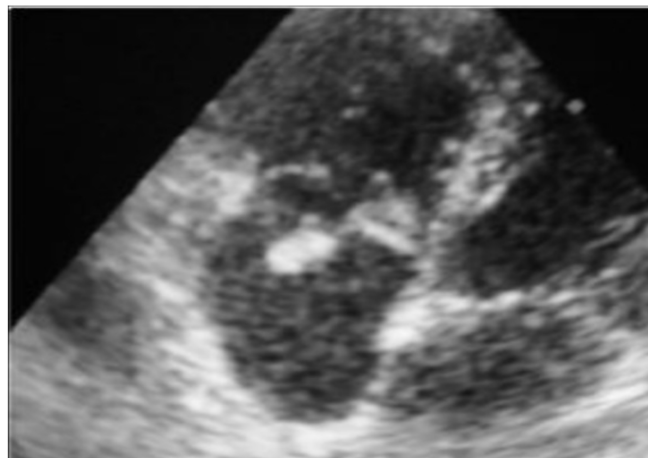


Hemocultivos (6), urocultivo, Gene xpert, gérmenes comunes y hongos en secreciones: negativos. Ecocardiograma transtorácica: vegetación de gran tamaño adherido al anillo y la valva septal tricuspídea (fig. B). Inicia tratamiento empírico con vancomicina/gentamicina. Evolución: mejoría clínica, laboratorial e imagenológica. Alta a los 55 días de internación. Actualmente estable con insuficiencia tricuspídea leve.



## INFECCIOSO

### 303. ENDOCARDITIS TRICUSPÍDEA AISLADA Y ARTE CORPORAL

R. Coronel, N. Martínez, G. Silvero, F. González y D. Ibarrola

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente. INERAM.*

**Introducción:** La endocarditis derecha se presenta en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), portadores de marcapasos u otros dispositivos intracardiacos, pero en ausencia de estos elementos, su diagnóstico es muy raro. Presentamos el primer caso documentado de endocarditis tricuspídea aislada (ETA) del INERAM.

**Material y métodos:** Estudio observacional (reporte de caso) del primer caso documentado de ETA en el INERAM.

**Resultados:** Caso clínico: mujer, 15 años de edad, asmática en tratamiento con salbutamol según crisis; antecedente de realizarse tatuaje un mes antes del inicio de síntomas. Un mes con: fiebre, tos seca y disnea que progresa hasta la insuficiencia respiratoria que requirió ingreso a terapia, ARM e inotrópicos por 3 días (tratamiento [tto.] empírico: vancomicina/imipenem/fluconazol), es dada de alta con leve mejoría. 5 días post alta: pico febril, disnea. 1º TAC de tórax: imágenes cavitadas bilaterales, inicia tratamiento con levofloxacina (empírico) EV sin mejoría. 2º TAC de tórax: derrame pleural bilateral con nódulos cavitados (fig. A). Punción pleural: exudado mononuclear. Inicia tratamiento antibacilar sin mejoría. La remiten al INERAM.

**Conclusiones:** Se requieren más estudios acerca del vínculo existente entre el arte corporal (tatuajes) y ETA, con la finalidad de establecer un protocolo para el manejo de los pacientes y mejorar así nuestra actuación como médicos.

### 304. EMPIEMA POR PASTEURILLA MULTOCIDA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Fragoso-Mejía, G. Rodríguez, E. Becerril Vargas y J.A. Martínez Orozco

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.*

**Introducción:** *Pasteurella multocida* es cocobacilo gram positivo, que ocasionalmente es comenzal en los animales. Puede causar una variedad de infecciones en humanos generalmente asociadas a rasguños o mordeduras de animales. Es reporte de caso, describimos una paciente con neumonía complicada con empiema. Objetivo: describir la manifestación clínico-radiológica-patológica de empiema por *Pasteurella multocida*.

**Material y métodos:** Presentación de caso clínico. Masculino 59 años, con EHL 12 horas año, tabaquismo durante 4 años. Inicio hace el 1 ero de noviembre tos con expectoración amarillenta, fiebre no cuantificada sin predominio de horario y disnea de medianos esfuerzos, acudió con facultativo quien medico amikacina por 4 días, sin presentar me-

goría, pérdida de peso de 4 kg en 15 días, acudió al INER el 13 de noviembre con SaO<sub>2</sub> 88%, Leu 14, Neu 12, H1AC 7,8, toracentesis diagnóstica exudado polimorfonuclear, tomografía de tórax: derrame pleural multiloculado izquierdo, bronquiectasias.

**Resultados:** Reporte de cultivo líquido pleural *Pasteurella multocida*, recibió piperacilina tazobactam por 20 días, 25.11.17. Lavado y decorticación más lingulectomía y segmentectomía basal anterior no anatómica, reporte de patología con focos de neumonía aguda en diversas fases de organización, bronquiectasias cilíndricas múltiples, termino tratamiento antimicrobiano, se envió a consulta externa de rehabilitación.

**Conclusiones:** Las infecciones por *Pasteurella multocida* son poco frecuentes, estas usualmente están presentes cuando existe enfermedad pulmonar subyacente, siendo la más común enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cabe mencionar que el paciente cuenta con otros datos de inmunosupresión diabetes mellitus de reciente diagnóstico, así como bronquiectasias infectadas, que lo hicieron susceptible a esta infección, sin contacto animal.

### 305. CONOCIMIENTO Y ACTUACIÓN DE LAS MADRES SUSTITUTAS FRENTE A LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN TUNJA-BOYACÁ

J. Montenegro, M. Roa, M.P. Rojas y A. Valero

*Universidad de Boyacá. Tunja. Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-Sede Tunja.*

**Introducción:** La infección respiratoria aguda (IRA) constituye la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en Colombia. El conocimiento y actuación de los cuidadores en este caso las madres sustitutas que están en contacto directo con los menores que pueden presentar la IRA, deben tener información básica de la forma de presentación de la patología, del cuadro clínico y el actuar a través de medidas preventivas, con el fin de evitar complicaciones y automedicaciones. La finalidad de la investigación fue establecer el conocimiento y la actuación de las madres sustitutas frente a la IRA.

**Material y métodos:** Estudio de enfoque prospectivo, cuantitativo de tipo descriptivo. Se tomaron 20 madres sustitutas vinculadas al ICBF, se realizó análisis univariado a través del paquete estadístico SPSS versión 22, teniendo en cuenta medidas de tendencia central.

**Resultados:** Las madres sustitutas tienen edad promedio de 49 años, en su mayoría son casadas, procedentes del área urbana y estrato socioeconómico tres; tienen nivel de escolaridad secundaria, de ocupación amas de casa y tiempo de experiencia como madres sustitutas de más de 6 años. Respecto a los signos de alarma se evidencia que el 45% de las madres identifica que signos que deben tener en cuenta son la dificultad para que el niño se alimente bien y la dificultad para respirar, el 55%, tienen un nivel de conocimiento satisfactorio frente a los signos y síntomas de alarma para IRA. Respecto a la presencia de la IRA se evidencia que en general las madres actúan de manera correcta, aunque llama la atención el actuar frente a la automedicación dado que se observa que el 30% de las madres les administran antibióticos y otro porcentaje igual les administran antigripales, sin haber sido formulados por el médico. Los resultados arrojan que las conductas son adecuadas en el 82%. Frente al conocimiento que tienen las madres sobre las medidas preventivas es muy satisfactorio en el 50% y satisfactorio en el 45%. Las madres en su gran mayoría implementan las medidas propias como control de crecimiento y desarrollo y el control de vacunación, además de emplear tratamientos caseros. Las madres poseen un conocimiento satisfactorio frente a los aspectos clínicos y de manejo de la IRA, porcentaje representado en el 70% para quienes el conocimiento es muy satisfactorio.

**Conclusiones:** El conocimiento que tienen las madres sustitutas sobre la IRA es satisfactorio ya que ellas identifican signos y síntomas de alarma, saben sobre aspectos clínicos y de manejo y aplican conductas correctas cuando se le presente una IRA, además conocen medidas preventivas y estrategias para la prevención de esta patología.

### 306. PREVALENCIA DE LA COLONIZACIÓN POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECCI* EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN BOGOTÁ

A. Cañas Arboleda, J.R. Garzón Erazo, C. Hernández Flórez, J.F. Burbano Gutiérrez, J.E. Cita Pardo y C.M. Parra Giraldo

*Unidad de Neumología. Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Departamento de Microbiología. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.*

**Introducción:** La colonización por *Pneumocystis jirovecii* (*P. jirovecii*) se ha postulado como causa de deterioro de la función pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se desconoce su prevalencia en este grupo de pacientes en Colombia.

**Material y métodos:** Estudio de corte transversal en pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC, excluyendo pacientes que requirieran manejo inmunosupresor e infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Muestreo no probabilístico por conveniencia con selección continua de pacientes. En muestra de esputo inducido se realizó extracción de ADN (ácido desoxirribonucleico) con el kit comercial High Pure PCR (reacción en cadena de polimerasa) Template Preparation (Roche) y se procesó PCR en tiempo real (rt-PCR) con el Kit LighMix de *P. jirovecii* (Roche) amplificándose un fragmento de 244 pares de bases a partir del gen de la glicoproteína de superficie del hongo.

**Resultados:** De los 71 pacientes analizados se documentó una prevalencia de colonización del 32,3% (n = 23), de los cuales la totalidad fueron mayores de 65 años, con altos índices de sintomatología según la escala modificada del Medical Research Council (mMRC) y el cuestionario de evaluación de la EPOC (CAT), la mayoría de los pacientes colonizados eran GOLD D (62,5%), clasificación por la Iniciativa Global para la EPOC.

**Conclusiones:** La prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con EPOC detectada por rt-PCR en esputo inducido fue del 32% en la población estudiada, siendo éste el primer estudio colombiano que lo evalúa. Esta prevalencia se encuentra dentro del rango encontrado en la literatura mundial. El diseño del estudio no permitía indagar una asociación entre los factores demográficos y clínicos con la colonización. Se están realizando estudios adicionales para evaluar el impacto de dicha colonización en la progresión de la EPOC y la presencia de exacerbaciones, y en caso de confirmarse iniciar la búsqueda de alternativas terapéuticas.

