se aísla y se inicia tratamiento con 4 drogas más claritromicina, enviando muestra al Malbran para tipificación por sospecha de M. atípica, la cual se informa como M genavense, ajustando esquema actualmente a H, R, Z y claritromicina. Se rechequea en la evolución CD4 <250 y carga viral sin cambios

Conclusiones: Las micobacterias no tuberculosas pueden comprometer la vida de los pacientes con deficiencias inmune celular profundas, particularmente aquellas asociadas a HIV. M genavense es un germen de crecimiento lento y fastidioso, que prefiere intestino y ganglios presumiblemente por contaminación abdominal. Si bien no es frecuente, su presentación fue la clásica, debiendo sospecharlo en cuadros compaibels enpacientes con inmunocompromiso a fin de tipificar correctamente ajustando el tratamiento. A propósito se presenta el siguiente caso y breve revisión de la literatura.

0198 - PATRON EN EMPEDADRO: REPORTE DE UN CASO

Erica Rocio ANDERSSON | Celina BRAGGIO | Mabel Eliana CHIRINO | Yesica CORREA | Juan Pablo DE MARCHI | Ayelén FERNANDEZ | Ayelén LARDIZABAL | Carla TORRES | Gastón PELLEGRINO | Veronica OUTÓN
HOSPITAL ESPECIALIZADOS DE AGUDOS Y CRONICOS SAN JUAN DE DIOS

INTRODUCCION: El patrón en empedrado o "crazy paving" se describe en la TACAR como un patrón bilateral y difuso formado por áreas en vidrio esmerilado y engrosamiento de los septos interlobulillares. Es característico de la proteinosis alveolar aunque se puede presentar en otras patologías como la sarcoidosis, NINE, NOC, infecciones pulmonares, neoplasias, hemorragias, edema pulmonar y NIL.



CASO CLINICO: Mujer de 37 años, tabaquista de 20 p/año, DBT, IRC con OCD derivado a nuestro hospital para estudio de intersticiopatía. Al examen físico, paciente en aceptable estado general, hemodinámicamente estable, con facie cianótica e hipocratismo digital. Presenta aceptable mecánica ventilatoria, BEAB con rales velcro bibasales.

ESTUDIOS SOLICITADOS: Gasometría: PH 7.43 PCO2:

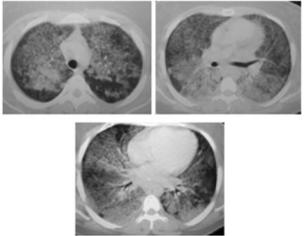
35.8 PO2: 55.1 Sat 89.1% HCO3: 24 a 0.21% Na+: 139 K+: 4. PFR: Moderado descenso de la capacidad vital. Prueba broncodilatadora negativa.

TACAR: opacidades en vidrio deslustrado, comprometiendo en forma difusa y parcheada ambos parénquimas, asociada a opacidades lineales intralobulillares y engrosamiento septal irregular.

Perfil reumatológico negativo.

FBC con toma de BAL y BTB.

ANATOMIA PATOLOGICA: BAL: líquido lechoso opaco con macrófagos cargados de lípidos y abundante, cantidad de material extracelular, eosinófilo PAS +.



BTB: Se observa parénquima pulmonar lleno de material proteináceo con algunos macrófagos, neumocitos y hematíes. Intersticio con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con algunos PMN y congestión vascular.

DH: Proteinosis Alveolar

CONCLUSION: Siempre que se obtenga como hallazgo en

la TACAR de tórax un patrón de "Crazy Paving" como primer diagnóstico diferencial se debe considerar a la Proteinosis Alveolar

0200 - FORMA DE PRESENTACION ATIPICA DEL HEMANGIOENDOTELIOMA PULMONAR

Yesica Belen CORREA | Erica Rocio ANDERSSON | Celina BRAGGIO | Eduardo CARINCI | Mabel Eliana CHIRINO | Juan Pablo DE MARCHI | Ayelén FERNANDEZ | Ayelén LARDIZABAL | Carla TORRES | Gastón PELLEGRINO | Veronica OUTÓN
HOSPITAL ESPECIALIZADOS DE AGUDOS Y CRONICOS SAN JUAN DE DIOS

INTRODUCCION: El hemangioendotelioma es un tumor vascular, raro, de grado intermedio de malignidad y con una tasa de sobrevida a largo plazo variable. Los sitios de presentación más frecuente son partes blandas, huesos, hígado y pulmón. Las formas pulmonares son mayormente asintomáticas y se presentan radiológicamente con nódulos pulmonares únicos o bilaterales.

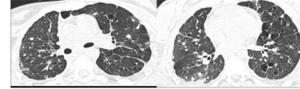


los nódulos pulmonares son mayormente asintomáticas y se presentan radiológicamente con nódulos pulmonares únicos o bilaterales.

CASO CLINICO: Femenina de 15 años. Ingresa con disnea CF IV y dolor torácico de aparición súbita, sin otros síntomas agregados.

Antecedentes personales: cursó internación para estudio de lesión cutánea en antebrazo derecho caracterizada por múltiples nódulos ulcerados de aproximadamente 1-2 cm de diámetro, no dolorosos provocando anquilosis de la articulación del codo. Biopsia: tejido en regeneración.

Examen físico: lúcida, HDE, afebril. Regular mecánica ventilatoria, ausencia de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo y disminución en 1/3 superior de hemitórax derecho. Timpanismo a la percusión. Se realiza Radiografía de tórax que pone en evidencia neumotórax bilateral, posterior a la cual se colocan dos tubos de avenamiento pleural.



Laboratorio: Hb 10,7g/dl, Hto 36,2%, ERS 52 mm/1ªh, Gasometría y EAB: 7.44; PCO2 39 mmHg, PO2 75 mmHg,

SO2 95%, HCO3- 20,8mmol/l, Na+ 139 mmol/l, K+ 3,5mmol/l. Espustos: directo y cultivos para GC, BAAR y micosis negativos. Serología: HIV y micosis: Negativas. FAN, FR, Anti-DNA, ANCA-P y ANCA-C, C3 y C4: negativos.

Biopsia de partes blandas y de pulmón: tejido con proliferación vascular y sectores con células de mediano tamaño con núcleos pleomórficos y alto índice mitótico, que rodean áreas centrales con necrosis y calcificación y delimitan canales vasculares. IHQ: CD34 +, CD31 +, CK +.

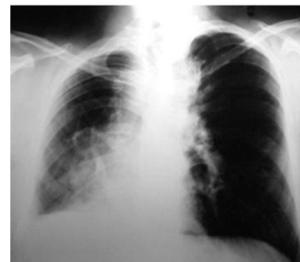
Con diagnóstico de hemangioendotelioma diseminado se decide comenzar tratamiento con interferón

Conclusiones: La forma de presentación radiológica más frecuente en el hemangioendotelioma son los nódulos pulmonares múltiples. Sin embargo, no debería descartarse esta patología ante la presencia de nódulos pulmonares cavitados en asociación a lesiones cutáneas sospechosas de hemangioendotelioma.

0201 - HALLAZGO RADIOLOGICO: SINDROME DE LA CIMITARRA

Veronica OUTON | Erica Rocio ANDERSSON | Celina BRAGGIO | Mabel Eliana CHIRINO | Yesica CORREA | Juan Pablo DE MARCHI | Ayelén FERNANDEZ | Ayelén LARDIZABAL | Carla TORRES | Gastón PELLEGRINO
HOSPITAL ESPECIALIZADOS DE AGUDOS Y CRONICOS SAN JUAN DE DIOS

INTRODUCCION: El síndrome de la cimitarra es una malformación congénita poco frecuente que se caracteriza por



una conexión anormal de las venas pulmonares derechas a la vena cava inferior, aurícula derecha o venas suprahepáticas. A menudo se asocia a hipoplasia pulmonar y de la arteria pulmonar derecha. Es un hallazgo que no tiene predisposición genética ni racial, es mas frecuente en el sexo femenino.



CASO CLINICO: Hombre de 28 años de edad que concurre a consultorio externo de nuestro hospital por hallazgo anormal en la radiografía de tórax en el examen pre laboral. No refiere antecedentes de relevancia. Al interrogatorio dirigido refiere presentar disnea a grandes esfuerzos de larga data. Al examen físico, paciente HDE, afebril, con buena mecánica ventilatoria y murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho. Examen cardiovascular normal.

Resultados: ESTUDIOS SOLICITADOS:

Radiografía de tórax: Pérdida de volumen del pulmón

derecho, desviación del mediastino, signos de dextrocardia, escoliosis.

TACAR: Hipoplasia del pulmón derecho con desviación mediastinal observándose estructuras vasculares dilatadas que drenan en la VCI asociada a hipoplasia de la arteria pulmonar ipsilateral. Hallazgos compatibles con pulmón hipogenético (síndrome de la Cimitarra).

ECG y Ecocardiograma: normal.

CONCLUSION: Ante un paciente con hipoplasia pulmonar, hilio patológico o dextrocardia se deberían descartar las anomalías vasculares como el Síndrome de la cimitarra.

0202 - PARACOCIDIOIDOMICOSIS PULMONAR. REPORTE DE UN CASO

Mabel Eliana CHIRINO | Erica Rocio ANDERSSON | Celina BRAGGIO | Yesica CORREA | Juan Pablo DE MARCHI | Ayelén FERNANDEZ | Ayelén LARDIZABAL | Carla TORRES | Gastón PELLEGRINO | Veronica QUTON

HOSPITAL ESPECIALIZADOS DE AGUDOS Y CRONICOS SAN JUAN DE DIOS

INTRODUCCION: La paracoccidiodomicosis, es una micosis sistémica granulomatosa progresiva, considerada endémica en Sudamérica. Es producida por el hongo dimorfo Paracoccidiodioides brasiliensis. Afecta más de un órgano simultáneamente, siendo las zonas de predilección pulmones, mucosa orofaríngea, ganglios linfáticos y piel.

CASO CLINICO: Masculino de 43 años con expectoración hemoptoica, disnea, pérdida de peso, sudoración nocturna y tos seca de 3 meses de evolución. Sin antecedentes patológicos. Rx tórax: múltiples micronódulos bilaterales de 1 a 2 mm. Se decide internación.

Examen físico: mal estado general, lúcido, HDE y febril (T: 39,5°C). RMV, hipoventilación global y rales crepitantes bibasales. Mucosa bucal, paladar duro y lengua con lesiones redondeadas dolo-rosas, con solución de continuidad y secreción blanquecina. Laboratorio: Hb 10,7g/dl, Hto 35,2%, PLT 519.000, ERS 52 mm/1^oh. Gasometría y EAB: sin alteraciones. Examen de esputo: directo y cultivos para gérmenes comunes, BAAR y micosis negativos. Test rápido para VIH positivo. Serología para histoplasmosis negativo. Raspado de lesiones mucosas directo y cultivo: negativas.

Resultados: Se realiza fibrobroncoscopia, lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial cuyo análisis anatomopatológico evidenció elementos micóticos morfológicamente vinculables con paracoccidiodomicosis y tinción positiva de PAS y Grocott. CONCLUSION: La paracoccidiodomicosis es una infección micótica profunda, sistémica con presentación pulmonar activa, se manifiesta con diferentes presentaciones radiológicas con un patrón morfológico que simula un proceso granulomatoso. En los pacientes inmunodeprimidos nos obliga a diferenciarlas de otras patologías broncopulmonares.

0203 - SEROPREVALENCIA DE VIH, SÍFILIS Y CHAGAS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

María Marcela NATIELLO(1) | Ileana PALMA(1) | Inés ZAPIOLA(2) | Daniel MORENO(2) | Norberto GOMEZ(2) | Cecilia CAMPOS(1) | Jose Luis VIÑA(1) | Lilian CAPONE(1) | Daniel MARTINEZ(1) | María Inés MEDIN(1) | Rosa ESTEVAN(1) | Leandro ALVES(1) | Marisa VESCOVO(1) | Laura LAGRUTTA(1) | Sandra Janete INWENTARZ(1) | Analía RESGUARDO(1) | Sandra ARROYO(1) | Liliana CASTRO ZORRILLA(1) | Graciela CRAGNOLINI DE CASADO(1) | Pablo Javier GONZÁLEZ MONTANER(1)

INSTITUTO RAÚL F. VACCAREZZA, FACULTAD DE MEDICINA, U. B. A (1); HOSPITAL FRANCISCO JAVIER MUÑOZ (2)

Objetivos: En la Argentina, las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmisibles, son causa de discapacidad y mortalidad evitable. El 4% de la población tiene serología para Chagas positiva. Un tercio de ellos desarrolla cardiopatía que puede conducir a la muerte como consecuencia de insuficiencia cardíaca y arritmias. La prevalencia de sífilis en mujeres al momento del parto es de 1,32% causando abortos, muerte del feto o del recién nacido e infecciones congénitas (1000 casos por año). Se diagnostican 10.000 casos de tuberculosis por año, 6% de los cuales presentan coinfección por el VIH. Nuestro objetivo fue determinar la seroprevalencia de estas

enfermedades en los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis. Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se solicitaron serologías para VIH, Chagas y Sífilis a los pacientes con diagnóstico confirmado o empírico de tuberculosis atendidos en el período 1^o enero al 31 de diciembre del 2013 con pruebas de tamizaje y confirmación según normas. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto.

Resultados: Se diagnosticaron 444 pacientes con tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminada. Del total de estudios solicitados, 209 pacientes (54,8%) realizaron serología para VIH, 9 de los cuales (4,30%) presentaron serología reactiva, 6 de ellos (2,87%) tenían diagnóstico previo. Presentaron serología reactiva para sífilis 5 de 151 (3,3%), y para Chagas 14 pacientes de 151 (9,3%)

Conclusiones: Los resultados hallados en sífilis y Chagas superan las estimaciones del país. Proponemos utilizar a la tuberculosis como una oportunidad sanitaria para búsqueda de estas enfermedades. Incluyendo estas serologías dentro del laboratorio clínico solicitado en la evaluación del paciente con tuberculosis se podrán realizar diagnósticos precoces y tratamientos oportunos. De esta manera será factible evitar futuras complicaciones y/o eventuales muertes para los pacientes, como así también, prevenir nuevos contagios a sus parejas y disminuir la transmisión vertical en mujeres en edad fértil.

0204 - ADOLESCENTE CON ASMA SEVERO NO CONTROLADO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO...

Erica Ivana CUESTAS | Ariel Eduardo BLUA | Vanesa Del Valle ABRATE | Marcos Alfonso ELIAS | Vanesa Estefanía PERRONE | Ana María LÓPEZ

HOSPITAL PRIVADO

Introducción: Solamente el 10% de los asmáticos tienen asma severo no controlado con alteración en la calidad de vida y hasta la mitad desarrollan sensibilización atópica a hongos filamentosos, principalmente Aspergillus Fumigatus. La Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA), es una afección infrecuente que debe sospecharse en presencia de infiltrados pulmonares con eosinofilia en pacientes con asma o fibrosis quística.

Caso Clínico: Presentamos un adolescente con asma severo no controlado y ABPA

Varón 16 años, con APP de asma desde los 3 años, múltiples tratamientos: inmunoterapia en la infancia, combinación de dosis altas de esteroides inhalados y LABA, asociados a Antileucotrienos. Al momento de la consulta recibía sólo Montelukast. Neumonías a los 3, 8 y 15 años. Tos no productiva, principalmente nocturna y disnea progresiva de 2 años de evolución, actualmente mMRC grado 2. Examen: hipoxémico (Sat. Hb. 86% FIO₂ 0.21), taquicárdico (FC: 101 lat./min), Clubbing, rales crepitantes superiores derechos. Rx. Tórax: signos de atrapamiento aéreo, atelectasia en LSI?, hilio derecho descendido con infiltrado parahiliar homolateral. Espirometría: Obstrucción severa con mejoría al BD: FVC 42 % FEV1 37% FEV1/FVC 76%. Ecocardiograma: FE 65 %. Cavidades derechas de dimensiones normales. Regurgitación mitral, tricuspídea y pulmonar leve. PAPs: 29 mmhg. TAC tórax: severo atrapamiento aéreo, patrón en mosaico acentuado en espiración forzada, bronquiectasias cilíndricas y quísticas en lóbulo medio y basales de LID. Atelectasias en segmento anterior de LSI y basales posteriores derechas. Laboratorio: GB 12900 (13% Eosinófilos: 1677 células/mm3) IgE 2138 UI/ml IgG 1775 mg/dl. Esputo: sin gérmenes en el directo. Test de sudor negativo. Test de hipersensibilidad inmediata y tardía para Aspergillus positivos: 18 mm a los 15 minutos y 7 mm a las 48 hs respectivamente. Precipitinas séricas (IgG e IgM) para Aspergillus negativas. Eosinófilos en esputo: 18 %. Inicia budesonide/formoterol 320 mg cada 12 hs y prednisona 1 mg/kg/día en dosis decrecientes. Control 2 meses después: menos disnea (mMRC grado 1). Examen: Sat. Hb. 94% con FIO₂ 0.21. Espirometría: obstrucción moderada con mejoría al BD: FVC 61 % VEF1 45% FEV1/FVC 63 %, incremento de 37% del FEV1 en relación a espirometría previa. Se agrega al tratamiento Itraconazol 200 mg 2 veces/día.

Conclusiones: En un huésped susceptible y con asma severo no controlado, la infección endobronquial no invasiva por Aspergillus produce reacciones de hipersensibilidad inmediata y

tardía responsables de las manifestaciones de la enfermedad. El sub-diagnóstico de ABPA, como en éste paciente, provoca graves consecuencias clínicas y funcionales con secuelas irreversibles bronquiales y parenquimatosas pulmonares.

0207 - TUBERCULOSIS: ¿HACIA EL ABANDONO CERO? UNA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE CABA

María Marcela NATIELLO(1) | Ileana PALMA(1) | Silvana AGÜERO (1) | Gabriela SOUTO(1) | Natalia HUERGO(1) | José Luis VINA(1) | Sandra ARROYO(1) | Marisa VESCOVO(1) | María Inés MEDÍN(1) | Daniel MARTÍNEZ(1) | Rosa ESTEVAN(1) | Lilian CAPONE(1) | Leandro ALVES(1) | Mario IRIBARREN(1) | Franca PERELLA(1) | Laura LAGRUTTA(1) | Sandra Janete INWENTARZ(1) | Graciela CRAGNOLINI DE CASADO(1) | Domingo Juan PALMERO(2) | Pablo Javier GONZÁLEZ MONTANER(1) INSTITUTO RAÚL F. VACCAREZZA, FACULTAD DE MEDICINA, U. B. A (1); HOSPITAL FRANCISCO JAVIER MUÑOZ (2)

Objetivos: El diagnóstico temprano y la adherencia al tratamiento son los factores clave de los Programas de Prevención y Control de la Tuberculosis. Sin embargo, la falta de adherencia terapéutica es común con las consecuentes tasas bajas de curación. En Argentina se desconoce la evolución del tratamiento antituberculoso en el 35% de los pacientes, del resto, el 13,6% abandonan antes del 6to mes. En un estudio previo realizado en el Instituto Vaccarezza, se comprobó que durante el período 2011-2012 abandonaron dicho tratamiento el 24,7% de los pacientes, más frecuentemente jóvenes, con hábitos adictivos y de bajo nivel educativo. A partir del 2013 se implementaron estrategias interdisciplinarias para mejorar la adherencia. El objetivo del trabajo es evaluar comparativamente las características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en ambos períodos y analizar el impacto de las medidas institucionales instauradas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se analizaron los registros clínicos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminada asistidos en consultorios externos entre enero 2011 y diciembre 2013. Se definió como "pérdida de seguimiento" a aquellos pacientes que no concurren a los controles durante dos o mas meses consecutivos y como "medidas interdisciplinarias" a las siguientes: Reuniones periódicas del equipo de salud, abordaje y seguimiento integral desde el servicio social definiendo intervenciones oportunas según las problemáticas sociales; comunicación inmediata con cada paciente al segundo día de retraso en la asistencia a retirar la medicación; articulación con efectores de salud locales para la derivación asistida o la búsqueda de pacientes; planificación y ejecución de talleres informativos para pacientes y familiares que inician tratamiento, implementación de un sistema de registro de datos para facilitar el seguimiento y entrevista psicológica a los pacientes para trabajar sobre adherencia y detectar indicadores de abandono. **Resultados:** Se evaluaron 1415 pacientes; 616 (43.5%) en el 2011, 355 (25%) en el 2012 y 444 (31.5%) en el 2013. Al 30 de junio de 2014, 57.8% completaron tratamiento, 11.4% fueron derivados, 1.2% fallecieron, 5.1% aún lo continúan. Se registra-

	2011-2012		2013		p valor
	(n=251)	%	(n=37)	%	
Sexo Masculino	178	71	22	60	0.142
Edad	30.3 +/- 11		30.2 +/- 8		0.959
Estado civil: soltero	193	76.9	24	82,7	0.598
Nacionalidad Argentina	113	47	16	43	0.231
Sin cobertura médica	233	93	28	93	0.925
Sin trabajo actual	83	35	9	29	0.061
Bajo Nivel educativo	178	71	33	89	0.003
Comorbilidades asociadas					
Consumo alcohol	57	23	15	40,5	0.036
Consumo tabaco	57	23	10	28	0.540
Uso de drogas ilícitas	52	21	42	32	0.036
VIH +	40	16	4	27	0.328
Diabetes Mellitus	12	5	0	0	0.162
Cáncer	2	0.7	0	0	0.605
Permanencia en cárcel	1	0.2	2	5.4	0.008
Antecedente de Tto. previo	23	9.4	8	21.6	0.001
Sensible a drogas	245	97.6	31	96.9	0.607
Presencia de Efs. Adv.	23	9.1	2	5.4	0.446
Tratamiento empírico	67	26.8	12	32.4	0.477

ron 288 pérdidas de seguimiento (20,3%). Las mismas fueron disminuyendo con los años (28.7% en 2011, 20.8% en 2012 y 8.3% en 2013), pero la diferencia significativa se registra en el 2013 ($p < 0.001$). En 2013, se registró mayor número de paciente con hábito alcohólico y consumidores de drogas inhaladas, de bajo nivel educativo y con antecedentes de haber recibido tratamiento previo (ver tabla anexa). Actualmente, 8 pacientes de este último grupo fueron recuperados y retomaron tratamiento, siendo a la fecha 6.5% la pérdida de seguimiento del 2013

Conclusiones: Los pacientes del último período (2013) presentaron comparativamente mayor frecuencia de predictores de riesgo que los del período anterior. Sin embargo, la tasa de pérdida de seguimiento fue significativamente menor. Se concluye que las medidas institucionales instauradas basadas en el abordaje interdisciplinario fueron la razón del éxito logrado.

0208 - PROYECTO MIREDO: MÍNIMA INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN LA EPOC

Martin Luis SIVORI
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA, CABA

Objetivos: Evaluar el impacto en BODE, educación, tolerancia al ejercicio, síntomas, calidad de vida y consumo de recursos de salud de los pacientes con EPOC después de una mínima intervención de entrenamiento y educación domiciliarios (MIREDO). **Materiales y Métodos:** Se enrolaron entre Agosto y Diciembre de 2013, pacientes con EPOC (definición GOLD) y se evaluaron basalmente y a 6 meses de la MIREDO. Se les determinó: evaluación funcional, BODE, calidad de vida (CAT), consumo de recursos de salud, disnea (MRC), tolerancia al ejercicio (test de 6 minutos) y educación en salud respiratoria (escala de Bristol). La intervención educativa consistió en reuniones mensuales sobre temas sugeridos por GOLD. La intervención de entrenamiento consistió en caminatas al 90% de la velocidad promedio en la prueba basal de 6 minutos, 5 días a la semana, incrementando hasta llegar a los 40 minutos por sesión y ejercicios de fuerza de miembros inferiores y superiores incrementales hasta Borg 5, usando planillas de registro domiciliarias. Se usaron técnicas estadísticas convencionales y prueba de T de Student para muestras apareadas.

Resultados: De 60 pacientes enrolados, abandonaron 15 pacientes (25%) y completó seguimiento 45 pacientes (75%) a 6 meses. Valoración basal (Aband./Completo, todos $p = NS$): Edad: $69,8 \pm 5,4 / 63,1 \pm 4$; Sexo F/M: $25/75\%$ y $60/40\%$ ($= 0.03$); FEV1% pred.: $41,4 \pm 15,2$ y $45,1 \pm 11,8$; Test 6 min, m: $279,3 \pm 100,1 / 304,1 \pm 96,2$; Disnea (MRC): $3,9 \pm 0,8 / 3,1 \pm 0,77$; BODE: $6,53 \pm 1,5 / 6,1 \pm 1,1$; CAT, unid.: $25,8 \pm 4 / 24,5 \pm 5$; GOLD II/III/IV (%): $30/45/25$ y $35/43/22$.

Impacto de MIREDO	Basal	Post-MIREDO	Δ	p
BODE, puntos	6,1±1,1	5,6±2	-0,5	NS
CAT, unidades	24,5±5	20,1±4	-4,4	0,04
Nº Exacerbaciones	2,03±1,01	0,79±0,77	-1,24	0,02
Consultas Guardia	0,98±0,36	0,18±0,28	-0,8	0,05
Consultas ambulatorias	5±3,4	3,2± 2	-2,8	0,01
T.6 min., metros	304,1±96,2	350,5 ± 63,1	+46,4	0,042
Disnea(MRC)	3,1±0,77	2,6± 0,8	-0,5	NS
Esc. Bristol,%aciertos	42,3±11	69±10	+16,7	0,02

Conclusiones: Una MIREDO puede ser cumplida por el 75% de los pacientes con EPOC alcanzando a los 6 meses, un impacto beneficioso en calidad de vida, tolerancia al ejercicio, consumos de recursos de salud y educación en salud respiratoria. Las mujeres son más adherentes a una MIREDO. Este tipo de herramienta puede facilitar el acceso a la rehabilitación respiratoria en nuestro país, debido a su sencillez de realización y poco consumo tiempo al prescriptor.

0209 - ASMA SEVERO Y ATOPIA.

Martín MAILLO | Celeste BORGHELLO | María Clara WILDE | Emiliana SILVA | María Lidia BUJEMO | Ainelen AUFRANC
 INSTITUTO DEL BUEN AIRE

Objetivos: El objetivo de este estudio, es el de evaluar la prevalencia de atopía en un grupo de asmáticos severos. Intentando además, determinar la importancia de la sensibilización a hongos en esta población.

Materiales y Métodos: Estudios de corte transversal, observacional de un grupo seleccionado al azar, de pacientes adultos con diagnóstico de asma severo (pasos 4 y 5), según normativa GINA 2014. Los pacientes debían encontrarse estables clínicamente, sin exacerbaciones de asma en las últimas 4 semanas, estar recibiendo un tratamiento estable y con cumplimiento adecuado para el asma y con la capacidad para realizar estudios de funcionales (ATS/ERS).

Mujeres	10 (55,5%)
Edad (años)	57 (36-74)
IMC (kg/m2)	28,1
Edad del diagnóstico del asma (años)	13,8 años
Antecedentes familiares de atopía	66,66%
Antecedentes de alergia	17 (94,4%)
Rinitis Estacional	4 (22,22%)
Rinitis Perenne	13 (72,22%)
Eczema atópico	Eczema atópica
Fumó mas de 100 cig en su vida?	5 (27,77%)
Fumador actual?	2 (11,11%)
múltiples comorbilidades?	7 (38,8%)
FENO (ppb)	35,16 (11-55)
ACQ	2,66 (0,75-3,9)
Prich test Positivo?	14 (77,7%)
Sensibilización a Hongos?	7 (38,8%)
VEF1 Pre Broncodilatador (%)	60,11%
% de cambio FEV1	4,42%

Resultados: Se evaluaron 18 pacientes con asma severo, 55,5% eran mujeres, la edad promedio fue de 57 años (36 a 74 años), con un IMC promedio de 28,9. Comorbilidades se detectaron en el 50% de los casos y múltiples en el 38,8%. Todos los sujetos habitaban casas, con un promedio de 3,2 convivientes por domicilio. 11 personas, refirieron que sus casas eran húmedas y con manchas de humedad claramente visibles. Cuatro domicilios sufrieron inundaciones. El 50%, tenían aire acondicionado en sus domicilios y el 88,8% tenían animales. Tabaquismo actual, se registró en 2 pacientes y 5 tenían ese antecedente. En 10 pacientes (55,55%), su asma se encontraba “no controlado”, 6 estaban “controlados” y 2 parcialmente controlados. El ACQ promedio fue de 2,66. El FeNo promedio fue de 35,16 ppb (11 a 55 ppb) y la VEF1 promedio fue del 60,1%. La IgE promedio fue de 456 UI/l(37-1780).

Alguna otra forma de alergia se halló en el 94,44% de los casos, siendo la rinitis alérgica perenne la forma más frecuente (72,22%). El eczema atópico se observó en 4 pacientes (22,22%). No encontramos significancia estadística entre atopía y el control del asma (p=0,56).

Se halló, algún tipo de sensibilización cutánea a aeroalergenos en 14 pacientes (77,77%), ácaros del polvo doméstico en todos los casos, y sensibilización a hongos en 7 de ellos (38,88%); en estos últimos, la sensibilización fue a múltiples familias de

hongos. No hallamos sensibilización a la familia de Aspergillus en esta muestra. Ningún paciente estaba recibiendo inmunoterapia específica.

No se demostró significancia estadística entre la sensibilización a aeroalergenos y el grado de control del asma [p=0,163 OR:0,19(0,01-2,29)], como tampoco así, en el caso de la sensibilización a hongos [p=0,38 OR:2,33(0,34-16,18)].

Conclusiones: En este grupo de asmáticos severos, la prevalencia de atopía es altamente frecuente. Siendo acompañado al asma bronquial en casi todos los casos por rinitis alérgica. La sensibilización a aeroalergenos es muy frecuente y sensibilización a hongos aerógenos, es relevante. Son necesarias serías con mayor número de pacientes, para explicar la relación entre la sensibilización a hongos y el asma severo.

0210 - COMUNICACION INTERAURICULAR CORREGIDA, MALFORMACIONES VASCULARES CONGENITAS E HIPERTENSION PULMONAR. REPORTE DE UN CASO.

Martín MONTEVERDE | Rodrigo ALDERETE | Cristian AVILAR | Martín FIORUCCI | Salvador LIOTTA | Sebastian GARCIA ZAMORA | Laura PULIDO | Hugo LABORDE | Ricardo GOMEZ TEJADA | Vanesa FRIDMAN | Oscar GROSSO | Mariano MAZZEI | Gloria APELBAUM | Manuel VAZQUEZ BLANCO | Eduardo BARRERA | Roberto FERNANDEZ | Sara BERENSZTEIN
 HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTÍN"

Caso clínico: Paciente A.H. Edad: 46 años.

Antecedentes:

CIA corregida a los 17 años en forma quirúrgica.

Ex tabaquista hasta 2009 (25 p/y). BMI=30.

Disnea CF II desde el 2009 evaluado por presunta enfermedad intersticial pulmonar.

Evaluado entre 2010-11: Sin desaturación, EFR con patrón restrictivo, alteración de la DLCO leve. Luego progresión de disnea con desaturación al aire ambiente. Inicia oxigenoterapia domiciliaria.

Evoluciona en el 2013 con edemas en MMII, aumento del perímetro abdominal y progresión de disnea a CF IV. Se interna en nuestro centro para estudio y tratamiento.

Examen físico: crepitantes en campo medio e hipoventilación en base derecha. R2 aumentado de intensidad en foco pulmonar, soplo sistólico 4/6, Dressler positivo. IY 3/3. Edemas en MMII 4/6. Abdomen con matidez compatible con ascitis.

ECG: sobrecarga de cavidades derechas.

Laboratorio: policitemia (Hto 52% Hb 16,7) Gasometría arterial pH7,32/CO2 58/O2 41/Sat 63% (0.21) Líquido ascítico: compatible con hipertensión portal.

EFR: CVF 1.31L (35%). VEF1 0.98L (32%).VEF1/CVF 75.DLCO2 5.8 (29%). RV 1.95 (136%). RV/TLC 61 (219%). DL/VA 2.81 (71%).

Ecocardiograma: Dilatación biauricular, FSVI conservada. Dilatación del VD con deterioro leve de su función. Presión sistólica en arteria pulmonar= 75mmHg.

Eco transesofágico: Persistencia de vena cava superior izquierda que drena a seno coronario. Cierre quirúrgico de CIA íntegro, sin shunt. Ausencia de vena cava inferior. Por detrás de AI estructura venosa que desemboca AD compatible con vena álgos. Retorno venoso pulmonar izquierdo normal. No se ve retorno venoso pulmonar derecho.

TAC tórax agrega: Aumento del troco de tronco de arteria pulmonar(AP). Lleno irregular de AP derecha y disminución de la vascularización de campos inferiores derechos. Imágenes reticulares finas y medianas con imágenes de lleno alveolar en vidrio esmerilado en lóbulo superior derecho y medio. En campo inferior derecho imágenes reticulares medianas y gruesas. Hígado en situación medial y Poliesplenía. Vena cava inferior con disposición izquierda y ausencia de su segmento intrahepático. Venas suprahepáticas drenan a álgos.

Cardioresonancia: agrega: interrupción del retorno venoso pulmonar derecho a la aurícula derecha, no pudiendo discriminarse la etología de dicha interrupción. Disminución del flujo a nivel de la AP derecha, sin observarse trombosis.

Cateterismo derecho y arteriografía pulmonar: Dilatación de tronco y ramos principales de AP, sin imágenes de falta de relleno u obstrucciones. Disminución en la vascularización del

vértice pulmonar derecho. Marcada diferencia en el retorno venoso del pulmón izquierdo (es normal, teniendo en tiempo venoso aurícula izquierda, ventrículo izquierdo y aorta); con respecto al del pulmón derecho, que se observa enlentecido, con una imagen de retención de contraste sin pasaje a cavidades cardíacas. Hipertensión pulmonar moderada (media 39mmHg). Wedge izquierda 14, wedge derecha 26 mmHg. Índice cardíaco conservado. $Q_p/Q_s=1$

Centellograma pulmonar: defecto global de la ventilación y perfusión en pulmón derecho. Sin mismatch.

Resultados: Interpretación: las alteraciones anatómicas vasculares generaron en la evolución obstrucción al drenaje venoso, hipertensión pulmonar derecha y alteraciones parenquimatosas secundarias.

Conclusiones: Se presenta para la discusión una patología cardiopulmonar compleja que requirió un enfoque multidisciplinario y el uso de múltiples métodos diagnósticos.

0211 - ENFERMEDAD PLEUROPULMONAR POR MYCOBACTERIUM XENOPHI

Susana Margarita TANCO(1) | Rossana BILLONE(1) | Norberto Fabian SÍMBOLI(2)
HOSPITAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA MARÍA FERRER (1); INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DR. CARLOS MALBRÁN (2)

Objetivos: La enfermedad pulmonar es la más frecuente entre las producidas por micobacterias no tuberculosas (MNT). También se ha visto un aumento de la incidencia y prevalencia de infección respiratoria por MNT. Como estas micobacterias están presentes en forma ubicua en el medio ambiente y la presentación clínica de la enfermedad muchas veces puede confundirse con tuberculosis, su diagnóstico y tratamiento constituye un desafío.

El objetivo es presentar el diagnóstico y evolución clínica de un paciente con enfermedad pleural y pulmonar por *Mycobacterium xenopi*.

Caso clínico: Paciente masculino de 61 años que se interna en el hospital para realizar videotoroscopia (VATS), para estudio de una imagen basal derecha. El paciente refiere dolor en base de hemitórax derecho y episodios de sudoración nocturna.

Antecedentes personales: Ex-tabaquista de 60 paquetes/año. Profesión: mecánico. Antecedentes patológicos: HTA, IAM en 1993 y 1995, bronquitis crónica, estenosis carotídea izquierda, divertículos colónicos, cirugía de paladar por traumatismo. Medicación: clopidogrel 75mg/d, AAS 100mg/d, alprazolam 0.25mg/d, nimodipina 60mg/d, atenolol 12.5 mg/d, salbutamol-ipratropio a demanda.

Antecedentes de enfermedad actual: Fiebre intermitente, pérdida de peso tos y expectoración en ocasiones hemoptoica de 5 meses de evolución. Rx de tórax: opacidad basal derecha cavitada con derrame pleural. Internado en otra institución le realizan fibrobroncoscopia (FBC), con resultados citológicos, bacteriológicos, BAAR y hongos negativos. Realiza un tratamiento antibiótico prolongado. Persiste con dolor, 2 meses después le realizan punción percutánea de la masa y colocación de un catéter de drenaje. El resultado de la aspiración fue BAAR: directo positivo. Inician tratamiento con isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), y pirazinamida (Z) a dosis habituales que suspenden a los 40 días por hepatitis tóxica y 1° cultivo para BAAR negativo.

Ingresa al hospital para la realización de VATS, se realiza punción del líquido pleural: exudado con 90% de linfocitos. Biopsia pleural: "pleuritis granulomatosa" no necrotizante" ZN y Grocott negativos.

Se inició tratamiento antifímico con HRE. Posteriormente se recibe informe de la muestra del aspirado percutáneo realizado, positivo para *Mycobacterium xenopi*. Dado que el paciente llevaba varios meses de tratamiento con buena respuesta clínica, se decidió continuar con el tratamiento convencional y prolongarlo a un año. La evolución del paciente hasta el momento ha sido favorable ya que no ha presentado recaída de su enfermedad.

Conclusiones: Las MNT, son patógenos a tener en cuenta sobre todo en pacientes con enfermedad pulmonar subyacente o factores de inmunosupresión local o sistémica. En muchos casos se sospecha ante la falta de respuesta al tratamiento convencional. El diagnóstico bacteriológico es fundamental ya que nos orienta sobre el tratamiento a administrar.

0212 - EVALUACIÓN DE LA CAPTACIÓN, ACUMULACIÓN Y FORMACIÓN DE UN ESTER DE BUDESONIDE EN UN MODELO "IN VITRO" DE EPITELIO BRONQUIAL (CALU-3) CULTIVADO EN MONOCAPA

Andrea Vanesa DUGOUR | Daniel BALEANI | Juan Manuel FIGUEROA
CENTRO DE BIOLOGIA RESPIRATORIA (CEBIR). FUNDACION PABLO CASSARA (FPC)

Objetivos: Introducción: Se ha descrito que en el tratamiento del asma el budesonide (BUD) puede

utilizarse en una sola dosis diaria por su mayor tiempo de retención en el tejido bronquial. Estudios in vitro e in vivo han demostrado que dentro del epitelio respiratorio el BUD se combina con ac. grasos (AG) formando ésteres farmacológicamente inactivos. Lípidos intracelulares actúan sobre estos depósitos liberando lentamente al BUD que ejerce así su acción antiinflamatoria prolongada.

En estudios previos en nuestro laboratorio aplicamos, en cultivos de epitelio respiratorio, BUD y AG en forma simultánea; esto aumentó la incorporación de BUD a las células y prolongó el tiempo de permanencia intracelular y de liberación a la zona apical para su reincorporación.

Objetivo: 1) desarrollar la metodología para obtener un estándar de referencia de Budesonide esterificado (BE). 2) Evaluar la incorporación, acumulación de BUD y formación de ésteres de BUD intracelulares en células epiteliales bronquiales humanas (Calu-3) cultivadas en monocapa en una interfase aire-líquido. Materiales y Métodos: síntesis del BE: para realizar la síntesis química del BE se utilizaron como reactivos Budesonide y Cloruro de Oleoil. Se probaron varios solventes de reacción: acetato de etilo, hexano y acetona. Los resultados de cada reacción se fueron analizando por TLC. Posteriormente se realizó una cromatografía (HPLC) para analizar el producto final. Cultivo celular: se cultivaron células Calu-3 en monocapa en placas de cultivo con transwell, quedando cada monocapa dispuesta entre una cámara apical (interfase aire) y una basolateral (interfase líquida). Se evaluó la integridad de la monocapa antes, durante y al finalizar los ensayos midiendo la resistencia transepitelial (TEER) generada por dicha monocapa. Se colocó una solución de BUD 90 μ M en la cámara apical durante 24 hs. Al finalizar este tiempo se cuantificó la BUD y el EB en la cámara apical, en la basolateral y en el interior celular. La cuantificación de BUD se realizó por HPLC.

Resultados: Logramos obtener el estándar de referencia del EB. A través de los cromatogramas obtenidos por HPLC confirmamos su identificación y pureza. La mayoría de la BUD colocada en la cámara apical fue incorporada por las células CALU-3 y esterificada con el ácido oleico intracelular.

Hemos obtenido un estándar de referencia de Budesonide esterificado de gran utilidad para estudiar en nuestro modelo de epitelio respiratorio in vitro la dinámica de formación de EB a partir de BUD y AG endógenos o aplicados desde el exterior de la célula.

0213 - RELACIÓN ENTRE SITUACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL INICIAL Y EVOLUCIÓN POSTERIOR EN UNA COHORTE DE NIÑOS CON ASMA CONTROLADA SEGUIDOS DURANTE UN AÑO.

M VOCOS(1) | Mariana CALELLO(2) | M ROQUE(3) | Juan Manuel FIGUEROA(4)
NEUMONOLOGÍA INFANTIL, HOSPITAL DE CLÍNICAS - UBA (1); CIRES, FUNDACIÓN P. CASSARÁ (2); CENTRO DE BIOLOGIA RESPIRATORIA (CEBIR). FUNDACION PABLO CASSARA (FPC) (3); NEUMONOLOGÍA INFANTIL, HOSPITAL DE CLÍNICAS-UBA - CIRES, FUNDACIÓN P.CASSARÁ (4)

Objetivos: Introducción: el asma es una patología crónica de evolución variable a lo largo del tiempo. Su tratamiento controlador tiene como objetivo conseguir la mejor evolución con la menor dosis y número de fármacos. Las diferentes guías de manejo se basan en el ascenso o descenso escalonado de fármacos en función de la evolución de los últimos meses, lo que implica que el médico "corre" detrás de la enfermedad. Por esto resulta de interés la búsqueda de elementos predictivos que permitan adelantarse al eventual deterioro. En el año 2013 comenzamos un seguimiento prospectivo de múltiples variables en una cohorte de niños asmáticos. En el presente trabajo presentamos el análisis de los datos del control inicial en relación a la evolución que tuvieron en el año posterior.