### 307. ALTERACIONES ESPIROMÉTRICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SIN PATOLOGÍA PULMONAR PREVIA O ACTUAL EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PVV DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DE QUITO, ECUADOR, EN EL PERIODO FEBRERO-ABRIL DE 2017

C. Rosero, M. Rosero, N. Cevallos y A. Castillo

*Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.*

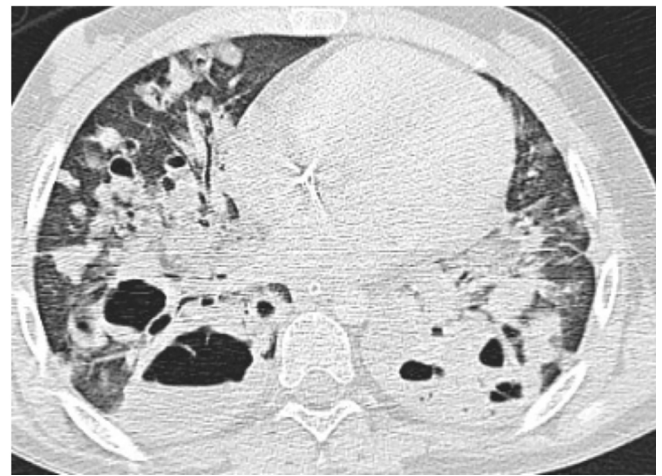
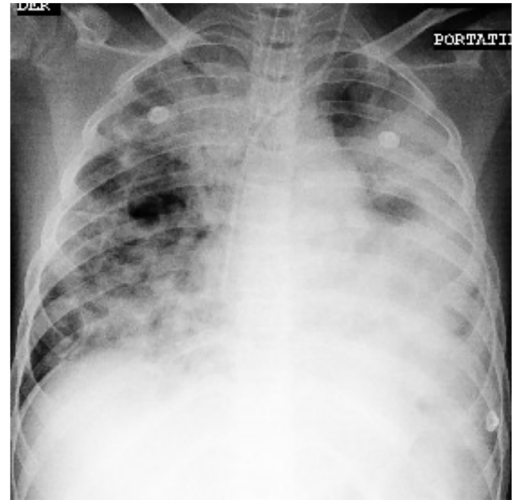
**Introducción:** Siendo el VIH una enfermedad sistémica, el aparato respiratorio y en particular los pulmones no están exceptos de esta afectación, convirtiéndose en órganos de choque para múltiples en-

fermedades no respiratorias que en forma eventual pueden disminuir con el tiempo la función del pulmón y su eficacia para defenderse. El objetivo es conocer la afectación de la función pulmonar en pacientes con VIH, sin patología pulmonar previa o actual en el HEEE en el período febrero a abril 2017; lo que nos dará pautas para definir si este grupo de pacientes ameritan intervención neumológica antes de presentar patología pulmonar.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo observacional de cohorte transversal. De los 1.700 pacientes con infección por VIH, que acuden en forma periódica a consulta externa del HEEE, 806 pacientes (47,4%) no han presentado ni presentan al momento del estudio patología pulmonar, de este grupo y luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 180 pacientes fueron seleccionados con error alfa 2%, para realizarles una evaluación de la función pulmonar mediante espirometría.

**Resultados:** La edad promedio fue 37,6 años, el tiempo promedio de diagnóstico de VIH fue 5,3 años datos que no tuvieron influencia en los valores espirométricos encontrados. Los pacientes del sexo masculino fueron 72,8% (131/180) y femenino el 27,2% (49/180). De estos 33,30% (60/180) cursaron con patrón espirométrico normal, 63,30 (114/180) con patrón no obstructivo y de estos 52,2% (94/180) se relacionó con el tratamiento TDF+FTC+EFV siendo el más utilizado; el restante 3,4 (6/180) con patrones obstructivo, mixto y enfermedad de la pequeña vía aérea. Las comorbilidades extrapulmonares encontradas en el grupo de estudio fueron dislipidemia, sd. nefrótico y melanoma, equivalentes a 1,68% (3/180) y mostraron un patrón espirométrico normal.

**Conclusiones:** Si bien en Neumología la espirometría es la base del diagnóstico para patologías obstructivas y nos aproxima a un diagnóstico en patologías no obstructivas, con la presencia de VIH no se comporta como una verdadera arma diagnóstica ni pronóstica para medir el impacto en la afectación pulmonar que tiene el VIH, en nuestros pacientes inclusive con la presencia de comorbilidades no pulmonares. Por lo mencionado no se debería realizar ninguna intervención neumológica en este grupo de pacientes en base a un resultado espirométrico.



### 308. CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Pedraza, A. Morales y R. Barrero

Hospital Universitario Clínica San Rafael.

**Introducción:** Compromiso pulmonar por criptococo en paciente con lupus eritematoso sistémico reporte de un caso.

**Material y métodos:** Se presenta el caso clínico de una paciente adolescente con lupus eritematoso sistémico, con compromiso pulmonar asociado a infección pulmonar pro criptococo documentada por paraclínicos, con evolución fatal a pesar de tratamiento instaurado. Se saca información de historia clínica del sistema informático Heon institucional.

**Resultados:** Paciente femenina de 14 años procedente de San José del Guaviare, residente en Bogotá con antecedente de lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado en el 2012. Antecedentes patológicos: 1. Malaria a los 7 años 2. Lupus eritematoso sistémico diagnosticado (LES) en el 2012 en Hospital San José, con manejo inicial, por pobre apoyo familiar. Presentó neumonía necrotizante complicada con empiema, S. aureus, que requirió lobectomía. Quirúrgicos: 1. Lobectomía basal izquierda y liberación de adherencias por empiema pleural, con decorticación por empiema por S. aureus, infección documentada en lavado bronco alveolar, tipificándose *Cryptococcus neoformans*; manejo con anfotericina B y fluconazol, anfotericina B lisosomal y fluconazol.

**Conclusiones:** Paciente que presenta evolución tórpida a pesar del manejo antibiótico con anfotericina lisosomal y fluconazol, imágenes en TAC cavitadas con gran compromiso parénquima pulmonar. La paciente fallece en falla multisistémica.

### 309. MYCOBACTERIUM TERRAE EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

C. Rosero, R. Gómez, M. Rosero, M. Fernández y J. Vinuesa

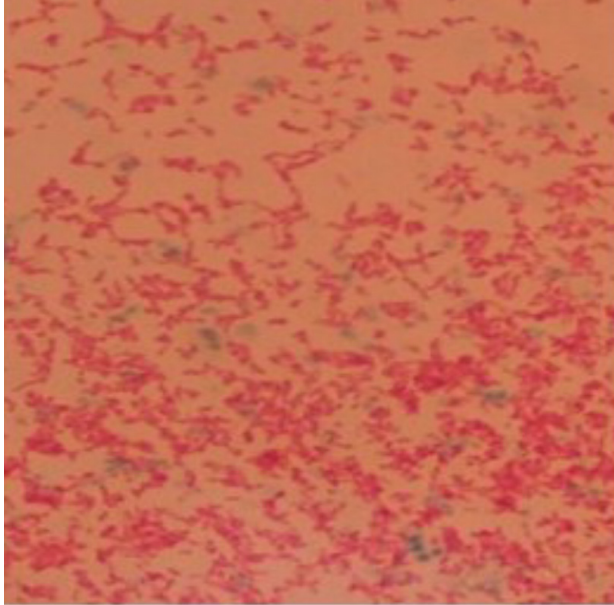
Servicio de Neumología. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

**Introducción:** *Mycobacterium terrae* fue aislado por Richmond y Cummings en 1950 y descrito como un saprófito procedente "de la tierra". El complejo *Mycobacterium terrae* está compuesto por: *terrae*, *triviale*, *nonchromogenicum* e *hiberniae*, miembros del Grupo III Runyon que incluye micobacterias no pigmentadas de crecimiento lento. Se ha encontrado en aislados de seres humanos en 18% y rara vez relacionados a patologías. En humanos los reportes son limitados, la infección causa enfermedad debilitante, en mayor porcentaje tenosinovitis, patología pulmonar, lesiones de piel, afectación de tractos intestinal y urinario, alteraciones en ganglios linfáticos y enfermedad diseminada con relativa resistencia a la terapia antibiótica.

**Material y métodos:** Descripción de caso clínico. Paciente masculino de 57 años, procedente de San Antonio de Pichincha; agricultor de legumbres, en forma particular rábanos, con antecedente de tuberculosis pulmonar en dos ocasiones, tratadas y curadas. Acude con cuadro clínico de tres meses de evolución de tos con expectoración purulenta, diaforesis, pérdida de peso, dolor escapular y cervicodór-

salgia. Baciloscopia en esputo positivo (fig. 1) y por los antecedentes antes descritos se realiza cultivo el mismo que reporta crecimiento de *Mycobacterium terrae* (fig. 2).

**Resultados:** Entre los exámenes, biometría hemática, química sanguínea, perfil lipídico, electrolitos, en parámetros de normalidad, la gasometría arterial presentó insuficiencia respiratoria tipo I. Radiología de tórax con presencia de imagen compatible con caverna apical del lado izquierdo.



**Figura 1.** Baciloscopia en esputo positiva para *Mycobacterium*.



**Figura 2.** Cultivo de esputo con desarrollo de *M. terrae*.

**Conclusiones:** La infección de *Mycobacterium terrae* en pulmón presenta un proceso cavitario con granulomas caseificantes, en pacientes con estado inmunitario debilitado o deficiente: este caso evidencia lesión cavitaria en la radiología de tórax. El hallazgo de este tipo de infección no es casual y en cuanto a factores genéticos e inmunológicos, aún no está esclarecida la relación. En este caso, por los resultados de los exámenes, el paciente es inmunocompetente y la infección con *Mycobacterium terrae* está relacionada con su ocupación.

### 310. VALIDAÇÃO DO QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE-BRONCHIECTASIS PARA O USO NO BRASIL

C.S. de Oliveira<sup>1</sup>, J.A. de Castro<sup>1</sup>, T.P. Freitas<sup>1</sup>, S.Z. Rached<sup>2</sup>, R.A. Athanazio<sup>2</sup>, A. Cukier<sup>2</sup>, R. Stelmack<sup>2</sup> e S. Dal Corso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa Pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Universidade Nove de Julho. <sup>2</sup>Divisão Pulmonar. Instituto do Coração (InCor). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Introdução:** Pacientes com bronquiectasia apresentam considerável redução da qualidade de vida (QV). Esta doença tem sido comumente mensurada por instrumentos inicialmente criados para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, como o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). O Quality of Life Questionnaire-Bronchiectasis (QoL-B) é o primeiro questionário específico para pacientes com bronquiectasia. Entretanto, este questionário ainda não foi validado para a população brasileira. Objetivo: Validar e testar a reprodutibilidade da versão em português do QoL-B.

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Foram avaliados 50 pacientes adultos (29 mulheres, 48 ± 12 anos, CVF: 75 ± 18% do prev, VEF1: 62 ± 25% do prev). Os pacientes foram avaliados em duas visitas separadas por 7 a 14 dias. Os pacientes realizaram espirometria, o shuttle walk test incremental (SWTI) e responderam ao SGRQ e a escala de dispnea modified Medical Research Council (mMRC). O QoL-B contém 37 perguntas, divididas em 8 domínios com escores variando de 0 a 100 para cada domínio. Escores mais altos indicam melhor QV. A normalidade dos dados foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para a validação concorrente utilizamos a correlação de Spearman (escores do QoL-B e SGRQ) e a reprodutibilidade foi testada pelo coeficiente de correlação intraclasse com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

**Resultados:** Foi encontrada correlação negativa e significativa entre os domínios do QoL-B e do SGRQ ( $r = -0,31$  a  $-0,69$ ). Os escores do QoL-B também se correlacionaram significativamente com a dispnea ( $r = -0,34$  a  $-0,49$ ) e com a distância do SWTI ( $r = 0,32$  a  $0,46$ ). Não foram observadas correlações entre o QoL-B e a função pulmonar. A reprodutibilidade foi excelente para os domínios físico [CCI: 0,93 (IC95%: 0,87-0,96)], função [CCI: 0,76 (IC95%: 0,57-0,86)], emoção [CCI: 0,92 (IC95%: 0,86-0,97)], social [CCI: 0,90 (IC95%: 0,83-0,94)], carga de tratamento [CCI: 0,76 (IC95%: 0,56-0,87)], percepção de saúde [CCI: 0,84 (IC95%: 0,72-0,91)] e sintomas respiratórios [CCI: 0,88 (IC95%: 0,80-0,93)] e moderada para o domínio vitalidade [CCI: 0,55 (IC95%: 0,20-0,74)].

**Conclusões:** O QoL-B demonstrou ser uma ferramenta reprodutível e válida para avaliar o impacto que a bronquiectasia provoca na QV da população brasileira.

### 311. CIRCUITO RESPIRATORIO RECUBIERTO DE PLATA Y SU IMPACTO EN LA DISMINUCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

J.A. Gordillo-Mena y P. Álvarez-Maldonado

Hospital General de México. Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios.

**Introducción:** La neumonía asociada al ventilador (NAV) es aquella que ocurre 48h después de intubación endotraqueal. Es la infección nosocomial más frecuente en la UCI con una incidencia entre el 9% y 27%. El factor de riesgo más importante para NAV es la presencia del tubo endotraqueal que altera los mecanismos de defensa natural provocando: microaspiración, desarrollo de biopelícula en el tubo endotraqueal, acumulación y goteo de secreciones y alteración del funcionamiento mucociliar. Se han desarrollado estrategias de prevención de la NAV, entre ellas el uso de plata como antimicrobiano como recubrimiento de la luz de tubos endotraqueales que ha demostrado

retardar y reducir la NAV. Los circuitos respiratorios recubiertos de plata disponibles en el mercado no han sido estudiados en su impacto para la reducción de la NAV. Este estudio pretende medir y comparar la frecuencia de NAV entre pacientes de la UCIR con circuito respiratorio recubierto con plata y circuito respiratorio no recubierto de plata, determinando el impacto del sistema respiratorio recubierto de plata en disminución de NAV.

**Material y métodos:** Estudio transversal, comparativo, retrospectivo, en el cual se revisaron la base de datos de la UCIR y los expedientes de los pacientes admitidos en la UCIR de abril de 2015 a junio de 2017 que requirieron intubación endotraqueal por más de 48h; se extrajeron los datos correspondientes a la variables edad, género, días de ventilación mecánica invasiva, reintubación, traqueostomía y el resultado del germen aislado por cultivo. Se realizó análisis descriptivo así como análisis multivariado mediante regresión logística múltiple.

**Resultados:** De los 205 sujetos, 93 (45,3%) con circuito con recubrimiento de plata y 112 (54,6%) con circuito no recubierto de plata, desarrollaron NAV 7 (7,5%) y 35 (31,3%) respectivamente, observándose diferencia estadísticamente significativa (OR = 0,255; IC95%: 0,151-0,430). *A. baumannii* se aisló en 18 pacientes (42,85%), seguido por *P. aeruginosa* en 11 pacientes (28,57%).

Tabla 1. Frecuencia de variables sociodemográficos en sujetos con VMI con circuito recubierto de plata o circuito sin plata

Variable	N= 205 sujetos con VMI		Valor de p
	VMI con circuito recubierto de plata n=93	VMI con circuito sin plata n=112	
Edad			
≤70 años	68 (73.1%)	81 (72.3%)	0.567
>70 años	25 (26.9%)	31 (27.7%)	
Sexo			
Femenino	36 (38.7%)	45 (40.2%)	0.104
Masculino	57 (61.3%)	67 (59.8%)	
Días de ventilación mecánica	6 días*	7 días*	<0.0001
Traslados intrahospitalarios	0-4**	0-6**	0.749
Traqueostomía			
No	71 (76.3%)	85 (75.9%)	<0.0001
Si	21 (23.6%)	22 (19.7%)	
Reintubación			
No	90 (96.8%)	102 (90.7%)	0.026
Si	3 (3.2%)	10 (9.3%)	
Neumonía asociada al ventilador			
No	86 (92.5%)	77 (68.8%)	<0.0001
Si	7 (7.5%)	35 (31.3%)	

\*se consideró el valor de la mediana debido a que a variable era de distribución libre.  
\*\*se consideraron valores mínimos y máximos por ser los más representativos

**Conclusiones:** El uso de circuito respiratorio recubierto de plata es un factor protector para el desarrollo de NAV. El agente microbiológico aislado con mayor frecuencia en este estudio fue *A. baumannii*.

### 312. MORTALIDAD POR NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN NIÑOS DE 1 MES A 5 AÑOS DE VIDA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL EN UN PERIODO DE 3 AÑOS

A. Aguilar Aranda, A. Gómez Pimienta, J. Ramos Quezada, A. Ortega Cortes, J. Irissont Durán, E. Vargas Bustos, H. Ruiz Gutiérrez, A. Oregón Alamillo, V. Velázquez González, O. Flores Montes y R. Hernández Raygoza

Hospital de Pediatría. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Introducción:** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), es una complicación frecuente con una incidencia de 16% a 29% y una tasa de letalidad de 20 a 70%. Es una de las 5 principales causas de muerte en niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo,

por lo que en este estudio se buscó determinar la mortalidad por NAVM en niños de 1 mes a 5 años en un hospital pediátrico de tercer nivel en un periodo de tres años.

**Material y métodos:** Transversal-descriptivo retrospectivo de enero 2013 a diciembre 2015. Se incluyeron pacientes de 1 mes a 5 años que fallecieron con diagnóstico de NAVM como causa básica. Variables edad, género, servicio, estado nutricional, motivo de ingreso, comorbilidades previas, días de estancia, duración de la ventilación previo al desarrollo de la neumonía, reintubación, germen aislado, tratamiento utilizado.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes, masculino 64%, lactantes menores 44%, desnutrición 72%. Servicio que registró la mayoría de defunciones fue la UTIP 72%. En el 88% de pacientes se encontró alguna comorbilidad, cardiopatías las más frecuentes (48%) y enfermedad pulmonar con (28%), reportándose la descompensación de enfermedad de base como principal motivo de ingreso en el 48% de casos. En día de estancia previos a la defunción se reporta una mediana de 19 días y los días de ventilación mecánica antes de desarrollar NAVM fue de una mediana de 10,5 días y solo en el 28% de los pacientes se reintubación. Se logró aislamiento microbiano en el 72%, siendo las bacterias gram negativas las más frecuentes (60%). Tratamiento antimicrobiano en 52% recibió terapia combinada 2.

**Conclusiones:** La mortalidad por NAVM reportada a través de nuestro estudio fue de 13,9% de 79 casos en el año 2013, 7,4% de 107 casos en el año 2014 y 6% de 99 casos en el año 2015, con una tendencia a las disminución de la mortalidad en este hospital en este grupo estudiado defiriendo de lo reportado en la literatura con tasas de mortalidad hasta en 30%. Esta discrepancia podría ser secundaria al hecho de que el estudio se enfoca a un grupo de edad específico excluyendo recién nacidos.

### 313. HIALOHIFOMICOSIS PULMONAR POR *FUSARIUM SOLANI*

M. Cruz, E. Jiménez y M. Santos

Neumología. Hospital General de México.

**Introducción:** Las hialohifomicosis son una causa, aunque rara, cada vez más común de infecciones por oportunistas en pacientes inmunocomprometidos. Puede presentarse clínicamente como una enfermedad localizada o incluso diseminada. La afección pulmonar se asocia a una mayor mortalidad. Los infiltrados pulmonares están presentes en el 54% de los pacientes (infiltrados intersticiales, nódulos y cavidades). La presentación clínica es inespecífica, las infecciones localizadas pueden ocurrir en individuos sanos, mientras que las infecciones diseminadas tienden a ocurrir en pacientes severamente inmunocomprometidos.

**Material y métodos:** Reporte de caso clínico.

**Resultados:** Masculino de 52 años con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y anemia hemolítica en tratamiento con prednisona. Ocupación ingeniero civil, COMBE y exposición a biomasa negados, exposición a polvo de materiales de construcción de larga evolución. Inicia padecimiento con tos ocasional, en accesos cortos, disneizante, no hemetizante, no cianosante. Posteriormente presenta expectoración hemoptoica acompañada de disnea de grandes esfuerzos que evoluciona a pequeños esfuerzos. Durante su estancia se realiza corrección de función renal y desequilibrio hidroelectrolítico. Se toma aspirado bronquial con cultivo de bacterias, BAAR, cultivo de micobacterias negativos. Radiografía de tórax con presencia de opacidad heterogénea de bordes mal definidos, broncograma aéreo zonas intercléhodihiliar, hilia y parahiliar derecha. Tomografía de tórax de alta resolución con evidencia de neumonía de focos múltiples, con vidrio despulido y broncograma aéreo, sin evidencias de nódulos y cavidades. Examen directo con KOH con presencia de hifas hialinas

septadas, cultivo de Sabouraud con desarrollo de *Fusarium solani*. Se inicia manejo con voriconazol vía oral, con evolución favorable del estado clínico y radiológico.

**Conclusiones:** De las tres formas representativas (*Fusarium spp*, *Pseudallescheria boydii* y *Scopulariopsis brevicaulis*), la infección por *Fusarium spp* se relaciona con mayor frecuencia a estado de inmunosupresión. La principal puerta de entrada de *Fusarium spp* son las vías respiratorias. La participación del pulmón es común en Fusariosis invasora y casi siempre se produce en pacientes inmunodeprimidos con infección diseminada. Radiográficamente se muestran como lesiones macro nodulares cavitarias. El modo de presentación de nuestro caso fue de neumonía atípica acompañada de hemoptoicos, radiográficamente sin evidencia de lesiones nodulares cavitadas como describe la literatura. La afección fue localizada con evolución favorable, sin presencia de diseminación a pesar de inmunodepresión.

### 314. COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL VIRUS DE LA INFLUENZA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

L. Panduro Valdez, A. Aguilar Aranda, M. Espinoza Oliva, S. Jiménez Sánchez, I. Contreras Coronado, R. Ortega Cortes, B. Becerra Trejo y J. Ramos Quezada

*Hospital de Pediatría. Centro Médico Nacional de Occidente.*

**Introducción:** La infección por influenza en niños ha causado que cuando no se cumplen medidas de prevención para transmisión del virus, existe aumento en número de consultas por enfermedad tipo influenza y mayor frecuencia de complicaciones en pacientes con factores de riesgo, aumentando la mortalidad. Objetivo: describir comportamiento clínico-epidemiológico del virus de influenza en pacientes pediátricos con factores de riesgo asociados, durante dos periodos invernales 2014-2016 en el Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS.

**Material y métodos:** Descriptivo-retrospectivo. Periodo: diciembre 2014-mayo 2016. Criterios Inclusión: pacientes < 16 años de edad con criterios de definición operacional para enfermedad tipo influenza e insuficiencia respiratoria aguda grave a su ingreso con resultado confirmatorio mediante reacción en cadena de polimerasa tiempo real (RT-PCR). Análisis estadístico: programa SPSS 22 para realización de una base y se analizó con estadística descriptiva las variables nominales con frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas con mediana y rango de acuerdo a la distribución de los datos.

**Resultados:** 34 pacientes, masculinos 62%, lactantes 47%, comorbilidades presentes en 79%, predominando Neumopatía crónica. 82% no contaba con vacunación contra influenza. 65% con neumonía al ingreso. Serotipo del virus de influenza AH1N1 fue más prevalente. 38% presentó co-infección con cultivos positivos para patógenos nosocomiales. 94% con tratamiento previamente indicado, siendo antibióticos y antipiréticos los de mayor administración. 32% con antiviral administrado en > 48 horas, pero dentro de ventana terapéutica. 82% requirió oxígeno suplementario y ventilación mecánica. 23,5% falleció. Ética: el proyecto fue sometido para su revisión y dictamen por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud de la unidad. Se realizó consentimiento informado.

**Conclusiones:** La presencia de comorbilidades, ausencia de vacuna contra influenza anual, retraso para inicio del oseltamivir dentro del periodo ideal (< 48h), administración de esteroides intravenosos, presencia de neutrofilia, linfopenia y PCR > 50 mg/L, fueron más prevalentes en pacientes con infección por influenza que desarrollaron complicaciones.