Resultados: se observo una relación inversa entre VEF₁ y FVC basales y exacerbación

Variable	Coefficient	P	Odds Ratio	95% CI
VEF ₁ (%)	-0,0529	0,0191	0,9485	0,9075 - 0,9914
FVC (%)	-0,0455	0,0433	0,9555	0,9143 - 0,9986

se observo relación directa de VEF₁, FVC, delta VEF₁ y delta FMF basales con la caída de VEF₁ debajo de 70%

Variable	Coefficient	P	Odds Ratio	95% CI
VEF ₁ (%)	-0,2149	0,0017	0,8066	0,7051 - 0,9228
VEF ₁ /FVC (%)	-0,2442	0,0021	0,7833	0,6706 - 0,9149
DELTA VEF ₁	0,1232	0,0206	1,1311	1,0191 - 1,2553
DELTA FMF	0,024	0,0469	1,0243	1,0003 - 1,0488

se observó relación directa entre delta FMF y el delta VEF₁ basales y aparición de delta VEF₁ > 12%; y relación indirecta entre VEF₁, FMF e índice VEF₁/FVC y la misma variable.

Variable	Coefficient	P	Odds Ratio	95% CI
Delta FMF	0,0678	0,0011	1,0701	1,0275 to 1,1145
Delta VEF1	0,4044	0,0006	1,4984	1,1901 to 1,8865
FMF%	-0,0393	0,0055	0,9615	0,9351 to 0,9885
VEF1/FVC	-0,1125	0,0167	0,8936	0,8149 to 0,9798
VEF_1_%	-0,0508	0,0297	0,9505	0,9079 to 0,9950

Materiales y Métodos: Población y métodos: se incluyeron niños asmáticos con asma controlado (Asma Control Test: ACT > 8804; mayor 20) por 3 meses consecutivos, en los cuales se realizaría descenso del tratamiento controlador según guía GINA 2012. En la consulta en que se indicó el descenso de medicación se realizó: ACT y espirometría, y se tomo una muestra del condensado del aire exhalado donde se midió el Ph (equipo TurboDeccs-Italia). Estos controles se repitieron bimestralmente y en cada una de estas visitas se recabo información sobre exacerbaciones (constatadas por médico, tratadas con β₂-adrenérgicos y/o corticoides por más de 3 días). A partir de estos datos se definieron las siguientes variables de deterioro: exacerbación, empeoramiento de la función pulmonar (caída del VEF₁ > 7,5 % o VEF₁ < 70%), aparición de hiperreactividad bronquial (delta VEF₁ > 12%) y se consigné su aparición durante todo un año de seguimiento.

Los pacientes se agruparon, para cada variable, en grupo (+) y grupo (-) y se analizó la relación entre los datos de la consulta inicial y cada una de las variables de deterioro (análisis bivariado).

Resultados:

0214 - EFECTO DEL HUMO DE CIGARRILLO EN CULTIVOS DE EPITELIO RESPIRATORIO Y RETINIANO HUMANOS: ESTRÉS OXIDATIVO E INFLAMACIÓN

Andrea Vanesa DUGOUR(1) | Mariela MARAZITA(2) | Angela SUBURO(2) | Juan Manuel FIGUEROA(1)

CENTRO DE BIOLOGIA RESPIRATORIA (CEBIR). FUNDACION PABLO CASSARA (FPC) (1); LABORATORIO DE MEDICINA CELULAR Y MOLECULAR-FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS- UNIVERSIDAD AUSTRAL. (2)

Objetivos:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) están asociadas al humo del cigarrillo (HC) y comparten varias similitudes. El riesgo de aparición de ambas aumenta en relación al consumo de tabaco y la edad. Hay un deterioro funcional asociado a cambios anatómicos similares: daño epitelial, remodelación vascular, y fibrosis. Ambas son patologías inflamatorias crónicas con compromiso epitelial. La participación del cigarrillo en la generación de patologías parece estar relacionada fuertemente con su capacidad para generar daño oxidativo. El cultivo de células de epitelio respiratorio y el de epitelio retiniano son modelos utilizados para el estudio de la EPOC y la DMAE. Nuestro objetivo fue profundizar en el conocimiento del daño que causa el HC en cultivos de células de epitelio respiratorio y retiniano in vitro y buscar similitudes y diferencias entre los mecanismos en ambos casos.

Materiales y Métodos:

Se establecieron modelos de cultivos celulares in vitro de epitelio respiratorio (CALU-3) y de epitelio pigmentario de retina (ARPE-19). Se estudió en ellos: 1) Efecto de un concentrado de humo de cigarrillo (CHC) (0,1 a 200 μg/ml, t=1,5 a 72 hs) sobre la viabilidad de las células CALU-3 y ARPE-19: por microscopia de fluorescencia (LIVE/DEAD® Viability/

Cytotoxicity) y por ensayo colorimétrico (The CellTiter 96® Aqueous Non-Radioactive Cell Proliferation Assay). 2) Efecto del CHC 200 μg/ml y NAC 5 mM sobre la producción de radicales libres por las células CALU-3 y ARPE-19: el nivel intracelular de especies reactivas del oxígeno (ROS) se midió mediante la sonda fluorescente diacetato de 2',7'-diclorodihidrofluoresceína (Molecular Probes). 3) Efecto del CHC 100 μg/ml y NAC 5 mM sobre la producción de IL-6 e IL-8 en las células CALU-3: por la técnica de ELISA (Human IL-8/IL-6 ELISA Set). 4) Efecto del CHC 150 μg/ml y NAC 1mM sobre la producción de IL-6 e IL-8 en las células ARPE-19: por la técnica de ELISA. 5) Evaluación de inducción de senescencia en las células ARPE-19 por CHC 50 a 150 μg/ml mediante técnica para visualización de β-galactosidasa asociada a senescencia (SA-βgal) con el sustrato X-gal.

Resultados:

1) El CHC tuvo un efecto citotóxico, promoviendo la muerte celular en células CALU-3 y ARPE-19. 2) La liberación de ROS en las células CALU-3 y ARPE-19 tratadas con CHC mostró un aumento significativo de la fluorescencia de 35,22 ± 9,50 % y 35,95 ± 5,47 % con respecto a las células control respectivamente. El tratamiento con NAC 5 mM disminuyó dicho aumento a los niveles de las células control en ambos casos (p < 0,05). 3) Los niveles liberados de IL-6 e IL-8 fueron significativamente mayores en CALU-3 y ARPE-19 tratadas con CHC con respecto a los cultivos controles. CALU-3: aumento de 2 veces para IL-6 y de 1,5 veces para IL-8 (IL-6: C 340,5 ± 19,36, CHC 690,5 ± 29,62; IL-8: C 19650 ± 1183, CHC 29800 ± 2093; p < 0.05). ARPE-19: aumento de 2,2 veces en IL-6 y de 5,9 veces para IL-8 (IL-6: C 124.54 ± 12.5, CHC 274.31 ± 31; IL-8: C 22 ± 8.5, CHC 156.8 ± 18.5; p < 0.001). En ambos casos, el tratamiento con NAC disminuyó la liberación de estas citoquinas a valores de cultivos controles. 4) El CHC induce senescencia en células ARPE-19. NAC revierte este efecto.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En conclusión, la generación de radicales libres es la base que induce la liberación de mediadores pro inflamatorios tanto en el epitelio respiratorio como en el epitelio retiniano humano.

0215 - ESTUDIO PILOTO: EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS ASMÁTICOS; RELACIÓN CON LA RESPUESTA AL TEST DE BRONCOPROVOCACIÓN POR EJERCICIO

A KRUGER | G DONTI | D PRIMROSE | Juan Manuel FIGUEROA NEUMONOLOGÍA INFANTIL, HOSPITAL DE CLÍNICAS - UBA

Objetivos:

Introducción: el broncoespasmo inducido por ejercicio (BEIE) es frecuente en los niños asmáticos y no siempre es inhibido por el tratamiento con antiinflamatorios. Las guías de tratamiento no recomiendan expresamente su evaluación objetiva, y no hay trabajos que evalúen la relación entre BEIE y actividad física en niños asmáticos mediante métodos objetivos.

Objetivos: estimar si existen diferencias en la cantidad de actividad física (AF) semanal entre niños con BEIE + y BEIE - dentro de una población de niños asmáticos bajo tratamiento preventivo con corticoides inhalados.

Materiales y Métodos: se realizó en el hospital de Clínicas un estudio piloto en pacientes pediátricos asmáticos (sintomatología + examen funcional respiratorio con respuesta broncodilatadora +) bajo tratamiento preventivo con corticoides inhalados exclusivamente. Se excluyeron pacientes obesos, con SAOS, o con otras patologías crónicas asociadas. A los niños participantes se les entregó un podómetro (cuenta pasos con programa de análisis computarizado) para usarlo durante una semana en forma continua. Al entregar el podómetro, se completó una planilla de registro de actividad física semanal, se completó el cuestionario ACT (validado en español), y se les realizó un Test de Broncoprovocación con carrera libre (norma ATS).

Resultados: se evaluaron 16 pacientes, con edad media de 9 años (rango de 7 a 17 años). Mediana de inicio de síntomas 2 años (DS 2.54) y mediana de seguimiento en el servicio de 3.74 años (DS.2.86). El 87.5 % presenta concomitantemente rinitis y atopía el 62.5%. Se obtuvo el registro de pasos en los 16 pacientes. Se realizó test de ejercicio en 14 pacientes (un paciente no concurrió a

control y el otro no logro realizar curvas reproducibles). Cuatro pacientes presentaron TBE positivos. La mediana de actividad física semanal declarada fue de 270 min (rango de 60 min a 660 min). El ACT reveló asma parcialmente controlada en 1 solo paciente (19 puntos), los demás tuvieron puntajes altos. Resultados: se evaluaron 16 pacientes, con edad media de 9 años (rango de 7 a 17 años). Mediana de inicio de síntomas 2 años (DS 2.54) y mediana de seguimiento en el servicio de 3.74 años (DS 2.86). El 87.5 % presenta concomitantemente rinitis y atopía el 62.5%.

Se obtuvo el registro de pasos en los 16 pacientes. Se realizó test de ejercicio en 14 pacientes (un paciente no concurre a control y el otro no logro realizar curvas reproducibles). Cuatro pacientes presentaron TBE positivos. La mediana de actividad física semanal declarada fue de 270 min (rango de 60 min a 660 min). El ACT reveló asma parcialmente controlada en 1 solo paciente (19 puntos), los demás tuvieron puntajes altos. Test de Mann-Whitney: no significativo

	Promedio pasos	Promedio aeróbicos	Promedio tiempo aeróbico SEM total	Promedio Días aeróbicos
Test de ejercicio 1	39932.8	7628.8	72.3	3.3
Test de ejercicio 0	55526.4	9742.7	86.1	3.5
Variación	39%	28%	19%	8%

Conclusiones: todas las familias pudieron completar satisfactoriamente la semana de registro con el podómetro y la mayoría de los niños pudo realizar también el test de ejercicio. Si bien hay una tendencia a menor actividad en el grupo BEIE+ esto no alcanzó significación estadística. La metodología implementada parece viable para replicar el estudio con una mayor población.

0216 - EL IMPACTO DEL CAMBIO EN LA NORMATIVA DE ASIGNACIÓN DE PULMONES EN LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE PULMONAR: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ARGENTINA

Alejandro Mario BERTOLOTTI(1) | Juan Manuel OSSES(1) | Jorge Oscar CANEVA(1) | Rosalía AHUMADA(1) | Graciela WAGNER(1) | Mariano CANDIOTI(1) | Pablo CURBELO(2) | Ana MUSETTI(2) | Roberto Rene FAVALORO(1)
FUNDACION FAVALORO (1); HOSPITAL MACIEL (2)

Objetivos: Introducción: Las normativas diseñadas para la asignación de órganos es propia de cada país, y tienen gran impacto en la accesibilidad y en los resultados post trasplante pulmonar (TxP) a corto y largo plazo. En diciembre de 2010, se modificó la asignación de pulmones en Argentina, con el objetivo de mejorar las chances de los receptores (r) con alta mortalidad en lista de espera.

Objetivos: Comparar los resultados a corto y mediano plazo de dos normativas de asignación de órganos en dos períodos diferentes, en una población de r de TxP.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente todos los r de TxP en un único centro, entre enero de 1994 y Junio de 2014. Se dividió a la población en dos períodos según la normativa vigente al momento del TxP. En el período 1 (P1) se incluyeron a los TxP realizados entre 1994/2010; y en el período 2 (P2) a los TxP entre 2011/2014. Se compararon variables pre, intra y pos-TxP con método de chi cuadrado o Wilcoxon Mann Whitney según correspondiera. Se estimó y comparó la supervivencia global por el método de Kaplan-Meier y Test de Log Rank. Resultados: Durante el período especificado, se realizaron 267 TxP (143 unilaterales y 124 bilaterales) en 258 receptores. La edad promedio de la población fue de 49±15 años (12-69), y 159 (60%) eran varones. Se realizaron 185 (69%) TxP en el período 1994/2010 (P1) y 82 (31%) en el período 2011/2014 (P2). En la comparación entre grupos (P1 vs P2), no hubieron diferencias significativas en edad o sexo. La relación entre tipo de TxP (Unilateral/Bilateral) para cada período fue 62%/38% vs 35%/65% (p<0.001). La situación clínica al momento del TxP fue: Electivos: 70% vs 18%; Urgencias: 16% vs 28% y Emergencias: 14% vs 54% (p<0,001). El requerimiento de bypass cardiopulmonar en el implante fue de 30% vs 50% (p=0,003) y el tiempo total de isquemia fue de 300±86 min vs. 340±66 min (p=0,001). La mortalidad hospitalaria fue del 24% (44/185) vs. 11% (9/82)(p=0,01). La supervivencia a 1 y 2 años para los P1 y P2 fue del 64% y 54% vs. 87 y 87%; p<0,001 respectivamente. Conclusiones: Luego del cambio en la normativa de asignación

de pulmones en 2010, se observó un aumento significativo de los TxP bilaterales en situación de emergencia, con mayor requerimiento de soporte con CEC en el implante y tiempos de isquemia más prolongados. Sin embargo, la mortalidad hospitalaria disminuyó significativamente y la supervivencia a 1 y 2 años demostró una mejoría significativa. Estos resultados avalan la estrategia de asignación de órganos adoptada en Argentina.

0217 - ¿EL FUMAR COMPLICA LA EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS? NUESTRA EXPERIENCIA

Sandra ARROYO | Ileana PALMA | María Inés MEDIN | Marcela NATIELLO | Daniel MARTINEZ | Rosa ESTEVAN | Jose Luis VIÑA | Lilian CAPONE | Analía RESGUARDO | Leandro ALVES | Laura LAGRUTTA | Marisa VESCOVO | Liliana CASTRO ZORRILLA | Sandra INWENTARZ | Graciela CRAGNOLINI DE CASADO | Pablo Javier GONZÁLEZ MONTANER

INSTITUTO RAÚL F. VACCAREZZA, FACULTAD DE MEDICINA, U. B. A

Objetivos: Más del 20% de la incidencia mundial de tuberculosis (TB) puede atribuirse a la asociación con el tabaco, el cual es considerado actualmente un factor de riesgo y de muerte por esta enfermedad independientemente del consumo de alcohol y de otros factores. El objetivo es evaluar las características clínico-epidemiológicas y la evolución de los pacientes fumadores comparados con los no fumadores con TB.

Materiales y Métodos: Fueron analizados retrospectivamente los registros clínicos estandarizados de pacientes con diagnóstico de TB pulmonar, extrapulmonar, mixta ó diseminada que fueron asistidos en el sector de consultorios externos entre enero 2010 y diciembre 2013. Se definió, según la OMS, como tabaquistas a aquellos pacientes fumadores actuales (que han fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida y quienes aún continúan fumando activamente); y ex fumadores (han consumido al menos 100 cigarrillos en toda su vida y que a la fecha actual han dejado de fumar hace 6 meses)

Resultados: Se evaluaron 2017 pacientes con TB; 389 eran tabaquistas (19.4%), 67% fumadores actuales con una mediana de 12 paquetes/año (DI 2-37). Predominó el sexo masculino (77.2 vs. 54.1%; p<0.001), con una edad media de 36.5 y 61.617; 14 años (vs. 31.2 y 61.617; 12; p=0.001), y de bajo nivel educativo (no completó el nivel secundario) (73 vs.61%; p= 0.001). Con mayor frecuencia presentaron localización pulmonar (86% vs. 80%; p=0.008) con cavidades en la radiografía (71.4 vs. 58.3%; p= <0.001) y menos formas extrapulmonares (7.7 vs. 13.3%) (p=0.008) que los no fumadores. Tenían asociados otros hábitos adictivos como alcoholismo (42.6 vs. 10.2%; p<0.001), abuso de drogas ilícitas (17.5% vs. 8.9%; p=0.007), o antecedentes de tratamiento previo realizado (9.6 vs. 4.5%; p=0.001). Los fumadores presentaron mayor número de abandonos (28.5 vs. 23%) y muertes (1,6 vs. 0.7%) (p=0.016). No se hallaron diferencias en ocupación, nacionalidad, prueba de sensibilidad, tratamiento empírico, presencia de eventos adversos durante el tratamiento. Luego de análisis multivariado, el tabaquismo persiste como factor de riesgo de muerte (OR 3.2; IC 95% 1.2-9.3) (p=0.025). Conclusiones: En nuestra experiencia encontramos que los fumadores con TB eran en mayor medida hombres, jóvenes, con presentaciones pulmonares cavitadas, asociados a otros hábitos adictivos y con mayor riesgo de abandono y muerte.

0219 - EVOLUCIÓN Y PREVALENCIA DE EVENTOS ASOCIADOS A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA

Fernando RIOS(1) | Alejandro RISSO VAZQUEZ(2) | Victoria RODRIGUEZ(1) | Gustavo PLOTNIKOW(3) | Romina PRATTO(3) | Daniela VASQUEZ(3) | Dante INTILE(3) | Santiago ILUTOVICH(4) | Norberto TIRIBELLI(4) | Diego NOVAL(4) | Liliana AGUILAR(1) | Heinznel NEGRETE PEREZ(1)
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS (1); SANATORIO OTAMENDI-MIROLI (2); SANATORIO ANCHORENA (3); SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE (4)

Objetivos: Recientemente se han propuesto nuevas estrategias de vigilancia. Los eventos asociados a ventilación mecánica (EAV) son una medida simple y objetiva de deterioro respiratorio, esta nueva forma de evaluación y registro de eventos es recomendada por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para vigilancia de neumonías asociadas a la ventilación mecánica entre otros eventos potencialmente prevenibles.

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de EAV en UCIs de Argentina e identificar las causas de EAV. Determinar la prevalencia de NAV con los nuevos criterios propuestos. Evaluar la asociación de EAV con el diagnóstico clínico, la estadía en UCI, el tiempo de Ventilación Mecánica y la mortalidad.

Variable	Global	EAV-no (n 423)	EAV-sí (n 51)	P
Edad (años)	60 ± 18	60 ± 18	61 ± 16	0,596
Género Masc. n (%)	266 (56,1%)	239 (56,2%)	27 (52,9%)	0,656
Apache II	21±9	19±7	22±9	0,145
Días de Vm	7 (5-16)	7 (4-13)	17 (12-26)	<0,001
Estadía en UCI	15 (9-25)	22 (17-28)	14 (9-24)	<0,001
Mortalidad UCI n(%)	109 (23%)	97 (23%)	12 (23%)	0,998
Traqueostomía n (%)	112 (34%)	93 (22%)	19 (38%)	0,021

Materiales y Métodos: Diseño: Estudio de cohortes retrospectivo, multicéntrico.

Criterios de inclusión: Paciente en UCI con ventilación mecánica invasiva por mas de 72hs, con registro diario completo de PEEP y FiO₂.

Criterios de exclusión: Pacientes con limitación a esfuerzos terapéuticos y/o pacientes con enfermedad terminal.

Definición de EAV: Incremento de la FiO₂ mayor al 15 % o en el nivel de PEEP mayor a 2,7 cmH₂O durante 2 días, y esto debe ocurrir en forma posterior a 2 días de estabilidad. Entendiendo como estabilidad que no se hayan modificado los valores de FiO₂ o PEEP, o los mismos se encuentren en disminución.

En los pacientes donde se detectó un EAV, se identificó la causa del mismo.

Resultados: Se evaluaron 474 pacientes y se detectaron 51 EAV. En la tabla 1 se presentan las características globales de los pacientes presentándose también según se identificó o no un EAV. La tasa de EAV fue de 8,1/1000 días de VM. La mediana de tiempo de VM a la presentación de los EAV fue de 8 [RQ 6-10] días. La causa más frecuente de EAV fue NAV (tabla 2), con una prevalencia de 2,7/1000 días de VM. Quienes presentaron EAV tienen un Odds Ratio: 1,25 (IC 95%: 1,07-1,52; p=0,012), para requerir traqueostomía, y de 1 (IC 95%: 0,85-1,25; p=0,525) para muerte. La relación entre la causa de EAV y la mortalidad fue no significativa. Aunque si lo fue la relación entre los pacientes con EAV y los días de VM y la estadía en UCI (p: 0,001).

Causa de EAV	Frecuencia	Porcentaje
SDRA	10	19,6
Atelectasia	8	15,7
ICC	11	21,6
NAV	17	33,3
Causa No-identificada	5	9,8
Total	51	100

Conclusiones: La prevalencia en nuestro estudio fue de 8,1 EAV/1000 días de VM. Los pacientes que desarrollan EAV se asociaron a un incremento significativo de la estancia UCI y en los días de ventilación mecánica, pero no se asociaron a un incremento de la mortalidad. La causa más frecuente de EAV fue la NAV seguida de la sobrecarga hídrica/ICC. Aplicando los nuevos criterios de vigilancia, la prevalencia en nuestras UCIs de NAV fue de 2,7/1000 días de VM

0220 - NUESTRA EXPERIENCIA EN SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN ASOCIADO A OBESIDAD (SHO) EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Miirta Azucena CORONEL(1) | María Eugenia LIC. MATAS(2) | Jorge Alejandro DR. AVILA(3)

HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA (1); DPTO. DE INVESTIGACIÓN ORIENTACIÓN ESTADÍSTICA - FAC.DE MEDICINA- UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN (2); HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA - CENTRO DE ENFERMEDADES DEL SUEÑO (3)

Objetivos: Existen limitados datos sobre la fisiopatología de la insuficiencia respiratoria crónica en obesos, llamados Síndrome de Hipoventilación asociado a Obesidad (SHO), enfermedad subtratada y subdiagnosticada: IMC > 30 kg/m2, Hipercapnia diurna PaCO2 >45, asociado generalmente, pero no siempre a Trastorno Respiratorio Vinculado al Sueño(TRVS) obstructivo o central, sin otra causa de Insuficiencia Respiratoria aparente. El desarrollo de la Insuficiencia respiratoria aparentemente impredecible con el incremento del IMC y los factores críticos que provocan el fallo no son conocidos. Se analizaron un grupo de variables fisiopatológicas intentando ver en nuestra población el SHO. Con los objetivos de 1- Conocer la prevalencia del SHO en nuestra población de pacientes obesos. 2 - Investigar la procedencia de los pacientes con SHO. 3-Analizar el tipo de tratamiento que realizaron los pacientes.

Materiales y Métodos: Se analizaron 107 historias clínicas de pacientes obesos IMC >30 y FEV1/FVC > 70%, con TRVS, de Unidad Respiratoria del H. Padilla de Tucumán. Se recolectaron datos sobre: Escala de Somnolencia de Epworth (ESS), Grado de Obesidad: I, II, III según IMC, diagnóstico de TRVS, gases en sangre arterial, función pulmonar y estudios de sueño (poligrafía y oximetría de pulso). Los resultados se presentaron por medidas resumen e intervalos del 95% de confianza. Se consideró un nivel de significación del 5%. Para la comparación de medias en ambos grupos se aplicó el test t previo estudio de comparación de varianzas mediante el test F.

Resultados: De las 107 pacientes, eran obesos con Hipercapnia 33% (35) y obesos con Eucapnia 67% (72). El 74 % de los obesos hipercápnicos eran de sexo masculino vs. el 56% de los obesos eucápnicos p= 0,089. Comparado con los obesos eucápnicos los pacientes obesos hipercápnicos tenían una edad media de 43.91 (39.35 – 48.23) vs 51.35 (48.48 – 54.49) p= 0.0078, mayor IMC 48.6 (44.99 – 52.21) vs 42.31 (40.35 – 44.27) p= 0.0011, mayor somnolencia diurna evaluada con ESS 21.88 (19.74 – 24.03) vs. 17.7 (16.25 – 19.16) p= 0.0014. Además mayor IDO > 4% 59.82 (49.26 – 70.37) vs. 36.06 (29.65 – 42.47) p=0.0001, menor Sat.O2 media nocturna 81.94 (79.19 – 84.69) vs. 89.44 (86.75 – 92.15) p=0.0002. Capacidad Vital menor 61.72 (54.77 – 68.66) vs 78.59 (74.58 – 82.60) p <0.0001. La PaO 2 era significativamente menor 60.23(56.72 – 63.73) vs.78.06 (75.28 – 80.84) p<0.0001, PaCO 2 era significativamente mayor PaCO2 57.2 (51.44 – 62.96) vs. 37.5(36.54 – 38.47) p<0.0001.El PH 7.34 (7.31 – 7.37) vs. 7.41 (7.40 – 7.42) p= 0.0002, Bicarbonato 29.06 (27.82 – 30.29) vs. 23.29 (22.75 – 23.85) p= <0.0001 Exceso de Base 4.6 (3.64 – 5.56) vs. 0.58 (0.18 – 0.98) p= <0.0001.

Respecto a la procedencia de los obesos hipercápnicos el 31%(11) ingresaron por urgencia vs. el 4% (3) de los obesos eucápnicos p=0,00022.

Los tratamientos realizados por los pacientes obesos Hipercápnicos vs. los obesos eucapnicos fueron: Ventilación No Invasiva (VNI) 59% (20) vs. 6% (4), CPAP 24% (8) vs. 63% (45) y no realizaron tratamiento 18% (6) vs 32% (23).

Conclusiones: De los pacientes estudiados el 33% tenían Síndrome de Hipoventilación asociados a Obesidad, la mayoría nunca realizó tratamiento previos, por lo cual se debería priorizar el tratamiento con VNI o CPAP de acuerdo a la severidad .Además fue significativamente mayor el ingreso de los obesos hipercápnicos por urgencia, lo que pone en relieve la necesidad de realizar la detección precoz de estos pacientes y priorizar investigaciones futuras en el tema.

0221 - NEUMONIA EOSINOFILICA CRÓNICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Hector Hugo ALTIERI | Roque BALDASARIA | Lucas Agustin BRAGADO | Sandra Beatriz FIGUEROA | Sheyla Del Valle MARTINEZ DELCALDO | Pablo Ernesto NUÑEZ | Nora Del Valle VEGA

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN

Caso clínico: Varón de 56 años. Antecedentes Personales: HTA, DBT tipo I, pérdida de peso (10 kg en 4 meses). Derivado en Agosto de 2012 por NAC de 3 semanas de evolución con disnea, fiebre, tos, expectoración y mal estado general. Al Ex. Fco de ingreso: regular estado general, afebril, rales crepitantes, subcrepitantes y roncus generalizados, con predominio en he-

mitórax derecho, Sat. O2: 60% (Fio2 0.21) y 92% (Fio2 0,28). Exámenes complementarios: glóbulos blancos: 13400/mm3 con eosinófilos: 1608/mm3 (12%). Serología hepatitis B, C y HIV: negativos. Espudo y lavado bronquial: BAAR, gérmenes comunes y micológico negativos. Con extendido inflamatorio, recuento de eosinófilos 40%, ausencia de células atípicas.



Conclusiones: La enfermedad pulmonar eosinófila crónica es infrecuente y su diagnóstico es difícil debido a la inespecificidad de sus síntomas, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha para precisar su diagnóstico. El mismo se apoya en criterios clínicos, radiológicos sugerentes y la presencia de eosinofilia periférica o detectada en el BAL. Una rápida respuesta al tratamiento con corticoides facilita la confirmación del diagnóstico.

Por lo general la NEC es idiopática, pero las causas secundarias, como las drogas, las radiaciones, exposición a productos tóxicos, infecciones parasitarias y por hongos, siempre deben ser investigadas. También puede estar asociada a enfermedades pulmonares difusas, enfermedades del colágeno y neoplasias.

0222 - LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO. EL APOORTE DE LA PSICOLOGÍA EN LAS ENFERMEDADES INTERSTICIALES.

Teresa Carmen CASTELLANO | María Graciela KANBUROGLU | Patricia Miriam CALDERÓN | Andrea Karina MIRANDA
HOSPITAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA MARÍA FERRER

Objetivos: Si partimos del concepto de salud de la OMS y consideramos al hombre sano como aquel que está en completo equilibrio y bienestar físico, psíquico y social, no se puede abordar la enfermedad tomando un solo aspecto de ella, por consiguiente los tratamientos deben avanzar en esta mirada. En las enfermedades respiratorias dicha interacción entre lo físico, lo psíquico y lo social es notoria y en especial en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EDIP). Es por ello, que el trabajo interdisciplinario no sólo es una opción sino que se transforma en esencial para ubicarnos adecuadamente frente a las necesidades del paciente y su familia, acompañándolos en las distintas etapas de la enfermedad.

El presente trabajo tiene como objetivo describir como es el abordaje de estas enfermedades en el Hospital de Rehabilitación María Ferrer haciendo hincapié en el trabajo del Servicio de Salud Mental del mencionado Hospital.

Materiales y Métodos: Entrevistas Grupales (sesiones grupales con los pacientes)

Entrevistas individuales (sesiones con los pacientes)

Entrevistas grupales con los familiares.

Ateneos Clínicos.

Resultados: Desde la creación del equipo las prestaciones han ido creciendo año a año, tomando en cuenta las sesiones grupales con los pacientes y sus familiares obtuvimos como resultados desde Diciembre de 2012 a junio de 2014:

Sesiones Grupales con los pacientes: 99

Sesiones con los familiares: 5

Conclusiones: En los últimos tiempos hay una tendencia a la superespecialización gracias a los avances tecnológicos y de nuevos conocimientos en la comunidad científico-médica. Dicha tendencia es más que positiva en el abordaje de las enfermedades, sin embargo, muchas veces se corre el riesgo de despersonalizar al paciente.

El trabajo multidisciplinario, en su abordaje integral del paciente y su entorno, es una excelente estrategia para evitar la despersonalización, ya que acompaña al paciente y su familia en todo el proceso del tratamiento. Desde el servicio de Psicología lo que se intenta es trabajar sobre las dudas, miedos, angustias y demás sentimientos que surgen en los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y su tratamiento, generando un espacio de contención y confianza.

Para concluir, el tratamiento integral multidisciplinario es beneficioso no sólo para el paciente y su familia sino también para todo el cuerpo profesional tratante, ya que esta modalidad genera espacios de reflexión conjunta que ayuda en la toma de decisiones.

0224 - EVALUACION DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS VINCULADOS CON EL SUEÑO

Mirta Azucena CORONEL(1) | María Eugenia LIC. MATAS(2) | Jorge Alejandro DR. AVILA(1)

HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA - CENTRO DE ENFERMEDADES DEL SUEÑO (1); DPTO. DE INVESTIGACIÓN ORIENTACIÓN ESTADÍSTICA - FAC.DE MEDICINA- UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN (2)

Objetivos: La Obesidad está incrementando dramáticamente los problemas socio-económicos y de Salud, alcanzando casi proporciones epidémicas en algunos países. Un considerable porcentaje de obesos severos desarrollan Síndrome de Hipoventilación (SHO), resultando en fallo respiratorio crónico hipercápnico que es el diagnóstico más común para la iniciación de Ventilación No Invasiva (VNI). Datos de estudios sobre efectividad del tratamiento con CPAP y VNI en pacientes con SHO han demostrado mejoría en gasometría arterial diurna y síntomas con ambos tratamientos. Los pacientes Obesos con Trastornos Respiratorios Vinculados al sueño (TRVS) e hipoventilación, tienen alteración de la carga de los músculos respiratorios y drive ventilatorio resultando en Insuficiencia respiratoria crónica.

Nuestros objetivos: 1-Conocer el porcentaje de pacientes obesos que realizaron control posterior al inicio del tratamiento con VNI o CPAP 2- Evaluar la adherencia al tratamiento

3-Investigar las causas de abandono del tratamiento

Materiales y Métodos: Se analizaron 107 historias clínicas de pacientes obesos IMC >30 Kg/m², FEV1/FVC > 70% y con TRVS, evaluados en Unidad Respiratoria del H. Padilla de Tucumán. Se recolectaron datos sobre: Escala de Somnolencia de Epworth (ESS), Grado de Obesidad: I, II, III (según IMC), diagnóstico de TRVS, gases en sangre arterial, función pulmonar y estudios de sueño (poligrafía y oximetría de pulso). Los resultados se presentaron por medidas resumen e intervalos del 95% de confianza. Se consideró un nivel de significación del 5%. Para la comparación de medias en ambos grupos se aplicó el test t previo estudio de comparación de varianzas mediante el test F. Resultados: De las 107 pacientes el 62% eran de sexo masculino. La distribución según tipo de trastorno de sueño fueron: SAHOS 67%, 17% SAHOS + SHO y 16% SHO. Tenían Hipercapnia 33% (35) y Eucapnia 67% (72). Una edad media de 43.91 (39.35 – 48.23) Hipercápnicos vs 51.35 (48.48 – 54.49) eucápnicos p=0.0078. El IMC en hipercápnicos de 48.6 (44.99 – 52.21) vs. 42.31 (40.35 – 44.27) en eucápnicos p=0.0011. La PaCO₂ en los hipercápnicos de 57.2 (51.44 – 62.96) vs 37.5 (36.54 – 38.47) eucápnicos p<0.0001. Los tratamientos realizados por los pacientes Hipercápnicos 59% (20) VNI, 24% (8) CPAP y entre los eucápnicos 63 % (45) CPAP, 6% (4) VNI. No realizaron tratamiento entre los eucápnicos 32% (23) y 18% (6) entre los hipercápnicos. De los pacientes los 107 que realizaron tratamiento hicieron control posterior 61% (65). De estos adhirieron al tratamiento 48% (51) y abandonaron el mismo 13% (14). Entre los que abandonaron el tratamiento la causa referida más frecuente fue la falta de cobertura social 61% (34).

Conclusiones: El tratamiento de elección para en obesos con Síndrome de Hipoventilación asociado a obesidad es VNI, de acuerdo a los resultados obtenidos. Para los obesos eucápnicos el CPAP es el tratamiento de elección. La adherencia al tratamiento fue mayor en pacientes con VNI.

0225 - PRESENTACION INUSUAL DE UNA VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

Erika Natalia CUENCA | Jaime GUILLEN | Hernán DIFILIPPO | Hugo KARLEM | Josefina VILLA | Sebastián LAMOT | Silvia QUADRELLI
FUNDACIÓN SANATORIO GÜEMES

Introducción: La neumonía intersticial usual (UIP) es frecuentemente la manifestación de una enfermedad del tejido

conectivo (ETC). Ocasionalmente la neumonía intersticial es la primera manifestación de la enfermedad. Recientemente han sido descritas UIP que no configuran una ETC bien definida pero que tienen eventos autoinmunes. La determinación de ANCA no forma parte tradicionalmente del estudio de las UIP ya que han sido descripto solamente un par de casos en la literatura en que la UIP se asocia a vasculitis asociada a ANCA. Caso clínico: Paciente varón de 72 años, con antecedente de cáncer de próstata (Gleason 6) tratado con radioterapia y asma tratado con CI+LABA. Se le diagnostica fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en octubre de 2011 por TAC de UIP definitiva sin otras causas que la justifiquen (CVF 2.62, 67%, DLCO 11,1, 60%, 640m con SaO2 mínima 93%). Es evaluado para tratamiento con pirfenidona que finalmente no recibió, por problemas administrativos. En agosto de 2013 es internado por astenia, adinamia, pérdida de peso y poliartalgias de pequeñas articulaciones (sin artritis). Al momento de su ingreso CVF 2,66 72% y DLCO 7,1 47%, 410m, SaO2 mínima 86%. El examen físico es completamente normal fuera de los hallazgos respiratorios. Un nueva determinación de anticuerpos (los previos eran todos negativos) muestra FAN + 1/80 patrón nucleolar, ANCA y AntiDNA negativo con ERS normal. El sedimento urinario es normal. Seis meses después reingresa por insuficiencia renal aguda que requiere hemodiálisis. Se sospecha vasculitis sistémica. La TAC de senos paranasales muestra engrosamiento de la mucosa del seno maxilar izquierdo. Una biopsia muestra pólipos sinonasales y mucosa con fibrosis e inflamación crónica inespecífica. La ERS 120, PCR 18, ANCAp (antiMPO) positivo (>80) y ANCA-c negativo. El resto de los anticuerpos son negativos. Con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA, se inicia tratamiento con metilprednisolona, ciclofosfamida y plasmaféresis.

Posteriormente la biopsia renal confirma glomerulonefritis pauci-inmune con semilunas. El paciente se recupera de la insuficiencia renal
 Conclusiones: Aunque mucho menos frecuente que otras enfermedades autoinmunes, las vasculitis asociadas a ANCA puede ser la causa de una UIP. La determinación periódica de ANCA (como de los otros anticuerpos) debe ser parte de la evaluación de una supuesta FPI.

0226 - REHABILITACION DE PACIENTES CON INJURIA MEDULAR Y VENTILACION MECANICA

Carlos María FRANCESCINI(1) | Jorge RODRIGUEZ(2) | Claudio RABEC(3) | Carina REBORA(1) | Gerardo RICCARDI(1) | Gustavo BARBALACE(1) | Monica DEVOTO(1) | Yanet RODRIGUEZ(1) | Lilian PEREZ(1) | Juan MALTESE(1) | Flavia CHAVINET(1) | Sandra GARCIA(1) | Sabrina LOPEZ(1) | Yohana ANSELMO(1) | María SOLO BEHERAN(1) | Juan ARANDA(1) | Luis GONZALEZ(1)
 CLINICA ALCLA CENTRO DE REHABILITACION (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH (2); HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DIJON (3)

Objetivos: Realizar un estudio observacional y descriptivo de una serie de pacientes con injuria medular, que requirieron ventilación mecánica, en el contexto de su tratamiento en cuidados intensivos y fueron derivados a un centro de rehabilitación respiratoria, para la desvinculación del ventilador y recuperación motora.

ASIA (escala de injuria medular)	Ingreso	Egreso
A (Lesion completa)	14 (63.6%)	4 (22.2%)
B (Lesion incompleta con sensibilidad sola)	2 (9.1%)	6 (27.3%)
C (lesion incompleta con sensibilidad y motor) con fc motora < grado III	6 (27.3%)	2 (9.1%)
D (lesion incompleta con sensibilidad y motor) con fc motora > grado III		2 (9.1%)
E (Normal)		4 (22.2%)

Materiales y Métodos: Se analizaron los datos de una población de pacientes con injuria medular y ventilación mecánica n=22, cuyo compromiso fue evaluado al ingreso y egreso con la escala de ASIA (asociación americana de injuria espinal) para evaluar la lesión como completa o incompleta, con o sin compromiso de sensibilidad y/o motor y también el grado de fuerza muscular. Los mismos fueron derivados al centro de rehabilitación respiratoria de clínica ALCLA, por weaning dificultoso en los establecimientos de atención inicial, entre marzo de 2001 y octubre de 2013. El análisis de datos, se hizo

con el programa StatPlus para Windows y PSPP para Linux. Las frecuencias relativas se expresaron como porcentajes y las variables numéricas como X (media) +/-SD. La significación fue establecida para un α +/-0.05 para 2 colas.

Resultados: n=22 sexof=8(36.4%) m=14(63.6%) mortalidad=4(18.1%) edad (media): 29.9ASIA (asociación americana de injuria medular) escala que evalúa tipo de lesión IngresoEgresoA (lesión completa) 14(63.6%) 4(22.2%)B (lesión incompleta con conservación de sensibilidad solo) 2(9.1%)6(33.3%)C (con conservación sensibilidad y motora y fc motora grado < III) 6(27.3%) 2(11.1%) D (C con función motora de grado > III) 2 (11.1%)E (Normal)4 (22.2%).

Mecanismo lesional Traumatism Tumor MetástasisSiringomielia15(68.1%) 4(18.8%) 2(9.1%) 1 (4.5%) Traumatismo Choque frontal8(36.3%)Herida por arma de fuego5(22.7%) Deportiva (palanca cervical en rugby) 1(4,5%)Hiperextensión cervical(intubación dificultoso 1(4.5%)

Lesión cervical n=20(91.0%) Lesión Dorsal n=1(4.5%) Lesión lumbar n=1(4.5%) C1 n=9 (45.0%) D5 n=1 (100%) L1 n=1 (100%)C2 n=4 (20.0%) C3 n=2 (10.0%) C4 n=3 (15.0%) C5 n=2 (10.0%) ARM Decan Traqueo Pr.sop ARM contr VM tot (n) Ingreso 22(100%)5(22.1%)15(68.1%) 20(90.9%)Egreso 7(38%)11(61.1%)2(11.1%) 2(11.1%) 4 (22.2%)

ARM	Decanulados	Traqueostomizados	Presion de Soporte	ARM controlada	VM (n=total)
Ingreso		22 (100%)	5 (22.1%)	15 (68.1%)	20 (90.9%)
Egreso	7 (38.8%)	11 (61.1%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	4 (22.2%)

Conclusiones: Dado que es una comunicación preliminar, donde se observa la evolución respiratoria en una cohorte de pacientes medulares de moderada a severa gravedad lesional, queda claro que el tratamiento en un centro de rehabilitación respiratoria, donde un tiempo de internación necesario, muchas veces prolongado (la media de internación fue de 19+/-15 meses), la tecnología adecuada para utilizar con los pacientes y la atención por personal idóneo, son las herramientas para un tratamiento con buena respuesta. Es imprescindible continuar aumentando la cohorte de pacientes, para realizar un análisis que permita encontrar correlaciones de las variables documentadas, como marcadores de la evolución, seguimiento y pronóstico de esta enfermedad.

0227 - FACTORES PREDICTIVOS DE SUSPENSIÓN DE CPAP EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CIRUGIA BARIATRICA DURANTE 2 AÑOS

Carlos María FRANCESCINI(1) | Jorge RODRIGUEZ(1) | Claudio RABEC(2) | Graciela CUETO(1) | Nestor HERNANDEZ(1) | Mercedes KLEINERT(1) | Mariano WYSOCKI(1) | Andres BERTORELLO(1) | Rosemary FERRUFINO(1) | Sergio NIEVAS(1) | Adriana CAMPOAMOR(1) | Stella SPHERS(1) | Hernan ROFF(1) | Luis CHIAPETTA(1)
 HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DIJON (2)

Objetivos: Analizar las diferencias de las seis (6) variables más importantes medidas en estos pacientes, ESS (escala de somnolencia de Epworth), IMC, IDO2 (índice de desaturación de oxígeno por hora de sueño), IAH (índice de apnea-hipopnea por hora de sueño), SatO2 media y FEV1, como posibles factores predictivos de la suspensión de CPAP en pacientes (n=101) con cirugía bariátrica en seguimiento a dos años.

	Coficiente β	Estadístico de Wald	gl	p	OR	IC 95% OR	
Delta de ESS	,200	6,28	1	,012	1,222	Inferior	1,045
Constante	,197	,105	1	,746	1,218	Superior	1,429

Materiales y Métodos: De una población de n=101 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, estudiados antes y después con PSG/OXI (polisomnografía con oximetría), se describieron las seis variables más importantes antes descriptas. Se analizaron los datos con el programa StatPlus para Windows y PSPP para Linux. Las frecuencias relativas se expresan como porcentajes y las variables numéricas como X (media) +/-SD. La significación establecida para unα +/- 0.05 para dos colas. Variable FormulaDelta de ESS ESS pre - ESS postDelta de IMC IMC pre - IMC post Delta de IDO2 IDO2 pre - IDO2 postDelta de

PSG IAH PSG IAH pre – PSG IAH postDelta SaO2 media SaO2 pre – SaO2 postDelta FEV 1 FEV 1 post – FEV 1 pre
 Resultados: Se analizaron seis (6) deltas de variables pre-post quirúrgica, por medio de t Student y por medio de regresión logística y se encontró que la prueba de t Student arroja un estadístico descriptivo de deltas según suspensión de CPAP, significativo para el delta de IMC (< 0.03) y delta de EES (<0.03), pero la estadística multivariada con regresión logística solo evidencio como factor predictivo de suspensión de CPAP a dos años de la cirugía bariátrica, al EES únicamente.

Variables en la ecuación Coeficiente β Estadístico de Wald glpORI.C. 95% OR Inferior Superior Paso 1^o Delta de ESS,2006,2821,012 1,222 1,045 1,429

Constante ,197 ,105 1,746 1,218 a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Delta_ ESS

Conclusiones: Comparando las variables delta entre los dos grupos de CPAP se observa que mediante el análisis bivariado de t Student tanto el delta de IMC como el delta de ESS arrojan diferencias significativas en ambos grupos con $p < 0.03$.

Al someter el modelo construido con las seis variables delta a regresión logística, solo el delta de ESS muestra ser predictor de suspensión de CPAP con una $p < 0.02$; OR 1.22 y un IC de 95% del OR entre 1.04 – 1.43.

La evaluación de la diferencia de somnolencia diurna, calculadas antes y después de la cirugía con la escala de Epworth, es una herramienta clínica simple, rápida y económica para predecir la suspensión de la administración de CPAP en el seguimiento a dos años de la cirugía bariátrica.

0228 - SOSPECHA Y TIEMPO DE DEMORA EN EL DIAGNOSTICO DE SINDROME DE APNEAS HIPOPNEAS OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

María Noelia BERGAS GIMBERNAT | Gabriela CHIRINO | Vanesa CORDERO | Hector VARAS | Gabriel ABALLAY | Viviana BOETTO | Gonzalo PERALTA | María BOCKLET DE MASSUT

HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE

Objetivos: Determinar tiempo de demora en solicitar poligrafía respiratoria. Evaluar la sospecha SAHOS en médicos generales o especialistas.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, analítico y prospectivo. Se analizó base de datos de pacientes a quienes se realizó poligrafía respiratoria desde Diciembre de 2013 a Junio de 2014 en Hospital de Agudos de Mendoza. Se realizó encuesta personalizada. Criterios de exclusión: Pacientes con patología neuromuscular y estudios no válidos. Se realizó poligrafía respiratoria nocturna en el hospital, con equipos Apnea Link Plus de 4 canales (ResMed). Se utilizó el programa SSPS 20 para análisis estadístico.

Resultados: Se obtuvieron 31 poligrafías y 26 encuestas. Edad media 53,8 años (27-71). Mujeres 57,7% (15). Obesidad (BMI>30) 96,2%(25). Síntomas prevalentes: ronquidos 92,3%(24), apneas observadas por terceros 69,2%(18), cansancio diurno 69,2% (18) ($p=0,051$ con IAH leve, $p=0,07$ con IAH moderado), somnolencia diurna (no cuantificado) 57,7% (15), sueño no reparador 69,2% (18) ($p=0,051$ con IAH leve), cefalea 53,8%(14), irritación 53,8% (14), pérdida de memoria 50% (13). Tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la solicitud del estudio mayor a un año 88,5%(23). Consultaron por síntomas específicos 23,1% (6), de éstos 50% refirió que no se le dio trascendencia a los mismos. Cuando consultaron por otras causas fueron interrogados por síntomas de SAHOS 15,4%(4). Conocían el síndrome 11,5%(3) de los pacientes. La solicitud de poligrafía provino de: Clínicos 50%(13), Neumólogos 23,1%(6), Cardiólogos 15,7%(4).

Conclusiones: Se observa baja sospecha de esta patología. Existe un elevado tiempo de demora en el diagnóstico el cual supera un año en 88,5% de los pacientes. Las causas probables de los hallazgos de nuestro estudio pueden deberse al desconocimiento de este síndrome tanto en médicos como en pacientes. Destacamos la necesidad futura de difundir a nivel de población general e incrementar la formación en profesionales de atención primaria quienes son habitualmente el primer contacto con el paciente.

0230 - MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA ASOCIADA A INFECCIÓN POR ACTINOMICES EN PACIENTE ADULTO JOVEN.

Andrea FRAGAPANE(1) | Sabrina ALVAREZ(1) | Javier ABDALA(1) | Andrea VILA(2) | Enrique BARIMBOIN(1) | Julio GONZALEZ FABREGA(1)

HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (1); HOSPITAL ITALIANO (2)

Introducción:

La malformación adenomatoidea quística (MAQ) representa 25% de las malformaciones pulmonares congénitas. En adultos su hallazgo es incidental en imágenes, simulando una neoplasia o un proceso infeccioso. Se presenta el caso de una mujer joven de raza oriental que consultó por esta patología complicada por un proceso infeccioso por actinomices.

Caso clínico: Paciente de 28 años, raza asiática, consultó por tos y expectoración marrón. Buen estado general. Hipoventilación basal derecha. Afebril. SO2 95%.

TC TÓRAX: En lóbulo inferior derecho: cavidad de paredes gruesas con niveles aéreos (56 x 58 mm). Se interpretó como absceso pulmonar. Espujo: Leucocitos >100 /campo. Se aisló ACTINOMICES. Cumplió tratamiento antibiótico.

Por presentar hemoptisis, se realizó fibrobroncoscopia: tráquea y árbol bronquial sin lesiones, restos hemáticos provenientes de segmentos basales de lóbulo inferior derecho. Cultivo negativo. Por persistir hemoptisis se realizó resección de probable absceso. A. Patológica: estructura quística, ocupada por un proceso inflamatorio agudo.

TC POSOPERATORIA. Imágenes quísticas, de paredes finas, que miden 8,5 cm x7cm x10 cm, en lóbulo inferior derecho. Secuelas quirúrgicas. Diagnóstico presuntivo: malformación adenomatosa quística.

Espirometría: restricción leve. FVC 75% mejoría de flujos post beta2 con curva obstructiva.

Evolución favorable, en control estricto.

Discusión: La MAQ es una anomalía poco frecuente del desarrollo pulmonar de tipo hamartomatoso, con proliferación de elementos mesenquimales y dilatación anormal de estructuras respiratorias terminales, que dan origen a quistes de variados tamaños y localización. 80 a 95% son detectados en periodo neonatal, con discreto predominio de mujeres sobre varones.

Según el tamaño de los quistes, se ha clasificado en:

Tipo I: grandes quistes, más frecuente en adultos

Tipo II: tamaño inferior a 1 o 2 cm.

Tipo III: masa homogénea y compacta con estructuras quísticas. Suele comprometer el lóbulo completo con estructuras que semejan bronquiolos mezclados con zonas cubiertas con epitelio alveolar. Es infrecuente (10%) y de peor pronóstico.

La ausencia de cartilago en bronquiolos determina colapso dinámico espiratorio determinando atrapamiento aéreo y de secreciones. Otras complicaciones descritas son hemoptisis, neumotórax. Diagnósticos diferenciales radiológicos: en adultos: secuestro pulmonar, quiste broncogénico, bronquiectasias quísticas, enfisema lobar congénito, enfisema localizado, hernia diafragmática, neumonía cavitada, bronquiectasias quísticas, tuberculosis, quiste hidatídico.

El tratamiento implica control de infecciones según necesidad, y resección de lesiones, avanzadas, localizadas, sobreinfecciones recurrentes, hemoptisis o sospecha de malignización. Las técnicas más utilizadas son lobectomía y segmentectomía con margen de seguridad amplio.

Actinomices coloniza tracto respiratorio superior, gastrointestinal, genital y produce abscesos, fistulas o masas cuando se altera la barrera mucosa normal.

Conclusiones: La MAQ en el adulto es una patología muy infrecuente, que se sospecha a partir de imágenes en pacientes con complicaciones (infecciones, sangrados, etc) como en este caso. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección debido al riesgo de transformación maligna, infecciones a repetición, crecimiento de las zonas quísticas y especialmente debido al bajo riesgo que con lleva la cirugía.

0231 - ESCRUFULODERMA TUBERCULOSA AXILAR ÚNICA

Ramiro Horacio ROJAS MENDIOLA | Marianela ALANIZ | German REDOLFI | Sabrina SAVORIDO | Matías SCAFATI | José Antonio GONZALEZ

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNU

Introducción

La infección ganglionar es la causa más frecuente de Tuberculosis extrapulmonar. La incidencia de estas localizaciones es del 15 al 20% en pacientes inmunocompetentes y de hasta el 70% en inmunosuprimidos. La escrofuloderma es el resultado de la participación contigua de la piel a partir de un foco tuberculoso subyacente. Antiguamente esta forma de tuberculosis se observaba en la infancia; actualmente la edad media es de 40 años.

Caso Clínico

Paciente de 60 años oriundo de La Paz – Bolivia, trabajador de la construcción, con antecedente de hipoacusia, osteoartritis y litiasis vesicular. Presenta impotencia funcional del hombro derecho con dolor a la movilización del mismo. La radiografía de la articulación no presentaba alteraciones y la radiografía de tórax tampoco evidenciaba imágenes patológicas. Con diagnóstico de infección de partes blandas en región axilar inició tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol, sin respuesta al mismo. Se reevaluó al paciente con un interrogatorio dirigido en el cual se descubre un síndrome febril, tos crónica de 2 meses de evolución y además síndrome de impregnación, solicitándose baciloscopia de esputo y punción de ganglio axilar las cuales resultan ser positivas. Se complementó con serología para HIV con resultado negativo. Comenzó tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol; con mala tolerancia gástrica, sin alteraciones en el hepatograma. Se indicó tratamiento sintomático y se readecuó la ingesta del mismo. Evolucionó con drenaje de material caseoso en el sitio de la punción en franca disminución, interpretándose como una buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Discusión y conclusiones

Aunque el contexto epidemiológico del paciente nos lleva a pensar en la tuberculosis como primer diagnóstico, el hallazgo de una única adenopatía fue el factor de confusión. La adenitis observada en el curso de la tuberculosis es expresión de la extensión por vía linfática del Mycobacterium tuberculosis a los ganglios, puede adoptar una forma predominantemente inflamatoria, como adenitis granulomatosa, o manifestarse como fistulas adenocutáneas que constituyen la escrofuloderma. La localización habitual son los ganglios linfáticos de la región cervical y menos frecuentemente los axilares, paraesternales, inguinales y epitrocleares.

0232 - LESIONES METASTÁSICAS INFRECUENTES EN PULMÓN.

Hugo Rubén Andrés KARLEN | Hernán DIFFILIPO | Jaime GUILLEN | Josefina VILLA | Marco SOLIS | Nicolás ITCOVICCI | Silvia QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Introducción: Los sarcomas renales representan entre el 1 y el 3% de las neoplasias primarias de riñón en adultos, dentro de los cuales el fibrosarcoma es el menos frecuente y el de peor pronóstico, con una sobrevida a las 5 años menor al 10%. La cirugía es la principal opción terapéutica, debido a falta de respuesta a la quimioterapia y radioterapia.

Caso clínico: Paciente masculino de 67 años con antecedente de tabaquismo (30 p/y), hipertensión arterial y tumor renal diagnosticado hace 1 año. Se realizó nefrectomía derecha, el estudio de inmunohistoquímica de la biopsia fue positivo para vimentina y CD10, confirmando el diagnóstico de fibrosarcoma. Consulta por disnea CF III/IV de 5 días de evolución. Al examen físico afebril, hemodinámicamente estable, sin signos de fallo de bomba agudo, satO2 93% a 0,21. EFR muestra FEV1/CVF 60%, FEV1 2,12 55%, CVF 3,55 60%. Se realiza radiografía de tórax y TC de tórax donde se observan lesiones densas redondeadas de bordes definidos, una paracardiaca derecha en lóbulo medio y otra en lóbulo superior izquierdo. Con el diagnóstico presuntivo de tromboembolismo pulmonar (TEP) se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra Fey de VI 37%, función sistólica de VD conservada e insuficiencia tricúspidea moderada, PSPA 55 mmHg, ecodoppler de miembros inferiores sin hallazgos patológicos y centellograma V/Q con baja probabilidad de TEP. Debido al hallazgo de lesiones compatibles con metástasis en pulmón se solicita TC de abdomen y pelvis, se observa dos imágenes heterogéneas en hígado, de similares características. Debido a la alta sospecha para TEP se inicia

anticoagulación con enoxaparina y acenocumarol, con mejoría del cuadro clínico.

Conclusiones: Si bien el pulmón es un sitio común de metástasis (MTS) de los sarcomas en general, menos de 3% de las metástasis pulmonares de sarcomas corresponden a un primario genitourinario y de todos los fibrosarcomas solamente el 6% desarrollan MTS pulmonares (a diferencia de los otros sarcomas que desarrollan MTS en casi el 50% de los casos), por lo cual hay muy pocos casos comunicados en la literatura de MTS pulmonares de fibrosarcoma renal.

0233 - CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR BOCAVIRUS HUMANO EN MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS

Laura MORENO(1) | Verónica KOHN(1) | Fanny ARROYO(1) | Inés MARQUÉS(1) | Nicolás WASINGER(2) | Elizabeth BUJEDO(1) | Luciana GUIETTO(3) | Ariana MARCHESI(2) | Tomás CARDOZO(2) | María Pilar ADAMO(2)
HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA (1); INSTITUTO DE VIROLOGÍA "JM VANELLA" FCM UNC (2); INSTITUTO DE VIROLOGÍA JM VANELLA (3)

Objetivos: Bocavirus Humano (HBoV), descrito por primera vez en 2005, ha sido asociado a infección respiratoria aguda alta y baja (IRAB) y a cuadros de sibilancias. A fin de aportar datos locales de la presencia de este nuevo virus nos propusimos: Describir características epidemiológicas y clínicas asociadas a infección por HBoV en lactantes y pre-escolares.

Materiales y Métodos: A todos los menores de 5 años internados por IRAB en el Hospital de Niños de Córdoba (otoño-invierno 2013) se solicitó muestras de secreciones nasales para pesquisa viral (inmunofluorescencia para virus habituales) y PCR para HBoV (genoma y tipificación). Los pacientes recibieron tratamiento independientemente de este estudio. En los casos HBoV positivos sin coinfección demostrada (viral/bacteriana) ni comorbilidad previa se registraron datos demográficos y clínico-radiológicos.

Resultados: De 722 pacientes analizados, se detectó HBoV1 en 88 (12,2%). La mayoría se presentó en las semanas epidemiológicas 25 a 27 (junio/julio). Un total de 35/88 casos (40%) se asumieron como mono infectados; de ellos, 6 con comorbilidad previa (enfermedad crónica). Muestra final: 29 casos; masculinos 16/29 (55%); edad promedio 8±8 meses (mediana 6, rango 1-36). Los primeros síntomas iniciaron 4±3 días previos al ingreso (rango 1-15). La mayoría (17/29, 59%) cursó su primer episodio de IRAB: bronquiolitis (65%), neumonía (28%); otros: crisis de cianosis, apnea, laringitis. Entre los factores de riesgo se identificó ausencia de lactancia materna en 24%, hacinamiento en 10%, tabaquismo en conviviente en 31%, antecedentes familiares de asma en sólo 1 y ninguno con antecedentes personales de atopía. Síntomas: sibilancias (76%), tos (66%), fiebre (66%), rinitis (38%), vómitos (24%), cianosis (17%), entre otros; leucocitos 13920±6224 (R:6550-20150); radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral o intersticio-alveolar (63%), atrapamiento aéreo (28%), atelectasias (10%). Tratamientos: el 76% requirió oxígeno por 5±3 días (rango: 2-16) y ninguno asistencia respiratoria mecánica. El 69% recibió antibióticos (claritromicina y ampicilina) y 45% antiviral (oseltamivir). Ninguno falleció.

Conclusiones: La prevalencia de HBoV1 en la población estudiada fue del 12,2% con pico estacional al inicio del invierno. Los casos sin coinfección ni comorbilidad detectada (29/88, 33%) mostraron mediana de edad de 6 meses. Predominaron los diagnósticos de bronquiolitis y neumonía mostrando buena evolución y sin complicaciones al alta.

0234 - RELACION ENTRE COMORBILIDADES, EDAD, GRAVEDAD INICIAL Y ETIOLOGIA EN PACIENTES INTERNADOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Ileana PALMA(1) | Teresita ROSENBAUM(1) | Evangelina MEMBRIANI(1) | Vanina GIOVINI(1) | Paula PEYRANI(2) | Timothy WIEMKEN(2) | Julio RAMIREZ(3) | Carlos Marcelo LUNA(1)
HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTÍN" (1); INFECTIOUS DISEASES, UNIVERSITY OF LOUISVILLE (2); INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS (3)

Objetivos: analizar desde el punto de vista de las comorbilidades, el impacto de las mismas y de la edad, la gravedad inicial y la presencia de patógenos de riesgo en el pronóstico en pacientes internados con neumonía adquirida en la comunidad (NAC). **Materiales y Métodos:** usando la base de datos CAPO se definieron 3 grupos etarios: <65, 65-79 y >79 años; se consideraron las comorbilidades EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), accidente cerebro-vascular (ACV), cáncer, nefropatía, hepatopatía y diabetes mellitus (DM). La gravedad inicial se evaluó con los scores CRB-65 y PSI.

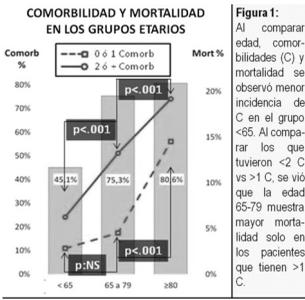


Figura 1: Al comparar edad, comorbilidades (C) y mortalidad se observó menor incidencia de C en el grupo <65. Al comparar los que tuvieron <2 C con los que tuvieron >1 C, se vio que la edad 65-79 muestra mayor mortalidad solo en los pacientes que tienen >1 C.

Resultados: se incluyeron 6624 pacientes, 614 (9.6%) murieron dentro de los 30 días (tabla 1). Las comorbilidades más frecuentes fueron EPOC, ICC y ACV (figura 1). Con la edad, incidencia de ACV, nefropatía e ICC aumentó y la de hepatopatía y DM disminuyó; la de EPOC aumentó a los 65-79 años y luego decreció, mientras que la de cáncer bajó a los 65-79 años y luego aumentó. S.

aureus, atípicas y bacilos aerobios gran-negativos (BAGN) se distribuyeron en forma diferente en los grupos etarios (tabla 1). Los pacientes con comorbilidades tuvieron menos aislamientos ($p < 0.001$), mayor frecuencia de S. aureus, BAGN y P. aeruginosa ($p < 0.001$). La mortalidad para los grupos <65, 65-79 y >79 años fue 3.0%, 8.6% y 16.3% mientras que el número de comorbilidades por paciente fue: 0.74; 1.41; y 1.38, respectivamente. Al comparar la mortalidad de los pacientes del grupo <65 con los del grupo 65-79, se vio que en los que tenían menos de 2 comorbilidades la mortalidad no era diferente; mientras que en los que presentaban 2 o más comorbilidades era significativamente mayor en el grupo 65-79. En los del grupo >79 la mortalidad era mayor que la del grupo 65-79, tuvieran o no 2 o más comorbilidades. De los scores de gravedad, solo el PSI reflejó el impacto de las comorbilidades en relación al pronóstico.

Variable	<65 (n=2745)	65-79 (n=2184)	>79 (n=1968)	valor de p
Edad	47.6±12.3	72.8±4.5	86.2±4.2	<0.001
Sexo M (%)	65.3%	65.3%	53.6%	
Internación en UCI	13.2%	11.0%	7.1%	<0.001
Hipoxemia	851 (31.0%)	1006 (46.1%)	1206 (61.2%)	<0.001
Ptes con Comorbilidad	1193 (32.8%)	1643 (80.8%)	1586 (86.3%)	<0.001
Score CRB-65	0.34±	1.00±	1.17±	<0.001
Score PSI	80.1±	107.8±	126.5±	<0.001
Estadía Días	9.1±8.8	10.6±8.8	11.1±9.2	<0.001
Mortalidad	81 (2.9%)	187 (8.6%)	320 (16.3%)	<0.001
Algún Patógeno Aislado	29.0%	25.7%	19.2%	
S. pneumoniae	359 (49.2%)	276 (49.9%)	163 (43.5%)	NS
S. aureus	85 (11.6%)	86 (15.6%)	66 (17.6%)	0.0159
Atípicas	106 (14.5%)	38 (6.9%)	19 (5.1%)	<0.001
BAGN	47 (6.4%)	45 (8.1%)	58 (15.5%)	<0.001
P. aeruginosa	35 (4.8%)	40 (7.2%)	28 (7.5%)	NS
Otros Patógenos	182 (24.9%)	125 (22.6%)	84 (22.4%)	NS

Conclusiones: las comorbilidades tienen diferente incidencia e impacto en los distintos grupos etarios y tienen relación variable con la gravedad de la NAC. En menores de 80 años, la edad mayor de 65 solo se asocia a mortalidad si tienen más de 2 comorbilidades.

0237 - DISNEA E INFILTRADOS PULMONARES EN MUJER TABAQUISTA ACTIVA.

Erica Ivana CUESTAS | Ariel Eduardo BLUA | Vanesa Del Valle ABRATE | Marcos Alfonso ELIAS | Vanesa Estefanía PERRONE | Ana María LÓPEZ
HOSPITAL PRIVADO

Introducción: Un efecto común del humo del cigarrillo es el aumento de las células de Langerhans en el epitelio respiratorio.

La Histiocitosis Pulmonar de Células de Langerhans (PLCH) se caracteriza por múltiples nódulos estrellados, constituidos por células de Langerhans y un infiltrado celular mixto de distribución peribronquiolar y centri-lobulillar. Los nódulos posteriormente se cavitan y aparece el patrón quístico-nodular de distribución predominante en lóbulos superiores, respetando los ángulos costofrénicos.

Caso clínico: Presentamos una paciente tabaquista activa con PLCH.

Mujer de 40 años con antecedentes de tabaquismo (22 P/Y), depresión, cirugías por ligadura tubaria y prótesis mamaria. Neumopatías infecciosas hace 8 y 3 años. Disnea de esfuerzo al caminar 200 mts, de un mes de evolución, episodios de broncoespasmos, dolor pleurítico subescapular bilateral y retroesternal. Examen: Sat. Hb 98% con Fio2 0.21, pulmones limpios. Rx. Tórax: patrón intersticial bilateral nodulillar. TAC Tórax: atrapamiento aéreo, pequeñas bullas de enfisema centri-lobulillar en ambos LS y bronquiectasias cilíndricas centrales, lesiones nodulares y nodulillares, algunas con cavitación central, bilaterales que respetan los ángulos costo frénicos. Espirometría: obstrucción leve con mejoría al BD: FVC 82% FEV1 71% FEV1/FVC 68 %. DLCO: 82 % del teórico. Test de caminata de 6 minutos (6MWT): Sat. Basal de Hb 98% sin desaturación, distancia recorrida de 356.4 mts (53% del teórico). Broncofibroscopia (BFC): no diagnóstica, cultivos para gérmenes comunes, BAAR y hongos negativos. PRC p/ Aspergillus y TBC no detectables. Posterior biopsia quirúrgica de segmento apical de LSI demostró infiltrado inflamatorio estrellado de células de Langerhans, eosinófilos y linfocitos pequeños con inmunohistoquímica positiva para el antígeno CD1a. Laboratorio: hemograma, función renal y hepática normales, serología para enfermedades autoinmunes negativa. Centellograma óseo: normal. Cese de tabaquismo e inicia fluticasona/salmeterol 250/25 mg cada 12 hs. 8 meses después: continúa sin fumar, niega disnea. TAC tórax: significativa reducción de la profusión de las lesiones nodulares en ambos LS respecto a estudio previo persistiendo pequeñas estructuras quísticas. 6MWT: incremento de distancia recorrida en 60 mts. Espirometría: obstrucción leve sin mejoría significativa al BD: FVC 107 % FEV1 86% FEV1/FVC 66 % con un incremento del FEV1 del 13%.

Conclusiones: Queremos destacar la relación causal con un antígeno inhalado, el humo del cigarrillo, no sólo por la distribución peribronquiolar de las lesiones, sino también por la mejoría espontánea clínica, funcional y la resolución casi completa de las lesiones tomográficas solamente con la cesación tabáquica.

0238 - PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO – UNA RARA CAUSA DE MASA PULMONAR

Ariel Eduardo BLUA | Vanesa Del Valle ABRATE | Marcos Alfonso ELIAS | Erica Ivana CUESTAS | Vanesa Estefanía PERRONE | Ana María LÓPEZ
HOSPITAL PRIVADO

Introducción: El pseudotumor inflamatorio pulmonar, también conocido como tumor miofibroblástico inflamatorio, granuloma de células plasmáticas, histiocitoma fibroso o fibroxantoma, habitualmente se presenta como nódulo pulmonar solitario, pero puede ser localmente invasivo. Actualmente no está claro si esta representa un proceso inflamatorio primario versus un tumor maligno de bajo grado con gran componente inflamatorio y que también puede comprometer otros órganos.

Caso clínico: Presentamos un paciente donde esta lesión se asocia a neumonía intersticial no específica (NSIP).

Hombre, 82 años, ex TBQ severo (42 paq./año), DBT tipo 2, HTA, DLP, cardiopatía isquémica, Ca de colon con tto. quirúrgico (2001). Primera consulta: hallazgo de nódulo pulmonar solitario basal derecho, de 2 x 3 cm. PAF (punción aguja fina): pseudotumor inflamatorio pulmonar. Control a los 3 y 6 meses con crecimiento de lesión. Nueva PAF con inmunomarcación con similar diagnóstico. PET a los 7 meses con hipercaptación en lesión primaria y ganglios mediastinales. Inicia meprednisona 40 mg/día. A los 45 días (9 meses del diagnóstico), internación durante 10 días por sepsis severa secundaria a NAC. Reevaluado para segunda opinión a los 10 meses de la primera consulta: asintomático respiratorio, Sat. Hb 96% AA, escasos rales velcro

en dos tercios inferiores bilaterales. TAC tórax: masa de 8 x 8 cm con aire en su interior (necrosis de la lesión?) en segmento basal anterior y lateral del LID, engrosamiento del intersticio periférico subpleural a predominio bibasal y múltiples adenopatías mediastinales. Espirometría normal con DLCO baja. Rechaza propuesta de cirugía diagnóstica y terapéutica.

Conclusiones: Si bien no se realizó biopsia quirúrgica, en dos PAF el diagnóstico fue de pseudotumor inflamatorio con inmunomarcación compatible. A pesar que no existen reportes en la literatura que asocien este tipo de tumor con enfermedades intersticiales, no se puede descartar un nexo fisiopatogénico común entre estas 2 patologías, que pueden generarse por proliferación de fibroblastos.

0239 - JOVEN CON DISNEA PROGRESIVA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

Vanesa Del Valle ABRATE(1) | Ariel Eduardo BLUA(1) | Erica Ivana CUESTAS(1) | Marcos Alfonso ELIAS(1) | Gloria OLMEDO(2) | Ana María LÓPEZ(1) | HOSPITAL PRIVADO (1); LABORATORIO PRIVADO (2)

Introducción: La fibroelastosis pleuroparenquimatosa (PEEF) es una entidad recientemente descrita, caracterizada por fibrosis pleural y del parénquima pulmonar subpleural, de distribución predominante en lóbulos superiores, con engrosamiento difuso de la pleura visceral por fibras colágenas densas y fibras elásticas, con una transición abrupta entre el parénquima sano y el patológico. Puede ser idiopática o secundaria a infecciones recurrentes, alérgenos, drogas, trasplante de pulmón o médula ósea y a colagenopatías. El curso clínico es progresivo hasta en el 60% y de mal pronóstico con una mortalidad hasta del 40%, siendo el trasplante de pulmón la única opción terapéutica.

Caso clínico: Presentamos un paciente con diagnóstico de PEEF por biopsia pulmonar quirúrgica

Sexo masculino, 23 años. Disnea grado II desde 9 meses antes, había recibido tratamiento para TBC miliar, sin aislamiento de gérmenes ni imágenes compatibles. Consulta por tos con expectoración mucosa y disnea grado II-III. Examen físico: SatHb 96% AA, buena dinámica ventilatoria, no ruidos sobreagregados. Espirometría: restricción muy severa sin cambios postbroncodilatador (FVC 17%). Reducción de volúmenes pulmonares (TLC 2.24 (29%), FRC 1.22 (32%), RV 0.77 (45%) y IC 1.02 (26%)) El test de difusión estaba severamente reducido (DLCO 23%). TAC de tórax: reducción volumétrica bilateral pulmonar bilateral, engrosamiento septal reticular subpleurales, engrosamiento pleural en placas. Ecocardiograma: CIA de 3 mm con shunt tipo restrictivo de izquierda a derecha. Cateterismo cardíaco: PAP 24/8 (18), wedge 10. Se indica biopsia quirúrgica en LSD. Anatomía patológica: Pleura visceral con sectores de fibrosis que se extiende a septos interlobulillares. Los alveolos subpleurales, están retraídos, aneumatósicos, obliterados por fibrosis y muestran proliferación y aposición de fibras elásticas, conformando una banda subpleural que se delimita netamente del resto del parénquima. Similares alteraciones en parénquima adyacente al septo interlobulillar. Además fibrosis peribronquiolar y algunas áreas de fibrosis cicatrizal. No se observan alteraciones inflamatorias recientes. Las arterias pulmonares muestran cambios vinculables a arteriopatía hipóxica. Se indican esteroides y se deriva para trasplante pulmonar.

Conclusiones: Si bien esta entidad, ha sido recientemente incluida en la nueva clasificación como una de las neumonitis intersticiales idiopáticas raras, su diagnóstico debe ser considerado cuando, como en este paciente, surge de la integración de los hallazgos clínicos, imagenológicos y anatomo patológicos.

0242 - MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ARGENTINA. COMPARACION ENTRE PERSONAS DE 40 A 64 Y DE 65 Y MÁS AÑOS.

Sergio ARIAS(1) | Juan Carlos BOSSIO(1) | Gustavo ARMANDO(1) | Carina Andrea CALABRESE(2)

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS (1); PROGRAMA DE ENFERMEADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS-MSAL (2)

Objetivos: Describir y comparar la magnitud, características y tendencia de la mortalidad por EPOC en Argentina, en los grupos de 40 a 64 años y de 65 y más años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de magnitud y tendencia de la mortalidad por grupo de edad. Se utilizó la información oficial de mortalidad de las bases de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud de Argentina, con diagnóstico de EPOC (códigos J40 a J44 y J47 de la CIE 10ma. Revisión).

Para la descripción de la magnitud de la mortalidad se tomó el bienio 2011-2012. En la comparación por grupos de edad se utilizaron datos del trienio 2010-2012 mientras que el análisis de la tendencia se realizó para el período 1997 - 2012 discriminando para cada grupo edad y sexo.

Se calcularon tasas de mortalidad, se describió el comportamiento y se compararon características individuales de las muertes.

La evaluación de las características de la mortalidad en cada grupo se realizó mediante el cálculo de OR de exposición y sus respectivos IC del 95%, ajustado por potencial confusión para cada variable mediante la aplicación del Modelo de Regresión Logística. La tendencia de la mortalidad se analizó mediante el cálculo de la Variación Anual Promedio (VAP) de las tasas para cada grupo de edad.

Resultados: En el bienio 2011-2012 se registraron 10.078 muertes por EPOC. El 82,1% ocurrió en el grupo de 65 y más y el 17,9% (1.805 muertes) ocurrió antes de los 65 años. La mortalidad por EPOC de 65 y más fue 11,1 veces mayor que la de 40 a 64 años, con diferencias por provincias: en Bs As y CABA se registraron 9 muertes de 65 y más años por cada una de 40-64 años mientras que, en Santa Cruz y Neuquén, la relación fue de 28,2 y 22,1 respectivamente. Se encontró una importante asociación entre morir por EPOC a la edad de 40 a 64 años (respecto a morir de 65 años y más) y la falta de cobertura de salud, con un OR= 4,67 (IC: 3,91-5,58), y morir en un establecimiento de salud público, con un OR=2,62 (IC: 2,24-3,06). También se encontró asociación entre la mortalidad temprana por EPOC y la muerte sin atención médica: OR = 1,52 (IC: 0,96 a 2,39).

La mortalidad en el grupo de 40-64 años se relacionó de manera inversa con el nivel de instrucción, mostrando el grupo de 40-64 años mayor instrucción que el de 65 y más. La tendencia de la mortalidad entre 1997 y 2012 fue ligeramente al descenso para los dos grupos de edad: -0,44% (IC: -1,36% a 0,49%) para 40-64 años y -0,89% (IC: -2,31% a 0,54%) para 65 y más años; pero puede considerarse estable teniendo en cuenta que el IC 95% incluye el cero. Se verifica una tendencia al descenso en varones: -1,69% (IC: -2,62% a -0,65%) para 40 a 64 años y -1,46% (IC: -2,68% a -0,23%) para 65 y más años. Por el contrario, en mujeres se observa un tendencia al aumento en desmedro del grupo de 40-64 años: 3,19% al aumento (IC: 1,97% a 4,42%) frente a una tendencia desfavorable pero menor en los de 65 y más años: 0,67% al aumento (IC: -1,32% a 2,70%); que también puede considerarse estable por incluir el cero en el IC 95%.

Conclusiones: La EPOC es un problema de salud pública relevante en virtud del peso que tiene como causa de mortalidad prematura en la población adulta; observándose en particular en algunas jurisdicciones. El reconocimiento de factores de vulnerabilidad y siendo la tendencia prácticamente estable, y al aumento en mujeres, debería alertar sobre cuidados especiales en pacientes con EPOC en edad temprana y fortalecer acciones de control de un problema que registra por año alrededor de 5000 muertes en nuestro país de las cuales cerca de 1000 son en personas de menos de 65 años.

0243 - HALLAZGO INUSUAL EN LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)

Hernán Elias DIFILIPPO | Jaime GUILLEN | Hugo KARLEM | Nicolás ITCOVICI | Marco SOLÍS | Vanina MARTÍN | Silvia QUADRELLI | FUNDACIÓN SANATORIO GÜEMES

Introducción: El PET es utilizado para la estadificación del carcinoma de pulmón y se calcula que existen más de 10% de hallazgos incidentales de metástasis a distancia. Sin embargo, los falsos positivos del PET (en especial secundarios a fenómenos inflamatorios) son frecuentes.

Caso clínico: Paciente de 72 años de edad con EPOC (VEF1 69%)

y antecedente de carcinoma de piel en el año 2013 e hiperplasia prostática benigna. En diciembre de 2013 es evaluado por una imagen pseudonodular sospechosa descubierta en un control y se le diagnostica un adenocarcinoma in situ no mucinoso de pulmón (segmentectomía). Como parte de la estadificación se le había solicitado en otra institución un PET-TC donde se describe captación del radiofármaco en región posterior de miembro superior izquierdo de aspecto inespecífico (SUV máximo 2,6). Una ecografía de partes blandas muestra imagen tubular dilatada con imagen ecogénica en su interior de 12 X 6 mm, sugestiva de trayecto vascular venoso con trombo en su interior. Se completa el estudio con ecodoppler venoso de miembros inferiores que muestra en el seno gemelar interno izquierdo a nivel del tercio superior del muslo, material hipoecoico que ocluye la luz, con aumento focal del diámetro de dicha vena y sin evidencia de flujo al examen doppler color compatible con trombosis oclusiva. El paciente comenzó anticoagulación. Habiendo descartado MTS a distancia, el tumor fue calificado como EI y no recibió tratamiento posterior.

Conclusiones: El 18F-FDG se acumula en áreas ricas en marcos y en las lesiones ateroescleróticas y los fenómenos inflamatorios de la pared vascular. El bajo valor de SUV puede inclinar el diagnóstico hacia la trombosis venosa versus la trombosis tumoral. Este caso enfatiza la necesidad de certificar los hallazgos de captación en el PET que no siempre constituyen presencia de enfermedad metastásica.

0244 - PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN PLEURA

Hernán Elias DIFILIPPO | Jaime GUILLEN | Hugo KARLEM | Josefina VILLA | Sebastian LAMOT | Nicolas ITCOVICI | Silvia QUADRELLI
FUNDACIÓN SANATORIO GÜEMES

Introducción: La leucemia de células plasmáticas es una expresión genómica del mieloma múltiple, constituyendo el 2-3% de todos los mielomas. Se presenta entre los 50 y 70 años de edad. El compromiso torácico puede presentarse como lesiones óseas, plasmocitoma tisular, infiltrados pulmonares y derrame pleural. Los plasmocitomas extramedulares de partes blandas son condiciones raras, pero que tienen preferente localización en las vías aéreas superiores. Representan aproximadamente el 4% de las neoplasias de células plasmáticas.

Caso Clínico: Se presenta un caso de hombre de 65 años con antecedentes de leucemia plasmocítica en tratamiento con quimioterapia (hipercevad) desde diciembre de 2013, nefrectomía izquierda, IRC en diálisis trisemanal, quien consulta por disnea progresiva, clase funcional IV, rx con derrame pleural bilateral a predominio izquierdo, laboratorio hto 19.6, hb 6.7%, Gb 4000, plac 102000, ur 112. Se realiza plurocentesis izquierda, se evacua 1000ml de líquido de aspecto turbio, pH 8.5, LDH 243, hematíes 30 con 30% de crenados. TC de tórax informa derrame pleural bilateral, infiltrado bibasal, con tendencia a la consolidación a predominio izq., lesión expansiva pleural de bordes regulares en lóbulo superior izquierdo con densidad de partes blandas de 51 x 46mm. Adenopatías en huecos axilares y retrocavo pretraqueales.

Se realiza pensión biopsia guiada por TC con anatomía patológica que informa células plasmocíticas compatible con plasmocitoma.

Conclusiones: A pesar de una presentación poco frecuente, debe ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales de masa pleural.

0245 - MICOBACTERIOSIS PULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES. SU RELACION CON EDAD Y PATOLOGIA PULMONAR PREVIA.

Mario José MATTEO(1) | Nora Irene COSTA(2) | María Cecilia LATINI(1) | Roxana PAUL(3) | Liliana NEIRA(2) | Micaela DAVICINO(2) | Susana POGGI(1)
INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGÍA "PROF. DR. RAÚL VACCAREZZA", LABORATORIO CETRÁNGOLO (1); HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑOZ (2); INSTITUTO MALBRÁN (ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD-ANLIS) (3)

Objetivos: Debido a que las micobacterias no tuberculosas (MNT) suelen ser comensales del tracto respiratorio superior, pero pueden producir enfermedad pulmonar aún en pacientes

inmunocompetentes, se consideró determinar la cantidad de infecciones pulmonares por MNT que producen patología en este grupo de pacientes, mediante el aislamiento de las mismas en muestras pulmonares, consignando edad del paciente, patología pulmonar previa, diversidad de especies, status de la baciloscopia y persistencia de cultivos positivos.

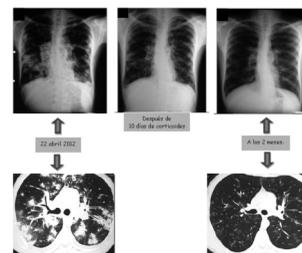
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con por lo menos dos muestras pulmonares con cultivos positivos para MNT desde el 01/01/2008 al 31/12/2013 en un Laboratorio de Micobacterias. Se realizó baciloscopia en todas las muestras estudiadas y luego las mismas se sembraron en medios sólidos Löwenstein-Jensen y Stonebrink y la mayoría de ellas en medio líquido de Middlebrook en MGIT 960. Los cultivos se analizaron macro y microscópicamente y los aislamientos se identificaron con prueba de NAP (BACTEC 460), test de identificación TBc ID (MGIT BD), pruebas bioquímicas y de biología molecular (PRA). Los datos obtenidos fueron analizados con el programa Excel 2010.