### 315. O EXERCÍCIO AERÓBIO INIBE A SÍNDROME DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO INDUZIDA POR LIPOPOLISSACARÍDEO: DAS EVIDÊNCIAS EM CAMUNDONGOS ÀS EVIDÊNCIAS EM HUMANOS

N.C. Rigonato-Oliveira<sup>1</sup>, B. MacKenzie<sup>2</sup>, A.L.L. Bachi<sup>2</sup>, M.C. Oliveira-Junior<sup>2</sup>, A. Santos-Dias<sup>2</sup>, M.A.R. Brandao-Rangel<sup>3</sup>, H. Delle<sup>1</sup>, T. Costa-Guimaraes<sup>4</sup>, N.R. Damaceno-Rodrigues<sup>5</sup>, L.H. Dulle<sup>2</sup>, M.A. Benetti<sup>2</sup>, C. Malfitano<sup>6</sup>, K. de Angelis<sup>3</sup>, R. Albertini<sup>3</sup>, A.P.L. Oliveira<sup>1</sup>, A. Abbasi<sup>7</sup>, H. Northoff<sup>8</sup> e R.P. Vieira<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Nove de Julho. <sup>2</sup>Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em Imunologia Pulmonar e do Exercício. <sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo. <sup>4</sup>Universidade Brasil. <sup>5</sup>Universidade de São Paulo. <sup>6</sup>Universidade Federal de Lavras. <sup>7</sup>Universidade da Califórnia Los Angeles. <sup>8</sup>Universidade de Tuebingen.

**Introdução:** A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é definida como insuficiência respiratória com hipoxemia, com intensa inflamação pulmonar, envolvendo hiperativação de células endoteliais e neutrófilos. Este estudo investigou o quanto o exercício aeróbio (EA) poderia inibir a SDRA de origem extra-pulmonar induzida por lipopolissacarídeo (LPS).

**Material e métodos:** 40 camundongos C57Bl/6 foram distribuídos nos grupos Controle, Exercício, LPS e Exercício+LPS. O EA foi realizado em esteira 5x/semana, por 4 semanas antes da administração do LPS. 24 horas após o teste físico final, os animais receberam 100 ug de LPS por via intraperitoneal. Uma vez que os efeitos anti-inflamatórios do EA são mediados por aumentos nos níveis IL-10, foi realizada uma cultura de células de sangue total, de neutrófilos e de células endoteliais de humanos, as quais foram pré-incubadas com IL-10 por uma hora, antes do estímulo com LPS.

**Resultados:** O EA reduziu o conteúdo de proteínas totais ( $p < 0,01$ ) e o acúmulo de neutrófilos ( $p < 0,01$ ) no lavado broncoalveolar (LBA), assim como o número de neutrófilos no parênquima pulmonar ( $p < 0,01$ ). O EA também reduziu os níveis pulmonares de IL-1 $\beta$ , IL-6 e GM-CSF ( $p < 0,001$ ), CXCL1/KC, IL-17, TNF- $\alpha$  e IGF-1 ( $p < 0,01$ ). Sistemicamente, o EA reduziu os níveis de IL-1 $\beta$ , IL-6 e IFN- $\gamma$  ( $p < 0,001$ ), CXCL1/KC ( $p < 0,01$ ) e TNF-alpha ( $p < 0,05$ ). O EA aumentou os níveis de IL-10 no soro ( $p < 0,001$ ) e no LBA ( $p < 0,001$ ). Além disso, o EA aumentou os níveis de superóxido dismutase (SOD) ( $p < 0,01$ ) e diminuiu o acúmulo de ânion superóxido nos pulmões ( $p < 0,01$ ). Por fim, a pré-incubação com IL-10 reduziu muito significativamente a hiperativação celular induzida pelo LPS, conforme demonstrado pela diminuição da liberação de IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8 e TNF- $\alpha$  pelas células totais do sangue, pelos neutrófilos e pelas células endoteliais.

**Conclusiones:** O EA inibe a inflamação pulmonar induzida pelo LPS por diminuir a liberação de citocinas pró-inflamatórias e o estresse oxidativo no modelo animal e nas células humanas, efeitos que parecem ser mediados pelo aumento de IL-10 induzido pelo exercício.

### 316. UTILIDAD DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES CON SEROSITIS POR M. TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Y. Jurado-Hernández, A. Hernández-Solís, H. Gonzales-Gonzales, M. Gonzales-Villa, E. Ramirez-Gonzales, A. Reding-Berna y R. Cícero-Sabido

*Unidad de Neumología. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Facultad de Medicina UNAM. CDMX Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). Secretaria de Salud. CDMX.*

**Introducción:** La tuberculosis en un problema de Salud Pública, su principal localización es pulmonar pero las presentaciones extrapulmonares han aumentado debido al incremento de enfermedades como diabetes, VIH/SIDA y desnutrición. Un sitio de infección menos frecuente son las serosas en menos del 1% de todas las formas extra-

pulmonares, sin embargo tienen una alta mortalidad por lo que se busco conocer los factores de riesgo más importantes y evaluar la efectividad de los métodos diagnósticos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de casos y controles en pacientes con sospecha de serositis por *M. tuberculosis*. Se empleó un modelo de regresión logística condicional múltiple para identificar factores de riesgo, se realizó biopsia y se tomo 7 ml de liquido del sitio afectado, se realizó cultivo de Lowenstein Jensen y MGIT1960, Tinción ZN, ADA, PCR en punto final dirigida a la secuencia de inserción 1S6110 para *M. tuberculosis*.

**Resultados:** 116 casos, 58: cultivo positivo, TB meníngea 34, pleural 14, peritoneal 8, pericárdica 2 y 58 con serositis no tuberculosa. Los principales FR: VIH OR = 3,6, convivir con personas infectadas OR = 6,8. La tinción tuvo sensibilidad de 25,9%, PCR 65,5% ADA 82,8%.

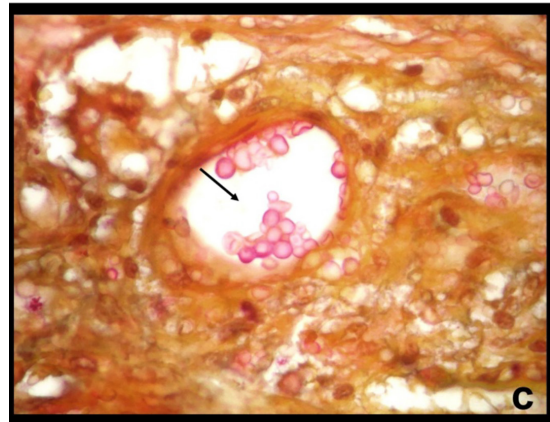
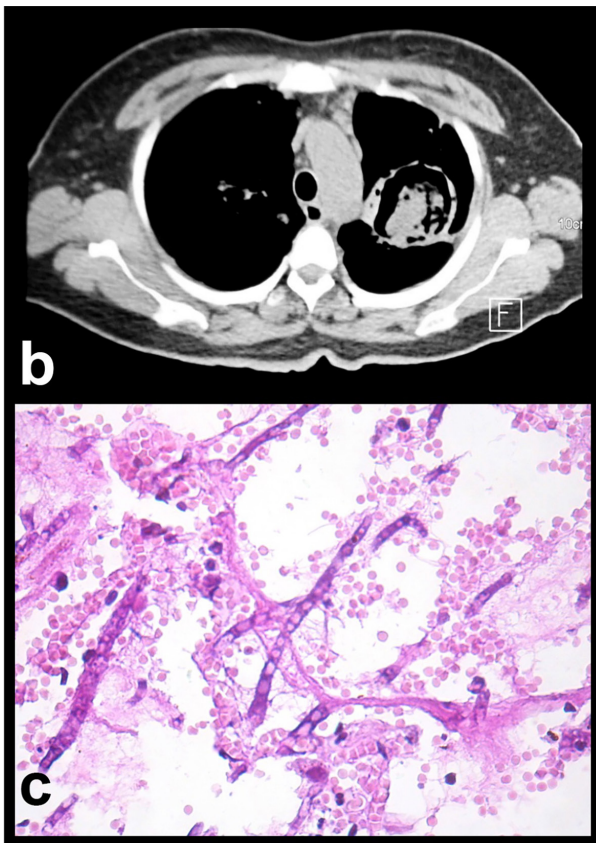
**Conclusiones:** Los métodos diagnósticos convencionales tuvieron baja eficacia, la adenosin deaminasa y técnicas de biología molecular son los de mayor utilidad, en nuestro medio deben realizarse de inmediato en pacientes con factores de riesgo y sospecha de serositis de origen tuberculoso.

### 317. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MICOSIS PULMONARES EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO

M. Hernández, E. Meneses, A. Hernández y R. Cicero

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Introducción:** En últimos años, han incrementado los casos de micosis pulmonares, debido al aumento de enfermedades crónico degenerativas, se carece de datos confiables de su frecuencia y los factores que incrementan el riesgo de padecerla. **Objetivo:** describir las características clínicas de pacientes con diagnóstico de micosis pulmonares e identificar factores de riesgo implicados, en un hospital de concentración de la ciudad de México.



**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de casos-controles pareado 1:1-3 para género y edad ( $\pm 5$  años) analizando los expedientes clínicos de casos con micosis pulmonares, investigando diabetes mellitus, SIDA, antecedentes de neoplasias y trasplantes, insuficiencia renal, hepática, uso de corticoesteroides y desnutrición. Se empleó un modelo de regresión logística condicionada para calcular ORs ajustadas.

**Resultados:** Se incluyó a 162 pacientes, 56 con diagnóstico de micosis pulmonar y 106 controles. Histoplasmosis (22), coccidiomicosis (11), Aspergiloma (8), criptococosis (7), mucormicosis (3), paracoccidiomicosis (3) y blastomicosis (2). La edad promedio fue de  $50,5 \pm 16,6$  y  $51,5 \pm 17,4$  años para los casos y controles respectivamente. Los casos con micosis presentaron mayor frecuencia que los controles en diabetes mellitus (51,8 vs 11,3, p-valor  $< 0,001$ ) y antecedentes de tuberculosis (21,4 vs 2,8, p-valor  $< 0,001$ ). La diabetes mellitus presentó una RM de 8,3, (p-valor  $< 0,001$ ) y el antecedente de tuberculosis una RM = 8,8 (p-valor = 0,001).

**Conclusiones:** El antecedente de secuelas de tuberculosis y de diabetes mellitus fueron los factores de riesgo más importantes en nuestra población, siendo imprescindible contar con programas de detección oportuna de esta patología en estos grupos susceptibles.

### 318. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PARACOCIDIOMICOSIS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN EN EL PERÍODO DE 2008 A 2018

M. Abente, A. Bernal, S. Galeano, A. Gómez y H. Solís

Hospital de Clínicas.

**Introducción:** La paracoccidiomicosis es una micosis granulomatosa supurativa, de evolución subaguda o crónica y pronóstico grave; endémica en áreas con veranos húmedos y calurosos; los departamentos más afectados en Paraguay son: Caaguazú, San Pedro, Canindeyú y Alto Paraná. Por la frecuente confusión en el diagnóstico con

tuberculosis y carcinomas, consideramos importante determinar las características de los pacientes diagnosticados de paracoccidiodomicosis en el servicio de Neumología del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción en el periodo 2008 a 2018.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, no probabilístico de casos consecutivos; se analizaron 24 casos reportados de Paracoccidiodomicosis atendidos en conjunto entre el Servicio de Neumología y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción desde 2008 a 2018.

**Resultados:** De los 24 casos reportados, el 100% correspondió al sexo masculino, con promedio de edades de 53,2 años. El 75% presentó como actividad laboral la agricultura. La procedencia más afectada fue el departamento de San Pedro (20%), seguidos de Guairá (15%) y Canindeyú (15%). Los motivos de consultas más frecuentes fueron tos (20,8%), expectoración (16,6%), disfonía (12,5%), y pérdida de peso (10%). El 91,6% fueron tabaquistas y el 33,3% etilistas. Fueron confirmados por biopsia otorrinolaringológicas 7 pacientes con lesiones en boca, 4 con lesiones en epiglotis, 1 en amígdala y 1 con adenopatía cervical. Dos pacientes presentaron asociación con tuberculosis, uno (BAAR +++), y otro en tratamiento. Se observó presencia de parasitosis (41,6%): 2 con uncinarias y 8 con giardiasis. Las imágenes observadas en la radiografía de tórax posteroanterior y lateral fueron retículo nodular bilateral respetando vértices (25%), retículo nodular que no respeta vértices (25%), retículo nodular confluyente en ambos campos pulmonares que respeta vértices pulmonares (12,5%), retículo nodular confluyente en ambos campos pulmonares que no respeta vértices pulmonares (4,1%), retículo nodular con imagen cavitada (12,5%), imagen miliar (12,5%), imagen miliar cavitada (8,3%).

**Conclusiones:** La paracoccidiodomicosis es predominante en el sexo masculino, con mayor riesgo epidemiológico en San Pedro y Guairá, atribuibles a la agricultura. La forma diseminada crónica es la forma clínica más frecuente, con motivos de consultas frecuentes en el área de otorrinolaringología. Las asociaciones más frecuentes fueron el tabaquismo, alcoholismo, parasitosis intestinal y la tuberculosis pulmonar. Predomina el patrón retículo nodular bilateral.

### 319. PARACOCIDIODOMICOSIS CRÓNICA MULTIFOCAL, DIAGNÓSTICO TARDÍO DE UNA ENFERMEDAD TROPICAL OLVIDADA

D. Arias Ramos, Á.M. Giraldo Montoya, Y.A. Trujillo y J.A. Alzate

Universidad Tecnológica de Pereira. Hospital Universitario San Jorge. Pereira. Liga Contra el Cáncer. Seccional Risaralda. Colombia.

**Introducción:** La paracoccidiodomicosis es una micosis sistémica endémica en Sur América. La puerta de entrada es por vía respiratoria y las manifestaciones clínicas son muy variadas por lo que en algunos casos el diagnóstico es difícil y tardío.

**Material y métodos:** Reporte de caso.

**Resultados:** Se presenta un caso de paracoccidiodomicosis de una región de Colombia con el objetivo de mantener la atención sobre una enfermedad tropical olvidada de presentación clínica usual pero con un diagnóstico tardío. Presentamos un paciente de 54 años, agricultor en su juventud, con lesión crónica ulcerada en labio inferior similar a carcinoma de labio, lesión deformante en nariz y síntomas respiratorios dados por disnea y tos con patrón radiológico de tórax de tipo enfisematoso paraseptal y centrolobulillar. La biopsia de labio reveló dermatitis granulomatosa, la tinción de plata metenamina reveló estructuras esféricas en gemación similares a "timones de barco", compatible con paracoccidiodomicosis. Recibió tratamiento con anfotericina B por 7 días y luego se prescribió itraconazol 200 mg diarios por un año. La mayoría de los casos han sido descritos como el nuestro, en pacientes entre 30 y 60 años, sexo masculino y

población del área rural. La afectación pulmonar y mucocutánea identifican la forma multifocal, que corresponde con la mayoría de los reportes en el mundo. En el caso reportado llama la atención que el compromiso pulmonar fue principalmente enfisematoso con formación de bullas que no corresponde a una presentación típica de la enfermedad.

**Conclusiones:** Existen todavía limitaciones para el diagnóstico de la paracoccidiodomicosis en zonas endémicas. La mayoría de los casos han sido descritos como el nuestro, en pacientes entre 30 y 60 años, sexo masculino y población del área rural. Se debe tener un alto índice de sospecha en todo paciente de procedencia de zona rural e indagar específicamente el consumo de carne o sangre de armadillo lo cual puede orientar el diagnóstico y cuyo consumo podría ser más frecuente de lo esperado.

### 320. ABSCESOS PULMONARES EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. DRENAJE PERCUTÁNEO MEDIANTE CATÉTER PIGTAIL

H. Rodríguez<sup>1,2</sup>, M. Cabrera<sup>3</sup>, P. Cornejo<sup>1,2</sup>, H. Alquizar<sup>1,2</sup>, U. Concepción<sup>1,2</sup> y C. Ruiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Neumólogo CENEX TB Luz Caviedes Rojas. <sup>2</sup>Médico Radiólogo.

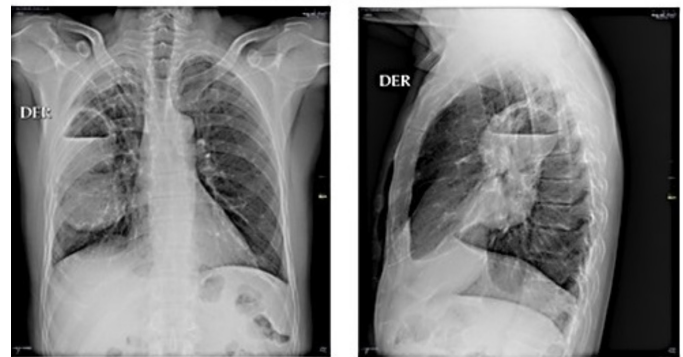
<sup>3</sup>Residente de Neumología UCV. Hospital Regional Docente de Trujillo.

<sup>4</sup>Docente de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo.

**Introducción:** El absceso de pulmón es una infección supurada y circunscrita, generalmente son únicos e infrecuentemente múltiples y están asociados a un factor de riesgo. La presentación de absceso pulmonar en dos lóbulos del pulmón en un paciente inmunocompetente y la técnica de tratamiento realizada, nos motivó su presentación.

**Material y métodos:** Anamnesis: paciente varón de 54 años, sin comorbilidades, diez días antes de su ingreso presentó fiebre, tos, expectoración purulenta, dolor en hemitórax derecho y disnea progresiva. Radiografía de tórax: dos lesiones en pulmón derecho;

AL INGRESO 15/10/2017



DRENAJE PERCUTANEO CON CATETER PIGTAIL



10/11/17: Reducción de volumen de absceso drenado con respecto a su basal, también el segundo absceso que está caudal al primero reduce su volumen. Se observa fistula al árbol bronquial superior, se sugiere manejo conservador.



una cavitada de 62 mm con nivel hidroaéreo y otra radio opaca ovoidea de 52 mm de diámetro. Es hospitalizado el 15 de octubre del 2017. Examen clínico: regular estado general, sin signos de dificultad respiratoria, febril. Hemitórax derecho: Murmullo vesicular y frémito vocal disminuidos, submatidez. Exámenes auxiliares: Hemograma: leucocitos con desviación izquierda, Secreción de absceso pulmonar: Cultivo de gérmenes comunes y anaerobios negativos. videobroncoscopia diagnóstica (21/10/2017): signos inflamatorios en lóbulo superior y medio derecho. Secreción mucopurulenta a través de S2 y S4. Drenaje percutáneo (radiología intervencionista): 28/10/17 al 09/12/17: Con técnica Seldinger se coloca catéter pigtail 12 Fr, control fluoroscópico, muestra colección independiente en lóbulo inferior (caudal), por lo que requiere otro drenaje percutáneo. Se deja catéter conectado a sistema de frasco de sello de agua. Tratamiento antibiótico: clindamicina, imipenem y vancomicina.

**Resultados:** Paciente acude a control por consultorio externo en enero de 2018, mostrando radiografía de tórax con resolución de ambos abscesos pulmonares.

**Conclusiones:** El drenaje de un absceso percutáneo mediante la guía por imágenes para colocar catéter a través de la piel, para drenar el líquido infectado; es una alternativa exitosa en el manejo de abscesos pulmonares.

### 321. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)/ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN PARAGUAY SEGÚN DATOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE SIDA/ITS (PRONASIDA) DESDE EL 2004 HASTA EL 2010

M. Abente, A. Bernal, S. Galeano y A. Gómez

Departamento de Vigilancia del Programa Nacional de Control de SIDA/ITS (PRONASIDA).

**Introducción:** El SIDA es una enfermedad infecciosa grave que afecta a todos, cuya diseminación va en aumento principalmente debido al déficit de conocimientos de la población. Por ello consideramos importante estudiar las características de los pacientes registrados con VIH/SIDA a nivel país en el Departamento de Vigilancia del PRONASIDA desde el 2004 al 2010 a fin de proporcionar datos epidemiológicos útiles para la prevención de la enfermedad y su expansión.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal no probabilístico de casos consecutivos. Se analizaron 5.543 pacientes del Departamento de Vigilancia del PRONASIDA con diagnóstico de VIH/SIDA del 2004 al 2010.

**Resultados:** Fueron diagnosticados 5.543 pacientes con VIH/SIDA en el lapso seleccionado; de los cuales 3.187 (57,5%) fueron hombres, 2.228 (40,2%) mujeres y 128 (2,3%) sin datos; con una relación hombre/mujer de 1,43. El rango etario predominante es de 25 a 35 años con el 36,5% de los registros (2.025). La principal vía de transmisión es la sexual con 4.345 pacientes (78,4%), seguida de la sanguínea con 444 (8%), la vertical con 254 (4,6%) y desconocido con 480 (8,6%). La procedencia más afectada fue el Departamento Central con 3.769 infectados (68%). El pico de la infección fue en el año 2010 con 1.158 nuevos casos.

**Conclusiones:** Los registros van considerablemente en aumento, con tan solo 453 pacientes en el año 2004 y 1.158 en el año 2010. Predomina en el sexo masculino y en las edades comprendidas entre 25 y 35 años. Se destaca la transmisión por vía sexual como la principal. El Departamento Central posee la gran mayoría parte de los casos.

### 322. IMPACTO DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA INFANTIL EN LA PREVALENCIA DE SEROTIPOS EN ADULTOS

L. Pulido<sup>1</sup>, A. Famiglietti<sup>2</sup>, M. Mortarini<sup>3</sup>, M. Mollerach<sup>2</sup>, L. Bonofiglio<sup>2</sup>, R. Rollet<sup>3</sup>, C.A. Vay<sup>2</sup>, S. García<sup>2</sup>, L. de Vedia<sup>4</sup>, S. García Zamora<sup>5</sup> y C.M. Luna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>División de Neumonología. <sup>2</sup>Departamento de Bioquímica. Hospital de Clínicas. UBA. <sup>3</sup>Unidad de Bacteriología. <sup>4</sup>Departamento de Terapia Intensiva. Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz. <sup>5</sup>Unidad Coronaria. Hospital El Cruce.

**Introducción:** Hay pocos datos sobre distribución de serotipos (St) de *Streptococcus pneumoniae* (SP) antes y después de la introducción de las vacunas neumocócicas. En Argentina la vacuna conjugada 13-valente (PCV13) fue introducida en el calendario infantil en enero de 2012.

**Material y métodos:** Se incluyeron 181 pacientes de dos hospitales públicos de Buenos Aires durante 13 años (2004-2017) con aislamiento de SP y determinación de St por PCR (protocolo CDC). Se dividió los aislamientos de SP en dos períodos: T1, pre-vacinal y T2, post-vacinal.

**Resultados:** El 79,4% de los pacientes cursaron internación en sala general, 17,8% en UCI y 2,8% en guardia u otros servicios. En población general la mediana de edad fue 46 años y en pacientes VIH fue 39 años ( $p < 0,01$ ) (fig.). Los varones representaron 66,1% de la población general y 73,4% en VIH ( $p = 0,07$ ); la mortalidad fue 18,9% entre los primeros y 19% en HIV ( $p = 0,95$ ) (tabla). La prevalencia de St presentes en la PCV13 fue 60,9% en el T1 y 50% en el T2 ( $p = 0,15$ ). Los St presentes en la vacuna polisacárida 23-valente tuvieron una prevalencia de 76,5% y 74,2% respectivamente ( $p = 0,73$ ). En pacientes VIH encontramos un 67,1% de St de PCV13, comparado con 49,1% en los no VIH ( $p = 0,015$ ).