Resultados: Se recibieron 30762 muestras pulmonares correspondientes a 16586 pacientes, de las cuales 7821 (25%) fueron positivas. De éstas, el 99,63% fueron identificadas como Complejo *Mycobacterium tuberculosis* y 114 (0,37%) como MNT correspondiendo a 42 pacientes. La mediana de edad de los mismos fue de 66 años, 25/42 (60%) fueron de sexo femenino y 36/42 (86%) tenían patología pulmonar previa; 76/114 (68%) de las muestras presentaron baciloscopia negativa o con muy pocos bacilos en el conteo microscópico de 100 campos. Al menos 14/42 (33%) pacientes presentaron baciloscopia y/o cultivos positivos luego de un año de tratamiento. Las especies halladas fueron: 22 Complejo *M. avium-intracellulare* (MAC) (52%) de las cuales 3 se tipificaron como *M. avium*, 7 *M. intracellulare* y 12 MAC, 9 *M. kansasii* (20,5%), 5 *M. abscessus* (12%), 4 *M. fortuitum* (9,5%), 1 *M. chelonae* (2%) y 2 MOTT (4%). Un único paciente tuvo inicialmente un aislamiento de MAC y luego *M. fortuitum*. **Conclusiones:** La micobacteriosis pulmonar en pacientes inmunocompetentes se presenta especialmente en aquellos con patología pulmonar previa y/o edad avanzada. En general, las baciloscopías son negativas o con muy poca cantidad de bacilos contables. El de mayor frecuencia es el Complejo *M. avium-intracellulare* (52%). Al menos un tercio de los pacientes continuaron con baciloscopías y/o cultivos positivos luego de un año de tratamiento.

0246 - NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Hector Hugo ALTIERI | Roque BALDASARIA | Lucas Agustin BRAGADO | Sandra Beatriz FIGUEROA | Sheyla MARTÍNEZ DELCALDO | Pablo Ernesto NÚÑEZ | Nora Del Valle VEGA
HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN

Caso clínico: Varón de 17 años. Antecedentes personales: asma automedicado con corticoides orales en forma intermitente, internado varias veces por crisis severas. Enfermedad actual: en abril de 2012 consultó por fiebre, tos y expectoración purulenta, saturación de O₂ 94% con FIO₂ 0.21. Exámenes complementarios: glóbulos blancos: 15800/mm³ con eosinófilos: 7584 (48%). Debido a la mala respuesta clínica y gasométrica requirió asistencia respiratoria mecánica. Se realizó lavado bronquial: BAAR, gérmenes comunes y micológico: negativos. Laboratorio central no efectuó recuento de eosinófilos. Tratamiento inicial: amoxicilina/ácido clavulánico. El 26/04 se inicia corticoides sistémicos con respuesta clínica – radiológica satisfactoria.



Conclusiones: Las neumonías eosinofílicas agudas son procesos que pueden comprometer la vida del paciente. El diagnóstico es inicialmente clínico y se confirma con el hallazgo de eosinófilos aumentados en BAL, suero o tejido y el compromiso pulmonar detectado por imágenes. Al realizar el tratamiento con corticoides

sistémicos los pacientes presentan una respuesta inmediata tanto clínica como radiográfica, lo que confirma aún más su diagnóstico presuntivo.

0247 - MÉTODO DE SCREENING PARA LA DETECCIÓN DE SAHOS UTILIZANDO SELECCIÓN DE FUNCIONES DISCRIMINATIVAS

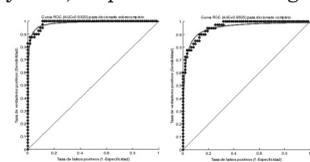
Luis Darío LARRATEGUY(1) | Román Emanuel ROLON(2) | Leandro DI PERSIA(3) | Rubén Daniel SPIES(4) | Hugo Leonardo RUFINER(3)
 CENTRO PRIVADO DE MEDICINA RESPIRATORIA DE PARANÁ (1); CENTRO DE I+D EN SEÑALES, SISTEMAS E INTELIGENCIA COMPUTACIONAL (SINC(1)) (2); CENTRO PRIVADO DE I+D EN SEÑALES, SISTEMAS E INTELIGENCIA COMPUTACIONAL (SINC (1) - CONICET (3); INSTITUTO DE MATEMATICA APLICADA DEL LITORAL (IMAL) Y CONICET (4)

Objetivos: Desarrollar un nuevo método que permita detectar el índice de apnea-hipopnea utilizando únicamente la señal de saturación de oxígeno en la sangre (SaO2).

Materiales y Métodos: Un diccionario es una colección de funciones. Para la representación de una señal de SaO2 en términos de estas funciones (también llamadas átomos) es necesario seleccionar el menor número de funciones componentes que permitan su discriminación. En este trabajo se desarrolló un nuevo método denominado Selección de Átomos Más Discriminativos (SAMD). Para ello, se utilizaron dos clases de diccionarios: uno sobrecompleto y el otro completo. El primero es construido mediante la unión de dos diccionarios completos, los cuales fueron estimados con segmentos de señales con apneas y con segmentos sin apneas. El segundo fue estimado con segmentos tanto con apneas como sin apneas. Luego, con el diccionario fijo, los coeficientes ralos fueron obtenidos mediante el uso de un algoritmo de búsqueda voraz. Utilizando solamente un número pequeño de estos coeficientes, una red neuronal tipo perceptrón multicapa fue entrenado y testeado.

Un subconjunto de la base de datos de 105 estudios con diferentes grados de enfermedad fue utilizado para el diagnóstico de SAHOS, para el cual se fijó el umbral de corte del índice de apnea-hipopnea (AHI) en 15.

El nuevo método fue aplicado a la representación rala de las señales de SaO2 a través del uso de los dos tipos de diccionarios. Finalmente, para cada estudio, se calculó el AHI estimado por SAMD y se lo comparó con el AHI determinado por el experto. Resultados: Se evaluó la performance del algoritmo para detectar pacientes con SAHOS moderado, es decir, pacientes con un AHI mayor que 15. Para validar el nuevo método se utilizaron dos medidas objetivas. En primer lugar se analizó el coeficiente de correlación obtenido a partir de la regresión lineal entre el AHI obtenido por el experto y el AHI estimado por el algoritmo. Para los tipos de diccionarios sobrecompleto y completo se obtuvieron valores de coeficientes de correlación de 0.88 y 0.74, respectivamente. Luego para los tipos de diccionarios



sobrecompleto y completo se obtuvieron valores del área bajo la curva ROC (AUC) de 0.98 y 0.95, respectivamente. Se adjuntan las curvas ROC obtenidas para cada tipo.

Conclusiones: El método SAMD es una atractiva herramienta para el diagnóstico de SAHOS moderado-grave utilizando la señal de Oximetría.

0248 - DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN LA EVALUACION DE RIESGO PREOPERATORIO

Romina Del Carmen SAAD | Cristina GAITAN | Mariel TRINIDAD | Rosana MORALES | Cristian MÜLLER
 HOSPITAL PRESIDENTE PERÓN, AVELLANEDA

Objetivos: Detectar enfermedad respiratoria no diagnosticada previamente.

Instaurar tratamiento y/o profilaxis adecuada.

Determinar el número de pacientes fumadores.

Materiales y Métodos: Se realiza un estudio, descriptivo prospectivo, utilizando como instrumento de recolección la planilla pre quirúrgica diseñada a tal efecto.

Se incluyeron 200 pacientes ambulatorios e internados, mayo-

res de 16 años, derivados de Cirugía general/ Cardiovascular, Ginecología, Ortopedia y Traumatología, que concurrieron al servicio de Neumonología, del Hospital Presidente Perón de Avellaneda, desde el 1 de febrero 2014 al 31 de junio del 2014. A todos los pacientes se les realizó interrogatorio, examen clínico, confección de planilla pre quirúrgica, radiografía de tórax y espirometría computarizada pre y post B2. Se constato adicción tabáquica, cormobilidades con su tratamiento respectivo y cirugía a realizar.

Resultados: La edad promedio fue de 55 años y el 60 % de sexo masculino.

Patologías detectadas: EPOC 49 (24%); Opacidades nodulares 10 (5%); Asma bronquial 8 (4%); Cicatrices inactivas TBC 5 (2.5 %); TBC activa 1 (0,5%).

A todos se les indico el tratamiento adecuado, se categorizo el riesgo pre quirúrgico y se postergo la cirugía cuando fue necesario. Se procedió al estudio de las imágenes sospechosas, siendo dos de las opacidades nodulares, diagnosticados hasta la fecha, un cáncer primario de pulmón, y una MTS de ca de mama. Del total de pacientes recolectados, 112(56 %), eran tabaquistas o ex tabaquistas. Y el 85 % de ellos presento alteraciones radiológicas y/o espirometricas

Conclusiones: 74 pacientes 36%, presentaron patología respiratoria al momento de la evaluación funcional prequirurgica no diagnosticada previamente, con predominio de la EPOC. El 56 % fumaban o tenían antecedentes tabáquicos, hallándose relación directa con las afecciones respiratorias. En el 18% de los casos se encontró sintomatología o alteraciones en los estudios complementarios que obligaron posponer la cirugía evitando de esta forma complicaciones indeseables.

Recomendaciones:

Dada la cantidad de pacientes fumadores, y teniendo en cuenta los beneficios documentados del abandono del habito tabáquico previo a la cirugía, se debería aprovechar ese contacto con el paciente para realizar intervenciones intensivas en cesación tabáquica.

0249 - EL ABANICO DE PRESENTACION DE LA NEUMONÍIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Vanesa Del Valle ABRATE | Erica Ivana CUESTAS | Marcos Alfonso ELIAS | Ariel Eduardo BLUA | Vanesa Estefanía PERRONE | Ana María LÓPEZ
 HOSPITAL PRIVADO

Objetivos: Es frecuente la infección respiratoria por Mycoplasma pneumoniae (M pneumoniae), dependiendo de las herramientas diagnósticas, su incidencia puede ser hasta de un 40%. Generalmente se manifiesta con síntomas leves, e inespecíficos, pero se han descripto cuadros graves con manifestaciones extrapulmonares en un 25% de los casos, debidas a invasión directa o respuesta inmune, pudiendo presentarse 3 días posteriores al inicio de los síntomas y hasta 4 semanas de la resolución de los mismos, incluido el compromiso neurológico, hepático y cardiaco, anemia hemolítica, plaquetopenia, poliartritis y eritema multiforme. Su diagnóstico se confirma mediante serología o reacción en cadena de polimerasa (PCR). La terapéutica es con macrólidos y en algunos casos se asocian esteroides.

Materiales y Métodos: Presentamos una serie de casos de neumonitis por M. pneumoniae con diferentes presentaciones clínicas

Resultados: 9 ptes, 6 de sexo femenino, edad promedio 66; 2 ptes con diagnóstico de EPOC, 3 ptes con asma y uno con antecedente de Guillen Barre. La presentación fue la siguiente: poliserositis (3), COP (1), bronquiolitis obliterante (2), disnea y nódulos pulmonares (1) e IRA, bicitopenia y nódulos pulmonares (2), uno de ellos con eritema multiforme. Todos los pacientes tuvieron serología positiva (IgM específica) y evidenciaron seroconversión. La totalidad recibió tratamiento con macrólidos y en 8 se indico esteroides. Buena evolución (7/9), 1 ptes fallecieron por progresión de infiltrados pulmonares e IRA, con requerimiento de intubación orotraqueal.

Conclusiones: Se debe sospechar infección por M. pneumoniae, en presencia de neumopatía aguda febril con manifestaciones extrapulmonares y solicitar anticuerpos específicos para confirmar su diagnóstico.

Considerar el tratamiento con esteroides si desarrolla insuficiencia respiratoria aguda y/o algunas de las manifestaciones extrapulmonares de origen autoinmune.

0250 - POLIANGIITIS MICROSCÓPICA Y HEMORRAGIA ALVEOLAR ¿SE ASOCIA CON FIBROSIS PULMONAR?

Nicolas GANGIANI | Julio GONZALEZ FABREGA | Enrique BARIMBOIM | Javier ABDALA | Gloria RIVERO | Pablo PEDROSA
HOSPITAL CENTRAL MENDOZA

Objetivos: Demostrar la asociación entre poliangeitis microscópica, hemorragia pulmonar y fibrosis pulmonar
Casos clínicos:

Dos casos que demuestran el desarrollo de fibrosis pulmonar en pacientes con Poliangeitis microscópica y hemorragia pulmonar. 1° caso.

Paciente de 58 años de edad, que ingresa a UCO el día 06/07/13 con dolor torácico, desarrollando durante la internación en UCO insuficiencia renal rápidamente progresiva con criterios de hemodiálisis, hematuria, hemoptisis y radiología con infiltrados intersticio-alveolares bilaterales a predominio derecho. El 12/07/13 inicia hemodiálisis y se realizan pulsos de betametildiprednisolona por sospecha de Hemorragia alveolar. Diagnósticos: PAM (FRA rápidamente progresiva) y Hemorragia alveolar. Presento Elevación de uremia y creatinina de forma aguda. Orina completa: hematuria (GR: +200/cpo, mal conservados), GB: 1-3/cpo. El 11/07- CLCr 7 ml/min. Diuresis 3500 ml. Proteinuria 7,95 g/día. 16/07- CLCr 7 ml/min. Diuresis 1200 ml. Proteinuria 3,58 g/día. El (6/08/13). Rx torax: Infiltrado alveolar bilateral con predominio derecho. FBC: Signos de hemorragia alveolar global. Macrófagos cargados de hemosiderina mayor a 80%. Inmunológico: FAN (+) Homogeneo, FR: 8,95, CH50: 82, C3:99, C4:39, ANCA: ANCAp (MPO(+)/PR3(-)) Crioglobulinas: (-), Anti MBG: (-), Ac anti Ro/La/Sm: (-). TAC torax: infiltrado intersticial con patrón de fibrosis pulmonar.

2° Caso.

Paciente de 63 años de edad, con antecedente de de PAM y Hemorragia alveolar diagnosticada el 29/05/08. Cor Pulmonale crónico e Insuficiencia renal crónica. Ingresó el 02/05/2008. Se realiza pulso de Metilprednisolona 1 gramo x 3 días mas ciprofloxacina para pseudomona en esputo 17/05/2008. Se realiza TAC de torax 17/05/2008 con patrón de fibrosis pulmonar. En tratamiento con 40 mg/día con Prednisona, en seguimiento por inmunología.

Resultados: Demostrar en los dos casos el desarrollo de fibrosis pulmonar en pacientes con PAM y Hemorragia pulmonar

Conclusiones: POLIANGIITIS MICROSCÓPICA.

Los ANCA están presente en MPA (50-75%) usualmente ANCAp (1/3 ANCA-C).

La edad promedio de presentación es alrededor de los 50 años. SINTOMAS SISTEMICOS

Los pulmones están comprometidos por capilaritis, en 20% a 30% de casos. La hemorragia alveolar, tiende a ser severa y con frecuencia es potencialmente mortal.

Suele cursar con manifestaciones sistémicas.

Características clínicas más comunes de la PAM.

Glomerulonefritis rápidamente progresiva.100%

Pulmonares (hemorragias y hemoptisis).10-30%

Síntomas constitucionales (fiebre, escalofríos, pérdida de peso, artralgia y mialgias).70-80%

Cutáneos (purpura, urticaria, nódulos subcutáneos y exantema) 50-65%

Sistema nerviosos (mononeuritis múltiple).15-50%

Gastrointestinal (dolor abdominal, hemorragia, infarto y perforación).30-45%

Ocular (conjuntivitis y uveítis). 0-30%

Cardiacos10-20%

Síntomas de vías aéreas superiores.0-15%

LABORATORIO INMUNOLOGICO.

Los ANCA p positivos en un 75 % y los ANCA c en un 25%.

PRONOSTICO.

Un 25% pueden ir a hemodiálisis, 12% ARM. La mortalidad: es del 21% en 2 meses, 30% al año. Siendo la hemorragia alveolar, una de las causas más frecuentes de mortalidad.

LA TRANSICION A FIBROSIS PULMONAR.

La transición a la fibrosis pulmonar y restrictiva, con insuficiencia respiratoria después de DAH recurrente ha sido descrita, la fibrosis pulmonar ha sido informada como una manifestación de la presentación de poliangeitis microscópica. Se cree que después de episodios recurrentes de DAH se producen eventos vasculares recurrentes, con obliteración de capilares y la liberación de proteasas y radicales de oxígeno con estimulación de neutrofilosde causando permanentemente daño a los septos alveolares, y así la fibrosis.

0251 - TAPONAMIENTO CARDÍACO, COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE ADENOCARCINOMA MICROPAPILAR DE PULMÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

María de Los Milagros SUSSINI | Mario Antonio SUSSINI | Rocio CARDOZO | Juan Pablo BELIGÓY | Juan Jose ROLANDO | Mauro SCHNEIDER | Giselle Adriana SCHNEIDER | Lucia CUPER | Diana SARLI | María Celeste CABRERA | Mercedes ZORRILLA | María de Las A. UGARTE | Nicolas SEIDEL
HOSPITAL ESCUELA GRAL SAN MARTIN

Introducción: Entre un 5-15% de los pacientes con neoplasia pueden tener compromiso tumoral del pericardio. La manifestación clínica más usual consiste en derrame pericárdico hemorrágico y en el taponamiento cardiaco. Las neoplasias más frecuentes que causan esto, son el cáncer de pulmón y el de mama, seguidos de neoplasias hematológicas. La afección se produce por continuidad (vía hematogena o linfática) y el mecanismo fundamental es el bloqueo de los ganglios linfáticos de corazón y pericardio.

Caso clínico: Paciente, femenina, 43 años de edad, refiere iniciar tres meses antes de la consulta con astenia, adinamia, agregando dos semanas previas a la internación episodios de náuseas, vómitos, dolor abdominal por lo que consulta en su localidad, donde le realizan diagnóstico de colecistitis aguda, se realiza colecistectomía. Evolucionó en posoperatorio mediato con disnea clase funcional IV, consultando nuevamente, se realiza radiografía de tórax que evidencia opacidad reticulonodulillares bilaterales, cardiomegalia severa, agregando posteriormente signos y síntomas de taponamiento cardiaco por lo que es derivado a centro de mayor complejidad. Ingresó en mal estado general hipotensa, taquicárdica, taquipneica, sudorosa, yugulares injurgitadas 3/3, ruidos cardiacos hipofónicos, sibilancias localizadas en hemitórax derecho, distensión abdominal. Se realiza ecocardiograma que evidencia derrame pericardico severo y se realiza pericardiocentesis, colocación de catéter de drenaje, produciéndose el óbito a las 48 hrs, realizándose necropsia.

LABORATORIOS: GB 6000 (60 N) HTO 34 %, Urea 0.40. EAB 7,42/35/81/22/95% IONO: 137/3,4/103 Sedimento urinario: abundantes hematíes, escasos cilindros granulosos finos, células epiteliales. RIN 2,08, kptt 23, tp 23,4%, plaquetas 200000. HIV (-)

Citoquímico Líquido pericárdico: abundantes hematíes, glucosa 0,39, proteínas 139, 500 elementos (60 % neutrófilos).

BAAR, MICROLOGICO Y GERMENES COMUNES de líquido pericárdico (-)

Citológico de líquido pericárdico: negativo para malignidad.

Ecocardiograma: derrame pericárdico severo, diámetros cavidades conservados, FSVI conservado, FSVD conservada, motilidad normal.

TAC de tórax: opacidad alveolar pulmonar en LSD subsolida, miconódulos periféricos aislados bilaterales y engrosamiento de septos. Derrame pleural bilateral, derrame pericárdico.

TAC de abdomen: líquido libre, trombosis de vena cava inferior. Anatomía patológica de pulmón: adenocarcinoma micropapilar.



Anatomía patológica de corazón-pericardio: linfangitis cracinomatosa.

Conclusiones: El cáncer de pulmón es la neoplasia con mayor mortalidad a nivel mundial. Los mayores cambios de los últimos años se han producido fundamentalmente

en relación con el adenocarcinoma, por su crecimiento proporcionalmente en frecuencia sobre los otros tipos de carcinoma, constituyendo hoy el más frecuente, ya no siendo solo el cáncer que afecta mas frecuentemente a la mujer, no fumadores, predominantemente asiáticos, hoy es el más frecuente también en hombres, tanto fumadores y no fumadores, asiáticos y caucásicos. La nueva clasificación de adenocarcinoma propuesta por la Asociación internacional para el estudio del cáncer de pulmón (IASLC), la Sociedad Americana de Patología Torácica (ATS) y la Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias (ERS), reconoce además como tipo histológico el ADC micropapilar el cual es de mal pronóstico (más evidente en tumores de menos de 3cm.), como es el caso de esta paciente.

0253 - TRAQUEOBRONCOMEGALIA: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Juan Gustavo SCHOTTLENDER | Dora LOMBARDI
HOSPITAL MARÍA FERRER

Introducción: El síndrome de Mounier Kuhn o traqueobroncomegalia es una entidad rara que se caracteriza por la dilatación del árbol traqueobronquial. Se manifiesta con tos crónica e infecciones respiratorias a repetición.

Se presentan dos casos de traqueobroncomegalia:



Casos clínicos:

Caso1: se trata de un paciente de 55 años, de sexo masculino. Antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartán. No había fumado, no tenía signos de atopía y no refería antecedentes familiares de patología respiratoria. La enfermedad por la que consulta había comenzado 10 años atrás con episodios de tos

y expectoración especialmente en las épocas invernales, que se presentaban con mayor frecuencia en los últimos tres años y por los que requería tratamiento frecuente con antibióticos y antitusivos.

Al examen físico tenía buena entrada de aire en ambos hemitórax con roncus y sibilancias difusos.

La SatO2 respirando aire era de 98% y en la espirometría se observaba una relación VEF1/CVF del 95% con un VEF1 de 2,72 lt (98% teor) y una CVF de 2,86 lt (77% teor) sin cambios con broncodilatadores.

En TAC de tórax se observaba dilatación traqueal con un diámetro de 32 mm e imágenes de divertículos y dilatación hasta bronquios subsegmentarios con paredes tortuosas y engrosadas. **Caso2:** paciente de sexo masculino de 65 años de edad, sin antecedentes familiares de patología respiratoria. No había fumado y no tenía otras comorbilidades. Hace 20 años presentó un episodio de neumonía luego del cual presenta tos crónica y episodios respiratorios infecciosos a repetición que incluyeron bronquitis aguda y neumonías que requirieron tratamiento antibiótico reiterado (última vez en noviembre del 2013). Espirometría normal. En Rx de tórax se observaba dilatación de tráquea y bronquios fuentes que se confirmó en la TAC.

Conclusiones: La traqueobroncomegalia se caracteriza por dilatación del árbol traqueobronquial secundaria a atrofia de los tejidos muscular y elástico de las paredes de la tráquea y bronquios fuentes. Es más frecuente en hombres y debe ser considerado entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con infección respiratoria baja recurrente.

0255 - TUBERCULOSIS PLEURAL EN PEDIATRÍA

Isabel Rosa SQUASSI(1) | Ana María DORO(2) | Daniel ALVAREZ(3) | Andres MARTINEZ BURKETT(1) | Ana María CARATOZZOLO(1) | Martín MEDIN(1) | María Cristina CERQUEIRO(1)

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR TEODORO ALVAREZ" (2); HOSPITAL ZONAL "VIRGEN DEL CARMEN" ZARATE (3)

Objetivos: Los índices en tuberculosis (TB) infantil persisten elevados, en 2012 fue el 10% de 9070 enfermos y 2% de las 703 muertes registradas. Ciudad y Provincia de Buenos Aires

reunieron el 58% de los casos notificados En esta situación debemos considerar siempre la TB entre los diagnósticos diferenciales de patologías de evolución tórpida, especialmente extrapulmonares (XP). La forma ganglionar y pleural (PL) representan dos tercios de la TBXP.

Objetivo Evaluar el comportamiento de la TB PL confirmada en menores de 18años.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo de las historias clínicas de los pacientes (Ptes) con TBPL confirmada asistidos en un centro pediátrico de 3º nivel entre 12/2/93 y el 22/11/13. Se registraron 55 variables en una base de datos, se estimaron frecuencias y compararon con test paramétricos y no paramétricos.

Resultados: En 20 años 2133 casos de TB fueron diagnosticados, presentaban formas XP22%, TBPL30%, confirmandose 95Ptes (67%). 53niños y 42niñas, edad media10,5años, 85,3%eutróficos, 67,4%sin comorbilidades, 9enfermedad respiratoria, 9infecciones asociadas, 4desnutridos graves, 4insuficiencia renal, 3inmunodeficiencias primarias, 3reumatológicos y 1con cáncer; 45,3%procedentes de Conurbano. El foco de contagio (59%conviviente) se confirmó en 39Ptes y sólo 5%habían recibido prevención incompleta. Todos tenían vacunación BCG y PPD reactiva inicial45%. El tiempo de evolución promedio de los síntomas a la consulta fue de 31,8 días y al inicio del tratamiento(Tto) 41,3. Sólo el 9% no habían recibido antibióticos previos y 3% no fueron internados. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre(79%), dolor pleurítico(45%) y tos seca (44%). Las imágenes permitieron objetivar lesión pulmonar concomitante (miliar3, neumonía42 y colapso secundario11), el volumen del derrame pleural (masivo15, moderado30 y mínimo44) y peripleuritis6 con focos XP. En 17Ptes no se examinó el líquido PL, en promedio pH7,3; proteínas4,3 g/dl, glucosa66,1mg%, células2.123/mm3, predominio mononuclear54%. El promedio de eritrosedimentación72mm, leucocitos 9.411/mm3, hematócrito33,5%. Todas las muestras fueron cultivadas, se confirmó desarrollo de Mycobacterium TB sensible a drogas de 1º línea en 67Ptes (líquido PL32, biopsia12, muestras respiratorias27 y otras muestras5), la PCR confirmó 38 de 70Ptes estudiados, la histología fue compatible en 36 de 47biopsias. Todos los Ptes iniciaron Tto antiTB por sospecha antes de la confirmación bacteriológica. Requirieron corticoides14Ptes, se drenaron durante un promedio de 4días 25Ptes y fueron decorticados12. Toxicidad por el Tto se observó en23. Un Pte falleció, se derivaron 20, abandonó 1, curaron 26 y continúan 2.

Conclusiones: En la última década se ha observado un incremento de las formas XP de TB; siempre debería ser considerada en los derrames de evolución subaguda y ante un procedimiento invasivo enviar material para cultivo de micobacterias. Además es perentorio estudiar las secreciones respiratorias concomitantemente. La TBPL es una enfermedad de buen pronóstico aún con un diagnóstico tardío por su presentación proteiforme.

0256 - LEIOMIOSARCOMA PULMONAR PRIMARIO: DESAFIO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Fernando Alcides ABDALA(1) | Oscar Alcides ABDALA(1) | Diego DE LA RIESTRA(1) | Darío FLORIO(1) | Artemio GARCIA(2) | Horacio Daniel PALETTA(1) | INSTITUTO MEDICO DE ALTA COMPLEJIDAD (1); HOSPITAL POSADAS (2)

Objetivos: Presentar la resolución de un caso infrecuente y discutir las opciones diagnósticas y terapéuticas.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, 62 años de edad, en buen estado general. Antecedente de internación por neumonía en el lóbulo superior derecho, con buena evolución con tratamiento antibiótico. En los controles radiográficos se observa persistencia de opacidad central derecha realizando tomografía de tórax que demuestra una lesión nodular de 4 cm adyacente al bronquio del lóbulo superior derecho con compresión de su luz. En PET-TC se observa una lesión hipercaptante de 4 cm de diámetro, coincidente con la imagen descrita previamente. En la fibrobroncoscopia se constata oclusión del bronquio lobar superior derecho con BAL y biopsia transbronquial no diagnósticas.

Se realiza punción guiada por EBUS con resultados no concluyentes para malignidad.

El examen funcional respiratorio es normal permitiendo realizar una neumonectomía.

Se indica cirugía sin poder obtener diagnóstico de la lesión con punción con aguja fina. Se decide lobectomía superior derecha con plástica broncovascular con márgenes de resección libres. El paciente tuvo una buena evolución con alta al 6° día postoperatorio.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica fue compatible con leiomiomas pulmonares. La resección fue completa con ganglios intrapulmonares y mediastinales ipsilaterales negativos.

Conclusiones: Las lesiones pulmonares con alta sospecha clínica de malignidad deben estudiarse hasta obtener diagnóstico sin importar la complejidad de los métodos necesarios. No debe descartarse la etiología maligna de los diagnósticos diferenciales sin una biopsia quirúrgica.

La escasa descamación celular propia de los sarcomas hace difícil su diagnóstico sin una biopsia histológica.

Las plásticas bronquiales y bronco-vasculares son una opción segura y efectiva en la resolución de neoplasias pulmonares centrales permitiendo evitar en muchos casos una neumonectomía.

0257 - INCIDENCIA DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN NUESTRA POBLACIÓN PEDIÁTRICA AMBULATORIA-ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA REVERTIRLO

Sandra Janete INWENTARZ | Laura LAGRUTTA | María Marcela NATIELLO | Silvana AGÜERO | Natalia HUERGO | María Gabriela SOUTO | Franca PERELLA | Mario IRIBARREN | María Ines MEDIN | Leandro ALVES | Daniel Francisco MARTINEZ | Jose Luis VIÑA | Rosa ESTEVAN | Ileana PALMA | Lilian CAPONE | Marisa VESCOVO | Analía RESGUARDO | Graciela CRAGNOLINI DE CASADO | Pablo Javier GONZÁLEZ MONTANER

INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGIA "PROFESOR DR. RAÚL VACCAREZZA" FACULTAD DE MEDICINA. UBA

Objetivos: Introducción: La Tuberculosis (TB) es una enfermedad que constituye un grave problema de Salud Pública, tanto en nuestro país como en el mundo. La OMS se ha planteado como objetivo para el siglo XXI su erradicación, pero este objetivo se vio obstaculizado por la aparición de cepas multirresistentes (MDR-TB) y extensamente resistentes (XDR-TB). En la actualidad, el abuso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, contribuyen al aumento de la misma. El abandono del tratamiento aumenta la morbimortalidad, extiende el período de contagio y genera resistencia bacteriana.

Objetivos:

- Determinar la incidencia del abandono del tratamiento anti TB durante el período 2009/2013 en la población pediátrica ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vacarezza, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires.
- Instaurar estrategias e intervenciones que permitan revertirlo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional sobre 217 tratamientos anti TB efectuados durante el período 2009/2013 en la población pediátrica ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vacarezza, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires, cuantificando los abandonos y las causas de los mismos. A partir del segundo semestre del 2012 se implementaron entrevistas interdisciplinarias con los pacientes para identificar problemáticas y se generaron intervenciones individuales, familiares y grupales, talleres participativos para la comunidad y atención con modalidad de demanda espontánea, poniendo énfasis en el compromiso parental.

Población y Muestra: Niños de 0 a 16 años en tratamiento anti TB durante el período 2009/2013, pertenecientes a la población pediátrica ambulatoria del Instituto Profesor Dr. Raúl Vacarezza, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Resultados: De los 217 tratamientos iniciados, 40 (18,43%) fueron del período 2009; 70, (32,25%), corresponden al período 2010; 33 (15,20%), al período 2011; 37, (17,05%), al período 2012 y 37, (17,05%) pertenecen al período 2013. En el año 2009 el abandono fue de 25%, en 2010, de 22,85%; en 2011, 18,18%; en 2012, 13,51% y en 2013, 0%.

Conclusiones: El abandono y la falta de adherencia al tratamiento antituberculoso es un grave problema de Salud Pública. Durante el período analizado se observó una alta incidencia de los abandonos por arriba de la media mundial. Desde el segundo semestre del 2012, comienza una disminución significativa de los mismos, coincidiendo cronológicamente con la implementación de cambios institucionales en la modalidad de atención. Priorizamos los cambios poniendo énfasis en los diferentes factores causales, realizando intervenciones mínimas, de bajo costo y altamente efectivas. Esta tendencia nos permite inferir que las medidas implementadas han podido revertir la situación, mejorar la adherencia y suprimir los abandonos. Si bien los datos son muy significativos, requiere de un seguimiento a largo plazo que nos permita comprobarlo científicamente.

0258 - UTILIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS NO HIV CON INFILTRADOS PULMONARES

Ignacio Jorge BLEDEL(1) | Alejandro RAIMONDI(1) | Patricia VUJACICH(1) | Roxana BERENGER(1) | Carlos LUNA(1) | Romina GIGLIOTTI(2) | Mariano DIAZ(2) HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTÍN" (1); HOSPITAL ALEMÁN (2)

Objetivos: Evaluar la utilidad del lavado broncoalveolar (BAL) en el manejo del paciente inmunocomprometidos no HIV con infiltrados pulmonares.

Establecer si el tiempo de la realización del procedimiento modifica el cambio en la conducta

Numero	57
Edad, años (DS)	48.4 (19)
Diagnóstico etiológico	
Infecioso, N (%)	31 (81%)
No infeccioso, N (%)	7 (18%)
Cambio en el tratamiento	
Tratamiento antibiótico adicional	15 (38%)
Descalamiento	14 (35%)
Inicio de drogas inmunosupresoras	11 (28%)

Materiales y Métodos: Inclusión prospectiva de pacientes inmunocomprometidos no HIV (trasplante de órgano sólido, trasplante de médula ósea, uso de inmunosupresores con al menos 30 mg de meprednisona y neutropénicos por quimioterapia) con infiltrados pulmonares a los que se le realizó un BAL. La indicación del mismo y el manejo terapéutico quedó a criterio del médico tratante. Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, la causa de inmunosupresión fue en 39 casos (68%) tratamiento inmunosupresor crónico, en 23 casos (40%) enfermedades oncohematológicas, en 15 casos (26%) trasplante de órgano sólido, en 5 casos (9%) neutropenia relacionada a la quimioterapia y en 2 casos (4%) trasplante de médula ósea.

En 38 casos (66.7%) se llegó a un diagnóstico etiológico. En 40 pacientes (70%) el resultado del lavado broncoalveolar llevó a cambios en las decisiones terapéuticas (tabla 1). El cambio en las mismas fue mayor cuando el estudio se realizó en las primeras 12 horas de tratamiento empírico (p = 0.03).

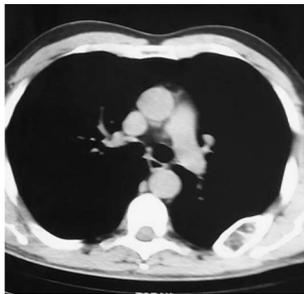
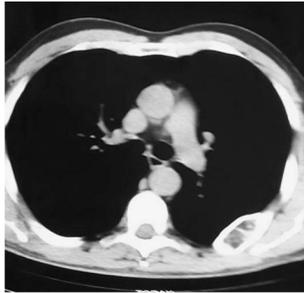
Conclusiones: Conclusiones: el BAL en este grupo de pacientes llevó a un cambio en la conducta en dos tercios de los mismos, de los cuales en un tercio se detectó un microorganismo no cubierto con el esquema empírico. La realización del BAL en las primeras 12 horas se asoció significativamente con el cambio en la conducta.

0259 - LIPOMA INTRAÓSEO EN ARCO COSTAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Sabrina Aldana CISTERNA | Claudio Martin GUTIERREZ OCHUZZI | María Eugenia MARTIN | Gustavo BONDULICH | Folco TORLASCHI | Marcelo GUERRA HOSPITAL TORNU

Objetivos: Presentación de un caso poco frecuente de tumor costal y diagnósticos diferenciales.

Materiales y Métodos: Análisis de un caso retrospectivo, de un paciente de sexo masculino de 56 años, diagnosticado y operado en un hospital público.



Caso clínico: paciente de sexo masculino, de 56 años de edad, que consulta por presentar formación costal izquierda, sin antecedentes de traumatismo previo.

Tac de torax 16/1/14: mediastino centrado con algunas imágenes ganglionares en rango no adenomegalico. No se visualizan adenomegalias axilares o hiliares. Traquea y bronquios fuentes permeables. Ausencia de derrame.

Parénquima pulmonar no se observan imágenes de aspecto consolidativo o nodulares. En las partes osas se constata alteración morfológica de aspecto expansivo y atenuación heterogénea del VI arco costal posterior izquierdo. Muestra finos septos en su interior.

Prequirurgico dentro de parámetros normales.

Anatomía patológica: sexto arco costal izquierdo posterior, resección. **Diagnóstico histopatológico:** segmento costal con expansión de la región medular a expensas de tejido adiposo maduro y con presencia de trabéculas adelgazadas. En periferia se observa médula ósea hematopoyética. El cuadro histológico es compatible con lipoma intraóseo.

Conclusiones: El lipoma intraóseo es una lesión benigna, poco frecuente, con una prevalencia de menos de 1/1000 de los tumores óseos. La localización habitual es la metafisis de los huesos largos, sus manifestaciones clínicas son variables, en forma asintomáticas, con dolor local o como masa palpable. La frecuencia relativamente baja de dichos tumores puede deberse a el subdiagnóstico de los mismos, por sus manifestaciones radiológicas, poco específicas, que ocasionan ser confundidos con otras lesiones de similares aspectos.

0260 - ES SEGURO TRATAR POR 7 DÍAS O MENOS LA NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD QUE EVOLUCIONA BIEN. ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO.

Alejandro CHIRINO NAVARTA(1) | María Gabriela CHIRINO NAVARTA(1) | Alejandra Silvana ANZORENA(2) | José Alberto CARENA(3)
HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO (2); HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE (3)

Objetivos: Las guías recomiendan tratar la NAC de 5 a 7 días, aunque ello se basa mayormente en recomendaciones de expertos. Realizamos un estudio observacional en pacientes con NAC para comparar el resultado clínico en pacientes tratados por 7 días o menos, versus más de 7 días.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 118 pacientes admitidos por NAC en un hospital general. Se evaluaron diversos parámetros clínicos al ingreso y diariamente durante la evolución. Se seleccionaron los pacientes que se estabilizaron clínicamente antes del 5to día. Se compararon aquellos pacientes cuyo tratamiento antibiótico duro < 7 días (ATB < 7) versus aquellos con tratamiento mayor a 7 días (ATB > 7), en cuanto a características clínicas y evolución. Se definió como efecto clínico adverso a la aparición de cualquiera de los siguientes: mortalidad al día 28, persistencia de la NAC o recurrencia de la misma.

Resultados: Se excluyeron 13 pacientes del análisis. De los restantes 105, 68 pacientes (64,7%) alcanzaron la estabilidad clínica antes del 5to día y constituyeron el grupo de análisis. De ellos, 15 sujetos (22%) fueron tratados por 7 días o menos (grupo ATB < 7), (promedio= 6 días) mientras que 53 pacientes (78%) recibieron tratamiento por más de 7 días (grupo ATB >

7) (promedio= 10.5 días). 2 pacientes presentaron infiltrados persistentes y uno recurrió en el grupo ATB > 7 versus 0 en el grupo ATB < 7 (p NS). No hubo diferencias en cuanto a antecedentes, gravedad clínica, forma de presentación o etiología. La estadía hospitalaria fue de 5,4 días en el grupo ATB < 7 versus 6,8 días en ATB > 7 (p<0.05).

Conclusiones: En nuestro estudio no hubo diferencias significativas en el resultado clínico entre el tratamiento ATB por 7 días o menos versus más de 7 días en la NAC que se interna. El tratamiento abreviado se asoció a una reducción de la estadía hospitalaria. Estos resultados apoyan las recomendaciones de las guías clínicas.

0261 - DISFUNCIÓN PRIMARIA DE INJERTO PULMONAR Y MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA LUEGO DEL TRASPLANTE PULMONAR. REPORTE DE CASO

Matías Horacio CASTRO | Rodrigo Sebastian CASTRO | Juan COSTABEL | Gladys Noemi KAHL Fucks | Juan Arturo PRECERUTTI | Julio Cesar VILLARROEL SAAVEDRA | Esteban WAINSTEIN | María Laura ORAZI | Graciela SVETLIZA | Marcos LAS HERAS | Jaime LOPEZ
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La disfunción primaria del injerto (DPI) es la presencia de edema pulmonar no cardiogénico en las primeras 72 horas de reperfusión luego del trasplante pulmonar. Es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad temprana. Ocurre en el 10-25% 1-3. Por otro lado el tratamiento debe instalarse de forma precoz para evitar la inestabilidad hemodinámica: Ventilación protectora, óxido nítrico, surfactante pulmonar y soporte con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) en los casos severos como sostén o puente al re trasplante 4-5. **Caso clínico:** Mujer, 49 años de edad, ex tabaquista, con Neumonía intersticial no específica (NINE) por biopsia pulmonar el 2011, sin respuesta a corticoides. 03/2013 por progresión disnea ingresa al trasplante pulmonar. 06/2013, tx unipulmonar izquierdo (donante masculino de 16 años, PaO2/FiO2 de 443 y tiempo de isquemia total de 4.30 hs con 170 min de isquemia fría. Recibió soporte transfusional. En el postoperatorio inmediato presenta hipoxemia con PO2 50 mmHg, índice cardíaco 2 l/m/m2, TAS <90mmHg, por lo que se colocó ECMO veno-arterial, óxido nítrico inhalado, surfactante protectora y ultra filtrado. Día 3 por mejoría pasa a ECMO veno-venoso. Se realiza traqueostomía, BAL y destete de ECMO. Día 10 cultivos (-), se retira ECMO por favorable evolución. VATS por derrame drena 1500 ml de hematoma. Pasa a sala común, sigue tratamiento. Recibe el alta a los 104 días. Actualmente estable a un año de evolución.



Conclusiones: La DPI es multifactorial, sin embargo la isquemia-reperfusión es la principal causa. El tratamiento es el soporte hemodinámico, ventilación con bajo volumen, optimizar la Peep, FiO2 lo menos toxica posible. ECMO se puede usar en tres etapas 3, 5, pre trasplante, intraoperatorio, ya sea por falla respiratoria o hemodinámica. Post operatorio en DPI. Las complicaciones hemorragias, tromboembolias, infecciosas y neurológicas.

En los casos de hipoxemia severa se puede usar ECMO, el cual brinda soporte cardiovascular. La modalidad veno-venosa es preferencial, la veno-arterial se usa en casos de compromiso hemodinámico 2,5.