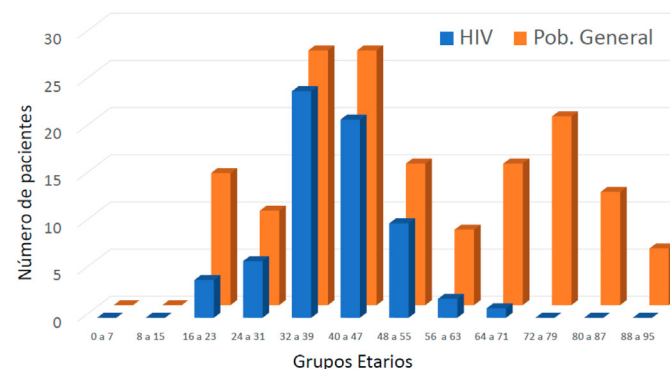


Tabla. Comparación de las características de los participantes de cada período

Característica	Período 1 (n=115)	Período 2 (n=66)	"p"
Edad (años)	45 (RIC 36-66)	48 (RIC 31-73)	0,9
Sexo (masculino)	66,1%	66,15%	0,99
HIV+	53,9%	25,8%	<0,0001
Internación en UTI	20%	13,6%	0,28
Foco (pulmonar)	79,13%	84,9%	0,34
ENI	73,9%	62,1%	0,097
PSI Score	3 (RIC 2-4)	3 (RIC 2-4)	0,096
CURB-65	2 (RIC 1-2)	1 (RIC 1-2)	0,11
Mortalidad	21,7%	13,6%	0,18

**Conclusiones:** Encontramos una tendencia en la reducción de St presentes en la PCV13 entre ambos períodos, lo cual podría explicarse por la vacunación infantil. Asimismo, nuestros datos avalan que la portación de VIH es factor de riesgo para desarrollar enfermedad por algún St presente en dicha vacuna.

### 323. SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIO A COCCIDIOIDOMICOSIS AGUDA

V. Martínez, R. Mercado, R. Puente y J. González

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario. Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Introducción:** El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) se caracteriza por inflamación y aumento de la permeabilidad vascular; esto conduce a hipoxemia que puede poner en peligro la vida. El SIRA se asocia a diversas entidades (p. ej. sepsis, neumonía, trauma, etc.), sin embargo, la coccidioidomycosis pulmonar es una causa infrecuente.

**Material y métodos:** Masculino de 46 años de edad, originario y residente de Nuevo León (zona norte de México), no es portador de enfermedades crónicas. Inició su padecimiento dos semanas previas a su ingreso hospitalario con tos productiva, dolor pleurítico, altralgias, fiebre y lesiones eritematosas en tórax y miembros inferiores. La radiografía ingreso mostró infiltrado alveolar en lóbulo superior izquierdo, el cual progresó a infiltrado bilateral en 48h. Debido a hipoxemia se decidió intubación endotraqueal y ventilación mecánica en base al diagnóstico de SIRA.

**Resultados:** El lavado bronquioalveolar mostró estructuras micóticas morfológicamente compatibles con coccidoides. Las biopsias transbronquiales revelaron esférulas con endosporas. Los anticuerpos anti coccidoides IgG e IgM fueron positivos (0,73 y 0,48 respectivamente). El paciente mejoró después del tratamiento con deoxicolato de anfotericina B lográndose la extubación después de 15 días.

**Conclusiones:** Clásicamente, la coccidioidomycosis se conoce como una micosis sistémica endémica de áreas semiáridas del continente americano, que afecta al sudeste de los Estados Unidos, el norte de México y las tierras semiáridas de América Central y del Sur. La coccidioidomycosis generalmente conduce a una infección del tracto respiratorio superior benigna y auto limitada, es una causa poco frecuente de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

### 324. INTERACCIÓN PELIGROSA: TUBERCULOSIS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA ADULTA MAYOR

I. Puente y J. de los Ríos

Hospital María Auxiliadora.

**Introducción:** Se presenta el caso de una paciente de la tercera edad con tuberculosis pulmonar y lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos:** Revisión de historia clínica y bibliografía.

**Resultados:** Se presenta el caso de una paciente mujer de 60 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que, a las dos semanas de tratamiento antituberculoso de primera línea desarrolla leucopenia, linfopenia, y plaquetopenia que se maneja como una probable reacción adversa a fármacos antituberculosos de tipo hematológico; por ello, se modifica esquema de tratamiento con drogas de segunda línea y se brinda corticoides sistémicos con lo cual mejora cuadro clínico. Sin embargo, al tercer mes de tratamiento antituberculoso, ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por edema generalizado, malestar general, debilidad marcada, sensación de alza térmica, dolor torácico y disnea progresiva. Se realizan estudios iniciales de patología cardíaca e infecciosa resultando negativos. Durante la hospitalización, se evidencia alopecia, úlceras orales, leucopenia y linfopenia; se realizan estudios para LES, resultando positivo el anti-dsDNA y el anti-Ro con disminución de C3 y C4. Paciente recibe tratamiento antituberculoso y pulsos de corticoides con evidente mejoría.

**Conclusiones:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune rara en los adultos mayores, la cual es conocida como LES

de inicio tardío y suele manifestarse de manera más aguda con una presentación clínica menos definida. Existe una interacción compleja entre el LES y la tuberculosis, ya que una puede ser factor de riesgo para el desarrollo de la otra. Los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

### 325. LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA ERA DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR

L. Romero, L. Fernández, G. Garcés, P. Pico, M. Gamarra, A. Galiana, M. Vieytes, F. Grill, N. Vespa y A. Gruss

Cátedra de Neumología. Facultad de Medicina. Hospital Maciel.

**Introducción:** Las infecciones respiratorias son una causa frecuente de admisión hospitalaria y de morbimortalidad. Las técnicas de biología molecular se han vuelto un pilar para el diagnóstico microbiológico. Los objetivos fueron: conocer la microbiología de las infecciones respiratorias que requirieron ingreso hospitalario, comparar la forma de presentación y su evolución según etiología. A su vez, evaluamos si la realización del PCR multiplex determinó impacto en la conducta médica.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, de cohorte, observacional y analítico. Se incluyeron adultos que ingresaron a un hospital de tercer nivel por infección respiratoria en el período mayo-agosto 2017 en los que se realizó PCR multiplex, estudios bacteriológicos en esputo, hemocultivo y antígenos en orina para búsqueda etiológica.

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes, 56 (62%) fueron positivos para virus respiratorios y 34 (38%) fueron negativos. Los virus más frecuentes fueron: Influenza (41%), Human rhinovirus (29%), VRS (13%), y Parainfluenza virus 3 (9%). No se aislaron bacterias atípicas. En cuanto a etiología microbiológica de las infecciones: 37 (41%) aislaron solo virus, 19 (21%) coinfección virus-bacteria, en 13 (14%) sólo bacterias y en 21 (23%) no se aisló microorganismo. En la tabla se analiza la forma de presentación y el desenlace de la infección respiratoria según la etiología microbiológica. En el 56% de los pacientes el resultado del PCR Film Array determinó cambio en la conducta médica: suspender el antibiótico en 4 (8%), agregar antibiótico en 24 (48%), suspender oseltamivir en 10 (20%), e iniciar oseltamivir en 33 pacientes (66%).

Tabla 1. Características clínicas y paraclínicas según etiología

	VIRUS n=37	VIRUS + BACTERIA n=19	BACTERIA n=13	SIN MOO n=21	VALOR p
A. Ambientales n (%)	18 (49%)	7 (37%)	2 (17%)	10 (43%)	0,206
VAS n (%)	31 (84%)	12 (63%)	6 (46%)	14 (67%)	0,060
I. Viral n (%)	32 (84%)	13 (68%)	8 (62%)	14 (67%)	0,177
Fiebre n (%)	27 (76%)	12 (63%)	7 (54%)	6 (29%)	<b>0,006*</b>
FR rpm (±DE)	25 (±5)	25 (±5)	28 (±5)	23 (±4)	0,068
SpO2 % (±DE)	91 % (±5)	92 (±5)	88 (±4)	91 (±7)	0,382
CURB 65 (±DE)	2 (±1)	2 (±1)	2 (±1)	1 (±1)	0,097
GB/mm3 (±DE)	11.916 (±5.364)	11.300 (±6.621)	14.700 (±3.495)	10.614 (±3.632)	0,146
Proteína C Reactiva mg/l (±DE)	98 (±95)	107 (±61)	148 (±159)	83 (±110)	0,360
Días de internación (±DE)	9 (±7)	16 (±10)	16 (±16)	10 (±8)	<b>0,020*</b>
Ingreso a CTT n (%)	10 (3%)	7 (37%)	5 (38%)	5 (24%)	0,715
Fallecidos n (%)	2 (5%)	0 (0%)	4 (31%)	1 (5%)	<b>0,007*</b>

MOO: Microorganismo A. Ambientales: Antecedentes Ambientales de infección respiratoria I. Viral: Impregnación Viral  
VAS: Síntomas de vía aérea superior FR: Frecuencia respiratoria GB: Glóbulos Blancos  
\* valor de p estadísticamente significativo

**Conclusiones:** De las infecciones respiratorias que requirieron ingreso hospitalario, la mayoría presentaron etiología viral (62%), ya sea como agente único o coinfección virus-bacteria. La única diferencia clínica asociada a infección por virus fue la presencia de fiebre (p 0,006). La poca correlación clínico paraclínica que existe entre la forma de presentación de las infecciones respiratorias y los microorganismos aislados destaca la importancia de poder contar con estudios diagnósticos rápidos y eficaces como el multiplex PCR ya generó impacto en la conducta en más de la mitad de los casos (56%).

## 326. INSTITUCIONAL ALAT: CURSOS ONLINE

### 327. ADULTOS CON INFLUENZA: EVOLUCIÓN CLÍNICA, COSTOS Y GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO. RESULTADOS DE 4 AÑOS (CLÍNICA DÁVILA, SANTIAGO DE CHILE)

C. Maquilon, E. Munster, C. Tapia, M. Antolini, S. Cabrera y P. Arpón

*Clínica Dávila.*

**Introducción:** Objetivo: describir y comparar los pacientes adultos egresados de Clínica Dávila con influenza durante 4 años.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, adultos con diagnóstico de influenza

**Resultados:** Se presentan en la tabla.

Tabla. Características de pacientes según necesidad de soporte ventilatorio, GRD, costo promedio y letalidad

	Sin ventilación	Solo VMNI*	Con VMI**	Total
Total pacientes	295	23	20	338
Mujeres	175/295 (59%)	14/23 (60,8%)	10/20 (50%)	199/338 (59%)
Edad promedio (años) (DE)	63 ± 20,4	77,2 ± 13,2	56,4 ± 14,9	56,47
15-34 años	77/295 (26%)	0/23 (0%)	1/20 (5%)	78/338 (23%)
35-64 años	104/295 (35%)	4/23 (17%)	14/20 (70%)	122/338 (36%)
≥ 65 años	114/295 (39%)	19/23 (83%)	5/20 (25%)	138/338 (41%)
Estadía promedio	6,09	16,8	24,4	9,08
Seguro Salud Estatal	116/295 (39%)	15/23 (65%)	7/20 (35%)	138/338 (41%)
Peso GRD (mediana)	0,41	0,79	5,86	0,86
Cuenta promedio (USD)	4.692	15.033	62.986	8.839
Fallecidos	3/295 (1%)	5/23 (22%)	6/20 (30%)	14/338 (4%).

**Conclusiones:** Hubo 141.888 egresos, 25.515 niños, 115.673 adultos, 338 adultos (0,29%) con Influenza. edad promedio 56,5 años, 59% mujeres. Letalidad global fue 4% (14 pacientes). Los sometidos a VMNI son más viejos que los VMI y los que no reciben soporte. Los GRD fueron diferentes según tipo de soporte.

### 328. MANIFESTACIONES PULMONARES DE INFECCIÓN POR NOCARDIA: PRESENTACIÓN DE CASOS

M. Fragoso-Mejía, C.P. Sánchez Ríos, S. Segalés Córdova, J.A. Martínez Orozco y E. Becerril Vargas

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.*

**Introducción:** La nocardiosis es una infección bacteriana gram positiva poco común causada por actinomicetos aeróbicos en el género. *Nocardia* spp causa enfermedad supurativa localizada o sistémica en humanos. Se considera una infección oportunista, pero aproximadamente un tercio de los pacientes infectados son inmunocompetentes. Los pulmones son el sitio primario de infección en más de dos tercios de los casos.

**Material y métodos:** Presentación de casos: febrero de 2013 a octubre de 2016. Primer caso clínico: femenina de 57 años, diabetes mellitus tipo 2 de 5 años evolución, acudió enero 2013, 3 meses evolución, disnea medianos esfuerzos, dolor pleurítico derecho, tos productiva expectoración blanquecina, fiebre de 39 en 3 ocasiones, abordaje de derrame pleural, exudado linfocítico con cultivo de líquido *Nocardia* A. Hospitalizado 25 días. Segundo caso clínico: femenina de 40 años,

tuberculosis pulmonar hace 25 años, acudió febrero 2013, 5 meses evolución tos productiva, expectoración blanquecina, disnea medianos esfuerzos, pérdida ponderal de 5 kilogramos, ingreso para abordaje por cuadro clínico, se solicitó expectoración con *Nocardia* A. hospitalizada 15 días. Tercer caso clínico: femenina de 65 años, antecedente de hipertensión arterial sistémica de 5 años, acudió septiembre de 2010 a urgencias, 1 año de evolución de tos productiva con expectoración amarillenta, disnea de medianos esfuerzos, en ocasiones fiebre de 39 °C, pérdida ponderal de 8 kilogramos. Ingreso, se realizó broncoscopia, con hallazgos lavado bronquial cultivo: *Nocardia* B. Hospitalizado 15 días. Cuarto caso clínico: masculino de 39 años, antecedente de tabaquismo 20 paquetes año, exposición polvos inorgánicos, acudió en febrero de 2013 a servicio urgencias, 3 meses evolución tos productiva con expectoración blanquecina, sin predominio horario, fiebre de 38,5 °C en 4 ocasiones, disnea de medianos esfuerzos, se realizó broncoscopia, con hallazgos. Lavado bronquial cultivo: *Nocardia* B. Hospitalizado 15 días.

**Resultados:** Todos los pacientes, recibieron tratamiento con trimetoprim sulfametoxazol y ceftriaxona. Solo un paciente tenía el antecedente de lesión en piel (como fuente de inoculo para dicha infección).

**Conclusiones:** El 20% de las infecciones por *Nocardia* extrapulmonar ocurren en ausencia de enfermedad pulmonar, hasta el 50% de todos los casos pulmonares se diseminan a sitios fuera de los pulmones. Hay que tener en cuenta que el diagnóstico diferencial es importante ya que muchas enfermedades tienen el mismo cuadro clínico y hallazgos topográficos, entre ellas son: infección fúngica, infección por micobacterias, infección bacteriana, malignidad.

### 330. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROQUÍSTICAS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

M. Rodríguez, I. Villanueva, M. Poumayrac, L. Fernández, C. Chao y M. Kierszenbaum

*Servicio de Neumología. Facultad de Medicina. Hospital Maciel.*

**Introducción:** La enfermedad bronquiectásica no fibroquística (BQ) es una entidad subdiagnosticada. En América Latina hay escasos datos de prevalencia, y no contamos con estudios epidemiológicos en nuestro país. El objetivo de este estudio es conocer la etiología, severidad y microbiología en los pacientes ingresados por esta causa a un servicio de neumología.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se estudiaron pacientes hospitalizados por agudización de BQ en el servicio de neumología en un hospital de tercer nivel, en el período julio 2017-marzo 2018. Se seleccionaron pacientes según diagnóstico al egreso desde el sistema electrónico del servicio. Se recolectaron datos de las historias clínicas, para su análisis se utilizó Microsoft Office Excel 2017.

**Resultados:** Se analizaron 10 pacientes. La edad promedio fue 49 años, 6 hombres y 4 mujeres. En 70% se encontró tabaquismo asociado. La etiología más frecuentes fue postinfecciosa (4/10), con 3 casos de tuberculosis previa; asociadas a EPOC (2/10); le siguieron aspergilosis broncopulmonar alérgica (1/10) e inmunodeficiencias (1/10). En 2 casos no se halló etiología, considerándose idiopáticas. La severidad de la enfermedad se midió con escalas E-FACED y BSI. Según E-FACED 4 pacientes fueron catalogados como severos y 6 como moderados. Según BSI 7 fueron severos, y 3 moderados. Se valoró extensión anatómica con escala de Reiff modificada, la media fue de 11 puntos para un máximo de 18. En 9 pacientes el compromiso tomográfico fue extenso, con bronquiectasias en 3 o más lóbulos. En cuanto a repercusión respiratoria, la mayoría (7/10) presentaban disnea de esfuerzo habitual grado ≥ 2 de la mMRC y 50% mostraron insuficiencia respiratoria crónica severa bajo oxigenoterapia domiciliaria. En el funcional respiratorio basal, todos los pa-

cientes presentaron patrón obstructivo, con restricción asociada en 9/10. El VEF1 fue  $\leq 50\%$  en 9/10 pacientes. Nueve pacientes fueron agudizadores frecuentes con  $\geq 2$  exacerbaciones en el último año. Se aisló microorganismo en 8/10 pacientes al ingreso; el más frecuente fue *Pseudomonas aeruginosa* (5/10), y en segundo lugar *Haemophilus influenzae* (2/10).

**Conclusiones:** La principal etiología en nuestra serie fue postinfecciosa, vinculado a tuberculosis. Predominan los marcadores de enfermedad severa tanto anatómicos como por scores E-FACED y BSI, con insuficiencia respiratoria crónica severa. La mayoría son agudizadores frecuentes y *Pseudomonas aeruginosa* fue el principal microorganismo aislado en la exacerbación. Es imprescindible la captación más temprana de estos pacientes para optimizar su manejo y evitar las complicaciones de las etapas avanzadas.

### 331. ROL DE LA ENDOSCOPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON LEISHMANIASIS MUCOSA GRAVE: POTENCIALES IMPLICANCIAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

C. Colunche, G. Velásquez, W. Espinoza, E. Espinal, C. Canal, Y. Salas, J. Cok, R. Flores, B. Valencia, A. Llanos-Cuentas y O. Gayoso

*Centro de Excelencia Neumología Amador Carcelén. Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Cayetano Heredia.*

**Introducción:** La leishmaniasis mucosa (LM) ocurre predominante en infecciones por parásitos del subgénero *Viannia*. La clínica de la LM es diversa e incluye de lesiones granulomatosas nasales indolentes hasta el compromiso laríngeo que generan una importante morbimortalidad. En la práctica clínica, el hallazgo de disfonía y la identificación de lesiones granulomatosas mediante laringoscopia han sido suficientes para catalogar a la LM como severa pero poco se conoce sobre la extensión subglótica y cuáles son sus implicancias terapéuticas. El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas de 25 pacientes con LM severa a quienes se les realizó endoscopia respiratoria pre-tratamiento.

**Material y métodos:** Se presenta una serie de casos en pacientes con LM quienes acudieron consecutivamente entre los años 2013-2018 para diagnóstico y tratamiento.

**Resultados:** La edad media fue  $40 \pm 12$  años y varones 96%. El 88% presentaba la lesión cutánea primaria resuelta mientras el resto lesiones cutáneas y mucosas concomitantes. El 20% recibió terapia antimonial sistémica para el cuadro primario. El periodo de latencia (PL) entre la infección primaria y el desarrollo de LM fue  $17 \pm 10$  años, mientras que la mediana del tiempo de enfermedad (TE) 60 meses. La sintomatología más frecuente fue disfonía (88%), disfagia/odinofagia (64%) y obstrucción nasal (52%). El 28% de los participantes se logró demostración parasitológica y el resto fue diagnosticado por una reacción intradérmica de Montenegro positiva asociada a un patrón histológico sugerente. A la exploración endoscópica se evidenció compromiso en mucosa nasal (94%), paladar blando y faringe (92%), epiglotis y cuerdas vocales (88%), compromiso traqueal superior (40%), hasta Carina (24%), y afectación bronquial (16%). La evaluación de patologías alternas permitió evidenciar co-infección con TB (12%) y VIH (4%). Ni el PL, TE, sintomatología o comorbilidades se asociaron a la presencia de lesiones traqueales o bronquiales. Solamente la identificación de amastigotes en el examen directo y/o patología obtenidas de muestras en cavidad nasal y oral se asoció a la presencia de lesiones traqueales ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** Hasta un 40% de pacientes con LM severa pueden presentar compromiso traqueal y bronquial. En vista que exploración física no predice al compromiso traqueal y bronquial, la exploración endoscópica debe formar parte de su evaluación rutinaria. Es probable que las medidas terapéuticas requieran ser modificadas cuando se evidencie el compromiso traqueal o bronquial.

### 332. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

C. Rosero, C. Coronel, M. Rosero y M. Caiza

*Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito.*

**Introducción:** La fibrosis quística es una enfermedad genética multi-sistémica de herencia autosómica recesiva, con afectación pulmonar y pancreática; el diagnóstico de certeza es genético, con ayuda de la prueba del sudor. Actualmente existe tratamiento diseñado para tratar 4,4% de las mutaciones que producen esta enfermedad. Objetivo: caracterizar género, distribución etaria, genética, microbiológica y tratamiento de los pacientes de fibrosis quística, en los últimos 10 años.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte con 32 pacientes diagnosticados de fibrosis quística, en el Hospital Eugenio Espejo, Servicio de Neumología, desde el 2007 hasta el 2017; en el que se revisaron las siguientes variables: distribución etaria, sexo, espirometría, pruebas genéticas, microbiología y tratamiento.

**Resultados:** Se realizó un estudio de cohorte con 32 pacientes diagnosticados de fibrosis quística, de estos 19 (59,4%) son mujeres y 13 (40,6) hombres con una edad promedio de 23,8 años y edad máxima de supervivencia de 46 años. Con respecto al patrón espirométrico no existe un cambio significativo del inicio del tratamiento general esto es beta dos agonistas, solución hipertónica en la mañana, alfa dornaza en la noche, fisioterapia respiratoria en la mañana y en la noche ni a los 10 años de evaluación, el patrón no obstructivo se presentó 62,5%, seguido de patrón mixto 12,5% y patrón normal 21,8%, siendo solo el 3,12% patrón obstructivo, al inicio del tratamiento, se evidencia el aumento del FVC con disminución leve del FEV1. El 46,9% no poseen ninguna mutación genética del panel de 10 mutaciones, el 28,1% presentaron DF508, 6,25% c206359 C > A, 6,25% c204099A y 12,48% presentaron otras entre estas la H609R. La colonización bacteriana presente más frecuente es, *Pseudomonas aeruginosa* con 34,4%, *Staphylococcus aureus* resistente con 21,9%, *Staphylococcus aureus* sensible el 15,6% y *Escherichia coli* 12,5%, a los que se inició tratamiento dirigido en base a ciclos de trimetropin sulfametoxazol, trobramicina/ciprofloxacina, a más del tratamiento general.

**Conclusiones:** El tratamiento general administrado resultó ser efectivo para mantener la espirometría sin cambios deteniendo así el declive respiratorio, la colonización bacteriana tratada con antibióticos dirigidos no tuvo impacto significativo en los resultados espirométricos.