Nuestra paciente presento DPI en forma precoz con falla hemodinámica, teniendo que colocar ECMO veno-arterial, paso a UTI, recibió soporte ventilatorio, estubo 10 días con ECMO, hemodiálisis y transfusión de hemoderivados, fue mejorando gradualmente, el ECMO contribuyo a sostener hemodinamicamente al paciente hasta mejorar el edema pulmonar.

Bibliografía

1.- Vicente R, Moreno I, Soria A, Ramosa F y Torregrosab S, Oxigenador de membrana extracorpórea en el trasplante pulmonar, Med Intensiva. 2013;37(2):110-115.

- 2.- Shargall Y, Guenther G, Ahya VN, Ardehali A, Singhal A, Keshavjee S. Report of the ISHLT Working Group on Primary Lung Graft Dysfunction part VI: treatment. *J Heart Lung Transplant.* 2005;24:1489--500.
- 3.- Fischer S, Bohn D, Rycus P, Pierre AF, de Perrot M, Waddell TK, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for primary graft dysfunction after lung transplantation: analysis of the Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) registry. *J Heart Lung Transplant.* 2007;26:472-7.
- 4.- Bermudez CA, Adusumilli PS, McCurry KR, Zaltonis D, Crespo MM, Pilewski JM, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for primary graft dysfunction after lung transplantation: long term survival. *Ann Thorac Surg.* 2009; 87:854--60.
- 5.- Suarez Lopez VJ, miñambres E, Robles Arista JC, Ballesteros MA, Disfunción primaria del injerto tras el trasplante pulmonar. *Med Intensiva.* 2012; 36(7):506-512.

0263 - TUBERCULOSIS EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

Graciela Rosa WAGNER | J.M. OSSÉS | J. CÁNEVA | J. AHUMADA | A. BERTELOTTI | R. FAVALORO | T. IBANEZ
DIVISIÓN TRASPLANTE INTRATORÁCICO. FUNDACIÓN FAVALORO. HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Objetivos: Introducción: Las complicaciones infecciosas están presentes en los pacientes trasplantados pulmonares, siendo una causa importante de morbimortalidad temprana y tardía. El riesgo de infección está directamente relacionado a la inmunosupresión. La infección por *M. tuberculosis* puede ocurrir debido a una reactivación del patógeno o por primoinfección posterior al trasplante.

Objetivo: Analizar a los pacientes trasplantados pulmonares con diagnóstico de Tuberculosis (TBC).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, se evaluaron todos los pacientes trasplantados desde enero de 2000 hasta junio de 2014. Fueron analizados datos demográficos, síntomas al momento del diagnóstico, tiempo de trasplante, microbiología y evolución.

Resultados: Durante el período de estudio se trasplantaron 247 pacientes, de los cuales 8 pacientes (3.2%) tuvieron diagnóstico de TBC pulmonar, 4 del sexo masculino y con una edad promedio de 48.2 años (25-61 años). El tiempo de trasplante al momento del diagnóstico fue de 29.6 meses (4-156 meses). Los síntomas respiratorios fueron fiebre y tos productiva de más de 15 días de evolución. El rescate microbiológico fue realizado en 5 pacientes por lavado broncoalveolar (BAL); el esputo fue diagnóstico en 1 paciente, uno por cultivo de biopsia transbronquial y otro por biopsia quirúrgica. Se realizó tratamiento inicial con 4 drogas (2 meses), completando un año con 2 drogas, con buena evolución clínica.

Conclusiones: La prevalencia de TBC en nuestra población de trasplante pulmonar fue de 3.2%. Las infecciones respiratorias son la principal causa de morbimortalidad en pacientes con trasplante pulmonar y la TBC debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales.

0264 - ASISTENCIA DE ASISTENCIA RESPIRATORIA COMO PUENTE A TRASPLANTE PULMONAR: EXPERIENCIA DE UN UNICO CENTRO

Graciela Rosa WAGNER | J.M OSSÉS | J. CÁNEVA | J. AHUMADA | A. GARCÍA | A. BERTELOTTI | R. FAVALORO | D. ABSI | M. CANDIOTTI | G. COLLETTI | M. PERADEJORDI
FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Introducción El trasplante pulmonar representa una opción terapéutica válida para patologías pulmonares crónicas cuando se han agotado los tratamientos médicos o que presenten una evolución rápidamente progresiva. Un 25% aproximadamente de los pacientes en lista de espera para trasplante pulmonar pueden requerir ventilación mecánica invasiva o no invasiva y algunos, evolucionar con hipercapnia o hipoxemia refractarias al soporte ventilatorio. Las opciones para estos pacientes son la Membrana de Oxigenación Extracorpórea (ECMO) y el dispositivo de Asistencia Respiratoria NovalungR. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la utilización de ECMO

y NovalungR en pacientes en emergencia para trasplante pulmonar.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, se evaluaron todos los pacientes en lista de espera para trasplante pulmonar desde enero de 2000 hasta julio/2014.

Fueron analizados datos demográficos, diagnóstico, días en asistencia respiratoria, total de pacientes fallecidos, causas de mortalidad, valores de PCO₂ y PO₂, y accesos vasculares. **Resultados:** Durante el período de estudio se evaluaron 664 pacientes, de los cuales 16 (2.4%) requirieron asistencia con ECMO o NovalungR. Nueve pacientes (56.2%) del sexo femenino y con una edad promedio de 38.5 años (14-67 años). Nueve pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática (56.2%), 6 pacientes con Fibrosis Quística (37.5%) y 1 paciente (6.25%) con pulmón secuelar. Trece pacientes (81.2%) fueron asistidos por ECMO y 3 pacientes (18.3%) con NovalungR. Todos los pacientes estaban con ARM, con una FIO₂ promedio de 70%. El promedio de PCO₂ fue de 96.1 mmHg (33-162) y el de PO₂ 84.9 mm Hg. Los accesos vasculares fueron veno-veno en 9 pacientes (56.2%) y arterio-veno en 7 pacientes (43.7%). El promedio de días en asistencia fue de 11 días (2-29 días). Cinco pacientes fueron trasplantados exitosamente y 11 pacientes fallecieron sin trasplante, 6 pacientes por shock séptico y 5 pacientes por sangrado.

Conclusiones: La asistencia extracorpórea con ECMO o NovalungR, representan alternativas terapéuticas aceptadas para pacientes en emergencia para trasplante pulmonar con dificultades en la ventilación mecánica convencional.

0266 - NÓDULO CAVITADO EN UN PACIENTE FUMADOR

Hugo Rubén Andrés KARLEN(1) | María Fernanda CURRO(2) | Pablo POSIK(1) | Marcelo MORANTE(1) | Ricardo CAMPODÓNICO(2) | Raquel BARRIO(1)
INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (1); HOSPITAL ESPECIALIZADOS DE AGUDOS Y CRONICOS SAN JUAN DE DIOS (2)

Introducción: La aspergilosis necrosante crónica (ANC) es una entidad infrecuente, descrita como un proceso infeccioso, cavitado e indolente del parénquima pulmonar, secundario a la invasión local por especies de *Aspergillus*. De curso lentamente progresivo, afecta a pacientes de edad media con factores predisponentes, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La terapia se basa en antifúngicos y en la minoría, la resección quirúrgica

Caso clínico: Paciente masculino de 80 años tabaquista (120 p/a), con diagnóstico de EPOC (GOLD A) de 5 años de evolución, en tratamiento con salbutamol-ipratropio a demanda. En evaluación de control se solicita examen funcional respiratorio: FEV₁/FVC 63%; FVC 4,41L, 138% FEV₁ 1,98, 88% TLC 9,41 155% DLCO 9,72, 38% y radiografía de tórax que pone en evidencia radiopacidad heterogénea, redondeada, de bordes difusos en región apical izquierda. En la TC de tórax de alta resolución (TCAR) se observa imagen cavitada de pulmón (ICP), sin adenomegalias en mediastino. Espudo negativo para gérmenes comunes y BAAR. Con la sospecha de neoplasia de pulmón se realiza fibrobroncoscopia, siendo negativa la muestra de lavado broncoalveolar (BAL) para células atípicas y bacteriología. El PET-scan muestra nódulo pulmonar hipermetabólico en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo con cavitación central, trazos densos circundantes y contacto pleural (24,2 mm de diámetro; SUV 2.9). Se evalúa la toma de muestra de biopsia mediante videotoracotomía mínima (VATS) o punción-aspiración con aguja fina (PAAF). El cultivo del material obtenido por PAAF arroja hifas hialinas, tabicadas y ramificadas con técnica de tinción Pas y Grocott compatible con aspergilosis. Inicia tratamiento con itraconazol 200mg/ 12hs con evolución favorable.

Conclusiones: El diagnóstico de ANC se basa en criterios clínicos, de laboratorio y radiológicos, dentro de los últimos la evidencia de consolidación, engrosamiento pleural o ICP, son característicos. La confirmación requiere la demostración histológica de invasión tisular o el cultivo positivo para *Aspergillus*. En el paciente presentado se jerarquiza la importancia de la ANC como diagnóstico diferencial en lesiones cavitadas de pulmón en un paciente tabaquista.

0267 - ALCANZAMOS COBERTURAS ADECUADAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN PERSONAL DE SALUD? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE CIUDAD DE BUENOS AIRES EN EL BIENIO 2013-2014.

Claudia Cristina FALCONE(1) | Marcela GONZALEZ(1) | Roberto SALINAS(2) | María Eugenia OVIEDO(2) | María Fernanda LEDO(2) | Silvia Fabiola. SOSA(2) | Mariela POGGI(2) | Juan Carlos GUTIERREZ(2) | Liliana CUSMANO(2)
HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑOZ (1); HOSPITAL INFECCIOSAS F.J.MUÑOZ (2)

Objetivos: Evaluar cobertura de vacunación antigripal (ATG) en Personal de Salud en un Hospital de referencia durante el periodo 2013-2014.

Caracterizar el perfil epidemiológico de los casos de Enfermedad Tipo Influenza(ETI) en el Personal de Salud(PS).

Materiales y Métodos: Se analizaron las planillas de registro de dosis aplicadas de vacuna ATG a todo el Personal de Salud, durante el periodo 2013-2014. Se realizó el cálculo de cobertura de vacunación anual ATG(dosis aplicadas/total PS). Se analizaron las variables epidemiológicas(edad, hisopado nasofaríngeo para aislamiento de virus respiratorios) de las ETI notificadas(totales y en el PS), según semana epidemiológica(SE) en los años 2013 y 2014 y se recabó el antecedente de vacunación antigripal.

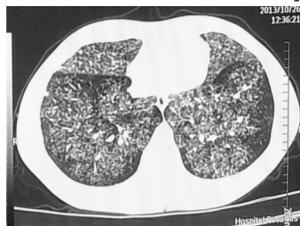
Resultados: El porcentaje de cobertura ATG en PS fue del 60% para el bienio 2013-2014. En relación a las notificaciones de ETI durante el año 2013, se registraron 406 casos. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 45 y 64 años (101 pacientes). Con relación al PS, se notificaron 33 casos de ETI, de los cuales el principal aislamiento viral correspondió a FLU A-pdm (pandémico). Sólo el 50 % del PS presentaba antecedentes de vacunación ATG. Con respecto al año 2014, las notificaciones hasta la SE 28 correspondieron a 49 casos de ETI. Entre las SE 11 Y 28, se notificaron 9 casos de ETI en el PS, de los cuales 6 correspondieron a Enfermería, con aislamiento en 3 casos de FLU A no pdm. De los 9 casos de ETI notificados en el Personal de Salud, 7 contaban con vacunación antigripal.

Conclusiones: Las tasas de coberturas fueron del 60 % en los 2 años considerados, representando un valor inferior al deseado, especialmente por tratarse de PS que trabaja en un Hospital de Referencia de Enfermedades Infecciosas. Durante el año 2013 hubo más notificaciones de ETI, correspondiendo los aislamientos a FLU A-pdm mientras que en el 2014 correspondió a virus de Influenza no pandémico. Más del 50 % de los afectados por ETI del PS en el bienio considerado, tenían vacunación antigripal, debiéndose considerar también las variables epidemiológicas estacionales en la posibilidad de adquirir la enfermedad. Debemos tener en cuenta que la exposición a riesgo aumenta cuando bajan los porcentajes de cobertura de vacunación ATG, por lo que resulta de vital importancia implementar medidas tendientes a concientizar sobre la importancia de sostener adecuada cobertura, especialmente en el PS.

0268 - BRONQUIOLITIS OBLITERANTE SECUNDARIA A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Vanessa PRADO AYMA | Mariano FIELLI | Gabriel YUSTI | María de Los Angeles GALPERIN | Adrian CECCATO | Alejandra GONZALEZ
HOSPITAL POSADAS

Introducción: La bronquiolitis obliterante es una enfermedad crónica, infrecuente y grave producto de una lesión, fundamentalmente, de la pequeña vía aérea. Puede ocurrir luego de un trasplante de médula ósea o pulmón, de enfermedades infecciosas, asociado a enfermedades del tejido conectivo o luego de la inhalación de humo o vapores tóxicos.



Caso Clínico: Paciente de 20 años sin antecedentes de relevancia que cursó internación en terapia intensiva por cuadro de aproximadamente 6 meses de evolución caracterizado por presentar disnea progresiva, registros fibriles y sudoración nocturna intermitentes. En la radiografía y

TAC de tórax se evidenció un infiltrado micronodular bilateral a predominio de lóbulos inferiores. Ziehl Neelsen de esputos negativos. Requirió ARM por insuficiencia respiratoria. Por alta sospecha de tuberculosis se inició tratamiento antituberculoso. Se realizó FBC con BAL y BTB resultando el cultivo de ésta positivo para M. Tuberculosis. Evolucionó con lenta mejoría. Al momento del alta, persistió con disnea CF III. Espirometría: FEV1/FVC 58 FVC 1.70 (41%) FEV1 0.93 (27%). Se repitió TAC de tórax que mostró principalmente patrón en mosaico. Luego de 5 meses de tratamiento, se constató mejoría de la disnea y funcional respiratorio (FEV1 1.30).

Se interpreta el caso como probable bronquiolitis obliterante posterior a infección por M. Tuberculosis. Teniendo en cuenta los estudios complementarios realizados y el estado del paciente se desestimó la realización de biopsia pulmonar.



Discusión: La bronquiolitis obliterante se caracteriza por fibrosis concéntrica peribronquiolar con estrechamiento de la luz que no responde a broncodilatadores. Clínicamente los pacientes se presentan con disnea, tos y curso clínico variable. Las imágenes de la TAC muestran típicamente patrón en mosaico (que se hace más pronunciado durante la espiración), y en muchos casos bronquiectasias asociadas.

La biopsia de pulmón es el gold estándar para su diagnóstico. Dentro de las causas más comunes se cuentan las infecciosas incluyendo a las causadas por micobacterias. Entre estas últimas se han descrito fundamentalmente casos relacionados con enfermedad por Micobacterias no tuberculosas. Se presenta un caso infrecuente de bronquiolitis obliterante posterior a infección por M. Tuberculosis, con respuesta parcial al tratamiento específico a la fecha.

Conclusiones: La bronquiolitis es una entidad poco frecuente que puede estar relacionada con enfermedad por Micobacterias. El caso presentado se suma a los escasos reportes de esta patología en los que el agente responsable es M. Tuberculosis.

0269 - EVALUACION DE PACIENTES QUE REALIZARON POLISOMNOGRAFIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN CARDIOLOGÍA

Tania VALLONE | Marcos Alfonso ELIAS | María Elisa URIBE ECHEVARRIA
INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA

Objetivos: 1- Caracterizar nuestra población de pacientes, 2- Correlacionar prevalencia de comorbilidades entre pacientes con SAHOS severo vs el resto de la población, 3- Evaluar cumplimiento del CPAP en pacientes con SAHOS severo.

Materiales y Métodos: Trabajo descriptivo retrospectivo, de pacientes que realizaron PSG en el Instituto Modelo de Cardiología entre enero de 2006 y junio de 2014. Todos los pacientes completaron un cuestionario que incluía edad, sexo, índice de masa corporal, escala de Epworth y presencia de comorbilidades. La PSG se realizó con equipo ATI de 18 canales y se caracterizó a pacientes en 4 grupos: Normales y SAHOS Leve, Moderado y Severo. Fueron contactados telefónicamente pacientes con SAHOS severo para conocer uso de CPAP. Los resultados se analizaron aplicando método descriptivo transversal, con test de diferencia de medias, análisis de varianza y test de independencia de chi cuadrado.

Resultados: Población: 555 pacientes. Sexo masculino (81.4%). Las medias halladas fueron: Edad 54.7 años. IMC 30,8, Escala Epworth 11,03. PSG normales 13.3% (n:74), SAHOS leve 19.5% (n:108), moderado 19.5% (n:108) y severo 45.6% (n:253), otros trastornos 2,1% (n:12). Comorbilidades: HTA 54.6%, Arritmias 21.6%, Enfermedad coronaria 13.7%, Insuficiencia Cardíaca 0.7%, ACV 1,8%, Diabetes 12%, Rinitis 40.4%, Asma 7.7%, Hipotiroidismo 13.1%.

De las variables estudiadas, HTA, IMC y Escala de Epworth se asociaron significativamente a SAHOS severo vs población normal (p=0.01, p=0.037 y p=0.01 respectivamente). Además la Escala de Epworth correlacionó positivamente con IMC y esto

fue significativo ($p=0.021$) en todos los grupos con SAHOS. El 48 % de los pacientes contestó que usaba CPAP.

Conclusiones: En nuestra serie, se observó predominio de población masculina, superior a estadísticas publicadas.

- La asociación de HTA y SAHOS corresponden a los descriptos en la literatura.

- Destacamos el rol de la escala de Epworth y el IMC para evaluar severidad.

- Se observó una baja adherencia de tratamiento con CPAP respecto de publicaciones previas en pacientes con SAHOS severo.

0270 - ANTECEDENTE DE TABAQUISMO EN PACIENTES EVALUADOS PARA TRASPLANTE PULMONAR

Graciela Rosa WAGNER | Mi MEDIN | J.M OSSÉS | J CÁNEVA | J AHUMADA | A BERTOLLOTTI | R FAVALORO | T IBÁÑEZ | M DI LORETTO | C OLIVERA | P RAMOS | L BLENGINI | K GIMENEZ
FUNDACION FAVALORO

Objetivos: El tabaquismo es un grave problema de salud pública, con consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales, representada la primera causa de muerte evitable a nivel mundial. El consumo de tabaco está directamente relacionado con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), siendo el trasplante pulmonar una opción terapéutica aceptada para pacientes seleccionados con enfermedad respiratoria avanzada. Objetivo: Evaluar el antecedente de tabaquismo y el desarrollo de insuficiencia respiratoria crónica en pacientes evaluados para trasplante pulmonar.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, se evaluaron todos los pacientes con enfisema desde el año 2000 hasta febrero/2014. Fueron analizados datos demográficos, edad de inicio de tabaquismo, carga tabáquica, espirometría, comorbilidades, Índice Masa Corporal (IMC) y Clase Funcional (CF) al momento de la evaluación pre trasplante.

Resultados: Durante el periodo de estudio se evaluaron 633 pacientes, de los cuales 176 (27.8%) fueron por enfisema, 107 (60.7%) del sexo masculino y con una edad promedio de 55 años (37-68 años). El FEV1 fue inferior a 35% del predicho en todos los pacientes y el inicio de tabaquismo fue antes de los 18 años. La carga tabáquica promedio fue de 56.1 paq/years (20 - 148). La CF III-IV 24 pacientes (13.6%) tenían IMC por debajo de 20; 109 pacientes (61.9%) entre 20 - 25; 29 pacientes (16.4%) entre 25-30 y 14 pacientes (7.9%) mayor a 30. 40 pacientes (22.7%) tenían HTA; 18 pacientes (10.2%) depresión; 14 pacientes (7.9%) obesidad; 12 pacientes (6.8%) dislipemia; 10 pacientes (5.6%) cardiopatía isquémica; 10 pacientes (5.6%) osteoporosis; 26 pacientes (14.7%) otros

Conclusiones: El tabaquismo tiene un creciente impacto en la salud, siendo un agente etiológico de afecciones respiratorias graves con alta morbimortalidad, siendo fundamental la implementación de las medidas sanitarias de prevención.

0271 - INCIDENCIA DE HEPATOTOXICIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS

Lucía Amalía LÓPEZ MIRANDA | María Cristina COLINO | Andrea Paula SILVA | Sebastian BIENAIME
INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA "DR. JUAN H. JARA" - ANLIS "CARLOS G. MALBRÁN"

Objetivos: Conocer la incidencia de hepatotoxicidad, manifestaciones clínicas, conducta de seguimiento y evolución de los pacientes en tratamiento por tuberculosis (TBC) en el periodo 2010-2014 en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE).

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 327 pacientes ambulatorios atendidos en el INE con diagnóstico de TBC durante el periodo enero de 2010 y junio de 2014 (excluyendo TBC multirresistente). Se clasificaron según su forma clínica en: pulmonar, extrapulmonar o diseminada. A todos los pacientes se les indicó el esquema de tratamiento con isoniácida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) en forma diaria durante 2 meses, continuando con H y R durante 4 meses.

Desde el inicio del tratamiento hasta su finalización, los pacientes fueron seguidos con hepatograma. Se consideró

hepatotoxicidad la presencia de: a) ictericia asociada o no a síntomas sugestivos de hepatitis: náuseas, vómitos, anorexia y dolor abdominal; b) elevación mayor de tres veces por encima del límite superior normal de alaninaminotransferasa (ALT) o aspartatoaminotransferasa (AST); c) Incremento de las bilirrubinas más de dos veces el valor normal.

Se analizó la conducta aplicada ante la aparición de hepatotoxicidad según 3 criterios: a) Continuar el mismo esquema de tratamiento b) Interrupción del tratamiento estándar e indicación de un esquema alternativo, c) Interrupción temporaria del esquema inicial y reiniciar el mismo esquema luego de la normalización de las pruebas hepáticas. Para el análisis estadístico se utilizó EPI INFO 3.5.4

Resultados: De los 327 casos diagnosticados y tratados, 150 fueron mujeres (45,9%) y 177 hombres (54,1%). Se detectaron 18 casos de hepatotoxicidad, con una incidencia de 5,5%. Del total de casos 13 fueron de sexo femenino (72,2 %) y 5 casos de sexo masculino (27,8%). La tasa de incidencia en mujeres fue de 8,7 %, y en varones 2,8% (RR= 3.07, $p < 0.05$). La forma clínica de los casos fueron: 16 pulmonares, 1 extrapulmonar y 1 diseminada. La mediana del tiempo hasta el comienzo de la hepatotoxicidad fue de 28 días. El análisis por sexo de dicho tiempo dio una mediana de 25 días para las mujeres y 40 días para los hombres.

Entre los pacientes que presentaron hepatotoxicidad, 4 fueron asintomáticos, y el resto tuvieron: náuseas, vómitos y dolor abdominal. Ante el diagnóstico de hepatotoxicidad el tratamiento fue suspendido y reemplazado por: E, levofloxacina y estreptomicina en los casos que no habían completado la primera fase o tenían baciloscopía positiva. Luego de normalizado el hepatograma se inició la reintroducción de las drogas comenzando por H y luego R. La Z no se reincorporó al esquema de tratamiento. En 5 casos de hepatotoxicidad (27.7%) no se pudo reintroducir H, R ni Z, y se indicó el esquema alternativo, por lo cual se prolongó el tratamiento hasta completar 1 año. En 2 casos (11,1%), no se cambió el esquema inicial, en 9 casos (50%) se incorporó H al esquema con buena tolerancia, (7 sin R y 2 asociada a R) y en 2 casos (11,1 %) se incorporó R sin H. La evolución de los casos fue satisfactoria.

Conclusiones: La incidencia de hepatotoxicidad encontrada fue de 5,5%. En las mujeres, la incidencia fue mayor que en los hombres y el comienzo de la hepatotoxicidad fue más precoz. En ambos sexos, la misma se presentó durante la primera fase del tratamiento en la mayoría de los casos.

Si bien serían necesarios mayores estudios, la Z aparentó ser la droga más incriminada en el desarrollo de hepatotoxicidad, seguida por la R y por último la H.

El monitoreo clínico y de laboratorio durante el tratamiento, permitió el reconocimiento del cuadro de hepatotoxicidad en forma temprana.

0272 - TUBERCULOSIS INTESTINAL Y AMEBIASIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA ASOCIACION INFRECIENTE

Jaime GUILLÉN | Hugo KARLEM | Hernán DIFILIPPO | Josefina VILLA | Marcela HERES | Silvia QUADRELLI
FUNDACION SANATORIO GÜEMES

Introducción: La tuberculosis (TBC) diseminada es extremadamente infrecuente en pacientes inmunocompetentes (<3%). Dientamoeba fragilis es un parásito presente en hasta 4% de la población pero que no causa síntomas en más de 30% de los infectados. Comunicamos la asociación de TBC gastrointestinal (GI) e infección por D. fragilis en un mismo paciente.

Caso clínico: Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de un aborto espontáneo un mes antes, usuaria habitual de tabaco, marihuana y alcohol. Consulta por diarrea crónica, asociada a pérdida de peso y astenia, agregando fiebre 10 días antes del ingreso. Se había aislado D. fragilis en materia fecal una semana antes. Realizaba el tratamiento en forma irregular y no tenía mejoría. Al ingreso hematócrito: 24%, leucocitos: 9.800, Eritrosedimentación: 100 mm, HIV: (-). La tomografía (TAC) de tórax puso en evidencia imagen cavitada en lóbulo superior izquierdo asociada a múltiples imágenes bilaterales retículo-nodulillares. La ecografía abdominal fue normal. Ante

la falta de esputos representativos se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncolveolar y biopsia transbronquial (BTB) cuyos directos fueron negativos para BAAR. No se observaron granulomas en la BTB. Una TAC de abdomen y pelvis mostró adenomegalias retroperitoneales con rarefacción de la grasa pericecal. En la colonoscopia la biopsia colónica mostró tiftitis granulomatosa con presencia de BAAR. Inició tratamiento antifímico con 4 drogas evolucionando favorablemente con rápida recuperación del peso y mejoría de la diarrea dentro de los primeros 10 días.

Conclusiones: Hasta nuestro conocimiento esta es la primera comunicación de la asociación de TBC GI y D. fragilis. La presencia de la triada dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso, especialmente con gran repercusión sistémica debe hacer sospechar la presencia de TBC GI. Dado que los síntomas son inespecíficos es fundamental la sospecha temprana para iniciar un tratamiento precoz y oportuno, aún en presencia de otros patógenos más comunes que pudieran justificar los síntomas.

0273 - EDEMA PULMONAR SEVERO POR INHALACIÓN DE VAPORES DE ÁCIDO NÍTRICO

Jaime GUILLÉN | Hugo KARLEM | Hernán DIFILIPPO | Josefina VILLA | Erika CUENCA | Marcos HERNÁNDEZ | Silvia QUADRELLI
FUNDACIÓN SANATORIO GÜEMES

Introducción: El ácido nítrico es uno de los componentes más usados en la limpieza domiciliar de artículos metálicos. Es un gas irritante que puede producir inflamación de la mucosa de la vía aérea, los casos de toxicidad registrados se caracterizan por edema pulmonar no cardiogénico, súbito y frecuentemente fatal.

Caso clínico: Paciente masculino de 65 años de edad, tabaquista, sin otros antecedentes. Acude a guardia de emergencia refiriendo disnea súbita luego de exposición a una solución con ácido nítrico al 50%, usando como única protección una máscara facial deteriorada. Al examen físico, orientado con palidez generalizada y cianosis distal, Sato2 83% al aire ambiente, sialorrea y rinorrea de aspecto espumoso. Presenta quemaduras extensas en ambas manos presumiblemente por contacto. Se realiza TC de tórax que demuestra infiltrados bilaterales con patrón alveolar. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos donde se inicia ventilación no invasiva (VNI) con presión positiva al fin de la espiración (PEEP) y posterior mejoría del intercambio gaseoso con PAFI de 250. Se agrega tratamiento diurético y cortico-esteroide, evolucionando favorablemente con retiro de la VNI y alta hospitalaria a los 10 días del ingreso sin complicaciones pulmonares o sistémicas. Se realizó una TC de tórax 30 días luego de la exposición la cual fue normal.

Conclusiones: Existen pocas comunicaciones acerca de la exposición con vapor de ácido nítrico. Este es el primero donde la VNI se utilizó como medida terapéutica y evolución favorable, probablemente relacionado con la limitada extensión de la injuria pulmonar, el poco tiempo de exposición y el rápido acceso a la atención médica.

0274 - REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS. REPORTE DE UNA EXPERIENCIA DE 16 AÑOS.

María Agustina BUSANICHE | Claudio GONZÁLEZ | Monica JAJATI | Paula KAPLAN | Nestor HOFMANN | Martín SIVORI | Víctor D PASCANSKY | María BARTH | Mariana ALONSO | Alejandro MARTINEZ FRAGA | Laura BUSTAMANTE | Daniela LAVAGNINO | Sergio DELGADILLO | Regina GULLO | Romina FERNANDEZ | Manuel BRAVO | Julio QUIROGA | Cesar SAENZ
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJIA, CABA

Objetivos: Describir las características de las Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA) registradas en un hospital general de agudos.

Materiales y Métodos: Desde el 1/1/1998 al 12/12/2013, 1752 pacientes con fueron notificados al Programa de Control de la CABA. Se consideró como RAFA leve al evento autolimitado o controlado con medicación sintomática que no ameritaba la suspensión del esquema. Por el contrario, un efecto adverso serio fue definido como aquel que exigiera la interrupción

del tratamiento o conllevara la hospitalización o muerte del paciente. Se adoptó el término hepatitis medicamentosa como el incremento por cinco de las transaminasas sin síntomas o por tres veces con síntomas, en ausencia de otros factores causales. En caso de suspensión se reincorporó las drogas de a una con monitoreo de síntomas y función, responsabilizándose a la última droga introducida si se repetía la RAFA y suspendiendo definitivamente la misma si ponía en riesgo la vida del paciente. Los datos se presentan como media ± desvío estándar o mediana y rango para variables numéricas y porcentajes para variables categóricas. Para comparar proporciones en dos grupos o más se utilizó prueba de χ^2 . En todos los casos se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: 337 pacientes desarrollaron alguna RAFA durante el período bajo estudio (19.2%), registrándose un total de 541 efectos adversos (1.6 RAFA/paciente). De la muestra, 218 (64.7%) fueron varones, con una media de edad 38.7 ± 14.8 años. Tenían nacionalidad argentina 240 pacientes (71.2%), 49 (14.5%) eran de nacionalidad peruana, 31 (9.2%), boliviana y 9 (5.1%) de otros orígenes. Se registraron comorbilidades en 166 (49.3%) de los pacientes, por un total de 303 asociaciones mórbidas (1.8 comorbilidad/paciente), entre ellas: alcoholismo, 94 (27.9%), condición VIH Positivo, 90 (26.7%), ADEV, 44 (13.1%), HBV/HCV, 26 (7.7%), diabetes, 10 (3%), enfermedad hepática previa, 4 (1.2%) y otras, 35 (10.4%). Las RAFA más frecuentemente reportadas fueron: hepatitis, 183 eventos (10.4% de todos los pacientes tratados), trastornos gastrointestinales leves, 138 (7.8%), rush y/o prurito, 70 (3.9%), ictericia, 51 (2.91%), trastornos neuropáticos, 16 (0.9%), y otras RAFA leves, 69 (3.9%). Se registraron RAFA graves en piel en 10 casos (0.5%) y 4 casos de compromiso ocular (0.2%). De acuerdo al momento de aparición, las RAFA predominaron en la primera fase de tratamiento. En relación a su curso, en 11 casos (3.3%), el daño fue irreversible: 8 por hepatitis, 1 por Necrosis Tubular Aguda Renal, 1 por farmacodermia mortal y 1 por ceguera. Las RAFA irreversibles predominaron en pacientes con comorbilidades ($p = 0.02$), en especial alcoholismo ($p = 0.007$ frente a pacientes no alcohólicos). No se registraron diferencias significativas en las RAFA según otras variables en estudio.

La isoniacida fue la droga más frecuentemente asociada con hepatitis y reacciones en piel severas; la rifampicina se asoció con menor frecuencia en hepatitis, manifestaciones gastrointestinales leves y en piel; por último, la pirazinamida se relacionó con rush y/o prurito, y en menor medida, con alteraciones hepáticas. Conclusiones: Se observó en esta experiencia una considerable frecuencia de RAFA, en especial en aquellos pacientes con antecedentes de alcoholismo o que se hallaban infectados por el VIH, los cuales presentaron efectos adversos irreversibles con mayor frecuencia. De acuerdo a estos resultados, sería conveniente la normatización de intervenciones dirigidas a la detección precoz de RAFA en pacientes con factores de riesgo conocidos.

0275 - NORMALIZACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO POSTERIOR AL TRASPLANTE BIPULMONAR EN HIPERTENSIÓN PULMONAR

Juana Rosalía AHUMADA | J CÁNEVA | J OSSÉS | G WAGNER | A GARCÍA | A BERTOLOTTI | R FAVALORO | L FAVALORO | F. KLEIN
FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: Objetivo. Presentar los resultados en trasplante Bipulmonar en pacientes con Hipertensión Pulmonar severa. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes (ptes) con Hipertensión pulmonar (HP) receptores de Trasplante Bipulmonar (TBP) entre diciembre de 2009 y marzo de 2014. Se analizaron los datos demográficos, etiología, clase funcional (CF) y situación clínica al momento del trasplante; presión media de la arteria pulmonar (PAPm), función del ventrículo derecho (VD) pre y postrasplante y evolución

Resultados: Once ptes recibieron trasplante bipulmonar por HP de los cuales 6 (54%) eran mujeres, edad media 35 años (13-54 años). Ocho ptes (73%) con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar idiopática; 2 ptes (18%) HP asociada a cardiopatía congénita y 1 (9%) HP tromboembólica crónica. Al momento del trasplante, 8 ptes (73%) se encontraban en CF

IV y 3 ptes (27%) en CF III. Siete ptes (63%) se trasplantaron en condición de emergencia, 2 (18%) en urgencia B y uno (9%) electivo. En todos, la disfunción del VD era severa. La PAPm promedio fue de 67 mmHg (49-94 mmHg). La PAPm, postrasplante inmediato, promedio, fue 16 mmHg (10-22 mmHg). En el ecocardiograma Doppler de control realizado entre el 3° y 10° día postrasplante se observó normalización de la función sistólica del VD en 5 ptes, deterioro leve en 4 y leve a moderado en 2 pacientes. Las complicaciones postrasplante fueron: injuria de reperfusión 6 ptes, neumonía 4 ptes, reoperación por sangrado 1 pte, disfunción frénica 1 pte; dehiscencia de la sutura bronquial 1 pte. Diez ptes se externaron; los días promedio de internación fueron 20 días (9-54 días) y al año de seguimiento sus espirometrías y función cardíaca eran normales y sin limitación para la vida diaria.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el TBP en HP es una opción terapéutica válida que mejora sustancialmente la función sistólica del VD a corto plazo, normalizándola al largo plazo, independientemente de la etiología de la HP, no observándose mayores complicaciones que en el TBP de otras etiologías.

0276 - IMPORTANCIA DE LA PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR, EN LA EVALUACIÓN DE LA VASCULOPATÍA PULMONAR INCIPIENTE EN ENFERMEDAD DIFUSA DEL PARÉNQUIMA PULMONAR

Juana Rosalía AHUMADA | J CÁNEVA | G WAGNER | J OSSÉS | A GARCÍA | L. SHERIDAN
FUNDACIÓN FAVALORO

INTRODUCCION. La limitación a la tolerancia al ejercicio tiene implicancias importantes en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar por lo que la evaluación de la capacidad de ejercicio es un componente fundamental en la valoración del estado funcional. Dado que no hay prueba funcional cardiorespiratoria en reposo que prediga el comportamiento en el ejercicio, la prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP) cobra importancia como herramienta adecuada para evaluar la tolerancia al ejercicio y los factores limitantes asociados pudiendo detectar vasculopatía pulmonar incipiente. Caso clínico: Mujer de 25 años de edad, no tabaquista, deportista. Sin antecedentes patológicos previos, comienza en mayo 2011 con disnea de esfuerzo. Por una tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) de tórax (Tx) se le propone el diagnóstico de linfangioleiomiomatosis pulmonar sin compromiso abdomino-pelviano recibiendo tratamiento con medroxiprogesterona mensual IM durante los 9 meses, sin mejoría. Mayo 2012 diagnóstico de Histiocitosis de células de Langherans por biopsia quirúrgica con inmunohistoquímica: CD1A + y proteína S100 +, CD 68 +, BMB45 -. Tratamiento con esteroides sistémicos desde mayo hasta diciembre de 2012, desarrollando síndrome de Cushing sin mejoría clínica. Primer control en nuestra institución: mayo 2013: TACAR de Tx: imágenes quísticas e intersticiales de ápice a base con compromiso predominante en los campos medios y superiores, sin nodulillos. Laboratorio de Función pulmonar: FVC 3,74 L (99%); FEV1 3,16 L (96%) FEV1/FVC 85 SVC 3,72 L (99%), RV 1,49 L (119%) TLC 5,21 L (105%), RV/TLV 29 (25%), DLCOc 19,1 L/mmHg/ml (69%); prueba de marcha de los 6 minutos (PM6M) en aire ambiente: distancia recorrida 480 m, SpaO2 inicial 97%, SpaO2 final 94%, Borg 4; PECP normal. Mayo de 2014: espirometría, MVV, SVC y volúmenes pulmonares normales, DLCO 14.4 L/mmHg/ml (55%); PM6M distancia recorrida 576 m, SpaO2 inicial 98%, SpaO2 final 97%; Borg 4. TACAR tx: compromiso quístico global, no presenta cambios. Ecocardiograma Doppler: FSVI conservada; Fey 65%; TAPSE 23 mm; dimensiones y FSDV conservadas; válvulas normales; IT fisiológica; PSAP 25 mmHg. PECP: esfuerzo máximo (RER > 1,09), capacidad de trabajo disminuida (62%), umbral anaeróbico disminuido (36%), VO2/kg: 21,9 ml/kg/min. Reserva respiratoria disminuida (34%) y mecánica pulmonares normal: SpaO2 reposo 98%- al esfuerzo máximo 90%; Reserva cardíaca alterada (23%), pulso de oxígeno 8,7 ml/látido; comportamiento aplanado de la PA sistémica; Vd/Vt: 0,33 en reposo y 0,31 al VO2 max. PECP compatible con limitación al ejercicio de causa cardiocirculatoria vascular

pulmonar. Conclusión. La PECP es una herramienta de valor para el diagnóstico de la vasculopatía pulmonar incipiente en paciente con enfermedad difusa del parénquima pulmonar.

Conclusiones: La PECP es una herramienta de valor para el diagnóstico de la vasculopatía pulmonar incipiente en paciente con enfermedad difusa del parénquima pulmonar.

0279 - CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Luciana RODRÍGUEZ | Sergio ARIAS | Juan Carlos BOSSIO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS -INER "DR. EMILIO CONI". ANLIS "CARLOS G MALBRAN".

Objetivos: Determinar el estado nutricional y las características individuales y de alimentación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) atendidos en dos hospitales de Santa Fe.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se relevó información de pacientes de 40 años o más con diagnóstico médico de EPOC en dos establecimientos públicos de salud de Santa Fe, durante Marzo-Julio de 2014. Para cada caso de EPOC se confirmó su diagnóstico según espirometría y se categorizó su estadio en A, B, C o D según la clasificación GOLD de 2014. Se relevó información de peso y talla para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) que fue categorizado en Desnutrición, Normopeso, Sobre peso y Obesidad según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, se recolectó información sobre el sexo, edad, tabaquismo, cambio de peso corporal reciente, y características de la alimentación actual. Para el análisis se utilizaron los programas MS Excel 2010 y SPSS Statistics versión 20.

Resultados: Se registró información de 60 pacientes con EPOC. La mayoría de los casos eran de sexo masculino (61.7%, 37 casos), tenían entre 60 a 69 años (45%, 27 casos), y eran ex fumadores (48.3%). El 63.3% (38 casos) fue clasificado como GOLD C o D, mientras que el 36.6% restante (22 casos) eran A o B. Respecto al estado nutricional, el 63.3% (38 casos) presentaba malnutrición, de los cuales el 26.3% tenía desnutrición (10 casos) y el 73.7% restante sobre peso u obesidad (28 casos). En cuanto al cambio de peso corporal y de características de la alimentación se realizó una comparación entre pacientes con IMC por debajo y por encima de los parámetros normales. De éstos se obtuvo que el 70% de los desnutridos cambiaron su peso en los últimos 6 meses, de los cuales el 100% bajó de peso, la mayoría en proporciones inferiores al 10% respecto a su peso habitual (80%). La ingesta actual de alimentos resultó ser igual a la habitual en la mayoría de los casos para ambos grupos (50% desnutridos, 67.9% sobre peso u obesidad), sin embargo en aquellos donde la ingesta al momento del estudio difería de la habitual se observó que la mayor proporción de los desnutridos estaban comiendo más de lo habitual (80.0%) y de aquellos con sobre peso u obesidad menor cantidad (55.6%). En ambos grupos, la mayoría de los pacientes no realizaban tratamiento ni seguimiento con Licenciado en Nutrición (80% desnutridos, 92.9% sobre peso u obesidad), y mencionaron no tener dificultad para alimentarse (70% desnutridos, 67.9% sobre peso u obesidad). De los casos que sí tenían (30.0% y 32.1% respectivamente) las más frecuentes fueron la disnea, cansancio, tos y falta de piezas dentales.

Conclusiones: Existe asociación entre la condición de EPOC y la gravedad del cuadro con el estado nutricional de los pacientes con esta enfermedad. Adicionalmente la alimentación de los mismos se encuentra alterada. En los hospitales relevados estas condiciones no se evalúan en la atención clínica diaria.