### 333. ABSCESO PULMONAR POR RHODOCOCCLUS EQUI EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE EN MEDELLÍN, COLOMBIA

P. Montoya, D. de Paz y F. Rodríguez

*Universidad CES. Clínica CES.*

**Introducción:** La infección por *Rhodococcus equi*, es una zoonosis poco frecuente en pacientes inmunocompetentes. Se ha considerado como un germen emergente que se asocia a exposición ocupacional relacionada al cuidado o manutención de caballos. Usualmente se manifiesta con síntomas constitucionales y compromiso pulmonar de inicio subagudo, como cavitaciones o abscesos. El diagnóstico es con cultivos de biopsia de tejido o la visualización de cocobacilos gram positivos de aspecto difteroide. La sospecha en el paciente inmunocompetente con el factor de riesgo es fundamental en el correcto diagnóstico y el tratamiento. El objetivo de este reporte es describir la presentación clínica y alertar sobre la existencia de este germen.

**Material y métodos:** Se describe caso clínico excepcional y se justifica su relevancia.

**Resultados:** Paciente masculino de 21 años, quien ha laborado desde hace 10 años como adiestrador de caballos. Permanece la mayor par-

te de su día en contacto estrecho con equinos. Había consultado por un cuadro clínico de una semana de evolución de dolor sordo en hemitórax izquierdo, de intensidad moderada que se irradiaba al hombro ipsilateral, asociado a tos húmeda y fiebre no cuantificada. Recibió dos pautas de antibióticos orales de forma empírica, en un periodo de dos meses sin mejoría. Durante este tiempo desarrolló hipoxemia, diaforesis nocturna y pérdida de peso de 6 kg. Ingresó a nuestra clínica con regular aspecto, frecuencia cardiaca 121 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, presión arterial 108/72 mmHg con temperatura 36,2 °C, a la auscultación pulmonar, ruidos respiratorios disminuidos en base izquierda, con matidez a la percusión, sin otros signos relevantes. Los exámenes de laboratorio fueron: hemoglobina 12,9 mg/dl, leucocitos 12.700/mm<sup>3</sup>, plaquetas 651.000/mm<sup>3</sup>, PCR 14,8 mg/L, CR 0,7 mg/dL, ALT 16 U/L. Las baciloscopias de esputo × 3 negativas. Los hemocultivos fueron negativos. La radiografía de tórax con opacidad alveolar izquierda y una escanografía contrastada de tórax con imagen compatible con absceso pulmonar en base izquierda. Fue llevado a drenaje percutáneo guiado por ecografía y se tomó muestra para estudios microbiológicos. Los cultivos piógenos fueron negativos. La tinción de Gram mostró cocobacilos gram positivos corinebacteriformes compatibles con infección por *Rhodococcus*. Se manejó con levofloxacina y azitromicina oral por dos meses, con buena evolución y resolución del cuadro.

**Conclusiones:** Se debe considerar como una opción diagnóstica el *Rhodococcus Equi*, en pacientes que se manifiesten con abscesos pulmonares, con visualización de cocobacilos Gram positivos cuando el cultivo es negativo, sobre todo en el contexto de exposición estrecha con equinos, inclusive en paciente inmunocompetentes. No hay conflictos de interés.

### 334. CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS PULMONARES EN PACIENTES CON VIH E HISTOPLASMOSIS DISEMINADA

Y.A. Trujillo, J.A. Alzate y A.M. Giraldo

*Hospital Universitario San Jorge. Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia.*

**Introducción:** En la infección por VIH, el pulmón es uno de los órganos más afectados, siendo ello el resultado de variables como las características demográficas, el estadio de la enfermedad y el uso de tratamientos profilácticos. Las infecciones oportunistas pulmonares sugieren un desafío diagnóstico, en vista de su gran variedad y de las dificultades para discriminarlas por medio de imágenes radiológicas o tomográficas. En este estudio se describen los hallazgos imagenológicos de pacientes con diagnóstico de VIH haciendo énfasis en los que tuvieron diagnóstico de histoplasmosis diseminada.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, en una población de 60 pacientes mayores de 18 años, internados en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia; desde el 2015 hasta el 2018; Todos los pacientes tuvieron diagnóstico de VIH confirmado por técnica ELISA, los diagnosticados con histoplasmosis diseminada se confirmaron por antígeno urinario y/o histología. La unidad de análisis fueron las historias clínicas de los pacientes, los informes de radiología, las imágenes radiológicas y tomográficas y los resultados de laboratorio. Se evaluó la significancia estadística de las variables cuantitativas a través de chi-cuadrado, utilizando el software EPI-Info.

**Resultados:** El promedio de edad fue 35,5 años (DE 14,12), el 76,7% fueron hombres, el 83,3% procedían del área urbana, 58,3% tuvieron diagnóstico de VIH por primera vez. Los resultados de laboratorio mostraron un promedio de carga viral de 271.814 copias/ml y un conteo de CD4 de 33,5 células/mm<sup>3</sup>. El 40% de los pacientes con histoplasmosis presentaban coinfección por tuberculosis, el 13,3% con toxoplasma y ninguno con *P. jirovecii*. Con respecto a los hallazgos radiológicos en los pacientes con Histoplasmosis, los más frecuentes

fueron las opacidades reticulares en el 30% y patrón miliar en el 20%. Por su parte, en los hallazgos tomográficos, el 25% presentaba al menos una alteración y en un 63,3% se encontraron de 2 a 4 patrones tomográficos, de los cuales, los más frecuentes en pacientes con histoplasmosis sin otra coinfección fueron opacidades reticulonodulares en el 26,6%, reticulares en el 16,6% y árbol en gemación en 13,3%. Se encontró diferencia estadísticamente significativa con las opacidades reticulonodulares para histoplasmosis diseminada ( $p = 0,04$ ) frente al grupo que no tenía histoplasmosis.

**Conclusiones:** En la infección por VIH la coinfección por histoplasmosis es frecuente y existen pocos estudios que determinen diferencias, desde el punto de vista imagenológico, que ayuden a documentar el compromiso pulmonar por esta entidad. Es probable que las opacidades reticulonodulares en la tomografía guarden relación con esta condición clínica.

### 335. ACTINOMICOSIS PULMONAR, REPORTE DE UN CASO

E. López Jiménez y B. Torres Rojas

*Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.*

**Introducción:** La actinomicosis es una rara infección causada por actinomicetes, un bacilo gram positivo, anaerobio facultativo, microaerófilo. El bacilo coloniza usualmente la cavidad oral, tracto genitourinario femenino y tracto gastrointestinal. Existen 30 especies de actinomicetes, de los cuales la especie más comúnmente aislada es el *Actinomyces israelii*, *Actinomyces viscosus* y *Actinomyces meyeri*, esta última asociada a diseminación linfática y enfermedad diseminada. Las formas de presentación clínica más comunes son: cervicofacial en un 50-60% de los casos, abominopélvica en un 20% de los casos y pulmonar en un 15% de los casos. Otras formas muy extrañas de presentación son: genitourinaria, diseminada, cutánea, oftálmica y cardiaca. La presentación pulmonar se asocia a pobre higiene dental, tabaquismo y alcoholismo. Su mayor incidencia se da entre la cuarta y quinta décadas de la vida; es más común en hombres con relación 3:1, con respecto al sexo femenino. El cuadro clínico en la presentación pulmonar es inespecífico, los síntomas más comúnmente encontrados son; tos productiva o no productiva, disnea, dolor torácico, diaforesis, pérdida de peso, en ocasiones formación de abscesos en pared de tórax que fistulizan al exterior. En la fase aguda se encuentran imágenes radiológicas caracterizadas por nódulos fibróticos, así como zonas de consolidación pulmonar; durante la fase sub aguda se pueden encontrar imágenes cavitadas; por lo que se debe realizar diagnóstico diferencial con cáncer broncogénico o tuberculosis, de acuerdo a la fase en la que se encuentre.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad, sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas asociadas; con un cuadro clínico que inicia tres semanas previas a su ingreso hospitalario (28/12/17) caracterizado por tos con expectoración amarilla, disnea y pérdida de peso de 8 kilogramos de manera no intencionada, 36 horas previas a su ingreso con tendencia a la somnolencia por lo que es llevada al servicio de urgencias de nuestro hospital, se recibe con Glasgow de 7 puntos, hipotensa, por lo que se realiza manejo avanzado de la vía aérea y es enviada a unidad de cuidados intensivos respiratorios; en su telerradiografía de ingreso se observa una imagen radiolúcida que abarca las regiones hilar, basal interna y externa del hemitórax izquierdo, se realiza tomografía de tórax en la que se observa cavidad posterior en hemitórax izquierdo con presencia de líquido en su interior; se realiza toracotomía izquierda con decorticación y toma de biopsia pulmonar; con resultado de estudio histopatológico transoperatorio de inflamación xantogranulomatosa, es iniciado tratamiento antituberculoso, mismo que se suspende al recabarse el resultado histopatológico definitivo en el que se reporta actinomicosis pulmonar.

### 336. RELACIÓN DEL SCORE SMART COP Y DE LA SAO2/PAO2 COMO PREDICTORES DE INGRESO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y MORTALIDAD, EN LA ALTURA, EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX DE LA PAZ, BOLIVIA, GESTIÓN 2015-2017

I. Nina y T. Cruz

*Instituto Nacional de Tórax.*

**Introducción:** La aplicación del SMART COP se ha validado en muchos estudios para determinar la necesidad de soporte respiratorio intensivo y/o utilización de vasopresores en pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad por lo que se aplicó en el servicio de Neumología del Instituto Nacional de Tórax La Paz-Bolivia gestión 2015-2017, al igual que su relación como predictor de mortalidad, se utilizó también la SAO2/FIO2 como predictor de ingreso a UTI y para valorar el riesgo de mortalidad de ambos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, analítico, cuantitativo de corte transversal en el servicio de Neumología del Instituto Nacional de Tórax se realizó muestreo de tipo aleatorio incluyéndose a todos los pacientes con diagnóstico de NAC de entre 15 - 80 años, con residencia a una altura de 495 msnm que no hayan sido tratados en otros servicios, excluyéndose a los pacientes con sepsis de foco respiratorio diferente a la Neumonía, fuera de los rangos de edad establecidos, residencia a menos de 495 msnm y manejo en otros centros hospitalarios.

**Resultados:** Respecto a la relación del Score SMART COP con la SAO2/FIO2 realizando el chi cuadrado positivo muestra asociación con un valor de 0,02 y descarta la independencia de ambas concluyendo que ambas se relacionan a la necesidad de UTI, dentro de los pacientes con puntuación de 1-5 del score SMART COP un 2,9% si requirieron UTI y un 97,1% no requirió UTI, entre un puntaje de 6-10 puntos se tiene 35,3% si requirieron UTI y un 64,7% no requirió del pase a UTI. Respecto a la SAFI de 100-200 adaptado a la altura 495 msnm en La Paz un 33% si requirió UTI en relación a un 67% que no requirió UTI. Respecto al grupo con SAO2/FIO2 de 201 a 300 un 5,6 requirió UTI y un 94,4% no requirió UTI. Realizando la prueba de chi cuadrado se descarta la hipótesis de independencia y se concluye que la variable de SAFI y requerimiento de UTI están relacionadas se tiene un valor de p 0,01, y SMART COP y requerimiento de UTI se tiene una p 0,04.

**Conclusiones:** Mediante el siguiente estudio se concluye que si existe relación entre en Score SMART COP y SAO2/FIO2 para determinar si un paciente con NAC requerirá UTI a su ingreso. Se tiene una asociación positiva para el Score SMART COP y la necesidad de vaso activos, no así con la SAFI. Respecto al riesgo de mortalidad es de un 100% con SAFI de 100-200, y solo un 13% para el grupo con puntaje de 6-10 puntos con el score SMART COP. Lo que concluye que en relación a la mortalidad la SAFI adaptada a la altura es la que más se asocia a mortalidad de los pacientes con NAC.