0280 - PERFIL CLINICO DE LA ENFERMEDAD CAVITARIA INFECCIOSA EN UN HOSPITAL GENERAL

Marco Antonio SOLIS ARAMAYO | Marcos HERNANDEZ | Marcela HERES | Sebastian LAMOT | Hugo KARLEN | Jaime GUILLÉN | Hernán DIFILIPPO | Silvia QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Objetivos: Determinar las características clínicas y comorbilidades de los pacientes internados con diagnóstico de neumonía cavitada.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes que fueron admitidos desde junio 2013 a junio 2014 con sospecha de neumopatía aguda infecciosa de la comunidad (fiebre, leucocitosis, dolor torácico) y lesiones cavitarias pulmonares con datos clínicos y bacteriológicos completos. **Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes (66.6% varones, 47.1 ± 19.6 años). El 70.5% presentaba fiebre y el 54.2% expectoración, 66.6% pérdida de peso y en 20.8% se verificó hemoptisis. El 54.1% de los pacientes era TBQ, 20.8% eran usuarios de drogas y el 33.3% tenía un antecedente de neoplasia. En 20.8% se hizo Dx de EPOC y 8.3% eran diabéticos, solamente 20.8% no tenían ningún antecedente patológico. Radiológicamente las lesiones eran múltiples en 41.6% y la localización más frecuente fue el LSD (83.3%). El grosor de la pared fue ≥4mm en 20.8% y se asoció a consolidación periférica en 62.5%. El esputo fue representativo en 62.5% pero dio Dx en solamente 29.2% (4/7 BAAR positivo). Se realizó FBC en 54.2% (38.4% con BTB) pero fue Dx solamente en 2/13 (15.8%). La FBC permitió el Dx de dos neoplasias insospechadas. En 72.2% las cavidades estaban totalmente resueltas antes del segundo mes de seguimiento. El Dx final por los hallazgos bacteriológicos, endoscópicos y la evolución con el tratamiento fue NAC en 54.4%, TBC en 36.6% y neoplasia en 2.2%. Dos pacientes fueron perdidos de seguimiento.

Conclusiones: La neumonía cavitada puede presentarse en sujetos sin comorbilidades y la presencia de neoplasia subyacente insospechada es casi 10%. La FBC no aporta mucho al Dx bacetriológico por la presencia de tratamiento previo, pero puede contribuir a Dx de enfermedades no bacterianas.

0281 - DURACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO EN NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD (NAC) EN LA PRÁCTICA DIARIA Y SU RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Alejandro CHIRINO NAVARTA(1) | Alejandra Silvana ANZORENA(2) | Gabriela CHIRINO(1) | Jose Alberto CARENA(3)
 HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO (2); HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE (3)

Objetivos: A pesar que las guías recomiendan pasar a vía oral tan pronto el paciente se estabiliza clínicamente, en la práctica el tratamiento IV se extiende por más tiempo. Diseñamos un estudio observacional con el objeto de conocer la duración del tratamiento intravenoso en nuestro medio y relacionarlo con resultados clínicos.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 118 pacientes admitidos por NAC en un hospital general. Se evaluaron diversos parámetros clínicos al ingreso y diariamente durante la evolución. Se seleccionaron los pacientes que se estabilizaron clínicamente antes del 5to día. Se compararon pacientes con tratamiento IV < 5 días (Grupo ATB < 5) con sujetos con tratamiento IV > 5 días (Grupo ATB > 5) en cuanto a antecedentes, características clínicas y evolución. Se estudió diferencias en mortalidad, falta de resolución radiológica, recurrencia y estadía hospitalaria.

Resultados: De los 105 pacientes incluidos, 68 (64,7%) alcanzaron la estabilidad clínica antes del 5to día y constituyeron el grupo de análisis. En 42 pacientes (62%) la duración del tratamiento IV fue de 5 días o menos (grupo ATB < 5), (promedio = 3.5 días), mientras que en 25 la duración del tratamiento IV fue de más de 5 días (grupo > 5), (promedio = 7.2 días). Ningún paciente falleció. Hubo 2 eventos clínicos adversos en el grupo ATB < 5 versus 1 en ATB > 5 (p= NS). No hubo diferencias en antecedentes, forma de presentación ni gravedad clínica entre ambos grupos, excepto el índice de Comorbilidad de Charlson que fue mayor en el grupo ATB > 5 (3,4 versus 1,6, p<0.05). La estadía hospitalaria fue de 8.3 días en ATB > 5 versus 5.6 en ATB ≤5 (p<0.0001).

Conclusiones: En nuestro estudio, no hubo diferencias en eventos clínicos adversos entre los grupos de tratamiento IV ATB > 5 versus ATB < 5 en pacientes con NAC y estabilización clínica precoz, aunque prolongar la terapia IV se asoció a mayor estadía hospitalaria. Es probable que las comorbilidades de peso indujeran a los clínicos a prolongar la terapia IV, a pesar de signos objetivos de estabilización clínica.

0282 - CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y ANTINEUMOCÓCCICA EN EL GRAN MENDOZA. DATOS LOCALES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL.

Gabriela CHIRINO(1) | Alejandro CHIRINO NAVARTA(1) | Ana Laura LOPEZ(1) | Carlos M LUNA(2)
 HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA (1); HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTÍN" (2)

Objetivos: La vacuna antigripal (VAG) y antineumocócica (VAN) han demostrado ser altamente efectivas en reducir la morbimortalidad de la gripe y la neumonía neumocócica. Evaluar el grado de cobertura en población de riesgo y las posibles causas del no cumplimiento pueden servir para plantear estrategias de salud.

Materiales y Métodos: Los datos presentados forman parte de un estudio realizado en 11 centros a nivel nacional. Se encuestaron a 123 sujetos mayores de 18 años en distintos hospitales y efectores de salud del gran mendoza, pertenecientes a distintos grupos de riesgo reconocidos con indicación de VAG y/o VAN. Se estudiaron variables demográficas y clínicas, el grado de conocimiento de las vacunas, la indicación y el cumplimiento de la misma. Se usó estadística descriptiva para analizar los datos. **Resultados:** La edad promedio fue de 37 años, 71% mujeres. Los grupos de riesgo se distribuyeron: 16 (13%) encuestados mayores de 65 años (+65); 21 embarazadas (17%, EMB); 12 cardiopatías (10%, CARDIO); 13 patología respiratoria (10%, RESP); 13 Diabetes Mellitus (10%, DM); 7 hepatopatías crónicas (5%, HEP); 16 inmunocomprometidos (13%, IMC) y 18 personal de salud (15%, PS). El 93% conocía la VAG y el 64% se vacunó. Al 86% de ellos fue su médico quien indicó la VAG. El grado de inmunización por grupos fue: +65=37%; EMB=78%; CARDIO=16%; RESP=46%; DM=90%; HEP=71%; IMC=62%; PS=83%. El 22% refirió algún síntoma asociado a la aplicación, más frecuente dolor. La especialidad que más indicó VAG fue el médico generalista, seguida del neumólogo. Con VAN el 27% conocía la vacuna y se le aplicó al 11%. De los 44 sujetos no vacunados con VAG, el 84% la conocía. De ellos sólo el 13% no quiso vacunarse y al 87% no se le indicó.

Conclusiones: El grado de cobertura fue bajo para VAG y muy bajo para VAN. La población de riesgo conocía bien a la VAG y no así la VAN. El grupo con mayor cobertura fue DM y el de menor CARDIO. La principal causa de no cumplimiento puede haber sido la falta de indicación médica. Estos datos sugieren que es necesario reforzar la concientización en los médicos que atienden las patologías de riesgo para lograr aumentar la tasa de cobertura.

0283 - MODERADA ADECUACIÓN A LAS GUÍAS EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC). ENCUESTA MULTICÉNTRICA A MÉDICOS SOBRE SU PRÁCTICA DIARIA.

Gabriela CHIRINO(1) | Alejandro CHIRINO NAVARTA(1) | Adrian SALVATORE(2) | Jose Alberto CARENA(2)
 HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA (1); HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE (2)

Objetivos: A pesar de las numerosas guías internacionales y locales publicadas para el manejo de la NAC, que abogan por pautar un adecuado tratamiento empírico y el ajuste en la duración del tratamiento antibiótico (ATB) como principales herramientas para reducir complicaciones, resistencia a los antimicrobianos y costos, su cumplimiento en la práctica diaria no se conoce en nuestro medio. Diseñamos un estudio basado en encuestas a médicos para valorar la realidad local en el manejo de la NAC que se interna.

Materiales y Métodos: Se encuestaron a 44 médicos de 2 hospitales de referencia del gran mendoza, acostumbrados al manejo de pacientes con NAC en internación. Se estructuró un formulario con preguntas tendientes a conocer el uso de herramientas diagnósticas, valoración de gravedad de la NAC y sitio de cuidado, elección del tratamiento ATB empírico, criterios de paso a VO, duración del mismo y acciones de prevención. Se definió a priori las posibles respuestas correctas acorde a guías y se definió como adecuado el 85% o más de respuestas correctas de los encuestados en cada ítem. Se analizó la muestra usando estadística descriptiva.

Resultados: El 69,5% pertenecían a servicios de clínica, el 13% terapia intensiva (UTI), el 11% guardia y 6,5% otro. El 76% eran residentes a cargo de pacientes y el 24% médicos de planta. El uso de recursos diagnósticos fue adecuado a guías (>85% de respuestas correctas). La valoración de la gravedad clínica fue insuficientemente adecuada a guías (80% utiliza algún score de riesgo; 83% valora la tensión arterial y 76% el nivel de uremia para definir sitio de cuidado). El tratamiento empírico fue globalmente insuficientemente adecuado a guías. Al desglosar la elección del ATB en pacientes de bajo riesgo hubo 100% de respuestas correctas. En pacientes de riesgo intermedio hubo un 63% de respuestas correctas y en pacientes de alto riesgo (UTI) hubo 12% de respuestas correctas. La falta de adecuación a guías fue a expensas de la elección de ATB con espectro excesivo (por ejemplo penicilinas antipseudomonas ó carbapenemes) y falta de adecuada combinación de ATB. La extensión del tratamiento IV fue adecuada en el 34% y la duración del tratamiento fue correcta en el 54%. La duración promedio fue de 9,7 días.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra escasa adecuación a guías en aspectos de la valoración clínica y tratamiento de la NAC que se interna. Es llamativo la tendencia a sobretratar a los pacientes y prolongar innecesariamente el tratamiento ATB. Estos resultados sugieren que es necesario valorar estrategias para mejorar la adherencia a guías por parte de los médicos en nuestras instituciones.

0284 - PERFIL SOCIAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS. NUESTRA EXPERIENCIA.

Sandra Emilia MOSCATELLI(1) | María Ester BETTA PELLA(2) | Elsa Rossana de Lourdes BILLONE(1) | Susana Margarita TANCO(1) | María Cristina RODRIGUEZ(1) | HOSPITAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA MARÍA FERRER (1); HOSPITAL SANTA LUCIA (2)

Objetivos: Analizar variables para conocer el perfil de pacientes entrevistados por Servicio Social (S.Soc.).

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 400 historias sociales de pacientes entrevistados con diagnóstico de tuberculosis(TBC) entre el 01/01/2004 y el 31/12/2013.

Resultados: Sexo femenino 51,1% y 48,5% masculino, edad promedio 34 años; nacionalidad 74,8% argentina, 13,3% boliviana y otras. Sin cobertura social 77% y 80% no residen en CABA. Estudios primarios 29%; secundarios 20% y terciarios 4,5%; 53,5% solteros, de estos 21,3% unión de hecho; 36% no trabaja; 47,5% son propietarios y 44,8% alquilan; hacinamiento 29,5% y 70,5% conviven con niños y/o adolescentes. Sin red cloacal 56,5%, no cubren necesidades básicas (NB) 26,5%. Control de foco 90%, adherencia del 79%. Derivados 35,5% e internados 13,3%. El 19,5% refirió que algún familiar fue diagnosticado con TBC; consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias 46,5% y 15% víctimas de violencia familiar; 13,8% tuvo TBC, 53,3% consumo de tabaco, alcohol y sustancias tóxicas. El 13,3% dijo ser víctima de violencia familiar.

Conclusiones: Encontramos barreras geográficas, económicas y culturales que dificultan un diagnóstico precoz, derivación adecuada, tratamiento y adherencia. La falta del control de foco, interrupción de medicamentos y no cumplir con el tratamiento facilitan y aumentan las vías de contagio. Las NB no satisfechas impiden un tratamiento efectivo. El S.Soc. solo entrevistó el 50% de pacientes. Continuar participando de la Red de TBC a fin de articular acciones.

0285 - MALFORMACIONES ARTERIO- ARTERIALES EN UN PACIENTE JOVEN

Julio QUIROGA | Regina GULLO | Romina FERNANDEZ | Manuel BRAVO | María Agustina BUSANICHE | Victor PASCANSKY | Claudio GONZALEZ | Cesar SAENZ | HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJIA, CABA

Introducción - Los shunts arterio- arteriales broncopulmonares pueden ser fuente de hemoptisis masiva. En la mayoría de los casos son adquiridos como resultado de enfermedades pulmonares inflamatorias crónicas (neumonía, actinomicosis, tuberculosis), neoplasias, trauma o injuria idiopática. Las malformaciones congénitas broncopulmonares son extremadamente raras. Usualmente son unilaterales derechas y se observan en hombres.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 33 años, oriundo de Bolivia, con antecedente de TBC pulmonar con tratamiento completo en 2007. Consulta por episodios recurrentes de hemoptisis de siete meses de evolución con requerimiento de embolización bronquial a nivel de lóbulo superior derecho en una oportunidad con resolución parcial del sangrado. Examen físico: soplo sistólico con mayor intensidad en mesocardio irradiado a cuello. Buena mecánica ventilatoria, rales crepitantes en base derecha, SatO₂ 98% (0,21), Soplo interescapular derecho. Laboratorio normal. Radiografía de tórax: opacidad heterogénea en lóbulo superior derecho. Angiotomografía de Tórax: múltiples malformaciones vasculares que comprometen todo el hemitórax derecho, secuela por TBC en lóbulo superior derecho. Ecocardiograma doppler: flujo retrógrado a nivel de la arteria pulmonar derecha. Angiografía pulmonar: múltiples anastomosis entre ramas de la arteria pulmonar derecha y arterias bronquiales en todo el hemitórax derecho sin alteraciones en el pulmón contralateral. Conclusiones: No existen casos descriptos de shunts arterio- arteriales broncopulmonares que comprometan todo un hemitórax en la literatura como el que se expone en esta presentación por lo tanto, no hay un tratamiento estandarizado. Las opciones terapéuticas incluirían embolización bronquial y resección quirúrgica.

0286 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS EN NUESTROS PACIENTES EPOC.

Pablo Diego JORDAN | Horacio BARRAGAN | Alejandro MARTINEZ FRAGA | Victoria AVALOS | Andres ROMERA | Victoria VINCENT | Horacio RENON | Alejandro PATTIN | Gabriel BOTTE | HOSPITAL CHURRUCA VISCA

Objetivos: Describir las características clínicas de nuestros pacientes EPOC y evaluar el tratamiento indicado según la guía GOLD.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 37 pacientes consecutivos con criterios de EPOC (VEF1/FVC < 0.7 posterior a la prueba broncodilatadora).

Se recolectaron datos sobre las características demográficas, score de disnea según MRC, número de exacerbaciones, fenotipos y las diferentes opciones de tratamiento indicado por su médico de cabecera.

Definimos como tratamiento adecuado al referido en las guías GOLD según grupos de riesgos.

Resultados: De los 37 pacientes EPOC incluidos, la edad media resultó ser de 66,7 años, 65% fueron de sexo masculino; la media del peso de 74,69 Kg.

El 26,31% de los pacientes incluidos eran fumadores actuales, con una media de 44 p/y. La media del VEF1 fue del 55%.

El fenotipo predominante hallado fue el enfisematoso (59,4%).

El 100% de los pacientes incluidos recibieron tratamiento con broncodilatadores de acción corta y/o prolongada.

De acuerdo a la estratificación de los grupos de gravedad según las guías GOLD: A: 16,21% ;B: 24,32% ; C: 21,62%; D:37,83%.

En cuanto al cumplimiento de las guías en los diferentes grupos: A: 83%; B: 66,6% ; C: 75% ; D:64% , con un cumplimiento global de 72.15%.

En el grupo A sólo uno de ellos (16,6%) recibió tratamiento con CI, mientras que un 33% de los pacientes con riesgo B fueron medicados con CI (uno de ellos con fenotipo de asma/EPOC).

Si sólo analizamos el grupo de los exacerbadores o agudizadores frecuentes el 85,7% de los pacientes recibieron CI.

73% de los pacientes incluidos recibieron la vacunación anti-neumococcica , y un 60% la vacuna antigripal.

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes EPOC presentaron un valor de VEF1 bajo, el sexo masculino fue el dominante, el fenotipo enfisematoso el más frecuente.

Los broncodilatadores siguen siendo la base del tratamiento de la EPOC, indicados en la totalidad de los pacientes incluidos en nuestro trabajo.

Los corticoides inhalados combinados con broncodilatadores fueron fármacos de primera elección en la gran mayoría de los pacientes con EPOC con exacerbaciones frecuentes.

El cumplimiento de los médicos a las guías sobre el tratamiento de EPOC en general fue aceptable.

0287 - SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA NUESTRA EXPERIENCIA

Mirta Azucena CORONEL(1) | María Eugenia LIC. MATAS(2) | Jorge Alejandro DR. AVILA(3)

HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA (1); DPTO. DE INVESTIGACIÓN ORIENTACIÓN ESTADÍSTICA - FAC.DE MEDICINA- UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN (2); HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA - CENTRO DE ENFERMEDADES DEL SUEÑO (3)

Objetivos: Son elevados los costos entre los gastos de atención médica y tratamiento para pacientes obesos y es hoy un problema mayor de salud pública en el mundo. La obesidad mórbida IMC > 40 Kg/m2 incrementó en algunos países de 0.3% en 1997 al 1.3% en 2009. En el obeso mórbido, como consecuencia de un conjunto de anomalías, el trabajo ventilatorio se incrementa. Por lo cual nosotros investigamos un grupo de variables para conocer más sobre esta patología. Nuestros objetivos: 1- Conocer la prevalencia de obesos mórbidos en nuestra muestra de pacientes obesos con Trastornos Respiratorios Vinculados con el Sueño (TRVS).

2- Describir el tipo de TRVS en pacientes obesos según el grado de obesidad.

3-Analizar las variables fisiopatológicas en los Obesos Mórbido. **Materiales y Métodos:** Se analizaron 107 historias clínicas de pacientes obesos IMC >30, FEV1/FVC > 70%, con TRVS de Unidad Respiratoria del H. Padilla de Tucumán. Se recolectaron datos sobre: Escala de Somnolencia de Epworth (ESS), Grado de Obesidad: I, II y III según IMC, diagnóstico de TRVS, gases en sangre arterial, función pulmonar y estudios de sueño (poligrafía y oximetría de pulso). Los resultados se presentaron por medidas resumen e intervalos del 95% de confianza. Se consideró un nivel de significación del 5%. Para la comparación de medias en ambos grupos se aplicó el test t previo estudio de comparación de varianzas mediante el test F.

Resultados: De las 107 historias clínicas analizadas, el 62%(66) de los pacientes eran de sexo masculino. Respecto al grado de Obesidad el 64%(69) tenían obesidad mórbida, el 36% (38) eran obesos Grado I y II.La edad media 48.69 (45.52 – 51.87) en obesos mórbido vs. 49.27 (48.38 – 54.15) entre los obesos grado I y II p=0.8337. Los tipos de trastornos del sueño que tenían los obesos mórbidos: 57% tenían SAHOS, el 22% OHS y el 21% SAHOS + OHS, los Grados I y II tenían 84% SAHOS, 5% OHS y 11% SAHOS + OHS. Comparando los obesos mórbidos con los obesos grado I y II tenían un IMC significativamente mayor 49.16 (47.15 – 51.18) vs.35.65 (34.61 – 36.70) p <0.0001, en estudios del sueño SpO2 media nocturna fue significativamente menor 86.68 (84.92 – 87.43) vs. 89.89 (87.94– 91.86) p= 0.023, Índice de Desaturación de Oxígeno (ODI) significativamente mayor 50.70 (43.17 – 58.24) vs. 31.35 (23.33 – 39.38) p=0.0006 y el porcentaje de tiempo con SpO2 <90% fue mayor 70.56 (36.56 – 52.48) vs. 25.96 (15.58 – 36.35) p= 0.0097. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos respecto a FVC 71.22 (67.78 – 76.54) vs. 78.52 (69.72 – 87.33) p =0.18061, PaCO2 44.63 (41.18 – 48.08) vs. 42.84 (38.64 – 47.03) p=0.5241, PaO2 60.23 (67.78 – 74.67) vs. 73.76 (69.23 – 78.28) p=0.3778. Analizando la procedencia de los con pacientes con obesidad mórbida el 16% (11) ingresaron por urgencia vs. 8% (3) de los obesos grado I y II.

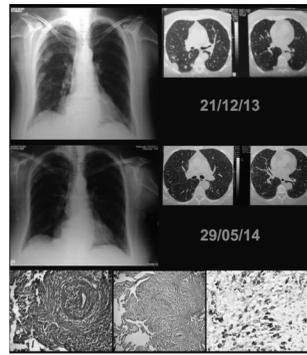
Conclusiones: En nuestra muestra se encontró que el Síndrome de Hipoventilación asociado a Obesidad (solo o asociado a SAHOS) fue mas frecuente en los obesos mórbidos. Además en estos pacientes hubo más ingresos por urgencias 16%.

0288 - ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 Y COMPROMISO PULMONAR:UN DIAGNÓSTICO A PENSAR.

Graciela Beatriz GÓMEZ(1) | Rodrigo BERTÓN(1) | Luis BORDÓN INSAURRALDE(1) | Daniel CARLÉS(1) | Liliana DALURZO(2) | Mirta GARCIA(3) | Sergio MOLINA(1) | Laura OJEDA(1) | Claudia POLERI(3) | Cristina ROHDE(1) | Nancy ROMERO(1) | Alfredo AQUINO(4)

HOSPITAL JULIO C. PERRANDO (1); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (2); CONSULTORIO DE PATOLOGÍA (3); CIRUGÍA DE TÓRAX (4)

Objetivos: Describir un caso de una patología recientemente conocida (2001),poco frecuente.



Caso clínico: Paciente sexo femenino 63 años, ex tabaquista (8 paquetes/año), presenta en octubre del 2012 agrandamiento de glándulas parótidas y submaxilares, siendo interpretado como enfermedad de Sjögren, recibe corticoides en bajas dosis, presentando mejoría de los síntomas. En febrero 2013 fue diagnosticada de pancreatitis crónica, por punción aspiración del páncreas. En diciembre del 2013 presenta dolor torácico, con evidencia radiológica y tomográfica a nivel de tórax de nódulos múltiples bilaterales. Se le solicita estudios inmunológicos (AAN, FAN, ANCA C y P, Factor reumatoideo, y Péptido citrulinado) que son negativos, hallándose valores séricos de IgG total y subclase IgG4 elevados. Ante la sospecha de Enfermedad relacionada con IgG4, por los datos clínicos previos, se decide realizar biopsia del pulmón para diagnóstico. Siendo el informe de anatomía patológica: infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis verticilar en sectores, con compromiso de las paredes vasculares con obliteración de la luz en focos, compatible con Neumonía Intersticial relacionada a enfermedad asociada a IgG 4. Se le realizó inmunohistoquímica, donde se halló recuento de 40% de células plasmáticas IgG4 (de color marrón), confirmando el diagnóstico.

Comienza tratamiento con meprednisona 60 mg/día, notando mejoría clínica a las dos semanas y se corrobora por los cambios imagenológicos a los 4 meses del tratamiento.

La IgG4 es una enfermedad multisistémica fibroinflamatoria, que afecta a 1, 2 o más órganos, asociada a concentraciones séricas elevadas o no de IgG4, siendo el compromiso pulmonar del 14% al 50%. La lesión patológica se caracteriza por inflamación linfoplasmocitaria, con aumento de las células plasmáticas IgG4 +, fibrosis y flebitis. La mayoría de los pacientes tienen una buena respuesta a los glucocorticoides.

La enfermedad por IgG4 puede afectar uno o varios órganos, siendo el pulmón uno de ellos. La presentación clínica no es específica, puede haber tos, disnea de esfuerzo y dolor torácico, o presentar hallazgos anormales en las imágenes. Se identificaron diferentes patrones radiológicos: opacidades redondeadas, patrón alvéolo intersticial de tipo panal de abejas, bronquiectasias, vidrio despulido y engrosamiento de las ramas broncovasculares y del septum interlobar. En este caso se evidenció patrón nodular y alvéolo intersticial.

Para el diagnóstico es necesario realizar exámen histopatológico de la biopsia del tejido con inmunotinción para separarla de otros procesos como cáncer de pulmón, linfoma o sarcoidosis, correlacionarlo con la clínica, datos de laboratorio e imágenes. Se caracteriza por infiltrado linfoplasmocitario sin infiltrado de neutrófilos, fibrosis y flebitis. En la determinación serológica en un 30% pueden tener concentraciones séricas de IgG4 en límites normales, y el resto elevadas. En los estudios histopatológicos es necesario una proporción de células IgG4/ IgG del 30% por medio de técnicas de inmunohistoquímica.

Conclusiones: Al ser una patología poco frecuente, se presentó este caso a los fines de incluirlo en los diagnósticos diferenciales dado que tiene amplia relación con nuestra especialidad,y su presentación es similar a las enfermedades que estamos habituados a encontrar. Y mirando el pasado, habremos encontrado muchos casos sin reconocerlo (tumores, enfermedad ganglionar, enfermedad pulmonar intersticial, compromiso pleural, mediastinal, estenosis de la vía aérea).

0289 - PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR. PRESENTACION DE UN CASO

Sabrina Gisel FERNANDEZ | Enrique OVIEDO | Luis RIVERA | Alejandra ACOSTA | Patricia TELLECHEA | Martin NAJO | Roxana GRANADO | Gregorio Varujan KEVORKOF

HOSPITAL TRANSITO CASERES DE ALLENDE

Introducción: La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una enfermedad rara de curso variable, debido a un trastorno en el que se acumula material lipoproteínico dentro de los alveolos pulmonares produciendo insuficiencia respiratoria. Resulta de la mutación en las proteínas del surfactante o en los genes receptores del factor estimulante de colonias granulocíticas macrófagicas (GM-CSF). De etiología congénita o adquirida (inhalación tóxica o alteraciones hematológicas, o autoinmune, con anticuerpos anti GM-CSF, bloqueando la actividad de los macrófagos alveolares). Con una incidencia estimada en 0,37 por cada 100 000 personas.

Caso clínico: Masculino de 44 años, tabaquista de 40 PAQ/AÑO, ex cocainómano; consulta por disnea progresiva de una semana de evolución, tos no productiva, síntomas febriles y dolor torácico no específico.

Examen físico: Frecuencia cardíaca 110, temperatura 37,8 °C, SPO₂ 86% (FIO₂ 21%). Murmullo vesicular y vibraciones vocales disminuidos en forma bilateral, más acentuado en hemitórax izquierdo, rales crepitantes bibasales.

Laboratorio: Glóbulos blancos 9160 (67% de neutrófilos), gases en sangre arterial: PH 7,49; PCO₂ 31,7; PO₂ 53,2; HCO₃ 24. SO₂ 88%. VSG 45 MM.

Radiografía de tórax: Patrón retículo intersticial de distribución parahiliar y basal a predominio izquierdo, borramiento de seno costodiafragmático y costofrénico derechos y cardiofrénico izquierdo.

Tomografía de tórax: Patrón intersticial, vidrio esmerilado en forma parcheada en ambos campos pulmonares a predominio izquierdo, con algunos focos de consolidación y crazy-paving a predominio basal izquierdo. Ligero derrame pleural izquierdo. **Espirometría:** Disminución de la capacidad vital forzada e incremento del cociente del VEF1/FVC que sugiere restricción. **DLCO:** Defecto de difusión de grado moderado.

Anatomía patológica: Cortes histológicos muestran grupos alveolares rellenos de material proteináceo eosinófilo granular. Cambios vinculables a proteinosis alveolar.

Diagnóstico: Proteinosis alveolar pulmonar.

Conclusión: Aunque la tomografía de alta resolución no es específica, muestra aspectos de patrón "crazy-paving" (diagnósticos diferenciales: ca bronquioloalveolar, sdra, neumonía lipoidea). El diagnóstico se realiza mediante biopsia o lavado broncoalveolar. El tratamiento más afectivo es el lavado pulmonar con suero salino. La PAP es un desafío a tener presente dentro de las disquisiciones diagnósticas de las enfermedades pulmonares intersticiales.

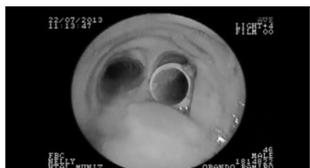
0290 - HEMOPTISIS MASIVA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRÓNICAS: TRATAMIENTO ALTERNATIVO CON PRÓTESIS

Alejandra Ines BRIOZZO | Roberto DURE | Sebastián GANDO | Gustavo MARTINEZ | Pablo SIMKIN | Alejandro SANSOSTERA
HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. F. J. MUÑIZ

Objetivos: La hemoptisis masiva debe ser definida por el riesgo que implica para la vida del paciente. Esto obliga a la adopción de medidas terapéuticas urgentes. La finalidad primordial es el cese del sangrado activo. Elegir una determinada técnica dependerá de las disponibilidades derivadas de la infraestructura de cada centro. Utilizamos la colocación de prótesis bronquiales siliconadas para controlar el sangrado. Tener guardia activa y ser parte de un hospital especializado nos permitió explorar esta posibilidad.

Los objetivos consisten en controlar hemoptisis masivas en pacientes con patologías infecciosas crónicas (tuberculosis, aspergilosis), mediante la exclusión del bronquio sangrante a través de la colocación de prótesis bronquiales siliconadas.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se presentan 6 casos de pacientes con hemoptisis masiva a los cuales luego de identificar el sitio de sangrado se les colocan prótesis siliconadas excluyendo el bronquio sangrante. La colocación de



dichas prótesis se realiza por broncoscopia rígida (BR) (Chevallier Jackson y Dumond). Caso 1: TBC. Exclusión de BLSD por prótesis en BFD. Caso 2: Aspergilosis. Exclusión de BLSD por prótesis en BFD. Caso 3: TBC. Exclusión de BLM y BLID por prótesis en BIM. Caso 4: TBC. Exclusión de BLID por prótesis que ocluye BLID. Caso 5: TBC. Exclusión BLSI por prótesis en BFI. Caso 6: TBC. Exclusión BLSI por prótesis en BFI.

Resultados: En todos los casos el sangrado fue controlado con la colocación de las prótesis. Mejor planificación de la embo-



lización en cuatro pacientes. Dos la expulsaron espontáneamente, dos se le retiraron, dos aún la tienen, uno por ser TBMR, otro está en discusión quirúrgica.

Conclusiones: Alternativa válida realizada en manos entrenadas. En el sistema público acceder a una embolización arterial resulta muy difícil en la urgencia. Esto permitió mejor planificación.

0293 - EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL TRANSITO CÁCERES DE ALLENDE

Luis RIVERA | Enrique OVIEDO | María Alejandra ACOSTA | Martín NAJO | Roxana GRANADOS | Gregorio Varujan KEVORKOF
HOSPITAL TRANSITO CÁCERES DE ALLENDE

Objetivos: Objetivo primario: Evaluar los resultados de tratamiento, su adherencia, modalidad, curación y farmacoresistencia de los pacientes con TB en el período comprendido entre el 01 de mayo de 2010 y 30 de junio de 2014 en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende (HTCA) de Córdoba Argentina.

Objetivo secundario: Describir las características clínico-epidemiológicas de la población atendida con TB, distribución por grupo etario, sexo, procedencia y condición laboral. Enumerar las comorbilidades y factores de riesgo

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, en 136 pacientes.

Criterios de inclusión: Mayores de 15 años, de ambos géneros, diagnóstico de TB por baciloscopia, cultivo y/o biopsia, historia clínica completa, con radiografía de tórax.

Criterios de exclusión: Pacientes con quimioprofilaxis para TB, otras Mycobacteriosis.

Resultados: Alta adherencia al tratamiento 93% (n: 127), con un bajo porcentaje de abandono 7% (n: 9), alto porcentaje de curación 78% (n: 105), no curado 9% (n: 12), continua en tratamiento 13% (n: 18), modalidad de tratamiento, el autoadministrado 96% (n: 130) y directamente observado 4% (n: 6). Solo el 1.8% (n: 2) con TB-MR. Categorías de tratamiento: I: 79% (n: 107), II: 4% (n: 6), III: 14% (n: 19), IV: 3% (n: 4). En nuestra experiencia, uno de cada catorce pacientes presentaron RAFA siendo la más frecuente la hepatotoxicidad 5% (n: 7), intolerancia oral 2% (n: 3), rash cutáneo 1% (n: 1). La mortalidad fue solo del 5% (n: 7). La mayor prevalencia de TB fue entre los 15 y 35 años 47% (n: 64), seguido del grupo entre 36 y 55 años 30% (n: 40), mientras que los mayores de 55 años fue del 24% (n: 32). En cuanto a la distribución por sexo se observó una mayor prevalencia en sexo masculino 57% (n: 78) y 43% (n: 58) femenino. El 89% (n: 121) fueron argentinos, bolivianos 6% (n: 8), peruanos 4% (n: 6), chilenos 0.9% (n: 1). La situación laboral: desocupación 50% (n: 68), ocupación estable 41% (n: 56), estudiante 9% (n: 12). Destacamos el alto porcentaje de nuestros pacientes con bajo peso: IMC menor <21: 63% (n: 85), entre 21 y 25: 24% (n: 32), >25 14% (n: 19). La comorbilidad más frecuente fue diabetes mellitus 18% (n: 25) seguido de asma 3% (n: 5), neoplasias 2.8% (n: 4), Hepatitis 2.8% (n: 4), cardiopatía 2% (n: 3) y la condición de VIH fue escaso 0.9% (n: 1). Alta asociación con tabaquismo 60% (n: 81), siendo menos frecuente con alcohol 21% (n: 29) y drogas ilícitas 24% (n: 33).

Conclusiones: La estrategia de tratamiento autoadministrado con alta adherencia, escaso abandono y alta tasa de curación

es el mayor éxito de nuestro programa, no obstante el mayor desafío es la prevención y la sospecha clínica para un rápido diagnóstico. La MDR-TB no es aún en nuestro medio un problema sanitario relevante. La hepatotoxicidad vinculada al tratamiento no requirió interrupción y no tuvo relación con el consumo de alcohol. El adulto joven de sexo masculino es más proclive a enfermar. En nuestro medio la población inmigrante no represento un número importante. La diabetes, VIH y un IMC < 21 deben promover estudios de screening en sintomáticos respiratorios. El consumo de tabaco, la desocupación y condiciones socios económicos desfavorables son datos epidemiológicos asociados frecuentemente.

0294 - PREVALENCIA DE EPOC EN UNA CAMPAÑA DE DETECCIÓN DE EPOC Y PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Gregorio Varujan KEVORKOF | Luis RIVERA | María Alejandra ACOSTA | Enrique Eduardo OVIEDO | Martín NAJO | Patricia Evangelina TELLECHEA | Sabrina FERNANDEZ
HOSPITAL TRANSITO CÁCERES DE ALLENDE

Objetivos: Determinar: Prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), establecer el grado de tabaquismo relacionado al número de paquetes/año y niveles de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado, grado de tabaquismo y su relación con evaluaciones con test de Prochaska y Diclemente

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional de corte transversal utilizando cuestionarios validados: Cuestionario para Detección de EPOC (CODE), Espirometría, evaluación con test de Prochaska y Diclemente, para diagnóstico de etapa evolutiva y motivación para el cambio, medición de niveles CO por Coximetría, en el periodo comprendido del 01 al 11 de octubre del 2013, dirigida a la población en general, previa promoción en medios audiovisuales y gráficos.

Resultados: Se realizaron 232 encuestas, edad mínima 16 años, edad máxima 88, edad promedio 47.2, distribución por sexo: femenino (F) 66% (n: 152) masculino (M) 34% (n: 80), tabaquistas activos 97.8% (n: 227), pasivos 2.2% (n: 5). CODE 100% (n: 232) CODE > 4: 22% (n: 51). Espirometría 22% (n: 51) normal 35% (n: 18), EPOC 65% (n: 33), del total (n: 232) 14% con EPOC. EPOC sexo: F 48.5% (n: 16) M 51.5% (n: 17). EPOC con valores de CO superiores a 10 partes por millón (ppm) 94% (n: 31) inferiores a 10 ppm 6% (n: 2) Prochaska 97.8% (n: 227) estadios: precontemplación 27% (n: 62), contemplación 41% (n: 96), preparación 22% (n: 51), acción 6% (n: 15), mantenimiento 1% (n: 3), no se realizo evaluación de Prochaska al fumador pasivo 2.2% (n: 5). Coximetría 100% (n: 232) CO inferiores a 10 ppm 32% (n: 74) superiores a 10 ppm 68% (n: 158). Grado de tabaquismo: leve 27% (N: 63), moderado 33% (N: 77) y severo 40% (n: 92). Grado de tabaquismo y Estadios de Prochaska: Leve precontemplador 7% (n: 17) leve contemplador 9% (n: 20) leve preparación 6% (n: 13) leve acción 3% (n: 6) leve mantenimiento 0.9% (n: 2), moderado precontemplador 10% (n: 24) moderado contemplador 11% (n: 26) moderado preparación 9% (n: 21) moderado acción 3% (n: 7), severo precontemplador 9% (n: 21) severo contemplador 22% (n: 50) severo preparación 7% (n: 17) severo acción 1% (n: 2) severo mantenimiento 0.3% (n: 1), leve sin Prochaska 2% (n: 5).

Conclusiones: La selección de pacientes a través del CODE hace a la espirometría más redituable para el diagnóstico de EPOC, mientras la cantidad de paquetes/año y la Coximetría nos permiten determinar el grado de tabaquismo en los fumadores. El 40% de la población encuestada fuma más de 20 cigarrillos por día. El alto porcentaje de tabaquista contemplador de cualquier grado debe promover estrategias motivacionales para pasar a la etapa de preparación y acción. El bajo porcentaje del tabaquista en etapa de acción y mantenimiento es un desafío para elaborar o mejorar los programas de prevención y control de tabaquismo, cuyo fin es que el fumador vaya progresando por las diferentes etapas del proceso de cesación tabáquica, alcanzando finalmente el abandono del tabaco. La consulta médica debe ser la mejor oportunidad para la detección, tratamiento y seguimiento del consumo de tabaco

0295 - COMPROMISO PULMONAR EN VASCULITIS RELACIONADAS A ANCA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CASOS ENTRE 2008 Y 2013

Esteban WAINSTEIN | Hernan BENITO | Joaquín MARITANO | Horacio CASTRO | Rodrigo CASTRO | Julio VILLARROEL | Juan PRECERUTTI
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Describir el compromiso pulmonar de las vasculitis relacionadas a ANCA en un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo utilizando historias clínicas electrónicas de pacientes que tuvieron al menos una determinación de ANCA en título mayor igual a 1/40 entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013.

Resultados: Durante el periodo analizado, 169 pacientes tuvieron una determinación de laboratorio con ANCA mayor a 1/40. Se excluyeron del análisis a 42 (25%) por no tener registros en la historia clínica (laboratorio aislado o historia incompleta). De los 127 pacientes restantes, 72 (57%) tuvieron una vasculitis asociada a ANCA y 55 (43%) una determinación de ANCA relacionada a otras enfermedades (inflamatorias o neoplásicas). El 40% de los pacientes con vasculitis (n=23) tuvo síntomas respiratorios (tos, disnea o hemóptisis). Se identificaron 8 casos de hemorragia alveolar (11%). El 66% de las hemoptisis correspondió a hemorragia alveolar. Se obtuvieron tomografías en 41 pacientes (59%). En el 83% de las mismas se hallaron anomalías, siendo la más frecuente el vidrio esmerilado seguida por los nódulos no cavitados.

Conclusiones: El compromiso del sistema respiratorio fue frecuente en esta serie. En el 40% de los casos se constató tos, disnea o hemoptisis. El 11% de los pacientes sufrió hemorragia alveolar. La mayoría de las tomografías evidenció hallazgos, siendo el más común el vidrio esmerilado.

0297 - LA "DEMORA" DEL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA DE LA NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD PODRÍA SER UN FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD.

Martín LUGARO | Hernan QUINTELA | Cecilia PEREYRA | Damian VIOLI | Lilian BENITO MORI
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. LUIS GÜEMES"

Objetivos: La Neumonía Grave de la Comunidad (NACG) es una causa frecuente de ingreso a la Terapia Intensiva (UCI). La disponibilidad de camas de UCI es un recurso limitado, como consecuencia, los pacientes (ptes) permanecen en otros sectores (Guardia o Shock Room) hasta que puedan ser admitidos. Resulta de interés evaluar si la demora en la admisión a UCI impacta en la evolución de los ptes con NACG.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, único centro de una UCI de 15 camas polivalente. La población del estudio fueron ptes ingresados a la UCI en el periodo de Dic 2009 a Mayo 2014 de manera consecutiva. Los datos demográficos como así las variables a estudiar se registraron a partir de la base de datos informatizada de UCI. Se registraron variables fisiológicas y laboratorio al ingreso, scores de gravedad, utilización medidas de soporte avanzadas, rescate bacteriológicos, antibióticos y evolución.

Se define como "demora" a la permanencia fuera de la UCI igual o mayor de 24hs de un pte con criterios de ingreso a la UCI.

Resultados: En el periodo del estudio ingresaron 1875 ptes,

	Total n (%)	Óbitos n (% total)	Estadístico
HIV/INM	9 (13)	6 (9)	0,08
DEMORADO	18 (27)	12 (18)	0,008
VMI	55 (82)	27 (40)	0,002
Shock Séptico	31 (46)	20 (30)	>0,001
SDRA	26 (39)	20 (30)	>0,001
Empiema	4 (6)	1 (1)	0,52
NAVM	8 (12)	4 (6)	0,55
CURB65 mayor de 2	49 (73)	24 (35)	0,01

de los cuales se identificaron 67 ptes con NACG. Un total de 43 ptes (64%) eran de sexo masculino y un APACHE II de ingreso de $21 \pm 8,3$. Según el score de CURB 65, 49 ptes (73%) presentaban un valor mayor o igual a 3, la mediana de días de internación en UCI fueron de 7 días (P25-75 3-13) y el 82 % de los pacientes requirieron VMI.

En relación a la etiología de la NACG, no se identificó etiología en 39 ptes (59%), seguidos por *S.pneumoniae* en 8 ptes (12%), 2 de ellos asociados a otro germen, *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad en 7 ptes (10%) y *Mycoplasma* en 3 ptes (4%) de los cuales 2 ptes estuvieron asociados a *Chlamydia*. Otros resultados en tablas. El Grupo Demorado de 18 pacientes (27%) presentaron mayor frecuencia de shock séptico, VMI y CURB65 mayor a 2, estadísticamente no significativo. La mortalidad del grupo sin demora vs con demora fue de 31% vs 67%. Se aplicó el análisis estadístico Chi-cuadrado de Pearson con una P 0,008. La espera para ingresar a UCI significa un riesgo relativo de la demora de 4,5 (IC 1,4-14,3).

	No Demorado 49 (%)	Demorado 18 (5)	Estadística p
VMI	38 (78)	17 (94)	0,11
Shock Séptico	21 (43)	10 (56)	0,35
CURB65 mayor 2	34 (70)	15 (83)	0,25
APACHE II mayor 24	17 (40)	6 (40)	0,94
Óbito	15 (31)	12 (67)	0,008

Conclusiones: La falta de camas disponibles genera situaciones de retraso en la admisión a UCI, esta situación incrementa la posibilidad de muerte en los ptes con NACG. Es prioritario incrementar la disponibilidad de camas en UCI para no aumentar la morbimortalidad de situaciones graves como la NACG.

0298 - CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN ARGENTINA, 2010-2012

Sergio ARIAS | Juan Carlos BOSSIO | Gustavo Ariel ARMANDO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS

Objetivos: Describir las características de los casos de tuberculosis multirresistente notificados en Argentina en 2010-2012. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal de los casos de tuberculosis notificados al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis por los Programas de cada una de las 24 jurisdicciones del país durante el trienio 2010-2012. Se identificaron los casos en los que se realizó el estudio de la sensibilidad a los medicamentos antituberculosos y se estratificaron según las siguientes características: sexo, edad, jurisdicción de residencia del caso, tipo de paciente, localización de la enfermedad, condición radiológica, modalidad del tratamiento y resultado del tratamiento.

Se calculó la proporción de casos según cada característica y su intervalo de confianza del 95%, y se comparó con la de los casos sensibles mediante el cálculo de la diferencia de proporciones, su intervalo de confianza del 95% y el valor del p.

Se utilizó el programa Excel 2010 y R Project.

Resultados: Durante el trienio 2010-2012 se notificaron 31487 casos de tuberculosis y se notificó el resultado de la prueba de sensibilidad de 1021 (3,2%), con 404 casos resistentes (39,6%). La proporción de resistentes entre los estudiados fue mayor de 15 a 39 años: 44,4% (40,5-48,3); mayor que en menores de 15, 25,0% (14,4-35,6), $p=0,004$; y de 40 a 64, 32,5% (27,0-38,0), $p=0,001$.

El 59,8% de los casos resistentes fueron varones (56,8-62,8), proporción mayor que en mujeres, pero no estadísticamente significativa ($p=0,537$).

La mayoría de los casos resistentes fueron argentinos (88,8%); el 6,7% de Perú y el 4,2% de Bolivia, con solo 0,2% de Paraguay. En 2010-2012 se notificaron casos en 12 de las 24 jurisdicciones del país. y el 83,9% de los casos se notificó en Buenos Aires, 199 casos (49,3%), Ciudad de Buenos Aires, 61 casos (15,1%) y Santa Fe, 27 casos (16,8%).

El 94,9% de los casos se detectó en la consulta por síntomas, similar que los casos sensibles: 93,5%, $p=0,647$. Entre los resistentes fue más frecuente el reingreso de abandono y

fracaso terapéutico que entre los sensibles (60,3% y 50,0%, respectivamente) pero sin diferencia estadísticamente significativa: $p=0,128$.

El 94,2% de los casos resistentes fueron pulmonares, más que en los sensibles: 88,4%, $p=0,004$. La presencia de cavernas en la radiología fue mayor en los casos resistentes (61,9%) que en los sensibles (49,0%), $p=0,014$; igual que las lesiones bilaterales, 61,9% y 57,4%, respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa: $p=0,422$.

Los casos resistentes recibieron tratamiento supervisado con mayor frecuencia que los sensibles: 45,7% y 25,2% respectivamente, $p<0,001$.

El éxito fue menor en los resistentes (63,2%) que en los sensibles (67,5%), con diferencia no estadísticamente significativa: $p=0,394$. De los 404 casos resistentes, no hubo resultado del tratamiento en 158 (39,1%); y 54 resistentes (26,9%) abandonaron el tratamiento; siendo la primera de estas proporciones inferior a la de los casos sensibles (54,29%, $p<0,001$) y la segunda, superior (25,30%), aunque no estadísticamente significativa: $p=0,789$.

Conclusiones: La tuberculosis multirresistente ya se diseminó a la mitad de las jurisdicciones del país. La elevada proporción de casos re detectados en la consulta por síntomas, la extensión radiológica y el peso del reingreso de abandono y fracaso terapéutico entre los casos, la pérdida del tratamiento (abandonos y falta de información sobre su resultado) y la baja cobertura de la supervisión del tratamiento, alertan sobre la necesidad de mejorar el control del problema.

0299 - SEGURIDAD DEL USO DE SEDACION DURANTE LA FIBROBRONCOSCOPIA (FBC) EN PACIENTES CON EPOC

Marco Antonio SOLIS ARAMAYO | Marcos HERNANDEZ | Marcela HERES | Josefina VILLA | Sebastian LAMOT | Silvia QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Objetivos: Determinar la seguridad del uso de sedación intravenosa durante la fibrobroncoscopia en pacientes con EPOC. Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los registros estandarizados de 385 FBC realizadas en forma programada entre enero de 2009 y diciembre 2013 en un único centro. Fueron seleccionados solamente los estudios realizados con sedación intravenosa. Los procedimientos se realizaron en quirófano con la administración de propofol, fentanilo y midazolam. Las dosis fueron elegidas según criterio del anestesiólogo actuante. Los pacientes fueron clasificados como con o sin criterios de EPOC (guías GOLD). La hipotensión se definió como TA sistólica < 100 mmHg por más de 60s y los signos clínicos fueron evaluados por el endoscopista.

Resultados: Fueron incluidos 270 pacientes (70,1%) sin EPOC (67,0% varones, 60,9 años rango 18-80) y 115 pacientes (29,9%) con EPOC (66,2% varones, 63,2 años, rango 49 a 82). La frecuencia de tolerancia considerada "mala" al procedimiento fue similar en ambos grupos (EPOC 3,5% vs no EPOC 1,9%, $p=0,466$) pero un menor número de pacientes la consideró "muy buena" entre los EPOC (47,0% vs 60,7%, $p=0,018$). Los pacientes mostraron ansiedad con la misma frecuencia (4,6% vs 11,0%, $p=0,086$) pero los pacientes EPOC tuvieron más frecuentemente tos (42,6% vs 11,0%, $p=0,001$) y náuseas (18,3% vs 6,6%, $p=0,001$). La hipotensión fue más frecuente en el grupo EPOC (44,2% vs 13,6%, $p=0,001$). La tasa de complicaciones no fue diferente (19,6% vs 15,2%, $p=0,293$) y en ambos grupos la mayor parte de las complicaciones fueron consideradas menores (87,2 vs 89,1%, $p=0,283$) (caída reversible de la SaO₂ < 10 puntos, sangrado < 50 ml). La frecuencia de caída de la SaO₂ $> 4\%$ post-sedación (63,8% vs 16,7%, $p < 0,0001$) y $> 4\%$ de la SaO₂ basal a la final (65,2% vs 26,7%, $p < 0,0001$) fue mayor en los EPOC y la SaO₂ post-sedación fue menor en los EPOC ($92,31 \pm 3,542$. Vs $94,39 \pm 3,738$, $p < 0,001$). Sin embargo ni la SaO₂ inicial ($94,34 \pm 4,887$ vs $94,33 \pm 4,108$, $p=0,979$) ni la SaO₂ mínima ($87,17 \pm 11,686$ vs $86,31$ vs $7,868\%$, $p=0,485$) ni la SaO₂ final fueron diferentes ($94,30 \pm 3,544$ vs $95,06 \pm 3,075$, $p=0,054$). Ningún paciente requirió ventilación mecánica posterior al procedimiento. Un paciente del grupo EPOC requirió ser transferido a terapia intensiva por broncoscopismo y desaturación persistente.

Conclusiones: La fibrobroncoscopia bajo sedación intravenosa es segura en pacientes con EPOC. La desaturación y la hipotensión son más frecuentes en estos pacientes y requieren monitoreo más cuidadoso.

0300 - TABAQUISTAS PARTICULARES

Vanina Alejandra MARTIN | A K PIEDRABUENA | M FERNANDEZ ACQUIER | P BARRAGÁN | R MOINE | E C BAVASSO
HOSPITAL NACIONAL BALDOMERO SOMMER

Objetivos: Diferentes estudios han encontrado que los fumadores con EPOC tienen características específicas de su tabaquismo que los diferencian de los fumadores sin EPOC (el grado de dependencia física, la motivación, la prevalencia de depresión, entre otros).

El objetivo es evaluar las características de la población con diagnóstico previo de EPOC, asistida en el Consultorio de Cesación tabáquica, y si los datos obtenidos coinciden con los ya conocidos de la literatura.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico previo de EPOC, asistidos en el Consultorio de Cesación tabáquica desde Febrero de 2011 a Febrero de 2014, y se registraron: sexo, edad, comorbilidades (depresión), historia de TBQ (iniciativa para la consulta, edad de inicio, cigarrillos/día, paquetes/año, intentos previos de abandono, medio ambiente tabáquico), grado de dependencia (test de Fagerström- TF), grado de motivación (escala analógica visual) y presencia de síntomas (tos, disnea, sibilancias y dolor torácico).

Las variables continuas se expresaron en media y desvío estándar y las categóricas en frecuencia y porcentaje.

Resultados: Total 68 pacientes, 32 (47,05%) mujeres y 36 (52,95%) varones. Media de edad 54,69 ± 7,27. La mayoría de los pacientes, 52 (76,47%) consultan por derivación profesional y 52 pacientes (76,47%) han realizado al menos 1 intento previo, siendo que 42 (80,77%) llevan un número de intentos mayor o igual a 3, pero sólo 18 de los 52 pacientes (34,51%) han intentado con ayuda de algún tratamiento y 10 pacientes (19,23%) lograron abstinencia mayor a 1 año, pero ninguno de estos recibió tratamiento farmacológico. 66 pacientes (97,06%) presentan un grado intenso y muy intenso de tabaquismo con más de 16 p/y y 33 pacientes (48,53%) presentan dependencia física alta y muy alta, con TF mayor o igual a 6, con media del TF de 5,65 ± 2,39, y 45 pacientes (66,18%) que fuman el primer cigarrillo antes de los 30 minutos.

26 pacientes (38,23), presentan motivación alta con valor mayor a 8 en la escala analógica-visual, con una media de 6,94 ± 1,95, y 14 pacientes (20,58%) presentan depresión en tratamiento farmacológico por Psiquiatría.

Conclusiones: La población evaluada presenta alto grado de dependencia física por la nicotina, depresión como una comorbilidad frecuente, y no mayor grado de motivación, siendo similar a lo descrito en la literatura. Observando que la mayoría de los pacientes que presentan intentos previos lo hicieron sin tratamiento es importante que todos los profesionales de la salud estén capacitados en las particularidades de este grupo de fumadores que hacen que presenten mayores dificultades al momento de la cesación para que logremos más acceso de estos pacientes a la consulta especializada y el tratamiento adecuado.

0301 - COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN EL PERSONAL DE SALUD, SEGÚN OCUPACIÓN. HOSPITAL SAYAGO, CIUDAD DE SANTA FE, 2013-2014

Flavio Osvaldo LANDRA(1) | María Alejandra ROMÁN(1) | Margarita NOSEDA(2) | Carla NAZARUK(2) | Fabián José Alberto MENDOZA(2) | Gustavo Ariel ARMANDO(1) | Juan Carlos BOSSIO(1)
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS (1); HOSPITAL "G. SAYAGO" (2)

Objetivos: Describir la cobertura de vacunación antigripal del personal de salud del Hospital "G. Sayago" en el período 2013 – 2014.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el período marzo-junio de 2013 y 2014. Se obtuvo información sobre el personal de salud y su vacunación de la

oficina de personal y del Servicio de vacunación del Hospital, respectivamente. Se seleccionaron 241 personas (50 médicos, 68 enfermeras, 23 empleados de mantenimiento, 55 administrativos, 31 empleados de limpieza y 14 bioquímicos) y se verificó su estado de vacunación en 2013 y en 2014. Se calculó el porcentaje de personal vacunado con su intervalo de confianza (IC) al 95% por el método de Wilson para el total del personal del Hospital y por tipo de personal. La comparación entre las coberturas de ambos años y entre tipo de personal se realizó mediante el test exacto de Fisher. Se utilizaron los programas Excel 2010 y R Project.

Resultados: La cobertura de vacunación antigripal de todo el personal para el año 2014 fue 76,5% (IC: 71,0; 82,0), 23,2% mayor que la registrada en 2013, que fue 62,1% (IC: 56,1; 67,8); p=0,0005.

La cobertura y su evolución entre 2013 y 2014 variaron según ocupación.

En los médicos la cobertura en 2014 fue 66,0% (IC: 51,8; 80,1), 16,8% más baja que la cobertura del resto del personal, 79,3% (IC 73,3; 85,2), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,25). La cobertura de vacunación en los médicos, además, se redujo 10,8% en 2014 con respecto a 2013 (74,0%; IC 60,8; 87,1), aunque esta reducción tampoco fue estadísticamente significativa.

En el personal de enfermería la cobertura en 2014 fue 78,7% (IC: 68,1; 89,4), 48,8% más alta que la registrada en 2013, 52,9% (IC: 41,2; 64,3), p=0,001.

En bioquímicos, la cobertura fue menor que en médicos y enfermeras; y disminuyó 20,5% desde 78,6% (IC: 52,4; 92,4) en 2013 a 62,5% (IC: 35,4; 84,8) en 2014, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,91).

Las coberturas de vacunación antigripal más altas se registraron en el personal de limpieza y de mantenimiento.

El personal de limpieza tuvo mayor cobertura que médicos y enfermeras en ambos años: 89,7% (IC: 75,1; 97,0) en 2014 y 87,1% (IC: 71,2; 94,9) en 2013, sin diferencia entre ellos (p=0,52); y el personal de mantenimiento tuvo la mayor cobertura del Hospital y un aumento de 93,1% en 2014, pasando de 47,8% (IC: 29,2; 67,0) en 2013 a 92,3% (IC 74,9; 99,1) en 2014 (p=0,0007).

Conclusiones: La cobertura de vacunación antigripal anual en el Hospital "G. Sayago" se incrementó en 2014 pero todavía no alcanza un valor adecuado; además, hubo diferencias importantes según tipo de personal, con menores coberturas en aquellos más expuestos al contacto interpersonal con los pacientes. Llama la atención la baja cobertura en el personal médico así como la disminución que tuvo entre 2013 y 2014; y resulta alentador el incremento logrado en el personal de enfermería, aunque la cobertura todavía está por debajo de lo recomendado. La elevada cobertura registrada entre el personal de limpieza y de mantenimiento sugiere la necesidad de evaluar las estrategias de vacunación para lograr coberturas adecuadas en todo el personal.

0302 - EVALUACIÓN ENDOSCOPIA POR FIBRA ÓPTICA. DEGLUCIÓN Y PRÓTESIS TIPO T TRANSLARINGEA. REPORTE DE CASO

Bibiana VAZQUEZ | Damian Alejandro VIOLI | Sebastian GANDO | Roberto DURE
HOSPITAL MUÑIZ

Introducción: En la bibliografía existe poca referencia acerca de los efectos de la prótesis tipo T translaringea en la deglución. **Objetivo:** Evaluar el impacto de un Stent tipo T Montgomery translaringeo por una lesión traqueal severa en las etapas deglutorias.



Caso clínico: Caso Femenino (F) 61 años HTA, alérgica, motivo de ingreso (MI) Angioedema laríngeo, requiere intubación orotraqueal (IOT) y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Evoluciona favorablemente y pasa a piso a las 48 hs. Reingresa a los 4 días postPCR (5´) por obs-

trucción de vía aérea superior. Fibrobroncoscopia (FBC) estenosis benigna subglótica, malasia con colapso, lesión de pared posterior. Se traqueostomiza con destete a las 24 hs. Se coloca prótesis tipo T translaringea y pase a piso a las 24 hs, con dieta con espesantes preventivos. Sin interurrencias infecciosas. A los 4 meses, estudio de la deglución: Videofluoroscopia (VFS) y evaluación endoscopia por fibra óptica (FEES) en forma simultánea con consistencias líquida y semisólidos en posición sentada. Informe Fase oral mínimamente enlentecida. Disparo deglutorio a nivel de base de lengua-valeculas. Con las consistencias evaluadas mínimas retención a nivel valecular y pared posterior de faringe, que aclara con sucesivas degluciones.

Aspiration-Penetration-Rating Scale (APRS): 1

A los 10 meses se retira prótesis y se coloca cánula sin balón, se realiza una nueva evaluación de deglución con fibrobroncoscopia sin observar cambios con respecto estudio previo.

Discusión: La presencia de una prótesis implica una serie de cambios fisiológicos que teóricamente alteraría una deglución normal, la cual supone una relativa indemnidad anatómica de las estructuras involucradas; integridad sensitiva y motora y la coordinación adecuada para el funcionamiento secuencial. Se evaluó la deglución en un paciente con alteración anatómica dada por la colocación de prótesis translaringea. Se comprobó la ausencia de alteración de la cinemática laríngea de la deglución conservando el ascenso laríngeo y compensando el cierre incompleto de las cuerdas vocales con el resto de las estructuras laríngeas.

Conclusiones: La presencia de una prótesis translaringea tipo T no alteró la deglución en nuestro paciente.

0303 - TAPONAMIENTO CARDIACO MALIGNO

Marcela USANDIVARAS | Rosa AMAYA | Virginia GIANFRANCISCO | Norma NAVAL | Osvaldo MARQUEZ | Victoria FERNANDEZ GOMEZ | Rafael DEL RIO | Fabian GONZALEZ | Carolina MORENO | Monica CARRIZO | Ariel SAIQUITAS | Natalia FUENTES | Emilia ESQUIU | Stella FABIO
HOSPITAL PADILLA

Introducción: Hasta un 21 % de los pacientes con cáncer se complican con derrame pericárdico maligno. De los pacientes con cáncer de pulmón, el 33% tiene metástasis pericárdica en las autopsias y un tercio de los casos de metástasis pericárdica son causados por cáncer de pulmón. Es el cáncer que con mayor frecuencia produce derrame pericárdico en los hombres, mientras que en las mujeres es el de mama.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 43 años, tabaquista severa desde los 19 años (paq-año 40); con antecedentes de infecciones respiratorias a repetición y fibromialgia.

La primera consulta (diciembre de 2013) es por tos, disnea MMRC G³, astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso. En Rx de Tórax: lesión radiopaca en LSI. TAC de tórax: opacidad homogénea, de 30 mm, espiculada, en lóbulo superior izquierdo, en contacto con hilio y pleura mediastínica homolateral; adenomegalia mediastinales e hilares contralaterales. Abdomen y pelvis: sin particularidades.

Se realiza FBC presentando engrosamiento de la mucosa de espón de entrada al LSI, friable y de fácil sangrado. Se realiza lavado, cepillado y biopsia, con resultado positivo para Adenocarcinoma con predominio de embolias neoplásicas. Estadificación oncológica: Adenocarcinoma estadio III B (T4 N3 M0), con determinación de mutación molecular EGFR y ALK: negativa.

La paciente inicia QMT: cumpliendo 3 ciclos de CARBAPLATINO Y PACLITAXEL, con buena respuesta clínica.

Dos meses post QMT, en control de TAC, se evidencia progresión de la lesión primaria del LSI (40mm), con nuevos infiltrados amorfos y "seudonodulares" en el pulmón contralateral, en cortes sagitales en se observa aumento de los diámetros de la silueta cardiaca condicionado por la presencia de un derrame pericardico de mediana cuantía. En hígado: hipodensidad amorfa en lóbulo derecho, compatible con secundarismo.

Dos semanas posteriores a la TAC, la paciente ingresa con disnea MMRC grado 4, dolor precordial, ortopnea, pulso paradójico e ingurgitación yugular. Ante la sospecha de taponamiento car-

díaco con compromiso hemodinámico se realiza ecocardiograma confirmando el diagnóstico. En forma inmediata se procede a la punción pericárdica con evacuación de 2.000 ml de líquido serohemático. La citología del líquido pericárdico fue positiva para células neoplásicas, morfológicamente compatible con adenocarcinoma, confirmando el diagnóstico de taponamiento cardíaco metastásico.

Dos semanas más tarde presenta un segundo episodio de taponamiento cardíaco y derrame pleural masivo izquierdo, falleciendo la paciente a las pocas horas.

Conclusiones: En el 50 % de los casos el derrame pericárdico es el primer signo de enfermedad maligna y en la mitad de ellos se presenta inicialmente con síntomas de taponamiento cardíaco. La metástasis pericárdica con taponamiento cardíaco, es un evento grave que requiere un rápido diagnóstico y tratamiento. En el caso presentado el taponamiento cardíaco fue consecuencia de progresión de la enfermedad. Debe considerarse que a pesar que en el cáncer de pulmón la metástasis pericárdica es poco frecuente, la asociación etiológica entre ésta y el cáncer de pulmón debe tenerse en cuenta.

0304 - RENTABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPÍA (FBC) EN ADULTOS MAYORES

Marcos HERNANDEZ | M SOLIS | M HERES | J VILLA | S LAMOT | S QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Objetivos: Determinar la tolerancia, tasa de complicaciones y utilidad diagnóstica de la FBC en sujetos mayores de 65 años. Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los registros estandarizados de 410 FBC realizadas en forma programada entre enero de 2009 y diciembre 2013 en un único centro. Los pacientes fueron clasificados como menor o mayor de 65 años.

Resultados: Se incluyeron 235 (57,3%) pacientes <65 años, (48,2 ± 9,8 años) y 175 (42,7%) > 65 años, (69 ± 4,3 años). Las indicaciones fueron similares en ambos grupos (hemoptisis 22,6% vs 17,2%, p = 0,115, RxTx anormal 77,0% vs 77,4%, p = 0,516). La inserción fue mayoritariamente transnasal en ambos grupos (86,1% vs 83,0%, p = 0,243) así como la indicación de sedación (midazolam, propofol y fentanilo). El lavado (59,1% vs 62,1%, p = 0,698) el BAL (63,1% vs 62,1%, 0,897) y la biopsia transbronquial (27,0% vs 34,5%, p = 0,222) fueron realizadas con la misma frecuencia. La tolerancia fue muy buena en un porcentaje similar (57,9% vs 49,7%, 0,122) pero fue más frecuentemente calificada como mala en los > 65 (0,4 vs 3,8% p = 0,018). Las complicaciones fueron ligeramente más frecuentes en los > 65 (21,4% vs 13,6%, 0,030) pero en ambos casos la mayor parte fueron menores (89,2 vs 92,1%, p = 0,059), principalmente caída de la SaO₂ > 4 puntos. Pese a que la SaO₂ inicial 93,8 ± 5,2 vs ± 4,2, p = 0,441) y final (94,7 ± 3,9 vs 94,9 ± 3,008, p = 0,668) fue la misma, el grupo > 65 llegó a una menor SaO₂ mínima (84,7 ± 12,4 vs 88,7 ± 9,2, p = 0,003). La FBC se consideró diagnóstica en 56,5% de los > 65 sin diferencias con el 57,0 de los < 65 años (p = 0,291).

Conclusiones: La FBC es segura y útil en pacientes de más de 65 años. La desaturación profunda, aunque breve, es más frecuente y requiere un monitoreo más estrecho

0305 - COMPARACION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON UIP ASOCIADA A FPI, ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO (ETC) Y NEUMONIA INTERSTICIAL ASOCIADA A EVENTOS AUTOINMUNES (IPAF).

Erika Natalia CUENCA | Sebastian LAMOT | Tamara DÉCIMA | Martín BOSIO | Silvia QUADRELLI
FUNDACIÓN SANATORIO GUEMES

Objetivos: Introducción: La enfermedad intersticial pulmonar puede asociarse a eventos autoinmunes clínicos o de laboratorio. No hay consenso sobre el comportamiento clínico y pronóstico de estos pacientes.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de forma retrospectiva 115 pacientes con UIP (diagnóstico tomográfico o por biopsia quirúrgica) que tuvieran una determinación completa de anticuerpos y no hubieran recibido pirfenidona. Se determinaron 3

grupos: FPI (n = 67, 58.2%), ETC (n = 23, 20%) y IPAF (n = 25, 21.7%). Se definió IPAF según criterios de Vij. et al (2011) y ETC según criterios ACR. Se utilizó ANOVA para comparar variables clínicas y Kaplan-Meier para comparar supervivencia. Resultados: Los pacientes con IPAF y ETC fueron más jóvenes (FPI 67.9±9.4 vs ETC 57.8±14.5 vs IPAF 59.2 ± 9.2, p= 0,021) y más frecuentemente mujeres (varones FPI 67.9%, ETC 33.3%, IPAF 36%, p = 0,006) que el grupo con FPI. La manifestación clínica más común asociada a IPAF fue el ojo seco (44%) y las artralgias (32%) y en 24% no había ningún síntoma clínico. El síndrome de Raynaud estuvo presente en 12% de las IPAF y 56% de las ETC (vs 0% de FPI). El FAN fue positivo en 29.8% de FPI, 78.2% de ETC y 88% de IPAF. En 36% de las IPAF el FAN fue >1/1200. No hubo diferencias en la CVF o la SaO2 basal entre los tres grupos. El grupo FPI tuvo peor supervivencia (mortalidad a 3 años 35%) que el de ETC (19.5%) pero no hubo diferencias entre ETC y IPAF (30.2%) ni entre IPAF y FPI.

Conclusiones: Aún en pacientes con UIP, un grupo significativo de pacientes tiene hallazgos de enfermedad autoinmune (ETC o FPI) que pueden condicionar un diferente pronóstico y conducta terapéutica. Este hallazgo enfatiza la necesidad de determinar anticuerpos antes de aceptar el diagnóstico de FPI.

0308 - CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON EPOC Y CAPACIDAD DE DIFUSION (DLCO) REDUCIDA

Josefina VILLA | Nicolas ITCOVICI | Vanina MARTÍN | Sebastian LAMOT | Marco SOLIS | Marcos HERNÁNDEZ | Silvia QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Objetivos: Introducción: La presencia de una DLCO disminuida en pacientes con EPOC orienta el diagnóstico a la presencia de enfisema. La determinación de la DLCO no es fácilmente accesible. El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes EPOC con DLCO <50%.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de forma aleatoria y prospectiva los pacientes con EPOC estable vistos en forma ambulatoria entre junio 2013 y junio 2014. Se utilizó un cuestionario estandarizado y se midió espirometría, caminata de 6 m (6mwt) y DLCO. Se utilizó correlación de Spearman (no paramétrica) o Pearson, test t para comparación de medias y chi cuadrado para comparación de proporciones entre pacientes con DLCO < 0 & #8805; 50%.

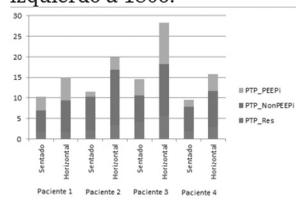
Resultados: Fueron incluidos 78 pacientes (70,3% varones, 61,8 ± 11,6 años, VEF1% 49,83 ± 16,8%). La DLCO correlacionó de manera significativa con la SaO2 final en la caminata (r = 0,32, p 0,01) y con el VEF1% basal (r = 0,40, p = 0,01). La disnea medida por MMRC correlacionó con la DLCO (r = 0,414, p = < 0,0001). Los pacientes con DLCO disminuida tenían más años de diagnóstico previo de EPOC (4,5 ± 4,1 vs 2,7 ± 2,7, p = 0,025), un mayor MMRC (0,978 ± 0,2 vs 0,8 ± 0,1, p = < 0,0001), un menor VEF1 basal% (35,7 ± 11,9 vs 56,0 ± 14,9%, p = < 0,001), menor SaO2 basal (96,1 ± 1,9 vs 97,1 ± 1,1, p = < 0,001) y una mayor carga tabáquica (56,3 ± 42,5 vs 41,0 ± 21,5 pack/y, p = 0,043). No fueron diferentes en frecuencia de tos o expectoración. La proporción de pacientes con DLCO <50% fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con VEF1 <50% (47,6 vs 6,6%, p = < 0,001). A la inversa, de los pacientes con DLCO <50%, solamente 9,1% tenían VEF1 >50%. Conclusiones: La caída significativa de la DLCO no es un fenómeno precoz en EPOC. La alteración de la difusión se refleja en la magnitud de la disnea medida por MMRC y la caída de la SaO2 basal y con el ejercicio.

0309 - VARIACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO EN PACIENTES OBESOS VENTILANDO ESPONTÁNEAMENTE EN DISTINTAS POSICIONES

Irene TELIAS(1) | Matías MADORNO(2) | Edgardo SOBRINO(1) | Guillermo MONTIEL(1)
SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); INSTITUTO TECNOLÓGICO DE BUENOS AIRES (2)

Objetivos: En el cambio de posición de un sujeto sentado a la posición horizontal se produce una modificación en las características mecánicas del sistema respiratorio y en el esfuerzo

que debe realizar durante cada ciclo. El aumento del esfuerzo respiratorio en la posición supina podría explicarse por una modificación en las características mecánicas del sistema así como por cambios en la disposición de los músculos respiratorios. El esfuerzo respiratorio que realizan los sujetos obesos ventilando espontáneamente un volumen corriente es mayor que el que realizan los sujetos delgados. Asimismo en ambos grupos, el esfuerzo es mayor en la posición supina que sentados. La medición del producto presión-tiempo (PTPtot) permite establecer el esfuerzo que realizan los músculos respiratorios durante toda la inspiración y ha demostrado tener una mejor correlación con el consumo de oxígeno de los músculos respiratorios que el cálculo del trabajo respiratorio mediante un diagrama de Campbell. Sin embargo, se desconoce cuál es la razón por la cual los pacientes obesos deben realizar un esfuerzo respiratorio mayor en decúbito a 180o. Una forma de evaluar el mecanismo por el que este fenómeno ocurre es realizar la partición del esfuerzo en el necesario para vencer cada una de las cargas a las que está sometido el sistema respiratorio: carga elástica umbral (PTPpeepi), carga elástica no umbral (PTPno-peepi) y la carga resistiva (PTPres). Este análisis podría servir también para guiar la terapéutica con el uso de ventilación con presión positiva. El objetivo es comparar el esfuerzo respiratorio que realizan 4 pacientes obesos en términos de producto presión-tiempo y su partición ventilando espontáneamente contra el esfuerzo realizado por ellos mismos en 4 posiciones: sentados, decúbito dorsal a 30 grados, a 180o y decúbito lateral izquierdo a 180o.



Materiales y Métodos: Se estudió el esfuerzo respiratorio de 4 pacientes con obesidad mórbida (body mass index > 40 kg/m2) despiertos ventilando espontáneamente en distintas posiciones: sentado (SIT), decúbito dorsal a 30o (30), a 180o (180) y decúbito lateral izquierdo a 180o (DL) a través de la colocación de un balón esofágico y gástrico. Se analizaron las variables derivadas del monitoreo del flujo y presión en la vía aérea así como de la presión esofágica (Pes): PTPtot, PTPpeepi, PTP noPEEP, PTPres. Se compararon los promedios de dichas variables para un mismo paciente en cada una de las posiciones a través de un análisis de varianza.



Resultados: El PTPtot en decúbito (dorsal o lateral) a 180o respecto de la posición sentado fue: paciente1 DL 14.97 +/- 1.95 vs SIT 10.23 +/- 2.47; paciente2 DL 19.8 +/- 5.85 vs SIT 11.57 +/- 5.18; paciente3 DL 28.28 +/- 7.18 vs SIT 19.49 +/- 10.35; paciente4 DL 15.86 +/- 9.31 vs SIT 9.88 +/- 6.64 cmH2O.s (p<0.001). El promedio de PTPpeepi aumentó un 72%, 123%, 292% y 150% en cada uno de los pacientes al pasar de la posición sentado a la posición horizontal. Conclusiones: Existe una diferencia estadísticamente significativa en el esfuerzo realizado en cada una de los ciclos respiratorios de los sujetos sentados en relación con el realizado por los mismos sujetos en posición horizontal. El producto presión-tiempo total fue mayor en la posición horizontal respecto del medido estando los sujetos sentados. El aumento del esfuerzo se realizó a expensas de un aumento mayor, en términos relativos, de la carga elástica umbral.

0310 - MISMA ENFERMEDAD, DISTINTO PERFIL?

Vanina Alejandra MARTIN | J VILLA | M HERES | M HERNÁNDEZ | S QUADRELLI
FUNDACIÓN SANATORIO GÜEMES

Objetivos: Los pacientes fumadores con EPOC tienen características específicas de su tabaquismo que los diferencian de los fumadores sin EPOC, pero a pesar de que la enfermedad coronaria es una de las comorbilidades que más se asocian con el consumo del tabaco, no existen estudios poblacionales

que analicen las características del tabaquismo en este grupo de sujetos.

El objetivo es comparar las características de una población de pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria con otra de pacientes con diagnóstico previo de EPOC, asistida en el Consultorio de Cesación tabáquica.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron de los pacientes asistidos en el Consultorio de Cesación tabáquica desde Enero 2013 a Febrero de 2013, 40 pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria (sin EPOC) y 40 pacientes con diagnóstico previo de EPOC (sin enfermedad coronaria) y se registraron: sexo, edad, comorbilidades (depresión), historia de TBQ (edad de inicio, cigarrillos/día, paquetes/año, intentos previos de abandono, grado de dependencia (test de Fagerström- TF), y grado de motivación (escala analógica visual).

Las variables continuas se expresaron en media y desvío estándar y las categóricas en frecuencia y porcentaje.

Para medir la asociación entre las variables categóricas se utilizó el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher, y entre las continuas el t test. Se consideró un valor de p significativo $p < 0.05$.

Resultados: Del total de 40 pacientes registrados, en el grupo de enfermedad coronaria (EC) 34 eran varones (85,00%) y en el grupo de EPOC 24 eran varones (60,00%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,024$). La media de edad fue $56,15 \pm 10,91$ años en el conjunto de EC, y $58,60 \pm 9,68$ años en el grupo EPOC. Al evaluar la depresión asociada, se encontraron en el grupo EC 3 (7,5%) pacientes con depresión, siendo en el caso de EPOC 15 (37,5%) los pacientes, con una diferencia también estadísticamente significativa ($p = 0,003$). Con respecto a los intentos previos para dejar de fumar 37 (92,50%) pacientes realizaron al menos un intento en el conjunto de EC vs 30 (75,00%) pacientes en de EPOC, sin diferencia significativa, pero al analizar los intentos con tratamiento se observaron 4 (10,81%) vs 11 (36,66%) con $p = 0,000$. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de cigarrillos por día entre los grupos ($25,5 \pm 12,08$ en el conjunto de EC y $25,3 \pm 14,75$ en el de EPOC), ni en el número de paquetes/año ($52,32 \pm 18,92$ en EC y $52,45 \pm 22,79$ en EPOC), ni en la dependencia física por la nicotina medida con el TF ($5,95 \pm 2,18$ vs $5,45 \pm 1,84$), tampoco al evaluar los pacientes con alta dependencia, TF mayor o igual 6 (24 pacientes -60% en ambos grupos). En el grado de motivación medido con la escala analógica-visual tampoco hubo diferencias con media de $6,95 \pm 1,79$ en el conjunto de EC y $6,88 \pm 2,01$ en el de EPOC. **Conclusiones:** Al comparar ambos grupos se observa una diferencia importante en esta población que puede tener implicancias en el tratamiento dirigido para la cesación tabáquica y es la prevalencia de depresión desigual en ambos. Con respecto a la alta dependencia física, y la motivación no mayor, que ya conocíamos como característica de los fumadores con EPOC, se presentaron también en los fumadores con EC. Existen múltiples estudios que analizan la eficacia y seguridad de uso de los diferentes tipos de tratamiento farmacológicos del tabaquismo en fumadores con enfermedades cardiovasculares, pero se requieren estudios que analicen las características del tabaquismo en este grupo de sujetos.

0311 - PRÓTESIS TORÁCICA TIPO T "MONTGOMERY". EXPERIENCIA DE 12 AÑOS

Damian Alejandro VIOLI | Bibiana VAZQUEZ | Sebastian GANDO | Alvaro ORTIZ NARETO | Roberto DURE
HOSPITAL MUÑIZ

Introducción:

Las lesiones traqueales son comunes en la actualidad. La resolución puede ser quirúrgica y/o con colocación de prótesis tipo T "montgomery.

Objetivos:

Primario: describir los procedimientos relacionados con una prótesis torácica tipo T durante un periodo.

Secundario: Comparar cantidad de procedimientos en 2 periodos marcados por modificaciones en la logística del servicio de endoscopia (entendiéndose como los medios y métodos de trabajo).

Periodo	2002-2007	2008-2013	Valor de p
Procedimientos totales	1338	3499	
Mediana (DS)	223 (153)	583 (304)	P = 0.009
Procedimientos Montgomery	36	101	
Mediana (DS)	16.5 (4.6)	5.5 (1.2)	P = 0.01

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de un centro de broncoscopia intervencionista de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Se recolectaron los datos del periodo comprendido Enero 2002 Diciembre 2013 en una planilla Excel. Del periodo total de tiempo se realizo un corte 2008-2009 que coincide con un conjunto de medidas (independencia anestesiología, médico de guardia y planta, banco de prótesis y turno de enfermería vespertina). Método estadístico: Descriptiva con media o mediana según corresponda con su desvío estándar Inferencial se utilizó T de student para muestras apareadas independientes

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 4837 procedimientos totales, de los cuales 137 fueron prótesis tipo T Montgomery en 87 pacientes. En este grupo la edad promedio 44 (SD 20 Rango 15-83), sexo masculino 72%. El motivo de procedimiento estenosis traqueal 75 (55%), recambio de prótesis 23 (17%), limpieza de prótesis 5 (4%), fistula traqueoesofagica 9 (6%), traqueomalacia 4 (3%) otras 21 (15%). Lugar de origen Muñiz 94 (69%), CABA 19 (14%), Prov de Bs As 14 (10%), 3º Nivel 3 (2%), La Pampa 2 (1%), datos perdidos 5 (4%). Cantidad de procedimientos/pacientes 1/59, 2/15, 3/3,4/1, 5/1, 6/1, 8/1,10/1 Se compararon el periodo 2002-2008 (histórico) vs 2009-2013 (Conjunto de medidas) gráfico.

Conclusiones: Los procedimientos relacionados con la prótesis tipo T fueron un 3% del total. La colocación de esta prótesis fue el mayor motivo, en segundo lugar su recambio. Un tercio de los procedimientos fueron derivaciones a este centro asistencial. Se observó un incremento en la cantidad de los procedimientos luego de adopción de un conjunto de medidas.

0313 - CAPACIDAD INSPIRATORIA Y TOLERANCIA AL EJERCICIO EN EPOC MODERADOS Y SEVEROS.

Marcos Alfonso ELIAS | Ariel Eduardo BLUA | Vanesa Del Valle ABRATE | Erica Ivana CUESTAS | Vanesa PERRONE | Ana María LOPEZ
HOSPITAL PRIVADO. CENTRO MEDICO DE CORDOBA

Objetivos: Correlacionar la CI en reposo en pacientes con EPOC moderados y severos con la disnea basal y post ejercicio, el VEF1 post BD y la tolerancia al ejercicio.

Materiales y Métodos: Análisis transversal prospectivo en EPOC moderados y severos evaluados en el Servicio de Neumología, Hospital Privado Córdoba de enero a junio 2014. Se registró: edad, disnea según mMRC, CAT, Índice de Masa Corporal, función pulmonar con VEF1 post BD y Capacidad Inspiratoria con Equipo Medgraphic Ultima; y Test de caminata de 6 minutos registrándose la distancia recorrida y la escala de BORG de disnea al final del test. Análisis estadístico realizado con programa Infostat versión 2012.

Resultados: N 23 ptes. Edad media: 70 años (rango 57-80), 14 varones (61%) y 9 mujeres (39%). distancia promedio recorrida en 6MWT 472.39 mts, CI media 74.65 %, CAT: 10.52, mMRC 1.39, IMC 26, VEF1 post BD 54,17 lts, Borg de disnea post ejercicio 2.28. EPOC moderados: n 12 (52%), edad media 70.33 (rango 57-78) 9 varones (39%), distancia promedio recorrida en 6MWT 506.08 mts, CI media 83.92 %, CAT: 8.42, mMRC 1.08, IMC 25.67, VEF1 post BD 64.25 lts, Borg de disnea post ejercicio 1.58. EPOC severos: n 11 (48%), edad media 70.09 (rango 62-80) 5 varones (22 %), distancia promedio recorrida en 6MWT 435.64 mts, CI media 64.55 %, CAT: 12.82, mMRC 1.73, IMC 26.36, VEF1 post BD 43.18 lts, Borg de disnea post ejercicio 3.04.

Entre ambos grupos: correlación diferencia significativa en la CI ($p = 0.0016$), mMRC ($p = 0.04$), VEF1 post BD (0.0001) e índice de Borg al final de la caminata ($p = 0.033$). No hubo correlación diferencia significativa entre los 2 grupos en la distancia recorrida ($p = 0.05$), CAT ($p = 0.06$) e IMC ($p = 0.67$).

Cuando se analizó toda la muestra, hubo correlación significativa directa entre la CI y la distancia recorrida, y la CI con el VEF1 post BD ($p=0.04$ y $p=0.0001$ respectivamente), pero no hubo diferencias cuando se correlacionó VEF1 post BD y la distancia recorrida ($p=0.06$).

El CAT tuvo relación significativa indirecta con la CI solamente en el grupo severo.

Conclusiones: La CI y el VEF1 fueron las variables que se correlacionaron directa y significativamente entre sí, pero la CI fue la única variable que se correlacionó con la distancia recorrida en Test de caminata, también directa y significativamente. La tolerancia al ejercicio está influenciada por la reducción de la CI, como expresión de atrapamiento aéreo.

0314 - ANÁLISIS DE N2 INSOSPECHADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS ESTADIO CLÍNICO IA: IMPACTO DE LA ESTADIFICACIÓN ACTUAL Y LOCALIZACIÓN DEL TUMOR

Agustín BUERO | Leonardo PANKL | Carlos COSTABEL | Eugenia DI PIETRO | Gustavo LYONS | Domingo CHIMONDEGUY | Silvia QUADRELLI
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Determinar la incidencia de afección insospechada N2, de acuerdo a la nueva subdivisión de los tumores T1 en T1a y T1b, y localización lobar, en pacientes con estadio clínico I con CPCNP.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizaron pacientes operados en un servicio de cirugía torácica con intención curativa en forma consecutiva, presentando un nódulo pulmonar de hasta 3 centímetros de diámetro mayor, sin adenomegalias hiliares ni mediastínicas en la tomografía computada ni en la región supraclavicular al examen físico, con diagnóstico final de CPNCP entre los años 2000 y 2010. La incidencia de enfermedad N2 insospechada fue analizada de acuerdo al tamaño tumoral (hasta 2 cm, más de 2 a 3 cm), lado, localización lobar (lóbulos superiores, medio e inferiores), sexo, edad, histología e historia de tabaquismo.

Resultados: Fueron intervenidos 115 pacientes. Tamaño promedio del nódulo: 17.4 mm (6-30), 66 (57,3%) con nódulos hasta 20 mm (T1a) y 49 (42,7%) mayores a 20 mm (T1b). 18 pacientes del grupo T1a presentaron nódulos subcentimétricos. Hombres: 54,7%. Edad promedio 61 años (44-85). Histología: adenocarcinoma (82,6%), escamoso (6,1%), bronquioloalveolar (5,2%), indiferenciado de células grandes (3,5%), adenoescamoso (1,7%) y neuroendócrino de células grandes (0,9%). Se realizó lobectomía en 101 pacientes (87,8%) y resección sublobar en 14 (12,2%). 55,2% eran fumadores, 21% ex-tabaquistas y 23,8% nunca fumaron. 97,9% fue asintomático. Compromiso insospechado N2 presente en 9 (7,8%) pacientes. Al dividir estos 9 en subgrupos, 3 fueron T1a (4,5% de este subgrupo) y 6 eran T1b (12,2% de los T1b) ($p=0,14$). Todas las afecciones N2 se observaron en tumores de lóbulos superiores o medio (9/80, 11,2%), y ninguna en lóbulos inferiores (0/35, 0%) ($p=0,03$). Ningún nódulo menor a 10 mm mostró enfermedad N2. El lado, edad, sexo e histología no se correlacionaron con afectación inesperada de N2 ($P=NS$). Supervivencia a 5 años (T1a): 91% Conclusiones: En pacientes con estadio clínico IA (T1a) el N2 insospechado es muy bajo (4,5%). La resección quirúrgica obtuvo una tasa de supervivencia a 5 años satisfactoria (91%) en este grupo de pacientes. Nódulos subcentimétricos y de localización en lóbulos inferiores no presentaron metástasis N2 inesperadas.

0315 - UTILIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPIA DE RUTINA EN LA EVALUACION DEL CARCINOMA DE PULMON CON PRESENTACION COMO NODULO SOLITARIO

Agustín BUERO | Leonardo PANKL | Eugenia DI PIETRO | Carlos COSTABEL | Gustavo LYONS | Domingo CHIMONDEGUY | Silvia QUADRELLI
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Determinar la influencia sobre la conducta terapéutica del NPS en pacientes que fueron sometidos a resección quirúrgica por cáncer de pulmón (NSCLC) en estadio I.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente todos

los pacientes con NPS con diagnóstico final de NSCLC estadio I que tuvieran realizada una FBC preoperatoria en un único centro de referencia terciaria.

Resultados: De los 330 NSCLC Estadio I de presentación como NPS, 134 tenían FBC preoperatoria y constituyeron la muestra de estudio ($58,6 \pm 14,1$ años, 61,6% varones). La histología predominante fue adenocarcinoma (64,7%). El procedimiento fue diagnóstico de cáncer en solamente tres pacientes (2,3%). No se encontró lesión endobronquial insospechada en ningún paciente y no se modificó la estrategia quirúrgica en ningún paciente.

Conclusiones: La FBC realizada en un contexto clínico de rutina no aportó datos que modificaran ni la estadificación ni la estrategia en ningún paciente con NPS.

0316 - BROTE DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

Isabel LADO | María Salome PILHEU | Sebastian Pablo LAMARI | Vanesa DISTILO
HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA

Objetivos: Nuestro objetivo es presentar un brote en Trabajadores de salud y describir las medidas adoptadas para minimizarla exposición

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo entre el 24 de mayo de 2013 y el 24 de mayo de 2014 en la Unidad de internación de Clínica Médica del Hospital Rivadavia ante la detección de un caso de TBC en un agente de salud. Se llevó a cabo un estudio de contactos al personal de salud que desarrollaba sus actividades en dicho sector mediante la confección de una ficha epidemiológica, y la realización de PPD, Rx Tx y a los sintomáticos respiratorios examen bacteriológico de esputo y cultivo para Micobacterias

Resultados: Seis Trabajadores de salud enfermaron en el período de estudio en el sector de internación de Clínica Médica, 3 fueron médicos residentes y 3 personal de enfermería. El estudio bacteriológico directo fue negativo en todos los casos, resultando positivo el cultivo en 3 profesionales siendo resistentes a isoniácida. Se realizó un estudio genético del *Micobacterium Tuberculosis* demostrándose que compartían la misma secuencia de ADN entre sí y que a su vez presentaba el mismo patrón genético de las muestras de líquido pleural de un paciente al que se llegó al diagnóstico de TBC cinco meses después que enfermó el 1º trabajador de salud.

Se efectuó el catastro al resto de los agentes (enfermeros, médicos de planta, residentes, concurrentes) mostrando que el 45% de los enfermeros estaban infectados y presentaban una PPD > 10mm. El 77% del personal de las salas de internación realizó el catastro.

Se llevaron a cabo reuniones conjuntas a fin de unificar criterios y adoptar medidas de detección temprana de la enfermedad en los pacientes.

Conclusiones: El brote detectado en nuestro estudio muestra la urgente necesidad de implementar medidas de bioseguridad a fin de disminuir el riesgo de transmisión en el personal de salud y en el resto de los pacientes internados

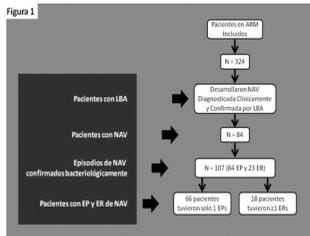
0317 - NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR (NAV), EPISODIO RECURRENTE (ER) VS. EPISODIO PRIMARIO (EP).

Carlos Marcelo LUNA(1) | Sergio SARQUIS(2) | Ariel SOSA(3) | Carlos A. VAY(4) | Angela FAMILIETTI(4) | Abelardo A. CAPDEVILA(2) | Cécica IRRAZÁBAL(2)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DIVISIÓN NEUMONOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA (1); DIVISIÓN TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA (2); DIVISIÓN TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA (3); SECCIÓN BACTERIOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA; HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA (4)

Objetivos: La NAV es considerada la más frecuente infección en pacientes internados en la UTI algunos pacientes desarrollan no solo un episodio primario (EP) de NAV sino también pueden desarrollar un episodio recurrente (ER) posteriormente del desarrollo de un EP.

Materiales y Métodos: Durante 2 años, se estudió a 324 pacientes en ventilación mecánica, que fueron seguidos diariamente hasta su separación del respirador. Si durante el seguimiento estos pacientes presentaban 2 de 3 criterios de infección del

tracto respiratorio inferior: temperatura (fiebre o hipotermia); número anormal de leucocitos (>11.000 ó <4,000 por mm³) y/o secreciones bronquiales purulentas y presentaban un infiltrado nuevo en la radiografía de tórax, se hacía el diagnóstico clínico de NAV y se practicaba un LBA. Los que eventualmente presentaran un cultivo positivo del LBA & #8805;104 unidades formadoras de colonias/ml de un patógeno potencial y se les prescribía antibióticos, fueron considerados episodio de NAV confirmada. Se definió ER como un episodio de NAV presente en pacientes que hubieran sufrido un episodio de NAV >7 días antes.



Resultados: 84 pacientes (25.9%) desarrollaron al menos un episodio de NAV bacteriológicamente confirmado, además de estas EPs, un total de 23 episodios de ER ocurrieron en 18 de esos 84 pacientes (figura 1). No se encontraron diferencias significativas comparando edad, sexo, score APACHEII

al ingreso, indicación de ARM, entre EP y ER. La mortalidad a 30 días no fue diferente comparando los pacientes con NP con aquellos con ER. La NAV fue causada por más de un patógeno en el 25.5% de las EPs pero en solo el 4.0% de las ERs. Los patógenos más comunes para una EP fueron *Acinetobacter* spp (37.1%), *Pseudomonas aeruginosa* (25.7%), y *Staphylococcus aureus* (14.3%) mientras que para una ER los patógenos fueron *P. aeruginosa* (50.0%) y *Acinetobacter* spp. (20.8%) (tabla 1). El tiempo transcurrido entre la internación en la UTI y el desarrollo de NAV fue 11.1±9.9 días para la EP y 25.4±14.9 días para la ER (<0.001). La estadía fue 19.6±14.5 días para la EP y 56.4±38.9 días para la ER (p=0.004). Los microorganismos patógenos se encontraban presentes en 61.7% de los cultivos de aspirados traqueales realizados más recientemente durante los 0 a 7 días en aquellos que desarrollaron EP mientras se encontraban presentes en el 77.8% de aquellos que desarrollaron ER. En 7 (30.4%) de los episodios, la ER fue debida al mismo microorganismo que la EP, pero en solo 2 de estas ER que ocurrieron a los 7 y a los 30 días luego de la EP, el patrón de sensibilidad a antibióticos fue el mismo que en el episodio precedente.

Conclusiones: Tanto con el episodio inicial como con los subsecuentes de NAV, los resultados de las pruebas diagnósticas pueden variar según la carga bacteriana del patógeno, la duración del soporte ventilatorio y la administración de antibióticos. La ER se observe en más del 20% de las NAVs, se asocia con estadía más larga, tiene una etiología diferente que la EP pero no conlleva una mayor mortalidad de la NAV en este estudio.

	Todos	EP	ER	Valor de p
N	107	84	23	
Edad	71.7	72.7	71.3	
Mortalidad	56 (52.3%)	42 (50.0%)	14 (60.9%)	NS
Patógenos aislados	129	105	24	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	39	27	12	0.025
<i>Acinetobacter</i> spp	44	39	5	NS
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	3	2	1	NS
Otros no fermentadores	1	1	1	NS
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	3		NS
<i>Proteus</i> spp5	5	3	2	NS
<i>Providencia</i> spp	3	2	1	NS
<i>Serratia</i> spp	3	3		NS
<i>Escherichia coli</i>	2	2		NS
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	1		NS
<i>Staphylococcus aureus</i>				
SAMR	16	15	1	NS
SAMS	1	1		NS
SCN	1	1		NS
<i>Streptococcus viridans</i>	2	2		NS
<i>Bacillus</i> spp	1	1		NS
<i>Enterococcus faecium</i>	1	1		NS
<i>Candida</i> spp	1	1		NS
Patógenos por episodio	1.20	1.25	1.04	
% de no-fermentadores	67.9%	64.8%	82.6%	
% de Multi-resistentes	79.7%	79.0%	86.9%	

0319 - REPORTE DE CASO. ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MEDIASTINAL: PRESENTACIÓN INUSUAL Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

Marcos LOPEZ POSSE | Ana Karina PATANÉ | Atilio REGINATTO | Gabriela GUMAN | Pablo MAYNARD | Mercedes RAYÁ | Oscar ROJAS
HOSPITAL MARÍA FERRER

Introducción

La enfermedad de Castleman es un desorden linfoproliferativo infrecuente. Se reconocen dos tipos histológicos: hialino vascular y de células plasmáticas, y un tipo transicional con características de ambos. Existen dos formas de presentación clínica: localizada (usualmente mediastinal o abdominal) y multicéntrica (sistémica).

Caso Clínico

Paciente masculino, de 21 años de edad, asintomático, a quien se le descubre en forma incidental una masa parahiliar derecha. Examen de laboratorio con valores normales de CEA, alfa-feto proteína y sub-beta de GCH. En la tomografía computada de tórax se visualiza una masa hipodensa, ligeramente heterogénea, de aproximadamente 6 x 5 cm cabalgando en la bifurcación de los bronquios del lóbulo superior derecho y bronquio intermedio, que desplaza la arteria pulmonar. Fibrobroncoscopia sin diagnóstico. Ante la ausencia de diagnóstico histológico, se decide la cirugía.

Por toracotomía posterolateral derecha, se identifica una gran masa ganglionar mediastinal que comprime la vena cava superior y el tronco de la arteria pulmonar derecha y se extiende hacia la cisura. Se logra separar la lesión de las estructuras hasta completar su resección sin sacrificar parénquima pulmonar. El estudio anatómico-patológico definitivo informa linfadenopatía de Castleman variante hialino vascular.

Discusión

La enfermedad de Castleman es una patología infrecuente, de incidencia incierta. El sitio más frecuentemente comprometido en su forma de presentación unicéntrica es el mediastino (70% de los casos), sin embargo puede encontrarse en cualquier punto de la cadena linfática. El diagnóstico preoperatorio sigue planteando un desafío debido a la falta de sospecha clínica.

Conclusiones:

Esta enfermedad representa un desafío terapéutico, debiéndose considerar la resección completa toda vez que sea posible, y casi en forma reglada, en las formas unicéntricas de la enfermedad.

0320 - REHABILITACIÓN PULMONAR EN PACIENTE CON LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS. REPORTE DE UN CASO.

Laura Soledad ROSSETTI | Deborah Fernanda GELABERT | Romina KSEIRI
RESPIRAR. CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIOPULMONAR. MAR DEL PLATA

Introducción: La Linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad pulmonar intersticial difusa (E.P.I.D), rara -progresiva y multisistémica- que afecta a mujeres con participación hormonal. Dichas pacientes presentan disminución de la CV, disminución de la compliance pulmonar, aumento del gradiente alvéolo-arterial de O₂ y disminución de la DLCO, contribuyendo al descenso de la SO₂ en el ejercicio.

Caso clínico: Mujer de 62 años, ex-tabaquista, con diagnóstico tomográfico y espirométrico de LAM de 14 años de evolución (FVC 65,5%, FEV1 41%, FEV1/FCV 50%), con O₂ domiciliario hace 7 años (actualmente 1l/min -reposo- y 3l/min -actividad-). En criterio para posible indicación de trasplante pulmonar a mediano plazo. La paciente fue incluida en un Programa de Rehabilitación Pulmonar RHP de 12 meses de duración. Las variables en estudio en el transcurso de la RHP fueron: valores espirométricos, tiempo de trabajo aeróbico, distancia máxima alcanzada en cinta deslizante, valoración de la disnea (Esc. de Borg), uso de O₂ suplementario, saturación de oxígeno (SO₂) y la distancia del test de 6min. Dicho programa se realizó con una frecuencia trisemanal y duración de 90 minutos c/ sesión. El flujo de O₂ utilizado fue para una SO₂ > o igual a 92%. Consistió principalmente en entrenamiento aeróbico -cinta deslizante y bicicleta fija-, reeducación muscular respiratoria y ejercicios de fuerza - flexibilidad muscular de tren superior e inferior.

Conclusiones: Durante el período de la RHP, en esta paciente,

se mantuvieron estables los valores espirométricos, aumentó el tiempo de trabajo aeróbico total, aumentó la distancia recorrida en cinta deslizante, fortalecimiento de la musculatura periférica, disminuyó la percepción de disnea, logrando una mayor tolerancia al ejercicio y un menor requerimiento en el aporte de O₂. Dichas variables se reflejan en una mejoría de su condición física general y retrasando la posibilidad de indicación de trasplante pulmonar.

0321 - CARACTERISTICAS CLINICAS Y FUNCIONALES DE LOS PACIENTES EPOC CON REAGUDIZACIONES

Año	FVC Pre - Post B2	FEV1 Pre - Post B2	FEV1/FVC Pre - Post B2	DLCO %	T6M (Distancia) - SO2 media
2012	70 - 71% (VT 2.09)	31 - 32% (VT 1.75)	37 - 38% (VT 63%)	40%	384 mts (O2 4l/min) - 92%
2013	57 - 61% (VT 2.26)	27 - 28% (VT 1.86)	39 - 38% (VT 82%)	36%	360 mts (O2 4l/min) - 93%
2014	66 - 69% (VT 2.24)	29 - 31% (VT 1.83)	35 - 37% (VT 81%)	30%	384 mts (O2 3l/min) - 94%

Nicolas ITCOVICI | Josefina VILLA | Marco SOLIS | Vanina MARTIN | Sebastian LAMOT | Marcos HERNANDEZ | Silvia QUADRELLI
SANATORIO GUEMES

Objetivos: La presencia de exacerbaciones (Exa) en pacientes EPOC tiene un efecto negativo sobre la mortalidad, calidad de vida y declinación de la función pulmonar. Las recientes guías de práctica incluyen la presencia de Exa en la clasificación de severidad de estos pacientes. El objetivo de este estudio fue caracterizar el grupo de pacientes con presencia de Exa en el último año.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos de manera aleatoria y prospectiva pacientes EPOC con registros standartizados completos. Se dividieron los pacientes en grupo Exa (al menos una exacerbación en el último año) y no-Exa. Las Exa fueron definidas según criterios de Anthonisen. Se compararon las medias de las variables clínicas y funcionales con test-t y las proporciones con chi cuadrado y regresión logística para predecir exacerbaciones.

Resultados: Se incluyeron 303 pacientes EPOC (70.1% varones, 63.7 ± 10.4 años, VEF1 52.0 ± 24.9%) asistidos en consulta externa desde junio 2013 a junio 2014. El grupo Exa tuvo 77 pacientes (25.4%), la mayor parte de los cuales presentó solamente una Exa (69.0%) (2 Exa 15.5%, 3 12.6%, 4 2.8%). El 60.5% de las Exa fue considerada severa y 53.1% requirieron hospitalización. Los pacientes con Exa en el último año tuvieron mayor edad (66.7 ± 9.1 vs 62.6 ± 10.7 años, p = 0.002) y más años de diagnóstico de EPOC (5.7 ± 3.8 vs 3.5 ± 4.2, p = > 0.001). Tenían antecedentes de mayor carga tabáquica (60.0 ± 36.9 vs 47.8 ± 27.6 pack/y, p = 0.003) y caminaban en su vida diaria menos minutos al día (35.2 ± 34.2 vs 68.7 ± 53.8 min/d). Estaban más frecuentemente sintomáticos (tos habitual 50.0% vs 33.2%, p = 0.011; expectoración habitual (39.4% vs 23.0%, p = 0.016). Sin embargo la frecuencia de rinitis alérgica o un diagnóstico previo de asma o el nivel de IgE, (134.0 ± 116.1 vs 253.5 ± 167.7, p = 0.10) no fueron diferentes ni el VEF1% basal (48.8 ± 23.6 vs 54.7 ± 23.3%, p = 0.86) ni la SaO2 basal (96.4 ± 2.3 vs 96.9 ± 1.4, p = 0.143) ni el BMI actual (28.3 ± 4.6 vs 27.7 ± 4.4, p = 0.408) fueron diferentes. Sin embargo, la proporción de pacientes con VEF1 < 50% fue significativamente mayor en pacientes Exa (58.7% vs 44.2%, p = 0.03) y la presencia de un VEF1 < 50% predijo los pacientes con exacerbaciones (OR 1.798, IC 1.015 a 3.186, p = 0.044). En el grupo de pacientes con exacerbaciones severas el VEF1% basal (42.3 ± 26.3 vs 54.9 ± 22.9, p = 0.007) pero no la SaO2 basal (96.2 ± 2.4 vs 96.9 ± 1.6, p = 0.07) fue significativamente menor.

Conclusiones: Las exacerbaciones son frecuentes en pacientes con EPOC y son frecuentemente severas. Los pacientes exacerbadores son más añosos, con mayor tiempo de enfermedad, están más sintomáticos y tienen enfermedad más severa.

0322 - REPORTE DE CASO. TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL COMPLEJA: EXTRACCIÓN DE STENT METÁLICO INCLUIDO EN LA PARED TRAQUEAL POR BRONCOSCOPÍA RÍGIDA Y APOYO PERCUTÁNEO.

Marcos LOPEZ POSSE | Ana Karina PATANÉ | Fernando GALINDEZ | Pedro GRYNBLAT | Oscar ROJAS
HOSPITAL MARÍA FERRER

Introducción

La utilización de endoprótesis metálicas para el tratamiento de las estenosis traqueales benignas se encuentra muy discutida en la actualidad. Se prefiere el uso de stents siliconados como puente a la cirugía o en aquellos casos que no son pasibles de resolución quirúrgica.

Caso Clínico

Paciente de 75 años de edad que sufrió un politraumatismo en 1994 requiriendo internación en terapia intensiva y asistencia respiratoria mecánica prolongada que dio lugar al desarrollo de estenosis traqueal. Tratado en otra institución durante años, se le realizaron múltiples dilataciones traqueales, tratamiento con láser, colocación de stent metálico y, por último, colocación de tubo de Montgomery por dentro del stent con recambio cada 2-3 años, siendo el último a comienzos del 2013. Acude a nuestro Hospital en Marzo del 2014.

Por broncoscopia rígida se observa extremo proximal del stent inmediatamente por debajo de las cuerdas vocales incluido en la mucosa traqueal y extremo distal a 2 cm. de la carina. Tubo de Montgomery en su interior; extracción del mismo y de stent metálico subyacente por tracción, en segmentos, a través del traqueoscopio y del ostoma de traqueostomía bajo visión endoscópica. Excéresis de granuloma traqueal. Debido a que presenta una estenosis traqueal extensa se realiza colocación de Montgomery n°13.

Discusión

El uso de los stents metálicos no recubiertos, como el stent en Z de Gianturco, no se recomienda para tratar estenosis traqueales o subglóticas debido a la potencial erosión de la tráquea dada la elevada fuerza radial que ejerce sobre las paredes de la misma. Por otro lado, este tipo de endoprótesis se incorpora a las paredes de la tráquea y se reviste de una capa nueva de tejido epitelial ciliado haciendo casi imposible su extracción, sin complicaciones, si este fracasara para el mantenimiento de la vía aérea permeable.

Conclusiones:

El tratamiento de las estenosis traqueales es siempre quirúrgico, excepto en aquellos casos de compromiso extenso traqueal o contraindicaciones precisas del paciente para ser sometido al acto quirúrgico.

0324 - MODIFICACIÓN EN EL PATRÓN VENTILATORIO DE PACIENTES OBESOS VENTILANDO ESPONTÁNEAMENTE EN DISTINTAS POSICIONES Y SU RELACIÓN CON EL ESFUERZO RESPIRATORIO

Irene TELIAS(1) | Edgardo SOBRINO(1) | Matías MADORNO(2) | Guillermo MONTIEL(1)
SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); INSTITUTO TECNOLÓGICO DE BUENOS AIRES (2)

Objetivos: Durante el cambio de posición de un sujeto de sentado al decúbito dorsal o lateral se produce una modificación en las características mecánicas del sistema respiratorio y la disposición de los músculos respiratorios lo que genera un cambio en el esfuerzo que realizan los pacientes durante cada inspiración. En las situaciones en las que existe un aumento de la carga a la que está sometido el sistema respiratorio, para evitar la fatiga, ocurre una modificación en el patrón respiratorio. El objetivo del presente trabajo es comparar el patrón ventilatorio de un grupo de sujetos obesos ventilando espontáneamente en posición sentada respecto del objetivado durante la ventilación en posición horizontal (180grados o decúbito lateral) y su relación con el esfuerzo respiratorio.

Materiales y Métodos: Se estudió el patrón respiratorio de 4 pacientes con obesidad mórbida (body mass index > 40 kg/m²) despiertos ventilando espontáneamente en distintas posiciones: sentado (SIT), decúbito dorsal a 30grados (30), a 180grados (180) y decúbito lateral izquierdo a 180grados (DL). Se analizaron las variables derivadas del monitoreo del flujo y presión en la vía aérea así como de la presión esofágica (Pes): Producto presión-tiempo (PTPtot), volumen corriente (VT), VT/PTP, frecuencia respiratoria (FR), tiempo inspiratorio (Ti), FR/VT, VT/Ti. Se compararon los promedios de dichas variables para un mismo paciente en cada una de las posiciones a través de un análisis de varianza. Se compararon los resultados de dos posiciones para cada variable: sentado y aquella posición en

que el esfuerzo respiratorio fue mayor (DL o 180 de acuerdo al paciente). La comparación de los promedios de dichas variables se realizó a través de un análisis de varianza.

Resultados: El FR/VT en la posición horizontal en relación a la posición sentada fue: paciente1: 34.778 +/- 4.116 vs 30.094 +/- 5.020; paciente2: 24.308 +/- 5.188 vs 16.271 +/- 5.610; paciente3: 20.538 +/- 5.419 vs 16.871 +/- 5.003 rpm/L ($p < 0.001$). El paciente4 no mostró diferencias significativas en el promedio de dicha variable medida en las dos posiciones. El promedio de la relación Ti/Tot de los ciclos respiratorios medidos en posición horizontal del paciente1 respecto de los medidos en la posición sentada no mostró cambios significativos. Ahora bien el Ti/Ttot en la posición horizontal respecto de la posición sentada en el resto de los pacientes fue: paciente2: 0.42 +/- 0.053 vs 0.29 +/- 0.06; paciente3: 0.36 +/- 0.04 vs 0.39 +/- 0.07; paciente4: 0.42 +/- 0.12 vs 0.37 +/- 0.069 ($p < 0.001$). El promedio de VT/Ti del decúbito respecto de la posición sentada fue: paciente1: 275.17 +/- 23.81 vs 372.63 +/- 46.70; paciente2: 402.1 +/- 71.3 vs 725.5 +/- 183.5; paciente3: 404.40 +/- 62.12 vs 465.97 +/- 137.70 ml/s ($p < 0.001$), la variable medida en el paciente4 no mostró cambios significativos. El VT/PTPot en la posición horizontal vs la sentada: paciente1 29.17 +/- 3.67 vs 57.83 +/- 10.39; paciente2 35.66 +/- 6.14 vs 73.63 +/- 14.17; paciente3 24.05 +/- 5.0 vs 50.43 +/- 26.62, paciente 4 52.84 +/- 12.35 vs 86.51 +/- 16.68 ml/cmH₂O.s ($p < 0.001$).

Conclusiones: El análisis de la relación entre la frecuencia respiratoria y el volumen corriente con los cambios de posición mostró en 3 de los pacientes estudiados un patrón ventilatorio más rápido y superficial durante el decúbito. La relación entre tiempo inspiratorio y el tiempo total en todos los pacientes estudiados fue cercana a 0.4, siendo, en 3 de ellos, mayor en la posición horizontal que en la posición sentada, evidenciando un riesgo aumentado de fatiga muscular respiratoria. Todos los pacientes estudiados ajustaron el esfuerzo para disminuir el riesgo de fatiga, objetivándose una disminución del volumen corriente desplazado por unidad de esfuerzo respiratorio

0325 - MÉTODOS CONVENCIONALES Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS

Luis RIVERA | Enrique OVIEDO | María Alejandra ACOSTA | Martín NAJO | Roxana GRANADOS | Gregorio Varujan KEVORKOF
HOSPITAL TRANSITO CÁCERES DE ALLENDE

Objetivos: Estimar la prevalencia y forma de presentación de la Tuberculosis (TB), determinar método diagnóstico bacteriológico y anatómico patológico. Especificar las características radiológicas. Analizar los resultados obtenidos de exámenes de laboratorio.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, en pacientes que concurren en forma espontánea o por derivación al Servicio de Neumología del HTCA, entre el 01 de mayo de 2010 y al 30 de junio de 2014. La población estuvo conformada por 136 casos consecutivos

Resultados: La forma de presentación más frecuente fue la pulmonar 76% (n: 104) y de las extrapulmonares la pleural 10% (n: 14), Ganglionar 7% (n: 9), peritoneal 2% (n: 3), columna vertebral 1% (n: 2), renal 0.9% (n: 1), piel 1% (n: 2), multisistémica 0.9% (n: 1). La sensibilidad de la baciloscopia (B) del esputo fue del 88%, en 7 pacientes se realizó lavado broncoalveolar (BAL) con una sensibilidad del 86%, De los que tuvieron B positiva el cultivo tuvo una sensibilidad del 96%, B negativa una sensibilidad del 61%. Se obtuvo diagnóstico histológico por biopsia 18.2% (n: 25). Muestras para estudio bacteriológico: esputo 72% (n: 97), lavado bronquial 5% (n: 7) líquido ascítico 2.2% (n: 3) líquido pleural 2.9% (n: 4) orina 1.4% (n: 2) líquido abscedado en piel 1.4% (n: 2); muestras para estudio histológico: biopsia pleural 9.5% (n: 13), biopsia ganglionar 6.6% (n: 9), biopsia vertebral 2.2% (n: 3). La presentación radiológica más frecuente: infiltrado unilateral con caverna 35% (n: 47), seguidos de: infiltrados unilateral sin caverna 19% (n: 26), bilateral con cavernas 17% (n: 23), derrame pleural unilateral 8% (n: 11), bilateral sin caverna 7% (n: 10), derrame pleural más infiltrado unilateral 3% (n: 4) y nódulo calcificado 1.3% (n: 2), Normal 10% (n: 13). Exámenes de laboratorio: leucocitosis 18% (n: 25),

eritrosidementación elevada 85% (n: 115); monocitosis 77% (n: 105); linfopenia 55% (n: 75) hipoalbuminemia 53% (n: 72). Conclusiones: La baciloscopia y cultivo son recursos diagnósticos accesibles, de bajo costo, de alto rendimiento y es la primera herramienta en el estudio del paciente sintomático respiratorio sugestivo de TB. EL BAL, en nuestra experiencia, fue un método de diagnóstico útil y eficaz en aquellos pacientes con imposibilidad para expectorar o B negativa. La radiografía de tórax constituye un método altamente sensible para confirmar la sospecha clínica de TB. Los datos de laboratorio habituales son inespecíficos pero orientadores

0326 - ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON CAVERNA SECULAR POR TUBERCULOSIS. PRESENTACION DE CASO CLINICO CON EVALUACION TOMOGRAFICA Y BRONCOSCOPICA.

Matias ALBERT(1) | María Lorena AUAD(2) | David AIZICZON(1) | Alfredo GARCIA(1)
HOSPITAL DE PINAMAR (1); HOSPITAL MAR DE AJÓ (2)

Caso clínico: se presenta un caso clínico de un paciente de 63 años inmunocompetente con antecedentes de tuberculosis a los 20 años y lesión secular. El mismo comienza con fiebre de 2 días de evolución y síntomas respiratorios asociado a cambios radiológicos (fig.1) por lo que se interna con diagnóstico de neumonía de la comunidad e inicia tratamiento antibiótico. Ante la falta de mejoría a las 72 hs, se realizan cultivos que resultan negativos, se rotan antibióticos de amplio espectro y se realiza tomografía computada (TAC) de tórax (fig. 2) donde se encuentra una imagen similar a caverna con presencia de nivel hidroaéreo y presencia de micetoma. Se realiza fibrobroncoscopia (FBC) que permite confirmar aspergilosis por lo que inicia tratamiento antifúngico con anfotericina e itraconazol con mejoría clínica y tomográfica en los controles posteriores. Conclusiones: Concluimos que la evaluación temprana por TAC y FBC permitió la detección precoz de la enfermedad, indicando el inicio de la terapia antimicótica, y el control de la enfermedad durante su evolución.

0327 - VARIACIÓN DE LA COMPLIANCE DINÁMICA PULMONAR Y LA PRESIÓN TRANSPULMONAR AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN EN UN GRUPO DE SUJETOS OBESOS VENTILANDO ESPONTÁNEAMENTE SENTADOS Y EN POSICIÓN HORIZONTAL

Irene TELIAS(1) | Edgardo SOBRINO(1) | Matías MADORNO(2) | Guillermo MONTIEL(1)

SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); INSTITUTO TECNOLÓGICO DE BUENOS AIRES (2)

Objetivos: El comportamiento mecánico del sistema respiratorio varía con el cambio de posición de un sujeto sentado a la posición horizontal debido a una modificación tanto en los volúmenes pulmonares (disminución de la capacidad residual funcional) como en el calibre de la pequeña y gran vía aérea, lo que redundaría en una modificación en la compliance tanto estática como dinámica (C_{dyn}) del sistema respiratorio, así como la resistencia al flujo. En los obesos el volumen de reserva espiratoria (VRE) y la CRF disminuyen. La presión pleural basal (Ppl) y, su subrogado, la presión esofágica (Pes) son mayores que en sujetos delgados en todas las posiciones. La modificación que se produce en esta variable con el cambio de posición es similar tanto en sujetos delgados como en obesos. La insuflación pulmonar depende de la presión transpulmonar (PL) definida como la presión en la vía aérea menos la presión pleural. Debido al aumento en la Ppl basal y a la modificación de dicha variable con el cambio de decúbito, así como el aumento del esfuerzo respiratorio que realizan los sujetos obesos tanto en la posición sentada como horizontal, existe una modificación en la PL al final de la espiración (PL_{esp}) en todas las posiciones. El objetivo es comparar la C_{dyn} y PL_{esp} en pacientes obesos ventilando espontáneamente en posición sentada respecto de la medida en los mismos pacientes en posición horizontal

Materiales y Métodos: Se midió el flujo y la presión en la vía aérea, así como la presión esofágica en 4 pacientes con obesidad mórbida (body mass index > 40 kg/m²) despiertos ventilando espontáneamente en distintas posiciones: sentado (SIT), decúbito dorsal a 30 grados (30), a 180 grados (180) y decúbito lateral izquierdo a 180 grados (DL). Se analizaron las variables derivadas

señales obtenidas del monitoreo antes descripto: Cdyn y PL. Se compararon los promedios de dichas variables para un mismo paciente en cada una de las posiciones a través de un análisis de varianza. Se compara los resultados de dos posiciones para cada variable: sentado y aquella posición en que el esfuerzo respiratorio fue mayor (DL o 180 de acuerdo al paciente)

Resultados: La Cdyn de cada sujeto ventilando espontáneamente en posición horizontal respecto de la posición sentada fue: Cdyn: paciente 1: 39.12 +/- 5.18 vs 196.15 +/- 67.14; paciente2: 36.43 +/- 7.16 vs 103.78 +/- 17.92; paciente3: 42.02 +/- 24.28 vs 109.96 +/- 129.83; paciente4: 51.61 +/- 14.01 vs 136.65 +/- 149.04). ml/cmH2O (p<0.001). La medición de la PLesp medida en estos pacientes en la posición horizontal en relación con la medida en la posición sentada fue: paciente1: -9.25 +/- 0.89 vs -0.79 +/- 0.98; paciente2: -11.24 +/- 1.5 vs -2.63 +/- 0.96; paciente3: -22.61 +/- 5.12 vs -32.64 +/- 10.84; paciente4: -11.43 +/- 1.58 vs -0.71 +/- 1.57 cmH2O (p<0.001)

Conclusiones: Se objetivó una diferencia estadísticamente significativa entre la compliance dinámica pulmonar medida en los cuatro sujetos estudiados en posición sentada respecto de la medida en los mismos sujetos en posición horizontal. En todos, la compliance dinámica pulmonar promedio fue mayor en la posición sentada respecto de la posición horizontal. En congruencia con lo previamente publicado, la presión transpulmonar al final de la espiración fue negativa en todos los sujetos estudiados en todas las posiciones. En tres de ellos, el promedio de las mediciones estando acostados fue mayor que la variable medida estando sentados. En el paciente3 el promedio de las mediciones de presión transpulmonar al final de la espiración fue más negativo estando sentado.

0328 - TABAQUISMO: DE LA EPIDEMIOLOGIA A LA CLINICA. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL INTENSIVO GRUPAL Y FARMACOLOGICO EN CESACION TABAQUICA.

Constanza PEYRANI DI CASTELNUOVO(1) | Andrea MALDONADO(2) | Gregorio V. KEVORKOF(1)

HOSPITAL TRANSITO CÁCERES DE ALLENDE (1); PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TABAQUISMO (2)

Objetivos: evaluar resultados de tratamiento psicosocial cognitivo - conductual grupal, con o sin tratamiento farmacológico, y el mantenimiento de la abstinencia al finalizar y a los 6 meses. Materiales y Métodos: se realizó una evaluación retrospectiva de 83 pacientes ingresados al consultorio de cesación tabáquica, unidad HTCA. Se aplicó tratamiento cognitivo-conductual grupal asociado o no al farmacológico específico, según grado de adicción a la nicotina (grados moderado a severo lo recibieron), cuya duración fue tres meses por grupo, en el período octubre 2010 a febrero del 2012 (10 grupos de tratamiento), confirmando la abstinencia con medición de CO en aire espirado, (debiendo ser menor a 7 ppm) al finalizar tratamiento y a los 6 meses desde su inicio. Se excluyeron 21 pacientes inscriptos que nunca acudieron a realizar el tratamiento.

El tratamiento cognitivo-conductual grupal fue intensivo (4 encuentros el primer mes y luego quincenales), personalizado (grupos pequeños), guiado por equipo interdisciplinario constituido por neumonólogo, psicólogo, psiquiatra y nutricionista. Resultados: número de ingresados al tratamiento: 62; número de pacientes que no terminaron el tratamiento: 27 (43,5%). De los 62 pacientes ingresados al tratamiento cognitivo-conductual grupal, 33 (53,22%) recibió además la terapia farmacológica. El promedio de cantidad de cigarrillos/día fue de 24,5. Número de pacientes que logro cesación tabáquica: 33 (53.22%) de los

cuales 22(66,66%) tenían además tratamiento farmacológico. En cuanto al mantenimiento de la abstinencia, los 33 la sostuvieron al finalizar el tratamiento (3meses) y sólo 6 pacientes tuvieron recaída (18,1%) a los 6 meses desde su inicio, aún habiendo recibido fármacos.

Conclusiones: el tratamiento cognitivo-conductual grupal demostró un buen resultado en cesación tabáquica a pesar que más de la mitad de pacientes que logró cesación, tenían alto grado de dependencia a la nicotina. El tratamiento conductual grupal funciona como un multiplicador en el logro del objetivo: adherencia al tratamiento, cambio de hábitos, confianza y seguridad; genera interacción y contención entre los miembros, aumento de la autoestima y estimula un compromiso.

0329 - ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR AVANZADA

Juana Rosalía AHUMADA | Jorge CÁNEVA | J OSSÉS | G WAGNER | A GARCÍA | A BERTELOTTI | R FAVALORO | C FAVA | G CAPONI | G LEV | C ZAMBRANO
DIVISIÓN TRASPLANTE INTRATORÁCICO. FUNDACIÓN FAVALORO, HOSPITAL UNIVERSITARIO

Introducción. Durante el proceso de selección de pacientes candidatos a trasplante pulmonar, se realizan diversos estudios incluyendo inmunoserología, cribado de infecciones y neoplasias, función pulmonar y cardíaca en reposo y esfuerzo a fin de diagnosticar patologías pasibles de resolución antes del trasplante o que puedan ser causas de exclusión al mismo. Los estudios de cardiología intervencionista permiten detectar enfermedad coronaria no diagnosticada previamente.

Objetivos: Determinar prevalencia de enfermedad coronaria en pacientes con enfermedad pulmonar avanzada evaluados para trasplante pulmonar (TP).

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los pacientes evaluados para TP durante el periodo comprendido entre enero de 2000 y junio de 2014 a quienes se les realizó de manera protocolizada cinecoronariografía (CCG). Se analizaron edad, sexo, tabaquismo, etiología de la enfermedad pulmonar, condición clínica al momento de la evaluación, resultados de la CCG y evolución.

Resultados: Se evaluaron para TP 748 pacientes (ptes); fueron estudiados mediante CCG 505 ptes (67.5%) con edad ≥ 45 años. Se detectó en 98 ptes (19.4 %) lesiones coronarias; 79 masculinos (81%), la edad promedio fue de 60 años (rango 46-69 años), 82 ptes (84%) tenían antecedentes de tabaquismo. Las indicaciones de evaluación pre TP fueron: fibrosis pulmonar 56 ptes (57%), enfisema pulmonar 30 ptes (31%), síndrome combinado enfisema-fibrosis. 11 ptes (11.2%) y bronquiectasias 1 pte. Al momento de la evaluación 61 ptes (62%) se encontraban en clase funcional (CF) III y 37 ptes (38%) en CF IV. Se indicó tratamiento médico a 59 ptes (60%), cateterismo con angioplastia e implante de stent en 36 ptes (37%), cirugía de revascularización miocárdica en 3 ptes (3.2%). Tres ptes (3.2%) con cardiopatía isquémica y severo deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo no fueron aceptados para TP. Doce ptes (12.2%) fueron trasplantados. Fallecieron en lista de espera 45 ptes (46%) de los cuales 4 (4.2%) fueron por cardiopatía isquémica.

Conclusiones: La evaluación pre TP mediante métodos de cardiología intervencionista en población de riesgo coronario permite detectar patología coronaria no diagnosticada, pudiendo resolverse la misma mediante diversas opciones terapéuticas. La enfermedad coronaria en nuestro programa de trasplante pulmonar no es una causa frecuente de exclusión, a diferencia de lo publicado por la literatura internacional.